

Evaluation of a Protection Motivation Theory-Based Media Program regarding Cancer Early Detection: A Mixed-Methods Study

Zohreh Rahaei^{1*}, Eesa Mohammadi², Mohammadali Morowatisharifabad³, Fazlollah Ghofranipour⁴, Ahmad Gholami Naserabadi⁵, Mohammadreza Aghaei⁶, Fatemeh Falahati Marvast⁷

¹ Assistant Professor in Health Education, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Professor in Nursing, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

³ Professor in Health Education, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

⁴ Professor in Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

⁵ MSc in media management, News and Information Unit, Yazd Broadcasting, Yazd, Iran

⁶ General Practitioner, Diabetes research center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

⁷ MSc in Medical Informatics, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Received: 24 May 2017 Accepted: 5 July 2017

Abstract

Background and Aim: Early detection can prevent one third of cancer deaths. Recent studies show the effectiveness of mass media in increasing awareness. This study aimed to evaluate a PMT-based media program for cancer early detection (CED).

Methods: The media program included three parts, each 20 minutes long. A mixed-method study with embedded design was performed including a quasi-experimental study on two groups (each n=60), and a qualitative content analysis study (n=16). Cluster sampling was used to recruit participants in the quantitative phase, and purposive sampling was used to recruit participants in the qualitative phase. Data were collected by a PMT-based questionnaire designed by the investigator, in addition to Knowledge & CED behaviors questionnaires in the quantitative phase, and by semi-structured depth interview in the qualitative phase. Quantitative data were analyzed using SPSS-16 software.

Results: The media program increased all of the main variables including the CED behaviors. During qualitative data analysis, 88 codes were extracted that were classified into six main categories: “knowledge reinforcing”, “motivating and empowering beliefs”, “fear reduction and hope increasing”, “program attraction”, “maintenance of program positive effect” and “conductor timing effect” that supported the quantitative finding of study. The most important strengths of the media program were the availability of sections and pictures and various venues, using popular interviews and patient experiences. Inappropriate program names, lack of information about program broadcasts, and lack of emphasis on family support were among the main weaknesses of the program.

Conclusion: Considering the low level of CED behaviors, interventional programs aimed at accelerating early detection with an emphasis on designing theory-based media intervention with coordination of education and media principals and techniques may be beneficial in the future.

Keywords: Cancer Early Detection, Media, Evaluation, Protection Motivation Theory.

*Corresponding author: Zohreh Rahaei, Email: z_rahavy@yahoo.com

ارزشیابی برنامه رسانه ای مبتنی بر تئوری انگیزش محافظت در زمینه کشف زودرس علائم سرطان: یک مطالعه ترکیبی

زهرة رهائی^{۱*}، عیسی محمدی^۲، محمد علی مروتی شریف آباد^۳، فضل الله غفرانی پور^۴، احمد غلامی ناصرآبادی^۵، محمدرضا آقائی^۶، فاطمه فلاحتی مروست^۷

^۱ استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدصدوقی یزد، یزد، ایران

^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدصدوقی یزد، یزد، ایران

^۴ استادیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۵ کارشناس ارشد مدیریت رسانه، واحد اطلاعات و اخبار، صدا و سیما، مرکز یزد، یزد، ایران

^۶ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدصدوقی یزد، یزد، ایران

^۷ مربی، گروه ارزیابی فناوری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهیدصدوقی یزد، یزد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: حدود یک سوم از موارد سرطان با توجه به قابلیت های تشخیص زودرس و مناسب قابل درمان است. مطالعات اخیر بر روی رفتارهای مختلف، تأثیر رسانه های گروهی را در این زمینه نشان داده است اما این مداخلات باید بر مبنای یک تئوری مرتبط باشند. هدف این مطالعه ارزشیابی برنامه رسانه ای مبتنی بر تئوری انگیزش محافظت در زمینه کشف زودرس سرطان بود.

روش ها: پس از پخش برنامه رسانه ای که شامل سه قسمت ۲۰ دقیقه ای بود مطالعه ای ترکیبی از نوع ادغام شده شامل مطالعه کمی نیمه تجربی بر روی دو گروه ۶۰ نفره و مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا بر نمونه ای به حجم ۱۶ نفر صورت گرفت. نمونه گیری در مطالعه کمی به روش خوشه ای و در مطالعه کیفی به روش هدفمند انجام شد. جمع آوری داده ها در مطالعه کمی با پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر تئوری انگیزش محافظت و پرسشنامه های سنجش آگاهی و رفتار و در مطالعه کیفی با مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده های کمی با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و تحلیل داده های کیفی با استفاده از تحلیل مصاحبه ها در نرم افزار Word صورت گرفت.

یافته ها: برنامه رسانه ای بر افزایش تمام متغیرها از جمله رفتار منفعل و فعال کشف زودرس سرطان مؤثر واقع شد. از تحلیل داده های کیفی ۸۸ کد استخراج گردید که در شش طبقه تقویت آگاهی، ایجاد انگیزه و تقویت باورها، کاهش ترس و افزایش امیدواری، جذابیت برنامه، ماندگاری تأثیر مثبت برنامه و تأثیر زمان بندی پخش جای گرفته و تأییدی در حمایت از یافته های کمی بودند. مهم ترین نقاط قوت برنامه رسانه ای، برخورداری از بخش ها و تصاویر و مکان های متنوع، استفاده از مصاحبه های مردمی و تجارب بیماران و برخورداری از مدت زمان مناسب بود. نامناسب بودن نام برنامه، عدم اطلاع رسانی در مورد پخش برنامه و عدم تأکید بر نقش حمایتی خانواده از عمده ترین نقاط ضعف برنامه بودند.

نتیجه گیری: با توجه به پایین بودن رفتارهای مرتبط با کشف زودرس سرطان، تلاشهای مداخله ای جهت تسریع تشخیص سرطان خصوصاً با طراحی مداخلات رسانه ای تئوری محور با ادغام تکنیک های آموزشی و رسانه ای بیش از پیش مثمر ثمر خواهد بود.

کلیدواژه ها: سرطان، کشف زودرس، رسانه، ارزشیابی، تئوری انگیزش محافظت

*نویسنده مسئول: زهرة رهائی. پست الکترونیک: z_rahayy@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۱۴

مقدمه

سرطان یک مشکل سلامتی در سراسر دنیاست (۱) که سبب ایجاد نگرانی و اضطراب زیادی در بین عموم مردم شده است (۲). سازمان بهداشت جهانی بر پیشگیری و کشف زودرس سرطان به عنوان بهترین راه مبارزه علیه سرطان تأکید دارد (۱). عامل اصلی در تشخیص به موقع سرطان که مرکزیت مداخلاتی که به منظور کنترل سرطان انجام می شوند را تشکیل می دهد، رفتار افراد است (۳). در این راستا آگاهی از علائم سرطان لازمه تفسیر درست علائم و همراه با جستجوی کمک های لازم و کشف زودرس سرطان است (۱ و ۴). در حالی که آگاهی مردم از علائم سرطان و میزان استفاده از برنامه های غربالگری در سطح بسیار پائینی قرار دارد و مراجعه به پزشک در صورت مشاهده علائم اولیه سرطان بسیار دیر صورت می گیرد (۵ و ۶). کشف زود هنگام، ارجاع و درمان سرطان ها بیماران را از پیش آگهی بسیار بهتری برخوردار می کند. هرگونه تلاش برای درمان بیماری در مراحل نهایی حتی در مواردی که نتیجه نهایی را نتوان تغییر داد، در مورد افرادی که بیمارشان به طور زودرس تشخیص داده شده، درمان ساده تر و کیفیت زندگی بهتر آنها را به دنبال خواهد داشت (۳ و ۷).

رسانه های جمعی مانند تلویزیون اولین منبع اطلاعات بهداشتی مردم هستند و ۷۶ درصد افراد بر اساس این اطلاعات عمل می کنند (۸ و ۹). عموماً این منابع اطلاعات واسطه ای بیشتر از منابع فردی اطلاعات (پزشکان، پرستاران، متخصصین و...) استفاده می شوند و در ایجاد و تداوم ادراکات و نگرش ها مهمند (۹ و ۱۰). مطالعات اخیر بر روی رفتارهای مختلف از جمله رفتارهای غربالگری و کشف زودرس سرطان به وضوح تأثیر رسانه های گروهی به خصوص تلویزیون را در مدیریت و پیشگیری از سرطان نشان داده است (۱۷-۱۱).

اگرچه سرطان توجه بسیاری از رسانه ها را به خود جلب کرده است اما تأکید آنها بیشتر بر علل، مرگ و میر و درمان های سرطان بوده است در حالی که بر اساس مطالعات انجام شده، برنامه هایی که صرفاً بر پیشگیری اولیه از سرطان متمرکز شده اند، با محدودیت های بسیاری روبرو بوده و پیام هایی که در زمینه کشف زودرس سرطان بوده اند، ماندگاری و تأثیر بیشتری نسبت به پیام های مرتبط با پیشگیری و درمان سرطان داشته اند. علاوه بر آن در اکثر موارد فقط سرطان های معینی از جمله سرطان سینه مورد توجه قرار گرفته اند (۱۱، ۲۰-۱۸).

از سوی دیگر درک عوامل شناختی، روانی و اجتماعی پیشگویی کننده رفتارهای مرتبط با کشف زودرس سرطان یکی از راه های کاهش پیامدهای ناشی از سرطان است (۲). علاوه بر آن مطالعات نشان داده اند که مواجهه با مداخلات های رسانه ای به تنهایی برای تغییر رفتار یا ایجاد یک رفتار جدید کافی نیست و مداخلات رسانه ای مبتنی بر تئوری در تغییر رفتار مؤثرترند. ضمن آن که برای تعیین عناصر یا استراتژی هایی از مداخلات رسانه ای

که منجر به تغییر یک رفتار ویژه می شوند، این مداخلات باید بر مبنای یک تئوری یا مدل مرتبط باشند (۲۱).

تئوری انگیزش محافظت یک چارچوب مفید برای پیشگویی و مداخله در رفتارهای مرتبط با پیشگیری و کشف زودرس سرطان (۲۴-۲۲) و یک تئوری کاملاً جامع در زمینه ارتباطات برای سلامت است (۲۵).

تئوری انگیزش محافظت شامل دو فرآیند میانجی شناختی است که عبارتند از: ارزیابی تهدید و ارزیابی کنار آمدن. ارزیابی تهدید شامل پاداش (پاداش هایی که فرد از پاسخ ناسازگار یا عدم حفاظت از خود می گیرد)، حساسیت درک شده، شدت درک شده و ترس می باشد. فاکتورهای فرآیند ارزیابی کنار آمدن شامل کارایی پاسخ، خودکارآمدی و هزینه های پاسخ می باشد. نتیجه حاصل از این دو فرآیند عبارتست از تصمیم یا قصد شروع، ادامه و یا نهمی از پاسخ های سازگارانه قابل انجام (۲۶).

در مجموع شواهد نشان می دهد که با اینکه تأثیر بکارگیری تئوری ها به خصوص تئوری انگیزش محافظت در موفقیت مداخلات مرتبط با پیشگیری و کشف زودرس سرطان به اثبات رسیده است، مداخلات رسانه ای به طور معمول مبتنی بر تئوری نبوده و علاوه بر آن بر نوع خاصی از سرطان تمرکز داشته اند که از نقاط ضعف مطالعات انجام شده است. بنابراین با توجه به اهمیت تشخیص علائم زودرس در پیشگیری و درمان سرطان ها و فقدان برنامه رسانه ای مؤثر در این زمینه در کشور، طراحی و ارزشیابی کامل چنین برنامه ای بر مبنای تئوری به منظور شناخت نقاط قوت و ضعف آن کاملاً ضروری به نظر می رسد. بدین منظور این مطالعه با هدف ارزشیابی برنامه رسانه ای مبتنی بر تئوری انگیزش محافظت در زمینه کشف زودرس علائم سرطان اجرا گردید.

روش ها

برنامه رسانه ای: برای طراحی برنامه رسانه ای در مرحله اول باید سازه هایی از تئوری انگیزش محافظت که نقش بیشتری در تعیین کنندگی رفتارهای مرتبط با کشف زودرس علائم سرطان داشتند، شناسایی می شدند. بدین منظور یک مطالعه مقطعی بر روی مردم شهر یزد انجام شد و پس از تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصله، سازه های مورد نظر مشخص شده (۲۷) و فیلم نامه با توجه به این سازه ها و تدابیر تغییر آنها به منظور تغییر رفتار تدوین گردید. برنامه رسانه ای با عنوان «خداحافظ سرطان» در قالب مستند و مشتمل بر بخش های ذیل بود: صحبت پزشک (متخصصین انکولوژی و روانشناسی)، مصاحبه با مردم و بیماران سرطانی و خانواده هایشان (هم افرادی که سرطانشان زود تشخیص داده شده و هم افرادی که سرطانشان دیر تشخیص داده شده بود)، ارائه برخی مطالب به صورت نوشتاری برای تأکید بیشتر، مسابقه پیامکی (طراحی شده از متن برنامه) و جمع بندی مطالب ارائه شده توسط یکی از متخصصین.

های تئوری انگیزش محافظت، آگاهی از علائم زودرس سرطان و رفتار کشف زودرس علائم سرطان صورت گرفت که مشخصات پرسشنامه و اطلاعات مربوط به روایی و پایایی آن در مطالعه دیگری آمده است (۳۱).

مطالعه کیفی: در مرحله ارزشیابی کیفی نمونه های مطالعه با مراجعه به درب منازل از بین بینندگان برنامه رسانه ای به طور تصادفی انتخاب شدند. از روش مبتنی بر هدف برای نمونه گیری استفاده شد تا مطمئن شویم که طیف گوناگونی از بینندگان با تجارب متفاوت و متغیرهای دموگرافیک وارد مطالعه شده اند. نمونه گیری تا زمانی که مطمئن شدیم هیچ اطلاعات جدیدی از مشارکت کنندگان بدست نمی آید ادامه پیدا کرد (نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ها) که در مجموع تعداد نمونه ها به ۱۶ نفر رسید.

روش جمع آوری اطلاعات در تحلیل محتوا، مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته بود که پس از شناسایی بینندگان برنامه رسانه ای، با کسب رضایت از آنها و تعیین زمان و مکان مناسب صورت گرفت. مدت زمان هر مصاحبه بسته به جریان آن ۴۰-۶۰ دقیقه به طول می انجامید. پس از توضیح اهداف مطالعه برای مشارکت کنندگان و کسب اجازه از آن ها برای ضبط مصاحبه، از مصاحبه شونده درخواست می شد که هر آنچه از برنامه در خاطرش مانده را تعریف کند. سپس این سوالات پرسیده می شد که موقع مشاهده برنامه چه احساسی داشته و برنامه چه تأثیری بر روی وی داشته است. بعد از آن با توجه به پاسخ های ارائه شده، محقق جریان مصاحبه را برای رسیدن به پاسخ سؤال های مورد نظر خود، هدایت می کرد. در پایان نیز از مصاحبه شونده درخواست می شد تا اگر نکته دیگری باقی مانده، بیان کند. پس از اتمام مصاحبه با مشورت تیم تحقیق، نکات نیازمند توجه مشخص شده و در مصاحبه های بعدی لحاظ می گردید. برای تأمین روایی و پایایی داده های کیفی (استحکام علمی یافته ها) در این مطالعه از روش های متعددی استفاده شد.

برای تأمین اعتبار و مقبولیت داده ها از روش درگیری دائمی و مستمر (Prolong Engagement) استفاده شد. از روش ارزیابی عضو (Member Check) نیز برای مقایسه بین آنچه محقق برداشت نموده با آنچه که منظور بینندگان برنامه رسانه ای بود، استفاده گردید. روش دیگری که بکار گرفته شد کنترل توسط افراد متخصص بود که از طریق همکاران (Peer Check) صورت گرفت. هم چنین اشباع داده ها برای بالا بردن اعتبار مطالعه استفاده شد. برای تأمین قابلیت اعتماد و تأیید داده ها از روش Audit trial یعنی جمع آوری سیستماتیک مدارک و قبول ممیزی داده ها و استنتاج بر اساس آنها استفاده شد. هم چنین تحلیل مقایسه ای مستمر (Constant Comparative Analysis) صورت گرفت یعنی به طور همزمان داده ها جمع بندی و تحلیل شدند. برای ارزیابی و تأمین قابلیت انتقال داده ها نمونه ها از طبقات

از آنجا که حداکثر مدت زمان برنامه رسانه ای جهت تأثیر گذاری بر مخاطب بیست دقیقه می باشد (۲۸)، برنامه در سه قسمت بیست دقیقه ای طراحی و در سه شب متوالی (چهارشنبه، پنجشنبه و جمعه) از صدا و سیمای مرکز یزد پخش و هر قسمت صبح روز بعد بازپخش شد. ضمناً با توجه به اینکه طی بررسی های به عمل آمده پربیننده ترین برنامه شبکه استانی، اخبار شبانگاهی بود، ساعت پخش برنامه بعد از اخبار شبانگاهی در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه احتمال می رفت برخی مخاطبین تنها موفق به مشاهده یک قسمت از برنامه شوند، پیام های اصلی برنامه در هر سه قسمت به شکل های مختلف تکرار شد.

جهت تعیین تأثیر و ارزشیابی برنامه رسانه ای مطالعه ای ترکیبی از نوع ادغام شده (Embedded Design) شامل مطالعه کمی نیمه تجربی (شاهد دار) و مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا قراردادی صورت گرفت. ارزشیابی کیفی به منظور تبیین ادراک و تجارب بینندگان برنامه رسانه ای و تشخیص نقاط قوت و ضعف برنامه و ارزشیابی کمی به منظور تعیین میزان تأثیر برنامه بر مخاطبین انجام شد.

مطالعه کمی: در مطالعه نیمه تجربی با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ برای افزایش رفتار به اندازه ۱۸ درصد (۲۹) و با توجه به اطلاعاتی که قبلاً در مطالعه مقطعی بدست آمده بود ($p_1=0.06$ و $p_2=0.24$)، تعداد ۶۰ نمونه در هر گروه و جمعاً ۱۲۰ نمونه مورد نیاز بود.

پس از گذشت ۶ هفته (۳۰) از پخش برنامه، ۶۰ نفر از افرادی که برنامه را مشاهده کرده بودند به عنوان گروه مواجهه و ۶۰ نفر از کسانی که برنامه را مشاهده نکرده بودند به عنوان گروه مقایسه، پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر تئوری انگیزش محافظت و پرسشنامه های سنجش آگاهی و رفتار را با مراجعه پرسشگر به درب منازلشان به روش مصاحبه تکمیل نمودند. نمونه ها به روش خوشه ای از بین شهروندان بالای ۲۰ سال که برنامه رسانه ای را از صدا و سیمای مرکز یزد مشاهده کرده بودند، انتخاب شدند. افراد گروه مقایسه (۳۰ مرد و ۳۰ زن) نیز از همان خوشه ها از بین افرادی که برنامه را ندیده بودند به طور تصادفی انتخاب شدند. با توجه به تکرار پیام های اصلی برنامه در هر سه قسمت، معیار ورود افراد به گروه مواجهه، مشاهده حداقل یکی از قسمت های برنامه به صورت کامل بود. البته افراد مبتلا به سرطان از مطالعه خارج شدند.

لازم به ذکر است که در مورد رفتار برای اطمینان از انجام آزمایشات جهت تشخیص زودرس سرطان، علاوه بر خود گزارش دهی و تکمیل پرسشنامه، از افراد درخواست می شد که مستندات مربوط به آزمایشات را همراه با فرم رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش به محقق ارائه دهند.

جمع آوری داده های کمی به روش مصاحبه و با استفاده از نسخه های اصلاح شده پرسشنامه های طراحی شده بر اساس سازه

ترتیب کدگذاری اولیه صورت گرفته و ۱۳۵ کد اولیه استخراج شد. پس از اتمام کدگذاری اولیه، همه کدها مورد بررسی قرار گرفته و با حذف کدهای تکراری و کاملاً مشابه، خلاصه سازی و تقلیل کدها انجام شد. در نهایت تعداد کدها به ۸۸ کد کاهش یافت و کدهای حاصله بر اساس تشابهات در ۶ طبقه جای گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با مجوز کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه تربیت مدرس شامل ارائه اطلاعات کافی در مورد اهداف مطالعه به شرکت کنندگان، دادن اطمینان مبنی بر محفوظ ماندن اطلاعات آنان و کسب موافقت برای شرکت در مطالعه انجام گرفته است.

نتایج

میانگین سنی افراد گروه مواجهه و مقایسه به ترتیب $38/25 \pm 12/43$ و $38/39 \pm 12/80$ سال بود که از لحاظ آماری نیز تفاوت معناداری با هم نداشت ($P=0/950$). دیگر متغیرهای دموگرافیک نیز در هر دو گروه مشابه بوده و گروه ها از این نظر همسان بودند (جدول-۱).

در تحلیل داده های کمی مطالعه، بررسی میانگین و انحراف معیار رفتارهای کشف زودرس علائم سرطان و سایر سازه های مدل در دو گروه مواجهه و مقایسه نشان داد که اختلاف همه متغیرها از جمله آگاهی، انگیزش محافظت و رفتار در دو گروه معنادار بوده به طوری که در تمام موارد وضعیت متغیرها در گروه مواجهه مطلوب تر از گروه مقایسه بود (جدول-۲).

مختلف اقتصادی اجتماعی، سطوح تحصیلی متفاوت و گروه های متنوع سنی و شغلی انتخاب شدند.

تجزیه و تحلیل داده ها: داده های کمی پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار SPSS 16 وارد کامپیوتر شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی به منظور تهیه جداول توزیع فراوانی و محاسبه شاخص های مرکزی و پراکندگی و از آمار تحلیلی نظیر آزمون های کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و هم چنین آزمون من ویتنی در مواردی که توزیع داده ها نرمال نبود، استفاده شد.

جهت تحلیل داده های کیفی، هر مصاحبه با هر مشارکت کننده به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. بلافاصله پس از انجام هر مصاحبه، متون ضبط شده، نسخه برداری شده و قبل از انجام مصاحبه بعدی تحلیل می گردید. بدین ترتیب هر مصاحبه، هدایت گر مصاحبه بعدی بود. متون پیاده شده هر مصاحبه چندین بار خوانده و مرور شده و واحدهای معنایی یعنی بخش هایی از متن داده ها که واجد معنا و رخداد و احساس خاصی در مورد سؤال پژوهش بودند، انتخاب می شدند. سپس با استفاده از نرم افزار Word بخش های کلیدی هر مصاحبه در قالب نقل قول مستقیم (عین جملات مشارکت کنندگان) و کدهای مفهومی (کدهای تلویحی محقق) مشخص می گردید. نسخه های کدگذاری شده با فاصله زمانی چند روزه مجدداً بازنگری شده و کدگذاری می گردید. نتایج دو کد گذاری با هم مقایسه شده و از هماهنگی کدها و در نتیجه ثبات و هماهنگی داده ها اطمینان حاصل می شد. بدین

جدول-۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک در دو گروه مواجهه و مقایسه

| P.value | گروه | | مواجهه (n=60) | | متغیر |
|---------|---------------|-------|---------------|-------|-------------|
| | مقایسه (n=60) | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۱ | ۵۰ | ۳۰ | ۵۰ | ۳۰ | جنس |
| | | ۳۰ | ۵۰ | ۳۰ | |
| ۰/۱۷۷ | ۱۵ | ۹ | ۲۶/۷ | ۱۶ | وضعیت تأهل |
| | | ۵۱ | ۷۳/۳ | ۴۴ | |
| ۰/۵۴۰ | ۴۵ | ۲۷ | ۳۸/۳ | ۲۳ | شغل |
| | | ۱۲ | ۲۸/۳ | ۱۷ | |
| | | ۱۴ | ۱۵ | ۹ | |
| | | ۴ | ۱۰ | ۶ | |
| | | ۳ | ۸/۳ | ۵ | |
| ۰/۰۵۴ | ۱۱/۷ | ۳ | ۱/۷ | ۱ | تحصیلات |
| | | ۱۱ | ۱۱/۷ | ۷ | |
| | | ۷ | ۱۰ | ۶ | |
| | | ۲۰ | ۱۸/۳ | ۱۱ | |
| ۱ | ۹۱/۷ | ۵۵ | ۹۱/۷ | ۵۵ | بیمه |
| | | ۵ | ۸/۳ | ۵ | |
| ۰/۸۵۰ | ۳۵ | ۲۱ | ۳۸/۳ | ۲۳ | بیمه تکمیلی |
| | | ۳۹ | ۶۱/۷ | ۳۷ | |

ایجاد انگیزه و تقویت باورها (۱۲ کد)، کاهش ترس و افزایش امیدواری (۱۱ کد)، جذابیت برنامه (۲۰ کد)، ماندگاری تأثیر مثبت برنامه (۲۱ کد) و تأثیر زمان بندی پخش (۷ کد) استخراج گردید. جدول ۳- نمونه ای از روند استخراج کدها از واحدهای معنایی و قرارگیری آن ها در طبقات را نشان می دهد.

مشارکت کنندگان در بخش کیفی پژوهش شامل ۴ مرد و ۱۲ زن بودند که میانگین سنی آن ها $37/22 \pm 4/06$ بود. از نظر میزان تحصیلات ۳ نفر تحصیلات ابتدایی، ۵ نفر دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق لیسانس داشتند. در تحلیل داده های کیفی نهایتاً ۶ طبقه تقویت آگاهی (۱۷ کد)،

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار رفتارهای کشف زودرس علائم سرطان و سایر متغیرهای مورد بررسی در دو گروه مواجهه و مقایسه

| P.value | مقایسه (n=60) | | مواجهه (n=60) | | گروه | متغیر |
|---------|-------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------|
| | درصد نمره کسب شده | میانگین \pm انحراف معیار | درصد نمره کسب شده | میانگین \pm انحراف معیار | | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۲۸/۱۱ | ۲/۵۳ \pm ۲/۷۰ | ۸۱/۲۲ | ۷/۳۱ \pm ۲/۳۸ | مواجهه | آگاهی |
| ۰/۰۰۰۱ | ۷۳/۰۵ | ۱۴/۶۸ \pm ۲/۷۳ | ۹۴/۰۵ | ۱۸/۸۱ \pm ۱/۹۹ | مواجهه | حساسیت درک شده |
| ۰/۰۰۰۱ | ۷۵/۲۰ | ۱۸/۰۵ \pm ۳/۳۳ | ۸۴/۹۱ | ۲۰/۳۸ \pm ۲/۶۷ | مواجهه | شدت درک شده |
| ۰/۰۰۰۱ | ۵۴ | ۱۲/۹۶ \pm ۳/۷۳ | ۸۹/۹۱ | ۲۱/۵۸ \pm ۲/۶۵ | مواجهه | خودکارآمدی |
| ۰/۰۰۰۱ | ۵۲/۰۸ | ۱۲/۵۰ \pm ۴/۷۱ | ۱۸/۱۶ | ۴/۳۶ \pm ۴/۶۸ | مواجهه | هزینه پاسخ |
| ۰/۰۰۰۱ | ۷۳/۵۹ | ۲۳/۵۵ \pm ۴/۷۵ | ۹۶/۰۳ | ۳۰/۷۳ \pm ۳/۰۶ | مواجهه | کارایی پاسخ |
| ۰/۰۰۰۱ | ۴۲/۰۶ | ۶/۷۳ \pm ۲/۹۶ | ۱۵/۳۱ | ۲/۴۵ \pm ۳/۷۰ | مواجهه | پاداش |
| ۰/۰۰۰۱ | ۵۵ | ۱۳/۲۰ \pm ۴/۴۲ | ۲۸/۷۵ | ۶/۹۰ \pm ۵/۴۷ | مواجهه | ترس |
| ۰/۰۰۰۱ | ۲۶/۳۳ | ۵/۵۳ \pm ۱/۵۳ | ۹۰/۵۲ | ۱۹/۰۱ \pm ۱/۸۵ | مواجهه | انگیزش محافظت |
| ۰/۰۰۰۱ | ۳۴/۸۸ | ۱۲/۵۶ \pm ۱۰/۴۰ | ۹۰/۵۵ | ۳۲/۰۶ \pm ۶/۱۵ | مواجهه | رفتار منفعل |
| ۰/۰۰۰۱ | ۳۹/۷۶ | ۱۵/۵۱ \pm ۷/۲۸ | ۵۸/۴۶ | ۲۲/۸۰ \pm ۶/۹۶ | مواجهه | رفتار فعال |

جدول ۳- نمونه ای از کدگذاری گفته های مصاحبه شوندگان و قرارگیری آن ها در طبقات

| نقل قول ها | کد | طبقه |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| «قبلاً با خودم فکر می کردم اصلاً میشه کسی سرطان بگیره و خوب بشه اما این فیلم بهم یاد داد که اگه متوجه خودم باشم و به موقع مراجعه کنم، خوب میشم.» | یاد گرفتن قابل درمان بودن سرطان با مراجعه به موقع | تقویت آگاهی |
| «با حرفای دکتر فهمیدم که حرف زدن درباره سرطان و انجام دادن چکاپ ها خیلی راحت.» | باور به ساده بودن انجام معاینات | ایجاد انگیزه و تقویت باورها |
| «مصاحبه هاش خیلی خوب بود چون واقعی بود (با بیماری سرطانی تو مراکز درمانی)، دیدن بیماری سرطانی که خوب شده بودند بهم امیدواری می داد و باعث شد ترسم از سرطان از بین بره.» | امیدواری به دلیل مصاحبه با بیماران بهبود یافته در شرایط خوب و عادی | کاهش ترس و افزایش امیدواری |
| «فیلمش خسته کننده نبود، خوبی فیلم این بود که پزشکای مختلف که شناخته شده هم بودن صحبت می کردن و با بیماران و مردم مختلف مصاحبه شده بود و جاهای مختلف مثل بیمارستان، مرکز پرتو درمانی و... رو نشون می دادن که باعث متنوع شدن فیلم شده بود، خیلی بهتر از این برنامه هایی بود که فقط به دکتر صحبت می کنه یا پرسش و پاسخ دارن.» | خسته کننده نبودن برنامه به دلیل تنوع مباحث و تصاویر | جذابیت برنامه |
| «چند بار دیگه هم تو تلویزیون می گفتن سرطان جدی بگیرین اما نمی گفتن چطوری اما تو این فیلم توضیح دادن چکار کنیم، این از همه مهم تر بود.» | تأثیر بیشتر بخش توضیح چگونگی مواجهه با سرطان | ماندگاری تأثیر مثبت برنامه |
| «چون خیلی طولانی نبود برام خسته کننده نبود، فیلم های طولانی باعث میشه آدم خسته و عصبی بشه، ما هم اینقدر مشکل داریم که دیگه حوصله دیدن برنامه های طولانی رو نداریم.» | مناسب بودن مدت زمان برنامه | تأثیر زمان بندی پخش |

«برام جالب بود که مامانم که سواد نداره همه صحبتتا رو متوجه شده بود و خوب گوش می داد، همش می گفت قسمت بعدیش کی پخش می شه. (زن ۳۷ ساله)».

«من با این که تحصیل کرده ام علائم و نمی دونستم و بیشتر در مورد سرطان سینه می دونستم ولی تو فیلم در مورد بقیه سرطان ها هم گفتند. (زن ۵۲ ساله)».

شرح هر یک از طبقات و کدهای مربوطه در ذیل آمده است:

طبقه ۱: تقویت آگاهی

اغلب بینندگان حتی افراد کم سواد پیام های برنامه را درک کرده و آگاهی آنها در زمینه علائم هشدار دهنده و تشخیص زودرس سرطان افزایش پیدا کرده بود.

«چون فیلمش آیتیم های مختلفی داشت با اینکه مستند بود، خسته کننده نبود. خیلی بهتر از نشون دادن سخنرانی یا سمینار بود. (زن ۳۲ ساله)».

«اینکه پیام با تصویر پخش می شد و صدایی که می خوندش تأثیر گذار بود، برام جالب بود. تن صدا خیلی مهمه، یکی از دکترا که پشت میز نشست بود اصلاً صداش هیجان نداشت و به نظر خسته میومد. ظاهر و تیپ مهمه. من تو مصاحبه ها حتی به آدمای دور و برم توجه می کردم. (مرد ۲۶ ساله)».

البته برخی مشارکت کنندگان پخش برنامه به صورت گزارش خبری یا برگزاری مسابقات تلویزیونی در زمینه سلامت را جذاب تر می دانستند. برخی نیز نام برنامه را نامناسب و باعث کاهش جذابیت آن عنوان کرده بودند.

«به جای این همه سریال باید این برنامه ها رو بیشتر نشون بدن ولی اسم این فیلم خوب نبود و باعث می شد خیلیا فیلمو نبینن. باید به اسم امیدوارکننده انتخاب می کردن. (زن ۵۲ ساله)».

طبقه ۵: ماندگاری تأثیر مثبت برنامه

اغلب مشارکت کنندگان آموخته های برنامه را تأثیر گذار و ماندگار می دانستند تا جایی که بیشتر آنان اطلاعات و آموخته های خود را به خانواده و اطرافیانشان انتقال داده بودند. آن ها توضیح مطالب کاربردی درباره چگونگی تشخیص و مواجهه با سرطان، تکرار مطالب مهم توسط پزشکان مختلف و هم چنین به صورت پیام های نوشتاری، ارائه تجربه بیماران در مصاحبه ها، جمع بندی مطالب در انتهای برنامه، پرداختن به بعد روانی و... را دلیل این امر عنوان کردند.

«مصاحبه با مریضای سرطانی خیلی تأثیرگذار بود چون به نظرم تجربه مهم تر از چیزایی هست که تو کتابا می خونیم. (زن ۳۶ ساله)».

«با همسر راجع به فیلم حرف زدیم و ترغیبش کردم که بره آزمایش بده. (زن ۴۲ ساله)».

برخی از بینندگان پرداختن به بعد معنوی، تأکید بر نقش حمایتی خانواده در این زمینه، مصاحبه های بیشتر با بیماران بهبود یافته در محل کار و زندگی و پخش برنامه از شبکه سراسری را سبب تأثیر گذاری و ماندگاری بیشتر آموخته های برنامه می دانستند.

«صحبت روانشناس که از بعد روانی سرطان می گفت، خیلی خوب بود. اگه بعد معنویم بود خوب بود به خصوص تو شهر ما، اگه به کارشناس مذهبی که خودمونی حرف می زنه بود همه مردم زن و مرد و پیر و جوان گوش می دادن. کاش این فیلم از شبکه سراسری پخش می شد که مردم بیشتری می دیدنش. من فیلمای با سطح پائین تر تو شبکه ملی دیدم که هیچ فایده ای هم نداره. (مرد ۲۶ ساله)».

طبقه ۶: تأثیر زمان بندی پخش

در عین حال برخی از بینندگان به دلیل مشغله های روزمره آموخته های برنامه را فراموش کرده و یادآوری مطالب برنامه به طرق مختلف را ضروری می دانستند. «تا چند روز حواسم بود و خودم معاینه می کردم تا اگه علامتی داشتم زودتر بهش برسم و پشیمون نشم ولی بعدش دیگه یادم رفت. اینجور فیلما باید ادامه داشته باشه یا حداقل به صورت زیرنویس یادآوری بشه. (زن ۳۶ ساله)».

طبقه ۲: ایجاد انگیزه و تقویت باورها

تغییر نگرش و باورهای اکثریت مشارکت کنندگان همان گونه که در فیلم نامه مورد تأکید قرار گرفته بود، کاملاً مشهود بود. اغلب بینندگان برای انجام معاینات و مراجعه به پزشک انگیزه پیدا کرده بودند. اکثریت این افراد علت این امر را مصاحبه با بیماران بهبود یافته و مشاهده تجربیات آنها می دانستند.

«تجربه دیگرانو دیدم که اگه علائمی داشتم پشت گوش نندازم و بگم خوب میشه، زودتر به پزشک مراجعه کنم تا خوب بشم. (مرد ۲۱ ساله)».

«ترسم از سرطان کم شده چون با مریضایی که خوب شده بودن مصاحبه می کردن، الان تشویق شدم که خودمو معاینه کنم. (زن ۵۲ ساله)».

طبقه ۳: کاهش ترس و افزایش امیدواری

تقریباً تمام مشارکت کنندگان به کاهش استرس و ترسشان از سرطان پس از مشاهده برنامه اشاره کردند. شناخت سرطان و علائم واقعی آن و خصوصاً اطلاع از قابل درمان بودن این بیماری و مشاهده بیماران بهبود یافته سبب ایجاد احساس امیدواری در بینندگان برنامه شده بود. علاوه بر آن صحبت های متخصص روانشناس در این زمینه بسیار مؤثر واقع شده بود.

«فکر می کردم قراره راجع به شرایط سخت بیماری سرطانی صحبت کنن و می ترسیدم فیلمو ببینم اما با دیدن فیلم ترسم کمتر شد و فهمیدم سرطانم مثل بیماریهای دیگه قابل درمانه. حرفای روانشناس و گفتن باورای غلط خیلی خوب بود چون بیشتر مردم به خاطر ناامیدی سراغ تشخیص زودرس نمی رن. (زن ۳۷ ساله)».

«با اینکه صحبتای پزشکا رو می شنیدم فکر می کردم اگه این اتفاق برای من بیفته قبولش برام سخته، پزشکا ما رو درک نمی کنن اما وقتی روانشناسه حرف زد حس کردم داره حرف دل ما رو می زنه و واقعاً امیدوار شدم. (زن ۲۸ ساله)».

طبقه ۴: جذابیت برنامه

اغلب مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که برنامه بسیار جذاب و قابل توجه بوده است و خصوصاً کوتاه بودن برنامه و تنوع آن را علت این امر می دانستند. حضور پزشکان شناخته شده، عدم تناقض بین صحبت های آنان، بیان خوب و حتی ظاهر و تن صدای پزشکان و آهنگ های پس زمینه نیز از جمله مواردی بودند که مورد توجه بینندگان قرار گرفته و سبب جذابیت برنامه شده بودند.

همانطور که در نتایج کمی مشاهده گردید، آگاهی بینندگان برنامه رسانه ای به طور معناداری از افرادی که برنامه را مشاهده نکرده بودند، بیشتر بود. نتایج کیفی در طبقه تقویت آگاهی نیز نشان داد که مشارکت کنندگان به آگاهی از شیوع بالای سرطان، علائم هشدار دهنده، قابل درمان بودن سرطان در صورت مراجعه به موقع و عوارض تشخیص دیررس و... اشاره کرده و آگاهی آنان پس از مشاهده برنامه افزایش یافته بود.

در مطالعه Avci هم که با استفاده از نمایش فیلم ویدئویی در مورد سرطان سینه بر روی معلمان انجام شده بود، بعد از مداخله آگاهی به طور معناداری افزایش یافت (۳۳). Ceber نیز مطالعه مشابهی بر روی پرستاران و ماماها انجام داده و گزارش می کند که بعد از مداخله آگاهی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود (۳۴). نتایج مطالعات Eadie (۱۱) و Mitchell (۲۰) نیز حاکی از افزایش آگاهی افراد بعد از اجرای مداخله رسانه ای بود. هم چنین نتایج کمی نشان داد که حساسیت درک شده، خودکارآمدی، کارایی پاسخ و انگیزش محافظت در بینندگان برنامه از گروه مقایسه بیشتر و هزینه پاسخ و پاداش در آنها کمتر بود. هم چنان که کدهای طبقه ایجاد انگیزه و تقویت باورها تأییدی بر این تغییر باورها در بینندگان برنامه بودند. در مطالعه Avci هم بعد از مداخله تغییر در حساسیت درک شده، خودکارآمدی و کارایی پاسخ معلمان مشاهده شد (۳۳). در مطالعه Ceber نیز خودکارآمدی، انگیزش محافظت افراد بعد از مداخله به طور معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود (۳۴). البته باید این نکته را در نظر داشت که هر چند مداخله های رسانه ای به نسبت تأثیر قابل توجهی در تغییر باورهای افراد دارند ولی صرفاً برای گروه های محدودی که طبقه اجتماعی اقتصادی و سطح اطلاعاتی مشابهی دارند می توان از رسانه های خاص مثل نمایش فیلم ویدئویی استفاده کرد و در مورد جوامع بزرگ و ناهمگون بهتر است جهت دسترسی بهتر و تأثیر بیشتر، مداخلات از طریق رسانه های گروهی و با انتخاب خود مخاطب صورت گیرد.

یافته کمی دیگر این مطالعه کاهش ترس در بینندگان برنامه رسانه ای بود که در یافته های کیفی نیز تحت عنوان طبقه کاهش ترس و افزایش امیدواری به طور بارزی مشاهده گردید. مشارکت کنندگان هم به کاهش ترس و نگرانی از انجام معاینات، هم به کاهش ترس از بیماری سرطان اشاره کردند که تأییدی در حمایت از یافته های کمی مطالعه در این زمینه بود. بنابراین علی رغم این که برخی مطالعات به کارگیری سازه ترس و افزایش آن را در انجام رفتار مؤثر دانسته اند، این سازه باید با احتیاط بیشتری به کار گرفته شود چرا که به نظر می رسد افزایش بیش از حد ترس در برخی موارد هم چون مطالعه حاضر نه تنها باعث افزایش رفتار نشده بلکه منجر به انکار مشکل و عدم انجام رفتار می گردد.

مقایسه میانگین متغیرهای مورد مطالعه بین بینندگان برنامه رسانه ای و افرادی که برنامه را مشاهده نکرده بودند نشان می دهد

اغلب مشارکت کنندگان چند قسمتی بودن برنامه، زمان پخش و مدت زمان آن را بسیار مناسب می دانستند و عقیده داشتند که برنامه های طولانی تر سبب خستگی، بی حوصلگی، حواس پرتی و کاهش دقت حین مشاهده می گردند.

«فیلمش مختصر و مفید بود، من وقتی فیلمی طولانی باشه سرگرم کار دیگه ای میشم و حواسم پرت میشه، اصلاً وقتشم ندارم. هر چی این برنامه ها کوتاه تر باشه حتی به شکل گزارش خبری مؤثرتره. (مرد ۲۶ ساله)».

«تو بعضی برنامه ها فقط یه نفر صحبت می کنه اونم به مدت طولانی، نمی تونستم از کارام بزمن و خسته هم می شدم. این برنامه بحث های اضافه نداشت. (زن ۳۱ ساله)».

برخی از بینندگان عقیده داشتند که برنامه باید سر ساعت دقیقی پخش می شد مثلاً رأس ساعت ۲۱ نه ۲۱:۱۰. اغلب مشارکت کنندگان نیز برنامه را به صورت اتفاقی مشاهده کرده و از عدم اطلاع رسانی در مورد پخش برنامه شکایت داشتند.

«در مورد پخش فیلم اطلاع رسانی نشده بود و گرنه مردم حاضرین حتی از کارشون بزمن تا اینجور برنامه هایی رو ببینن. (مرد ۶۱ ساله)».

در مجموع با توجه به کدهای طبقات جذابیت برنامه، ماندگاری تأثیر مثبت برنامه و تأثیر زمان بندی پخش نقاط قوت و ضعف برنامه رسانه ای از دیدگاه بینندگان مشخص گردید که اهم نقاط قوت برنامه: قابل فهم بودن برای افراد بی سواد، ارائه اطلاعات مورد نیاز و کاربردی با توجه به نیازسنجی انجام شده، تکرار مطالب مهم جهت یادگیری بیشتر، ارائه مطالب مهم به صورت پیام های صوتی و نوشتاری، برخورداری از بخش ها و تصاویر و مکان های متنوع، متعدد بودن پزشکان، حضور پزشکان شناخته شده و روانشناس، استفاده از مصاحبه های مردمی و تجارب بیماران، جمع بندی مطالب در انتهای برنامه، برخورداری از مدت زمان مناسب، چند قسمتی بودن و زمان پخش مناسب بود. عمده ترین نقاط ضعف برنامه نیز نامناسب بودن نام برنامه، عدم اطلاع رسانی در مورد پخش برنامه، فقدان اطلاعات کافی درباره درمان سرطان، عدم یادآوری مطالب مهم (به صورت زیرنویس، پیام های کوتاه و...) و عدم تأکید بر نقش حمایتی خانواده بود.

بحث

مطالعات نشان داده اند که تشخیص به موقع سرطان می تواند سبب کاهش مرگ و بار بیماری، درمان موفقیت آمیز بیماران و افزایش میزان های بقا شود (۱). مداخلات رسانه های گروهی به وسیله خودشان یا در ترکیب با سایر برنامه ها می توانند به طور معنی داری بر رفتارهای بهداشتی جوامع مؤثر باشند (۳۲). لذا این مطالعه با هدف ارزشیابی برنامه رسانه ای مبتنی بر تئوری انگیزش محافظت در زمینه کشف زودرس علائم سرطان انجام گردید.

(گروه مواجهه) و گروه مقایسه انجام شد و امکان مقایسه قبل و بعد وجود نداشت که مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر به شمار می آید.

ضمناً از آنجائی که بررسی تغییر آمار مراجعه کنندگان به مراکز مربوطه جهت انجام آزمایشات و معاینات برای تشخیص زودرس سرطان پس از انجام مداخله می تواند در تقویت نتایج و اثبات اثر مداخله و نشان دادن میزان آن مفید واقع شود و در پژوهش حاضر با توجه به وسعت مطالعه و در نظر گرفتن همه سرطان ها امکان آن میسر نبود، مطالعه تک تک سرطان ها در مطالعات جداگانه و بررسی آمار مذکور پیشنهاد می گردد.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده های کمی پژوهش و هم چنین نتایج بخش کیفی مطالعه که منجر به آشکار شدن نقاط قوت و ضعف برنامه رسانه ای از دیدگاه مخاطبین شد و البته غلبه نقاط قوت برنامه بر نقاط ضعف آن، نشان داد که همان گونه که انتظار می رفت بهره گیری از متخصصین آموزش بهداشت و متخصصین امور رسانه ای در کنار هم و ادغام اصول و تکنیک های آموزشی و رسانه ای به تولید برنامه ای اثربخش انجامید که نسبت به برنامه های مشابه در این حیطه کم نظیر و در رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده بسیار موفق بود. متأسفانه در بسیاری از مداخلات طراحی شده و از جمله برنامه های رسانه ای صرفاً به ارزشیابی کمی اکتفا شده و دیدگاه مخاطبین برنامه و پیشنهادات آنان مورد غفلت واقع می شود. استفاده از نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر به عنوان راهنما و دستورالعملی برای طراحی و تدوین برنامه های مشابه در حیطه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت مسلماً به جذب مخاطب و افزایش میزان تأثیر برنامه کمک شایانی خواهد نمود.

تشکر و قدردانی: این مطالعه بخشی از رساله دکتری آموزش

بهداشت دانشگاه تربیت مدرس سال ۱۳۹۳ می باشد. لذا بر خود لازم می دانیم بدین وسیله مراتب قدرانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه به خاطر حمایت مالی این طرح اعلام نمائیم. هم چنین از صدا و سیمای مرکز یزد به پاس همکاری صمیمانه شان در پخش برنامه رسانه ای و هم چنین شرکت کنندگان در مطالعه به خصوص مشارکت کنندگان بخش کیفی که با صبر و حوصله وارد تحقیق شدند، کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می دارند که تضاد منافی در

خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Maree J, Wright S. How would early detection be possible? An enquiry into cancer related knowledge, understanding and health seeking behavior of urban

که تفاوت میانگین به خصوص در مورد آگاهی، خودکارآمدی، هزینه پاسخ، پاداش و ترس که در فیلمنامه برنامه رسانه ای مورد تأکید قرار گرفته بودند، بارزتر بوده و بر افزایش انگیزش محافظت و رفتار مؤثر واقع شده بود به طوری که رفتار منفعل ۵۵ درصد و رفتار فعال ۱۸ درصد در گروه مواجهه نسبت به گروه مقایسه بیشتر بود.

بررسی یافته های کیفی مطالعه نیز شواهدی را مبنی بر تقویت آگاهی و باورها که نهایتاً منجر به افزایش تمایل به انجام رفتار منفعل و فعال یعنی افزایش انگیزش محافظت شده بود، فراهم کرد. بدین ترتیب تأثیر چشمگیر برنامه رسانه ای و موفقیت مداخله در رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده، بیش از پیش آشکار گردید. Reubsat در مطالعه خود نتایج مشابهی را مبنی بر تغییر معنادار آگاهی و نگرش آزمودنی ها بعد از اجرای بسیج رسانه ای عنوان کرده و میزان تغییر در رفتار منفعل و فعال نسبت به قبل از اجرای بسیج رسانه ای را به ترتیب ۲۳ و ۳۳ درصد گزارش کرده است (۵). Bethune میزان افزایش انجام تست پاپ اسمیر در زنان گروه هدف مطالعه اش پس از اجرای بسیج رسانه ای را ۲۰ درصد گزارش می کند (۳۵). Morrell (۱۷)، Mullins (۲۹) و Anderson (۱۲) نیز در مطالعات خود گزارش می کنند که موارد ثبت شده پاپ اسمیر در طول اجرای بسیج رسانه ای به منظور ارتقاء غربالگری رحم، به ترتیب بین ۱۵-۲۱، ۱۸ و ۲۷ درصد افزایش داشته است. نتایج مطالعه Nguyen نیز نشان داد که بعد از اجرای مداخله رسانه ای نسبت داشتن یک سیگموئیدوسکوپی یا کولونوسکوپی در گروه آزمون ۱/۴ برابر گروه شاهد بود (۳۶). در مطالعه Avci هم رفتار معلمان از ۴۳ درصد به ۷۴ درصد افزایش یافت (۳۳).

همان گونه که مشهود است میزان تغییر رفتار در این مطالعه با اینکه طیف وسیعی از رفتارها نه صرفاً یک رفتار خاص (انجام پاپ اسمیر، ماموگرافی و ...) مد نظر بوده، نسبت به مطالعات دیگر بسیار قابل توجه بوده است. این یافته ها حاکی از تأثیر چشمگیر و موفقیت برنامه در تغییرات مورد تأکید در فیلم نامه برنامه رسانه ای و نهایتاً تغییر رفتار هستند. خصوصاً مقایسه میزان تغییر رفتار در مطالعه حاضر با مطالعات مشابهی که مبتنی بر تئوری نبودند، تأثیر برنامه رسانه ای مبتنی بر تئوری را بیش از پیش آشکار می کند. با توجه به اینکه در این پژوهش انتخاب و مشاهده اختیاری برنامه رسانه ای مد نظر بوده و به افراد در مورد پخش برنامه مشاهده آن اطلاع رسانی نشده بود، نمونه های مطالعه نیمه تجربی از بین بینندگان برنامه انتخاب شده و اطلاعاتی از وضعیت قبلی این افراد در دسترس نبود. به همین دلیل به منظور ارزشیابی کمی برنامه رسانه ای و تعیین تأثیر آن، مقایسه بین بینندگان برنامه

black women in Tshwane, South Africa. Eur J Oncol Nurs. 2010;14:190-96.

2. McCaffery K, Wardle J, Waller J. Knowledge,

- attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Prev Med.* 2003;36:525–35.
3. Klein WM, Bloch M, Hesse BW, McDonald PG, Nebeling L, O'Connell ME, Riley WT, Taplin SH, Tesauro G. Behavioral research in cancer prevention and control: a look to the future. *Am J Prev Med.* 2014;46(3):303-11.
 4. Nooijer J, Lechner L, Vries H. Early detection of cancer: knowledge and behavior among Dutch adults. *Cancer Detect Prev* 2002;26:362–9.
 5. Reuhsaet A, Osch L, Vries H, Coul M, Lechner L. Some signals cannot wait: Effects of a national campaign on early detection of cancer among Dutch adults (>55 years). *Cancer Epidemiol* 2009; 33:194–200.
 6. Noroozi A, Jomand T, Tahmasebi R. Determinants of Breast Self-Examination Performance among Iranian Women: An Application of the Health Belief Model. *J Canc Educ* 2011;26:365–74.
 7. Khedmat H, Panahian M, Amini M, Izadi M, Naseri MH, Ghayomi MH. Survival of stomach adenocarcinoma. *J Mil Med.* 2007;9(3):167-77.
 8. Mazor M, Calvi J, Cowan R, Costanza M, Han P, Greene S, Saccoccio L, Cove E, Roblin D, Williams A. Media Messages About Cancer: What Do People Understand?. *J Health Commun.* 2010;15:126–45.
 9. Kemp GA, Eagle L, Verne J. Mass media barriers to social marketing interventions: the example of sun protection in the UK. *Health Promot Int.* 2010;26(1):37-45.
 10. Chew F, Palmer S, Slonska Z, Subbiah K. Enhancing Health Knowledge, Health Beliefs, and Health Behavior in Poland through a Health Promoting Television Program Series. *J Health Commun.* 2002;7:179-96.
 11. Eadie D, MacKintosh AM, MacAskill S, Brown A. Development and evaluation of an early detection intervention for mouth cancer using a mass media approach. *Br J Cancer.* 2009;101(52):573-79.
 12. Anderson JO, Mullins RM, Siahpush M, Spittal MJ, Wakefield M. Mass media campaign improves cervical screening across all socio-economic groups. *Health Educ Res* 2009;24(5):867-75.
 13. Morley B, Wakefield M, Dunlop S, Hill D. Impact of a mass media campaign linking abdominal obesity and cancer: a natural exposure evaluation. *Health Educ Res* 2009;24(6):1069-79.
 14. Jedele J.M, Ismail A.I. Evaluation of a multifaceted social marketing campaign to increase awareness of and screening for oral cancer in African Americans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38:371–82.
 15. Basu A, Datta S, Roy C. Knowledge and attitude towards cancer: the need for health education. *J Indian Med Assoc* 2010;108(5):305-8.
 16. Hannon P, Lloyd GP, Viswanath K, Smith T, Basen-Engquist K, Vernon SW, Turner G, Hesse BW, Crammer C, von Wagner C, Backinger CL. Mass media and marketing communication promoting primary and secondary cancer prevention. *J Health Commun* 2009;14:30-7.
 17. Morrell S, Perez DA, Hardy M, Cotter T, Bishop JF. Outcomes from a mass media campaign to promote cervical screening in NSW, Australia. *J Epidemiol Community Health* 2010;64(9):777-83.
 18. Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, Sox CH, Dietrich AJ. Perceptions of Barriers and Facilitators of Cancer Early Detection among Low-Income Minority Women in Community Health Centers. *J Natl Med Assoc.* 2005;97(2):162-70.
 19. Khosravi D, Taheripanah R, Taheripanah A, Monfared VT, Hosseini-Zijoud SM. Comparison of oral dydrogesterone with vaginal progesterone for luteal support in IUI cycles: a randomized clinical trial. *Iranian journal of reproductive medicine.* 2015;13(7): 433.
 20. Mitchell JK, Leslie KS. Melanoma death prevention: moving away from the sun. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(6):169-75.
 21. Renaud J, Gagnon F, Michaud C, Boivin S. Evaluation of the effectiveness of arsenic screening promotion in private wells: a quasi-experimental study. *Health Promot Int.* 2011;26(4):465-75.
 22. Fry RB, Prentice-Dunn S. Effects of a psychosocial intervention on breast self-examination attitudes and behaviors. *Health Educ Res.* 2006;21(2):287-95.
 23. Vadaparampil ST, Jacobsen PB, Kash K, Watson IS, Saloup R, Pow-Sang J. Factors Predicting Prostate Specific Antigen Testing among First-Degree Relatives of Prostate Cancer Patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004;13(5):753-8.
 24. Inukai S, Ninomiya K. Cognitive factors relating to mammographic breast cancer screening. *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* 2010;57(9):796-806.
 25. Pechmann C, Zhao G, Goldberg ME, Reibling ET. What to convey in antismoking advertisements for adolescents: The use of protection motivation theory to identify effective message themes. *J Mark.* 2003;67:1-18.
 26. Crismaru M. Using Protection motivation theory to increase the persuasiveness of public service communications. *Public Policy Paper.* 2006;40.
 27. Rahaei Z, Ghofranipour F, Morowatisharifabad MA, Mohammadi E. Determinants of Cancer Early Detection Behaviors: An Application of Protection Motivation Theory. *Health Promot Perspect.* 2015;5(2):138-46.
 28. Creel AH, Rimal RN, Mkandawire G, Bose K, Brown JW. Effects of a mass media intervention on HIV-related stigma: 'Radio Diaries' program in Malawi. *Health Educ Res.* 2011;26(3):456-65.
 29. Mullins R, Wakefield M, Broun K. Encouraging the right women to attend for cervical cancer screening: results from a targeted television campaign in Victoria, Australia. *Health Educ Res.* 2008;23(3):477-86.
 30. Bauman A, Smith BJ, Maibach EW, Reger-Nash B. Evaluation of mass media campaigns for physical activity. *Eval Program Plann.* 2006;29:312–22.
 31. Rahaei Z, Ghofranipour F, Morowatisharifabad MA, Mohammadi E. Psychometric properties of a protection motivation theory questionnaire used for

cancer early detection. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2014;12(3):69-79.

32. Abroms LC, Maibach EW. The effectiveness of mass communication to change public behavior. *Annu Rev Public Health* 2008;29:219-34.

33. Avci I, Gozum S. Comparison of two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *Eur J Oncol Nurs* 2009;13:94-101.

34. Ceber E, Turk M, Ciceklioglu M. The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. *J Clin Nurs* 2010;19:2363-71.

35. Bethune G.R, Lewis H.J. Let's talk about smear tests: Social marketing for the National Cervical Screening Programme. *Public Health* 2009;123:e17-e22.

36. Nguyen BH, McPhee SJ, Stewart SL, Doan HT. Effectiveness of a Controlled Trial to Promote Colorectal Cancer Screening in Vietnamese Americans. *Am J Public Health* 2010;100(5):870-6.