بررسی میزان تاثیر آموزش بر رفتارهای پیشگیری کننده ی سرطان پروستات در مردان بالای ۴۰سال شهر یزد بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی

نویسندگان: سید سعید مظلومی محمودآباد[۱]، ولی بهره ور[۲]، سید علی محمد میرجلیلی[۳]، حمید رضا دهقان[۴]

۱.استاد گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲.نویسنده مسئول :دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت ، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد تلفن تماس:۰۹۱۳۲۵۸۲۶۷۰ Email: bahrevar۹۱@yahoo.com

۳.استادیار گروه ارولوژی ، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴.پزشک عمومی گروه ارزیابی فناوری اطلاعات، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال پانزدهم
شماره: پنجم
آذر و دی۱۳۹۵
شماره مسلسل: ۵۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۰/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۵

چکیده

مقدمه: سرطان پروستات شایع ترین سرطان بین مردان می باشد، بر همین اساس هدف از مطالعه حاضر تعیین میزان تاثیر آموزش بر رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان پروستات در مردان بالای ۴۰ سال شهر یزد بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی می باشد.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه تجربی- مداخله ای می باشد، حجم نمونه های گروه های مورد و شاهد بر اساس فرمول ۴۰ نفر بدست آمد و سپس نمره مربوط به نگرش و آگاهی و عملکرد افراد نمونه قبل از آموزش و سپس ۳ ماه بعد از مداخله بر اساس پرسشنامه بدست آمد و اطلاعات بدست آمده وارد نرم افزار۱۸ SPSS شده و به کمک آزمون های تی مستقل و کای اسکوئر بررسی شد .

یافته ها: در این مطالعه میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه آزمون ۸/۳۳ ±۵۴/۵۵ و میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه کنترل ۸/۶۹±۵۵/۰۲ می باشد. مقایسه نمره آگاهی در گروههای آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان داد در مرحله دوم (بعد از مداخله) اختلاف میانگین نمره آگاهی در گروه آزمون و کنترل معنادار بود(P= ۰/۰۰۰)بین سازه شدت درک شده با موانع درک شده و منافع درک شده ، با خود کارآمدی (P = ۰/۰۰۰) عملکرد (P = ۰/۰۰۰) راهنمای عمل (P = ۰/۰۰۰) همبستگی مستقیم معناداری مشاهده شد.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که با افزایش آگاهی در بین افراد بالای ۴۰ سال می توان عملکرد های پیشگیری از بروز سرطان پروستات را بهتر و موثر تر در جامعه به کار برد.

واژه های کلیدی: آموزش، پیشگیری، سرطان و پروستات، مدل اعتقاد بهداشتی

مقاله برگرفته از پایان نامه تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

مقدمه

سرطان پروستات شایع ترین سرطان بین مردان می باشد که به یکی از مشکلات بهداشتی شایع و در حال افزایش در کشور های غربی و آمریکا تبدیل شده است. میزان بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان پروستات در جمعیت های مختلف، متنوع و گسترده می باشد. بیشترین میزان در امریکای شمالی و اروپای شمالی دیده می شود. در اروپا و امریکای جنوبی از میزان متوسطی برخوردار است و کمترین میزان را در افریقا و آسیا دارا می باشد. میزان بروز با افزایش سن بیشتر می شود. این سرطان شایع ترین سرطان تشخیص داده شده و دومین علت مرگ در مردان آمریکایی می باشد (۱).

اثرات طولانی مدت درمان مانند بی اختیاری ادراری، ناتوانی جنسی و التهاب رکتوم ناشی از پرتوتابی تاثیرات نامطلوبی روی کیفیت زندگی بیماران دارد. همچنین بستری شدن در بیمارستان هم هزینه ی گزافی را بر بیمار تحمیل می کند(۳-۱).

مطالعات اکولوژیک نشان داده اند که فاکتور های محیطی تاثیرگذارتر از فاکتور های ژنتیکی در این تنوع گستردگی در جمعیت جهان می باشد. برخلاف الگوی گستردگی این بیماری در جهان، بیشترین میزان مرگ و میر در ایالات متحده و آسیا و اروپای مرکزی دیده می شود. عواملی مختلفی در میزان مرگ ومیر ناشی از سرطان پروستات تاثیر دارند که اکثرا محیطی می باشند و با اصلاح رفتار قابل پیشگیری هستند، مانند رژیم غذایی، مصرف سیگار، مصرف الکل و ... . همچنین شرکت در برنامه ی غربالگری سرطان پروستات (اندازه گیری PSA (نوعی پر و تئین است که در سلولهای غده پروستات تولید و وارد جریان خون می شود) می تواند نقش مهمی در کاهش مرگ و میر داشته باشد که آموزش می تواند نقش مهمی در تشویق شرکت در این برنامه را در افراد ایجاد کند(۵-۳).

آمار کشور ما نیز نشان داده است که میزان مرگ ناشی از سرطان پروستات در مقایسه با بسیاری از سرطان ها نسبتا بالا می باشد (۳،۶).

ناآگاهی و به دنبال آن رعایت نکردن رفتارهای صحیح بهداشتی در هر جامعه ای اجتناب ناپذیر است . آموزش یکی از بهترین روش هایی است که در جهت افزایش آگاهی و نگرش و قصد به انجام رفتار های بهداشتی می باشد. افراد و جوامع برای شناخت و عمل به شیوه های درست زندگی، حفظ سلامت و پرهیز از بیماری ها نیازمند آموزش رفتار های صحیح هستند و در این راستا نقش آموزش بهداشت کلیدی است. افزایش اثر بخشی آموزش بهداشت بستگی به استفاده از نظریه ها و الگو ها دارد. الگوی اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model) از قدیمی ترین نظریه های رفتار بهداشتی می باشد که تقریبا نیم قرن همراه با موفقیت های بزرگی در موضوعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. این الگو بیشتر در پیشگیری از بیماریها نقش دارد و رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می دهد و بر این فرض استوار است که رفتارهای پیشگیری کننده مبتنی بر اعتقادات فرد است. این اعتقادات شامل آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری، تاثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد، تاثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری می باشند(۷،۸).

با توجه به شیوع بالای این سرطان و همچنین مرگ و میر زیاد ناشی از این سرطان در کشورمان (خصوصا در شهر یزد که حایز رتبه ی دوم در کشور می باشد.) و همچنین بار سنگین درمان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

این بیماری، اقدامات پیشگیرانه از این بیماری امری ضروری و مهم بنظر می رسد که با توجه به عوامل تاثیرگذار در بروز این بیماری، آموزش می تواند نقشی مهم در پیشگیری و کاهش بار این بیماری داشته باشد، لذا هدف از مطالعه حاضر تعیین میزان تاثیر آموزش بر رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان پروستات در مردان بالای ۴۰ سال شهر یزد بر مبنای مدل اعتقاد بهداشتی می باشد

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه تجربی- مداخله ای می باشد که جمعیت مورد بررسی آن شامل مردان بالای ۴۰ سال شهر یزد می باشد که یکی از اقوام درجه ۱ آنها دچار سرطان پروستات بودند.

با درصد افزایش آگاهی نسبت به موضوع در میان دو گروه ۱۵٪ که با هم تفاوت داشته با $\Delta P=\%15 \quad \beta=\%20 \quad \alpha=\%5$

و با لحاظ کردن ریزش نمونه ها حجم نمونه در هر گروه ۴۰ نفر بدست آمد، وبا استفاده از کامپیوتر ۴۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. معیار های ورود شامل مواردی مانند مردان بالای ۴۰ سال باشند، در اقوام درجه یک آنها سابقه سرطان پروستات وجود داشته باشد، برای شرکت در مطالعه رضایت داشته باشند و حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن باشند.

با مراجعه به درب منزل این افراد،اقوام درجه یک مرد مبتلا به سرطان شناسایی شده و ۸۰ نفر از این افراد برای لحاظ شدن در دو گروه مداخله و شاهد انتخاب شدند و سپس پرسشنامه مرحله اول تکمیل شد، این پرسشنامه یک پرسشنامه محقق ساخته می باشد که روایی آن مورد تایید متخصصان قرار گرفت و پایایی آن توسط آزمون آلفای کرونباخ ۸۴ ٪ بیان شد و لازم به ذکر است که برای دقت بیشتر خود محقق به صورت مصاحبه آن را تکمیل کرده است. نمره مربوط به نگرش و آگاهی و عملکرد افراد نمونه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی قبل از آموزش بدست آمد و سپس با توجه به اطلاعات بدست آمده و با مراجعه به کتب تخصصی اورولژی پمفلت طراحی شد در اختیار دو گروه قرار گرفت و همزمان آموزش چهره به چهره نیز انجام شد، پس از گذشت ۳ماه از آموزش با مراجعه به درب منزل هر دوگروه مداخله و شاهد مصاحبه مرحله دوم جهت تکمیل پرسشنامه صورت گرفت و اطلاعات بدست آمده وارد نرم افزار SPSS**۱۸** شد و به کمک آزمون های t-student و chi-square میزان تفاوت بین دو گروه بررسی گردید.

یافته ها

در این مطالعه میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه آزمون ۸/۳۳ ±۵۴/۵۵ و میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه کنترل ۸/۶۹±۵۵/۰۲ می باشد .بر اساس وضعیت تحصیلی، محل زندگی و شغل افراد شرکت کننده در مطالعه در هر دو گروه بیشترین سطح تحصیلات مقطع ابتدایی و بیشتر افراد ساکن شهر و بیشتر افراد شرکت کننده دارای شغل آزاد بودند.

در جدول ۱ مقایسه نمره آگاهی، حساسیت درک شده و شدت درک شده در گروههای آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله بیان شده که بر این اساس گزارش شد اختلاف نمره آگاهی در مرحله اول(پیش از مداخله) در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود. (P = ۰/۰۱) و در مرحله دوم (بعد از مداخله) اختلاف میانگین نمره آگاهی در گروه آزمون و کنترل معنادار بود(P = ۰/۰۰۰).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

در جدول ۱ مقایسه نمره حساسیت درک شده در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله گزارش شده که بر این اساس اختلاف میانگین نمره حساسیت درک شده قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود. (P = ۰/۱) اما بعد از مداخله این اختلاف معنادار بود. (P = ۰/۰۰۰). در گروه آزمون بعد از مداخله میزان نمره حساسیت درک شده افزایش یافت. و در گروه کنترل اختلاف نمره حساسیت درک شده عد از مداخله معنادار نبود. (P = ۰/۱)

همچنین در جدول ۱مقایسه نمره شدت درک شده در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله گزارش شده که بیان شد اختلاف میانگین نمره شدت درک شده قبل از مداخله در دو گروه آزمون و غیر آزمون معنادار نبود. (P = ۰/۳) و بعد از مداخله این اختلاف معنادار بود. (P = ۰/۰۰۰) و میزان نمره شدت درک شده در گروه آزمون افزایش یافت و در گروه کنترل اختلاف میانگین نمره شدت درک شده قبل و بعد از مداخله معنادار نبود.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره آگاهی، حساسیت و شدت درک شده در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر مورد نظر	زمان پژوهش	گروه آزمون		گروه کنترل		نتیجه آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p
آگاهی	قبل از مداخله	۲۹/۶۵	۷/۴۳	۲۴/۹۲	۸/۶۳	p = ۰/۰۱
	بعد از مداخله	۵۴/۵۲	۷/۳۵	۲۷/۱	۷/۰۶	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۰۰۲		
حساسیت درک شده	قبل از مداخله	۳۴/۵۵	۳۲/۸	۵/۲۷	P = ۰/۱	p = ۰/۱
	بعد از مداخله	۴۵/۷۵	۳۳/۴۵	۳/۶۳	P = ۰/۰۰۰	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۱		
شدت درک شده	قبل از مداخله	۲۳/۶	۳/۹۹	۲۴/۴۷	۳/۷۰	p = ۰/۳
	بعد از مداخله	۳۸	۴/۸۹	۲۳/۳۲	۳/۷۰	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۰۰۸		

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

نیز مقایسه میانگین نمره موانع درک شده، منافع درک شده و خود کارآمدی درک شده در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در جدول ۲ گزارش گردیده که بر این اساس اختلاف میانگین نمره موانع درک شده قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود(P = ۰/۳) که بعد از مداخله این اختلاف معنادار گردید (P = ۰/۰۰۰) و در گروه آزمون نمره موانع درک شده بعد از مداخله کاهش یافت و در گروه کنترل اختلاف نمره موانع درک شده قبل و بعد از مداخله معنادار نبود.

مقایسه میانگین نمره منافع درک شده در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله گزارش گردیده که بر این اساس اختلاف میانگین نمره منافع درک شده قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود.(P = ۰/۴) بعد از مداخله در هر دو گروه این اختلاف معنادار بود. (P = ۰/۰۰۰) ولی در گروه آزمون نمره منافع درک شده افزایش بیشتری به گروه غیر آزمون داشت و این افزایش نمره در گروه غیر آزمون احتمالا به دلیل آموزش هی غیر مستقیم دیگر می باشد.

مقایسه میانگین نمره خود کارآمدی در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله بیان گردیده که بر این اساس اختلاف میانگین نمره خود کارآمدی قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود (P = ۰/۲) اما این اختلاف بعد از مداخله معنادار بود (P = ۰/۰۰۰). و در گروه آزمون نمره خود کارآمدی افزایش یافت و همچنین در گروه کنترل هم نمره خود کارآمدی مقداری افزایش داشت.

مقایسه میانگین نمره عملکرد و راهنمای عمل در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله در جدول ۳ گزارش شده و بر این اساس اختلاف میانگین نمره عملکرد قبل از مداخله در دو گروه آزمون و غیر آزمون معنادار نبود.(P = ۰/۹) بعد از مداخله این اختلاف معنادار بود. (P = ۰/۰۰۰) و در گروه آزمون نمره رفتار افزایش یافت و در گروه غیر آزمون نمره رفتار قبل و بعد از مداخله معنادار نبود (P = ۰/۷).

مقایسه میانگین نمره راهنمای عمل در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله بیان شده که بر این اساس اختلاف میانگین نمره راهنمای عمل قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود.(P = ۰/۴) بعد از مداخله این اختلاف معنادار بود.(P = ۰/۰۰۰) و در گروه آزمون نمره راهنمای عمل افزایش یافت و در گروه کنترل اختلاف نمره راهنمای عمل قبل و بعد از مداخله معنادار نبود (P = ۰/۲).

در جدول ۴ نیز توزیع فراوانی وضعیت سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب محل زندگی بیان شده و گزارش شده که در بررسی ارتباط بین سازه های الگوی بهداشتی با محل زندگی افراد تنها سازه موانع درک شده با محل زندگی ارتباط داشت (P = ۰/۰۰۱). و میزان شدت درک شده در حد متوسط در شهر و روستا دارای بیشترین درصد بود.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

جدول۲ :مقایسه میانگین نمره موانع درک شده، منافع درک شده و خود کارآمدی در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر مورد نظر	زمان پژوهش	گروه آزمون		گروه کنترل		نتیجه آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p
موانع درک شده	قبل از مداخله	۲۱/۲۵	۳/۴۱	۲۲/۰۷	۴/۱۴	p = ۰/۳
	بعد از مداخله	۱۰/۷۲	۲/۷۴	۲۰/۷۰	۲/۶۴	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۰۰۷		
منافع درک شده	قبل از مداخله	۲۳/۱۰	۳/۳۳	۲۲/۵۰	۳/۰۳	p = ۰/۴
	بعد از مداخله	۲۸/۹۵	۱/۲۹	۲۵/۵	۴/۰۲	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۰۰۰		
خود کارآمدی درک شده	قبل از مداخله	۱۱/۰۷	۳/۸۷	۱۰/۰۲	۳/۴۶	p = ۰/۲
	بعد از مداخله	۲۸	۳/۱۴	۱۲/۷	۳/۸۷	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۰۰۱		

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره عملکرد و راهنمای عمل در گروه های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر مورد نظر	زمان پژوهش	گروه آزمون		گروه کنترل		نتیجه آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	p
عملکرد	قبل از مداخله	۴۳/۹۲	۸/۶۸	۴۴/۰۷	۷/۳۰	p = ۰/۹
	بعد از مداخله	۵۱/۱۰	۷/۰۴	۴۳/۹۷	۶/۵۹	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۷		
راهنمای عمل	قبل از مداخله	۱۰/۰۵	۱/۲۵	۱۰/۲۷	۱/۴۸	p = ۰/۴
	بعد از مداخله	۱۱/۸۰	۱/۸۹	۱۰/۰۵	۰/۹۵	p = ۰/۰۰۰
	نتیجه آزمون p	p = ۰/۰۰۰		p = ۰/۲		

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

جدول۴: توزیع فراوانی وضعیت سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب محل زندگی

وضعیت سازه ها	محل زندگی	شهر فراوانی	شهر درصد	روستا فراوانی	روستا درصد	کل فراوانی	کل درصد	p
آگاهی	ضعیف	۱۵	۱۸/۸	۱۸	۱۷/۵	۲۹	۳۶/۲	۰/۱۳۳
	متوسط	۱۲	۱۵	۱۱	۳۴/۴	۲۳	۲۸/۸	
	مطلوب	۲۱	۲۶/۲	۷	۸/۸	۲۸	۳۵	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	
حساسیت	ضعیف	۱۷	۲۱/۲	۱۵	۱۸/۸	۳۲	۴۰	۰/۵۹۰
درک	متوسط	۲۹	۳۶/۲	۱۶	۲۰	۴۵	۵۶/۲	
شده	مطلوب	۲	۲/۵	۱	۱/۲	۳	۳/۸	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	
شدت	ضعیف	۰	۰	۱	۱/۲	۱	۱/۲	۰/۴۲۹
درک	متوسط	۲۴	۳۰	۱۷	۲۱/۲	۴۱	۵۱/۲	
شده	مطلوب	۲۴	۳۰	۱۴	۱۷/۵	۳۸	۴۷/۵	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	
موانع	ضعیف	۱۹	۲۳/۸	۱	۱/۲	۲۰	۲۵	۰/۰۰۱
درک	متوسط	۲۰	۲۵	۲۴	۳۰	۴۴	۵۵	
شده	مطلوب	۹	۱۱/۲	۷	۸/۸	۱۶	۲۰	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	
منافع	ضعیف	۲	۲/۵	۲	۲/۵	۴	۵	۰/۳۳۲
درک	متوسط	۴۳	۵۳/۸	۳۰	۳۷/۵	۷۳	۹۱/۲	
شده	مطلوب	۳	۳/۸	۰	۰	۳	۳/۸	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	
خود کار	ضعیف	۱۷	۲۱/۲	۱۴	۱۷/۵	۳۱	۳۸/۸	۰/۳۲۰
امدی	متوسط	۲۵	۳۱/۲	۱۷	۲۱/۲	۴۲	۵۲/۵	
	مطلوب	۶	۷/۵	۱	۱/۲	۷	۸/۸	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	
عملکرد	ضعیف	۸	۱۰	۳	۳/۸	۱۱	۱۳/۸	۰/۶۱۹
	متوسط	۳۸	۴۷/۵	۲۸	۳۵	۶۶	۸۲/۵	
	مطلوب	۲	۲/۵	۱	۱/۲	۳	۳/۸	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	
راهنمای	ضعیف	۱	۱/۲	۳	۳/۸	۴	۵	۰/۲۵۱
عمل	متوسط	۴۶	۵۷/۵	۲۹	۳۶/۲	۷۵	۹۳/۸	
	مطلوب	۱	۱/۲	۰	۰	۱	۱/۲	
	کل	۴۸	۶۰	۳۲	۴۰	۸۰	۱۰۰	

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه آزمون ۸/۳۳ ±۵۴/۵۵ و میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه کنترل ۸/۶۹±۵۵/۰۲ می باشد.

توریع متغیر سطح تحصیلات افراد شرکت کننده در دو گروه آزمون و غیر آزمون یکسان می باشد و در هر دو گروه بیشترین سطح تحصیلات مقطع ابتدایی می باشد، توزیع متغییر محل زندگی در دو گروه شرکت کننده آزمون و کنترل یکسان می باشد و در هر دو گروه بیشتر افراد ساکن شهر بودند.

توزیع متغیر شغل در دو گروه آزمون و غیر آزمون یکسان می باشد به گونه ای که در هر دو گروه افراد شرکت کننده شغل آزاد بیشترین درصد را داشت. و توزیع متغیر نسبت با فرد دارای سرطان در هر دو گروه یکسان می باشد و در هر دو گروه در بیشتر موارد پدر و برادر بیشترین فراوانی را داشتند.

مقایسه نمره آگاهی در گروههای آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله بیان شده که بر این اساس گزارش شد اختلاف نمره آگاهی در مرحله اول(پیش از مداخله) در دو گروه آزمون و کنترل معنادار نبود. (P = ۰/۰۱) و در مرحله دوم (بعد از مداخله) اختلاف میانگین نمره آگاهی در گروه آزمون و کنترل معنادار بود(P = ۰/۰۰۰).

نتایج مطالعه انجام شده توسط winzenberg و همکاران نیز حاکی از افزایش آگاهی بعد از آموزش بود ولی در زمینه خودکارآمدی مثمر ثمر نبود(۹) و نتایج مطالعه دکتر شریفی راد و همکاران نیز نشان داد بعد از مداخله آموزشی، میانگین نمره آگاهی در گروه مداخله افزایش معنی داری یافت(۱۰).

در مطالعه ی Kleier و همکاران گزارش شد که مردان جامائیکا نسبت به هایتی از اطلاعات بیشتری در مورد علائم سرطان پروستات آگاهی دارند و اعتقاد دارند که تشخیص زودتر باعث کاهش عوارض و شدت بیماری می گردد(۱۱).

در مطالعه ی McCree-hale و همکاران گزارشات حاکی از آن بود که پاسخ به سوالات مربوط به سرطان پروستات بعد از آموزش به طور معناداری صحیح تر از قبل از آموزش بود. از نتایج این مطالعه می توان نتیجه گرفت که جمعیت مورد آزمون نسبت به آموزش تاثیر پذیر بودند و بعد از آموزش آگاهی آنها نسبت به ریسک فاکتور ها و علایم و غربالگری سرطان پروستات افزایش یافته بود(۱۲).اختلاف میانگین نمره عملکرد قبل از مداخله در دو گروه آزمون و غیر آزمون معنادار نبود. (P = ۰/۹) بعد از مداخله این اختلاف معنادار بود. (P = ۰/۰۰۰) و در گروه آزمون نمره رفتار افزایش یافت و در گروه غیر آزمون نمره رفتار قبل و بعد از مداخله معنادار نبود (P = ۰/۷).

نتایج مطالعه حاضر در این قسمت با نتایج مطالعات انجام شده توسط شریفی راد و همکاران(۱۰) و مهری (۱۳) همسو می باشد، راهنما ها می توانند منشا داخلی (احساس خستگی، یادآوری شرایط سخت) داشته باشد.

بین سازه شدت درک شده با منافع درک شده(P = ۰/۰۰۰)، با خود کارآمدی، عملکرد و راهنمای عمل(P = ۰/۰۰۰) همبستگی مستقیم معناداری مشاهده شد.

نتایج مطالعه خود کار آمدی در این مطالعه با نتایج مطالعات انجام شده توسط توسلی(۱۴) غفرانی پور (۱۵) و شجاعی زاده(۱۶) همسو می باشد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

نتایج مطالعه مهری و همکاران نشان داد بین شدت درک شده و رفتار همبستگی معنی داری مشاهده گردید(۱۷) نتایج مطالعه نیکنامی و همکاران نشان داد بین میزان آگاهی، شدت و حساسیت درک شده و منافع درک شده ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و بین حساسیت و شدت درک شده نیز ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد(۱۸) نتایج مطالعه مهری و همکاران نشان داد بین راهنما برای عمل و خودکار آمدی با رفتار های پیشگیری کننده از بیماری های قلبی، همبستگی معنی داری مشاهده شد(۱۹).

نتایج مطالعه مظلومی نشان داد بین نمره شدت درک شده و رفتار همبستگی معناداری وجود دارد و همچنین بین نمره موانع درک شده و نحوه رفتار همبستگی معنی داری مشاهده شد ولی بین حساسیت و منافع درک شده با رفتار همبستگی معناداری مشاهده نشد(۲۰).

نتایج مطالعه شجاعی زاده و همکاران نشان داد بین آگاهی با سطح تحصیلات رابطه معنی داری مشاهده شد(۲۱) و همچنین نتایج مطالعه میری و همکاران نشان داد نمره آگاهی و سطح تحصیلات رابطه معنی داری با یکدیگر دارند و بدین ترتیب با افزایش سطح تحصیلات، آگاهی افزایش می یابد(۲۲).

در مطالعه ی Nivens و همکاران نتایج نشان داد که سابقه ی ارتباط با این بیماری و همچنین توصیه توسط کارشناسان بهداشتی بهترین پیشگویی کننده گان شرکت در غربالگری هستند(۲۳).

در مطالعه ی Demark و همکاران بیان شد که علی رغم شباهت هایی که در زمینه ی آگاهی و دانش در باره ی سرطان پروستات بین سفید و سیاه پوست ها وجود دارد، اختلاف معناداری در زمینه ی نگرش به بیماری و درمان آن و همچنین اطلاع از ریسک فاکتور ها بین گروه های نژادی وجود داشت و مردان سیاه پوست بیماری خود را دیرتر تشخیص می دهند(۴) .

در مطالعه ی رحمتی و همکاران نیز از این الگو جهت آموزش رفتار های پیشگیری کننده از ایدز استفاده گردید(۲۴).

در مطالعه ی معطری و همکاران گزارش شد که اکثر افراد شرکت کننده نسبت به انجام آزمایشهای غربالگری سرطان کولورکتال علاقمند نبودند. بیشترین مانع ذکر شده برای آزمایش خون مخفی و کولونوسکپی به ترتیب کمبود وقت و احساس سالم بودن وفقدان علائم بیماری بود، نتیجه ی این مطالعه حاکی از آن بود که آموزش و تشویق سبب افزایش سطح دانش و مشارکت کارکنان شد.(۱۴) در این مطالعه بیان شد که با افزایش آگاهی ها در بین افراد بالای ۴۰ سال می توان عملکرد های پیشگیری را بهتر و موثر تر در جامعه به کار برد که مطمئنا این روش های پیشگیری با افزایش آگاهی در بین گروههای پرخطر جامعه می تواند هم شیوع سرطان پروستات را در جامعه کاهش دهد و هم می تواند هزینه های عمل و تحمل درد را در بیماران به حداقل برساند و خود را به عنوان یک روش موثر در حیطه آموزش بهداشت که همانا وظیفه اصلی آن پیشگیری است، نشان دهد.

References

۱- Doukas DJ, Localio AR, Li Y. Attitudes and beliefs concerning prostate cancer genetic screening. Clinical genetics ۲۰۰٤; ٦٦(٥): ٤٤٥-٥١.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

۲- Blocker DE, Romocki LS, Thomas KB, Jones BL, Jackson EJ, Reid L, et al. Knowledge, beliefs and barriers associated with prostate cancer prevention and screening behaviors among African-American men. Journal of the National Medical Association. ۲۰۰۶; ۹۸(۸): ۱۲۸۶.

۳- Moattari M, Rouzitalb M, Saber Firoozi M, Zare N. The Effect of Educational Intervention on the knowledge and participation of Administrative Health Personnel in Colorectal Cancer Screening program at Shiraz University of Medical Sciences Shiraz ۲۰۰۳. Pejouhesh ۲۰۰۹; ۳۳(۱): ٤۷-٥٤.

٤- Demark-Wahnefried W, Strigo T, Catoe K, Conaway M, Brunetti M, Rimer BK, et al. Knowledge, beliefs, and prior screening behavior among blacks and whites reporting for prostate cancer screening. Urology ۱۹۹٥; ٤٦(۳): ۳٤٦-٥۱.

٥- Jamali M, Moghadam K. Statistical study and review of prostatic latent carcinoma. Tehran University Medical Journal ۱۹۹٦; ٥٤(۱): ۳۷-٤۱.

٦- McCree-Hale R, Hale TM, Rutley KR, Aung M, Jolly PE. Evaluating a theory-based health education intervention to improve awareness of prostate cancer among men in Western Jamaica. West Indian Medical Journal ۲۰۱۲; ٦۱(٦): ٥۸۰-۸٦.

۷- Motamedi N, Hejazi SH, Hazavehei SMM, Saberi S, Rahimi E. Effect of education based on Health Belief Model on promoting preventive behavior of coetaneous leishmaniasis. MilMed Journal ۲۰۱۰; ۱۱(٤): ۲۳۱-۳٦.

۸- Pierce R, Chadiha LA, Vargas A, Mosley M. Prostate cancer and psychosocial concerns in African American men: Literature synthesis and recommendations. Health & social work. ۲۰۰۳; ۲۸(٤): ۳۰۲-۱۱.

۹- Winzenberg TM, Oldenburg B, Frendin S, De Wit L, Jones G. Effects of bone density feedback and group education on osteoporosis knowledge and osteoporosis self-efficacy in premenopausal women. A randomized controlled trial. Journal of clinical densitometry ۲۰۰٥; ۸(۱): ۹٥-۱۰۳.

۱۰- Davari S, Dolatian M, Maracy MR, Sharifirad G, Safavi SM. The Effect of A Health Belief Model(HBM)- based Education Program on the Nutritional Behavior of Menopausal Women in Isfahan. Iranian Journal of Medical Education ۲۰۱۱; ۱۰(٥): ۱۲٦۳-۷۲.

۱۱- Rahmati Najarkolaei F, Niknami S, Amin Shokravi F, Ahmadi F. Perception and behaviors of HIV/AIDS patients: A qualitative study. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences ۲۰۰۹; ۱۳(۳): ۲۲۰-۳٤.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

۱۲- Tavassoli E, Hasanzadeh A, Ghiasvand R, Tol A, Shojaezadeh D. The effect of education on health belief model on improving nutrition in the prevention of cardiovascular disease housewives of Isfahan. Journal of Public Health and Institute of Public Health Research ۲۰۱۰; ۸(۳): ۱۲-۲۳.

۱۳- Sharifi-rad G, Hazavei M, Hasan-zadeh A, Danesh-amouz A. The Effect of educational based on health belief model on preventive actions of smoking in grade one, middle school students. Arak Medical University Journal ۲۰۰۷.

۱٤- Shojaei-Zadeh D. Study pattern of behavior in health sducation.Tehran Publications office of the entire family s health. Ministry of Health and Medical Education ۲۰۰۰; ۲۰-۷.

۱۵- Hatefnia A, Niknami M, Mahmoudi M, Ghofranipour F, Lamyian M. Effect based on health belief model on Auttitude and practice of women working in Tehran factories pharmaceutical firms in the field of breast cancer and mammography Quartery Journal Kermanshah University of Medical Scienses ۲۰۱۰; ٤(۱): ٤۲.

۱٦- Tavasoli A, Hasanzadeh R, Ghiasvand R, Tol A, Shojaezadeh D. The Effect of educational based on health belief model on promoting preventive behaviors of cardiovascular disease in housewives of Isfahan. Journal of Public Health Research.۲۰۱۰; ۸(۳): ۱۱-۲۳.

۱۷- Mehri A, Sedighi Somea Koochak Z. Application and Comparison of the Theories of Health Belief Model and Planned Behavior in Determining the Predictive Factors Associated with Seat Belt use among drivers in Sabzevar. Iranian Journal of Medical Education ۲۰۱۲; ۱۱(۷): ۸۰٦-۱۸.

۱۸- Rahmati F, Niknami Sh, Shakori Farkhondeh A, Ahmadi F, Jafari MR, Parvin R. Health belief model applied in the of HIV prevention programs for students. Quarterly of Research in Medical Sciences ۲۰۰۹; ۸(٤): ۳٤۹-۵۹.

۱۹- Mehri A, Mohaghegh NM. Utilizing the Health Belif Model to Predict Preventive Behaviors for Heart Disease in the Students of Islamic Azad University of Sabzavar ۲۰۱۰. Toloo- Behdasht ۲۰۱۰; ۲۱-۳۳.

۲۰- Mahmoodabad MS, Rouhani TN. Survay of some related factors to oral health in high school female students in Yazd on the basis of health behavior model. Journal of BUMS ۲۰۰۸; ۱۵(۳): ٤۰-۷.

۲۱- Jahangiri L, Shojaeizade D, Khajeh kazemi R, Dehi M, Karimi F. Application of HBM on Studying of knowledge and Attitude of Women Referring to Health centers of Azarshahr about Prevention of Breast cancer by using HBM ۲۰۰٦-۲۰۰۷. JSH Yazd ۲۰۰٦; ٦(۳,٤): ٦۵-۷٤.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

۲۲- Miri M, Moodi M, Moasheri B, Sourgi Z, Hami J. A Applied HBM in Adopting Preventive Behavior in Breast cancer by female Teachers of Birjand. JHA ۲۰۰٤; ۷(۱۷): ۵۱-۷.

۲۳-Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM, et al. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. Cancer investigation. ۲۰۰۱;۱۹(۲):۱۹۳-۲۰۰.

۲٤- Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. Supportive care in cancer ۲۰۰۹; ۱۷(۵): ٤۷۹-۵۰۱.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]

دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد

Received: ۲۰۱۵/۰۱/۱۷ *Accepted:* ۲۰۱۵/۰۲/۱۴

Effect of Education on Preventive Treatment of Prostate Cancer in men Over ٤٠ Years of Yazd on the Health Belief Model

Mazloomi Mahmoodabad SS (Ph.D)[۱], Bahrevar V (MS.c)[۲], Mirjalili SAM (MD)[۳], Dehghan HR(MD)[٤]

۱.Professor, Department of Health Services, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
۲.Corresponding Author: MS.c Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
۳.Assistant Professor, Department of Urology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
٤.MD,Department of Health Technology Assessment, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: prostate cancer is the most common cancer among men, accordingly the aim of this study was to determine the extent of the impact of education on prostate cancer-related behaviors in male city of Yazd is based on the health belief model.

Methods: this study was an experimental study of an intervention-that the population it consists of men over ۴۰ years of Yazd, which is one of the first degree relatives they have had prostate cancer. The sample size of each group is based on a formula ۴۰ people recovered and then score related to the attitude and awareness and performance of individuals sampled before training and then ۳ months later obtained from intervention on the basis of a questionnaire SPSS۱۸ software and t-student test and chi-square was investigated.

Results: The mean age of the participants in the experimental group ۵۴.۵۵□۸.۳۳ and the average age of the participants in the control group ۵۵.۰۲□۸.۶۹,.Knowledge of the test and control groups before and after the intervention were expressed on the basis of differences in knowledge scores in the first stage (pre- intervention) in both experimental and control groups was not significant .In the second phase (post- intervention) and control groups was significant difference between the mean score of knowledge(p=۰.۰۰۰).

Conclusion: The study suggests that by raising awareness among people over ۴۰ years can be better and more effective prevention practices applied in society.

This Paper Should be Cited as:

Mazloomi S.S (PhD), Bahrevar V (MS.c), Mirjalili S.AM (MD), Dehghan HR (MD).Effect of Education on Preventive Treatment of Prostate Cancer in men Over ٤٠…… Journal Tolooebehdasht Sci

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-06]