

HEALTH BELIEF MODEL

Using Health Belief Model to Prevent Skin Cancer among Farmers

Reza Sadeghi

MSc in Health Education, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences (KUMS), Kerman, Iran.

Narges Khanjani

Associate Professor, Dept. of Epidemiology and Biostatistics, Research Center for Environmental Health Engineering, Faculty of Public Health, KUMS, Kerman, Iran. (*Corresponding Author*): Tel/Fax: 0341-3205102. n.khanjani@kmu.ac.ir

Mehri Hashemi

Health Officer, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, KUMS, Kerman, Iran.

Mohammad Movagheripour

General Practitioner, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, KUMS, Kerman, Iran.

Received: 6 Jul 2014

Accepted: 7 Oct 2014

ABSTRACT

Background and objective: Skin cancer is the most frequent malignancy in Iran. Exposure to excessive ultraviolet radiation is an important risk factor in creating skin tumors. This study was conducted to determine the effectiveness of the Health Belief Model (HBM) on the health education of Farmers in Sirjan.

Methods: This study was a quasi-experimental study. Two hundred Farmers attending health centers in Sirjan city, were selected to participate in this study (100 in intervention group and 100 in the control group). The intervention was conducted over two sessions in 60 minutes. Data were collected by a validated and reliable questionnaire (49 questions) before intervention and three months after the intervention. Data was analyzed by chi-square, Fisher's exact, paired t-tests and independent t-test.

Results: After intervention, knowledge scores increased significantly in both intervention and control group, which was probably due to the routine education program in that center. Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action, and self-efficacy increased significantly in the intervention group ($p < 0.001$). But, there was no increase or significant difference in the control group.

Conclusion: HBM was effective in educating the Farmers. Therefore, it is proposed to use HBM along with the traditional training methods in training farmers.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Belief Model (HBM), Skin cancer, Health education, Farmers, Sirjan.

► **Citation:** Sadeghi R, Khanjani N, Hashemi M, & Movagheripour M. Using Health Belief Model to prevent skin cancer among farmers. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. Autumn 2014;2(3):215-222.

کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی جهت پیشگیری از سرطان پوست در کشاورزان

رضا صادقی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات
مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در
سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

نرگس خانجانی*

دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات
مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم
پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسئول) تلفن و
نمابر: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۱۰۲۰-۳۲۰۵۱۰۲۰، n_khanjani@kmu.ac.ir

مهری هاشمی

کارشناس بهداشت، مرکز تحقیقات مدلسازی در
سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه
علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

محمد موقری پور

پزشک عمومی، مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت،
پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم
پزشکی کرمان، کرمان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سرطان بدخیم پوست همواره یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در ایران بوده است. تابش بیش از حد پرتوی فرابنفش خورشید مهم‌ترین عامل خطر باقیه (ریسک فاکتور) محیطی در ایجاد این بدخیمی است. این مطالعه با هدف بررسی کارایی الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش کشاورزان در خصوص رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پوست انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی بود. جمعیت مورد مطالعه، تعداد ۲۰۰ نفر از کشاورزان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان بودند که به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و کنترل (۱۰۰ نفر) تقسیم شدند. مداخله آموزشی طی دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه (حاوی ۴۹ سؤال) طی مصاحبه مستقیم قبل از مداخله آموزشی و سه ماه بعد از آن، جمع‌آوری گردید. و داده‌ها با استفاده از کایاسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: پس از مداخله، نمرات آگاهی در هر دو گروه مداخله و شاهد افزایش یافت. این یافته به علت اجرای برنامه‌های آموزشی روتین در آن مراکز بود. حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع و موانع درک‌شده، راهنما برای عمل و خودکارآمدی نیز پس از مداخله در گروه مداخله افزایش یافت، ولی در گروه شاهد افزایشی نداشته و اختلاف معناداری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش کشاورزان مؤثر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد در کنار روش‌های آموزش سنتی از الگوی اعتقاد بهداشتی استفاده گردد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: الگوی اعتقاد بهداشتی، سرطان پوست، آموزش بهداشت، کشاورزان، سیرجان.

◀ **استناد:** صادقی ر، خانجانی ن، هاشمی م، موقری پور م. کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی جهت پیشگیری از سرطان پوست در کشاورزان. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت. پاییز ۱۳۹۳؛ ۲(۳): ۲۱۵-۲۲۲.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۱۵

مقدمه

بیماری‌های بدخیم یکی از مهم‌ترین علل مرگ در جوامع توسعه یافته به شمار می‌روند. این نوع بیماری‌ها در سال‌های آتی با روند رو به رشد شدیدی در تمام دنیا به ویژه در کشورهای درحال توسعه همراه خواهند بود (۱). تخمین زده می‌شود که بیش از یک سوم سرطان‌ها قابل پیشگیری بوده و یک سوم آن‌ها با تشخیص زودرس به خوبی قابل درمان هستند (۲). سرطان پوست یکی از شایع‌ترین نوع سرطان‌هاست و بررسی‌های انجام شده در اکثر کشورها حکایت از شیوع بالای سرطان پوست دارد و تعداد مبتلایان آن روز به روز در حال افزایش است (۳). سرطان پوست شایع‌ترین سرطان در مردان و دومین سرطان شایع در زنان استان کرمان است (۴). مهم‌ترین عامل خطر این سرطان مواجهه با نور خورشید و اشعه ماوراءبنفش است. عوامل محافظت کننده در برابر نور خورشید مهم‌ترین وسیله پیشگیری اولیه از سرطان پوست به شمار می‌روند. در مناطقی که به علت ویژگی‌های جغرافیایی مواجهه بیشتری با نور خورشید دارند محافظت در برابر نور خورشید اهمیت بیشتری دارد، ولی محدود به آن‌ها نیست. همین مسئله باعث شده که علاوه بر کشورهای آفتابخیز نظیر استرالیا، نیوزلند و ژاپن در بسیاری از کشورهای دیگر نیز برنامه‌هایی برای ترویج رفتارهای محافظت کننده در برابر نور خورشید در سطح ملی اجرا گردد (۵).

گذر اپیدمیولوژیک در کشور ما با افزایش بیماری‌های غیرواگیر و از جمله سرطان‌ها همراه است. مطالعات نشان می‌دهند که سرطان‌های پوست به تنهایی ۳۲/۷٪ کل سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد؛ به طوری که در مردان شایع‌ترین سرطان محسوب می‌شود و در زنان رتبه دوم را پس از سرطان پستان به خود اختصاص داده است. با این حال، به دلیل آنکه سرطان پوست در مجموع درصد کمی از مرگ‌ومیر ناشی از سرطان را تشکیل می‌دهند، توجه کمتری به آن می‌شود (۵).

با توجه به اینکه خود کشاورزان سهم عمده‌ای در پیشگیری از سرطان پوست دارند، آموزش به آنان یک ضرورت محسوب می‌شود. اما ارزش یک آموزش به اثرگذاری آن و تغییر یا ایجاد

رفتارهای سلامت بستگی دارد. تأثیرگذاری آموزشی به استفاده مناسب از نظریه‌های علوم رفتاری بستگی دارد (۶). به این منظور، پژوهشگران از الگوهای برای تغییر رفتار کمک گرفته‌اند. یکی از این الگوهای مؤثر در آموزش بهداشت، الگوی اعتقاد بهداشتی است که رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند و با توجه به سازه‌هایی که این مدل دارد موجب ادراک فرد از یک موضوع تهدید کننده سلامتی شده و در نتیجه رفتارهای آنها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد (۷). علت به کارگیری این الگو، مطالعه علل پذیرفتن مسائل بهداشتی توسط مردم و تبیین رفتار افرادی بود که فکر می‌کردند که هیچ موقع خودشان بیمار نمی‌شوند (۸). این الگو، الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری به کار می‌رود و رابطه بین اعتقادات و رفتار را نشان می‌دهد. این الگو بر این فرض استوار است که رفتار پیشگیری کننده (آسیب پذیری شخص نسبت به بیماری، تأثیر وقوع بیماری بر زندگی فرد و تأثیر اقدامات بهداشتی در کاهش حساسیت و شدت بیماری) مبتنی بر اعتقادات شخصی است. سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده^۱، منافع درک شده^۲، راهنمای عمل^۳، شدت درک شده^۴، موانع درک شده^۵ و خودکارآمدی^۶ است (۹). بر اساس این الگو، برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری از سرطان پوست (پیشگیری اولیه) این مراحل باید طی شوند تا در نهایت به عملکرد درستی در خصوص پیشگیری از سرطان پوست اقدام کنند: (۱) کشاورزان باید در برابر مسئله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، (۲) عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک شده)، (۳) با علائم مثبت دریافتی از محیط و عوامل تسریع کننده‌ای که موجب احساس نیاز شخص به انجام عمل می‌گردد (راهنمای عمل)، (راهنمای عمل)، (۴) مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای پیشگیری کننده

1. perceived susceptibility
2. perceived benefits
3. cues to action
4. perceived severity
5. perceived barriers
6. self-efficacy

را باور نمایند (منافع درک شده)، (۵) عوامل بازدارنده انجام رفتارهای پیشگیری کننده را نیز کم هزینه تر از فواید آن ببیند (موانع درک شده) و (۶) خود را نیز قادر به انجام رفتارهای پیشگیری کننده بدانند (خودکارآمدی).

مطالعات متعددی در خصوص استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی انجام شده است. مطالعه‌ای در شهر یزد نشان داد که رفتارهای محافظت کننده در برابر نور خورشید بیش از همه با ادراک افراد از منفعت آنان در خصوص رفتار محافظتی بر علیه نور خورشید در ارتباط است (۱۰). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد که نقش حساسیت درک شده بیش از سایر متغیرها بود (۱۱). مطالعه دیگری نشان داد که سازه خودکارآمدی در عملکرد رفتار کنترل بیماری دیابت نقش بسزایی دارد (۸). نتایج پژوهش دیگری نشان دهنده تأثیر مداخله آموزشی در کاهش موانع درک شده بود (۷، ۹).

بررسی منابع نشان داد مطالعه مشابهی در ایران در خصوص کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان پوست در کشاورزان انجام نشده است. لذا با توجه به نتایج مطالعات قبلی و با توجه به اینکه شهرستان سیرجان یکی از قطب‌های کشاورزی در استان کرمان است، این پژوهش به بررسی اثرات مداخله آموزشی با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی در رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان پوست در کشاورزان شهرستان سیرجان پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت مداخله‌ای در سال ۱۳۹۲ انجام شد. محیط پژوهش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سیرجان به همکاری اداره جهاد کشاورزی و جامعه پژوهش کشاورزان سیرجانی بودند. افراد با نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول اختلاف نسبت با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، توان ۸۰٪، اختلاف امتیاز قبل و بعد از مداخله حدود ۳/۳ با انحراف معیار ۷، به تعداد ۸۲ نفر در هر گروه محاسبه شدند که به دلیل احتمال ریزش تعداد نمونه‌ها برای هر گروه ۱۰۰ نفر در نظر

گرفته شد (۱۰).

معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه کشاورز بودن و ساکن شهرستان سیرجان بود. معیار خروج آنان از مطالعه نیز تمایل نداشتن برای ادامه شرکت در مطالعه بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه بود. پرسشنامه‌ها بی‌نام و به صورت کدگذاری شده در سه قسمت تنظیم شده بود. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی با ۶ سؤال در زمینه سن، جنس، تأهل، تحصیلات، شغل و سابقه ابتلا به بیماری دیابت در افراد درجه یک (پدر، مادر، خواهر و برادر) بود. بخش دوم مربوط به سنجش سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بود. در این بخش، ۷ سؤال برای حساسیت درک شده، ۵ سؤال برای شدت درک شده، ۶ سؤال برای منافع درک شده، ۵ سؤال برای موانع درک شده، ۶ سؤال برای راهنما برای عمل و ۶ سؤال برای سازه خودکارآمدی در نظر گرفته شد. بخش سوم شامل ۸ سؤال سنجش سازه‌های آگاهی بود. نحوه نمره‌دهی به سؤالات پرسشنامه متفاوت بود. در سؤالات بخش آگاهی و راهنما برای عمل به پاسخ بلی نمره ۲ و خیر یا اطلاعی ندارم نمره ۱ تعلق یافت؛ دامنه نمرات آن برای آگاهی از ۸ تا ۱۶ و برای راهنما برای عمل از ۶ تا ۱۲ بود. در سؤالات منافع درک شده، موانع درک شده، نگرش و عملکرد بر اساس مقیاس پنج‌گانه لیکرت تنظیم و به پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ تعلق گرفت. دامنه نمرات برای منافع درک شده و خودکارآمدی از ۱۰ تا ۵۰، برای شدت و موانع درک شده ۵ تا ۲۵ و برای حساسیت درک شده از ۷ تا ۳۵ بود.

برای روایی پرسشنامه پژوهش از روش روایی محتوایی استفاده شد. برای این امر پرسشنامه برای بررسی در مورد جامع بودن به تأیید متخصصین آموزش بهداشت رسید. همچنین برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد که به فاصله ۲ هفته انجام شد، استفاده گردید. ضریب همبستگی بین پاسخ‌های دو نوبت ۰/۸۷ به دست آمد. روش کار بدین صورت بود که پس از انتخاب افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به صورت تصادفی آن‌ها به گروه مداخله

پس از سه ماه از برگزاری کلاس‌ها، پرسشنامه‌های پس‌آزمون برای بیماران در دو گروه مداخله و شاهد تکمیل گردید. داده‌های جمع‌آوری شده در SPSS16 و با استفاده از آزمون کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ نفر در دو گروه مداخله (۱۰۰ نفر) و شاهد (۱۰۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد بررسی در گروه مداخله و شاهد به ترتیب $47/92 \pm 11/53$ و $48/42 \pm 10/77$ سال بود. این تفاوت بر اساس آزمون تی مستقل در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری را نشان نداد ($p=0/264$). سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نیز در دو گروه تفاوت آماری معناداری نشان نداد (جدول ۱).

و شاهد تقسیم شدند. ابتدا پرسشنامه پیش‌آزمون از طریق مصاحبه تکمیل گردید. سپس برنامه آموزشی برای گروه مداخله به اجرا درآمد. محتوای آموزشی شامل تعریف بیماری سرطان پستان، علت و روش‌های پیشگیری و آموزش نحوه محافظت فردی حین فعالیت بود. برنامه آموزشی برای چهار گروه ۲۵ نفری (۱۰۰ نفر گروه مداخله) شامل دو جلسه آموزشی به مدت یک ساعت به فاصله یک ماه بود. آموزش به روش سخنرانی و بحث گروهی برگزار شد. محل برگزاری کلاس‌های آموزشی مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت بود. برای رعایت اخلاق پژوهش، قبل از شروع مطالعه هدف از انجام آن و همچنین محرمانه ماندن اطلاعات برای بیماران توضیح داده شد. آن‌ها با رضایت کامل و آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. در ضمن هرچند گروه شاهد تحت مداخله آموزشی قرار نگرفتند، اما پس از تکمیل پس‌آزمون، آموزش‌ها با همان کمیت و کیفیت برای گروه شاهد ارائه شد.

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی مشخصات فردی گروه مداخله و شاهد

p-value	گروه شاهد (n=100)		گروه مداخله (n=100)		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
جنس					
*0/251	49/4	77	50/6	79	مرد
	52/3	23	47/7	21	زن
وضعیت تأهل					
*0/925	49/7	85	50/3	84	متأهل
	48/4	15	51/6	16	مجرد، مطلقه یا همسر فوت شده
تحصیلات					
**0/712	45/5	51	54/5	61	بی‌سواد
	54/3	19	45/7	16	ابتدایی
	58/3	14	41/7	10	راهنمایی
	55	11	45	9	دیپلم
	55/6	5	44/4	4	کارشناسی و بالاتر
محل سکونت					
*0/283	47/6	29	52/4	32	شهر
	51/1	71	48/9	68	روستا
سابقه بیماری سرطان پستان در بستگان					
*0/772	42/9	3	57/1	4	دارد
	50/3	97	49/7	96	ندارد

*آزمون کای اسکوئر؛ **آزمون دقیق فیشر

نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل، خودکارآمدی گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنادار شد و نمرات افزایش یافتند (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات متغیرها در دو گروه مداخله و شاهد به تفکیک قبل و بعد از مداخله

* p-value	بعد از مداخله		* p-value	قبل از مداخله		
	گروه مداخله گروه شاهد (n=۱۰۰)	گروه مداخله گروه شاهد (n=۱۰۰)		گروه مداخله گروه شاهد (n=۱۰۰)	گروه مداخله گروه شاهد (n=۱۰۰)	
<۰/۰۰۱	۱۳/۰۲±۱/۵۶	۱۵/۴۲±۰/۶۴	۰/۱۴۱	۱۲/۹۴±۱/۴۲	۱۳/۱۴±۱/۱۵	نمره آگاهی
<۰/۰۰۱	۳۰/۲۵±۳/۰۱	۳۶/۷۷±۱/۷۷	۰/۳۴۰	۳۰/۷۷±۳/۰۹	۳۱/۸۲±۲/۷۲	حساسیت درک شده
<۰/۰۰۱	۳۲/۲۹±۳/۹۷	۳۸/۱۸±۱/۷۵	۰/۰۵۵	۳۲/۶۴±۴/۳۷	۳۳/۹۴±۳/۷۷	شدت درک شده
<۰/۰۰۱	۳۲/۵۴±۲/۷۸	۳۷/۵۰±۱/۷۸	۰/۳۹۱	۳۲/۷۱±۲/۸۳	۳۳/۱۹±۲/۶۱	منافع درک شده
۰/۹۲۲	۲۱/۶۸±۵/۸۳	۲۲/۱۲±۵/۶۹	<۰/۰۰۱	۲۱/۵۸±۵/۴۳	۳۳/۳۰±۲/۷۵	موانع درک شده
<۰/۰۰۱	۱۳/۰۹±۱/۹۳	۱۵/۴۶±۰/۷۷	۰/۱۷۰	۱۳/۰۸±۰/۱۸	۱۳/۷۲±۱/۵۵	راهنما برای عمل
۰/۰۰۷	۲۹/۳۷±۳/۳۲	۳۵/۷۵±۲/۴۸	۰/۸۴۵	۲۹/۳۱±۳/۴۶	۲۹/۵۳±۳/۵۳	خودکارآمدی

* آزمون تی مستقل

نتایج آماری نیز نشان داد که آگاهی کشاورزان بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از آن در هر دو گروه مداخله و شاهد افزایش یافته است. همچنین در گروه مداخله بین میانگین نمره حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده، راهنما برای عمل، خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله افزایش معناداری داشته و مداخله آموزشی مؤثر بوده است (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات متغیرها قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌های مداخله و شاهد

* p-value	گروه شاهد		* p-value	گروه مداخله		
	انحراف معیار ± میانگین قبل از مداخله	انحراف معیار ± میانگین بعد از مداخله		انحراف معیار ± میانگین قبل از مداخله	انحراف معیار ± میانگین بعد از مداخله	
۰/۰۲۱	۱۳/۰۲±۱/۵۶	۱۲/۹۴±۱/۴۲	<۰/۰۰۱	۱۵/۴۲±۰/۶۴	۱۳/۱۴±۱/۱۵	نمره آگاهی
<۰/۰۰۱	۳۰/۲۵±۳/۰۱	۳۰/۷۷±۳/۰۹	<۰/۰۰۱	۳۶/۷۷±۱/۷۷	۳۱/۸۲±۲/۷۲	حساسیت درک شده
۰/۴۲۷	۳۲/۸۴±۳/۹۷	۳۲/۶۴±۴/۳۷	<۰/۰۰۱	۳۸/۱۸±۱/۷۵	۳۳/۹۴±۳/۷۷	شدت درک شده
۰/۱۷۶	۳۲/۵۴±۲/۷۸	۳۲/۷۱±۲/۸۳	<۰/۰۰۱	۳۷/۵۰±۱/۷۸	۳۳/۱۹±۲/۶۱	منافع درک شده
۰/۴۲۳	۲۱/۶۸±۵/۸۳	۲۱/۵۸±۵/۴۳	<۰/۰۰۱	۲۲/۱۲±۵/۶۹	۳۳/۳۰±۲/۷۵	موانع درک شده
۰/۸۸۵	۱۳/۰۹±۱/۹۳	۱۳/۰۸±۰/۱۸	<۰/۰۰۱	۱۵/۴۶±۰/۷۷	۱۳/۷۲±۱/۵۵	راهنما برای عمل
۰/۴۱۷	۲۹/۳۷±۳/۳۲	۲۹/۳۱±۳/۴۶	<۰/۰۰۱	۳۵/۷۵±۲/۴۸	۲۹/۵۳±۳/۵۳	خودکارآمدی

* آزمون تی زوجی

در مقایسه با گروه شاهد انجامیده است. کشاورزان به دلیل شغل خود در معرض اشعه ماوراءبنفش خورشید بوده و مستعد ابتلا به بیماری هولناک سرطان پوست قرار دارند. بنابراین، برای کنترل این معضل مهم و اساسی، آموزش‌های پیشگیری از سرطان

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که به کار بردن الگوی اعتقاد بهداشتی در آموزش کشاورزان به افزایش آگاهی و نمرات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (به جز سازه موانع درک شده) گروه مداخله

نیز در مطالعه حاضر میانگین نمره راهنما برای عمل کشاورزان گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش معناداری پیدا کرد؛ که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۷،۱۱،۶). باندورا^۱ خودکارآمدی را به عنوان اطمینان فرد نسبت به توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز یک عمل تعریف کرده است (۱۸). در مطالعه حاضر میانگین نمره خودکارآمدی نیز پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله افزایش یافت. مطالعه آووجی^۲ در ترکیه نشان داد که خودکارآمدی و انگیزه سلامتی دو بخش مهم از اجزای الگوی باور بهداشتی هستند که نسبت به سایر اجزای الگو، پیشگویی‌کننده قوی‌تر خودآزمایی پستان در زنان است (۱۹). نتایج مطالعات مشابه نیز نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر اساس الگوی باور بهداشتی در افزایش میانگین نمره خودکارآمدی‌اند (۲۰،۱۴،۱۱،۹).

با توجه به این بررسی و یافته‌های به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌گردد یک برنامه‌ریزی دقیق آموزشی برای کشاورزان بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام گیرد و برنامه‌ریزان با استفاده از روش مصاحبه فردی و گروهی اقدام به آموزش بیماران نموده تا در درازمدت بتوان از عوارض این بیماری جلوگیری کرد.

از محدودیت‌های این مطالعه، پایین بودن احتمالی روایی ابزار پرسشنامه برای سنجش دیدگاه واقعی افراد بود که با بدون نام بودن پرسشنامه و اطمینان جهت محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات افراد تا حدودی کنترل گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی کشاورزان شهرستان سیرجان در خصوص پیشگیری از سرطان پستان دارد. آموزش و مداخله بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی جهت تقویت آگاهی و انتخاب دقیق رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پستان ضروری است.

سپاسگزاری

پژوهشگران از کمیته تحقیقات پزشکی محیطی، پژوهشکده

1. Bandura
2. Avci

پوست بر اساس سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و خودکارآمدی در پیشگیری از آن مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها حاکی از افزایش معنادار میانگین نمره آگاهی کشاورزان گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی بود؛ که نشان‌دهنده تأثیر مثبت برنامه آموزشی ارائه‌شده در این زمینه است. یافته‌های مطالعه پارک و همکاران (۱۵) در کره و مطالعه توون و همکاران (۱۶) نشان داد که آموزش تأثیر مناسبی در افزایش سطح آگاهی زنان گروه مداخله نسبت به گروه شاهد در برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم داشته است.

در بخش سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، در گروه مداخله تمامی سازه‌های الگو پس از مداخله آموزشی تفاوت معناداری را نشان دادند. در مطالعه حاضر میانگین نمرات حساسیت درک‌شده در مرحله بعد از مداخله در گروه مداخله افزایش یافت. افزایش میانگین نمرات حساسیت درک‌شده پس از آموزش در مطالعات متعدد مشاهده‌شده است (۱۴،۶،۲). مطالعه حاضر حاکی از افزایش معنادار میانگین نمره شدت درک‌شده کشاورزان گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی بود. نتایج این مطالعه در بخش شدت درک‌شده با نتایج باقیانی‌مقدم و همکاران (۱۱) با عنوان نقش توجه به‌ظاهر در انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پستان، و همچنین مطالعه آزادبخت و همکاران (۱۷) در خصوص کاربرد الگوی باور بهداشتی در اثربخشی آموزش تغذیه به بیماران دیابتی نوع ۲ مشابهت دارد. وجود کاهش معنادار در میانگین نمره موانع درک‌شده بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه حاکی از تأثیر مثبت آموزش بر رفع موانع درک‌شده در گروه مداخله است. مطالعه شمسی و همکاران (۷) و نجیمی و همکاران (۹) نشان داد که مداخله آموزشی در کاهش موانع درک‌شده مؤثر بوده است.

راهنما برای عمل برای پیشگیری از بیماری یا برای اقدام در مورد یک بیماری به درک منافع آن وابسته است. در مطالعه حاضر بعد از آموزش میانگین نمره منافع درک‌شده بیماران گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش معناداری پیدا کرد؛ که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی داشت (۱۱،۱۴،۷). بعد از آموزش

10. Davati A, Moradilakeh M, Forghani H, mosavifirozabadi S. Prevalence of sun protective behaviors in women and related factors. *daneshvar*. 2007;72. [Persian] [Abstract](#)
11. Rothman AJ, Salovey P. Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. *Psychological bulletin*. 1997;121(1):3 [Abstract](#)
12. Afzali M, Mirzaei M, Saadati H, Mazloomi-Mahmood-Abadi SS. Epidemiology of skin cancer and changes in its trends in Iran. *KAUMS J (FEYZ)*. [Research]. 2013; 17(5): 501-11. [Persian] [Abstract/FREE Full Text](#)
13. Buller DB, Buller MK, Beach B, Ertl G. Sunny days, healthy ways: evaluation of a skin cancer prevention curriculum for elementary school-aged children. *J of the American Aca of Derma*. 1996; 35(6): 911-22. [Abstract](#)
14. Canbulat N, Uzun Ö. Health beliefs and breast cancer screening behaviors among female health workers in Turkey. *Euro J of Onco Nur*. 2008; 12(2): 148-56. [Abstract](#)
15. Park S, Chang S, Chung C. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. *Public health nursing*. 2005; 22(4): 289-98. [Abstract/FREE Full Text](#)
16. Twinn S, Shiu A, Holroyd E. Women's knowledge about cervical cancer and cervical screening practice: a pilot study of Hong Kong Chinese women. *Cancer Nursing*. 2002;25(5):377-84. [Abstract/](#)
17. The effectiveness of nutrition education for patients with type 2 diabetes: the health belief model. *J of Dia and Lipid*. 2009; 7(4): 379-86. [Persian] [Abstract](#)
18. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. 2006;5(307-337). [View Link](#)
19. Avci IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Euro J of Onco Nur*. 2008; 12(2): 127-33. [Abstract](#)
20. Sharifabad M, Tonekaboni R. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *Tabib-e-Shargh*. 2008; 24(5): 43- 49. [Persian] [Abstract/FREE Full Text](#)

آینده پژوهی در سلامت و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان کمال تشکر را دارند.

References:

1. Broome J. Measuring the burden of disease. Fairness and goodness: Ethical issues in healthcare resource allocation World Health Organisation(Forthcoming).. [Abstract/FREE Full Text](#)
2. Tabeshian A, Firozeh F. The effect of health education on performing Pap smear test for prevention of cervix cancer in teachers of Isfahan city. 2. 2009;19(1):35-40. [Persian] [Abstract/FREE Full Text](#)
3. McMasters KM, Wong SL, Edwards MJ, Ross MI, Chao C, Noyes RD, et al. Factors that predict the presence of sentinel lymph node metastasis in patients with melanoma. *Surgery*. 2001; 130(2): 151-6. [Abstract](#)
4. Ramazani R, al. e. Iranian annual of national cancer registration report. 1, editor. Tehran: tandis; 2009. [Persian] [Abstract](#)
5. Montague M, Borland R, Sinclair C. Slip! Slop! Slap! and SunSmart, 1980-2000: skin cancer control and 20 years of population-based campaigning. *Health Education & Behavior*. 2001;28(3):290-305. [Abstract](#)
6. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. *J of res in med scie: the official j of Isfahan Uni of Med Sci*. 2009; 14(1):1. [Abstract/FREE Full Text](#)
7. Shamsi M, Sharifirad G, Kachoyee A, Hassanzadeh A. Influence of walking training on haemoglobin glucosile and fasting blood sugar levels in women with type 2 diabetes. *Koomesh*. 2010;11(2):Pe99-Pe105, En14. [Persian] [Abstract](#)
8. Zarei F, Taghdisi MH SM, Tehrani H, Shojayizade D. The Effect of Educational Intervention Based on BASNEF Model to Improve Interpersonal Communication Skills of Nurses. *Journal of Alborz Health*. 2012;1(3):173-8. [Persian] [Abstract/FREE Full Text](#)
9. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education & Behavior*. 1974;2(4):354-86. [Abstract](#)