

بررسی و تبیین رفتار پیشگیری کننده از سرطان پروستات بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین معلمان مرد شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴

علیرضا دیدارلو^۱، رضا پورعلی^۲، زهرا سرخابی^۳، ناصر شرفخانی^۴*

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۱۲/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۲/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان پروستات، شایع‌ترین سرطان بدخیم در مردان بوده و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ‌ومیر انواع سرطان، در مردان است. در توصیف اپیدمیولوژی سرطان پروستات، آن را بیماری قابل‌پیشگیری می‌دانند. هدف این پژوهش بررسی و تبیین رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین معلمان مرد شهر ارومیه است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به صورت مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بر روی ۲۶۳ معلم انتخاب‌شده به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مدارس دولتی شهر ارومیه انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، سؤالات مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و سؤالات بیان عملکرد بهداشتی بود و داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (فراوانی‌ها، میانگین، انحراف معیار، ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) در نرم‌افزار SPSS با نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این پژوهش، ارتباط معنی‌داری بین میانگین نمره سازه‌های حساسیت درک شده، منافع و موانع درک شده و خودکارآمدی با عملکرد معلمان در خصوص رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات مشاهده شد ($P < 0/001$). اما بین شدت درک شده و عملکرد پیشگیرانه معلمان ارتباط معنی‌داری یافت نگردید ($P > 0/05$). همچنین از بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، موانع و منافع درک شده و خودکارآمدی مهم‌ترین پیشگویی‌کننده‌های عملکرد پیشگیرانه معلمان در خصوص سرطان پروستات بودند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر پیشنهاد می‌کند که تأمین‌کنندگان خدمات سلامت در هنگام طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش بهداشت راجع به سرطان پروستات باید به سازه‌های پیشگویی‌کننده‌ای مثل موانع، مزایای درک شده و خودکارآمدی درک شده توجه نمایند.

کلیدواژه‌ها: مدل اعتقاد بهداشتی، سرطان پروستات، معلم، رفتارهای پیشگیری‌کننده

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره سوم، پی‌درپی ۸۰، خرداد ۱۳۹۵، ص ۲۸۱-۲۷۱

آدرس مکاتبه: خوی، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، تلفن: ۳۶۲۶۹۲۱۹

Email: didarloo_a@yahoo.com

مقدمه

است (۶). بیش از ۷۵ درصد موارد جدید بیماری در مردان بالای ۶۵ سال تشخیص داده شده است (۴). از هر ۶ مرد یک نفر به سرطان پروستات مبتلا می‌شود، در مورد شانس ابتلا به سرطان پروستات در گروه‌های سنی و نژادی مختلف در مطالعات انجام‌شده نتایج متناقضی گزارش گردیده است. اما همگی بر این باور هستند که با افزایش سن، شانس ابتلا به‌طور چشمگیر زیاد می‌شود (۷). در سال ۲۰۱۴ در آمریکا، سرطان پروستات ۲۷ درصد از کل سرطان‌های

پروستات یکی از غدد مهم در دستگاه تولیدمثل مردان بوده و شیوع ضایعات و بیماری‌های آن از اهمیت زیادی برخوردار است (۱). سرطان پروستات دومین سرطان رایج پس از سرطان پوست بوده و یک سرطان مرگ‌آور پس از سرطان ریه در مردان می‌باشد (۲-۴). این سرطان چهارمین سرطان شایع در کل جهان می‌باشد (۵). شیوع بالای سرطان پروستات در مردان میان‌سال و مسن متحصربه‌فرد

^۱ دانشیار، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

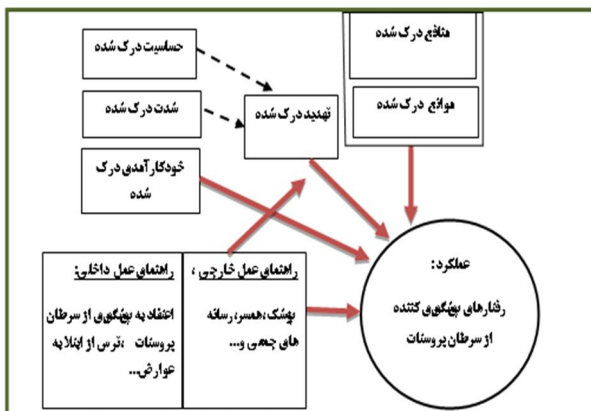
^۲ مربی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ دبیر علوم تجربی و مدرس آموزش خانواده، اداره آموزش و پرورش ناحیه یک ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ مدرس، دانشکده پرستاری و بهداشت خوی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

در بین این راهکارها، اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری از سوی افراد در معرض خطر ساده ترین، کم هزینه ترین و مطمئن ترین روش بوده و هست. ولی به کارگیری این رفتارها از سوی افراد چندان مطلوب نیست. لذا دانشمندان علوم رفتاری، علوم اجتماعی و علوم بهداشتی به ویژه آموزش بهداشت از تئوری‌ها و الگوهای تغییر رفتار برای درک و تبیین این موضوع که چرا عده کمی به توصیه‌ها و رفتارهای بهداشتی عمل می‌کنند و چرا بیشتر افراد جامعه از این رفتارهای بهداشتی تبعیت نمی‌کنند، استفاده نمودند (۲۲-۲۴). انتخاب یک مدل برای آموزش بهداشت اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی برای آموزش و تغییر رفتار است (۲۵). یکی از این مدل‌ها، مدل اعتقاد بهداشتی است که به عنوان ابزاری ارزشمند در درک و تبیین رفتارهای بهداشتی و ارزیابی آموزشی کارایی دارد که شامل چندین سازه اساسی است که پیش‌بینی می‌کند؛ چرا مردم عمل پیشگیری را انجام می‌دهند؛ چرا در پی اعمال غربالگری می‌روند و چگونه شرایط بیماری خود را کنترل می‌کنند. این مدل عمدتاً بر پیشگیری از بیماری‌ها و رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی‌ها و بیماری‌ها متمرکز است (۲۶). سازه‌های این مدل شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده و خود کارآمدی می‌باشد و سازه دیگری تحت عنوان راهنما برای عمل شناخته شده است که در واقع وقایع داخلی و خارجی هستند که می‌توانند آمادگی برای عمل یک شخص را فعال نموده و یک رفتار مورد قبول را تحریک نمایند (۲۲، ۲۷). این مدل از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای پیش‌بینی رفتار مرتبط با سلامت تلاش می‌کند (۲۸).

هدف از مطالعه حاضر تعیین وضعیت عملکرد بهداشتی معلمان مرد ۴۰ سال و بالاتر در زمینه سرطان پروستات بر مبنای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی است، به آن امید که از نتایج این مطالعه بتوان در برنامه‌ریزی ارتقای سلامت مردان مورداستفاده قرار داد.



طرح شماتیک از مدل اعتقاد بهداشتی

مردان و عامل ۱۰ درصد از کل مرگ‌های ناشی از سرطان در مردان بوده است (۸). میزان بروز سرطان پروستات در مناطق مختلف جهان متفاوت می‌باشد که بیشترین آن در آمریکا (با ۱۲۴/۸ مورد در هر صد هزار نفر) و کمترین آن نیز در بنگلادش با ۰/۳ مورد گزارش شده است (۹). بر اساس مطالعات انجام شده، ۳۰-۵۰ درصد مردان ۵۰ سال به بالا به این بیماری مبتلا هستند (۱۰). مطالعات موجود نشان می‌دهند که مردان ۵۰ ساله در بقیه عمر خود ۴۰ درصد شانس ابتلا به سرطان پروستات مخفی را دارند و این رقم برای سرطان پروستات واضح بالینی ۹/۵ درصد و برای مرگ ناشی از سرطان پروستات ۲/۹ درصد بوده است (۱۱). در دنیا سالانه بیش از ۶۷۰۰۰۰ مرد مبتلا به سرطان پروستات تشخیص داده می‌شود که حدود ۲۲۵۰۰۰ نفر آن در اروپا و ۲۴۰۰۰۰ نفر آن در آمریکا می‌باشند (۱۲). در سال ۲۰۱۴ حدود ۲۳۳۰۰۰ آمریکایی مبتلا به سرطان پروستات تشخیص داده شده‌اند و رایج‌ترین سرطان غیر پوستی در مردان آمریکایی می‌باشد (۱۳). در ایران نیز سرطان‌های وابسته به هورمون در ۱۰ سال اخیر رو به افزایش بوده که سرطان پروستات شایع‌ترین آن‌ها می‌باشد (۱۴). این سرطان هشتمین علت مرگ در اثر سرطان در ایران می‌باشد (۱۵). میزان مرگ ناشی از سرطان پروستات در کشور ما در مقایسه با سایر سرطان‌ها نسبتاً بالاست و به عنوان مثال برآورد شده بود که در سال ۱۳۹۲ به طور تقریبی ۱۳۰۹ مورد مرگ ناشی از سرطان پروستات در کشور رخ دهد (۱۶). طبق آمار گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در سال ۱۳۸۷ در مردان ایرانی، سرطان پروستات رتبه چهارم را در بین سرطان‌ها با تعداد ۳۷۲۳ نفر (۸/۸۳ درصد) و در استان آذربایجان غربی در همان سال هفتمین رتبه با تعداد ۶۹ نفر (۵/۷۹ درصد) در بین کل سرطان‌ها را اتخاذ نموده است (۱۷). متوسط طول مدت اقامت در بیمارستان برای بیمار مبتلا به سرطان پروستات بین ۵ تا ۱۰ روز است که هزینه زیادی را به وجود می‌آورد و همچنین باری بر سیستم درمان است (۱۸). علل مختلف بروز سرطان پروستات هنوز به خوبی شناخته شده نیست (۱۹). تفاوت‌های موجود در بروز سرطان پروستات و مرگ‌ومیر ناشی از آن در نقاط مختلف جهان ممکن است مربوط به عوامل ژنتیکی، محیطی و اجتماعی باشد که روی بیماری تأثیر دارد (۲۰). در مطالعه‌ای عوامل خطر ابتلا به سرطان پروستات، عوامل افزایش سن، نژاد، داشتن سابقه فامیلی ابتلا به سرطان پروستات، عوامل هورمونی، عوامل تغذیه‌ای، عدم فعالیت جسمانی، شغل، وازکتومی، سیگار کشیدن و عوامل مقاربتی ذکر شده‌اند که بعضی از آن‌ها قابل تغییر و پیشگیری می‌باشند (۲۱). با توجه به اهمیت موضوع و پیامدهای گسترده منفی ناشی از این چالش بهداشتی، متخصصین بهداشتی و درمانی باید استراتژی‌ها و راهبردهای پیشگیری، تشخیصی و درمانی مناسب را اتخاذ نمایند.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی روی ۲۶۳ نفر از معلمان مرد تحت پوشش مدارس اداره آموزش پرورش ناحیه ۱، ناحیه ۲ شهر ارومیه انجام شد. معیار ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل: ۱- داشتن شرایط سنی حداقل ۴۰ سال ۲- ارائه رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه ۳- عدم ابتلا به سایر مشکلات (سایر سرطان‌ها) که بازتاب آن‌ها سرطان پروستات می‌باشد و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل و رضایت آگاهانه نمونه‌ها برای شرکت در پژوهش بود. نمونه‌گیری در این مطالعه به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود، به این صورت که فهرست مدارس پسرانه از دو ناحیه ۱، ۲ آموزش و پرورش شهر ارومیه استخراج گردید و از هر ناحیه ۱۴ مدرسه در سطوح مختلف تحصیلی (جمعاً ۲۸ مدرسه) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و سپس به تناسب تعداد معلمان مرد ۴۰ سال و بالاتر شاغل در آن مدارس، معلمان انتخاب و وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری داده‌های این مطالعه، پرسشنامه‌ای مشتق از قسمت‌های زیر بود: قسمت اول مشخصات دموگرافیک معلم، قسمت دوم شامل سؤالات سازه‌های حساسیت درک شده برای مثال: "من در مقایسه با سایر مردان هم‌سن خود احتمال زیادی برای ابتلا به سرطان پروستات را دارم"، "شدت درک شده: "عوارض جسمی ناشی از سرطان پروستات، می‌تواند برای من دردناک و غیرقابل تحمل باشد"، "منافع درک شده: "تشخیص سرطان در مراحل اولیه شانس درمان را افزایش می‌دهد" و "موانع درک شده: "من به علت خجالت‌آور بودن معاینه انگشتی پروستات تمایل به انجام آن ندارم." که جمعاً ۲۳ سؤال بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت بود که به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۲ و کاملاً مخالفم نمره ۱ در نظر گرفته شد. قسمت سوم شامل ۶ سؤال خودکارآمدی در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات: مطمئنم که می‌توانم مصرف سیگار یا مواد زیان‌آور همچون آن را کنترل کنم." را که به صورت مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شد. قسمت چهارم شامل یک سؤال مربوط به انواع راهنما برای عمل بود و قسمت پنجم شامل سؤالاتی بود که عملکرد معلمان را در زمینه اتخاذ رفتارهای صحیح برای پیشگیری از سرطان پروستات (۱۷ سؤال) می‌سنجید. در سؤالات مربوط به بخش عملکرد که مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت بود به گزینه عملکردی اصلاً نمره صفر، به ندرت نمره ۱، بیشتر مواقع نمره ۲ و همیشه نمره ۳ داده شد.

برای تعیین روایی پرسشنامه محقق ساخته بر اساس مطالعه منابع معتبر (۲۱، ۲۹-۳۱) از روش کیفی اعتبار محتوا یعنی استفاده از یک پانل خبرگان مجرب (اعم از متخصصین آموزش بهداشت،

ارولوژی، انکولوژی، پزشکی پیشگیری) استفاده گردید. به طوری که در این روش از خبرگان خواسته شد که گویه‌های پرسشنامه‌ها را از نظر سادگی، وضوح، مربوط بودن و ضرورت داشتن بررسی نموده و نظرات و پیشنهادهای خود را اعلام نمایند. پس از دریافت پس‌خوراندها و پیشنهادهای خبرگان، اصلاحات لازم در ابزارهای مطالعه ایجاد گردید و نهایتاً روایی ابزارها تأیید شد.

پایایی پرسشنامه از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر از معلمان مرد که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند سنجیده شد. به طوری که مقدار آن در قسمت سؤالات مدل اعتقاد بهداشتی ۰/۸۳ و برای سؤالات عملکرد ۰/۷۷ به دست آمد و پایایی ابزارها نیز تأیید شدند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) تجزیه و تحلیل شدند. در تمام مراحل تحقیق، اصول و مقررات اخلاقی اعم از گرفتن مجوز و کد اخلاق از کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه، مطلع ساختن نمونه‌های مورد مطالعه از اهداف تحقیق، گرفتن مجوز شفاهی از آن‌ها برای مشارکت در مطالعه و نیز ایجاد اطمینان در نمونه‌ها از حیث محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها و غیره رعایت شدند. همچنین در تمام تحلیل‌های آماری، $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی و سابقه خدمت نمونه‌ها به ترتیب $46 \pm 3/33$ و $23 \pm 4/46$ سال به دست آمد و خلاصه سایر مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول شماره ۱ آمده است. نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره عملکرد معلمان در زمینه رعایت رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات که شامل: ۱- رعایت رژیم غذایی مناسب و پیشگیری‌کننده (پرهیز از غذاهای چرب، پرهیز از مصرف مشروبات الکلی، مصرف روزانه ۵ واحد از گروه میوه و سبزیجات، استفاده از آجیل و تنقلات، مصرف ماهی و غذاهای دریایی، دریافت ویتامین D کافی، استفاده از روغن‌های گیاهی و پرهیز از مصرف زیاد گوشت قرمز) برابر با $0/19 \pm 1/22$ ، ۲- تست کامل بدن (چک آپ) هر ۶ ماه ۱ بار و کنترل BMI مناسب برابر با $0/37 \pm 0/57$ ، ۳- رعایت رفتارهای بهداشتی جنسی برابر با $0/76 \pm 2/39$ ، ۴- پرهیز از مصرف سیگار و محصولات دخانیاتی برابر با $0/94 \pm 1/27$ ، ۵- انجام حرکات ورزشی برابر با $0/62 \pm 0/80$ ، ۶- پرهیز از مواجهه با مواد شیمیایی زیان‌آور مثل کادمیوم و آرسنیک برابر با $0/67 \pm 1/23$ ، ۷- مشاوره گرفتن از مراقبین سلامت در زمینه رفتارهای خودمراقبتی از سرطان

آن‌ها اعتقاد داشتند. سایر یافته‌های به‌دست‌آمده از اجزای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. در زمینه پراکندگی انواع راهنماهای عمل از نظر معلمین به ترتیب از بیشترین به کم‌ترین امتیاز؛ پزشک متخصص و مجلات آموزشی جزء راهنماهای عمل جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده عنوان شدند. جدول شماره ۶ اطلاعات کامل در مورد توزیع انواع راهنما برای عمل را ارائه می‌دهد.

نتایج مطالعه آشکار کرد که بین سازه‌های حساسیت درک شده، منافع درک شده و خود کارآمدی درک شده با عملکرد بهداشتی معلمین یک ارتباط مستقیم معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج حاکی است بین سازه‌های معنی‌دار درک شده و موانع درک شده معلمین یک ارتباط معکوس معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$). سایر همبستگی‌ها بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول ۳ نشان داده شده است. همچنین در این مطالعه ارتباط بین عوامل جمعیت شناختی نمونه‌ها با عملکرد بهداشتی آن‌ها سنجیده شد و نتایج نشان داد که بین وضعیت تأهل معلمین و عملکرد بهداشتی آن‌ها یک ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید ($P < 0/05$).

به‌منظور پیش‌بینی عملکرد بهداشتی معلمین بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از تحلیل رگرسیون خطی با روش گام‌به‌گام (Stepwise) استفاده شد. تحلیل رگرسیونی این مطالعه نشان داد که از بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به ترتیب سازه موانع درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی بیشترین قدرت پیش‌بینی اتخاذ رفتار بهداشتی به‌منظور پیشگیری از سرطان پروستات را در این مطالعه دارند. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در جدول شماره ۴ و ۵ آمده است.

پروستات برابر با $0/50 \pm 0/55$ برآورد گردیدند. قابل‌ذکر است که پراکندگی میانگین نمرات عملکردها از صفر نمره تا ۳ محاسبه شده است و آمار و ارقام فوق‌الذکر نشانگر ضعیف بودن عملکرد معلمین در حیطه‌های مختلف ذکرشده در رعایت اصول پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات می‌باشد.

بیشترین موانع درک شده معلمین در جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات عبارت‌اند از: توانایی ضعیف تهیه رژیم غذایی پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات (ماهی و غذاهای دریایی و گروه میوه و سبزیجات) به علت هزینه بالای آن‌ها، تمایل به استفاده زیاد از روغن‌های حیوانی و گوشت قرمز به علت لذیذ بودن آن‌ها، عدم حس ضرورت مراجعه به پزشک به دلیل نداشتن علائمی از سرطان پروستات، ناآگاهی از زمان و مکان و نحوه انجام تست‌های تشخیصی سرطان پروستات، خجالت‌آور بودن انجام معاینه انگشتی پروستات و عدم توانایی ترک سیگار و سایر دخانیات به علت وابستگی به مصرف آن‌ها ذکر گردید.

میانگین نمره سازه خودکارآمدی درک شده‌ی نمونه‌ها در این مطالعه $0/37 \pm 2/6$ از نمره کل (۵ نمره) به‌دست آمد و تقریباً بیش از ۵۰ درصد کل نمره است. این وضعیت بیانگر وجود خودکارآمدی متوسط در بین معلمین در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات (انجام ورزش به مدت ۳۰ دقیقه در روز برای ۴ روز یا بیشتر در طول هفته، ترک سیگار، عدم تمایل به غذاهای پرچرب، کنترل BMI (نمایه توده بدنی) و توانایی اختصاص دادن قسمتی از درآمد به انجام تست‌های غربالگری به‌واسطه مدیریت درست مخارج) می‌باشد.

میانگین نمره سازه منافع درک شده $0/35 \pm 3/89$ از نمره کل (۵ نمره) بود. به این معنا که نمونه‌ها به اهمیت و مزایای ناشی از انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات پی برده و به

جدول (۱): فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی واحدهای موردپژوهش

| اطلاعات فردی | وضع مشخصه | تعداد | درصد |
|--------------|------------------------|-------|------|
| گروه سنی | ۴۰-۴۵ سال | ۱۳۱ | ۴۹/۸ |
| | ۴۶-۵۰ سال | ۱۱۵ | ۴۳/۷ |
| | بالتر از ۵۰ سال | ۱۷ | ۶/۵ |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۲ | ۰/۸ |
| | متأهل | ۲۵۴ | ۹۶/۶ |
| | طلاق | ۲ | ۰/۸ |
| سطح تحصیلات | زن فوت کرده | ۵ | ۱/۹ |
| | فوق‌دیپلم | ۱۷ | ۶/۵ |
| | کارشناسی | ۲۰۴ | ۷۷/۵ |
| | کارشناسی ارشد و بالاتر | ۴۲ | ۱۶ |
| جمع | | ۲۶۳ | ۱۰۰ |

جدول (۲): میانگین نمرات حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده در خصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیری از سرطان

| پروستات | | | | |
|--------------------|---------|--------------|---------|--------|
| شاخص آماری | میانگین | انحراف معیار | ماکزیمم | مینیمم |
| حساسیت درک شده | ۲/۶۸ | ۰/۳۷ | ۳/۶۷ | ۱/۵۰ |
| شدت درک شده | ۲/۸۰ | ۰/۵۰ | ۴/۰۰ | ۱/۸۰ |
| منافع درک شده | ۳/۴۵ | ۰/۳۳ | ۴/۷۵ | ۲/۵۰ |
| موانع درک شده | ۳/۸۹ | ۰/۳۵ | ۴/۸۸ | ۲/۸۸ |
| خودکارآمدی درک شده | ۲/۶۳ | ۰/۴۲ | ۳/۸۳ | ۱/۳۳ |

جدول (۳): ضریب همبستگی پیرسون بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

| حساسیت درک شده | شدت درک شده | منافع درک شده | موانع درک شده | خودکارآمدی درک شده | عملکرد |
|----------------|-------------|---------------|---------------|--------------------|--------|
| r | ۰/۴۲ | ۰/۵۰ | ۰/۱۳۱* | ۰/۱۰۳ | ۰/۱۳۶* |
| p | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| r | ۰/۱۳۶** | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۳۴ | ۰/۰۹۵ | ۰/۰۲۷ |
| p | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| r | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| p | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| r | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| p | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| r | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| p | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

جدول (۴): مراحل تحلیل رگرسیونی چندمتغیره در پیش‌بینی عملکرد بهداشتی معلمان

| متغیر ملاک | متغیرهای پیش‌بین | همبستگی (R) | ضریب تبیین (R ²) | ضریب تبیین تعدیل‌شده (R ² Adjusted) |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------|------------------------------|--|
| سازه مدل اعتقاد بهداشتی | موانع درک شده | ۰/۳۰۳ | ۰/۰۹۲ | ۰/۰۸۸ |
| | موانع و منافع درک شده | ۰/۳۷۱ | ۰/۱۳۸ | ۰/۱۳۱ |
| | موانع، منافع و خودکارآمدی درک شده | ۰/۴۱۴ | ۰/۱۷۲ | ۰/۱۶۲ |

جدول (۵): ضرایب رگرسیون پیش بینی عملکرد معلمین با توجه به نمرات سازه منافع و موانع درک شده و خودکار آمدی به تفکیک

| مراحل | | | | | | |
|-------|--------------------|---------------------|-----------|--------|---------|--------------|
| مرحله | منبع تغییرات | ضرایب غیر استاندارد | | | مقدار t | سطح معناداری |
| | | B | Std.Error | Bata | | |
| ۱ | مقدار ثابت | ۱/۶۹۰ | ۰/۱۰۴ | | ۱۶/۲۸ | ۰/۰۰۰ |
| | موانع درک شده | -۰/۱۳۶ | ۰/۰۲۷ | ۰/۳۰۳ | -۵/۱۳۰ | *۰/۰۰۰ |
| ۲ | مقدار ثابت | ۱/۲۹۱ | ۰/۱۴۷ | | ۴/۸۷۶ | ۰/۰۰۰ |
| | موانع درک شده | -۰/۱۲۶ | ۰/۰۲۶ | -۰/۲۸۰ | -۴/۸۴۰ | *۰/۰۰۰ |
| | منافع درک شده | ۰/۱۰۴ | ۰/۰۲۸ | ۰/۲۱۵ | ۳/۷۲۱ | *۰/۰۰۰ |
| ۳ | مقدار ثابت | ۱/۰۹۳ | ۰/۱۵۷ | | ۶/۹۶۲ | *۰/۰۰۰ |
| | موانع درک شده | -۰/۱۱۵ | ۰/۰۲۶ | -۰/۲۵۷ | -۴/۴۸۱ | *۰/۰۰۰ |
| | منافع درک شده | ۰/۰۹۶ | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۹۹ | ۳/۴۹۳ | *۰/۰۰۱ |
| | خودکارآمدی درک شده | ۰/۰۷۰ | ۰/۰۲۱ | ۰/۱۸۷ | ۳/۲۶۴ | *۰/۰۰۱ |

جدول (۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی راهنماهای عمل در معلمین در خصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیری از سرطان پروستات

| نوع راهنما | تعداد (نفر) | درصد |
|-----------------|-------------|------|
| همسر | ۶۲ | ۲۳/۵ |
| دوستان | ۸۸ | ۳۳/۵ |
| تلویزیون | ۱۳۳ | ۵۰/۶ |
| رادیو | ۳۴ | ۱۲/۹ |
| مجله | ۱۵ | ۵/۶ |
| کتاب | ۱۰۱ | ۳۸/۴ |
| اینترنت | ۱۴۲ | ۵۴ |
| پزشک عمومی | ۱۱۳ | ۴۳ |
| پزشک متخصص | ۱۵۷ | ۵۹/۷ |
| کارکنان بهداشتی | ۳۱ | ۱۱/۸ |

بحث

و Mercer و همکاران با نتایج عملکرد پیشگیرانه این مطالعه هم‌خوانی دارند (۳۲،۳۳). حساسیت و شدت درک شده معلمین نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات در حد متوسط بود که حکایت از این دارد که معلمین باور و احساس می‌کنند که تا حدودی (نه در حد مطلوب) در معرض خطر سرطان پروستات و عوارض و مشکلات ناشی از ابتلا به این بیماری را دارند. منافع درک شده در این مطالعه بالا برآورد گردید که حکایت از بالا بودن کارایی و سودمندی انجام اقدامات بهداشتی پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات در معلمین دارد. در مطالعه‌ای که Bynum و همکاران در ارتباط با سرطان پروستات انجام دادند منافع حاصل از انجام رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده را به‌عنوان عوامل نجات زندگی فرد دانستند و همچنین نتایج مطالعه ژودسبین و همکاران در ارتباط با منافع حاصل از انجام تست‌های غربالگری سرطان پروستات بالا برآورد گردید که همخوان با نتیجه مطالعه حاضر است (۳۵،۳۴).

در این مطالعه رابطه بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات بررسی شد و نتایج نشان از وجود رابطه معنادار بین منافع و موانع درک شده و خودکار آمدی با عملکرد پیشگیری‌کننده داشت که این رابطه بین موانع درک شده و عملکرد بهداشتی معکوس برآورد گردید. عملکرد معلمین در خصوص اقدامات پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات از لحاظ رعایت رژیم غذایی مناسب و پیشگیری‌کننده، انجام تست‌های تشخیصی، پرهیز از مصرف سیگار و محصولات دخانیاتی، انجام ورزش، کنترل نمایه توده بدنی مناسب، پرهیز از مواجهه با مواد زیان‌آور ضعیف بود. ولی رعایت رفتارهای بهداشت جنسی مطلوب بود. در مطالعه‌ای که رضائیان و همکاران بر روی عملکرد مردان بازنشسته نسبت به پیشگیری از سرطان پروستات انجام دادند عملکرد ضعیف آن‌ها را گزارش نمودند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۹). همچنین نتایج مطالعه McCoy و همکاران

با سرطان پروستات پزشک متخصص، اینترنت، تلویزیون بودند که با نتایج مطالعه Moore و همکاران همخوانی دارند. آن‌ها هم در مطالعه خود دریافتند که مهم‌ترین عامل تسریع‌کننده رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان در نمونه‌های مورد مطالعه، پزشک متخصص بود (۳۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که سرطان پروستات یک مسئله بهداشتی مهم در مردان می‌باشد، بنابراین برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات آموزشی با تمرکز بر رفتارهای مناسب جهت پیشگیری از سرطان پروستات ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا استفاده از الگوهای تغییر رفتار و آموزشی مثل مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند در نیازسنجی‌ها و طراحی‌های آموزشی مناسب، سودمند باشند. به طوری‌که این مدل در مطالعه حاضر آشکار کرد که سازه‌ها یا عواملی چون موانع و مزایای درک شده و خود کارآمدی درک شده‌ی معلمان در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات نقش بسزایی دارند و متخصصین بهداشتی و پزشکان باید به این عوامل در طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی و آموزشی راجع به سرطان پروستات، توجه داشته باشند.

محدودیت مطالعه: از محدودیت‌های این مطالعه خود گزارش دهی پرسشنامه بوده و روی برآورد کم‌تر و بیشتر نتایج مطالعه اثر می‌گذاشت که از طریق بی‌نام کردن پرسشنامه و اطمینان دادن به معلمان در مورد محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات تا حدودی این محدودیت کنترل گردید.

پیشنهادات: به منظور پیدا کردن عوامل مؤثر بر روی رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات، ضرورت دارد مطالعاتی از این دست با حجم نمونه‌های بیشتر در سایر استان‌ها که از ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی گوناگون برخوردارند، در بین مردان با شغل‌های متفاوت انجام شده و بر اساس آن‌ها بتوان به نتایج کامل‌تر و واقعی‌تری دست یافت.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی مصوب به شماره ۱۶۷۶ مورخه ۱۳۹۴/۱/۳۱ و با کد اخلاق (Ir.umsu.rec.1394.31) کمیته‌ی اخلاق معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بوده و لذا بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب امتنان و تشکر خود را از آن معاونت محترم و نیز از اداره کل محترم آموزش و پرورش ارومیه و کلیه معلمان شرکت‌کننده در این طرح اعلام می‌دارند.

موانع درک شده در این مطالعه نیز بالا بود که نشان‌دهنده وجود موانع بیشتر بر سر راه انجام اقدامات بهداشتی همچون هزینه بالای انتخاب رژیم غذایی گیاهی و انتخاب رژیم غذایی دریایی و ماهی، تمایل به انجام رفتارهای مستعد کننده به بیماری مانند استعمال سیگار، تمایل به استفاده از غذاهای پرچرب و گوشت قرمز، عدم انجام فعالیت‌های ورزشی و عدم کنترل نمایه توده بدنی مناسب، عدم آگاهی از مکان، زمان و نحوه انجام تست‌های تشخیصی و باور نادرست مانند عدم احساس ضرورت مراجعه به پزشک به علت نداشتن علائم بیماری و شرم‌آور بودن بعضی تست‌های تشخیصی بودند، به این معنا که هرچه این موانع از سوی معلمان بیشتر احساس می‌شدند آن‌ها کم‌تر رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات را اتخاذ می‌کردند. در مطالعه حسینی و همکاران عادات نادرست مانند مصرف الکل، قلیان و چپق، عدم کنترل توده بدنی، عدم پیاده‌روی به‌عنوان ریسک فاکتور سرطان پروستات ذکر شدند (۳۶) که با توجه به همخوانی با بعضی موانع درک شده مطالعه حاضر نیاز به توجه دارند. در مطالعه‌ی قدرت بازدارنده فعالیت جسمانی در ابتلا به سرطان پروستات را ۱۰ الی ۳۰ درصد قید کردند و نیز در مطالعه ژودسپین موانع درک شده بالای بر سر راه انجام تست‌های تشخیصی سرطان پروستات نشان داده شده است (۳۵، ۳۷-۳۹). همچنین در یک مطالعه، هزینه انجام تست‌های تشخیصی، فقر دانش و ناآگاهی مرتبط با سرطان پروستات، حساسیت درک شده کم در ارتباط با سرطان پروستات، کمبود دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، تبعیض نژادی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، رنج‌آور بودن تست‌های تشخیصی جزء موانع اقدامات پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد، ذکر گردیده‌اند (۴۰).

همچنین خود کارآمدی درک شده معلمان در مقابله با موانع و اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده در حد نامطلوب برآورد گردید که حکایت از احساس توان کم در انجام رفتارهای بهداشتی و مقابله با موانع پیش روی خود داشتند.

در مطالعه حاضر از بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بیشترین قدرت پیشگویی‌کنندگی انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده را به ترتیب سازه موانع درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی تشکیل می‌دادند. بنابراین برای هدایت رفتارهای بهداشتی معلمان در ارتباط با سرطان پروستات باید بیشتر بر روی این سازه‌ها تمرکز شده و در مداخلات برای پیشبرد و هدایت رفتارهای بهداشتی مطلوب در نظر گرفته شوند.

در مطالعه حاضر بیشترین راهنماهای عمل معلمان در ارتباط

References:

1. Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC, Ghafoor A, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005;55(1):10-30.
2. Grubb R, Kibel A. Prostate cancer: screening, diagnosis and management in 2007. *Missouri Med* 2006;104(5): 408-13.
3. Pourmand G, Salem S, Mehrsai A, Lotfi M, Amirzargar MA, Mazdak H, et al. The risk factors of prostate cancer: a multicentric case-control study in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2007;8(3):422-8.
4. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2013*. Atlanta, United State: American Cancer Society; 2013 [Cited 9 March 2014]. Available from: <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/allcancerfactsfigures/index>.
5. Jemal A, Center MM, DeSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19(8):1893-907.
6. Ebrahimi M. Prevalence of hormone dependent cancers in Iran during 1986-1997. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14: 204.
7. Noori Dalooi M. Molecular genetic, diagnosis, prevention and gene therapy in prostatic cancer: review article. *Tehran Univ Med Sci* 2009;67(1). (Persian)
8. Jemal A, Center MM, de Santis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(8): 1893-907.
9. Middleton Fillmore K, Chikritzhs T, Stockwell T, Bostrom A, Pascal R. Alcohol use and prostate cancer: a meta-analysis. *Mol Nutr Food Res* 2009;53(2):240-55.
10. Gallus S, Foschi R, Talamini R, Altieri A, Negri E, Franceschi S, et al. Risk factors for prostate cancer in men aged less than 60 years: a case-control study from Italy. *Urology* 2007;70(6): 1121-6.
11. Tanagho E, McAninch J. *Smith's general urology*. 17th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2007.
12. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D. *Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Globocan: Iarc Press; 2000. P.2001.
13. Siegel R, Desantis C, Jemal A. *Colorectal cancer statistics, 2014*. *CA Cancer J Clin* 2014;64(2):104-17.
14. Malekzadeh R. *Incidences of different cancers in Iran*. The 16th International Congress of Geographic Medicine Shiraz University of Medical Sciences. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences; 2003. (Persian)
15. Rafiemanesh H, Enayatrad M, Salehiniya H. *Epidemiology and Trends of Mortality from prostate cancer in Iran*. *J Isfahan Med Sch* 2015;33(330): 515-21. (Persian)
16. Nagavi M. *The image of morbidity and mortality in 23 provinces in 2003*. Tehran: Department of Health; Network development and health promotion center; 2005. (Persian)
17. Ministry of Health and Medical Education. *National Report on recorded Cancer in 2008*. Thran: department non-communicable diseases, cancer management; 2010. (Persian)
18. Turini M, Redaelli A, Gramegna P, Radice D. *Quality of life and economic considerations in the management of prostate cancer*. *Pharmacoeconomics* 2003;21(8):527-41.
19. Cooperberg MR, Broering JM, Kantoff PW, Carroll PR. *Contemporary trends in low risk prostate cancer: risk assessment and treatment*. *J Urol* 2007;178(3): S14-S9.
20. Ruijter E, van de Kaa C, Miller G, Ruitter D, Debruyne F, Schalken J. *Molecular genetics and epidemiology of prostate carcinoma*. *Endocrine Rev* 1999;20(1): 22-45.

21. Hsing AW, Chokkalingam AP. Prostate cancer epidemiology. *Front Biosci* 2006;11(5): 1388-413.
22. Mirzaei E. Health Education and Health Promotion in Textbook of Public Health. 1st ed. Tehran: Rakhshan; 2004.
23. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008.
24. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Educ Res* 1992;7(1): 107-16.
25. Noori K, Shojaei zadeh D. health and behavior change. Tehran: Neshane Pub; 2005.
26. Trieu SL, Naomi N, Marshak HH, Males MA, Bratton SI. Factors associated with the decision to obtain an HIV test among Chinese/Chinese American community college women in Northern California. *Califor J Health Promo* 2008;6(1): 111-27.
27. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Behav* 1974;2(4): 354-86.
28. Karimi M, Ghofranipor F, Heidarnia A. The effect of health education based on health belief model on preventive actions of AIDS on addict in Zarandieh. *J Guilan Univ Med Sci* 2009;18(70):64-73. (Persian)
29. Rezaeian M, Tabatabaei Z, Naeimi R, Esmaeili A, Jamali M, VaziriNejad R, et al. Knowledge, attitude and practice of Rafsanjan male pensioners towards prevention of prostate cancer in the year 2006. *Ofogh-e-Danesh J* 2007;12(4): 19-25. (Persian)
30. Çapık C, Gözü̇m S. Development and validation of health beliefs model scale for prostate cancer screenings (HBM-PCS): Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Eur J Oncol Nurs* 2011;15(5): 478-85.
31. Moore AD. Assessing the Knowledge, Self-Efficacy and Health Behaviors of Male Beneficiaries Assigned to the National Capital Area Regarding Participation in Prostate Screening. DTIC Document, 2002.
32. Mercer SL, Goel V, Levy IG, Ashbury FD, Iverson DC, Iscoe NA. Prostate cancer screening in the midst of controversy: Canadian men's knowledge, beliefs, utilization, and future intentions. *Can J Public Health* 1997;88(5):327-32.
33. McCoy C, Anwyl R, Metsch L, Inciardi J, Correa R. Prostate cancer in florida: knowledge, attitudes, practices, and beliefs. *Cancer Pract* 1995;3(2): 88-93.
34. Bynum SA, Brandt HM, Sharpe PA, Williams MS, Kerr JC. Working to close the gap: identifying predictors of HPV vaccine uptake among young African American women. *J Health Care Poor Underserved* 2011;22(2): 549-61.
35. Ghodsbin F, Zare M, Jahanbin I, Ariafar A, Keshavarzi S. A Survey of the Knowledge and Beliefs of Retired Men about Prostate Cancer Screening Based on Health Belief Model. *IJCBNM* 2014;2(4): 279-85.
36. Hosseini M, Jahani Y, Mahmoudi M, Eshraghiyan M, Yahya Pour Y, Keshtkar A. Assessment of risk factors for prostate cancer in Mazandaran province. *J Gorgan Univ Med Sci* 2008;10(3): 58-64. (Persian)
37. Clarke G, Whittemore AS. Prostate cancer risk in relation to anthropometry and physical activity: the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiological Follow-Up Study. *Cancer Epidem Biomarkers Prev* 2000;9(9): 875-81.
38. Friedenreich CM, Orenstein MR. Physical activity and cancer prevention: etiologic evidence and biological mechanisms. *J Nutrition* 2002;132(11): 3456S-64S.

39. Norman A, Moradi T, Gridley G, Dosemeci M, Rydh B, Nyren O, et al. Occupational physical activity and risk for prostate cancer in a nationwide cohort study in Sweden. *Br J Cancer* 2002;86(1): 70-5.
40. Whaley Q. The relationship between perceived barriers and prostate cancer screening practices among African-American men. (Dissertation). Florida: The Florida State University College Of Nursing; 2006.

SURVEY OF PROSTATE CANCER-PREVENTIVE BEHAVIORS BASED ON THE HEALTH BELIEF MODEL CONSTRUCTS AMONG MALE TEACHERS OF URMIA CITY, IN 2015

Alireza Didarloo¹, Reza Pourali², Zahra Sorkhabi³, Naser Sharafkhani^{4*}

Received: 22 Feb, 2016; Accepted: 25 Apr, 2016

Abstract

Background & aims: Prostate cancer is the most commonly diagnosed cancer in men after lung cancer and the second leading cause of cancer death in men. In describing the epidemiology of prostate cancer, it is considered as a preventable disease. The aim of this study was to investigate and explain preventive behaviors of prostate cancer based on the health belief model structures among male teachers of Urmia city.

Materials & Methods: This analytical cross-sectional study was conducted on 263 teachers who were selected randomly from from public schools in Urmia. Data collection was performed via a questionnaire, which included demographic characteristics, items regarding HBM constructs, and a performance checklist. Data was analyzed using descriptive and analytical statistical methods in SPSS software with version of 16 (frequencies, mean and standard deviation, Pearson correlation coefficient and linear regression coefficient) .

Results: the study highlighted a significant relationship between mean scores of perceived susceptibility, benefits and barriers and self efficacy with the teachers' performance on adopting the preventive behaviors of prostate cancer ($p < 0.001$). But, no significant relationship was observed between the perceived severity with the preventive performance of prostate cancer among teachers ($p > 0.05$). Also among the health belief model constucts, perceived barriers and benefits and self-efficacy were the most important predictor of prostate cancer preventive behavior among teachers($p \leq 0.001$).

Conclusions: This study suggests that health service providers or health professionals should pay attention to predictive constucts (perceived barriers and benefits and self-efficacy)in designing and implementing health education programs regarding prostate cancer and its preventive behaviors.

Keywords: Health Belief Model, Prostate cancer, Teacher, preventive behaviors

Address: Khoy, Khoy School of Nursing and Health

Tel: +98 36269219

Email: didarloo_a@yahoo.com

¹. Associate professor, Department of Health and Social Medicine, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

². Instructor, Department of Health and Social Medicine, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

³. Instructor of Natural Sciences and Family Education, Department of Training and Education, Region 1, Urmia, Iran.

⁴. Instructor, Khoy School of Nursing and Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)