

بررسی و تبیین رفتار پیشگیری کننده از سرطان پروستات مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در بین مردان نظامی

رسول ابهر^۱، لاله حسنی^۲، مریم منتصری^۳، مهدی پایدار اردکانی^۴

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
استادیار آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
آمربی آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
مُتخصص ارولوزی، مرکز پژوهش‌های طب دریا، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

مجله طب پیشگیری سال چهارم شماره دوم تابستان ۹۶ صفحات ۱۱-۱

چکیده

مقدمه: سرطان پروستات، شایع‌ترین سرطان بدخیم در مردان بوده و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگومیر انواع سرطان در مردان است. هدف این پژوهش بررسی و تبیین رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان پروستات مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در بین مردان نظامی استان هرمزگان می‌باشد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که بر روی ۲۵۳ نفر از مردان یک مجموعه نظامی در استان هرمزگان که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی با رویکرد تخصیص متناسب (پایگاه‌های نظامی طبقات را تشکیل می‌دهند) انتخاب شده در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، سؤالات مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و سؤالات بیان عملکرد رفتار پیشگیرانه بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضرایب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) 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 مردان نظامی در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان پروستات مشاهده شد ($P < 0/05$). همچنین از بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، موانع درک شده ($P < 0/001$)

و خودکارآمدی ($P < 0/001$) مهم‌ترین پیشگوی کننده‌های عملکرد پیشگیرانه مردان نظامی در خصوص سرطان پروستات بودند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر پیشنهاد می‌کند که متخصصین آموزش سلامت در هنگام طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی در مورد سرطان پروستات باید به سازه‌های پیشگوی کننده همچون موانع، منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده توجه نمایند.

کلیدواژه‌ها: مدل اعتقاد بهداشتی، سرطان پروستات، مردان نظامی، رفتار پیشگیری کننده.

نویسنده مسئول:

دکتر لاله حسنی،

استادیار آموزش بهداشت،

دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی هرمزگان، بندرعباس،

ایران

تلفن: +۹۸ ۷۶۳۳۳۳۲۰۲

پست الکترونیکی:

Thassani1969@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۶/۱/۲۱ پذیرش مقاله: ۹۶/۲/۱۸

ارجاع: ابهر رسول، حسنی لاله، منتصری مریم، پایدار اردکانی مهدی. بررسی و تبیین رفتار پیشگیری کننده از سرطان پروستات مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در بین مردان نظامی. طب پیشگیری.

۱۳۹۵؛ ۴(۲): ۱۱-۱.

مقدمه:

و نوعی بیماری است که در آن سلول‌های بدخیم به‌طور نامنظم و زیادی شروع به تکثیر کرده و در نهایت باعث افزایش حجم سلول‌های غده پروستات می‌شود. سرعت رشد بیماری می‌تواند آهسته بوده و زمانی طولانی تا بروز علائم بالینی آن داشته

در حال حاضر بیماری‌های غیر واگیر از جمله انواع سرطان‌ها، یکی از مهم‌ترین علل مرگومیر می‌باشد (۱). سرطان پروستات شایع‌ترین سرطان، بعد از سرطان ریه در مردان بوده

پروستات شایع‌ترین آن‌ها می‌باشد (۱۵). این بیماری سومین سرطان احتشایی شایع گزارش‌شده در ایران است که باعث بروز حدود ۷/۷۵ درصد موردهای جدید سرطان شده و هفتمین علت اصلی مرگ ناشی از سرطان در کشور به شمار می‌رود (۱۶). متوسط طول مدت اقامت در بیمارستان برای بیمار مبتلابه سرطان پروستات بین ۵ تا ۱۰ روز است که هزینه زیادی را به وجود می‌آورد و همچنین باری بر سیستم درمان است (۱۷).

تفاوت اصلی در میزان بروز سرطان پروستات بین مردان در کشورهای توسعه‌یافته و در کشورهای آسیایی، انعکاسی از تفاوت‌های مهم در شیوه زندگی آن‌هاست. رژیم غذایی، الگوهای رفتارهای جنسی، مصرف الکل، مواجهه با پرتوهای فرابنفش عامل‌های مهمی در این خصوص است (۱۸).

سرطان پروستات در صورت تشخیص زودهنگام و شناسایی قبل از تهاجم و متاستاز، به‌طور کامل و قطعی قابل‌درمان است، ولی به خاطر اینکه غالباً بدون علامت اختصاصی است، در مراحل تشخیص داده می‌شود که درمان قطعی برای آن وجود ندارد و در نتیجه مرگ‌ومیر آن افزایش پیدا می‌کند (۱۹). در مطالعه‌ای عوامل خطر ابتلا به سرطان پروستات 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 قابل‌تغییر و پیشگیری می‌باشند (۲۰).

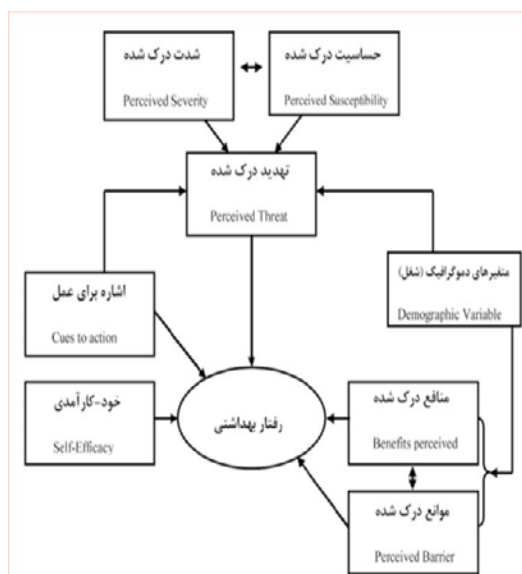
دو روش رایج برای تشخیص زودرس سرطان پروستات معاینه مقعدی (Digital Rectal Examination) (DRE) و تست آزمایشگاهی (PSA) (Prostate Specific Antigen) می‌باشد که آسان‌ترین و درعین‌حال حساس‌ترین آزمون بیماریابی سرطان پروستات، سنجش میزان PSA در سرم می‌باشد پیشگیری از سرطان و تشخیص زودرس آن از جمله عوامل حیاتی در کنترل بیماری و افزایش بقای بیمار است (۱۹).

با توجه به سیر افزایشی رشد میزان سرطان پروستات در ایران و اهمیت پرداختن به این مشکل در جهت ارتقای رفتارهای پیشگیرانه از سرطان پروستات، مداخله از طریق به اجرا گذاشتن الگوهای تغییر رفتار ضروری است (۲۱).

باشد و یا در مواردی به‌سرعت رشد کرده و به سایر بافت‌ها و استخوان حمله می‌کند (۲). منابع مختلف سرطان پروستات را دومین علت مرگ ناشی از سرطان در میان مردان ذکر کرده‌اند (۳ و ۴). این سرطان چهارمین سرطان شایع در کل جهان می‌باشد (۶). در مردان میان‌سال و مسن، سرطان پروستات شیوع فراوانی دارد به‌طوری‌که بیش از ۷۵ درصد موارد جدید بیماری در مردان بالای ۶۵ سال تشخیص داده شده است (۳ و ۷). بر اساس گزارش‌ها موارد بیماری، از هر ۶ مرد یک نفر به سرطان پروستات مبتلا می‌شود، در خصوص شانس ابتلا به این بیماری در گروه‌های سنی و نژادی متفاوت، نتایج متناقضی گزارش گردیده است؛ اما تمامی مطالعات بیان می‌کنند که با افزایش سن، شانس ابتلا به‌طور چشمگیر زیاد می‌شود (۸). در سال ۲۰۱۴ در آمریکا، سرطان پروستات ۲۷ درصد از کل سرطان‌های مردان و عامل ۱۰ درصد از کل مرگ‌های ناشی از سرطان در مردان بوده است (۹).

میزان بروز سرطان پروستات در مناطق مختلف جهان متفاوت می‌باشد که بیشترین آن در آمریکا (با ۱۲۴/۸ در هر صد هزار نفر) و کمترین آن نیز در بنگلادش با ۰/۳ مورد گزارش‌شده است (۱۰). بر اساس مطالعات ثابت‌شده ۳۰-۵۰ درصد مردان ۵۰ سال به این بیماری مبتلا هستند (۱۱). در دنیا سالانه بیش از ۶۷۰۰۰۰ مرد دارای سرطان پروستات تشخیص داده می‌شود که حدود ۲۲۵۰۰۰ آن در اروپا و ۲۴۰۰۰۰ در آمریکا می‌باشد (۱۲). در سال ۲۰۱۴ حدود ۲۳۳۰۰۰ آمریکایی مبتلابه سرطان پروستات تشخیص داده شده‌اند و رایج‌ترین سرطان غیر پوستی در مردان آمریکایی می‌باشد (۱۳). بر اساس مدل‌سازی‌های انجام‌گرفته، به دلیل روند تغییرات جمعیتی و افزایش امید به زندگی در کشور ایران، میزان بروز سرطان از تعداد ۸۴۸۰۰ در سال ۲۰۱۲، به ۱۲۹۷۰۰ در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید. در واقع ۳۵٪ افزایش در بروز موارد ابتلا به سرطان رخ خواهد یافت. درصد افزایش بروز موارد سرطانی در جنس مرد ۳۳٪ خواهد بود (از ۴۸۳۸ مبتلا شده به سرطان در سال ۲۰۱۲ به ۶۶۶۴۲ در سال ۲۰۲۵). ۵۲٪ افزایش در بروز افراد سرطانی تا سال ۲۰۲۵ مربوط به سنین زیر ۶۵ سال و ۴۸٪ مربوط به سنین بالای ۶۵ سال خواهد بود (۱۴). در ایران نیز سرطان‌های وابسته به هورمون در ۱۰ سال اخیر رو به افزایش بوده که سرطان

نمایی از مدل اعتقاد بهداشتی در پی می‌آید:



روش‌ها:

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی روی ۲۵۳ نفر از مردان یک مجموعه نظامی انجام شد. معیار ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل: ۱- داشتن شرایط سنی حداقل ۴۰ سال (۲۹ و ۳۰). 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 این صورت انجام شد که ابتدا لیست افرادی که ۴۰ سال و بالاتر داشتند استخراج شده و سپس افراد کبندی شده و نمونه‌ها بر اساس دارا بودن شرایط ورود به مطالعه و مبتنی بر هدف به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی با رویکرد تخصیص متناسب (پایگاه‌های نظامی طبقات را تشکیل می‌دهند) صورت گرفت. حجم نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس محاسبه شد.

ابزار گردآوری داده‌های این مطالعه، پرسشنامه‌ای مشتمل بر قسمت‌های زیر بود: قسمت اول مشخصات دموگرافیک، 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 رادارم"، شدت درک شده: "عوارض جسمی ناشی از سرطان پروستات، می‌تواند برای من

انتخاب یک مدل برای آموزش بهداشت اولین گام در فرآیند برنامه‌ریزی برای آموزش و تغییر رفتار است (۲۲). یکی از این مدل‌ها، مدل اعتقاد بهداشتی است که به‌عنوان 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 اتخاذشده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی‌ها و بیماری‌ها متمرکز است (۲۳). سازه‌های این مدل شامل حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده و خودکارآمدی 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 موردقبول را تحریک نمایند (۲۲ و ۲۴). این مدل از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای پیش‌بینی رفتار مرتبط با سلامت بکار می‌رود (۲۵). از طرفی احتمال در پیش گرفتن رفتار مناسب بهداشتی تحت تأثیر رشته‌ای عوامل واسطه‌ای دیگر نظیر ویژگی‌های جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، تحصیلات، اطلاعات در مورد رفتار مناسب بهداشتی و... نیز می‌باشد (۲۶).

سلامت کارکنان نظامی در ارتباط مستقیم با امنیت کشور می‌باشد و حفظ امنیت کشور، نیازمند سلامت و کارایی کارکنان نظامی است، توجه به کارکنان موجب توانمندسازی و ایجاد انگیزه در نیروی نظامی شده و تحرک و اثربخشی آنان را افزایش می‌دهد (۲۷). بنابراین، لازمه امنیت ملی و اقتدار نظامی، وجود نیروی انسانی سالم و فعال است که بتواند در بالاترین سطح از قابلیت، کارایی و شادابی با تکیه بر قدرت ایمان و سلامت جسم و روان به دفاع از کشور، دین و ارزش‌های انقلابی جامعه بپردازد (۲۸). در نتیجه توجه به سلامت این افراد از اهمیت خاصی برخوردار است.

هدف از مطالعه حاضر تعیین وضعیت عملکرد بهداشتی مردان نظامی ۶۰ سال و بالاتر در زمینه پیشگیری از سرطان پروستات بر مبنای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی است، به آن امید که از نتایج این مطالعه بتوان در برنامه‌ریزی ارتقای سلامت مردان نظامی مورد استفاده قرار داد.

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 کمیته‌ی 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 سن افراد $44/40 \pm 3/28$ سال، میانگین تعداد فرزندان مردان شرکت‌کننده در مطالعه نیز $2/28 \pm 0/95$ نفر به دست آمد، خلاصه سایر مشخصات دموگرافیک در جدول شماره (۱) آمده است. نتایج به دست آمده نشانگر ضعیف بودن عملکرد مردان نظامی مورد مطالعه در حیطه‌های مختلف ذکر شده در رعایت اصول پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات می‌باشد جدول شماره (۲). نتایج مطالعه آشکار کرد که بین سازه‌های حساسیت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده با عملکرد بهداشتی مردان نظامی یک ارتباط مستقیم معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0.001$). همچنین نتایج حاکی است بین سازه موانع درک شده و عملکرد بهداشتی (رفتار پیشگیری‌کننده)، بین خودکارآمدی درک شده و موانع درک شده افراد شرکت‌کننده در مطالعه یک ارتباط معکوس معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0.001$). سایر همبستگی‌ها بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول (۴) 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 مردان نظامی و عملکرد بهداشتی آن‌ها یک ارتباط معنی‌دار مشاهده گردید ($P < 0.005$).

به منظور پیش‌بینی عملکرد بهداشتی مردان نظامی بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از تحلیل رگرسیون خطی با روش (Stepwise) استفاده شد. تحلیل رگرسیونی این مطالعه گام به گام نشان داد که از بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به ترتیب سازه موانع درک شده و خودکارآمدی بیشترین قدرت

در دناک و غیرقابل تحمل باشد، منافع درک شده" تشخیص سرطان در مراحل اولیه شانس درمان را افزایش می‌دهد" و موانع درک شده" من به علت خجالت آور بودن معاینه انگشتی پروستات تمایل به انجام آن ندارم".

که جمعاً ۳۱ 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 ۵ سؤال خودکارآمدی در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات: مطمئنم که حتی در صورت هزینه‌بر و وقت‌گیر بودن تست‌های تشخیصی سرطان پروستات، آن‌ها را انجام دهم. که به صورت مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت طراحی شد. قسمت چهارم شامل ۳ سؤال مربوط به انواع راهنما برای عمل بود و قسمت پنجم شامل سؤالاتی بود که عملکرد مردان نظامی را در زمینه اتخاذ رفتارهای صحیح برای پیشگیری از سرطان پروستات (۱۵ 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 بر اساس مطالعه منابع معتبر 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 پس‌خورانها و پیشنهاد‌های خبرگان، اصلاحات لازم در ابزارهای مطالعه ایجاد گردید و نهایتاً روایی ابزارها تأیید شد.

پایایی پرسشنامه با روش همسان‌سازی درونی و محاسبه کرونیخ توسط قدس بین و همکاران در سال ۱۳۹۳ انجام گرفته است که آلفای کرونیخ برای کل پرسشنامه مدل اعتقاد بهداشتی $0/83$ بیان گردید (۳۱) و برای سؤالات عملکرد نیز توسط دیدارلو و همکاران در سال ۱۳۹۴، $0/77$ به دست آمد (۲۲) و پایایی ابزارها نیز تأیید شدند.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف

پیش‌بینی اتخاذ رفتار بهداشتی به‌منظور پیشگیری از سرطان پروستات را در این مطالعه دارند. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در جدول شماره ۵ و ۶ آمده است.

جدول شماره ۱- فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی واحدهای موردپژوهش

اطلاعات فردی	وضع مشخصه	تعداد	درصد
گروه سنی	۴۰-۴۵ سال	۱۴۸	۵۸/۵
	۴۶-۵۰ سال	۹۲	۳۶/۴
	بالتر از ۵۰ سال	۱۳	۵/۱
سطح تحصیلات	دیپلم	۶۵	۲۵/۷
	کاردانی	۱۱۱	۴۳/۹
	کارشناسی	۷۰	۲۷/۷
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷	۲/۸
موقعیت جغرافیایی	بومی	۱۲۴	۴۹
	غیربومی	۱۲۹	۵۱

جدول شماره ۲- میانگین نمرات عملکرد مردان نظامی در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات

شاخص آماری رفتار	انحراف معیار \pm میانگین
رعایت رژیم غذایی مناسب و پیشگیری‌کننده (پرهیز از غذاهای چرب، پرهیز از مصرف مشروبات الکلی، مصرف روزانه میوه و سبزیجات، استفاده از آجیل و مغزها و ...)	746/0 \pm 70/1
انجام آزمایش‌های پزشکی و تشخیصی هر ۶ ماه یکبار	846/0 \pm 19/1
حفظ BMI (شاخص توده بدنی) در محدوده طبیعی	829/0 \pm 51/1
پرهیز از مصرف سیگار و محصولات دخانی	964/0 \pm 36/2
انجام حرکات ورزشی مانند پیاده‌روی هر هفته ۴ نوبت به مدت ۳۰ دقیقه	848/0 \pm 79/1
پرهیز از مواجهه با مواد شیمیایی زیان‌آور	808/0 \pm 08/2
مشاوره گرفتن از کارکنان مراقبت بهداشتی در زمینه رفتارهای خودمراقبتی و آزمون‌های تشخیصی سرطان پروستات	896/0 \pm 64/1

جدول شماره ۳- میانگین نمرات آگاهی، حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده در خصوص اتخاذ رفتارهای پیشگیری از

سرطان پروستات

شاخص آماری متغیر موردنظر	مینیم	ماکزیم	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۰	۵۷	۴۴/۴۰	۳/۳۸
تعداد فرزندان	۰	۷	۲/۳۸	۰/۹۵
آگاهی	۰	۳۵	۱۸/۱۰	۷/۳۱
حساسیت درک شده	۵	۲۵	۱۴/۳۰	۳/۳۷
شدت درک شده	۱۰	۳۰	۱۸/۶۳	۴/۱۷
منافع درک شده	۱۲	۳۰	۲۴/۶۰	۲/۹۹
موانع درک شده	۱۶	۶۸	۳۹/۷۳	۹/۲۹
خودکارآمدی درک شده	۱۲	۲۵	۱۸/۶۳	۳/۰۷

جدول شماره ۴- ضریب همبستگی پیرسون بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

عملکرد	خودکارآمدی درک شده	موانع درک شده	منافع درک شده	شدت درک شده	حساسیت درک شده	
					۱	r p
				۱	**۰/۲۲۴ ۰/۰۰۰	r p
			۱	**۰/۲۰۶ ۰/۰۰۱	۰/۰۵۲ ۰/۴۱۴	r p
		۱	** -۰/۲۲۵ ۰/۰۰۰	** -۰/۲۶۱ ۰/۰۰۰	** -۰/۳۳۲ ۰/۰۰۰	r p
	۱	** -۰/۵۳۰ ۰/۰۰۰	** ۰/۳۱۷ ۰/۰۰۰	** ۰/۳۶۹ ۰/۰۰۰	** ۰/۱۸۷ ۰/۰۰۳	r p
۱	** ۰/۵۱۶ ۰/۰۰۰	** -۰/۶۹۳ ۰/۰۰۰	۰/۰۵۱ ۰/۴۲۱	** ۰/۲۹۷ ۰/۰۰۰	** ۰/۱۹۴ ۰/۰۰۲	r p

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

جدول شماره ۵- مراحل تحلیل رگرسیونی چندمتغیره در پیش‌بینی عملکرد بهداشتی مردان نظامی

متغیر ملاک	متغیرهای پیشین	همبستگی (R)	ضریب تبیین (R ²)	ضریب تبیین تعدیل‌شده (R ² Adjusted)
سازه مدل اعتقاد بهداشتی	موانع درک شده	۰/۶۹۳	۰/۴۸۰	۰/۴۷۸
موانع و خودکارآمدی درک شده	موانع درک شده	۰/۷۱۵	۰/۵۱۱	۰/۵۰۷

جدول شماره ۶- ضرایب رگرسیونی پیش‌بینی عملکرد مردان نظامی با توجه به نمرات سازه موانع و خودکارآمدی درک شده به تفکیک مراحل

مرحله	منبع تغییرات	ضرایب غیراستاندارد B	Std.Error	ضرایب استاندارد Beta	مقدار t	سطح معناداری
۱	مقدار ثابت	۴۷/۸۸۳	۱/۵۶۴	۳۲/۸۵۷	۰/۰۰۰
	موانع درک شده	-۰/۴۵۷	۰/۴۱	-۰/۵۸۳	-۱۱/۱۸۴	۰/۰۰۰
۲	مقدار ثابت	۳۵/۳۰۲	۳/۴۶۴	...	۱۰/۱۹۰	۰/۰۰۰
	موانع درک شده	-۰/۴۵۷	۰/۴۱	-۰/۵۸۳	-۱۱/۱۸۴	۰/۰۰۰
	خودکارآمدی درک شده	۰/۴۹۰	۰/۱۲۳	۰/۲۰۷	۳/۹۶۴	۰/۰۰۰

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی راهنماهای عمل در مردان نظامی در خصوص توصیه به انجام آزمون PSA

توصیه اقوام و آشنایان جهت انجام آزمون PSA	تعداد	درصد
بله	۳۷	۱۴/۶
خیر	۲۱۶	۸۵/۴

جدول شماره ۸- توزیع فراوانی مطلق و نسبی راهنماهای عمل در مردان نظامی در خصوص توصیه به انجام آزمون DRE

توصیه اقوام و آشنایان جهت انجام آزمون DRE	تعداد	درصد
بله	۲۴	۹/۵
خیر	۲۲۹	۹۰/۵

بحث و نتیجه‌گیری:

عملکرد مردان نظامی در خصوص اقدامات پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات از لحاظ رعایت رژیم غذایی مناسب و پیشگیری‌کننده، انجام تست‌های تشخیصی، انجام ورزش، کنترل نمایه توده بدنی مناسب، ضعیف بود؛ اما وضعیت رفتار پرهیز از مصرف سیگار و محصولات دخانیاتی، پرهیز از مواجهه با مواد زیان‌آور مطلوب بود. در مطالعه‌ای که دیدارلو و همکاران بر روی عملکرد معلمین نسبت به پیشگیری از سرطان پروستات انجام دادند، عملکرد ضعیف آن‌ها را گزارش نمودند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۲).

همچنین نتایج مطالعه Atulomah و همکاران در سال ۲۰۱۰ که به بررسی سطح آگاهی، درک و رفتار غربالگری سرطان پروستات در مردان پرداختند، با نتایج عملکرد پیشگیرانه این مطالعه مطابقت دارد (۳۲).

حساسیت و شدت درک شده مردان نظامی نسبت به رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات در حد متوسط بود. شرفخانی و همکاران نیز حساسیت و شدت درک شده معلمان نسبت به سرطان پروستات را بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی متوسط گزارش نمود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۲).

اما در مطالعه Kenerson و همکاران تهدید درک شده در ارزیابی قصد غربالگری سرطان پروستات در میان مردان آمریکایی آفریقایی‌تبار ضعیف گزارش گردید (۳۳). می‌توان این‌گونه بیان داشت که نظامیان باور و احساس می‌کنند که تا حدودی در معرض خطر سرطان پروستات و عوارض و مشکلات ناشی از ابتلا به این بیماری هستند.

میانگین نمره سازه منافع درک شده $2/99 \pm 24/60$ از نمره کل (۳۰ نمره) بود. به این معنا که نمونه‌ها به اهمیت و مزایای ناشی از انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات پی برده و به آن‌ها اعتقاد داشتند. 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 (۳۴).

قدس بین و همکاران نیز در سال ۲۰۱۴ یک مطالعه مداخله‌ای باهدف تعیین تأثیر آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتارهای غربالگری سرطان پروستات بر روی ۱۸۰ مرد ۵۰ تا ۷۰ ساله بازنشسته آموزش پرورش شیراز انجام دادند، بیان کردند که $90/5\%$ و $74/4\%$ از افراد تحت مطالعه دارای انگیزه‌های سلامت خوب و نمرات منافع درک شده خوب بودند که با نتایج حاضر همخوانی دارد (۳۱).

همچنین موانع درک شده در این مطالعه 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، عدم آگاهی از مکان، زمان و نحوه انجام تست‌های تشخیصی و باورهای نادرست مانند عدم احساس ضرورت مراجعه به پزشک به علت نداشتن علائم بیماری و شرم‌آور بودن انجام آزمون معاینه مقعدی بودند، به این معنا که هرچه این موانع از سوی نظامیان بیشتر احساس می‌شدند آن‌ها کمتر رفتارهای بهداشتی پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات را اتخاذ می‌کردند. در مطالعه Oliver و همکاران که منافع، موانع و منابع مؤثر بر غربالگری سرطان پروستات در میان مردان بررسی شد. $87/1\%$ نمونه‌ها زمان‌گیر بودن، $74/2\%$ خجالت‌آور بودن، $68/7\%$ عدم آگاهی از نحوه انجام غربالگری، $70/2\%$ ترس از فهمیدن مشکلاتی در سلامت را به‌عنوان موانع بر سر راه غربالگری سرطان پروستات بیان کردند (۳۵).

در مطالعه دیدارلو و همکاران، تمایل به انجام رفتارهای مستعدکننده به بیماری مانند تمایل به استفاده از غذاهای پرچرب و گوشت قرمز، عادات نادرست مانند استعمال مواد مخدر و دخانیات، عدم کنترل توده بدنی، عدم انجام حرکات ورزشی مستمر (مانند پیاده‌روی منظم در هفته) به‌عنوان ریسک فاکتور سرطان پروستات و موانع انجام رفتارهای پیشگیرانه ذکر شدند (۲۲)؛ که با توجه به همخوانی با بعضی موانع درک شده مطالعه حاضر، نیاز به اهمیت و توجه بیشتر مسئولین و سیاست‌گذاران حوزه سلامت جهت برنامه‌ریزی اقدامات پیشگیرانه را دارد.

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، ذکر گردیده‌اند که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۳۶).

میانگین نمره سازه خودکارآمدی درک شده نمونه‌ها در این مطالعه $18/63 \pm 3/07$ از نمره کل (۲۵ نمره) به دست آمد و معادل $74/52\%$ درصد از کل نمره است. این وضعیت بیانگر وجود خودکارآمدی خوب در بین مردان نظامی 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

مخارج و آگاهی لازم) می‌باشد که حکایت از احساس در خصوص غربالگری سرطان پروستات باشد. نتایج مطالعات حسن‌پور و همکاران، Atulomah و همکاران نیز بیانگر این موضوع می‌باشد (۳۲، ۳۹). نتایج حاصل از مطالعه حاضر آشکار کرد که سازه‌ها یا عواملی چون موانع و مزایای درک شده و خودکارآمدی درک شده‌ی مردان نظامی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات نقش بسزایی دارند و متخصصین آموزش سلامت و پزشکان باید به این عوامل در طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی و آموزشی راجع به سرطان پروستات، توجه داشته باشند. از محدودیت‌های این مطالعه خود گزارش دهی پرسشنامه بوده و روی برآورد کمتر و بیشتر نتایج مطالعه اثرمی گذاشت که از طریق بی‌نام کردن پرسشنامه و اطمینان دادن به نظامیان در مورد محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات تا حدودی این محدودیت کنترل گردید.

پیشنهادهای:

به‌منظور شناسایی عوامل مؤثر برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در پیشگیری از سرطان‌ها، ضرورت دارد مطالعاتی توصیفی با حجم نمونه‌های بیشتر در سایر استان‌ها که از ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی گوناگون برخوردارند، در بین مردان با شغل‌های متفاوت انجام‌شده و بر اساس آن‌ها بتوان به نتایج کامل‌تر و واقعی‌تری دست‌یافت.

سپاسگزاری:

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دانشجویی مصوب دانشکده بهداشت در سال ۱۳۹۴، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بوده و لذا بدین‌وسیله نویسندگان مقاله مراتب امتنان و تشکر خود را از آن معاونت محترم و نیز از مسئولین مجموعه نظامی مورد مطالعه و کلیه مردان نظامی شرکت‌کننده در این طرح اعلام می‌دارند.

انجام تست‌های غربالگری به‌واسطه مدیریت درست توانایی در انجام رفتارهای بهداشتی و مقابله با موانع پیش روی خود داشتند.

همسو با نتایج حاضر قدس بین و همکاران نیز خودکارآمدی درک شده معلمان بازنشسته را در انجام رفتارهای غربالگری سرطان پروستات، مطلوب گزارش نمود (۳۱).

در مطالعه حاضر از بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، بیشترین قدرت پیشگویی‌کنندگی انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده را به ترتیب سازه موانع درک شده و خودکارآمدی تشکیل می‌دادند که با نتایج مطالعه دیدارلو و همکاران مطابقت دارد (۲۲).

همچنین نتایج پژوهش Gözüim و Capık نشان داد که افزایش حساسیت درک شده و کاهش موانع درک شده، بیشترین تأثیر را در افزایش میزان مشارکت افراد در غربالگری سرطان پروستات را دارد (۳۷).

بنابراین برای هدایت رفتارهای بهداشتی نظامیان 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 در ارتباط با سرطان پروستات پزشک متخصص، اینترنت و کارکنان بهداشتی بودند که با نتایج مطالعه‌های دیدارلو و همکاران، Oliver و همکاران، قدس بین و همکاران همخوانی دارد. آن‌ها هم در پژوهش خود دریافتند که مهم‌ترین عامل تسریع‌کننده رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان پروستات در نمونه‌های مورد مطالعه، پزشک متخصص و کارکنان بهداشتی می‌باشند (۲۲، ۳۱، ۳۵). همچنین Hevey و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری می‌کنند که پیشنهاد مراقبت دهندگان بهداشتی بیشترین تأثیر را روی تصمیم‌گیری جهت انجام و توجه به آزمایش PSA دارد (۳۸). میزان توصیه اقوام و بستگان افراد به انجام آزمون‌های غربالگری PSA و DRE در افراد تحت مطالعه بسیار پایین بود که می‌تواند نشانگر کمبود دانش کافی جامعه

References

1. Strickler HD, Goedert JJ. Sexual behavior and evidence for an infectious cause of prostate cancer. *Epidemiologic reviews*. 2015;23(1):144-51.
2. Fazelifard R S, Shokohi M, Esmaili S, Ahmadzadeh S. Zinc as effective element in improving and treatment of prostate cancer. *Feyz*. 2013; 16 (7):747-748
URL: <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1845-fa.html>.
3. DeSantis CE, Siegel RL, Sauer AG, Miller KD, Fedewa SA, Alcaraz KI, et al. Cancer statistics for African Americans, 2016: Progress and opportunities in reducing racial disparities. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016.
4. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61:69-90.
5. Catalona WJ, Loebl S. Prostate cancer screening and determining the appropriate

- prostate-specific antigen cutoff values. *4TJ Natl Compr Canc Netw* 2010 Feb; 4T8 (2): 265-70.
6. Bokhorst LP, Bangma CH, van Leenders GJ, Lous JJ, Moss SM, Schröder FH, et al. Prostate-specific Antigen-Based Prostate Cancer Screening: Reduction of prostate cancer mortality after correction for nonattendance and contamination in the Rotterdam Section of the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer. *European urology*. 2014;65(2):329-36.
 7. Ebrahimi M. Prevalence of hormone dependent cancers in Iran during 1986–1997. *Int J Gynecol Cancer*. 2004;14: 204.
 8. Farahmand M, Almasi-Hashiani A, Mehrabani D. The epidemiologic study of prostate cancer in Fars province, Southern Iran (2003-2008). *Arak Medical University Journal*. 2013;15:54-60. [In Persian]
 9. Skolarus TA, Wolf A, Erb NL, Brooks DD, Rivers BM, Underwood W, et al. American Cancer Society prostate cancer survivorship care guidelines. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2014;64(4):225-49.
 10. Baade PD, Youlten DR, Cramb SM, Dunn J, Gardiner RA. Epidemiology of prostate cancer in the Asia-Pacific region. *Prostate international*. 2013;1(2):47-58.
 11. 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.
 12. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. 2015;136(5):E359-E86.
 13. Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 2014;64(2):104–17.
 14. Abachizadeh K, Keramatnia AA. Anticipating Cancer Rates of Iran in 2025. *Community Health* 2016; 3(1): 66-73.
 15. Malekzadeh R. Incidences of differnet cancers in Iran. The 16th International Congress of Geographic Medicine Shiraz University of Medical Sciences. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences;2003. (Persian)
 16. Askari F, Edalati S, Kardoust Parizi M, Rashidkhani B. Effect of intake of red meat, processed meat, organ meat, fish, poultry on prostate cancer: A case control study. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2013; 8 (2) :173-180
URL: <http://nsft.sbmu.ac.ir/article-1-1396-fa.html>
 17. Skolarus TA, Zhang Y, Miller DC, Wei JT, Hollenbeck BK. The economic burden of prostate cancer survivorship care. *The Journal of urology*. 2010;184(2):532-8.
 18. Heijnsdijk EA, Wever EM, Auvinen A, Hugosson J, Ciatto S, Nelen V, et al. Quality-of-life effects of prostate-specific antigen screening. *New England Journal of Medicine*. 2012;367(7):595-605.
 19. Rajaie M, Shirzadeh H. Prostate Specific Antigen (PSA) More Than 4 NG/ML In Men Referred To Urology Clinic Compered To Cardiologic Patients. 2005.
 20. Möller E, Adami H-O, Mucci LA, Lundholm C, Bellocco R, Johansson J-E, et al. Lifetime body size and prostate cancer risk in a population-based case-control study in Sweden. *Cancer Causes & Control*. 2013;24(12):2143-55.
 21. Azaiza F, Cohen M. Health beliefs and rates of breast cancer screening among Arab women. *Journal of Women's Health*. 2006;15(5):520-30.
 22. Hassani L, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Madani A, Alizadeh A, Moradabadi AS. The effect of educational intervention based on BASNEF model on the students' oral health. *Journal of Research & Health*. 2016;5(4):36-44.
 23. Hassani L, Aghamolaei T, Ghanbarnejad A, Dadipoor S. The effect of an instructional program based on health belief model in decreasing cesarean rate among primiparous pregnant mothers. *Journal of education and health promotion*. 2016;5.
 24. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Behav* 1974;2(4): 354-86.
 25. Julinawati S, Cawley D, Domegan C, Brenner M, Rowan NJ. A review of the perceived barriers within the health belief model on pap smear screening as a cervical cancer prevention measure. *Journal of Asian Scientific Research*. 2013;3(6):677
 26. Shojaei Zadeh D. Models of behavior in health education. Printing, Tehran, Publications Office

- of Communications and Health Education, 2000,p. 29-20.
27. Farajzadeh D, Rashidi Jahan H, Tavakoli R, Rafati H. Investigation on knowledge of commanders and managers of one of the Military forces about the nutrition of military personnel in 1384. *Journal of Military Medicine*. 2008;10(1):45-50.[Persian]
 28. Feyzi F, Fallahi A, Rahimi A. The effect of health education plan on lifestyle indices in active duty military personnel. *Journal Mil Med*. 2013;15(1):69-74.
 29. Assessment of relationship between body mass index i and serum levels of prostate specific antigen in 40-79 year old men referred to Rasoul Akram hospital. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2015;22(130):1-7.
 30. Whaley Q. The relationship between perceived barriers and prostate cancer screening practices among African-American men. Florida, The Florida State University College Of Nursing, Master of Science Thesis. 2006.
 31. Ghodsbin F, Zare M, Jahanbin I, Ariaifar A, Keshavarzi S. A Survey of the Knowledge and Beliefs of Retired Men about Prostate Cancer Screening Based on Health Belief Model. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2014; 2(4):279.
 32. Atulomah NO, Olanrewaju MF, Amosu AM, Adedeji O. Level of awareness, perception and screening behavior regarding prostate cancer among men in a rural community of Ikenne Local Government Area, Nigeria. *Primary Prevention Insights*. 2010;2:11.
 33. Kenerson D. Use of the Theory of Planned Behavior to Assess Prostate Cancer Screening Intent Among African American Men: Vanderbilt University; 2010.
 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. Oliver JS, Grindel CG, Coster JD, and et al. Benefits, Barriers, Sources of Influence, and Prostate Cancer creening Among Rural Men. *Public Health Nursing*. 2011;28(6):515-522.
 36. Ekundayò OT, Tataw DB. Barriers to Prostate Cancer Prevention and Community Recommended Health Education Strategies in an Urban African American Community in Jackson, Mississippi. *Social work in public health*. 2013; 28(5):520-38.
 37. Capık C, Gözüm S. The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *Eur J Oncol Nurs*. 2012 Feb;16(1):71-7.
 38. Hevey D , Pertl M, Thomas K, and et al. The relationship between prostate cancer knowledge and beliefs and intentions to attend PSA screening among at-risk men. *Patient Educ Couns*. 2009 Feb;74(2):244-9.
 39. hassanpour m, delshad a, alemi a. Effect of an Educational Intervention Based on Empowerment Model on Awareness, Attitudes, Self-esteem and Self-efficacy of Men in Preventing Prostate Cancer. *Preventive Care In Nursing & Midwifery Journal*. 2014;4(1):9-18.

Survey of Prostate Cancer-Preventive Behaviors Based on the Health Belief Model Constructs among Military men

Rasoul Abhar¹, Laleh Hassani², Maryam Montaseri³, Mahdi Paydar Ardakani⁴

¹MS Student of Health Education, Health School, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

²Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

³Instructor of Biostatistics, Department of Public Health, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

⁴PhD in Urology, Marine Medicine Research Center, Baghiyatollah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

(Received 10 Apr Dec, 2017

Accepted 8 May, 2017)

ABSTRACT

Introduction: 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 Military men.

Methods: This analytical cross-sectional study was conducted on 253 Military men who were selected randomly from Military Centers in the Hormozgan province. 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 22 (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 Self-Efficacy With The Military Men's 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 Military Men ($P > 0.05$). Also Among the Health Belief Model Constructs, Perceived Barriers and Self-Efficacy Were the Most Important Predictor of Prostate Cancer Preventive Behavior among Military Men ($P \leq 0.001$).

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

Key words: Health Belief Model, Prostate cancer, Military men, preventive behaviors.

Correspondence:

Laleh Hassani, PhD.

Assistant Professor,

Department of Public Health, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

Tel: +98 7633336202

Email:

lhassani1969@gmail.com

Citation: Abhar R, Hassani L, Montaseri M, Paydar Ardakani M. Survey of Prostate Cancer-Preventive Behaviors Based on the Health Belief Model Constructs among Military men. Journal of Preventive Medicine 2017; 4(2):1-11