

Short Communication

Investigation of the Colorectal Cancer-Preventive Behaviors Based on the Health Belief Model

Mahajan Bazazi¹
Sareh Shakerian^{2*}

- 1- MSc Of Community-Based Education of Health Sciences, Department of Community-Based Education of Health Sciences, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Social Medicine Doctor, Assistant Professor, Departments of Community-Based Education of Health Sciences, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: Sareh Shakerian, Departments of Community-Based Education of Health Sciences, Virtual School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: sarehshakerian@gmail.com;
sareh.shakerian@sbmu.ac.ir

Received: 15 April 2020

Accepted: 24 June 2020

ABSTRACT

Introduction and purpose: Colorectal cancer is the third and fourth common type of cancer among Iranian males and females, respectively. According to previous studies, awareness and belief regarding the risk factors of this disease have a significant association with screening behaviors. The present study aimed to investigate the behavior of colorectal cancer prevention based on the health belief model.

Methods: The present descriptive cross-sectional study was performed on 382 people in rural and urban areas of Behshahar City, Iran during 2019-20. The participants were selected using the random cluster sampling and the required data were collected using Standard Champion Questionnaire, consisting of 36 phrases and 6 dimensions, including perceived sensitivity, perceived intensity, perceived benefits, perceived barriers, awareness, and self-efficacy. The collected data were analyzed in SPSS software (version 17) using frequency, mean, standard deviation, correlation coefficient, and regression coefficient.

Results: The majority of the research population (65.8%) were not aware of the implementation of the program and only 2.6% of them participated in it. The perceived intensity with a regression coefficient of 0.422 was the most predictive factor, while self-efficacy with the lowest value ($\beta=0.226$) was the least effective factor in the prediction of preventive behaviors.

Conclusion: Awareness seems to be an effective factor in the practice of screening for colorectal cancer. Interventions at various levels are necessary to increase public awareness and access to prevention programs. It is recommended to use theories and models of health promotion to promote health behaviors in society.

Keywords: Awareness, Colon cancer screening, Health belief model (HBM)

► **Citation:** Bazazi M, Shakerian S. Investigation of the Colorectal Cancer-Preventive Behaviors Based on the Health Belief Model. Journal of Health Research in Community. Spring 2020;6(1): 67-73.

گزارش کوتاه

بررسی رفتار پیشگیری از سرطان کولورکتال بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

چکیده

ماه جهان بزازی^۱
ساره شاکریان^{۲*}

مقدمه و هدف: بروز سرطان کولورکتال در مردان ایرانی رتبه سوم و در زنان رتبه چهارم را به خود اختصاص داده است. شواهد نشان می‌دهد آگاهی و باورها در زمینه عوامل خطر و بیماری‌ها به طور معنی‌داری با انجام رفتارهای غربالگری مرتبط است. مطالعه حاضر به منظور بررسی رفتار پیشگیری از سرطان کولورکتال بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی اجرا شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۸ در شهر بهشهر روی ۳۸۲ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد چمپیون (Champion Health Belief Model Scale) با ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۰ درصد بود که شامل ۳۶ عبارت و ۶ بُعد حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، آگاهی و خودکارآمدی بود. داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیشتر از نیمی از جمعیت پژوهش (۶۵/۸ درصد) اطلاعاتی از اجرای برنامه نداشته‌اند. فقط ۲/۶ درصد از این برنامه استفاده کردند. در بین سازه‌های مدل شدت درک شده با ۰/۴۲۲ بیشترین میزان پیشگویی کنندگی و خودکارآمدی با کمترین مقدار (۰/۲۲۶) در پیشگویی رفتار مؤثر بودند.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آگاهی عامل مؤثری در اقدام نسبت به برنامه غربالگری سرطان کولورکتال باشد. مداخلات در سطوح مختلف به منظور افزایش آگاهی و دسترسی جامعه به برنامه‌های پیشگیری ضرورت دارد. بهتر است برای ارتقای رفتارهای سلامت در جامعه از نظریه‌ها و مدل‌های ارتقای سلامت استفاده شود.

کلمات کلیدی: آگاهی، سرطان کولون، غربالگری، مدل اعتقاد بهداشتی

۱. کارشناس ارشد آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت، گروه آموزش جامعه‌نگر، دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، گروه آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت، دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ساره شاکریان، گروه آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت، دانشکده مجازی آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: sarehshakerian@gmail.com
sareh.shakerian@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۰۴

◀ **استناد:** بزازی، ماه‌جهان؛ شاکریان، ساره. بررسی رفتار پیشگیری از سرطان کولورکتال بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، بهار ۱۳۹۹؛ ۶(۱): ۶۷-۷۳.

مقدمه

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سرطان دومین علت مرگ در جهان است. ۹/۶ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۸ بر اثر ابتلا

به سرطان رخ داده است [۱]. سرطان‌ها در کشور ما نیز سومین علت مرگ‌ومیر پس از بیماری‌های قلبی و تصادفات هستند [۲]. در گزارش‌ها آمده است که ۳۰ تا ۵۰ درصد از سرطان‌ها قابل پیشگیری هستند [۳]. پیشگیری به‌عنوان اثربخش‌ترین روش کنترل سرطان در طولانی مدت شناخته شده است [۳].

برنامه‌های غربالگری به‌عنوان یکی از روش‌های پیشگیری سطح دو، سرطان را در مراحل اولیه و قابل‌درمان شناسایی می‌کنند و موجب افزایش بقای افراد می‌شوند. از طرفی دیگر، میزان زیاد مرگ ناشی از سرطان‌ها در کشورهای کم‌درآمد به کمبود منابع برای شناسایی این بیماری در مراحل اولیه نسبت داده شده است [۱]. سرطان کولورکتال سومین سرطان شایع در مردان و دومین سرطان شایع در زنان در دنیا است [۴،۵]. بروز سرطان کولورکتال در مردان ایرانی رتبه سوم و در زنان رتبه چهارم را به خود اختصاص داده است [۲]. برنامه‌های غربالگری در سرطان کولورکتال میزان بقای ۵ ساله فرد را به حدود ۹۰ درصد می‌رساند. این برنامه‌ها شامل تشخیص پولیپ‌ها و سرطان‌های کولورکتال با بررسی سالیانه آزمایش خون مخفی در مدفوع (FOBT: Fecal Occult Blood Test) و پروکتوسیگموئیدوسکوپی دوره‌ای (هر ۳ تا ۵ سال) است که در سن ۴۰ تا ۵۰ سالگی شروع می‌شود [۶]. شواهد نشان می‌دهد سطح دانش، نگرش و اعتقادات در زمینه عوامل خطر و بیماری‌ها به‌طور معنی‌داری با انجام رفتارهای غربالگری مرتبط است. با توجه به پیچیدگی رفتارهای غربالگری، استفاده از نظریه‌ها و الگوهای رفتاری در انجام آزمون‌های غربالگری در طول زمان ضرورت یافته است [۷،۸].

مدل اعتقاد بهداشتی که ابتدا تعدادی از روان‌شناسان در سال ۱۹۵۰ از آن استفاده کردند یکی از نخستین مدل‌هایی بود که برای برطرف کردن مشکلات بهداشتی، نظریه‌هایی را از علوم رفتاری به حیطة بهداشت وارد کرد. این مدل با هدف پاسخ به این سؤال مطرح شد که چرا مردم از خدمات بهداشتی مانند آزمون‌های غربالگری استفاده نمی‌کنند. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، باورها و عقاید

بهداشتی افراد نقش مهمی در بروز رفتارهای بهداشتی دارد. بر اساس این مدل، اگر فرد اعتقاد داشته باشد که در معرض خطر ابتلا به بیماری‌هایی همچون سرطان است (حساسیت درک‌شده)، درجه خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک کند (شدت درک‌شده)، رفتارهای پیشنهادشده را برای کاهش خطر یا وخامت بیماری مفید بداند (منافع درک‌شده)، بتواند بر عوامل بازدارنده از عمل همچون هزینه، زمان و ... غلبه کند (موانع درک‌شده) و به توانایی‌های خود برای انجام رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب برسد (خودکارآمدی درک‌شده) اطمینان لازم را داشته باشد، تمایل بیشتری برای پذیرش و انجام رفتارهای سلامتی و تصمیم‌گیری درست خواهد داشت [۹]. تأثیر این باورها در نتیجه یک اقدام جمعی نتایج شگفت‌آوری در ارتقای سلامتی جوامع خواهد داشت و نتیجه آن کاهش بار اقتصادی و روانی در همه سطوح خواهد بود.

با توجه به اینکه برنامه غربالگری سرطان روده بزرگ نسبت به برنامه‌های غربالگری سرطان پستان و سرویکس قدمت کمتری دارد، بررسی چالش‌ها و ضعف‌های برنامه و شناسایی آن در مراحل اولیه می‌تواند به اجرای بهتر و ارتقای هزینه اثربخش آن کمک فراوانی کند. مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی، باورها و رفتار افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی‌درمانی شهری و روستایی شهرستان بهشهر در سال ۱۳۹۸ انجام شد و درخصوص پیشگیری از سرطان کولورکتال بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، میزان تأثیرپذیری این باورها در انجام برنامه بررسی شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۸ در شهرستان بهشهر روی ۳۸۲ نفر انجام شد. نمونه‌های پژوهش به روش خوشه‌ای تصادفی دومرحله‌ای با تسهیم نسبت جمعیت انتخاب شدند. ۱۶ مرکز بهداشتی‌درمانی هر کدام به‌عنوان یک خوشه در نظر گرفته

شد که از بین آن‌ها هفت مرکز التپه، شهیدآباد، زاغمرز، غریب محله، گرجی محله، مرکز شماره دو و مرکز شماره سه به‌عنوان خوشه انتخاب شدند. سپس با توجه به نسبت جمعیت هر مرکز تحت پوشش و با استفاده از جدول انتخاب تصادفی به ترتیب مراکز التپه ۳۳ نمونه، شهیدآباد ۱۸ نمونه، زاغمرز ۶۶ نمونه، غریب محله ۵ نمونه، گرجی محله ۳۲ نمونه، مرکز شماره دو ۵۴ نمونه و مرکز شماره سه ۱۵۵ نمونه انتخاب و به‌عنوان مشارکت‌کنندگان در پژوهش وارد مطالعه شدند.

تعداد نمونه لازم از جمعیت بالای ۴۰ سال با در نظر گرفتن حداکثر نسبت ۰/۵۰ بر اساس فرمول زیر با ضریب اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2} \left(1 + \frac{1}{N} \left(\frac{Z^2 pq}{d^2} - 1 \right) \right)$$

d=۰/۰۵
P=q=۰/۵
Z=۱/۹۶

در پژوهش حاضر برای ارزیابی روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه از نظرات ۱۵ نفر از صاحب‌نظران پزشک و آموزش بهداشت استفاده شد که پس از اعمال پیشنهادها و نظرات اصلاحی، بازنگری اولیه و تأیید شد و به‌منظور بررسی پایایی در اختیار ۳۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت قرار گرفت. پس از تکمیل پرسش‌نامه و انجام تحلیل، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در ابعاد حساسیت ۰/۹۰۲، شدت ۰/۸۲۲، منافع ۰/۸۷۳، موانع ۰/۸۱۱، خودکارآمدی ۰/۷۶۸ و آگاهی ۰/۷۱۰ محاسبه شد.

داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، فراوانی، ضرایب همبستگی و میزان پیش‌بینی با استفاده از تحلیل رگرسیون ضرایب رگرسیونی β در محدوده اطمینان ۹۵ درصد تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها و بحث و نتیجه‌گیری

خصوصیات جمعیت‌شناختی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج مطالعه نشان داد میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۳ سال بوده است. حدود ۳۱/۶ درصد از پاسخ‌گویان مرد و بقیه زن بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان در شهر ساکن بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع پاسخ‌گویان برحسب گروه‌های سنی و جنس (تعداد کل نمونه: ۳۸۰ نفر)

متغیر	زیرگروه (سال)	تعداد	درصد
سن	۴۰-۵۰	۱۷۹	۴۷.۱
	۵۰-۶۰	۱۰۰	۲۶.۳
	۶۰-۷۰	۶۴	۱۶.۸
جنس	بیشتر از ۷۰	۳۷	۹.۷
	مرد	۱۲۰	۳۱.۶
	زن	۲۶۰	۶۸.۴

ابزار جمع‌آوری داده پرسش‌نامه استاندارد دوقسمتی بود که بخش اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک در زمینه سن، جنس و ... بود. بخش دوم پرسش‌نامه استاندارد چمپیون (Champion Health Belief Model Scale) با ضریب آلفای کرونباخ ۸۰ درصد تأیید شده بود که شامل ۳۶ عبارت و ۶ بُعد حساسیت درک‌شده (۵ سؤال)، شدت درک‌شده (۷ سؤال)، منافع درک‌شده (۶ سؤال)، موانع درک‌شده (۶ سؤال)، آگاهی (۷ سؤال) و خودکارآمدی (۵ سؤال) بود. عبارات این پرسش‌نامه با طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم از ۱ تا ۵ نمره‌بندی می‌شود. در این پرسش‌نامه امتیاز بیشتر بیانگر شدت بیشتر ابعاد نسبت به انجام آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال است [۱۰]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسش‌نامه در ابعاد حساسیت ۰/۹۰۲، شدت ۰/۸۲۲، منافع ۰/۸۷۳، موانع ۰/۸۱۱، خودکارآمدی ۰/۷۶۸ و آگاهی ۰/۷۱۰ محاسبه شد.

حدود ۳۷/۹ درصد از پاسخ‌گویان درآمدی بین یک تا دو میلیون تومان داشتند و میانگین درآمد خانوارها ۲ میلیون (۲ میلیون و ۴۳ هزار) تومان بود. حدود ۸۵ درصد از پاسخ‌گویان سیگار مصرف نمی‌کردند.

جدول ۲ منابع کسب اطلاعات پاسخ‌گویان را نشان می‌دهد. بیشترین منبع کسب اطلاعات پاسخ‌گویان در خصوص غربالگری سرطان روده بزرگ را پزشکان و سپس رادیو و تلویزیون نشان می‌دهد. ۶۵/۸ درصد از پاسخ‌گویان هیچ آگاهی‌ای از برنامه نداشتند (جدول ۲). نتایج سابقه انجام غربالگری نشان داد فقط حدود ۲/۴ درصد از پاسخ‌گویان سابقه انجام غربالگری روده بزرگ را داشته‌اند.

نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات دیگر در کشور هم‌راستا بود. در مطالعه بیدگلی و همکاران درصد زیادی از نمونه‌ها (۹۳/۵ درصد) هیچ اطلاعی درباره غربالگری سرطان کولون نداشتند [۱۱]. نتایج مطالعه Koo نشان داد از ۷۹۱۵ شرکت‌کننده جمعیت بالای ۵۰ سال در مناطق آسیا و اقیانوسیه، فقط ۸۰۹ نفر (۲۷ درصد) سابقه انجام غربالگری داشتند [۱۲]. در مطالعه Tastan و همکاران مهم‌ترین مانع برای انجام غربالگری سرطان کولورکتال، نداشتن آگاهی (۸۱/۳ درصد) ذکر شده بود [۱۳]. در مطالعه نوایی ریگی، منبع کسب اطلاعات کتب دانشگاهی و

رادیو و تلویزیون بوده است [۱۴]. در مطالعه انوری و همکاران، در بین منابع کسب اطلاعات، کتب دانشگاهی (۳۹ درصد) بیشترین سهم را داشته است [۱۵].

بررسی وضعیت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نشان می‌دهد میانگین حساسیت درک‌شده، شدت درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده و میانگین خودکارآمدی پاسخ‌گویان به ترتیب ۱۲/۳، ۲۰/۲، ۲۲/۸، ۱۸/۳، ۲۷/۶۲ بود که در محدوده متوسط تا بالا قرار داشت. ۷۸/۲ درصد پاسخ‌گویان سطح آگاهی بالا (امتیاز بیشتر از ۱۶) داشتند.

در بررسی متغیرهای دموگرافیک با توجه به تعداد نامتناسب افراد در زیرگروه‌های سنی و جنسی و دیگر متغیرها، نتایج قابل‌اعتماد نبود. متغیر درآمد با اجرای برنامه غربالگری در سازه‌های شدت درک‌شده، موانع درک‌شده و آگاهی ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/05$)، ولی متغیر شغل و تحصیلات در مطالعه حاضر معنی‌دار نبود. ارتباط بین آگاهی و سن و دیگر سازه‌های مدل معنی‌دار نبود ($P > 0/05$).

با توجه به فرض الگوی اعتقاد بهداشتی، احتمال اینکه فرد عملی را در خصوص سلامتی خود انجام دهد، به حساسیت، شدت و منافع درک‌شده در مقابل موانع انجام رفتار بهداشتی بستگی دارد. تمرکز عمده پژوهش بر شناسایی باورها و عوامل مؤثر بر رفتار بهداشتی پیشگیری از ابتلا به سرطان کولورکتال با غربالگری بوده است.

در بررسی مطالعه حاضر میانگین نمره پاسخ‌گویان در خصوص غربالگری سرطان روده در بیشتر ابعاد در محدوده متوسط قرار داشت. در پژوهش نقی‌زاده و همکاران ۷۸/۶ درصد از افراد نمره منافع درک‌شده خوب داشتند و ۶۸/۷ درصد از افراد در بعد خودکارآمدی نمره خوبی کسب کردند [۱۶]، ولی نمره موانع درک‌شده ۳۴/۸ درصد از افراد خوب بود و ۲۷ درصد نمره حساسیت درک‌شده خوبی داشتند که با پژوهش حاضر همسو بوده است. در بررسی ضاربان و همکاران میانگین نمرات

جدول ۲: توزیع پاسخ‌گویان بر اساس آگاهی و منبع کسب اطلاعات در خصوص غربالگری سرطان روده بزرگ (تعداد کل نمونه: ۳۸۰ نفر)

زیرگروه	تعداد	درصد
خانواده	۱۶	۴.۲
پزشک و پرستار	۴۰	۱۰.۵
دوستان	۱۴	۳.۷
رادیو و تلویزیون	۳۱	۸.۲
روزنامه و مجله	۶	۱.۶
سایر	۲۳	۶.۱
آگاهی‌نداشتن از اجرای برنامه	۲۵۰	۶۵.۸

همه سازه‌ها به جز سازه خودکارآمدی با تحقیق پیش رو همسو بوده است [۱۷].

با توجه به جدول ۳، نتایج مطالعه حاضر نشان داد تمام سازه‌های مدل باور بهداشتی عامل تعیین کننده‌ای برای انجام غربالگری سرطان روده بزرگ برای پیشگیری از سرطان کولورکتال بوده‌اند و همبستگی معنی‌داری داشتند. در بین سازه‌های مدل، شدت درک شده با ضریب رگرسیونی ۰/۴۲۲ به عنوان یکی از تعیین کننده‌های مهم شناخته شد. سپس به ترتیب موانع درک شده (۰/۳۵۵)، حساسیت درک شده (۰/۳۳۹)، منافع درک شده (۰/۳۲۳)، آگاهی (۰/۲۹۳) و خودکارآمدی (۰/۲۲۶) در پیشگویی رفتار مؤثر هستند (جدول ۳). در مطالعه ضاربان موانع درک شده تأثیر بیشتری بر رفتار پیشگیرانه داشته است [۱۷].

در مطالعه مظلومی و همکاران و تیموری خودکارآمدی پیشگویی کننده قوی رفتار بود [۳۷]. در مطالعه نقی‌زاده و همکاران موانع درک شده و آگاهی قوی‌ترین پیشگویی کننده رفتار بودند [۱۸]. در مطالعه نوایی ریگی موانع درک شده بیشترین قدرت پیشگویی کننده رفتار را داشتند [۱۴]. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، کم بودن میزان دانش و آگاهی مردم در زمینه سرطان کولورکتال و برنامه‌های غربالگری آن باعث کاهش میزان مشارکت افراد در برنامه‌های غربالگری سرطان

کولورکتال شد. در بررسی Lin در مراکز بهداشت عمومی یک استان در شمال تایوان، مزایای درک شده و خودکارآمدی به طور معنی‌داری بر احتمال انجام غربالگری سرطان روده بزرگ تأثیر گذاشته بود [۱۹]. بروز این سرطان در سن کم در کشور ایران هشدار برای گروه‌های بهداشتی درمانی کشور است تا برنامه غربالگری را از سنین پایین تر شروع کنند [۲]. از طرفی دیگر، با توجه به اینکه در بعضی موارد عامل سرطان شناخته شده نیست، برنامه‌های غربالگری نقش مؤثری در شناسایی بیماری در مراحل اولیه و درمان آن دارد.

تکمیل پرسش‌نامه‌ها به شیوه خود گزارشی از محدودیت‌های مطالعه حاضر است که ممکن است موجب بروز پاسخ‌هایی با دقت کمتر شود. پیشنهاد می‌شود مطالعه در مراکز اجرای برنامه در سطح وسیع انجام شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات همسو در رابطه با آگاهی اندک جوامع از اجرای رایگان برنامه‌های غربالگری در مراکز بهداشتی درمانی کشور و نیز توصیه سازمان جهانی بهداشت مبنی بر آگاهی و دسترسی جوامع به سطوح خدمات پیشگیری، لازم است مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی برنامه‌های مدونی در این راستا انجام دهند. استفاده از مدل‌های رفتاری ارتقای سلامت کمک می‌کند که پذیرش و اقدام افراد در برنامه‌های ارتقای سلامت افزایش یابد.

قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت با شناسه اخلاق IR.SBMU.SME.REC.1398.070 گرفته شده است. از تمامی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شهرستان بهشهر که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری داشتند، قدردانی می‌شود.

جدول ۳: تعیین قدرت پیشگویی کنندگی (ضرایب رگرسیونی) سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر رفتار پیشگیرانه غربالگری سرطان روده بزرگ

سازه‌های مدل	P	Beta ضریب رگرسیون
حساسیت درک شده	۰/۰۰۳	۰/۳۳۹
شدت درک شده	۰/۰۰۷	۰/۴۲۲
منافع درک شده	۰/۰۱۱	۰/۳۲۳
موانع درک شده	۰/۰۰۶	۰/۳۵۵
آگاهی	۰/۰۰۹	۰/۲۹۳
خودکارآمدی	۰/۰۰۳	۰/۲۲۶

References

1. World Health Organization. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. Enayatrad M, Salehiniya H. Trends in gastric cancer incidence in Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(114):8-16 (Persian).
3. Cancer prevention diagnosis screening. World Health Organization. Available at: URL: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/en/>; 2014.
4. Colorectal cancer statistics. Colorectal cancer is the third most common cancer worldwide. World Cancer Research Fund International. Available at: URL: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics>; 2018.
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68(6):394-42.
6. Lai CK, Igarashi A, Lau NM, Yu CT. Cancer screening for older people: to screen or not to screen. *Hong Kong Med J* 2017; 23(5):503-16.
7. Barzegar Mahmudi T, Khorsandi M, Shamsi M, Ranjbaran M. Knowledge, beliefs and performance of health volunteers in malayer city about hepatitis b: an application of health belief model. *Pajouhan Sci J* 2016; 14(2):24-33 (Persian).
8. MahdaviFar M, Sabzevari S, Harandi TF. Using health belief model for assessing health believes about papsmear in women referred to health care centers in Bandar Abbas, Iran. *J Health Dev* 2015; 4(2):133-45.
9. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior: theory, research, and practice. New Jersey: John Wiley & Sons; 2015.
10. Hatefnia E, Niknami S, Mahmoudi M, Ghofranipour F, Lamyian M. The effects of health belief model education on knowledge, attitude and behavior of Tehran pharmaceutical industry employees regarding breast cancer and mammography. *Behbood J* 2010; 14(1):42-53 (Persian).
11. Shouri Bidgoli AR, Taheri Khrame Z, Asayesh H, Shariffard F, Sheydaiyan Arani M, Hajaligol A, et al. A study of knowledge, attitude, and practice on colorectal cancer screening among individuals older than 50 years based on health belief model. *Qom Univ Med Sci J* 2015; 9(1):59-65 (Persian).
12. Koo JH, Leong RW, Ching J, Yeoh KG, Wu DC, Murdani A, et al. Knowledge of, attitudes toward, and barriers to participation of colorectal cancer screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. *Gastrointestinal Endosc* 2012; 76(1):126-35.
13. Tastan S, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(9):5157-63.
14. Navabi Rigy SH, Khojasteh F, Bandany F. Breast cancer and breast self-examination: knowledge and attitudes based on the health belief model in female students engineering faculty and literature university of Sistan and Baluchestan. *Iran J Breast Dis* 2012; 5(1):65-73 (Persian).
15. Mohosavi HS. Assessment of knowledge, attitude and practice of female students of Mashhad University of Medical Sciences regarding risk factors, early diagnosis and methods of breast cancer prevention. *Iran J Breast Dis* 2012; 5(2-3):30-43 (Persian).
16. Namdar A, Bigizadeh S, Naghizadeh MM. Measuring health belief model components in adopting preventive behaviors of cervical cancer. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(1):34-44 (Persian).
17. Karimy M, Zareban I, Tabasi DA, Taher M, Fayazi N. The beliefs and factors influencing preventive behaviors of HIV transmission in HIV-positive patients. *Iran J Infect Dis Trop Med* 2016; 21(72):41-7 (Persian).
18. MazloomiMahmoodabad SS, Agh Atabay R, Movahed M, Alizadeh S. Predictive control high blood pressure in patients with hypertension based on health belief model in Kerman in 2015. *Tolooebehdasht* 2016; 14(6):98-106 (Persian).
19. Lin TY, Chuang ST, Huang SF, Hsu HP, Lu LT, Guo JL. Likelihood of a fecal occult blood test uptake among older adults: comparisons between health professionals and healthcare volunteers based on the health belief model. *BMC Geriatr* 2019; 19(1):51.