FEEDING BEHAVIOR

Feeding Behavior Associated With Gastric Cancer

Kiyana Kasiri
MSc. Student of Health Education and Health Promotion, Dept. of Health Education, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares Univ. (TMU), Tehran, Iran

Farkhondeh Amin-Shokravi
* Associate Professor of Health Education Dept., School of Medical Sciences, TMU, Tehran, Iran (Corresponding Author) aminsh_f@modares.ac.ir

Hossein Shahnazi
Assistant Professor, Dept. of Health Education and Health Care Services, School of Health, Isfahan University Of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 02 February 2015
Accepted: 14 July 2015

ABSTRACT

Background and objective: Preparing educational programs related to prevention of prevalent diseases like cancer is considered a health necessity. The aim of this paper was to study the impact of feeding behavior associated with gastric cancer in women working in Isfahan in 2013.

Methods: In this semi-experimental interventional study, 72 female workers were classified into two case and control groups, each 36 workers. Inclusion criteria of the study were: Iranian nationality, female workers, married, educated, having at least 20 years, and residents of Isfahan. Data was gathered using a questionnaire (s=0.810). Based on the results of pre-test, the nutrition educational package was designed to suit the training needs. The experimental group received the educational intervention (six45-minutes sessions in six weeks). Then immediately and three months after educational intervention both groups were asked to complete the questionnaire again. Data was analyzed using independent T test with alpha level of 0.05. The study was approved by the Tarbiat Modress University's Medical Ethics Committee.

Results: The mean age of cases was 33.12 and control group 33.22, significant difference ($p<0.001$) in case and control groups in mean awareness (89.72 vs. 36.85), attitude (69.50 vs. 34.98) and practice (75.63 vs. 40.22) after the intervention.

Conclusion: The effectiveness of nutrition educational package showed a developed accretion of knowledge, attitude and practice of employed women in feeding behavior associated with gastric cancer.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Feeding behaviors, Gastric cancer, Nutrition, Isfahan

▶ **Citation**: KasiriK, Amin-Shokravi, F. & Shahnazi, H. Feeding Behavior Associated With Gastric Cancer In Women Working in Isfahan in 2013. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion.Summer 2015;3 (2) : 83-94.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط باسرطان معده

کیانا کثیری
کارشناس ارشدآموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

فرخنده امین‌شکروی
* دانشیارگروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول) Aminsh_f@modares. ac. ir

حسین شهنازی
استادیارگروه خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

چکیده

زمینه وهدف: تدوین برنامه آموزشی درباره پیشگیری ازبیمارهای شایع مانندسرطان ازضرورتهای بهداشتی می‌باشد. مطالعه حاضرباهدف بررسی تأثیر برنامه آموزش رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط باسرطان معده درزنان شاغل متاهل شهراصفهان در ۱۳۹۱ انجام شد.

موادوروش‌ها: مطالعه حاضرپژوهش مداخله‌ای نیمه‌تجربی است. جامعه پژوهش ۷۲زن متاهل شاغل شهراصفهان بودند. نمونه‌هابه صورت تصادفی به دوگروه آزمون وکنترل و هرکدام ۳۶نفرتقسیم شدند. معیارهای ورودافراد به مطالعه عبارت بودنداز: داشتن ملیت ایرانی، زنان شاغل، متاهل، باسواد، حداقل سن ۲۰سال وساکن شهراصفهان. ابزارگردآوری داده‌هاپرسشنامه‌ای باآلفاکرونباخ ۰/۸۱بود.براساس نتایج پیش‌آزمون بسته آموزشی تغذیه‌ای متناسب نیازهای اموزشی نمونه هاطراحی شد. مداخله آموزشی برای گروه آزمون درطی ۶ هفته ودرقالب ۶ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای انجام گردید. سپس بلافاصله و ۳ماه پس ازمداخله آموزشی درهردوگروه آزمون وکنترل اطلاعات دوباره گردآوری وبااستفاده ازآزمون تی مستقل درسطح آلفای ۰/۰۵موردتجزیه وتحلیل قرارگرفت. این پژوهش درکمیته اخلاق پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تائیدشد.

یافته ها: میانگین سن گروه آزمون ۳۳/۱۲وگروه کنترل ۳۳/۲۲بودواختلاف معناداری ($p\geq$۰/۰۰۱) درگروهآزمون وکنترل درمیانگین نمرات آگاهی (۸۹/۷۲ دربرابر۳۶/۸۵)، نگرش (۶۹/۵۰دربرابر۳۴/۹۸) وعملکرد (۷۵/۶۳دربرابر۴۰/۲۲) بعدازمداخله بوجودآمد.

نتیجه گیری: یافته هااثربخشی تدوین بسته آموزشی تغذیه رابرافزایش آگاهی، نگرش وعملکردزنان شاغل درموردرفتارهای تغذیه‌ای مرتبط باسرطان معده رانشان داد.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه ها: رفتارهای تغذیه‌ای، سرطان معده، تغذیه، اصفهان.

◀ **استناد:** کثیری ک، امین‌شکروی ف و شهنازی ح. رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط باسرطان معده . فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. تابستان ۱۳۹۴؛۳ (۲): ۸۳-۹۴.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

مقدمه

بشر از دیر باز در پی یافتن علت بیماریها و راههای مبارزه با آن بوده است (۱). در این میان سرطان یک بیماری نام آشنایی است که همواره مورد توجه دانشمندان و مردم عادی بوده و به عنوان یک بیماری لاعلاج خود را نشان داده است (۲). در حال حاضر موضوعی که مورد قبول تمامی سرطان‌شناسان است ارجحیت اقدامات پیشگیری از ابتلا به سرطان به جای درمان آن است (۳). در مطالعات ثابت شده که حداقل ۴۰٪ از سرطان ها قابل پیشگیری‌اند (۵-۴). در بین سرطان ها، بیشترین علت مرگ ناشی از سرطان درجهان، سرطان ریه و بعد سرطان معده است. اما در ایران سرطان معده جایگاه اول مرگ را در بین سرطان‌ها دارد (۶).

سرطان معده ناشی از رشد بیش از حد سلول‌های بدخیم در معده است و علائم اولیه آن مبهم و نامشخص بوده، دیرعلامت نشان می‌دهدداده و به سرعت هم به اندام‌های دور و نزدیک خود دست‌اندازی می‌کند (۷). در مقایسه با سایر سرطان ها، سرطان معدهاز نظر پیش‌آگهی و نیز از نظر میزان بقاء۵ ساله وضعیت وخیم‌تری دارد (۸). طول عمر افراد مبتلا کوتاه است. این سرطان کشنده‌ترین سرطان است (۱۱-۹). سرطان معده دومین علت مرگ ناشی از سرطان را در جهان به خود اختصاص داده و معمولاً پیش‌آگهی بدی دارد (۱۲). بروز آن در برخی کشورها همچون آمریکا و انگلیس کاهش یافته است (۱۳)؛ اما در بسیاری کشورها همچون ژاپن، چین، ایتالیا و کشورهای در حال توسعه همچنان در حد بالایی قرار دارد (۱۴). سرطان معده در ایران جایگاه اول مرگ را در بین سرطان‌ها دارد (۱۵). براساس گزارش انجمن سرطان و مرکز مبارزه با بیماری های وزارت درمان، بهداشت و آموزش پزشکی، سرطان معده رتبه اول در مردان را دارد؛ به طوری که از هر ۱۰هزار ایرانی ۲۱نفر مبتلا به سرطان معده هستند. این بیماری رتبه سوم در زنان را دارد؛ در حالی که در گزارش سازمان جهانی سرطان، این بدخیمی در جهان دومین سرطان در بین مردان و ششمین سرطان در بین زنان می باشد (۱۶).

سرطان معده یک بیماری چندعلتی است و عوامل محیطی و وراثتی در ابتلا به آن مؤثر هستند (۱۷-۱۸). بروز این بیماری در برخی از نقاط دنیا به علت اصلاح رژیم غذایی و روشهای آماده سازی غذا کاهش یافته است (۱۹)؛ لذا عوامل خطری که عمدتاً رفتاری و تغذیه‌ای می باشند، در ایجاد آن مطرح شده‌اند (۲۰). مطالعات نشان داده‌اند که نوعی تماس محیطی در ایجاد سرطان معده نقش دارد و در این مورد عوامل سرطان‌زای غذایی را محتمل‌ترین عامل یا عوامل می‌دانند (۲۱). از طرفی ارتباط این بیماری با عفونت هلیکوباکترپیلوری مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲).

با دقت در آمار بیان شده و این که تا کنون راهکارهای مشخصی برای غربالگری و تشخیص زودرس سرطان معده ارائه نشده است و با توجه به اینکه تغییر در روش زندگی و عادات غذایی در الگوی بیماری مؤثر است (۲۳)، امروزه در اکثر کشورهای پیشرفته ۸۵٪ زنان ۲۵ تا ۴۹ سال درکنار زندگی خانوادگی خود، زندگی حرفه‌ای‌شان را نیز دنبال می‌کنند. به دلیل مشغله زیاد خانم‌های شاغل وقت ندارند ساعت‌ها برای تهیه غذای سالم در آشپزخانه سپری کنند. بعضی از این خانم‌های شاغل، که مسئولیت تربیت فرزندان و کارهای خانه را نیز به عهده دارند. برای برطرف کردن مشکل کم وقتی خود، خانم‌ها روش مفیدی به‌کار می‌گیرند. این روش به این صورت است که در آخر هفته مقدار بیشتری غذای سالم تهیه و آن‌ها را به بخش‌های مجزا تقسیم بندی وبرای مصرف هفته‌ها در فریزر نگهداری می‌کنند. استفاده از غذاهای فریز و منجمد شده بسیار مضر است. در غذاهای فریز شده، ماهیت مواد غذایی دچار تحولاتی می‌شود که خواص و فواید غذا را تغییر داده و از بین می‌برد. در نتیجه، بدن انسان را با کمبود مواد غذایی مفید روبرو می‌کند. همچنین نگهداری طولانی مدت این مواد در فریزر موجب تجمع مواد سرطان‌زا در غذاها می‌گردد. هر چه مدت فریز کردن غذاها طولانی‌تر باشد، مضرات آن نیز بیشتر است (۲۴). توانایی هماهنگ‌کردن زندگی

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

حرفه‌ای خسته‌کننده با زندگی خانوادگی کاملاً منظم یک شاهکار است؛ مخصوصا اگر خانم خانه، مادر هم باشد. با آموزش در حیطه رفتارهای تغذیه‌ای به زنان که در منزل غذا تهیه می‌کنند، می‌توان به سادگی از آلودگی‌های منتقله از راه موادغذایی پیشگیری کرد (۲۵- ۲۶). در این راستا، نقش آموزش بهداشت و در نتیجه ارتقاء سلامت جامعه نقشی کلیدی می‌باشد (۲۷). مطالعه حاضربا هدف ارتقاء رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط باسرطان معده درزنان شاغل شهراصفهان بودتا نتایج آن گامی در راه ارتقای سلامت جامعه باشد و برنامه‌های آموزشی برای مردم به منظورپیشگیری ازبیماری‌های شایع، ازجمله سرطان هاتدوین شود.

موادوروش‌ها

دراین مطالعه نیمه‌تجربی که در ۱۳۹۱ انجام شد، فهرست کلیه مراکزبهزیستی شهراصفهان تهیه وبه طورتصادفی دومرکز (یکی به‌عنوان آزمون ودیگری به‌عنوان کنترل) انتخاب شدند. معیارهای ورود افراد در مطالعه عبارت بودنداز: زنان شاغل با حداقل ۲۰سال،دارای سواد خواندن و نوشتن ومتاهل بودن، به سرطان معدهمبتلا نبودن خود افراد و خانواده آن‌ها. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: بازنشسته شدن خانم‌های شاغل وتمایل نداشتن به همکاری. بادعوت‌نامه کتبی، ازافرادبه منظورشرکت درمطالعه دعوت به عمل آمد. شرکت افراددرپژوهش، منوط به کسب رضایت ازآنان بودوبه هریک ازافراددربارهٔ محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده اطمینان داده شد. نمونه هادردوگروه آزمون وشاهدازنظرشرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مبتلا نبودن بستگان به سرطان معده همسان سازی گروهی شدند. براساس فرمول حجم نمونه:

$$[n = (z1 + z2)^2 \times (1/\text{effectsize})^2][(1.96+0.84)^2 \times (1/0.46)^2 \approx 36.95]$$

به۳۷نفردرهرگروه نیازبودکه با در نظر گرفتن دلیل احتمال ریزش نمونه‌هادرهرمرکزبا۴۹ نفرتماس گرفته شد. که درادامه، افرادی به دلایل گوناگون حاضربه پیگیری نشدندودرهرگروه۳۶نفرتاآخرمطالعه همکاری کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها (پرسشنامه) که حاصل ازنتایج پیش‌آزمون و مروری بر منابع مرتبط، کتب علمی، مقالات متعدد و مطالب منتشر شده از مرکز تحقیقات سرطان کشور و مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت به منظور دستیابی به اهداف پژوهش طراحی شد. پرسشنامه قبل از آموزش، بلافاصله بعد از آموزش و ۳ماه بعد از آموزش توسط افراد گروه آزمون و کنترل تکمیل شد.

پس ازتکمیل پرسشنامه توسط دوگروه، برنامه آموزشی براساس نتایج حاصل ازپیش‌آزمون و مروری بر متون مرتبط باهدف مشخص، محتوای علمی معتبرومواد‌آموزشی متناسب طراحی شد. پژوهشگرمداخله آموزشی رابرای گروه آزمون به صورت مستقیم وبااستفاده ازروش سخنرانی، روش‌های مشارکتی وفعالسازی توأم باپرسش وپاسخ، بحث گروهی وبارش افکاراجراکرد. برگزاری جلسات آموزشی برای گروه آزمون ۶جلسه ۴۰ تا ۵۰دقیقه ای برای هرگروه باهماهنگی مسئول مرکزدرسالن جلسات اجراشد.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل مراحل زیر است: ۱-ارائه معرفی‌نامه رسمی از دانشگاه تربیت مدرس تهران به سازمان بهزیستی اصفهان و انجام هماهنگی لازم جهت معرفی به مراکزمداخله و مقایسه، ۲- کسب رضایت و تمایل آن‌ها برای همکاری در مطالعه، ۳-دادن اطمینان خاطر درمورد محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، ۴-ارائه مطالب آموزشی (کتابچه و پمفلت) -برگزاری یک جلسه آموزشی یک ساعته برای گروه کنترل بعد از پایان مطالعه.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها:پرسشنامه دارای ۶۰سوال و درچند بخش تنظیم شده بود: الف) ۷سوال مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی (سن وتحصیلات خود، تحصیلات همسر، شغل همسر، سابقه رعایت رژیم غذایی خاص و سابقه سرطان در فامیل)، ۲سوال آخر نیز دارای دو زیر مجموعه (نوع سرطان چه بوده؟وشخص یا اشخاص مبتلا به سرطان با شما چه نسبتی دارند؟)؛ ب) ۲۲سوال مربوط به سنجش آگاهی در خصوص سرطان معده به صورت سه و چهار گزینه‌ای طراحی شده بود.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

برای نمره‌دهی به پاسخ صحیح نمره یک و برای پاسخ غلط و نمی‌دانم نمره صفر در نظر گرفته شد. کمترین نمره‌برای سنجش آگاهی صفر و بیشترین نمره۱۰۰ بود؛ ج) ۲۰سوال مربوط به سنجش نگرش بود که بامقیاس لیکرت به صورت پنج گزینه‌ای با حداقل نمره۰و حداکثر نمره۱۰۰در نظر گرفته شده بود؛ د)۱۸سوال مربوط به سنجش عملکرد طراحی شده است که سوالات به صورت چهارگزینه‌ای و نمره‌دهی از صفر تا سه در نظر گرفته شده بود. اما در مورد چهار سوال آخر نحوه نمره دهی به این صورت بود: برای پاسخ ۱/۵قاشق چایخوری کوچک و سه ماه یکبار یا کمتر (نمره۳)، برای پاسخ ۲ قاشق چایخوری کوچک و ۲ماه یکبار (نمره۲)، برای پاسخ ۳ قاشق چایخوری کوچک و ماهی یکبار (نمره۱) و در پاسخ ۴ قاشق چایخوری کوچک و ماهی ۲بار یا بیشتر (نمره ۰) در نظر گرفته شد. اگر مصرف ازمقدارهای ذکر شده بیشتر می‌بود،به آن هم نمره صفر داده شد. در کل حداقل نمره به دست آمده برای عملکرد صفر و حداکثر ۱۰۰ بود. به طور کلی، برای نمرات آگاهی و نگرش و عملکرد، نمره (۰-۲۰) ضعیف، نمره (۲۰-۴۰) متوسط، نمره (۴۰-۶۰) خوب، نمره (۶۰-۸۰) خیلی خوب، نمره (۸۰-۱۰۰) عالی در نظر گرفته شد.

روایی و پایایی ابزار: در بررسی میزان روایی محتوایی[1] یا CVR، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصین و افراد صاحب‌نظر قرار گرفت و از ایشان در خصوص ضرورت و یا عدم ضرورت هر آیتم نظرخواهی شد و بر اساس جدول لاوشه در خصوص قبول و یا رد هر سئوال تصمیم گیری شد. دربررسی میزان هماهنگی یا پایایی محتوایی پرسشنامه دراختیار۱۰ نفرازکارکنان بهزیستی منفک ازنمونه های مورد مطالعه، نیز قرارداده شد و از نظر قابل فهم و واضح بودن، مطالب تک تک پرسش ها بررسی و اصلاح های لازم انجام شد؛ CVR بالای ۰/۷قابل قبول تلقی شد و امتیاز اثر نیز محاسبه گردید که بالای ۰/۷قابل قبول بود. برای تعیین پایایی ابزار، ۲۰نفرازاعضای جامعه موردپژوهش که درمراحل مطالعه شرکت نداشتندپرسشنامه راتکمیل کردند و با استفاده ازروش همسانی درونی، آلفاکرونباخ هرقسمت به این شرح به دست آمد: مقادیربالای۰/۷=q قابل قبول بود. برای سوالات آگاهی ۰/۷۹= q، نگرش ۰/۷۲=q، عملکرد۰/۸۱= q بدست آمد.

بسته آموزشی: مداخله آموزشی در شش جلسه برگزار گردید که برای هر جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه اختصاص داده شد.

◀ **جلسه اول:** ۱-آشنایی زنان با موقعیت و ساختمان معده (۵ دقیقه)، ۲-آشنایی با بیماری سرطان معده (۵ دقیقه)، ۳-آشنایی با چگونگی ایجاد سرطان معده (۴ دقیقه)، ۴-آشنایی باعوامل خطر و ایجاد کننده سرطان معده (۴ دقیقه)، ۵-آشنایی بارفتارهای مرتبط با سرطان معده (۵ دقیقه)، ۶- اهمیت تغذیه و اینکه از کدام غذاها خودداری کنند (۴دقیقه)، ۷-آموزش نکات بی خطر کباب کردن گوشت (۳ دقیقه)، ۸-شرکت زنان در بحث گروهی که تجربیات خود را در مورد روش های نگهداری غذاهای اضافه را مطرح کردند (۸ دقیقه)، ۹- توصیه به زنان که به اندازه نیاز غذا تهیه کنند و از پخت غذاهای اضافه ونگهداری طولانی آنها خودداری کنند تا خواص مواد غذایی که مصرف می‌کنند از بین نرود (۴ دقیقه)، ۱۰- نکات مورد توجه در نگهداری و مصرف غذای اضافه (۳ دقیقه)، ۱۱- کتابچه آموزشی در اختیار تک تک زنان قرار گرفت تا خود و خانواده‌شان مطالعه کنند و به‌کار بگیرند و در کل این جلسه بیشتر در جهت افزایش آگاهی زنان در مورد سرطان معده برگزار گردید.

◀ **جلسه دوم:** ۱-مروری برجلسات قبلی (۵ دقیقه)، ۲-پذیرفتن مادران حساسیت خودنسبت به مبتلاشدن به سرطان معده درصورت رعایت نکردن نکات تغذیه‌ای (۵ دقیقه)، ۳- رسیدن به این اعتقاد که درصورت مصرف زیادغذاهای سرخ شده، کنسروی، ترشیجات وشوریجات ومصرف سوسیس وکالباس مستعدسرطان معده خواهند شد (۵ دقیقه)، ۴-رسیدن به این اعتقاد که مصرف میوه وسبزیجات عامل پیشگیری ازسرطان معده است (۵ دقیقه)، ۵- رسیدن به این اعتقاد که درصورتی هم که سابقه سرطان معده

1. content validity rate (CVR)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

درفامیل نداشته باشند،بارعایت نکردن نکات تغذیه‌ای مستعد سرطان معده خواهندشد (۵ دقیقه)، ۶- رسیدن به این اعتقاد که مصرف غذاهایی که ساعت پخت آن‌هاگذشته وبه طورصحیح نگهداری نشده باشد، آن‌هارامستعدابتلابه سرطان معده می‌کند (۵ دقیقه)، ۷-بحث گروهی (۵ دقیقه)، ۸-پاسخ به سوالات فراگیران وجمع بندی جلسه (۱۰ دقیقه). این جلسه برای افزایش نگرش نسبت به سرطان معده برگزار گردید. زنان شاغل به اهمیت رعایت نکات تغذیه‌ای پی بردند. برخلاف این که اکثریت در جلسه اول، ابتلا به سرطان را بیشتر درافرادی که سابقه فامیلی دارند می دانستند، در انتهای جلسه دوم، خود و خانواده را بارعایت نکردن نکات تغذیه‌ای درمعرض ابتلا به سرطان معده می دیدند.

◀ **جلسه سوم:** ۱-مروری برمطالب جلسات قبلی (۵ دقیقه)، ۲- رسیدن به این اعتقاد که سرطان معده بیماری ناتوان‌کننده‌ای است (۵ دقیقه)، ۳- رسیدن به این اعتقاد که ابتلابه سرطان معده هزینه سنگین اقتصادی برای فرددارد (۵ دقیقه)، ۴- رسیدن به این اعتقاد که درصورت ابتلا یا پیشرفت سرطان مسکن‌هاهم اثربخش نخواهندبود (۵ دقیقه)، ۵- رسیدن به این اعتقاد که سرطان معده باعث درگیرشدن سایراعضای بدن هم می‌شودوعوارض وخیمی به دنبال دارد (۱۰ دقیقه)، ۶- رسیدن به این اعتقاد که درصورت ابتلابه سرطان معده مرگ حتمی است (۵ دقیقه)، ۷-پاسخ به سوالات فراگیران وجمع بندی جلسه (۱۰ دقیقه).

◀ **جلسه چهارم:** ۱-مروری برمطالب جلسات قبلی (۵ دقیقه)، ۲- رسیدن به این اعتقاد که علاقه‌مندی به غذاهای خاص وعادات تغذیه‌ای نادرست نمی‌تواندمانعی برای رعایت نکات تغذیه‌ای شود (۱۰ دقیقه)، ۳- رسیدن به این اعتقاد که راحتی دسترسی به غذاهای آماده نبایدمانعی برای رعایت نکات تغذیه‌ای شود (۱۰ دقیقه)، ۴-پاسخ به سوالات فراگیران وجمع بندی جلسه (۱۰ دقیقه). در این جلسه قسمتی از بحث متوجه این مطلب بود که یکی از وظایف زنان تهیه غذای سالم است؛ به‌گونه ای که عادات نادرست در فرزندان ایجاد نشودو زنان به این نتیجه رسیدند که موانعی مثل تمایلشان به غذاهای سرخ‌کرده، شور یا سایر غذاهای مضر را باید کنار بگذارند و رفتارهای سالم را جایگزین آن کنند و در صورت مخالفت اعضای خانواده در توجیه کردن آن تلاش کنند. توجه مادران به این مطالب طوری بود که اکثریت معتقد بودند قبلا خیلی از نکات را نمی دانستندو حال که فهمیدند سعی می کنند رعایت کنند.

◀ **جلسه پنجم:** ۱-مروری برمطالب جلسات قبلی (۵ دقیقه)، ۲- رسیدن به این اعتقاد که مصرف میوه وسبزیجات سبب عملکردبهتردستگاه گوارش می‌شود (۵ دقیقه)، ۳- رسیدن به این اعتقاد که مصرف میوه وسبزیجات چندان پرهزینه نیست و بیان خواص مصرف میوه وسبزیجات (۱۰ دقیقه)، ۴- رسیدن به این اعتقاد که تغذیه سالم باعث پیشگیری ازبیماریهاوسرطان های دیگرهم میشود (۱۰ دقیقه)، ۵-رسیدن به این اعتقاد که کاهش مصرف غذاهای سرخ کردنی ومضردر پیشگیری از سرطان معده نقش دارد (۵ دقیقه)، ۶-پاسخ به سوالات فراگیرانو جمعبندی (۱۰ دقیقه).

◀ **جلسه ششم:** ۱-مروری برمطالب جلسات قبلی (۵ دقیقه)، ۲- رسیدن به این اعتقاد که می‌توانندموادغذایی ایجادکننده سرطان معده راتشخیص دهند (۵ دقیقه)، ۳- رسیدن به این اعتقاد که می‌توانندموادپیشگیری‌کننده ازسرطان معده راتشخیص دهند (۵ دقیقه)، ۴-رسیدن به این اعتقاد که رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط باسرطان رامی‌توانندبه راحتی رعایت کنند (۵ دقیقه)، ۵-رسیدن به این اعتقاد که می‌توانندیگران را پیرامون رفتارهای تغذیه‌ای مرتبطباسرطان معده آگاه کنند (۵ دقیقه)، ۶- رسیدن به این اعتقاد که اگرخانواده مخالف رعایت رفتارهای تغذیه‌ای باشند، می‌توانندآن‌هاراتوجیه کنند (۵ دقیقه)، ۷-بحث گروهی (۵ دقیقه)، ۸-پاسخ به سوالات فراگیران وجمع بندی جلسه (۱۰ دقیقه). در این جلسه توجه برعملکردبود؛اززنان شاغل خواسته شده تا خارج ازجلسه آموزشی هریک به پخت یک نوع غذای سالم با توجه به مطالب ارائه شده اقدام کنند و مسابقه‌ای به منظورتشویق این عمل برپاشد. به نظرمی‌رسید این کار تأثیری بسزایی درافزایش انگیزهٔ مادران برای بهبود عملکرد شان داشت. با ارائه یک کتابچه و دو

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

پمفلت آموزشی محقق‌ساخته به تمامی افرادگروه آزمون به‌صورت غیرمستقیم هم آموزش داده شد.

سه ماه بعدازاجرای برنامه آموزشی، دوباره همان دوگروه، همان پرسشنامه را تکمیل کردند؛سپس داده ها با استفاده از SPSS۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی قبل ازمداخله و سه ماه بعد ازآن در هرگروه ازآزمون تی زوج، برای مقایسه میانگین نمرات میان دوگروه دریک زمان ازآزمون تی مستقل، برای مقایسه سطح تحصیلات زنان دردوگروه ازآزمون من‌ویتنی، برای مقایسه میانگین سن افرادموردبررسی دردوگروه ازآزمون تی مستقل، و برای مقایسه سابقه سرطان درفامیل وسابقه آموزش رژیم غذایی ازآزمون کای‌اسکوئراستفاده شد؛ میزان ($p>۰/۰۵$) ازنظرآماری معناداردرنظرگرفته شد.

یافته‌ها

دراین مطالعه، میانگین سنی افرادموردبررسی در گروه آزمون۳۳/۱۲ودرگروه کنترل ۳۳/۲۲بودوتفاوتی معنادارمیان دو گروه وجود نداشت. حدود۳۰/۵٪ افراد در گروه آزمون و۳۳/۳٪ در گروه کنترل و۸/۳۸٪ همسران گروه آزمون و۳۳/۳٪ همسران گروه کنترل، تحصیلات متوسطه داشتند و تفاوت دو گروه، معنادار نبود. ۸۰/۵٪ از افراد گروه آزمون و۷۵٪ از گروه کنترل، هیچ نوع سابقه آموزش رژیم غذایی نداشتندوآزمون کای‌اسکوئرنشان دادکه دراین زمینه میان گروه آزمون و کنترل تفاوتی معناداروجودندارد ($p=۰/۷۷۳$)، همچنین درزمینه سابقه سرطان درفامیل، میان گروه آزمون وکنترل تفاوت معنادارمشاهده نشد ($p=۰/۷۸۴$). مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد افراد، قبل وبعدازآموزش دردوگروه درجدول ۱ارائه شده، نشان می‌دهدکه تفاوتی معناداردرمیانگین نمرات قبل وبعد ازآموزش درگروه کنترل وجودندارد؛امااین تفاوت درگروه آزمون معناداراست ($p=۰/۰۰۱$) [جدول ۱].

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی در گروه مورد وشاهد قبل و بعد از آموزش

متغیر	گروه	قبل از آموزش	سه ماه بعد از آموزش	نتیجه آزمون
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
آگاهی	مورد	۳۷/۳۴±۱۲/۸۸	۸۹/۷۲±۵/۶۸	P<۰/۰۰۱
	شاهد	۳۶/۶۵±۱۴/۶۵	۳۶/۸۵±۱۳/۶۸	P=۰/۱۲
نگرش	مورد	۳۶/۶۲±۶/۳۵	۶۹/۵±۵/۸۰	۰/۰۰۱>P
	شاهد	۳۴/۲۵±۸/۱۸	۳۴/۹۸±۷/۵۴	۰/۵۴=P
عملکرد	مورد	۴۰/۷۲±۵/۳۸	۷۵/۶۳±۵/۷۶	۰/۰۰۱>P
	شاهد	۴۰/۱۴±۷/۵۴	۴۰/۲۲±۷/۸۹	۰/۲۳=P

همانطورکه درجدول ۲دیده می‌شود، میانگین نمرات آگاهی، نگرش وعملکرددوگروه قبل ازآموزش تفاوتی معناداربا‌هم ندارد؛امااین تفاوت۳ماه بعدازآموزش معنادارشد ($p=۰/۰۰۱$) [جدول ۲].

جدول ۲.مقایسه میانگین نمرات متغیرهای موردبررسی گروه موردبا شاهدقبل وبعدازآموزش

متغییر	زمان آزمون	مورد	شاهد	نتیجه آزمون
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار± میانگین	
آگاهی	قبل ازآموزش	۳۷/۳۴±۱۲/۸۸	۳۶/۶۵±۱۴/۶۵	P=۰/۵۹۴
	بعد ازآموزش	۸۹/۷۲±۵/۶۸	۳۶/۸۵±۱۳/۶۸	P<۰/۰۰۱
نگرش	قبل ازآموزش	۳۶/۶۲±۶/۳۵	۳۴/۲۵±۸/۱۸	P=۰/۷۱۱
	بعد ازآموزش	۶۹/۵±۵/۸۰	۳۴/۹۸±۷/۵۴	P<۰/۰۰۱
عملکرد	قبلازآموزش	۴۰/۷۲±۵/۳۸	۴۰/۱۴±۷/۵۴	P= ۰/۵۰۸
	بعدازآموزش	۷۵/۶۳±۵/۷۶	۴۰/۲۲±۷/۸۹	P<۰/۰۰۱

بحث

مطالعه حاضرنشان دادکه آموزش رفتارهای تغذیه‌ای مرتبط باسرطان معده به افزایش سطح آگاهی ونگرش مثبت پیرامون

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

رفتارهای صحیح تغذیه‌ای وعملکردتغذیه ای زنان شاغل منجرمی‌شود. آمادگی مردم برای عمل کردن به شیوه‌های درست زندگی برای اجتناب ازبیماری به شکل‌دادن رفتارنیازداردوبالابردن آگاهی مردم، قدم اولیه درایجادرفتارصحیح است. افزایش آگاهی مردم دربارهٔسرطان معده وآموزش دربارهٔعوامل خطرآن، اهمیتی بالادارد. نتایج این مطالعه نشان دادسطح آگاهی هردوگروه، قبل ازانجام مداخله پایین بود؛ دلیل کمبودآگاهی های عمومی دراین خصوص رامی‌توان بانبودن تبلیغات ازسوی رسانه‌های گروهی، برگزار نشدن جلسات مرتبط واهمیت ندادن به مسائل پیشگیری وتمرکزبردرمان مرتبط دانست. اما بعد از آموزش، میانگین نمرهٔآگاهی گروه آزمون، افزایشی معنادار یافت. این یافته ها مشابه نتایج، سایرتحقیقات انجام شده ازجمله مطالعه عبداللهی‌زاده (۲۸)، معطری (۲۹)، مظلومی (۳۰)، تابشیان (۳۱)، حمایلی (۳۲)، علیدوستی (۳۳)، رضایی (۳۵)، پورعبداالهی (۳۶)، معتمدزاده (۳۷)، لین (۳۸)، اندرسون (۳۹)، منیوس (۴۰)، غفاری (۴۱) وگامیگ (۴۲)، پارک (۴۳)، آبود (۴۴)، نانسی وان (۴۵) است، دراین مطالعات هم، بیشترواحدهای موردپژوهش قبل ازآموزش، میزان آگاهی پایین یامتوسطی داشتندامابعدازآموزش میزان آگاهی آن‌ها افزایش یافته وبیشترافرادآموزش‌دیده ازآگاهی بالایی بهره مندشدند.

یافته‌هایی راجع به نگرش زنان شاغل حاکی ازآن بودکه قبل ازمداخله آموزشی، بیشترافراد خود را چندان در معرض خطرسرطان معده نمی‌دیدند. این مسئله که اگر افراد معتقد باشندکه رعایت نکردن یکسری مسائل می‌تواندآن‌ها را به بیماری مبتلاکند، با انگیزهٔ بیشتری رفتار تغذیه‌ای را رعایت می‌کنند. درمطالعه شریفی‌راد (۴۶)، کلیر (۴۷)، پارک (۴۳)، دانیل (۴۸)، تان می (۴۹)، علیدوستی (۳۳)، معطری (۲۹)، غفاری (۴۱)، و هزاوه ای (۵۰) نیز میانگین نمره نگرش قبل ازمداخله پایین و بعد از مداخله آموزشی افزایشی معنادارداشت. در زمینه عملکرد زنان شاغل، نتایج نشان دادکه بعدازآموزش درگروه شاهد، میزان مصرف میوه، سبزیجات ولبنیات افزایش یافته و مصرف شوریجات درسبدغذایی خانواده کاهش یافته است. نکاتی مانند نگهداری نکردن طولانی مدت غذا در فریزر، استفاده نکردن ازکنسروها، سوسیس، کالباس، نمک زیاد و استفاده بیشتر ازحبوبات درپخت غذاهایی مانندبرنج وانتخاب روش پخت آب پز و بخارپز به جای روش سرخ‌کردن ازسوی زنان شاغل بیشتر رعایت شد.

درکل، عملکرد افرادگروه آزمون بعدازمداخله آموزشی به طورمعناداری ارتقا یافت. درمطالعه مظلومی (۳۰)، هم بعد ازمداخله آموزشی، میانگین نمره عملکرد از ۱۵/۱۱به ۱۷/۳۶ (ازکل۲۲نمره) افزایش یافته بودوگفته شده که علت عملکرد غیر بهداشتی زنان قبل ازمداخله آموزشی، پایین بودن سطح آگاهی آنان واطلاع نداشتن ازضرورت انجام آن بوده است. درمطالعه غفاری (۴۱) وشریفی‌راد (۴۲) هم قبل ازمداخله آموزشی، اختلافی معناداردرمیزان عملکرد تغذیه ای دوگروه دیده نشد و عملکرد تغذیه ای هردوگروه، قبل ازمداخله دروضعیت مشابهی بود؛ اما بعد از مداخله میانگین نمرات عملکرد تغذیه‌ای درگروه آزمون درمقایسه باگروه شاهد، افزایشی معنادار یافت و نشان دادکه آموزش رژیم غذایی به ا فزایش سطح آگاهی وعملکرد تغذیه‌ای منجرشده است. درمطالعه پارک (۴۳) وهان (۵۳) نیز بهبود عملکرد پس ازآموزش گزارش شده است. نتایج مطالعه حمایلی و همکاران (۳۴) هم حاکی از آن بود که میانگین نمره عملکرد دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله آموزشی تفاوت معناداری نداشت. این میزان در انتهای مطالعه و بعد از مداخله آموزشی به ترتیب ۲۹٪ و ۲۸٪ افزایش یافت و در هر دو گروه تفاوت معناداری ایجاد شد که به دلیل انتقال اطلاعات و تمایل مربیان بهداشت مدرسه شاهد به رعایت نکات تغذیه‌ای بود. مطالعه رضایی و همکاران (۳۵) نیز، که تأثیر آموزش تغذیه را بررسی می‌کرد، نشان داد عملکرد افراد مورد پژوهش قبل از مطالعه بسیار اندک و ضعیف بوده و بعد از مداخله آموزشی درصد افرادی که عملکرد خوب داشتند ۶۰٪ افزایش یافت و درصد افرادی که عملکرد ضعیف داشتند به صفر رسید. در مطالعه پورعبداله و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

همکاران (۳۶) نیز در زمینه تأثیر آموزش بر رفتارهای تغذیه ای نشان می‌داد که میانگین نمره عملکرد قبل از مداخله آموزشی در گروه آزمایش ۸۷/۸ و بعد از مداخله آموزشی ۹۴/۶ بود و این اختلاف از نظر آماری معناداربود؛ اما در گروه کنترل میانگین نمره عملکرد قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت معناداری نداشت. مطالعه دیگری نیز در زمینه تغذیه که توسط منتظری‌فر و همکاران (۳۷) انجام شد نشان دادکه عملکرد دانش‌آموزان مدرسه مورد در قبل و بعداز آموزش تفاوت معناداری داشت اما این تفاوت در مدرسه شاهد معنادارنبود.

مطالعه علیدوستی (۳۳)تحت عنوان «بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی برارتقاءرفتارهای بهداشتی، تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده در زنان خانه‌دار شهر اصفهان» نشان داد میانگین نمره عملکرد دو گروه مداخله و شاهد در ابتدای مطالعه و قبل از مداخله آموزشی تفاوت معناداری نداشت اما بعد مداخله آموزشی میانگین نمره عملکرد در گروه مورد افزایش معناداری داشت. میانگین نمرات آگاهی افراد مورد پژوهش قبل از آموزش ۴۰/۷۱و بعد از آموزش ۷۶/۶۲افزایش یافت. نتایج اثربخشی برنامه های آموزشی براساس الگوی اعتقاد بهداشتی برافزایش عملکرد، زنان در مورد رفتارهای بهداشتی و تغذیه‌ای مرتبط با سرطان معده را نشان داد. آبود (۵۲) هم درپژوهش خودنشان دادکه عملکردتغذیه ای افرادگروه مورد بعدازآموزش، افزایش یافته است وآنان به طورعمده، میزان جذب کالری، چربی اشباع شده وکلسترول راکاهش داده اندونتیجه گرفته اندکه آموزش در این خصوص، کارا و مؤثر بوده است. در مطالعه تان (۴۹) نیز بعد از مداخله آموزشی درصد رفتارهای پیشگیری‌کننده در گروه مورد افزایش یافت و اختلاف معناداری به وجود آمد. نتایج مطالعه منیوس (۴۰) نیزنشان دادکه بعد از مداخله آموزشی براساس شاخص تغذیه سالم، میزان مصرف افزایش یافته، مصرف چربی‌ها، ویتامین د، شیرو کلسیم کاهش یافته است. درمطالعه لین (۳۸) مشخص شدکه نمره آگاهی، بیش ازنمره عملکرداست وشکاف میان آگاهی وعملکردتغذیه ای به خصوص درمصرف میوه وسبزیجات بیشترمشاهده شد؛ به بیان دیگر، واحدهای موردپژوهش درحالیکه توانایی تشخیص غذای سالم‌تر را داشتند، کمترازآن مصرف می‌کردند . این یافته بایافته‌های مطالعه حاضرهم راستاست. مطالعه تابشیان وفرخ (۳۱) نتیجه‌ای متفاوت با این مطالعه داشت.به طوری‌که میانگین نمرات آگاهی ونگرش درقبل وبعدازمداخله آموزشی تفاوتی معناداراباهم داشتند؛امادرمیانگین نمرات عملکرد درقبل و بعدازآموزش اختلافی معنادارمشاهده نشد. که به دلیل پیگیری نکردن دربارهٔ مطالب گفته شده ومشغله کاری افراد موردپژوهش، تغییری درعملکردآن‌هادیده نشده است.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: ۱-هماهنگی لازم با مرکز بهزیستی به علت مشغله کاری زیاد نیازمند چندین جلسه رفت و آمد و پیگیری بود. ۲-به دلیل برگزاری جلسات اداری در سالن جلسات، استفاده از سالن جلسات نیازمند هماهنگی قبلی بود و ما باید جلسات را در روزهایی برگزار می‌کردیم که کارکنان مرکز جلسه ای نداشته باشند و تداخلی با فعالیت کارکنان نداشته باشد. ۳- همکاری نکردن زنان شاغل در مرکز برای شرکت به موقع در جلسات آموزشی به دلیل ماموریت های اداری.۴-به علت حضور نیافتن به موقع افراد تحت مطالعه و تاخیرهای یک ساعته تعدادی از کارکنان، برای جلوگیری از ریزش زیاد نمونه ها مجبور به برگزاری یک جلسه آموزشی دو بار در روز می شدیم و وقت بیشتری از پژوهشگر صرف می شود. ۵- همکاری نکردن گروه مقایسه برای تکمیل پرسشنامه ها ولزوم پیگیری‌های متعدد برای حضور گروه مقایسه درمرکز جهت تکمیل پرسشنامه‌ها.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده، برنامه آموزش بهداشت طراحی‌شده درزمینه رعایت نکات تغذیه‌ای مرتبط باسرطان معده کارا و مؤثربوده، لذا به نظر می‌رسد برگزاری کلاسهای آموزشی درکلیه ادارات واستفاده ازمتخصصان آموزش بهداشت وعلوم تغذیه

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

می‌تواند زمینهٔ افزایش آگاهی، نگرش وعملکردزنان شاغل رادرمحیط کارفراهم آورد.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از تحقیق دوره کارشناسی ارشد آموزش بهداشت است. بر خود لازم می دانیم از دانشگاه تربیت مدرس به دلیل حمایت مالی و معنوی قدردانی نموده و همچنین ازمسئولان مراکزبهزیستی شهراصفهان وزنان شاغلی که مارادرانجام این پژوهش یاری دادند تشکروقدردانی نماییم.

References:

1. Vinson JA, Su X, Zubik L, Bose P. Phenol antioxidant quantity and quality in foods: fruits. Journal of Agricultural and Food Chemistry. 2001;49(11):5315-21. Abstract

2. Radmard AR. Five common cancers in Iran. Archives of Iranian medicine. 2010;13(2):143-6. Abstract/FREE Full Text

3. Miller B. Cancer: We Can Win The War Against Cancer By Aggresively pursuing Prevention: Oak Publication Sdn Bhd; 2005. Abstract/FREE Full Text

4. Alireza S, Mehdi N, Ali M, Alireza M, Reza M, Parkin D. Cancer occurrence in Iran in 2002, an international perspective. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2005;6(3):359. Abstract/FREE Full Text

5. Stewart BW, Kleihues P, Cancer IAfRo. World cancer report: IARC press Lyon; 2003. Abstract/FREE Full Text

6. Khosravi A, Rao C, Naghavi M, Taylor R, Jafari N, Lopez AD. Impact of misclassification on measures of cardiovascular disease mortality in the Islamic Republic of Iran: a cross-sectional study. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86(9):688-96. Abstract/FREE Full Text

7. Coussens LM, Werb Z. Inflammation and cancer. Nature. 2002;420(6917):860-7. Abstract/FREE Full Text

8. Samadi F, Babaei M, Yazdanbod A, Fallah M, Nouraie M, Nasrollahzadeh D, et al. Survival rate of gastric and esophageal cancers in Ardabil province, North-West of Iran. Arch Iran Med. 2007;10(1):32-7. Abstract/FREE Full Text

9. Shimada H, Takiguchi N, Kainuma O, Soda H, Ikeda A, Cho A, et al. High preoperative neutrophil-lymphocyte ratio predicts poor survival in patients with gastric cancer. Gastric Cancer. 2010;13(3):170-6. Abstract/FREE Full Text

10. Tanner M, Hollmen M, Junttila T, Kapanen A, Tommola S, Soini Y, et al. Amplification of HER-2 in gastric carcinoma: association with Topoisomerase IIα gene amplification, intestinal type, poor prognosis and sensitivity to trastuzumab. Annals of Oncology. 2005;16(2):273-8.Abstract

11. Rajaeifard A, Moghimidehkordi B, Tabatabaei H, Zighami B, Safaei A, Tabei Z. Estimating survival rates in gastric cancer patients on the basis of clinicopathologic factors in Fars Cancer Registry(2001-2005). Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2009;11(1): 49-56. Abstract/FREE Full Text

12. Pellicano R, Fagoonee S, Palestro G, Rizzetto M, Ponzetto A. [Intestinal metaplasia, dysplasia, gastric cancer and Helicobacter pylori: epidemiological observations]. Minerva medica. 2005;96(1):1-10. Abstract

13. Devesa SS, Blot WJ, Fraumeni JF. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. Cancer. 1998;83(10):2049-53. Abstract/FREE Full Text

14. Noguchi Y, Yoshikawa T, Tsuburaya A, Motohashi H, Karpeh MS, Brennan MF. Is gastric carcinoma different between Japan and the United States? Cancer. 2000;89(11):2237-46. Abstract/FREE Full Text

15. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. Annals of Oncology. 2009;20(3):556-63. Abstract/FREE Full Text

16. Moghimbeigi A, Tapak L, Roshanaei G, Mahjub H. Survival Analysis of Gastric Cancer Patients with Incomplete Data. Journal of gastric cancer. 2014;14(4):259-65.Abstract/FREE Full Text

17. Lee MC. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women: A focus group approach. Cancer Nursing. 2000;23(3):168-75. Abstract/FREE Full Text

18. Chang JY, Lee RM, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Smyrk TC, et al. A shift in the clinical spectrum of eosinophilic gastroenteritis toward the mucosal disease type. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2010;8(8):669-75. Abstract/FREE Full Text

19. Saffari j, Moradi m, Farrokhi e, Tabatabaiefar m, Taherzadeh Farrokhshahri m, Shayesteh f, et al. Study of two common P53 gene mutations in gastric cancer using PCR-RFLP in Chaharmahal va Bakhtiari province, Iran, 2003. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2009;10(4):43-50. Abstract/FREE Full Text

20. sanei MH, sanei B, mahzouni P, chehrei A. Comparison of histopathologic findings of non-tumoral gastric mucus of patients with gastric cancer and patients with chronic gastritis. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences. 2007;8(4):15-20. Abstract/FREE Full Text

21. Mönkemüller KE, Call SA, Lazenby AJ, Wilcox CM. Declining prevalence of opportunistic gastrointestinal disease in the era of combination antiretroviral therapy. The American journal of gastroenterology. 2000;95(2):457-62. Abstract/FREE Full Text

22. Panesar SS, Philippon MJ, Bhandari M. Principles of evidence-based medicine. Orthopedic Clinics of North America. 2010;41(2):131-8. Abstract/FREE Full Text

23. Amin M, Kazemi A, Eskandari O, Ghias M, Fatehizadeh A,

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

2009;11(3):235-43. Abstract/FREE Full Text
35. Rezaei N, Tahbaz F, Kimiagar M, Majd HA. Effect of nutrition education on metabolic control of subjects with type 1 diabetes. Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences. 2006;9(4):36-42. Abstract/FREE Full Text
36. Pourabdollah P, Rozaty, Razavieh V,Dastgiri S, Ghaem maghami J, Fathi S. The Effect of Nutrition Education on the Knowledge and Practice of Elementary School Children Regarding Junk Food Intake .Journal of Zanjan University of Medical Science & Health Service. 2005; 13(51): 13-20
Abstract/FREE Full Text
37. Motamedrezaei O, Moodi M, Miri MR, Khodadadi M. The effect of nutrition and food hygieneeducation on the knowledge of female elementary school teachers in city of ferdows. Journal of Education and Health Promotion. 2013; 2 (10) : 16-19 Abstract/FREE Full Text
38. Lin W, Yang H, Hang C, Pan W. Nutrition knowledge, attitude, and behavior of Taiwanese elementary school children. Asia Pacific journal of clinical nutrition. 2007;16:534. Abstract/FREE Full Text
39. Anderson A, Porteous L, Foster E, Higgins C, Stead M, Hetherington M, et al. The impact of a school-based nutrition education intervention on dietary intake and cognitive and attitudinal variables relating to fruits and vegetables. Public health nutrition. 2005;8(06):650-6. Abstract/FREE Full Text
40. Manios Y, Moschonis G, Katsaroli I, Grammatikaki E, Tanagra S. Changes in diet quality score, macro-and micronutrients intake following a nutrition education intervention in postmenopausal women. Journal of human nutrition and dietetics. 2007;20(2):126-31. Abstract
41. Ghaffari M, Tavassoli E, Esmaillzadeh A, Hasanzadeh A. The Effect of Education based on Health Belief Model on the improvement of osteoporosis Preventive Nutritional Behaviors of Second Grade Middle School Girls in Isfahan. Journal Health Research System 2010; 6 (4): 1-10. Abstract/FREE Full Text
42. Gammage KL, Francoeur C, Mack DE, Klentrou P. Osteoporosis health beliefs and knowledge in college students: the role of dietary restraint. Eating behaviors. 2009;10(1):65-7. Abstract
43. Somi P,Soon BC,Chae WC. Effect of cognition emotion focused program to increase public participation in papanicolaour smear screening. Public health nursing ,2005: 22 (4) : 289-298 Abstract
44. Abood DA, Black DR, Feral D. Nutrition education worksite intervention for university staff: application of the health belief model. Journal of nutrition education and behavior. 2003;35(5):260-7. Abstract
45. ahcivan NO, Secginli S, editors. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. Oncology nursing forum. 2007: 34(2):425-432. Abstract
46. Sharifirad G, Hazavehie S, Mohebi S, Rahimi M, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on
Zare M. Geographical distribution of stomach cancer related to heavy metals in Kurdistan, Iran. International Journal of Environmental Health Engineering. 2015;4(1):12. Abstract/FREE Full Text
24. Hodgson JM, Hsu-Hage BHH, Wahlqvist ML. Food variety as a quantitative descriptor of food intake. Ecology of food and nutrition. 1994;32(3-4):137-48. Abstract/FREE Full Text
25. Azadbakht L, Mirmiran P, Azizi F. Dietary diversity score is favorably associated with the metabolic syndrome in Tehranian adults. International journal of obesity. 2005;29(11):1361-7.
Abstract/FREE Full Text
26. Tohidi F, Gorbani M. The effect of personal health education in prevention of intestinal parasite infection in Gorgan students. Persian.J Knowledge &Health shahrod Med Sci Uni 2009; 4 (2) : 14-17. [Persian] Abstract/FREE Full Text
27. Tehrani H, Taghdisi MH. Community Action: A Strategy for Health Promotion. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2015;2(4):255-9. Abstract/FREE Full Text
28- Abdullah-zadeh F, Agahosseini S, Asvadi-Kermani I, Rahmani A. Hope in Iranian cancer patients. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2011;16(4):288.
Abstract/FREE Full Text
29. Moattari M, Rouzitalb M, Saber Firoozi M, Zare N, Gholamzadeh. The Effect of Educational Intervention on the knowledge and participation of Administrative Health Personnel in Colorectal Cancer Screening program at Shiraz University of Medical Sciences Shiraz 2003. Research in Medicine. 2009;33(1):47-54. Abstract/FREE Full Text
30. Mazlomi S, Zare M, Feisal M. Effects of health education on knowledge, attitude and practice of female teachers in Yazd intermediate schools on breast cancer. J Birjand Med Sci Uni 2006; 13 (1) :12-19. Abstract/FREE Full Text
31. Tabeshian A, Firozeh F. The effect of health education on performing Pap smear test for prevention of cervix cancer in teachers of Isfahan city. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity. 2009;19(1):35-40. Abstract/FREE Full Text
32. Salehi M, Kimiagar SM, Shahbazi M, Kolahi AA, Mehrabi Y. Effect of education given to the nomadic women on the nutrition, health and hygiene of the tribe, and the role of nomadic women in development of nutrition culture and hygiene. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2003;13(41):55-63. Abstract/FREE Full Text
33. Alidosti M, Sharifirad GR, Golshiri P, Azadbakht L, Hasanzadeh A, Hemati Z. An investigation on the effect of gastric cancer education based on Health Belief Model on knowledge, attitude and nutritional practice of housewives. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2012;17(4):256. Abstract/FREE Full Text
34. Hamayeli Mehrabani H, Mirmiranl P, Alaiin F, Azizi F. Changes in Nutritional Knowledge, Attitude, and Practices of Adolescents in District 13 of Tehran after 4 Years of Education. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]

Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2006;8(3):231-9. Abstract/FREE Full Text

47. Kleier JA. Using the health belief model to reveal the perceptions of Jamaican and Haitian men regarding prostate cancer. Journal of Multicultural Nursing & Health. 2004;10(3):41. Abstract/FREE Full Text

48. Daniel M, Messer LC. Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in Aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. Chronic Diseases and Injuries in Canada. 2002;23(4):130. Abstract

49. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. Diabetes research and clinical practice. 2004;66(1):71-7. Abstract

50. Hazavehei S, Taghdisi M, Saidi M. Application of the Health Belief Model for osteoporosis prevention among middle school girl students, Garmsar, Iran. Education for health. 2007;20(1):23.Abstract/FREE Full Text

51. Sharifirad G, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences. 2009;14(1):1.
Abstract/FREE Full Text

52. Avci IA, Gozum S. Comparison of two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. European Journal of Oncology Nursing. 2009;13(2):94-101.
Abstract/FREE Full Text

53. Han H-R, Lee H, Kim M, Kim K. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. Health education research. 2009;24(2):318-29. Abstract

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-04-17]