

نقش الگوی اعتقاد بهداشتی در انجام آزمایش پاپ اسمیر زنان روستایی

پریسا کسمایی^۱، صدیقه باب اقبال^۲، زهرا عطرکار روشن^۳، فاطمه استبصاری^۴، فردین مهربابیان^۵، محمود کریمی^۶

تاریخ دریافت 1393/01/30 تاریخ پذیرش 1393/03/31

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان دهانه رحم شایع‌ترین بدخیمی زنان و دومین سرطان شناخته‌شده در زنان جهان هست که تنها روش توصیه‌شده جهت غربالگری آن آزمایش پاپ اسمیر هست. هدف از این بررسی تعیین عملکرد زنان روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان شفت در رابطه با انجام آزمایش پاپ اسمیر با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۰۵ زن ازدواج‌کرده روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت با روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای روا و پایا شامل متغیرهای دموگرافیک، آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (کای دو، من ویتنی و رگرسیون لجستیک) در نرم‌افزار spss18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۶۶/۸۸ درصد از زنان حداقل یک‌بار سابقه انجام آزمون پاپ اسمیر داشتند. تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره آگاهی و سازه‌های شدت، منافع، موانع، خودکارآمدی درک شده و سابقه خانوادگی میان افراد با و بدون سابقه انجام تست پاپ اسمیر وجود داشت ($p < 0/05$). با استفاده از رگرسیون لجستیک، سابقه خانوادگی انجام پاپ اسمیر ($OR=2/183$ ، $95\% CI=1/116-4/270$ ، $P=0/023$)، آگاهی ($OR=1/101$ ، $95\% CI=1/024-1/184$ ، $P=0/001$)، شدت ($OR=0/733$ ، $95\% CI=0/561-0/958$ ، $P=0/023$) و منافع درک شده ($OR=1/343$ ، $95\% CI=1/079-1/670$ ، $P=0/008$) به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های نهایی رفتار تعیین شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: سازه‌های شدت و منافع درک شده و نیز سابقه خانوادگی انجام آزمایش پاپ اسمیر مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتاری باشند که لازم است در طراحی برنامه‌های آموزشی محور توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: الگوی اعتقاد بهداشتی، آزمایش پاپ اسمیر، سرطان دهانه رحم، زنان روستایی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره پنجم، پی‌درپی 58، مرداد 1393، ص 401-408

آدرس مکاتبه: گیلان، رشت، خیابان نامجو، خیابان شهید سیادت، دانشکده بهداشت، تلفن: 09111343672

Email: sedigheh.eghbal@yahoo.com

مقدمه

شیوع در ایران در سنین میان‌سالی و دهه ۴ زندگی می‌باشد که حدود ۱۰ سال پایین‌تر از آمار بین‌المللی است (۳). مهم‌ترین عوامل خطر ابتلا به بیماری شامل فعالیت جنسی در سنین پایین (کمتر از ۱۶ سال)، زایمان‌های متعدد، عفونت‌های مقاربتی، عوامل مرد (ختنه نکردن، زگیل ژنیتال، بهداشت پایین، ابتلا به کانسر پروستات، پنیس)، زنانی که

سرطان دهانه رحم شایع‌ترین بدخیمی زنان در دنیا و دومین سرطان شناخته‌شده در زنان جهان بعد از سرطان پستان هست که از شایع‌ترین علل مرگ در اثر سرطان هست (۱). بر طبق آخرین گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، میزان بروز سرطان دهانه رحم در بین زنان ایرانی از ۰/۳۶ تا ۳/۷۳ درصد هزار نفر گزارش شده است (۲). بیشترین میزان

^۱ مربی گروه آموزش بهداشت و مدیریت خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران و دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران و دانشجوی دکتری آمار حیاتی دانشگاه تربیت مدرس

^۴ مربی گروه آموزش بهداشت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران و دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه تهران

^۵ دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

^۶ استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

مراجعه زنان برای انجام تست پاپ اسمیر می‌باشد (۱۲-۱۱ و ۱۹-۱۵). لذا بررسی حاضر باهدف تعیین سازه‌های دارای قدرت پیشگویی‌کنندگی بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی، بر عملکرد زنان روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت شهرستان شفت در رابطه با انجام آزمایش پاپ اسمیر جهت پیشگیری از سرطان رحم و کاهش خطر مرگ‌ومیر ناشی از آن در زنان روستایی می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۲ است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان روستایی ۶۵-۲۰ ساله حداقل یک‌بار ازدواج کرده اعم از همسر دار، همسر مرده، از همسر جدا شده (مطلقه) تحت پوشش خانه‌های بهداشت مرکز بهداشتی درمانی روستایی منتخب شهرستان شفت می‌باشد که با روش نمونه‌گیری دورحله‌ای انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای برگرفته از پرسشنامه‌های کریمی و همکاران (۱۱) و نامدار و همکاران (۱۲) بود که پس از برگزاری جلسات گروه تحقیق و سنجش روایی و پایایی پرسشنامه نهایی تدوین شد. پرسشنامه در دو بخش تنظیم شد که بخش اول شامل پرسش‌هایی در مورد مشخصات دموگرافیک (۱۹ سؤال) بخش دوم پرسشنامه مربوط به آگاهی (۲۳ سؤال) در زمینه سرطان دهانه رحم و عوامل پیشگیری‌کننده از آن، بخش سوم شامل سازه‌های مدل حساسیت درک شده (۶ سؤال)، شدت درک شده (۵ سؤال)، منافع درک شده (۵ سؤال)، موانع درک شده (۱۴ سؤال)، خودکارآمدی درک شده (۶ سؤال) و نیز عملکرد (۱ سؤال) بود. برای امتیاز گذاری در قسمت آگاهی به جواب درست امتیاز ۱ و به جواب نادرست امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. برای سؤالات مدل اعتقاد بهداشتی از مقیاس نگرش سنجی ۵ گزینه‌ای لیکرت استفاده شد که در قسمت حساسیت، شدت، منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده دامنه امتیاز هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر بود. در عملکرد نیز به رفتار صحیح در پیشگیری از سرطان دهانه رحم امتیاز یک و به رفتار ناصحیح امتیاز صفر داده شد.

برای سنجش روایی (اعتبار علمی) پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد بدین ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۹ نفر از اعضای هیئت‌علمی آموزش بهداشت و مامایی قرار داده شد و اصلاحات موردنظر ایشان اعمال گردید و روایی آن تأیید شد. برای سنجش پایایی پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از زنان روستایی که از لحاظ مشخصه‌های دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند سنجیده شد، سپس پایایی آن برای سؤالات آگاهی به روش آزمون دونیمه کردن و برای بقیه موارد به روش آزمون آلفای کرونباخ انجام شد. ضریب اسپیرمن - براون برای سؤالات آگاهی برابر ۰/۷۷

شوهرا آن‌ها پیش‌تر همسری مبتلا به کانسر سرویکس داشته‌اند، استفاده زیاد از دوش واژینال، مصرف سیگار و الکل، نژاد، طبقه اجتماعی اقتصادی پایین می‌باشد (۸-۴).

خونریزی واژینال شایع‌ترین علامت در زنان مبتلا به سرطان دهانه رحم است. در اکثر این موارد خونریزی پس از نزدیکی است، اما ممکن است به صورت خونریزی نامنظم یا پس از یائسگی بروز کند. بیماران با بیماری پیشرفته ممکن است ترشح بد بوی واژینال، کاهش وزن یا اوروپاتی انسدادی (بیماری‌های دستگاه ادراری ناشی از انسداد) داشته باشند (۴).

سیتولوژی دهانه رحم (پاپ اسمیر) به‌عنوان مؤثرترین و باصرفه‌ترین روش برای غربالگری سرطان دهانه رحم به اثبات رسیده است و از طریق افزایش کشف موارد بیماری در مرحله پیش تهاجمی و تهاجمی ابتدایی، هم موجب کاهش میزان بروز و هم میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان دهانه رحم در جوامع دارای برنامه‌های غربالگری فعال گشته است. یک پاپ اسمیر منفی ممکن است خطر سرطان را تا ۴۵ درصد کاهش دهد (۵) و اگر پاپ اسمیر هر سال یک‌بار انجام شود میزان بروز مرگ‌ومیر سرطان تهاجمی دهانه رحم را به تقریب ۹۰ درصد کاهش می‌دهد (۹) و ۹۹ درصد کمتر می‌نماید (۵). به‌طور تقریبی ۶۰ درصد از زنان شناخته‌شده با سرطان دهانه رحم در کشورهای توسعه‌یافته یا هرگز و یا در ۵ سال گذشته غربالگری نشده‌اند (۱). در کشور ما آزمایش پاپ اسمیر در سیستم بهداشتی از سال ۱۳۷۰ انجام می‌شود و مطالعات مختلف نشان می‌دهد میزان مراجعه زنان جهت انجام تست پاپ اسمیر پایین است (۱۲-۱۰)، درحالی‌که انجام این رفتار توسط تمام زنان گروه هدف جزو سیاست‌گذاری‌های اداره زنان و سالمندان و از اولویت‌های بهداشت عمومی می‌باشد (۱۳).

برای ایجاد تغییر رفتار نیاز به ایجاد تغییر در اعتقادات است که به این منظور می‌توان از الگوهای آموزش بهداشت بهره گرفت. یکی از مهم‌ترین الگوهای آموزش بهداشت الگوی اعتقاد بهداشتی می‌باشد که در پیشگویی رفتارهای پیشگیری‌کننده مفید است. این الگو شامل سازه‌های حساسیت درک شده (ارزیابی فرد در مورد خطر ابتلا خود به یک بیماری)، شدت درک شده (ارزیابی فرد از جدیت بیماری و پیامدهای بالقوه آن)، منافع درک شده (ارزیابی فرد از نتایج مثبت رفتار)، موانع درک شده (ارزیابی فرد از عوامل بازدارنده رفتار) و خودکارآمدی درک شده (اطمینان فرد در مورد توانایی خود برای انجام مطلوب یک رفتار) می‌باشد (۱۴).

بررسی مطالعات مختلف بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در جهان و مناطق شهری ایران نشان دهنده نتایج متفاوتی از تأثیر سازه‌های این الگو در پیشگویی‌کنندگی رفتار مراجعه و یا عدم

میانگین، انحراف معیار و آمار تحلیلی شامل آزمون من ویتنی، کای دو و رگرسیون لجستیک مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۰۵ شرکت‌کننده با میانگین و انحراف معیار سنی $1/06 \pm 42/08$ و میانگین سن ازدواج $22/11$ ، سن اولین بارداری $23/10$ و میانگین تعداد سقط $0/30$ ، مرده زایی $0/30$ و فرزندان زنده $2/78$ بود. $95/1$ درصد زنان متأهل و $4/9$ درصد همسرشان فوت کرده بود. از نظر میزان تحصیلات بیشتر زنان مورد مطالعه ($66/9$ درصد) و همسران آن‌ها ($54/2$ درصد) بی‌سواد و یا دارای سطح تحصیلات ابتدایی بودند. شغل تمامی زنان ($100/0$ درصد) خانه‌دار و اکثر همسران آن‌ها ($42/0$ درصد) کشاورز بودند. بیشترین روش پیشگیری از بارداری توپکتومی ($21/5$ درصد) بود. $66/8$ درصد از زنان حداقل یک‌بار در طول عمر خود آزمایش پاپ اسمیر انجام داده بودند. $70/2$ درصد از واحدهای مورد پژوهش سابقه خانوادگی انجام آزمایش پاپ اسمیر را داشتند که بر اساس آزمون کای دو بین سابقه انجام آزمایش پاپ اسمیر در خانواده و انجام آن در زنان رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$).

و ضریب آلفای کرونباخ برای سازه حساسیت درک شده برابر $0/71$ و برای سازه شدت درک شده $0/71$ و برای سازه منافع درک شده $0/75$ و برای سازه موانع درک شده $0/85$ و خودکارآمدی درک شده $0/86$ برآورد گردید.

با برآورد آماری حجم نمونه ۲۰۵ نفر به دست آمد. روش نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که ابتدا یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی از بین مراکز بهداشتی درمانی روستایی شهرستان به تصادف انتخاب شد سپس طبق لیست خانوارهای هر روستا، جهت شناسایی زنان واجد شرایط اطلاعات از پوشه‌های خانوار خانه‌های بهداشت تابعه گرفته و در مرحله دوم با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک نمونه‌ها انتخاب شدند. معیار ورود برای مطالعه تمایل به شرکت در برنامه و زنان ۲۰-۶۵ ساله حداقل یک‌بار ازدواج کرده بود که از مدت ازدواجشان حداقل ۶ ماه گذشته باشد و در یک سال قبل از انجام پژوهش آزمایش پاپ اسمیر انجام نداده باشند، هیستریکتومی نشده باشند، سابقه سرطان دهانه رحم نداشته باشد و معیار خروج عدم تمایل برای شرکت در مطالعه بود. پس از کسب رضایت‌نامه، پرسشنامه به روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار آماری SPSS 18 و روش‌های آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی و شاخص‌های

جدول (۱): توزیع فراوانی زنان مورد مطالعه برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	تعداد	درصد
وضعیت تأهل	متأهل	۹۵/۱
	همسر فوت‌شده	۴/۹
شغل	خانه‌دار	۱۰۰/۰
	کارمند	۶/۳
شغل همسر	کشاورز	۴۲/۰
	کارگر	۱۳/۷
	آزاد	۳۱/۲
	بیکار	۶/۸
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۳۳/۷
	ابتدایی	۳۳/۲
	راهنمایی و زیر دیپلم	۱۷/۶
	دیپلم و بالاتر	۱۵/۵
سطح تحصیلات همسر	بی‌سواد	۱۷/۶
	ابتدایی	۳۶/۶
	راهنمایی و زیر دیپلم	۳۰/۷
	دیپلم و بالاتر	۱۵/۱
سابقه خانوادگی انجام پاپ اسمیر	بله	۷۰/۲
	خیر	۲۹/۸
نوع محل سکونت	شخصی	۷۴/۰
	غیرشخصی	۲۶/۰

جدول (۲): نمرات آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مورد مطالعه

متغیر	دامنه نمره قابل اکتساب	میانگین	انحراف معیار	خوب	متوسط	ضعیف
				فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
آگاهی	۱ - ۲۳	۱۵/۳۷	۴/۵۱	۱۱۹(۵۸/۰)	۶۸(۳۳/۲)	۱۸(۸/۸)
حساسیت	۶ - ۳۰	۲۲/۲۶	۲/۸۰	۱۴۷(۷۱/۷)	۵۵(۲۶/۸)	۳(۱/۵)
شدت	۵ - ۲۵	۱۹/۹۰	۱/۳۶	۱۷۶(۸۵/۹)	۲۹(۱۴/۱)	۰(۰)
منافع	۵ - ۲۵	۱۹/۷۳	۱/۶۵	۱۷۰(۸۲/۹)	۳۵(۱۷/۱)	۰(۰)
موانع	۱۴ - ۷۰	۳۱/۰۸	۵/۳۷	۳(۱/۵)	۴۹(۲۳/۹)	۱۵۳(۷۴/۶)
خودکارآمدی	۵ - ۲۵	۱۹/۷۳	۲/۹۴	۱۷۷(۸۶/۳)	۲۳(۱۱/۲)	۵(۲/۴)

بررسی سؤالات آگاهی نشان داد (جدول شماره ۲) که ۵۸/۰ درصد از زنان مورد بررسی دارای سطح آگاهی خوب بودند. میانگین نمره آگاهی زنان مورد مطالعه ۱۵/۳۷ از ۲۳ بود. ۷۵/۱ درصد (۱۵۴ نفر) از خانم‌ها سرطان دهانه رحم را قابل پیشگیری، ۶۳/۹ درصد (۱۳۱ نفر) این سرطان را قابل درمان دانسته، ۸۶/۸ درصد (۱۷۸ نفر) با هدف انجام این آزمایش آشنا بودند. مهم‌ترین منبع کسب آگاهی در زنان (۴۷/۵ درصد) کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و خانه‌های بهداشت بوده است.

بررسی سؤالات آگاهی نشان داد (جدول شماره ۲) که ۵۸/۰ درصد از زنان مورد بررسی دارای سطح آگاهی خوب بودند. میانگین نمره آگاهی زنان مورد مطالعه ۱۵/۳۷ از ۲۳ بود. ۷۵/۱ درصد (۱۵۴ نفر) از خانم‌ها سرطان دهانه رحم را قابل پیشگیری، ۶۳/۹ درصد (۱۳۱ نفر) این سرطان را قابل درمان دانسته، ۸۶/۸ درصد (۱۷۸ نفر) با هدف انجام این آزمایش آشنا بودند. مهم‌ترین منبع کسب آگاهی در زنان (۴۷/۵ درصد) کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی و خانه‌های بهداشت بوده است.

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل HBM در زنان مورد مطالعه با سابقه انجام یا عدم انجام تست پاپ اسمیر

P	افراد بدون سابقه تست			افراد با سابقه تست			متغیر
	میانگین	میانه	انحراف معیار	میانگین	میانه	انحراف معیار	
۰/۰۰۱	۱۳/۸۵	۱۵	۴/۸۶	۱۶/۱۷	۱۷	۴/۱۱	آگاهی
۰/۲۶۵	۲۱/۹۴	۲۳	۳/۰۱	۲۲/۴۳	۲۳	۲/۶۷	حساسیت
۰/۰۰۷	۲۰/۱۹	۲۰	۱/۳۴	۱۹/۷۴	۲۰	۱/۳۴	شدت
۰/۰۰۰۱	۱۹/۳۲	۱۹	۱/۴۵	۱۹/۹۵	۲۰	۱/۷۲	منافع
۰/۰۱۳	۳۱/۹۲	۳۰	۵/۳۰	۳۰/۶۳	۲۸	۵/۳۶	موانع
۰/۱۲۹	۱۹/۴۳	۲۰	۲/۸۴	۱۹/۸۹	۲۰	۲/۹۹	خودکارآمدی

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد با استفاده از آزمون من ویتنی یو بین میانگین نمره آگاهی (۰/۰۰۱) و سازه‌های شدت درک شده (۰/۰۰۷)، منافع درک شده (۰/۰۱۳) و موانع درک شده (۰/۰۱۳) در دو گروه با و بدون سابقه انجام تست پاپ اسمیر اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت.

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد با استفاده از آزمون من ویتنی یو بین میانگین نمره آگاهی (۰/۰۰۱) و سازه‌های شدت درک شده (۰/۰۰۷)، منافع درک شده (۰/۰۱۳) و موانع درک شده (۰/۰۱۳) در دو گروه با و بدون سابقه انجام تست پاپ اسمیر اختلاف معنی‌دار آماری وجود داشت.

جدول (۴): یافته‌های تحلیل رگرسیون لجستیک در پیشگویی رفتار زنان مورد مطالعه بر انجام تست پاپ اسمیر

متغیرهای مستقل	P	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵%	
			حد پایین	حد بالا
آگاهی	۰/۰۱۰	۱/۱۰۱	۱/۰۲۴	۱/۱۸۴
شدت	۰/۰۲۳	۰/۷۳۳	۰/۵۶۱	۰/۹۵۸
منافع	۰/۰۰۸	۱/۳۴۳	۱/۰۷۹	۱/۶۷۰
موانع	۰/۶۴۶	۰/۹۸۴	۰/۹۱۹	۱/۰۵۴
خودکارآمدی	۰/۹۵۷	۱/۰۰۳	۰/۸۸۵	۱/۱۳۷
سابقه خانوادگی انجام پاپ اسمیر	۰/۰۲۳	۲/۱۸۳	۱/۱۱۶	۴/۲۷۰

جهت تعیین قدرت پیشگویی کنندگی (جدول شماره ۴)، متغیرهای آگاهی، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، خودکارآمدی درک شده و سابقه خانوادگی انجام پاپ اسمیر وارد مدل رگرسیونی شدند که از میان آن‌ها متغیرهای آگاهی، شدت درک شده، منافع درک شده و سابقه خانوادگی انجام پاپ اسمیر دارای قدرت پیشگویی کنندگی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

دوسوم از شرکت‌کنندگان حداقل یک‌بار سابقه انجام آزمایش پاپ اسمیر داشتند. در مطالعاتی که در داخل کشور (مناطق شهری) صورت گرفته، انجام این آزمایش از ۲۶ درصد تا ۸۰ درصد گزارش شده و در مطالعات خارج از کشور نیز درصدهای متفاوتی اعلام شده و در بعضی از کشورها نظیر سوئد و ایالات متحده آمریکا تا ۹۹ درصد نیز گزارش شده است (۱۲-۱۵، ۱۱ و ۲۲-۲۰) که می‌تواند بیانگر لزوم انجام تلاش‌های بیشتر در این زمینه در جامعه مورد مطالعه و نیز کل کشور باشد.

در این مطالعه میان سطح آگاهی و عملکرد رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود دارد یعنی با افزایش آگاهی احتمال انجام آزمایش پاپ اسمیر افزایش می‌یابد. این یافته با مطالعه کریمی و همکاران مطابقت داشته (۱۱) در حالی که با مطالعه علم و همکاران همخوانی ندارد (۲۳) که می‌تواند به دلیل وجود تفاوت در گروه‌های تحت بررسی باشد. توجه به ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه یعنی این که: میزان تحصیلات در نزدیک به دوسوم زنان (و در بیش از نیمی از همسرانشان) بی‌سواد و یا ابتدایی بوده و این که سطح آگاهی در زمینه انجام آزمایش، در نزدیک به نیمی از زنان پایین و متوسط بوده است و نیز توجه به قدرت پیشگویی کنندگی آگاهی در انجام این آزمایش از طرفی و اینکه مهم‌ترین منبع کسب آگاهی در نزدیک نیمی از زنان مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت بوده است از طرف دیگر، می‌تواند بیانگر ضرورت ایجاد اهتمام ویژه در کارمندان مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت به منظور افزایش سطح آگاهی کلیه زنان تحت پوشش با هدف ایجاد عملکرد مطلوب در آنان باشد.

در این پژوهش میانگین شدت درک شده در دو گروه معنی‌دار بود به طوری که میانگین شدت درک شده در افراد بدون سابقه تست بالاتر از افراد با سابقه تست بود و با توجه به قدرت پیشگویی کنندگی شدت درک شده که با افزایش یک واحد در آن احتمال انجام تست پاپ اسمیر نزدیک به ۱/۵ برابر افزایش می‌یابد، افزایش شدت درک شده نیازمند انجام مداخله آموزشی می‌باشد. نتیجه مطالعه جلیلیان و همکاران و Byrd و Moore de Peralta

همکاران مشابه نتیجه این مطالعه است (۱۵ و ۱۹-۱۸) ولی در مطالعه‌های کریمی و همکاران و Esin و Duran اختلاف معنی‌دار میان شدت درک شده وجود نداشت (۱۱ و ۱۷-۱۶).

بر اساس نتایج این مطالعه نمره منافع درک شده در ۸۳ درصد خانم‌های مورد مطالعه بالا بود. این نتیجه بیانگر اهمیت درک افراد از منافع برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم می‌باشد به طوری که در بررسی تمامی زنان مورد مطالعه معتقد بودند که هر چه سرطان دهانه رحم زودتر تشخیص داده شود درمان آن آسان‌تر و موفقیت‌آمیزتر خواهد بود. ولی باید توجه داشت که میانگین نمره منافع درک شده در دو گروه معنی‌دار بوده و این سازه دارای قدرت پیشگویی کنندگی بوده به نحوی که به ازای هر واحد افزایش در نمره منافع درک شده احتمال انجام تست پاپ اسمیر نزدیک به ۱/۵ برابر افزایش می‌یابد نتیجه به دست آمده با مطالعات کریمی و Tanner-Smith و Wong و Moore de Peralta و Byrd و همکاران هم‌خوانی داشته ولی با مطالعات Esin و Duran هم‌خوانی ندارد (۲۶ - ۲۴ و ۱۹ - ۱۶).

با توجه به قدرت پیشگویی کنندگی بالای سازه‌های شدت درک شده و منافع درک شده در انجام آزمایش، لازم است در مشاوره‌ها و انجام مداخلات آموزشی به منظور ارتقای سطح مشارکت زنان جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر مورد نظر قرار گیرند. متغیر دیگر پیشگویی کننده رفتار، سابقه خانوادگی انجام آزمایش پاپ اسمیر بود. به طوری که احتمال انجام آزمایش در زنان با سابقه خانوادگی آزمایش ۲ برابر بیشتر از سایر زنان بود، یعنی وابستگان خانوادگی به‌عنوان افراد تأثیرگذار عمل کرده بودند و نقش بسیار مؤثری در اتخاذ رفتار انجام آزمایش پاپ اسمیر در گروه مورد مطالعه داشته‌اند. به نظر می‌رسد جامعه مورد مطالعه جامعه‌ای است که در فرهنگ آن نزدیکان می‌توانند بر روی رفتار یکدیگر تأثیرگذار باشند و هر زمان که افراد حس کنند یک رفتار به‌صورت هنجار قابل قبول در میان اطرافیان مطرح است، آن رفتار را راحت‌تر بپذیرند و انجام دهند. نتیجه‌گیری فوق می‌تواند بیان‌کننده آن باشد که به‌رورزان خانه‌های بهداشت، به‌عنوان راهکاری مناسب جهت تشویق و ترغیب زنان به انجام این رفتار بهداشتی، می‌توانند به‌عنوان الگوهای نقش‌باورپذیر از وجود افرادی با شرایط مشابه که رفتار فوق را انجام می‌دهند بهره‌گیرند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش سازه‌های شدت درک شده، منافع درک شده و نیز سابقه خانوادگی انجام پاپ اسمیر و آگاهی دارای قدرت پیشگویی کنندگی بر رفتار انجام آزمایش پاپ اسمیر بوده‌اند که لازم است در طراحی و اجرای مداخلات آموزشی این متغیرها محور توجه قرار گیرند. به‌علاوه از آنجایی که مطالعه حاضر در مناطق روستایی ایران صورت گرفته، انجام مطالعات مشابه در

علوم پزشکی گیلان می‌باشد که بدین‌وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را به‌واسطه حمایت مالی آن دانشگاه ابراز می‌دارند. به‌علاوه از مساعدت و همکاری کلیه کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان خصوصاً پزشکان و بهورزان مرکز بهداشتی درمانی منتخب و همه خانم‌های روستایی شرکت‌کننده در این طرح و آقای نقی زاده جهت ارسال پرسشنامه از فسا، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

سایر مناطق روستایی کشور توصیه می‌شود. توجه به این امر که انجام آزمایش فوق توسط تمام زنان گروه هدف جزو سیاست‌ها و اولویت‌های بهداشت عمومی در کشور می‌باشد توجه‌کننده لزوم تلاش ویژه مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت جهت نیل به آن است.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از یافته‌های طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه

References:

1. Khan M, Diaz-Montes TP. Cervical Cancer. In: Hurt KJ, Guile MW, Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. 4th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2011.P. 541-58.
2. Center for disease control Non-communicable Deputy Cancer Control Office. Iranian Annual of National Cancer Registration Report. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2008 - 2009. (Persian)
3. Farzaneh F. Clinical Guidelines For Gynecological Cancers & Preinvasive Lesions. 1st ed. Tehran: Teimourzadeh publisher; 2009P.1-40. (Persian)
4. Miller C, Elkas JC. Cervical and Vaginal Cancer. In: Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2012. P.1304 -49.
5. Giuntoli II RL, Bristow RE. Cervical Cancer. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. Danforth,s Obstetrics and Gynecology. 10th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2008. P.971-88.
6. Reza-Soltani P, Parsai S. Maternal and Child Health. 2nd ed. Tehran; Sanjesh publisher 2005.P. 350-2. (Persian)
7. Sheets EE. The Cervix. In: Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. Kistner's Gynecology & Women's Health. 7th ed. St.Louis: Mosby; 1999.P. 93-120.
8. Bengtson JM. The Vagina. In: Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. Kistner's Gynecology & Women's Health. 7th ed. St.Louis: Mosby; 1999.P.81-92.
9. Khalilipour M, Kashanian M. Darsname jame va karbordie mamaei. 1^{sd} ed. Tehran: Dibaj publisher; 2009.P.690-4. (Persian)
10. Pirzadeh A. The effect of education on women,s practice based on Health Belief Mode about pap smear test. J Health Systems Res 2010; 6(2): 365-71. (Persian)
11. Karimi M, Shamsi M, Araban M, Gholamnia Z, Kasmai P. Health Beliefs and Performance Regarding Pap Smear Test in Zarandieh City Women's. J Guilan Univ Med Sci 2012; 20(80): 42-8. (Persian)
12. Namdar A, Bigzadeh Sh, Naghizadeh MM. Measuring Health Belief Model Components in Adopting Preventive Behaviors towards Cervical Cancer. J Fasa Univ Med Sci 2012; 2(5): 234-44. (Persian)
13. Health, Bureau of Family Health and Population Program. Tehran: Moavenate salamat; 2008. (Persian)
14. Shojaezadeh D. Health Education Models. 1st ed. Tehran: Communication and health education center publisher; 2000. P.15-38. (Persian)
15. Jalilian F, Mirzaei Alavijeh M, Emdadi Sh, Barati M, Nasirzadeh M, Hatamzadeh N. Predicting factors related with Pap smear testing among women based on health belief model. J Health Sys Res 2012; 7(6): 1226-34. (Persian)

16. Duran ET. Examination with the health belief model of women,s attitudes to cervical cancer and early diagnosis in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prevention* 2011; 12(5): 1179-84.
17. Esin ME. Belief about cervical cancer screening among turkish married women. *J Canc Educ.* 2011; 26: 510-5.
18. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening beliefs among young hispanic women. *Preventive Medicine* 2004; 38: 192-7.
19. Moore de Peralta A, Holaday B, McDonell JR. Factors Affecting Hispanic Women's Participation in Screening for Cervical Cancer. *J Immigr Minor Health* 2014;
20. Tabeshian A, Firoozeh F. The Effect of Health Education on Performing Pap Smear Test for Prevention of Cervix Cancer in Teachers of Esfehan City. *Med Sci JIslamic Azad Univ Tehran Med Branch* 2009; 19(1): 43-8. (Persian)
21. Idestrom M, Milsom I, Andersson-Ellstrom A. Knowledge and attitudes about the Papsmear screening program: a population based study of women aged 20-59 years. *Acta obstetricia gynecologica Scandinavica* 2002; 81(10): 962-7.
22. Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Screening for cervical cancer: will women accept less?. *The American J Med* 2005 ;118 (2):151-8.
23. Alam M, Mohamad Alizadeh S, Aflatoonian M.R, Azizzadeh Foroozi M. Knowledge, attitude and practice of Behvarzes working in healthcare centers of Kerman Medical Science University toward Pap Smear. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2007 ; 10(4): 379-86. (Persian)
24. Karimi M, Shamsi M, Araban M, Gholamnia Z, Kasmai P. Pap smear test structures for measuring Health Belief Model and factors affecting women in urban centers covered Zarandieh.Qom Univ Med Sci J 2012; 6(3): 52-9. (Persian)
25. Tanner-Smith EE, Brown TN. Evaluating the health belief model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory and Health* 2010; 8(1): 95-125.
26. Wong LP, Wong YL, Low WY, Koo EM, Shuib R. Cervical Cancer Screening attitudes and beliefs of Malaysian women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Int J Behave Med* 2008; 15(4): 289-92.

THE EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL ON RURAL WOMEN'S PAP SMEAR TEST

Kasmaei P¹, Bab Eghbal S^{2}, Atrkar Roshan Z³, Estebarsari F⁴, Mehrabian F⁵, Karimi M⁶*

Received: 19 Apr , 2014; Accepted: 21 June , 2014

Abstract

Background & Aim: Cervical cancer is the most prevalent, malignant female disease, and it is the second recognized cancer in women, all over the world. Pap smear test is the only recommended method for screening cervical cancer. The aim of this study was to determine the performance of rural women in the Health Houses of Shaft city in relation to the Pap smear test by using Health Belief Model.

Materials & Methods: A descriptive-analytical study was carried out on 205 rural married women referring to the Shaft Health Houses using two-stage sampling method. Data collection tool was a valid and reliable questionnaire including demographic variables, knowledge and Health Belief Model constructs. The data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, Mann-Whitney U and Logistic Regression tests (SPSS 18 software).

Results: 66.88% of the women had at least once Pap smear test. There was significant differences between scores of knowledge and constructs such as severity, benefits, barriers, perceived self-efficacy and family history among persons with and without Pap smear test ($p < 0.05$). Family history of Pap smear (OR= 2.183, 95% CI=1.116-4.270, $P=0.023$), knowledge (OR= 1.101, 95% CI=1.024-1.184, $P=0.010$), perceived severity (OR=0.733, 95% CI=0.561-0.958, $P=0.023$) and perceived benefits (OR= 1.343, 95% CI=1.079-1.670, $P=0.008$) were determined as predictors of behavior, using Logistic Regression.

Conclusion: Constructs such as severity, perceived benefits and family history of Pap smear test are important predictors, which are necessarily to be considered in designing educational programs.

Key words: Health Belief Model, Pap smear, Cervical Cancer, Rural Women

Address: School of Health, Guilan University of Medical Sciences. Shahid Siadaty street. Namju boulevard, Rasht, Iran.

Tel: (+98)09111343672

Email: sedigheh.eghbal@yahoo.com

¹ Instructor, Department of Health Education & Promotion, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran and PhD Student of Health Education & Promotion in Tarbiyat Modarres University.

² MSc student, Department of Health Education & Promotion, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. (Corresponding Author)

³ Instructor, Department of Social Medicine, School of Medical, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran and PhD Student of Biostatistics in Tarbiyat Modarres University.

⁴ Instructor, Department of Health Education & Promotion, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran and PhD Student of Health Education & Promotion in Tehran University.

⁵ Associate professor, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

⁶ Assistant Professor, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.