

سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی انجام تست پاپ اسمیر و عوامل مؤثر بر آن در زنان تحت پوشش مراکز شهری زرنديه

محمود کریمی^۱، محسن شمسی^۲، مرضیه عربان^۳، زینب غلام‌نیا^۴، پریسا کسمایی^۵

^۱ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

^۲ مربی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

^۴ کارشناس ارشد آموزش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان دهانه رحم یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان است و با وجود تست پاپ اسمیر به‌عنوان برنامه غربالگری مؤثر، میزان استفاده از آن پایین می‌باشد، پژوهش حاضر با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با انجام تست پاپ اسمیر و عوامل مؤثر بر آن در زنان تحت پوشش مراکز شهری زرنديه صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - تحلیلی روی ۲۶۵ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهر زرنديه انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل متغیرهای دموگرافیک، آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل و روش‌های آماری - توصیفی صورت گرفت. $p < 0/05$ سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این پژوهش تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره آگاهی و اجزای الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده) افراد با سابقه انجام و عدم انجام تست پاپ اسمیر وجود داشت ($p < 0/001$). سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، سن، سطح سواد و آگاهی در مجموع ۳۰/۸٪ از واریانس انجام تست پاپ اسمیر را تبیین می‌کردند، و منافع و حساسیت درک‌شده، مهم‌ترین پیشگویی‌کننده‌های انجام تست پاپ اسمیر بودند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه می‌تواند در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و نیز افزایش مشارکت زنان در برنامه پاپ اسمیر مفید باشد.

کلید واژه‌ها: پاپ اسمیر؛ زنان؛ بهداشت.

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Karimy 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 University of Medical Sciences Journal 2012;6(3)

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: m.karimi@arakmu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۰/۴/۷

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۲۱

مقدمه

گرچه سرطان دهانه رحم به میزان زیادی قابل پیشگیری است، اما هنوز در دنیای در حال توسعه به عنوان یکی از شایع‌ترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود، به طوری که از ۴۴۰ هزار مورد جدید گزارش شده سرطان دهانه رحم در سال، حدود ۸۰٪ آن در کشورهای در حال توسعه بوده است (۱). درمان به موقع در مراحل اولیه، در پیش‌آگهی بیماری و بقای حیات مؤثر است (۲)، به همین جهت این سرطان قابل پیشگیری است (۳). با توجه به اینکه مرحله پیش‌سرطانی این بیماری طولانی بوده و میزان بقای بیمار در مرحله ضایعات پیش‌سرطانی در صورت درمان تقریباً ۱۰۰٪ است (۴)، لذا اهمیت برنامه‌های غربالگری همچون آزمایش پاپ اسمیر در تشخیص اولیه این بیماری مشخص می‌گردد (۴). تست پاپ اسمیر یک آزمون ساده سیتولوژی جهت غربالگری و تشخیص سرطان دهانه رحم و ضایعات پیش‌سرطانی آن است. این روش سالانه ۱۳۰۰۰ سرطان مهاجم و تقریباً یک میلیون ضایعه پیش‌سرطانی را مشخص می‌کند (۵). با معرفی پاپ اسمیر به عنوان یک اقدام برای غربالگری سرطان دهانه رحم، از سال ۱۹۵۰ شیوع این بیماری حدود ۷۹٪ کاهش داشته است (۶)، همچنین اجرای برنامه‌های غربالگری در چند کشور به مدت ۵ سال نشان داد تست پاپ اسمیر قادر است میزان مرگ و میر سرطان دهانه رحم را تا ۶۰٪ کاهش دهد (۷). قبل از ابداع و گسترش پاپ اسمیر، مرگ و میر ناشی از سرطان دهانه رحم در آمریکا ۲۵ در صد هزار گزارش شد که با میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در برخی از کشورهای در حال توسعه مشابه بود (۸). توصیه در مورد زمان شروع غربالگری و اینکه تا چه زمانی و به چه فاصله‌ای ادامه می‌یابد در کشورهای مختلف متفاوت است و هنوز در این مورد اختلاف نظر وجود دارد که بستگی به شیوع بیماری در کشورهای مختلف و مقرون به صرفه بودن روش غربالگری دارد (۹). در آمریکا کالچ زنان و مامایی توصیه نمود تست پاپ اسمیر باید ۳ سال پس از شروع تماس جنسی آغاز و تا پایان عمر، هر سال انجام شود (۱۰). مدل

اعتقاد بهداشتی که به عنوان چارچوب نظری برای این مطالعه استفاده شد شامل چندین سازه اساسی است که پیش‌بینی می‌کند؛ چرا مردم عمل پیشگیری را انجام می‌دهند؛ چرا در پی اعمال غربالگری می‌روند و چگونه شرایط بیماری خود را کنترل می‌کنند. این مدل عمدتاً بر پیشگیری از بیماری‌ها و رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی‌ها و بیماری‌ها متمرکز است (۱۱)، و از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای پیش‌بینی رفتار مرتبط با بهداشت در الگوی اعتقادی معین تلاش می‌کند (۱۲). براساس این مدل شخص باید باور کند مستعد ابتلا به یک بیماری همچون سرطان دهانه رحم است (حساسیت درک شده)، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک کند (شدت درک شده)، و رفتارهای پیشنهاد شده مثل پاپ اسمیر را برای کاهش خطر و یا وخامت بیماری خود مفید دانسته (منافع درک شده)، تا بتواند بر عوامل بازدارنده از عمل همچون هزینه، درد و... غلبه کند (موانع درک شده). با وجود اینکه انجام تست پاپ اسمیر از سال ۱۳۷۰ در سیستم بهداشتی کشور انجام می‌شود و یک تست مؤثر و ارزان در غربالگری سرطان دهانه رحم است، اما مطالعات مختلف (۹، ۱۰)، نشان‌دهنده عدم استقبال از این تست می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با انجام تست پاپ اسمیر و عوامل مؤثر بر آن در زنان تحت پوشش مراکز شهری زرنديه صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی روی ۲۶۵ نفر از زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهری زرنديه انجام شد. حجم نمونه پژوهش با در نظر گرفتن دقت ۵٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪، همچنین میزان آگاهی (۷۸٪) به دست آمده از مطالعات مشابه قبلی (۴)، محاسبه گردید. معیار ورود به مطالعه شامل زنان متأهلی بود که حداقل ۶ ماه از ازدواج آنها گذشته باشد. معیار خروج از مطالعه عدم تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در

مرکز بهداشتی - درمانی شهری موجود در شهرستان که جمعیت تحت پوشش آنها دارای ویژگی‌های فرهنگی همگون بودند؛ به‌روش تصادفی مرکز مأمونیه مشخص گردید و در مرحله دوم به روش نمونه‌گیری منظم از لیست خانوارهای تحت پوشش این مرکز، تعداد ۲۶۵ نمونه مورد نیاز انتخاب شد. برای تکمیل پرسشنامه تیم تحقیق در طی تماس تلفنی با معرفی خود و اهداف مطالعه، ابتدا نمونه‌ها را به مرکز بهداشتی - درمانی دعوت نموده و بعد از اخذ رضایت کتبی از آنها، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند، همچنین در صورت عدم مراجعه به مرکز و تمایل نمونه‌ها به شرکت در مطالعه، تیم تحقیق با مراجعه به منزل نمونه‌ها، فرآیند تکمیل پرسشنامه را در محل انجام می‌دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های مربع کای، تی، آنالیز واریانس و رگرسیون لجستیک صورت گرفت و $p < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه گروه سنی ۴۰-۳۰ سال با ۱۱۸ نفر (۴۴/۵٪) و سطح سواد راهنمایی و متوسطه با ۱۰۸ نفر (۴۱٪) بیشترین فراوانی را داشتند. ۴۶٪ از نمونه‌ها ۲-۱ فرزند و ۳۵٪ بیش از ۲ فرزند داشتند. همچنین ۹۱٪ نمونه‌ها خانه‌دار و بقیه شاغل بودند و ۹۵٪ از افراد تحت مطالعه نیز تحت پوشش خدمات بیمه‌ای قرار داشتند (جدول شماره ۱). میانگین نمره آگاهی افراد با سابقه انجام تست ۸/۴۸ و افراد بدون سابقه تست ۶/۳۴ بود ($p < 0/0001$). رابطه معنی‌داری بین آگاهی و سازه‌های مدل با سن، سطح سواد و تعداد فرزندان مشاهده نگردید. همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با وضعیت اشتغال و بیمه‌ای افراد وجود نداشت (جدول شماره ۱).

پژوهش بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود که به روش مصاحبه (در افراد کم‌سواد یا بیسواد) و خودگزارش‌دهی تکمیل گردید.

پرسشنامه در ۴ بخش تنظیم شد. بخش اول: ۵ سؤال مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک؛ بخش دوم: ۱۲ سؤال سه گزینه‌ای (بلی، خیر، نمی‌دانم) در زمینه دانش؛ بخش سوم: ۲۲ سؤال در زمینه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (منافع و موانع درک شده ۱۲ سؤال، حساسیت و شدت درک شده ۱۰ سؤال)؛ بخش چهارم: ۲ سؤال باز در مورد دلایل انجام و عدم انجام تست پاپ اسمیر و بخش پنجم شامل چک لیست انجام یا عدم انجام تست از دفتر واحد مامایی و بهداشت خانواده مرکز بود. برای امتیازگذاری پرسشنامه در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده نیز دامنه امتیاز هر سؤال بین ۴-۰ متغیر بود؛ به گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالفم امتیاز صفر، مخالفم امتیاز یک، نظری ندارم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳، کاملاً موافقم امتیاز ۴ تعلق گرفت. برای سنجش روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه براساس مدل اعتقاد بهداشتی و با توجه به منابع معتبر علمی تهیه و پس از آن در اختیار ۱۰ نفر از اساتید مامایی و آموزش بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی اراک و تربیت مدرس قرار گرفت، اشکالات و ابهامات موجود در پرسشنامه طبق نظرات ایشان اصلاح و روایی آن تأیید گردید. برای سنجش پایایی پرسشنامه از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ، و با انجام آزمون بر روی ۲۰ نفر از مادرانی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند، سنجیده شد که مقدار آن در قسمت سؤالات آگاهی ۸۵٪ و در قسمت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۸۲٪ به دست آمد. در این مطالعه، روش نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که در مرحله اول از ۴

جدول شماره ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مدل HBM براساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد	آگاهی	حساسیت	شدت	منافع	موانع
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
سن	کمتر از ۲۰ سال	۸/۱۷ (۱/۴۴)	۹/۶۲ (۲/۴۹)	۱۰/۱۵ (۲/۲۸)	۱۲/۲۷ (۳/۶۷)	۱۲/۰۵ (۳/۲۹)
	۲۰-۳۰ سال	۸/۷۲ (۱/۰۶)	۱۰/۷ (۲/۴۳)	۱۰/۸۷ (۲/۳۱)	۱۳/۵۰ (۳/۴۴)	۱۲/۸۶ (۳/۳۰)
	۳۰-۴۰ سال	۸/۳۲ (۱/۲۰)	۹/۷ (۲/۰۲)	۹/۷۰ (۱/۷۸)	۱۲/۳۸ (۳/۱۹)	۱۲/۴۱ (۲/۹۰)
	بالتر از ۴۰ سال	۸/۵۵ (۱/۱۰)	۹/۶۵ (۲/۱۱)	۱۰/۵۱ (۱/۹۲)	۱۱/۹۰ (۲/۷۷)	۱۳/۱۶ (۲/۹۱)
وضعیت سواد	بیسواد	۸/۰۱ (۱/۵۱)	۸/۲۰ (۱/۶۹)	۱۰/۷۲ (۲/۱۵)	۱۱/۳۲ (۳/۶۴)	۱۱ (۳/۲۴)
	ابتدایی	۸/۲۸ (۱/۴۴)	۸/۶۷ (۱/۹۱)	۱۰/۹۷ (۲/۸۳)	۱۲/۱۵ (۴/۳۰)	۱۱/۷۷ (۳/۴۳)
	راهنمایی و متوسطه	۸/۳۴ (۱/۷۰)	۹ (۱/۸۳)	۱۲/۱۲ (۲/۶۰)	۱۳/۵۳ (۵/۲۰)	۱۳/۲۷ (۴/۹۷)
	دیپلم	۸/۵۵ (۱/۴۱)	۹/۲۳ (۱/۷۴)	۱۱/۲۴ (۲/۳۸)	۱۲/۷۸ (۴/۴۰)	۱۲/۶۰ (۳/۸۵)
تعداد فرزندان	دانشگاهی	۸/۷۸ (۱/۰۱)	۹/۱۷ (۲/۱۸)	۱۱/۳۹ (۲/۵۲)	۱۲/۷۷ (۳/۳۸)	۱۲/۵۲ (۳/۰۲)
	بدون فرزند	۷/۷۷ (۱/۷۸)	۹/۵۷ (۲/۴۴)	۸/۹۷ (۲/۳۰)	۱۲/۵۳ (۴/۵۰)	۱۱/۱۲ (۲/۹۶)
	۱-۲ فرزند	۷/۲۵ (۱/۸۹)	۹/۲۷ (۱/۷۲)	۹ (۱/۷۰)	۱۲/۱۶ (۴/۶۲)	۱۱/۵۲ (۳/۲۵)
	بیش از ۲ فرزند	۸/۰۵ (۱/۴۶)	۱۰/۲۳ (۲/۵۰)	۹/۸۵ (۲/۵۱)	۱۲/۲۳ (۴/۰۹)	۱۲/۵۹ (۲/۸۱)
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۷/۲۲ (۱/۵۲)	۹/۵۰ (۲/۲۰)	۹/۲۲ (۲/۹۰)	۱۱/۹۷ (۳/۷۶)	۱۰/۱۲ (۲/۲۶)
	شاغل	۶/۶۷ (۱/۲۴)	۸/۸۵ (۱/۴۴)	۸/۵۲ (۱/۳۹)	۱۳/۵۶ (۴/۴۰)	۹/۵۷ (۱/۷۸)
	تحت پوشش بیمه	۶/۹۷ (۱/۳۴)	۱۰/۹۸ (۲/۳۵)	۸/۳۱ (۲/۳۰)	۱۴/۱۲ (۴/۴۰)	۱۱/۹۵ (۳/۶۵)
	خیر	۶/۴۲ (۱/۴۴)	۱۰/۲۶ (۱/۵۰)	۸/۲۷ (۱/۸۲)	۱۳/۴۲ (۴/۱۲)	۱۱/۲۱ (۴/۳۲)

در این پژوهش ۲۶٪ نمونه‌ها سابقه انجام تست داشتند و میانگین نمره تمامی سازه‌های مدل (حساسیت، شدت، منافع و موانع درک‌شده) در افراد با سابقه انجام تست، بالاتر از افراد بدون سابقه بود. بررسی داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تی مستقل نشان داد

تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره همه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی انجام یا عدم انجام تست در افراد با سابقه وجود دارد (در تمام موارد $p < ۰/۰۰۱$ ، جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار سازه‌های مدل HBM انجام یا عدم انجام تست پاپ اسمیر در افراد با سابقه *

متغیر	افراد بدون سابقه تست میانگین (انحراف معیار)	تعداد	افراد با سابقه تست میانگین (انحراف معیار)	تعداد	کل میانگین (انحراف معیار)	تعداد کل
حساسیت	۷/۱۷ (۰/۷۶)	۱۹۷	۱۰/۲۸ (۱/۶۰)	۶۸	۸/۷۲ (۰/۷۸)	۲۶۵
شدت	۸/۰۳ (۰/۸۸)	۱۹۷	۱۱/۳۵ (۰/۸۸)	۶۸	۹/۶۹ (۰/۲۵)	۲۶۵
منافع	۹/۴۳ (۱/۲۴)	۱۹۷	۱۵/۱۵ (۰/۶۵)	۶۸	۱۲/۲۹ (۰/۶۹)	۲۶۵
موانع	۱۴/۷۵ (۰/۴۹)	۱۹۷	۹/۳۸ (۱/۴۶)	۶۸	۱۲/۰۶ (۰/۵۸)	۲۶۵

سطح معنی‌داری اختلاف‌ها در تمام موارد $p < 0.001$.

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد مهم‌ترین دلیل انجام تست در افراد؛ توصیه کارکنان بهداشتی - درمانی (۷۱٪)، و مهم‌ترین دلیل عدم انجام تست در افراد؛ مستعد نبودن برای ابتلا به سرطان و به عبارت بهتر، حساسیت درک‌شده پایین (۷۹٪) بوده است.

جدول شماره ۳: دلایل انجام یا عدم انجام تست پاپ اسمیر

دلایل انجام تست پاپ اسمیر	درصد	دلایل عدم انجام تست پاپ اسمیر	درصد
توصیه کارکنان بهداشتی - درمانی (پزشک، ماما و...)	۷۱	من مستعد ابتلا به سرطان نیستم	۷۹
استفاده از قرص و آمپول‌های پیشگیری از بارداری	۶۵	ترس از نتیجه آزمایش و یافتن سرطان	۶۰
تشخیص زودرس و به موقع مشکلات رحم	۶۴	عدم آگاهی از دلیل انجام تست پاپ اسمیر	۴۹
توصیه دوستان و آشنایان	۳۹	جوان بودن	۳۵
ابتلا به بیماری‌های دستگاه واژینال	۳۸	بدون دلیل مشخص	۳۰
بدون دلیل مشخص	۳۳	روش طبیعی پیشگیری از بارداری	۲۹

برای بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی متغیرهای مختلف برای انجام تست پاپ اسمیر با استفاده از آنالیز رگرسیون، مشخص گردید متغیرهای سن، سطح سواد، آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مجموع، $30/8\%$ واریانس رفتار انجام تست را توضیح می‌دهند. در بین این متغیرها پیشگویی‌کنندگی متغیرهای سن، سطح سواد، آگاهی، منافع و حساسیت درک‌شده معنی‌دار بود، و

متغیرهای منافع و حساسیت درک‌شده بیشترین میزان پیشگویی‌کنندگی را داشتند. همچنین متغیرهای موانع درک‌شده، آگاهی، شدت درک‌شده، سن و سطح سواد در رتبه‌های بعدی بودند. مهم‌ترین موانع انجام تست از نظر شرکت‌کنندگان این مطالعه ترس از نتیجه آزمایش، باورهای نادرست درباره سلامت، بیماری و دشواری انجام تست ذکر شد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: توزیع افراد مورد پژوهش براساس نمره سؤالات موانع درک‌شده

پاسخ‌ها	کاملاً موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	کاملاً مخالف
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سؤالات موانع درک‌شده					
نمونه‌برداری برایم سخت است و کلاً از هر نوع معاینه بدم می‌آید	۴۲ (۱۶)	۸۶ (۳۲)	۴۷ (۱۸)	۵۶ (۲۱)	۳۴ (۱۳)
وقت برای آزمایش پاپ اسمیر ندارم	۱۹ (۷)	۳۵ (۱۳)	۳۶ (۱۴)	۹۹ (۳۷)	۷۶ (۲۹)
در صورت ابتلا به سرطان دهانه رحم ترجیح می‌دهم از آن بی‌خبر باشم	۸۷ (۳۳)	۸۴ (۳۲)	۳۵ (۱۳)	۳۶ (۱۴)	۲۳ (۸)
ابتلا به بیماری و سرطان نتیجه قضا و قدر الهی است	۶۳ (۲۴)	۷۶ (۲۹)	۴۲ (۱۶)	۷۰ (۲۶)	۱۴ (۵)
من آزمایش پاپ اسمیر را انجام نمی‌دهم چون می‌ترسم نتیجه آن مثبت باشد	۷۴ (۲۸)	۹۱ (۳۳)	۳۴ (۱۳)	۳۷ (۱۴)	۲۹ (۱۲)
در مورد کارآیی تست پاپ اسمیر برای تشخیص و پیشگیری از سرطان دهانه رحم تردید دارم	۱۸ (۷)	۳۹ (۱۵)	۵۱ (۱۹)	۹۴ (۳۵)	۶۳ (۲۴)

بحث

در پژوهش حاضر بیشتر به بررسی رابطه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با انجام آزمون پاپ اسمیر پرداخته شد و طبق نتایج مشخص گردید سازه‌های فوق به همراه متغیرهای سن، سطح تحصیلات و آگاهی در مجموع، ۸/۳۰٪ واریانس رفتار انجام تست را توضیح می‌دهند، که این یافته با مطالعه مظلومی روی بیماران دیابتی که سازه‌های مدل قادر به تبیین ۲/۲۸٪ از واریانس رفتار خودمراقبتی بودند، مطابقت داشت (۱۳). در مطالعه کریمی نیز سازه‌های مدل، ۵/۳۸٪ از پراکندگی مشاهده‌شده در رفتار خودآزمایی پستان را نشان دادند (۱۴). براساس بررسی Cooper و همکارانش، مدل اعتقاد بهداشتی برای ارزیابی رفتارهای غربالگری در میان آسیایی‌ها کاربرد بیشتری نسبت به سایر مدل‌ها دارد؛ چون رابطه مثبتی بین تعدادی از سازه‌های این مدل و رفتار مورد نظر مشاهده می‌شود (۱۵). در پژوهش حاضر، ۲۶٪ نمونه‌ها سابقه انجام تست داشتند که این میزان پایین را می‌توان با بررسی میانگین نمره‌های به دست آمده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی توضیح داد. همچنین در قسمت منافع درک‌شده نسبت به انجام تست که مهم‌ترین پیشگویی‌کننده برای انجام تست پاپ اسمیر در واحدهای پژوهش بود؛ میانگین نمره افراد با سابقه انجام تست ۱۵ و افراد بدون سابقه ۹ از ۲۴ به دست آمد. این مسئله می‌تواند بیانگر اهمیت درک افراد از منافع یک برنامه و روش غربالگری جهت استفاده از آن باشد، و در جلب مشارکت افراد برای شرکت در برنامه‌های غربالگری از این دست، باید مورد توجه قرار گیرد. در بررسی دلایل انجام یا عدم انجام تست نیز ۶۴٪ از نمونه‌ها دلیل انجام تست را تشخیص زودرس و به موقع مشکلات رحم ذکر کردند. با نگاه تحلیلی به یافته‌های بخش منافع درک‌شده، از مهم‌ترین آنها به ترتیب اهمیت می‌توان به نقش پاپ اسمیر در تشخیص زودرس و درمان به موقع سرطان دهانه رحم، سادگی و راحتی انجام تست و اطلاع فرد از وضعیت سلامتی خود اشاره نمود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میانگین نمره موانع درک‌شده در افراد بدون سابقه تست، بالاتر از افراد با سابقه انجام تست است و در افراد بدون سابقه تست، موانع درک‌شده همچون ترس از نتیجه آزمایش، نسبت دادن سلامت و بیماری به قضا و قدرالهی، باورهای نادرست درباره دشواری انجام تست و عدم اطمینان در مؤثر بودن تست برای تشخیص بیماری، از دلایل مهم

عدم انجام تست بوده است. مطالعه Maaita در اردن (۱۶)، Holroyd در چین (۱۷) و نیز مطالعه Fernandez در زنان مکزیک - آمریکایی (۱۸) نشان داد ترس از نتیجه آزمایش و اعتقاد به عدم درمان‌پذیری سرطان می‌تواند به عنوان موانع اصلی انجام تست پاپ اسمیر باشد. یافته‌های مطالعه حاضر در رابطه با ارتباط بین منافع و موانع درک‌شده با انجام تست پاپ اسمیر با مطالعه الهوردی‌پور در زنان ایرانی (۱۹)، مطالعه Wong در زنان مالزی (۲۰)، مطالعه Mandelblatt در زنان آمریکایی (۲۱) و مطالعه Markovic در صربستان (۲۲) مطابقت داشت، همچنین با مطالعات انجام‌شده توسط Sang Leng Trieu که به بررسی دلایل انجام تست HIV در دانشجویان دختر آمریکایی با مدل HBM (۱۱) پرداخته بود، لمیعان در زنان ایرانی برای انجام خودآزمایی سینه (۲۳) و بررسی ارتباط سازه‌های مدل با فعالیت فیزیکی در دانشجویان توسط Ratanasuwan در تایلند (۲۴)، همخوانی داشت. براساس مدل اعتقاد بهداشتی، فردی که به سطح مطلوبی از باورهایش در مورد حساسیت و شدت درک‌شده رسیده باشد؛ لزوماً هر توصیه سلامتی را نمی‌پذیرد مگر اینکه منافع بالقوه آن رفتار سلامتی در مقابل موانع توسط فرد به‌خوبی درک‌شده باشد (۱۴). در پژوهش حاضر مهم‌ترین دلیل عدم انجام تست مستعد نبودن برای ابتلا و به عبارتی، حساسیت درک‌شده پایین بود؛ به‌طوری که میانگین نمره حساسیت درک‌شده نسبت به سرطان دهانه رحم ۸/۷۲ از ۲۰ برآورد شد که نشان‌دهنده حساسیت درک‌شده پایین در واحدهای پژوهش می‌باشد. با نگاه تحلیلی به یافته‌های این بخش مشاهده می‌شود که تنها ۱۱٪ از افراد مورد بررسی خود را در معرض خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم می‌دیدند و بقیه نمونه‌ها به دلایلی همچون جوان بودن و عدم استفاده از روش‌های هورمونی پیشگیری از بارداری خود را در معرض خطر نمی‌دانستند. در این پژوهش حساسیت درک‌شده بعد از منافع درک‌شده، به عنوان مهم‌ترین عامل پیشگویی‌کننده در انجام تست پاپ اسمیر گزارش شد که این مسئله بایستی در برنامه‌ریزی‌های آموزشی و مشاوره برای تست مدنظر قرار گیرد. محققین معتقدند برای ایجاد انگیزه در افراد برای اقدام به عمل بهداشتی خاص، شخص بایستی بداند مستعد تأثیرپذیری از نیروی ناراحت‌کننده بوده و یا هم‌اکنون تحت تأثیر آن قرار گرفته است (۱۲)، آموزشگران بهداشت باید به‌وسیله تشریح احتمال بروز

زنان چینی (۱۷) همخوانی نداشت. میانگین نمره آگاهی ۷/۴۱ از ۱۲؛ نشان‌دهنده آگاهی نسبتاً خوب واحدهای پژوهش بود، ولی بین آگاهی با سن و سطح سواد افراد مورد بررسی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد، که این نتیجه با یافته‌های پژوهش تابشیان در اصفهان مطابقت داشت (۴)، اما با یافته‌های پژوهش خجسته در زاهدان (۳۲) که نشان داد بین سطح تحصیلات و آگاهی از پاپ اسمیر رابطه معنی‌داری وجود دارد، مطابقت نداشت. در مطالعه Lee بر روی زنان آمریکایی - کره‌ای (۳۳) و مطالعه Wong مالزی (۱)، میزان آگاهی زنان در مورد پاپ اسمیر پایین بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش و رابطه مثبت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با انجام تست پاپ اسمیر، بایستی در تهیه، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی، علاوه بر افزایش سطح آگاهی؛ به عواملی همچون افزایش حساسیت و منافع درک‌شده نسبت به انجام تست پاپ اسمیر و کاهش باورهای نادرست در رابطه با سرطان که به‌عنوان مانعی در راه انجام تست پاپ اسمیر در زنان می‌باشد، اقدام نمود.

عواقب منفی و جلوه دادن خطرات برای مددجویان اقدام به ایجاد حساسیت درک‌شده نمایند (۱۲). در این پژوهش، میانگین نمره شدت درک‌شده در افراد با سابقه انجام تست، بالاتر از افراد بدون سابقه بود، و ۹۱٪ نمونه‌ها سرطان دهانه رحم را غیرقابل درمان و ۷۹٪ تشخیص آن را معادل مرگ می‌دانستند، این باورها بایستی در برنامه‌های آموزشی و مشاوره برای انجام تست مدنظر قرار گیرد؛ چراکه این باورها سبب ایجاد ترس و اضطراب در افراد برای شرکت در برنامه‌های غربالگری می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با ارتباط سازه‌های حساسیت و شدت درک‌شده با انجام تست پاپ اسمیر با مطالعات Abotchie در میان زنان غنایی (۲۵)، Burak در دانشجویان آمریکایی (۲۶)، Barata در کانادا (۲۷) و یخ‌فروش‌ها در قزوین (۱۰) مطابقت داشت. همچنین ارتباط سازه‌های حساسیت و شدت درک‌شده با سایر رفتارهای بهداشتی در مطالعات کریمی با بررسی رفتار خودآزمایی سینه در زنان (۲۸)، Sang Leng Trieu با بررسی انجام تست HIV در دانشجویان دختر (۱۱) و مطالعه هات‌ف‌نیا با انجام ماموگرافی (۲۹) نیز مشاهده گردید. در این مطالعه افراد با سابقه انجام تست نمره آگاهی بالاتری داشتند که این یافته با مطالعات اله‌وردی‌پور (۱۹) و یخ‌فروش‌ها (۱۰) در زنان ایرانی، مطالعه Selvin (۳۰) و Katz (۳۱) در زنان آمریکایی همخوانی داشت، اما با مطالعه Holroyd

References:

1. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Knowledge and Awareness of Cervical Cancer and Screening Among Malaysian Women Who Have Never Had a Pap Smear: A Qualitative Study. Singapore Med J 2009;50(1):49-53.
2. Janicek MF, Averette HE. Cervical Cancer: Prevention, Diagnosis and Therapeutics. CA Cancer J Clin 2001;51(2):92-114.
3. Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical Cancer Screening Among Immigrants and Ethnic Minorities: A Systematic Review Using the Health Belief Model. J Low Genit Tract Dis 2008;12(3):232-41.
4. Tabeshian A, Firoozeh F. The Effect of Health Education on Performing Pap Smear Test for Prevention of Cervix Cancer in Teachers of Esfahan City. J Azad University Tehran Med Branch 2009;19(1):35-40. [Full Text in Persian]
5. Farimani M, Anvari N. Evaluating the Causes of Low Quality of Pap Smear in Hamadan Province. J Kermanshah University Med Sci (Behbood) 2003;6(2):52-57. [Full Text in Persian]
6. World Health Organization. Cervical Cancer Screening Programmed Managerial Guidelines. Geneva: WHO; 2006.
7. Coughlin SS, King J, Richards TB, Ekwueme DU. Cervical Cancer Screening among Women in Metropolitan Areas of the United States by Individual-Level and Area-Based Measures of Socioeconomic Status, 2000 to 2002. Cancer Epidemiol Biomarkers Prevent 2006;15(11):2154-2159.
8. Alam M, Mohammad Alizadeh S, Aflatoonian MR, Azizzadeh M. Knowledge, Attitude and Practice of Behvarzes Working in Healthcare. J Hormozgan University Medi Sci 2007;10(4):379-386. [Full Text in Persian]
9. Beckmann C, Ling F, Herbert W, Laube D, Smith R, Barzasky B. Obstetrics and Gynecology. 13th ed. Baltimor: Williams & Wilkins; 2000.
10. Yakhforousha A, Solhi A, Ebadienza F. The Effect of Health Education Via Health Belief Model on Knowledge and Attitude of Healthy Volunteers About Pap Smear in Urban Centers Gazvin. J Nurs Midwif 2008;18(63):24-31. [Full Text in Persian]

11. Trieu SL, Modeste NN, Marshak HH, Males MA, Bratton SI. Factors Associated with the Decision to Obtain an HIV Test among Chinese/Chinese American Community College Women in Northern California. *Califor J Health Promo* 2008;6(1):111-127.
12. Karimy M, Heidarnia AR, Ghofranipour GH. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of AIDS in Addict in Zarandieh. *J Gilan Univ Med Sci* 2009;18(70):64-73. [Full Text in Persian]
13. Mazloomi MS, Mehri A, Morowatisharifabad MA. The Relationship of Health Behavior with Self-esteem and Self-efficacy in Students of Yazd Shahid Sadooghi University of Medical Sciences. *Strides Develop Med Educat* 2006;3(2):111-117. [Full Text in Persian]
14. Karimy M, Niknami SH, Amin Shokravi F, Shamsi M. The Relationship of Breast Self-examination with Self-esteem and Perceived Benefits/Barriers of Self-efficacy in Health Volunteers of Zarandieh City. *Iranian J Breast Disease* 2010;2(2):41-48. [Full Text in Persian]
15. Cooper M, Loue S, Lloyd LS. Perceived Susceptibility to HIV Infection among Asian and Pacific Islander Women in San Diego. *J Health Care Poor Underserved* 2001;12(2):208-223.
16. Maaita M, Barakat M. Jordanian Women's Attitudes Towards Cervical Screening and Cervical Cancer. *J Obstet Gynaecol* 2002;22(4):421-2.
17. Holroyd E, Twinn S, Adab P. Social-cultural Influences on Chinese Women's Attendance for Cervical Screening. *J Adv Nurs* 2004;46(1):42-52.
18. Fernandez-Esquer ME, Espinoza P, Ramirez AG, Mcalister AL. Repeated Pap Smear Screening Among Mexican-American Women. *Health Edu Res* 2003;18(4):477-87.
19. Allahverdipour H, Emami A. Perceptions of Cervical Cancer Threat, Benefits, and Barriers of Papanicolaou Smear Screening Programs for Women in Iran. *Women Health* 2008;47(3):23-37.
20. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Cervical Cancer Screening Attitudes and Beliefs of Malaysian Women Who Have Never Had a Pap Smear: A Qualitative Study. *Int J Behav Med* 2008;15(4):289-92.
21. Mandelblatt JS, Yabroff KR. Breast and Cervical Cancer Screening for Older Women: Recommendations and Challenges for the 21st Century. *J Am Med Womens Assoc* 2000;55(4):210-215.
22. Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to Cervical Cancer Screening: A Qualitative Study with Women in Serbia. *Soc Sci Med* 2005;61(12):2528-35.
23. Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, Aguilar-Vafaie ME. Barriers to and Factors Facilitating Breast Cancer Screening Among Iranian Women: A Qualitative Study. *East Mediterr Health* 2007;13(5):1160-9.
24. Ratanasuwan T, Indharapakdi S, Promrer R, Komolviphat T, Thanamai Y. Health Belief Model About Diabetes Mellitus in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2005;88(5):623-30.
25. Abotchie PN, Shokar NK. Cervical Cancer Screening Among College Students in Ghana: Knowledge and Health Beliefs. *Int J Gynecol Cancer* 2009;19(3):412-416.
26. Burak LJ, Meyer M. Using the Health Belief Model to Examine and Predict College Women's Cervical Cancer Screening Beliefs and Behavior. *Health Care Women Int* 1997;18(3):251-62.
27. Barata PC, Mai V, Howlett R, Gagliardi AR, Stewart DE. Discussions About Self-obtained Samples for HPV Testing as an Alternative for Cervical Cancer Prevention. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008 Dec; 29(4):251-7.
28. Karimy M, Hasani M, Khorram R, Ghafari M, Niknami Sh. The Effect of Education Based on of Health Belief Model on Breast Self Examination in the Health Volunteers in Zarandieh. *Zahedan J Res Med Sci* 2008;10(4):79-87. [Full Text in Persian]
29. Hatefnia E, Niknami Sh, Mahmoodi M, Ghofranipour Gh, Lamyian M. The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Mammography and Breast Cancer. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2010;14(1):42-50.
30. Selvin E, Brett K. Breast and Cervical Cancer Screening: Socio Demographic Predictors Among White, Black, and Hispanic Women. *Am J Public Health* 2003;93(4):618-23.
31. Katz S, Hofer T. Socioeconomic Disparities in Preventive Care Persist Despite Universal Coverage: Breast and Cervical Cancer Screening in Ontario and the United States. *JAMA* 1994;272(7):530.
32. Khojasteh F. Knowledge, Attitude and Practice of Women's About Pap Smear& Cervix Cancer in Urban Centers Zahedan. *J Ahvaz Univ Med Sci* 2004;41(4):2-9. [Full Text in Persian]
33. Lee M. Knowledge, Barriers, and Motivators Related to Cervical Cancer Screening Among Korean-American Women: A Focus Group Approach. *Cancer Nurs* 2000;23(3):168-75.