

بررسی وضعیت انجام تست پاپ اسمیر و عوامل مؤثر بر آن بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم

سیامک محبی^{۱*}، غلامرضا شریفی راد^۱، ذبیح اله قارلی پور^۱، عزیز کامران^۲

^۱ دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲ دکتری تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

* نویسنده مسئول: دکتر سیامک محبی، قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، دانشکده بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت. تلفن: ۰۲۵۳۷۸۳۵۵۲۲، ایمیل: smohebi@muq.ac.ir

DOI: 10.21859/jech-02044

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۸/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۹/۳۰

واژگان کلیدی:

پاپ اسمیر

سرطان دهانه رحم

زنان

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: پاپ اسمیر یک آزمایش غربالگری برای تشخیص سرطان دهانه رحم در زنان بظاهر سالم محسوب شده و مشخص گردیده تا ۶۰ درصد مرگ ناشی از سرطان سرویکس با غربالگری از طریق این آزمون قابل پیشگیری می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت انجام تست پاپ اسمیر و عوامل مؤثر بر آن بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی ۳۲۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم در سال ۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق‌ساخته روا و پایا استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد.

یافته‌ها: ۱۱/۲۵ درصد بطور منظم از تست پاپ اسمیر بهره گرفته و ۵۱/۸۷ درصد بطور نامنظم در غربالگری سرطان دهانه رحم شرکت کرده بودند و ۳۶/۸۸ درصد هیچگاه از این تست استفاده نکرده بودند. نتایج نشان داد که در میانگین نمرات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب وضعیت استفاده از تست پاپ اسمیر اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه نمونه‌ها سرطان دهانه رحم را بیماری وخیمی تلقی نمی‌کردند و حتی زنانی که خود را آسیب‌پذیر احساس می‌کردند سعی می‌نمودند آن را مخفی نگه دارند لذا در عین اینکه حساسیت درک شده و شدت درک شده از خطر عارضه در آنان کم بود موانع بیشتری را نیز درک می‌کردند و به همین دلیل میزان استفاده از تست پاپ اسمیر نامطلوب بود.

مقدمه

که ۳۴/۲ درصد کل سرطان‌های زنان در کشور مربوط به این سرطان است [۵]. سرطان دهانه رحم به دلیل دارا بودن یک دوره طولانی قبل از تهاجم، در دسترس بودن برنامه غربالگری مناسب و درمان مؤثر ضایعات اولیه، به عنوان یک سرطان قابل پیشگیری شناخته شده است. این سرطان در مراحل اولیه کاملاً بدون علامت بوده و تنها با بررسی سلول‌های ریزش کرده از دهانه رحم قابل تشخیص است [۶].

در این بین، تست پاپ اسمیر از جمله مؤثرترین و کم هزینه‌ترین آزمون‌هایی است که برای غربالگری بیماری‌ها و سرطان دهانه رحم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در غیاب آزمایش پاپ اسمیر، ضایعات تنها با بیوپسی در بررسی کولپوسکوپی قابل تشخیص می‌باشد، اما از آنجایی که تمام زنان یک جامعه را نمی‌توان برای بیوپسی و بررسی

سرطان دهانه رحم سومین علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان ژنیکولوژی در زنان آمریکا در سال ۲۰۱۱ بوده [۱] و طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال‌های اخیر، سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع دستگاه تناسلی زنان می‌باشد و سالانه حدود نیم میلیون مورد جدید بیماری در جهان شناسایی می‌شود که در این میان بیش از نیمی از مبتلایان جان خود را از دست می‌دهند [۲]. بروز این سرطان در آسیا نسبت به دیگر مناطق بالاتر بوده و ۸۰ درصد از مبتلایان به این سرطان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند [۳]. طبق مطالعات انجام شده در ایران، بروز این سرطان ۴/۵ در صد هزار نفر در سال گزارش شده که نشان دهنده اهمیت سرطان دهانه رحم در بین سرطان‌های زنان در ایران است [۴]. به طوری

کننده مبتنی بر اعتقادات شخص است) اقدام به تعیین وضعیت انجام تست پاپ اسمیر و عوامل مؤثر بر آن در بین زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی بود که جامعه آماری آن شامل کلیه زنان ساکن شهر قم در سال ۱۳۹۳ بود. در این مطالعه ۳۲۰ از بین زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی یا پایگاه‌های بهداشتی شهر قم که دارای پرونده بهداشتی بودند، انتخاب شدند. این میزان با توجه به فرمول برآورد حجم نمونه در مطالعات توصیفی با سطح اطمینان ۹۵ درصد، دقت ۰/۰۵ و شیوع استفاده از تست پاپ اسمیر ۳۰ درصد بر اساس مطالعه مشابه [۱۹] مورد نظر قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی بودن، سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، ازدواج کرده اعم از همسر دار، همسر فوت شده، یا از همسر جدا شده بود و در صورت ابتلا زنان به سرطان دهانه رحم یا عدم تمایل به همکاری و پاسخگویی به سؤالات وارد مطالعه نمی‌شدند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق، تصادفی چند مرحله‌ای بود. بدین منظور هر مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه بهداشتی شهری (۴۰ مرکز و پایگاه) به عنوان طبقه در نظر گرفته شد. سپس با توجه به تعداد خانوارهای تحت پوشش با توجه به نسبت هر کدام تعداد نمونه‌ها از هر یک به صورت تصادفی ساده از بین زنان دارای پرونده بهداشتی انتخاب شدند. این موضوع با توجه به اهمیت حضور نمونه‌ها از تمام مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های بهداشتی صورت گرفت.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. بدین منظور بعد از مطالعه و جستجوی گسترده اینترنتی، بانک سؤالات آماده شد و پرسشنامه اولیه به دست آمد و بعد از تأیید روایی و پایایی آن مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه مشتمل بر ۷ قسمت شامل مشخصات جمعیت‌شناختی، سؤالات آگاهی (۱۴ سؤال)، سؤالات مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی شامل حساسیت درک شده (۵ سؤال)، شدت درک شده (۵ سؤال)، منافع درک شده (۴ سؤال)، موانع درک شده (۵ سؤال)، راهنمای عمل (۸ سؤال) بود. با توجه به تعداد سؤالات هر سازه و نمرات قابل اکتساب هر بخش نحوه طبقه بندی نمرات سازه‌های مورد بررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

کولیوسکوپی به درمانگاه فرخواند و از آنجایی که روش‌های تشخیصی دیگر علاوه بر وقت گیر بودن و پرهزینه بودن، نیاز به تخصصی بالایی دارند، لذا آزمایش پاپ اسمیر به عنوان یک روش غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان جوامع مختلف پیشنهاد شده و مورد تأیید قرار گرفته است [۷]. پروتکل پیشنهادی قابل قبول برای غربالگری سرطان دهانه رحم توسط انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۲ انجام پاپ اسمیر هر سه سال یک بار در زنان ۲۱ تا ۶۵ ساله می‌باشد و بر اساس پروتکل کشوری ما نیز همه زنان بالای ۲۰ سال که حداقل یک بار ازدواج کرده‌اند باید تحت پوشش پاپ اسمیر قرار بگیرند [۸]. با این حال تخمین زده می‌شود که فقط ۵ درصد از زنان کشورهای در حال توسعه در برنامه‌های غربالگری آزمون پاپ اسمیر شرکت می‌کنند در حالی که این میزان در ایالات متحده آمریکا حدود ۹۰ درصد است [۹]. پژوهش‌های به عمل آمده در ایران و سایر کشورها گویای این مطلب می‌باشد که عوامل متعدد فرهنگی، احساسی و عملی بر انجام آزمایش‌های غربالگری و تکرار آن در فواصل زمانی استاندارد تأثیرگذار هستند [۱۰]. لذا با وجود در دسترس بودن برنامه‌های غربالگری و اثربخشی مطلوب آزمون‌ها، میزان مراجعه زنان به مراکز بهداشتی درمانی جهت انجام تست پاپ اسمیر مطلوب نیست [۱۱-۱۳].

مطالعات در نقاط مختلف جهان (نیجریه، عربستان سعودی، کنیا) نشان داده‌اند که با وجود آگاهی زنان در خصوص پاپ اسمیر، تعداد معدودی از افراد این تست را انجام می‌دهند [۱۴-۱۶]. پژوهش‌های به عمل آمده گویای این مطلب است که علل عدم مراجعه زنان جهت انجام این آزمون می‌تواند شامل عدم آگاهی از لزوم انجام آزمون، عدم توصیه پزشک، استرس، خجالت، درد در زمان انجام آزمون، هزینه آزمون، عدم دسترسی به مراکز انجام آن، عدم راحتی در حین انجام آزمون، رفتارهای غیراخلاقی مراقبان بهداشتی، عدم رعایت حریم خصوصی و ترس از مثبت بودن جواب آزمون و تهاجمی بودن روش‌های پیگیری در صورت مثبت بودن آزمون باشد [۱۷، ۱۸].

حال با توجه به اهمیت موضوع و با عنایت به این نکته که رفتار انسان متأثر از عوامل متعدد و مختلف فردی، اجتماعی و غیره می‌باشد، این مطالعه با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی (یکی از مدل‌های مطالعه رفتار که رابطه بین اعتقادات بهداشتی و رفتار بهداشتی را نشان می‌دهد و بر این فرضیه استوار است که رفتار پیشگیری

جدول ۱: نمرات قابل اکتساب و نحوه طبقه بندی نمرات آگاهی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

سازه‌ها	نمره قابل اکتساب	خوب	متوسط	ضعیف
آگاهی	۰-۱۴	۹/۲-۱۴	۴/۶-۹/۲	۰-۴/۶
حساسیت درک شده	۵-۲۰	۱۵-۲۰	۱۰-۱۵	۵-۱۰
شدت درک شده	۵-۲۰	۱۵-۲۰	۱۰-۱۵	۵-۱۰
منافع درک شده	۵-۲۰	۱۵-۲۰	۱۰-۱۵	۵-۱۰
موانع درک شده	۵-۲۰	۵-۱۰	۱۰-۱۵	۱۵-۲۰
راهنمای عمل	۸-۳۲	۲۴-۳۲	۱۶-۲۴	۸-۱۶

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص استفاده از تست پاپ اسمیر در نمونه‌های مورد بررسی

سازه‌ها	میانگین	انحراف معیار	خوب	متوسط	ضعیف
آگاهی	۶/۵۸	۲/۱۸	۵۲ (۱۶/۲۵)	۱۷۱ (۵۳/۴۴)	۹۷ (۳۰/۳۱)
حساسیت درک شده	۱۱/۱۸	۳/۲۴	۶۷ (۲۰/۹۴)	۱۶۸ (۵۲/۵۰)	۸۵ (۲۶/۵۶)
شدت درک شده	۱۲/۰۲	۳/۰۹	۱۰۵ (۳۲/۸۱)	۱۷۰ (۵۳/۱۳)	۴۵ (۱۴/۰۶)
منافع درک شده	۱۳/۱۰	۲/۲۳	۹۷ (۳۰/۳۱)	۱۶۲ (۵۰/۶۳)	۶۱ (۱۹/۰۶)
موانع درک شده	۱۵/۰۲	۳/۱۹	۳۵ (۱۰/۹۴)	۱۳۵ (۴۲/۱۸)	۱۵۰ (۴۶/۸۸)
راهنمای عمل	۱۹/۲۷	۵/۶۴	۷۳ (۲۲/۸۱)	۱۲۹ (۴۰/۳۱)	۱۱۸ (۳۶/۸۸)

اطلاعات در جدول به صورت فراوانی (درصد) بیان شده است.

معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل قرار گرفت. استفاده از آزمون‌های آماری پارامتریک این مطالعه با توجه به نرمال بودن داده‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌ها $۸/۷۱ \pm ۳۳/۷۴$ سال و با حداقل سن ۱۹ سال و حداکثر سن ۵۶ سال بود. ۲/۱۸ درصد (۷ نفر) بیسواد، ۶/۵۶ درصد (۲۱ نفر) دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۵/۹۴ درصد (۸۳ نفر) دارای تحصیلات راهنمایی، ۴۰/۹۴ درصد (۱۳۱ نفر) دارای تحصیلات متوسطه و ۲۴/۳۸ درصد (۷۸ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۳۴/۶۹ درصد (۱۱۱ نفر) آنان شاغل و مابقی یعنی ۶۵/۳۱ درصد (۲۰۹ نفر) خانه‌دار بودند. ۱۵/۹۴ درصد (۵۱ نفر) بدون فرزند، ۴۰ درصد (۱۲۸ نفر) دارای یک فرزند، ۲۶/۸۷ درصد (۸۶ نفر) دارای دو فرزند و ۱۷/۱۹ درصد (۵۵ نفر) بیش از دو فرزند داشتند.

شاخص‌های توصیفی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص استفاده از آزمایش پاپ اسمیر در نمونه‌های مورد بررسی در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین نتایج نشان داد که ۱۱/۲۵ درصد (۳۶ نفر) به طور منظم از تست پاپ

جهت بررسی روایی آن از پانل خبرگان استفاده گردید. لذا پرسشنامه از لحاظ صوری و محتوایی مورد تأیید ۵ نفر از اعضای هیأت علمی گروه بهداشت عمومی و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم قرار گرفت. جهت پایایی ابزار نیز از روش همسانی درونی استفاده شد. بدین منظور با توجه به تکمیل پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از زنان با مشخصات مشابه نمونه‌های مورد مطالعه ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ سؤالات آگاهی ۰/۷۲، حساسیت درک شده ۰/۷۹، شدت درک شده، ۰/۸۱، منافع درک شده ۰/۷۸، موانع درک شده ۰/۷۶ و راهنمای عمل ۰/۷۷ برای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به دست آمد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، نمونه‌ها با اطلاع کامل از اهداف پژوهش و با رضایت کامل وارد مطالعه شدند و ضمن محرمانه ماندن اطلاعات گردآوری شده نزد تیم تحقیق، مشخصات فردی آنان نیز درج نگردید. در نهایت داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ توسط شاخص‌های آمار مرکزی و نیز توزیع فراوانی و همچنین آزمون‌های آنالیز واریانس یکطرفه، تعقیبی توکی، ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون لجستیک در سطح

اسمیر استفاده کرده بودند و ۵۱/۸۷ درصد (۱۶۶ نفر) به طور نامنظم در برنامه‌های غربالگری سرطان دهانه رحم شرکت کرده بودند و ۳۶/۸۸ درصد (۱۱۸ نفر) هیچ‌گاه از این تست استفاده نکرده بودند.

نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه در جدول ۳ نشان داد که در میانگین نمرات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب وضعیت استفاده از تست پاپ اسمیر اختلاف معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میانگین سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و راهنمای عمل در زنانی که به طور منظم پاپ اسمیر انجام می‌دادند بیشتر از دو گروه دیگر و همچنین میانگین سازه‌های مذکور در زنانی که به طور نامنظم پاپ اسمیر می‌کردند بیشتر از زنانی بود که پاپ اسمیر انجام نداده بودند. همچنین این آزمون در خصوص موانع درک شده نشان داد که موانع درک شده زنانی که به طور منظم در برنامه‌های غربالگری پاپ اسمیر شرکت می‌کردند کمتر از دو گروه دیگر بود و موانع درک شده زنانی که پاپ اسمیر انجام نداده بودند به طور معنی‌داری بیشتر از دو گروه دیگر بود. آزمون توکی نشان داد که آگاهی زنان با پاپ اسمیر منظم به طور معنی‌داری بیشتر از زنان با غربالگری نامنظم و نیز عدم غربالگری بود.

نتایج جدول ۴ نشان داد که بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتار استفاده از آزمایش پاپ اسمیر همبستگی معنی‌داری وجود دارد که البته این همبستگی بین موانع درک شده و رفتار معکوس بود ($P < 0/05$). بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون سازه‌های موانع درک شده و حساسیت درک شده به طور معنی‌داری انجام تست پاپ اسمیر را پیش‌بینی می‌نمودند ($P = 0/008$ ، $\beta = 0/148$ ، $P = 0/024$ و $\beta = 0/106$).

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی بر حسب وضعیت استفاده از تست پاپ اسمیر				
سطح معنی‌داری	عدم غربالگری	غربالگری نامنظم	غربالگری منظم	آگاهی
$< 0/001$				میانگین
	۵/۳۲	۶/۱۱	۸/۳۱	انحراف معیار
	۲/۳۵	۱/۸۹	۱/۳۴	حساسیت درک شده
$< 0/001$				میانگین
	۸/۳۱	۱۱/۰۱	۱۴/۲۲	انحراف معیار
	۳/۸۵	۲/۲۹	۲/۲۲	شدت درک شده
$< 0/001$				میانگین
	۱۰/۰۱	۱۲/۰۰	۱۴/۰۵	انحراف معیار
	۲/۲۵	۲/۹۱	۳/۱۱	منافع درک شده
۰/۰۰۶				میانگین
	۱۱/۹۹	۱۳/۲۰	۱۴/۱۱	انحراف معیار
	۲/۱۱	۲/۲۵	۲/۴۸	موانع درک شده
$< 0/001$				میانگین
	۱۷/۰۴	۱۵/۳۱	۱۲/۷۱	انحراف معیار
	۳/۳۵	۲/۹۶	۲/۵۱	راهنمای عمل
$< 0/001$				میانگین
	۱۵/۱۲	۱۸/۲۱	۲۴/۴۸	انحراف معیار
	۵/۶۶	۳/۶۲	۴/۳۱	

جدول ۴: ماتریس همبستگی آگاهی، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار نسبت به انجام تست پاپ اسمیر							
سازه‌های مدل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. آگاهی	-	۰/۱۵۶*	۰/۱۲۳*	۰/۰۶۹*	-۰/۳۱۷**	۰/۱۰۷*	۰/۱۲۳*
۲. حساسیت درک شده	-	-	-۰/۱۱۱**	۰/۱۰۸*	-۰/۱۲۶**	۰/۱۱۸*	۰/۱۴۴*
۳. شدت درک شده	-	-	-	-۰/۱۳۱*	۰/۲۲۱**	۰/۱۳۳*	۰/۱۳۸*
۴. منافع درک شده	-	-	-	-	-۰/۱۴۸*	۰/۶۱۱*	۰/۱۰۶*
۵. موانع درک شده	-	-	-	-	-	-۰/۱۶۶*	-۰/۲۹۷**
۶. راهنمای عمل	-	-	-	-	-	-	۰/۱۲۲*
۷. رفتار	-	-	-	-	-	-	-

بحث

سرطان سرویکس کاهش قابل توجهی یافته است [۲۷] و تفاوت میزان مرگ و میر ناشی از سرطان سرویکس بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ناشی از انجام یا عدم انجام تست پاپ اسمیر می‌باشد. البته لازم به ذکر است که عدم انجام منظم غربالگری سرطان سرویکس خطر افزایش دو تا شش برابری ایجاد سرطان دهانه رحم را در بر دارد [۲۸].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آگاهی زنان مورد مطالعه در خصوص تست پاپ اسمیر در وضعیت مطلوبی قرار نداشت، به طوری که بیش از نیمی از زنان آگاهی متوسط و یک سوم نیز، آگاهی ضعیفی در این خصوص داشتند. مشابه این وضعیت در مطالعات Getahun [۲۹]، مروتی [۳۰]، نامدار [۲۱] و زارعی [۳۱] هم گزارش شده است. در مطالعه صدیقی [۳۲] نیز میزان آگاهی زنان در این خصوص اندک بود و ۳۸ درصد آنان با آزمون پاپ اسمیر آشنایی نداشتند. در مطالعه کشاورزبان [۳۳] هم مشخص شد که حدود ۶۱ درصد زنان در مورد سرطان دهانه رحم و آزمون پاپ اسمیر آگاهی نداشتند. پایین بودن آگاهی زنان در این رابطه می‌تواند بیانگر این واقعیت باشد که در کشورمان برنامه آموزشی جامعی در جهت اطلاع رسانی در خصوص سرطان دهانه رحم و تست پاپ اسمیر وجود ندارد. در سال‌های گذشته برنامه آموزش استفاده از تست پاپ اسمیر جزء مراقبت‌های روتین سلامت زنان محسوب می‌شد، ولی با توجه به برخی عوامل از جمله مسائل اقتصادی، در حال حاضر نظام مراقبت سلامت مادران پروتکل نظارتی در این زمینه را ندارد و پایین بودن آگاهی می‌تواند مرتبط با این موضوع باشد.

این مطالعه نشان داد که وضعیت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص انجام تست پاپ اسمیر در شرایط

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این واقعیت بود که درصد قابل توجهی (بیش از یک سوم) زنان تحت مطالعه در برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم شرکت نکرده بودند و بیش از نیمی هم به طور نامنظم از تست پاپ اسمیر استفاده کرده بودند و تنها درصد کوچکی از آنان به طور منظم (هر سه سال یکبار) برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم را از طریق آزمون پاپ اسمیر دنبال می‌کردند. به هر حال نتایج مطالعات دیگر در کشورمان حاکی از آن است که وضعیت غربالگری سرطان دهانه رحم از طریق پاپ اسمیر مطلوب نیست به طوری که در مطالعه انجذاب [۱۹] تنها ۱۴/۵ درصد به طور منظم از آزمون پاپ اسمیر استفاده کرده بودند. همچنین در مطالعه صابری [۲۰] تنها ۱۱/۳ درصد آزمون پاپ اسمیر را در فواصل استاندارد تکرار کرده بودند و در مطالعه نامدار [۲۱] هم تنها ۷/۹ درصد این تست را در فواصل منظم انجام داده بودند. این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در کشورمان باشد.

البته این وضعیت در سایر کشورهای در حال توسعه به همین صورت می‌باشد [۲۲، ۲۳]. نتایج مطالعه حاضر در کنار سایر مطالعات مشابه در کشور نشان می‌دهد که میزان انجام پاپ اسمیر در کشورمان مطلوب نیست در حالی که در کشورهای توسعه یافته، حدود ۹۰ درصد افراد حداقل یکبار برای سرطان دهانه رحم از تست پاپ اسمیر استفاده کرده‌اند [۲۴]. مطالعات Louie و Solomon نیز نشان داده‌اند که به ترتیب ۹۳ درصد و ۸۵ درصد زنان تست پاپ اسمیر را به طور منظم انجام داده‌اند [۲۵، ۲۶]. در اکثر کشورهای صنعتی به دلیل استفاده از تست پاپ اسمیر، مرگ و میر ناشی از

دارد چرا که تعداد سازه‌های این مدل که با رفتار رابطه دارد بیشتر است [۴۰]. نتایج مطالعه حاضر در خصوص ارتباط حساسیت درک شده و شدت درک شده با انجام پاپ اسمیر با مطالعاتی در غنا [۳۹]، صربستان [۴۱] و کانادا [۳۸] همخوانی داشت. Leyva نیز نشان داد که بین موانع درک شده و انجام تست پاپ اسمیر همبستگی معکوس معنی‌داری وجود دارد [۴۲]. Guvenc نیز در مطالعه خود به دلیل اهمیت موانع درک شده در عدم انجام تست پاپ اسمیر، به کاهش موانع موجود در انجام پاپ اسمیر اشاره داشته است [۴۳]. مطالعه Ben نیز موانع درک شده را در انجام تست پاپ اسمیر فاکتور مهمی ذکر است [۴۴]. یافته‌های مطالعه حاضر در رابطه با ارتباط منافع و موانع درک شده با انجام تست پاپ اسمیر مطالعه Wong در زنان مالزی [۱۸] و مطالعه Markovic در صربستان [۴۵] همخوانی دارد.

در پژوهش حاضر موانع درک شده و حساسیت درک شده مهم‌ترین دلیل عدم انجام آزمون پاپ اسمیر بود و به دلیل بالا بودن موانع، میزان استقبال از این آزمون غربالگری مطلوب نبود از طرفی با درک باور عدم آسیب‌پذیری افراد مورد مطالعه کمتر خود را در معرض خطر ابتلا به بیماری و عوارش آن می‌دانستند و این نوع باور اتخاذ هر گونه رفتار پیشگیری کننده را تضعیف می‌کند. در تحلیل رگرسیونی مطالعه نامدار [۲۱] هم مشخص شده که موانع درک شده و شدت درک شده و آگاهی پیش‌بینی کننده‌های نهایی رفتار (انجام تست غربالگری) است به طوری که موانع درک شده قوی‌ترین پیشگویی کننده رفتار بود. در مطالعه Tanner-Smith هم منافع و موانع درک شده قوی‌ترین پیش‌بینی کننده رفتار ماموگرافی و پاپ اسمیر بودند [۴۶]. در پایان می‌بایست اشاره نمود که مطالعه حاضر به صورت مقطعی صورت گرفت و نتیجه‌گیری به صورت علت و معلولی در مورد نتایج را دشوار می‌کند. همچنین استفاده از پرسشنامه بر اساس خوداظهاری یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود.

نتیجه‌گیری

بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی فردی که به سطح مطلوبی از باورهایش در مورد حساسیت و شدت درک شده رسیده باشد، لزوماً هر توصیه سلامتی را نمی‌پذیرد مگر اینکه منافع بالقوه آن رفتار در مقابل موانع توسط فرد به خوبی درک شده باشد. در این مطالعه مشخص شد

قابل قبولی قرار نداشت، به طوری که تنها ۲۰/۹۴ درصد دارای وضعیت حساسیت درک شده خوب و ۳۲/۸۱ درصد دارای وضعیت شدت درک شده خوب بودند. سازه‌های منافع درک شده و موانع درک شده و نیز راهنمای عمل هم شرایطی مشابه داشتند به طوری که ۴۶/۸۸ درصد نمونه‌ها در وضعیت موانع درک شده ضعیف قرار داشتند. نتایج مطالعه DeMattos هم حاکی از وضعیت نامطلوب حساسیت درک شده و موانع درک شده بود [۳۴]. به طوری که در این مطالعه مشخص شد ترس از نتیجه تست و خجالت مهم‌ترین موانع انجام آن بود. این نتایج به شکل‌های دیگری در سایر مطالعات نیز در کشورمان گزارش شده است [۳۵]. این نتایج می‌تواند زنگ خطری برای برنامه‌ریزان مسائل بهداشتی باشد چرا که حساسیت و شدت درک شده پایین و منافع و موانع درک شده نامطلوب می‌تواند مهم‌ترین عامل در عدم اقدام به انجام تست پاپ اسمیر منظم باشد که پیش‌تر شرح آن بیان گردید.

از سویی دیگر نتایج نشان داد که آگاهی و نیز تک تک سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در انجام تست پاپ اسمیر منظم نقش اساسی داشته چرا که این سازه‌ها در زنان با انجام تست غربالگری منظم نسبت به دیگر زنان به طور معنی‌داری بهتر و مطلوب‌تر بود. به طوری که حساسیت، شدت، منافع و راهنمای عمل درک شده زنانی که به طور منظم از تست پاپ اسمیر استفاده می‌کردند بالاتر و موانع درک شده این گروه در مقایسه با گروه‌های دیگر پایین‌تر بود. نتایج فوق مشابه کریم [۳۶] و یخ فروشها [۳۷] در کشورمان و مشابه نتایج مطالعات Barata [۳۸] و Adotchie [۳۹] است. در مطالعه حاضر میانگین موانع درک شده در افراد بدون سابقه تست پاپ اسمیر بالا بود و این موضوع در مطالعات دیگر نیز گزارش شده است به طوری که اله وردی در مطالعه خود بیان کرده که منافع و موانع درک شده دو عامل اساسی مهم برای انجام تست پاپ اسمیر هستند [۱۳]. در مطالعه مروتی نیز مشخص شد که منافع درک شده به طور معنی‌داری دفعات بیشتری از انجام تست پاپ اسمیر را پیش‌بینی می‌کرد [۳۰].

همچنین مشخص شد که بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با رفتار غربالگری سرطان دهانه رحم همبستگی وجود داشت. مطالعه Yu نیز نشان داده که مدل اعتقاد بهداشتی برای بررسی رفتارهای غربالگری در آسیایی‌ها به نسبت سایر مدل‌ها کاربرد بیشتری

مشاوره‌های سلامتی مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله بر گرفته از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی قم به شماره ۱۰۴ و مصوب کمیته اخلاق دانشگاه به شماره 1393.104.MUQ.REC می‌باشد و لذا از معاون پژوهشی و پرسنل محترم این معاونت قدردانی می‌گردد. همچنین نویسندگان بر خود می‌دانند از کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر قم و نیز زنان شرکت کننده در این مطالعه قدردانی نمایند.

که زنان مورد مطالعه سرطان دهانه رحم را یک بیماری وخیم تلقی نمی‌کردند و حتی زنانی که خود را آسیب پذیر احساس می‌کردند سعی می‌کردند آن را مخفی نگه دارند، لذا در عین اینکه حساسیت درک شده و شدت درک شده از خطر عارضه در آنان کم بود موانع بیشتری را نیز درک می‌کردند. از سویی مشخص شد که آگاهی و دانش به تنهایی در مشارکت زنان در انجام تست پاپ اسمیر نقش ندارد و با توجه به معنی‌دار بودن ارتباط سازه‌های مدل با رفتار استفاده از تست پاپ اسمیر این مسأله می‌بایست در برنامه‌ریزی‌های آتی مداخله‌ای و

REFERENCES

1. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin.* 2011;**61**(4):212-36. DOI: 10.3322/caac.20121 PMID: 21685461
2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;**61**(2):69-90. DOI: 10.3322/caac.20107 PMID: 21296855
3. El-Hammami K, Samir O, Kettaneh S, Al-Fadli A, Thalib L. Use of and attitudes and knowledge about pap smears among women in Kuwait. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;**18**(11):1825-32. DOI: 10.1089/jwh.2008.1227 PMID: 19951218
4. Sadjadi A, Nourae M, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, Malekezadeh R, Parkin DM. Cancer occurrence in Iran in 2002, an international perspective. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2005;**6**(3):359-63. PMID: 16236000
5. Hemati K, Mohagheghi MA, Mousavi Jarahi A, Khabazkhub M. Cancer Incidence in Ilam. *J Ilam Uni Med Sci.* 2009;**17**(3):24-32.
6. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2012;**62**(1):10-29. DOI: 10.3322/caac.20138 PMID: 22237781
7. Papa D, Moore Simas TA, Reynolds M, Melnitsky H. Assessing the role of education in women's knowledge and acceptance of adjunct high-risk human Papillomavirus testing for cervical cancer screening. *J Low Genit Tract Dis.* 2009;**13**(2):66-71. DOI: 10.1097/LGT.0b013e31818a53f0 PMID: 19387125
8. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin.* 2012;**62**(3):147-72. DOI: 10.3322/caac.21139 PMID: 22422631
9. Ercoli A, Iannone V, Legge F, Fagotti A, Fanfani F, Carone V, et al. Advances in surgical management of cervical cancer. *Minerva Ginecol.* 2009;**61**(3):227-37. PMID: 19415066
10. Saberi F, Sadat Z, Abedzadeh M. [Factors associated with cervical cancer screening and its barriers among women: Kashan, Iran]. *Payesh.* 2012;**11**(1):365-70.
11. Jalilian F, Emdadi S. Factors Related to Regular Undergoing Pap-smear Test: Application of Theory of Planned Behavior. *J Res Health Sci.* 2011;**11**(2):103-8. PMID: 22911960
12. Karimi Zarchi M, Akhavan A, Gholami H, Dehghani A, Naghshi M, Mohseni F. Evaluation of cervical cancer risk-factors in women referred to Yazd-Iran hospitals from 2002 to 2009. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2010;**11**(2):537-8. PMID: 20843147
13. 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. DOI: 10.1080/03630240802132302 PMID: 18714710
14. Udigwe GO. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (pap smear) among female nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria. *Niger J Clin Pract.* 2006;**9**(1):40-3. PMID: 16986288
15. Sait KH. Attitudes, knowledge, and practices in relation to cervical cancer and its screening among women in Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2009;**30**(9):1208-12. PMID: 19750269
16. Were E, Nyaberi Z, Buziba N. Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya. *Afr Health Sci.* 2011;**11**(1):58-64. PMID: 21572858
17. Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. *J Med Screen.* 2009;**16**(4):199-204. DOI: 10.1258/jms.2009.009073 PMID: 20054095
18. 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. DOI: 10.1080/10705500802365490 PMID: 19005928
19. Enjezab B, Mojahed S, Bokae M. [Barriers and motivators related to cervical and breast cancer screening]. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci Health Serv.* 2004;**12**(3):78-84.
20. Saberi F, Abedzadeh M, Sadat Z. [Factors associated with cervical cancer screening and its barriers among women: Kashan, Iran]. *Payesh.* 2004;**3**(12):78-84.
21. Namdar A, Bigzadeh S, Naghizadeh MM. [Measuring Health Belief Model components in adopting preventive behaviors of cervical cancer]. *J Fasa Uni Med Sci.* 2012;**2**(1):34-44.
22. Ackerson K, Pohl J, Low LK. Personal influencing factors associated with pap smear testing and cervical cancer. *Policy Polit Nurs Pract.* 2008;**9**(1):50-60. DOI: 10.1177/1527154408318097 PMID: 18492942
23. Islam N, Kwon SC, Senie R, Kathuria N. Breast and cervical cancer screening among South Asian women in New York City. *J Immigr Minor Health.* 2006;**8**(3):211-21. DOI: 10.1007/s10903-006-9325-y PMID: 16791531
24. Howard DL, Hostetter SS, Hunter J, Johnson N, Cooper S, Malnar G. Women's understanding of the term 'Pap smear'. *Matern Child Health J.* 2015;**19**(7):1455-63. DOI: 10.1007/s10995-015-1679-0 PMID: 25630404
25. Louie KS, de Sanjose S, Mayaud P. Epidemiology and prevention of human papillomavirus and cervical cancer in sub-Saharan Africa: a comprehensive review. *Trop Med Int Health.* 2009;**14**(10):1287-302. DOI: 10.1111/j.1365-3156.2009.02372.x PMID: 19772550
26. Solomon D, Breen N, McNeel T. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of implementation of screening guidelines. *CA Cancer J Clin.* 2007;**57**(2):105-11. PMID: 17392387
27. Javanmanesh F, Dadkhah F, Zarepour N. [Knowledge and awareness among Iranian women regarding the pap smear]. *Med J Islamic Repub Iran.* 2008;**22**(2):68-73.
28. Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2007;**45**(2-3):93-106. DOI: 10.1016/j.ypmed.2007.06.007 PMID: 17651792
29. Getahun F, Mazengia F, Abuhay M, Birhanu Z. Comprehensive knowledge about cervical cancer is low among women in Northwest Ethiopia. *BMC Cancer.* 2013;**13**:2. DOI: 10.1186/1471-2407-13-2 PMID: 23282173
30. Morowatisharifabad M, Norouzi S, Layeghy S, Norouzi A. [Survey of Cervix Cancer Screening Determinants among 20-65 Years Old Women Based On Health Belief Model in Lordegan, Chahar Mahal

- Bakhtiyaree, 2009]. *Toloo-e-behdasht*. 2013;**12**(1):98-106.
31. Zareai M. [Women's knowledge and practice of Pap smear test and barriers to performing it in Jahrom]. *J Jahrom Uni Med Sci*. 2014;**12**(1):40.
 32. Sedighi J, Vahdani Nia MS, Khodabandeh A, Jarvandi F. [Cervical cancer: Knowledge of women and the effect of educational materials]. *Payesh*. 2005;**4**(1):29-38.
 33. Keshavarzian K, Barzegari Z. [The Knowledge of Herisian Female about the Cervical Cancer and Pap Smear in]. *Med J Tabriz Uni Med Sci Health Ser*. 2014;**36**(1):70-3.
 34. Rafael Rde M, Moura AT. [Barriers to implementation of cervical cancer screening: a household survey in the coverage area of the Family Health Program in Nova Iguacu, Rio de Janeiro State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2010;**26**(5):1045-50. [PMID: 20563404](#)
 35. Roshan A. [The Effect of Health Belief Model on Rural Women's Pap Smear Test]. *J Urmia Nurs Midwif Facul*. 2014;**12**(5):401-8.
 36. Karim M, Shamsi M, Araban M, Gholamnia Z, Kasmai P. [Health beliefs and performance regarding pap smear test in Zarandieh City women's]. *J Guilan Uni Med Sci*. 2012;**20**(80):42-8.
 37. Yakhforousha A, Solhi A, Ebadiaza F. [The effect of health education via health belief model on knowledge and attitude of healthy voluntaries about pap smear in urban centers Gazvin]. *J Nurs Midwif*. 2008;**18**(63):24-31.
 38. 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;**29**(4):251-7. [DOI: 10.1080/01674820802076038](#) [PMID: 18608824](#)
 39. Abotchie PN, Shokar NK. Cervical cancer screening among college students in ghana: knowledge and health beliefs. *Int J Gynecol Cancer*. 2009;**19**(3):412-6. [DOI: 10.1111/IGC.0b013e3181a1d6de](#) [PMID: 19407569](#)
 40. Yu MY, Wu TY. Factors influencing mammography screening of Chinese American women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;**34**(3):386-94. [DOI: 10.1177/0884217505276256](#) [PMID: 15890839](#)
 41. Kestic V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecol Oncol*. 2005;**99**(3 Suppl 1):S222-5. [DOI: 10.1016/j.ygyno.2005.07.092](#) [PMID: 16169577](#)
 42. Leyva M, Byrd T, Tarwater P. Attitudes towards cervical cancer screening: a study of beliefs among women in Mexico. *Californian J Health Promot*. 2006;**4**(2):13-24.
 43. Guvenc G, Akyuz A, Acikel CH. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: psychometric testing. *J Adv Nurs*. 2011;**67**(2):428-37. [DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x](#) [PMID: 20946564](#)
 44. Ben-Natan M, Adir O. Screening for cervical cancer among Israeli lesbian women. *Int Nurs Rev*. 2009;**56**(4):433-41. [DOI: 10.1111/j.1466-7657.2009.00728.x](#) [PMID: 19930071](#)
 45. Markovic M, Kestic 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. [DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.05.001](#) [PMID: 15953668](#)
 46. Tanner-Smith EE, Brown TN. Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Soc Theo Health*. 2010;**8**(1):95-125. [DOI: 10.1057/sth.2009.23](#)

The Study of Pap Smear Conduction and its Related Factors Based on Health Belief Model in Women Referring to Health Care Centers in Qom During year 2014

Siamak Mohebi (PhD)^{1,*}, Gholamreza Sharifirad (PhD)¹, Zabihollah Gharlipour (PhD)¹, Aziz Kamran (PhD)²

¹ Department of Health Education and Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

² Department of Public Health, School of Health, Ardebil University of Medical Sciences, Ardebil, Iran.

* Corresponding author: Siamak Mohebi, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.
E-mail: smohebi@muq.ac.ir, Tel:+982537835522

DOI: 10.21859/jech-02044

Received: 21.11.2015

Accepted: 21.12.2015

Keywords:

Papanicolaou Test

Uterine Cervical Neoplasms

Women

How to Cite this Article:

Mohebi S, Sharifirad G, Gharlipour Z, Kamran A. The Study of Pap Smear Conduction and its Related Factors Based on Health Belief Model in Women Referring to Health Care Centers in Qom During year 2014. *J Educ Community Health*. 2016;2(4):25-33. DOI: 10.21859/jech-02044

© 2016 Journal of Education and Community Health

Abstract

Background and Objectives: Pap smear is a screening test for diagnosing cervical cancer in females. It is considered a health-promotion exam, and it has been shown that this test can prevent up to %60 of all deaths resulting from cervical cancer. The present study aimed to determine the prevalence of this test and its related factors based on the health belief model in females referring to health centers in Qom.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 320 females, who had health records and had referred to health centers in Qom in 2014 were selected using the multistage random sampling method and through following inclusion and exclusion criteria. A valid and reliable researcher-made questionnaire consisting of demographic characteristics, awareness questions, and questions based on the health belief model was used for data collection. The data were finally analyzed by SPSS software with 0.05 significance level.

Results: Overall, %11.25 of the subjects regularly underwent Pap smear screening, %51.87 irregularly participated in cervical cancer screening programs, and %36.88 did not undergo the tests. Analysis of Variance (ANOVA) results showed that the mean scores of the health belief model constructs were significantly different in terms of Pap smear screening ($P < 0.05$).

Conclusions: The participants did not consider cervical cancer a serious disease. Even women who felt vulnerable tried to hide it. Therefore, while perceived vulnerability and perceived severity of the disease risk was low in them, they perceived more barriers and, for this reason, the level of utilization of Pap smear was undesirable.