

شناسایی برخی عوامل مؤثر بر پیش بینی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر بر اساس باور بهداشتی زنان شهر کرج

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۲/۱۵؛ تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: سرطان دهانه رحم شایع‌ترین سرطان دستگاه تناسلی زنان و دومین سرطان شایع زنان در دنیا است. پاپ اسمیر مؤثرترین و با صرفه‌ترین روش جهت غربالگری و کاهش مرگ ناشی از سرطان دهانه رحم می‌باشد. هدف از این مطالعه شناسایی برخی عوامل مؤثر بر پیش بینی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر براساس باور بهداشتی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر کرج بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی بود که جامعه پژوهش آن را ۳۰۰ زن از ۳۵ سال به بالا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کرج تشکیل می‌دادند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه طراحی شده مبنی بر مقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی چمپیون بود که روایی محتوایی با نظر خواهی از ۱۰ متخصص رشته‌های مربوطه و پایایی به روش‌های آلفای کرونباخ و آزمون مجدد صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین زنانی که پاپ اسمیر را انجام دادند (۶۷/۳٪ از کل زنان مورد بررسی) و گروهی که انجام ندادند در میانگین منافع ($P < ۰/۰۰۱$)، موانع ($P < ۰/۰۰۱$) و خودکارآمدی ($P < ۰/۰۰۱$) اختلاف معناداری وجود داشت. همچنین آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی پیش بینی کننده‌های انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر می‌باشند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج بدست آمده از این مطالعه عوامل پیش بینی کننده انجام پاپ اسمیر بر مبنای الگوی باور بهداشتی منافع، موانع و خودکارآمدی درک شده فردی زنان می‌باشد و هر زمان که زنان از ادراک بالاتری نسبت به منافع پاپ اسمیر و به موازات آن از موانع درک شده کمتر و خودکارآمدی بالاتری برخوردار باشند برای انجام پاپ اسمیر اقدام خواهند کرد.

کلمات کلیدی: سرطان دهانه رحم، رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر، الگوی باور بهداشتی

عفت هاتف‌نیا^{۱*} و زهره قاضی وکیلی^۲

^۱استادیار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران

^۲کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، معاونت درمان، کرج، ایران

* نویسنده مسئول:

استادیار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران

۵۲۶۹۷۸۱-۰۹۱۲

E-mail: e_hatefnia@yahoo.com

مقدمه

سرطان دهانه رحم شایع‌ترین سرطان دستگاه تناسلی زنان و دومین سرطان شایع زنان در دنیا است. سرطان دهانه رحم یکی از سرطانهای شایع دستگاه ژنیتال در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. با وجود کاهش میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری، اما همچنان علت مرگ حدود ۲۰۰۰۰۰ زن در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. کشورهای در حال توسعه ۸۰٪ موارد ابتلای به سرطان دهانه رحم را بخود اختصاص داده‌اند^{۱-۴}. براساس گزارش مرکز ملی ثبت سرطان وزارت بهداشت، در سال ۲۰۱۳ میزان شیوع سرطان دهانه رحم ۲/۱۷ در هر صد هزار نفر بوده و رتبه ۱۱ در بین کل سرطانهای زنان ایرانی را تشکیل می‌دهد که نسبت به گزارش سال ۲۰۰۸ که این سرطان رتبه ۱۳ را داشت، افزایش کمی را نشان می‌دهد. همچنین گزارش ۲۰۱۲ وزارت بهداشت حدود ۵۵۸ مورد جدید سرطان دهانه رحم را اعلام می‌نماید^{۵-۶}. سرطان دهانه رحم علاوه بر میزان مرگ و میر بالایی که دارد از بعد اقتصادی نیز هزینه‌های بسیاری را بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. این هزینه‌ها شامل مخارج رادیولوژی تشخیصی، آزمایشهای خون، جراحی واطاق عمل، رادیوتراپی و سایر مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی می‌باشد^۷. با توجه به اینکه سرطان گردن رحم معمولاً به کندی و به مرور زمان ایجاد می‌شود و همچنین با توجه به اینکه فرآیند تبدیل یک سلول سالم دهانه رحم به یک سلول سرطانی طولانی مدت است در صورتی که این بیماری بتواند با انجام پاپ اسمیر در مراحل اولیه تشخیص داده شود و درمان مناسب صورت گیرد میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری کاهش پیدا خواهد کرد^۸. مؤثرترین و در عین حال با صرفه‌ترین روش تشخیص سرطان دهانه رحم تست پاپ اسمیر است که دارای حساسیت و ویژگی بالایی می‌باشد. این تست قادر است که با برداشتن نمونه سلولی از دهانه رحم ضایعات و تغییرات سلولی در جهت سرطانی شدن را تشخیص دهد^۹.

مطالعات نشان می‌دهد میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری در کشورهای پیشرفته از پنجاه سال پیش تا کنون بواسطه انجام غربالگری روتین آزمایش پاپ اسمیر کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است^۸. از سال ۱۹۵۰ تست سرطان در کاهش شیوع سرطان دهانه رحم به میزان ۷۹٪ و مرگ ناشی از آن به میزان ۷۰٪ موفق بوده است

^۹. مطالعات انجام گرفته در ایران نشان می‌دهد که میزان انجام پاپ اسمیر توسط زنان در حد پایینی می‌باشد^۸.

آموزش زنان در جهت انجام پاپ اسمیر موجب تشخیص زودرس، درمان به موقع و کاهش مرگ و میر ناشی از این بیماری می‌گردد^۸. در این راستا شناخت فاکتورهای تعیین کننده برای انجام پاپ اسمیر از جایگاه مهمی برخوردار است.

مدل اعتقاد بهداشتی یک مدل تئوریک شناختی است که به صورت گسترده به عنوان ابزار برنامه‌ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت در جهت ارتقای تبعیت از رفتارهای پیشگیری از جمله غربالگری سرطان دهانه رحم و مراقبت‌های توصیه شده، استفاده شده است. این مدل اهمیت عقاید اشخاص نسبت به بهداشت و منافع و موانع درک شده را نسبت به یک رفتار پیشگیری و محافظتی نشان می‌دهد^۹. این مدل بر روی دو دیدگاه از رفتار بهداشتی متمرکز شده است: ادراک تهدید و ارزیابی رفتار. ادراک تهدید شامل دو جزء ادراک در معرض خطر بودن و ادراک شدت و حدت این خطر است و ارزیابی تهدید شامل دو جزء ادراک منافع و ادراک موانع می‌باشد. علاوه بر این دو جزء، خودکارآمدی نیز مورد نظر است که به اطمینان فرد در مورد توانایی اش برای انجام موفقیت آمیز رفتار مورد نظر اشاره دارد. خودکارآمدی مهمترین عامل فردی در تغییر رفتار است و در تئوری‌های تغییر رفتار جزء ساختارهای همیشگی می‌باشد^۹.

در مدل اعتقاد بهداشتی، اعتقادات بهداشتی نقش مهمی در تمایل افراد برای اتخاذ رفتارهای مرتبط با سلامت دارند. طبق الگوی اعتقاد بهداشتی، زنانی که باور داشته باشند که مستعد ابتلا به سرطان دهانه رحم هستند و همچنین باور داشته باشند که سرطان دهانه رحم یک بیماری جدی و تواتر با مشکلات زیادی است احتمالاً رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر را انجام خواهند داد^۹. باورهای بهداشتی قوی احتمال شرکت در برنامه‌های غربالگری و انجام رفتارهای تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم را افزایش می‌دهد. در این زمینه مطالعات مختلفی در ایران و جهان صورت گرفته است. در مطالعه نامدار و همکاران مشخص شد که باورهای بهداشتی موانع درک شده و تهدید درک شده تعیین کننده انجام رفتار پاپ اسمیر بودند^{۱۰}.

نامدار در مطالعه خود نشان داد که موانع درک شده تعیین کننده انجام رفتار پاپ اسمیر می باشند به طوری که نمرات موانع درک شده افرادی که مبادرت به انجام پاپ اسمیر کرده بودند به صورت معنی داری نسبت به افرادی که پاپ اسمیر را انجام نداده بودند پایین تر بود.^{۱۰}

بسلر (Bessler) و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان فاکتورهای اثرگذار بر انجام پاپ اسمیر در جامائیکا گزارش کردند که موانع درک شده فاکتور اثرگذار برای انجام پاپ اسمیر می باشد به طوری که ۴۲٪ از زنان مشارکت کننده در مطالعه ترس و ۴۶٪ از آنان درد را مانع خود در انجام پاپ اسمیر بیان کردند.^{۱۱}

با توجه به اهمیت تعیین عوامل مؤثر در انجام پاپ اسمیر و تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم، هدف این مطالعه شناسایی برخی عوامل مؤثر بر پیش بینی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر مبتنی بر باور بهداشتی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر کرج بود.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد که جامعه آن را زنان ۳۵ سال به بالا تحت پوشش مراکز بهداشتی جهت مراقبت های دوران بارداری، تنظیم خانواده و پایش رشد کودکان تشکیل می دادند. حجم نمونه ۳۰۰ نفر با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ با استفاده از مطالعات گذشته تعیین گردید.^{۱۲} روش نمونه گیری در این مطالعه دو مرحله ای بود. بدین صورت که ابتدا لیستی از مراکز بهداشتی کرج تهیه و از بین آنها به صورت تصادفی ساده ۴ مرکز انتخاب شد و سپس در مرحله دوم از این ۴ مرکز به روش نمونه گیری منظم و از پرونده های خانوارهای تحت پوشش ۳۰۰ نمونه متناسب با پوشش جمعیتی تعیین گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی، عدم ابتلا به سرطان دهانه رحم، سن ۳۵ سال به بالا، سواد خواندن و نوشتن و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

جهت جمع آوری داده ها از "مقیاس الگوی باورهای بهداشتی چمپیون" که شامل سه بخش بود، استفاده گردید. بخش اول شامل ۱۵ سوال در مورد مشخصات فردی اجتماعی زنان، انجام معاینه کلینیکی دهانه رحم و پاپ اسمیر، بخش دوم سؤالات مربوط به

سنجش دانش و آگاهی در خصوص سرطان دهانه رحم (۹ سؤال) و یک سؤال مربوط به زمان انجام پاپ اسمیر و تناوب انجام آن و بخش سوم آن بر اساس سازه های الگوی باور بهداشتی شامل ۲۳ سؤال در جهت بررسی باورهای زنان در زمینه منافع و فواید پاپ اسمیر، موانع و مشکلات درک شده برای انجام پاپ اسمیر، حساسیت درک شده، شدت درک شده و خودکارآمدی بود. بخش سؤالات مربوط به دانش و آگاهی به صورت مقیاس دو گزینه ای (امتیاز صفر برای پاسخ نمی داند و غلط و امتیاز یک برای پاسخ درست) در نظر گرفته شد و در خصوص سؤالات مربوط به سازه های الگوی باور بهداشتی از مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (از یک برای پاسخ کاملاً مخالفم تا ۵ که کاملاً موافقم) استفاده شد.

برای بدست آمدن روایی ابزار از روش روایی محتوی استفاده شد. برای این منظور در ابتدا پرسشنامه ای محقق ساخته بر اساس مقیاس الگوی اعتقاد بهداشتی چمپیون طراحی و در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی صاحب نظر (در رشته های آموزش بهداشت، آموزش پرستاری، روانشناسی، جامعه شناسی و بیماری های زنان) قرار گرفت و از آنان درخواست شد تا درخصوص ضرورت، اهمیت، سادگی و وضوح سؤالات پرسشنامه نظر خود را اعلام کنند. به دنبال آن نظرات اصلاحی آن ها اعمال گردید.

جهت بررسی پایایی از روش پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و روش پایایی ثبات (بازآزمایی) استفاده شد. در طی یک مطالعه مقدماتی، پرسشنامه به ۳۰ نفر از مراجعین زن در مراکز بهداشتی درمانی که جزء واحدهای مورد پژوهش نبودند، ارائه شد و بعد از ۲ هفته مجدداً پرسشنامه به همان افراد داده شد. آلفای کرونباخ ۷۵٪ و ضریب همبستگی بین پاسخ سؤالات، بار اول و دوم ۹۰٪ محاسبه شد.

آزمون های مورد استفاده در این مطالعه تی مستقل برای متغیرهای مدل که از توزیع نرمالی برخوردار بودند (آزمون کولموگوروف اسمیرنف)، کای دو برای متغیرهای اسمی و آزمون رگرسیون (به لحاظ دو حالتی بودن رفتار انجام پاپ اسمیر ۱ و عدم انجام پاپ اسمیر ۲) برای پیش بینی کنندگی رفتار پاپ اسمیر بودند. برای انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز مجوز اخذ شده و مفاد کمیته مذکور مبنی بر رعایت حقوق مشارکت کنندگان و بدست آوردن رضایت آنان توسط محقق

مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌ها

همانطور که نتایج جدول شماره یک نشان می‌دهد بیشترین نسبت سنی با ۸۰/۷٪ در گروه سنی ۳۵-۳۹ سال و کمترین نسبت سنی با ۳٪ در گروه سنی ≥ 50 سال قرار دارد.

همین نتایج نشان می‌دهد که از نظر میزان تحصیلات مقطع تحصیلی دیپلم با ۴۹/۷٪ بیشترین رتبه تحصیلی زنان مشارکت کننده را به خود اختصاص داده، همچنین ۸۹٪ از مشارکت کنندگان سابقه زایمان را ذکر کردند که ۲۱/۳٪ از آنان سن اولین زایمانشان زیر بیست سال و ۶۹٪ از آنان زایمان بین ۲۰-۲۹ سال و ۹/۷٪ از آنان سن اولین زایمانشان بالای ۳۰ سال بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی زنان مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک متغیر

تعداد	درصد	
سن		
۳۵-۳۹	۲۴۲	۸۰/۷
۴۰-۴۴	۳۴	۱۱/۳
۴۵-۴۹	۱۵	۵
> 50	۹	۳
سطح تحصیلات		
بی سواد	۲۱	۷
زیر دیپلم	۳۷	۱۲/۳
دیپلم	۱۴۹	۴۹/۷
دانشگاهی	۹۳	۳۱
وضعیت تأهل		
متأهل	۲۹۷	۹۹/۷
فوت همسر	۳	۳
	۲۶۷	۸۹
	۳۳	۱۱
تعداد فرزندان		
۰	۳۳	۱۱
۱-۳	۲۳۹	۷۹/۶
≥ 3	۲۸	۹/۴
انجام معاینه دهانه رحم		
بلی	۲۲۶	۷۵/۳
خیر	۷۴	۲۴/۷
انجام پاپ اسمیر		
بلی	۲۰۲	۶۷/۳
خیر	۹۸	۳۲/۷

(۳/۶۷٪) از مشارکت کنندگان در مطالعه آزمایش پاپ اسمیر را انجام دادند و ۹۸ نفر (۷/۳۲٪) از زنان مشارکت کننده سابقه ای از انجام تست مذکور را بیان نکردند.

نتایج حاصل از مقایسه میانگین متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی در دو گروه زنان با استفاده از آزمون تی مستقل در جدول شماره دو نشان می دهد اختلاف معناداری در میانگین منافع درک شده ($P < 0/001$) موانع درک شده ($P < 0/001$) و خودکارآمدی ($P < 0/001$) وجود دارد. همچنین بین میانگین دانش دو گروه زنان اختلاف معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$).

نتایج بدست آمده در خصوص متغیر تعداد اولاد نشان داد که ۱۱٪ از مشارکت کنندگان دارای فرزند نبودند. ۷۹/۶٪ از آنان دارای یک تا ۳ فرزند و ۹/۴٪ بالای ۳ فرزند داشتند. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ۲۹۳ نفر (۷/۹۷٪) از زنان مورد مطالعه متأهل بودند و ۳ نفر (۱٪) از زنان از همسرانشان جدا شده بودند.

در خصوص انجام معاینه دهانه رحم نتایج جدول شماره یک نشان داد که ۲۲۶ (۳/۷۵٪) نفر از زنان مشارکت کننده سابقه معاینه دهانه رحم را ذکر کردند و ۷۴ نفر (۷/۲۴٪) از زنان مشارکت کننده سابقه معاینه دهانه رحم را نداشتند. همچنین در خصوص انجام تست پاپ اسمیر نتایج جدول شماره یک نشان داد که ۲۰۲ نفر

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و سطوح معناداری حاصل از آزمون تی مستقل متغیرهای الگوی باور بهداشتی در گروه ۱ و گروه ۲

Pvalue	گروه ها		متغیر
	عدم انجام پاپ اسمیر	انجام پاپ اسمیر	
۰/۲۳	۸/۲±۹۸/۱۵	۹/۲±۳۱/۲۶	حساسیت درک شده
۰/۲۸	۷/۱±۶۷/۷۹	۷/۱±۶۷/۷۹	شدت درک شده
* ۰/۰۰۱	۱۶/۳±۱۳/۱۵	۱۷/۲±۹۵/۱۴	منافع درک شده
* ۰/۰۰۱	۲۸/۶±۲۵/۳۰	۲۳/۷±۸۱/۱۴	موانع درک شده
* ۰/۰۰۱	۷/۱±۳۹/۷۵	۸/۱±۵۱/۵۱	خودکارآمدی
* ۰/۰۰۱	۵/۲±۲۰/۹۷	۶/۲±۵۹/۲۳	آگاهی

جدول ۳: پیش بینی کننده های انجام پاپ اسمیر بر اساس الگوی باور بهداشتی

Odd ratio	P-Value	آزمون Wald	ضریب B	شاخص
				متغیر
				حساسیت
۱/۰۷۳	۰/۲۸	۱/۱۳۹	۰/۰۷	درک شده
۰/۸۷۶	۰/۱۳	۲/۲۸۶	-۰/۱۳۳	شدت درک شده
۱/۱۳۴	*	۳/۷۰۹	۰/۱۲۶	منافع
	۰/۰۵			درک شده
۰/۹۴۹	*	۵/۱۳۹	-۰/۰۵۲	موانع
	۰/۰۲			درک شده
۱/۲۵۰	* ۰/۰۱	۵/۸۰۸	۰/۲۲۳	خودکارآمدی

سطح معناداری

همانگونه که اطلاعات جدول شماره ۳ نشان می‌دهد از بین سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، سازه‌های موانع درک شده، منافع درک شده همچنین خودکارآمدی با استفاده از آنالیز رگرسیون لجستیک پیش‌بینی‌کننده معناداری انجام رفتار خودمراقبتی پاپ اسمیر می‌باشند.

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی برخی عوامل مؤثر بر پیش‌بینی انجام رفتار خود مراقبتی پاپ اسمیر مبتنی بر باور بهداشتی زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی شهر کرج انجام شد. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد ۶۷/۳ درصد زنان سابقه انجام پاپ اسمیر را دارند که با میزان درصد انجام پاپ اسمیر در مطالعه کسمایی و همکاران (۶۶/۸۸٪) مطابقت دارد^{۱۳} اما با میزان انجام پاپ اسمیر مطالعه چی (Chee) و همکاران با ۱۸/۴ درصد تطابق ندارد^{۱۴}.

نتایج بدست آمده از مقایسه دانش زنان دو گروه (انجام پاپ اسمیر و عدم انجام) اختلافی معنا دار بین میانگین دانش نسبت به سرطان دهانه رحم و پاپ اسمیر را نشان داد بطوری که زنانی که پاپ اسمیر را انجام داده بودند از دانش بالاتری برخوردار بودند که این نتیجه در راستای نتایج بدست آمده از مطالعه برتو (Brotto) و همکاران است که یکی از عوامل عدم انجام پاپ اسمیر را نداشتن آگاهی بیان کرده است.^{۱۵} نتیجه فوق می‌تواند بیان‌کننده اهمیت دانش پیرامون سرطان دهانه رحم و پاپ اسمیر به عنوان یک عامل ترغیب‌کننده برای زنان در انجام پاپ اسمیر باشد.

نتایج بدست آمده از آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که سازه‌های موانع درک شده از مدل اعتقاد بهداشتی پیش‌بینی‌کننده معنی دار رفتار پاپ اسمیر است که این یافته، با نتیجه بدست آمده از مطالعه نامدار و همکاران که موانع درک شده را به عنوان قویترین سازه پیش‌بینی‌کننده انجام پاپ اسمیر بیان می‌کند، همخوانی دارد.^{۱۶} همچنین این نتیجه در تطابق با یافته مطالعه جلیلیان و همکاران^{۱۷} می‌باشد که موانع درک شده را به عنوان پیش‌بینی‌کننده انجام پاپ اسمیر بیان می‌کند.

از جمله مطالعات دیگر که نتیجه مشابه با نتیجه فوق بدست

آورده می‌توان به مطالعه هایسینت (Hyacinth) و همکاران^{۱۷} اشاره کرد. او نیز در مطالعه خود گزارش کرد که که سازه موانع درک شده قوی ترین سازه پیش بینی کننده انجام پاپ اسمیر می‌باشد.

نتیجه بدست آمده در خصوص پیش بینی کنندگی سازه موانع می‌تواند بیان‌کننده این نکته اساسی باشد که کاهش موانع انجام پاپ اسمیر به افزایش انجام پاپ اسمیر منجر خواهد شد.

از دیگر نتایج این مطالعه در خصوص سازه‌های پیش‌بینی‌کننده الگوی اعتقاد بهداشتی برای انجام پاپ اسمیر سازه منافع درک شده است که می‌تواند بیان‌کننده رابطه مسقیم بین درک منافع پاپ اسمیر و انجام پاپ اسمیر باشد که این نتیجه در راستای یافته مطالعه بلک (Black) می‌باشد^{۱۸}.

نتیجه فوق با نتایج مطالعه نامدار که فقط موانع و آگاهی را به عنوان عناصر پیش‌بینی‌کننده برای انجام پاپ اسمیر معرفی می‌کند، مطابقت ندارد^{۱۹}.

از دیگر مطالعاتی که با نتیجه فوق همخوانی دارند می‌توان به مطالعه حاجی‌علیزاده و همکاران اشاره کرد که در مطالعه خود به بررسی فاکتورهای تعیین‌کننده انجام پاپ اسمیر در میان ۷۲۷ زن ازدواج کرده پرداخته است. نتایج حاصل از مطالعه مذکور نشان داد که سازه منافع درک شده پیش‌بینی‌کننده انجام پاپ اسمیر می‌باشد^{۱۹}.

از دیگر یافته‌های این مطالعه پیش‌بینی‌کننده بودن سازه خودکارآمدی است که این نتیجه در راستای مطالعه جیروچونگ (Jirojwong)^{۲۰} می‌باشد. یافته فوق می‌تواند مؤید انجام پاپ اسمیر از ناحیه زنانی باشد که از خودکارآمدی بالا برخوردار هستند.

نتایج مطالعه درخصوص مقایسه میانگین نمرات باور موانع درک شده در دو گروه زنان نشان داد که بین باور موانع درک شده زنانی که رفتار پاپ اسمیر را انجام داده و آنهایی که انجام نداده بودند، اختلاف معناداری وجود دارد که این نتیجه در تطابق با یافته‌های مطالعه حاجی‌علیزاده می‌باشد^{۱۹}.

این نتیجه نشان‌دهنده باور و ادراک کمتر موانع برای انجام رفتار پاپ اسمیر توسط زنانی است که مبادرت به انجام رفتار پاپ اسمیر کردند در مقایسه با زنانی که ادراک بیشتر موانع داشتند و رفتار پاپ اسمیر را انجام ندادند.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه میزان انجام پاپ اسمیر ۶۷٪ نشان داد که با میزان اهداف جهانی سلامت زنان که این میزان را برای زنان از ۱۸ سال به بالا ۹۰٪ بیان می‌کند، فاصله دارد^۱. برای دست یابی به ارتقای سطح سلامت زنان در زمینه تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم، شناختن و پرداختن به عوامل تعیین کننده رفتار مورد نظر از درجات بسیار بالایی برخوردار می‌باشد. مطالعه حاضر عوامل تعیین کننده برای رفتار پاپ اسمیر را منافع درک شده، موانع درک شده و خودکار آمدی می‌داند به طوری که بر اساس نتایج بدست آمده زمانی که زنان از ادراک بالایی نسبت به منافع پاپ اسمیر برخوردار باشند و همچنین موانع زیادی را برای انجام رفتار پیش روی خود احساس نکنند و در عین حال توانایی خود را برای انجام رفتار باور داشته باشند دست به انجام پاپ اسمیر خواهند زد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده پیش بینی کننده‌های انجام پاپ اسمیر بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده انجام شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از یافته های طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی البرز می باشد که بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را به واسطه مساعدت حوزه معاونت و مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه، افرادی که ما را در جمع آوری اطلاعات یاری نمودند و همچنین کلیه خانم‌های شرکت کننده ابراز می‌دارند.

همچنین یافته بدست آمده در خصوص معنادار بودن اختلاف بین میانگین منافع درک شده در دو گروه زنان که در راستای مطالعه دمیرتاس (Demirtas) و همکاران^۱ می‌باشد نشان دهنده بالاتر بودن باور و ادراک منافع انجام رفتار پاپ اسمیر در زنان انجام دهنده پاپ اسمیر نسبت به زنانی است که پاپ اسمیر را انجام نداده بودند. از دیدگاه تئوری عمل منطقی که الگوی باور بهداشتی براساس آن پایه گذاری شده، انسان به واسطه منطقی بودن، زمانی رفتار را انجام می‌دهد که آن رفتار در بردارنده منافع بیشتر و موانع کمتری باشد^۱.

نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که اختلاف معناداری بین میانگین خودکارآمدی زنانی که پاپ اسمیر را انجام داده و آنهایی که انجام نداده بودند وجود دارد به طوری که باور به توانایی خود در زمینه انجام پاپ اسمیر در زنانی که اقدام کرده بودند به مراتب بیشتر از زنانی بود که به انجام پاپ اسمیر اقدام نکرده بودند که این یافته در راستای نتایج جیروجونگ و همکاران^{۲۰} می‌باشد و این نتیجه بیانگر قدرت و قوت باور خودکارآمدی برای انجام پاپ اسمیر می‌باشد و اینکه هر زمان زنان به توانایی خود مبنی بر اقدام جهت انجام پاپ اسمیر اطمینان داشته باشند علی رغم مشکلات به انجام آن خواهند پرداخت.

از محدودیت‌های این مطالعه خود گزارش دهی مشارکت کنندگان و عدم شرکت زنان بیسواد بود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه این بود که جامعه آماری آن را فقط زنان کرج تشکیل می‌دادند که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌کند لذا پیشنهاد می‌گردد که تا مطالعات بعدی با حجم نمونه بیشتری انجام شود و در مناطق دیگر این مطالعه تکرار شود.

منابع

1. Demirtas B , Acikgoz I. Promoting Attendance at Cervical Cancer Screening: Understanding the Relationship with Turkish Women's Health Beliefs. Asian Pacific J Cancer Prev.2013; 14 (1): 333-340.
2. Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, Behavior and Beliefs Related to Cervical Cancer and Screening among Turkish Women. Asian Pacific J Cancer Prev, 2012; 13, 1463-1470.
3. Spensley S, Hunter R, Livsey J, et al. clinical outcome for

chemoradiotherapy in carcinoma of the cervix. Clin Oncol 2009; 21:49-55.

4. Organization. Cervical cancer screening in developing countries: Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO; 2002.
5. WHO. Globocan 2012: estimated cancer incidence and mortality and prevalence worldwide in 2012. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.

6. Health IMo. Iran Cancer Report 2009. Tehran: Cancer Registration Office;2012.
7. Jalalvandi M, Khodadostan M. Knowledge and practice of married women about Pap smear. Iran Journal of Nursing 2005; 18(41): 139-144. [In Persian]
8. Asieh Pirzadeh. The Effect of Health Education based on Health Belief Model on Performance of Women Regarding Pap smear Test in Kouhdasht Health Centers in 2010. JHSR;6(2:365-371). [In Persian]
9. Champion V, Scott C. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. Nurs Res 1997; 46(6): 331-7.
10. Namdar A, Bigzadeh S, Naghizadeh M. Measuring Health Belief Model components in adopting preventive behaviors of cervical cancer. JFUMS. 2012; 2 (1):34-44. [In Persian]
11. Bessler P, Aung M, Jolly P. Factors Affecting Uptake of Cervical Cancer Screening Among Clinic Attendees in Trelawny, Jamaica. Cancer Control.2007; 14:4.
12. Baghyani moghaddam MH. Survey on knowledge, attitude and practice of 15-49 years age group married women related to Pap smear test in Yazd city in 2001. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2003; 13(40): 79-85. [In Persian]
13. Kasmaei P, Bab Eghbal S, Atrkar Roshan Estebsari F, Mehrabian F., Karimi M. The Effect of Health Belief Model on Rural Women's Pap Smear Test. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 12(5); July 2014. [In Persian]
14. Chee H, Rashidah S, Shamsuddin K, Intan O. Factors related to the practice of breast self examination BSE (and Pap smear screening among Malaysian women workers in selected electronics factories. BMC Women's Health. 2003;3(1):1-11.
15. Brotto LA, Chou AY, Singh T, et al. Reproductive health practices among Indian, Indo-Canadian, Canadian East Asian, and Euro-Canadian Women: the role of acculturation. J Obstet Gynaecol Can 2008; 30: 229-38.
16. Farzad Jalilian, Mehdi Mirzaei Alavijeh, Shohreh Emdadi, Majid Barati, Mostafa Nasirzadeh, Nasser Hatamzadeh. Predicting Factors Related with Pap Smear Results among Women based on Health Belief Model. J H S R2011; 7(6):1-9. [In Persian]
17. Hyacinth HI, Adekeye OA, Ibeh JN, Osoba T. Cervical cancer and pap smear awareness and utilization of pap smear test among Federal civil servants in North Central Nigeria. oS One. 2012;7(10).
18. Black ME, Stein KF, Loveland-Cherry CJ. Older women and mammography screening behavior: do possible selves contribute? Health Educ Behav 2001; 28(2): 200-16.
19. Hajializadeh K , Ahadi H , Jomehri F , Rahgoza M. Health beliefs and screening behavior of cervical cancer among the women of Bandar Abbas. Life Sci J 2013; 10(1):545-551.
20. Jirojwong S, MacLennan R, Manderson L. Health beliefs and Pap smears among Thai women in Brisbane, Australia. Asia Pac J Public Health 2001; 13(1):20-3.
21. Department of Health and Human Services. Topics & objectives index—Healthy People 2011. Retrieved from <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/default.aspx>.