Original Article

سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم

اعظم نامدار[۱]، شیوا بیگی زاده[۱]، محمد مهدی نقی‌زاده[۲]*

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، جهرم، ایران.
۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، فسا، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۰/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع زنان در دنیاست که 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. از آنجایی که مدل اعتقاد بهداشتی یکی از کاربردی‌ترین مدل‌های مطالعه رفتار در آموزش بهداشت جهت پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و تعیین علل پذیرش مسائل بهداشتی می‌باشد؛ لذا این مطالعه با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم در زنان ازدواج کرده ۶۵-۲۰ ساله شهرستان جهرم انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر ۲۱۳ خانم ازدواج کرده ۶۵-۲۰ ساله که با روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ای روا و پایا به روش مصاحبه استفاده شد. این پرسش‌نامه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، رابطه سازه‌های مدل (حساسیت و شدت درک شده، منافع و موانع درک شده) را با رفتار مورد بررسی قرار می‌دهد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های من- ویتنی، کروسکال- والیس و رگرسیون در نرم‌افزار SPSS آنالیز شد.

نتایج: میانگین سنی زنان مورد بررسی ۱۲/۱± ۴۰/۶ بود. ۳۲/۵ درصد از آنان حداقل یک بار تست پاپ اسمیر انجام داده بودند و فقط ۷/۹ درصد این تست را در فواصل منظم انجام می‌دادند. ۱۲ درصد از زنان دارای آگاهی کافی در زمینه سرطان دهانه رحم و پیشگیری از آن بوده و ۹۰ درصد دارای رفتاری نامطلوب در این زمینه بودند. میانگین نمرهٔ آگاهی ۲/۹۷ ±۶/۷۳ و در حد متوسط بود. تحلیل رگرسیون متغیرهای شغل (P =0.009)، آگاهی (P =0.005)، موانع (P <0.001) و شدت درک شده (P =0.036) را به عنوان پیش‌بینی کننده‌های نهایی رفتار تعیین کرد.

نتیجه‌گیری: موانع درک شده و آگاهی قویترین پیشگویی کنندهٔ رفتار بودند؛ لذا برنامه ریزی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی با تأکید بر کاهش موانع و افزایش آگاهی به منظور بهبود رفتار توصیه می گردد.

کلمات کلیدی: اعتقاد بهداشتی، سرطان دهانه رحم، پاپ اسمیر، آگاهی

مقدمه

تخمین زده می‌شود که بیش از یک سوم سرطان‌ها قابل پیشگیری بوده و یک سوم آن‌ها به شرط آن که زود تشخیص داده شوند، به خوبی قابل درمان هستند (۱). سرطان دهانه رحم در ایالات متحده پس از سرطان‌های پستان، ریه، کولورکتال، آندومتر و تخمدان، ششمین سرطان شایع زنان می‌باشد و در کشورهای در حال توسعه، دومین سرطان شایع بین زنان است که تقریباً ۱/۶ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان و ۱۵ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان‌های اندام‌های تولیدمثلی آنان را به خود اختصاص می‌دهد (۲). تحقیق انجام شده در ایران میزان خام سرطان دهانه رحم را ۲/۳۴ درصد گزارش کرده است (۳).

سرطان مهاجم 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 (۴).

هر چند امکان وقوع سرطان دهانه رحم در هر سنی وجود دارد، میانگین سن ابتلا به این سرطان ۵۲/۲ سال و توزیع آن نشان‌دهنده دو پیک ۳۹-۳۵ و ۶۴-۶۰ سال است (۴). شایع‌ترین سن تشخیص ضایعات مهاجم ۶۵-۳۵ سالگی است و سن تشخیص ضایعات غیر مهاجم تقریباً ۱۵-۱۰ سال زودتر است (۵ و ۶). مهم‌ترین عوامل خطر ابتلا به بیماری شامل پایین بودن سن اولین مقاربت، شرکای جنسی متعدد، سیگار کشیدن، پاریتی بالا و موقعیت اجتماعی و اقتصادی پایین است. علائم بیماری سرطان دهانه رحم عبارتند از: هر گونه ترشح غیر طبیعی از واژن (افزایش خون‌ریزی قاعدگی، خون‌ریزی در فاصله بین دو قاعدگی، خون‌ریزی پس از مقاربت و خون‌ریزی پس از یائسگی)، درد شدید لگنی، کاهش شدید وزن و بی‌اشتهایی و روش‌های پیشگیری از سرطان دهانه رحم شامل: انجام تست پاپ

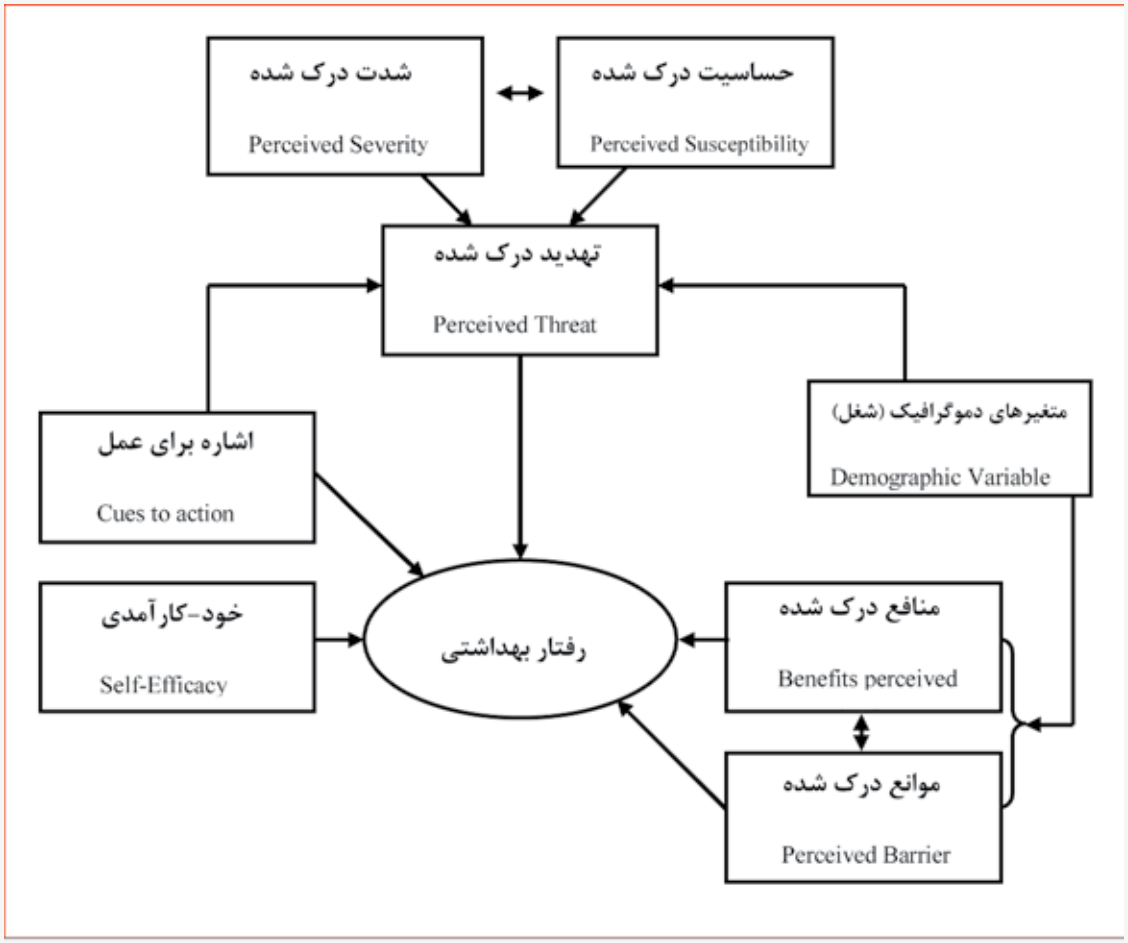
* نویسنده مسئول: محمد مهدی نقی زاده، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، فسا، ایران. تلفن: ۰۷۳۱-۲۲۲۷۰۹۱
Email : mmnaghi2@yahoo.com

اسمیر، تغذیه مناسب حاوی ویتامین آ، ث و فولیک اسید، رعایت بهداشت تناسلی، مراجعه به پزشک در صورت بروز علائم خطر در اولین فرصت و پایبندی به اصول اخلاقی و خانوادگی می‌باشد (۴). غربالگری سرطان دهانه رحم یکی از اقدامات مهم در پیشگیری از این بیماری است و هدف آن تشخیص ضایعات در مرحله پیش بدخیمی و کاهش خطر مرگ ناشی از این سرطان است (۷).

تست پاپ اسمیر به عنوان یک روش ساده، ارزان و بدون عارضه همچنان روش انتخابی در غربالگری سرطان دهانه رحم است (۸). از سال ۱۹۵۰ تست پاپ اسمیر در کاهش شیوع سرطان دهانه رحم به میزان ۷۹ درصد و مرگ ناشی از آن به میزان ۷۰ درصد موفق بوده است (۹). آموزش انجام مداوم تست پاپ اسمیر یکی از اقدامات مؤثر در زمینهٔ تشخیص به موقع سرطان رحم است. مطالعات نشان داده ترغیب زنان جامعه به شرکت در برنامه‌های غربالگری سرطان دهانه رحم موجب تشخیص زودرس، درمان به موقع و کاهش عوارض مرگ ناشی از این بیماری می‌گردد (۱۰). یک پاپ اسمیر منفرد منفی ممکن است خطر سرطان را تا ۴۵ درصد کاهش دهد و ۹ اسمیر منفی در طول عمر این خطر را تا ۹۹ درصد کمتر می‌نماید (۱۱). عدم وجود غربالگری منظم، با افزایش ۲ تا ۶ برابری خطر ایجاد سرطان دهانه رحم همراه می‌باشد (۴).

با توجه به اهمیت غربالگری سرطان دهانه رحم، بر اساس سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آزمایش پاپ اسمیر در مراکز بهداشتی- درمانی کشور برای زنان مراجعه کننده در گروه سنی ۶۵-۲۰ سال با شرایط تعیین شده در دستورالعمل کشوری، (سالی یک بار تا ۳ سال در صورت منفی بودن جواب هر ۳ سال یک بار) صورت می‌گیرد.

انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرایند برنامه‌ریزی هر برنامه آموزش بهداشت است و الگوی مناسب برنامه را در مسیر صحیح آغاز و آن را در جهت حرکت صحیح نگه می‌دارد. یکی از مدل‌های آموزشی مطرح در آموزش بهداشت مدل اعتقاد بهداشتی است. پایایی و اعتبار این مدل در مطالعات انجام شده برای تشخیص باورها در زمینه سرطان دهانه رحم به اثبات رسیده است (۱۲). این مدل، الگویی جامع است که بیشتر در پیشگیری از بیماری نقش دارد و اساس این الگو بر روی انگیزه افراد برای عمل است این مدل بر این تأکید دارد که چگونه ادراک فرد ایجاد انگیزه و حرکت می‌کند و سبب ایجاد رفتار در او می‌شود. به طور کلی این مدل روی تغییر در اعتقادات تمرکز دارد و تغییر در اعتقادات منجر به تغییر در رفتار می‌شود (۱۳). بر اساس این مدل، برای اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده افراد باید نخست در برابر مسئله یعنی ابتلا به سرطان احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود را درک کنند (شدت درک شده)، با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود دریافت می‌کنند (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن برنامه پیشگیری از سرطان دهانه رحم را باور نمایند (منافع درک شده) و عوامل باز دارنده از اقدام به عمل را نیز کم هزینه‌تر از فواید آن بیابند (موانع درک شده) تا در نهایت به



شکل ۱: ارتباط بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

عملکرد پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم اقدام کنند (۱۳). ارتباط بین سازه‌های مدل، در شکل ۱ ارائه شده است (۱۴).

در ایران مطالعه‌ای که ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی را در زمینه رفتارهای پیشگیری از سرطان دهانه رحم سنجیده باشد انجام نشده اما کاربرد و تأثیر آن در برنامه‌ریزی مداخله آموزش بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به اطلاعات موجود، میزان استقبال از رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم و در رأس آن انجام تست پاپ اسمیر در شهرستان جهرم پایین می‌باشد؛ لذا به نظر می‌رسد نیاز به ارتقای سطح آگاهی، تغییر نگرش و رفتار در این زمینه وجود دارد. این مطالعه با هدف سنجش سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم در زنان ۶۵-۲۰ ساله ازدواج کرده شهرستان جهرم انجام شد. در این مطالعه سعی شده است قبل از اقدام به برنامه‌ریزی آموزشی ابتدا ابعاد این مدل مورد تحلیل قرار گیرد چرا که شناخت این عوامل و کار بر روی آن‌ها به برنامه‌ریزان برای طراحی برنامه‌های مؤثرتر بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی کمک می‌نماید و می‌توانند با تکیه بر یافته‌های پژوهش و تأکید بر سازه‌هایی که در پیش‌گویی رفتار نقش داشته‌اند برنامه دقیق‌تری طراحی کنند تا موجب ترغیب زنان برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان دهانه رحم و ارتقای این رفتارها گردد و در دراز مدت به کاهش بروز سرطان دهانه رحم بیانجامد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی در ماه‌های دی و بهمن ۸۹ در شهرستان جهرم انجام شد. جامعه پژوهشی شامل کلیه زنان ۶۵-۲۰ ساله ازدواج کرده اعم از همسردار، همسر مرده، از همسر جدا شده (مطلقه) بود که در زمان انجام پژوهش در شهرستان جهرم اقامت داشتند. و در صورت داشتن سرطان تشخیص داده شده دهانه رحم، عدم تمایل به همکاری و پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه از مطالعه خارج شدند. با توجه به نسبت افراد با آگاهی مناسب ۶۲ درصدی در مطالعات قبلی و با در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر با ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد و دقت ۱۰ درصدی و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات کمی، حجم نمونه برابر با ۱۸۵ نفر محاسبه گردید که با احتساب ۱۵ درصد ریزش احتمالی تعداد نهایی نمونه مورد نیاز ۲۱۳ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت دو مرحله‌ای انجام شد. از آنجا که جامعه آماری زنان ۶۵-۲۰ ساله ساکن در خانوارهای شهر جهرم بود در مرحله اول با استفاده از تقسیم‌بندی مراکز بهداشت (دو مرکز بهداشتی درمانی و ۸ پایگاه بهداشتی) ۱۰ منطقه به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب و در مرحله بعد، از نمونه‌گیری سیستماتیک استفاده شد در این مرحله لیست خانوارها به عنوان چارچوب نمونه‌گیری انتخاب شد و در هر طبقه ۲۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه بود. به منظور تدوین پرسش‌نامه ابتدا مطالعات کتابخانه‌ای پیرامون موضوع توسط پژوهش‌گر انجام و پرسش‌نامه‌ای بر اساس موضوع پژوهش و مدل اعتقاد بهداشتی طراحی گردید این پرسش‌نامه در ۴ بخش تنظیم شده بود بخش اول شامل سؤالات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک (شامل سؤالاتی در مورد سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، مشخصات همسر، مشخصات بارداری و سابقه انجام آزمایش پاپ اسمیر)، بخش دوم سؤالات مربوط به آگاهی در زمینه سرطان دهانه رحم و عوامل پیشگیری‌کننده از آن (۱۵ سؤال)، بخش سوم سؤالات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل منافع (۸ سؤال) و موانع (۱۳ سؤال) درک شده، حساسیت (۷ سؤال) و شدت (۵ سؤال) درک شده، خود کارآمدی (۸ سؤال) و راهنمای عمل در بعد خارجی و داخلی بود. بخش چهارم شامل ۶ سؤال در زمینه رفتارهای پیشگیری‌کننده از سرطان دهانه رحم بود. امتیاز گذاری پرسش‌نامه بدین صورت بود که در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز یک و به جواب غلط و نمی‌دانم امتیاز صفر تعلق گرفت. برای سؤالات ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی از مقیاس نگرش‌سنج ۵ گزینه‌ای لیکرت استفاده شد. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده به گزینه‌های کاملاً مخالف تا کاملاً موافق به ترتیب امتیاز صفر تا چهار تعلق گرفت. سؤالات خود کارآمدی نیز از پنج گزینه خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم به ترتیب امتیاز چهار تا صفر تعلق یافت و در قسمت چک لیست عملکرد نیز به رفتار صحیح در جهت پیشگیری از سرطان دهانه رحم امتیاز یک و به رفتار غلط امتیاز صفر داده شد. پس از اعمال وزن هر سؤال با جمع کردن امتیاز سؤالات هر یک از سازه‌ها امتیاز سازه محاسبه شد. به منظور طبقه‌بندی سازه‌ها دامنه تغییرات هر یک از آن‌ها به ۳ بخش تقریباً برابر (کم، متوسط و خوب) تقسیم شد. رفتار به ۲ طبقه مطلوب و نامطلوب تقسیم گردید. سؤالات راهنماهای عمل داخلی و خارجی نیز به صورت فراوانی محاسبه شدند. اعتبار محتوای پرسش‌نامه با نظرسنجی از متخصصین ارزیابی شد بدین منظور پرسش‌نامه طراحی شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به همراه منابع معتبر از طریق ایمیل و حضوری در اختیار تعدادی از متخصصین آموزش بهداشت و مامایی قرار گرفت و اصلاحات مورد نظر ایشان اعمال و اشکالات پرسش‌نامه برطرف شد. سنجش پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ همبستگی درونی سؤالات آگاهی را ۰/۸۵ و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۰/۸۲ نشان داد. همبستگی درونی تک تک سازه‌های مدل عبارت بودند از حساسیت درک شده ۰/۷۶، شدت درک شده ۰/۷۹، موانع درک شده ۰/۷۶، منافع درک شده ۰/۸۵، خود کارآمدی ۰/۹۰ و رفتار ۰/۸۱.

به پرسش‌گران در زمینه نحوه ارتباط با واحدهای پژوهش و تکمیل پرسش‌نامه آموزش‌های لازم داده شد. در مرحله بعد پرسش‌گران پس از تعیین هر یک از خانوارها به آدرس مربوطه مراجعه و پس از معرفی خود و ارائه توضیحات لازم به واحدهای مورد پژوهش و اعلام آمادگی آنان برای پاسخ‌گویی، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه سازمان یافته کردند.

داده‌های پرسش‌نامه به صورت کد شده در نرم‌افزار SPSS 18 (SPSS Inc. Chicago, Ill) وارد شد و با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار توصیف شد. رابطه بین سازه‌ها و متغیرهای دموگرافیک با استفاده از آزمون‌های من- ویتنی و کروسکال- والیس تحلیل شد. همبستگی داخلی سازه‌های مدل با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت. پیش‌گویی رفتار با استفاده از رگرسیون چند متغیره گام به گام و در دو فاز انجام شد. در فاز یک متغیرهای سازه مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان کاندید

پیش‌گویی رفتار تحلیل شدند و در فاز دوم همه متغیرهای مورد بررسی از جمله سازه‌های مدل، آگاهی و متغیرهای دموگرافیک به عنوان کاندیدای پیش‌گویی رفتار انتخاب شدند.

نتایج

پس از جمع‌آوری داده‌ها ۱۳ پرسش‌نامه به علت نقص حذف گردید و در نهایت ۲۰۰ پرسش‌نامه مورد تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف معیار سن ۱۲/۱ ± ۴۰/۶، سن ازدواج ۴/۷ ± ۱۸/۸، سن انجام اولین تست پاپ اسمیر ۱۱/۲ ± ۳۴/۹، سن اولین بارداری ۳/۶ ± ۲۰/۱ سال و تعداد حاملگی ۲/۲ ± ۳/۴، تعداد دفعات انجام پاپ اسمیر ۱/۴ ± ۱/۹ بار بود. ۱۷۷ نفر (۸۸/۵ درصد) از زنان مورد مطالعه متأهل، ۱۹ نفر (۹/۵ درصد) همسر مرده و ۴ نفر (۲/۰ درصد) آنان از همسر جدا شده بودند. ۱۸۵ نفر (۹۲/۵ درصد) خانه‌دار و ۱۳۰ نفر (۶۵/۰ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم بودند. ۴۸ نفر (۲۴/۰ درصد) دیپلمه و ۲۲ نفر (۱۱/۰ درصد) از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند.

روش پیشگیری از بارداری در ۱۰۶ نفر (۵۳/۰ درصد) قرص بود. ۱۵۷ نفر (۷۸/۵ درصد) تحت پوشش خدمات بیمه قرار داشتند. ۶۵ نفر (۳۲/۵ درصد) از آنان حداقل یک بار تست پاپ اسمیر انجام داده و مابقی هرگز این تست را انجام نداده بودند. فقط ۱۰/۵ درصد از زنانی که حداقل یک بار این تست را انجام داده بودند به منظور کنترل سلامت و غربالگری اقدام به انجام این تست کرده بودند مابقی به دلیل داشتن بیماری‌های زنان و مراجعه به پزشک تست پاپ اسمیر از آن‌ها به عمل آمده بود و تنها ۷/۹ درصد از آنان این تست را به صورت منظم و دوره‌ای انجام می‌دادند.

بررسی سؤالات آگاهی نشان داد که ۷۰/۰ درصد از خانم‌ها سرطان دهانه رحم را قابل پیشگیری و ۷۰/۰ درصد از آنان این سرطان را قابل درمان می‌دانستند. ۶۵/۰ درصد از خانم‌ها با نام تست پاپ اسمیر و ۴۹/۰ درصد با هدف از انجام این تست آشنا بودند. ۲۲/۰ درصد از آنان سن شروع انجام پاپ اسمیر را ۲۰ سالگی اعلام کردند و تنها ۲۰/۵ درصد از فواصل انجام این تست طبق برنامه کشوری اطلاع داشتند. به طور کلی تنها ۱۲ درصد از زنان مورد بررسی دارای آگاهی کافی در زمینه سرطان دهانه رحم و پیشگیری از آن بودند و ۹۰ درصد از آنان دارای رفتاری نامطلوب در این زمینه بودند.

میانگین نمرات آگاهی، رفتار و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در جدول ۱ نشان داده شده است.

نتایج بررسی ارتباط سازه‌های مدل، آگاهی و رفتار با متغیرهای دموگرافیک در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس یافته‌ها افزایش میزان تحصیلات میانگین نمرات آگاهی (P=0.013)، منافع درک شده (P=0.011)، موانع درک شده (P=0.002) و خود کارآمدی (P <0.001) افزایش می‌یابد و این افزایش در میانگین نمره آگاهی چشمگیرتر است به طوری که خانم‌های دارای تحصیلات دانشگاهی حدود ۶ نمره بیشتر از خانم‌های زیر دیپلم کسب کردند. تقریباً وضعیتی مشابه در زمینه میزان تحصیلات همسر وجود داشت به نحوی که با افزایش میزان تحصیلات همسر میانگین نمرات آگاهی، رفتار، شدت درک شده، منافع درک شده و خود کارآمدی افزایش می‌یافت و این افزایش در میانگین نمره آگاهی چشمگیرتر بود به طوری که خانم‌های دارای همسر با تحصیلات دانشگاهی حدود ۳ نمره بیشتر از خانم‌های دارای همسر با سطح تحصیلات زیر دیپلم کسب کردند و ارتباط بین میزان تحصیلات همسر با موانع درک شده (P=0.029) و خود کارآمدی (P=0.035) معنی‌داری بود.

نتایج نشان داد بین سن با رفتار، همبستگی مثبت و معنی‌دار (r =0.249 و P <0.001) وجود داشت. هم‌چنین بین تعداد دفعات بارداری و رفتار، همبستگی منفی و معنی‌دار (r=-0.224 و P <0.001)

جدول ۱: مشخصات کلی آگاهی، رفتار و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زنان ۲۰ تا ۶۵ ساله شهرستان جهرم

متغیر	دامنه نمره	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین	بیشترین	خوب فراوانی(درصد)	متوسط فراوانی (درصد)	ضعیف فراوانی (درصد)
آگاهی	۱۵ ـ ۰	۶/۷۳	۲/۹۷	۰	۱۳/۲۳	۱۲(۲۴)	۱۱۳(۵۶/۵)	۶۳(۳۱/۵)
حساسیت درک شده	۲۸ ـ ۰	۱۶/۷۳	۴/۶۰	۷	۲۸	۵۴(۲۷)	۱۱۳(۶۶/۵)	۱۳(۶/۵)
شدت درک شده	۲۰ ـ ۰	۱۵/۱۵	۳/۲۶	۵	۲۰	۱۳۲(۶۶)	۶۶(۳۳)	۲(۱)
تهدید درک شده	۴۸ ـ ۰	۳۱/۸۸	۶/۷۶	۱۵	۴۸	۱(۰/۵)	۱۱۳(۵۶/۵)	۸۶(۴۳)
منافع درک شده	۳۲ ـ ۰	۲۵/۳۴	۴/۲۷	۱۲	۳۲	۱۶۹(۸۷/۶)	۲۴(۱۲/۴)	۰(۰)
موانع درک شده	۴۸ ـ ۰	۳۰/۰۴	۷/۰۴	۳	۴۸	۶۹(۳۴/۸)	۱۲۵(۶۳/۱)	۴(۲)
خود کارآمدی	۳۲ ـ ۰	۲۳/۵۶	۶/۹۸	۰	۳۲	۱۳۶(۶۸/۷)	۴۸(۲۴/۲)	۱۴(۷/۱)
رفتار	۶ ـ ۰	۱/۰۹	۱/۶۴	۰	۶	مطلوب		نامطلوب
						۲۰(۱۰)		۱۸۰(۹۰)

جدول ۲: جدول ارتباط متغیرهای دموگرافیک با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، آگاهی و رفتار زنان ۲۰ تا ۶۵ ساله شهرستان جهرم در مورد سرطان دهانه رحم

متغیر	مواقع درک شده			منافع درک شده			شدت درک شده			حساسیت درک شده			آگاهی			رفتار		
	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری
متاهل	۶/۹۲	۳۰/۶۲	۰/۰۰۱	۲۵/۵۴	۶/۱۵	۰/۰۵۶	۱۵/۰۶	۳/۳۶	۰/۲۴۲	۱۶/۸۲	۴/۷۴	۰/۴۵۸	۶/۸۱	۲/۹۲	۰/۳۸۲	۱/۱۷	۱/۷۳	<۰/۰۰۱
وضعیت تاهل																		
بیوه+مطلقه	۶/۳۹	۲۵/۵۷	۰/۱۶	۲۳/۷۷	۶/۹۵	۰/۴۷	۱۵/۸۳	۲/۲۱	۰/۱۰۴	۱۶/۰۴	۳/۳۱	۰/۱۳	۶/۱۰	۳/۳۴	۰/۰۱۳	۰/۴۷	۱/۰۴	۱/۵۸
زیر دیپلم	۶/۳۲	۲۸/۸۶	۱/۵۸	۷۶/۲۴	۴/۳۲	۱/۰۴	۱۵/۰۸	۳/۱۷	۰/۱۱۶	۱۷/۱۶	۴/۱۲	۰/۹۷	۶/۳۱	۲/۹۷	۰/۹۱	۱/۰۴	۲/۹۷	۱/۵۸
میزان تحصیلات	۷/۹۹	۳۱/۵۸	۰/۰۰۲	۲۵/۸۹	۷/۲۱	۰/۰۲۹	۱۴/۸۱	۳/۸۶	۰/۰۱۱	۲۵/۶۸	۴/۲۸	۰/۲۵۳	۷/۳۱	۲/۷۹	۰/۰۱۳	۰/۹۱	۲/۷۹	۱/۳۳
دانشگاهی	۷/۴۵	۳۳/۰۵	۰/۰۲۷	۲۷/۴۵	۷/۱۸	۰/۳۰۲	۱۶/۲۷	۲/۶۴	۰/۳۶۶	۱۶/۷۷	۵/۵۲	۰/۳۶۶	۸/۶۸	۲/۵۱	۰/۰۲۸	۱/۷۹	۲/۷۹	۲/۳۴
زیر دیپلم	۶/۵۰	۲۹/۶۴	۰/۰۲۹	۲۵/۰۲	۷/۴۲	۰/۰۲۹	۱۴/۸۴	۳/۳۸	۰/۰۲۹	۱۶/۷۷	۴/۵۴	۰/۳۵۰	۶/۴۲	۲/۹۳	۰/۰۲۸	۰/۹۹	۲/۹۳	۱/۵۲
میزان تحصیلات	۷/۲۱	۲۹/۰۴	۰/۰۲۹	۲۴/۹۴	۷/۲۸	۰/۰۲۷	۱۵/۲۹	۳/۱۵	۰/۰۲۷	۱۶/۹۱	۴/۷۱	۰/۲۷۵	۶/۶۸	۳/۱۰	۰/۰۵۲	۱/۰۵	۲/۷۱	۱/۵۶
همسر	۷/۸۴	۳۲/۸۳	۰/۰۲۹	۲۶/۹۱	۷/۸۹	۰/۰۲۹	۱۵/۸۹	۲/۹۸	۰/۰۲۹	۱۶/۰۰	۴/۹۳	۰/۲۷۵	۷/۷۶	۲/۷۱	۰/۰۲۸	۱/۴۹	۲/۷۱	۲/۰۷
خانه‌دار	۶/۷۷	۲۹/۷۹	۰/۰۲۹	۲۵/۲۶	۴/۲۶	۰/۰۲۹	۱۵/۱۲	۳/۳۳	۰/۰۲۹	۱۶/۸۲	۴/۵۶	۰/۳۵۰	۶/۵۷	۲/۹۷	۰/۰۲۸	۰/۹۹	۲/۹۷	۱/۴۹
شغل	۹/۵۵	۳۳/۰۰	۰/۰۲۹	۲۶/۴۳	۴/۴۸	۰/۳۰۲	۱۵/۵۳	۲/۲۰	۰/۲۷۵	۱۵/۶۰	۵/۰۵	۰/۳۵۰	۸/۶۰	۲/۳۲	۰/۰۲۸	۲/۳۵	۲/۳۲	۲/۶۷
شاغل	۶/۹۷	۲۹/۳۶	۰/۰۲۷	۲۵/۱۹	۴/۲۹	۰/۳۰۲	۱۵/۱۰	۳/۴۴	۰/۲۵۳	۱۶/۸۴	۵/۶۵	۰/۳۶۶	۶/۴۷	۳/۰۲	۰/۰۲۸	۱/۰۴	۲/۰۲	۱/۵۸
میزان درآمد	۷/۸۹	۳۲/۱۵	۰/۰۲۷	۲۵/۷۹	۴/۲۵	۰/۳۰۲	۱۵/۳۱	۲/۵۹	۰/۲۷۵	۱۶/۴۰	۴/۴۶	۰/۳۵۰	۷/۵۳	۲/۶۵	۰/۰۲۸	۱/۲۴	۲/۶۵	۱/۸۱
>۴۰۰	۷/۱۱	۳۰/۰۳	۰/۰۲۹	۲۵/۸۹	۴/۱۵	۰/۲۷۵	۱۴/۹۷	۳/۴۴	۰/۲۷۵	۱۶/۹۲	۴/۶۹	۰/۳۵۰	۶/۷۷	۲/۸۲	۰/۰۲۸	۱/۱۷	۲/۸۲	۱/۷۳
پلی	۷/۸۵	۳۲/۸۳	۰/۰۲۹	۲۶/۰۵	۴/۰۸	۰/۲۷۵	۱۴/۹۲	۳/۲۱	۰/۲۷۵	۱۶/۱۵	۴/۷۸	۰/۳۵۰	۸/۶۱	۲/۲۱	۰/۰۲۸	۱/۲۲	۲/۲۱	۲/۵۳
مصرف قرص ضد بارداری	۶/۹۹	۳۰/۰۴	۰/۰۲۹	۲۴/۷۳	۴/۳۵	۰/۲۷۵	۱۵/۳۵	۳/۰۴	۰/۲۷۵	۱۶/۵۱	۴/۵۱	۰/۳۵۰	۶/۶۸	۳/۱۴	۰/۰۲۸	۱/۰۰	۳/۱۴	۱/۵۴
بلی	۷/۸۵	۳۲/۸۲	۰/۰۲۹	۲۶/۰۵	۴/۰۸	۰/۲۷۵	۱۴/۹۲	۳/۲۱	۰/۲۷۵	۱۶/۱۵	۴/۷۸	۰/۳۵۰	۸/۶۱	۲/۲۱	۰/۰۲۸	۱/۲۲	۲/۲۱	۲/۵۳
سابقه انجام پاپ اسمیر	۸/۷۰	۲۸/۳۸	۰/۰۲۹	۲۵/۰۰	۴/۳۴	۰/۲۷۵	۱۵/۲۶	۳/۲۸	۰/۲۷۵	۱۷/۰۱	۴/۵۰	۰/۳۵۰	۵/۸۹	۲/۹۳	۰/۰۲۸	۰/۵۵	۲/۹۳	۰/۱۱
بلی	۸/۷۰	۳۳/۱۴	۰/۰۲۹	۲۶/۳۲	۳/۹۷	۰/۲۷۵	۱۵/۰۲	۳/۲۱	۰/۲۷۵	۱۶/۵۹	۴/۶۳	۰/۳۵۰	۸/۳۰	۲/۴۲	۰/۰۲۸	۱/۹۰	۲/۴۲	۲/۳۹
سابقه خانوادگی			<۰/۰۰۱			۰/۱۰۵			۰/۵۱۹			۰/۴۴۶			<۰/۰۰۱			۰/۰۵۹
انجام پاپ اسمیر																		
خیر	۶/۵۵	۲۹/۰۳	۰/۰۲۹	۲۴/۹۸	۴/۵۳	۰/۲۷۵	۱۵/۳۲	۳/۳۰	۰/۲۷۵	۱۷/۱۰	۴/۷۱	۰/۳۵۰	۶/۲۴	۳/۰۰	۰/۰۲۸	۰/۸۹	۳/۰۰	۱/۳۴
بلی	۶/۱۵	۳۰/۸۲	۰/۰۲۹	۲۶/۲۱	۳/۵۹	۰/۲۷۵	۱۵/۷۵	۳/۰۶	۰/۲۷۵	۱۷/۱۵	۴/۹۳	۰/۳۵۰	۶/۶۸	۲/۸۸	۰/۰۲۸	۱/۰۴	۲/۸۸	۱/۵۵
قصد انجام پاپ اسمیر																		
خیر	۶/۰۸	۲۷/۰۳	۰/۸۹۰	۲۳/۷۴	۴/۴۶	۰/۰۰۲	۱۵/۳۶	۳/۴۸	۰/۰۰۵	۱۶/۰۳	۴/۵۴	<۰/۰۰۱	۵/۶۴	۲/۷۵	۰/۴۴۰	۰/۶۵	۲/۷۵	<۰/۰۰۱
بلی	۶/۰۸	۲۷/۰۳	۰/۸۹۰	۲۳/۷۴	۴/۴۶	۰/۰۰۲	۱۵/۳۶	۳/۴۸	۰/۰۰۵	۱۶/۰۳	۴/۵۴	<۰/۰۰۱	۵/۶۴	۲/۷۵	۰/۴۴۰	۰/۶۵	۲/۷۵	<۰/۰۰۱

وجود داشت. از طرفی بین سن ازدواج (r=0.150 و P=0.036) و سن اولین بارداری با منافع درک شده (r=0.173 و P=0.017) همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود داشت. بین سن با موانع درک شده همبستگی منفی و معنی‌دار (r=-0.159 و P=0.026)، بین سن و خود کارآمدی همبستگی منفی و معنی‌دار (r=-0.313 و P <0.001)، بین سن ازدواج و خود کارآمدی (r=0.147 و P=0.039) همبستگی مثبت و معنی‌دار و بین تعداد دفعات بارداری همبستگی منفی و معنی‌دار (r=-0.250 و P <0.001) مشاهده شد.

نتایج بررسی ارتباط سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با یکدیگر و با آگاهی و رفتار در جدول ۳ درج شده است.

مهم‌ترین راهنمای عمل خارجی از نظر زنان مورد بررسی شامل رادیو، تلویزیون، کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و پزشک به ترتیب با ۷۲ درصد، ۳۵ درصد، ۲۸ درصد بود و پمفلت و اینترنت به ترتیب با ۷/۵ درصد و ۳/۵ درصد کم‌ترین تأثیر در اقدام به عمل داشتند. مهم‌ترین راهنمای عمل داخلی شامل افزایش خون‌ریزی قاعدگی و ترشحات مهبلی هر کدام با ۴۲ درصد، خون‌ریزی در فاصله بین دو قاعدگی با ۳۰ درصد، لکه‌بینی و درد کمر هر کدام با ۲۷ درصد بودند. کاهش شدید وزن و بی‌اشتهایی با ۲۰ درصد کم اهمیت‌ترین راهنما شناخته شد.

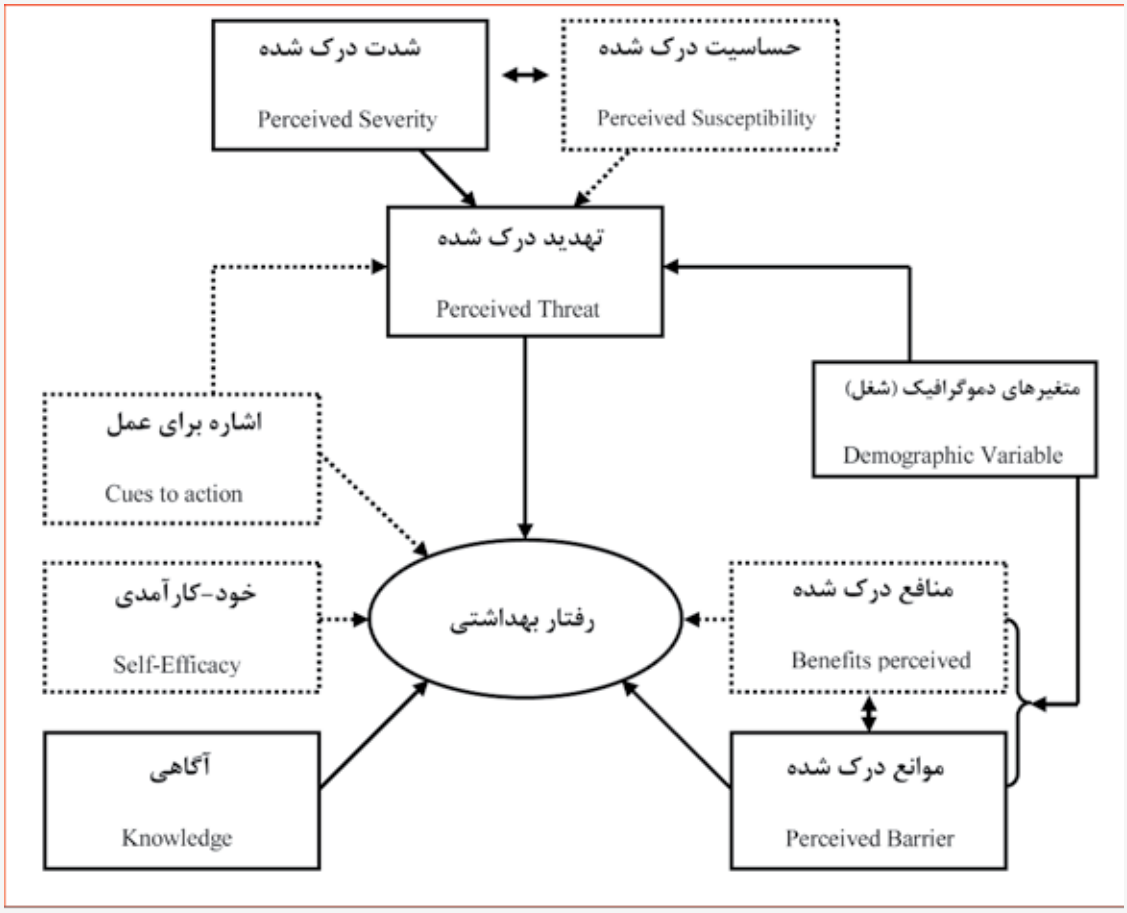
در فاز اول تحلیل رگرسیونی و به منظور پیش‌گویی رفتار با استفاده از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی مشخص شد که از بین سازه‌های خود کارآمدی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده، متغیرهای خود کارآمدی (P <0.001)، موانع درک شده (P= 0.004) و شدت درک شده (P=0.034) پیش‌گویی کننده رفتار بودند که این‌ها در مجموع ۱۶/۱ درصد (R۲=0.161) از تغییرات رفتار را پیش‌گویی نمودند. در فاز دوم تحلیل رگرسیونی و به منظور پیش‌گویی رفتار با استفاده از همه‌ی متغیرهای مورد بررسی مشخص شد که تنها متغیرهای شغل (P=0.009) و آگاهی (P=0.005) در کنار موانع درک شده (P<0.001) و شدت درک شده (P=0.036) به عنوان پیش‌گویی کننده‌های نهایی رفتار تعیین شدند که این متغیرها در مجموع ۱۹/۵ درصد (R۲=0.195) از تغییرات رفتار را پیش‌گویی نمودند (جدول ۴). یافته‌های این جدول در شکل ۲ درج شده است.

جدول ۳: همبستگی درونی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی، آگاهی و رفتار زنان ۲۰ تا ۶۵ ساله شهرستان جهرم در مورد سرطان دهانه رحم

		رفتار	آگاهی	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	خود کارآمدی	تهدید درک شده
رفتار	ضریب همبستگی		۰/۱۳۳	۰/۰۲۶	۰/۱۱۶	۰/۰۵۴	۰/۲۷۸	۰/۳۲۴	۰/۰۸۳
	معنی داری		۰/۰۶۰	۰/۷۱۹	۰/۱۰۲	۰/۴۵۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
آگاهی	ضریب همبستگی	۰/۱۳۳		۰/۰۲۶	۰/۰۱۴	۰/۱۶۶	۰/۲۶۸	۰/۰۷۵	۰/۰۱۸
	معنی داری	۰/۰۶۰		۰/۷۱۰	۰/۸۴۸	۰/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۰/۸۰۰
حساسیت درک شده	ضریب همبستگی	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶		۰/۴۷۷	۰/۳۲۵	۰/۰۸۹	۰/۲۴۳	۰/۹۰۷
	معنی داری	۰/۷۱۹	۰/۷۱۰		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
شدت درک شده	ضریب همبستگی	۰/۱۱۶	۰/۰۱۴	۰/۴۷۷		۰/۴۰۶	۰/۰۰۳	۰/۲۴۵	۰/۷۷۹
	معنی داری	۰/۱۰۲	۰/۸۴۸	۰/۰۰۱		۰/۰۰۱	۰/۹۷۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
منافع درک شده	ضریب همبستگی	۰/۰۵۴	۰/۱۶۶	۰/۳۲۶	۰/۴۰۶		۰/۳۱۵	۰/۳۷۲	۰/۳۸۸
	معنی داری	۰/۴۵۲	۰/۰۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
موانع درک شده	ضریب همبستگی	۰/۲۷۸	۰/۲۶۸	۰/۰۸۹	۰/۰۰۳	۰/۳۱۵		۰/۲۸۲	۰/۰۶۰
	معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۰	۰/۲۱۰	۰/۹۷۲	<۰/۰۰۱		<۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
خود کارآمدی	ضریب همبستگی	۰/۳۲۴	۰/۰۷۵	۰/۲۴۳	۰/۲۴۵	۰/۳۷۲	۰/۲۸۲		۰/۲۶۵
	معنی داری	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		۰/۰۰۱
تهدید درک شده	ضریب همبستگی	۰/۰۸۳	۰/۰۱۸	۰/۹۰۷	۰/۷۷۹	۰/۳۸۸	۰/۰۶۰	۰/۲۶۵	
	معنی داری	۰/۲۴۱	۰/۸۰۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳	۰/۰۰۱	

جدول ۴- یافته‌های مدل رگرسیونی در پیش‌گویی رفتار زنان ۲۰ تا ۶۵ ساله شهرستان جهرم در مورد سرطان دهانه رحم

متغیر	ضریب رگرسیون (β)	خطای استاندارد ضریب رگرسیون	مقدار t	معنی داری
مقدار ثابت	-۱/۵۲۵	۰/۷۸۲	-۱/۹۵۲	۰/۰۵۲
امتیاز موانع درک شده	۰/۰۵۸	۰/۰۱۶	۳/۶۳۹	<۰/۰۰۱
نمره آگاهی	۰/۱۰۷	۰/۰۳۸	۲/۸۴۱	۰/۰۰۵
شاغل بودن	۱/۱۰۴	۰/۴۱۷	۲/۶۴۴	۰/۰۰۹
امتیاز شدت درک شده	-۰/۰۶۹	۰/۰۳۳	-۲/۱۰۸	۰/۰۳۶



شکل ۲: مدل نهایی اعتقاد بهداشتی در پیش‌گویی رفتار زنان ۲۰ تا ۶۵ ساله جهرم در زمینه پیشگیری از سرطان دهانه رحم

بحث و نتیجه‌گیری

مدل اعتقاد بهداشتی ماهیت رفتار بهداشتی پیشگیرانه و یا تشخیص بیماری در مرحله‌ی بدون علامت را مورد تحلیل قرار می‌دهد (۱۵). با توجه به شیوع سرطان دهانه رحم در ایران پیشگیری از این بیماری به عنوان یک راهکار با هزینه اثربخشی خوب در نظر گرفته می‌شود.

در این بررسی میانگین نمرهٔ آگاهی نشان‌دهنده‌ی آگاهی متوسط نمونه‌های مورد مطالعه در زمینه‌ی سرطان دهانهٔ رحم و پیشگیری از آن بود که با مطالعه خجسته که در آن اکثر زنان مورد بررسی از آگاهی متوسطی برخوردار بودند مشابهت داشت اما با نتایج مطالعه صدیقی و دوران که در آن خانم‌ها آگاهی کمی در زمینه‌ی سرطان دهانه رحم داشتند هم‌خوانی نداشت (۱۸ـ۱۶).

۳۲/۵ درصد زنان حداقل یک‌بار در برنامه‌ی غربالگری سرطان دهانهٔ رحم شرکت کرده بودند که نسبت به مطالعهٔ چی (۱۸/۴ درصد) و انجذاب (۱۴/۵ درصد) بیشتر و نسبت به نتایج پژوهش ایسلام در نیویورک (۵۴ درصد)، کوگلین در آمریکا (۸۳/۳ درصد) و آیدستروم در سوئد (۹۵ درصد) کمتر بود (۲۳- ۱۹).

در این مطالعه تنها ۱۰/۵ درصد از خانم‌هایی که حداقل یک بار تست پاپ اسمیر را انجام داده بودند این تست را صرفاً به منظور کنترل سلامت انجام داده بودند که با نتایج مطالعه آستین که در آن ۶۲/۳ درصد از خانم‌ها به منظور کنترل سلامتی و غربالگری اقدام به انجام این تست کرده بودند هم‌خوانی نداشت (۲۴). هم‌چنین در این مطالعه میانگین سنی ازدواج ۱۸/۷۶ بود در حالی که میانگین سنی انجام اولین تست پاپ اسمیر ۳۴/۹۱ بود که می‌تواند ناشی از عدم آگاهی خانم‌ها و عدم اطلاع‌رسانی توسط سیستم بهداشتی درمانی باشد به هر حال به نظر می‌رسد آگاهی و عملکرد زنان ما نسبت به سایر جوامع بسیار ضعیف‌تر است.

در این مطالعه ۷۲ درصد از زنان مورد مطالعه از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی جهت پیشگیری از سرطان دهانه رحم راهنمایی شده بودند و نقش پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی کمتر بود که با نتایج مطالعه آستین که پزشک به عنوان مهم‌ترین راهنما گزارش شده بود هم‌چنین با نتایج مطالعه تابشیان که در آن پزشک (۶۳ درصد) مهم‌ترین راهنما و پرسنل بهداشتی درمانی (۲۴ درصد) و رادیو تلویزیون (۲ درصد) در مرحله بعد بودند هم‌خوانی نداشت (۲۴ و ۲۵). با توجه به کم‌رنگ بودن نقش پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی در راهنمایی زنان به انجام رفتارهای پیشگیری کننده، به نظر می‌رسد این مسئله هشداری برای سیستم بهداشتی درمانی باشد و نیازمند برنامه‌ریزی به منظور فعال‌تر کردن پزشکان و پرسنل بهداشتی درمانی باشد، از طرفی با توجه به نقش رسانه‌های ارتباط جمعی در این پژوهش می‌توان از اصول مدل اعتقاد بهداشتی که برای طراحی برنامه‌های آموزشی و

تولید پیام‌های ترغیب کننده از طریق رسانه‌ها مفید است کمک گرفته تا بتوان درصد بیشتری از زنان را در راستای پیشگیری از سرطان دهانه‌ی رحم راهنمایی کرد.

اکثر زنان مورد بررسی (۹۰ درصد) از عملکرد نامطلوب در زمینه‌ی پیشگیری از سرطان دهانه‌ی رحم برخوردار بودند که با نتایج مطالعه‌ی خجسته و مبارکی هم‌خوانی داشت (۱۶ و ۲۶).

نتایج نشان داد که نمره منافع درک شده ۸۷/۶ درصد خانم‌های مورد مطالعه خوب بود این نتیجه بیانگر این است که زنان مورد مطالعه معتقدند که در صورت انجام اقدام پیشگیرانه مؤثر نظیر پاپ اسمیر می توان بیماری را سریع تشخیص داد این در حالی است که تنها ۳۴/۸ درصد آنان نمره موانع درک شده خوب نسبت به پیشگیری از سرطان دهانهٔ رحم کسب کردند و ۶۸/۷ درصد از آنان دارای نمرهٔ خودکارآمدی خوب بودند. همچنین ۶۶ درصد آنان دارای نمرهٔ شدت درک شده خوب در مقابل۲۷ درصد نمرهٔ حساسیت درک شدهٔ خوب بودند؛ لذا لازم است سازه های موانع درک شده، خودکارآمدی و حساسیت درک شده به عنوان یکی از نقاط تمرکز مداخلات آموزشی آتی به منظور رفع موانع و خودکارآمدتر کردن زنان و ایجاد حساسیت باید در نظر گرفته شود (جدول ۱).

نتایج هم‌چنین بیان‌گر وجود همبستگی مثبت معنی‌دار بین آگاهی با منافع و موانع درک شده بود؛ لذا هرگونه مداخله به منظور افزایش آگاهی می‌تواند بر سازه‌های مذکور هم تأثیرگذار باشد.

در این پژوهش موانع مختلف درک شده در گروه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی مورد مطالعه وجود داشت. بیشترین موانع درک شده از سوی خانم‌ها جهت پیشگیری از سرطان دهانه رحم به ترتیب شامل کمبود وقت، شلوغ بودن مراکز بهداشتی درمانی، ترس از تشخیص سرطان، نداشتن سابقه خانوادگی، عدم وجود علایم بیماری، گران و دردناک بودن انجام تست پاپ اسمیر، خجالت، عدم آگاهی کافی و عدم توصیه پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی بود. این یافته با نتایج گزارش شده در پژوهش اکبری و نیز مطالعه دماتوس که مهم‌ترین موانع شامل: ترس از نتیجه تست و خجالت گزارش گردید، مطابقت دارد (۲۷ و ۲۸). به نظر می‌رسد عدم دانش کافی در مورد سرطان دهانه رحم و پیشگیری از آن باعث شده که مواردی هم چون کمبود وقت و موانع روانی (ترس و خجالت) به مانع مهمی جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه تبدیل شود.

زنان شاغل میانگین نمره‌ی بالاتری را در سازه‌های مدل و رفتار نسبت به زنان خانه‌دار کسب کردند اما این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود که علت عدم معنی‌داری با توجه به محدود بودن تعداد زنان شاغل (۷/۵ درصد) قابل توجیه می‌باشد (جدول ۲). آزمون من-ویتنی نشان‌دهنده وجود ارتباط معنی‌دار بین شغل و آگاهی بود به طوری که وجود ارتباط بین شغل و آگاهی معنی دار بود به طوری که نمره اگاهی خانم های شاغل حدود ۲ نمره بیشتر از خانم های خانه دار بود در مطالعه مبارکی و باقیانی مقدم نیز خانم های شاغل از آگاهی خوبی برخوردار بودند اما این ارتباط معنی دار نبود و از این نظر با نتایج ما همخوانی ندارد (۲۶ و ۲۹). هم‌چنین عملکرد خانم‌های شاغل نسبت به خانم‌های خانه‌دار مطلوب‌تر بود به نحوی که میانگین نمره رفتار آنان در زمینه پیشگیری از سرطان دهانه رحم حدود ۲/۵ برابر خانم‌های خانه‌دار بود اما این ارتباط به دلیل محدود بودن تعداد خانم‌های شاغل معنی‌دار نبود (جدول ۲). تفاوت در عملکرد این دو گروه احتمالاً به تعاملات اجتماعی خانم‌های شاغل بر می‌گردد که منجر به افزایش آگاهی و در نتیجه ترغیب بیشتر آنان برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم باشد؛ لذا توصیه می‌شود بر آموزش زنان خانه‌دار جهت آشنایی با سرطان و رفتارهای پیشگیری از آن تأکید گردد.

خانم‌های متأهل نیز عملکرد مطلوب‌تری نسبت به خانم‌های از همسر جدا شده و همسر مرده داشتند و این ارتباط معنی‌دار بود به نحوی که میانگین نمره رفتار خانم‌های متأهل نسبت به دو گروه ذکر شده ۲/۵ برابر بیشتر بود (جدول ۲). بنابراین بایستی بر آموزش این گروه از خانم‌ها (همسر مرده و از همسر جدا شده) نیز تأکید گردد این یافته با نتایج مطالعه باقیانی مقدم که رابطه معنی‌داری را در این زمینه مشاهده نکرد هم‌خوانی ندارد (۲۹).

بین مصرف قرص پیشگیری از بارداری و منافع درک شده ارتباط معنی دار آماری وجود داشت، از طرفی خانم‌هایی که سابقهٔ انجام پاپ اسمیر در خود و خانواده داشتند از آگاهی بالاتری برخوردار بودند علت آن احتمالاً می‌تواند مربوط به اطلاعات ارائه شده به آنان ضمن انجام پاپ اسمیر و دریافت قرص همچنین تبادل اطلاعات بین آنان در خانواده باشد (جدول ۲).

وجود ارتباط معنی‌دار بین میزان تحصیلات با منافع، موانع درک شده و خودکارآمدی (جدول۲) با نتایج گزارش شده در مطالعه یخ فروش ها هم‌خوانی دارد (۳۰).

در نهایت تحلیل رگرسیون متغیرهای شغل، آگاهی، موانع درک شده و شدت درک شده را به عنوان پیش‌بینی کننده‌های نهایی رفتار تعیین کرد که از بین این متغیرها موانع درک شده و آگاهی قوی‌ترین پیش‌گویی کننده رفتار بودند در مطالعه تانراسمیت هم منافع و موانع درک شده قوی‌ترین اجزای مدل اعتقاد بهداشتی شناخته شد و با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد (۳۱). بنابراین با توجه به پایین بودن میزان آگاهی خانم‌ها در زمینه سرطان دهانه رحم و عدم رفتار مناسب در زمینه پیشگیری از آن ضروری است در جهت افزایش آگاهی و ارایه دقیق اطلاعاتی در این زمینه با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی گام برداشته شود و در این راه به نقش پزشک و پرسنل بهداشتی درمانی در توصیه به خانم‌ها و ترغیب آنان به انجام رفتارهای پیشگیری کننده و در رأس آن نسبت به انجام تست پاپ اسمیر، به عنوان ابزاری مناسب، برای تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم و پیشگیری از عوارض و مرگ و میر ناشی از آن قویاً تأکید گردد.

موانع مختلف درک شده در گروه ما وجود داشت که بایستی رفع شود و به این منظور باید نیازسنجی انجام و بر اساس آن با استفاده از روش‌ها و مواد آموزشی مختلف با توجه به شرایط فرهنگی گروه‌های خاص، اقدام به آموزش آنان نموده و به منظور رفع موانع روانی موضوع سرطان دهانه رحم در جلسات گروهی زنان به بحث و گفتگو گذاشته شود تا با تبادل تجارب آنان، این موانع کاهش یابد. مدل پیشنهادی ما در شکل ۲ نشان داده شده است.

پیشنهادات

در مطالعات بعدی روی انگیزه خانم‌ها برای اتخاذ رفتارهای پیشگیری از سرطان دهانه رحم بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی کار شود و تأثیر برنامه آموزشی اجرا شده بر اساس این مدل سنجیده شود.

به اهمیت جایگاه پزشکان و کارکنان بهداشتی به عنوان حمایت کننده قوی برای ایجاد انگیزه، راهنمایی و تشویق خانم‌ها برای اقدامات پیشگیرانه توجه بیشتری مبذول گردد و سیستم بهداشتی در این زمینه فعالیت بیشتری انجام دهد.

با توجه به این که کمبود وقت و شلوغ بودن مراکز بهداشتی درمانی به عنوان یکی از موانع مهم گزارش شده بود؛ لذا حضور پرسنلی آگاه و با انگیزه در هر مرکز به صورت اختصاصی جهت آموزش و مشاوره در زمینه سرطان‌های شایع زنان پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم می‌باشد، بدین وسیله از مساعدت حوزه معاونت و مدیریت محترم پژوهشی دانشگاه، مدیریت و پرسنل محترم مرکز مطالعات توسعه آموزش پزشکی، افرادی که ما را در جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند هم‌چنین کلیه خانم‌های شرکت کننده در این طرح صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Gibbs RS, Honey K. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Dastjerdy V, translator. Tehran: NasleFarda pub; 2005, 538-40. [In Persian]
2. Perez CA, Kavanagh BD. Gynecologic tumors, uterine cervix. In: Perez CA, Bredy LW, Halperin EC, Schmidt-Ullrich RK, editors. Principles and Practice of Radition Oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004, 1800-42.
3. National Cancer Registry Report [Compact Disk]. Islamic Republic of Iran Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health. Tehran; Feb, 2005.
4. Krivak THC, Macbroom JW, Elkas JC. Cervical and Vaginal Cancer. In: Berek JS, editors. Novak's Gynecology.13 th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2002, 1199-232.
5. Berek JS. Novak. Gynecology. Ghazi Jahany B, translator. Tehran: Golban pub; 2004. [In Persian]
6. Society of Family Planning of Islamic Republic of Iran. Public education of fertility health. Tehran: Andishmand pub; 2001, 6-49. [In Persian]
7. Renshaw A Analysis of error in calculating the false negative rate in the interpretation of cervicovaginal smear. American Cancer Social. 1997:81(11):264-271.
8. WHO. Pap cytology screening: Most of the benefits reaped press release. WHO. 1995;1-3.
9. Hatch KD, Berek JS. Intraepithelial disease of the cervix,vagina and vulve. In: Berek JS.Novak's Gynecology, 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2002.
10. Bristow RE. Cervical Cancer. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, editors. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9 th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2003; P:923-39.
11. Bristow RE. Cervical Cancer. In: Scott JR, Gibbs RS,Karlan BY, Haney AF, editors. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9 th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2003.P: 923-39.
12. Guvenc G, Akyuz A , Açikel CH. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: Psychometric testing. Journal of Advanced Nursing. 2011;67(2): 428-37.
13. Shojaeezadeh D. Health Education Models. 1 th ed: Communication and health education center publisher – Ministry of Health and Medical Education; 2000. [In Persian]
14. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr. 1974;2(4):354-86.
15. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. HealthEduc Q. 1988; 15(2): 175-83.
16. Khojaste F, Houshmand P. Knowledge, attitude and practice of women referred to health centers in Zahedan about Pap smears and cervical cancer. Journal of Nursing and Midwifery School Mashhad. 2002;11,12:13-22. [Article in Persian]
17. Sedighi J, Vahdani nia M, Khodabandeh A, Jarvandi F. Cervical cancer: knowledge of women and the effect of educational materials. Payesh. 2005;4(1): 29-38. [Article in Persian]
18. Duran, E.T. Examination with the health belief model of women's attitudes to cervical cancer and early diagnosis in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2011;12 (5):1179-1184.
19. 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.
20. Enjezab B, Faraj Khoda T, Mojahed S, Bokaei M. Barriers and motivators related to cervical and breast cancer screening. Journal of shahid Sadoughi University of medical sciences and health services. 2004;3(12):78-84. [Article in Persian]
21. Islam N, Kwon SC, Senie R, Kathuria N. Breast and cervical cancer screening among South Asian women in New York City. Journal of Immigrant and Minority Health. 2006;8(3):211-21.
22. Coughlin SS, Breslau ES, Thompson T, Benard VB. Physician recommendation for Papanicolaou testing among US women, 2000. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention. 2005;14(5):1143-8.
23. Idesträm M, Milsom I, Andersson-Ellström A. Knowledge and attitudes about the Papsmear screening program: a population based study of women aged 20–59 years. Acta obstetri-

cia et gynecologica Scandinavica. 2002;81(10):962-7.
24. Austin LTT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. Women's Health Issues. 2002;12(3):122-8.
25. Tabeshian A, Firozeh F. The effect of health education on performing Pap smear test for prevention of cervix cancer in teachers of Isfahan city. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2009;19(1):35-40. [Article in Persian].
26. Mobaraki A, Mahmoudi F, Mohebi Z. Knowledge, attitude and practice about Pap smear test in women working hospitals Yasuj city. Journal of Nursing and Midwifery School Gorgan. 2008; 5(2):29-35. [Article in Persian].
27. Akbari F, Shakibazadeh E, Pourreza A, Tavafian S. Barriers and Facilitating Factors for Cervical Cancer Screening: a Qualitative Study from Iran. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2011;3(4):178-84.
28. DeMattos Russo Rafael R, de Moura ATMS. Barriers to implementation of cervical cancer screening: A household survey in the coverage area of the Family Health Program in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro State, Brazil. Cadernos de Saude Publica. 2010; 26 (5):1045-1050.
29. Baghiani Moghadam M. 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. [Article in Persian]
30. Yakhforushha A, Solhi M, Ebadi Fard Azar F. Effects of education via Health Belief Model on knowledge and attitude of voluntary health workers regarding Pap smear in urban centers of Qazvin. Journal of Nursing and Midwifery. 2009;18(63). [Article in Persian]
31. 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.

Original Article

Measuring Health Belief Model Components in Adopting Preventive Behaviors towards Cervical Cancer

Namdar A[1], Bigizadeh Sh[1], Naghizadeh M M[2*]

1- Department of Community Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
2- Department of Community Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

Abstract

Background & Objective: Cervical cancer is the second prevalent women cancer in the world. This cancer is found preventable because of having the prolong time before the appearance, its complications and the available proper screening program and possibility of the primary lesion treatment. Since the Health Belief Model is one of the applicable praxeology model in health education to prevent and control of diseases. Therefore, this study was aimed to determine the Health Belief Model components in adopting preventive behaviors for cervical cancer in women.

Materials & Methods: This descriptive-analytical study was carried out on 213 married 20-65 year-old women selected by a two-stage sampling method.The data was collected by a valid and reliable questionnaire and interview. This questionnaire based on health belief model correlation (components Perceived Susceptibility and Severity, Perceived Barriers and Benefits, Self-efficacy) with behavior survey. The data were analyzed by using descriptive statistics and Mann-Whhitney test, Kruskal-wallis test, and Regression by SPSS software.

Results: The mean age of the study group was 40.6 ± 12.1. The results show that 32.5% of them had at least one time examined for Pap smear test out of which only 7.9% of them had this test on a regular interval. Only 12% of them had an adequate knowledge about the cervical cancer and its preventive measure. 90% of them had inappropriate behavior. The average score of knowledge was 6.73± 2.97 which considered as moderate. Regression analysis showed the knowledge (P=0.009), job (P=0.005), perceived barriers (P<0.001) and perceived severity (P=0.036) determine as predictors in the final behavior.

Conclusion: Perceived barriers and knowledge behind the strongest predictor of behavior. Educational programs are recommended based on the health belief model with emphasis on reducing barriers and increasing awareness to improve behavior.

Keywords: Cervical Cancer, Health Belief Model, Papanicolaou Smear, Knowledge

*** Corresponding author: Naghizadeh Mohammad Mehdi,** Department of Community Medicine, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Fars, Iran.
Tel: +98 731 2227091
Email: mmnaghi2@yahoo.com