تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد زنان در مورد پاپ اسمیر

سید محمد مهدی هزاوه‌ای[1]، مریم رحمتی[2]، اکبر حسن‌زاده[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع بین زنان است و این در حالی است که علی‌رغم اکثر سرطان‌ها این سرطان با انجام آزمایش پاپ اسمیر قابل تشخیص و پیشگیری است.اغلب سرطان‌های تهاجمی دهانه رحم در زنانی دیده می‌شود که به طور منظم اقدام به انجام پاپ اسمیر نکرده‌اند. این مطالعه اثرات برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد زنان خمینی شهر در مورد اقدام به انجام پاپ اسمیر را بررسی کرده است.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مداخله‌ای آینده‌نگر بر روی ۱۲۴ زن تحت پوشش دو مرکز بهداشتی درمانی خمینی شهر انجام شد که به طور تصادفی در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفته و از نظر عملکرد و مشخصات دموگرافیک یکسان‌سازی شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بود که روایی و پایایی آن تأیید شده بود و شامل بخش‌های آگاهی،اجزای مدل و عملکرد و مشخصات دموگرافیک بود. پرسش‌نامه در دو مرحله قبل و یک ماه بعد از مداخله تکمیل شد. نتایج به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل و از آزمون‌های تی‌مستقل، تی‌زوج و کای اسکوئر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که نمرات آگاهی زنان گروه مورد بعد از مداخله به طور معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود ($P<۰/۰۰۱$). همچنین نمرات حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده و موانع درک شده گروه مورد بعد از مداخله به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد بهبود داشت. ($P<۰/۰۰۱$) اقدام به انجام پاپ اسمیر نیز در گروه مورد(۵۳ نفر یا ۸۵/۵٪) به طور معنی‌داری بعد از مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش داشت ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی تأثیر مثبت بر اقدام به موقع جهت انجام پاپ اسمیر داشته است.

واژه‌های کلیدی: سرطان دهانه رحم، پاپ اسمیر، آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی

ارجاع: هزاوه‌ای سیدمحمد مهدی، رحمتی مریم، حسن‌زاده اکبر. **تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر عملکرد زنان در مورد پاپ اسمیر.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ویژه‌نامه آموزش بهداشت: ۱۸۵۸-۱۸۶۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۲۲ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۲۲**

۱. دکترای تخصصی آموزش بهداشت، استاد گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان ،ایران

۲. کارشناس ارشد آموزش بهداشت،گروه خدمات بهداشتی،دانشکده بهداشت،دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،اصفهان،ایران (نویسنده مسؤول)

Email:mrahmati53@yahoo.com

۳. کارشناس ارشد آمار زیستی، مربی گروه آمار زیستی،دانشکده بهداشت،دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران

مقدمه

سرطان دهانه رحم دومین سرطان شایع بین زنان در همه جهان است که با مرگ و میر و بیماری‌زایی بالایی همراه است (۱). سرطان دهانه رحم درایالات متحده پس از سرطان‌های پستان، ریه، کولورکتال، آندومترو تخمدان، ششمین سرطان شایع زنان می‌باشد و در کشورهای درحال توسعه، دومین سرطان شایع بین زنان است که تقریباً۶/۱٪ مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان و ۱۵٪ مرگ‌های ناشی از سرطان‌های اندام‌های تولید مثلی آنان را به خود اختصاص می‌دهد (۲).

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 (۳).

آزمایش تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم پاپ اسمیر نام دارد (۴). تست پاپ اسمیر یک آزمون ساده سیتولوژی جهت غربالگری و تشخیص سرطان دهانه رحم و ضایعات پیش سرطانی آن است. این روش سالانه۱۳۰۰۰سرطان مهاجم و تقریباً یک میلیون ضایعه پیش سرطانی را مشخص می‌کند (۵).

کاهش چشمگیر بروز سرطان دهانه رحم در آمریکا را می‌توان به تأثیر بیماریابی با تست پاپ اسمیر و کشف ضایعات پیش بدخیمی نسبت داد (۶). اغلب سرطان‌های تهاجمی دهانه رحم در زنانی تشخیص داده می‌شود که به طور منظم پاپ اسمیر انجام نداده‌اند. مطالعات مختلف مهمترین دلایل عدم انجام پاپ اسمیر را آموزش ناکافی، مشکلات فرهنگی، درک نادرست از بیماری و سایر علل روانی–اجتماعی یا مشخصه‌های دموگرافیک دانسته‌اند (۷).

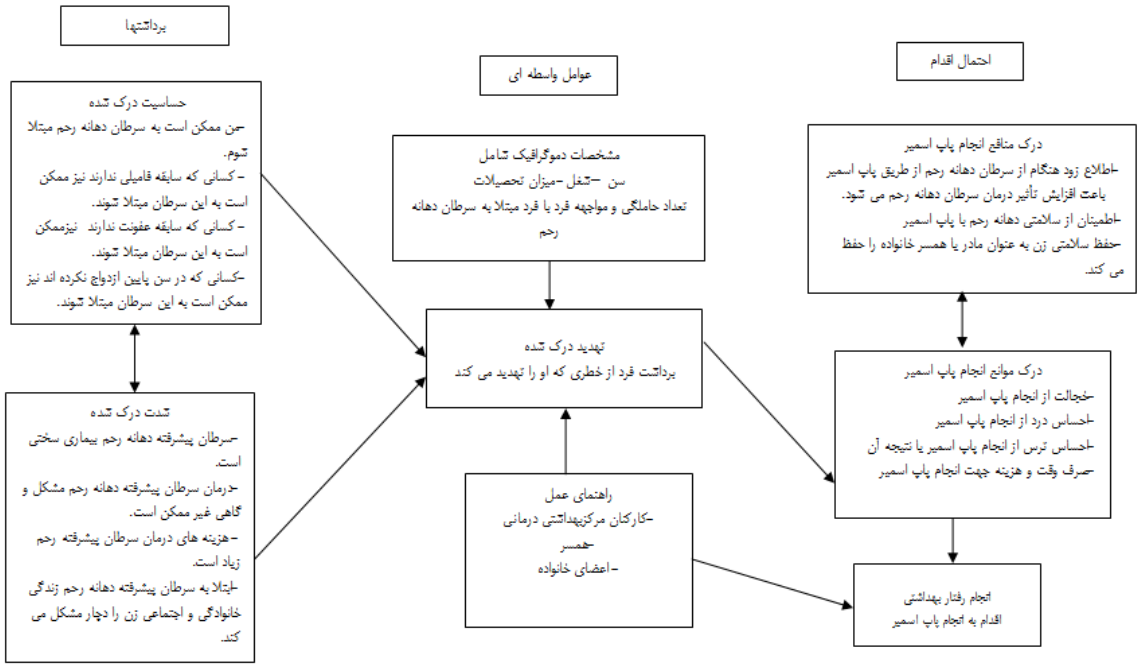
همچنین در مورد انجام پاپ اسمیر با توجه به دلایل عملکرد نامطلوب زنان ،نقش آموزش صحیح در مورد عملکرد مطلوب و پیشگیری از سرطان دهانه رحم امری حیاتی به نظر می‌رسد. در این مطالعه نیز برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی اجرا و اثرات آن بر عملکرد زنان خمینی‌شهر که به انجام پاپ اسمیر اقدام ننموده و یا به طور نامرتب مبادرت به انجام کرده بودند، بررسی شد.

تأثیر مداخلات آموزشی به میزان زیادی بستگی به استفاده از مدل مناسب حین انتخاب برنامه آموزشی و مشکل بهداشتی دارد (۸) و در این میان مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مؤثرترین مدل‌ها در روانشناسی شناختی جهت تعیین رفتارهای مربوط به سلامتی بوده و در سطح وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است. این مدل در سال ۱۹۵۰ توسط گروهی از روانشناسان اجتماعی آمریکا مانند هوکبام و روزن استوک پایه‌گذاری شد (۹). مدل اعتقاد بهداشتی که به عنوان چارچوب نظری برای این مطالعه استفاده شده شامل چندین سازه اساسی است که پیش‌بینی می‌کند؛ چرا مردم عمل پیشگیری را انجام می‌دهند؛ چرا درپی اعمال غربالگری می‌روند وچگونه شرایط بیماری خود را کنترل می‌کنند. این مدل عمدتاً بر پیشگیری از بیماری‌ها و رفتارهای اتخاذ شده برای اجتناب از زنجیره ناخوشی‌ها وبیماری‌ها متمرکز است (۱۰).

و از جمله الگوهای دقیق و مهمی است که برای پیش‌بینی رفتار مرتبط با بهداشت در الگوی اعتقادی معین تلاش می‌کند (۱۱).

براساس این مدل شخص باید باور کند مستعد ابتلا به یک بیماری همچون سرطان دهانه رحم است (حساسیت درک شده، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک می‌کند) (شدت درک شده و رفتارهای پیشنهاد شده مثل پاپ اسمیر را برای کاهش خطر و یا وخامت بیماری خود مفید دانسته) (منافع درک شده تا بتواند بر عوامل بازدارنده از عمل همچون هزینه، درد و... غلبه کند موانع درک شده) (۱۲). با وجود اینکه انجام تست پاپ اسمیر از سال۱۳۷۰ در سیستم بهداشتی کشور انجام می‌شود و یک تست مؤثر و ارزان درغربالگری سرطان دهانه رحم است، اما مطالعات مختلف نشان‌دهنده عدم استقبال از این تست می‌باشد (۱۳). در این پژوهش آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس چهارچوب زیر انجام شده همچنین سعی

شده است میزان کارایی این مدل بر انجام پاپ اسمیر مورد بررسی قرار گیرد.



نمودار ۱: چارچوب مفهومی برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

روش‌ها

این مطالعه از نوع مداخله‌ای آینده نگر بود که ۱۲۴ زن تحت پوشش دو مرکز بهداشتی- درمانی خمینی شهر جهت شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه: بر اساس فرمول آماری و با دقت (d=۰/۰۹) وضریب اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۸۰٪ در هر گروه ۵۴ نمونه به دست آمد که با توجه به احتمال ریزش ۶۲ مورد در هر گروه در نظر گرفته شد.

$(Z_1+Z_2)^2(S_1^2+S_2^2)$ تقسیم بر d^2 مساوی است با حجم نمونه مورد نظر

معیارهای ورود مطالعه شامل زنانی بود که حداقل یکبار ازدواج کرده و در سه سال گذشته پاپ اسمیر انجام نداده، باردارنبوده، سرطان شناخته شده دهانه رحم نداشته باشند و عمل برداشتن کامل رحم را انجام نداده باشند و در مراحل آموزش شرکت کنند. نحوه نمونه‌گیری به این ترتیب بود که ابتدا دو مرکز از مراکز بهداشتی درمانی به طور تصادفی انتخاب و به دو مرکز مورد و شاهد تقسیم شدند. سپس به صورت تصادفی سیستماتیک از بین پرونده‌های موجود هر مرکز ۱۰۰ پرونده انتخاب شده و با توجه به مشکلات دسترسی و معیارهای قابل قبول در هر گروه ۷۰ مورد باقی ماندند. دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و عملکرد یکسان‌سازی شدند.در نهایت در هرگروه ۶۲ نفر باقی ماندند.

ابزار گرد آوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق ساخته بود. پرسش‌نامه در ۴ بخش تنظیم شده بود.بخش اول: ۵ سؤال مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک؛ بخش دوم: شامل ۲ سؤال در خصوص عملکرد انجام پاپ اسمیر به صورت دو گزینه‌ای (بلی، خیر)؛ بخش سوم: ۲۱سؤال چهار گزینه‌ای در زمینه دانش؛ بخش چهارم :۲۶ سؤال در زمینه سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (حساسیت، شدت و منافع درک شده، ۱۵ سؤال و موانع درک شده و راهنمای عمل ۱۱ سؤال). برای

امتیازگذاری پرسش‌نامه در قسمت آگاهی به جواب صحیح امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق گرفت. در قسمت حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده نیز دامنه امتیاز هرسؤال بین ۵-۰ متغیر بود؛ به گونه‌ای که به جواب کاملاً مخالفم امتیاز صفر و کاملاً موافقم امتیاز ۵ تعلق گرفت.

برای سنجش روایی پرسش‌نامه از روش روایی محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسش‌نامه بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و با توجه به منابع معتبر علمی تهیه و توسط اساتید آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی و اشکالات و ابهامات موجود در پرسش‌نامه طبق نظرات ایشان اصلاح و روایی آن تأیید گردید.

برای سنجش پایایی پرسش‌نامه از طریق روش آزمون آلفای کرونباخ و با انجام آزمون برروی ۳۰نفر از افرادی که از لحاظ مشخصات دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند، سنجیده شد که مقدار آن درقسمت سؤالات آگاهی۷۳/. و در قسمت سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ضریب الفا برای حساسیت درک شده۷۳۵ /.، شدت درک شده۸۰۲/.، منافع درک شده ۷۲۱/. و موانع درک شده ۷۹۱/. به دست آمد.

اساس برنامه ریزی آموزشی در این پژوهش، با رویکرد یادگیری فعال بود و در طول مداخله آموزشی،سعی گردید تا زنان به طور فعالانه در برنامه آموزشی شرکت داشته باشند.

ابتدا پرسش‌نامه توسط دو گروه در مرکز بهداشتی مربوطه تکمیل شد. بعد جلسه آموزشی جهت پرسنل مرکز بهداشتی گروه مورد به عنوان راهنمای عمل برگزار شد. بعد از هماهنگی جهت مکان و زمان برگزاری آموزش گروه مورد به وسیله تلفن یا رابطین بهداشتی جهت شرکت در برنامه آموزش دعوت شدند. همچنین از افراد خانواده آنها نیز جهت شرکت در کلاس آموزشی دعوت به عمل آمد. سپس گروه مورد در دو جلسه آموزشی یک ساعته شرکت کردند. محتوی آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و طبق منابع معتبر تنظیم شد. جلسه اول شامل آشنایی با سرطان دهانه رحم، عوامل خطر، علایم و پیشگیری به منظور افزایش آگاهی، حساسیت و شدت درک شده زنان در خصوص عوارض ابتلا به سرطان بود و جلسه دوم شامل آشنایی با پاپ اسمیر نحوه انجام، شرایط خاص و گروه‌های پرخطر و منافع انجام پاپ اسمیر به منظور کاهش موانع درک شده در خصوص انجام پاپ اسمیر بود.روش آموزشی به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ بود و از پمفلتی که بر اساس محتوی تهیه شده بود به عنوان رسانه آموزشی استفاده شد. یک ماه بعد از مداخله مجدد از هر دو گروه جهت تکمیل پرسش‌نامه در مرکز بهداشتی مربوطه دعوت به عمل آمد و دوگروه پرسش‌نامه را تکمیل کردند. جهت بررسی عملکرد علاوه بر خود گزارشی، نتیجه آزمایش پاپ اسمیر نیز بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماریSPSS نسخه ۱۱/۵ انجام شد. آمار توصیفی جهت تعیین میانگین و انحراف معیار نمرات هر کدام از متغیرها استفاده شد. جهت مقایسه نمرات آگاهی و بخش‌های مدل بین دو گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون تی مستقل، جهت مقایسه نمرات آگاهی و بخش‌های مدل قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون تی زوج و جهت مقایسه نحوه عملکرد دو گروه از آزمون کای اسکوئر در سطح معنی داری ۰/۰۵استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی۱۲۴ زن در دو گروه مورد و شاهد انجام شد . طبق نتایج بین دو گروه از نظر میانگین سنی، گروه مورد با میانگین ۳۴/۲۹و انحراف معیار ۹/۵ و گروه شاهد با میانگین ۳۲/۶۶ و انحراف معیار ۸/۹۶ تفاوت معنی‌دار وجود نداشت (P= ۰/۳). دو گروه از نظر تحصیلات (P= ۰/۱) و شغل (P= ۰/۳)، تعداد حاملگی (P= ۰/۲) و مواجهه با فرد مبتلا به سرطان دهانه رحم (P= ۰/۳) اختلاف معنی‌داری نداشتند. نتایج بیانگر افزایش میزان آگاهی در گروه مورد بعد از مداخله آموزشی می‌باشد (جدول۱). نتایج حاصله از مداخله بر اساس اجزای مدل در جدول ۲ قابل مشاهده می‌باشد. قبل از مداخله در گروه مورد ۳۷/۱٪ عدم عملکرد و در گروه شاهد ۴۱/۹٪ عدم عملکرد داشتند و ۶۲/۹ ٪ در گروه مورد و ۵۸/۱ ٪ در گروه شاهد عملکرد نامنظم داشتند. آزمون کای‌اسکوئر تفاوت معنی‌دار بین نحوه عملکرد دو گروه قبل از مداخله را

نشان نمی‌دهد (P=۰/۵). بعد از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر عملکرد مشاهده شد (جدول۶).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره آگاهی قبل وبعد از مداخله در دوگروه مورد وشاهد

آگاهی / گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون تی زوج
مورد	۴۴/۹۳ ±۱۲/۰۹	۸۴/۶۳ ± ۱۰/۲۱	P<۰/۰۰۱
شاهد	۴۲/۳۱±۱۳/۳۶	۴۳/۳۹± ۱۴/۶۶	P= ۰/۲
نتیجه آزمون T مستقل	T= ۱/۱۴ P=۰/۲	T=۱۸/۱۷ P<۰/۰۰۱	

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات اجزای مدل قبل و بعد از مداخله در گروه مورد و شاهد

گروه / متغیرها	مورد		شاهد		نتیجه آزمون تی مستقل		نتیجه آزمون تی زوج	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مورد	شاهد
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	T (P)	T (P)	T (P)	T (P)
حساسیت درک شده	۶۲/۴۵ (۱۹/۲۷)	۸۰/۱۹ (۱۱/۷۷)	۶۶/۹ (۱۶/۶۴)	۶۵/۱۶ (۱۶/۸۸)	۱/۳۷ (۰/۱)	۵/۷۴ (<۰/۰۰۱)	۷/۹۷۷ (۰/۰۰۱)	۱/۲۶۶ (۰/۲)
شدت درک شده	۶۱/۵۴ (۱۵/۷۵)	۷۸/۱۹ (۱۰/۶۸)	۵۹/۶۷ (۱۷/۰۸)	۵۸ (۱۸/۰۳)	۰/۶۳ (./۵)	۷/۵۸ (<۰/۰۰۱)	۸/۳۱۹ (<۰/۰۰۱)	۱/۲۱ (۰/۲)
منافع درک شده	۸۵/۲۹ (۱۴/۴)	۹۲/۰۶ (۸/۵۸)	۸۳/۸ (۱۵/۰۲)	۸۲/۸۳ (۱۳/۷۴)	۰/۵۶ (۰/۵)	۴/۴۸ (<۰/۰۰۱)	۳/۳۸۸ (<۰/۰۰۵)	۰/۷۳۲ (۰/۴)
موانع درک شده	۶۰/۹۶ (۱۸/۳۲)	۸۴/۷۵ (۱۰/۸۴)	۵۷/۴۱ (۱۷/۱۸)	۵۴/۳۵ (۱۷/۶۲)	۱/۱۱ (۰/۲)	۱۱/۵۶ (<۰/۰۰۱)	۹/۳۸۶ (<۰/۰۰۱)	۱/۹۳۲ (۰/۰۵)

جدول ۳: توزیع فراوانی نحوه عملکرد زنان در گروه مورد و شاهد بعد از مداخله

عملکرد	گروه مورد		گروه شاهد		نتیجه آزمون کای اسکوئر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	P<۰/۰۰۱
عدم عملکرد	۵	۸/۱	۲۵	۴۰/۳	
عملکرد نامنظم	۴	۶/۴	۳۲	۵۱/۶	
عملکرد منظم	۵۳	۸۵/۵	۵	۸/۱	
جمع کل	۶۲	۱۰۰	۶۲	۱۰۰	

بحث

میانگین نمرات آگاهی قبل از مداخله در گروه شاهد و مورد به ترتیب ۴۲/۳و ۴۴/۹ بود می‌توان این طور بیان کرد که آگاهی زنان در مورد سرطان دهانه رحم و پیشگیری از آن با پاپ اسمیر مطلوب نیست. باقیانی‌مقدم نیز آگاهی زنان یزد در مورد پاپ اسمیر در تمام گروه‌های سنی (۱۴) و موریا و همکاران آگاهی زنان برزیلی رادر مورد پاپ اسمیر و سرطان دهانه رحم را کم ارزیابی کردند (۱۵). شاید بتوان یکی از دلایل عمده عملکرد نامطلوب زنان در مورد پاپ اسمیر را پایین بودن آگاهی درحد لازم در مورد سرطان دهانه رحم و پاپ اسمیر دانست. در این مطالعه، بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی گروه مورد به طور معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر شد، این اختلاف را می‌توان به تأثیر برنامه آموزشی در افزایش سطح آگاهی گروه مورد مربوط دانست. یافته‌های مطالعات بررسی تأثیر مداخله آموزشی در افزایش شرکت زنان در برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم در کره (۱۶) و از طرفی افزایش معنی‌دار نمرات آگاهی زنان بالای ۴۰ سال هنک کنگی شرکت کننده در مداخله آموزشی در مورد پاپ اسمیر نسبت به گروه کنترل (۱۷) نیز مؤید این مطلب است.

نتایج مطالعات متعدد در بررسی تأثیر آموزش بر افزایش آگاهی افراد با استفاده از مدل HBM مانند مطالعه یخ فروشها و همکاران (۱۳) و مطالعه کریمی و همکاران (۱۸) در گروه مورد نسبت به گروه شاهد با این مطالعه همخوانی دارد. لذا می‌توان گفت این نتیجه نشان‌دهنده تأثیر آموزش بر اساس مدل HBM در افزایش سطح آگاهی است که در نتیجه بر عملکرد نیز تأثیر مثبت دارد.

میانگین نمرات حساسیت درک شده گروه مورد و شاهد قبل از مطالعه در حد متوسط بود که نشان‌دهنده این است که زنان دو گروه خود را خیلی در معرض ابتلا به سرطان مهاجم دهانه رحم نمی‌دانستند در صورتی که اکثر زنان بوتسوانا خود را در معرض ابتلا به سرطان دهانه رحم می‌دانستند (۱۹). بعد از مداخله میانگین نمرات حساسیت درک شده در گروه مورد به طور معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر بود. تفاوت معنی‌دار میانگین نمرات حساسیت درک شده بین دو گروه بعد از مداخله ناشی از تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل HBM است به این معنا که زنان در اثر آموزش خود را مستعد ابتلا به سرطان دهانه رحم دانسته‌اند. که نتایج با مطالعه کریمی (۱۸) و یخ‌فروشها (۱۳) همخوانی دارد. قابل توجه است که در بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر اساس مدلHBM در افزایش شرکت زنان در برنامه غربالگری سرطان دهانه رحم در کره اختلاف معنی‌داری بین حساسیت درک شده زنان گروه مورد و شاهد به علت کم بودن مدت زمان آموزش یا مداخله گزارش نگردید (۱۶). از این جهت شاید بتوان گفت کم بودن تغییر حساسیت درک شده در مطالعه حاضر نسبت به مطالعات دیگر به کمی مدت مداخله مربوط است.

شدت درک شده نیز در هر دو گروه قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار نداشت و در حد متوسط بود که با مطالعه زنان بوتسوانا که سرطان دهانه رحم را یک بیماری وخیم می‌دانستند و ۵۰٪ آنان بیماری را کشنده و ۵۷٪ آن را غیر قابل درمان ذکر کردند (۱۹) انطباق دارد. ولی با مطالعه مریام و همکاران در مکزیک در مورد پاپ اسمیر بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی که بیان می‌دارند زنانی که پاپ اسمیر انجام نداده‌اند از نظر شدت درک شده در حد مطلوب هستند (۷) مغایرت دارد. بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره شدت درک شده در گروه مورد به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش داشت. افزایش درک شدت بیماری سرطان مهاجم دهانه رحم می‌تواند نقش مؤثری در اتخاذ رفتارهای پیشگیری از این بیماری داشته باشد. در مطالعات مختلف افزایش درک شدت بیماری‌ها در گروه مورد نسبت به گروه شاهد بعد از آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به چشم می‌خورد (۱۳،۲۰) که در این مطالعات میانگین نمره شدت درک شده گروه مورد بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش داشت. بدیهی است مداخله آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در طی مدت طولانی‌تر در افزایش شدت درک شده زنان در مورد سرطان دهانه رحم تأثیر خواهد داشت.

منافع درک شده هر دو گروه قبل از مداخله در حد مطلوب بود. این مطلب مؤید این است که صرف نظر از عملکرد در مورد پاپ اسمیر زنان دو گروه به منافع انجام پاپ اسمیر وقوف دارند. در مطالعات دیگر نیز گرچه گروهی که حداقل یکبار پاپ اسمیر انجام داده بودند درک منافع بالاتری داشت ولی گروه بدون عملکرد نیز ازدرک منافع مطلوبی برخوردار بود (۷،۱۹). در تحلیل رفتار زنان در مورد پاپ اسمیر براساس مدل اعتقاد بهداشتی بین درک منافع و عملکرد رابطه معنادار ذکر شده است (۲۱) ولی در مطالعه حاضر گرچه زنان درک منافع خوبی داشتند اما عملکرد خوبی نداشتند. البته بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره منافع درک شده گروه مورد نسبت به قبل از مداخله معنی‌دار بود در حالی که در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری با قبل از مداخله مشاهده نشد. این افزایش تأثیر مثبت آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی را در درک منافع انجام پاپ اسمیر بیان می‌کند. این نتایج با مطالعه صومی پارک همخوانی دارد (۱۶).

قبل از مداخله بین دو گروه مورد و شاهد از نظر موانع درک شده اختلاف معنی‌داری وجود نداشت اما بعد از مداخله آموزشی میانگین در گروه مورد افزایش یافته است. مک فارلند و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که زنانی که موانع بیشتری داشتند در ۵ سال گذشته کمتر پاپ اسمیر را انجام داده بودند (۱۹) بعد از مداخله میانگین نمرات موانع درک شده گروه مورد با شاهد اختلاف معنی‌داری داشت. لذا می‌توان گفت آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی موجب شده که افراد در گروه مورد به نحو مطلوب‌تری بر موانع غلبه کنند. در مطالعه صومی پارک وهمکاران نیز بعد از مداخله بین گروه مورد و شاهد از نظر موانع شناختی و موانع مربوط به انجام پاپ اسمیر اختلاف معنادار وجود داشت که وی دلیل این مطلب را اثر مداخله آموزشی و دادن اطلاعات در مورد سرطان دهانه رحم و بحث در مورد ارزش پاپ اسمیر در جلسات آموزشی می‌داند (۱۶). مطالعات مختلف دیگر نیز اثر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی را درکاهش موانع و اتخاذ رفتار بهداشتی را تأیید می‌کند (۱۳،۱۸،۲۰).

با توجه به آمارهای به دست آمده به نظر می‌رسد میزان انجام پاپ اسمیر در کشور ما ضعیف می‌باشد. انجذاب و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که ۴۶٪ هیچگاه پاپ اسمیر انجام نداده بودند و فقط ۴/۵ ٪ آنها به طور منظم این آزمایش را انجام داده‌اند (۲۲). در مطالعه باقیانی مقدم نیز ،تنها ۲۹/۳ ٪ این آزمایش را انجام داده‌اند و ۷۰/۷ ٪ افراد این آزمایش را انجام نداده‌اند (۱۴).

عملکرد زنان در گروه مورد بعد از مداخله به طور معنی‌داری افزایش داشت و ۸۵/۵٪ آنها در فاصله یک ماه بعد از مداخله پاپ اسمیر را انجام داده بودند. در این مطالعه برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در افزایش عملکرد زنان در مورد پاپ اسمیر در گروه مورد مؤثر بوده است. نتایج با مطالعه پیرزاده (۲۰)، صومی پارک و همکاران (۱۶) و دی‌کی و همکاران (۲۳) همخوانی دارد. در این پژوهش فاکتور خودکفایتی بررسی نشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تصمیم افراد به انجام پاپ اسمیر با عقاید و نگرش‌های آنان ارتباط دارد که با اجرای برنامه آموزشی براساس مدل اعتقاد بهداشتی می‌توان این نگرش‌ها را به طور صحیحی تغییر داد. با توجه به پایین بودن آمار انجام این تست در کشور توصیه می‌شود کلاس‌های آموزشی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی جهت بهبود عملکرد زنان در مورد پاپ اسمیر تشکیل گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه مصوب به شماره ۳۸۷۱۴۰ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. نویسندگان مقاله از مساعدت‌های مسؤولان این معاونت در انجام این پژوهش سپاسگزاری می‌کنند. همچنین از مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان خمینی شهر و معاونت بهداشتی آن شبکه و مسؤول بهداشت خانواده تشکر می‌گردد. از پزشکان و کارکنان مراکز بهداشتی ۴و۵ خمینی شهر که در امر این تحقیق نهایت همکاری را نمودند قدردانی می‌گردد.

References

1. Fverschraegan C , Padilla L ,Smith H. New strategies in the prevention and treatment of cervical cancer. The Internet Journal of Oncology [serial on line] 2004; 2(1).
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 End. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004: 1800-42.
3. Krivak THC, Macbroom JW, Elkas JC. Cervical and Vaginal Cancer. In: Berek JS, editors. Novak's Gynecology.13 th End. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2002: 1199-232.
4. Boheyraei A. methods of preventing cervical cancer. Tehran: First Printing publishing and promoting boshra; 1996: 34-88. [In Persian]
5. Farimani M, Anvari N.[Evaluating the Causes of Low Quality of Pap Smear in Hamadan Province]. J Kermanshah University Med Sie (Behbood) 2003;6(2):52-7. [In Persian]
6. Jonathan S. Berek. Novak's Gynecology 13 th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins;2002
7. Myriam L, Theresa B, Patric T.Attitude Toward cervical cancer screening A studyof Bliefs Among Women in Mexico, Californian J of Health promotion .2006; 4(2); 13-24
8. Allahverdi -Pour H. Transition from traditional health education towards health education theory. Journal of Health Promotion and Education 2005; 1(3): 75-9. [In Persian]
9. Glanz K, Rimer B, Lewis FM. Health behavior and health education theory, research, and practice. USA; Jossey- Bass; 2002
10. Trieu SL, Modeste NN, Marshak HH, Males MA, Bratton SI. Factors Associated with the Decision to Obtain an HIV Test among Chinese/Chinese American Community College Women in Northern California. Califor J Health Promo 2008; 6(1):111-27
11. Karimy M, Heidarnia AR, Ghofranipour GH. [The Effect of Health Education Based on Health Belief Model on Preventive Behaviors of AIDS in Addict in Zarandieh. J Gilan Univ Med Sic 2009; 18(70):64-73. [In Persian]
12. Beckmann C, Ling F, Herbert W, Laube D, Smith R, Barzasky B. Obstetrics and Gynecology. 13th ed. Baltimor: Williams &Wilkins; 2000
13. Yakhforoushha 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. [In Persian]
14. Baghiani-moghadam MH. Assess the knowledge, attitude and practice of married women aged fifteen to forty-nine in Yazd in 2001 about Pap tests. Journal - Mazandaran University of Medical Sciences 2003;6(40): 85-79. [In Persian]
15. MoreiraJr Ed, Oliveira Bg , Ferraz FM, Costa S, Costa JO , Filho, Karic G. Knowledge and attitudes about human papilloma virus ,pap smear and cervical cancer among young women in brazil implications for health education and prevention, Int J of Gynecol cancer2006; 16(2):599-603
16. Park Somi, Chang SoonBok, Chang Chae Weon. Effects of a Cognition-Emotion Focused Program to Iincrease Public Participation in Papanicolaou Smear Screening,Public Health Nursing2005; 22(4): 289-98
17. Twinn SF, Holroyd E , Fabrizio C, Moore A, Dickinson JA .Increasing knowledge about and uptake of cervical cancer screening in Hongkong Chinese women over 40 years. Hongkong medical journal 2007; 13(2):16-20.
18. Karimy M, Gallali M, Niknami Sh, Aminshokravi F, Tavafian SS. The effect of health education program based on Health Belief Model on the performance of Pap smear test among women referring to health care centers in Zarandieh. Journal of Jahrom University of Medical Sciences2012; 10(1):53-9. [In Persian]
19. Mcfarland D.M. Cervical Cancer and Pap Smear Screening in Botswana Knowledge and Perceptions. International Nursing Review2003; 50(3): 167-175

20. Pirzadeh A. The effect of health education based on health belief model on performance of women regarding Pap smear test in Kouhdasht health centers in 2010. Journal of Health System Research 2011; 6(2):365-72. [In Persian]
21. Allahverdipour H , Emami A. Perceptions of cervical cancer threat ,benefits .and barriers of papanicolaou smear screening programs for women in Iran .women health2008; 47(3): 23-37. [In Persian]
22. Enjezab B, Faraj- Khoda T, Bokaei M. Barriers and motivators for diagnostic testing prevalent cancer among women. The journal of shahid sadoughi university of Medical Sciences2004; 12(3): 84-78. [In Persian]
23. Dacey J, Stoddard A M, Mays J, Sorensen G .promoting Breast and cervical cancer screening at the workplace result from woman to woman study. American J of public health 2001; 91(4): 584-90

Effect of Educational Program Based on Health Belief Model on the Practice of Women about Pap Smear

Seyed Mohammad Mehdi Hazavehei[1], Maryam Rahmati[2], Akbar Hasanzade[3]

Original Article

Abstract

Background: Cervical cancer is the most common malignancy among women. Unlike most cancers, cervical cancer is avoidable the early detection of this cancer is done by a test called Pap Smear. Most cases of this cancer are found among women who haven't done this test.

The aim of this study is to examine effect of educational program based on HBM Model on the practice of women about Pap smear.

Methods: This survey is a quasi –experimental study that was done on 124 women live in khomeinishahr city that randomatically place into two case and control groups. The necessary information was collected with a researcher – planned questionnaire which was designed based on reliable sources. The questionnaire was designed in four different parts Demographic details, Practice. Knowledge and Model sections. Questionnaire was filled out by the two groups pre and post of intervention.

For analyzed of data was used SPSS software and paired T-test, Independent T-test and chi-square test were used.

Findings: At the post test, Women in experimental group had significantly higher scores on knowledge (P<.001) perceived susceptibility (P<.001), perceived severity (P<.001) perceived benefits (P<.001) and perceived barriers (P<.001) as well as taking health action (pap smear) (P<.001)

Conclusion: The finding of this study support the feasibility of the educational program based on HBM to improvement practice of women about Pap smear.

Keywords: Pap smear-Cervical Cancer- HBM Model-Health Education

Citation: Hazavehei MM, Rahmati M, Hasanzade A. **Effect of Educational Program Based on Health Belief Model on the Practice of Women about Pap Smear.** J Health Syst Res 2014; Health Education supplement: **1858-1867**

Received date: 19/08/2013 **Accept date: 14/10/2013**

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

2. PhD of health education, Department of Health Education and Promotion, school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mrahmati53@yahoo.com

3. PhD of statistic, Department of Statistics, school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran