

بررسی باورهای بهداشتی در زمینه انجام آزمون پاپ اسمیر براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) در زنان مراجعه کننده به درمانگاه‌های مراکز بهداشت شهر بندرعباس

معصومه مهدوی فر^۱، سکینه سبزواری^۲، طیبه فصیحی هرندی^۳

چکیده

مقدمه: پاپ اسمیر تست غربالگری مؤثری برای تشخیص سرطان دهانه رحم است. این مطالعه جهت بررسی باورهای بهداشتی زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت بندرعباس برای انجام آزمون پاپ اسمیر براساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام گرفت. **روش‌ها:** این مطالعه مقطعی در ۳۶۳ نفر از زنان ۱۵-۴۹ ساله، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بندرعباس انجام شد. ابزار پژوهش پرسشنامه شامل ویژگی‌های فردی و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود، که پس از تأیید روایی محتوا و پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹، به روش مصاحبه تکمیل شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ و آزمون‌های ANOVA، t و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج: میانگین نمرات اجزاء مدل در سطح مطلوبی نبود. میانگین نمره حساسیت درک شده $3/85 \pm 11/69$ از ۲۵ و میانگین نمره موانع درک شده $4/81 \pm 17/32$ از ۳۵ و نسبت به سایر اجزاء در سطح پایین‌تری بود. با افزایش سن و تحصیلات میانگین نمرات، بعضی اجزاء مدل اعتقاد بهداشتی به طور معنی‌داری بالاتر بود. بین امتیاز موانع و منافع درک شده و انجام پاپ اسمیر رابطه معنی‌داری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: برنامه‌ریزی به منظور ارتقاء باورها و رفتارهای زنان در زمینه انجام پاپ اسمیر براساس مدل اعتقاد بهداشتی پیشنهاد می‌شود. بدیهی است، آموزش به همراه پیگیری جهت انجام تست‌های غربالگری از جمله پاپ اسمیر توسط مراکز بهداشتی می‌تواند نقش بسیار ارزنده‌ای در تشخیص و درمان به موقع سرطان‌های زنان به ویژه دهانه رحم داشته باشد.

واژگان کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، پاپ اسمیر، سرطان رحم، باورهای بهداشتی

مقدمه

در ایران، در سال ۱۳۸۶ تعداد ۶۰۰ مورد سرطان دهانه رحم با بروز ۲/۴۷ و در سال ۱۳۸۷ تعداد ۶۶۳ با بروز ۲/۶۱ مورد در هر صد هزار نفر گزارش شده است (۴). در پنجاه سال گذشته میزان بقاء در افراد مبتلا به سرطان دهانه رحم افزایش یافته که اغلب ناشی از رواج پاپ اسمیر برای تشخیص ضایعات پیش سرطانی است (۵،۶). در ایران براساس علائم بالینی و

سرطان دهانه رحم شایع‌ترین سرطان و بیشترین علت مرگ و میر زنان در کشورهای در حال توسعه شناخته شده است (۱) و در اکثر جوامع به عنوان شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان محسوب می‌شود (۲). سالانه بیش از ۲۸۸ هزار زن در جهان، جان خود را به علت سرطان دهانه رحم از دست می‌دهند (۳).

۱- کارشناسی ارشد، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- استادیار، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده نوروفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده مسئول: دکتر سکینه سبزواری

Email: s_sabzevari@kmu.ac.ir

فکس: ۰۳۴-۳۳۲۰۵۲۱۸

تلفن: ۰۳۴-۳۳۲۰۵۲۱۹

آدرس: کرمان، چهارراه طهماسب آباد، مرکز تحقیقات علوم اعصاب

پاپ اسمیر، اقدام به تشخیص و درمان می‌شود. میزان حساسیت و دقت عمل این روش‌ها به ترتیب ۴۵ و ۶۵ درصد است (۷).

بررسی‌های مختلف نشان داده است، پاپ اسمیر بهترین روش برای تشخیص به موقع کانسر سرویکس و محافظت زنان علیه این بیماری است (۹)، (۸). نتایج پژوهشی که با هدف بررسی آگاهی زنان آمریکایی-کره‌ایی در مورد پاپ اسمیر انجام شد، نشان داد که درصد قابل توجهی از زنان آگاهی لازم را در این زمینه نداشتند (۱۰). در کشور ما براساس بررسی‌های انجام گرفته، از جمله در همدان در زمینه انجام پاپ اسمیر متأسفانه اکثر زنان از فواید انجام آن بی‌اطلاع بودند و موانع متعددی از جمله ترس، درد، نداشتن وقت کافی را جهت انجام آن متذکر شدند (۱۱).

مدل اعتقاد بهداشتی **HBM (Health Believe Model)** برای اولین بار در دهه ۱۹۵۰ توسط گروهی از روانشناسان که در خدمات بهداشت عمومی ایالات متحده فعالیت می‌کردند، معرفی شد (۱۲) و بالغ بر پنج دهه است که به عنوان یکی از گسترده‌ترین چارچوب‌های ادراکی در رفتارهای بهداشتی استفاده می‌شود (۱۳). تأکید این مدل بر این است که چگونه ادراک فرد با ایجاد انگیزه و حرکت سبب ایجاد رفتار می‌شود. همچنین بر تغییر در اعتقادات متمرکز بوده و آن را عاملی برای تغییر در رفتار می‌دانند (۱۴). بر اساس این مدل، به منظور انجام رفتارهای پیشگیری ابتدا افراد باید در برابر مسأله، یعنی ابتلاء به سرطان احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق خطر را در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی خود درک کنند (شدت درک شده)، با علائم مثبتی که از محیط اطراف یا محیط داخلی خود

دریافت می‌کنند، سودمندی و قابلیت اجرای برنامه پیشگیری را باور نمایند (منافع درک شده) و عوامل بازدارنده را نیز کم هزینه‌تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده) تا در نهایت به پیشگیری از سرطان دهانه رحم با انجام پاپ اسمیر اقدام کنند (انگیزه سلامت) (۱۵).

در مطالعه **Byrd** و همکاران در اسپانیا باورها، نگرش‌ها و دیدگاه‌های زنان در مورد غربالگری سرطان رحم در چارچوب مدل اعتقاد بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد ۶۹ درصد از زنان به مفید بودن غربالگری اعتقاد داشتند ولی از طرفی برای انجام تست، موانعی را متذکر شدند (۱۶). در مطالعه **Austin** و همکاران فاکتورهای مؤثر بر غربالگری سرطان رحم و پستان با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی، ترس از سرطان، دیدگاه نسبت به سرطان، موانع ارتباطی و فرهنگی و احساس شرم عنوان شد. به علاوه احساس استعداد ابتلا کمتر به سرطان مهم‌ترین دلیل برای کاهش انجام غربالگری ذکر شد. مهم‌ترین دلایلی که افراد را به انجام تست تشویق می‌کرد عبارت بودند از: توصیه پزشک، برنامه‌های اجتماعی، برنامه‌های سلامتی، جزوه‌های آموزشی و استفاده از رسانه‌ها (۱۷). مواردی از کاربردهای ویژه این الگو، در پذیرش غربالگری سل، آموزش سلامت جنسی و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، دیابت، افزایش فشارخون، آسم، رفتارهای تغذیه‌ای، رفتار محافظت کننده از آفتاب، نارسایی قلبی، پذیرش رژیم درمانی، سرطان پوست، سلامت دهان و دندان، معاینه پستان توسط خود فرد و سیگار کشیدن نیز مشاهده شده است (۱۸). با عنایت به این که شناخت موانع تغییر رفتار از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۹)، داشتن اطلاعاتی در مورد

اعتقادات و نگرش‌های افراد در معرض خطر به منظور توسعه استراتژی‌های پیشگیری از سرطان دهانه رحم ضروری به نظر می‌رسد (۲۰). با توجه به اهمیت پیشگیری از سرطان دهانه رحم و از آنجا که عقاید و رفتارهای بهداشتی و پیشگیرانه در هر جامعه‌ای بر اساس زمینه اجتماعی و فرهنگی افراد بنا می‌شود و باورهای بهداشتی زنان تأثیر بسیاری بر پذیرش روش‌های غربالگری سرطان دارد، مطالعه حاضر با هدف بررسی باورهای مرتبط با انجام آزمون پاپ اسمیر بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در زنان شهر بندرعباس انجام گرفت. تا بدین وسیله اطلاعات زمینه‌ای برای مداخلات آموزشی برنامه‌های غربالگری و آموزش به زنان فراهم گردد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی بود که در سال ۱۳۹۰ انجام شد. در این مطالعه ۳۶۳ نفر از زنان ۴۹-۱۵ سال، متأهل مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر بندرعباس انتخاب شدند. با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای نسبت و براساس مطالعه باقیانی و همکاران که در آن ۲۹ درصد از زنان مورد مطالعه آزمایش پاپ اسمیر را انجام داده بودند (۲۱) و با خطای قابل قبول ۰/۰۵ تعداد ۳۱۶ نفر محاسبه شدند، که برای جایگزینی مواردی که احتمالاً اطلاعات ناقصی را ارائه می‌دهند ۱۵٪ به این تعداد اضافه شد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و در مرحله بعد در دسترس بود. بدین منظور ابتدا از بین ۲۸ مرکز بهداشتی در جنوب، شمال و مرکز ۲۰ مرکز به طور تصادفی انتخاب و با مراجعه به اولین فرد مراجعه‌کننده به هر یک از خوشه‌ها به ترتیب تا ۱۹ نفر (از افراد واجد شرایط)

در این مطالعه شرکت داشته و مبادرت به تکمیل پرسشنامه کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشتمل بر بخش اول شامل: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، وضعیت تأهل، سن زمان ازدواج، وضعیت فرزند داشتن، سن اولین زایمان، سابقه سقط جنین و مرده‌زایی، میزان تحصیلات خود و همسر، درآمد خانوار، سابقه ابتلا به سرطان در خانواده، سابقه انجام پاپ اسمیر و در صورت انجام توالی آن، سابقه استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و استفاده از دخانیات) و بخش دوم پرسشنامه Champion شامل رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم و سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی (حساسیت درک شده با ۵ سؤال و شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، انگیزه برای سلامت و خودکارآمدی هر یک با ۷ سؤال) بود. نحوه نمره گذاری پاسخ سؤالات از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» به صورت پنج درجه‌ای و از ۱ تا ۵ براساس جهت سؤالات بود به گونه‌ای که در حیطه موانع بر عکس و نمره گذاری از ۵ تا ۱ صورت می‌گرفت. پرسشنامه مذکور بعد از ترجمه (Backward forward) با روایی محتوا بر اساس نظرات ۱۲ تن از اعضاء هیئت علمی دانشکده های پرستاری کرمان و بندرعباس تأیید شد. به این ترتیب که مرتبط بودن، وضوح و سادگی سؤالات با تخصیص اعداد ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) سنجیده شد. شاخص مربوط بودن سؤال‌ها ۰/۸۹، واضح بودن ۰/۹۱ و ساده بودن ۰/۹۰ به دست آمد. برای سنجش پایایی، بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط ۲۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی آلفای کرونباخ محاسبه شد که ۰/۹۰ بود. سپس جهت هر بخش از پرسشنامه محاسبه جداگانه انجام شد و

آلفای کرونیباخ حساسیت درک شده ۰/۸۸، شدت درک شده ۰/۸۹، منافع درک شده ۰/۹۵، موانع درک شده ۰/۹۸، انگیزه برای سلامت ۰/۹۶ و خودکارآمدی ۰/۸۲ به دست آمد.

ملاحظات اخلاقی معمول نظیر انجام پژوهش با ارائه معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی کرمان به مراکز بهداشتی، کسب اجازه از مسئولین درمانگاه‌های مورد نظر، توضیح هدف پژوهش به شرکت کنندگان، آزاد بودن و اجازه خروج از مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات، در مطالعه حاضر مدنظر بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ استفاده شد. از آزمون کولموگروف اسمیرنوف به منظور بررسی نرمالیتی داده‌ها استفاده شد که نرمالیته

با استفاده از آزمون مذکور تأیید شد. سپس از توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و برای بررسی تفاوت میانگین سازه‌های مدل در انجام پاپ اسمیر از آزمون t مستقل و برای مقایسه میانگین‌ها بر اساس ویژگی‌های فردی از ANOVA، t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

نتایج

در مطالعه حاضر میانگین سن افراد شرکت کننده ۲۸/۹۱±۶/۴، سال‌های ازدواج ۸/۵۲±۶/۴۶، سن زنان در هنگام ازدواج ۲۰/۴۲±۳/۷۲ و سن اولین زایمان ۲۲/۰۶±۳/۷۴ سال بود. ۱۵۶ نفر (۴۳٪) افراد شرکت کننده آزمون پاپ اسمیر را انجام دادند. (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش براساس برخی ویژگی‌های فردی

تعداد (درصد)	ویژگیهای فردی
۱۵۶ (۴۳٪)	انجام پاپ اسمیر
۲۰۷ (۵۷٪)	بلی
	خیر
۸۶ (۲۳/۸٪)	زمان انجام آخرین پاپ اسمیر
۴۱ (۱۱/۳٪)	یک سال
۲۴ (۶/۶٪)	دو سال
۲۱۲ (۵۸/۳٪)	۵ سال
	بدون پاسخ
۲۲ (۶/۱٪)	تحصیلات
۱۲۶ (۳۴/۸٪)	بی سواد
۱۶۲ (۴۴/۷٪)	زیردیپلم
۵ (۱/۵٪)	فوق دیپلم و لیسانس
۴۸ (۱۲/۹٪)	فوق لیسانس و بالاتر
	بدون پاسخ
۳۲۶ (۸۹/۸٪)	دارای فرزند
۳۲ (۹٪)	بلی
۵ (۱/۲٪)	خیر
	بدون پاسخ
۳۴ (۹/۲٪)	سابقه سرطان در خانواده
۳۲۹ (۹۰/۸٪)	بلی
	خیر
۳۶۳ (۱۰۰٪)	کل

در رابطه با اجزاء مدل اعتقاد بهداشتی بیشترین میانگین نمره، مربوط به بخش منافع درک شده با ۲۶/۹۸ و انحراف معیار ۶/۱۹ بود (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مورد مطالعه

سازه‌های مدل	($\bar{x} \pm SD$)	حداکثر نمره پرسشنامه	حداقل نمره پرسشنامه
حساسیت درک شده	۱۱/۶۹(±۳/۸۵)	۲۵	۵
شدت درک شده	۲۱/۸۳(±۶/۱۸)	۳۵	۷
منافع درک شده	۲۶/۹۸(±۶/۱۹)	۳۵	۷
موانع درک شده	۱۷/۳۲(±۴/۸۱)	۳۵	۷
انگیزه سلامت	۲۶/۳۵ (±۵/۰۰)	۳۵	۷
خودکارآمدی	۲۶/۲۱ (±۵/۷۳)	۳۵	۷

درک شده در کسانی که این تست را انجام نداده بودند بالاتر بود (جدول ۳).

در مورد ارتباط اجزای مدل با انجام پاپ اسمیر فقط در ابعاد منافع و موانع درک شده تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. به طوری که نمره منافع درک شده در کسانی که پاپ اسمیر انجام داده بودند و نمره موانع

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مورد مطالعه بر حسب انجام پاپ اسمیر

انجام پاپ اسمیر	سازه‌های مدل	حساسیت درک شده	شدت درک شده	منافع درک شده	موانع درک شده	انگیزه سلامت	خودکارآمدی
بلی	۱۱/۳۳±(۳/۶۱)	۲۱/۸۹±(۶/۲)	۲۸/۴۳±(۶/۱۵)	۱۶/۰۵±(۴/۹۵)	۲۶/۲۶(±۵/۸۵)	۲۶/۰۵(±۴/۶۶)	
خیر	۱۱/۹۵(±۴/۰۰)	۶/۱۴ (±۲۱/۸۲)	۲۵/۸(±۶/۰۱)	۱۸/۴۶ (±۴/۲۸)	۲۶/۴۰ (±۴/۲۳)	۲۶/۳۶(±۵/۰۴)	
معنی‌داری	P=۰/۱۱	P=۰/۹۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P=۰/۷۸	P=۰/۷۲	

سنی از ANOVA استفاده شد که تنها در مورد سن و تحصیلات تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد. بدین صورت که با افزایش سن و تحصیلات (با تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر) نمره دریافتی در بعضی از سازه‌ها بالاتر بود (جدول ۴). براساس نتیجه آزمون توکی (Tukey) تفاوت گروه‌های سنی ۲۵-۱۵ سال با گروه‌های ۳۵-۲۶ و ۴۹-۳۶ سال معنی‌دار بود (P=۰/۰۱).

در مورد ارتباط متغیرهای دموگرافیک کمی، شامل: سن ازدواج، سن اولین زایمان و سال‌هایی که از ازدواج می‌گذرد، از ضریب همبستگی پیرسون و در مورد وضعیت تأهل، سابقه خانوادگی سرطان، انجام پاپ اسمیر از آزمون t و در مورد سطوح مختلف تحصیلات، استفاده از کاندوم توسط همسر، استفاده از قرص ضد بارداری، استعمال دخانیات و گروه‌های

($P=0/03$)

در زمینه تحصیلات نیز تفاوت بین گروه زیر دیپلم با گروه‌های دیپلم و فوق دیپلم و بالاتر معنی‌دار بود

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مورد مطالعه بر حسب ویژگی‌های سن و

تحصیلات

معنی داری	تحصیلات			معنی داری	گروه‌های سنی			سازه‌های مدل
	فوق دیپلم و بالاتر	دیپلم	زیر دیپلم		۳۶-۴۹	۲۶-۳۵	۱۵-۲۵	
۰/۰۲	۱۳(±۴/۳۲)	۱۱/۶۷(±۳/۵۴)	۱۰/۵۰(±۳/۹۳)	۰/۰۴	۱۲/۱۴(±۳/۸۹)	۱۱/۷۰(±۳/۶۲)	۱۰/۷۸(±۲/۷۳)	حساسیت درک شده
۰/۰۵	۲۲/۶۳(±۵/۹۳)	۲۱/۲۹(±۳/۵۳)	۲۰/۷۷(±۴/۹۱)	۰/۰۲۳	۲۳/۱۰(±۵/۸۲)	۲۰/۷۵(±۵/۷۳)	۱۹/۷(±۶/۳۵)	شدت درک شده
۰/۰۵	۲۷(±۴/۵۸)	۲۵/۶(±۶/۸۳)	۱۷/۸۳(±۶/۲۷)	۰/۰۲۴	۲۹/۷(±۵/۵۴)	۲۷/۸(±۵/۵۷)	۲۴/۹۴(±۶/۲۴)	منافع درک شده
۰/۰۲	۱۷/۳۱(±۴/۴۸)	۱۸/۳۰(±۴/۵۸)	۱۸/۶۵(±۶/۸۳)	۰/۳۶	۱۷/۳۹(±۴/۱۹)	۱۶/۷۷(±۵/۲۱)	۱۷/۶(±۴/۶۳)	موانع درک شده
۰/۱۸	۲۶/۰۷(±۵/۱)	۲۶/۷۲(±۴/۸۳)	۲۵/۴(±۵/۲۳)	۰/۳۹	۲۶/۷۴(±۴/۸۶)	۲۵/۹۷(±۵/۰۱)	۲۵/۵۳(±۳/۴۰)	انگیزه سلامت
۰/۲۲	۲۶/۸۴(±۴/۵۲)	۲۵/۲۷(±۶/۵۸)	۲۷/۰۲(±۵/۳۲)	۰/۲۹	۲۶/۸۸(±۵/۸۵)	۲۶/۰۲(±۴/۸۹)	۲۵/۱۷(±۴/۱۹)	خودکارآمدی

بحث

بهداشتی، همسر و زنان را به انجام پاپ اسمیر تشویق کرده بودند، از این رو به نظر می‌رسد این عوامل در تفاوت‌ها نقش داشته باشد.

در مطالعه Juon و همکاران در زنان کره‌ای مقیم آمریکا و Harry و همکاران در زنان ویتنامی کمتر از نیمی از زنان این تست را انجام داده بودند (۲۳، ۱۰) که با نتایج پژوهش حاضر مشابهت دارد. با توجه به این که در مطالعه Juon، زنان کره‌ای ساکن ایالات متحده بودند و با توجه به وضعیت مهاجران که از گروه و اقوام و فرهنگ‌های مختلف هستند و در مقایسه با شهروندان معمولاً از سطح اقتصادی مطلوبی برخوردار نیستند و این که بافت شهری بندرعباس نیز مهاجران بسیار زیادی از اقوام مختلف (از قبیل افغانی و قومیت‌های مختلف کشور) را در خود جای داده است به نظر می‌رسد کثرت قومیت در شهر و تنوع فرهنگی و دیدگاه‌های مختلف ناشی از آن باعث ایجاد چنین نتایجی شده باشد. از سوی دیگر علت این مشکل می‌تواند ناشی از عدم ارائه برنامه‌های

پیشگیری نوع دوم به منظور تشخیص سریع سرطان و درمان فوری آن انجام می‌شود. در این سطح، غربالگری معمول‌ترین روش است. تحقیقات مختلف نشانگر آن بوده است که تشخیص و درمان فوری سرطان‌های پستان، کولون، دهانه رحم، پروستات، بیضه و پوست توانسته امکان حیات ۵ ساله را به حدود ۹۲ درصد برساند (۲۲). در مطالعه حاضر کمتر از نیمی از زنان (۴۳ درصد) تا زمان مطالعه پاپ اسمیر انجام داده بودند. در مطالعه جلیلیان و همکاران که در زمینه پیش‌بینی عوامل مؤثر بر انجام پاپ اسمیر با بهره‌گیری از مدل اعتقاد بهداشتی در همدان انجام شد، ۶۳/۸٪ از شرکت‌کنندگان سابقه پاپ اسمیر داشتند (۱۱) که می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی بین دو محیط پژوهش یعنی همدان و بندرعباس باشد. همچنین در مطالعه مذکور مراجعه کنندگان از سطح سواد بالاتری نسبت به مطالعه حاضر برخوردار بودند و منابع متعددی نظیر پزشک، پرسنل مراکز

مناسب آموزش بهداشت باشد و در نهایت آگاهی و نگرش زنان نسبت به علائم اولیه سرطان دهانه رحم و تست‌های غربالگری، که در مطالعه حاضر متغیرهای نامبرده مورد بررسی قرار نگرفت. لازم به ذکر است که در مطالعه نامدار و همکاران نیز زنان مورد مطالعه در زمینه انجام پاپ اسمیر عملکرد مطلوبی نداشتند که مشابه مطالعه حاضر است (۲۴). یافته‌های پژوهش نشان داد، که میانگین نمرات حساسیت درک شده در حد مطلوبی نبوده است. نتایج مطالعه کریمی و سام در مورد استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه خودآزمایی پستان، یخ فروش‌ها و همکاران، پیرزاده و همکاران، در زمینه استفاده از مدل در انجام پاپ اسمیر نیز مشابه نتایج مطالعه حاضر بوده و نمره حساسیت درک شده در سطح پایین قرار داشت (۲۷-۲۵). Taylor و همکاران با مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه مدل اعتقاد بهداشتی اظهار داشتند که حساسیت درک شده بیشترین قدرت را در پیش‌بینی رفتار برعهده دارد (۲۸) و از آنجا که آگاهی یک نکته بسیار اساسی برای ایجاد حساسیت نسبت به سرطان دهانه رحم و انجام پاپ اسمیر می‌باشد، در مطالعه حاضر نیز درصد کمی آزمون پاپ اسمیر را انجام داده بودند و بیشتر شرکت‌کنندگان به این سؤال که «آیا شما به طور منظم برای انجام پاپ اسمیر مراجعه می‌کنید» پاسخ نداده بودند، می‌توان این نکته را استنباط کرد که احتمالاً میزان آگاهی آنان در سطح پایین قرار داشته و در حقیقت اطلاعات کم آن‌ها موجب شده تا حساسیت درک شده کمی نسبت به سرطان و انجام پاپ اسمیر داشته باشند.

در مورد شدت درک شده، نمره زنان شرکت کننده (۶/۱۸±) از ۲۱/۸۳ بود. بررسی‌های مختلف نشان

داده است، که ارزیابی نتایج بالینی بیماری توسط فرد، بر روی شدت درک شده اثر دارد. در مطالعه‌ای که یخ فروش‌ها و همکاران در مورد رابطین بهداشت و تست پاپ اسمیر در مراکز شهری قزوین داشت، نمره شدت درک شده این رابطین بهداشت (۲/۲۹±) از ۱۴/۱۳ بود (۲۶) و در مطالعه دیگری که کریمی و سام در بررسی میزان تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتار خودآزمایی پستان در رابطین بهداشتی داشت، نمره شدت درک شده این رابطین بهداشت (۳/۳۶±) از ۳/۴۵ بود (۲۵). در مطالعه نوری‌زاده نیز زنان حساسیت و شدت درک شده متوسطی در مورد غربالگری سرطان پستان داشتند (۲۹) که با توجه به متفاوت بودن جوامع پژوهش مذکور و مطالعه حاضر تفاوت قابل انتظار است. ولی آنچه که جای تأمل دارد پایین بودن نمره رابطین بهداشتی در مقایسه با زنان مطالعه است که علیرغم آنچه که انتظار می‌رود افراد عادی نسبت به رابطین به اهمیت موضوع بیشتر توجه داشتند.

در مورد منافع درک شده در مطالعه حاضر، نمره میانگین (۶/۱۹±) از ۲۶/۹۸ بود. به دست آمد. مطالعات مختلف رابطه قوی بین منافع درک شده و اتخاذ رفتارهای پیشگیری کننده را نشان می‌دهد (۱۸). در مطالعه نوری زاده به نقل از Somi و همکاران گروهی که تحت تأثیر آموزش قرار گرفته بودند، نمره بالاتری نیز در زمینه فواید درک شده درباره پاپ اسمیر داشتند (۲۹). همچنین در مطالعه نامدار و همکاران و نوری زاده و همکاران نمره منافع درک شده خوب گزارش شد (۲۹، ۲۴) در حالی که در پژوهش پیرزاده منافع درک شده در سطح پایین بود (۲۷). منافع درک شده در مطالعه حاضر، نمره مطلوبی را از اجزای مدل اعتقاد بهداشتی به

خود اختصاص داده است و بیانگر این نکته است که زنان مطالعه حاضر بر این باورند که با اقدامی نظیر پاپ اسمیر می‌توان بیماری را به موقع تشخیص داد و از طرفی توجه دقیق‌تر به یافته‌های مربوط به منافع درک شده سهولت انجام، وقت گیر نبودن و نیز نقش مؤثر خودآزمایی در تشخیص زودرس و درمان بیماری و همچنین جلوگیری از انتشار بیماری به قسمت‌های دیگر بدن می‌تواند در ایجاد رفتار خودآزمایی پاپ اسمیر نقش مؤثری داشته باشد.

بیشترین منفعی که شرکت کنندگان این مطالعه مطرح کرده بودند عبارت بودند از: وقتی آزمایش پاپ اسمیر را انجام می‌دهند، احساس بهتری نسبت به خود دارند، انجام آزمایش پاپ اسمیر به تشخیص زودرس سلول‌های سرطانی کمک می‌کند، با انجام منظم آزمایش پاپ اسمیر شانس زنده ماندن افزایش می‌یابد، قبل از این که به سرطان مبتلا شوند با انجام منظم آزمایش پاپ اسمیر از آن پیشگیری می‌کنند. از این رو به نظر می‌رسد به اهمیت پاپ اسمیر توجه داشته و منافع آن را بیشتر درک کرده بودند.

در زمینه موانع درک شده نسبت به انجام پاپ اسمیر میانگین نمره موانع درک شده در حد مطلوبی نبوده است که مشابه نتایج نوری‌زاده و همکاران در زمینه غربالگری سرطان پستان بوده است (۲۹). در یکی از مطالعات انجام شده در بررسی میزان تأثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در ایجاد رفتار خودآزمایی پستان، مهم‌ترین موانع انجام خودآزمایی ترس از یافتن غده (۵۹٪) و ترس از داشتن سرطان پستان (۵۴٪) گزارش شد (۲۵). نتایج یک بررسی در بین زنان در مالزی نیز نشان داد که درک استعداد ابتلا به سرطان پستان و درک موانع خودآزمایی پستان با انجام خودآزمایی پستان ارتباط دارد (۳۰).

موانعی که شرکت کنندگان در مطالعه حاضر برای عدم مراجعه جهت انجام تست عنوان کرده، عبارت بودند از: کمبود وقت، عدم آگاهی و عدم توصیه پزشک و یا پرسنل بهداشتی، ترس از نتیجه تست، عدم رعایت حریم شخصی، هزینه زیاد، دردناک و ناخوشایند بودن انجام تست، احساس خجالت، صرف وقت زیاد برای انجام تست بود، که با توجه به اهمیت موضوع، لحاظ نمودن موارد فوق در برنامه‌های آموزشی به منظور رفع موانع موجود جهت تشویق زنان برای پاپ اسمیر ضروری به نظر می‌رسد. احتمالاً اقدامات آموزشی در قالب بحث‌های گروهی با تأکید بر تبادل نظرات و تجارب در زمینه رفع موانع روانی اثرگذار خواهد بود. در مطالعه جلیلیان و همکاران در این زمینه نیز سازه‌های موانع درک شده و شدت درک شده مهم‌ترین فاکتورهای مؤثر بر انجام منظم پاپ اسمیر در زنان مورد مطالعه مشخص شدند (۱۱).

در پژوهش حاضر میانگین نمره انگیزه سلامت و خودکارآمدی در حد نیمه مطلوب بود. متخصصین معتقدند مفهوم خودکارآمدی اطمینان فرد در مورد توانایی‌اش برای رفتار به طریقی است که به نتیجه مطلوب برسد. هنگامی که ادراک حساسیت و شدت بالا است یک تحریک بسیار کوچک ممکن است برای شروع عمل نیاز باشد و برعکس آن نیز صدق می‌کند (۳۱). با توجه به این که انگیزه و نگرش می‌تواند خودکارآمدی را به دنبال داشته باشد، هرچند که نمره خودکارآمدی زنان در سطح بسیار بالا نیست، اما در سطحی قرار دارد که می‌توان با تقویت رفتارها آن را افزایش داده و افزایش نمره نشان‌دهنده احساس قدرت افراد بر عملکردشان می‌باشد. **Stuifbergen** و همکاران دریافتند که افزایش خودکارآمدی مربوط به رفتارهای بهداشتی باعث بهبود و ارتقاء این رفتارها

می‌شود (۳۲). به نظر می‌رسد که زنان شرکت کننده در تحقیق حاضر همانند مطالعات فوق معتقدند که می‌توانند با انجام اقداماتی بر روی سلامت خود تأثیر مثبت داشته باشند.

نتایج نشان داد که از بین سازه‌های مدل فقط بین منافع درک شده و موانع درک شده با انجام پاپ اسمیر ارتباط وجود داشت. بدین صورت که در زنانی که پاپ اسمیر انجام می‌دادند، نمره منافع درک شده بالاتر و در زنانی که پاپ اسمیر انجام نمی‌دادند، نمره موانع درک شده بالاتر بود که ارتباط مشاهده شده قابل انتظار است و نتایج به دست آمده با نتایج Wong و همکاران در مالزی مشابهت دارد (۳۳).

ولی مغایر با نتایج نوری‌زاده و همکاران در زمینه غربالگری سرطان پستان است که پژوهشگران بین اجزاء مدل و عملکردهای غربالگری ارتباطی مشاهده نکردند (۲۹). بدیهی است چنانچه زنان اطمینان داشته باشند که می‌توانند با انجام پاپ اسمیر از بروز سرطان در مراحل اولیه پیشگیری کنند، پرسنل بهداشتی می‌توانند با آموزش و راهنمایی‌های لازم مشوق آنان بوده و انتظار داشته باشند که به موقع از آزمون‌های غربالگری استفاده کنند.

از نتایج حاصله می‌توان این گونه استنباط کرد که چنانچه زنان دانش و آگاهی کافی را نسبت به سرطان دهانه رحم کسب کنند و باورهای نادرست خود را که بعضاً ریشه فرهنگی دارد کنار بگذارند و خود را در معرض ابتلا بدانند و خطر ناشی از آن را جدی بگیرند، درک بالایی از منافع انجام پاپ اسمیر داشته و درصدد رفع موانع خواهند بود و در این صورت انتظار می‌رود انجام این تست بیشتر شود. در مورد ارتباط ویژگی‌های فردی با سازه‌های مدل به جزء انگیزه سلامت و خودکارآمدی در سایر ابعاد با سن و

تحصیلات تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. به طوری که با افزایش سن و تحصیلات نمرات بالاتر بود که نتایج قابل پیش‌بینی است و انتظار می‌رود با افزایش سن میزان شناخت افراد از سرطان دهانه رحم افزایش یافته و عملکرد آن‌ها در خصوص استفاده از روش‌های غربالگری سرطان دهانه رحم ارتقاء یابد. در یکی از مطالعات انجام شده در این زمینه معلم‌هایی که سن بالاتری داشتند آزمایش پاپ اسمیر را بیشتر انجام دادند (۳۴). در مطالعه یخ فروش‌ها و همکاران، نامدار و همکاران نیز بین تحصیلات با منافع و موانع درک شده ارتباط وجود داشت (۲۶، ۲۴). در بررسی نوری‌زاده و همکاران که در مورد استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در رابطه با سرطان پستان انجام شده بود نیز در این زمینه با سن و تحصیلات ارتباط وجود داشت. در افراد جوان‌تر نمره حساسیت درک شده پایین‌تر بود و به علت جوان بودن خود را در معرض خطر نمی‌دیدند (۲۹). در مطالعاتی که Lee و همکاران، Ho و همکاران و Chee و همکاران انجام دادند، مشارکت زنان در برنامه غربالگری با سطح تحصیلات آنان رابطه معنی‌دار آماری داشت، به گونه‌ای که با افزایش سطح تحصیلات میزان مشارکت افزایش یافته بود (۳۷-۳۵). و این موارد همسو با مطالعه حاضر بود. در پژوهش کریمی و همکاران در زمینه استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در انجام پاپ اسمیر سن و سواد با سازه‌های منافع، حساسیت درک شده، موانع و شدت درک شده ارتباط داشت (۳۸).

از محدودیت‌های تحقیق می‌توان به روش نمونه‌گیری اشاره کرد که شامل افرادی بود که به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کردند، که ممکن است بر نتایج تأثیر گذار باشد. با توجه به این نکته که در مورد اکثر ویژگی‌های فردی مورد بررسی در مطالعه حاضر

تفاوت معنی‌دار آماری بین واحدهای پژوهش مشاهده نشد. در برنامه‌ریزی جهت ارتقاء رفتارهای بهداشتی در زمینه انجام پاپ اسمیر می‌توان به طور یکسان و بدون لحاظ شدن ویژگی‌های فردی برنامه‌های آموزشی را به منظور افزایش حساسیت، شدت، منافع درک شده و رفع موانع ارائه داد.

از آنجا که نگرش و دانش جهت اتخاذ رفتارهای پیشگیری از اهمیت خاصی برخوردار است، لذا توصیه می‌شود ضمن بررسی نگرش، نیاز سنجی و اقدامات آموزشی متناسب با شرایط فرهنگی صورت گیرد. ارائه اطلاعات با مفاهیم ساده و قابل درک آموزشی از طریق رسانه‌های جمعی و یا بروشورها و پمفلت‌ها به زنان می‌تواند مؤثر باشد. رفع موانع ساختاری نظیر هزینه انجام تست و فقدان پوشش بیمه‌ای مناسب با ایجاد و یا افزایش مراکز رایگان و در دسترس، مشاوره توسط متخصصان آموزش سلامت در رفع زمینه موانع روانی از قبیل ترس و توجه به قومیت‌های مختلف و شرایط متفاوت فرهنگی جهت بهبود رفتارهای سلامت در زنان به ویژه گروه در معرض خطر پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

نظر به این که سرطان دهانه رحم یکی از شایع‌ترین سرطان‌های زنان می‌باشد و با توجه به نقش غربالگری در شناسایی زودرس و درمان این بیماری، برنامه‌های آموزشی با استفاده از الگوها و مدل‌های آموزشی برای ایجاد رفتارهای غربالگری نظیر پاپ اسمیر احساس می‌شود. از این رو لازم است با توجه به نتایج پژوهش حاضر، سازه‌های موانع درک شده و منافع درک شده به عنوان مرکز مداخلات آموزشی در نظر گرفته شوند. در این راستا باید به موانعی که شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر ذکر نمودند، مانند کمبود وقت، عدم آگاهی، عدم توصیه پزشک و یا پرسنل بهداشتی، ترس از نتیجه تست، عدم رعایت حریم شخصی، هزینه زیاد، دردناک و ناخوشایند بودن انجام تست، احساس خجالت و صرف وقت زیاد توجه داشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از کلیه مسئولین و مراجعین محترم مراکز بهداشتی شهر بندرعباس که امکان انجام پژوهش حاضر را فراهم ساختند کمال سپاسگزاری را دارند. این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد استخراج شده است.

References

1. Gibbs RS, Karlan BY, Honey AF, Nygaard IE. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Translated by Dastjerdy V. 9th ed. Tehran: Nasle Farda; 2005. Persian.
2. Dehghan G. A message for women. Rescue from the most prevalent kind of cervical cancer. 1th ed. Tehran: Azadeh; 1983. Persian.
3. Cain JM, Ngan H, Garland S, Wright T; FIGO Working Group on Combating Cervical Cancer. Control of cervical cancer: women's options and rights. Int J Gynaecol Obstet. 2009 Aug;106(2):141-3.
4. Ramezani Daryasari R, NadAli F, Modyrian M, Arjmandpour M, Salavati F, Fazeli F, et al. National Comprehensive Cancer control program; 2011. [cited 2012 Jun 2] Available

- from: <http://phc.umsu.ac.ir/uploads/baname-jame-saratan.pdf>.
5. O'Meara AT. Present standards for cervical cancer screening. Curr Opin Oncol. 2002 Sep;14(5):505-11.
 6. Rodríguez MA, Ward LM, Pérez-Stable EJ. Breast and cervical cancer screening: impact of health insurance status, ethnicity, and nativity of Latinas. Ann Fam Med. 2005 May-Jun;3(3):235-41.
 7. Ghaffari SR, Sabokbar T, Mollahajian H, Dastan J, Ramezanzadeh F, Ensani F, et al. Prevalence of human papillomavirus genotypes in women with normal and abnormal cervical cytology in Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2006 Oct-Dec;7(4):529-32.

8. Mullins R, Wakefield M, Broun K. Encouraging the right women to attend for cervical cancer screening: results from a targeted television campaign in Victoria, Australia. *Health Educ Res.* 2008 Jun;23(3):477-86.
9. Mehmetoglu HC, Sadikoglu G, Ozcakil A, Bilgel N. Pap smear screening in the primary health care setting: A study from Turkey. *N Am J Med Sci.* 2010 Oct; 2(10): 467-72.
10. Juon HS, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular Pap smears among Korean-American women. *Prev Med.* 2003 Dec;37(6 Pt 1):585-92.
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.
12. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education.* 2000; 3: 180-93.
13. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education. Theory Research and Practice.* 4th ed. Sanfransisco: Jossey-Bass; 2008.
14. Shojaeizadeh D, Hashemi SZ, Moeini B, Poorolajal J. The Effect of Educational Program on Increasing Cervical Cancer Screening Behavior among Women in Hamadan, Iran: Applying Health Belief Model. *J Res Health Sci.* 2011 Jun 13;11(1):20-5.
15. Tanner EE, Brown TN. Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health.* 2010; 8: 95-125.
16. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Prev Med.* 2004 Feb;38(2):192-7.
17. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Womens Health Issues.* 2002 May-Jun;12(3):122-8.
18. Akbari M, Rafeefar S, Ayar S, Mohammadi N, Aghamolae T, Amin Shokravi F, et al. *The comprehensive Health Education Program; Familiarity with Basic Concepts, for health supervisors and staff.* 4th ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2004. Persian.
19. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2004 Oct;66(1):71-7.
20. Kartal A, Ozsoy SA. Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *Int J Nurs Stud.* 2007 Nov;44(8):1447-58.
21. 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. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2003; 13(40):79-85.
22. Baghaie M. *Cancer Nursing Concepts Care and Treatment.* Tehran: Mobin; 2000. Persian.
23. Harry TK, Felicia MS, Ngugen S. A needs assessment of barriers to cervical cancer screening in Vietnamese American health care providers. *Californian J Health Promotion.* 2006;4(3):146-56.
24. Namdar A, Bigzade S, Naghizade MM. Measuring health belief model components in adopting preventive behaviors toward cervical cancer. *Journal of Fasa University of Medical Sciences.* 2012; 2(1): 33-4. Persian.
25. Karimi H, Sam S. Effect of breast self-examination (BSE) education on increasing women's knowledge and practice, Ramsar. *J Babol Univ Med Sci.* 2005;7(3):61-8.
26. Yakhforusha, 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. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci.* 2008;18(63):25-30.
27. Pirzade A. The effect of health Education Based on Health Believe Model on performance of women regarding Pap Smear Test in Kouhdasht health centers in 2010. *Journal of Health System Research.* 2010;6(2):364-72. Persian.
28. Taylor D, Bury M, Campling N, Carter S, Garfied S, Newbould J, Rennie T. A review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change. [cited 2006 Jun 1] Available from: <https://www.nice.org.uk>
29. Nourizadeh R, Bakhtari Aghdam F, Hossein Valivan A, Sahebi L. Knowledge, health beliefs and breast cancer screening behaviors of women referring to health centers of Tabriz, 2010. *Iran J Breast Dis.* 2010; 3(3- 4):43-51.
30. Parsa P, Kandiah M, Parsa N. Factors associated with breast self-examination among Malaysian women teachers. *East Mediterr Health J.* 2011 Jun;17(6):509-16.
31. Pajares F. Overview of Social Cognitive Theory and of Self-Efficacy. [cited 2002 Jun 2] Available from: <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/eff.html>
32. Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs Res.* 2000 May-Jun;49(3):122-9.
33. 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.

- 34.** Tabeshian A, Firooze F. The effect of health education on performing Pap smear test for prevention of cervix cancer in teachers of Isfahan city. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2009;19(1):35-40. Persian.
- 35.** Lee MC. Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among Korean-American women. A focus group approach. *Cancer Nurs*. 2000 Jun;23(3):168-75.
- 36.** Ho V, Yamal JM, Atkinson EN, Basen-Engquist K, Tortolero-Luna G, Follen M. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nurs*. 2005 Mar-Apr;28(2):119-29;
- 37.** 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 Womens Health*. 2003 May 28;3(1):3.
- 38.** Karimi M, Shamsi M, Araban M, Gholamnia Z, Kasmaie P. Pap smear test structures for measuring health belief model and factors affecting women in Urban Centers covered Zarandieh. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2012;6(3):52-9. Persian.

Using Health Belief Model for Assessing Health Beliefs about Papsmear in Women Referred to Health Care Centers in Bandar Abbas, Iran

Masoume Mahdaviifar¹, Sakine Sabzevari², Taiebe Fasihi Harandy³

Abstract

Background: Papsmear is one of the most effective screening tests for the diagnosis of cervical cancer. In this study the health belief of women referred to health care centers in Bandar Abbas, Iran about undergoing Papsmear was assessed on the basis of the Health Belief Model.

Methods: This cross-sectional study was done on 363 women (aged 15-49 years old) referred to Bandar Abbas health care centers. For data gathering a valid and reliable questionnaire (Cronbach's alpha= 0.9) including three parts of demographic variables, health behaviors and health belief model was completed through interview. Data analysis was performed through SPSS 17 and using t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficient.

Results: Mean scores of HBM items were not in a desirable level. Mean score of perceived sensitivity was 11.69 ± 3.85 from 25 and mean score of perceived barriers was 17.32 ± 4.81 from 35 which was in a lower level in comparison with other items. In some Health Belief model items, increase of age and educational level led to higher scores. There was statistically significant associations between undergoing Papsmear and perceived benefits and barriers scores.

Conclusion: Educational programs for improvement of women's belief and behavior about papsmear based on HBM are suggested. Education and follow up for screening tests such as papsmear in health care centers have important roles in prevention and diagnosis of women's malignancies, especially cervical cancer.

Keywords: Health Belief Model, Papsmear, Cervix cancer, Health Beliefs

1- MSc, Department of Internal and Surgical Nursing, Razi Nursing and Midwifery School, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Assistant Professor, Neuroscience Research Center, Institute of Neuropharmacology, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Corresponding Author: Dr Sakine Sabzevari **Email:** s_sabzevari@kmu.ac.ir

Address: Neuroscience Research Center, Deputy of Research, Kerman University of Medical Sciences, Tahmasbabad Square, Kerman, Iran **Tel:** 034-33205219 **Fax:** 034-33205218