بررسی تاثیر برنامه آموزشی ترکیبی بر رفتار غربالگری سرطان سرویکس در زنان خانه دار اسلام آباد غرب در سال ۱۳۹۴: کاربردی از مدل اعتقاد بهداشتی

الهه عزتی[۱]، فریبا شریعت[۲]، فاطمه مرادی[۲]، توحید بابازاده[*۳]

۱) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲) اداره کل سلامت شهرداری تهران، تهران، ایران

۳) گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۹ تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۳

چکیده

مقدمه: سرطان سرویکس چهارمین سرطان شایع در جهان می باشد که هر ساله باعث مرگ و میر زیادی در زنان سراسر جهان می گردد. با توجه به این که عدم غربالگری منظم سرطان سرویکس با افزایش ۲ تا ۶ برابری خطر ایجاد آن همراه است و این که مدل اعتقاد بهداشتی به عنوان یک مدل مناسب برای بهبود رفتارهای غربالگری معرفی شده است، این مطالعه با هدف سنجش تاثیر برنامه آموزشی ترکیبی در رفتار غربالگری سرطان سرویکس براساس مدل اعتقاد بهداشتی اجرا گردیده است.

مواد و روش ها: دراین مطالعه نیمه تجربی ۱۲۰ نفر از زنان خانه دار مراجعه کننده به ۳ مرکز بهداشتی درمانی در شهرستان اسلام آباد غرب به صورت تصادفی انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه استاندارد، آیتم های آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد انجام تست پاپ اسمیر قبل و ۳ ماه پس از مداخله آموزشی گردآوری شد. مداخله آموزشی شامل چهار جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه ای به مدت چهار هفته بود. داده ها به وسیله نرم افزار spss21 و شاخص های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (تی زوجی، تی مستقل و کای اسکوئر) در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ آنالیز گردید.

یافته‌های پژوهش: پس از مداخله آموزشی، میانگین نمرات آگاهی و تمام سازه های مدل اعتقاد بهداشتی به جز شدت درک شده ($p>۰/۰۵$) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به طوری معنی داری افزایش یافته بود همچنین پس از مداخله آموزشی، ۶۶/۷ درصد از زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل پاپ اسمیر را انجام می دادند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که برنامه آموزشی ترکیبی همراه با مدل اعتقاد بهداشتی می تواند یک چارچوب مناسبی را برای طراحی مداخلات آموزشی جهت افزایش انجام تست پاپ اسمیر فراهم کند.

واژه های کلیدی: پاپ اسمیر، رفتار غربالگری سرطان دهانه رحم، مدل اعتقاد بهداشتی، آگاهی

* **نویسنده مسئول:** گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

Email: towhid.babazadeh@gmail.com

Copyright © 2017 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

مقدمه

براساس آمار سازمان جهانی بهداشت در دهه های آتی میزان ابتلا به انواع سرطان ها و مرگ و میر ناشی از آنها افزایش خواهد یافت (۱). یکی از سرطان هایی که انتظار می رود در سال های آینده میزان ابتلا به آن افزایش یابد، سرطان سرویکس می باشد که به عنوان یکی از شایع ترین نوع سرطان ها در جهان، به خصوص کشورهای درحال توسعه به شمار می رود (۲). این بیماری پس از سرطان پستان، کولورکتال و ریه چهارمین سرطان شایع در زنان (۳) و به طور کلی هفتمین سرطان در بین کل سرطانها در جهان محسوب می شود و از معدود سرطانهایی است که می توان آن را در مرحله پیش از بروز بدخیمی به آسانی تشخیص داد (۴).

سالانه بیش از ۴۰۰ هزار مورد از این بدخیمی در جهان گزارش می شود که تقریبا ۱۲ درصد سرطان های شایع در بین زنان را شامل می شود (۵). هر ساله بیش از ۲۸۸ هزار زن در کل جهان جان خود را در اثر سرطان دهانه رحم از دست می دهند، این سرطان در کشورهای درحال توسعه عامل حدود ۱۶۰هزار مرگ در سال است (۶). هرچند امکان وقوع سرطان سرویکس در هر سنی وجود دارد، اما این سرطان دارای دو پیک سنی ۳۸- ۳۵ و ۶۴-۶۰ سالگی است (۷). مهم ترین عوامل خطرابتلا به سرطان دهانه رحم شامل ازدواج در سنین پایین، سابقه ازدواج های مکرر، سابقه حاملگی های متعدد و استعمال دخانیات (حتی در معرض دود سیگار بودن)، عفونتهای تناسلی که از طریق زناشویی قابل انتقال هستند، ضعف سیستم ایمنی و وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین می باشد (۸).

سرطان دهانه ی رحم در مراحل اولیه کاملا بدون علامت بوده و تنها با بررسی سلولهای ریزش کرده از دهانه رحم قابل تشخیص است (۹). برای آزمایش سلول های دهانه رحم، تست پاپ اسمیر از سال ۱۹۵۰ استفاده شده است (۱۰). قبل از ابداع و گسترش تست پاپ اسمیر، مرگ و میر ناشی از سرطان سرویکس در آمریکا ۲۵ در ۱۰۰ هزار بود که این رقم مشابه با مرگ و میر ناشی از سرطان دهانه ی رحم در کشورهای در حال توسعه می باشد (۱۱). آزمایش پاپ اسمیر یک آزمایش موثر، کم هزینه برای تشخیص سرطان دهانه ی رحم در زنان به ظاهر سالم می باشد (۱۲،۱۱) و در کاهش میزان بروز سرطان دهانه رحم تا ۷۹ درصد و در کاهش مرگ و میر تا ۷۰ درصد موفق بوده است (۱۲). در واقع پاپ اسمیرکلید تشخیص بدخیمی های دهانه رحم است.

گزارشات حاکی از آن است که تنها ۵ درصد از زنان در کشورهای در حال توسعه در برنامه غربالگری تست پاپ اسمیر شرکت می کنند در حالی که درکشورهای توسعه یافته مثل ایالات متحده آمریکا این رقم به ۹۰ درصد رسیده است (۱۳). در ایران نیز برنامه غربالگری تست پاپ اسمیر از سال ۱۳۷۰ در سیستم کشوری انجام می شود و مطالعات انجام شده نشان می دهد که این تست چندان مورد استقبال مردم قرار نگرفته است(۱۴،۱۵). در حالی که براساس توصیه متخصصان زنان و زایمان کالج آمریکا، تست پاپ اسمیر در زنان کمتر از ۳۰ سال باید هرساله و در زنان بالای ۳۰ سال بدون داشتن فاکتورهای خطر (مثل نداشتن نقص ایمنی) هر ۲ تا ۳ سال تکرار شود (۱۶). عدم وجود غربالگری منظم با افزایش ۲ تا ۶ درصدی خطر ایجاد سرطان دهانه رحم همراه می باشد (۱۰، ۹).

برنامه های آموزشی فرآیندی است که در طی آن افراد یا گروههای مردمی می آموزند تا به طریقی رفتار کنند که سلامتشان ارتقاء، حفظ و اصلاح شود. مطالعات انجام شده نشان داده است که استفاده از شیوه های مختلف آموزشی (سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ...) در اجرای مداخلات آموزشی می تواند در افزایش اثرات برنامه ها موثر باشد (۱۷،۱۸)، که از آن جمله می توان به مطالعه افشاری و همکاران اشاره کرد که در آن اجرای برنامه آموزشی ترکیبی توانسته بود توانایی بیماران را در کنترل قند خون بهبود دهد(۱۸). در کنار استفاده از شیوه های مختلف آموزشی، انتخاب یک الگوی مناسب نیز می تواند در بهبود فرآیند برنامه ریزی و ارتقاء اثربخشی برنامه ها مفید باشد (۱۹). یکی از الگوهای مطرح در سطح بهداشتی، مدل اعتقاد بهداشتی می باشد. این مدل در دهه ۱۹۵۰ توسط روانشناسان اجتماعی برای توضیح عدم مشارکت مردم

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

در برنامه های پیشگیری و کشف بیماری ها توسعه داده شد و پس از آن به طور وسیعی به عنوان یک چارچوب مفهومی برای تحقیق در رفتارهای بهداشتی، هم برای توضیح تغییر و حفظ رفتارهای مرتبط بهداشتی و هم به عنوان یک چارچوب راهنمایی کننده برای طراحی مداخلات رفتاری بهداشتی، به کار برده شده است (۱۸). مدل اعتقاد بهداشتی از چندین سازه تشکیل یافته است که عبارت اند از: ۱) حساسیت درک شده: این سازه شامل عقاید ذهنی یک شخص در مورد ابتلا به بیماری یا رسیدن به یک وضعیت نامناسب در نتیجه رفتارهای خاص است؛ ۲) شدت درک شده: به عقاید ذهنی فرد در مورد اندازه خطر اشاره دارد که می تواند ناشی از ابتلا به بیماری یا وضعیت خطر در نتیجه یک رفتار خاص باشد؛ ۳) منافع درک شده: اشاره به عقایدی در مورد فواید و مزایای روشهای پیشنهادی دارد که در جهت کاهش خطر یا شدت بیماری یا مضرات ناشی از یک رفتار خاص است؛ ۴) موانع درک شده: اشاره به عقایدی دارد که مربوط به هزینه های واقعی و تصوری است که به دنبال رفتار جدید می آیند؛ ۵) خودکارآمدی: اطمینانی است که شخص از توانایی خودش برای انجام یک رفتار دارد (۲۰).

در مطالعه واشقانی و همکاران (۲۱) و بابایی و همکاران (۲۲) کارآیی این مدل در ارتقاء رفتارهای سالم نشان داده شده است. علاوه بر این در مطالعه ایی که Guvenc و همکاران در سال ۲۰۰۷ در ترکیه بر روی ۲۳۷ زن انجام دادند، پایایی و اعتبار این الگو برای تشخیص باورها در زمینه سرطان به اثبات رسیده است (۲۳).

با توجه به اهمیت تشخیص سرطان دهانه رحم در مراحل اولیه بدخیمی ها و عملکرد پایین زنان خانه دار نسبت به رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم (۲۴)، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزشی ترکیبی بر رفتار غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان خانه دار با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی در اسلام آباد غرب در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله ای از نوع نیمه تجربی می باشد که از فروردین الی شهریور ۱۳۹۴ در زنان خانه دار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اسلام آباد غرب صورت گرفت. از روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای برای انتخاب ۱۲۰ نفر از زنان استفاده گردید. بدین ترتیب ابتدا از بین سه مرکز بهداشتی درمانی موجود، دو مرکز به طور تصادفی انتخاب (یک مرکز به عنوان کنترل و یک مرکز به عنوان مداخله) و سپس از روی پرونده های خانوار موجود در مراکز بهداشتی درمانی، افراد به طور تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. پس از انتخاب افراد، به صورت تلفنی با هر یک از آنها تماس گرفته شده و پس از توضیح در باره اهداف مطالعه، ترغیب به شرکت در مطالعه شدند. پس از حضور افراد انتخاب شده در مراکز بهداشتی درمانی و کسب رضایت آنها به شرکت در مطالعه، پرسشنامه در اتاق مشاوره تکمیل گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از زنان خانه دار، داشتن رضایت به شرکت در مطالعه، زنان ازدواج کرده که حداقل شش ماه از ازدواج آن ها گذشته باشد (۲۴)، عدم سابقه پاپ اسمیر در ۵ سال اخیر (۲۵) و معیار خروج از مطالعه عدم رضایت به شرکت در مطالعه، ابتلا به هر نوع بیماری در زمان مطالعه و غیبت بیش از یک جلسه در برنامه آموزشی بود.

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه روایی و پایایی شده کریمی و همکاران (۲۴) استفاده گردید. این پرسشنامه از ۴ بخش تشکیل یافته بود؛ الف) اطلاعات جمعیت شناختی: شامل سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و سابقه عفونت رحمی؛ ب) آیتم های آگاهی: شامل ۱۲ سوال در باره آگاهی فرد در خصوص سرطان دهانه رحم و آزمایش پاپ اسمیر ؛ ج) آیتم های مدل اعتقاد بهداشتی: شامل حساسیت درک شده (۵ سوال)، شدت درک شده (۵ سوال)، منافع درک شده (۶ سوال)، موانع درک شده (۶ سوال)، خودکارآمدی (۱۰ سوال) و د) رفتار: شامل یک سوال در باره عملکرد شرکت کنندگان در باره انجام آزمایش پاپ اسمیر بود.

نحوه امتیاز دهی پرسشنامه بدین صورت بود که در قسمت آگاهی به جواب صحیح ۲ امتیاز و به جواب غلط و نمی دانم صفر امتیاز تعلق گرفت. در قسمت حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده و منافع درک شده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای استفاده شد،

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

بدین صورت که به کاملا مخالفم امتیاز ۱، مخالفم امتیاز ۲، نظری ندارم امتیاز ۳، موافقم امتیاز ۴ و کاملا موافقم امتیاز ۵ داده شد. نمره دهی سوالات خودکارآمدی نیز شامل ۴ گزینه اصلا صحیح نیست، کمی صحیح است، تاحدی صحیح است و کاملا صحیح بود که به ترتیب امتیاز آن از ۱ تا ۴ بود. انجام آزمایش غربالگری پاپ اسمیر نیز با سوال "آیا تا بحال آزمایش پاپ اسمیر انجام دادید؟ بلی و خیر"، سنجیده شد.

مداخله آموزشی براساس یافته های پیش آزمون دو گروه آزمون و کنترل طراحی گردید. بدین منظور که نقاط قوت و ضعف شرکت کنندگان در مطالعه شناسایی و در مداخله آموزشی بر روی آنها تاکید بیشتری گردید. مداخله آموزشی شامل ۴ جلسه ۴۵ دقیقه ای بود که در طول ۴ هفته و در قالب ۵ آموزش ترکیبی مثل (سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، بارش افکار و الگوی نقش) در مراکز بهداشتی درمانی به منظور ترغیب زنان به انجام رفتار غربالگری سرطان دهانه رحم در افراد گروه مداخله اجرا گردید. جلسه اول با هدف آشنایی با اهداف مطالعه و افزایش آگاهی شرکت کنندگان در باره سرطان دهانه رحم و آزمایش پاپ اسمیر برگزار شد. هدف جلسه دوم افزایش حساسیت و شدت درک شده (تهدید درک شده) زنان در باره سرطان دهانه رحم بود. در این جلسه برای افزایش تهدید درک شده نسبت به سرطان دهانه رحم مطالبی مثل ارائه آماری از سرطان دهانه رحم در زنان جهت مستعد نشان دادن آنها و تاثیری که بیماری بر روی سلامت خانواده دارد، هزینه هایی که بیماری روی آنها و خانواده تحمیل می کند، استفاده شد. برای برگزاری این جلسه از روش های سخنرانی و پرسش و پاسخ استفاده گردید. هدف جلسه سوم افزایش درک منافع استفاده از پاپ اسمیر و کاهش موانع آن با استفاده از روش های بارش افکار و بحث گروهی بود. جلسه چهارم نیز با هدف بهبود خودکارآمدی افراد برای رفتارغربالگری سرطان دهانه رحم اجرا گردید. در این جلسه از الگوی نقش برای اجرای جلسه استفاده گردید، بدین منظور که از یکی از زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که به طور منظم پاپ اسمیر انجام داده بود، خواسته شد که در یک جلسه آموزشی، دلایل استفاده خود از پاپ اسمیر را برای شرکت کنندگان توضیح دهد و آنها را ترغیب به استفاده از آزمایش پاپ اسمیر کند. سه ماه پس از اتمام برنامه آموزشی، داده ها مجددا گردآوری و با نتایج داده های پیش آزمون مقایسه و تحلیل گردید.

داده ها با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل گردید. برای یکسان بودن متغیرهای دموگرافیکی، آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی به ترتیب از آزمون های آماری کای اسکوئر و تی مستقل استفاده گردید. نرمالیتی داده ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov مورد بررسی قرار گرفت. پس از تعیین نرمالیتی، اختلاف بین میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در پیش آزمون و ۳ ماه پس از مداخله (۲۴) در هر یک از گروه ها و بین گروهها، به ترتیب با استفاده از آزمون های تی مستقل و تی زوجی تعیین گردید. همچنین برای تعیین اختلاف بین فراوانی انجام پاپ اسمیر در پس از مداخله از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. سطح معنی داری نیز در تمام مراحل آنالیز، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

در مطالعه حاضر، ۱۲۰ نفر شرکت داشتند که ۶۰ نفر در گروه مداخله و ۶۰ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در گروه مداخله (۸/۱۷) ۳۷/۳۵ و در گروه کنترل (۸/۱۷) ۳۵/۳۵ بود. دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی شامل گروههای سنی، وضعیت درآمد و بعد خانوار مشابه بودند و از نظر آماری، اختلاف معنی داری بین آنها وجود نداشت. اما دو گروه از نظر سطح تحصیلات تفاوت معنی داری باهم داشتند. در هر دو گروه، اکثریت افراد از نظر سطح سواد، بی سواد و ابتدایی بودند(جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲ نشان دهنده روابط درون گروهی و بین گروهی افراد تحت مطالعه قبل و بعد از مداخله آموزشی است. نتایج مداخله نشان دهنده آن است که در گروه مداخله متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی بعد از مداخله آموزشی نسبت به قبل از مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش یافته است. قبل از مداخله در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

گروه مداخله، میانگین نمرات آگاهی ۱۴/۵۸، حساسیت درک شده ۱۵/۸۰ ، شدت درک شده ۱۸/۸۱، منافع درک شده ۲۴/۷۰، خودکارآمدی ۲۴/۲۵ بود و بعد از مداخله به ترتیب به ۲۳/۰۵، ۲۱/۳۰، ۲۲/۰۵، ۲۷/۰۸، ۳۱/۳۳ افزایش یافته بود. همچنین موانع درک شده نیز از ۱۸/۲۱ به ۱۲/۳۸ کاهش یافته بود.

یافته های مطالعه بیانگر این است که دو گروه مداخله و کنترل از نظر درصد افرادی که پاپ اسمیر را انجام می دهند، تفاوت معنی داری ندارند (p=۰/۰۰۵) (جدول شماره ۳). این درحالی است که پس از مداخله آموزشی مشاهده شد که دو گروه از لحاظ درصد انجام آن به طور معنی داری اختلاف دارند (p=۰/۰۳۲) (جدول شماره ۴). به طوری که تعداد افرادی که در گروه مداخله، پاپ اسمیر را انجام می دادند از ۴۳/۳ درصد در قبل از مداخله به ۶۶/۷ درصد پس از مداخله افزایش یافته بود.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه	گروه مداخله		گروه کنترل		*P-value*
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۲۹-۲۰	۱۵	۲۵	۱۷	۲۸/۳	۰/۴۵۶
	۳۹-۳۰	۱۹	۳۱/۷	۲۳	۳۸/۳	
	۴۹-۴۰	۲۰	۳۳/۳	۱۸	۳۰/۰	
	≥۵۰	۶	۱۰	۲	۳/۳	
سطح تحصیلات	بی سواد و ابتدایی	۳۵	۵۸/۳	۲۷	۵۱/۷	۰/۰۰۲
	دیپلم و زیردیپلم	۱۲	۲۰	۲۹	۳۴/۲	
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۳	۲۱/۷	۴	۱۴/۲	
وضعیت درآمد	ضعیف	۲۵	۴۱/۷	۲۴	۴۰	۰/۸۲۹
	متوسط	۱۷	۲۸/۳	۱۵	۲۵	
	خوب	۱۸	۳۰	۲۱	۳۵	
سابقه عفونت رحمی	بلی	۳	۵	۱	۱/۷	۰/۳۰۹
	خیر	۵۷	۹۵	۵۹	۹۸/۳	

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات آگاهی و سازه های مدل اعتقاد بهداشتی قبل و ۳ ماه پس از مداخله در دو گروه مداخله (n=۶۰) و کنترل (n=۶۰)

متغیر		قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	پس از مداخله میانگین (انحراف معیار)	*P-value**
آگاهی	مداخله	۱۴/۸۵ (۲/۶۸)	۲۳/۰۵ (۲/۰۳)	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۵۳ (۲/۹۶)	۱۴/۴۱ (۲/۹۷)	۰/۰۷۵
	*P-value***	۰/۵۴۱	۰/۰۰۱	
حساسیت درک شده	مداخله	۱۵/۸۰ (۴/۵۷)	۲۱/۳۰ (۵/۰۳)	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۵/۳۶ (۳/۹۸)	۱۵/۳۸ (۳/۹۷)	۰/۳۲۱
	P-value	۰/۵۸۱	۰/۰۰۱	
شدت درک شده	مداخله	۱۸/۸۱ (۴/۶۴)	۲۲/۰۵ (۳/۶۸)	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۶۰ (۶/۷۴)	۲۰/۴۳ (۶/۶۹)	۰/۰۶۲
	P-value	۰/۰۹۴	۰/۱۰۶	
منافع درک شده	مداخله	۲۴/۷۰ (۴/۵۹)	۲۷/۸۸ (۳/۱۸)	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۴/۵۵ (۴/۹۷)	۲۴/۶۹ (۴/۹۴)	۰/۱۹۷
	P-value	۰/۸۷۳	۰/۰۰۱	
موانع درک شده	مداخله	۱۸/۲۱ (۶/۹۵)	۱۲/۳۸ (۷/۲۰)	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۰۸ (۶/۵۴)	۱۹/۹۸ (۶/۷۴)	۰/۲۴۳
	P-value	۰/۱۳۳	۰/۰۰۱	
خودکارآمدی درک شده	مداخله	۲۴/۲۵ (۵/۹۷)	۳۱/۳۳ (۶/۰۱)	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۴/۳۵ (۷/۰۴)	۲۴/۶۱ (۷/۲۳)	۰/۸۳۷
	P-value	۰/۹۳۳	۰/۰۰۱	

* آزمون تی زوجی ** آزمون تی مستقل

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

جدول شماره ۳: مقایسه فروانی انجام پاپ اسمیر قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله (n=۶۰) و کنترل (n=۶۰)

متغیر		گروه مداخله		گروه کنترل		P-value*
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
انجام آزمایش پاپ اسمیر	بلی	۲۶	۴۳/۳	۲۷	۵۵/۰	۰/۰۰۵
	خیر	۳۴	۵۶/۷	۳۳	۴۵/۰	

* آزمون کای اسکوئر

جدول شماره ۴: مقایسه فروانی انجام پاپ اسمیر پس از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله (n=۶۰) و کنترل (n=۶۰)

متغیر		گروه مداخله		گروه کنترل		P-value*
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
انجام آزمایش پاپ اسمیر	بلی	۴۰	۶۶/۷	۲۹	۵۱/۷	۰/۰۳۲
	خیر	۲۰	۳۳/۳	۳۱	۴۸/۳	

* آزمون کای اسکوئر

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی ترکیبی بر رفتار غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان خانه دار اسلام آباد غرب صورت گرفت. یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد که برنامه آموزشی طراحی شده تاثیر بسزایی در افزایش آگاهی، سازه های مدل اعتقاد بهدشتی و انجام پاپ اسمیر در زنان گروه مداخله داشته است. مطابق با همین نتایج پس از آموزش، درصد زنانی که در گروه مداخله پاپ اسمیر را انجام می دادند، از ۴۳/۳ به ۶۶/۷ درصد افزایش یافته بود. بطور کلی مشابه با نتایج این مطالعه، دهداری و همکاران (۲۶) و Yucel و همکاران (۲۷) نشان دادند که اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر نتایج پیش آزمون تاثیر بسزایی در ارتقاء رفتارهای غربالگری سرطان دهانه رحم دارد. این نتایج نشان دهنده این است که اجرای برنامه های آموزشی مبتنی بر نیاز افراد در مراکز بهداشتی می تواند باعث ارتقاء رفتارهای غربالگری در افراد جامعه گردد، لذا پیشنهاد می شود که کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی برنامه های آموزشی را پس از انجام نیازسنجی در خصوص موضوع مورد آموزش طراحی و اجرا کنند.

یافته های مطالعه حاضر نشان دهنده افزایش معنی دار میانگین نمرات آگاهی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل پس از آموزش می باشد. مشابه با یافته های این مطالعه، یخ فروش ها و همکاران در سال ۱۳۹۲ مطالعه خود بر روی رابطین بهداشتی (۲۸)، و اشقانی و همکاران بر روی معلمان زن مقطع راهنمایی منطقه ۱۱ تهران در سال ۱۳۸۹ (۲۱) و Dignan و همکاران در زنان کارولینای شمالی در سال ۲۰۱۲ (۲۹) گزارش کردند که برنامه آموزشی می تواند با افزایش آگاهی زنان، احتمال انجام تست پاپ اسمیر را افزایش دهد. از آگاهی به عنوان یک فاکتور مهم در موفقیت برنامه های پیشگیری کننده از بیماری یاد شده است، به طوری که با آشناسازی شرکت کنندگان با علت بیماری، راههای انتقال آن و گروههای در معرض خطر و همچنین تشخیص زودرس بیماریها می توان گام مهمی در تغییر رفتار افراد برداشت (۳۰). بنابراین مطابق این یافته ها، برای ایجاد رفتارهای جدید، تقویت رفتارهای سالم و همچنین اصلاح رفتارهای غلط توجه به افزایش آگاهی باید اولین گام در مداخلات تغییر رفتار باشد.

در مطالعه حاضر، نتایج بیانگر افزایش معنی دار میانگین نمرات حساسیت درک شده در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل می باشد. این یافته ها با نتایج مطالعه و اشقانی و همکاران در سال ۱۳۸۹ (۲۱) و کریمی و همکاران در سال ۱۳۹۰ (۲۴) همسویی دارد. براساس گزارشاتAustin و همکاران در سال ۲۰۰۸ (۳۱) حساسیت درک شده پائین یکی از موانع اصلی انجام پاپ اسمیر در زنان می باشد. بدین معنی که

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

زنانی که معتقدند مستعد ابتلا به سرطان دهانه رحم نیستند و خود را در معرض خطر ابتلا به آن احساس نمی کنند، به احتمال زیاد رفتار غربالگری یعنی پاپ اسمیر را انجام نمی دهند. در این مطالعه با ارائه آمار و ارقام از سرطان دهانه رحم سعی شد تا افراد گروه مداخله خود را مستعد ابتلا به سرطان دهانه رحم قلمداد کنند. به نظر می رسد با طراحی با افزایش حساسیت درک شده می توان باعث افزایش درک خطر و به دنبال آن افزایش احتمالی انجام رفتارهای پیشگیری کننده شد.

براساس نتایج مطالعه حاضر، مداخله آموزشی تاثیر معنی داری در افزایش شدت درک شده در گروه مداخله در مقایسه با کنترل نداشته است. یکی از دلایل احتمالی عدم افزایش معنی داری میانگین نمرات می تواند بالا بودن میانگین نمرات شدت درک شده گروه کنترل در مقایسه با گروه مداخله در قبل از مداخله باشد. این در حالی است که میانگین نمرات شدت درک شده در داخل گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی داری معنی دار داشته است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که برنامه آموزشی اجرا شده برای زنان گروه مداخله، باعث شده است که آنها جدی و وخیم بودن بیماری را درک کنند. در برنامه آموزشی طراحی شده جهت افزایش شدت درک شده از عوارض و عواقب منفی جدی سرطان دهانه رحم از جمله عوارض جسمی، روانی و اقتصادی، خطرناک و جدی بودن این بیماری و تاثیر آن بر روی سلامت خانوادگی صحبت شد. این یافته ها، مشابه با نتایج مطالعه کریمی و همکاران در خصوص پاپ اسمیر بر روی زنان زرندیه در سال ۱۳۹۰ (۲۴) و هزاوه ای و همکاران در خصوص پاپ اسمیر بر روی زنان خمینی شهر در سال ۱۳۹۳ (۳۲) می باشد.

به نظر متخصصین آموزش بهداشت، درک شخص از منافع رفتار می تواند باعث تسهیل تغییر رفتار شود (۳۰). در این مطالعه پس از اجرای مداخله آموزشی، میانگین نمرات منافع درک شده در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافته بود. مشابه با این نتایج، مطالعه Park و همکاران در سال ۲۰۰۵ در زنان کره ای نشان داد که مداخله آموزشی می تواند باعث افزایش منافع درک شده در خصوص تست پاپ اسمیر شود (۳۳).

در مطالعات مختلف انجام شده با مدل اعتقاد بهداشتی از موانع درک شده به عنوان یک عامل مهم در پیش بینی انجام آزمایش پاپ اسمیر یاد شده است(۳۴). مطابق با یافته های این مطالعه پس از مداخله آموزشی موانع درک شده گروه مداخله به طور معنی داری در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی داری داشته است. که مشابه با نتایج مطالعات صورت گرفته می باشد این یافته ها، مشابه با نتایج مطالعه کریمی و همکاران در خصوص پاپ اسمیر بر روی زنان زرندیه در سال ۱۳۹۰ (۲۴) و هزاوه ای و همکاران در خصوص پاپ اسمیر بر روی زنان خمینی شهر در سال ۱۳۹۳ (۳۱) می باشد.

براساس یافته های مطالعه حاضر، میانگین نمرات خودکارآمدی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل پس از مداخله آموزشی خودکارآمدی افزایش معنی داری داشت. خودکارآمدی به عنوان یک پیش شرط مهم جهت خود مدیریتی برای تغییر رفتار است که می تواند باعث ارتقاء رفتارهای سالم شود(۳۵). همسو با این نتایج، Sangchan و همکاران در سال ۲۰۰۸ با هدف طراحی یک مداخله آموزشی حساس فرهنگی جهت افزایش ادراک، خودکارآمدی و رفتار گروه هدف درباره رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان نشان داد که خودکارآمدی افراد ۳ ماه بعد از انجام مداخله آموزشی به طور معنی داری افزایش پیدا کرده است (۳۶). در این مطالعه برای بهبود خودکارآمدی زنان گروه مداخله از الگوی نقش استفاده گردید که در مطالعات مختلف انجام شده برای بهبود خودکارآمدی استفاده شده است (۳۷). لذا با توجه به نتایج توصیه می گردد در برنامه های آموزشی از الگوی نقش جهت افزایش خودکارآمدی و در نهایت ارتقاء رفتار استفاده گردد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر طراحی برنامه آموزشی براساس نتایج پیش آزمون و استفاده از روش ترکیبی برای اجرای برنامه آموزشی اشاره کرد. همچنین این مطالعه چندین محدودیت از جمله بی سواد بودن

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

اکثریت شرکت کنندگان در مطالعه و استفاده از ابزار خودگزارش دهی برای گردآوری اطلاعات داشت.

در این مطالعه پس از تحلیل نتایج پیش آزمون، برنامه آموزشی ترکیبی برای افراد گروه مداخله طراحی و اجرا شد که براساس یافته های مطالعه حاضر، برنامه آموزشی ترکیبی طراحی شده براساس مدل اعتقاد بهداشتی منجر به افزایش فراوانی تست پاپ اسمیر در گروه مداخله شده بود. علاوه بر این برنامه آموزشی ترکیبی تاثیر بسزایی در افزایش سازه های مدل اعتقاد بهداشتی و آگاهی در افراد گروه مداخله داشته است. لذا با توجه به این نتایج پیشنهاد می شود که در مراکز بهداشتی درمانی جهت بهبود رفتارهای غربالگری، ابتدا نیازسنجی صورت گیرد و سپس براساس آن برنامه آموزشی برای افراد گروه هدف طراحی و اجرا گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی شهرستان اسلام آباد غرب و همچنین کلیه شرکت کنندگان به دلیل همکاری صمیمانه آنان تشکر و قدردانی می شود.

References

1. Torre LA, Islami F, Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Global cancer in women burden and trends. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev2017; 26:444-57.

2 .Mittal S, Mandal R, Banerjee D, Das P, Ghosh I, Panda C, Biswas J. HPV detection-based cervical cancer screening program in low resource setting lessons learnt from a community-based demonstration project in India. Cancer Causes Control 2016; 27:351-8 .

3.Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. Curr Opin Obstet Gynecol2016; 28: 4-10.

4.Ferlay J, Steliarovafoucher E, Lortettieulent J, Rosso S, Coebergh J, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe estimates for 40 countries in 2012. European J Cancer 2013; 49: 1374-403.

5. Msyamboza KP, Phiri T, Sichali W, Kwenda W, Kachale F. Cervical cancer screening uptake and challenges in Malawi from 2011 to 2015 retrospective cohort study. BMC Public Health. 2016;16:806.

6.Bidus MA, Elkas JC. Cervical and vaginal cancer. 14th ed. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins Publication.2007; P.1403-55.

7 .Baltzer N, Sundstrom K, Nygard JF, Dillner J, Komorowski J. Risk stratification in cervical cancer screening by complete screening history- applying bioinformatics to a general screening population. Int J Cancer 2017;2: 123-9.

8.Yousefi Z SN, Ebrahimzadeh S, Anbiai S. [Prevalence of unsatisfactory in liquid based method and current pap smear]. J Gorgan Uni Med Sci 2008; 9:12-16. (Persian(

9.Suba EJ, Hung NC, Duc NB, Raab SS. De novo establishment and cost effectiveness of Papanicolaou cytology screening services in the Socialist Republic of Vietnam. Cancer 2001; 91:928-39.

10.Keshavarzian K, Barzegari Z. The Knowledge of Herisian female about the cervical cancer and Pap smear. J Tabriz Med Sci Uni Health Serv 2014; 36:70-3 .

11.Ghahramaninasab PSM, Farshbafkhalili A, Ghanbari S. Factors associated with cervical cancer screening in women referring to Tabriz health centers. Iranian J Obstet Gynecol Infertil2014;89:15-24.

12.Nojomi, M, Modares Gilani, M, Erfani, A, Mozafari, N, Mottaghi, A. The frequency of cervical cancer risk factors in women referred to hospitals in Tehran 2005-2006. J Iran Uni Med Sci 2007; 14:189-95.

13 .Do HH, Taylor VM, Yasui Y, Jackson JC, Tu SP. Cervical cancer screening among Chinese immigrants in Seattle Washington. J Immig Health 2001 3:15-21.

14.Asgharnia M, Mirbolouk F, Oudi M, Shakiba M, GhaforiPoor B. [Frequency of Pap smears test and attitude about it among post-partum women referred to Alzahra hospital in Rasht 2009]. J Health2010;15:57-65. (Persian(

15.Jalilian F, Mirzaei AM, Emdadi S, Barati M, Nasirzadeh M, Hatamzadeh N. [Predicting factors related with Pap smear results among women based on health belief model]. Health Sys Res 2011;7:1226-34. (Persian(

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

16.Berek JS, Novak E. Berek and Novaks gynecology. 14th ed. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins Publication. 2007; P. 571-4.
17.Farahandi H, Mohebbi B, Tol A, Sadeghi R, Norijaliani K. [The impacts of blended educational intervention program on blood pressure control and promoting HbA1c among type 2 diabetic patients with hypertension]. RJMS 2015; 22:88-96. (Persian(
18.Afshari M, Azartol M, Taghdisi K. [The effect of BASNEF-based blended educational program on on diabetes control among type 2 diabetic patients referred to diabetes clinic of Samirom city]. RJMS 2015; 22: 56-62. (Persian(
19.Plotnikoff RC, Trinh L, Courneya KS, Karunamuni N, Sigal RJ. Predictors of aerobic physical activity and resistance training among Canadian adults with type 2 diabetes an application of the protection motivation theory. Psychol Sport Exe 2009;10: 320-8.
20.Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education theory research and practice. 4th ed. Sanfrancisco Jossey Bass Publishing. 2008; P.208
21.Guvenc G, Akyuz A, Açikel CH. Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test psychometric testing. J Adv Nurs 2011; 67: 428-37.
22.Vasheghani F, Majlesi F, Mahmoudi M, Shojaeezadeh D. [Effect of educational intervention based on Health Belief Model on knowledge and attitude about Pap smear test among female secondary school teachers in district 11 of Tehran]. SJSPH 2012;10:39-46. (Persian(
23.Babaei V, Garmaroodi G, Batebi A, Alipour D, Shahbaz M, Babazadeh T. [The Effectiveness of an Educational Intervention Based on the Health Belief Model in the Empowerment of Stockbreeders Against High-Risk Behaviors Associated with Brucellosis]. J Edu Commun Health 2014;1:12-9. (Persian(
24.Karimy MGM, Niknami S, Aminshokravi F, Tavafian S. [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]. JJUMS 2012; 10: 53-9. (Persian(
25.Abedian Z. [The survey of knowledge, attitude and practice of women referred to health centers in Mashhad about the Pap test in 2009]. IJOGI 2013; 15: 22-8. (Persian(
26.Dehdari T, Hassani L, Hajizadeh E, Shojaeizadeh D, Nedjat S, Abedini M. Effects of an educational intervention based on the protection motivation theory and implementation intentions on first and second Pap smear Test practice in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15:72-57.
27.Yucel U, Çeber E, Ozenturk G. Efficacy of a training course given by midwives concerning cervical cancer risk factors and prevention. Asian Pac J Cancer Prev 2009; 10: 437-42.
28.Yakhforooshha A, Solhi M, Ebadifardazar F. [Effect of health education through health belief model on knowledge attitude of health volunteers about the Pap test in the urban centers of Qazvin city]. J Nurs Midwif Shahid Beheshti 2008; 62: 25-30. (Persian(
29.Dignan M, Michielutte R, Blinson K, Wells HB, Douglascase L, Sharp P, et al. Effectiveness of Health education to increase screening for cervical cancer among Eastern-Band Cherokee Indian women in North Carolina. Oxford J 2012; 88: 1670-6.
30.Karimy M, Montazeri A, Araban M. [The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis]. Arak Med Uni J2012;14: 85-97. (Persian)
31.Austin LT, Farah A, Maryjane M, et al. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women a literature review using the health belief model. Women Health Iss2002;12:208-16.
32.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;6:1858-67.
33.Park S, Chang S, Chung C. Effects of a cognition emotion focused program to increase public participation in papanicolaou smear screening. Public Health Nurs 2005; 22: 289-95.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

34.Bennatan M, Adir O. Screening for cervical cancer among Israeli lesbian women. Int Nurs Rev 2009; 56: 433-41.
35.Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race ethnicity and health literacy? Diabetes care 2006; 29: 823-9.
36.Sangchan H, Tiansawad S, Yimyam S, Wonghongkul T. The development of a culturally sensitive educational programme to increase the perception self-efficacy and practice of Thai Moslem women regarding breast self-examination. Songklanagarind Med J 2008; 26:15-24.
37.Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. [The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers]. J Birjand Uni Med Sci 2010;17:87-97. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]

The Effect of a Blended Educational Program (BEP) on Cervical Cancer Screening Behavior among Housekeeper Women in West Eslamabad in 2016:an Application of Health Belief Model

*Ezzati E1, Shriat F2, Moradi F2, Babazadeh T3**

(Received: March 9, 2016 Accepted: May 23, 2016)

Abstract

Introduction: Cervical cancer is the fourth most common cancer in women worldwide that causes more mortality each year. Given that lack of regular screening for cervical cancer is associated with an increased risk of 2 to 6 times and that the Health Belief Model (HBM) has been introduced as a suitable model to improve screening behaviors, this study was conducted aimed to survey the effect of blended educational program on cervical cancer screening behavior based on HBM among housekeeper women.

Materials & methods: In this quasi-experimental study, 120 individuals of housekeeper women referring to health centre in West Eslamabad city were randomly selected. Using standardized questionnaire knowledge, HBM items and Pap test performance were measured before and after 3 months of educational intervention. The educational intervention consisted of four sessions of 45-minute-long of four weeks. Data were analyzed by software spss 21 and descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and analytical (paired t, independent t and Chi-square tests) at the significant level of less than 0.05.

Findings: After the educational intervention, the mean scores of knowledge and HBM items except the perceived severity, were significantly higher in the intervention group compared to control group ($p<0.05$). Also, after intervention, 66.7 percent of women in the intervention group the ability of Pap smear screening compared to the controls were obtained.

Discussion & conclusions: The results of current study showed that the combined program consisting of BEP and HBM provide a suitable framework for developing educational interventions regarding Pap test practice.

Keywords: Pap test, Cervical cancer screening, Behavior, Health belief model, Knowledge

1 Dept of Health Education and Promotion, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Dept of Municipal Health in Tehran, Tehran, Iran
3. Dept of Health Education and Promotion, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
** Correspondin author Email: towhid.babazadeh@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/sjimu.25.1.110]