

تأثیر مشاوره گروهی غربالگری سرطان دهانه رحم بر آگاهی و عملکرد زنان روستایی شهرستان کبودرآهنگ استان همدان

پریسا پارسا^۱، فاطمه شریفی^۲، فاطمه شبیری^۳، منوچهر کرمی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۶/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۸/۲۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: شیوع و مرگ‌ومیر سرطان دهانه رحم زیاد است اما با برنامه غربالگری می‌توان در مراحل اولیه آن را تشخیص داد. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر آگاهی و عملکرد زنان روستایی در زمینه غربالگری سرطان دهانه رحم انجام گرفته است. **مواد و روش کار:** در این مطالعه نیمه تجربی ۸۰ نفر از زنان روستایی تحت پوشش مرکز بهداشتی-درمانی شهرستان کبودرآهنگ در سال ۱۳۹۴ شرکت کردند. افراد نمونه در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۴۰ نفر) بررسی و مقایسه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه شامل سؤالات دموگرافیک، آگاهی و عملکرد بود. مشاوره گروهی با استفاده از گام‌های GATHER طی سه جلسه هفتگی برای گروه آزمون برگزار شد. این مشاوره شامل آشنایی با سرطان دهانه رحم، علائم بیماری و علائم خطر آن و روش پیشگیری از سرطان دهانه رحم بود. انجام پاپ اسمیر در دو گروه، دو ماه بعد از مشاوره گروهی بررسی شد. **یافته‌ها:** قبل از مداخله‌ها دو گروه از نظر آگاهی تفاوت معنی‌داری نداشتند. میانگین نمره آگاهی در گروه آزمون از نمره ۵۲/۷۲ قبل از مداخله به نمره ۷۶/۶۲ بعد از مداخله افزایش یافته بود ($P < 0/001$). بعد از مداخله بین دو گروه از نظر آگاهی تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0/001$). دو ماه بعد از مداخله در گروه آزمون ۱۷ نفر (۴۲/۵ درصد) و در گروه کنترل ۴ نفر (۱۰ درصد) تست پاپ اسمیر انجام داده بودند ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** طراحی و اجرای برنامه‌های مشاوره‌ای می‌تواند سبب افزایش آگاهی زنان روستایی در زمینه غربالگری سرطان دهانه رحم و افزایش عملکرد آنان گردد.

کلیدواژه‌ها: سرطان دهانه رحم، آگاهی، پاپ اسمیر، مشاوره

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره دهم، پی‌درپی ۸۷، دی ۱۳۹۵، ص ۸۸۴-۸۷۵

آدرس مکاتبه: مرکز پژوهش دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، تلفن: ۰۹۱۸۷۰۰۲۳۰۷

Email: sharif918@gmail.com

مقدمه

اختصاص داده است (۴). به‌طور کلی تخمین زده شده است حدود ۱۰ درصد از زنان سراسر جهان، ۸/۳ درصد از زنان آسیا و ۶/۶ درصد از زنان ایران در معرض ابتلا به این سرطان هستند (۵). در کشورهای توسعه‌یافته، میزان شیوع سرطان دهانه رحم پایین بوده و به تبع آن میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن نیز پایین است که علت این امر به علت وجود برنامه‌های مدون غربالگری با آزمایش پاپ اسمیر می‌باشد (۶). این در حالی است که ۸۵ درصد از موارد این بیماری، در کشورهای درحال توسعه بوده که به علت فقدان برنامه‌های غربالگری اتفاق می‌افتد (۷).

سرطان دهانه رحم ششمین سرطان شایع در بین انواع سرطان‌ها و دومین سرطان شایع در بین زنان است (۱). سالانه نزدیک به یک‌میلیون نفر از زنان دنیا دچار سرطان پیشرفته دهانه رحم می‌شوند که نیمی از آن‌ها جان خود را از دست می‌دهند (۲). هر ساله بیش از ۱۲۰۰۰ زن در آمریکا به سرطان دهانه رحم مبتلا می‌شوند که ۴۰۰۰ نفر از آن‌ها جان خود را از دست می‌دهند (۳). سرطان دهانه رحم در ایران با شیوع ۶/۶۴ درصد چهارمین سرطان می‌باشد و ۳۴/۲ درصد از کل سرطان‌های زنان در ایران را به خود

^۱ دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

به صورت هرسال یکبار و پس از ۳۰ سالگی در صورتی که سه تست متوالی طبیعی باشد، هر ۳-۲ سال یکبار پیشنهاد شده است (۱۰). آگاهی زنان از روش‌های غربالگری برای سرطان دهانه رحم به‌تنهایی نمی‌تواند از بروز ضایعات تهاجمی پیشگیری کند بلکه ارائه مشاوره‌های بهداشتی به صورت گروهی و متناوب در زمینه لزوم انجام معاینات و آزمایشات دوره‌ای برای افرادی که اعتقاد به انجام آن ندارند و خود را در معرض ابتلا به سرطان دهانه رحم نمی‌بینند ضروری است (۱۶). لذا در این شرایط با استفاده از روش‌های مشاوره‌ای مناسب، می‌توان منجر به تغییر نگرش افراد نسبت به این سرطان گردید. مشاوره درباره غربالگری سرطان قسمتی از فرآیند یاری‌رساندن به مددجو است تا بتواند آگاهانه و با در نظر گرفتن همه جوانب درباره سلامتی خود تصمیم بگیرد. مشاوره گروهی روشی است که در طی آن یک مشاور در یک زمان با چندین مراجع که نیازها و مشکلات و علایق یکسانی دارند، به مشاوره و گفتگو می‌پردازد. مشاوره گروهی اغلب نسبت به مشاوره فردی مؤثرتر است، زیرا اعضای گروه رفتارهایی را در گروه می‌آموزند و به انتقاد از خود و دیگران می‌پردازند. در مشاوره گروهی اعضا با یکدیگر تبادل نظر دارند و همین امر موجب افزایش آگاهی زنان از سرطان دهانه رحم می‌گردد (۱۷).

طبق تعریف کنفدراسیون بین‌المللی مامایی (ICM)^۱ ماما به‌عنوان فردی مسئول، نقشی مهم در ارائه مشاوره، حمایت، مراقبت و توصیه‌های لازم در طول دوران باروری دارد. یکی از چهار اصل مدل ارائه مراقبت مامایی (MMC)^۲ مشاوره و آموزش فردی به زنان در سنین باروری است (۱۸). از طرفی، زنان روستایی با توجه به شیوه‌های سنتی مانند ازدواج زود هنگام، ازدواج‌های متعدد به دلیل عدم استقلال مالی و حمایت اجتماعی، آموزش کم‌تر و آگاهی‌های بهداشتی ناکافی، به آموزش‌های بیشتری برای غربالگری سرطان گردن رحم نیاز دارند (۱۳).

شهرستان کبودرآهنگ یکی از شهرستان‌های استان همدان واقع در غرب ایران می‌باشد. این شهرستان شامل ۱۲۶ روستا می‌باشد. طبق آخرین سرشماری در سال ۱۳۹۵ جمعیت این شهرستان شامل ۱۲۷۲۶۶ نفر می‌باشد که ۸۰ درصد آن را جمعیت روستایی و ۲۰ درصد آن را جمعیت شهری تشکیل می‌دهند. از آنجاکه هدف از ارتقا و آموزش بهداشت در روستا، ایجاد انگیزه برای اقدام و عمل فردی و یا گروهی در برخورد با مشکلات شایع بهداشتی است، بالا بردن آگاهی باهدف جلب مشارکت مردم در پذیرش برنامه‌ها و کمک به مردم برای یادگیری مهارت‌های حل مشکل و ایجاد و توسعه کار گروهی از قبیل تشکیل شوراهای

عفونت با انواع پرخطر ویروس HPV (نوع ۱۸ و ۱۶) در اکثر زنان مبتلا به سرطان دهانه رحم یافت می‌شود. عوامل خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم شامل ازدواج در سنین پایین، شرکای جنسی متعدد، حاملگی متعدد، سیگار کشیدن، عفونت با انواع پرخطر ویروس HPV (نوع ۱۸ و ۱۶)، سرکوب شدن دستگاه ایمنی بدن، زنانی که همسران آن‌ها قبلاً همسری مبتلا به سرطان دهانه رحم داشته‌اند و مصرف طولانی‌مدت قرص‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد (۸، ۹).

خونریزی واژینال شایع‌ترین علامت در زنان مبتلا به سرطان دهانه رحم است. در اکثر این موارد خونریزی پس از نزدیکی است، اما ممکن است به صورت خونریزی نامنظم یا پس از بایستگی نیز بروز کند. از آنجاکه علائمی چون خونریزی و درد در مراحل پیشرفته سرطان دهانه رحم دیده می‌شوند، لذا لزوم غربالگری برای تشخیص زودتر سرطان دهانه رحم مشخص می‌گردد (۱۰).

پیشگیری و کشف سرطان در مراحل اولیه عامل مهمی در کاهش این بیماری و افزایش امید به زندگی است (۱۱). سرطان دهانه رحم جزء معدود سرطان‌هایی است که می‌توان آن را در مرحله‌ای پیش از بروز بدخیمی به‌آسانی تشخیص داد. پیشرفت سرطان از مراحل اولیه به سمت سرطان دهانه رحم طی یک پروسه ۱۵-۱۰ سال اتفاق می‌افتد که فرصتی را برای پیشگیری ثانویه و درمان در مراحل اولیه فراهم می‌کند (۱۲). پاپ اسمیر تستی است که تغییرات سلولی غیرطبیعی را، درحالی‌که این تغییرات هنوز در مراحل اولیه هستند کشف می‌کند و میزان پیشرفت آن‌ها را به سمت سرطان مهاجم دهانه رحم ۹۰-۷۵ درصد کاهش می‌دهد (۱۳). یک پاپ اسمیر منفرد منفی ممکن است خطر سرطان را تا ۴۵ درصد کاهش دهد و اگر پاپ اسمیر هرسال یکبار انجام شود میزان بروز مرگ‌ومیر سرطان تهاجمی دهانه رحم را به تقریب ۹۰ درصد کاهش می‌دهد و ۹ پاپ اسمیر منفی در طول عمر این خطر را تا ۹۹ درصد کم‌تر می‌نماید (۱۴).

این تست در کاهش میزان بروز سرطان دهانه رحم تا ۲۳ درصد و در کاهش مرگ‌ومیر تا ۲۱ درصد موفق بوده است (۱۰). میزان بقای ۵ ساله برای بیمار مبتلا به سرطان دهانه رحم ۷۰ درصد، برای فردی که در مرحله In_Situ تشخیص داده می‌شود حدود ۱۰۰ درصد در مرحله موضعی، ۹۰ درصد در Stage II، ۸۲ درصد در Stage III و پس از متاستاز حدود ۱۵-۱۰، می‌باشد (۱۵) کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا انجام پاپ اسمیر را پس از ۲۱ سالگی و یا ۳ سال پس از آغاز فعالیت جنسی واژینال پیشنهاد کرده است. فواصل غربالگری

² Midwifery Model of Care

¹ Midwives of International Confederation

بهداشتی می‌تواند اقدامات مناسبی باشد. لذا کارکنان بهداشتی به‌عنوان عاملین بهداشت و سلامتی روستا باید از هر فرصتی برای آموزش به مردم استفاده کنند (۱۹). مطالعات نشان داده‌اند از عوامل مؤثر شرکت زنان روستایی در برنامه‌های غربالگری سرطان دهانه رحم، حمایت همسر برای انجام پاپ اسمیر، سطح تحصیلات بالا، داشتن آگاهی بالا از سرطان دهانه رحم و نحوه پیشگیری از آن، داشتن مسافت کم تا مرکز انجام دهنده پاپ اسمیر می‌باشند (۲۰). مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر آگاهی و عملکرد زنان روستایی انجام یافته است تا در صورت اثربخش بودن، به‌عنوان روشی جهت ترغیب و تشویق زنان روستایی برای انجام تست پاپ اسمیر مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی است که بر روی ۸۰ نفر (۴۰ نفر در گروه آزمون و ۴۰ نفر در گروه کنترل) از زنان ازدواج کرده تحت پوشش خانه‌های بهداشتی مرکز بهداشتی درمانی شهرستان کبودرآهنگ از آذرماه تا اسفندماه سال ۹۴ انجام شده است. روش نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای بوده است، بدین ترتیب که از بین ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری- روستایی شهرستان کبودرآهنگ، دو مرکز بهداشت روستایی به‌صورت تصادفی انتخاب شده و سپس در هر مرکز دو خانه بهداشت به تصادف انتخاب و به‌طور تصادفی به گروه آزمون و کنترل تقسیم شده‌اند (بدین ترتیب ۴ روستا انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند ۲ روستا در گروه آزمون و ۲ روستا در گروه کنترل). سپس در هر روستا طبق لیست خانوارهای روستا از بین افراد واجد شرایط، ۲۰ نفر به‌طور تصادفی برای نمونه‌گیری انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل متأهل بودن، ساکن روستا بودن حداقل در طی ۲ سال اخیر، عدم هیستریکتومی، عدم سابقه سرطان دهانه رحم در فرد و وابستگی درجه یک (مادر، خواهر و ...)، معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه، و تغییر محل زندگی از روستای موردنظر به محلی دیگر در طی مطالعه بود.

شرکت در پژوهش با رضایت شرکت‌کنندگان بود و قبل از تکمیل پرسشنامه رضایت‌نامه کتبی از زنان کسب گردید.

حجم نمونه بر اساس مطالعه پیرزاده (۲۳)، در سطح خطای ۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد حجم نمونه لازم، تعداد ۳۱ نفر در هر گروه تعیین شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها تعداد ۴۰ نفر با استفاده از فرمول زیر در هر گروه برآورد گردید:

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_2 - \mu_1)^2}$$

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای برگرفته از پرسشنامه کسمایی و همکاران (۹) بود که پس از سنجش روایی و پایایی پرسشنامه نهایی تدوین شد. پرسشنامه در سه بخش تنظیم شد که بخش اول شامل پرسش‌هایی در مورد مشخصات دموگرافیک ۱۷ (سؤال)، بخش دوم پرسشنامه مربوط به آگاهی در زمینه سرطان دهانه رحم و عوامل پیشگیری‌کننده آن بود (۲۷ سؤال). برای امتیاز گذاری در قسمت آگاهی به جواب درست امتیاز ۱ و به جواب غلط امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. بخش سوم شامل سؤالات عملکرد (۲ سؤال) بود. بدین ترتیب که نحوه عملکرد زنان قبل از انجام مداخله، دو ماه بعد از مداخله و قصد انجام آن در یک سال آینده بررسی شد. برای امتیاز گذاری در قسمت عملکرد نیز به رفتار صحیح در پیشگیری از سرطان دهانه رحم امتیاز یک و به رفتار غلط امتیاز صفر داده شد.

برای سنجش روایی پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد بدین ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی آموزش بهداشت و مامایی قرار داده شد و اصلاحات موردنظر ایشان اعمال گردید و روایی آن تأیید شد. برای سنجش پایایی قبل از مداخله پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از زنان روستایی که از لحاظ مشخصه‌های دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند تکمیل گردید (این زنان وارد مطالعه نشدند) و پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ سنجیده شد. آلفای کرونباخ پایایی قابل قبول ۰/۷۲ را برای سؤالات آگاهی نشان داد.

قبل از انجام مداخله افراد موردپژوهش در گروه آزمون و کنترل پرسشنامه را تکمیل نمودند. سپس در افراد گروه آزمون مشاوره گروهی بر اساس گام‌های مشاوره‌ای GATHER طی سه جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای با فاصله یک هفته با ظرفیت ۱۰ نفر در هر جلسه، با روش بحث گروهی و با استفاده از پوستر و پمفلت، در خانه بهداشت روستاهای گروه آزمون برگزار شد. محتوای جلسات مشاوره گروهی شامل موارد زیر بود: در جلسه اول خوش آمد گویی (Greet) جهت برقراری رابطه کلامی با زنان و طرح سؤالات باز در رابطه با موضوع مشاوره (Ask) مطرح شد و سپس مشاوره در خصوص سرطان دهانه رحم و علائم آن انجام شد (Tell). در جلسه دوم مشاوره در خصوص عوامل خطر، شرایط خاص و گروه‌های پرخطر صورت گرفت (Tell). در جلسه سوم مشاوره در مورد روش پیشگیری از سرطان دهانه رحم، آشنایی با پاپ اسمیر، نحوه انجام آزمایش پاپ اسمیر، منافع انجام آزمایش پاپ اسمیر انجام شد (Help, Explain). در طی این مدت افراد گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین را دریافت می‌کردند. جهت پیگیری دو ماه بعد از افراد هر دو گروه آزمون و کنترل دعوت به عمل آمد و پرسشنامه پس از آزمون تکمیل گردید (Return). برای رعایت نکات اخلاقی و

میانگین نمره آگاهی در گروه آزمون قبل از مداخله از نمره ۵۲/۷۲ به نمره ۷۶/۶۲ بعد از مداخله افزایش پیدا کرده بود و این افزایش میانگین معنی‌دار بود ($P < 0.001$)، درحالی‌که در گروه کنترل میانگین نمرات از نمره ۵۴/۶۷ قبل از مداخله به نمره ۵۶/۴ بعد از مداخله افزایش یافته بود که این افزایش آگاهی معنی‌دار نبود ($P = 0.105$) (جدول ۳).

قبل از مداخله، در مورد عملکرد نیز ۸۲/۵ درصد در گروه آزمون و ۷۰ درصد در گروه کنترل سابقه حداقل یک‌بار انجام پاپ اسمیر را داشتند، ولی ۶۸/۹ درصد به‌صورت نامنظم این تست را انجام داده بودند. نحوه عملکرد زنان قبل از مداخله در گروه آزمون و کنترل معنی‌دار نبود ولی بعد از مداخله تفاوت عملکرد بین دو گروه معنی‌دار بود ($P < 0.001$)، (جدول ۴). بعد از مداخله ۹۲/۵ درصد در گروه آزمون و ۴۰ درصد در گروه کنترل قصد داشتند آزمایش پاپ اسمیر انجام دهند که این تفاوت بین دو گروه نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$)، (جدول ۵).

از موانع انجام پاپ اسمیر در زنان روستایی، ترس از انجام آن، خجالت، بی‌اهمیتی، کمبود آگاهی، هزینه، رفت‌وآمد به شهر، کمبود وقت، بدرفتاری کارکنان بهداشتی بود.

قبل از مداخله بیشترین مانع برای انجام پاپ اسمیر در گروه آزمون (۲۷/۵ درصد) و کنترل (۲۲/۵ درصد) هزینه انجام پاپ اسمیر بوده است، (نمودار ۱). بعد از مداخله نیز بیشترین مانع برای انجام پاپ اسمیر در گروه آزمون (۲۷/۵ درصد) هزینه انجام پاپ اسمیر و در مرحله بعد مشکل رفت‌وآمد (۱۷/۵ درصد)، و در گروه کنترل بیشترین مانع هزینه انجام پاپ اسمیر (۲۲/۵ درصد) و در مرحله بعد خجالت (۱۵ درصد) و کمبود وقت (۱۵ درصد) بوده است.

عدم محرومیت گروه کنترل از منافع تحقیق، بعد از پایان مداخله و پیگیری، در طی یک جلسه آموزشی کلیه مطالب مربوط به غربالگری سرطان دهانه رحم به زنان گروه کنترل آموزش داده شد و پمفلت آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت.

بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 و استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، ANCOVA و تی مستقل و تی زوجی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۸۰ زن روستایی ازدواج‌کرده (اعم از همسردار، مطلقه، همسر مرده) انجام گرفت. قبل از اجرای برنامه آموزشی دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار گرفتند که بین سن، تحصیلات و شغل زنان و همسران، تعداد بارداری، تعداد زایمان، استعمال دخانیات و آگاهی از سرطان دهانه رحم، سابقه خانوادگی سرطان دهانه رحم، آگاهی از پاپ اسمیر، سابقه انجام پاپ اسمیر در فامیل درجه یک تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۲ و ۱).

به‌منظور مقایسه میانگین نمرات آگاهی قبل و بعد از مداخله در دو گروه، از آزمون تی مستقل و تی زوجی و آزمون ANCOVA استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است. با توجه به اینکه قبل از مداخله برخی از زنان از آگاهی مطلوبی برخوردار بودند، به‌منظور تعیین تفاوت میزان پایه (Base line) داده‌ها، تفاوت آگاهی بعد از مداخله با در نظر گرفتن نقش مخدوش‌گر آگاهی قبل از مداخله با استفاده از آزمون سنجیده شد.

جدول (۱): مقایسه افراد مورد مطالعه در دو گروه برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

سطح معنی‌داری ×	گروه کنترل		گروه آزمون		گروه متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
.۰۲۲۵	۱۶/۳	۱۳	۷/۵	۶	۱۵-۲۵
	۲۲/۵	۱۸	۲۵	۲۰	۲۶-۳۵
	۷/۵	۶	۸/۸	۷	۳۶-۴۵
	۳/۸	۳	۸/۸	۷	>۴۶
.۰۶۷۶	۱۲/۵	۵	۱۷/۵	۷	بی‌سواد
	۳۰	۲	۲۲/۵	۹	ابتدایی
		۲۳	۳۰	۲۴	راهنمایی و بالاتر
	۲۸/۷				

سطح معنی داری*	گروه کنترل		گروه آزمون		گروه متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
	۲/۷	۱	۷/۵	۳	بی سواد	
.۶۳۶	۳۲/۴	۱۲	۳۰	۱۲	ابتدایی	تحصیلات همسر
	۳۱/۲	۲۴	۳۲/۵	۲۵	راهنمایی و بالاتر	
.۳۱۴	۱۰۰	۴۰	۹۷/۵	۳۹	خانه دار	شغل زنان
	۰	۰	۲/۵	۱	شاغل	
.۰/۲۲۵	۱۰/۸	۴	۲/۵	۱	کارمند	
	۵/۴	۲	۱۲/۵	۵	کشاورز	
	۲۸/۶	۲۲	۲۹/۷	۱۱	کارگر	شغل همسر
	۵۱/۴	۱۹	۴۵	۱۸	آزاد	
	۲/۷	۱	۱۲/۵	۵	بیکار	

جدول (۲): مقایسه افراد مورد مطالعه در دو گروه بر حسب متغیرهای مامایی

سطح معنی داری	گروه کنترل		گروه آزمون		گروه متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
.۲۱۶	۱۲/۵	۵	۵	۲	۰	تعداد بارداری
	۳۲/۵	۱۳	۱۷/۵	۷	۱	
	۲۷/۵	۱۱	۴۲/۵	۱۷	۲	
	۱۰	۴	۲۰	۸	۳	
	۱۷/۵	۷	۱۵	۶	>۴	
.۳۸۱	۷/۵	۳	۵	۲	۱	تعداد زایمان
	۳۰	۱۲	۱۵	۶	۲	
	۳۰	۱۲	۳۷/۵	۱۵	۳	
	۳۲/۵	۱۳	۴۲/۵	۱۷	>۴	
.۱۸۲	۶۰	۲۴	۵۷/۵	۲۳	بلی	آگاهی از سرطان دهانه رحم
	۴۰	۱۶	۴۲/۵	۱۷	خیر	
.۳۹۶	۹۵	۳۸	۹۰	۳۶	بلی	آگاهی از پاپ اسمیر
	۵	۲	۱۰	۴	خیر	
.۴۳۱	۸۰	۳۲	۷۲/۵	۲۹	بلی	سابقه انجام پاپ اسمیر
	۲۰	۸	۲۷/۵	۱۱	خیر	در فامیل درجه یک
.۱۸۷۷	۳۲/۱	۹	۳۰/۳	۱۰	منظم	نظم انجام پاپ اسمیر
	۶۷/۹	۱۹	۶۹/۷	۲۳	نامنظم	

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات آگاهی قبل و ۲ ماه بعد از مداخله در دو گروه

نتیجه آزمون t زوجی	بعد از مداخله		قبل از مداخله		تعداد	گروه
	P_value	t	انحراف معیار	میانگین		
<0/001	۱۹/۹۰۲	۴/۵۸	۷۶/۶۲	۷/۹۵	۴۰	آزمون
.۱۰۵	۱/۶۵۷	۹/۵	۵۶/۴	۸/۴۷	۴۰	کنترل
۱۲/۴۹۸						T آماره
۰<0/001						نتیجه آزمون t مستقل P-value

جدول (۴): مقایسه عملکرد زنان قبل و بعد از مداخله در دو گروه

P_value	آماره کای اسکوتر	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه		
		خیر	بلی	خیر	بلی			
<0/001	۱۸۶/۱۸۹	درصد	تعداد	درصد	تعداد	تعداد		
		۵۷/۵	۲۳	۴۲/۵	۱۷	۱۷/۵	۷	
		۸۲/۵	۳۳	۱۲/۵	۵	۸۲/۵	۳۳	
		۹۰	۳۶	۱۰	۴	۳۰	۱۲	
		۷۰	۲۸	۷۰	۲۸	کنترل		
		۷۶/۳	۶۱	۲۳/۸	۱۹	۲۳/۸	۱۹	کل

جدول ۵: مقایسه قصد انجام پاپ اسمیر بعد از مداخله در دو گروه

Df	آماره کای اسکوتر	P_value	گروه کنترل		گروه آزمون		گروه
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱	۲۴/۶۵۴	<001	۴۰	۱۶	۹۲/۵	۳۷	بلی
			۶۰	۲۴	۷/۵	۳	خیر
			۱۰۰	۴۰	۱۰۰	۴۰	کل

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر که باهدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر آگاهی و عملکرد غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان روستایی انجام شد، حاکی از افزایش معنی‌دار میانگین نمرات آگاهی و عملکرد در گروه آزمون بود که تأثیر مثبت مشاوره گروهی ارائه‌شده در زمینه سرطان دهانه رحم را نشان می‌دهد. میانگین نمرات آگاهی قبل از مداخله در گروه کنترل و آزمون به ترتیب ۵۲/۷۲ و ۷۶/۶۲ بود که نشان‌دهنده آگاهی نسبی زنان روستایی از سرطان دهانه رحم می‌باشد؛ که با مطالعه کسمایی در گیلان که برای سنجش میزان آگاهی از سرطان دهانه رحم و عملکرد زنان روستایی انجام شده است (۹)، مطالعه نامدار در چهرم که به‌صورت توصیفی برای سنجش عملکرد پاپ اسمیر زنان انجام شده است (۲۱)، هم‌خوانی دارد و با مطالعه دویا (۸) در زنان روستایی هند و جولی در کنیا که برای تعیین میزان آگاهی زنان از سرطان دهانه رحم انجام شده است (۲۲)، مطالعه پیرزاده در کوه‌دشت که به‌منظور تعیین تأثیر آموزش بر عملکرد پاپ اسمیر زنان، بعد از دو جلسه آموزش گروهی و مقایسه عملکرد بعد از گذشت یک ماه از مداخله انجام شده است (۲۳)، مطالعه طهماسبی در بوشهر که به‌منظور تعیین تأثیر آموزش بر عملکرد پاپ اسمیر زنان، بعد از دو جلسه آموزش گروهی و مقایسه عملکرد بعد از گذشت سه ماه از مداخله انجام شده است (۲۴)، مطالعه هزاهو ای در خمینی‌شهر که به‌منظور تعیین تأثیر آموزش بر عملکرد پاپ اسمیر زنان، بعد از دو جلسه آموزش گروهی و مقایسه عملکرد بعد از گذشت یک ماه از مداخله انجام شده است (۲۵)، مطالعه یخ‌فروش‌ها که به‌منظور تعیین تأثیر هشت جلسه آموزش یک‌ساعته بر آگاهی و نگرش رابطین بهداشتی در قزوین انجام شده است (۲۶)، مطالعه شجاعی زاده که به‌منظور تعیین تأثیر دو جلسه آموزش گروهی بر انجام پاپ اسمیر در زنان چهار ماه بعد از مداخله در همدان انجام شده است (۲۷)، ناهم‌خوانی دارد که می‌تواند به علت متفاوت بودن جمعیت و مکان جغرافیایی مورد مطالعه و متفاوت بودن میزان ساعات آموزشی باشد.

بعد از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی گروه آزمون به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود، این اختلاف را می‌توان به تأثیر مشاوره گروهی در افزایش سطح آگاهی گروه مورد مربوط دانست این افزایش در مطالعه پیرزاده (۲۲) و طهماسبی (۲۴) و یخ‌فروش‌ها (۲۵) و هزاهو ای (۲۴) نیز دیده شده است. مطالعه صومی پارک (۲۸) و هی یانگ لی (۲۹)، نیز مؤید این مطلب است که برگزاری کلاس‌های آموزشی سبب افزایش آگاهی و در نتیجه افزایش شرکت در برنامه‌های غربالگری سرطان دهانه رحم می‌گردد.

در رابطه با عملکرد قبل از مداخله، اکثر زنان به‌صورت نامنظم تست پاپ اسمیر را انجام داده بودند و از نظم انجام پاپ اسمیر آگاهی

نداشتند. بنابراین دادن اطلاعات جهت افزایش آگاهی زنان در رابطه با کیفیت و نظم انجام پاپ اسمیر در مناطق روستایی ضروری به نظر می‌رسد. بعد از مداخله نتایج نشان داد تفاوت معنی‌دار از نظر نظم انجام پاپ اسمیر بین دو گروه دیده می‌شود. در مطالعات طهماسبی (۲۴)، پیرزاده (۲۳) و کریمی (۳۰)، درصد بیشتری از زنان گروه آزمون در مدت‌زمان بعد از مداخله تست پاپ اسمیر انجام داده بودند. در مطالعه ما باوجود آگاهی مطلوب زنان روستایی تعداد انجام پاپ اسمیر بعد از مداخله نسبت به مطالعات قبلی کم‌تر بود که دلیل این امر می‌تواند امکانات آزمایشگاهی پایین‌تر در مناطق روستایی و مشکلات رفت‌وآمد به شهر جهت انجام آزمایش باشد، ولی باین‌وجود تفاوت عملکرد در گروه آزمون به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. بنابراین در زنان روستایی جمله کمبود امکانات، هزینه انجام پاپ اسمیر و مشکلات رفت‌وآمد به شهر نیز برای شرکت زنان روستایی در برنامه‌های غربالگری سرطان دهانه رحم لازم است. بعد از مداخله ۹۲/۵ درصد در گروه آزمون و ۴۰ نفر در گروه کنترل قصد داشتند به‌صورت منظم آزمایش پاپ اسمیر را انجام دهند.

در این مطالعه، بیشترین موانع انجام پاپ اسمیر هزینه و مشکل رفت‌وآمد به شهر برای انجام پاپ اسمیر بود. در مطالعات دویا در زنان روستایی هندی (۹) و مطالعه رخشانی (۱۲) در بین زنان همدان نیز هزینه انجام پاپ اسمیر یکی از موانع انجام پاپ اسمیر گزارش شده است.

در کل نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر آن است که مشاوره گروهی منجر به افزایش آگاهی و شرکت زنان روستایی در برنامه‌های غربالگری سرطان دهانه رحم می‌گردد. لذا توصیه می‌شود کلاس‌های مشاوره‌ای توسط کارکنان بهداشتی برای زنان روستایی در ارتباط با سایر برنامه‌های غربالگری برگزار شود. همچنین موانع انجام پاپ اسمیر که شامل هزینه و رفت‌وآمد به شهر می‌باشد نیز مدنظر مسئولین بهداشتی قرار گیرد تا در جهت رفع این موانع اقدامات مناسبی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با شماره طرح ۹۴۰۵۱۳۲۶۳۲ تاریخ ۱۳۹۴/۵/۱۳ می‌باشد. شناسه اختصاصی کمیته اخلاق این طرح IR.UMSHA.REC.1394.213 و کد کار آزمایشی بالینی آن N۸ ۲۰۱۵۱۱۰۴۱۰۴۲۶ بدین‌وسیله نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان کیوردآهنگ و کلیه بانوان محترم شرکت‌کننده در این مطالعه و بهورزان که همکاری لازم را مبذول داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

References:

- Mortazavian M, GHorbani A, GHorbaniHesari T. Alcohol Effects of aqueous extracts Violets and its fractions on the proliferation of cervical cancer. *J Psychosom Obstet Gynaecol Iran* 2012; 9-16.
- Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(4): 1463-70.
- Lambert C, Crystal L. Factors Predicting Pap Smear Adherence in HIV-infected Women: Using the Health Belief Model. *J Univ South Florida Scholar Commons* 2013: 16-22.
- Hemati K, Mohagheghi M, Jarahi AM, Khabazkhub M. Cancer Incidence in Ilam. *J Ilam Univ Med Sci* 2009;17(3): 24-32.
- Burchell AN, Tellier P-P, Hanley J, Coutlée F, Franco EL. Human papillomavirus infections among couples in new sexual relationships. *Epidemiol* 2010;21(1): 31-7.
- Amarin ZO, Badria LF, Obeidat BR. Attitudes and beliefs about cervical smear testing in ever-married Jordanian women. *East Mediterr Health J* 2008;14(2):389-97.
- Center M, Siegel R, Jemal A. Global cancer facts & figures. Atlanta: American Cancer Society 2011;1-52.
- Dhivya B, Balakrishnan PR. Cervical cancer screening: Knowledge, attitude and practices in a primary health centre in rural India. *Age (in years)* 21(35):36-50.
- Kasmaei P, Babeghbal S, Atrkar Z, Estebarsari F, Mehrabian P, Karimi M. The role of HBM in papsmear of rural women. *J Nurs Midwifery Colege Oromieh* 2014;12(5): 401-8.
- Gacia F, Berek J, Miller C, Elkas J. Intraepithelial disease of the cervix, vagina, and vulva. Berek & Novak's Gynecology. 15th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2012.
- Rakhshani F, Jalilian F, Mirzaei Alavijeh M, Zinat Motlagh F, Aghaei A, Ahmadi-Jouibari T. Pap smear test among women: an educational intervention based on health belief model. *J Birjand Univ Med Sci* 2013;20(2): 136-43.
- Khodakarami N, Farzaneh F, Yavari P, khayamzadeh M, Taheripناه R, Akbari M. New cervical cancer screening program for low-risk women in Iran. *J Psychosom Obstet Gynaecol Iran* 2013: 8-17.
- Elamurugan S, Rajendran P, Thangamani S. Cervical cancer screening: Awareness, attitude, and practice of Indian women. *Tropical J Med Res* 2016;19(1): 42.
- Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Danforth's obstetrics and gynecology. 10 ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 971-88 p.
- Huguley CM, Brown RL. The value of breast self-examination. *Cancer* 1981;47(5):989-95.
- GHahramaninasab P, SHahnazi M, Farshbafkhalili A, GHanbari S. Factors associated with cervical cancer screening in women referred to health centers of Tabriz in 2011-2012. *J Psychosom Obstet Gynaecol Iran* 2011-2012;16(89): 15-24.
- Hosseinibirjandi M. Principle&methods of guidance&counselling. Tehran: Roshd; 2013.
- International definition of a midwife 2008 [Available from: available from: <http://www.cfmidwifery.org>.
- Abbaszadehbozi M. Health education_ Community and educational tecnology. 1st ed. Tehran: Jameh Neghar; 2010.
- Lyimo FS, Beran TN. Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: three public policy implications. *BMC public health* 2012;12(1): 1.
- Namdar A, Bigizadeh S, Naghizadeh MM. Measuring Health Belief Model components in

- adopting preventive behaviors of cervical cancer. *J Fasa Univ Med Sci* 2012;2(1): 34-44.
22. Rosser JI, Njoroge B, Huchko MJ. Knowledge about cervical cancer screening and perception of risk among women attending outpatient clinics in rural Kenya. *International J Gynecol Obstetrics* 2015;128(3): 211-5.
23. Pirzadeh A, Mazaheri MA. The effect of education on women's practice based on the health belief model about pap smear test. *Int J Prev Med* 2012;3(8).
24. Tahmasebi R, Hosseini F, Noroozi A. The effect of education based on the health belief model on women's practice about Pap smear test. *J hayat* 2016;21(4): 80-92.
25. Hazavehei S, Sharifirad G, Mohabi S. The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care. *Int J Diabetes Develop Countries* 2007;27(1).
26. Yakhforushha A, Solhi M, Fard AFE. Effects of education via health belief model on knowledge and attitude of voluntary health workers regarding Pap smear in urban centers of Qazvin. *J Shahid Beheshti School Nurs Midwifery* 2008: 25-30.
27. 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;11(1): 20-5.
28. 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(4): 289-98.
29. Lee HY, Koopmeiners JS, Rhee TG, Raveis VH, Ahluwalia JS. Mobile phone text messaging intervention for cervical cancer screening: changes in knowledge and behavior pre-post intervention. *Obstet Gynecol Surv* 2015;70(1): 26-7.
30. 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. *J Jahrom Univ Med Sci* 2012;10(1):53-59.

THE EFFECT OF GROUP COUNSELING ON CERVICAL CANCER SCREENING KNOWLEDGE AND PRACTICE AMONG RURAL WOMEN IN KABODARAHANG CITY, HAMADAN

Parisa Parsa¹, Fatemeh Sharifi², Fatemeh Shobeiri³, Manoochehr Karami⁴

Received: 9 Sep, 2016; Accepted: 12 Nov, 2016

Abstract

Background & Aim: Cervical cancer has got a high incidence and mortality rate, but the screening program can detect it in early stages. This study aimed to determine the effect of group counseling on knowledge and practice regarding cervical cancer screening in rural women.

Methods & Materials: In this quasi experimental study, 80 married women participated who were under the coverage of Kabodarahang health centers in 2015. The participants were randomly allocated into Intervention and Control groups. The data collection instrument was a questionnaire consisting of demographic information, and the women's knowledge and practice. Group intervention counseling was held in three sessions, weekly, using GATHER steps in the intervention group. It includes consulting about cervical cancer, its symptoms and prevention of cervical cancer. During this time, the control group members had received only routine care. Two months after the intervention, women's practice about Pap smear test was evaluated in both groups.

Results: The mean knowledge score in the intervention group significantly increased from 52.72 before intervention to 76/62 after intervention. No significant difference was observed concerning their knowledge between the two groups before the intervention, but after intervention, the difference was significant ($P < 0.001$). Two months after intervention, 17 women (42/5%) in the intervention group, and 4 (10%) women in the control group (10%) underwent Pap smear test ($P < 0.001$).

Conclusion: Design and implementation of counseling programs can increase awareness and performance about cervical cancer in the rural women.

Keywords: Cervical cancer, Knowledge, Pap-smear, Counseling

Address: Nursing and Midwifery School, Hamadan University of Medical Sciences

Tel: (+98) 9187002307

Email: sharifif918@gmail.com

¹Associate Professor, Research Center for Chronic Diseases Home care, Dept. Mother and Child Health, Hamadan University of Medicine and Health Sciences, Hamadan, Iran

² Student Research Center, Hamadan University of Medicine and Health Sciences, Hamadan, Iran (corresponding author)

³ Associate Professor, Research Center Mother and child care, Dept. Midwifery, Hamadan University of Medicine and Health Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Dept. Epidemiology, Faculty of Public Health, Hamadan University of Medicine and Health Sciences, Hamadan, Iran