

## نیازهای زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -

### درمانی برای انجام آزمایش پاپ اسمیر

دکتر آرزو فلاحی<sup>۱\*</sup>، بابک نعمت شهر بابکی<sup>۲</sup>، دکتر معصومه هاشمیان<sup>۳</sup>،

اسدالله احمدی کهنعلی<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، مرکز بهداشت شهرستان سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. استادیار گروه آموزش بهداشت، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۴. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۸

#### خلاصه

**مقدمه:** سرطان رحم چهارمین سرطان شایع در بین زنان ایرانی است. اکثر زنان آزمایش پاپ اسمیر که یک ابزار غربالگری جهت پیشگیری از سرطان رحم است را به عنوان یک روش معمول انجام نمی دهند. مطالعه حاضر با هدف تبیین نیازهای زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ورامین برای انجام آزمایش پاپ اسمیر انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر بر پایه رویکرد کیفی در سال ۱۳۹۴ در شهر ورامین انجام گرفت. ۱۵ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی از طریق نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. داده ها از طریق مصاحبه های عمیق نیمه ساختار شامل ۷ مصاحبه فردی و دو مصاحبه گروهی از گروه زنان دارای تجربه آزمایش پاپ اسمیر و نیز مشاهده و یادداشت برداری جمع آوری شدند. تمام مصاحبه ها ضبط و تایپ شد و از نرم افزار MAXQDA (نسخه ۲۰۱۰) جهت فرایند کدگذاری و طبقه بندی داده ها استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی انجام گرفت. جهت صحت داده ها از معیارهای تأیید پذیری، اعتبار پذیری و انتقال پذیری استفاده شد.

**یافته ها:** از تجزیه و تحلیل داده ها چهار طبقه اصلی شامل "تهدید درک شده"، "رفع موانع فرهنگی- محیطی"، "ایجاد انگیزه" و "تقویت ویژگی های فردی" استخراج گردید.

**نتیجه گیری:** انجام آزمایش پاپ اسمیر جهت پیشگیری از سرطان منوط به تعامل مناسب و صمیمی با پرسنل بهداشتی و درمانی، حمایت خانواده، سیاست ها و قوانین تشویق کننده و اطلاع رسانی و هماهنگی سازمان ها است.

**کلمات کلیدی:** آزمایش پاپ اسمیر، رویکرد کیفی، زنان، مراکز بهداشتی- درمانی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر آرزو فلاحی؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۹۱۸۳۷۳۷۵۹۱؛ پست الکترونیک:

arezofalahi91@gmail.com

## مقدمه

زنان به انجام آزمایش دارد (۱۰-۱۳). آن‌ها زمانی که نشانه‌هایی از قبیل درد، ترشح و یا خونریزی غیرطبیعی داشته باشند به پزشک مراجعه می‌کنند (۱۴). عدم دسترسی به درمانگاه‌ها و هزینه حمل و نقل و درمان، عوامل متعدد فرهنگی و احساسی، عدم توصیه پزشک، استرس، خجالت، درد در زمان انجام آزمایش، ترس از مثبت بودن جواب آزمایش و عوامل اقتصادی-اجتماعی از عوامل مهم در عدم انجام این رفتار می‌باشند (۱۵). هرچند مطالعات بسیاری در مورد عوامل مؤثر در انجام آزمایش انجام گرفته‌اند (۱۶-۱۸)، اما هیچکدام از این مطالعات نیازهای زنان را برای انجام این آزمایش بررسی نکرده‌اند. "نیازهای زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر چیست" سؤالی است که در این مطالعه به آن پاسخ داده می‌شود. با توجه به شیوع و مرگ و میر بالای سرطان دهانه رحم در کشورهای در حال توسعه، هزینه‌های درمانی بالای آن، اثر عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در انجام این رفتار، نقش آزمایش در تشخیص زودرس بیماری، عدم انجام آزمایش توسط زنان واجد شرایط به طور منظم و کمبود مطالعات کیفی در زمینه شناخت عوامل مؤثر جهت انجام آزمایش، مطالعه حاضر به تبیین نیازهای زنان برای انجام آزمایش پاپ اسمیر از دیدگاه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ورامین می‌پردازد (۱۳، ۲۱-۱۹).

## روش کار

مطالعه حاضر در سال ۱۳۹۴ بر پایه روش کیفی تحلیل محتوا، رویکردی جهت درک تجارب و دیدگاه‌های افراد از یک پدیده، انجام گرفت (۲۲). پس از اخذ معرفی نامه از شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، محققین به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان ورامین مراجعه و به بیان اهداف مطالعه برای مسئولین مربوطه و مشارکت‌کنندگان پرداختند. پس از صدور مجوز، روند انجام مصاحبه‌ها آغاز شد. محرمانه بودن و در اختیار گذاشتن اطلاعات ضبط شده و متن مصاحبه‌های تایپ شده به مشارکت‌کنندگان، از اصول پژوهش بود. محققین در ابتدا به طور هدفمند، از بین زنان

سرطان دهانه رحم، دومین بدخیمی شایع در دنیا (۱) و مشکل بهداشتی عمده در میان زنان جهان است که سالانه بیش از ۵۳۰ هزار مورد بروز داشته و ۲۷۵ هزار مرگ را به همراه دارد و بیشتر در کشورهای با درآمد پایین و متوسط نظیر آمریکای مرکزی، جنوب آفریقا و مالزی، جایی که غربالگری و درمان زودرس رایج نیست، رخ می‌دهد (۲). شواهد نشان می‌دهد که این بیماری در سال ۲۰۳۰ در جایگاه اول قرار می‌گیرد (۱)، میزان بروز بیماری پس از ۳۰ سالگی افزایش می‌یابد و نقطه اوج آن در سنین ۶۹-۶۵ سالگی خواهد بود (۳). بر اساس آخرین گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، میزان بروز سرطان دهانه رحم در بین زنان ایرانی از ۳/۷۳-۰/۳۶٪ درصد هزار نفر گزارش شده است (۴). این سرطان، چهارمین سرطان از سرطان‌های شایع در بین زنان ایرانی بوده و میانگین سنی ابتلاء به این سرطان ۵۲/۲ سال است (۵). بیشترین میزان شیوع در ایران در سنین میانسالی و در دهه چهارم زندگی است که حدود ده سال پایین‌تر از آمارهای جهانی است (۴). عوامل مؤثر بر بیماری شامل: شرکای جنسی متعدد، سیگار کشیدن، چاقی، ضعف سیستم ایمنی، قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری و عدم استفاده از کاندوم، ازدواج در سن پایین، تعداد زیاد زایمان، سن پایین در اولین زایمان و عوامل اجتماعی می‌باشد (۶-۷). آزمایش پاپ اسمیر، یک ابزار غربالگری جهت پیشگیری سرطان رحم است (۸). تمام زنان حداقل یک بار در دوران زندگی به غربالگری پاپ اسمیر نیاز دارند که منجر به کاهش خطر سرطان دهانه رحم به میزان ۳۰-۲۰٪ می‌شود. علی‌رغم اینکه آزمایش پاپ اسمیر روشی ساده، ارزان، بدون درد و نسبتاً قابل اعتماد جهت تشخیص سرطان دهانه رحم در بیماران است، اما اکثر زنان این آزمایش را به عنوان یک روش معمول و بر اساس نظم خاصی که توسط مجامع توصیه شده است، انجام نمی‌دهند و هنوز اکثریت زنان از اهمیت این روش تشخیصی با ارزش آگاهی نداشته و با موانع فرهنگی و اجتماعی بسیاری در این زمینه مواجه‌اند (۹). مطالعاتی مستند هستند که نشان از عدم تمایل

استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی<sup>۲</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از نرم افزار MAXQDA (نسخه ۲۰۱۰) جهت فرایند کدگذاری و طبقه‌بندی داده‌ها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در ابتدا واحد آنالیز که شامل تمام مصاحبه‌ها، یادداشت‌های عرصه و مشاهدات بود، تعیین و واحدهای معنایی که حاوی جملات و لغات معنی‌دار بودند مشخص شد. با فرایند کاهش و فشرده‌سازی، کدها استخراج شد. کدهای مشابه در دسته‌ها قرار گرفته، سپس دسته‌های مشابه به صورت طبقات تنظیم شدند و بر این اساس، به منظور دستیابی به اطلاعات دقیق و معتبر یک روش سیستماتیک و شفاف برای پردازش داده‌ها به کار گرفته شد. در مجموع دو مصاحبه گروهی (در هر گروه ۴ نفر) و ۷ مصاحبه فردی انجام گرفت. میانگین مصاحبه‌های گروهی و فردی به ترتیب ۴۲ و ۲۸ دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت (۲۴) و در نهایت ۱۵ زن با تحصیلات و شرایط اقتصادی-اجتماعی متفاوت در این مطالعه مشارکت کردند. جهت ارزیابی مقبولیت داده‌ها<sup>۳</sup>، کدهای حاصل از مصاحبه مجدداً توسط مشارکت‌کنندگان بازنگری شد. جهت قابلیت تعیین-تأیید<sup>۴</sup> از هماهنگی و نظرات تکمیلی اساتید متخصص در زمینه تحقیق کیفی، جهت اطمینان یا ثبات یافته‌ها<sup>۵</sup> از آنالیز مقایسه‌ای مداوم داده‌ها و آنالیز موارد منفی و جهت ارزیابی انتقال پذیری<sup>۶</sup> از نمونه‌گیری با حداکثر واریانس استفاده شد (۲۵).

### یافته‌ها

۱۵ زن در این مطالعه شرکت کردند. ۴ نفر (۲۲/۶٪) از آن‌ها سن ۲۰-۳۰ سال، ۷ نفر (۴۶/۶٪) ۳۰-۴۰ سال و ۴ نفر (۲۲/۶٪) بالاتر از ۴۰ سال و میانگین سنی آن‌ها ۳۶/۴ سال بود. تعداد دفعات انجام آزمایش در ۶ نفر (۴۰٪) از آن‌ها یک بار، در ۲ نفر (۱۳/۳٪) از مشارکت‌کنندگان ۲ بار، در ۳ زن (۲۰٪) ۳ بار و در ۴ نفر (۲۲/۶٪) بیش از ۴ بار بود. سطح تحصیلات ۱ نفر

مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان ورامین مشارکت‌کنندگانی را که رضایت شرکت در مطالعه را داشته و می‌توانستند اطلاعات لازم را بیان کنند را انتخاب کردند. از آنجا که هدف از نمونه‌گیری در اکثر موارد، کسب بیش‌ترین اطلاعات ممکن است، روش معمول انتخاب نمونه بایستی نمونه‌گیری با حداکثر تنوع باشد (۲۳). جهت ایجاد حداکثر تنوع و به دست آوردن بیش‌ترین اطلاعات سعی شد از سنین مختلف زنان و در صورت امکان از وضعیت‌های اقتصادی و اجتماعی متفاوت که داوطلب شرکت در مطالعه بودند، نمونه‌گیری انجام شود. بدین ترتیب، نمونه پژوهش را زنان ازدواج کرده ۶۵-۲۰ سال تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ساکن در شهرستان ورامین با تجربه انجام آزمایش پاپ اسمیر، داشتن ملیت ایرانی، توانایی صحبت کردن، مجرد نبودن؛ و معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل به مشارکت در مطالعه بود. داده‌ها از ۶ مرکز بهداشتی-درمانی شهر ورامین از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختار، مشاهده، یادداشت برداری و بحث گروهی جمع‌آوری شدند. این نوع مصاحبه به دلایل تمرکز بر فرد، استخراج اطلاعات عمیق و انعطاف‌پذیری در پژوهش‌های کیفی کارا و مناسب است (۲۴).

پرسش‌هایی در مورد تجارب زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی از انجام آزمایش پاپ اسمیر پرسیده شد. روند مصاحبه منجر به ایجاد سؤالات بیشتری درباره چگونگی عملکرد زنان، نیازها و موانع آنان در انجام رفتار محافظتی می‌شود. مصاحبه‌ها با این سؤالات اولیه آغاز شد: "لطف کنید تجارب خودتان را از انجام آزمایش پاپ اسمیر بیان کنید؟"، "با توجه به تجارب‌تان چه نیازهایی را در انجام آزمایش پاپ اسمیر احساس کردید؟" بلافاصله پس از هر جلسه مصاحبه (که در خانه یا اتاق مشاوره مراکز بهداشتی-درمانی انجام می‌گرفت)، مصاحبه چندین بار گوش داده شده و سپس مکتوب می‌شد، همچنین خلاصه‌ای از تعاملات کلامی و غیر کلامی (یادداشت‌برداری در عرصه<sup>۱</sup>) آن‌ها جمع‌آوری می‌شد تا تکمیل‌کننده داده‌ها باشد. داده‌ها پس از گردآوری با

<sup>2</sup> Conventional

<sup>3</sup> Credibility

<sup>4</sup> Confirmability

<sup>5</sup> Dependability

<sup>6</sup> Transferability

<sup>1</sup> -Field notes

درک شده (شدت درک شده و حساسیت درک شده)، رفع موانع فرهنگی- محیطی (اعتقادات و باورهای فرهنگی و همگانی شدن اطلاع رسانی)، ایجاد انگیزه (تعاملات اجتماعی مناسب و تصویب قوانین انگیزشی)، تقویت ویژگی‌های فردی (افزایش خودکارآمدی و نگرش مثبت به سلامتی) از طبقات و زیر طبقات حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بود. شرکت‌کنندگان در مطالعه به نقش تصویب قوانین و سیاست‌های بهداشتی تسهیل کننده در جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر و افزایش توان و انگیزه مراقبت از خود تأکید ویژه داشتند. نیازهای زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ورامین جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر در جدول ۱ نشان داده شده است.

(/۶/۶) از مشارکت‌کنندگان ابتدایی، ۱ نفر (/۶/۶) راهنمایی، ۶ نفر (/۴۰) دیپلم و ۷ نفر (/۴۶/۶) تحصیلات دانشگاهی بود. ۱۰ نفر (/۶۶/۶) خانه‌دار و ۵ نفر (/۳۳/۳) شاغل بودند. میانگین تعداد فرزندان واحدهای پژوهش یک بود. شغل همسران ۹ نفر (/۶۰) از زنان کارمند، ۱ نفر (/۶/۶) بازنشسته و ۵ نفر (/۳۳/۳) شغل آزاد بود. از همسران مشارکت‌کنندگان ۲ نفر (/۱۳/۳) سطح تحصیلات ابتدایی، ۱ نفر (/۶/۶) راهنمایی، ۶ نفر (/۴۰) دیپلم و ۶ نفر (/۴۰) تحصیلات دانشگاهی بود. همچنین ۲ نفر (/۱۳/۳) از همسران زنان درآمد ضعیف، ۸ نفر (/۵۳/۳) درآمد متوسط و ۵ نفر (/۳۳/۳) درآمد خوبی داشتند. از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۴ طبقه اصلی و ۸ طبقه فرعی استخراج شد. تهدید

جدول ۱- نیازهای زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر

طبقات اصلی	زیر طبقات
تهدید درک شده	شدت درک شده حساسیت درک شده
رفع موانع محیطی-فرهنگی	اعتقادات و باورهای فرهنگی همگانی شدن اطلاع رسانی
ایجاد انگیزه	تعاملات اجتماعی مناسب تصویب قوانین انگیزشی
تقویت ویژگی‌های فردی	افزایش خودکارآمدی نگرش مثبت به سلامتی

نیازهای زنان جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر

### تهدید درک شده

مفهوم تهدید درک شده زیر مفاهیم "شدت درک شده" و "حساسیت درک شده" را شامل می‌شد. یکی از انتظارات و خواسته‌های زنان جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر، افزایش آگاهی و ارائه آموزش‌هایی در زمینه آزمایش پاپ اسمیر بود؛ به طوری که منجر به افزایش ادراک خطر و احساس ابتلاء به بیماری در آن‌ها شود. دو مشارکت‌کننده اظهار می‌داشتند. زنان مشارکت‌کننده بیان می‌کردند:

"خوشبختانه هیچ عارضه‌ای در مورد سرطان در من و خانواده وجود ندارد، نه خونریزی و نه درد، آگه خدایی نکرده مشکلی پیش بیاد به متخصص مراجعه می‌کنیم" (مشارکت‌کننده ۳، خانم ۵۵ ساله).

"وقتی به طور مشخصی معلوم نیست عامل سرطان چیه و نمی‌دونی تا چه حد پیشروی داره چطور می‌تونی ازش پیشگیری کنی" (مشارکت‌کننده ۹، خانم ۲۷ ساله).

گفته‌های مشارکت‌کنندگان گویای این بود که آن‌ها خود را سالم پنداشته و ارزیابی کاملاً مثبتی از وضعیت سلامتی شان داشتند. کدهایی مانند حضور درد نشانه بیماری است، عدم سابقه خانوادگی یعنی عدم بیماری و عدم آگاهی از روش‌های پیشگیری، وخامت و عارضه‌های بیماری، نشان از افزایش حساسیت و شدت درک شده در زنان جهت انجام آزمایش بود. مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند:

"خطری در مورد سرطان وجود ندارد، هیچ کس در

غلط درباره قابل پیشگیری نبودن سرطان دهانه رحم و باور غلط درباره ابتلاء به عفونت با انجام آزمایش بود. شرکت کنندگان در مطالعه به اهمیت نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجلس شورای اسلامی، سازمان آموزش و پرورش، شهرداری ها، صدا و سیما و مراکز بهداشتی بارها اشاره کرده و بر اهمیت و توجه بیشتر سازمانها بر مراقبت های اولیه و پیشگیری از بیماری ها در افراد به ویژه زنان تأکید داشته و خواستار همگانی شدن اهداف سلامت زنان در تمام سازمانها بودند. مشارکت کنندگان اظهار می داشتند:

"به نظر من تلویزیون خیلی تأثیر زیاد داره. که مثلاً به برنامه سلامت خانواده بذاره. مثلاً ساعت‌هایی بذاره که مثلاً هم باشن مثل ساعت نه، نه و نیم. دیگه همه اعضای خانواده گوش میدن" (مشارکت کننده ۸، خانم ۴۰ساله).

"اگه مراحل ابتدایی رو در نظر بگیریم از طریق مدارس دیگه. شاید به بچه بتونه مادرشم ترغیب بکنه که بخواد بره این تستو انجام بده، حالا میگم ریشه اش مدارسه. از طریق مدارس مخصوصاً دخترانه بخواد همچین کارایی انجام بشه. از طریق انجمن‌هایی که در مدارس می دارن، هر کسی چون در مورد چیزای مختلفی بحث می کنه به قسمتی از این بحث‌ها هم بذارن سلامت مادران چون خیلی چیز مهمیه" (مشارکت کننده ۵، خانم ۲۷ساله). همچنین زنان، نیازمند کسب قدرت و توانمند شدن از طریق رفع موانع موجود در محیط های فرهنگی و سازمانی بودند.

#### ایجاد انگیزه

"تعاملات اجتماعی مناسب" و "تصویب قوانین انگیزشی" دو زیر طبقه مفهوم ایجاد انگیزه بودند. یکی از نیازها و مطالبات شرکت کنندگان در مطالعه، افزایش برخورد و تعامل مناسب و کارای پرسنل در مطب ها و مراکز بهداشتی-درمانی بود. از آنجایی که زنان و مادران به دفعات مکرر به مراکز بهداشتی-درمانی مراجعه کرده، انتظار دارند پرسنل بهداشتی در این مراکز آنها را به خوبی پذیرش و راهنمایی کرده و با ایجاد رابطه صمیمی و مناسب، عامل مشوقی جهت مراجعات بعدی باشند. از دیگر یافته‌های مطالعه این بود که شرکت کنندگان در

خانواده ما تا حالا سرطان نگرفته، خیلی از افراد نمیخوان قبول کنن که مشکل دارن و نمیخوان بدونن" (مشارکت کننده ۱۴، خانم ۳۶ساله).

"وقتی سبک زندگی خوبی داشته باشی، ورزش کنی و چربی کم مصرف کنی دیگه در معرض خطر نیستی، فرد سالم نیازی به انجام تست نداره" (مشارکت کننده ۱۵، خانم ۳۴ساله).

از گفته‌های زنان مورد مطالعه برداشت می‌شد که آنها برای انجام اعمال بهداشتی به ویژه رفتار غربالگری پاپ اسمیر جهت پیشگیری از سرطان رحم به درجه ای از ترس یا همان تهدید درک شده نیاز دارند.

#### رفع موانع محیطی - فرهنگی

طبقه رفع موانع محیطی و فرهنگی دو زیر طبقه "اعتقادات و باورهای فرهنگی" و "همگانی شدن اطلاع‌رسانی" را شامل می‌شد. مشارکت کنندگان مطالعه حاضر ریشه بسیاری از رفتارهای انسان را عامل فرهنگ قلمداد کرده، سبک زندگی و باورهای ممانعت کننده در انجام آزمایش را به عنوان زیر مجموعه مسائل فرهنگی عنوان کردند. ازدواج در سنین پایین، عدم انجام آزمایش در افراد ازدواج نکرده، عدم ورزش و مصرف غذاهای آماده و چرب، وجود شرم و حیا در زنان و مخالفت به انجام آزمایش توسط مردان به دلیل باورها و اعتقادات مذهبی، از جمله کدهایی بود که زنان مشارکت کننده تحت عنوان مسائل فرهنگی از آن نام می‌بردند. زنان بیان می کردند:

"احساس می‌کنم که خودم چون سنم بالا رفته به خاطر حجب و حیایی که توی زن‌ها هست روم نمیشه که خیلی راحت بتونم برم تست رو انجام بدم" (مشارکت کننده ۱، خانم ۴۸ساله).

"من فکر می‌کنم همیشه سرطان رو با این چیزا پیشگیری کرد" (مشارکت کننده ۱۴، خانم ۲۵ساله).

افراد مورد مطالعه بیان کردند باورها نقشی عمیق و باورنکردنی در زندگی آنها دارند. انسان بر اساس باورها و اعتقاداتش می اندیشد و رفتار می‌کند. باورها می‌توانند اندیشه و عمل انسان را شکل داده و به آن جهت دهند. از جمله باورهای شکل‌دهنده عدم انجام آزمایش، باور به عدم ابتلاء سرطان در زنان مجرد، باور

مطالعه به آموزش رفتارهای پیشگیری کننده از دوران کودکی، نیاز به حمایت و همکاری اعضای خانواده به ویژه همسر در انجام تست، توجه بیشتر مردان به سلامت زنان و ایجاد انگیزه و تشویق از سوی همسر نسبت به انجام آزمایشات غربالگری به ویژه پاپ اسمیر اشاره داشتند. بی‌توجهی همسران به سلامت زنان، عدم حمایت مالی آن‌ها برای انجام آزمایش پاپ اسمیر و عدم اطلاع و حمایت دیگر اعضای خانواده در جهت انجام تست، از جمله مسائل اصلی مشارکت‌کنندگان در مطالعه بود. مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند:

"همسرا زیاد آگاهی ندارند تو این زمینه‌ها اصلاً بی‌خیالان که حتماً زن‌ها باید برن یا نرن اینجوریه مثلاً زیاد آگاهی‌شون کامل نیست به این جور مسائل کاری ندارند" (مشارکت‌کننده ۱۲، خانم ۴۵ ساله).

"قطعاً برخورد پرسنل خیلی مؤثره چون من هم که این آزمایشو انجام نداده بودم گفتم پیش همون شخص میرم که خوش‌برخورد بود و منو راهنمایی کرد" (مشارکت‌کننده ۲، خانم ۳۱ ساله).

تصویب قوانین جدید اجرایی در سیاست‌های نظام سلامت جهت تسهیل در انجام رفتارهای پیشگیری کننده مانند پاپ اسمیر از دیگر خواسته‌های افراد مطالعه حاضر بود. بکارگیری و استخدام پرسنل خانم در مراکز بهداشتی-درمانی، اجباری بودن انجام آزمایش غربالگری و اختصاص یک روز مرخصی به زنان شاغل برای انجام این رفتار، از عوامل انگیزه‌ساز جهت انجام آزمایش بود. همچنین عدم رفاه اقتصادی و توانایی در پرداخت هزینه انجام تست، نبود پوشش بیمه‌ای برای رفتارهای غربالگری و عدم جبران هزینه‌های آزمایش، از مواردی بود که شرکت‌کنندگان به رفع آن برای انجام آزمایش پاپ اسمیر ابراز نیاز می‌کردند. زنان مشارکت‌کننده بیان می‌کردند:

"خُب هزینه‌اش برا خلیلیا سنگینه. یه ویزیت برا آزمایش، یه دونه برا موقعی که تازه میخوای بری آزمایش، خلاصه هزینه‌هاش خیلی زیاده این باعث میشه آدم روحیه برای انجام دادن این تست نداشته باشه" (مشارکت‌کننده ۱۴، خانم ۲۵ ساله)

"اطلاع رسانی به مردم خیلی مهمه وقتی من می بینم الان سیستم هیچ برایش مهم نیست که اینو پیگیری بکنه نکنه، بری نری پاپ اسمیر انجام بدی ندی اصلاً توی فرم‌های بهداشت خانواده نمونده، کاش مته قبلاً این اجباری بود" (مشارکت‌کننده ۱، خانم ۴۸ ساله).  
آن‌ها خواستار توجه و اهمیت بیشتر مراکز بهداشتی-درمانی به سلامت زنان در انجام رفتارهای غربالگری و تشخیصی و خدمات پیشگیری بودند و بیان می‌کردند که برآورد این نیازها و برطرف کردن این چالش‌ها عاملی برای ایجاد انگیزه در انجام رفتارهای غربالگری می‌باشد.

### تقویت ویژگی‌های فردی

"افزایش خودکارآمدی" و "نگرش مثبت به سلامتی" دو زیر طبقه مفهوم تقویت ویژگی‌های فردی بودند. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که مهارت‌های غلبه بر ترس و افزایش اعتماد به نفس می‌تواند موانع درونی را کاهش داده، فرد احساس کنترل بیشتری بر شرایط موجود داشته و انجام رفتار را تسهیل کند. مشارکت‌کنندگان اظهار می‌داشتند:

"دنبال این برنامه‌ها نمیریم خیلی کم پیش میاد بریم همش آدم می‌ترسه یه بیماری داشته باشه" (مشارکت‌کننده ۱۱، خانم ۴۱ ساله).

"همیشه باید یه نفر با من بیاد برای این جور کارا به تنهایی نمیتونم برم و کارامو حتی اگه خصوصی باشه انجام بدم" (مشارکت‌کننده ۸، خانم ۴۰ ساله).

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، اهمیت به سلامتی و داشتن نگرش مثبت به آن، در انجام آزمایش مؤثر است. اولویت انجام امور منزل، نداشتن وقت و نیاز به وجود همراه برای انجام آزمایش، توجه به درمان و کم توجهی به رفتارهای پیشگیری کننده و عدم تمایل و آمادگی برای انجام رفتارهای بهداشتی نشان از عدم احساسات، ادراکات و تمایلات شخص برای پذیرش رفتار است. زنان مشارکت‌کننده بیان می‌کردند:

"سرطان یه چیزیه که تا اون مرحله آخر نمی‌فهمیم هیچ علامتی نداره، چون اندام‌های داخلیه، آدم توجه نمی‌کنه. امروزه بیشتر آدما به ظاهرشون اهمیت می‌دن

و سلامتی بدنوشون در اولویتشون نیست" (مشارکت کننده ۱۳، خانم ۳۵ ساله).

"وقت نمی‌کنم بخوام بیام این کارو انجام بدم، (تست پاپ اسمیر) کارای بیرون هستش، کارای خونه و خیلی چیزای دیگه وجود دارن که باید انجام بشن" (مشارکت کننده ۹، خانم ۲۷ ساله).

مشارکت‌کنندگان بیان کردند تهدید سلامت ارزش سلامتی را عیان کرده و افراد بعد از به خطر افتادن سلامتی‌شان، به رفتارهای مرتبط با سلامتی روی می‌آورند.

## بحث

مطالعه حاضر اولین بررسی در ایران است که نیازهای زنان را جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر در قالب رویکرد کیفی بررسی می‌کند. با انجام این مطالعه، درک و بینش ما از تبیین‌کننده‌های رفتار پیشگیری‌کننده پاپ اسمیر افزایش یافته و ضروریاتی که می‌توان در مطالعات آینده مورد توجه و دقت قرار داد، شناسایی شدند. مطالعه حاضر دو تفاوت عمده با مطالعات پیشین در زمینه انجام آزمایش داشت؛ اول اینکه برخلاف مطالعات پیشین که عمدتاً بر پژوهش‌های کمی استوار بودند، مطالعه حاضر با روش کیفی و فن مصاحبه عمیق انجام گرفت. دوم اینکه مطالعات گذشته نیازهای زنان را برای انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده مانند پاپ اسمیر بررسی نکرده بودند. نتایج بررسی حاضر نشان داد که انجام رفتار غربالگری به عنوان عاملی در پیشگیری از سرطان رحم مفهومی منحصر به فرد نبوده و تحت تأثیر عوامل متعددی است. از دیدگاه زنان یکی از این عوامل، تهدید درک شده شامل حساسیت و شدت درک شده بود.

مشارکت‌کنندگان در مطالعه یکی از نیازهای خود را جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه، کمبود آگاهی و آموزش‌های ارائه شده درباره احتمال ابتلاء به بیماری، خطرات، وخامت و عوارض سرطان رحم می‌دانستند. گلنز و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که تهدید یا خطر درک شده از ترکیب دو عامل ادراک حساسیت و شدت یا وخامت شکل می‌گیرد (۲۶). برخی مطالعات حمایت‌کننده تجربی این دیدگاه هستند که رخداد رفتارهای

پیشگیری‌کننده زمانی افزایش می‌یابد که باور ذهنی فرد در مورد ابتلاء به یک بیماری و زیانبار بودن عوارض آن بیشتر باشد (۲۷-۲۸). بنابراین با توجه به نتایج مطالعه حاضر باید تهدید درک شده نسبت به بیماری سرطان رحم افزایش یابد تا به دنبال آن عدم انجام رفتارهای محافظتی کاهش یابد. البته ذکر این نکته الزامی است که تهدید درک شده نباید بسیار قوی باشد، زیرا احساس غیر قابل علاج بودن بیماری تأثیری معکوس و منفی بر روی رفتار غربالگری پاپ اسمیر خواهد گذاشت.

در مطالعه حاضر رفع موانع فرهنگی و محیطی، از مطالبات و خواسته‌های زنان جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر بود. مطالعاتی در ایران بر این عقیده اتفاق نظر دارند که عوامل فرهنگی مانند عدم اعتقاد به رفتارهای پیشگیری‌کننده، از دلایل عدم انجام آزمایش پاپ اسمیر در زنان است (۱۲، ۲۹). در مطالعه النگر و همکار (۲۰۱۰) بیان شده است که اعتقادات مذهبی و باورهای فرهنگی به ویژه در زنان مسلمان، یکی از دلایل عدم انجام آزمایش می‌باشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۰). در این راستا مطالعه ارسین و همکار (۲۰۱۳) نشان داد که بخش عمده‌ای از زنان به سنت‌ها و مذهب بسیار وفادار هستند، مردان را مهم‌تر از خود پنداشته و بدون اجازه همسرشان معاینات را انجام نمی‌دهند (۱۱).

در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان خواستار اطلاع‌رسانی و همکاری دیگر سازمان‌ها با وزارت بهداشت در زمینه رفتارهای مربوط به حفظ سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و انجام رفتارهای غربالگری به ویژه انجام آزمایش پاپ اسمیر در زنان بودند. آن‌ها اظهار داشتند که تبلیغات و برنامه‌های سایر سازمان‌ها در زمینه سلامت زنان بسیار پایین بوده و نقش کمی در فرهنگ سازی در زمینه رفتارهای مرتبط با سلامت دارند. مطالعات نشان می‌دهند که سازمان‌ها نقش مهمی در ترغیب و تشویق افراد و گروه‌های هدف به مسائل بهداشتی دارند (۳۱-۳۲). اما بر اساس نتایج مطالعه حاضر، آن‌ها زمان اندکی را به این امر مهم اختصاص می‌دهند. لازم به ذکر است در حیطه آموزش

رفتارهای مرتبط با سلامت به ویژه انجام آزمایش پاپ اسمیر، مربیان و متخصصان آموزش سلامت تمامی اقدامات مرتبط با سازمان‌ها، ساخت اقتصادی و شرایط محیطی مداخله کننده در امر سلامت را در نظر گرفته و مذاکره و هماهنگی با سازمان‌های مختلف در بخش های دولتی و خصوصی را فراهم آورده تا حمایت های محیطی، سازمانی و اقتصادی برای تحقق رفتار بهداشتی مهیا شود و به دنبال آن باعث همکاری و اطلاع رسانی سایر بخش ها و سازمان‌ها، آماده سازی افکار عمومی به منظور پذیرش رفتار مورد نظر و در نهایت ایجاد فرهنگ حفظ و ارتقاء سلامتی در افراد شود. از طرفی سازمان‌ها باید ضابطه‌ها و برنامه‌های مرتبط به سلامت را در اختیار داشته و خود را در آن درگیر کنند و بدین صورت است که آموزش سلامت وجهه‌ای همگانی پیدا کرده و صرفاً مختص به یک سازمان و بخش خاص نمی‌شود.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از افزایش حمایت اجتماعی از خواسته‌های زنان برای انجام آزمایش بود. در این راستا برخی مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی نقش مهمی در تصمیم به شرکت در غربالگری در میان زنان آسیایی ایفا کرده و از جمله عوامل مهم انگیزه‌ساز برای انجام این رفتار محافظتی است (۳، ۱۲). سادون و همکاران (۲۰۱۴) نیز بیان کردند که تشویق همسر به طور معناداری انجام آزمایش پاپ اسمیر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۳). مطالعه واگنر و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که ایجاد تعاملات خوب و صمیمی بین پزشک و بیمار و فراهم نمودن فضای عاطفی مناسب، موجبات ایجاد انگیزه بیماران را در فرایند پیشگیری و تغییر رفتار فراهم می‌کند (۳۴). مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که پزشک و پرسنل بهداشتی به عنوان مهم‌ترین راهنماها برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده هستند (۳۵-۳۶). اما در مطالعه‌ی نامدار و همکاران (۲۰۱۲) در ایران، زنان نقش پزشک و پرسنل بهداشتی در انجام رفتارهای پیشگیری کننده از سرطان دهانه رحم را کم ارزیابی کرده و خواستار تعامل بیشتر آن‌ها با مراجعه کنندگان بودند (۳۷). گفتنی است در آموزش رفتارهای مناسب بهداشتی، تعامل دو طرفه بین پزشک و بیمار جهت

تشخیص و درمان بیماری حیاتی است. این تعامل در شرایط پیشگیری و درمانی پیچیده است که همدلی، صرف زمان و انرژی، اشتراک دانش دو طرفه و توجه به تفاوت‌های فرهنگی آن را تسهیل می‌کند (۳۸). تصویب قوانین انگیزشی برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر بود. نتایج مطالعات انجام شده قبلی نیز با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت و به نقش سازمان‌ها در ترغیب و تشویق افراد و گروه‌های هدف به مسائل بهداشتی تأکید داشتند (۳۱-۳۲).

در مطالعه حاضر از دیدگاه مشارکت‌کنندگان یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر انجام آزمایش غربالگری پاپ اسمیر، افزایش خودکارآمدی و ایجاد نگرش مثبت نسبت به سلامتی بود. هر اندازه خودکارآمدی فرد بالاتر باشد، توانایی او برای کنترل و کاهش موانع و انجام رفتارهای مرتبط با سلامتی بیشتر است (۲۶). آموزش‌های مناسب باید به گونه‌ای ارائه شود که نقش فرد پررنگ‌تر شده، ارزش سلامت را درک، برای سلامتی خود برنامه‌ریزی و به خودمراقبتی در زمان سلامتی اقدام کند، به طوری که افزایش قدرت و کنترل بر سلامتی را به دنبال داشته و باعث افزایش اطمینان و خودکارآمدی شود (۳۹).

مطالعه حاضر اولین مطالعه در ایران است که به بررسی نیازهای زنان جهت انجام پاپ اسمیر در قالب رویکرد کیفی می‌پردازد. محدودیت‌های مطالعه سبب احتیاط در تعمیم یافته‌ها به سایر شرایط و گروه‌های جمعیتی می‌شود. اولین محدودیت مطالعه، عدم بررسی تجارب سایر زنانی بود که برای آزمایش پاپ اسمیر به مراکز بهداشتی- درمانی مراجعه نکرده بودند. احتمالاً دیدگاه آن‌ها در این زمینه متفاوت است. دوم اینکه احتمالاً دیدگاه زنانی که در شهرهای اطراف پایتخت زندگی می‌کنند با سایر زنان در نقاط مختلف متفاوت باشد و سوم اینکه دیدگاه زنان مجرد در این مطالعه بررسی نشد. امید است که این محدودیت‌ها در پژوهش‌های آینده مورد اهتمام بیشتری قرار گیرد.

### نتیجه گیری

زنان انجام آزمایش پاپ اسمیر جهت پیشگیری از



## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به شماره ۲-۹۴-P می باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که اجرا و هزینه‌های این طرح را مورد حمایت قرار داده و نیز از تمامی مشارکت‌کنندگان گرامی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

سرطان را منوط به تعامل مناسب و صمیمی با پرسنل بهداشتی و درمانی، حمایت خانواده، سیاست‌ها و قوانین تشویق‌کننده و اطلاع‌رسانی و هماهنگی سازمان‌ها و نهادهای دیگر می‌دانند. آن‌ها خواستار افزایش توجه و اهمیت هرچه بیشتر برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران سیاست‌ها و نظام بهداشتی در زمینه سلامت زنان و انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده هستند.

## منابع

1. Chin'ombe N, Sebata N, Ruhanya V, Matarira HT. Human papillomavirus genotypes in cervical cancer and vaccination challenges in Zimbabwe. *Infect Agent Cancer* 2014; 9:16.
2. Naz U, Hanif S. Agreement between visual inspection with acetic acid and papanicolaou's smear as screening methods for cervical cancer. *J Coll Physicians Surg Pak* 2014; 24(4):228-31.
3. Abdullah NN, Al-Kubaisy W, Mokhtar MM. Health behaviour regarding cervical cancer screening among urban women in Malaysia. *Proc Soci Behav Sci* 2013; 85:110-7.
4. Kasmaei P, Bab Eghbal S, Atrkar Roshan Z, Estebsari F, Mehrabian F, Karimi M. The effect of health belief model on rural women's pap smear test. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2014; 12(5):401-8.
5. Akbari H, Jedi Arani T, Gilasi H, Moazami A, Gharlipour Z, Alin Gholinpour A, et al. Study of motivational factors and causes of nonparticipation to breast and cervical cancer screening tests among women attending health centers in Kashan city. *Ilam Univ Med Sci* 2014; 22(3):137-48. (Persian).
6. Giorgi Rossi P, Baldacchini F, Ronco G. The possible effects on socio-economic inequalities of introducing HPV testing as primary test in cervical cancer screening programs. *Front Oncol* 2014; 4:20.
7. Thippeveeranna C, Mohan SS, Singh LR, Singh NN. Knowledge, attitude and practice of the pap smear as a screening procedure among nurses in a tertiary hospital in north eastern India. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(2):849-52.
8. Das CM, Shah N, Ghori M, Khursheed F, Zaheen Z. Prevalence and risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in patients attending gynecological outpatient department of tertiary care hospital. *JLUMHS* 2013; 12(1):44-8.
9. Abedian Z, Dormohamadi M. Investigating awareness, attitude and practice of women who referred to health centers of Mashhad city toward pop smear. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(36):22-8. (Persian).
10. Kissal A. Perceptions of barriers and facilitators of cervical cancer early detection behaviors among elderly women. *Int J Car Sci* 2014; 7(1):157-68.
11. Ersin F, Bahar Z. Barriers and facilitating factors perceived in Turkish women's behaviors towards early cervical cancer detection: a qualitative approach. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(9):4977-82.
12. Shakibazade E, Ahmadnia E, Akbari F, Negarandeh R. Barriers and motivating factors related to cervical cancer screening. *Hayat* 2008; 14(4-3):83-9. (Persian).
13. Seol H, Ulak R, Ki KD, Lee JM. Cytotoxic and targeted systemic therapy in advanced and recurrent cervical cancer: experience from clinical trials. *Tohoku J Exp Med* 2014; 232(4):269-76.
14. Bamanikar SA, Baravkar DS, Chandanwale SS, Dapkekar P. Study of cervical pap smears in a tertiary hospital. *Ind Med Gazette* 2014; 2014:250-4.
15. Julinawati S, Domegan C, Brenner M, Rowan NJ. A review of the perceived barriers within the health belief model on pap smear screening as a cervical cancer prevention measure. *J Asian Sci Res* 2013; 3(6):677-92.
16. Aziz A, Azman NA, Mahmud A, Abdul Hamid R, Khairuddin L. Socio-economic determinants of pap smear screening among married women in Peninsular Malaysia. *Int J Hum Soc Sci* 2013; 3(3):186-92.
17. Sichanh C, Quet F, Chanthavilay P, Diendere J, Latthaphasavang V, Longuet C, et al. Knowledge, awareness and attitudes about cervical cancer among women attending or not an HIV treatment center in Lao PDR. *BMC Cancer* 2014; 14:161.
18. Bair AH, Hutson SP, Burnette KM. Parental influence and traditional cultural beliefs: reasons for the lack of cervical cancer screening among second-generation Chinese-American college students. *Am Int J Contem Res* 2014; 4(5):82-9.
19. Demirtas B, Acikgoz I. Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relationship with Turkish womens' health beliefs. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(1):333-40.
20. Goodman A. The social ecology of cervical cancer: the challenges to pap smear screening. *Int J Clin Med* 2013; 4(12A):16-20.

21. Abedian Z, Dormohamadi M. Investigating awareness, attitude and practice of women who referred to health centers of Mashhad city toward pop smear. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(36):22-8. (Persian).
22. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9):1277-88.
23. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs* 1997; 26(3):623-30.
24. Polit-O'Hara D, Beck C. *Essential of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. P. 54-65.
25. Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
26. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2002. P. 82-9.
27. Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer, Tehran, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011; 12(1):49-54.
28. Hay J, McCaul KD, Magnan RE. Does worry about breast cancer predict screening behaviors? A meta-analysis of the prospective evidence. *Prev Med* 2006; 42(6):401-8.
29. Zareai M. Women's knowledge and practice of pap smear test and barriers to performing it in Jahrom. *J Jahrom Univ Med Sci* 2014; 12(1):39-47.
30. Al-Naggar RA, Isa ZM. Perception and opinion of medical students about pap smeaertest: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010; 11(2):435-40.
31. Fallahi A, Ghofranipour F, Ahmadi F, Malekafzali B, Hajizadeh E. Challenges of Iranian adolescents for preventing of dental caries. *Iran Red Crescent Med J* 2014; 16(9):e15009.
32. Birang R, Shakerian K, Yazdanpanah F, Nadimi M. The effect of education by visual media on oral health promotion of students. *Arak Med Univ J* 2006; 9:1-6. (Persian).
33. Saadoon OZ, Amin RM, Jadoo SA. Factors influencing pap smear practice among primary school teachers in Diyala city, Iraq. *Malaysian J Public Health Med* 2014; 14(1):19-28.
34. Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med Kansas City* 2002; 34(10):750-4.
35. Tabeshian A, Firozeh F. The effect of health education on performing pap smear test for prevention of cervix cancer in teachers of Isfahan city. *Med Sci J Islam Azad Univ Tehran Med Branch* 2009; 19(1):35-40. (Persian).
36. 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; 12(3):122-8.
37. Namdar A, Bigizadeh S, Naghizadeh MM. Measuring health belief model components in adopting preventive behaviors towards cervical cancer. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(1):34-44.
38. Vaughn LM, Jacquez F, Baker RC. Cultural health attributions, beliefs, and practices: effects on healthcare and medical education. *Open Med Educ J* 2009; 2(1):64-74.
39. Fallahi A, Derakhshan S, Pashae T, Taymoori P. Factors affecting self-care in women with osteoporosis: a qualitative study with the content analysis approach. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2015; 13(2):17-32. (Persian)