

# عوامل مرتبط با غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تبریز سال ۹۱-۱۳۹۰

پروانه قهرمانی نسب<sup>۱</sup>، مهناز شهنازی<sup>۲</sup>، عزیزه فرشباغ خلیلی<sup>۳\*</sup>،  
سولماز قنبری<sup>۱</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات NPMC، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۵

## خلاصه

**مقدمه:** سرطان دهانه رحم، دومین سرطان شایع در زنان ایرانی است. تست پاپ اسمیر از جمله آزمون هایی است که برای غربالگری بیماری ها و سرطان دهانه رحم مورد استفاده قرار می گیرد. اما در بسیاری از زنان غربالگری انجام نمی شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی - توصیفی در سال ۹۱-۱۳۹۰ بر روی ۴۴۱ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر تبریز که دارای پرونده بهداشتی بودند، به صورت نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای حاوی مشخصات فردی - اجتماعی و اطلاعاتی در مورد غربالگری سرطان دهانه رحم بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون های کای دو، تست دقیق فیشر و تی مستقل انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** فقط ۲۱۸ نفر (۴۹/۴٪) از افراد مورد مطالعه، سابقه انجام آزمایش پاپ اسمیر را داشتند. دلیل عدم انجام پاپ اسمیر در اکثر موارد (۴۶/۱٪) عدم شناخت و آگاهی از اهمیت پاپ اسمیر بود. بین انجام غربالگری سرطان سرویکس با سن و نوع روش تنظیم خانواده، ازدواج در سنین پایین، شروع روابط جنسی در سنین پایین، سابقه انجام کوتر، کرایو و کورتاژ ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). میانگین نمره آگاهی افراد در گروهی که پاپ اسمیر انجام داده بودند به طور معنی داری بیشتر از گروه عدم انجام بود ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به ارتباط برخی از عوامل خطر، نوع روش تنظیم خانواده و نمره آگاهی افراد با انجام غربالگری، می توان با حساس نمودن زنان به موضوع و اهمیت تشخیص به موقع بیماری، عملکرد آنها را بهبود بخشید.

**کلمات کلیدی:** زنان، سرطان دهانه رحم، غربالگری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: عزیزه فرشباغ خلیلی؛ دانشکده پرستاری مامایی تبریز، مرکز تحقیقات NPMC، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۱۱۴۷۹۶۷۷۰؛ پست الکترونیک: azizeh\_farshbafkhalili@yahoo.com

## مقدمه

سرطان دهانه رحم، دومین سرطان شایع در زنان ایرانی و سومین سرطان شایع زنان در ایالات متحده بعد از سرطان رحم و تخمدان می‌باشد (۱). انجمن سرطان آمریکا پیش‌بینی کرده است که در سال ۲۰۱۳، حدود ۱۲۳۴۰ مورد جدید سرطان مهاجم دهانه رحم تشخیص و باعث حدود ۴۰۳۰ مرگ خواهد شد (۲). با وجود گزارشات بین‌المللی در زمینه‌های مختلف غربالگری، تشخیص و درمان سرطان دهانه رحم، به دلیل نداشتن شبکه ثبت سرطان در ایران، آمار روشنی از میزان بروز و مرگ و میر سرطان دهانه رحم از ایران در دست نیست. بر اساس گزارش ثبت سرطان در انستیتو سرطان، شیوع سرطان دهانه رحم حدود ۶-۷ درصد هزار می‌باشد (۳).

عوامل خطر سرطان دهانه رحم شامل: شروع ارتباط جنسی در سنین پایین، شرکاء جنسی متعدد، استعمال سیگار، سابقه عفونت با ویروس پاپیلوما‌ی انسانی، ضعف سیستم ایمنی، مولتی پاریتی (تعداد بارداری و زایمان زیاد)، ابتلاء مکرر به بیماری‌های مقاربتی (ابتلاء به ویروس هرپس سیمپلکس نوع ۲)، قرار گرفتن در معرض دی اتیل بسترول<sup>۱</sup> (DES) در دوره جنینی، تاریخچه نفوپلازی داخل اپیتلیالی، ابتلاء همسر به سرطان آلت، ابتلاء زن دیگر همسر به سرطان دهانه رحم، وضعیت ضعیف بهداشتی فرد و مصرف قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری می‌باشد (۴، ۵).

سرطان دهانه رحم جزء معدود سرطان‌هایی است که می‌توان آن را در مرحله‌ای پیش از بروز بدخیمی به آسانی تشخیص داد (۶). دیسپلازی معمولاً هیچگونه علامت بالینی ندارد و غالباً از روی یافته‌های سیتولوژیک در آزمایش پاپ اسمیر تشخیص داده می‌شود. از آنجایی که دیسپلازی در پاتولوژی سرطان دهانه رحم یک مرحله گذرا می‌باشد، لذا تشخیص فوری و درمان آن از اهمیت بالایی برخوردار است. سرطان مهاجم دهانه رحم نیز به دلیل اینکه با وضعیت دراز مدت پیش از مهاجم همراه است، نوعی سرطان قابل پیشگیری در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین تبدیل بافت پیش سرطانی

ناشی از عفونت HPV یا علل دیگر به سمت سرطان مهاجمی دهانه رحم، سال‌های طولانی وقت نیاز دارد و به این دلیل تشخیص زودرس و درمان آن در طول این زمان می‌تواند از سرطان‌های مهاجمی دهانه رحم ممانعت کند (۵، ۷). تست پاپ اسمیر از جمله مؤثرترین و کم هزینه ترین آزمون‌هایی است که برای غربالگری بیماری‌ها و سرطان دهانه رحم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در غیاب آزمایش پاپ اسمیر، ضایعات تنها به کمک بیوپسی در بررسی کولپوسکوپی قابل تشخیص می‌باشد، اما از آنجایی که تمام زنان یک جامعه را نمی‌توان برای بیوپسی و بررسی کولپوسکوپی به درمانگاه فراخواند و از آنجایی که این روش‌های تشخیصی علاوه بر وقت گیر و پرهزینه بودن، نیاز به تخصص بالایی دارند، لذا آزمایش پاپ اسمیر به عنوان یک روش غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان جوامع مختلف پیشنهاد شده و مورد تأیید قرار گرفته است (۸). بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران، غربالگری سرطان دهانه رحم باید برای همه زنان بعد از ازدواج آغاز شود (۹). با وجود برنامه‌های غربالگری منظم در ایالات متحده، ۳۰ درصد موارد سرطان دهانه رحم در زنانی رخ می‌دهد که هرگز پاپ اسمیر انجام نداده‌اند. در کشورهای در حال توسعه این میزان نزدیک به ۶۰ درصد است (۲).

مطالعات در نقاط مختلف جهان (نیجریه، عربستان سعودی، کنیا) نشان داده اند که با وجود آگاهی زنان در خصوص پاپ اسمیر، تعداد معدودی از افراد این تست را انجام می‌دهند (۱۰-۱۲). مطالعه مروری سانچو گارنیر و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که در کشورهای شمال و شرق آفریقا، مانع اصلی برای سازمان یافتن ملی غربالگری سرطان دهانه رحم، عدم سیاست گذاری و حمایت مالی از این کار است. همچنین عوامل منع کننده مشارکت زنان در انجام پاپ اسمیر، عدم آگاهی از سرطان دهانه رحم، موانع اجتماعی، مذهبی، فرهنگی، مشکلات جغرافیایی و اقتصادی دسترسی به خدمات پاپ اسمیر است (۱۳).

از جمله مهمترین دلایل عدم انجام پاپ اسمیر می‌توان به هزینه بالا، سن پایین، سن بالا، ناآگاهی زنان و

<sup>۱</sup> Diethylstilbestrol

پس از تصویب طرح و اخذ مجوز از کمیته اخلاق، ابتدا لیست تمام مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر تبریز (مجموعاً ۶۵ مرکز و پایگاه) از مرکز بهداشت شهرستان تبریز تهیه شد. سپس نمونه‌گیری در دو مرحله به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد؛ بدین ترتیب که از بین ۲۷ مرکز و ۳۸ پایگاه بهداشتی و درمانی شهری تبریز، ۲۷ مرکز و پایگاه (۱۲ مرکز و ۱۵ پایگاه) به صورت تصادفی انتخاب شدند و آدرس دقیق آنها از مرکز بهداشت گرفته شد. در مرحله بعد با توجه به حجم نمونه و متناسب با تعداد پرونده مادران در هر مرکز، به صورت تصادفی ۲۰-۱۵ پرونده از بین کل پرونده مادران مرکز به عنوان نمونه انتخاب شد (۱۵×۲۷=۴۰۵ و ۲۰×۲۷=۵۴۰) و پس از تماس تلفنی با زنان و توضیح اهداف مطالعه، از آنان برای روز خاص دعوت به عمل آمد. نمونه‌گیری در هر دو مرحله به روش انتخاب تصادفی با استفاده از وب سایت [www.randomizer.org](http://www.randomizer.org) انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه تنظیم شده توسط پژوهشگر بود که به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، پرسشنامه بر اساس اطلاعات موجود در کتب و مقالات و دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده ۳۳ وزارت بهداشت در مورد غربالگری سرطان دهانه رحم (۹) تهیه و تنظیم شد که مشتمل بر سه بخش بود: سؤالات مربوط به غربالگری سرطان دهانه رحم (بخش اول)، سؤالات مربوط به علل عدم انجام غربالگری سرطان دهانه رحم (بخش دوم)، سؤالات مربوط به عوامل مؤثر بر غربالگری سرطان دهانه رحم (بخش سوم) که خود شامل اطلاعات فردی و سوابق مامایی و باروری، سؤالات آگاهی و سؤالات مربوط به عوامل خطر بود. نوع غربالگری سرطان دهانه رحم در این مطالعه، پاپ اسمیر مرسوم بود.

اعتبار علمی پرسشنامه به روش روایی محتوا تعیین شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اساتید هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفت، سپس اصلاحات و تغییرات لازم در آن به عمل آمد و جهت مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین اعتماد علمی (پایایی) پرسشنامه، از

مشغله کاری زیاد اشاره کرد که باید با استفاده از بهبود ارائه خدمات و توجه به روش‌های مشاوره‌ای در جهت رفع این عوامل کوشید (۱۴). ارائه رایگان روش‌های غربالگری برای این سرطان به تنهایی نمی‌تواند از بروز ضایعات تهاجمی دهانه رحم پیشگیری کند، بلکه ارائه آموزش مناسب در زمینه استفاده از این روش‌ها برای افرادی ضروری می‌باشد که اعتقاد به لزوم انجام آن نداشته و خود را در معرض ابتلاء به این سرطان تصور نمی‌کنند (۱۵). علی‌رغم وجود مطالعاتی در زمینه بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد غربالگری سرطان دهانه رحم، مطالعه‌ای که عوامل مرتبط با غربالگری سرطان دهانه رحم را مطابق پروتکل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت گام به گام بررسی کند، یافت نشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با غربالگری سرطان دهانه رحم طبق دستورالعمل وزارت بهداشت و در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز انجام شد تا ضمن مشخص کردن وضعیت موجود بتوان گامی مؤثر در جهت رفع نواقص و ارتقاء کیفیت خدمات سلامتی زنان و جامعه و تدوین برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای لازم برداشت.

## روش کار

این مطالعه مقطعی-توصیفی در سال ۹۱-۱۳۹۰ بر روی ۴۴۱ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز که دارای پرونده بهداشتی بودند انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان مراجعه کننده جهت مراقبت بهداشتی و واجد پرونده بهداشتی در شهر تبریز، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل جهت شرکت در مطالعه، مجرد نبودن و محدوده سنی ۴۹-۱۵ سال و معیار خروج از مطالعه شامل انصراف فرد از ادامه شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با توجه به مطالعه قبلی (۱۶) و با در نظر گرفتن  $p=0.05$  و  $d=0.05$  و با استفاده از فرمول برآورد نسبت، ۳۶۷ نفر برآورد شد که جهت دقت بیشتر ۴۴۱ نفر تعیین شد.

آزمون مجدد استفاده شد و ضریب همبستگی بین آزمون نوبت اول و دوم، ۰/۸۲ ارزیابی شد.

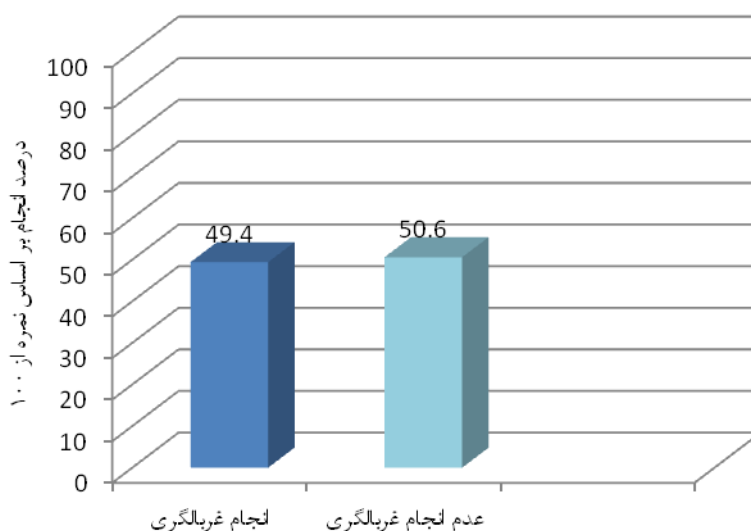
پرسشنامه‌های تهیه شده به همراه فرم رضایت‌نامه شرکت در مطالعه، در یک محیط خلوت به افراد مورد مطالعه داده شد و با تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات، از آنان درخواست شد تا در صورت رضایت جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌های مربوطه را به دقت تکمیل کرده و به خود پژوهشگر تحویل دهند. متغیرهای مورد بررسی شامل: انجام غربالگری، علل عدم انجام آن، وضعیت انجام غربالگری (فواصل انجام، زمان انجام)، منابع کسب اطلاعات به صورت کیفی اسمی؛ سن و سن شروع غربالگری به صورت کمی یا کیفی؛ سطح تحصیلات خود فرد و همسر به صورت کیفی رتبه‌ای؛ نوع روش تنظیم خانواده، شغل و میزان درآمد به صورت کیفی اسمی؛ عوامل خطر سرطان دهانه‌ی رحم به صورت کیفی اسمی؛ آگاهی از تست پاپ اسمیر به طور کمی (برای هر پاسخ صحیح به سوالات آگاهی نمره ۱ و برای پاسخ غلط و نمی‌دانم نمره صفر در نظر

گرفته شد) بود که ارتباط آنها با انجام غربالگری مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی جهت تعیین فراوانی، میانگین و CI/۹۵ میانگین استفاده شد. جهت پاسخ به سؤالات تحقیق از آزمون آماری کای دو، تست دقیق فیشر و آزمون تی مستقل استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. مطالعه حاضر توسط کمیته پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأیید شد. همچنین تأییدیه اخلاقی این مطالعه توسط کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز اخذ شده است (کد: ۵,۴,۹۲۹۰).

### یافته‌ها

نتایج مطالعه در رابطه با سابقه انجام پاپ اسمیر نشان داد که از ۴۴۱ فرد شرکت کننده در مطالعه، ۲۱۸ نفر (۴۹/۴٪) پاپ اسمیر انجام داده بودند، ولی ۲۲۳ نفر (۵۰/۶٪) این آزمون را انجام نمی‌دادند (نمودار ۱).

#### غربالگری سرطان سرویکس



نمودار ۱- فراوانی انجام غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز سال ۹۱-۱۳۹۰

بودن آن (۱۱/۴٪)، خجالت از انجام آزمون پاپ اسمیر (۵٪) و نداشتن فرصت به علت مشغله زیاد (۴/۶٪) بود. بیشترین دلیل انجام پاپ اسمیر در افراد انجام دهنده،

مهمترین دلایل عدم انجام پاپ اسمیر به ترتیب عدم شناخت و آگاهی از اهمیت آن (۴۶/۱٪)، عدم ارجاع از طرف مراکز بهداشتی-درمانی (۲۴/۲٪)، ترس از دردناک

نفر (۴۸/۵٪) در حد دبیرستان بود. از نظر شغلی بیشتر افراد در گروه انجام دهنده پاپ اسمیر ۱۸۹ نفر (۸۶/۶٪) و گروه عدم انجام پاپ اسمیر ۲۰۲ نفر (۹۳/۱٪) خانه‌دار بود. در اکثر افراد انجام دهنده پاپ اسمیر ۱۳۲ نفر (۶۷/۷٪) و اکثر افراد عدم انجام پاپ اسمیر ۱۳۲ نفر (۶۴/۴٪) دخل برابر خرج بود.

تحصیلات همسر در بیشتر افراد انجام دهنده پاپ اسمیر ۸۴ نفر (۳۸/۹٪) و در بیشتر افراد عدم انجام پاپ اسمیر ۸۹ نفر (۴۰/۱٪) در حد دبیرستان بود. شغل همسر در گروه انجام دهنده پاپ اسمیر ۱۴۰ نفر (۶۶/۷٪) آزاد و در گروه عدم انجام پاپ اسمیر ۱۴۴ نفر (۶۵/۸٪) آزاد بود. دو گروه از نظر سطح تحصیلات (p=۰/۶۴)، شغل (p=۰/۲۲)، میزان درآمد (p=۰/۴۳)، سطح تحصیلات همسر (p=۰/۱۱) و شغل همسر (p=۰/۸۴) تفاوت معنی‌داری نداشتند.

در رابطه با وضعیت انجام پاپ اسمیر، میانگین سن شروع انجام پاپ اسمیر در این مطالعه ۲۵/۲۱±۵/۵ سال بود. تنها ۷۴ نفر (۳۸/۳٪) از افراد جهت انجام پاپ اسمیر به طور مرتب به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کردند. فواصل مراجعه جهت انجام پاپ اسمیر در ۸۰ نفر (۴۵/۷٪)، بیشتر از ۳ سال بود و زمان انجام پاپ اسمیر در ۶۶ نفر (۳۷/۵٪)، روز پنجم تا دهم سیکل قاعدگی بود. میانگین تعداد دفعات انجام پاپ اسمیر ۲/۰۵±۱/۵ بار و میانگین فاصله انجام پاپ اسمیر از شروع رابطه جنسی ۵/۷±۵/۲ سال بود (جدول ۱).

توصیه پزشک و پرسنل درمانی (۴۹/۵٪) و سپس بدون هیچ دلیل خاصی به منظور کنترل (۳۳/۳٪) بود.

میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه انجام دهنده آزمون ۳۱/۹±۷/۵ سال و در گروه عدم انجام آزمون ۳۰/۱±۶/۴ سال بود که این میانگین در گروه عدم انجام آزمون به طور معنی‌داری کمتر بود (p=۰/۰۱۴). در مورد روش پیشگیری از بارداری، از میان افراد استفاده کننده از کاندوم ۳۸/۱۵٪ تست پاپ اسمیر را انجام و ۶۱/۸۵٪ آنرا انجام نمی‌دادند. از میان افراد استفاده کننده از IUD ۶۳/۸۸٪ تست پاپ اسمیر را انجام و ۳۶/۱۲٪ آنرا انجام نمی‌دادند. از میان افراد استفاده کننده از روش منقطع ۴۱/۶۶٪ تست پاپ اسمیر را انجام و ۵۸/۳۴٪ آنرا انجام نمی‌دادند. از میان افراد استفاده کننده از روش وازکتومی و بستن لوله‌های رحمی ۶۰٪ تست پاپ اسمیر را انجام و ۴۰٪ آنرا انجام نمی‌دادند. از نظر روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده بین افراد انجام دهنده پاپ اسمیر و افرادی که آن را انجام نمی‌دادند تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (p=۰/۰۴۵). نقطه قابل توجه اینکه بیش از نیمی از افراد استفاده کننده از IUD، روش‌های وازکتومی و بستن لوله‌های رحمی، غربالگری را انجام داده بودند ولی در زنان استفاده کننده از سایر روش‌ها، درصد انجام غربالگری کمتر از نصف بود.

میزان تحصیلات در اکثر افراد انجام دهنده پاپ اسمیر ۹۵ نفر (۴۳/۶٪) و اکثر افراد عدم انجام پاپ اسمیر ۱۰۷

جدول ۱- وضعیت انجام غربالگری سرطان دهانه رحم در افراد انجام دهنده پاپ اسمیر در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر تبریز سال ۹۱-۱۳۹۰

متغیر	(درصد) تعداد
سن شروع اولین پاپ اسمیر	زیر ۲۰ سال ۱۸(۶/۷)
	۲۰-۳۰ سال ۱۶۳(۷۶/۹)
	۳۰-۴۰ سال ۳۱(۱۴/۷)
	بالای ۴۰ سال ۴(۲/۰)
فواصل مراجعه جهت انجام پاپ اسمیر	هر شش ماه یک بار ۴(۲/۳)
	هر سال یک بار ۵۰(۲۸/۶)
	هر دو سال یک بار ۱۶(۹/۱)
	هر سه سال یک بار ۲۵(۱۴/۳)
	بیشتر ۸۰(۴۵/۷)

۲۷(۱۵/۳)	روز پنجم	
۶۶(۳۷/۵)	روز پنج تا ده	زمان انجام پاپ اسمیر (از شروع قاعدگی)
۶۱(۳۴/۷)	روز ده تا هجده	
۲۲(۱۲/۵)	بعد از روز هجده	
۱۰۲(۵۰/۰)	۳ سال و کمتر	فاصله زمانی شروع پاپ اسمیر از اولین رابطه جنسی
۱۰۲(۵۰/۰)	بالای ۳ سال	
۷۴(۳۸/۳)	مرتب	نحوه مراجعه برای انجام پاپ اسمیر
۱۱۹(۶۱/۷)	نامرتب	
۱۶۱(۷۵/۲)	۱-۲	دفعات انجام پاپ اسمیر
۳۸(۱۷/۸)	۳-۴	
۱۵(۷/۰)	۵ و بیشتر	
۹(۴/۵)	بلی	سابقه انجام پاپ اسمیر طی بارداری
۱۸۴(۹۲/۰)	خیر	
۷(۳/۵)	موردی ندارد	
۹۳(۴۶/۵)	بلی	سابقه انجام پاپ اسمیر طی دوره بعد از زایمان
۱۰۷(۵۳/۵)	خیر	
۵(۵/۴)	یک ماه بعد از زایمان	فاصله زمانی انجام پاپ اسمیر از آخرین زایمان
۸(۸/۷)	دو ماه بعد از زایمان	
۱۲(۱۳/۰)	سه ماه بعد از زایمان	
۹(۹/۸)	شش ماه بعد از زایمان	
۵۸(۶۳/۰)	بیشتر	
۹۸(۴۶/۲)	یک سال قبل	زمان انجام آخرین پاپ اسمیر
۴۰(۱۸/۹)	دو سال قبل	
۱۸(۸/۵)	سه سال قبل	
۱۲(۵/۷)	چهار سال قبل	
۴۴(۲۰/۸)	بیشتر	

بودند  $۱۲/۳۹ \pm ۴/۸$  و در گروهی که انجام نمی‌دادند  $۸/۷۵ \pm ۴/۹$  بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ).  
همچنین بر اساس نتایج مطالعه، مهمترین منبع کسب اطلاعات در افرادی که پاپ اسمیر انجام داده بودند، کارکنان بهداشتی (۴۸٪) بود (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون آماری در این مطالعه بین انجام غربالگری سرطان سرویکس با میانگین نمره آگاهی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت؛ به گونه ای که میانگین نمره افراد در گروهی که پاپ اسمیر انجام داده

جدول ۲- مهمترین منبع کسب اطلاعات در زمینه غربالگری سرطان دهانه رحم در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی -

#### درمانی شهر تبریز سال ۹۱-۱۳۹۰

منبع کسب اطلاعات	(درصد) تعداد
کارکنان بهداشتی	۶۹(۴۳/۴)
وسایل ارتباط جمعی	۳۶(۲۲/۶)
مطب پزشکان	۲۱(۱۳/۲)
دوستان	۱۱(۶/۹)
سمینارها و کنفرانسها	۱۲(۷/۵)
مطالب کتابها	۹(۵/۷)
سایر	(۰/۶)

نتایج مطالعه در رابطه با ارتباط عوامل خطر سرطان دهانه رحم با انجام غربالگری نشان داد که از بین عوامل خطر، ازدواج در سنین پایین، شروع روابط جنسی در سنین پایین و سابقه انجام کوتر، کرایو و کورتاژ مکرر با انجام غربالگری سرطان دهانه رحم ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ( $P=0/008$ ) (جدول ۳).

جدول ۳- ارتباط عوامل خطر با انجام پاپ اسمیر در افراد مورد پژوهش

عامل خطر	انجام و عدم انجام غربالگری		انجام دهنده		غیر انجام دهنده	
	بلی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)
ازدواج در سنین پایین	۷۳(۳۳/۵)	۱۴۵(۶۶/۵)	۵۳(۲۳/۹)	۱۶۹(۷۶/۱)	*۰/۰۲	
شروع روابط جنسی در سنین پایین	۶۷(۳۱/۲)	۱۴۸(۶۸/۸)	۴۷(۲۱/۵)	۱۷۲(۷۸/۵)	*۰/۰۲	
وجود بیش از یک شریک جنسی در خود فرد	۵(۲/۳)	۲۱۲(۹۷/۷)	۴(۱/۸)	۲۱۶(۹۸/۲)	۰/۷۲	
وجود بیش از یک شریک جنسی در همسر	۲(۰/۹)	۲۱۴(۹۹/۱)	۳(۱/۴)	۲۱۸(۹۸/۶)	۰/۵۱۱	
مصرف سیگار	۰(۰)	۲۱۸(۱۰۰)	۱(۰/۴)	۲۲۲(۹۹/۶)	۰/۵۱	
مصرف الکل	۱(۰/۵)	۲۱۷(۹۹/۵)	۱(۰/۵)	۲۲۰(۹۹/۵)	۰/۷۵	
سابقه عفونت واضح دهانه رحم	۷۳(۳۴/۱)	۱۴۱(۶۵/۹)	۵۹(۲۶/۶)	۱۶۳(۷۳/۴)	۰/۰۸	
ضعف سیستم ایمنی	۳(۱/۴)	۲۱۴(۹۸/۶)	۲(۰/۹)	۲۲۰(۹۹/۱)	۰/۵۱	
سابقه سرطان	۱(۰/۵)	۲۱۵(۹۹/۵)	۱(۰/۵)	۲۲۱(۹۹/۵)	۰/۷۴	
سرطان آلت تناسلی در همسر	۰(۰)	۲۱۲(۱۰۰)	۱(۰/۵)	۲۲۰(۹۹/۵)	۰/۳۳	
مصرف قرص پیشگیری از بارداری خوراکی	۳۹(۱۸/۱)	۱۷۷(۸۱/۹)	۴۳(۱۹/۵)	۱۷۸(۸۰/۵)	۰/۷	
استفاده مداوم از کاندوم	۵۲(۲۳/۹)	۱۶۶(۷۶/۱)	۴۹(۲۲/۲)	۱۷۲(۷۷/۸)	۰/۶۷	
عفونت مکرر دستگاه تناسلی در یک سال اخیر	۴۳(۱۹/۷)	۱۷۵(۸۰/۳)	۳۹(۱۷/۶)	۱۸۲(۸۲/۴)	۰/۵۷	
سابقه سرطان سرویکس در بستگان نزدیک	۹(۴/۲)	۲۰۳(۹۵/۸)	۶(۲/۸)	۱۸۵(۸۵/۶)	۰/۷	
سابقه ابتلاء به زگیل تناسلی	۲(۰/۹)	۲۱۰(۹۹/۱)	۵(۲/۳)	۲۱۴(۹۷/۷)	۰/۲۴	
سابقه ابتلاء همسر به زگیل تناسلی	۳(۱/۴)	۲۰۸(۹۸/۶)	۲(۰/۹)	۲۱۶(۹۹/۱)	۰/۸۳	
کوتر، کرایو و یا کورتاژ مکرر	۱۱(۵/۴)	۱۹۳(۹۴/۶)	۲(۰/۹)	۲۱۲(۹۹/۱)	*۰/۰۰۸	

## بحث

در مطالعه حاضر از بین ۴۴۱ فرد شرکت کننده در مطالعه، ۲۱۸ نفر (۴۹/۴٪) پاپ اسمیر انجام داده بودند، ولی ۲۲۳ نفر (۵۰/۶٪) این آزمون را انجام نمی دادند. در مطالعه رمضانی تهرانی و همکاران (۲۰۰۰)، ۴۱/۶٪ زنان فقط یک بار تست پاپ اسمیر را در طول زندگی خود انجام داده بودند (۱۶٪). اما در مطالعه سولومون که بر روی زنان ایالات متحده و رندولف که بر روی زنان آمریکایی مکزیک انجام شد، به ترتیب ۸۵٪ و ۹۳٪ زنان فقط یک بار تست پاپ اسمیر را انجام داده بودند (۱۷، ۱۸) لذا به نظر می رسد که آگاهی و عملکرد زنان مورد پژوهش این مطالعه در مورد انجام پاپ اسمیر در مقایسه با سایر جوامع بسیار کمتر است.

در مطالعه حاضر فواصل مراجعه جهت انجام پاپ اسمیر در بیشتر افراد (۴۵/۷٪) بیش از ۳ سال بود. در مطالعه فیتزونگ و همکاران (۲۰۰۹) میانگین فواصل پاپ اسمیر ۱/۸ سال بود (۱۹). همچنین در مطالعه باروسو و همکاران (۲۰۱۱) فواصل انجام پاپ اسمیر در ۳۹٪ زنان هر ۶ ماه و در ۳۴/۵٪ زنان، سالانه بود (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت، لذا می توان نتیجه گرفت که فواصل انجام پاپ اسمیر در افراد این مطالعه مطلوب نیست. علت این عدم همخوانی می تواند ناشی از عدم آگاهی خود افراد، فرهنگ نامناسب، عدم تلاش کارکنان و مراقبین سلامت در مورد اهمیت انجام پاپ اسمیر و توصیه به انجام آن باشد. در مطالعه ما زمان انجام پاپ اسمیر در اکثر افراد مورد مطالعه (۳۷/۵٪) روز پنجم تا

دهم سیکل قاعدگی بود که این مورد نیز با دستورالعمل مراقبت مدیریت شده (۳۳) همخوانی نداشت.

در این مطالعه میانگین فاصله انجام پاپ اسمیر از شروع رابطه جنسی در افراد انجام دهنده، بیش از ۵ سال بود. بیشترین دلیل انجام پاپ اسمیر در افراد انجام دهنده، توصیه پزشک و پرسنل درمانی (۴۹/۵) بود. در مطالعه باقیانی مقدم (۲۰۰۳) مهمترین علت انجام آزمایش پاپ اسمیر، وجود علائم بیماری (۳۱/۸٪) و همچنین تشویق و توصیه کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی (۲۹/۵٪) بود (۲۱). لذا به نظر می‌رسد که وضعیت رسیدگی پزشک و پرسنل درمانی از نظر توصیه به انجام پاپ اسمیر در شهر تبریز بهتر بوده است.

در مطالعه ما مهمترین دلیل عدم انجام پاپ اسمیر در اکثر موارد، عدم شناخت و آگاهی از اهمیت پاپ اسمیر (۴۶/۱٪) بود، اما در مطالعه باقیانی مقدم (۲۰۰۳)، مهمترین علت عدم انجام آزمایش پاپ اسمیر در ۵۰/۵٪ افراد، عدم وجود ناراحتی و بیماری و در ۳۷/۷٪ افراد، عدم آگاهی در مورد این آزمایش بود (۲۱). در حالی که در مطالعه لارتی و همکاران (۲۰۰۳)، دلایل اصلی عدم انجام پاپ اسمیر، توصیه نکردن پزشک یا پرستار بود (۲۲). در مطالعه یخ فروشان و همکاران (۲۰۰۸) نیز مهمترین علت عدم انجام پاپ اسمیر، شرم آور بودن انجام پاپ اسمیر گزارش شد (۲۳). تمام این مطالعات به طور مستقیم و غیر مستقیم مؤید نیاز به افزایش سطح آگاهی در بین زنان جهت رفع علت اصلی عدم انجام غربالگری است.

در مطالعه حاضر بین انجام غربالگری سرطان سرویکس با نمره آگاهی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به گونه‌ای که میانگین نمره آگاهی افراد در گروهی که پاپ اسمیر انجام داده بودند،  $12/39 \pm 4/8$  و در گروهی که انجام نمی‌دادند  $8/75 \pm 4/9$  بود. مطالعه رضایی چمانی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که زنان با سطح آگاهی بالاتر در مورد پاپ اسمیر، در مورد انجام آن عملکرد بهتری داشتند (۲۴). در مطالعه چیچانگ و همکاران (۲۰۰۲) در کنیا نیز بیماران آگاه در مورد پاپ اسمیر اغلب یک تست پاپ اسمیر در گذشته داشتند (۲۵). مطالعه رضایی قهرمانی و همکاران (۲۰۰۰) در ایران نیز

نشان داد که با افزایش شناخت در مورد تست پاپ اسمیر، عملکرد زنان به طور تقریباً یکنواخت افزایش می‌یابد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۶). بنابراین با توجه به تأکید تمام مطالعات بر تأثیر آگاهی بر روی انجام پاپ اسمیر، تهیه برنامه‌های آموزشی مناسب در مورد پاپ اسمیر جهت بالا بردن میزان آگاهی و عملکرد زنان ضروری به نظر می‌رسد.

در مطالعه حاضر مهمترین منبع کسب اطلاعات در مورد پاپ اسمیر (۴۳/۴٪) کارکنان بهداشتی بود که در مطالعه چیچانگ نیز مهمترین منبع اصلی اطلاعات زنان در مورد تست پاپ اسمیر مراقبین بهداشتی بودند (۲۵) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه باقیانی مقدم (۲۰۰۳)، پزشک مؤثرترین منبع آموزش در مورد پاپ اسمیر معرفی شد (۲۱). علت عدم همخوانی در مورد منبع کسب اطلاعات در این مطالعه و مطالعه باقیانی مقدم می‌تواند سطح آموزش بهتر توسط کارکنان بهداشتی در شهر تبریز نسبت به شهر یزد باشد. همچنین باید توجه کرد که جمعیت مورد پژوهش در مطالعه حاضر، زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی بود لذا مسلم است که زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، بیشترین اطلاعات را از کارکنان بهداشتی کسب خواهند کرد.

در مطالعه حاضر بین انجام غربالگری سرطان سرویکس با سن و نوع روش تنظیم خانواده (IUD) و روش‌های جراحی) در افراد مورد مطالعه، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. میانگین سنی در گروه انجام دهنده پاپ-اسمیر به طور معنی‌داری بیشتر بود. از بین روش‌های تنظیم خانواده، افرادی که از IUD و روش‌های جراحی استفاده کرده بودند عملکرد بالاتری در مورد انجام پاپ-اسمیر داشتند. در مورد بالا بودن انجام پاپ اسمیر در افراد استفاده کننده از IUD، علت این مسأله می‌تواند توصیه به انجام آزمایش پاپ اسمیر قبل از قرار دادن IUD و حین معاینات دوره‌ای توسط ماماها مطابق با فرم‌های مشاوره قبل از IUD گذاری در مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران باشد در مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز باشد.



در این زنان با زنان به ظاهر سالم و غیر مبتلا مقایسه شود. همچنین مطالعه ای در زمینه میزان بروز سرطان دهانه رحم در زنان جامعه انجام و نقش آزمون غربالگری سرطان دهانه رحم در کاهش موربیدیت و مورتالیتت این زنان مشخص شود. از آنجایی که مطالعه حاضر در مراکز بهداشتی- درمانی شهر تبریز انجام شد، پیشنهاد می‌شود که مطالعه ای تحت همین عنوان بر روی سایر اقشار زنان و سایر شهرستان‌ها و در مراکزی غیر از مراکز بهداشتی - درمانی صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه عملکرد پایین در مورد پاپ اسمیر را در بین زنان مورد پژوهش نشان داد. می‌توان با آموزش و حساس نمودن زنان به موضوع و فواید تشخیص در مراحل اولیه بیماری، عملکرد آنها را بهبود بخشید. با توجه به اینکه کارکنان بهداشتی منبع مهم اطلاعاتی زنان می‌باشند، لذا نقش این گروه در ارتقای سطح آگاهی زنان بسیار محرز می‌باشد. همچنین به نظر می‌رسد که به حداقل رساندن هزینه‌های انجام پاپ‌اسمیر و حتی رایگان کردن آن برای قشرهای کم درآمد توسط سیاست‌گذاران بهداشتی می‌تواند در مقدر کردن انجام پاپ اسمیر برای همه اقشار جامعه مفید باشد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کمیته محترم تحقیقات دانشجویی که ما را در تصویب و حمایت مالی این طرح تحقیقاتی یاری کردند، همچنین از همکاری و مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، مسئولین مرکز بهداشت شهرستان تبریز و مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی و همه زنانی که با صبر و حوصله ما را در جمع‌آوری اطلاعات یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالعه رضانی تهرانی و همکاران (۲۰۰۰) در ایران نشان داد که سن، سطح تحصیلات و محل سکونت بر عملکرد افراد در مورد انجام پاپ اسمیر تأثیر معنی داری دارد (۱۶). در مطالعه نلسون و همکاران (۲۰۰۹) نیز از بین مشخصات فردی اجتماعی افراد، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با انجام تست پاپ اسمیر ارتباط آماری معنی داری داشت (۷). اما در مطالعه صابری و همکاران (۲۰۱۲) انجام پاپ اسمیر با سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، میزان درآمد، تعداد زایمان و نوع روش پیشگیری از بارداری ارتباط آماری معنی داری نداشت (۲۶). به نظر می‌رسد که سطح تحصیلات بالاتر و افزایش آگاهی، باعث افزایش عملکرد در افراد می‌شود؛ هر چند در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و انجام غربالگری ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین باید بر ضرورت انجام به موقع غربالگری در افراد با ازدواج یا ارتباط جنسی در سنین پایین تأکید کرد.

در مطالعه حاضر از بین عوامل خطر سرطان دهانه رحم، ازدواج در سنین پایین، شروع روابط جنسی در سنین پایین، سابقه انجام کوتر، کرایو و کورتاژ مکرر با انجام غربالگری سرطان دهانه رحم ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. در مطالعه هادی و همکار (۲۰۱۲) بیوه بودن، سن پایین ازدواج (۷۵٪) و تعداد فرزندان (۱۳٪) به عنوان عامل خطر سرطان دهانه‌ی رحم وجود داشت (۲۷).

مطالعه حاضر با توجه به پرونده‌های فعال بهداشتی انجام شد و از آنجایی که تعداد زنان سنین بالای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی پایین است، لذا می‌توان مطالعه‌ای جداگانه به صورت توصیفی و یا تجربی بر روی این افراد انجام داد. پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم در زمینه آزمون غربالگری سرطان دهانه رحم داده شود و طی پژوهشی دیگر، تأثیر آموزش بر وضعیت انجام غربالگری سرطان دهانه رحم مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه ای مشابه بر روی زنان دارای سابقه ابتلاء به دیسپلازی یا سرطان دهانه رحم انجام شود و وضعیت انجام غربالگری سرطان دهانه رحم

1. Ministry of Health and Medical Education. Non-communicable diseases, cervical cancer. Available from: <http://iec.behdasht.gov.ir>.
2. The American Cancer Society. What are the key statistics about cervical cancer? Available from: <http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervicalcancer-key-statistics/2012>.
3. Behtash N, Karimizarchi M. [Cervical cancer: the preventive role of HPV vaccine] [Article in Persian. Tehran Univ Med J 2007;64(12):1-8.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Gynecologic Cancers: Cervical cancer risk factors. Page last updated: September 3, 2013. Available from: [http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic\\_info/risk\\_factors.htm](http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/risk_factors.htm)
5. Vixsins R. ACOG Revises Cervical Cancer Screening Guidelines. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/news/news/acog-revises-cervical-cancer-screening-guidelines>.
6. Wright TC Jr, Cox JT, Massed LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus Guidelines for management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA 2002 Apr;287(16):2120-9.
7. Nelson W, Moser RP, Gaffeg A, Waldron W. Adherence to cervical cancer screening guidelines for US women aged 25-64: data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). J Womens Health (Larchmt) 2009 Nov;18(11):1759-68.
8. Giard RW, Blok P. [Cervical smears unsuitable for exclusion of cervical carcinoma] [Article in Dutch]. Ned Tijdschr Geneesk 2000 Jan 8;144(2):86-7.
9. Ministry of Health and Medical Education. Instruction of managed care's, number (33) Guidance for Pap Smear. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2004.
10. Sait KH. Attitudes, knowledge, and practices in relation to cervical cancer and its screening among women in Saudi Arabia. Saudi Med J 2009 Sep;30(9):1208-12.
11. Udigwe GO. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (pap smear) among female nurses in Nnewi South Eastern Nigeria. Niger J Clin Pract 2006 Jun;9(1):40-3.
12. Were E, Nyaberi Z, Buziba N. Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya. Afr Health Sci 2011 Mar;11(1):58-64.
13. Sancho-Garnier H, Khazraji YC, Cherif MH, Mahnane A, Hsairi M, El Shalakamy A, et al. Overview of cervical cancer screening practices in the extended Middle East and North Africa countries. Vaccine 2013 Dec 30;31 Suppl 6:G51-7.
14. Fayed L. 5 reasons why women don't get Pap smears. Available from: <http://cancer.about.com/od/cervicalcancerscreening/a/papsmearreasons.htm>.
15. Hilton LW, Jennings-Dozier K, Bradley PK, Lockwood-Rayermann S, DeJesus Y, Stephens DL, et al. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment. Cancer 2003 Nov 1;98(9 Suppl):2070-4.
16. Ramazani Tehrani F, Mohammad K, Rahgozar M, Naghavi M. Knowledge and practice of Iranian women toward cervical cancer. Reprod Infertil 2000;2(5):50-6.
17. Randolph WM, Freeman DH Jr, Freeman JL. Pap smear use in a population of older Mexican-American women. Women Health 2002;36(1):21-31.
18. Solomon D, Breen N, McNeel T. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of implementation of screening guidelines. CA Cancer J Clin 2007 Mar-Apr;57(2):105-11.
19. Fizhugh V, Heller D. Improved awareness of Pap smear may not affect its use in Nigeria. J Lower Genit Tract Dis 2009;852-4.
20. Barroso MF, Gomes KR, Andrade JX. [Frequency of Pap smear testing in young women with an obstetric history in Teresina, Piaui, Brazil] [Article in Portuguese]. Rev Panam Salud Publica 2011 Mar;29(3):162-8.
21. Baghyani Moghaddam M. [Survey on knowledge, attitude and practice of 15-49 years age group married women related to Pap smear test in Yazd city in 2001] [Article in Persian]. J Mazandaran Univ Med Sci 2003;13(40):79-87.
22. Lartey M, Joubert G, Cronje HS. Knowledge, attitudes and practices of rural women in South Africa regarding the Pap smear. Int J Gynaecol Obstet 2003 Dec;83(3):315-6.
23. Yakhforushha A, Solhi M, Ebadifard Azar F. [Effects of education via health belief model on knowledge and attitude of voluntary health workers regarding Pap smear in urban centers of Qazvin] [Article in Persian]. Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2008;18(63):25-30.
24. Rezaie-Chamani S, Mohammadalizadeh-Charandabi S, Kamalifard M. Knowledge, attitudes and practice about Pap Smear among women referring to a public hospital. J Fam Reprod Health 2012;6(4):177-82.
25. Chang CC, Tseng CJ, Liu WW, Jain S, Horng SG, Soong YK, et al. Clinical evaluation of a new model of self-obtained method for the assessment of genital human papilloma virus infection in an underserved population. Chang Gung Med J 2002 Oct;25(10):664-71.
26. Saberi F, Sadat Z, Abedzadeh M. [Factors associated with cervical cancer screening and its barriers among women, Kashan, Iran] [Article in Persian]. Payesh 2012;3:366-70.
27. Hadi N, Azimirad A. [Knowledge attitude and practice of women in Shiraz about cervical cancer and Pap smear 2009] [Article in Persian]. Iran J Cancer Preven 2012;3(3):117-26.