

بررسی ارتباط عوامل فردی و باورهای بهداشتی با میزان اضطراب قبل از ماموگرافی در زنان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی

فرخنده حیاتی^{۱*}، دکتر سیمین جهانی^۲، پروانه موسوی^۳، محمد حسین
حقیقی زاده^۴

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران.
۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۴. مربی گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۴

خلاصه

مقدمه: سرطان پستان شایع ترین بدخیمی در زنان است که در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان مؤثر، بالقوه کشنده می باشد. نقش باورها در انجام رفتارهای غربالگری برای کنترل بیماری بسیار مفید می باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط عوامل فردی و باورهای بهداشتی با میزان اضطراب قبل از ماموگرافی در زنان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۲۰ نفر از زنان مراجعه کننده به دو مرکز ماموگرافی شهر اهواز انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به سه پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و بالینی، باورهای بهداشتی و اضطراب موقعیتی پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی) و استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در این مطالعه ۶۴ نفر (۵۳/۳٪) از واحدهای پژوهش، از اضطراب خفیف برخوردار بودند. بین سن و میزان اضطراب ($p=۰/۰۰۱$) و همچنین بین درآمد ماهیانه و اضطراب ($p=۰/۰۳۱$) ارتباط معنی داری مشاهده شد. بین تعداد انجام ماموگرافی با میزان اضطراب ارتباط معنی داری پیدا شد ($p=۰/۰۰۰$). بین مجموع نمرات باورهای بهداشتی نسبت به موانع انجام ماموگرافی و حساسیت درک شده نسبت به سرطان پستان و اضطراب ارتباط معنی داری یافت نشد ($p=۰/۵۵$).

نتیجه گیری: طراحی و اجرای برنامه های آموزشی گسترده در سطح جامعه می تواند تأثیر بسزایی در تصحیح و ارتقاء سطح نگرش و دانش زنان درباره رفتارهای بهداشتی پیشگیری و غربالگری سرطان پستان داشته باشد.

کلمات کلیدی: اضطراب قبل از ماموگرافی، باورهای بهداشتی، زنان

* نویسنده مسئول مکاتبات: فرخنده حیاتی؛ دانشکده پرستاری، دانشکده علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران. تلفن: ۰۶۱-۵۳۲۶۵۳۵۷؛ پست الکترونیک: farkhonde_hayati@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان، نوعی سرطان است که تشخیص زودهنگام آن، مناسب‌ترین روش کاهش مرگ‌ومیر ناشی از آن می‌باشد. انجمن سرطان آمریکا، خودآزمایی پستان، ماموگرافی و معاینه بالینی پستان را برای تشخیص زود هنگام سرطان پستان توصیه می‌کند. مطالعات نشان دادند که ماموگرافی سالانه و معاینه بالینی پستان منجر به کاهش ۳۰-۲۰٪ مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان شده است (۱). در ایران، سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در زنان است که ۲۱/۴٪ از کل موارد گزارش شده سرطان را در زنان شامل می‌شود. علاوه بر شیوع بالای سرطان پستان در ایران، زنان ایرانی در مقایسه با زنان در کشورهای توسعه یافته، حداقل یک دهه زودتر به این بیماری گرفتار می‌شوند (۲). در ایران سن شیوع این بیماری اکثراً در سنین ۳۵ تا ۴۴ سالگی گزارش شده است (۳). حدود نیمی از بیماران با تشخیص به موقع سرطان پستان، بقیه عمر خود را بدون عود سپری می‌کنند و یک سوم نیز به این دلیل بیماری فوت می‌کنند (۴). بنابراین، مشخص است که پیشگیری از سرطان پستان و تشخیص زودرس آن از جمله عوامل حیاتی در کنترل بیماری و افزایش بقاء عمر بیماران است (۴).

ماموگرافی (عکس‌برداری از پستان توسط اشعه ایکس)، روش عمده غربالگری و شناسایی سرطان پستان زنان است که می‌تواند ضایعات غیر قابل لمس (کوچک‌تر از یک سانتی‌متر) را شناسایی کرده و به تشخیص توده‌های قابل لمس کمک کند. زنانی که برای ماموگرافی نوبت داده می‌شوند، ممکن است از قرار گرفتن در معرض اشعه اظهار نگرانی کنند. اما مقدار اشعه جهت ماموگرافی خطر سرطان پستان را افزایش نمی‌دهد. فواید ماموگرافی از خطرات آن بیشتر است و باید ماموگرافی در یک مرکز معتبر و قابل اعتمادی انجام شود (۵).

برخی مطالعات درصد نسبتاً بالایی از ترس، اضطراب و افسردگی را در زنان هنگام ماموگرافی نشان داده‌اند. مانند مطالعه منتظری و همکاران (۲۰۰۵) که نشان داد، حدود ۲۷٪ مراجعین به مراکز ماموگرافی در معرض اختلال اضطراب و ۱۴٪ از آنان در معرض اختلال

افسردگی قرار داشتند، همچنین زنانی که از تحصیلات کمتر برخوردار بودند و از نظر سنی در گروه سنی جوان‌تر قرار داشتند اضطراب بیشتری را به هنگام ماموگرافی از خود بروز دادند. در مورد افسردگی نیز زنان بی‌سواد و مسن‌تر بیشتر دچار اختلال بودند (۶). در مطالعات دیگر نیز سطوح مختلفی از اضطراب گزارش شده است. جهت وجود اضطراب و افسردگی در این خصوص، دلایل متعددی مطرح شده است. به‌طور مثال، معمولاً زنان از اینکه نتیجه ماموگرافی آن‌ها منجر به تشخیص سرطان پستان شود به شدت نگران هستند و این امر خصوصاً در زنان با سابقه فامیلی ابتلاء به سرطان پستان بیشتر است. زنان دارای سابقه بیماری، حتی اگر تشخیص سرطان برای آن‌ها مطرح نشده باشد، نگرانی بیشتری داشته و این موضوع بیانگر آن است که این نگرانی در طول زمان به‌صورت مزمن شکل می‌گیرد. همچنین ناآشنا بودن با دستگاه ماموگرافی و روند انجام آن نیز به افزایش اضطراب در زنان کمک می‌کند (۷). در مطالعات دیگر نیز، سطوح بالایی از اضطراب را در زنانی که یافته غیرطبیعی در گزارش ماموگرافی آن‌ها مشاهده شده و جهت ماموگرافی بعدی دعوت شده بودند نشان داده شده است (۸). همچنین در برخی مطالعات، درد ناشی از انجام ماموگرافی و نیز خطرات پرتو و دریافت نتیجه ماموگرافی مثبت کاذب که نیاز به ارزیابی مجدد بیمار را مطرح می‌کند، از دلایلی تلقی می‌شود که منجر به بروز اضطراب و افسردگی در زنان می‌شود (۶).

در مطالعه مینیرو و همکاران (۲۰۰۱)، سطوح تحصیلی و سن با میزان اضطراب زنان ارتباط آماری معنی‌داری داشت؛ به‌طوری‌که میزان اضطراب در زنان با تحصیلات پایین و سن بالا بیشتر بود. همچنین، تأثیر تعدیل‌کننده حمایت پزشک معالج بر روی این نشانه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که برخورداری از حمایت کافی پزشک با کاهش پاسخ‌های تنشی همراه است (۹). در صورتی که این نگرانی ناشی از عدم آگاهی زنان باشد، مشخص می‌شود که آنان به اطلاعاتی نیاز دارند که آن‌ها را از منافع و زیان‌های انجام یا عدم انجام این اقدام آگاه کند (۱۰). برخی مطالعات نشان دادند، عدم آگاهی افراد در مورد فواید و اهمیت انجام ماموگرافی،

مطالعات در ایران و سایر کشورها در زمینه اضطراب قبل از ماموگرافی، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط عوامل فردی و باورهای بهداشتی با میزان اضطراب قبل از ماموگرافی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز ماموگرافی را انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی - همبستگی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۲۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز ماموگرافی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی امیرالمؤمنین و نفت اهواز انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا ۲۵ نفر به صورت پایلوت انتخاب شدند و سپس با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بین باورهای بهداشتی و اضطراب و استفاده از فرمول حجم نمونه، ۱۲۰ نفر محاسبه شد. مقدار ضریب همبستگی در مطالعه پایلوت ۰/۲۹۵ با اطمینان ۹۵٪ و توان ۹۰٪ بود.

افراد مورد مطالعه که در روز نمونه‌گیری به مراکز ماموگرافی مراجعه کرده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۳۰ سال به بالا، عدم داشتن هرگونه بیماری جسمی که منجر به اضطراب در فرد شود، عدم مصرف داروی مسکن یا آرام‌بخش و داروی پروپرانالول قبل از آزمایش، نداشتن استرس خاصی در ۶ ماه اخیر که موجب اضطراب در او شود و نداشتن بیماری روانی تأیید شده و معیار خروج از مطالعه ابتلاء به سرطان پستان بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سه بخشی بود. بخش اول مشخصات جمعیت شناختی و بالینی، بخش دوم سؤالات باورهای بهداشتی و بخش سوم سؤالات اضطراب موقعیتی بود. پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و بالینی شامل ۱۴ سؤال: سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، درآمد ماهیانه، تعداد زایمان، وضعیت یائسگی، هورمون درمانی پس از یائسگی، تعداد دفعات انجام ماموگرافی، دلیل انجام ماموگرافی، سابقه سرطان پستان در بستگان درجه ۱ و سابقه سایر سرطان‌ها در بستگان درجه ۱ بود. سؤالات باور بهداشتی برگرفته از مقیاس مدل اعتقاد بهداشتی چمپیون بود که در سال

عدم توصیه پزشک در انجام ماموگرافی، زمان‌گیر بودن، دردناک بودن و پر هزینه بودن آزمایش از موانع کاهش انجام ماموگرافی در زنان می‌باشد (۱۱). مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف تعیین باورهای بهداشتی زنان نسبت به ماموگرافی انجام شد، نشان داد باور بهداشتی زنانی که اعتقاد دارند، انجام خودآزمایی پستان برای یافتن توده کفایت می‌کند و انجام ماموگرافی لازم نیست، از موانع کاهش انجام ماموگرافی می‌باشد (۱۱).

براون و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادند که عدم داشتن بیمه درمانی، کمبود دسترسی به مراقبت، ترس از رادیوتراپی، انتظار و پیش‌بینی درد، ترس از نتیجه آزمایش، موانع فرهنگی و تصور غلط در مورد سرطان پستان و پیشگیری از آن، از عوامل کاهش انجام ماموگرافی در زنان می‌باشد (۱۲).

به‌علاوه بر اساس نتایج برخی مطالعات، عوامل خطر مؤثر در بروز تنش‌های روحی و روانی در زمان تشخیص بیماری شامل: سن بالا، سابقه بیماری سرطان پستان در خانواده، فقدان حمایت‌های اجتماعی از سوی ارائه‌کنندگان خدمت و تحصیلات پایین می‌باشد (۷).

با توجه به اینکه، جامعه بیماران مبتلا به سرطان پستان، اکثریت زنان هستند و این افراد نقش حساس و مهم در خانواده و اجتماع را بر عهده دارند، از طرفی بقای این بیماران در تشخیص زودرس و کنترل آن می‌باشد. معاینه ماموگرافی، حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین معاینه‌ای است که می‌تواند به همراه معاینه بالینی برای پیشگیری و تشخیص زودرس سرطان پستان زنان انجام شود (۱۱). همچنین برخی مطالعات نشان دادند که وجود اضطراب و نگرانی و افسردگی در زنانی که جهت انجام ماموگرافی به مراکز ماموگرافی مراجعه می‌کنند، می‌تواند تأثیر سوء بر افراد مراجعه‌کننده داشته باشد و باعث شود تا زنان علاقه‌چندانی به انجام ماموگرافی از خود نشان ندهند (۶). همچنین می‌تواند موجب افزایش هزینه و نیز کاهش شرکت زنان جامعه در برنامه غربالگری و ارزیابی‌های دوره‌ای شود (۷). از آنجا که باورهای بهداشتی در عملکرد زنان و همچنین انجام ماموگرافی اهمیت دارد و با توجه به محدود بودن

است. در مورد سؤالات ۱، ۲، ۵، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰ امتیاز مقیاس درجه‌بندی شامل اصلاً با "امتیاز ۴"، تا حدودی با "امتیاز ۳"، به طور متوسط با "امتیاز ۲"، و زیاد با "امتیاز ۱" می‌باشد. در مورد سؤالات ۳، ۴، ۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸ امتیاز مقیاس درجه‌بندی شامل اصلاً با "امتیاز ۱"، تا حدودی با "امتیاز ۲"، به طور متوسط با "امتیاز ۳" و زیاد با "امتیاز ۴" می‌باشد. این پرسشنامه از اعتبار علمی بالایی برخوردار است. حداقل امتیازات کسب شده ۲۰ به معنای عدم وجود اضطراب و حداکثر ۸۰ به معنای بیش‌ترین میزان اضطراب است. نمرات ۲۱-۳۹ بیانگر اضطراب خفیف، نمرات ۴۰-۵۹ اضطراب متوسط و نمرات ۶۰-۸۰ بیانگر اضطراب شدید می‌باشد. همچنین این پرسشنامه از اعتماد جهانی برخوردار بوده و به بیش از ۳۰ زبان زنده دنیا ترجمه شده است. این پرسشنامه در مطالعات داخل و خارج از کشور در سطح وسیعی به کار رفته است. ابوالحسینی در مطالعه خود از این پرسشنامه استفاده کرد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ را عنوان می‌کند (۱۵، ۱۶).

پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و توضیح در مورد روند مطالعه، پرسشنامه‌ها در اختیار واحدهای پژوهش قرار داده شد. روش گردآوری اطلاعات به روش پرسشنامه بود. سؤالات در مورد افراد بی‌سواد و زیر دیپلم از طریق خواندن پرسشنامه برای آنها، تکمیل شد و افرادی که سطح تحصیلات آنها مقطع دیپلم و بالاتر بود، خود با خواندن پرسشنامه و در صورت لزوم توضیح سؤالات پرسشنامه توسط پژوهشگر، پاسخ دادند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، میانگین سنی واحدهای پژوهش $47/11 \pm 8/9$ سال بود (جدول ۱). بیشترین مانع برای

۱۹۸۴ جهت استفاده بین‌المللی طراحی و در سال ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ مورد بازنگری قرار گرفت (۱۳، ۱۴). این پرسشنامه شامل ۱۵ سؤال که در دو زمینه موانع درک شده انجام ماموگرافی (۹ سؤال) و حساسیت درک شده در زمینه استعداد ابتلاء به سرطان پستان (۶ سؤال) بود، که بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت تنظیم شد. در این پرسشنامه، منظور از باورهای بهداشتی در مورد موانع انجام ماموگرافی؛ عقیده و نگرش فرد در مورد مواردی نظیر هزینه بالای ماموگرافی، ترس از نتیجه ماموگرافی، درد حین انجام آن و ... بود. منظور از حساسیت درک شده؛ عقیده و نگرش فرد در مورد آسیب‌پذیری زنان در ابتلاء به سرطان پستان در مقایسه با سایر بیماری‌ها نظیر بالا بودن سن، سابقه سرطان پستان در خانواده و ... بود. امتیاز مقیاس درجه‌بندی سؤالات باورهای بهداشتی در مورد موانع انجام ماموگرافی شامل: کاملاً موافقم با "امتیاز ۱"، موافقم با "امتیاز ۲"، نظری ندارم با "امتیاز ۳"، مخالفم با "امتیاز ۴"، کاملاً مخالفم با "امتیاز ۵" بود. امتیاز مقیاس درجه‌بندی سؤالات باورهای بهداشتی در موارد حساسیت درک شده و استعداد ابتلاء به سرطان پستان شامل: کاملاً موافقم با "امتیاز ۵"، موافقم با "امتیاز ۴"، نظری ندارم با "امتیاز ۳"، مخالفم با "امتیاز ۲"، کاملاً مخالفم با "امتیاز ۱" بود. در مورد سؤال "ابتلاء به سرطان پستان یک تقدیر الهی است" کاملاً موافقم با "امتیاز ۱"، موافقم با "امتیاز ۲"، نظری ندارم با "امتیاز ۳"، مخالفم با "امتیاز ۴"، کاملاً مخالفم با "امتیاز ۵" بود. بدین ترتیب نمره دامنه این آزمون ۱۵ و ۷۷ و امتیازات سؤالات باورهای بهداشتی در سه دسته ضعیف (۳۵-۱۵)، متوسط (۵۶-۳۶) و قوی (۷۷-۵۷) بود. روایی و پایایی این آزمون در مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ را محاسبه کردند (۱۱).

پرسشنامه اضطراب موقعیتی اسپیل برگر^۱: پرسشنامه اضطراب موقعیتی، اولین بار توسط اسپیل برگر و همکاران (۱۹۸۳) در آمریکا ساخته شد. ضریب پایایی آزمون بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال می‌باشد که مربوط به سنجش اضطراب موقعیتی

¹ State Trait Anxiety Inventory

انجام ماموگرافی در زنان این بود که در مورد سؤال "انجام خودآزمایی پستان برای یافتن تغییرات کفایت می‌کند و ماموگرافی لازم نیست"، ۸۹ نفر (۷۴/۲٪) جواب موافقم را داده بودند (جدول ۲).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات جمعیت شناختی و بالینی زنان مراجعه‌کننده به مراکز ماموگرافی شهر اهواز.

سال ۱۳۸۹		
ردیف	مشخصات جمعیت شناختی و بالینی	تعداد (درصد)
سن (سال)	۳۰-۴۰	۲۴ (۱۶/۷)
	۴۱-۵۰	۵۴ (۴۵)
	۵۱-۶۰	۳۳ (۲۷/۵)
	۶۱-۷۰	۶ (۴/۹)
	بیشتر از ۷۰	۳ (۲/۴)
وضعیت تأهل	مجرد	۷ (۵/۸)
	متأهل	۱۰۴ (۸۶/۷)
	بیوه	۹ (۷/۵)
تحصیلات	بی‌سواد	۲۰ (۱۶/۷)
	زیر دیپلم	۵۰ (۴۱/۷)
	دیپلم	۳۷ (۳۰/۸)
	بالای دیپلم	۱۳ (۱۰/۸)
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۷ (۵/۸)
	زیر دیپلم	۴۱ (۳۴/۲)
	دیپلم	۳۵ (۲۹/۲)
	بالای دیپلم	۲۴ (۲۰)
وضعیت اشتغال	خانه دار	۱۰۴ (۸۶/۷)
	شاغل	۱۶ (۱۳/۳)
	بیکار	۵ (۴/۲)
	بازنشسته	۲۹ (۲۴/۲)
	کارگر	۱۸ (۱۵)
وضعیت اشتغال همسر	آزاد	۱۷ (۱۴/۲)
	کارمند	۳۷ (۳۰/۸)
	کمتر از ۵۰۰۰۰۰	۳۰ (۲۵)
	۵۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰	۶۴ (۵۳)
درآمد ماهیانه (تومان)	بیشتر از ۱۰۰۰۰۰۰	۲۲ (۱۸/۳)
	Missing 4	
تعداد زایمان	۰-۲	۲۳ (۱۹/۲)
	۳-۵	۶۲ (۵۱/۷)
	بیشتر یا مساوی ۶	۲۸ (۲۳/۴)
	بلی	۴۴ (۳۶/۷)
وضعیت یائسگی	خیر	۷۶ (۶۳/۳)
	هورمون درمانی پس از یائسگی	۱۲ (۱۰)
وضعیت یائسگی	خیر	۳۲ (۹۰)
	بلی	۸۷ (۷۲/۵)
دفعات انجام ماموگرافی	۱-۲	۲۱ (۱۷/۵)
	۳-۴	۹ (۲۹)
	بیشتر از ۴	Missing 3

۱۵ (۱۲/۵)	برآمدگی در پستان	
۶ (۵)	ترشح از نوک پستان	
۳۵ (۲۹/۲)	درد	دلیل انجام ماموگرافی
۵۹ (۴۹/۲)	چک آپ	
۵ (۴/۲)	لمس توده	
۲۳ (۱۹/۲)	بلی	سابقه سرطان پستان در
۹۷ (۸۰/۸)	خیر	بستگان درجه ۱
۴۱ (۳۴/۲)	بلی	سابقه سرطان‌های دیگر
۷۹ (۶۵/۸)	خیر	بدن در بستگان درجه ۱

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از پاسخ‌گویی به سؤالات باورهای بهداشتی نسبت به موانع انجام

ماموگرافی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز ماموگرافی شهر اهواز

موارد نسبت به موانع انجام ماموگرافی	کاملاً موافقم تعداد (درصد)	موافقم تعداد (درصد)	نظری ندارم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)
۱- ماموگرافی باعث نگرانی فرد در مورد سرطان پستان می‌شود.	۹ (۷/۵)	۴۸ (۴۰)	۴۳ (۳۵/۸)	۱۵ (۱۲/۵)	۵ (۴/۲)
۲- انجام خودآزمایی پستان برای یافتن تغییرات کفایت می‌کند و ماموگرافی لازم نیست.	۱۴ (۱۱/۷)	۹۵ (۷۹/۲)	۵ (۴/۲)	۲ (۱/۷)	۴ (۳/۳)
۳- عدم توصیه پزشک در مورد ماموگرافی مانع از انجام آن می‌شود.	۹ (۷/۵)	۴۸ (۴۰)	۴۱ (۳۴/۲)	۱۹ (۱۵/۸)	۳ (۲/۵)
۴- عدم آگاهی دقیق در مورد ماموگرافی مانع از انجام آن می‌شود.	۷ (۵/۸)	۵۲ (۴۳/۳)	۴۰ (۳۳/۳)	۱۳ (۱۰/۸)	۸ (۶/۷)
۵- ترس از خطرات اشعه در ماموگرافی مانع از انجام می‌شود.	۷ (۵/۸)	۷۲ (۶۰)	۳۰ (۲۵)	۴ (۳/۳)	۷ (۵/۸)
۶- انجام خودآزمایی پستان برای یافتن هر توده ای در پستان کفایت می‌کند لذا نیاز به انجام ماموگرافی نیست.	۲۰ (۱۶/۷)	۸۹ (۷۴/۲)	۴ (۳/۳)	۲ (۱/۷)	۵ (۴/۲)
۷- انجام ماموگرافی وقت‌گیر است.	۱۸ (۱۵)	۶۳ (۵۲/۵)	۳۱ (۲۵/۸)	۴ (۳/۳)	۴ (۳/۳)
۸- انجام ماموگرافی دردناک است.	۲ (۱/۷)	۳۸ (۳۱/۷)	۵۱ (۴۲/۵)	۹ (۷/۵)	۲۰ (۱۶/۷)
۹- انجام ماموگرافی هزینه زیادی دارد.	۳۶ (۳۰)	۷۰ (۵۸/۳)	۶ (۵)	۲ (۱/۷)	۶ (۵)

در موارد حساسیت درک شده و استعداد ابتلاء به سرطان پستان، ۷۷ نفر (۶۴/۲٪) افراد در مورد سؤال: "چنانچه مادر یا خواهر زنی به سرطان پستان مبتلا شده باشند ابتلاء وی به سرطان پستان بیشتر است" جواب نظری ندارم را داده بودند (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از پاسخ‌گویی به سؤالات باورهای بهداشتی نسبت به موارد

حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان در زنان مراجعه‌کننده به مراکز ماموگرافی شهر اهواز

موارد حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان	کاملاً موافقم تعداد (درصد)	موافقم تعداد (درصد)	نظری ندارم تعداد (درصد)	مخالفم تعداد (درصد)	کاملاً مخالفم تعداد (درصد)
۱۰- با افزایش سن، استعداد ابتلاء به سرطان پستان در فرد بیشتر می‌شود.	۳ (۲/۵)	۲۳ (۱۹/۲)	۷۰ (۵۸/۲)	۱۵ (۱۲/۵)	۹ (۷/۵)
۱۱- چنانچه مادر یا خواهر زنی به سرطان پستان مبتلا شده باشند ابتلاء وی به سرطان پستان بیشتر است.	۲ (۱/۷)	۱۰ (۸/۳)	۷۷ (۶۴/۲)	۲۶ (۲۱/۶)	۵ (۴/۲)
۱۲- ابتلاء به سرطان پستان یک تقدیر الهی است.	۴ (۳/۳)	۲۵ (۲۰/۸)	۵۴ (۴۵)	۱۷ (۱۴/۲)	۲۰ (۱۶/۷)
۱۳- وجود هر توده‌ای در پستان، استعداد ابتلاء به سرطان پستان را افزایش می‌دهد.	۴ (۳/۳)	۴۳ (۳۵/۸)	۴۳ (۳۵/۸)	۳ (۲/۵)	۲۷ (۲۲/۵)
۱۴- چاقی در هر فردی استعداد ابتلاء به سرطان پستان را افزایش می‌دهد.	۱۱ (۹/۲)	۳۰ (۲۵)	۴۷ (۳۹/۲)	۶ (۵)	۲۶ (۲۱/۷)
۱۵- زنان مجرد نسبت به زنان متأهل بیشتر در معرض ابتلاء به سرطان پستان هستند.	۱۲ (۱۰)	۶۴ (۵۳/۳)	۱۷ (۱۴/۲)	۴ (۳/۳)	۲۳ (۱۹/۲)

نمره کلی باورهای بهداشتی نسبت به موانع انجام ماموگرافی و موارد حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان در حد متوسط بود جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از پاسخگویی به سؤالات باورهای بهداشتی در زنان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی شهر اهواز

مراکز ماموگرافی شهر اهواز			
باورهای بهداشتی	ضعیف (۱۵-۳۵)	متوسط (۳۶-۵۶)	قوی (۵۷-۷۷)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
نسبت به موانع انجام ماموگرافی	۵۸ (۴۸/۳)	۶۲ (۵۱/۷)	—
حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان	۱۳ (۱۰/۸)	۹۶ (۸۰)	۱۱ (۹/۲)

جدول ۵- امتیازات کسب شده از میزان اضطراب زنان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی شهر اهواز

میزان اضطراب	تعداد (درصد)
شدید (۶۰-۸۰)	۱۲ (۱۰/۸)
متوسط (۴۰-۵۹)	۴۲ (۳۵)
خفیف (۲۱-۳۹)	۶۴ (۵۳/۳)

بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، مجموع نمرات باورهای بهداشتی نسبت به موانع انجام ماموگرافی با اضطراب ارتباط مستقیم داشت ولی معنی دار نبود. همچنین، مجموع نمرات باورهای بهداشتی نسبت به حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان با اضطراب ارتباط معکوس داشت ولی معنی دار نبود. به طور کلی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثریت زنانی (۲۶/۶٪) که از اضطراب خفیف برخوردار بودند، نمره کلی باورهای بهداشتی در زمینه موانع انجام ماموگرافی و موارد حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان داشتند، متوسط بود. ارتباط آماری معنی داری بین این دو متغیر مشاهده نشد ($p=0/55$) (جدول ۶).

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مشخص گردید سن با میزان اضطراب نسبت معکوس دارد ($p=0/01$)؛ به ازای هر سال که به سن افزوده می شود ۰/۴۳۵ از نمره اضطراب کم می شود. همچنین، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مشخص گردید درآمد ماهیانه با میزان اضطراب نسبت معکوس دارد. به طوری که، به ازای هر ۱ میلیون تومان که به حقوق اضافه می شود ۴/۲ از نمره اضطراب کم می شود ($p=0/31$). در تست ضریب همبستگی پیرسون مشخص گردید تعداد انجام ماموگرافی با میزان اضطراب قبل از ماموگرافی ارتباط معکوس معنی داری وجود داشت ($p=0/00$)؛ هر چه تعداد مراجعات بیشتر بود، میزان اضطراب کمتر بود. بین میزان اضطراب قبل از ماموگرافی با تعداد زایمان و وضعیت تأهل ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p>0/05$).

جدول ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیازات کسب شده از میزان باورهای بهداشتی و اضطراب زنان مراجعه کننده به مراکز

نتیجه آزمون	ماموگرافی شهر اهواز			
	باور قوی (تعداد درصد)	باور متوسط (تعداد درصد)	باور ضعیف (تعداد درصد)	باور بهداشتی اضطراب
$p=0/55$	۱ (۰/۸)	۵۲ (۲۶/۶)	۱۱ (۹/۲)	خفیف (۲۱-۳۹)
	۰	۳۰ (۲۵)	۱۲ (۱۰)	متوسط (۴۰-۵۹)
	۱ (۰/۸)	۱۱ (۹/۲)	۲ (۱/۷)	شدید (۶۰-۸۰)
	۲ (۱/۷)	۹۳ (۷۷/۵)	۲۵ (۲۰/۸)	جمع

بحث

در مطالعه حاضر اکثریت زنان (۵۳/۳٪) از اضطراب خفیف برخوردار بودند. در مطالعه احمري طهران و همکاران (۲۰۰۹)، بیشترین سطح اضطراب در بدو ورود به مطالعه در هر دو گروه آزمون و کنترل، در سطح خفیف بود (۷٪). در مطالعه سوبان و همکاران (۲۰۱۲) اکثریت زنان دارای اضطراب متوسط بودند (۱۷٪).

در مطالعه حاضر بین سن و میزان اضطراب ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که با افزایش سن، میزان اضطراب کاهش می‌یافت. در مطالعه منتظری و همکاران (۲۰۰۵)، زنانی که از نظر سنی در گروه سنی جوان‌تر قرار داشتند اضطراب بیشتری را به هنگام ماموگرافی از خود نشان دادند (۶٪)، اما در مطالعه مینیرو و همکاران (۲۰۰۱)، میزان اضطراب در زنان با افزایش سن بیشتر بود (۹٪).

در مطالعه حاضر بین تعداد مراجعات برای انجام ماموگرافی و اضطراب ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد؛ به طوری که هرچه دفعات مراجعات بیشتر بود، افراد میزان اضطراب کمتری را تجربه می‌کردند. به نظر می‌رسد کارکنان بخش رادیولوژی با ارائه اطلاعات لازم می‌توانند اضطراب زنان به‌ویژه افرادی که برای اولین بار اقدام به انجام ماموگرافی می‌کنند، را بکاهند.

یافته دیگر نشان داد بین درآمد ماهیانه و اضطراب ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد؛ زنانی که درآمد ماهیانه بالاتری داشتند از اضطراب کمتری برخوردار بودند. عوامل اقتصادی و اجتماعی می‌تواند بر میزان اضطراب تأثیر بیشتری داشته باشد (۶، ۹، ۱۷). در مطالعه براون (۲۰۰۸) پر هزینه بودن ماموگرافی در بین زنان اسپانیایی کم درآمد عامل حائز اهمیتی در تشخیص سرطان پستان و افزایش مرگ و میر آن‌ها بوده است (۱۲).

در مطالعه حاضر بین میزان اضطراب قبل از ماموگرافی با وضعیت تأهل ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد؛ این نتایج با مطالعه منتظری و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی داشت (۶).

نکته مهم به‌عنوان بیشترین مانع جهت انجام ماموگرافی در زنان مورد مطالعه، این بود که در مورد سؤال: "انجام خودآزمایی پستان برای یافتن تغییرات کفایت می‌کند و

ماموگرافی لازم نیست"، ۸۹ نفر (۷۴/۲٪)، جواب موافقم را داده بودند، که با مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت (۱۱).

نکته مهم دیگر به‌عنوان بیش‌ترین باور در موارد استعداد ابتلاء به سرطان پستان این بود که در مورد سؤال: "چنانچه مادر یا خواهر زنی به سرطان پستان مبتلا شده باشند ابتلاء وی به سرطان پستان بیشتر است"، ۷۷ نفر (۶۴/۲٪) افراد جواب نظری ندارم را داده بودند. در حالی که در مطالعه عابدیان کاسگری و همکاران (۲۰۰۶) اکثریت زنان جواب موافقم را داده بودند (۱۱). یکی از علل ایجاد کننده سرطان پستان، سابقه خانوادگی مثبت می‌باشد (۵)؛ این نتایج نشان می‌دهد زنان مورد مطالعه از دانش و آگاهی کافی در رابطه با عوامل بوجود آورنده بیماری سرطان پستان برخوردار نمی‌باشند.

در بین اضطراب و برخی باورهای بهداشتی شامل: ماموگرافی باعث نگرانی فرد در مورد سرطان پستان می‌شود، انجام خودآزمایی پستان برای یافتن تغییرات کفایت می‌کند و ماموگرافی لازم نیست، زنان مجرد نسبت به زنان متأهل بیشتر در معرض ابتلاء به سرطان پستان هستند ارتباط معنی‌داری با ($P < 0.05$) پیدا شد. برخی مطالعات نیز نشان دادند، عدم آگاهی افراد در مورد فواید و اهمیت انجام ماموگرافی، عدم توصیه پزشک در انجام ماموگرافی، وقت گیر بودن، دردناک بودن و پر هزینه بودن آزمایش از موانع کاهش انجام ماموگرافی در زنان می‌باشد (۱۱).

در مطالعه حاضر، ترس از خطرات اشعه، هزینه زیاد، وقت‌گیر بودن، عدم آگاهی دقیق در مورد ماموگرافی، دردناک بودن و عدم توصیه پزشک از موانع انجام ماموگرافی بود. در مطالعه نورهاشیمیا و وینگ کی (۲۰۱۵) که بر روی ۶۱۹ نفر از زنان مالزیایی، چینی و هندی در کشور مالزی انجام شد، بیش‌ترین موانع برای انجام ماموگرافی ترس از خطر اشعه و دردناک بودن آن بود (۱۹). براون و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادند، کمبود دسترسی به مراقبت، کم شدن ویزیت توسط پزشک، ترس از رادیوتراپی، انتظار و پیش‌بینی درد و ترس از نتیجه آزمایش از عوامل کاهش انجام ماموگرافی در زنان می‌باشد (۱۲). شناخت فواید و

نتیجه گیری

طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی گسترده در سطح جامعه می‌تواند تأثیر بسزایی در تصحیح و ارتقاء سطح نگرش و دانش زنان درباره رفتارهای بهداشتی پیشگیری و غربالگری سرطان پستان با تمرکز بر کاهش موانع درک شده در انجام ماموگرافی و افزایش حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در تاریخ ۸۹/۷/۳ با شماره U-89098 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از پرسنل محترم بخش رادیولوژی بیمارستان‌های امیرالمومنین و نفت اهواز و تمام زنانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مزایای انجام ماموگرافی و توصیه‌های راهنمایان عمل در زمینه انجام، باعث تمایل زنان به انجام ماموگرافی می‌شود (۲۰). در مطالعه حاضر اکثریت زنانی که از اضطراب خفیف برخوردار بودند، نمره کلی باورهای بهداشتی در زمینه موانع انجام ماموگرافی و موارد حساسیت درک شده نسبت به استعداد ابتلاء به سرطان پستان، متوسط بود و ارتباط آماری معنی‌داری بین این دو متغیر مشاهده نشد ($p=0/55$).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدود بودن مکان‌های نمونه‌گیری در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی و نفت اهواز بوده و پژوهشگر قادر به نمونه‌گیری در بخش‌های خصوصی به دلیل عدم رضایت مسئولین ذیربط نبود، بنابراین لزوم انجام مطالعات مشابه با حجم نمونه بیشتر و محیط پژوهش گسترده‌تری که در مانگاه‌های رادیولوژی خصوصی را شامل می‌شود را نشان می‌دهد.

منابع

- Groot MT, Baltussen R, Uyl-de Groot CA, Anderson BO, Hortobagyi GN. Costs and health effects of breast cancer interventions in epidemiologically different regions of Africa, North America, and Asia. *Breast J* 2006; 12(Suppl 1):81-90.
- Moradi-Marjaneh M, Homaei-Shandiz F, Shamsian SA, Mashhadi IE, Hedayati-Moghadam MR. Correlation of HER2/neu over expression, p53 protein accumulation and steroid receptor status with tumor characteristics: An Iranian study of breast cancer patients. *Iran J Public Health* 2008; 37(3):19-28.
- Hayati F. What women need to know about breast cancer. Tehran: Artinteb; 2010.
- Mirzae HR, Hajian S, Mofid B. The role of prognostic factors on breast cancer recurrence in patients at radiation oncology ward in Imam Hossain hospital. *Iran Quart J Breast Dis* 2008; 1(2):18-23. (Persian).
- Smeltzer, Soozan O. Nursing of internal and surgical reproductive and breast diseases. Trans: Abed Saeedi Z. Tehran: Salemi; 2008. P. 133-82. (Persian).
- Montazeri A, Jafari M, Ebrahimi M. Anxiety and depression in women attending a breast cancer mammography center. *Payesh* 2005; 4(3):181-8. (Persian).
- Kachoe A, Abedini Z. Effects of education and preparation on anxiety in women referring for mammography. *Life Sci J* 2013; 10(4s):7-12.
- Domar AD, Eyvazzadeh A, Allen S, Roman K, Wolf R, Orav J, et al. Relaxation techniques for reducing pain and anxiety during screening mamography. *AJR Am Roentgenol* 2005; 184(2):445-7.
- Mainiero MB, Schepps B, Clements NC, Bird CE. Mammography-related anxiety: effect of procedural patient education. *Womens Health Issues* 2001; 11(2):110-5.
- Thornton H, Edwards A, Baum M. Women need better information about routine mammography. *BMJ* 2003; 327(7406):101-3.
- Kasgari Anedian K, Shah Hosseini Z, Adeli H. Health beliefs about mammography in women referred to health centers of Sari in 2005. *Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16(54):90-8.
- Brown Sofair J, Lehlbach M. The role of anxiety in a mammography screening. *Psychosomatics* 2008; 49(1):49-55.
- Bakhtariaghdam F, Nourizadeh R, Sahebi L. The role of health belief model in promotion of beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers of Tabriz in 2010. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2011; 23(6):25-31. (Persian).
- Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health* 1999; 22(4):341-8.

15. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
16. Abolhasani SH. Effect of sensory stimulation on sleep deprivation symptoms and cardiac index in patients in ICU. *Koomesh* 2005; 7(1-2):71-6. (Persian).
17. Arslan S, Nazik E, Uzun Ö, Torun S, Taylan S. Evaluation of pre-procedure anxiety levels for undergoing mammography women. *Health Med* 2012; 6(4):1182.
18. Teo CT, Yeo YW, Lee SC. Screening mammography behavior and barriers in Singaporean Asian women. *Am J Health Behav* 2013; 37(5):667-82.
19. Hassan N, Ho WK, Mariapun S, Teo SH. A cross sectional study on the motivators for Asian women to attend opportunistic mammography screening in a private hospital in Malaysia: the MyMammo study. *BMC Public Health* 2015; 15:548.
20. Abbas Zadeh A, Taebi M, Simin K, Haghdoost A. The relationship of health beliefs of Kermanian women and participation in mammography. *J Qualit Res Health Sci* 2011; 10(2):9-17.

Archive of SID