Iranian Journal of Breast Diseases. 2021; 14(2):26-40.

Original Article

Barriers to Participation of Breast Cancer Patients' Relatives in Mammographic Screening

Noori K[1], Sahraee P[2], Keshavarz Mohammadi N[3*]

[1]Islamic Republic of Iran Taekwondo Federation, University of Applied Science and Technology, Tehran, Iran
[2]Family Health Department, Kamyaran Health Network, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[3]Public health Department, School of Public health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Receive: 9/3/2021
Accepted: 4/7/2021

[*]**Corresponding Author:**
n_keshavars@yahoo.com

Ethics Approval:
IR.SBMU.PHNS.REC.1395

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common female cancer in the world and Iran and the leading cause of cancer death among Iranian women. One way to control this cancer is to get screened and diagnosed early. Given that screening in the general population is not possible, early detection of this cancer in high-risk women is one way to control it. Mammography is one way to diagnose breast cancer, but unfortunately, most people do not want to have a mammogram. This is an important issue for women with a family history of breast cancer, which constitutes one of the most high-risk groups for the disease. Therefore, the present study aimed to identify the views of relatives of patients with breast cancer about the reasons for unwillingness to perform mammography.

Methods: The present study was a qualitative study performed on 160 first-degree relatives and 118 second-degree relatives of breast cancer patients who were selected by purposive sampling to discover the reasons for not performing mammography. In-depth semi-structured interviews were used to collect data. All data were recorded and handwritten and analyzed using structural methods.

Results: In the content analysis of the interviews, 5 themes, 14 main categories, and 73 subcategories were extracted. Preoccupation with daily life matters and lack of knowledge were the most common barriers to participation in screening among 1st-degree relatives, while wrong beliefs and attitudes constituted the most common barriers contributing to the unwillingness to getting mammography screening among 2nd-degree relatives.

Conclusion: Relatives of women with breast cancer are neglected despite facing a high probability of developing this cancer. It is suggested that the country's health system provide comprehensive and effective education for relatives of women with breast cancer to raise awareness and eliminate misconceptions.

Keywords: Breast Cancer, Mammography, Screening, Barriers, Relatives of Breast Cancer Patients

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۱۴۰۰؛ ۱۴(۲): ۴۰-۲۶

مقاله پژوهشی

بررسی موانع انجام غربالگری ماموگرافیک در بستگان مبتلایان به سرطان پستان

کبری نوری[۱]، پروانه صحرائی[۲]، نسترن کشاورز محمدی[۳*]

[۱]فدراسیون تکواندو، دانشگاه جامع علمی کاربردی، تهران، ایران
[۲]بهداشت خانواده، شبکه بهداشت و درمان شهرستان کامیاران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[۳]گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱۲/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۳

* **نویسنده مسئول:**
n_keshavars@yahoo.com

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در جهان و ایران و اولین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان ایرانی محسوب می‌شود. یکی از راه‌های کنترل این سرطان، انجام غربالگری‌ها و تشخیص زودهنگام این بیماری است. با توجه به این که امکان غربالگری در جمعیت عمومی وجود ندارد، تشخیص زودهنگام این سرطان در زنان پرخطر یکی از راه‌های کنترل این سرطان است. ماموگرافی یکی از راه‌های تشخیص این سرطان است، اما متاسفانه بیشتر افراد تمایلی به انجام ماموگرافی ندارند. این موضوع در زنان با سابقه فامیلی سرطان پستان، که یکی از گروه‌های پرخطر این بیماری محسوب می‌شوند، مساله مهمی است. به همین دلیل مطالعه حاضر با هدف شناسایی دیدگاه‌های بستگان بیمار مبتلا به سرطان پستان در زمینه عدم تمایل به انجام ماموگرافی انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی بوده، که بر روی ۱۶۰ نفر از بستگان درجه ۱ و ۱۱۸ نفر از بستگان درجه ۲ بیماران مبتلا به سرطان پستان که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، برای کشف دلایل عدم انجام ماموگرافی انجام گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختارمند استفاده گردید. تمام داده‌ها ضبط و دست نویس شد و با استفاده از روش ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در تحلیل محتوی مصاحبه‌ها، ۵ مضمون، ۱۴ طبقه اصلی، ۷۳ طبقه فرعی استخراج شد، مسایل و مشکلات زندگی و عدم آگاهی کافی از دلایل عدم غربالگری در بستگان درجه ۱ بوده و باورها و نگرش‌های نادرست در بستگان درجه ۲ رتبه اول را بین دلایل ذکر شده آنان داشت.

نتیجه‌گیری: از بستگان زنان مبتلا به سرطان پستان، با توجه به احتمال بالای ابتلا به این سرطان، غفلت می‌شود. پیشنهاد می‌شود که در سیستم خدمات بهداشتی کشور، آموزش‌های جامع و اثربخش برای بستگان زنان مبتلا به سرطان پستان با هدف ارتقاء آگاهی و رفع نگرش‌های نادرست، پیش‌بینی شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، ماموگرافی، غربالگری، موانع، بستگان مبتلایان به سرطان پستان

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در جهان است (۱- ۳). در ایران نیز سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان بوده و ۲۴/۵٪ از کل سرطان‌های زنان را در ایران به خود اختصاص می‌دهد (۲). سالانه حدود ۱۰ هزار نفر به این سرطان مبتلا می‌شوند (۲، ۴). موارد شیوع ۵ ساله این سرطان حدود ۴۰ هزار نفر تخمین زده شده است (۴). در حال حاضر میزان بروز این سرطان در ایران در حال افزایش است (۲). متاسفانه زنان در ایران با مراحل پیشرفته‌تری از سرطان پستان در سنین جوانی مواجه می‌شوند (۱، ۵).

عوامل خطر متعددی برای سرطان پستان در جهان شناخته شده است. از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به سابقه بیماری‌های خوش‌خیم پستان، سابقه فردی ابتلا به سرطان پستان و سابقه فامیلی ابتلا به سرطان پستان اشاره کرد (۸- ۱۰). مطالعات نشان می‌دهد اگر یکی از بستگان درجه یک (مادر، خواهر و یا دختر) زیر ۵۰ سال یک زن، مبتلا به سرطان پستان باشد، احتمال ابتلای وی به این بیماری ۲ برابر بیشتر از افراد دیگر است و زنی که دو نفر از بستگان درجه یک او مبتلا باشند، احتمال ابتلای وی به ۴ تا ۶ برابر می‌رسد (۶).

برنامه‌های غربالگری جزیی از برنامه‌های تشخیص زودهنگام سرطان محسوب می‌شوند و سرطان پستان نیز به دلیل شیوع بالا واجد شرایط غربالگری است. میزان بقاء در این سرطان به وسیله تشخیص زودهنگام و از طریق غربالگری دوره‌ای افزایش می‌یابد. تشخیص زودهنگام، باعث کاهش میزان مرگ ناشی از سرطان شده و غربالگری برای تشخیص سرطان پستان هنگامی مناسب است که در مراحل اولیه یعنی زمانی که درمان بیشترین اثر را بر نتیجه بیماری خواهد داشت انجام شود (۱۱، ۱۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که در ایالات متحده به دلیل تشخیص زودهنگام، میزان مرگ ناشی از سرطان پستان در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ حدود ۳۴٪ کاهش یافته است. در اروپا نیز کاهش مرگ ناشی از سرطان پستان بین ۲۵ تا ۳۱ درصد گزارش شده است. اما میزان موارد جدید ابتلا به این سرطان در ایران در حال افزایش است (۲) که دلیل آن افزایش امید به زندگی، افزایش شهرنشینی و اتخاذ سبک زندگی غربی در کشورهای درحال توسعه مانند ایران است (۱۳).

مطالعات در ایران نشان می‌دهد که متاسفانه زنان در کشور ما با مراحل پیشرفته‌تری از سرطان پستان در سنین جوانی مواجه می‌شوند (۱، ۵) و در بسیاری از موارد، تشخیص این سرطان و متعاقباً درمان آن نیز با تاخیر صورت می‌پذیرد (۱۴، ۱۵)، که همین امر بر میزان بقای بیماران اثر می‌گذارد. در این راستا عدم ارزیابی خطر در بستگان مبتلایان به سرطان پستان، عدم اطلاع از وضعیت غربالگری این افراد و همچنین عدم ارائه آموزش به این گروه باعث افزایش احتمال ابتلا به سرطان پستان در این گروه پرخطر شده است. علیرغم افزایش میزان بروز و کاهش سن ابتلا به سرطان پستان در ایران و نیز افزایش مرگ و میر به علت این سرطان، برنامه غربالگری سرطان پستان در ایران به طور متداول اجرا نمی‌شود (۱۶). لذا به‌نظر می‌رسد که تشخیص زودهنگام این سرطان، کلید کاهش بار این بیماری باشد (۱۵، ۱۷).

با توجه به نقش عوامل ارثی و فامیلی، بستگان مبتلایان به سرطان پستان به دلیل احتمال ابتلای بیشتر باید زودتر و سریع‌تر تحت ارزیابی و تشخیص این بیماری قرار گیرند در مورد زنانی که سابقه فامیلی قوی ابتلا به سرطان پستان دارند با توجه به افزایش قابل توجه احتمال ابتلا، بررسی‌ها برای تشخیص زودهنگام باید هرچه زودتر آغاز شود. اما معمولاً خانواده افراد مبتلا، به دلایل متعدد از غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان پستان سرباز می‌زنند (۱۸).

ماموگرافی یکی از روش‌های تشخیص زودهنگام بیماری است که به افراد دارای سابقه فامیلی سرطان پستان به خصوص افراد پرخطر توصیه می‌شود (۱۹). میزان انجام ماموگرافی در کشورهای توسعه یافته متفاوت است (۲۰- ۲۳). در ایران میزان انجام ماموگرافی در جمعیت زنان ۴۰ تا ۵۹ سال، ۳ تا ۲۶ درصد تخمین زده می‌شود (۲۴). که این میزان بسیار نامناسب است زیرا زنانی هستند که علیرغم در خطر بودن، بنا به دلایل یسیار متقاوت برای تشخیص زودهنگام این سرطان اقدام به انجام ماموگرافی نمی‌کنند (۲۵، ۲۶). با توجه به وجود موانع و مشکلات فراوان در تمایل افراد به انجام ماموگرافی و نقش عوامل فرهنگی، خانوادگی و سیستم بهداشت درمانی و تفاوت علل در افراد مختلف، مطالعه حاضر در راستای شناسایی موانع و مشکلات عدم انجام ماموگرافی در بستگان زنان مبتلا به سرطان پستان در تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی می‌باشد که با هدف تبیین دیدگاه بستگان مبتلایان به سرطان پستان از موانع انجام غربالگری ماموگرافیک با روش مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته انجام یافت. این مطالعه به بررسی عمیق موانع و مشکلات غربالگری ماموگرافی در بستگان مبتلایان به سرطان پستان پرداخت. جامعه پژوهش، زنانی بودند که از بستگان درجه ۱ (مادر، خواهر و دختر) و بستگان درجه ۲ (خاله و عمه) مبتلایان به سرطان پستان بوده، سن بالاتر از ۴۰ سال داشته، ساکن تهران، عدم ابتلا به سرطان، سواد سیکل و بالاتر، توانایی پاسخگویی به سوالات و رضایت به مشارکت در مطالعه را داشتند. محیط پژوهش نیز مرکز تحقیقات و کنترل سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در بیمارستان شهدای تجریش بود. با توجه به رویکرد مطالعه کیفی، روش نمونه‌گیری هدفمند بوده و زنانی وارد مطالعه شدند که جزء بستگان درجه ۱ و ۲ مبتلایان به سرطان پستان بودند (از هر فرد بیمار حداکثر یک نفر از بستگان درجه ۱ و یک نفر از بستگان درجه ۲ انتخاب می‌شد). در مرحله اول ارزیابی ریسک ابتلا به سرطان در میان این زنان بر اساس ابزار ارزیابی خطر گیل و کلوس انجام شد. سپس زنان با خطر متوسط و پرخطر در ابتلا به سرطان پستان (گروه کم خطر با خطر کمتر از ۱۰٪، گروه خطر متوسط با خطر ۱۰ تا ۳۰ درصد، گروه پر خطر با خطر بیشتر از ۳۰٪) شناسایی شدند. در گام بعدی از آن‌ها در مورد سابقه انجام ماموگرافی سوال شد و کسانی که تاکنون برای انجام ماموگرافی جهت تشخیص زودهنگام این بیماری مراجعه نکرده بودند، جهت شرکت در مطالعه دعوت شدند. این زنان به طور حضوری و یا تلفنی مصاحبه شدند تا به دلایل عدم انجام ماموگرافی توسط آنان با توجه به مبتلا بودن بستگانشان، پی برده شود.

این مطالعه به‌صورت مصاحبه نیمه ساختارمند با استفاده از راهنمای مصاحبه انجام گردید. مصاحبه، به عنوان اصلی‌ترین روش جمع‌آوری در پژوهش پدیدارشناسی شناخته شده است (۳۲). حین مصاحبه تمرکز اصلی بر توصیف مشارکت‌کنندگان از تجربیاتشان بود و راهنمای مصاحبه نیز علاوه بر آن که روش برخورد و ملاقات با بستگان مبتلایان به سرطان پستان را روشن می‌نمود از سوالات کاوشی و از پیش تعیین شده زیر نیز جهت شفاف‌تر شدن دلایل و برطرف کردن ابهامات و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها بهره می‌برد. سوالات کاوشی مصاحبه‌ها معمولا تا دستیابی به داده‌های عمیق ادامه می‌یافت. برخی سوالات عبارت بودند از:

- آیا از ابتلای بستگان خود به سرطان پستان مطلع هستید؟
- آیا تاکنون اقدامی برای شناسایی و تشخیص سرطان پستان انجام داده‌اید؟
- با توجه به ابتلای بستگان خود چرا تاکنون اقدام به ماموگرافی نکرده‌اید؟

با اجازه و اطلاع قبلی مصاحبه شوندگان تمامی مصاحبه‌ها روی دستگاه ضبط صدا ضبط می‌شد. بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، متن مصاحبه‌ها پس از چندبار گوش دادن تایپ می‌شد. بعد از هر مصاحبه تجزیه و تحلیل اطلاعات انجام و سپس مصاحبه بعدی انجام می‌شد. ۷۱٪ بستگان درجه ۱ و ۴۶٪ بستگان درجه ۲ مشارکت‌کننده در تحقیق، مراجعه حضوری داشته و بقیه بستگان با تماس تلفنی مصاحبه شدند. در این مطالعه با تمام افرادی که حائز شرایط ورود به مطالعه (مطابق با خصوصیات جامعه پژوهش) و مایل به شرکت در مطالعه بودند (۱۶۰ نفر از بستگان درجه ۱ زنان مبتلا به سرطان پستان که با ارزیابی خطر گیل و کلوس در گروه‌های با خطر متوسط و پرخطر قرار داشتند و اقدام به ماموگرافی هم نکرده بودند و از بستگان درجه ۲ نیز طبق روش فوق، ۱۱۸ نفر)، مصاحبه به صورت حضوری و یا تلفنی انجام شد. پژوهشگر در این پژوهش برای افزایش مقبولیت داده‌ها، زمان کافی را به جمع‌آوری داده‌ها تخصیص داده و به جمع‌آوری و تحلیل همزمان داده‌ها پرداخت. برای همسانی، محقق بخشی از داده‌ها را در اختیار پژوهشگری که ارتباطی با تحقیق نداشت قرار داد تا اطمینان یابد که آیا وی نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد. در این پژوهش برای ایجاد قابلیت تأییدپذیری مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده و نتیجه کسب شده توسط دو نفر از اساتید با تجربه در زمینه تحقیق کیفی مورد بررسی قرار گرفت و از نظرات آنان نیز بهره گرفته شد. سرانجام برای افزایش قابلیت انتقال یافته‌ها، محقق با توصیف دقیق و گام به گام اجرای مطالعه و ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه، زمان و مکان انجام پژوهش، امکان استفاده از نتایج در محیط‌ها و موقعیت‌های مشابه را فراهم نمود. در رعایت ملاحظات اخلاقی، ضرورت ورود با رضایت آگاهانه به مطالعه، حق کناره‌گیری از تحقیق، لزوم ضبط مصاحبه‌ها و انتشار کلی نتایج با مشارکت‌کننده‌ها در میان گذاشته شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در صورت تمایل،

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

اطلاعات ضبط شده و متن مصاحبه‌های تایپ شده در اختیار آن‌ها قرار داده خواهد شد. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.PHNS.REC.1395 به ثبت رسیده است. از آنجا که در مطالعه حاضر، تاکید بر سازماندهی و توصیف عمیق داده‌ها و درک مفاهیم پیدا و ناپیدای تعابیر بود لذا از روش ساختاری برای تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه‌ها استفاده شد. تا پاسخ سوالات مطالعه را در زمینه دیدگاه‌های افراد در زمینه‌های سوال شده فراهم نماید. در این روش متن پیاده شده مصاحبه‌هـا معمولاً با سه روش کمی، ساختاری و تفسیری تجزیه و تحلیل شد. در تحلیل کمی، از روش‌های آماری استفاده شد و مـتن نوشتاری پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان رمزگذاری و شمارش شده و در جدول توزیع فراوانی ثبت گردید. سپس با آزمون‌های آماری مانند درصدهای توزیع، فراوانی و درصد تراکمی محاسبه انجام شد. در تحلیل ساختاری، اجزای ساختاری متن نوشتاری مصاحبه، یعنی واژه‌ها، مفاهیم و ارتبـاط میان آن‌ها بر حسب میزان تکرار، تعداد واژه‌ها، الفاظ، کنایه‌ها و اصطلاحات بـه‌کار رفته در جمله‌هـا شمارش و بررسی شد تا الگوهای موجود در گفته‌هـا کشف شود و سرانجام در تحلیل تفسیری، پژوهشگر در صدد آن بود تا در حد امکان، به آشکار نمودن پیام‌های نهفته در متن نوشتاری مصاحبه بپردازد و بیان جامعی از موانع غربالگری ماموگرافی ارائه دهد (۳۳- ۳۶).

یافته‌ها

در بستگان درجه ۱ اکثریت مشارکت‌کنندگان خواهران بیماران بوده و در بستگان درجه ۲ بیماران، ۸۶/۵٪ مشارکت‌کنندگان از خاله‌های بیماران بودند. زنان مبتلا به سرطان پستان، گاهی بیماری خود را از بستگان پنهان کرده و در صورت اصرار پژوهشگر، اکثراً خاله‌های خود را برای شرکت در مطالعه معرفی می‌نمودند. میانگین سنی بستگان درجه ۱ برابر ۴۹/۲۵ با انحراف استاندارد ۷/۷۲ بوده و در بستگان درجه ۲ میانگین سنی برابر ۶۰/۷۲ با انحراف استاندارد ۸/۷۵ سال بود. تعداد تحصیل‌کرده‌ها و شاغلین در بستگان درجه ۱ بیشتر بود. اطلاعات جمعیتی و توصیفی شرکت‌کنندگان در مصاحبه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیتی و توصیفی شرکت‌کنندگان در مصاحبه

متغیر	گروه‌ها	بستگان درجه ۱		بستگان درجه ۲	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
نسبت با بیمار (درجه ۱)	خواهر	۱۳۶	۶۸/۰	-	-
	دختر	۲۶	۱۳/۰	-	-
	مادر	۳۸	۱۹/۰	-	-
نسبت با بیمار (درجه ۲)	خاله	-	-	۱۷۳	۸۶/۵
	عمه	-	-	۲۷	۱۳/۵
سن	۴۰ – ۴۹	۱۱۷	۵۸/۵	۱۸	۹/۰
	۵۰ – ۵۹	۵۸	۲۹/۰	۶۹	۳۴/۵
	بیشتر یا مساوی ۶۰	۲۵	۱۲/۵	۱۱۳	۵۶/۵
تحصیلات	سیکل	۸۲	۴۱/۰	۱۵۹	۷۹/۵
	دیپلم	۵۱	۲۵/۵	۳۲	۱۶/۰
	لیسانس	۵۸	۲۹/۰	۶	۳/۰
	فوق لیسانس/دکترا	۹	۴/۵	۳	۱/۵
شغل	خانه‌دار	۱۱۳	۵۶/۵	۱۶۴	۸۲/۰
	شاغل	۸۷	۴۳/۵	۳۶	۱۸/۰
وضعیت تاهل	متاهل	۱۶۵	۸۲/۵	۱۳۸	۶۹/۰
	مجرد	۱۴	۷/۰	۴	۲/۰
	بیوه	۱۰	۵/۰	۴۴	۲۲/۰
	مطلقه	۱۱	۵/۵	۱۴	۷/۰

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

تحلیل یافته‌ها دلایل متعددی (دلیل۷۳) را توسط بستگان درجه ۱ و بستگان درجه ۲ بیماران مبتلا به سرطان پستان برای عدم انجام ماموگرافی نشان داد که در ۵ مضمون کلی، ترس، مسائل و مشکلات زندگی، عدم آگاهی کافی درمورد سرطان پستان، باورها و نگرش‌های نادرست و مسایل مالی و دسترسی تقسیم بندی شد که این ها شامل ۱۴ طبقه اصلی، ۷۳ طبقه فرعی بودند که به صورت جدول زیر خلاصه گشته و به تفصیل هر یک از این مضامین در جدول زیر آورده شده است (جدول ۲).

ترس

ترس یکی از دلایل مهم بیان شده توسط زنان بود که خود شامل انواع سه‌گانه ترس از انجام ماموگرافی، ترس از عوارض درمانی بعد از تشخیص سرطان و ترس از عواقب اجتماعی تشخیص و درمان سرطان طبقه‌بندی شد.

- **ترس از انجام ماموگرافی**

ترس از انجام ماموگرافی خود ناشی از ترس از درد ناشی از انجام ماموگرافی، ترس از اشعه ماموگرافی، ترس از ماموگرافی برای اطرافیان، ترس از تشخیص سرطان، و ترس از تشخیص کاذب سرطان بود. این ترس‌ها بر اساس باورهای افراد، شنیده‌های افراد از منابع مختلف، تجارب انجام ماموگرافی دیگران و یا شایعات شکل گرفته بود. مثلا یکی از زنان بدین گونه بیان کرد: «هر کس ماموگرافی میره و میاد میگه تا چند روز سینه‌هام درد می‌کنه، واقعاً من تحمل درد را ندارم» (مصاحبه شماره ۱۶). و یا مشارکت‌کننده دیگری گفت «اشعه می‌تونه خودش باعث ابتلا به سرطان پستان بشه. چون میگن اشعه‌های ماموگرافی سینه سالم را هم می‌سوزونه» (مصاحبه شماره ۱۲).

- **ترس از عوارض درمانی بعد از تشخیص سرطان**

مفهوم ترس از عوارض درمانی بعد از تشخیص سرطان نیز در برگیرنده ترس از تشخیص اشتباه و یا درمان نادرست، عوارض درمان جراحی، ترس از عوارض شیمی‌درمانی، ترس از عوارض پرتودرمانی، ترس از عوارض هورمون‌درمانی، ترس از دست دادن پستان و ترس از عوارض درمان نادرست بودند. بستگان مبتلایان به سرطان پستان، به دلیل مشاهده عوارض درمان سرطان در بیماران مبتلا، از عوارض درمان‌های سرطان خیلی هراس داشتند. برخی از مصاحبه شوندگان معتقد بودند ماموگرافی حتی اگر خودش بی‌ضرر باشد اما باعث آغاز مداخلاتی می‌شود که که ناخوشانید و حتی بعضاً بی‌نتیجه است. لذا برخی از زنان تمایلی برای تشخیص این بیماری را ندارند که درمان یا درمان نکردنش فرق زیادی ندارد. به عنوان مثال یکی از مصاحبه‌شوندگان توضیح داد «مادرم قبل از جراحی سینه و برداشتن آن‌ها، شیمی‌درمانی می‌کرد. بعد جراحی هم اشعه می‌دادند. موهاش ریخته بود. دست‌ها و پاهاش ورم کرده بود نمی‌تونست راه بره و آخرش بعد یک سال جونش را از دست داد. همه می‌گن دست نمی‌زد اصلاً تو بدنش پخش نمی‌شد» (مصاحبه شماره ۱۱۹). یا دیگری بیان کرد «وقتی سینه خواهرم را به دلیل سرطان سینه برداشتند و خواهرم به شهر محل زندگیش برگشت دو تا از دکترهای آنجا گفته بودند که تو نیاز نداشتی که کل سینه‌هایت را بردارند. اصلاً سرطانت اینقدر پیشرفته نبود. منم از جراحی و درمان‌های اشتباه می‌ترسم» (مصاحبه شماره ۱۱۹). و یا فرد دیگری بیان نمود «یه بچه دارم و می‌خوام دوباره بچه‌دار بشم و یا دیگری گفت که اگر سینه‌ام با جراحی برداشته بشه دیگه استخر نمی‌تونم برم، لباس‌های زنانه برام بد می‌مونه و تازه پیش همسرم چی کار کنم» (مصاحبه شماره ۵۰).

- **ترس از عواقب اجتماعی تشخیص و درمان سرطان**

به غیر از عوارض تشخیص و درمان برای خود فرد، برخی به عوارض اجتماعی تشخیص سرطان سینه اشاره نمودند. ترس از عواقب اجتماعی تشخیص و درمان سرطان نیز شامل ترس از بدنام شدن خانواده، ترس از عدم خواستگاری از دختران خانواده، ترس از ایجاد مشکل برای ازدواج پسران خانواده، ترس از سربار بودن، ترس از عوارض روحی، روانی و اجتماعی بودند. مثلا یکی از زنان گفت «اگر بیشتر از یه نفر تو خانواده سرطان بگیره دیگه اسم روی اون خانواده گذاشته میشه، همه فهمیدن که سرطان ارثی و خانوادگیه. من خودم ترجیح میدم که دنبال سرطان نباشم تا اگر ثابت بشه دیگه دخترامون را کسی نمی‌گیره. برای پسرهامون هم بده» (مصاحبه شماره ۴۵). یا خانم دیگری گفت «که تشخیص سرطان پستان همراه با جراحی، شیمی‌درمانی و هزار کار دیگه است که باید یکی باهات همراه بشه هم کمکت کنه که این کارها را انجام بدی و هم ازت مراقبت کنه. من کسی را دارم که به من این‌طوری خدمت کنه، همه مشغولند و از آن گذشته من دوست ندارم سربار کسی باشم» (مصاحبه شماره ۴۵). زنان دیگری هم دلیل عدم انجام ماموگرافی را مسایل روحی و روانی بعد از انجام کارهای تشخیصی و درمانی مطرح می‌کردند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

جدول ۲: طبقه‌بندی علل عدم انجام ماموگرافی در بستگان درجه ۱ و ۲

مضمون	طبقه اصلی	طبقه فرعی
ترس	ترس از انجام ماموگرافی	ترس از درد ناشی از انجام ماموگرافی
		ترس از اشعه ماموگرافی
		ترس از ضرر ماموگرافی برای اطرافیان
	ترس از عوارض درمانی بعد از تشخیص سرطان	ترس از تشخیص سرطان
		ترس از تشخیص کاذب سرطان
		ترس از عوارض درمان جراحی
		ترس از عوارض شیمی‌درمانی
		ترس از عوارض پرتودرمانی
		ترس از عوارض هورمون درمانی
	ترس از عواقب اجتماعی تشخیص و درمان سرطان	ترس از دست دادن سینه
		ترس از درمان نادرست
		ترس از بد نام شدن خانواده
		ترس از عدم خواستگاری از دختران خانواده
		ترس از ایجاد مشکل برای ازدواج پسران خانواده
		ترس از سربار بودن
		ترس از عوارض روحی، روانی و اجتماعی
مسائل و مشکلات زندگی	فردی	سهل انگاری و فراموشی
		بی‌توجهی به سلامتی
		درگیر بیماری‌های دیگر بودن
		کار و مشغولیت زیاد
	خانوادگی	نداشتن مرخصی
		مخالفت همسر
		اعتیاد
		بازنشستگی
		خانه‌نشینی و بیکاری
		بیماری
		داشتن فرزند خردسال
		داشتن فرزندان زیاد
		داشتن فرزند معلول و بیمار
عدم آگاهی کافی در مورد سرطان پستان	عدم اطلاعات و دانش کافی در مورد شرایط و موارد لزوم ماموگرافی	ندانستن، عدم سواد کافی و عدم مطالعه
		عدم اطلاع از اهمیت انجام ماموگرافی
		عدم اطلاع از افراد نیازمند انجام ماموگرافی
		عدم اطلاع از خطر ابتلاء به سرطان پستان در خود
		عدم اطلاع از فایده ماموگرافی
		عدم اطلاع از روش انجام ماموگرافی
	عدم دریافت اطلاعات و توصیه از دیگران	عدم توصیه پزشک به انجام ماموگرافی
		عدم توصیه کارکنان بهداشتی به انجام ماموگرافی
		عدم توصیه خانواده
		عدم توصیه دوستان

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

ادامه جدول ۲

مضمون	طبقه اصلی	طبقه فرعی
باورها و نگرش‌های نادرست	حساسیت درک شده پایین	احساس سلامتی
		عدم فکر به سرطان
		احتمال ضعیف ابتلاء
		تصمیم به انجام ماموگرافی در آینده نامعلوم
		باور به در خطر نبودن مجردها
	عدم باور به دقت و اثربخشی تشخیص	باور به کافی بودن معاینه پستان توسط فرد
		باور به کافی بودن معاینه توسط پزشک
		باور به کافی بودن انجام سونوگرافی
		عدم اعتماد به پزشکان و کادر درمانی
		عدم اعتماد به دقت معاینات و تشخیص پزشکان
		عدم اعتماد به ابزار و دستگاه‌های تشخیصی
	عدم باور به فایده تشخیص سرطان	غیر قابل پیشگیری بودن سرطان
		غیر قابل درمان بودن سرطان
		اعتقاد به سرنوشت و مشیت الهی
		اعتقاد به مساوی بودن درمان سرطان با درد کشیدن
		اعتقاد به شانس در موفقیت درمان سرطان
	باور به تاثیر ماموگرافی بر ایجاد عوارض و بیماری	تاثیر سوء بر روی باروری و فرزندآوری
		تاثیر سوء بر مغز و اعصاب
		ایجاد سردرد و سرگیجه
		ایجاد سرطان‌های مختلف در آینده
		تاثیر سوء بر بینایی
		تحریک بافت پستان
	احساس شرم و خجالت	ایجاد ناهنجاری در فرزندان متولد شده در آینده
		شرم از معاینه پستان
		شرم از عدم رعایت حریم خصوصی هنگام ماموگرافی
		خجالت‌آور بودن جراحی پستان
		خجالت‌آور بودن بازگویی جراحی پستان پیش دیگران
مسایل مالی و دسترسی	مشکلات مالی	نداشتن درآمد کافی
		بیکاری همسر، بیکاری خود و نداشتن درآمد
		گران بودن ماموگرافی
	مسایل بیمه‌ای و دسترسی	نداشتن بیمه
		ناکارآمدی بیمه‌های موجود برای ماموگرافی
		مشخص نبودن مبلغ پرداختی با بیمه‌های مختلف درمانی
		عدم دسترسی به مراکز ماموگرافی معتبر

مثلا خانمی دلیل عدم انجام ماموگرافی را این‌گونه بیان کرد که «دخترخاله‌ام ماموگرافی کرد و ماموگرافی به اشتباه او را مبتلا نشان داد و تا زمانی که از راه‌های دیگه مطمئن بشه که سرطان نداره، کلی استرس و نگرانی کشید» (مصاحبه شماره ۳۹).

مسائل و مشکلات زندگی

مسائل و مشکلات زندگی در دو طبقه اصلی فردی و خانوادگی طبقه‌بندی شد:

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

• **مشکلات فردی**

مشکلات فردی که دلیل عدم انجام ماموگرافی بیان شد شامل طبقات فرعی از جمله سهل انگاری، باور نداشتن به اهمیت غربالگری، فراموشی، بی‌توجهی به سلامتی، درگیر بیماری‌های دیگر بودن، کار و مشغولیت زیاد و هزینه‌بر بودن انجام آن بود. خانمی بی‌توجهی به سلامتی را این‌گونه مطرح می‌کرد: «برای هیچ چیزی تا حالا دکتر نرفتم بجز زایمان. اون هم اگر تو شهرمون بودم نمی‌رفتم. یه غده‌ای اندازه تخم مرغ زیر گوشم دراومده بود و داشت بزرگ می‌شد و من با روسری می‌پوشوندم. تا این که خود غده باز شد و چرک‌هاش ریخت و فقط کمی جاش روی صورتم مونده» (مصاحبه شماره ۲۳). خانمی گفت که: «من بیماری دیابت و فشارخون دارم و از معاینات و آزمایش‌های این دو تا مرض آزاد نمیشم که به مریضی‌های دیگه تو خودم فکر کنم» (مصاحبه شماره ۹۸). یا خانمی می‌گفت: «چندین ساله که روماتیسم مفصلی دارم و هر چی دارم و ندارم خرج همین درد کردم. الان نه حال کارهای دیگه مربوط به دکتر و بیمارستانو دارم نه پولش را» (مصاحبه شماره۶۳).

• **مشکلات خانوادگی**

مشکلات خانوادگی بیان شده نیز شامل مخالفت همسر، اعتیاد، بازنشستگی، خانه‌نشینی و بیکاری، بیماری، داشتن فرزندخردسال، داشتن فرزندان زیاد، داشتن فرزند معلول و بیمار و نداشتن همراه بودند. خانمی هم دلیل خود را برای عدم انجام ماموگرافی، مخالفت همسرش گفت و توضیح داد که همسرش می‌گوید تا مشکلی نداشته باشیم، هزینه این جور کارها را نمی‌دهد و اعتقادی به این کارها ندارد (مصاحبه شماره ۵). خانمی دیگر گفت: «سه پسر بزرگ تو خونه دارم که بیکار هستند و دائم در حال جنگ و دعوا. نمی‌تونم اونا را بذارم از خونه بیام بیرون» (مصاحبه شماره۲۱). خانمی دیگر بیان کرد: «پسرم از موقع تولد معلوله، دست تنها هستم و شوهرم کارگره و نمی‌تونم بچه‌م را تنها تو خونه بذارم و بیام» (مصاحبه شماره۳۵). خانمی نیز دلیل عدم انجام کارهای تشخیصی از جمله ماموگرافی را نداشتن مرخصی کافی دانست و گفت فقط می‌تونم در زمان بیماری و یا یک کار خاص خانوادگی، مرخصی داشته باشم (مصاحبه شماره ۵۵).

عدم آگاهی در مورد سرطان پستان

این مضمون نیز در دو طبقه اصلی شامل عدم اطلاعات و دانش کافی در مورد شرایط و موارد لزوم ماموگرافی و عدم دریافت اطلاعات و توصیه از دیگران دسته‌بندی شد:

• **عدم اطلاعات و دانش کافی**

عدم داشتن اطلاعات و دانش کافی از موارد متعددی ناشی می‌شد، مانند: ندانستن، عدم سواد کافی و عدم مطالعه، عدم اطلاع از اهمیت انجام ماموگرافی، عدم اطلاع از افراد واجد شرایط انجام ماموگرافی، عدم اطلاع از خطر ابتلاء به سرطان پستان در خود، عدم اطلاع از فایده ماموگرافی، عدم اطلاع از روش انجام ماموگرافی.

• **عدم دریافت اطلاعات و توصیه از دیگران**

عدم دریافت اطلاعات و توصیه از پزشک، کارکنان بهداشتی و درمانی، خانواده و دوستان نیز از دلایل دیگر بیان شده توسط بستگان بیماران مبتلا به سرطان برای عدم انجام ماموگرافی بود. مثلا خانمی می‌گفت «با این که مادربزرگ من با سرطان زنان فوت کرده و مادرم نیز الان سرطان سینه داره، ولی هیچ وقت تا حالا که ۴۸ سالمه نه دکتری به من گفته که برم ماموگرافی، در حالی که من با مامانم دائم میام برای شیمی‌درمانیش. هیچ کس تو این بیمارستان هم به من تا حالا نگفته برو ماموگرافی بکن یا این کار را بکن و این کار را نکن. من ۵ روز بعد جراحی مامانم تو بیمارستان همراهش بودم حتی پرستارها هم به من نگفتن» (مصاحبه شماره ۳۳).

باورها و نگرش‌های نادرست

باورها پرتکرارترین دلایل عدم انجام ماموگرافی بودند. مضمون باورها و نگرش‌های نادرست نیز با طرح دلایلی از طرف زنان مطرح شد. دلایل در پنج طبقه اصلی طبقه‌بندی شد:

• حساسیت درک شده پایین، که در طبقات فرعی احساس سلامتی، عدم فکر به سرطان، احتمال ضعیف ابتلا، تصمیم به انجام ماموگرافی در آینده نامعلوم، باور به در خطر نبودن مجردها، باور به کافی بودن معاینه پستان توسط فرد، باور به کافی بودن معاینه توسط پزشک، باور به کافی بودن انجام سونوگرافی و باور به در خطر نبودن زنان سنین پایین طبقه‌بندی شد.

• عدم باور به دقت و اثربخشی تشخیص نیز به دلایل عدم اعتماد به پزشکان و کادر درمانی، عدم اعتماد به دقت معاینات و تشخیص پزشکان و عدم اعتماد به ابزار و دستگاه‌های تشخیصی مربوط بود. مثلا خانمی بیان نمود «اصلاً پولم را صرف دوا و دکتر نکردم و همین پول

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

چکاپ‌های الکی را جمع می‌کنم و برای خونه‌ام چیزی می‌خرم و یا سفر میرم (مصاحبه شماره ۲۸)». خانمی گفت: «به دکترها اعتماد ندارم. آدم سالم زیر دستشون میره مریض بیرون میاد. ماموگرافی کنم یه چیز از توش درمیارن» (مصاحبه شماره ۴۹).

- عدم باور به فایده تشخیص سرطان هم در قالب طبقات فرعی غیرقابل پیشگیری بودن سرطان، غیرقابل درمان بودن سرطان، اعتقاد به سرنوشت و مشیت الهی، اعتقاد به مساوی بودن درمان سرطان با درد کشیدن و اعتقاد به شانس در موفقیت درمان، بی‌فایده بودن درمان سرطان، دسته‌بندی شد. خانم مسنی گفت که: «سنم بالاست. این کارها فایده‌ای ندارد. معلوم نیست که زیر عمل برم یا اصلاً بدنم تحمل جراحی را داشته باشه. یا اصلاً بدون تشخیص توی این سن، شاید بیشتر عمر کنم» (مصاحبه شماره ۲۸).
- باور به تاثیر ماموگرافی بر ایجاد عوارض و بیماری. دلایلی که زنان برای تاثیر سوء ماموگرافی آوردند شامل: تاثیر سوء بر روی باروری و فرزندآوری، تاثیر سوء بر مغز و اعصاب، ایجاد سردرد و سرگیجه، ایجاد سرطان‌های مختلف در آینده، تاثیر سوء بر بینایی، تحریک بافت سینه و ایجاد ناهنجاری در فرزندان متولد شده در آینده، افزایش احتمال ابتلا به علت تفکر در مورد سرطان بود. خانمی ۴۲ ساله و مجرد بودند، دلایل عدم ماموگرافی خود را با داشتن خواهر و مادر مبتلا این‌گونه بیان کردند «من ازدواج نکردم و بچه‌دار هم نشدم. از یه طرف دیگه اگر ثابت بشه که سرطان دارم، باید سینه‌هام برداشته بشه که نمی‌خوام این اتفاق قبل از ازدواج بیفته. همین‌طوری هم روی من انگ چسبوندند که خواهر و مادرت سرطان دارن تو هم می‌گیری. فکر می‌کنم یکی از دلایل نداشتن خواستگار برام همین سرطان خانواده‌ام باشه» (مصاحبه شماره ۴۷). خانمی بیان کرد که: «اصلاً به سرطان فکر نمی‌کنم. باید مثبت اندیش بود. به هر چی فکر کنی همون سرت میاد« (مصاحبه شماره ۵۸).
- احساس خجالت و شرم که شامل موارد شرم از معاینه سینه ، شرم از عدم رعایت حریم خصوصی به هنگام ماموگرافی، خجالت‌آور بودن جراحی سینه‌ها و خجالت‌آور بودن بازگویی جراحی سینه پیش دیگران بود. مثلا خانمی عنوان نمود: «هم ماموگرافی کردن خجالت‌آوره هم جراحی سینه‌ها بده و اکثر دکترها هم که جراحی می‌کنند مرد هستند. تازه من داماد دارم اگر جراحی سینه باشه پیش دامادهام خجالت می‌کشم» (مصاحبه شماره ۲۸).

مسائل مالی و دسترسی

مسایل مالی هم شامل طبقات اصلی: مشکلات مالی و مسائل بیمه‌ای و دسترسی بود.

- مشکلات مالی دارای طبقات فرعی؛ نداشتن درآمد کافی، بیکاری همسر و یا خود و نداشتن درآمد و گران بودن ماموگرافی بود. مسائل بیمه‌ای و دسترسی نیز شامل نداشتن بیمه، ناکارآمدی بیمه‌های موجود، مشخص نبودن مبالغ پرداختی با بیمه‌های متفاوت و عدم دسترسی و کافی نبودن مراکز معتبر ماموگرافی عنوان شد.

خانمی در مورد دلایل عدم انجام ماموگرافی خود بیان کرد که: «ما با این که بیمه تامین اجتماعی هستیم با بیمه هم برای آزمایشات و عکس پول خیلی زیادی باید بدیم. توانایی پرداخت نداریم» (مصاحبه شماره ۷۳). خانمی گفت: «همسرم بیکاره و پول آن‌چنانی برای ادامه زندگی روزمره نیست. داریم از جیب می‌خوریم و برای کارهای اضافی نمی‌تونیم هزینه کنیم و باید به مسایل اصلی زندگی برسیم» (مصاحبه شماره ۲۵). برخی از زنان نیز اذعان داشتند که مراکز معتبر ماموگرافی خیلی کم است و این مراکز معتبر نیز یا دیر به دیر وقت می‌دهند و یا خیلی دور هستند.

بحث

در دهه اخیر، مطالعات بسیاری در زمینه ارتقاء غربالگری ماموگرافی انجام شده است در این راستا شناسایی دلایل عدم انجام ماموگرافی قطعا اصلی‌ترین کلید موفقیت مداخلات ارتقا غربالگری است.

در مطالعات مختلف، دلایل متفاوتی برای پایین بودن میزان رفتار ماموگرافی برای غربالگری سرطان پستان در جمعیت عمومی زنان ذکر شده است از جمله ترس از زیانبار بودن و دریافت اشعه حین ماموگرافی، نداشتن مشکل در پستان‌ها، مجرد بودن، عدم سابقه فامیلی سرطان پستان، عدم نگرانی در مورد ابتلا به سرطان پستان، عدم اعتقاد به ضرورت انجام آن، نداشتن علائم سرطان در پستان‌ها، عدم آگاهی و عدم احساس ضرورت، عدم آگاهی از وجود مراکزی برای انجام و آموزش این

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

معاینات، ترس از سرطان، اعتقاد به سرنوشت، موانع ارتباط زبانی، موانع فرهنگی مانند احساس شرم از انجام ماموگرافی، عدم توصیه پزشکان، فقدان آگاهی از روش‌ها و مراکز انجام برنامه‌های غربالگری و نداشتن سابقه بیماری‌های پستان، وقت‌گیر بودن، هزینه بالا، به یاد نداشتن انجام ماموگرافی و نگرانی در معرض اشعه قرار گرفتن، افسردگی و بی‌حوصلگی، خستگی، خجالت از معاینات، ترس از معاینات و ترس از بیمار بودن، کیفیت نامناسب ارائه خدمات و عدم توجه به حریم خصوصی افراد، محدودیت اطلاع‌رسانی و دسترسی محدود زمانی و مکانی بودند (۲۴، ۲۵، ۳۷). در مطالعه حاضر، دلایل عدم انجام ماموگرافی در بستگان مبتلایان به سرطان پستان که در معرض خطر بیشتری نسبت به این بیماری هستند، بررسی شده و در قالب ۵ مضمون اصلی شامل: ترس، مسایل و مشکلات زندگی، عدم آگاهی کافی، باورها و نگرش‌های نادرست، مسایل مالی و دسترسی به عنوان دلایل اصلی عدم انجام ماموگرافی در بستگان مبتلایان به سرطان پستان طبقه‌بندی شدند. اکثر مطالعات موجود دلایل عدم انجام ماموگرافی را در جامعه عمومی زنان بررسی نموده‌اند اما این مطالعه به بررسی دلایل عدم انجام ماموگرافی در زنانی که حداقل یک فرد مبتلا به سرطان پستان در خانواده و یا فامیل خود دارند و از نزدیک با بیماری مواجهه داشته و میزان خطر بالایی نیز آنان را تهدید می‌کند و با وجود این تاکنون نیز اقدام به انجام ماموگرافی نکرده‌اند، پرداخته است. توجه به دلایل عدم انجام ماموگرافی باید در اولویت مداخلاتی که قصد افزایش میزان غربالگری را دارند، باشد. یکی از یافته‌های مهم و اساسی مطالعه حاضر این بود که بسیاری از زنان شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها، اعلام نمودند که با اطلاع از این که در معرض خطر بالاتری نسبت به جمعیت عمومی زنان دارند، برنامه‌ای برای انجام ماموگرافی حتی در آینده نیز ندارند. به‌نظر می‌رسد مشکل عمده در این گروه پرخطر عدم آگاهی و دانش کافی نباشد بلکه سایر ابعاد رفتار شامل باورها، تبعات انجام رفتار و عوارض انجام ماموگرافی نیز دخیل باشد. این مساله نشان می‌دهد که مداخلات می‌بایست فراتر از اطلاع رسانی و آموزش در مورد اهمیت مساله باشد، به‌طوری‌که ضمن اصلاح باورهای نادرست، مداخلاتی را نیز در فرآیند و چگونگی انجام ماموگرافی در مراکز و نیز فرهنگ‌سازی در جامعه را شامل گردد. البته برخی مطالعات نیز به وجود فاصله بسیار بین دانش زنان و رفتار آنان در زمینه انجام ماموگرافی در ایران اشاره نموده‌اند (۲۵، ۳۰، ۳۸).

در بررسی دلایل عدم انجام ماموگرافی در بستگان مبتلایان به سرطان پستان اولین مضمون اصلی ترس بود. در بررسی علت ترس به‌نظر می‌رسد که ترس از سرطان، فوبیا محسوب نمی‌شود زیرا در فوبیا همواره دلایل روانی برای ایجاد ترس وجود دارد ولی ترس از سرطان یک ترس واقعی محسوب می‌شود، زیرا بستگان افراد مبتلا به سرطان، درد و رنج ناشی از آن و حتی مرگ عزیزان خود را به علت سرطان تجربه می‌کنند. در این مطالعه دلایل ترس در قالب سه محور اصلی شامل ترس از انجام ماموگرافی، ترس از عوارض درمانی بعد از تشخیص و ترس از عواقب اجتماعی تشخیص و درمان بیان شده است. به نظر می‌رسد که ترس از انجام ماموگرافی به احتمال زیاد به دلایل شنیده‌های زنان از تجربیات بستگان مبتلا و یا سایر زنان درگیر با سرطان باشد که در خلاء اطلاعات موثق روی رفتار آنان اثر تعیین کننده دارد. از طرف دیگر زنان چه بسا اگاهانه از کشف حقیقت و تشخیص بیماری اجتناب کنند، زیرا آنان را وارد راه ناشناخته‌ای همراه با انواع مشکلات جدید می‌نماید. لذا گاهی فرد در مقایسه آن‌چه از دست می‌دهد با آن‌چه به‌دست می‌آورد، آن‌چه از دست می‌دهد را بیشتر و یا مهمتر از آن‌چه به‌دست می‌آورد ارزیابی می‌نماید و به همین دلیل اقدام به انجام ماموگرافی نمی‌کند (۲۹، ۳۱). به‌نظر می‌رسد برای دور کردن ترس از سرطان در بستگان بیماران، بهتر است آگاهی‌های لازم برای پیشگیری، تشخیص و درمان آن داده شود، با افراد موفق در مقابله با سرطان پستان ارتباط برقرار شود تا در نقش میانجی بین بستگان و افراد بهبود یافته عمل نمایند و آمار بهبودی را به درستی برای آنان بیان کنند. باید نگاه به مبتلایان به سرطان عوض شود از ترحم و دلسوزی پرهیز شده و از آنان حمایت کرد. درضمن توجهات غیرضروری نیز باعث ایجاد این تصور خواهد شد که حتماً فرد دچار مساله و مشکل بزرگی شده است و این نتیجه‌گیری نه به نفع بیمار است و نه بستگان بیمار. از بستگان بیماران مبتلا به سرطان پستان باید درخواست شود که هر سوالی که در ذهن خود در مورد سرطان پستان دارند و هر آن چه ذهن آنان را مشغول کرده است، مطرح نمایند تا سعی در رفع آن گردد. باید به

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

آنان یادآوری نمود که درست است که سرطان پستان بیماری سختی است اما با پیشرفت‌های ایجاد شده در دهه‌های اخیر، بسیاری از بیماران بهبود یافته و عمر طولانی خواهند داشت به شرطی که با تشخیص زودهنگام و آزمایشات لازم در زمان مناسب، این بیماری را در مراحل اولیه کشف و کنترل نمایند. البته گاهی مشاوره‌های روان‌شناسی نیز کمک‌کننده است.

در بررسی مضمون دیگر یعنی باورها و نگرش‌های نادرست، یافته مهم، اعتماد کم به ارزش تشخیصی ماموگرافی و یا حتی فایده انجام این کار و یا موفقیت فرآیند درمان بعد از تشخیص بود. فرار از واقعیت ناخوشانید و یا عدم لزوم فکر کردن به این بیماری از دلایل مهم اجتناب از انجام ماموگرافی بیان شد. البته در بررسی این دلیل، برخوردها و تصمیمات پزشکان و کادر تشخیص و درمان، اصلی‌ترین دلیل عدم اعتماد بیماران بود و به‌نظر می‌رسید که پزشکان و کادر تشخیص و درمان برای اعتمادسازی باید تلاش بیشتری نمایند. مطالعاتی در ایران و سایر کشورها به بررسی باور و نگرش در انجام و یا عدم انجام ماموگرافی پرداخته است ولی این پژوهش‌ها در جمعیت عمومی زنان بوده است و در بستگان بیماران مبتلا به سرطان انجام نشده است (۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۲۶).

همچنین عدم رعایت حریم خصوصی توسط سایر عوامل تشخیص و درمان و نیز حضور کارکنان و دانشجویان در هنگام ماموگرافی بر تصمیم بستگان مبتلایان به سرطان در انجام ماموگرافی تاثیر داشت. برای حل این موضوع نیز می‌توان در اتاق‌های معاینه و حتی بخش‌های تشخیصی از تجمع کارکنان و دانشجویان جلوگیری نموده و به حریم خصوصی افراد احترام گذاشت. با توجه به مضمون عدم آگاهی در علل انجام ندادن ماموگرافی توسط بستگان نیز مشاهده می‌شود که بیشترین عوامل عدم آگاهی در بستگان درجه ۱، عدم اطلاع از اهمیت، فایده و ضرورت انجام ماموگرافی بود. ولی در بستگان درجه ۲، عدم اطلاعات و سواد کافی و عدم توصیه کادر درمانی و بهداشتی و حتی خانواده و دوستانشان از دلایل اصلی ذکر شده بود. بهتر است آموزش‌های لازم به پزشکان متخصص و کادر درمانی و بهداشتی داده شود تا هنگام مراجعه زنان مبتلا به سرطان با همراهان خود، بستگان واجد شرایط را تا حد امکان آموزش داده و همچنین آنان را به انجام ماموگرافی توصیه نمایند و حتی از بیماران مبتلا به این سرطان نیز بخواهند که اعضای خانواده خود را برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان ترغیب کنند. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که آموزش از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار در این زمینه بوده، اما صرف داشتن آگاهی یا نگرش باعث ایجاد رفتار غربالگری نمی‌شود (۱۱، ۱۶، ۲۰ و ۲۸) و با توجه به دلایل متعدد عدم انجام ماموگرافی در زنان پرخطر، فقط عدم آگاهی و نگرش تعیین‌کننده انجام رفتار ماموگرافی نبوده و همان‌گونه که در دلایل قبل گفته شد، عوامل مهمی مانند ترس از انجام ماموگرافی و عوارض ناشی از آن، ترس از تشخیص سرطان و یا عوارض درمان آن و همچنین مسایل مالی و دسترسی ... نیز می‌توانند دلایل عدم انجام این رفتار باشند که قابل تعدیل و اصلاح می‌باشند، گرچه مسایل زندگی و شخصی بستگان در کنترل گروه بهداشتی و درمانی نیست اما، وظیفه کارکنان بهداشتی و درمانی در ارتقای رفتارهای غربالگری بسیار مهم و حیاتی است. نقش این افراد در ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و جلب مشارکت آنان در مسایل بهداشتی، سازماندهی برنامه‌های آموزشی مراکز بهداشتی درمانی و همچنین در جهت از بین بردن موانع و تقویت محرک‌های مراجعه زنان جهت غربالگری سرطان‌های شایع زنان بسیار کمک‌کننده خواهد بود (۳۹، ۴۰).

آخرین مضمون اصلی نیز مسایل مالی و دسترسی بود. در این مورد دلایل عدم انجام ماموگرافی توسط بستگان گرانی، نداشتن بیمه و نداشتن درآمد به عنوان دلایل عدم انجام ماموگرافی بیان شد، به‌نظر می‌رسد که باید تسهیلات و تمهیدات خاصی برای بستگان مبتلایان به سرطان پستان در مراکز تشخیصی و درمانی سرطان در نظر گرفته شود تا این افراد به علت در خطر بودن، حمایت‌های مادی و معنوی و دسترسی مناسب‌تری به تشخیص زودهنگام این سرطان با ماموگرافی داشته باشند. عدم دریافت بخشی از هزینه ماموگرافی، بیمه‌های خاص برای انجام آن در این بیمارستان‌ها برای افراد در معرض خطر بیشتر و یا حتی رایگان کردن ماموگرافی برای بستگان درجه یک می‌تواند بخشی از تسهیلات و کمک‌های در نظر گرفته شده برای بستگان مبتلایان به سرطان پستان باشد.

تفاوت دلایل بستگان درجه یک و دو گرچه در مجموع پر تکرارترین دلیل ذکر شده عدم انجام ماموگرفی، مربوط به باورهای بستگان بیماران بود، اما فراوانی دلایل دیگر در دو گروه بستگان درجه یک و دو با هم فرق داشت. در بستگان

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

درجه ۱ بیماران مبتلا به سرطان پستان؛ ترس، مسایل و مشکلات زندگی و عدم آگاهی کافی از دلایل اصلی عدم انجام ماموگرافی در این زنان بودند. در بستگان درجه ۲، باورها و نگرش‌های نادرست، مسایل و مشکلات زندگی و عدم آگاهی کافی از دلایل اصلی ذکر شده برای عدم انجام ماموگرافی بودند. در بررسی باورها و نگرش‌های نادرست نسبت به سرطان پستان و حتی انجام آزمایشات تشخیصی که در بستگان درجه ۲ بخش اعظم دلایل عدم انجام ماموگرافی را در آنان تشکیل می داد، حساسیت درک شده پایین بستگان، عدم باور به ابزار تشخیصی و دقت آن و همچنین عدم اعتقاد به فایده تشخیص، باور به عوارض سوء ابزارهای تشخیصی از جمله ماموگرافی و احساس شرم و خجالت از دلایل اصلی ذکر شده بود.

از مزایای این مطالعه می‌توان گفت که، اولین پژوهشی است که دلایل عدم انجام ماموگرافی را در بستگان بیماران مبتلا به سرطان پستان، که جزء گروه‌های پرخطر محسوب می‌شوند را بررسی نموده و موفق به شناسایی طیف بسیار وسیعی از دلایل عدم انجام ماموگرافی در آنان شده است. تاکنون مطالعه‌ای به این وسعت و عمق در ایران انجام نشده است. به نظر می‌رسد با توجه به نتایج کسب شده، برای سوق دادن این افراد به انجام ماموگرافی، مداخلات زیادی در سطوح محتلف برای هر دسته از عوامل شناسایی شده ضروری باشد. البته مطالعه محدودیت‌هایی هم داشت که می‌توان به عدم همکاری بستگان مبتلایان به سرطان پستان، یا همکاری مشروط از طریق تلفن و یا نبودن مطالعات مشابه به جز یک یا دو مورد محدود در ایران اشاره کرد و به همین دلیل امکان مقایسه نیز فراهم نشد.

نتیجه‌گیری

نتایج کسب شده از مطالعه حاضر نشان داد که به‌رغم ضرورت انجام ماموگرافی برای تشخیص زودهنگام بستگان زنان مبتلا به سرطان پستان، آنان انجام غربالگری و ماموگرافی را نادیده می‌گیرند. از طرفی سیستم بهداشت و درمان کشور نیز از این زنان، که جزء افراد پرخطر ابتلا به این بیماری می‌باشند، غفلت می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که سیستم خدمات بهداشتی و درمانی کشور، آموزش‌های جامع و اثربخشی برای بستگان زنان مبتلا به سرطان پستان با هدف رفع موانع غربالگری، ارتقای آگاهی و رفع نگرش‌های نادرست، پیش‌بینی کند و همچنین تمهیدات و تسهیلات لازم برای انجام ماموگرافی برای تشخیص زودهنگام این بیماری را فراهم نماید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Arirchi I, Kolahdoozan S, Karbakhsh M, Chegini N, Mohseni SM, Montazeri A, Momtahen AJ, Kashefi A, Ebrahimi M. Twenty years of breast cancer in Iran: downstaging without a formal screening program. Annals of oncology. 2011; 22(1):93-7.
2. World Health Organization. Global health estimates: deaths by cause, age, sex and country, 2000-2012. Geneva, WHO. 2014
3. Region EM. Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance. WHO. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2016.
4. Rashidian H, Daroudi R, Ghiasvand R, Harirchi I, Zendehdel K. Prevalence and Incidence of premenopausal and postmenopausal breast cancer in Iran in 2010.

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

Basic & Clinical Cancer Research. 2013; 5(3):2-10.

5. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahen AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. Asian pacific journal of cancer prevention. 2004; 5(1):24-7.
6. Dixon JM, editor. ABC of breast diseases. John Wiley & Sons; 2012.
7. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, Zackrisson S, Senkus E. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2019; 30(8):1194-220.
8. Amir E, Freedman OC, Seruga B, Evans DG. Assessing women at high risk of breast cancer: a review of risk assessment models. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2010; 102(10):680-91.
9. Brausi M, Hoskin P, Andritsch E, Banks I, Beishon M, Boyle H, Colecchia M, Delgado-Bolton R, Höckel M, Leonard K, Lövey J. ECCO essential requirements for quality cancer care: prostate cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2020; 148:102861.
10. Sadr- Nabavi A, Dastpak M, Homaei-Shandiz F, Bahrami AR, Bidkhori HR, Raeesolmohaddeseen M. Analysis of novel mutations in BRCA1 in Iranian families with breast cancer. Hereditas. 2014; 151(2-3):38-42.
11. Avis NE, Smith KW, Link CL, Goldman MB. Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. Preventive medicine. 2004; 39(3):498-506.
12. Shiraly R, Asadollahi K, Asadollahi P. Risk perception and preventive issues for breast cancer among female employees. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2010; 3(4): 166-73.
13. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. International journal of cancer. 2019; 144(8):1941-53.
14. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. BMC women's health. 2003; 3(1):4.
15. Tazhibi M, Dehkordi ZF, Babazadeh S, Tabatabaeian M, Rezaei P, Faghihi M. Investigation of the age trends in patients with breast cancer and different sizes of tumors in Breast Cancer Research Center of Isfahan University of Medical Sciences in 2001-2010. Journal of education and health promotion. 2014; 3.
16. safa najafi , a.a., The need for genetic counseling in patients with breast cancer. Journal of Breast Diseases. 2009; 2(1):38-42.
17. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. BMC women's health. 2003; 3(1):4.
18. Kim JH, Kim O. Predictors of perceived barriers to mammography in Korean women. Asian Nursing Research. 2008; 2(2):74-81.
19. Bundred N, Dixon JM, Thomas J. Management of Regional Nodes in Breast Cancer. BMJ. 2013; 347.
20. Leeman J, Moore A, Teal R, Barrett N, Leighton A, Steckler A. Promoting community practitioners' use of evidence-based approaches to increase breast cancer screening. Public Health Nursing. 2013; 30(4): 323-31.
21. Hashemian M, Amin Shokravi F, Lamyian M, Hassanpour K, Akaberi A. Reliability and validity of the Champion's health belief model scale for mammography among Iranian women with family history of breast Cancer. Health Education and Health Promotion. 2013; 1(3):19-31.
22. Murillo R, Díaz S, Perry F, Poveda C, Pineros M, Sánchez O, Buitrago L, Gamboa O, Lozano T, Yu H, Wang CY. Increased breast cancer screening and downstaging in C olombian women: A randomized trial of opportunistic breast- screening. International journal of cancer. 2016;138(3):705-13.
23. Wang JH, Schwartz MD, Brown RL, Maxwell AE, Lee MM, Adams IF, Mandelblatt JS. Results of a randomized controlled trial testing the efficacy of a culturally targeted and a generic video on mammography screening among Chinese-American immigrants. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers. 2012; 21(11):1923-32.
24. Naghibi SA, Shojaizadeh D, Yazdani CJ, Montazeri A. Breast cancer preventive behaviors among Iranian women: a systematic review.
25. Ahmadian M, Samah AA, Emby Z. Barriers to mammography among women attending gynecologic outpatient clinics in Tehran, Iran. Scientific Research and Essays. 2011; 6(27): 5803-11.
26. Taymoori P, Habibi S. Application of a health belief model for explaining mammography behavior by using structural equation model in women in Sanandaj. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2014; 19(3):103-15.

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]

27. Ghazdehi MR, Amini L, Parvizi S, Hoseyni AF. Attitudinal Barriers to Mammography Screening among Women in Tehran, 2010. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (JMUMS). 2013; 23(99).
28. Farshbaf KA, Shahnazi M, Ghahvehchi A, Torabi S. Performance conditions of breast cancer screening methods and its efficient factors among women referring to health centers of Tabriz. 2009.
29. Calderón-Garcidueñas AL, Flores-Peña Y, De León-Leal S, Vázquez-Martínez CA, Farías-Calderón AG, Melo-Santiesteban G, Elizondo-Zapién RM, Hernandez-Hernandez DM, Garza-Moya R, Cerda-Flores RM. An educational strategy for improving knowledge about breast and cervical cancer prevention among Mexican middle school students. Preventive medicine reports. 2015; 2:250-4.
30. Akbari H, Jedi Arani T, Gilasi H, Moazami A, alin gholinpour A, azar abdar T. Study of motivational factors and causes of nonparticipation to breast and cervical cancer screening tests among women attending health centers in Kashan city. scientific journal of ilam university of medical sciences. 2014; 22(3):137-48.
31. Doumit MA, Huijer HA, Kelley JH, El Saghir N, Nassar N. Coping with breast cancer: a phenomenological study. Cancer nursing. 2010; 33(2):E33-9.
32. Abedi HA. The application of phenomenological research methodology in clinical sciences. Rahbord J. 2010; 54(3): 207-24.
33. Creswell JW, Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Sage publications. 2017.
34. Creswell JW, Clark VL, Gutmann ML, Hanson WE. Advanced mixed methods research designs. Handbook of mixed methods in social and behavioral research. 2003; 209:240.
35. Brislin RW. Research instruments. Field methods in cross-cultural research. 1986; 159-62.
36. Rubin HJ, Rubin IS. Qualitative interviewing: The art of hearing data:Sage. 2011.
37. Shamsi M, Neyestani H, Ebrahimipour H, Esmaeili H, Nosrati M. Using social marketing model to persuade the women to do mammography. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2014; 12(1):85-96.
38. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: a review of 903 case records. Public health. 2000; 114(2):143-5.
39. Enjezab B, Mojahed S, Bokaee M. Barriers and motivators related to cervical and breast cancer screening. SSU_Journals. 2004; 12(3): 78-84.
40. Bastani R, Mojica CM, Berman BA, Ganz PA. Low-income women with abnormal breast findings: results of a randomized trial to increase rates of diagnostic resolution. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers. 2010; 19(8):1927-36.

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.26]