مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیستم / بهمن و اسفند 1394/125-116

بررسی تاثیر سه روش مداخله آموزشی بر تکرار ماموگرافی در بین زنان ترک کننده ماموگرافی

زهرا رسولی[1]، فریبا فرهادی فر[2]، پروانه تیموری[3]، شعله شاه غیبی[4]، فریبا سیدالشهدایی[4]، سیروس شهسواری[5]

1. رزیدنت گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

2. دانشیار گروه زنان، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران (مؤلف مسوول)، تلفن ثابت:33620333- 087
Fariba.farhadifar@muk.ac.ir

3. دانشیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت. (مؤلف مسئول) تلفن ثابت:31827468-087، parvaneh.Tay@gmail.com

4. دانشیار گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

5. مربی گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان عمده ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان سراسر دنیا می باشد. تداوم افزایش مرگ از سرطان پستان در زنان ایرانی تا حدودی بعلت میزان استفاده پایین رفتار غربالگری سرطان پستان و تشخیص دیررس بیماری است هدف این مطالعه مقایسه اثر 3 روش مداخله ای متناسب شده برای تکرار ماموگرافی در بین زنان ترک کننده ماموگرافی در شهر سنندج با چهار چوب نظری الگوی اعتقاد بهداشتی بود.

روش بررسی: با طراحی کارآزمایی تصادفی شده، 360 نفر از زنان بالای 50 سال شهر سنندج بطور تصادفی در 4 گروه، سه گروه مداخله: استفاده از پمفلت، مشاوره حضوری و مشاوره تلفنی و یک گروه شاهدتقسیم گردیدند. همه گروه ها در 4 زمان مختلف، قبل از مداخله، هفته دوم، ماه سوم و ماه ششم بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه شدند.داده ها با آزمونهای آنالیز واریانس با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل گردیدند. $P<0/05$در این مطالعه معنی دار تلقی گردید.

یافته ها: گروه های مورد مطالعه از نظر ویژگیهای دموگرافیک(سن، تحصیلات و میزان درآمد)با $P<0/05$ تفاوت معنی داری با هم نداشتند. میانگین امتیازات سه گروه مداخله درحیطه های حساسیت و شدت درک شده، فواید و موانع درک شده برای ماموگرافی در ماه ششم بعد از مداخله با $P<0/01$ تفاوت معنادار داشتند. در مجموع بالاترین میزان تکرار مامو گرافی در گروه آموزش حضوری با نسبت 50 در صد دیده شد.

نتیجه گیری : یافته های این مطالعه حمایت تجربی در زمینه استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی برای تکرارماموگرافی ارائه کرد. آموزش حضوری بیشترین تاثیر را در تکرارمامو گرافی داشت.

کلید واژه‌ها: الگوی اعتقاد بهداشتی، تکرار ماموگرافی، مداخله.

وصول مقاله:92/11/16 اصلاحیه نهایی:93/12/18 پذیرش:94/2/5

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

مقدمه

سرطان پستان شایعترین بیماری بدخیم زنان و نیز عمده ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان سراسر دنیا است (1). سن بروز سرطان پستان در ایران همچون دیگر کشورهای در حال توسعه، پایین تر از کشورهای پیشرفته است. شایعترین سن مرگ ومیر ناشی از این بیماری در ایران بین 49- 40 سالگی است (2). اگر چه یافته ها نشان دهنده غیرشایع بودن سرطان پستان در زنان زیر40 سال و بویژه زیر 30 سال است اما نتایج یک گزارش در ایران نشان دهنده 23 درصد سرطانهای پستان در زنان زیر40 سال بودکه 70 درصد آنان بعلت تشخیص بیماری در مراحل پیشرفته در فاصله زمانی کوتاهی جان خود را از دست داده بودند (3). تداوم افزایش مرگ ناشی از سرطان پستان در زنان ایرانی تا حدودی ناشی از عدم غربالگری سرطان پستان و تشخیص دیر رس بیماری است (4).

در کشورهایی که اکثریت زنان 70-40 ساله آنان بطور مرتب ماموگرافی انجام میدهند، مرگ از سرطان پستان به میزان 26 تا 28 درصد کاهش می یابد (5). با توجه به اینکه این بیماری از نظر بالینی از یک مرحله مخفی طولانی (حدود 8 تا 10 سال) عبور میکند، بنابراین با شناسایی و تشخیص توده در مراحل اولیه می توان جان بیمار را از مرگ زودرس نجات داد (6). در صورتی که بیماری در مراحل اولیه یعنی زمانی که سرطان محدود به پستان است تشخیص داده شود، 75 تا 90 درصد از زنان شانس اینکه در 5 ساله آینده سالم بمانند را خواهند داشت. در مرحله دوم بیماری احتمال بقا بیمار به 16 درصد کاهش می یابد. جهت تشخیص زودرس سرطان پستان روشهای ماموگرافی، معاینه کلینیکی پستان (CBE[1]) و خود آزمایی پستان (BSE[2]) پیشنهاد شده اند (6). اعتقادات مثبت در زمینه برنامه های غربالگری سرطان پستان موجب افزایش رفتار و شرکت در رفتارهای غربالگری سرطان سینه میشود. بسیاری از پژوهشگران عقاید مرتبط با تجارب غربالگری همچون غربالگری سرطان پستان را با استفاده از الگوی اعتقاد بهداشتی (HBM[3]) بعنوان یک چهار چوب نظری بکار برده اند (9-7).

الگوی اعتقاد بهداشتی دارای سازه هایی همچون حساسیت، شدت، موانع، فواید و انگیزه درک شده برای سلامتی در رابطه با یک رفتار است. بر اساس اصول نظری این الگو، اگر افراد خود را در معرض خطر جدی احساس کنند و همچنین معتقد باشند که راهی در جهت کاهش ابتلا و یا شدت بیماریها وجود دارد و حتی اگر بهای عملی که انجام میدهند بیش از منافع مورد انتظار آنان می باشد، در فعالیتهای غربالگری و پیشگیری از بیماریها شرکت می کنند (10). نتایج یک مطالعه در زنان 40 سال به بالای شهر سنندج نشان داد که 7/5% از یک جامعه 689 نفری رفتار ماموگرافی را ترک کرده و این در حالی است که 75% از این جامعه هرگز ماموگرافی انجام نداده بودند (11). بنابراین پیشگیری از ترک رفتار ماموگرافی و اجرای مداخله مناسب برای تکرار آن در فواصل زمانی مناسب حائز اهمیت است. در ایران، تاکنون هیچ مطالعه ای در زمینه انجام مداخله متناسب شده برای تکرار ماموگرافی در زنان باسابقه انجام ماموگرافی در یک تا سه سال گذشته بدون قصد انجام مجدد آن را در یک سال، صورت نگرفته است. و این امر ضرورت انجام مطالعه ای جهت شناخت روشهای آموزشی را توجیهه می کند.

ضمن اینکه داشتن انگیزه برای ایجاد تغییر در رفتار، بسیار کمک کننده میباشد. اگر مداخله متناسب با انگیزه، نیازها و آمادگی شرکت کنندگان نباشد، افراد سریعا از برنامه تغییر رفتار کناره‌گیری میکنند. در الگوی مراحل آمادگی برنامه‌های مداخله باید با نیازهای اختصاصی افراد مطابقت

۱-Clinical Breast Examination1

2- Breast Self examination۲

3- Health Belief Model3

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

داشته باشد (13و 12). بهمین منظور در این مطالعه از سازه مرحله تغییر الگوی مراحل تغییر به منظور تعیین مرحله آمادگی و انگیزشی افراد نیز استفاده شد.

هدف از این پژوهش، مقایسه 3 نوع مداخله آموزشی متناسب شده با مرحله آمادگی فرد برای تکرار ماموگرافی در چارچوب الگو های تغییر رفتار اعتقاد بهداشتی با استفاده از سازه های حساسیت، شدت، فواید و موانع درک شده برای انجام مامو گرافی و سازه مراحل آمادگی در زنان شهر سنندج بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی- تصادفی شاهد دار بوده است. جهت گردآوری داده ها از مراجعین به درمانگاه تخصصی زنان و زایمان و کلینیک های خصوصی از چهار منطقه جغرافیایی شهر سنندج لیست زنان 50 سال و به بالا تهیه شد. از طریق تماس تلفنی با این افراد درباره سابقه انجام ماموگرافی در یک تا سه سال گذشته اطلاع حاصل شد. همچنین از داشتن و یا نداشتن قصد انجام مجدد آن در سال آتی سوال شد. سپس لیست زنان با سابقه انجام ماموگرافی در یک تا سه سال گذشته بدون قصد انجام مجدد آن در سال آتی تهیه گردید. سایر معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به سرطان پستان و عدم مصرف داروهای هورمونی در زمان شروع مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. از نظر حجم نمونه بر اساس مطالعات پیشین (14) و به روش تعیین نمونه برای بررسی چند گروهی، تعداد نمونه برای هر گروه 90 نفر (3 گروه مداخله و یک گروه شاهد) در مجموع 360 نفر برای این بررسی برآورد شدند. لازم به توضیح است که از بین 1000 نفر از زنان که شرایط ورود به مطالعه را داشتند 360 نفر افراد واجد شرایط به شکل تصادفی به یکی از گروههای مداخله و یا شاهد تخصیص یافتند. در این خصوص و با شماره گذاری از 0001 تا 1000 زنان ردیف شدند و با استفاده از جدول اعداد تصادفی بترتیب زنان در گروه های 1 تا 4 قرار گرفتند تا زمانیکه در هر گروه 90 نفر انتخاب شدند. کسب رضایت افراد واجد شرایط جهت شرکت در برنامه از طریق فرم کتبی اخذ شد. ابزار جمع آوری اطلاعات این بررسی، بوسیله پرسشنامه الگوی اعتقاد بهداشتی برای رفتار غربالگری سرطان پستان جمع آوری گردید. این پرسشنامه دارای 27 سوال، در چهار حیطه حساسیت درک شده شامل 3 سوال، شدت درک شده 7 سوال، منافع درک شده 6 سوال، موانع درک شده 11 سوال برای انجام رفتار غربالگری سرطان پستان است. روایی پرسشنامه با استفاده از آنالیز فاکتور تاییدی مورد بررسی قرار گرفته و ضرایب پایایی حساسیت و شدت درک شده 0/84-0/82، فواید و موانع درک شده 0/73-0/72 گزارش شده است (15). هر سوال دارای 5 گزینه بامقیاس لیکرت از 1 کاملا غلط تا 5 کاملا صحیح رتبه بندی شده است. همچنین با پرسش از زنان مورد بررسی، سایر اطلاعات دموگرافی شامل وضعیت تاهل، سطح سواد، پوشش بیمه، سابقه فامیلی سرطان پستان در بستگان درجه یک، تاریخچه وجود مشکل در پستان (شامل آبسه، تورم، خروج مایع غیر طبیعی) و مراجعه به پزشک در صورت وجود مشکلات ذکر شده بودند. تمام اطلاعات این بررسی بشکل خود گزارشی جمع آوری شدند. زمانهای ارزیابی این بررسی شامل چهار فاز زمانی بودند که برای سه گروه مداخله و گروه شاهد انجام گرفت: شروع بررسی (قبل از مداخله)، دو هفته پس از مداخله، سه و شش ماه پس از مداخله. افراد شرکت کننده در مطالعه و همچنین آموزشگران برنامه آموزشی از وجود سایر گروه ها بی اطلاع بودند. تعریف پیامد (outcome) این مطالعه انجام مامو گرافی بود.

چهار کارشناس مامایی آموزشگر برنامه مشاوره حضوری و مشاوره تلفنی بودند. آموزشگران از قبل توسط مجری طرح (رزیدنت زنان و زایمان) در زمینه چگونگی و محتوی برنامه های مشاوره آموزشی که شامل اطلاعات کلی در مورد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

سرطان پستان و لزوم اهمیت رفتارهای غربالگری و راههای انجام آن بویژه ماموگرافی، موانع احتمالی پیش رو برای انجام ماموگرافی و راه کارهای غلبه بر موانع فردی و محیطی با در نظر گرفتن شرایط خاص هر فرد، اصول مشاوره، مدیریت و اجرای برنامه آموزش گروهی، چگونگی اجرای مشاوره تلفنی، یک برنامه آموزشی دو روزه دیدند.

سه گروه مداخله برنامه های آموزشی 12 هفته ای را برابر شرح ذیل دریافت کردند: گروه مداخله اول با دریافت دو جلسه آموزش گروهی و سه جلسه مشاوره انفرادی بصورت حضوری، گروه دوم دریافت چهار بار مشاوره تلفنی و دریافت کارت یاد آوری کننده برای انجام ماموگرافی در پایان و دو ماه پس از پایان مطالعه، گروه سوم دریافت توصیه نامه پزشک مبنی بر ضرورت انجام ماموگرافی مجدد برای خانم مورد نظر در شروع، پایان و دو ماه پس از پایان مطالعه همراه با دریافت پمفلت آموزشی در زمینه سرطان پستان.

آموزشهای گروهی در گروههای5 تا10 نفره برگزار شد. در این برنامه اطلاعات کلی در مورد سرطان پستان و لزوم اهمیت رفتارهای غربالگری و راههای انجام آن بویژه ماموگرافی ارائه شدند. همچنین برنامه شامل نمایش یک فیلم آموزشی در این زمینه و در پایان وقت آزاد 60 دقیقه برای حضار جهت طرح سوال و دریافت پاسخ بود. دومین آموزش گروهی با فاصله دو هفته از جلسه اول برگزار گردید. در این جلسه موانع احتمالی فردی و محیطی برای ماموگرافی و راه کارهای غلبه براین موانع مطرح شد. در پایان جلسه گذاشتن وقت آزاد 60 دقیقه برای حضار جهت طرح سوال و دریافت پاسخ بود. سومین آموزش گروهی با فاصله دو هفته از جلسه دوم در زمینه غلبه بر مشکلات فردی برگزار گردید.

با توجه به اطلاعات بدست آمده از ارزیابی اولیه، گروه مربوط به مشاوره تلفنی چهارجلسه مشاوره تلفنی به مدت 20-30 دقیقه در هر نوبت در مورد سرطان پستان و لزوم اهمیت رفتارهای غربالگری و راههای انجام آن بویژه ماموگرافی، شناخت موانع فردی و محیطی و چگونگی غلبه بر آنها دریافت کردند. در پایان و دو ماه پس از پایان مطالعه، یک کارت یاد آوری کننده برای تشویق به انجام ماموگرافی از طرف مجری طرح برای آنان پست شد.

در شروع بررسی برای گروه سوم، توصیه نامه پزشک مبنی بر ضرورت انجام ماموگرافی مجدد بهمراه یک پمفلت آموزشی در زمینه سرطان پستان و لزوم اهمیت ماموگرافی از طریق پست ارسال شد. در پایان و دو ماه پس از اجرای برنامه مداخله، از طریق تلفن انجام و یا عدم انجام ماموگرافی مورد سوال قرار گرفت. برای افرادی که ماموگرافی انجام نداده بودند، مجددا توصیه نامه پزشک مبنی بر ضرورت انجام ماموگرافی ارسال شد. پس از پایان طرح مجددا پرسشگر از طریق تلفن از انجام یا عدم انجام مامو گرافی اطلاع حاصل کرد.

پس از اتمام برنامه مداخله، برای گروه شاهد یک پمفلت آموزشی در زمینه سرطان پستان و لزوم اهمیت ماموگرافی از طریق پست ارسال گردید.

تجزیه و تحلیل داده ها

برای بررسی تفاوت بین گروهها به لحاظ تغییر در متغیرهای پی‌آمد از شروع مطالعه تا مرحله پایان مداخله، سه و شش ماه پس از پایان مداخله از Repeated Measure ANOVA انجام شد. در هرجا که اثر گروه در زمان معنادار دیده شد، متعاقباً Univarite ANCOVA با در نظرگرفتن مقادیر پایه بعنوان کوواریت برای مشاهده اثرات اصلی و آزمون مقایسه‌های چندگانه Bonferroni Post-hoc برای یافتن منبع تفاوت بین گروهها انجام گرفت. در مواردیکه اثر گروه در زمان معنادار دیده نشد آزمون Univarite برای مشاهده اثرات حاشیه‌ای انجام گردید. به منظور مقایسه تفاوت بین مقادیر پایه و پس از مداخله و زمانهای پی‌گیری در هر گروه، از آزمونهای آنالیز

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

واریانس با اندازه های تکراری استفاده گردید. ضمنا آزمون کواموگراف اسمیرونوف با P<0/05 نرمال بودن توزیع متغیرها را تایید کرد.

از نظر ملاحظات اخلاقی موارد زیر رعایت گردید:

محرمانه ماندن اطلاعات/کسب رضابت اولیه و خروج از مطالعه در هر زمان وارائه پمفلت آموزشی به گروه شاهد (در پایان مداخله).

یافته ها

در شروع مطالعه ویژگیهای دموگرافیک شامل وضعیت تاهل، تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه، گروه سنی و وضعیت بیمه گروه های مورد مطالعه تفاوت معنا داری دیده نشد (جدول1). همچنین چهار گروه مداخله در حیطه های موانع و مشکلات، حساسیت ماموگرافی و شدت درک شده، فواید انجام مامو گرافی با p>0/05 تفاوت معنی داری با هم نداشتند (جدول 2).

بعد از مداخله بالاترین میزان تکرار مامو گرافی در گروه آموزش حضوری با نسبت 50 در صد دیده شد. میزان تکرار ماموگرافی در گروه های مداخله با ارائه پمفلت و مشاوره تلفنی به ترتیب 34 و 23 درصد بود (جدول 3).

مقایسه روشها در چهار زمان مختلف، هفته دوم، ماه سوم و ماه ششم بیانگر تفاوت روش های حضوری و تلفنی با دیگر گروه ها در حیطه های فواید، حساسیت و موانع انجام ماموگرافی بود (p<0/002). در هفته دوم بعد از مداخله، به استثنای فایده انجام مامو ماموگرافی (p<0/001) در سایرحیطه ها تفاوت معنی دار در گروه ها دیده نشد. در ماه سوم بعد از مداخله نیز مجددا فایده ماموگرافی با p<0/001 در بین گروه ها متفاوت بود. در ماه ششم در حیطه های حساسیت درک شده با p<0/05، فایده ماموگرافی با p<0/001 و موانع درک شده برای انجام ماموگرافی گروهها با همدیگر تفاوت معنی دار داشتند. مقایسه گروه ها با یکدیگر بر حسب زمانهای مختلف ارزیابی در حیطه های ذکر شده در جدول 4 نمایش داده شده است.

جدول 1- مقایسه ویژگیهای دموگرافیک در گروه های مورد مطالعه

متغیر	گروه	پمفلت	شاهد	حضوری	تلفنی	*p*
وضعیت تاهل	مجرد	6 (18/7)	12 (37/4)	8 (25/2)	6 (18/7)	0/575
	متاهل	62 (22/9)	59 (21/8)	72 (26/6)	78 (28/8)	
تحصیلات	زیر دیپلم	34 (21/3)	43 (26/9)	47 (29/4)	36 (22/5)	0/426
	دیپلم	18 (25)	16 (22/2)	17 (23/6)	21 (29/2)	
	فوق دیپلم	6 (20/7)	7 (24/1)	7 (24/1)	9 (31/1)	
	لیسانس و بالاتر	12 (29/2)	10 (24/4)	9 (22)	10 (24/4)	
میزان درآمد	مطلوب	13 (21/3)	16 (26/3)	15 (24/6)	17 (27/8)	0/641
	متوسط	44 (24/4)	34 (18/9)	51 (28/3)	51 (28/3)	
	ضعیف	16 (25/8)	17 (27/4)	15 (24/2)	14 (22/6)	
بیمه شده	بله	67 (22/6)	69 (23/2)	78 (26/3)	83 (27/9)	0/369
	خیر	1 (16/7)	2 (33/3)	2 (33/3)	1 (16/7)	
گروه سنی	24-39	6 (23/1)	5 (19/3)	7 (26/9)	8 (30/7)	0/403
	40-50	37 (25/2)	38 (25/8)	37 (25/2)	35 (23/8)	
	بیشتر از 50	34 (26/7)	31 (24/4)	34 (26/7)	28 (22/2)	

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

جدول 2- مقایسه میانگین نمرات در حیطه های مختلف قبل از آموزش در گروه های مورد مطالعه

سازه ها	گروه ها	میانگین	انحراف±	F	P
موانع درک شده	پملفت	2/40	0/66	0/416	0/741
	شاهد	2/47	0/75		
	حضوری	2/44	0/54		
	تلفنی	2/37	0/41		
حساسیت درک شده	پملفت	2/56	0/65	0/676	0/567
	شاهد	2/73	0/62		
	حضوری	2/60	0/81		
	تلفنی	2/64	0/78		
فواید درک شده	پملفت	3/75	0/42	2/304	0/077
	شاهد	3/72	0/32		
	حضوری	3/79	0/36		
	تلفنی	3/87	0/42		
شدت درک شده	پملفت	3/48	0/58	0/318	0/813
	شاهد	3/53	0/45		
	حضوری	3/48	0/51		
	تلفنی	3/55	0/60		

جدول 3- مقایسه میزان تکرار ماموگرافی بر حسب روش مداخله

تکرار ماموگرافی / روش مداخله	هفته دوم پس از مداخله		ماه سوم پس از مداخله		شش ماه پس از مداخله		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حضوری	20	25	19	23/8	1	1/3	40	50/0
پمفلت	8	11/8	13	19/1	2	2/9	23	33/8
تلفنی	3	3/6	13	15/5	3	3/6	19	22/6
شاهد	1	1/4	0	0	0	0	1	1/4

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

جدول4- مقایسه میانگین نمرات در حیطه های مختلف هفته دوم، ماه سوم و ماه ششم بعد از مداخله در گروه های مختلف

زمان	حیطه	گروه ها	میانگین	انحراف معیار	ANOVA-F	p
هفته دوم بعد از مداخلات	موانع	پمفلت	2/36	0/64	0/778	0/55
		شاهد	2/45	0/71		
		حضوری	2/45	0/49		
		تلفنی	2/33	0/45		
	حساسیت	پمفلت	2/66	0/62	0/121	0/89
		شاهد	2/69	0/58		
		حضوری	2/72	0/72		
		تلفنی	2/72	0/81		
	فواید	پمفلت	3/86	0/39	6/552	0/02
		شاهد	3/70	0/40		
		حضوری	3/92	0/50		
		تلفنی	4	0/39		
	شدت	پمفلت	3/75	0/70	0/415	0/65
		شاهد	3/59	0/37		
		حضوری	3/52	0/59		
		تلفنی	3/62	0/58		
ماه سوم بعد از مداخلات	موانع	پمفلت	2/33	0/70	1/205	0/25
		شاهد	2/49	0/77		
		حضوری	2/34	0/52		
		تلفنی	2/32	0/47		
	حساسیت	پمفلت	2/67	0/59	1/050	0/32
		شاهد	2/84	0/67		
		حضوری	2/87	0/75		
		تلفنی	2/77	0/83		
	فواید	پمفلت	3/98	0/42	7/207	0/01
		شاهد	3/77	0/37		
		حضوری	4/01	0/51		
		تلفنی	4/09	0/41		
	شدت	پمفلت	3/61	0/73	0/216	0/71
		شاهد	3/59	0/37		
		حضوری	3/62	0/47		
		تلفنی	3/66	0/60		
ماه ششم بعد از مداخلات	موانع	پمفلت	2/30	0/65	2/661	0/04
		شاهد	2/47	0/71		
		حضوری	2/24	0/39		
		تلفنی	2/26	0/40		
	حساسیت	پمفلت	2/68	0/68	3/147	0/034
		شاهد	2/76	0/61		
		حضوری	3/04	0/77		
		تلفنی	2/85	0/79		
	فواید	پمفلت	3/97	0/44	11/717	0/22
		شاهد	3/78	0/37		
		حضوری	4/12	0/43		
		تلفنی	4/13	0/37		
	شدت	پمفلت	3/66	0/63	1/454	0/23
		شاهد	3/60	0/29		
		حضوری	3/77	0/44		
		تلفنی	3./65	0/55		

بحث

در مطالعه ما روش دریافت پمفلت در مقایسه با مشاوره تلفنی تاثیر بیشتری داشته است. بر خلاف انتظار ما مشاوره تلفنی به دلیل فراهم نمودن امکان پرسش و پاسخ سودمندتر از دریافت پمفلت نبود. یکی از دلایل احتمالی این تعارض می تواند کم توجهی به زمان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

مناسب برای انجام مشاوره تلفنی، همچنین شرایط روحی روانی فرد دریافت کننده مشاوره باشد. پژوهشهای بعدی باید در مطالعات آتی نقش متناسب بودن زمان مشاوره با وقت شرکت کنندگان در برنامه های مداخله ای را لحاظ کنند. شاید برتری روش پمفلت در مقایسه با روش تلفنی مربوط به فراهم بودن فرصتی برای نتیجه گیری و تفکر از طریق مطالعه پمفلت بوده باشد. با توجه به موثر بودن روش حضوری در مقایسه با دیگر روشهای مداخله مشاوره تلفنی و دریافت پمفلت، بنظر می رسد که متناسب کردن مداخله ها با اعتقادات فردی زنان و سطح آمادگی فرد برای انجام ماموگرافی، احتمال انجام غربالگری ماموگرافی را در پی دارد.

مطالعات اخیر نشان داده اند که متناسب کردن مداخله ها با اعتقادات فردی زنان و سطح آمادگی فرد برای انجام ماموگرافی، احتمال انجام غربالگری ماموگرافی را در پی دارد. گزارش چمپین و سول، نیز نشان دهنده تاثیر مشاوره فردی متناسب با اعتقادات افراد در مقایسه با مراقبت روتین بطور چشمگیری در اجرای ماموگرافی بوده است (17و 16). طی بررسی دیگری برتری روش مشاوره تلفنی متناسب شده درمقایسه با دریافت مطالب چاپ شده برای انجام ماموگرافی تایید شده است (18). یافته های یاشیکی ایشاو و داون (20و 19) در مورد مقایسه دریافت پیام های متناسب شده با مراقبت معمول برای غربالگری سرطان پستان بیانگر اثربخشی روش دریافت پیام های متناسب شده بود.

تفاوت گروهها در رابطه با فواید درک شده انجام ماموگرافی در سه زمان ارزیابی تلویحا بر عدم دریافت اطلاعات و پیام متناسب شده در مورد فواید تکرار ماموگرافی زنان این نمونه در زمان قبل از مداخله دلالت دارد. براساس اصول نظری الگوی اعتقاد بهداشتی چنانچه افراد فایده و مزایای اجرای یک رفتار را بدرستی درک کنند علیرغم پرداخت هزینه اجرای رفتار، انگیزه بیشتری برای انجام رفتار مورد نظر دارند (10). یافته های بررسی تاثیر مثبت فواید درک شده مامو گرافی بر افزایش اجرای رفتارهای غربالگری پستان از جمله داشتن مامو گرافی منظم در زنان ایرانی مستند شده است (21و 11). برخی از راهکارهای مناسب به منظور اطلاع رسانی در مورد اهمیت انجام منظم رفتارهای غربالگری سرطان پستان توصیه های پزشکان، کارشناسان بهداشتی- درمانی و نیز رسانه های جمعی میباشند.

بر خلاف انتظار ما نتیجه مقایسه گروهها در هفته دوم و ماه سوم بعد از مداخله متفاوت برای سازه های مورد بررسی متفاوت نبودند. حال آنکه 6 ماه پس از مداخله بین گروهها در زمینه حساسیت، شدت و موانع درک شده تفاوت وجود داشت. این موضوع بر چند نکته دلالت دارد. نخست آنکه ارزیابی تاثیر مداخله باید مورد پی گیری قرار گرفته و منحصر به یک مقطع زمانی نباشد. ارزیابی های مکرر در زمانهای مختلف نشان دهنده تغییر در نگرش‌ها و عقاید افراد می‌باشد. دوم اینکه تاثیر مداخله ما در هفته دوم و سوم فقط در حیطه فواید معنادار بود حال آنکه در ماه 6 حساسیت و موانع درک شده هم با هم تفاوت داشتند. این موضوع نشان دهنده یک تعامل احتمالی بین فواید درک شده و موانع می باشد. بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی با افزایش فواید اجرای رفتار مورد نظر، موانع درک شده کاهش یابد. همانطورکه مطالعات دیگر مستند کرده‌اند،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

احتمالا تعامل ویژگیهای دموگرافیک افراد با ادراک فواید و موانع بر روی متغیر پیامد یعنی تکرار ماموگرافی تاثیر گذاشته است. نکته سوم مربوط به رخداد تعامل بین ادراکات حساسیت، فواید و موانع با سازه های دیگر مانند هنجارهای بین فردی است که در بررسی ما لحاظ نشده بودند.

توجیهات مشابهی درزمینه تفاوت حساسیت درک شده میتوان مطرح کرد. ازجمله رویداد تعامل بین ویژگیهای دموگرافی مثل داشتن سابقه فامیلی سرطان پستان و ادراک آسیب پذیری که در دیگر مطالعات مستند شده اند (22). تحلیل های معادله ساختار و یا آنالیز مسیر، توانایی پاسخگویی به فرضیات مطرح شده را دارند. چنین تعاملاتی ممکن است نتایج ما را تحت تاثیر قرار داده باشند. در این زمینه رویداد تعامل بین حساسیت درک شده با ادراک وخامت و فواید را نیز باید مد نظر داشت. افزایش ادراک وخیم بودن یک مشکل یا بیماری منجر به افزایش حس آسیب پذیری و یا حساسیت درک شده برای ابتلا به بیماری مورد نظر میشود (10). این نکته متفاوت بودن حساسیت درک شده گروه های مداخله با گروه شاهد و همچنین گروه پمفلت و حضوری مطالعه حاضر را توجیه میکند.

مقایسه روشهای استفاده از پمفلت، مشاوره تلفنی و مشاوره حضوری و گروه شاهد در حیطه شدت یا وخامت ادراک شده، با $P<0/05$ در هیچیک از زمانها (قبل از مداخله، هفته دوم بعد از مداخله، ماه سوم و ماه ششم بعد از مداخله) تفاوت معنی داری مشاهده نشد.هرچند میانگین تغییرات بترتیب در گروه حضوری بیشتر از تلفنی و تلفنی بیشتر از پمفلت بوده است.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد یکی از مناسبترین راهکارهای افزایش میزان تکرار مامو دریافت اطلاعات و پیام متناسب شده در مورد فواید تکرار مامو در زنان بود. بهمین منظور توصیه های پزشکان، کارشناسان بهداشتی درمانی و نیز رسانه های جمعی در مورد اهمیت انجام منظم رفتارهای غربالگری سرطان پستان استراتژی سودمندی بنظر میرسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدینوسیله قدردانی خود را از تمام بیمارانیکه امکان اجرای این مطالعه را فراهم نمودند اعلام می دارند.

References

1. Clifton R, Atlanta, GA. Cancer facts and figures. American cancer society 2005:4: 80-100.
2. 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;5:24-7.
3. 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;3:4.
4. Ebrahimi M, Vahdaninia M, Montazeri A. Risk factors for breast cancer in Iran: a case-control study. Breast cancer research 2002;4:10.
5. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine 2002;137:47-60.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]

6. Fentiman I. Fixed and modifiable risk factors for breast cancer. International journal of clinical practice 2001;55:527.
7. Karayurt O, Dramal A. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. Cancer nursing 2007;30:69-77.
8. Wu T-Y, West B, Chen Y-W, Hergert C. Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian women. Cancer detection and prevention 2006;30:58-66.
9. Wu T-Y, West BT. Mammography stage of adoption and decision balance among Asian Indian and Filipino American women. Cancer nursing 2007;30:390-8.
10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley &Sons; 2000:32:20-41.
11. Taymoori P, Berry T, Farhadifar F. Predicting mammography stage of adoption among Iranian women.Journal of education and health promotion 2012;1:65-81.
12. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change.American journal of health promotion 1997;12:38-48.
13. Wu TY, Hsieh HF, West BT. Stages of mammography adoption in Asian American women. Health Educ Res 2009;24:748-59.
14. Bratcher TL, Moran M, Zimmer W. Tables of sample sizes in the analysis of variance.Journal of Quality Technology 1970;2:54-72.
15. TaymooriP,Berry T. The validity and reliability of Champion's Health Belief Model Scale for breast cancer screening behaviors among Iranian women.Cancer nursing 2009;32:465-72.
16. Champion VL, Springston JK, Zollinger TW, SaywellJr RM, Monahan PO, Zhao Q, et al. Comparison of three interventions to increase mammography screening in low income African American women.Cancer detection and prevention 2006;30:535-44.
17. Sohl SJ, Moyer A. Tailored interventions to promote mammography screening: a meta-analytic review. Preventive medicine 2007;45:252-61.
18. Lipkus IM, Rimer BK, Halabi S, Strigo TS. Can tailored interventions increase mammography use among HMO women? American journal of preventive medicine 2000;18:1-10.
19. Ishikawa Y, Hirai K, Saito H, Fukuyoshi J, Yonekura A, Harada K, et al. Cost-effectiveness of a tailored intervention designed to increase breast cancer screening among a non-adherent population: a randomized controlled trial. BMC public health 2012;12:760.
20. Duan N, Fox SA, Derose KP, Carson S. Maintaining mammography adherence through telephone counseling in a church-based trial. American Journal of Public Health 2000; 90: 1468.
21. Taymoori P, Berry T, Roshani D. Differences in Health Beliefs Across Stage of Adoption of Mammography in Iranian Women. Cancer nursing. 2013:41:34-48.
22. Katapodi M, Lee K, Facione N, Dodd M. Predictors of perceived breast cancer risk and the relation between perceived risk and breast cancer screening: a meta-analytic review. Prev Med 2004; 38:388-402.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22102/20.6.116]