

وضعیت انجام ماموگرافی و عوامل مرتبط با آن در جمعیت عمومی زنان شهر رشت

*لیلا جانثار حسینی^۳

عاطفه قنبری^۲

آرزو منفرد^۱

نسترن نوروزی^۴

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان جزء شایع‌ترین سرطان‌ها در میان زنان است. آزمون ماموگرافی، حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین آزمونی است که می‌تواند برای تشخیص زودرس سرطان پستان استفاده شود. هدف از مطالعه حاضر تعیین وضعیت انجام غربالگری با ماموگرافی و عوامل مرتبط با آن در جمعیت زنان شهر رشت بود.

روش بررسی: این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۰۰۰ زن ساکن شهر رشت به روش تصادفی سیستماتیک در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات فردی-اجتماعی و وضعیت غربالگری از طریق تماس تلفنی انجام شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری تی تست، کای اسکور و رگرسیون لجستیک مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان $10/18 \pm 49/43$ سال بود. ۴۵ درصد زنان ماموگرافی را انجام داده بودند. در ۸۰ درصد زنان فواصل تکرار غربالگری بیش از سه سال بود. میانگین سن ماموگرافی $9/23 \pm 44/16$ سال بود. علت انجام غربالگری در $68/4$ درصد زنان بررسی وضعیت سلامت ذکر شده بود. دلایل انجام ندادن غربالگری در $65/3$ درصد زنان نداشتن هیچگونه مشکل در پستان‌ها و در $3/4$ درصد کمبود آگاهی بیان شد.

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیشتر زنان به ضرورت غربالگری سرطان پستان و انجام آن به صورت منظم پی نبرده‌اند. بنابراین پیشنهاد می‌شود اقدامات پیشگیرانه به صورت آموزش همگانی به منظور افزایش آگاهی و همچنین فراهم نمودن شرایطی برای انجام ماموگرافی به منظور کاهش شیوع بیماری، بهبود وضعیت سلامت و کاهش هزینه‌های ناشی از درمان سرطان پستان در جمعیت زنان صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: بدخیمی پستان، غربالگری، ماموگرافی

تاریخ دریافت: ۹۶/۲/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۲۴

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران.

۲. دانشیار، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

۳. کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز ملی مطالعات اعتیاد پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)

E-mail: lhoseini@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۱۱۲۳۷۳۰۹۴

۴. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

مقدمه

سرطان پستان جزء شایع‌ترین سرطان‌ها و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در میان زنان است^(۱،۲). بر اساس آخرین آمار در سال ۲۰۱۵ حدود ۶۰۲۹۰ مورد از سرطان پستان (in situ) در زنان تشخیص داده شده است^(۳). سالانه در سراسر جهان ۵۰۰۰۰۰ زن به علت بیماری سرطان پستان جان خود را از دست می‌دهند. در جوامع فقیر بیشتر زنان در مراحل انتهایی، بیماری تشخیص داده می‌شوند و بقای ۵ ساله آنها بین ۱۰ تا ۴۰ درصد می‌باشد. در جوامع پیشرفته‌تر که تشخیص و درمان بیماری در مراحل اولیه صورت می‌گیرد، میزان بقای پنج ساله به ۸۰ درصد نیز می‌رسد^(۳). در ایران نیز بروز سرطان پستان در حال افزایش است و بیماران معمولاً در مراحل پیشرفته بیماری تشخیص داده می‌شوند. این بیماران از موارد گزارش شده در کشورهای غربی جوان‌تر هستند^(۴). مطالعات اخیر نشان می‌دهد که بیشترین شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی بین سن ۴۰ تا ۴۹ سالگی است^(۵،۶). مرگ ناشی از سرطان پستان به طور مستقیم در ارتباط با مرحله بیماری در زمان تشخیص است به گونه‌ای که بقای ۵ ساله سرطان پستان چنانچه بیماری در مرحله اولیه تشخیص داده شود حدود ۹۰-۸۰ درصد است و در مراحل نهایی به ۶۳-۲۲ درصد کاهش می‌یابد^(۷). در کشورهای غربی حدود ۸۰ درصد موارد بیماری در مراحل اولیه، شناسایی و درمان می‌شوند ولی در ایران ۷۰ درصد بیماران در مراحل نهایی شناسایی می‌شوند، که همین امر درمان این بیماران را پیچیده‌تر می‌کند^(۸). با توجه به برخی از خصوصیات سرطان پستان از قبیل رشد آهسته، قابل تشخیص بودن در مراحل اولیه و موثر بودن درمان در این مراحل، غربالگری سرطان پستان با انجام معاینات بالینی پستان (Clinical Breast Examination) و ماموگرافی (Mammography) به عنوان یکی از روش‌های کنترل بیماری از اهمیت بسزایی برخوردار است^(۹). ماموگرافی یک عکسبرداری از پستان می‌باشد که قادر است توده‌های کوچک غیر قابل لمس را

شناسایی کرده و در کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان تاثیر گذار باشد^(۱۰). آزمون ماموگرافی، حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین آزمونی است که می‌تواند برای تشخیص زودرس سرطان پستان استفاده شود^(۱۱) و یکی از بهترین روش‌های غربالگری سرطان پستان است^(۱۲). سرطان پستان فاز بدون علامتی دارد که توسط ماموگرافی تشخیص داده می‌شود^(۱۳). سرطان پستان با رشدی آرام را می‌توان حداقل دو سال قبل از رسیدن به حد قابل لمس با ماموگرافی تشخیص داد. در واقع ماموگرافی تنها روش شناسایی سرطان پستان غیر قابل لمس می‌باشد^(۴).

انجام غربالگری سرطان پستان با استفاده از ماموگرافی می‌تواند تاثیر کاهنده‌ای بر روند مرگ در زنان داشته باشد^(۴). تمامی نهادهای رسمی ایالات متحده انجام غربالگری با استفاده از ماموگرافی را در سنین ۴۰ سال و بالاتر توصیه می‌نمایند. انجام ماموگرافی میزان مرگ سرطان پستان را بین ۲۰ تا ۳۵ درصد در زنان ۵۰ تا ۶۹ سال و به میزان کمتر در زنان ۴۰ تا ۴۹ سال، کاهش می‌دهد^(۱۱). مطالعه پور مهر که بر روی ۳۰۰ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی اردبیل انجام شد، نشان داد که میزان انجام ماموگرافی ۳/۷ درصد می‌باشد^(۱۵). مطالعات مختلف در ایران حاکی از مراجعه دیر هنگام زنان در زمان تشخیص و در نتیجه کاهش شانس بقای آنان است^(۱۶).

بنابراین هدف از این مطالعه تعیین وضعیت انجام ماموگرافی و عوامل مرتبط با آن در جمعیت عمومی زنان در رشت می‌باشد.

روش بررسی

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که در آن به تعیین وضعیت انجام ماموگرافی و عوامل مرتبط با آن در سال ۹۳-۱۳۹۲ پرداخته است. مطالعه طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد اخلاق ۲۹۳۰۴۲۲۸۲۱ در تاریخ سوم اسفند ۱۳۹۲ می‌باشد. جامعه پژوهش تمامی زنان ساکن شهر رشت بودند. برای

سن ازدواج، سن یائسگی، مدت مصرف قرص‌های ضدبارداری، سابقه ابتلا به توده خوش خیم پستان و سابقه سرطان پستان در اعضاء خانواده) بود. بخش دوم پرسشنامه محقق ساخته وضعیت غربالگری سرطان پستان بود که شامل پنج سوال درباره انجام ماموگرافی، سن شروع، فواصل انجام آن و علل انجام و انجام ندادن ماموگرافی بود. این پرسشنامه بر اساس پژوهش‌های انجام شده درباره غربالگری سرطان پستان در ایران تهیه شد^(۱۵،۱۷،۱۸). برای تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش روایی محتوا استفاده گردید به این ترتیب که محتوای پرسشنامه توسط اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان مطالعه و ارزشیابی شده و پس از جمع آوری نظرات، تغییرات و اصلاحات لازم در آن داده شد.

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی تست، کای اسکویر با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. معنی داری در سطح $P < 0/05$ در نظر گرفته شد. سپس متغیرهای معنی‌دار وارد مدل رگرسیونی شدند. برای بررسی وضعیت انجام ماموگرافی به علت اینکه متغیر اصلی کیفی اسمی (انجام ماموگرافی و عدم انجام ماموگرافی) بود از رگرسیون لجستیک به روش Backward استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که میانگین سن نمونه‌ها $10/18 \pm$ ۴۹/۴۳ سال می‌باشد، مشخصات فردی- اجتماعی نمونه‌های پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

برآورد نسبت ماموگرافی در سطح اطمینان ۹۵ درصد پس از مقدار گذاری در فرمول برآورد حجم نمونه، تعداد نمونه لازم ۹۳۵ زن تعیین شد. که با احتساب افت نمونه ۴۰ درصد با توجه به نمونه گیری تلفنی ۱۳۰۹ نفر به روش سیستماتیک انتخاب شدند (جمعیت زنان بالای ۳۵ سال شهر رشت بر اساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ۱۵۲۸۹۲ نفر بود)، به این صورت که پژوهشگر پس از دریافت CD راهنمای تلفن شهر رشت از شرکت مخابرات استان گیلان از روی لیست شماره‌های تلفن به روش سیستماتیک به تعداد نمونه‌های پژوهش تعیین شده شماره تلفن‌های منازل مسکونی را مشخص نمود، بدین صورت که براساس تعداد شماره‌های تلفن موجود در سی دی راهنما و تعداد نمونه‌های لازم در مطالعه از هر صفحه راهنمای تلفن به طور کاملاً تصادفی ۳-۲ شماره انتخاب گردید و صفحاتی نیز که نام شرکت‌ها، بانک‌ها و امثال آن بود حذف گردید. سپس با هر یک از شماره‌ها تماس گرفته شد و با کسب رضایت شفاهی برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه توسط پژوهشگر برای نمونه‌های پژوهش خوانده شده و داده‌های لازم جمع آوری گردید (۳۰۹ شماره به علت پاسخگو نبودن، همکاری نکردن و نداشتن معیارهای ورود از مطالعه خارج شدند). معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۳۵ سال و نداشتن سابقه ابتلا به سرطان در خود فرد و بومی بودن نمونه‌ها بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل دو بخش بود. بخش اول شامل: اطلاعات فردی- اجتماعی (سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه خانوار، نوع مسکن) و تاریخچه سلامتی- بیماری (تعداد فرزندان،

جدول شماره ۱: مشخصات فردی- اجتماعی زنان مورد پژوهش بر اساس وضعیت انجام ماموگرافی

متغیرها	ماموگرافی انجام دادند (N=۴۵۰)		نتیجه آزمون
	مماوگرافی انجام ندادند (N=۵۵۰)	ماموگرافی انجام دادند (N=۴۵۰)	
	مماوگرافی انجام ندادند (N=۵۵۰)	ماموگرافی انجام دادند (N=۴۵۰)	
وضعیت تاهل			
متاهل	۴۷۳(۸۶)	۳۹۲(۸۷/۱)	$\chi^2 = ۳/۴۵۲$
مجرد	۱۷(۳/۱)	۶(۱/۳)	* *P= ۰/۱۷۸
سایر	۶۰(۱۰/۹)	۵۲(۱۱/۶)	
وضعیت تحصیلی			
بیسواد	۷۲(۱۳/۱)	۲۷(۶)	$\chi^2 = ۱۹/۵۲۵$
سواد خواندن و نوشتن	۱۲۳(۲۲/۴)	۹۱(۲۲/۲)	* *P= ۰/۰۰۱
زیر دیپلم	۶۸(۱۲/۴)	۴۷(۱۰/۴)	
دیپلم	۶۸(۳۳/۸)	۱۷۹(۳۹/۸)	
دانشگاهی	۱۰۱(۱۸/۴)	۱۰۶(۲۳/۶)	
وضعیت شغلی			
کارمند	۴۳(۷/۸)	۴۱(۹/۱)	$\chi^2 = ۲۸/۵۶۸$
خانه دار	۴۴۹(۸۱/۶)	۳۱۹(۷۰/۹)	* *P< ۰/۰۰۰۱
بازنشسته	۳۵(۶/۴)	۷۵(۱۶/۷)	
سایر	۲۳(۴/۲)	۱۵(۳/۳)	
وضعیت سکونت			
منزل شخصی	۴۵۳(۸۲/۴)	۳۸۰(۸۴/۴)	$\chi^2 = ۰/۶۹۶$
منزل استیجاری	۹۷(۷۱/۶)	۷۰(۱۵/۶)	* *P= ۰/۴۰۴
درآمد به ریال			
< ۱۲۰۰۰۰	۲۰۹(۷۷/۱)	۱۳۷(۳۰/۴)	$\chi^2 = ۷/۲۲۶$
≥ ۱۲۰۰۰۰	۶۲(۱۱/۳)	۸۰(۱۷/۸)	* *P= ۰/۰۰۱
سن، (انحراف معیار)	۴۸/۳(۱۰/۷)	۵۰/۸(۹/۲)	t= ۳/۹۰۶
میانگین			*P< ۰/۰۰۰۱
تعداد فرزندان، (انحراف معیار)	۲/۵۲(۱/۵)	۲/۴۶(۱/۳)	t=- ۰/۶۷۰
میانگین			*P= ۰/۴۹۷

* T-Test

** Chi-square test

۲۱/۱۸ سال و سن اولین تولد زنده ۵/۵۱ ± ۲۳/۰۵ سال بود. ۴۳۴ زنی که قرص‌های ضدبارداری مصرف می‌کردند، میانگین مدت مصرف قرص‌های ضدبارداری را ۶ ± ۶/۸۲ سال ذکر کردند، همچنین از ۴۵۱ زنی که منوپوز شده بودند، میانگین سن منوپوز آنان ۵/۵۸ ± ۴۷/۲۹ سال بود. یافته‌ها نشان داد که ۸/۶ درصد زنان سابقه وجود توده در پستان و ۱۴/۸ درصد سابقه خانوادگی سرطان پستان را گزارش کرده‌اند، که ۴۲/۲

نتایج حاصل از بررسی وضعیت انجام غربالگری نشان داد که ۴۵ درصد زنان ماموگرافی انجام داده‌اند. حدود ۸۰ درصد نمونه‌ها فواصل تکرار انجام ماموگرافی را بیش از سه سال یک بار ذکر نموده‌اند، و بیشتر آنها تنها یک بار ماموگرافی انجام داده‌اند. میانگین سن انجام اولین ماموگرافی ۹/۲۳ ± ۴۴/۱۶ سال (محدوده ۷۳-۳۰ سال) بود. در افرادی که ماموگرافی را انجام داده بودند، میانگین سن منارک ۱/۶۰ ± ۱۲/۷۶ سال، سن ازدواج ۵/۰۶ ±

نیافتن توده و مشکلی پس از انجام یک دوره غربالگری را ذکر نمودند. همچنین ۱۵/۳ درصد زنان نیز انجام غربالگری را ضروری نمی‌دانستند و تمایلی برای انجام آن نداشتند، ۵/۸ درصد نیز مشکل مالی و ۵ درصد عدم وقت کافی و تنبلی را ذکر نمودند. در این میان ۳/۴ درصد نیز عدم آگاهی را از جمله علل انجام ندادن غربالگری بیان نمودند.

درصد افراد مبتلا در خانواده مادری، ۳۱/۱ درصد خانواده پدری و ۲۷/۷ درصد بستگان درجه یک بودند (جدول شماره ۲).
در ۶۸/۴ درصد افراد علت انجام روش‌های غربالگری، پیگیری و بررسی وضعیت سلامت خود و توصیه تیم بهداشتی ذکر شد. در مورد علت انجام دادن یا ندادن غربالگری یا رعایت نکردن فواصل منظم غربالگری ۶۵/۳ درصد زنان نداشتن هیچگونه مشکل در پستان‌ها و یا

جدول شماره ۲: مشخصات سلامتی- بیماری زنان مورد پژوهش بر اساس وضعیت انجام ماموگرافی

نتیجه آزمون	ماموگرافی انجام دادند (N=۵۵۰)		مشخصات مامایی
	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	
-	-	۴۴ (۹/۲)	سن اولین غربالگری
t=-۱/۶۲۱ *P= ۰/۱۰۶	۷/ (۶/۳)	۶/۳ (۵/۵)	مدت مصرف OCP
t= ۰/۲۶۸ *P= ۰/۷۸۹	۱۲/۷ (۱/۵)	۱۲/۷ (۱/۶)	سن منارک
t=- ۰/۷۶۳ *P= ۰/۴۴۶	۲۱/۱ (۵/۲)	۲۱/۳ (۴/۸)	سن ازدواج
t= ۰/۶۵۷ *P= ۰/۵۱۱	۲۲/۹ (۵/۵)	۲۳/۱ (۵/۴)	سن اولین تولد زنده
t=- ۱/۳۴۸ *P= ۰/۱۷۸	۴۷/۶ (۵/۴)	۴۶/۹ (۵/۷)	سن منوپوز
	(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی	
$\chi^2=۷۱/۵۱۵$ **P < ۰/۰۰۰۱	۱۰ (۱/۸)	۷۶ (۱۶/۹)	سابقه توده خوش خیم پستان
$\chi^2=۷/۵۹۹$ **P= ۰/۰۰۶	۶۶ (۱۲/۰)	۸۲ (۱۸/۲)	سابقه خانوادگی سرطان پستان
$\chi^2=۱/۲۲۳$ **P= ۰/۲۶۹	۰ (۰)	۱ (۰/۲)	سابقه انجام بیوپسی
			فواصل انجام غربالگری
-	-	۵۴ (۱۲)	سالانه
-	-	۲۲ (۴/۹)	دوبار در سال
-	-	۱۰ (۲/۲)	سه بار در سال
-	-	۳۶۴ (۸۰/۹)	فقط یکبار

* T-Test

** Chi-square test

بر اساس جدول شماره ۱ بین سن، وضعیت تحصیلی، شغلی و درآمد با انجام ماموگرافی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین افرادی که ماموگرافی انجام داده بودند نسبت به افرادی که غربالگری انجام نداده بودند، سابقه‌ای از توده خوش خیم پستانی ($P < 0/0001$) و همچنین سابقه خانوادگی سرطان پستان ($P = 0/006$) داشتند.

آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که انجام ماموگرافی با سن و سابقه توده خوش خیم پستان و درآمد ارتباط معنی داری دارد ($P < 0/010$) به نحوی که در سنین پایین و همچنین در زنانی که سابقه توده خوش خیم پستان را داشتند، میزان انجام ماموگرافی بیشتر بوده است. همچنین نتایج رگرسیونی نشان داد که انجام ماموگرافی در زنان با درآمد پایین‌تر از یک میلیون دویست هزار تومان بیشتر از زنان با درآمد خانوار بالاتر بوده است. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳: عوامل مرتبط با انجام ماموگرافی در زنان بر اساس مدل رگرسیون لجستیک

متغیرها	B	سطح معنی داری	نسبت شانس	فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
ماموگرافی	سن	۰/۰۰۰	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۷
	درآمد	۰/۰۱۰	۰/۵۵	۰/۳۴	۰/۸۶
	سابقه توده خوش خیم پستان	۰/۰۰۰	۱۰/۷۹	۴/۰۴	۲۸/۸۱

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت انجام ماموگرافی و عوامل مرتبط در زنان شهر رشت انجام گردید. یافته‌ها نشان داد که کمتر از نیمی از جمعیت زنان مورد مطالعه ماموگرافی انجام داده‌اند.

در این راستا در مطالعه Killelea در دو بازه زمانی در سالهای ۲۰۰۲ و ۲۰۰۹ انجام شده بود میزان انجام ماموگرافی در طی زمان به ترتیب برابر ۴۲ درصد و ۴۲/۶ درصد گزارش شد^(۱۹). همچنین در مطالعه Elobaid میزان انجام ماموگرافی ۴۴/۹ درصد ($n=111$) از زنان مورد مطالعه گزارش شد^(۲۰). در حالیکه مطالعه Dourado نشان داد ۶۹/۴ درصد زنان حداقل یکبار در طول عمرشان ماموگرافی را انجام داده بودند^(۲۱). با توجه به نتایج مطالعه حاضر تقریباً نیمی از زنان مورد مطالعه ماموگرافی را انجام داده‌اند اما از این تعداد بیشتر شرکت کننده‌ها تنها یک بار به تشخیص پزشک معالج که برای بررسی سایر مشکلات جسمی یا پیگیری‌های سلامت به آنان مراجعه کرده بودند، ماموگرافی را انجام دادند، این مسئله می‌تواند نشان دهنده این باشد که شاید رفتارهای ارتقا سلامت از طرف زنان مورد غفلت قرار

گرفته است و آنان توجه زیادی به غربالگری و پیشگیری از سرطان پستان در خویش نمی‌نمایند. بیش از نیمی از شرکت کنندگان در پژوهش علت انجام روش‌های غربالگری را پیگیری و بررسی وضعیت سلامت خود و توصیه تیم بهداشتی ذکر نمودند. همچنین بیشتر زنان علت انجام ندادن غربالگری یا عدم رعایت فواصل منظم غربالگری را نداشتن هیچگونه مشکل در پستان‌ها و یا نیافتن توده و مشکلی پس از انجام یک دوره غربالگری را بیان نمودند. در مطالعه اکبری در کاشان نیز علت انجام غربالگری سرطان پستان، دسترسی به مراکز انجام معاینات و تشویق پرسنل بهداشتی و علت اصلی انجام ندادن غربالگری آگاهی نداشتن و ترس از ابتلا به سرطان و نداشتن مشکل در پستان بیان شده است^(۲۲). در مطالعه Elobaid بیشتر افراد به توصیه پزشک خود ماموگرافی را انجام داده بودند. افرادی که اصلاً ماموگرافی انجام نداده بودند اشتبهاً فکر می‌کردند که غربالگری برای گروه سنی آنها تعریف نشده است و برای افراد مسن‌تر است. در این مطالعه حدود ۴۵ درصد افرادی به علت فقدان آگاهی، ماموگرافی را هرگز انجام نداده بودند^(۲۰). نتایج مطالعه رضائی در شهر تهران نیز نشان داد

ارتباط معنی‌دار بود و افرادی که سابقه بیماری پستان داشتند میزان انجام ماموگرافی در آنها بیشتر بود^(۱۵). همچنین در این راستا مطالعه سلیمی و همکاران در اردبیل نشان داد که انجام ماموگرافی با سابقه بیماری پستان در فرد رابطه معناداری دارد^(۱۵). در مطالعه توکلیان در کازرون نیز مشابه با مطالعه حاضر، نتایج نشان داد که بین انجام ماموگرافی با سابقه خانوادگی سرطان پستان ارتباط وجود دارد اما بین انجام ماموگرافی با درآمد بالا در مطالعه توکلیان ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده شد که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد^(۱۲).

در توجیه یافته‌های متفاوت بدست آمده می‌توان اینگونه بیان کرد که در رابطه با سن معمولاً زنان در سنین پایین‌تر تمایل بیشتری برای استفاده از روش‌های ساده و غیر تهاجمی غربالگری مثل معاینات بالینی پستان دارند. با افزایش سن و زایمان‌های بیشتر و ظهور علائمی از توده‌های پستانی، بسیاری از زنان در اولین مراجعات به متخصصان مربوطه مجبور به انجام روش‌هایی چون ماموگرافی برای غربالگری بهتر می‌شوند.

به نظر می‌رسد این امر توجیه مناسبی برای استفاده از روش‌های غربالگری همچون ماموگرافی در سنین بالاتر در سایر مطالعات و افراد دارای سابقه توده‌های پستانی می‌باشد. اما در این مطالعه بیشتر نمونه‌های پژوهش (۶۰٪) سن کمتر از ۵۰ سال داشتند و بیشتر نمونه‌ها ماموگرافی را بعد از اولین زایمان خود به دلیل مراجعه بیشتر به پزشک زنان و بررسی و یافتن مشکلات پستان توسط پزشک انجام دادند که شاید این مسئله می‌تواند علت بالابودن میزان انجام ماموگرافی در سنین پایین در مطالعه حاضر باشد. همچنین می‌توان به این نکته نیز اشاره نمود که افراد جوان نسبت به زنان مسن تحصیلات و آگاهی بیشتری در زمینه سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و روش‌های غربالگری داشته باشند، و از آنجایی که با کهنسنت سن و بیماری‌های زمینه‌ای درگیر نیستند به سلامت خود اهمیت بیشتری می‌دهند.

که علت انجام ندادن ماموگرافی غربالگری نداشتن نشانه‌های سرطان پستان و سپس نگرانی نداشتن در رابطه با ابتلا به سرطان پستان و ضرورت نداشتن غربالگری می‌باشد^(۲۳).

چنانچه نتایج مطالعات مختلف و مطالعه حاضر درباره علت انجام دادن یا ندادن ماموگرافی نشان می‌دهد، می‌توان این طور تفسیر نمود که بیشتر زنان تا زمانی که علائم جدی در زمینه اختلالات پستان در خود مشاهده نکنند، ضرورتی را برای انجام معاینات پستانی نمی‌دانند و تنها با توصیه تیم بهداشتی و در صورت شک به وجود مشکل، پیگیری غربالگری پستان خواهند بود. این امر نشان دهنده آگاهی ضعیف گروه زنان در مورد انجام معاینات بالینی پستان و اهمیت آن می‌باشد. همچنین این مسئله می‌تواند حاکی از این باشد که زنان جامعه ما اطلاعات درستی در مورد هزینه‌هایی که این بیماری می‌تواند بر سیستم درمانی و خانواده‌ها وارد نماید ندارند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان انجام ماموگرافی در میان افرادی که سن و درآمد پایین‌تر داشتند و یا سابقه‌ای از وجود توده خوش خیم پستان را عنوان نموده بودند، بیشتر بود. در مطالعه Killelea یافته‌ها نشان داد که میزان انجام ماموگرافی در زنانی که سن بالاتری دارند، بیشتر بوده است^(۱۹). در مطالعه Dourado بیشتر از ۸۶ درصد زنان در سن ۶۹-۴۵ سالگی سابقه انجام ماموگرافی را در طول عمرشان عنوان نموده بودند و در گروه سنی ۴۴-۴۰ سال میزان انجام ماموگرافی کمتر گزارش شد^(۲۱). در مطالعه Elobaid میزان انجام معاینات بالینی پستان در بازه سنی ۴۹-۴۰ سال، ۴۷/۵ درصد و بیشتر از میزان انجام ماموگرافی بود. در حالیکه در افراد بالای ۵۰ سال نیز میزان انجام ماموگرافی از سایر روش‌های غربالگری پستان بیشتر بود^(۲۰) که نتایج مطالعه ما با این یافته‌ها مغایر می‌باشد. در مطالعه سلیمی و پور مهر انجام ماموگرافی با تحصیلات، شغل، سابقه خانوادگی زنان سن منارک و سن منوپوز و سن اولین تولد زنده ارتباطی نداشت. تنها بین انجام ماموگرافی و تعداد اعضا خانوار

درجه اول در سن باروری و انجام ماموگرافی برای گروه‌های پر خطر می‌تواند در شناسایی علائم زودرس سرطان پستان نقش موثری داشته باشد.

با وجود اینکه زنان بیشترین جمعیت در معرض خطر سرطان پستان می‌باشند، اطلاع از وضعیت غربالگری این گروه می‌تواند اطلاعات مناسبی را در اختیار سیستم درمانی کشور قرار دهد. با نتایج بدست آمده از این مطالعه می‌توان در سیاست‌گذاری و برنامه ریزی‌های بهداشتی و پیشگیری در جهت جلب مشارکت زنان برای ارزیابی و انجام آزمون‌های غربالگری سرطان پستان گامی موثر برداشت که در نهایت منجر به کاهش موارد ابتلا و مرگ و میر خواهد شد.

محدودیت این پژوهش دسترسی نداشتن حضوری به شرکت کنندگان و برقراری ارتباط تلفنی برای تکمیل پرسشنامه‌ها و خود گزارش‌دهی بود، که می‌تواند در پاسخگویی به سوالات تاثیر گذار باشد. پیشنهاد می‌گردد که چنین مطالعاتی به صورت مورد شاهدهی در زنان مبتلا به سرطان پستان و افراد سالم انجام گیرد و بر اساس یافته‌های موجود مطالعاتی طولی به صورت پیگیری افراد در معرض خطر سرطان پستان انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از طرح مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت با کد اخلاق ۲۹۳۰۴۲۲۸۲۱ می‌باشد. همچنین نویسندگان مقاله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و تمامی شرکت کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

همچنین در رابطه با ارتباط انجام ماموگرافی با درآمد پایین‌تر شاید بتوان اینگونه تفسیر نمود که بیشتر شرکت کنندگان (۷۰٪) درآمد کمتر از یک میلیون و دوست تومان داشتند و در نتیجه تعداد بیشتری از آنان ماموگرافی انجام داده‌اند و همچنین با توجه به نرخ تورم نمی‌توان میزان درآمد ۳۰ درصد باقیمانده نمونه‌های این مطالعه را خیلی در حد بالا در نظر گرفت و بطور کلی میانگین درآمد زنان در این مطالعه پایین بود. همچنین عواملی چون دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمات غربالگری و مسائل مالی می‌تواند بر روند انجام غربالگری سرطان پستان تاثیر گذار باشد.

با توجه به نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که با توجه به سیر رو به رشد سرطان پستان به ویژه در گروه زنان، میزان انجام غربالگری در این گروه خیلی رضایت بخش نمی‌باشد. در اکثر موارد هم توصیه پزشک و کادر درمانی در انجام برنامه‌های غربالگری مؤثر می‌باشد. لذا نه تنها پزشکان بلکه پرستاران و سایر پرسنل بهداشتی می‌بایست هنگام مراجعه‌ی زنان، آنان را از نقش روش‌های غربالگری در تشخیص به موقع و درمان سریع سرطان پستان و نیز روش انجام این برنامه‌ها آگاه ساخته و به انجام منظم و به موقع غربالگری ترغیب نمایند.

برای افزایش انجام منظم آزمون‌های غربالگری سرطان پستان، تقویت فرهنگ مراقبت‌های بهداشتی بسیار مفید می‌باشد. نتایج این مطالعه لزوم توجه بیشتر برنامه ریزان بهداشت و درمان کشور را به آموزش و ترویج روش‌های غربالگری آشکار می‌سازد. همچنین برنامه‌ریزی برای ایجاد شرایطی از سمت دست اندرکاران سلامت برای انجام غربالگری‌های کم هزینه‌ای چون معاینه پستان در

فهرست منابع

1. Group UCSW. United States cancer statistics: 1999–2006 incidence and mortality web-based report. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Cancer Institute. 2010.
2. WHO (2015). Breast cancer: prevention and control. [http:// www. who.int/cancer/ detection / breastcancer/en/index1. Html](http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html)
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015;65(1):5-29.

4. Berek J. Berek & Novak, s gynecology. Berek JS, Berek & Novak, s gynecology 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012; 1606-26. 2012.
5. Romeiro LT, Franca GA, Demitto MO, Brischiliari S, Borghesan D, Dell AC, et al. Mammographic Screening of Women Attending a Reference Service Center in Southern Brazil. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2016;17(3):1385-91.
6. Hacıhasanog˘lu R, Gzm S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(1):58-64.
7. Alaei NF, Abbasian M, Delvarianzadeh M. [Evaluation of the knowledge, attitude and skills among the health volunteers regarding the breast self-examination in Shahroud]. *Journal of Knowledge & Health*. 2007; 2(2):4-9. Persian
8. Hassanzadeh R, Rahimi R, Ranjbar M, Heidarzadeh M. [Health Beliefs in Screening for Breast Cancer among Women Referring to Bonab Health Centers in 2014]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015; 14(7). Persian
9. Avci IA. Factors associated with breast self-examination practices and beliefs in female workers at a Muslim community. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(2):127-33.
10. Hossain SZ, Robinson L, Clarke J. Breast cancer knowledge and participation in breast screening practices among Southeast Asian women living in Sydney. *GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC)*. 2016;3(2).
11. Welch HG, Prorok PC, O'Malley AJ, Kramer BS. Breast-cancer tumor size, overdiagnosis, and mammography screening effectiveness. *N Engl J Med*. 2016;375(15):1438-47.
12. Tavakolian L, Boniadi F, Malekzadeh E. [The investigation of factors associated with breast cancer screening among Kazeroon women aged 20-65 in 2013]. *Nurs J Vulnerable*. 2015;1(1):17-31. Persian
13. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L. Screening for breast cancer: an update for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009;151(10):727-37.
14. Hofvind S, Ursin G, Tretli S, Sebudegrd S, Mller B. Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer*. 2013;119(17):3106-12.
15. SalimiPormehr S, Kariman N, Sheykhani Z, AlaviMajd H. [Investigation of breast cancer screening tests performance and affecting factors in women referred to Ardebil's health and medical centers, 2009]. *Journal of Ardabil University of medical sciences*. 2010;10(4):310-8. Persian
16. Sakkaki M, Gozaliyan Z, Hajimiri KH, Badiiei H, Mohajeri M. [Women's knowledge and beliefs about mammography based on HBM constructs]. *J Health Syst Res*. 2014; 10(4):729-38. Persian
17. Seyed Nt, Zahmatkesh T, Molaee T, Akbari P, Haghi Z, Mohseni Ap. [Risk Assessment of Developing Breast Cancer by Utilizing Gail Model in Referring Persons at the Public Specialized Women Hospital]. *Iran Breast Diseases*. 2009;1(2): 53-7. Persian
18. 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]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2009; 4(13):27-38. Persian
19. Killelea BK, Long JB, Chagpar AB, Ma X, Wang R, Ross JS, et al. Evolution of breast cancer screening in the Medicare population: clinical and economic implications. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2014;106(8).
20. Elobaid YE, Aw TC, Grivna M, Nagelkerke N. Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among Arab women in the United Arab Emirates: a cross-sectional survey. *PLoS One*. 2014;9(9):e105783.
21. Dourado F, Carreira H, Lunet N. Mammography use for breast cancer screening in Portugal: results from the 2005/2006 National Health Survey. *Eur J Public Health*. 2012;23(3):386-92.
22. Jedi arani t, Moazami a, Gharlipour z, 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. Persian
23. Rezaee Ghazdehi M, Amini L, Parvizi S, Hoseyni AF. [Attitudinal barriers to mammography screening among women in Tehran]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;23(99):69-75. Persian

Status of Screening by Mammography and its Related Factors in the General Population of Women in Rasht

Monfared A. MS¹

Ghanbari A. PhD²

*Jansar Hosseini L. MS³

Norozi N. MS⁴

Abstract

Background & Aim: Breast cancer is the most common type of cancer in women. Screening by mammography is the most sensitive and specific test that can be used for early detection of breast cancer. The aim of this study was to determine the state of screening by mammography and its related factors in a population of women in Rasht.

Materials & Methods: This cross-sectional descriptive and analytical study was conducted on 1,000 women by systematic sampling in Rasht during 2014-2015. Data collection by socio-demographic questionnaire and screening status was done via phone. Then, data were analyzed by SPSS 16 and T-Test, Chi-square test and logistic regression.

Results: The mean of the age of women was 49.43 ± 10.18 years. 45% of women had done mammography. In 80% of women, repeat screening intervals was more than 3 years. The average age of the first mammography was 44.1 ± 9.2 years. 68.4% of women noted that screening is because of checking their health status. 65.3% of women have announced that they did not do screening because they had no problem, and 3.4% have said that they did not have enough information about screening.

Conclusions: The findings of this study revealed that most women do not realize the need for screening and doing that on regular basis. Therefore, it is suggested that preventive measures, as a general education, should be considered in order to raise awareness and provide conditions for mammography to reduce disease prevalence, improve health status, reduce costs resulted from breast cancer among female population.

Keywords: Breast Neoplasm, Mammography, Screening

Received: 9 May 2017

Accepted: 15 Aug 2017

¹. MS in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran.

². Associate Professor, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran.

³. MS in nursing, Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) Tel: 09112373094 Email: lhoseini@yahoo.com

⁴. MS of nursing, Department of Nursing, Faculty of nursing & midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.