Archive of SID

میزان اضطراب و افسردگی در بانوان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی

دکتر علی منتظری:* دانشیار پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
مریم السادات جعفری: کارشناس پژوهش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر ماندانا ابراهیمی: مربی پژوهش، گروه پژوهشی بیماری‌های پستان، مرکز بیماری های پستان جهاد دانشگاهی، واحد علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال چهارم شماره سوم تابستان ۱۳۸۴ صص ۱۸۸-۱۸۱
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۴/۴/۲۶

چکیده

ماموگرافی یکی از انواع روش‌های غربالگری و تشخیص سرطان پستان است. از آنجا که انجام ماموگرافی معمولاً همراه با نوعی اختلال روحی ـ روانی است، لذا بانوان در انجام آن با مشکلاتی مواجه هستند. این مطالعه به بررسی اضطراب و افسردگی در بانوان مراجعه کننده به کلینیک ماموگرافی می‌پردازد.

در مجموع ۱۱۴۷ زن به هنگام مراجعه به کلینیک‌های ماموگرافی با یک پرسشنامه استاندارد مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج نشان داد که بر اساس معیارها و امتیازات به دست آمده ۲۷ درصد از بانوان در معرض اختلال اضطراب و ۱۴ درصد از آنان در معرض اختلال افسردگی قرار داشتند. همچنین نتایج ماموگرافی نشان داد که فقط ۷ درصد از بانوان مشکوک به سرطان پستان بوده‌اند. وقتی امتیاز اضطراب و افسردگی بانوان با تشخیص ماموگرافی آنان مقایسه شده، تحلیل داده‌ها نشان داد که رابطه‌ای بین تشخیص ماموگرافی و میزان اضطراب و افسردگی وجود ندارد. در این مطالعه بانوانی که از تحصیلات کمتر برخوردار بودند و از نظر سنی در گروه سنی جوان تر قرارداشتند اضطراب بیشتری را به هنگام ماموگرافی از خود بروز دادند. درمورد افسردگی نیز بانوان بی‌سواد و مسن‌تر بیشتر دچار اختلال بودند.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که برای کاهش اضطراب و افسردگی در بانوانی که جهت انجام ماموگرافی مراجعه می‌کنند، لازم است دو گروه سنی جوان و مسن و همچنین افرادی که از آموزش کمتری برخوردارند مورد توجه قرار گرفته و راهنمایی‌های لازم برای آنان فراهم شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، ماموگرافی، اضطراب، افسردگی

* نویسنده پاسخگو: پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱
تلفن:۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: ali@jdcord.jd.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]
www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

ماموگرافی یکی از روش‌های تشخیص و غربالگری سرطان پستان است. با وجود آن که بسیاری از موارد نتایج ماموگرافی منفی بوده یا نشان‌دهنده بیماری خوش خیم پستان است، در بسیاری از پژوهش‌های بین‌المللی وجود اضطراب، نگرانی و افسردگی در بانوانی که جهت انجام ماموگرافی به مراکز ماموگرافی مراجعه می‌کنند به اثبات رسیده است. این امر می‌تواند تاثیر سوء بر افراد مراجعه‌کننده داشته باشد و باعث گردد تا بانوان علاقه چندانی به انجام ماموگرافی از خود نشان ندهند. بی‌تردید افزایش تعداد موارد انجام ماموگرافی به طور اجتناب ناپذیری با افزایش عوارض همراه است. برآوردهای موجود در آمریکا نشان می‌دهد که در بانوان آمریکایی سنین ۴۰ سالگی در هر سال حدود یک میلیون موارد مثبت کاذب ماموگرافی وجود دارد. ماموگرافی کاذب می‌تواند باعث بروز اضطراب، تنش و اختلالات روانی گردد[۱، ۲].

تنش روحی بانوان در موارد پاسخ غربالگری مثبت کاذب اندکی بیش از سایرین بوده است. در مطالعه نشان داده شد که اگر چه عملکرد عاطفی، اجتماعی و جسمانی زنانی که تشخیص ماموگرافی آنها بازخوانی نشده بودند در طول زمان تغییری نکرد، ولی اختلال عملکرد عاطفی و جسمانی در زنانی که نتایج ماموگرافی آنها بازخوانی شده به طور معنی‌داری افزایش داشت [۳]. این عوارض معمولاً کوتاه مدت بوده و کمتر از یک ماه باقی می‌مانند. اما نگرانی در مورد سرطان پستان به مدت طولانی‌تری در فرد دیده می‌شود. همچنین در مطالعات متعدد دیگری رابطه بین دریافت نتیجه ماموگرافی مثبت کاذب که نیاز به ارزیابی مجدد بیمار را مطرح می‌کند و اختلال در عملکرد جسمانی، اجتماعی، بی‌خوابی، افسردگی و تغییرات رفتاری مشابه تأیید شده است[۷-۴]. بر اساس نتایج مطالعه‌ای دلایل متعددی می‌تواند سبب بروز اضطراب و افسرگی باشد[۸].

معمولاً بانوان از این که نتیجه ماموگرافی آنها منجر به تشخیص سرطان پستان گردد به شدت در هراسند و این امر خصوصاً در بانوان دارای سابقه فامیلی ابتلا به سرطان پستان صادق است. بانوان دارای سابقه بیماری نگرانی بیشتری داشته و این موضوع بیانگر آن است که این نگرانی در طول زمان به‌صورت مزمن شکل می‌گیرد. براساس نتایج برخی مطالعات، عوامل خطر مؤثر در بروز تنش‌های روحی - روانی در زمان تشخیص بیماری شامل سن پایین‌تر، سابقه بیماری قبلی روانی و فقدان حمایت‌های اجتماعی، تحصیلات پایین و سن بالا هستند[۹]. همچنین تأثیر تعدیل کننده حمایت پزشک معالج بر روی این نشانه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که سابقه سرطان پستان، شکایات مربوط به پستان قبل از انجام ماموگرافی، درآمد کمتر، سابقه درمان‌های قبلی روانی، حمایت‌های بیشتر، جسمانی سازی بیشتر، ناهماهنگی بیشتر با پزشک و عدم برخورداری از حمایت کافی پزشک، با افزایش پاسخ های تنشی همراه بودند[۱۰]. در یک بررسی نشان داده شد که نگرانی در مورد سرطان پستان به طور معنی‌داری با انجام ماموگرافی توسط زنان نسبت عکس دارد[۱۱].

در مورد زنانی که تشخیص بیماری برای آنها سرطان پستان است، اضطراب جزئی از سیر بیماری است. اما اضطراب در زنان مراجعه کننده جهت غربالگری، چه زنان سالم و چه در موارد مثبت کاذب، یکی از عوارض ناخواسته این برنامه‌ها است که می‌تواند موجب افزایش هزینه و نیز کاهش شرکت زنان در برنامه غربالگری شود[۱۲]. در ضمن عدم آگاهی بانوان مشخص می‌کند که آنان به اطلاعاتی نیاز دارند که آنها را از منافع و زیان‌های انجام آن آگاه سازد. در حال حاضر نتایج انجام ماموگرافی به‌صورت مثبت و منفی اطلاع داده می‌شود که ممکن است سبب سردرگمی بانوان گردد. بیشتر بانوان اعتقاد دارند که این نوع پاسخ‌ها اطلاعات کامل به آنها نمی‌دهد و این باعث ایجاد اضطراب و افسردگی در آنها می‌شود[۲]. درد ناشی از انجام ماموگرافی[۱۳] و نیز خطرات پرتو تابی[۱۴] نیز می‌تواند از دلایلی تلقی شود که منجر به بروز اضطراب و افسردگی در بانوان می گردد. با توجه به مسایل فوق، این مطالعه با هدف بررسی میزان اضطراب و افسردگی در بانوان مراجعه کننده به کلینیک ماموگرافی طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی و به روش مقطعی بوده و طی آن میزان اضطراب و افسردگی در بانوان مراجعه کننده به کلینیک‌های ماموگرافی بررسی شد.

به منظور انجام این مطالعه از پرسشنامه استاندارد

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]
www.SID.ir

Archive of SID

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال شامل دو مقیاس اضطراب و افسردگی است. امتیازهای ۱۱ و بیشتر(حداکثر ۲۱) در هر یک از ۲ مقیاس از نظر بالینی، مشکوک به اختلال، امتیازهای ۸ تا ۱۰ بینابین و امتیاز صفر تا ۷ سالم در نظر گرفته می‌شوند[۱۵، ۱۶]. پرسشگران آموزش دیده با مراجعه حضوری به بخش ماموگرافی مرکز بیماری‌های پستان، بیمارستان امام خمینی و خاتم الأنبیاء، زنان مراجعه کننده به این مراکز را مورد مصاحبه قرار دادند.

انجام مصاحبه با کسب اجازه از فرد مصاحبه شونده صورت می‌گرفت. در زمان انجام مصاحبه نه افراد مصاحبه‌کننده و نه مصاحبه شوندگان از نتیجه ماموگرافی اطلاع نداشتند. علاوه بر ۱۴ سؤال پرسشنامه، اطلاعات تکمیلی دیگری شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، ارزیابی وضعیت سلامتی و ارزیابی کیفیت زندگی توسط خود فرد از بانوان مراجعه کننده جمع‌آوری شدند. داده‌های جمع‌آوری شده بعد از ورود به رایانه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع ۱۱۸۷ نفر از بانوان مراجعه کننده به کلینیک‌های ماموگرافی مورد مصاحبه قرار گرفتند. با توجه به نقص اطلاعات، ۴۰ پرسشنامه از مطالعه حذف شد و در نهایت اطلاعات مربوط به ۱۱۴۷ نفر مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۴۴/۵ سال با انحراف معیار ۸/۷ بود و بیشترین افراد در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۴۳درصد) قرار داشتند. از میان شرکت کنندگان ۹۰ درصد متأهل و ۳۸ درصد دارای تحصیلات متوسطه بودند. پس از انجام ماموگرافی تشخیص قطعی افراد تعیین شد. فقط ۷ درصد افراد مشکوک به سرطان پستان بوده‌اند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- وضعیت جمعیتی و تشخیص ماموگرافی بانوان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی (n=۱۱۴۷)

	تعداد	درصد
گروه سنی		
۳۰ و کمتر	۲۶	۲
۳۱-۴۰	۳۸۴	۳۴
۴۱-۵۰	۴۹۲	۴۳
۵۱-۶۰	۱۸۷	۱۶
بیشتر از ۶۰	۵۸	۵
میانگین (انحراف معیار)	۴۴/۵ (۸/۷)	
وضعیت تأهل		
مجرد	۶۶	۶
متأهل	۱۰۲۸	۹۰
بیوه /مطلقه	۵۳	۴
سطح تحصیلات		
بی‌سواد	۱۵۸	۱۴
ابتدایی	۲۴۳	۲۱
دیپلم	۴۳۵	۳۸
دانشگاهی	۳۱۱	۲۷
تشخیص بیماری		
بدون بیماری	۵۷۷	۵۰
بیماری خوش‌خیم پستان	۴۹۳	۴۳
مشکوک به سرطان پستان	۷۷	۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]
www.SID.ir

Archive of SID

بـر اساس نتایج به دست آمده از پرسشنامه، یافته‌های مطالعه بـه دو روش گزارش می‌گردد: بر اساس میانگین امتیاز افراد و بر اساس دسته بندی امتیازات در دو مقیاس اضطراب و افسردگی. در روش اول، امتـیاز صـفر تـا ۷ سالم، ۸ تا ۱۰ بینابین و امتیاز ۱۱ تا ۲۱ مشکوک به اختلال تلقی می‌گردد.

میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در نمونه مورد مطالعه در جـدول شـماره ۲ نـشان داده شـده اسـت. از نظـر اضـطراب و افـسردگی بیـشترین افراد در گروه سالم قرار داشتند (به ترتیب ۴۶ و ۶۵ درصـد). بر اساس دسته بندی امتیازات حاصله از ابزار سـنجش HADS ۲۷ درصد مشکوک به اختلال اضطراب و ۱۴ درصـد نیـز مـشکوک بـه اختلال افسردگی بودند. بیشتر بانوان شـرکت کنـنده در ایـن مطالعـه ۳۹۱ نفـر (۳۴ درصد) وضعیت سـلامتی خـود را خـوب ارزیابـی کردند. همچنین بیشتر بانوان شـرکت‌کنـنده در ایـن مطالعـه ۳۸۶ نفـر (۳۴ درصـد) وضعیت کیفـیت زندگی خود را عالی ارزیابی کردند(جدول شماره ۲). بررسی اضطراب و افسردگی بر اساس تشخیص در جدول شماره ۳ نـشان داده شـده است. بر اساس این یافته‌ها بیشترین بانوانی کـه از نظـر تـشخیص ماموگرافی بدون بیماری (۴۳ درصد) و یا بـیماری خـوش خـیم پستان (۳۷ درصد) بودند از نظر اضطراب سـالم بـودند و بیشترین بانوان مشکوک به بدخیمی پستان (۶۰ درصد) در مرز اختلال اضطرابی قرار داشتند.

بـر اسـاس یافـته‌هـای این مطالعه بیشترین بانوانی که از نظر تـشخیص ماموگرافـی بـدون بـیماری (۶۶ درصـد) و یا بیماری خـوش خیم پستان (۶۵ درصد) و یا حتی مشکوک به بدخیمی پـستان (۶۲ درصـد) بـودند دارای اخـتلال افسردگی نبودند. در آنالیـز یـک طـرفه واریانس مشخص شد که از نظر آماری رابطه معـناداری بین اضطراب، افسردگی و تشخیص ماموگرافی وجود ندارد (به ترتیب$P = ۰/۰۷$ و $P=۰/۷$).

جدول شماره ۲- بررسی میزان اضطراب، افسردگی، سلامتی و کیفیت زندگی در بانوان مراجعه کننده به مراکز ماموگرافی (n=۱۱۴۷)

	تعداد	درصد
وضعیت اضطراب		
معمولی	۵۲۸	۴۶
بینابین	۳۱۰	۲۷
مشکوک به اختلال	۳۰۹	۲۷
میانگین (انحراف معیار)	۸/۲(۴/۱)	
وضعیت افسردگی		
معمولی	۷۴۶	۶۵
بینابین	۲۴۱	۲۱
مشکوک به اختلال	۱۶۰	۱۴
میانگین (انحراف معیار)	۶/۲(۳/۹)	
سلامتی		
بسیار بد	۴۰	۴
نسبتاً بد	۸۳	۷
نسبتاً خوب	۳۵۵	۳۱
خوب	۳۹۱	۳۴
عالی	۲۷۸	۲۴
کیفیت زندگی		
بسیار بد	۲ ۲۲	۲
نسبتاً بد	۵ ۵۴	۵
نسبتاً خوب	۲۹ ۳۳۵	۲۹
خوب	۳۰ ۳۵۰	۳۰
عالی	۳۴ ۳۸۶	۳۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]
www.SID.ir

Archive of SID

بررسی سلامتی و کیفیت زندگی بر اساس تشخیص نیز در جدول شماره۴ نشان داده شده است. بر اساس یافته‌های این مطالعه بیشترین بانوانی که از نظر تشخیص ماموگرافی بدون بیماری (۳۴ درصد) و یا از نظر بیماری خوش خیم پستان (۳۴ درصد)بودند وضعیت سلامتی خود را خوب گزارش کردند. بیشترین بانوان مشکوک به بدخیمی پستان(۳۴ درصد) وضعیت سلامتی خود را نسبتاً خوب گزارش کردند.

در آنالیز یک طرفه واریانس مشخص شد که از نظر آماری رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و سلامتی وجود دارد (به‌ترتیب F=۳۶/۶، P<۰/۰۰۰۱؛ F=۴۹/۲، P<۰/۰۰۰۱). بر اساس یافته‌های این مطالعه بیشترین بانوانی که از نظر تشخیص ماموگرافی بدون بیماری (۳۵ درصد) و یا از نظر بیماری خوش خیم (۳۳ درصد) بودند وضعیت کیفیت زندگی خود را عالی گزارش کردند. بیشترین بانوان مشکوک به بدخیمی (۳۸ درصد) وضعیت کیفیت زندگی خود را خوب گزارش کردند.

در آنالیز یک طرفه واریانس مشخص شد که از نظر آماری رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی وجود دارد (به ترتیب F= ۱۹/۸، P<۰/۰۰۰۱؛F=۲۹/۲، P<۰/۰۰۰۱). رابطه بین میانگین نمرات سنجش‌های اضطراب و افسردگی با سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و گروه‌های سنی در جدول شماره ۵ نشان داده شده است. در آنالیز یک طرفه واریانس مشخص شد که از نظر آماری رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و سطح تحصیلات وجود دارد (به‌ترتیب F=۱۰/۲، P<۰/۰۰۰۱؛ F=۱۰/۶، P<۰/۰۰۰۱). در همین آنالیز مشخص شد که از نظر آماری رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و وضعیت تأهل وجود ندارد(به‌ترتیب F=۱/۵، P=۰/۰۲؛ F=۱/۳، P=۰/۳). همچنین رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و سن وجود ندارد (به‌ترتیب F=۱/۴، P=۰/۲؛ F=۱/۸، P=۰/۱).

جدول شماره ۳- بررسی میزان اضطراب و افسردگی بر اساس تشخیص ماموگرافی (n=۱۱۴۷)

	تشخیص ماموگرافی						P
	بدون بیماری (n=۵۷۷)		خوش خیم (n=۴۹۳)		مشکوک به بدخیمی (n=۷۷)		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اضطراب بر اساس امتیاز							
سالم(۷-۰)	۲۵	۴۳	۲۳۳	۳۷	۴۴	۱۷	
بینابین(۱۰-۸)	۱۶۹	۲۹	۱۲۶	۲۶	۱۵	۶۰	
مشکوک به اختلال(۲۱-۱۱)	۱۵۷	۲۷	۱۳۴	۲۷	۱۸	۴۳	
میانگین (انحراف معیار)	۸/۲۶(۴/۰۵)		۸/۳۴(۳/۹۴)		۷/۲۲(۴/۷۸)		۰/۷
افسردگی بر اساس امتیاز							
سالم(۷-۰)	۳۷۹	۶۶	۳۱۹	۶۵	۴۸	۶۲	
بینابین(۱۰-۸)	۱۲۴	۲۱	۱۰۱	۲۰	۱۶	۲۱	
مشکوک به اختلال(۲۱-۱۱)	۷۴	۱۳	۷۳	۱۵	۱۳	۱۷	
میانگین (انحراف معیار)	۶/۱۴(۳/۸۴)		۶/۲۷(۳/۹۹)		۶/۴۹(۴/۷۲)		۰/۰۷

جدول شماره۴- بررسی وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی بر اساس تشخیص ماموگرافی و امتیازات اضطراب و افسردگی (n=۱۱۴۷)

	تشخیص ماموگرافی						اضطراب	افسردگی
	بدون بیماری (n=۵۷۷)		خوش خیم (n=۴۹۳)		مشکوک به بدخیمی (n=۷۷)			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
سلامتی								
بسیار بد	۲۱	۴	۱۷	۳	۲	۳	۱۲/۰۵(۴/۳۳)	۱۰/۴۸(۴/۰۹)
نسبتاً بد	۳۵	۶	۴۱	۸	۷	۹	۱۰/۱۶(۳/۸۷)	۸/۷۰(۳/۷۷)
نسبتاً خوب	۱۷۸	۳۱	۱۵۱	۳۱	۲۶	۳۴	۱۰/۹(۳/۸۴)	۷/۲۷(۳/۵۳)
خوب	۱۹۶	۳۴	۱۷۰	۳۴	۲۵	۳۲	۷/۶۰(۳/۸۷)	۵/۵۴(۳/۷۳)
عالی	۱۴۷	۲۵	۱۱۴	۲۳	۱۷	۲۲	۶/۸۶(۳/۸۳)	۴/۴۸(۳/۶۷)
آزمون واریانس							P<۰/۰۰۰۱ ،F=۳۰/۶	P<۰/۰۰۰۱ ،F=۴۹/۲
کیفیت زندگی								
بسیار بد	۱۲	۲	۱۰	۲	۰	۰	۱۱/۸۶(۳/۶۸)	۹/۶۸(۳/۹۴)
نسبتاً بد	۶۶	۵	۲۵	۵	۳	۴	۱۰/۵۴(۳/۹۹)	۸/۵۲(۴/۵۰)
نسبتاً خوب	۱۶۶	۲۹	۱۴۳	۲۹	۲۶	۳۴	۹/۱۱(۳/۹۳)	۷/۴۷(۳/۸۰)
خوب	۱۶۹	۲۹	۱۵۲	۳۱	۲۹	۳۸	۷/۷۹(۴/۰۶)	۸۱/۵(۳/۷۲)
عالی	۲۰۴	۳۵	۱۶۳	۳۳	۱۹	۲۴	۷/۳۱(۳/۸۳)	۴/۹۹(۳/۷۰)
آزمون واریانس							P<۰/۰۰۰۱ ،F=۱۹/۸	P<۰/۰۰۰۱ ،F=۲۹/۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]
www.SID.ir

Archive of SID

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر مطالعه‌ای است توصیفی که به بررسی اضطراب و افسردگی در بانوان مراجعه کننده به کلینیک‌های ماموگرافی می‌پردازد. یافته‌های این مطالعه در مجموع نشان می‌دهد که اضطراب و افسردگی در بانوان رابطه‌ای با نوع تشخیص ماموگرافی نداشته و سایر عوامل همچون تحصیلات و سن بانوان تأثیر گذارترین عوامل بر اضطراب و افسردگی آنان است.

یکی از نکات مهمی که در این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات بین‌المللی بایستی به دقت مورد توجه قرار گیرد تفاوت ماهوی این پژوهش با پژوهش‌های مشابه است. در اکثر مطالعاتی که انتشار یافته، بانوان به هنگام غربالگری و یا پس از آن مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در حالی که اصولاً بانوان مورد مطالعه در این پژوهش به قصد غربالگری مورد پژوهش نبوده‌اند بلکه اکثر قریب باتفاق آنان برای تشخیص بیماری به کلینیک ماموگرافی ارجاع شده‌اند. در نتیجه شاید امکان مقایسه نتایج این مطالعات از این جهت تا حدودی غیر منطقی باشد. اما برای آن که بتوان تا حدودی به تحلیل نتایج این تحقیق پرداخت ضروری است نگاهی به یافته‌های سایر محققان داشته باشیم.

این مطالعه نشان می‌دهد که افراد بی‌سواد و یا کم‌سواد به هنگام ماموگرافی از اضطراب و افسردگی بیشتری رنج می‌برند. این یافته مؤید آن است که این افراد احتمالاً به‌دلیل اطلاعات کم و یا سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی (از قبیل فقر و یا مسؤولیت‌های زندگی) مستقل از نوع بیماری (بیماری خوش خیم پستان و یا سرطان پستان) از اضطراب بیشتری برخوردارند. گروه دیگری که در این مطالعه در معرض اختلال افسردگی بودند، افرادی بودند که در گروه سنی جوان و یا گروه سنی بالای ۶۰ سال قرار داشتند. در تحلیل این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که افراد جوان ممکن است از موقعیت پیش آمده (ناراحتی و مشکل پستان) به احساس نامطلوبی دست یافته و در نتیجه به افسردگی موقتی دچار شده باشند. معمولاً در این گونه مواقع افسردگی تداوم نداشته و پس از تشخیص قطعی نوع بیماری به زودی آثار اختلال از بین می‌رود. بر خلاف گروه جوان، افسردگی در زنان سالمند نه تنها پس از تشخیص از بین نمی‌رود، بلکه چنانچه تشخیص حاکی از بیماری بدخیم باشد ممکن است افسردگی آنان تشدید شود. چنانچه ذکر شد افسردگی محصول فرآیند دیگری است که از جمله مهم‌ترین عوامل آن می‌توان به علت سالمندی، عدم حمایت‌های لازم خانوادگی و یا ناراحتی‌ها و بیماری‌های همزمان اشاره کرد.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد علاوه بر تحصیلات و گروه سنی عوامل دیگری نیز می‌تواند بر اضطراب و افسردگی زنان به هنگام ماموگرافی اثرگذار باشد. در این مطالعه دو مؤلفه «سلامتی» و «کیفیت زندگی» مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج حاصله نشان داد که این دو عامل نیز هر یک به سهم خویش می‌تواند ترجمان وضعیت اضطراب و افسردگی بانوان باشد. به عبارت ساده‌تر بانوانی که سلامتی و کیفیت زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کرده‌اند، اضطراب و افسردگی بیشتری را از خود نشان داده‌اند. در بسیاری از مطالعات مشابه این دو مؤلفه تعیین کننده تلقی شده و نتایج سایر پژوهش‌ها نیز مؤید این نکته است. اگر چه این مطالعه در بررسی اضطراب و افسردگی متغیرهای محدودی را انتخاب و بررسی کرده است، اما نتایج مطالعات و پژوهش‌های دیگری در این زمینه نشان می‌دهد موضوع ارایه اطلاعات لازم به هنگام ماموگرافی و ایجاد ارتباط صمیمی بین بانوان و ارایه‌کنندگان ماموگرافی (از جمله پزشکان متخصص و پرستاران) می‌تواند تا حدود زیادی در کاهش اضطراب و افسردگی بانوان مؤثر باشد. متأسفانه بررسی‌های حضوری ما حاکی از آن بود که در کلینیک‌های ماموگرافی به لحاظ ارایه اطلاعات هیچگونه اقدام مثبتی به عمل نمی‌آید و از نظر ارتباط بیماران با اعضای درمانی کلینیک‌ها نیز به جز ارایه خدمات درمانی رابطه‌ای دیگر بین بانوان و درمان‌گران وجود ندارد. ایجاد محیط صمیمی و انتقال اطلاعات و آگاه سازی بانوان از کاربرد ماموگرافی و آماده‌سازی آنان برای آگاهی از تشخیص‌های احتمالی ناشی از ماموگرافی از جمله توصیه‌هایی است که در اینگونه موارد مورد توجه قرار گرفته و به نظر می‌رسد لازم است در کلینیک‌های ماموگرافی کشور ما نیز به آنها عمل شود.

نکته دیگری که در بررسی اضطراب و افسردگی بانوان به هنگام ماموگرافی و پس از آن مورد مطالعه قرار گرفته نوع ارایه و مدت زمان نتیجه ماموگرافی است. محققان بر این اعتقادند که هر چه طول مدت ارایه تشخیص ماموگرافی کوتاه‌تر باشد می‌توان مشکلات روحی و روانی بانوان به ویژه اضطراب را در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]
www.SID.ir

Archive of SID

آنـان کـاهش داد. علاوه بر این، نحوه ارایه نتیجه ماموگرافی نیز جـزء عوامل تأثیر گذار تلقی می‌شود. متأسفانه به هنگام طراحی ایـن مطالعه این نکات مورد توجه قرار نگرفت و لذا از این جهت مطالعـه حاضـر پاسـخی برای این دست از عوامل تعیین کننده نـدارد. بـه هـر حـال توصیه می‌شود در آینده این متغیرها مورد بررسی دقیق قرار گیرد تا در تفسیر نتایج اشتباهی رخ ندهد.

اگـر چـه حجم نمونه در این مطالعه بسیار قابل توجه است و قابلـیت رقابت با سایر مطالعات مشابه بین‌المللی را دارد، اما این نکـته قابـل یـادآوری اسـت کـه تعداد افراد مشکوک به بیماری سـرطان پـستان در این مطالعه بسیار اندک بوده (۷۷ نفر) و لذا در بررســی اضــطراب و افــسردگی و رابطــه آن بــا تــشخیص ماموگرافـی بایـد محتاط بود. در واقع تعداد کم بیماران سرطان پـستان باعـث مـی‌گـردد که نتوان به‌طور قطع و یقین در مورد مقایـسه اضـطراب و افـسردگی در بانـوان سـالم، بانوان مبتلا به بـیماری خـوش خـیم پـستان و بانوانـی که مشکوک به سرطان پستان بوده‌اند قضاوت درستی داشت.

همانگـونه کـه در بخـش یافـته‌هـای مطالعه ملاحظه می‌شود بـیماران مـشکوک بـه سرطان پستان حتی به لحاظ اضطراب و افسردگی از سایر بانوان در وضعیت بهتری بوده اند. در این میان بانوان مبتلا به بیماری خوش خیم پستان وضع بدتری نسبت به سـایرین داشــته‌انـد. این یافته‌ها از دو جهت می‌تواند مورد بحث قـرار گیـرد. اول ایـن که (همانگونه که اشاره شد) بگوییم چون گـروه‌هـای مـورد مقایسه وضعیت مشابهی نداشته‌اند، لذا اصولاً مقایـسه بـین افـراد صحیح نبوده و نیست. دوم این که با همین وضع به تحلیل یافته‌ها پرداخته و در توجیه آن اشاره شود چون زنـان مـشکوک به سرطان پستان فکر نمی‌کرده‌اند که عارضه‌ای داشــته باشــند لـذا هـیچگونه اخـتلال قابل توجهی از خود بروز نـداده‌انـد و در مقابـل، بـیماران خـوش خـیم پـستان چـون بـا عارضـه‌ای شـبیه درد و یا سوزش مراجعه داشته‌اند لذا به لحاظ روحـی در موقعـیت خوبـی نبوده و از دیگران وضعیت بدتری از خـود بـروز داده‌انـد و بانـوان سـالم نیز چون تا حدود زیادی به وضـعیت خـود اطمیـنان داشته‌اند عارضه کمتری در آنان دیده شده است.

تشکر و قدردانی

نویـسندگان بـر خـود لازم مـی‌دانـند که از زحمات همکاران کلینـیک بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی، سرکار خانم مریم انـصاری، سـرکار خانم مریم ساوه‌ای، سرکار خانم زینب آزادی و همچنـین از مدیر بخش ماموگرافی بیمارستان‌های امام خمینی و خـاتم الأنبـیاء، سـرکار خـانم دکتـر نسرین احمدی نژاد که با تـلاش‌هـای مجدانـه خود در به ثمر نشستن این پژوهش نهایت همکاری را داشتند سپاسگزاری نمایند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]
www.SID.ir

Archive of SID

منابع

1-Rimer BK, Bluman LG**.** The psychosocial consequences of mammography. Journal of National Cancer Institute 1997; 22; 131-38

2-Goyder E, Barratt A, Irwig LM. Telling people about screening programmes and screening test results: how can we do it better? Journal of Medical Screen 2000; 7: 123-26

3-John BL, Kevin PB, Christopher Del Mar, Ellen Hawes. Psychological distress in women with abnormal findings in mass mammography screening. Cancer1999; 85 : 1114-18

4-Gilbert FJ, Cordiner GM, Affleck IR, Hood DB, Mathieson D, Walker LG. Breast screening the psychological sequel as of false positive recall in women with and without a family history of breast cancer. Europian Journal of Cancer 1998; 34: 2010- 14

5-Ong J Austoker, J Brett. Breast screening: adverse psychological consequences one month after placing women on early recall because of a diagnostic uncertainty. A multicentre study. Journal of Medical Screen 1997; 4: 158-68

6-Lowe JB, Balnda KP, DelMar G, Hawe E. Psychological distress in women with abnormal findings in mass mammography. Cancer 1999; 85:1114-18

7-Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. Psychiatry and medical oncology gear up for managed care. Mexican Journal of Psychosomatics 1999; 40: 64-69

8-McCoul KD; Branstetter AD; O Donnell SM; Jacobson K; Quinlan KB. A descriptive study of breast cancer worry. Journal of Behavioral Medicine 1998; 21: 565-79

9-Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Potts HWW. Does the method of detection of breast cancer affect subsequent psychiatric morbidity? European Journal of Cancer 2002; 38: 1622-25

10-Gurevich M, Devins GM, Wilson C, McCready D, Marmar CR, Rodin GM. Stress response syndromes in women undergoing mammography: a comparison of women with and without a history of breast cancer. Psychosomatic Medicine 2004; 66: 104-112

11-Lerman C, Daly M, Sands C, Balshem A, Lustbader E, Hegga Goldstein L. et al. Mammography adherence and psychological distress women at risk for breast cancer. Journal of National Cancer Institute 1993; 7: 1074-80

12-John BL, Kevin PB, Christopher Del Mar, Ellen Hawes. Psychological distress in women with abnormal findings in mass mammography screening. Cancer 1999; 85: 1114-18

13-ARo- AR; Absetzylostal- PE. Erola- T, Pamilo M, lonnquist J. Pain and discomfort during mammography. European Journal of Cancer 1996; 10, 1674-79

14-Bakker DA, Lightfoot NE, Steggles S, Jackson C. The experience and satisfaction of women attending breast cancer screening. Oncology for Nursing Forum 1998; 25:115-21

15-Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67: 361-70

16-Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. Health Quality of Life Outcomes 2003; 1: 14

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1384.4.3.4.1]

www.SID.ir