

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: مریبی پژوهش، گروه پژوهشی بیماری‌های پستان، مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی، واحد علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش

سال چهارم شماره سوم تابستان ۱۳۸۴ صص ۱۸۱-۱۸۸

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 - 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 قرار داشتند اضطراب بیشتری را به هنگام ماموگرافی از خود بروز دادند. در مورد 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: ۰۶۴۸۰۸۰۵ نمایر: ۰۶۴۸۰۸۰۵

E-mail: ali@jdcord.jd.ac.ir

مقدمه

عوامل خطر مؤثر در بروز تنفس‌های روحی - روانی در زمان تشخیص بیماری شامل سن پایین‌تر، سابقه بیماری قبلی روانی و فقدان حمایت‌های اجتماعی، تحسیلات پایین و سن بالا هستند [۹]. همچنین تأثیر تعديل 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، ناهمانگی بیشتر با پزشک و عدم برخورداری از حمایت کافی پزشک، با افزایش پاسخ‌های تنفسی 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 به صورت 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 می‌گردد. 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

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 مراجعه کننده 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 سennin ۴۰ سالگی در هر سال حدود یک میلیون موارد مثبت کاذب ماموگرافی وجود دارد. ماموگرافی کاذب می‌تواند باعث بروز اضطراب، تنفس و اختلالات روانی گردد [۱، ۲].

تنفس 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 طولانی تری 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 [۴-۷]. بر اساس نتایج مطالعه‌ای دلایل متعددی می‌تواند سبب بروز اضطراب و افسرگی باشد [۸].

معمولًا بانوان از این که نتیجه ماموگرافی آنها منجر به تشخیص سرطان پستان گردد به شدت در هراسند و این امر خصوصاً در بانوان دارای ساقه فامیلی ابتلا به سرطان پستان صادق است. بانوان دارای ساقه بیماری نگرانی بیشتری داشته و این موضوع بیانگر آن است که این نگرانی در طول زمان به صورت مزمن شکل می‌گیرد. براساس نتایج برخی مطالعات،

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 ۴۱-۴۱ سال (۴۳ درصد) قرار داشتند. از میان شرکت کنندگان ۹۰ درصد متاهل 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).

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 [۱۶، ۱۵]. پرسشنگران آموزش دیده با مراجعه حضوری به بخش ماموگرافی مرکز بیماری‌های پستان، بیمارستان امام خمینی و خاتم الانبیاء، 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 مصاحبه کننده 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

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

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

کیفیت زندگی خود را عالی ارزیابی کردن(جدول شماره ۲). بررسی اضطراب و افسردگی بر اساس تشخیص در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. بر اساس این یافته‌ها بیشترین بانوانی که از نظر تشخیص ماموگرافی بدون بیماری (۴۳ درصد) و یا بیماری خوش خیم پستان (۳۷ درصد) بودند از نظر اضطراب سالم بودند و بیشترین بانوان مشکوک به بدخیمی پستان (۶۰ درصد) در مربوط اختلال اضطرابی قرار داشتند.

بر اساس یافته‌های این مطالعه بیشترین بانوانی که از نظر تشخیص ماموگرافی بدون بیماری (۶۶ درصد) و یا بیماری خوش خیم پستان (۶۵ درصد) و یا حتی مشکوک به بدخیمی پستان (۶۲ درصد) بودند دارای اختلال افسردگی نبودند. در آنالیز یک طرفه واریانس مشخص شد که از نظر آماری رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و تشخیص ماموگرافی وجود ندارد (به ترتیب $P=0.07$ و $P=0.07$). (P=0.07).

بر اساس نتایج به دست آمده از پرسشنامه، یافته‌های مطالعه به دو روش گزارش می‌گردد: بر اساس میانگین امتیاز افراد و بر اساس دسته بندی امتیازات در دو مقیاس اضطراب و افسردگی. در روش اول، امتیاز صفر تا 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 جدول شماره ۲ نشان داده شده است. از نظر اضطراب و افسردگی بیشترین افراد در گروه سالم قرار داشتند (به ترتیب ۴۶ و ۶۵ درصد). بر اساس دسته بندی امتیازات حاصله از ایزار سنجش HADS ۲۷ درصد مشکوک به اختلال اضطراب و ۱۴ درصد نیز مشکوک به اختلال افسردگی بودند. بیشتر بانوان شرکت کننده در این مطالعه (۳۹۱ نفر (۳۴ درصد) وضعیت سلامتی خود را خوب ارزیابی کردند. همچنین بیشتر بانوان شرکت کننده در این مطالعه (۳۸۶ نفر (۳۴ درصد) وضعیت

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

وضعیت اضطراب	تعداد	درصد
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	۲۱
خوب	۳۹۱	۳۴
عالی	۲۷۸	۲۴
کیفیت زندگی		
بسیار بد	۲	۲
نسبتاً بد	۵	۵
نسبتاً خوب	۲۹	۲۹
خوب	۳۰	۳۰
عالی	۳۴	۳۴

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 $F=19/8$, $P<0/0001$, $F=29/2$, $P<0/0001$). 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 (به ترتیب $F=10/2$, $P<0/0001$, $F=10/6$, $P<0/0001$, $F=1/0$, $P=0/0001$). در همین آنالیز مشخص شد که از نظر آماری رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و وضعیت تأهل وجود ندارد (به ترتیب $F=1/5$, $P=0/02$, $F=1/3$, $P=0/03$, $F=1/0$, $P=0/0001$). همچنین رابطه معناداری بین اضطراب، افسردگی و سن وجود ندارد (به ترتیب $F=1/4$, $P=0/2$, $F=1/8$, $P=0/1$, $F=1/0$, $P=0/0001$).

بررسی سلامتی و کیفیت زندگی بر اساس تشخیص نیز در جدول شماره ۴ 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 بد خیمی 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 (به ترتیب $F=36/6$, $P<0/0001$, $F=49/2$, $P<0/0001$). 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 بد خیمی (۳۸ درصد) وضعیت کیفیت زندگی خود را خوب

جدول شماره ۳- بررسی میزان اضطراب و افسردگی بر اساس تشخیص ماموگرافی ($n=1147$)

P	تشخیص ماموگرافی			بدون بیماری ($n=577$)			اضطراب بر اساس امتیاز سالم (۰-۷)
	مشکوک به بد خیمی ($n=77$)	خوش خیم ($n=493$)	بدون بیماری ($n=577$)	مشکوک به بد خیمی ($n=493$)	خوش خیم ($n=493$)	بدون بیماری ($n=577$)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۷	۷/۲۲(۴/۷۸)	۸/۳۴(۳/۹۴)	۸/۲۶(۴/۰۵)				
۰/۰۷	۶/۴۹(۴/۷۲)	۶/۲۷(۳/۹۹)	۶/۱۴(۳/۸۴)				
۰/۰۷	۱۷	۴۴	۴۳	۲۵			سبیل (۰-۷)
	۶۰	۱۵	۲۹	۱۶۹			بنیابین (۸-۱۰)
	۴۳	۱۸	۲۷	۱۲۴	۲۷	۱۵۷	مشکوک به اختلال (۱۱-۲۱)
							میانگین (انحراف معیار)
							افسردگی بر اساس امتیاز سالم (۰-۷)
							بنیابین (۸-۱۰)
							مشکوک به اختلال (۱۱-۲۱)
							میانگین (انحراف معیار)

جدول شماره ۴- بررسی وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی بر اساس تشخیص ماموگرافی و امتیازات اضطراب و افسردگی ($n=1147$)

افسردگی	تشخیص ماموگرافی			بدون بیماری ($n=577$)			سلامتی
	مشکوک به بد خیمی ($n=77$)	خوش خیم ($n=493$)	بدون بیماری ($n=577$)	مشکوک به بد خیمی ($n=493$)	خوش خیم ($n=493$)	بدون بیماری ($n=577$)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۰۷	۱۷/۴۸(۴/۰۹)	۱۲/۰۵(۴/۳۳)	۳	۲	۳	۱۷	سبیل (۰-۷)
	۸/۷۰(۳/۷۷)	۱۰/۱۶(۳/۸۷)	۹	۷	۸	۴۱	نسبتاً بد
	۷/۲۷(۳/۵۳)	۱۰/۹(۳/۸۴)	۳۴	۲۶	۳۱	۱۵۱	نسبتاً خوب
	۵/۵۴(۳/۷۳)	۷/۸۰(۳/۸۷)	۳۲	۲۵	۳۴	۱۷۰	خوب
	۴/۴۸(۳/۹۷)	۶/۱۶(۳/۸۷)	۲۲	۱۷	۲۳	۱۱۴	عالی
P<۰/۰۰۰۱, F=۴۹/۲	P<۰/۰۰۰۱, F=۳۰/۶						آزمون واریانس کیفیت زندگی
۹/۶۸(۳/۹۴)	۱۱/۸۶(۳/۶۸)	۰	۰	۲	۱۰	۲	سبیل (۰-۷)
۸/۵۲(۴/۵۰)	۱۰/۵۴(۳/۹۹)	۴	۳	۵	۲۵	۵	نسبتاً بد
۷/۴۷(۳/۸۰)	۹/۱۱(۳/۹۳)	۳۴	۲۶	۲۹	۱۴۳	۲۹	نسبتاً خوب
۸/۱۵(۳/۷۲)	۷/۷۹(۴/۰۶)	۳۸	۲۹	۳۱	۱۵۲	۲۹	خوب
۴/۹۹(۳/۷۰)	۷/۱۳(۳/۸۳)	۲۴	۱۹	۳۳	۱۶۳	۳۵	عالی
P<۰/۰۰۰۱, F=۲۹/۹	P<۰/۰۰۰۱, F=۱۹/۸						آزمون واریانس

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 سیاری 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 آگاه‌سازی 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

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 با تفاق 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 به دلیل 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 موقع افسردگی تداوم نداشته و پس از تشخیص قطعی نوع بیماری به زودی آثار اختلال از بین می‌رود. برخلاف گروه جوان، افسردگی در زنان سالمند نه تنها پس از تشخیص از بین نمی‌رود، بلکه چنانچه تشخیص حاکی از بیماری بدхیم باشد ممکن است افسردگی آنان تشدید شود. چنانچه ذکر شد

قرار گیرد. اول این که (همانگونه که اشاره شد) بگوییم چون گروه‌های مورد مقایسه وضعیت مشابهی نداشته‌اند، لذا اصولاً مقایسه بین افراد صحیح نبوده و نیست. دوم این که با همین وضع به تحلیل یافته‌ها پرداخته و در توجیه آن اشاره شود چون زنان مشکوک به سلطان پستان فکر نمی‌کرده‌اند که عارضه‌ای نداده‌اند و در مقابل، بیماران خوش خیم پستان چون با عارضه‌ای شبیه درد و یا سوزش مراجعه داشته‌اند لذا به لحاظ روحی در موقعیت خوبی نبوده و از دیگران وضعیت بدتری از خود بروز داده‌اند و بانوان سالم نیز چون تا حدود زیادی به وضعیت خود اطمینان داشته‌اند عارضه کمتری در آنان دیده شده است.

تشکر و قدردانی

نویسنده‌گان بر خود لازم می‌دانند که از زحمات همکاران کلینیک بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی، سرکار خانم مریم انصاری، سرکار خانم مریم ساوه‌ای، سرکار خانم زینب آزادی و همچنین از مدیر بخش ماموگرافی بیمارستان‌های امام خمینی و خاتم الانبیاء، سرکار خانم دکتر نسرین احمدی نژاد که با تلاش‌های مجданه خود در به ثمر نشستن این پژوهش نهایت همکاری را داشتند سپاسگزاری نمایند.

آنان کاهش داد. علاوه بر این، نحوه ارایه نتیجه ماموگرافی نیز جزء عوامل تأثیر گذار تلقی می‌شود. متأسفانه به هنگام طراحی این مطالعه این نکات مورد توجه قرار نگرفت و لذا از این جهت مطالعه حاضر پاسخی برای این دست از عوامل تعیین کننده ندارد. به هر حال توصیه می‌شود در آینده این متغیرها مورد بررسی دقیق قرار گیرد تا در تفسیر نتایج اشتباہی رخ ندهد. اگر چه حجم نمونه در این مطالعه بسیار قابل توجه است و قابلیت رقابت با سایر مطالعات مشابه بین‌المللی را دارد، اما این نکته قابل یادآوری است که تعداد افراد مشکوک به بیماری سلطان پستان در این مطالعه بسیار اندک بوده (۷۷ نفر) و لذا در بررسی اضطراب و افسردگی و رابطه آن با تشخیص ماموگرافی باید محظوظ بود. در واقع تعداد کم بیماران سلطان پستان باعث می‌گردد که نتوان بهطور قطع و یقین در مورد مقایسه اضطراب و افسردگی در بانوان سالم، بانوان مبتلا به بیماری خوش خیم پستان و بانوانی که مشکوک به سلطان پستان بوده‌اند قضایت درستی داشت.

همانگونه که در بخش یافته‌های مطالعه ملاحظه می‌شود بیماران مشکوک به سلطان پستان حتی به لحاظ اضطراب و افسردگی از سایر بانوان در وضعیت بهتری بوده‌اند. در این میان بانوان مبتلا به بیماری خوش خیم پستان وضع بدتری نسبت به سایرین داشته‌اند. این یافته‌ها از دو جهت می‌تواند مورد بحث

منابع

- 1**-Rimer BK, Bluman LG. The psychosocial consequences of mammography. *Journal of National Cancer Institute* 1997; 22: 131-38
- 2**-Goyer 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. *Cancer* 1999; 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. *European 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; Absetzyostal- PE. Erola- T, Pamilo M, Ionnquist 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