

ماموگرافی و نقش مصاحبه انگیزشی بر تغییر تصمیم زنان بر اساس مدل تغییر

لیلی مرتضوی^۱، مهتاب عطارها^۲، حمیدرضا جمیلیان^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۹/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کانسر پستان شایع‌ترین بدخیمی و دومین علت مرگ ناشی از کانسر در زنان محسوب می‌شود، به نظر می‌رسد تشخیص زودرس آن نقش مهمی در کاهش مورتالیتی و موریبیدتی این بیماری داشته باشد، مطالعه حاضر با هدف تأثیر مصاحبه انگیزشی بر تغییر رفتار ماموگرافی پستان بر اساس مدل تغییر انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی، از نوع پیش و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۵۰ نفر از زنان بالای ۴۰ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک به‌طور تصادفی بلوکی در دو گروه مصاحبه و کنترل وارد شدند. مصاحبه انگیزشی طی ۵ جلسه یک‌ساعته، یک‌بار در هفته بر روی گروه مصاحبه انگیزشی اجرا گردید. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت پرسشنامه مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک و پرسشنامه ارزیابی مراحل تغییر قبل و دو ماه پس از مداخله، توسط هر دو گروه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات، تی مستقل، مک نمار، مجذور کای و آزمون دقیق فیشر انجام شد. سطح معناداری نیز $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سن در گروه مصاحبه انگیزشی و کنترل به ترتیب (6.19) ، (6.77) ، (49.38) و میانگین سن ازدواج در گروه مصاحبه $(3/21)$ ، $(3/21)$ و 18.49 در گروه کنترل $(3/42)$ ، $(3/42)$ ، 18.74 بوده که اختلاف معنادار نبود ($P > 0.05$). در گروه مصاحبه انگیزشی بین مراحل پیش تفکر و عمل قبل و ۲ ماه بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد (به ترتیب $P = 0.333, 0.219$). در حالی که در مرحله تفکر یا آمادگی و نگهداری قبل و بعد از مصاحبه اختلاف معنادار بود (به ترتیب $P = 0.006, 0.035$). در گروه کنترل اکثریت زنان قبل از مداخله در مراحل تفکر (۲۴ درصد) و نگهداری (۳۲ درصد) قرار داشتند. لیکن در این گروه در هیچ‌یک از مراحل تغییر، تفاوت قبل با بعد از مداخله معنادار نبود ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که مداخله مصاحبه انگیزشی، مبتنی بر مدل مراحل تغییر در ارتقاء رفتار انجام ماموگرافی مؤثر بوده و می‌تواند موجب ارتقاء رفتارهای غربالگری می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کانسر پستان، ماموگرافی، مصاحبه انگیزشی، مدل مراحل تغییر

مجله پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره ۱۱، پی‌درپی ۱۲۴، بهمن ۱۳۹۸، ص ۹۲۹-۹۱۹

آدرس مکاتبه: اراک، میدان سردشت، مجتمع پردیس دانشگاه علوم پزشکی اراک، بال آبی طبقه دوم، معاون آموزشی دانشکده پرستاری، تلفن: ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۱۶

Email: m.attarha@arakmu.ac.ir, mahtab_at2004@yahoo.com

مقدمه

کشورهای غربی ۱۰ سال جوان‌ترند. در ایران بروز کانسر پستان در سنین ۴۵-۵۴ سالگی و پس از ۸۰ سالگی یک افزایش ناگهانی (peak) دارد. بر اساس آمار از هر ۱۰۰۰ زن ایرانی، ۶.۷ زن به این بیماری مبتلا می‌شوند، که ۲۱.۴ درصد کل کانسرها را در بین زنان ایرانی به خود اختصاص می‌دهد (۴). در ایران، سن ابتلا بیماران در مقایسه با دیگر کشورها پایین‌تر است. پایین بودن سن ابتلا علاوه بر هزینه‌های مستقیم بالاتری که به بیمار و سازمان پرداخت‌کننده

کانسر پستان شایع‌ترین بیماری شناخته‌شده و دومین علت مرگ در زنان است (۱، ۲). در آمریکا از هر ۸ زن یک زن، در اروپا از هر ۱۰ زن یک زن، در انگلستان از هر ۱۲ زن، یک زن و در کشورهای آسیایی کمتر از آمارهای مذکور در طول زندگی به کانسر پستان مبتلا می‌شوند (۳). شیوع این بیماری در ایران در حال افزایش است، و افراد مبتلا به کانسر پستان در مقایسه با بیماران مشابه با

^۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، مشاوره در مامایی، مرکز بهداشت شهرستان، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۲ استادیار گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

درصد زنان از مزایای ماموگرافی و نقش آن در کاهش مرگومیر، مطلع نیستند. بنابراین راهنمایی مناسب مهم‌ترین عامل در کاهش این نابرابری‌ها (در حق دریافت اطلاعات، آگاهی و دسترسی به خدمات) می‌باشد. همچنین کاهش میزان مرگ ناشی از سرطان پستان از طریق ماموگرافی منظم، چالشی بزرگ و درعین حال مداخله‌ای با هزینه اثربخشی مطلوب برای ارتقاء سلامت زنان است (۱۳). سازمان جهانی بهداشت دو استراتژی آموزشی مناسب و انجام غربالگری را در پیشگیری از سرطان پستان پیشنهاد نموده است. در بررسی‌های سیستماتیک در سراسر دنیا این موضوع تأیید شده که آموزش و مشاوره می‌تواند آگاهی و شیوه زندگی افراد را ارتقاء بخشد (۱۰).

از بین متدهای مختلف مشاوره، مصاحبه انگیزشی^۲ روشی رهنمودی و درعین حال مراجع محور بوده، که بر طبق اصول مشارکت، فراخوانی انگیزه درونی بیمار و احترام به حس خودمختاری مراجعان، پایه‌گذاری شده است. علاوه بر مبنای، مصاحبه انگیزشی بر اصولی مانند ابراز همدلی، افزایش تضاد درونی، مدارا با مقاومت و حمایت از حس خودکارآمدی مراجعان تأکید دارد و برای فراخوانی انگیزه درونی از فنون مشاوره‌ای مانند پرسیدن سؤالات باز، گوش دادن انعکاسی، تأیید، خلاصه‌سازی و فراخوانی صحبت معطوف به تغییر، استفاده می‌کند. مشاوره انگیزشی به‌جای ارائه استدلال، اطلاعات، توصیه، ترغیب و اجبار، از طریق یک فرآیند تعاملی و ایجاد انگیزه و تقویت تعهد، باعث تسهیل تغییرات رفتاری می‌شود (۱۴، ۱۵).

اولین بار مصاحبه انگیزشی در کار با افراد دارای مشکلات مرتبط با سوءمصرف الکل توسط میلر^۳ شکل گرفت (۱۶). میلر با همکاری رولنیک^۴ (۱۷، ۱۸) روش پژوهش‌محوری را توسعه داد که به یک راهنمای عملی برای متخصصان سلامت روان تبدیل شد. آنان از پنج مرحله برای شرح مراحل تغییر در مراجعان استفاده کردند: (الف) پیش تأمل^۵، (ب) تأمل^۶، (ج) آمادگی^۷، (د) عمل^۸ و (ه) نگهداری^۹. در این روش، درمانگر شرایطی برای رشد و تغییر مراجع با استفاده از همدلی، احترام بدون قید و شرط فراهم می‌کند (۱۹، ۲۰).

در واقع، هدف اصلی، تقویت انگیزه درونی مراجع است، تا جایی که تغییر از درون فرد به وجود آید به‌جای این‌که به‌طور سطحی از

تحمیل می‌کند، به دلیل درگیری سال‌های بیشتری از زندگی و ناتوانی در انجام فعالیت‌های اجتماعی، نسبت به کشورهای غربی، هزینه اقتصادی بیشتری را به جامعه وارد می‌نماید. بر اساس بررسی‌های به‌عمل آمده، ۷۰ درصد زنان مبتلا به کانسر در ایران به دلیل تأخیر انجام تست‌های تشخیصی و پیشرفته بودن مراحل بیماری، در مدت کوتاهی فوت می‌نمایند (۵).

غربالگری پستان در دهه گذشته توانسته کاهش چشم‌گیری در میزان شیوع، بروز، مورتالیتی این کانسر ایجاد نماید (۶). نتایج حاصل از مطالعات نشان می‌دهد که در ایالات‌متحده به دلیل تشخیص زودرس، میزان مرگ ناشی از سرطان پستان در بین سال‌های ۲۰۱۳ - ۱۹۹۰ حدود ۳۴ درصد کاهش یافته است. در اروپا نیز کاهش مرگ ناشی از سرطان پستان بین ۲۵-۳۱ درصد گزارش شده است (۷). با توجه به این‌که علت کانسر کاملاً مشخص نیست و نمی‌توان از ابتلا به این بیماری پیشگیری کرد. خوشبختانه این بیماری جز سه کانسری است، که آزمون‌های غربالگری^۱ برای تشخیص زودرس آن وجود دارد (۳). ماموگرافی و معاینه فیزیکی از روش‌های غربالگری استاندارد کانسر پستان محسوب می‌شوند. ۵۰-۳۵ درصد از سرطان‌های اولیه و سرطان‌های با رشد تدریجی، حداقل ۲ سال قبل از شناسایی توده از طریق لمس، توسط ماموگرافی قابل تشخیص‌اند. علی‌رغم مزایای غربالگری، تمایل به انجام آن هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، کمتر از حد انتظار است (۸، ۹). هر چند انجام ماموگرافی در ۳۰ سال گذشته افزایش چشمگیری داشته، لیکن هنوز در بسیاری از جوامع، پایین‌تر از حد پیشنهادی می‌باشد. غربالگری پیشگیرانه مهم‌ترین تلاش ارتقاء سلامتی در بیماری‌ها است. معمولاً به دلیل عدم تشخیص به‌موقع بیشترین تومورهای گزارش شده مربوط به سرطان پستان در بین زنان آسیایی و آمریکایی می‌باشد (۱۰، ۱۱). دستورالعمل‌های کنونی انجام غربالگری زنان از ۴۰ سالگی را توصیه نموده‌اند، باین‌حال هنوز بسیاری از زنان از انجام دوره‌های آن اجتناب می‌کنند (۱۰). عوامل بسیاری از قبیل ترس از سرطان، اعتقاد به سرنوشت، آگاهی ناکافی، موانع زبانی، موانع فرهنگی مانند احساس شرم از انجام غربالگری در اقدام به ماموگرافی وجود دارد (۱۲). نبود منابع اطلاعاتی در دسترس، ضعف سیستم ارجاع به مراکز انجام غربالگری و کمبود نیروهای تخصصی این مشکل را پایدار می‌سازد. بیش از ۹۰

⁶ contemplation

⁷ preparation

⁸ action

⁹ maintenance

¹ Screening

² motivational interviewing

³ Miller

⁴ Rollnick

⁵ Pre contemplation

بیرون به او تحمیل شود (۲۰). با تغییر رفتار در آینده، تعیین ارزش-های اصلی زندگی، تزاید چالش‌های مثبت بین ارزش‌ها و رفتارها، انتقال اطلاعات و بالا بردن سطح آگاهی فرد به منظور تسهیل در تصمیم‌گیری، تقویت خودکارآمدی، تأکید بر حس خودمختاری و آزادی عمل، باعث ایجاد و تقویت انگیزه در مراجع می‌شود (۲۱-۲۳). این مدل که برای انواع رفتارهای فردی با تغییر سازمانی به کار گرفته می‌شود، می‌تواند همانند یک چرخه عمل کند، به طوری که امکان برگشت فرد به مرحله قبل وجود دارد. سه مرحله اول نیت فرد برای تغییر بوده که در ذهن وی می‌گذرد. دو مرحله آخر تبدیل نیت به عمل می‌باشد، که قابل مشاهده است. در مرحله اول، شخص هنوز جدی به تغییر رفتار فکر نکرده، در مرحله تفکر، فرد به طور فعال به تغییر رفتار فکر می‌کند. در مرحله آمادگی، فرد مصمم به ایجاد تغییر در آینده‌ای نزدیک (معمولاً در ماه آینده) است. در مرحله اقدام، فرد به طور فعال رفتار خود را تغییر داده و در مرحله نگهداری، رفتار جدیدی ایجاد شده، تداوم و استمرار می‌یابد، اما فرد باید مراقب بازگشت به مراحل قبل باشد (۳).

با توجه به افزایش شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی و لزوم به‌کارگیری روش‌های غربالگری در تشخیص زودرس آن و به‌منظور ارتقاء این عمل لازم است از روش‌های آموزشی و مشاوره‌ای مناسب استفاده شود. طی تحقیقات مشخص شده که آموزش مردم در مورد کانسر، علائم و نشانه‌ها، روش‌های تشخیص زودرس و درمان ضعیف بوده، تدوین خط‌مشی کلی و مداخلات آموزشی مورد تأکید است (۳). لذا در این مطالعه تلاش گردید تا به این سؤال پاسخ داده شود که آیا مصاحبه انگیزشی می‌تواند باعث تغییر رفتار غربالگری زنان در انجام ماموگرافی بر اساس مدل مراحل تغییر (پیش تفکر، تفکر، آمادگی، عمل، حفظ و نگهداری) گردد؟

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود، که به‌صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون، حدوداً ۳ ماه، در سال ۱۳۹۶، بر روی ۵۰ نفر از زنان ۴۰ سال و بالاتر، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی انجام گرفت. افراد به‌صورت تصادفی بلوکی در یکی از دو گروه مصاحبه انگیزشی و کنترل قرار گرفتند. به گروه مداخله حرف A گروه کنترل حرف B اختصاص داده شد. سپس ۶ حالت (۲۴ نفر) به دست آمد (AABB, ABAB, BABA, BAAB, ABBA, BBAA). ۶ حالت مذکور در ۶ برگه جداگانه نوشته شد سپس برگه‌های تا شده داخل کیسه پلاستیکی انداخته شد. از اولین فرد واجد شرایطی که وارد

اتاق درمانگاه شد درخواست شد یکی از برگه‌ها را از درون کیسه بردارد، به‌عنوان مثال اگر ترکیب ABAB از داخل کیسه خارج می‌شد اولین فرد وارد گروه مداخله (A) و دومین فرد وارد گروه کنترل (B)، سومین و چهارمین فرد به ترتیب به گروه‌های مداخله و کنترل وارد می‌شدند و سپس این برگه کنار گذاشته می‌شد و این کار تا زمانی که در هر گروه ۲۵ نفر وارد شدند ادامه پیدا کرد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول اختلاف دو میانگین و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آماری ۸۰ درصد و با استفاده از نتایج مطالعه مطلبی و همکاران (۳) ۴۲ نفر محاسبه شد. با احتساب ۵ درصد ریزش در هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه: زنان (متأهل یا مجرد) ۴۰ سال و بالاتر، عدم ابتلا به کانسر پستان در شرکت‌کنندگان و یا بستگان درجه‌یک (مانند مادر، خواهر، دختر)، باسواد، نداشتن مدارک دانشگاهی در علوم پزشکی، مشاوره و روان‌شناسی، نداشتن سابقه انجام ماموگرافی در طی یک سال گذشته. در صورت عدم شرکت در حداکثر یک جلسه، وقوع هر نوع واقعه استرس‌زا حین مطالعه (فوت بستگان درجه‌یک، طلاق، ابتلا به کانسر)، تغییر محل زندگی و عدم تمایل به ادامه شرکت، نمونه از تحقیق خارج می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی با ۶ سؤال (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، شیردهی و پرسشنامه ارزیابی مراحل تغییر، شامل ۶ سؤال در خصوص بررسی رفتار فرد در هر یک از مراحل پیش از تأمل، تأمل، آمادگی، عمل، نگهداری و عود بوده، که مشخص می‌شد افراد قبل و بعد از مداخله در چه مرحله‌ای از تغییر رفتار قرار داشتند. پرسشنامه قبل و ۲ ماه بعد از مصاحبه انگیزشی تکمیل می‌گردید.

این سؤالات از پرسشنامه مراحل تغییر بر اساس مقیاس ساخته‌شده توسط کیم^{۱۰} استخراج شده (۲۴) و مرتبط با رفتار غربالگری کانسر پستان بود. از مصاحبه‌شونده درخواست می‌شد، برحسب انجام، قصد رفتار و یا عدم انجام یا قصد آن یکی از ۵ گزینه را به‌عنوان مرحله تغییر رفتار غربالگری ماموگرافی انتخاب نماید. لازم به توضیح است که انجام یا عدم انجام رفتارهای غربالگری ماموگرافی، نیز با استفاده از همین مقیاس قابل سنجش است.

در مرحله تعیین روایی، پرسشنامه توسط چند تن از اساتید صاحب‌نظر مورد بازبینی قرار گرفت. پایایی ابزار از طریق ثبات درونی (internal consistency) با تعیین ضریب آلفای کرونباخ و تکرارپذیری آن به روش retest-teat، ارزیابی شد. پرسشنامه مراحل تغییر با استفاده از همسانی درونی به روش محاسبه آلفای کرونباخ، قبل از انجام مداخله آموزشی ۷۵ درصد به دست آمد. پس از انتخاب

¹⁰ Kim

گروه کنترل نیز مراقبت‌های روتین مرکز بهداشتی درمانی را دریافت می‌کردند. مجدداً ۲ ماه بعد از مداخله، پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان هر دو گروه قرار داده شد. لازم به ذکر است که این مطالعه در مرکز کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT2017020120258N31 به ثبت رسیده، و کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ مجوز از کمیته اخلاق، تکمیل فرم رضایت آگاهانه کتبی توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات ثبت‌شده، دادن حق شرکت یا کناره‌گیری از پژوهش به نمونه‌ها، مورد توجه قرار گرفته است.

به‌منظور توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل جدول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی و درصد نسبی استفاده شد. هم‌چنین برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از آمار استنباطی شامل آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات، آزمون تی مستقل، مک‌نمار، مجذور کای و آزمون دقیق فیشر در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. سطح معنادار بودن نیز $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

نمونه‌ها و تکمیل رضایت آگاهانه توسط آن‌ها، دادن اطلاعات در مورد هدف انجام مطالعه، در مرحله قبل از انجام مصاحبه انگیزشی، پرسشنامه پیش‌آزمون توسط دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. گروه مصاحبه انگیزشی به دو گروه ۱۲ و ۱۳ نفری تقسیم شدند. برای هر گروه، ۵ جلسه مشاوره گروهی (مصاحبه انگیزشی)، یک‌ساعته، یک روز در هفته در زمان‌های مشخص برگزار می‌شد. محتوی جلسات به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش اسلاید و فیلم نحوه انجام ماموگرافی بود (جدول ۱). به دلیل طول مدت مداخله (حدوداً ۳ ماه) و احتمال ارتباط واحدهای پژوهش در گروه کنترل و آزمون به‌منظور پیشگیری از انتشار اطلاعات بین واحدهای پژوهش، کار اجرایی طرح به دو قسمت تقسیم شد، ابتدا پیش‌آزمون با پرسشنامه ارزیابی مراحل تغییر، جهت گروه کنترل تکمیل و دو هفته بعد مجدداً پرسشنامه مذکور جهت همین گروه تکمیل گردید. سپس مداخله انگیزشی به‌وسیله دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره در مامایی آموزش‌دیده و تحت نظارت روان‌پزشک و دکترای تخصصی بهداشت باروری ارائه شد.

جدول (۱): ساختار و محتوی جلسات مشاوره بر اساس پروتکل میلر و رولنیک (۲۱)

جلسات	محتوا و فنون
اول	آشنایی
دوم	شناسایی احساسات بخصوص تردید و دودلی
سوم	ابعاد مثبت و منفی وضع موجود/ ابعاد مثبت و منفی تغییر
چهارم	بررسی اهداف و ارزش‌ها موانع رسیدن به اهداف و روش‌های از بین بردن آن‌ها
پنجم	چشم‌انداز پایانی
	جلسه معارفه، توضیح اهداف و چگونگی انجام پژوهش (خلاصه)، معرفی هنجارها و فرایند گروه، فلسفه تسهیل‌گر، تمرین‌های آزادی، ابعاد تأثیر رفتار و چرخه تغییر، ارزیابی تعهد و اطمینان
	بررسی احساسات مختلف هر یک از شرکت‌کنندگان درباره کنسر پستان، ایجاد تغییر (انجام تست ماموگرافی)، شناسایی احساس دودلی و تردید با استفاده از سؤالات باز پاسخ، گوش دادن فعال و انعکاسی، ابراز همدلی و تصدیق کردن
	بررسی ابعاد مثبت و منفی انجام و عدم انجام تست ماموگرافی، بررسی سودمندی، زیان در کوتاه و طولانی‌مدت با استفاده از سؤالات باز پاسخ، بارش افکار و گوش دادن انعکاسی
	تعیین اهداف، مطابقت رفتار با اهداف و ارزش‌ها، مطرح کردن ناهمخوانی، حمایت از خودکارآمدی با استفاده از سؤالات باز پاسخ و گوش دادن انعکاسی و بررسی موانع رسیدن به اهداف و روش‌های از بین بردن آن‌ها
	خلاصه و جمع‌بندی تمرینات جلسات قبلی در قالب تمرین چشم‌انداز و آمادگی شروع برنامه تغییر رفتار، سنجش میزان اعتماد و اطمینان به خود در موقعیت‌های وسوسه کننده و سنجش مجدد تعهد

یافته‌ها

۴۹.۳۸ بوده که طبق آزمون t مستقل، با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ($P = 0.994$). میانگین سن ازدواج در گروه مصاحبه (۳/۲۱) ۱۸.۴۹ و در گروه کنترل (۳،۴۲) ۱۸،۷۴ بوده که اختلاف معنادار نبود ($P = 0.0647$). سایر ویژگی‌های فردی زنان شرکت‌کننده در مطالعه در دو گروه مصاحبه انگیزشی و کنترل در جدول ۲ ارائه شده

در این مطالعه ۵۰ زن مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی، در یکی از دو گروه مصاحبه انگیزشی (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفته و مطالعه را به پایان رساندند (شکل ۱). میانگین سن در گروه مصاحبه انگیزشی و کنترل به ترتیب (۶.۱۹) ۴۹/۳۶، (۶.۷۷)

داشتند. در این گروه بین مراحل پیش تفکر (سؤالات ۱-۲) و عمل (سؤال ۴) قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد (به ترتیب $P=0.333, 0.219$). درحالی که در مرحله * تفکر یا آمادگی (سؤال ۳) و ** نگهداری (سؤال ۵) قبل و بعد از مصاحبه اختلاف معنادار بود (به ترتیب $P=0.006, 0.035$). در گروه کنترل اکثریت زنان قبل از مداخله در مراحل تفکر (۲۴ درصد) و نگهداری (۳۲ درصد) قرار داشتند. لیکن در این گروه در هیچ یک از مراحل تغییر، تفاوت قبل با بعد از مداخله معنادار نبود ($P>0.05$). به طوری که اکثر زنان گروه کنترل هم چنان در مراحل تفکر و نگهداری بدون تغییر باقی ماندند.

است بر اساس آزمون آنالیز واریانس چند متغیره، بین مراحل تغییر رفتار ماموگرافی با ویژگی های فردی نظیر سن، سن ازدواج، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات و شیردهی، ارتباط معناداری وجود نداشت ($p>0.05$). (جدول ۲).

سازه مراحل تغییر در دو بازه زمانی قبل و ۲ ماه پس از انجام مصاحبه انگیزشی با کمک آزمون مک نمار به تفکیک برای گروه مداخله و کنترل محاسبه و سپس مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۳).

بر اساس نتایج جدول ۳، در گروه مصاحبه انگیزشی اکثریت زنان قبل از مداخله در گروه نگهداری (۴۰ درصد) قرار



شکل (۱): فلوچارت شرکت کنندگان در مراحل مختلف تحقیق

جدول (۲): مشخصات کیفی جمعیت شناختی نمونه‌های پژوهش به تفکیک دو گروه مصاحبه انگیزشی و کنترل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک

متغیر	گروه مداخله (تعداد) درصد	گروه کنترل (تعداد) درصد	x-p-value	
وضعیت تأهل	متأهل	۹۶(۲۴)	۸۴(۲۱)	۰.۳۴۹
	مجرد	۴(۱)	۱۶(۴)	
سطح تحصیلات	راهنمایی	۵۶(۱۴)	۵۶(۱۴)	۰.۱۷۶
	دیپلم	۴۲(۹)	۳۲(۸)	
	فوق‌دیپلم و بالاتر	۲(۲)	۱۲(۳)	
شغل	خانه‌دار	۹۸/۶(۲۴)	۹۴/۳(۲۱)	۰.۳۰۱
	شاغل	۱/۴(۱)	۵/۷(۴)	
سابقه شیردهی	بلی	۹۲/۹(۲۰)	۹۴/۳(۲۱)	۰.۵۵
	خیر	۷/۱(۵)	۵/۷(۴)	

x بر اساس نتایج آزمون‌های کای اسکور و دقیق فیشر، بین دو گروه از نظر وضعیت تأهل، تحصیلات تفاوت معنادار نبود.

جدول (۳): بررسی مراحل تغییر رفتار قبل و ۲ ماه بعد از مداخله در گروه مصاحبه انگیزشی و کنترل

P-value	گروه مصاحبه انگیزشی		گروه کنترل		P-value	قبل فراوانی (تعداد)	بعد فراوانی (تعداد)	زمان و مراحل تغییر
	قبل فراوانی (تعداد)	بعد فراوانی (تعداد)	قبل فراوانی (تعداد)	بعد فراوانی (تعداد)				
-	بله	۰	۰	۰	-	۰	۰	۱. تاکنون ماموگرافی انجام نداده‌ام و قصدی هم برای انجام آن ندارم
	خیر	۱۰۰(۲۵)	۱۰۰(۲۵)	۱۰۰(۲۵)		۱۰۰(۲۵)	پیش تفکر	
۱.۰۰	بله	۴(۱)	۰	۰	۰.۳۳۳	۱۶(۴)	۱۶(۴)	۲. - انجام ماموگرافی خوب است، ولی فعلاً زمان مناسبی برای انجام آن نیست
	خیر	۹۶(۲۴)	۱۰۰(۲۵)	۱۰۰(۲۵)		۸۴(۲۱)	۸۴(۲۱)	تفکر (آمدگی)
۱.۰۰	بله	۴(۱)	۴۴(۱۱)	۴(۱)	×۰.۰۰۶	۲۴(۶)	۲۴(۶)	۳. - تاکنون ماموگرافی انجام نداده‌ام ولی قصد دارم در آینده انجام بدهم
	خیر	۹۶(۲۴)	۵۶(۱۴)	۹۶(۲۴)		۷۲(۱۸)	۷۲(۱۸)	عمل
۰.۳۴۴	بله	۴(۱)	۲۰(۵)	۴(۱)	۰.۲۱۹	۲۸(۷)	۱۲(۳)	۴. به پزشک مراجعه کرده و پیشنهاد داده‌ام تست ماموگرافی برایم درخواست نمایند
	خیر	۹۶(۲۴)	۸۰(۲۰)	۹۶(۲۴)		۷۲(۱۸)	۸۸(۲۲)	نگهداری
۰.۳۸۸	بله	۴۰(۱۰)	۷۶(۱۹)	۴۰(۱۰)	×۰.۰۳۵	۱۶(۴)	۳۲(۸)	۵. تاکنون یکبار یا بیشتر ماموگرافی انجام داده‌ام و قصد دارم در سال پیش رو دوباره آن را انجام دهم
	خیر	۶۰(۱۵)	۲۴(۶)	۶۰(۱۵)		۸۴(۲۱)	۶۸(۱۷)	ی
۱.۰۰	بله	۸(۲)	۰	۸(۲)	۰.۵۴۲	۱۲(۳)	۱۲(۳)	۶. تاکنون یکبار یا بیشتر ماموگرافی انجام داده‌ام و قصد دارم دوباره آن را انجام دهم
	خیر	۹۲(۲۳)	۱۰۰(۲۵)	۹۲(۲۳)		۸۸(۲۲)	۸۸(۲۲)	

بحث و نتیجه‌گیری

و بالاتر بدون سابقه تشخیص سرطان پستان و عدم سابقه انجام ماموگرافی، به شکل نیمه تجربی از نوع قبل و بعد انجام دادند. شرکت‌کنندگان پس از تکمیل پرسشنامه اولیه در یک جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای شرکت کردند. اطلاعات ۶ هفته بعد از جلسه آموزشی جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که قبل از مداخله، در مرحله پیش تفکر زنان نمرات دانش و خودکارآمدی کمتر و موانع درک شده بیشتری برای انجام ماموگرافی نسبت به زنان در مرحله برگشت داشتند. جلسه آموزشی در افزایش آگاهی، خودکارآمدی درک شده و کاهش موانع درک شده، مؤثر بود، لیکن بعد از مداخله در حرکت به سمت مراحل بالاتر تفاوت معناداری مشاهده نشد. این مطالعه نتیجه گرفت که برنامه‌های آموزشی متناسب با فرهنگ می‌تواند دانش و درک زنان را تغییر داده و چنین تغییراتی ممکن است منجر به تغییر در رفتار بهداشتی شود (۲۴). در مطالعه حاضر نیز به نظر می‌رسد برگزاری جلسات مشاوره‌ای می‌تواند با افزایش دانش و آگاهی زنان، منجر به تغییر در رفتار بهداشتی، تلاش در جهت ارتقا و حفظ سطح سلامتی شود.

اسپنسر و ویلر^۱ (۲۰۱۶) نیز یک مطالعه مروری سیستماتیک با هدف تأثیر مصاحبه انگیزشی در تغییرات رفتاری مبتلایان به کانسر و بهبودیافتگان از کانسر انجام دادند. ۱۵ مطالعه بر اساس پیامدهای رفتاری، به سه گروه سبک زندگی، پیامدهای روانی-اجتماعی و مدیریت علائم مربوط به کانسر تقسیم شدند. مطالعات به رفتارهایی مانند رژیم غذایی، ورزش، ترک سیگار، استرس مرتبط با کانسر و مدیریت خستگی پرداخته بودند. جلسات مصاحبه توسط پرستاران انکولوژی آموزش دیده اجرا و اکثر مداخلات شامل ارزیابی کیفی جهت تأیید درستی تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی بود. یافته‌های به‌دست‌آمده حاکی از اثربخشی این متد در ایجاد تغییرات رفتاری مرتبط با سبک زندگی و نیازهای روانی-اجتماعی بیماران سرطانی و بازماندگان بود. اما در رابطه با اثربخشی مصاحبه انگیزشی در مدیریت علائم مربوط به سرطان، نیاز به تحقیقات بیشتر ذکر شد (۲۷).

اقدام به عمل از نظر علمی فرآیند خاصی را طی می‌کند که این روند، غالباً ناگهانی اتفاق نمی‌افتد. دانش، اعتقاد و درنهایت عملکرد، از ارکان اساسی انجام یک رفتار اند. ولی در اغلب مطالعات به این آیتم‌های اساسی تأکید شده و از شکافتن این ارکان به جزئیات حساس و مهم غفلت می‌شود.

در مطالعه حاضر نسبت قصد زنان برای انجام ماموگرافی بعد از انجام مصاحبه انگیزشی از ۴۰ درصد به ۷۶ درصد افزایش پیدا کرد. قصد رفتار در واقع همان انگیزه افراد برای انجام رفتار است. از آنجا

مطالعه حاضر، مداخله مشاوره‌ای، آموزشی مبتنی بر مدل مراحل تغییر رفتار بوده که به‌منظور تغییر تصمیم‌گیری زنان در انجام ماموگرافی، مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اراک اجرا گردید. نتایج نشان داد که مصاحبه انگیزشی، موجب ارتقاء رفتارهای غربالگری (مراحل تفکر و نگهداری) می‌شود. بعد از مداخله، تعداد افرادی که آمادگی برای انجام ماموگرافی داشته (مرحله تفکر $P=0.006$) و آن‌هایی که قبلاً ماموگرافی انجام داده و قصد انجام دوباره آن را داشتند (مرحله نگهداری $P=0.035$) به‌طور معناداری افزایش یافت. درحالی‌که در گروه کنترل، در هیچ‌یک از مراحل تغییر، تفاوت قبل با بعد از مداخله معنادار نبود.

فؤاد و همکاران (۲۰۱۰) بر اساس اصول برگرفته از مدل مراحل تغییر، مدل توانمندسازی و مشاوره سلامت جامعه، یک استراتژی مداخله توسعه دادند. هدف این مداخله، افزایش غربالگری در زنان آمریکایی آفریقایی تبار در ۱۸ استان تحت پوشش ایالت آلاباما بود. در ابتدا ۱۴۳ داوطلب آموزش دیده، پیام‌های آموزشی را برای تشویق زنان به اتخاذ و انجام ماموگرافی دریافت کردند. برای ۱۵۱۳ زن، اطلاعات در ابتدا و دو سال بعد از مداخله تکمیل شد. هدف از این مداخله، کاهش تعداد زنان در مرحله ۱ (هرگز غربالگری نداشتند) و افزایش تعداد زنان در مرحله ۲ (غربالگری نامنظم) و مرحله ۳ (غربالگری منظم) بود. نتایج نشان داد که در ابتدای مطالعه به ترتیب ۱۴، ۱۶ و ۷۰ درصد زنان در مرحله ۱-۳ بودند. این مطالعه نتیجه‌گیری کرد که پیام‌های انگیزشی حمایت گروه همسالان می‌توانند میزان غربالگری ماموگرافی در زنان را افزایش دهند (۲۵). که نتایج این مطالعه با مطالعه ما همسو بود. در مطالعه توصیفی مبتنی بر جمعیت مؤدی و همکاران (۲۰۱۳) با هدف "تعیین رفتار غربالگری ماموگرافی بر اساس مدل مراحل تغییر در زنان بالای ۴۰ سال شهر اصفهان" ۳۸۴ زن به روش نمونه‌گیری تصادفی موردبررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که در مرحله پیش تفکر، ۳۶،۲، تفکر، ۲۱، عمل، ۴،۲، نگهداری ۶،۲ و برگشت ۳۲،۳ درصد افراد و رفتار غربالگری ماموگرافی داشتند. بین متغیرهای سن، سطح تحصیلات، تأهل، بیمه و میزان درآمد با مراحل تغییر رفتار غربالگری ماموگرافی ارتباط معنادار آماری مشاهده شد (۲۶). به نظر می‌رسد دلایل اختلاف مطالعه مؤدی و همکاران با مطالعه حاضر در طراحی مطالعه، جامعه پژوهش و بیشتر بودن حجم نمونه باشد.

همسو با نتایج مطالعه حاضر، کیم و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه‌ای با هدف ارزیابی تفاوت‌ها در فرهنگ پذیری، دانش، اعتقادات و مراحل تغییر ماموگرافی در بین ۳۰۰ زن کره‌ای ۴۰ سال

¹ Spencer JC, Wheeler

همچنین کراک اسچون و همکاران (۲۰۱۶) مطالعه‌ای تحت عنوان "ارزیابی مدل مراحل تغییر به‌منظور غربالگری سرطان سرویکس در زنان ایالت اوهایو" انجام دادند، ۹۰ زن که نیاز به انجام پاپ اسمیر داشتند، طی یک دوره ۱۰ ماهه از پژوهش گر ایمیل‌های آموزشی متفاوت و تماس تلفنی دریافت کردند. ۶۳ درصد زنان بعد از مداخله به مرحله عمل، پیشرفت کردند. آنان ترس از انجام پاپ اسمیر، خجالت و اضطراب را از موانع رسیدن به مرحله عمل گزارش کردند (۳۲). به نظر می‌رسد دلایل این اختلاف با مطالعه حاضر در جامعه پژوهش و طولانی بودن مدت مداخله و استفاده از روش‌های یاد آوری با تأکید به انجام غربالگری بود.

از نقاط قوت مطالعه حاضر استفاده از مدل، تئوری مناسب مراحل اقدام به عمل و تجزیه و تحلیل آن بود. در این مطالعه مشاوره انگیزشی بر اساس مدل مراحل تغییر به افراد داده شد. قطعاً صرفاً مشاوره و آموزش به تنهایی تضمین کننده موفقیت نهایی نبوده و مستلزم سایر فاکتورها می‌باشد، از آنجایی که پیگیری طی دو ماه بعد انجام شده، امکان ارزیابی ثبات تغییر رفتار در مدت زمان طولانی‌تر (۱۲-۶ ماه بعد) وجود نداشت. لیکن تغییر مثبت در تمایل افراد در طیف عدم انجام تا نگهداری رفتار، از موفقیت‌های این مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

مشاوره و آموزش با به کارگیری علمی تئوری‌های مناسب می‌تواند زنان را به سمت روش‌های پیشگیری از سرطان پستان سوق دهد، تا در این امر جامعه بتواند به هدف نهایی کشف و پیشگیری دست یابد. همچنین مصاحبه انگیزشی بر اساس مدل مراحل تغییر موجب ارتقاء انجام رفتارهای غربالگری می‌شود.

پیشنهاد می‌شود تأثیر مصاحبه انگیزشی بر اساس مدل مراحل تغییر، بر حسب این‌که افراد در کدام یک از مراحل تغییر انجام ماموگرافی قرار دارند، ارزیابی شود. همچنین این مدل مشاوره در تغییرات رفتاری غربالگری سرطان سرویکس در زنان نیز انجام شود. از آنجایی که این امکان وجود دارد که با پایان پژوهش، تغییر رفتار ایجاد شده ثبات کافی نداشته و به دلیل عدم تقویت به مرور مورد غفلت قرار گیرد، و پیگیری طی دو ماه بعد انجام شده، لذا پیشنهاد می‌گردد تداوم رفتار بخصوص در رفتارهایی مانند انجام ماموگرافی که حداقل نیاز به پیگیری دو سال یکبار دارند، بررسی گردند.

تضاد منافع: تضاد منافع وجود نداشت.

که مصاحبه انگیزشی موجب بیرون کشیدن انگیزه درونی افراد برای تغییر رفتار می‌شود، در این پژوهش نیز برانگیخته شدن انگیزه درونی منجر به افزایش قصد رفتار و تصمیم به انجام ماموگرافی شد. در این راستا مطالعه تاپلین و همکاران^۲ را می‌توان ذکر کرد که در سال ۲۰۰۰ به بررسی تأثیر تماس‌های تلفنی انگیزشی در قصد انجام ماموگرافی در میان زنان ۷۹-۵۰ سال پرداختند. ۱۷۶۵ زن در سه گروه قرار گرفتند: (۱) گروه یادآوری برای انجام ماموگرافی از طریق کارت پستال (۲) گروه یادآوری برای انجام ماموگرافی از طریق تماس تلفنی و (۳) گروه تماس تلفنی انگیزشی. مداخله از طریق یادآوری تلفنی و کارت پستال اثرات یکسانی داشت، اما تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات قصد رفتاری در گروه انگیزشی اتفاق افتاد (۲۸).

گرچه در اغلب موارد مصاحبه انگیزشی تأثیر گذار بوده ولی در مطالعه ریکرت و همکاران^۳ (۲۰۱۱) در مقیاس خودکارآمدی کنترل آسم تفاوت معناداری قبل و بعد از دریافت مصاحبه انگیزشی در گروه مداخله مشاهده نشد (۲۹). هنریچ و همکاران^۴ در سال ۲۰۱۰ به بررسی تأثیر مصاحبه انگیزشی بر مراقبت دیابت پرداختند لیکن نتایج حاکی از عدم تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی مراقبت دیابتی بود (۳۰).

تأثیر گذاری مصاحبه انگیزشی در ارتقاء رفتارهای اسکرینینگ (مراحل تفکر و نگهداری) در مطالعه حاضر، را می‌توان به حساسیت بیماری (سرطان پستان)، تفاوت در جامعه پژوهش، تعداد جلسات بیشتر و برگزاری جلسات به صورت گروهی در مقایسه با دو مطالعه فوق نسبت داد.

بر طبق نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر بین سازه‌های پیش تفکر، آمادگی و عمل در گروه مصاحبه انگیزشی قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد، درحالی‌که کوستانزا و همکاران^۵ در سال ۲۰۰۹ با انجام مداخله‌ای که شامل مصاحبه انگیزشی، ارسال ایمیل، دفترچه آموزشی، مشاوره تلفنی، برنامه‌ریزی کوتاه مدت و تسهیل شده برای انجام ماموگرافی بود، نشان دادند که ۷۲ درصد از زنان شرکت‌کننده که هیچ برنامه‌ای برای انجام ماموگرافی نداشتند گرایش به انجام ماموگرافی (مرحله آمادگی) پیدا کردند. به علاوه، ۵۶/۳ درصد زنانی که برای انجام ماموگرافی برنامه داشتند به انجام ماموگرافی (مرحله عمل) پرداختند (۳۱). به نظر می‌رسد استفاده همزمان مصاحبه انگیزشی با روش‌های یاد آوری مانند ای میل، مشاوره تلفنی و آموزشی مانند دفترچه آموزشی، و برنامه ریزی کوتاه مدت، دلایل تفاوت نتایج با مطالعه حاضر باشد.

⁴ Heinrich et al

⁵ Costanza et al

² Taplin et al

³ Riekert et al

کد اخلاق (کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1395.345)، به تصویب رسیده است. در پایان از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی، تمامی شرکت‌کنندگان و عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند، به ویژه ریاست و پرسنل مراکز بهداشتی تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک می‌باشد که با ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران شماره IRCT2017020120258N31 و

References:

- Goel MS, O'Connor R. Increasing screening mammography among predominantly Spanish speakers at a federally qualified health center using a brief previsit video. *Patient Educ Couns* 2016;99(3):408-13.
- Wu TY, CM L. Developing and evaluating an individually Tailored Intervention to increase mammography adherence among Chinese American Women. *Cancer Nurs* 2015;38(1):40-9.
- Matlabi M, Khajavi A, Askari F, Saberi M. Breast self-examination and the role of education based on stages of change model in changing women's decision. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018;21(1):42-51. (Persian)
- Davari M FY, Aslani A, Hosseini M, Nazari A. Direct medical costs of breast cancer in Iran; analyzing patients level data from a cancer specific hospital in Isfahan, Iran. *Int J Prev Med* 2013;10(3):1-10.
- Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, ME. A-V. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *East Mediterr Health J*. 2007;13(5):1160-9.
- Rezaianzadeh A, Peacock J, Reidpath D, Talei A, Hosseini SV, D. M. Survival analysis of 1148 women diagnosed with breast cancer in Southern Iran. *BMC Cancer* 2009; 5(9):168.
- Murillo R, Diaz S, Perry F, Poveda C, Pinos M, Sanchez O, et al. Increased breast cancer screening and downstaging in Colombian women: A randomized trial of opportunistic breast-screening. *Int J Cancer* 2016;138(3):705-13.
- Jørgensen Juhl. Gøtzsche CP. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009; 339:b2587.
- Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S, Berry DA, De Koning HJ, Draisma G, et al. Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Annals Internal Medicine* 2009;151(10):738-47.
- Hazavehei SMM, Ezzati Rastegar K, Dogonchi M, Salimi N, Gheisvandi E. The impact of educational intervention programs on promoting mammography screening: A systematic review. *J Educ Commun Health* 2016;3(1):58-66. (Persian)
- Sun Y, Sarma EA, Moyer A, CR. M. Promoting mammography screening among Chinese American women using a message-framing intervention. *Patient Educ Couns* 2015 98(7):878-83.
- Calderon-Garciduenas AL, Flores-Pena Y, De Leon-Leal S, Vazquez-Martinez CA, Farias-Calderon AG, Melo-Santiesteban G, et al. An educational strategy for improving knowledge about breast and cervical cancer prevention among Mexican middle school students. *Prev Med Rep* 2015;2:250-4.
- Gardner MP, Adams A, M. J. Interventions to increase the uptake of mammography amongst low income women: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013 Feb;8(2):e55574.
- Mojahed K, Navidian A. [The effect of motivational interviewing on self-efficacy to quit hookah smoking in pregnant women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2018;24(1):84-96. (Persian)
- Salehi F, Motaghi Z, Keramat A, Goli S, Rasouli M, Hoseini Z, et al. Comparing the Effect of Talks and Motivational Interviews on Self-efficacy of Exclusive Maternal Breastfeeding in Primiparous Women. *J*

- Mazandaran Univ Med Sci 2019;29(171):45-57. (Persian)
16. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing—preparing people to change addictive behaviour. New York: Guildford Press, 1991.
 17. Rollnick S, Miller WR, Butler CC, Aloia MS. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. Taylor & Francis; 2008.
 18. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 2009;37(2):129–40.
 19. Minkoff K. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Psychiatric Services*. 1989;40(10):1031–1036.
 20. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed: Guilford press; 2012.
 21. Asgharnia M, Faraji R, Zahiri Z, Salamat F, Mosavi CS, Sefati S. A study of knowledge and practice of woman about breast cancer and its screening, in the case of women who referred to Alzahra Hospital in Rasht during 2010-2011. *Iran J Syrgery* 2013;21(1):1-9. (Persian)
 22. Slagle DM, Gray MJ. The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007;38(4):329-37.
 23. Webber KH, Tate DF, Quintiliani LM. Motivational interviewing in internet groups: a pilot study for weight loss. *J Am Dietetic Assoc* 2008;108(6):1029-32.
 24. Kim JH, Menon U. Pre- and postintervention differences in acculturation, knowledge, beliefs, and stages of readiness for mammograms among Korean American women. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(2):E80-92.
 25. Fouad MN, Partridge E, Dignan M, Holt C, Johnson R, Nagy C, et al. Targeted intervention strategies to increase and maintain mammography utilization among African American women.. *Am J Public Health* 2010;100(12):2526-31.
 26. Moodi M, Rezaeian M, Mostafavi F, Sharifirad GR. The study of mammography screening behavior based on stage of change model in Isfahanian women of age 40 and older: A population-based study. *J Adv Med Biomed Res* 2013;21(84):24–35. (Persian)
 27. Spencer JC, Wheeler SB. A systematic review of motivational interviewing interventions in cancer patients and survivors. *Patient Educ Couns* 2016;99(7):1099-105.
 28. Taplin SH, Barlow WE, Ludman E, MacLehos R, Meyer DM, Seger D, et al. Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(3):233-42.
 29. Riekert KA, Borrelli B, Bilderback A, CS. R. The development of a motivational interviewing intervention to promote medication adherence among inner-city, African-American adolescents with asthma. *Patient Educ Couns* 2011 Jan 82(1):117-22.
 30. Heinrich E, Candel MJ, Schaper NC, NK. dV. Effect evaluation of a motivational interviewing based counselling strategy in diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract* 2010 Dec;90(3):270-8.
 31. Costanza ME, Luckmann R, White MJ, Rosal MC, LaPelle N, Cranos C. Moving mammogram-reluctant women to screening: a pilot study. *Ann Behav Med* 2009;37(3):343-9.
 32. Krok-Schoen JL, Oliveri JM, Young GS, Katz ML, Tatum CM, ED. P. Evaluating the stage of change model to a cervical cancer screening intervention among Ohio Appalachian women. *Women Health* 2016;56(4):468-86.

MAMMOGRAPHY AND THE ROLE OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON CHANGING WOMEN'S DECISION BASED ON THE TRANSTHEORETICAL MODEL

Leili Mortazavi¹, Mahtab Attarha^{2*}, Hamid Reza Jamilian³

Received: 07 Sep, 2019; Accepted: 23 Nov, 2019

Abstract

Background & Aims: Breast cancer is considered as a serious health concern worldwide. The early diagnosis of this disease plays an important role in reducing mortality and morbidity rates. Therefore, the present study was conducted to investigate the role of motivational interviewing on changing women's mammography behavior in 2017.

Materials & Methods: The study population was selected using simple random sampling and then the subjects were assigned into two groups of intervention and control. The motivational interview was conducted in 5 sessions (one hour in each session) once a week for the intervention group. The control group received no intervention. Both groups filled out the demographic and the stages of change questionnaire before and two months after the intervention.

Results: In the interview group, no significant differences were observed in the pre-contemplation and action stage prior and two months after intervention ($p=0.333$, and 0.219 , respectively). However, after two months, significant differences were observed in contemplation and maintenance stage in intervention group ($p=0.006$, and 0.035 , respectively). In the control group, most of the women were in contemplation (24%) and maintenance (32%) stages prior to the intervention. Nevertheless, there were no statically significant differences in any stages before and two months after intervention in the control group ($p>0.05$).

Conclusion: It seems that motivational interview based on the stages of change model was effective in promoting mammography behavior of women. Moreover, counseling based on this model could lead to the promotion of screening behaviors in women.

Keywords: breast cancer, mammography, motivational interviewing, change model

Address: School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Tel: +988634173516

Email: m.attarha@arakmu.ac.ir, mahtab_at2004@yahoo.com

¹ MSc, Health Center, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran