Research Article

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 8, Issue 4, Winter 2026 | Pages: 319-331

journal.ihio.gov.ir

# Analyzing Factors Related to Breast Cancer Screening in Iran: Application of a Social Marketing Approach

**Khatereh Berahmoghadam[1] MA, Shaghayegh Vahdat[1*] PhD, Somayeh Hesam[1] PhD**

[1] Department of Health Service Administration, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

***Correspondence to:** Shaghayegh Vahdat, Email: Sha_vahdat@iau.ac.ir

**Received:** October 5, 2025 **Revised:** December 11, 2025 **Accepted:** January 31, 2026 **Online Published:** February 14, 2026

## Abstract

**Introduction:** Breast cancer is the most common malignancy in women, and despite the high incidence rate in Iran, participation in screening programs remains low. Previous studies of breast cancer have paid less attention to structural and systemic analysis using management models. The aim of this study was to identify and comprehensively analyze the factors affecting the promotion of women's participation in breast cancer screening programs in health centers using the integrated service marketing (7P) conceptual framework.

**Methods:** This qualitative study, employing thematic analysis, involved 22 participants (12 service providers and 10 service recipients) in Razavi Khorasan Province. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Braun and Clarke's six-stage thematic analysis method.

**Results:** Within the seven main components of the 7P model, the most important findings were: the need to define operational bottlenecks and link insurance to healthcare (frequency of 49.8%) and focusing on effective education regarding breast cancer screening activities (frequency of 41.5%) in the Product component; utilizing digital media and local networks (frequency of 41.6%) in the Promotion component; fear of cancer diagnosis (approximately 65%) and access costs (91.6%) as major barriers in the Price component; the necessity of training and motivating staff (58.3%) and the quality of human interactions (50%) in the People component; access challenges (36.3%) and unsuitable physical space (45.4%) in the Place and Physical Evidence components; weaknesses in the follow-up and referral system (36.3%) and the need to simplify procedures (41.6%) in the Process component. Overall, "the psychological costs of fear of diagnosis" and "failure in the follow-up and referral process," as well as weaknesses in "continuous promotion" and "quality of human interaction," were identified as key barriers.

**Conclusion:** The success of breast cancer screening programs in Iran requires a systemic and comprehensive approach. Designing multifaceted and integrated interventions based on the seven dimensions of the 7P model can help address the identified barriers and increase the effective coverage of this vital program. To promote women's participation, interventions to reduce fear and psychological costs, improve systemic follow-up processes, and enhance human interactions must be designed.

**Keywords:** Early Diagnosis, Breast Neoplasms, Mass Screening, Marketing Mix

**Highlights:**

1. Shift from "Financial Cost" to "Psychological and Systemic Costs" (Paradigm Shift in Barriers).
2. Emphasis on "Systemic and Managerial Dimensions" alongside Individual Factors.

**Citation:**
Berahmoghadam Kh, Vahdat Sh, Hesam S. Analyzing factors related to breast cancer screening in Iran: application of a social marketing approach. Iran J Health Insur. 2026;8(4):319-31.

Copyright © 2026 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

مقاله پژوهشی
فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴ | صفحات ۳۱۹ تا ۳۳۱

# تحلیل عوامل مرتبط با انجام غربالگری سرطان پستان در ایران: کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی

خاطره برهمقدم[۱] MA، شقایق وحدت[۱*] PhD، سمیه حسام[۱] PhD

[۱] گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** شقایق وحدت، پست الکترونیک: Sha_vahdat@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۳ تصحیح: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۱۱ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵

## چکیده

**مقدمه:** مطالعات پیشین سرطان پستان کمتر به تحلیل ساختاری و سیستمی با استفاده از مدل‌های مدیریتی توجه داشته‌اند. هدف این مطالعه شناسایی و تحلیل جامع عوامل مؤثر بر ارتقای مشارکت زنان در برنامه غربالگری سرطان پستان در مراکز بهداشتی با استفاده از چارچوب مفهومی آمیخته بازاریابی خدمات (P7) است.

**روش بررسی:** این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل موضوعی و با مشارکت ۲۲ نفر (۱۲ ارائه‌دهنده خدمت و ۱۰ دریافت‌کننده خدمت) در استان خراسان رضوی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با استفاده از روش تحلیل موضوعی شش‌مرحله‌ای براون و کلارک تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** در چارچوب هفت مؤلفه اصلی مدل 7P مهم‌ترین یافته‌ها عبارتند از: لزوم تعریف گلوگاه‌های اجرایی و اتصال بیمه‌گری به مراقبت‌های سلامت (۴۹/۸ درصد) و تمرکز بر آموزش مؤثر در زمینه فعالیت غربالگری سرطان پستان (۴۱/۵ درصد) در مؤلفه محصول، استفاده از رسانه‌های دیجیتال و شبکه‌های محلی (۴۱/۶ درصد) در مؤلفه ترویج، ترس از تشخیص سرطان (≈۶۵ درصد) و هزینه‌های دسترسی (۹۱/۶ درصد) به عنوان بازدارنده‌های اصلی در مؤلفه قیمت، ضرورت آموزش و انگیزش کارکنان (۵۸/۳ درصد) و کیفیت تعاملات انسانی (۵۰ درصد) در مؤلفه افراد، چالش‌های دسترسی (۳۶/۳ درصد) و فضای فیزیکی نامناسب (۴۵/۴ درصد) در مؤلفه‌های مکان و شواهد فیزیکی، ضعف سیستم پیگیری و ارجاع (۳۶/۳ درصد) و نیاز به ساده‌سازی مراحل (۴۱/۶ درصد) در مؤلفه فرآیند. به‌طور کلی «هزینه‌های روانی ترس از تشخیص»، «شکست در فرآیند پیگیری و ارجاع»، ضعف در «ترویج مستمر» و «کیفیت تعامل انسانی» موانع کلیدی شناسایی شدند.

**نتیجه‌گیری:** موفقیت برنامه غربالگری سرطان پستان در ایران مستلزم نگاهی سیستمی و همه‌جانبه است. طراحی مداخلات چندوجهی و یکپارچه بر اساس ابعاد هفت‌گانه مدل 7P می‌تواند به رفع موانع شناسایی‌شده و افزایش پوشش مؤثر این برنامه حیاتی کمک کند. برای ارتقای مشارکت زنان، لازم است مداخلاتی برای کاهش ترس و هزینه‌های روانی، اصلاح فرآیندهای سیستمی پیگیری و بهبود تعاملات انسانی طراحی شود.

**واژگان کلیدی:** تشخیص زودهنگام، سرطان پستان، غربالگری، آمیخته بازاریابی

**نکات ویژه**

۱- گذار از «هزینه مالی» به «هزینه روانی و سیستمی» (تغییر پارادایم موانع)
۲- تأکید بر «ابعاد سیستمی و مدیریتی» در کنار عوامل فردی

## مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در زنان است و در ایران نیز بالاترین نرخ ابتلا را دارد. در چنین شرایطی، برنامه‌های غربالگری مؤثر، علاوه بر حفظ سلامت زنان، بار مالی و درمانی سرطان پستان را نیز به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد [۱]. با این حال، شواهد ملی نشان می‌دهد که پوشش غربالگری سرطان پستان در ایران اغلب کمتر از سطوح مطلوب و نابرابر است [۲]. به گونه ای که با وجود خدمات فعلی، نرخ مراقبت فعال برای تشخیص زودهنگام پایین بوده و تنها حدود ۱۶/۵ درصد زنان ایرانی در یک دوره یک‌ساله اقدام غربالگری

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

داشته‌اند [۳] در مقایسه، این رقم در کشورهای توسعه‌یافته از ۷۰ درصد فراتر رفته است [۴,۵] این موضوع متأثر از موانع پیچیده فردی، اجتماعی و سازمانی است. رویکردهای سنتی سلامت عمومی که صرفاً بر ارائه خدمات متمرکزند، در غلبه بر این موانع ناکافی بوده‌اند. اینجاست که آمیخته بازاریابی اجتماعی ۷ عاملی، به عنوان یک چارچوب علمی و مبتنی بر شواهد، رویکردی تحولی برای تبدیل مراکز بهداشتی از حالت واکنشی به پیش‌گیرانه و فعال ارائه می‌دهد.

اصطلاح «بازاریابی اجتماعی» به بهره‌گیری از اصول بازاریابی تجاری برای تغییر رفتار در راستای اهداف اجتماعی و بهداشتی اشاره دارد. «بازاریابی اجتماعی از اصول بازاریابی تجاری ریشه می‌گیرد. مدل کلاسیک آمیخته بازاریابی شامل محصول، قیمت، مکان و ترویج است که عمدتاً برای کالاهای فیزیکی طراحی شده. اما خدمات بهداشتی و درمانی ماهیتی متفاوت دارند؛ آنها ناملموس هستند، تولید و مصرف آنها همزمان است و کیفیت آنها وابسته به تعامل انسانی است [۶]. به همین دلیل، پژوهشگران حوزه خدمات، مدل را به 7P گسترش دادند و سه مؤلفه «افراد»، «فرآیند»و «شواهد فیزیکی» را به آن اضافه کردند [۳]. از آنجا که غربالگری سرطان پستان یک خدمت سلامت محسوب می‌شود و موفقیت آن به شدت به رفتار کارکنان، محیط کلینیک و نحوه ارائه خدمت وابسته است، پژوهش حاضر از مدل جامع‌تر 7P استفاده می‌کند تا بتواند تمام ابعاد مؤثر بر رفتار زنان را پوشش دهد.»

هرچند مطالعات پیشین به عوامل مؤثر بر غربالگری پرداخته‌اند، اما طراحی مدل‌های ساختاری، کمتر مورد توجه بوده است. این پژوهش با بهره‌گیری از مدل آمیخته بازاریابی اجتماعی 7P، به بررسی عوامل مرتبط با غربالگری سرطان پستان پرداخته و کمک می‌کند برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام سلامت، برنامه غربالگری سرطان پستان را به شکل یک نظام مراقبت فعال، جامعه‌محور و عادلانه بازطراحی کنند و کارآیی و اثربخشی سیستم سلامت را بهبود بخشند. بنابراین حرکت به سمت چنین رویکردی نه یک گزینه، که یک ضرورت برای مقابله با چالش فزاینده سرطان پستان در کشور است.

## روش بررسی

این پژوهش از نوع کیفی با رویکرد تحلیل موضوعی و بر اساس چارچوب پیشنهادی براون و کلارک (۲۰۰۶) انجام شده است [۶]. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۲۲ مشارکت‌کننده (۱۲ ارائه‌دهنده خدمت و ۱۰ دریافت‌کننده خدمت) گردآوری شده‌اند.

مطالعه از شهریور تا بهمن ماه ۱۴۰۲ در استان خراسان رضوی اجرا شد. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به حوزه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد و هماهنگی با مدیران مربوطه، ارائه‌دهندگان خدمت دارای تجربه مستقیم شناسایی و دعوت به همکاری شدند. همچنین برای انتخاب دریافت‌کنندگان خدمت، از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی استفاده شد. به این معنا که پس از مصاحبه با چند نفر اولیه، سایر افراد دارای تجربه مرتبط توسط آنها معرفی شدند. معیارهای ورود شامل تجربه مستقیم با موضوع مطالعه، تمایل به همکاری و توانایی بیان تجربیات بود و ملاک خروج، فقدان تجربه مرتبط یا بی‌میلی به ادامه مشارکت در میانه راه تعیین شد. پس از ۱۸ مصاحبه اشباع داده‌ها صورت گرفت اما تا ۲۲ مورد، مصاحبه‌ها ادامه یافت. در این مصاحبه، گروه ارائه‌کنندگان خدمات با علامت اختصاری P و دریافت‌کنندگان خدمت با حرف اختصاری R نشان داده شده است (جدول ۱).

ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته‌ای بود که سؤالات آن بر اساس اهداف پژوهش و مرور پیشینه طراحی شد. سؤالات مصاحبه با گیرندگان خدمت، به گونه‌ای طراحی شدند که جنبه‌های مختلف آگاهی، نگرش، رفتار و موانع مرتبط با غربالگری سرطان پستان را پوشش دهند. سؤالات شامل اطلاعات دموگرافیک (نام، تحصیلات، شغل، سن) و سؤالات مرتبط با آگاهی از سرطان پستان،

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

برنامه غربالگری، نحوه دسترسی به اطلاعات، تجربیات شخصی و پیشنهادات برای افزایش مراجعه و تسهیل فرآیند غربالگری بود. سؤالات مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمت نیز بر شناسایی موانع، ارائه راهکارها و نقاط قوت موجود در برنامه کنترل سرطان متمرکز بود.

لازم به ذکر است که مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختاریافته انجام شد، به این معنا که سؤالات اصلی از پیش تعیین شده بودند، اما شرکت‌کنندگان فرصت داشتند تا در ارتباط با موضوع مورد نظر، هر مطلب دیگری را که احساس می‌کردند مرتبط است، اضافه کنند. این انعطاف‌پذیری، به ما امکان داد تا دیدگاه‌ها و تجربیات عمیق‌تری از شرکت‌کنندگان به دست آوریم و اطلاعات غنی‌تری را برای تحلیل جمع‌آوری کنیم.

برای تایید روایی صوری و محتوایی ابزار، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از متخصصان حوزه سلامت و روش‌شناسی کیفی قرار گرفت و نظرات آنها اعمال شد. همچنین پیش از شروع مطالعه اصلی، یک مصاحبه آزمایشی با یکی از شرکت‌کنندگان انجام شد تا ابهامات احتمالی سؤالات برطرف شود و پایایی ابزار در زمینه درک مفاهیم توسط شرکت‌کنندگان تضمین گردد. مصاحبه‌ها به‌صورت حضوری (در محل کار یا سکونت) یا تلفنی انجام شد و تمام آنها پس از کسب رضایت آگاهانه ضبط شد و سپس به‌صورت کلمه‌به‌کلمه به نوشتار تبدیل شدند.

علاوه بر ضبط صوت، محقق در طول فرآیند مصاحبه اقدام به ثبت «یادداشت‌های میدانی» کرد. این یادداشت‌ها شامل مشاهده و ثبت غیرکلامی‌ها نظیر زبان بدن، حالات چهره، لحن صدا، سکوت‌ها و واکنش‌های عاطفی شرکت‌کنندگان در هنگام پاسخ‌دهی به سؤالات حساس بود که به تحلیل عمیق‌تر داده‌ها کمک کرد.

برای طبقه‌بندی و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA ویرایش ۲۲ و روش تحلیل موضوعی شش‌مرحله‌ای براون و کلارک استفاده شد [۷].

برای تضمین اعتبار و قابلیت اعتماد نتایج، از روش مثلث‌سازی پژوهشگر استفاده شد. بدین منظور، فرآیند کدگذاری و تحلیل داده‌ها به‌صورت مستقل توسط دو پژوهشگر انجام گرفت. ابتدا محقق اصلی داده‌ها را کدگذاری کرد و سپس یک پژوهشگر دیگر (همکار متخصص) به‌صورت جداگانه و مستقل از محقق اصلی، همان داده‌ها را کدگذاری و تحلیل کرد. پس از اتمام این مرحله، کدها و مضامین استخراج شده توسط دو پژوهشگر در جلسات مشترک با یکدیگر مقایسه شد. در مواردی که اختلاف نظری در تفسیر داده‌ها یا انتخاب کدها وجود داشت، با بحث و تبادل نظر و مراجعه مجدد به متن‌های اصلی، توافق نهایی حاصل شد. این فرآیند باعث کاهش سوگیری‌های شخصی و افزایش دقت و اعتبار تحلیل‌ها شد [۷].

## یافته‌ها

نتایج در قالب ۷ مقوله اصلی (محصول، قیمت، ترویج، مکان، افراد، فرآیند و شواهد فیزیکی) و ۱۵ مقوله فرعی، ۲۱ زیرمقوله فرعی و ۱۷۲ کد نهایی استخراج شدند.

مقوله ترویج

ترویج به معنای افزایش آگاهی، تغییر نگرش و تشویق افراد به پذیرش رفتارها، ایده‌ها یا نوآوری‌های جدید است. در زمینه بهداشت و سلامت، ترویج به معنای اطلاع‌رسانی و آموزش جامعه در خصوص اهمیت پیشگیری، تشخیص زودهنگام و مدیریت بیماری‌هاست [۷]. در این پژوهش مقوله اصلی ترویج به دو مقوله فرعی «اطلاع‌رسانی و آموزش» و

▼ جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در مطالعه کیفی

| گروه | تعداد | میانگین سن | وضعیت تأهل (درصد) | مدارک تحصیلی | مشاغل اصلی (غیرمشابه) | میانگین مدت مصاحبه |
|---|---|---|---|---|---|---|
| گیرندگان خدمت (HSR) | ۱۰ نفر | ۵۰/۱ سال | متأهل: ۱۰۰<br>مجرد: ۰ | کارشناسی بازرگانی، کامپیوتر، بهداشت، مدیریت، شیمی، میکروبیولوژی، سلامت باروری | کارمند، خانه‌دار، بازنشسته | ۵۵ دقیقه |
| ارائه‌دهندگان خدمت (HSP) | ۱۲ نفر | ۴۵/۷ سال | متأهل:۷۵<br>مجرد: ۲۵ | کارشناسی مامایی، بهداشت عمومی، کارشناسی ارشد آموزش سلامت، ارشد اپیدمیولوژی، ارشد مامایی، ارشد مشاوره مامایی، پزشکی عمومی، متخصص طب ایرانی | کارشناس مسئول سلامت خانواده، رئیس گروه میانسالان، رئیس بیماری‌های غیرواگیر، مراقب سلامت ناظر، مامای محیط، مدیر گروه سلامت خانواده، کارشناس سرطان، پزشک عمومی، مسئول بیماری‌های غیرواگیر | ۶۴ دقیقه |

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

«جلب مشارکت و همکاری» تقسیم شده است.

مقوله فرعی اطلاع‌رسانی و آموزش به روش‌های مختلف اطلاع‌رسانی و آموزش اشاره دارد، در این مقوله فرعی ۴ کد نهایی استخراج شد که بیشترین فراوانی با ۴۱/۶ درصد به کد استخراج شده «استفاده گسترده از اینترنت، رسانه‌ها و ابزارهای بصری» تعلق داشت.

در مقوله فرعی دوم یعنی «جلب مشارکت و همکاری» هم بیشترین فراوانی با ۴۱/۶ درصد متعلق به زیر مقوله «جلب مشارکت از طریق شبکه‌های اجتماعی و محلی» بود. در این زیرمقوله مصاحبه شوندگان تاکید داشتند تا از ظرفیت‌های محلی و اجتماعی برای ترویج سلامت بهره‌برداری شود. استفاده از شورای محلات، داوطلبان سلامت و همکاری با ادارات و فرهنگسراها و استفاده از افراد تأثیرگذار و بیماران از جمله راهکارهای اصلی بوده‌اند که مصاحبه شوندگان به آنها اشاره کرده‌اند (جدول ۲).

## مقوله محصول

تحلیل کیفی داده‌ها نشان داد که مقوله اصلی «محصول» در چهار مقوله فرعی؛ «آموزش و اطلاعات»، «حمایت‌های مالی موجود»، «حمایت‌های مالی و تسهیلاتی مورد انتظار» و«فرآیندها و زیرساخت‌ها» قابل تبیین است.

در مقوله فرعی «آموزش و اطلاعات»، بیشترین تمرکز بر آموزش مؤثر در زمینه فعالیت غربالگری سرطان پستان بوده است. ۴۱/۵ درصد از ارائه‌دهندگان خدمت به ضرورت آموزش هدفمند شامل آموزش نحوه صحیح خودآزمایی پستان، توضیح فرآیند غربالگری، کنترل استرس و ایجاد احساس نیاز به غربالگری اشاره کردند. همچنین ۱۶/۶ درصد از ارائه دهندگان خدمت، اطلاع‌رسانی شفاف در زمینه آدرس مراکز غربالگری را مطرح کردند.

در مقوله فرعی «حمایت‌های مالی موجود » بیشترین نظرات با ۱۶/۶ درصد فراوانی به رایگان شدن ارائه خدمات غربالگری تاکید داشتند.

در مقوله فرعی «حمایت‌های مالی و تسهیلاتی مورد انتظار» هم دو دسته کد نهایی بیشترین فراوانی را داشتند. حدود۴۰ درصد از مشارکت‌کنندگان (۶ نفر شامل ۴ نفر ارائه‌هنده خدمت و ۲ نفر گیرنده خدمت) خواهان گسترش تسهیلات از طریق قرارداد با بخش خصوصی، راه‌اندازی کلینیک تخصصی دولتی و دادن یارانه به گیرندگان خدمت شدند. ۴۹/۸ درصد (۶ نفر ارائه‌هنده خدمت) هم به لزوم تعریف گلوگاه‌های فرآیندی در اتصال بیمه‌گری به مراقبت‌های سلامت اشاره کردند.

در مقوله فرعی «فرآیندها و زیرساخت‌ها» به عملکردهایی که در فرآیند غربالگری انجام می‌شود و بستری که برای ارائه این فعالیت‌ها فراهم شده، پرداخته شده است. در این مقوله بیشترین فراوانی‌ها به کدهای ارتقای فرآیند شناسایی زودهنگام افراد پرخطر شامل ایجاد زیرساخت‌هایی برای غربالگری سریع، حضور ماماهای آموزش‌دیده، دستورالعمل‌های اجرایی روشن و ارتباط مؤثر با نهادهای اداری با فراوانی ۳۳/۳ درصد و عملکرد سامانه‌های الکترونیک سلامت با فراوانی ۲۴/۹ درصد تعلق داشت (جدول ۳).

▼ جدول ۲- خلاصه نتایج مصاحبه‌ها در مقوله ترویج

| کدهای نهایی | فراوانی (درصد) (HSP) | کد مصاحبه شونده | زیرمقوله فرعی | مقوله فرعی | مقوله اصلی |
|---|---|---|---|---|---|
| استفاده گسترده از اینترنت، رسانه‌ها و ابزارهای بصری | ۵ (۴۱/۶) | P۱۴-۱۶،۱۱ | اطلاع‌رسانی از طریق فضای مجازی و رسانه‌ها | اطلاع‌رسانی و آموزش | ترویج |
| جلسات آموزشی در پایگاه‌ها، مدارس و مساجد | ۳ (۲۵) | P۱۸،۲۰،۲۱ | آموزش در مکان‌های عمومی | اطلاع‌رسانی و آموزش | ترویج |
| گسترش پیام از طریق ابزارهای دیداری جذاب | ۳ (۲۵) | P۱۱-۱۳ | استفاده از پوسترها، بنرها، کمپین‌ها | اطلاع‌رسانی و آموزش | ترویج |
| نمونه‌های موفق درمان برای افزایش اعتماد عمومی | ۳ (۲۵) | P۱۵،۱۶،۲۱ | پخش مستندات موفقیت درمان | اطلاع‌رسانی و آموزش | ترویج |
| ارجاع زنان شاغل برای غربالگری و آموزش در محیط کار | ۳ (۲۵) | P۱۸،۱۶،۲۰ | همکاری با ادارات و سازمان‌ها | جلب مشارکت و همکاری | ترویج |
| تعامل با مردم از طریق شوراها و فضای اجتماعی | ۵ (۴۱/۶) | P۱۸-۱۴،۲۰ | جلب مشارکت از طریق شبکه‌های اجتماعی و محلی | جلب مشارکت و همکاری | ترویج |

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

## مقوله قیمت

بر اساس یافته‌های کیفی، مقوله «قیمت» شامل بازدارنده‌های فردی و محیطی مؤثر در رفتار مراجعه به غربالگری سرطان پستان است. این بازدارنده‌ها از منظر عوامل روانی، اطلاعاتی، فرهنگی، انسانی، ساختاری و اقتصادی بررسی شده‌اند.

بازدارنده‌های فردی: در این مقوله فرعی سه زیرمقوله فرعی شامل عوامل روانی و احساسی، آگاهی و اطلاعات، و اجتماعی‌فرهنگی شناسایی شدند:

عوامل روانی و احساسی: در این زیر مقوله بیشترین مانع در مراجعه زنان، ترس و استرس از سرطان و تشخیص اشتباه عنوان شده است که توسط حدود بیش از ۶۵ درصد از مشارکت‌کنندگان مطرح شده است. یکی از ارائه‌هنده‌های خدمت می‌گوید: «در تشخیص اشتباه باز مریض هم دچار استرس می‌شه. هم یک تنشی رو ایجاد می‌کنی، هم نگران میشه و مریض هزینه‌های اضافی هم باید تقبل کنه» (p12). یکی از دریافت‌کنندگان خدمت بیان می‌کند: «ترس از تشخیص سرطان باعث می‌شه اصلاً اقدام نکنم، فکر می‌کنم

▼ جدول ۳- خلاصه نتایج مصاحبه‌ها در مقوله محصول

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | کد مصاحبه شونده | فراوانی (درصد) (HSP,R) | کدهای نهایی |
|---|---|---|---|---|
| محصول | حمایت‌های مالی و تسهیلاتی مورد انتظار | R۲,۸ P۱۱,۱۵,۱۷,۱۹ | P۴ (۳۳/۳) R۲ (۲۰) | دادن یارانه به گیرنده خدمت، تخفیف خدمات، ارجاع تخصصی، قرارداد با بخش خصوصی و راه‌اندازی کلینیک تخصصی دولتی |
| محصول | حمایت‌های مالی و تسهیلاتی مورد انتظار | P۱۸,۱۳,۱۱,۱۴,۲۰,۲۱ | ۶ (۴۹/۸) | افزایش اعتبار وزارت، تعریف گلوگاه‌های اجرایی، امنیت اعتبار، جداسازی عرصه بهداشت از دانشگاه، سختژیری درمانی |
| محصول | حمایت‌های مالی و تسهیلاتی مورد انتظار | P۱۳,۲۲,R۸ | P۲ (۱۶/۶) | ماموگرافی رایگان اولیه، مشارکت خیّرین، تجهیز مراکز شهرستانی |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۱,۱۳ | ۲ (۱۶/۶) | آموزش خودآزمایی پستان به گیرنده خدمت |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۴,۱۷ | ۴ (۳۳/۳) | شناسایی زودهنگام افراد پرخطر |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۲,۱۵ | ۲ (۱۶/۶) | مراقبت ادغام‌یافته کشوری، فراخوان غربالگری |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۵,۱۳,۲۱ | ۳ (۲۴/۹) | وجود سامانه الکترونیک سلامت |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۲۰,۲۱ | ۲ (۱۶/۶) | دستورالعمل‌های اجرایی، وجود مراکز تخصصی و پزشکان استان |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۱ | ۱ (۸/۳) | نجات زندگی با تشخیص به موقع |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۳ | ۱ (۸/۳) | ارتباط با ادارات برای اجرای برنامه‌ها |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۷ | ۱ (۸/۳) | حضور پرسنل آموزش‌دیده در غربالگری |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۱۹ | ۱ (۸/۳) | ایجاد فضای خصوصی برای معاینه توسط ماما |
| محصول | فرآیندها و زیرساخت‌ها | P۲۰ | ۱ (۸/۳) | حضور ماماهای باتجربه در مراکز خدمات جامع سلامت |
| محصول | آموزش و اطلاعات | P۱۱,۱۳,۱۷,۱۹,۲۲ | ۵ (۴۱/۵) | آموزش فرآیند غربالگری، زمان مراجعه، معاینه توسط ارائه‌دهنده خدمت، کنترل استرس، ایجاد احساس نیاز به غربالگری |
| محصول | آموزش و اطلاعات | P۱۲ | (۸/۳) | آموزش اولویت هزینه‌کرد در فرآیند غربالگری |
| محصول | آموزش و اطلاعات | P۱۳ | ۱ (۸/۳) | آموزش در فرهنگسراهای شهرداری با مشارکت اعضای هیات علمی |
| محصول | آموزش و اطلاعات | P۱۵ | ۱ (۸/۳) | تعریف آموزش‌های فردی و گروهی |
| محصول | آموزش و اطلاعات | P۱۷ | ۱ (۸/۳) | آموزش هدفمند گروه هدف |
| محصول | آموزش و اطلاعات | P۱۱,۲۱ | ۲ (۱۶/۶) | اطلاع‌رسانی آدرس مراکز غربالگری |
| محصول | حمایت‌های مالی موجود | P۱۲,۱۷ | ۲ (۱۶/۶) | ارائه خدمات رایگان در مراکز جامع سلامت |
| محصول | حمایت‌های مالی موجود | P۱۳ | ۱ (۸/۳) | سونوگرافی رایگان در صورت تشخیص سرطان |
| محصول | حمایت‌های مالی موجود | P۱۹ | ۱ (۸/۳) | تصویربرداری با تعرفه دولتی در بیمارستان‌ها |
| محصول | حمایت‌های مالی موجود | P۲۲ | ۱ (۸/۳) | مشارکت خیرین در تأمین مالی غربالگری |

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

اگر مطلع نشم بهتره» (R3).

عوامل آگاهی و اطلاعات :در این زیرمقوله بیش از ۷۰ درصد مصاحبه شوندگان کدهای نشناختن فرآیند غربالگری، نبود اطلاع‌رسانی مناسب و ناآگاهی نسبت به مراکز خدمات، به عنوان مهم‌ترین موانع آگاهی‌بخشی را عنوان کرده اند. به گفته یک دریافت کننده خدمت: «هیچ اطلاع‌رسانی از سایر کانال‌های مجازی و صدا و سیما نشنیده بودم که مراتب غربالگری سرطان پستان از ابتدا تا انتها چگونه است.» (R2) یکی از ارائه‌دهندگان خدمت اظهار می‌دارد: «اکثر مردم نمی‌دونن مراکز بهداشت دقیقاً چه خدماتی می‌دن. فقط برای واکسن میان» (P12).

عوامل اجتماعی و فرهنگی: در این زیر مقوله حدود ۶۰ درصد از مصاحبه‌شوندگان کدهای مختلفی را به عنوان بازدارنده‌های اجتماعی-فرهنگی عنوان کردند، از جمله وجود مشغله کاری، باور به تخصص‌گرایی، نپذیرفتن ماما به‌دلیل چندپیشه بودن و بی‌اعتمادی نسبت به مراکز دولتی. یکی از دریافت‌کنندگان خدمت می‌گوید: «من مانع بزرگم را مشغله می‌دانم، در حدی که توجه به سلامت خودم در اولویت نیست» (R2). یک ارائه کننده خدمت هم در این زمینه مطرح می‌کند: «مردم هنوز به معاینه کننده اعتماد ندارن این قضیه هم باید روشن بشه که ما این جا آموزش لازم رو دادیم» (P12) به عبارتی نتایج نشان می‌دهد که مشغله و بی‌اعتمادی به ارائه‌دهنده خدمت، مهم‌ترین عوامل بازدارنده اجتماعی فرهنگی در انجام غربالگری سرطان پستان هستند (جدول ۴).

بازدارنده‌های محیطی: بازدارنده‌های محیطی به عواملی جز فرد گیرنده خدمت برمی گردد و خود شامل سه زیر زیرمقوله هستند: عوامل انسانی و فرهنگی، ساختاری و فرآیندی و مشکلات تسهیلاتی و اقتصادی (جدول ۵).

عوامل انسانی و فرهنگی: در این زیرمقوله کمبود نیروی ماهر و بدنبال آن خستگی و انگیزه پایین در کارکنان از عوامل کلیدی بازدارنده توسط ارائه دهندگان خدمت (با فراوانی ۷۳/۳ درصد) و دریافت‌کنندگان خدمت (با فراوانی ۲۰ درصد) عنوان شده‌اند. به عنوان نمونه یکی از دریافت‌کنندگان

▼ جدول ۴- مقوله قیمت/ مقوله فرعی بازدارنده‌های فردی

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | زیر مقوله فرعی | کد مصاحبه شونده | فراوانی (درصد) (HSP,R) | کدهای نهایی |
|---|---|---|---|---|---|
| قیمت | بازدارنده‌های فردی | عوامل اجتماعی و فرهنگی | R۲,۳,۴,۶,۸<br>P۱۲,۴,۱۷,۱۳,۱۶,۱۹,۱۸,۲۰ | P۸ (۶۶/۶)<br>R۵ (۵۰) | مشغله، کاهلی، نبود سابقه فامیلی، فقدان اعتماد به ارائه‌دهنده خدمت، باور به تخصص‌گرایی، نپذیرفتن ماما، بی‌اعتمادی به مراکز دولتی و سونوگرافی ارزان، واکنش منفی به تماس تلفنی و پیامک، بی‌اعتمادی به بخش دولتی |
| قیمت | بازدارنده‌های فردی | عوامل آگاهی و اطلاعات | R۱-۸<br>P۱۱,۱۲,۱۴,۱۵,۱۹,۱۳,۱۶,۲۲ | P۸ (۶۶/۶)<br>R۸ (۸۰) | ناآگاهی از سرطان، اهمیت معاینه، فرآیند غربالگری، شرایط مراجعه، نبود اطلاع‌رسانی مناسب، شناسایی مراکز |
| قیمت | بازدارنده‌های فردی | عوامل روانی و احساسی | P۱۲,۱۵,۱۷,۱۹,۲۱,۱۶,۱۰,۱۸<br>,۲۰,۲۲,۱۳<br>R۳,۵ | P۱۲ (۱۰۰)<br>R۲ (۲۰) | ترس از سرطان، استرس تشخیص اشتباه، نگرانی از انتظار طولانی، خجالت از معاینه پستان، نبود احساس نیاز، مشکلات مالی، ترس از معاینه |

▼ جدول ۵- مقوله قیمت/ مقوله فرعی بازدارنده‌های محیطی

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | زیر مقوله فرعی | کد مصاحبه شونده | فراوانی (درصد) (HSP,R) | کدهای نهایی |
|---|---|---|---|---|---|
| قیمت | بازدارنده‌های محیطی | عوامل اجتماعی و فرهنگی | R۹,۱۰<br>P۱۱,۱۳,۱۴,۱۵۱۶,۱۷,۱۸<br>۲۰,۲۱,۲۲ | R۲ (۲۰)<br>P۱۰ (۷۳/۳) | خستگی کارکنان، کمبود نیروی ماهر، برخورد نامناسب، نبود انگیزه، پیگیری نکردن گروه هدف، ناامنی مراجعه، نبود سیاست‌گذار آگاه، پایش ضعیف کیفیت، بی‌میلی ماماها، مامای طرحی غیرماهر، اطلاعات ناکافی |
| قیمت | بازدارنده‌های محیطی | مشکلات تسهیلاتی و اقتصادی | R۴,۶,۸,۲,۹,۱۰,۵,۱<br>۲۱-P۱۸,۱۱,۱۳ | R۸(۶۶/۶)<br>P۱۱ (۹۱/۶) | کمبود اعتبار، امکانات تشخیصی و نیروی انسانی، نبود فضای استاندارد، هزینه‌های بالا، تجهیزات فرسوده |
| قیمت | بازدارنده‌های محیطی | عوامل ساختاری و فرآیندی | P۱۲,۱۸,۱۴,۲۰,۲۱,۲۲,۱۵,۱۷ | ۸ (۶۶/۶) | چندپیشه بودن ماما، حقوق ثابت، سیاست‌های اجرایی ضعیف و ناهماهنگ، فرم‌های وقت‌گیر، جابه‌جایی نیرو، نبود لینک سامانه با مطب پزشکان، ناآگاهی از فرآیند ارجاع تخصص |

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

خدمت گفت: «پرسنل خسته‌ان، برخورد سرد دارن و بیشتر باعث طرد می‌شن تا جذب» (P9). همچنین یک گیرنده خدمت این شرایط را اینگونه توصیف می‌کند: «فرد شاغل با عجله معاینه پستان و آموزش آن را انجام می‌دهد چراکه سایر مراجعان منتظرند» (R10).

مشکلات تسهیلاتی و اقتصادی: در این زیرمقوله فقدان اعتبار، نبود تجهیزات کافی، هزینه‌های بالا و پیچیدگی دسترسی به خدمات تصویربرداری از مهم‌ترین مشکلات محیطی توسط ارائه دهندگان خدمت (با فراوانی ۹۱/۶ درصد) و دریافت‌کنندگان خدمت (با فراوانی ۶۶/۶ درصد) ذکر شده اند. به عنوان نمونه یکی از مدیران اذعان داشت: «در گذشته کارگاه‌های کشوری داشتیم، الان چنین اعتباری نداریم، کیفیت کارام پایینه.» (P۱۸). همچنین یک دریافت‌کننده خدمت این شرایط را اینگونه توصیف می‌کند: «در یک بار مراجعه پس از انجام ماموگرافی نیاز به انجام سونوگرافی داشتم که متاسفانه چون باید مرکزی را پیدا می‌کردم و نوبت می‌گرفتم انجام ندادم، تو شهرستان ما یه مقدار معذوریت داریم متخصص زنان و زایمان نداریم دو روزه در هفته نمیان بعضی موقع‌ها داریم بعضی موقع‌ها نداریم» (R4).

عوامل ساختاری و فرآیندی: در این زیرمقوله کدهایی شامل تعدد وظایف ماماها، حقوق ثابت و ناهماهنگی بین دو مدیریت سلامت در سطح وزارتخانه باعث اختلال در مسیر ارجاع و پیگیری بیماران توسط ارائه دهندگان خدمت (با فراوانی ۶۶/۶ درصد) ذکر شده‌اند. به عنوان نمونه یکی از مدیران بیان کرد: «دو مدیر سلامت خانواده و بیماری‌ها دستورالعمل‌های متضاد می‌دن و نیروهای محیطی سردرگم می‌شن» (P18). یا یکی از مراقبان سلامت ماما، تعداد زیاد فرم‌های مراقبتی تعریف شده در سامانه پرونده الکترونیک سلامت را مانعی برای ارائه درست خدمت می‌داند که وقت زیادی از مراقبان را به خود اختصاص می‌دهد (P20).

## مقوله افراد

بر اساس تحلیل‌های کیفی، مقوله «افراد» شامل دو محور کلیدی است: آموزش و توانمندسازی کارکنان و کیفیت تعاملات انسانی. این دو مؤلفه نقش تعیین‌کننده‌ای در اثربخشی خدمات غربالگری ایفا می‌کنند.

آموزش، توانمندسازی و تشویق کارکنان: در این مقوله از جمله عواملی که در مصاحبه‌ها بدان اشاره شد عواملی مانند: آموزش مؤثر و کیفی و هدفمند، آموزش خودآزمایی پستان به گیرنده خدمت، ایجاد حس ضرورت غربالگری در کارکنان، آموزش همگانی، برگزاری کارگاه‌های کشوری، جلسات بازآموزی مستمر به صورت تئوری و عملی، اجاد انگیزه و تشویق از راه‌های متنوع بود. حدود ۵۸/۳ درصد از مشارکت‌کنندگان بر لزوم آموزش هدفمند، ایجاد انگیزه و استفاده از روش‌های تشویقی برای ارتقای کیفیت خدمات تأکید داشتند. پیشنهادهایی نظیر برگزاری کارگاه‌های کشوری، جلسات بازآموزی و آموزش خودآزمایی پستان در سطح خدمات پایه مطرح شد. ضعف انگیزه به عنوان مانعی

**جدول ۶- مقوله افراد**

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | کد مصاحبه شونده | فراوانی (درصد) (HSP,R) | کدهای نهایی |
|---|---|---|---|---|
| افراد | آموزش، توانمندسازی و تشویق کارکنان | P,۱۳,۱۸و۱۱و۱۲ ۲۲,۲۱,۱۴, | ۷ (۵۸/۳) | برگزاری کارگاه‌های کشوری، جلسات بازآموزی، آموزش خودآزمایی، آگاهی‌بخشی، روش‌های تشویقی و انگیزشی |
| افراد | کیفیت تعاملات انسانی | P۱۸-۱۸,۱۵ | ۶ (۵۰) | وقت‌گذاری کافی، برخورد محترمانه، آموزش مراجعه‌کننده، اعتمادسازی، وجدان کاری، انگیزش مراجعه‌کنندگان، درک نیاز سلامتی |

**جدول ۷- خلاصه نتایج مصاحبه‌ها در مقوله مکان**

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | کد مصاحبه شونده | فراوانی (درصد) (HSP,R) | کدهای نهایی |
|---|---|---|---|---|
| مکان | دسترسی‌پذیری | R۱-۴ P۱۳,۱۵,۱۶,۲۰ | R۴ (۴۰٪) P۴ (۳۳,۳٪) | فعالیت مرکز در ساعات عصر و غیرادراری، ایجاد کلینیک غربالگری، کمبود امکانات مانند ماموگرافی و سونو، استفاده از بهورز در معاینه پستان |
| مکان | امنیت محیط معاینه | R۲,۷ | R ۲ (۲۰٪) | نبود امنیت کافی در فضای معاینه، نگرانی مراجعه‌کنندگان |



[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

مهم ذکر شد؛ برخی مشارکت‌کنندگان پیشنهاد جایگزینی استخدام با خرید خدمت و تعریف نظام کارانه و پاداش عملکرد را مؤثر دانستند.

کیفیت تعاملات انسانی: اظهارات ۵۰ نفر از مصاحبه‌شوندگان نشان‌دهنده نقش مهم نحوه ارتباط کارکنان با مراجعه‌کنندگان است. رفتار محترمانه، صرف زمان کافی، انتقال آرامش و آموزش حین معاینه، درک دقیق‌تر نیازهای سلامتی و گفت‌وگوی مؤثر با افراد دارای سواد سلامت بالا دارای نقش مهمی در ترغیب مراجعان به غربالگری دانسته شده است .به عنوان نمونه یکی از ارائه‌دهندگان خدمت می‌گوید: «اگه برخورد محترمانه باشه، معاینه دقیق انجام بشه و حینش آموزش بدن، خانم‌ها ترغیب می‌شن برای بار بعد هم بیان» (p14). یا یکی دیگر از ارائه دهندگان خدمت می‌گوید: «شاید طرف می‌دونه سرطان چیه، اما باید به زبونی باهاش حرف زد که جذبش کرد. این هنر ارتباطه» (P18) (جدول ۶).

## مقوله مکان

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که مقوله «مکان» را می‌توان به دو زیرمقوله تقسیم کرد: دسترسی‌پذیری و امنیت محیط غربالگری. این دو عنصر نقش مهمی در تسهیل یا مانع‌سازی دسترسی زنان به خدمات پیشگیرانه دارند.

دسترسی‌پذیری: حدود ۳۶/۳ درصد از مشارکت‌کنندگان (ارائه دهندگان خدمت با فراوانی ۳۳/۳ درصد و دریافت‌کنندگان خدمت با فراوانی ۴۰ درصد) بر این باور بودند که بهبود دسترسی از طریق گسترش ساعات کاری، ایجاد کلینیک‌های تخصصی و بهره‌گیری از نیروهای مامایی در مناطق محروم امکان‌پذیر است. راهکارهایی نظیر تشکیل مراکز غربالگری مستقل با حضور متخصصان در همان محل، فعال‌سازی شیفت‌های عصر و واگذاری مسئولیت غربالگری به بهورز در مناطق دورافتاده از جمله پیشنهادهای مهم مطرح‌شده‌اند.

امنیت محیط معاینه: ۲۰ درصد از دریافت‌کنندگان خدمت به نبود فضای مناسب و امن برای انجام معاینات پستان اشاره کردند. احساس ناامنی در اتاق‌های معاینه، به‌ویژه در مناطق شهری و حاشیه‌ای، به‌عنوان مانعی جدی در مشارکت زنان در غربالگری مطرح شده است (جدول ۷).

## مقوله شواهد فیزیکی

یافته‌های کیفی نشان دادند که محیط فیزیکی مراکز بهداشتی نقش مهمی در برداشت گیرندگان خدمت از کیفیت ارائه خدمات دارد.

۴۵/۴ درصد مشارکت‌کنندگان (ارائه دهندگان خدمت با فراوانی ۶۰ درصد و دریافت‌کنندگان خدمت با فراوانی ۳۳/۳ درصد) در این مقوله دلایلی را ذکر کرده اند. آنها فضای فعلی مراکز را ناکافی، فرسوده و نامناسب برای معاینه پستان ارزیابی کرده‌اند.

عوامل مؤثر شامل نبود فضای اختصاصی، تجهیزات کهنه،

▼ جدول ۸- خلاصه نتایج مصاحبه‌ها در مقوله شواهد فیزیکی

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | کد مصاحبه شونده | فراوانی (درصد) (HSP,R) | کدهای نهایی |
|---|---|---|---|---|
| شواهد فیزیکی | محیط فیزیکی | R۷-۱۰<br>P۱۱,۱۲,۱۴,۱۸,۲۱,۲۲ | R (۳۳/۳)<br>R (۶۰) | تمیزی مرکز، نظارت بر نظافت، ایجاد طبیعت سبز، تجهیزات فرسوده، ترمیم مراکز، محدودیت مکان، نبود فضای فیزیکی و آموزشی مناسب، ظاهر مطلوب، وجود اتاق معاینه مامایی |

▼ جدول ۹- خلاصه نتایج مصاحبه‌ها در مقوله شواهد فیزیکی

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | کد مصاحبه شونده | فراوانی (درصد) (HSP,R) | کدهای نهایی |
|---|---|---|---|---|
| فرآیند | پیگیری و پشتیبانی | P۱۳,۱۵,۱۸,۱۱ -۲۱<br>R۲ | P۷ (۵۸/۳)<br>R۱ (۱۰) | پیامک، تماس تلفنی، راستی‌آزمایی، استمرار پیگیری، دستورالعمل‌ها، نبود الزام قانونی، مشکلات سامانه، رهایی غربال مثبت‌ها |
| فرآیند | زمان‌بندی | P۱۹-۲۱<br>R۱,۴,۷,۹,۱۰ | P۳ (۲۵)<br>R۵ (۵۰) | ساعات کاری مناسب، فعالیت در تعطیلات، شیفت‌های ویژه، نوبت‌دهی اصولی، زمان انتظار بالا، کمبود آموزش، فرم‌های وقت‌گیر |
| فرآیند | ساده‌سازی مراحل | P۱۲,۱۷,۱۸,۲۱,۲۲ | P۵ (۱۴/۶) | رفع ناهماهنگی در مسئولیت‌های غربالگری سرطان پستان بین مدیریت سلامت خانواده و بیماری ها، تسهیل تشخیص تا درمان، اپلیکیشن خودمراقبتی، مدیریت اطلاعات غربالگری، چندپیشگی و جابجایی نیروها |

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

محدودیت فیزیکی اتاق‌ها و نبود زیبایی و آرامش محیطی در مراکز توسط مصاحبه شوندگان عنوان شده‌اند. به نظر آنها این عناصر نه‌تنها موجب کاهش انگیزه مراجعه، بلکه انتقال حس منفی و ناامن به مراجعه‌کنندگان را به دنبال داشته‌اند. به عنوان نمونه یکی از مصاحبه‌شوندگان می‌گوید: «مکان مناسب نیست، تجهیزات کهنه انرژی منفی به مراجعه‌کننده می‌دهند» (P10).

یکی از مدیران، وضعیت ظاهری برخی مراکز را «درب و داغان، مکان بالای نانوایی، سقف خراب و پله‌های زیاد» توصیف کرد که به‌اعتقاد او باعث بی‌اقبالی عمومی نسبت به خدمات بهداشتی شده است (P18).

علاوه بر این، نیاز به بازسازی و تجهیز مراکز و تخصیص فضای اختصاصی و مطلوب برای غربالگری زنان در توصیه اکثر شرکت‌کنندگان وجود داشت. محدودیت در تعداد اتاق‌های معاینه و طراحی نامناسب، مانعی برای اجرای مؤثر معاینه پستان شناخته شد (P۱۱, ۱۲, ۱۴, ۲۱) (جدول ۸).

### مقوله فرآیند

یافته‌های پژوهش در قالب سه مقوله فرعی «پیگیری و پشتیبانی»، «زمان‌بندی» و «ساده‌سازی مراحل» نشان می‌دهند که کیفیت فرآیند اجرایی و پشتیبان در نظام غربالگری تأثیر مستقیم بر میزان پوشش و رضایت گیرندگان خدمت دارد.

پیگیری و پشتیبانی: ۳۶/۳ درصد از مصاحبه شوندگان (ارائه دهندگان خدمت با فراوانی ۵۸/۳ درصد و دریافت‌کنندگان خدمت با فراوانی ۱۰ درصد) به نقش پیگیری منظم و استمرار ارتباط با گیرندگان خدمت اشاره کردند. ابزارهایی مانند پیامک، تماس تلفنی، راستی‌آزمایی رضایت‌مندی و دستورالعمل‌های اجرایی در این بخش مطرح شدند. با این حال، فقدان الزام قانونی و ضعف سامانه‌های الکترونیکی باعث شده بیماران غربال مثبت در ادامه روند درمان رها شوند. یکی از مدیران اظهار داشت: «تعداد زیادی غربال مثبت داریم که هیچ اقدامی براشون انجام نمی‌شه» (P18).

زمان‌بندی: ۳۶/۳ درصد از مصاحبه شوندگان (ارائه دهندگان خدمت با فراوانی ۲۵ درصد و دریافت‌کنندگان خدمت با فراوانی ۵۰ درصد) به زمان‌بندی مناسب خدمات غربالگری تاکید داشتند. به نظر آنها ساعات کاری منعطف، نوبت‌دهی اصولی، فعالیت در تعطیلات و کاهش زمان انتظار از عوامل مؤثر در دسترسی بهتر و رضایت گیرندگان می‌تواند باشد. «تشکیل پرونده اولیه و سپس ارجاع به ماما، فرآیندی زمان‌بره. باعث می‌شه افراد وسط راه منصرف شن.» (P21). همچنین کمبود آموزش و فرم‌های وقت‌گیر از جمله مواردی بودند که بنظر مصاحبه شوندگان خستگی و ازدحام را تشدید می‌کنند.

ساده‌سازی مراحل: در این مقوله فرعی ۴۱/۶ درصد از ارائه‌کنندگان خدمت مواردی را بیان کرده و به ضرورت تسهیل مراحل اجرایی، به‌ویژه با مدیریت داده‌ها و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین تأکید داشتند. پیشنهاد تعریف اپلیکیشن‌های خودمراقبتی، تجزیه و تحلیل اطلاعات غربالگری کمپین‌ها و تعریف دقیق مسئولیت‌های غربالگری سرطان پستان بین مدیریت‌های سلامت خانواده و بیماری‌ها در وزارت بهداشت که منجر به ناهماهنگی در اجرا و رها شدن بیماران در پیگیری شده است، از جمله راهکارهای کلیدی این بخش بودند. مشکلاتی مانند تعدد وظایف نیروها و جابجایی زیاد آن‌ها و نیز به‌عنوان موانع ساختاری مطرح شدند که نیازمند بازطراحی جریان عملیاتی هستند.

## بحث

این پژوهش با هدف شناسایی و تحلیل عوامل کلیدی مؤثر بر مدیریت بهینه نظام غربالگری سرطان پستان از نظر ذینفعان (ارائه دهندگان-مراجعان) و از منظر مدل آمیخته بازاریابی اجتماعی P7 انجام شد. تحلیل داده‌های کیفی نشان داد که اگرچه تمام مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی در رفتار غربالگری نقش دارند، اما سه عامل «هزینه‌های روانی (ترس و انکار)»، «نارسایی‌های ساختاری در فرآیند ارجاع و پیگیری» و «ضعف در ترویج مستمر و هدفمند» به عنوان

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

مهم‌ترین و تأثیرگذارترین موانع شناسایی شدند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات جدید جهانی که بر پیچیدگی عوامل مؤثر بر غربالگری تأکید دارند، همخوانی دارد [۸-۹].

یکی از یافته‌های کلیدی این پژوهش، ناکارآمدی روش‌های فعلی ترویج و آموزش بود. مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند که کمپین‌های مقطعی و کوتاه‌مدت فراموش می‌شوند و اثری دائمی ندارند. این یافته با مطالعه Nduka و همکاران (۲۰۲۳) که در مرور نظام‌مند خود بر لزوم مداخلات آموزشی مداوم و پایدار برای افزایش استقبال از ماموگرافی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط (LMICs) تأکید کرده‌اند، مطابقت دارد [۱۰]. در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته که نرخ غربالگری بالای ۷۰ درصد دارند [۱۱]، مشاهده می‌شود که آنها از استراتژی‌های ارتباطی یکپارچه استفاده می‌کنند. در حالی که در ایران، به‌دلیل محدودیت‌های بودجه‌ای، پیام‌های آموزشی عمیق نمی‌شوند. مطالعات Smith و Brown در سال ۲۰۱۳ نیز نشان داده‌اند که آگاهی عمومی پایین مستقیماً با نرخ پایین مراجعه مرتبط است؛ موضوعی که در پژوهش حاضر نیز به صورت ناآگاهی زنان از مراکزارائه‌هنده خدمات مشاهده شد [۱۲].

غلبه موانع روانی بر موانع مالی برخلاف بسیاری از مطالعات قدیمی که «هزینه‌های مالی» را اصلی‌ترین مانع می‌دانستند، در این پژوهش «هزینه‌های روانی» به‌ویژه «ترس از تشخیص سرطان» و «استرس» به عنوان مهم‌ترین بازدارنده شناسایی شد. این یافته با مطالعه Mottram و همکاران (۲۰۲۱) که ترس و اضطراب را از عوامل کلیدی در جلوگیری از مراجعه دانستند، همسو است [۱۳]. دلیل این امر را می‌توان در باورهای فرهنگی جستجو کرد؛ جایی که سرطان هنوز به‌عنوان «حکم مرگ» تلقی می‌شود Srinath .و همکاران (۲۰۲۲) در مرور خود بر موانع غربالگری در کشورهای LMICs نیز به این نتیجه رسیدند که موانع ادراکی و روانی اغلب از موانع فیزیکی و مالی پیشی می‌گیرند [۱۴].Akoto و همکاران (۲۰۲۳) نیز در سنتز خود تأکید کردند که در کشورهای در حال توسعه، ترس از نتیجه مثبت و انکار، سد بزرگی بر سر راه مشارکت زنان است [۱۵]. این نشان می‌دهد که کاهش هزینه‌های مالی به تنهایی کافی نیست و باید مداخلاتی برای کاهش «هزینه‌های روانی» انجام شود.

یکی از نقاط قوت این تحقیق، شناسایی ضعف در «فرآیند» تحت عنوان «شکست در زنجیره ارجاع و پیگیری» به عنوان یک عامل ساختاری بود. شرکت‌کنندگان به ناهماهنگی بین مدیریت‌ها و رها شدن بیماران «غربال مثبت» اشاره کردند Nduka و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه خود بیان کردند که یکی از مهم‌ترین مداخلات برای افزایش غربالگری، اصلاح سیستم‌های ارجاع و پیگیری است [۱۶]. در حالی که در مدل‌های موفق جهانی، پیگیری خودکار بخشی از خدمت است، در مطالعه حاضر نبود پیگیری به عنوان یک شکاف جدی گزارش شد. این یافته با مطالعات Wu و همکاران (۲۰۲۱) که بر موانع ساختاری در مناطق مختلف تأکید دارند، مطابقت دارد [۱۱]. همچنین Mandrik و همکاران (۲۰۲۰) در متاآنالیز خود نشان دادند که دسترسی سازمان‌یافته و سیستم‌های ارجاع قوی، پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی مشارکت در غربالگری هستند [۱۷].

نقش کلیدی انگیزه کارکنان مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت تعامل انسانی و انگیزه کارکنان تأثیر مستقیمی بر پذیرش غربالگری دارد، Prowse و همکاران (۲۰۲۴) در مرور نظام‌مند خود نیز به این نتیجه رسیدند که ارتباط مؤثر ارائه‌دهنده خدمت و توصیه پزشک، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مراجعه زنان است [۹]. در بافت فرهنگی ایران، زنان برای معاینه پستان نیاز به اعتماد کامل دارند. بی‌انگیزگی کارکنان و خستگی ناشی از بار کاری بالا که در مصاحبه‌ها مطرح شد، با یافته‌های Srinath و همکاران (۲۰۲۲) در مورد کمبود نیروی انسانی ماهر در کشورهای در حال توسعه همخوانی دارد [۱۴]. این نشان می‌دهد که بدون توانمندسازی نیروی انسانی، هیچ زیرساختی به تنهایی کارساز نخواهد بود.

محیط به عنوان بازدارنده یافته‌ها نشان داد که فرسودگی مراکز بهداشتی و نبود حریم خصوصی مانعی جدی است

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

Srinath و همکاران (۲۰۲۲) و Akoto و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعات خود بر زیرساخت‌های ناکافی و محیط‌های فیزیکی نامناسب در مراکز بهداشتی کشورهای LMICs به عنوان موانع عمده تأکید کرده‌اند [۱۴,۱۸]. این مسأله با توجیه «حفظ حیثیت و عفت» در فرهنگ ایرانی قابل توضیح است. زنان حاضر نیستند در محیطی شلوغ و غیراستاندارد معاینه شوند. این موضوع با اصول بازاریابی اجتماعی که بر اهمیت طراحی محیط خدمات تأکید دارند، همسو است [۶]. اما در مطالعه ما ابعاد فرهنگی و حریم خصوصی پررنگ‌تر بود.

نتایج نشان داد که فرآیند غربالگری سرطان پستان در ایران تحت تأثیر عوامل چندبعدی و درهم‌تنیده‌ای قرار دارد که می‌توانند هم به عنوان فرصت و هم به عنوان چالش عمل کنند. در بعد ترویج، استفاده از رسانه‌های دیجیتال و شبکه‌های اجتماعی و همچنین مشارکت محلی به عنوان راهکارهای کلیدی برای افزایش آگاهی و جلب همکاری جامعه شناسایی شد. در مولفه محصول، کمبود آموزش هدفمند، ضعف در حمایت‌های مالی و تسهیلاتی و نارسایی‌های زیرساختی به عنوان موانع اصلی ارائه خدمات مؤثر مطرح شدند. قیمت به عنوان عاملی بازدارنده، هم در بعد فردی (ترس، ناآگاهی، موانع فرهنگی) و هم در بعد محیطی (کمبود نیروی انسانی ماهر، مشکلات اقتصادی و ساختاری) تأثیر قابل توجهی بر مراجعه نکردن زنان دارد. در مؤلفه افراد، آموزش و انگیزش کارکنان و کیفیت تعاملات انسانی نقش حیاتی در جلب اعتماد و ترغیب مراجعان ایفا می‌کنند. مکان و شواهد فیزیکی نیز با موضوعاتی چون دسترسی‌پذیری، امنیت محیطی و کیفیت تجهیزات و فضای فیزیکی مراکز، به طور مستقیم بر قضاوت مراجعان درباره کیفیت خدمات تأثیر گذاشته‌اند. در نهایت، فرآیند ارائه خدمات، با چالش‌هایی در زمینه پیگیری، زمان‌بندی و ساده‌سازی رویه‌ها مواجه است که نیازمند بازنگری در نظام مدیریت و فن‌آوری‌های پشتیبان است.

تفاوت اصلی این مطالعه با سایر پژوهش‌ها این است که تأکید بر «ابعاد سیستمی و مدیریتی» در کنار عوامل فردی است. یافته‌های ما با سنتزهای جدید Akoto (۲۰۲۳) و Prowse (۲۰۲۴) که بر تعامل پیچیده عوامل فردی، سیستمی و فرهنگی در کشورهای در حال توسعه تأکید دارند، همسویی کامل دارد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات: با وجود اینکه این مطالعه با استفاده از مثلث‌سازی پژوهشگر توانست به عمق موضوع نفوذ کند [۱۹] اما ماهیت کیفی آن ممکن است تعمیم‌پذیری را محدود کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده به صورت کمی و در مقیاس ملی، اثر مداخلات مبتنی بر کاهش ترس و اصلاح فرآیند ارجاع را بر نرخ غربالگری بسنجند.

## نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تحلیل موانع و تسهیلگرهای غربالگری سرطان پستان با استفاده از مدل آمیخته بازاریابی اجتماعی P7 انجام شد. بهبود نرخ غربالگری سرطان پستان در ایران مستلزم نگاهی سیستمی و همه‌جانبه است که تمام ابعاد هفت‌گانه مدل آمیخته بازاریابی خدمات را پوشش دهد. این پژوهش نشان می‌دهد که موفقیت این برنامه‌ها نه فقط به کیفیت فنی خدمات (محصول)، بلکه به شدت تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، فرهنگی، ساختاری و ارتباطی است. رفع موانع شناسایی‌شده و تقویت نقاط قوت، نیازمند تعهد و هماهنگی تمام سطوح سیاستگذاری، مدیریت و اجرا در نظام سلامت است. اتخاذ رویکردی جامعه‌نگر، مشارکت‌محور و مبتنی بر تجربه ذی‌نفعان (ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت) می‌تواند گام مؤثری در جهت ارتقای سلامت زنان و کاهش بار بیماری سرطان پستان در کشور باشد. مهم‌ترین یافته این مطالعه شناسایی «ترس و هزینه‌های روانی»، «شکست‌های ساختاری در فرآیند پیگیری» و «ناکارآمدی ترویج‌های مقطعی» به عنوان سه مانع اصلی است. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که تمرکز صرف بر آموزش عمومی یا کاهش هزینه‌های مالی، به تنهایی برای افزایش پوشش غربالگری کافی نیست. سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت باید به سمت طراحی مداخلاتی حرکت کنند که بر کاهش استرس و ترس از تشخیص، ایجاد اعتماد در تعاملات

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]

انسانی و اصلاح سیستم‌های الکترونیک ارجاع و پیگیری تمرکز دارند. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به عنوان پیشنهادهایی در ر استای بازطراحی برنامه‌های ملی غربالگری و افزایش کارآیی و اثربخشی آنها مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثربخشی مداخلات مبتنی بر این مؤلفه‌های بازاریابی اجتماعی را به صورت کمی و در سطح ملی ارزیابی کنند.

**تأییدیه اخلاقی:** این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.VARAMIN.REC.1404.068 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین-پیشوا صورت پذیرفت. تمامی مراحل تحقیق مطابق با اصول اخلاقی پژوهش، از جمله حفظ محرمانگی اطلاعات، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و رعایت حقوق انسانی آنان و امکان انصراف در هر زمان صورت گرفته است.

**تعارض منافع:** نویسندگان اعلام داشتند که هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

**سهم نویسندگان:** خاطره بره مقدم طراح مطالعه و تحلیلگر آماری و نگارنده متن نهایی (به میزان ۴۰ درصد)؛ شقایق وحدت و سمیه حسام بازبینی انتقادی متن و نظارت بر فرآیند پژوهش (هر کدام به میزان ۳۰ درصد) بر عهده داشتند.

**منابع مالی:** مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

## References

1. Mehara, Narjes; Sajjadi M. Economic costs of breast cancer in Iran: a systematic review of implementation studies. J Community Health. 1397;4(1):183-94.
2. F. et al H. Barriers to breast cancer screening in Iran: a systematic review. Iran J Public Health. 2022;51(1):1–11.
3. BH BMJB. Marketing strategies and organization structures for service firms, Marketing of Services. Donnelly JH, George WR, editors. 1981. 47–51 p.
4. Wu, Y., Zhang, D., Kang, S., & Yang X. Breast cancer screening behaviors and influencing factors among women in different countries and regions: A systematic review. Front Oncol. 2021;
5. V CVB. Thematic Analysis: A Practical Guide. Torrossa; 2021.
6. Kotler P LNCH. Social Marketing in Public Health: Global Trends and Success Stories. Jones & Bartlett Learning; 2011.
7. Blitstein J Hersey J RJYAEWD. Systematic Review of Public Health Branding. J Health Commun. 2008;13(8):721–41.
8. Carlos RC Chen E et al MCA. Determinants of participation in breast cancer screening: A systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2020;(134:106041).
9. Bloor K Lyratzopoulos G et al PP. The need for continuous and sustainable educational interventions to increase uptake of mammography in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic review. BMC Cancer. 2024;24(1):456.
10. Al NIO. et. The need for continuous and sustainable educational interventions to increase uptake of mammography in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic review. 2023;
11. Zhang D Kang S YXWY. Breast cancer screening behaviors and influencing factors among women in different countries and regions: A systematic review. Front Oncol. 2021;
12. Smith, A. B., & Brown CD. Public awareness and screening rates: A direct relationship. 2013 [Internet]. Available from: 2013
13. Mottram, A. et al. Factors associated with attendance at screening for breast cancer: a mixed methods study. BMJ Open. 2021;11(8).
14. Srinath, O. et al. Systematic review: Barriers to cervical and breast cancer screening in LMICs. BMC Women's Heal. 2022;23(1):1–16.
15. Al A et. Synthesis of factors influencing breast and cervical screening in LMICs. Glob Heal Res Policy. 2023;8(1).
16. Pollock AM Renfrew MJ et al NC. Interventions to increase mammography uptake in low- and middle-income countries: A systematic review. . PLoS One. 2023;18(2).
17. Mandrik, A. et al. Determinants of participation in breast cancer screening. 2020;9(1).
18. Akoto EJ, Allsop MJ. CANCER PREVENTION AND CONTROL review articles Factors Influencing the Experience of Breast and Cervical Cancer Screening Among Women in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review [Internet]. 2023. Available from: https://doi.org/10.
19. Fusch GE NLRFPI. Denzin's Paradigm Shift: Revisiting Triangulation in Qualitative Research. J Soc Chang. 2018;10(1):19–32.

[ DOI: 10.66224/ihio.8.4.319 ]