

استفاده از الگوی بازاریابی اجتماعی برای ترغیب زنان روستایی به انجام ماموگرافی

محسن شمس: استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
هادی نیستانی: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
حسین ابراهیمی پور: استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
حبیب اله اسماعیلی: دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
علی وفايي نجار: دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران - نویسنده
رابط: VafaeA@mums.ac.ir

ملیحه نصرتی: کاردان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۲۸ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۲/۱۰/۳

چکیده

زمینه و هدف: نقش ماموگرافی در تشخیص زودهنگام سرطان پستان در زنان شناخته شده و یکی از اقدامات مهم بخش سلامت، ترغیب زنان به انجام دوره ای آن است. اقدامات آموزشی و اطلاع رسانی در این زمینه انجام شده ولی کمتر به موضوع به صرفه کردن انجام این آزمایش غربالگری توجه شده است. هدف این مطالعه بررسی تاثیر یک مداخله مبتنی بر الگوی بازاریابی اجتماعی برای ترغیب زنان روستاهای تابع شهرستان بجنورد به انجام ماموگرافی است.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، دو روستای تابع شهرستان بجنورد که از نظر ویژگی‌های جمعیتی شبیه به هم بودند، مشخص و به صورت تصادفی روستاهای مداخله و مقایسه نام گرفتند. کلیه زنان بالای ۳۵ سال ساکن این دو روستا که بالغ بر ۳۴۳ نفر بودند (۱۵۱ نفر در گروه مداخله و ۱۹۲ نفر در گروه مقایسه) شناسایی شدند. برای دستیابی به ایده اولیه مداخله و شناسایی دیدگاه‌ها و نظرات زنان گروه هدف درباره ماموگرافی، پژوهش تکوینی شامل یک پیمایش کمی (با تکمیل پرسشنامه سنجش نگرش زنان بر اساس الگوی باور سلامت) و یک مطالعه کیفی (با برگزاری چهار جلسه بحث گروهی متمرکز) انجام شد. براساس نتایج پژوهش تکوینی، مداخله رفتاری با تکیه بر کاهش موانع اصلی مورد نظر مشارکت کنندگان طراحی شد و به مدت چهار هفته در گروه مداخله به اجرا درآمد. در پایان هفته اول پس از پایان مداخله، تعداد موارد ماموگرافی زنان دو روستا مشخص و مقایسه شدند.

نتایج: پیمایش کمی نشان داد که از بین سازه‌های الگوی باور سلامت، میانگین امتیازات کسب شده از سؤالات وقت گیر بودن، هزینه بالا (از بین موانع درک شده)؛ و نیز به یاد نداشتن انجام ماموگرافی، و نگرانی از در معرض اشعه قرار گرفتن، پایین تر از سایر موارد بود. در مطالعه کیفی نیز، زنان بالا بودن هزینه انجام ماموگرافی و وقت گیر بودن ماموگرافی را از جمله عوامل اصلی در عدم استقبال از این آزمایش بیان کردند. پس از اجرای برنامه، ۴۸٪ زنان واجد شرایط در گروه مداخله، برای انجام ماموگرافی اقدام کردند در حالی که تغییری در تعداد موارد ماموگرافی در گروه مقایسه مشاهده نشد.

نتیجه گیری: مداخلات آموزشی برای ترغیب زنان به انجام ماموگرافی کافی نیست و باید به موانع و نگرانی‌های ذهنی افراد نیز توجه کرد. یکی از راهکارهای اثربخش برای ترویج ایده، رفتار یا خدمات، شناسایی دیدگاه‌ها و نظرات گروه هدف و طراحی مداخلات مخاطب محور بر مبنای این دیدگاه‌هاست. به این ترتیب، پذیرش ایده یا رفتار مقرون به صرفه خواهد بود و استقبال از آن افزایش خواهد یافت.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، ماموگرافی، بازاریابی اجتماعی

مقدمه

فراوانی انجام ماموگرافی در بین زنان ایرانی حدود صفر تا ۳۰٪ برآورد می‌شود (Farshbaf Khalil et al. 2009; Saatsaz et al. 2009; Hatefniya et al. 2010; Abedian Kasgry et al. 2006). مطالعات مختلف به بررسی عوامل موثر بر اقبال ناکافی نسبت به این آزمون مهم غربالگری پرداخته‌اند و عواملی مانند نبود آگاهی کافی درباره ماموگرافی و نقش آن در تشخیص زودهنگام سرطان پستان، عدم احساس ضرورت برای مراجعه در زنان، توصیه نشدن از طرف پزشکان، وقت گیر بودن، درد ناشی از انجام این روش و هزینه بالای ماموگرافی بیان شده است (Khalegh Nezhad Tabari and Khalegh 2008; Farshbaf Khalil et al. 2009).

سه راهبرد اساسی تغییر رفتار اجتماعی را آموزش، اجبار و بازاریابی اجتماعی می‌دانند (Majdzadeh et al. 2011). در نظام ارائه خدمات سلامت ایران بیشترین تاکید بر آموزش زنان و توجه به موانع آگاهی و نگرش آنان است (Hatefniya et al. 2010; Saatsaz et al. 2009). در حالی که با استفاده از الگوهای رفتاری مخاطب محور می‌توان دیدگاه‌ها و نظرات گروه هدف درباره یک رفتار یا خدمت سلامت را مدنظر قرار داد و براساس آن به تقویت منافع حاصل و یا کاهش هزینه‌های مرتبط پرداخت تا افراد انجام آن رفتار یا استفاده از آن خدمت را به صرفه بدانند. به این ترتیب، گروه هدف به صورت اختیاری و خودخواسته به سوی رفتار یا خدمت مورد نظر خواهد رفت. سردهی الگوهای رفتاری مخاطب محور، بازاریابی اجتماعی است که در آن با استفاده از روش‌های بازاریابی تجاری به دنبال تاثیرگذاری بر رفتار داوطلبانه گروه‌های هدف برای ارتقای سطح رفاه شخصی و اجتماعی هستیم و با محور قرار دادن نیازها و خواسته‌های مشارکت کنندگان و کاهش موانع در برابر منافع حاصل از یک ایده، رفتار یا عمل

سرطان پستان یکی از شایع ترین سرطان‌های زنان است که ۲۲ درصد کل سرطان‌ها را به خود اختصاص می‌دهد و هر ساله بیش از یک میلیون مورد از آن در دنیا تشخیص داده می‌شود و بیش از ششصد هزار مورد مرگ در اثر آن گزارش می‌گردد (Jemal et al. 2011; Hatefniya et al. 2010).

در ایران سن ابتلا به سرطان پستان ده سال زودتر از سایر کشورهاست و شایع‌ترین محدوده سنی بروز این بیماری در زنان ایرانی ۴۰ تا ۴۹ سال است (Hatefniya et al. 2010; Farshbaf Khalil et al. 2009). شیوع سرطان پستان در بین زنان ایرانی ۱۲۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر برآورد شده است (Hatefniya et al. 2010) با این حال، به علت فقدان نظام ثبت سرطان قابل اعتماد در کشور ما، آمار دقیقی از بروز، ابتلا و مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در کشور موجود نیست.

بین مرحله‌ی تشخیص سرطان پستان و پیش آگهی بهبود، ارتباط مشخصی وجود دارد و با تشخیص زود هنگام می‌توان طول عمر بیش از ۹۰ درصد افراد مبتلا را افزایش داد (Hatefniya et al. 2010). در طی سالیان اخیر پیشرفت‌های فنی بسیاری در درمان این بیماری حاصل شده است ولی متأسفانه نزدیک به یک سوم زنان مبتلا در مراحل پیشرفته مراجعه می‌کنند و بیش از سه دهه است که میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان ثابت مانده است (Farshbaf Khalil et al. 2009).

یکی از روش‌های موثر در تشخیص زود هنگام سرطان پستان که توانایی کشف نزدیک به ۷۳٪ موارد بیماری را دارد، ماموگرافی است و اقدامات غربالگری بدون انجام ماموگرافی، می‌تواند حداکثر ۳۹٪ موارد را کشف کند. لذا می‌توان ادعا کرد ماموگرافی از اجزای اصلی برنامه غربالگری سرطان پستان خواهد بود (Khalil et al. 2009; Hatefniya et al. 2010).

بعد شناسایی دیدگاه‌ها و نظرات آنان درباره انجام ماموگرافی، اساس تحلیل مشارکت کننده بود. بر این اساس دسته هدف اختصاصی شامل گروه زنان ۳۵ سال و بالاتر ساکن روستا، که خانه دار و تحت پوشش بیمه روستایی بودند، انتخاب شد و محیط پژوهش را دو روستای استان خراسان شمالی که براساس آمار سال ۱۳۸۹ بیشترین تعداد زنان دارای توده پستانی را داشتند و از نظر برخی از ویژگی‌های اراییه خدمات بهداشتی درمانی (شامل روستای اصلی بودن، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی قرار داشتن، و تعداد بهورزان روستا) شبیه یکدیگر بودند، تشکیل داد. در مرحله بعد، ۱۵۱ نفر در روستای مداخله و ۱۹۲ نفر در روستای مقایسه (جمعا ۳۴۳ نفر) وارد مطالعه شدند.

برای شناسایی اجزای مداخله مبتنی بر بازاریابی اجتماعی (کدام محصول، با کدام قیمت، در کدام محل و با کدام روش ترویجی) به دریافت دیدگاه‌ها و نظرات گروه هدف نیاز بود. جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای این تحلیل براساس پژوهش تکوینی متشکل از یک مطالعه کمی و یک مطالعه کیفی انجام شد.

ابتدا یک مطالعه کمی با هدف بررسی نگرش زنان روستایی انجام شد. در تدوین چارچوب سوالات نگرشی از سازه‌های مربوط به الگوی باور سلامت چمپیون (Victoria Champion's Health Belief Model Scales for Breast Cancer Screening- Mammography) استفاده شد. این پرسشنامه ابتدا به زبان فارسی ترجمه شد و بعد از اطمینان از ترجمه دقیق آن توسط اساتید زبان انگلیسی از مطالب آن بسته به مقتضیات فرهنگی در تدوین سوالات نگرشی استفاده شد. پرسشنامه دارای ۳۱ سوال نگرشی در مقیاس لیکرت ۵ رتبه ای بود که در ۵ سازه مختلف تقسیم بندی شد (سازه حساسیت ۳، سازه منافع درک شده ۵، سازه موانع درک شده ۱۳، سازه خودکارآمدی ۵ و سازه علائم برای عمل ۵ سوال) (Shepherd et al. 2010) آلفای

اجتماعی، سبب ترویج آن می‌شویم (Shams and Rashidian 2006). استفاده از بازاریابی اجتماعی نیازمند انتخاب یک الگوی مناسب عملیاتی است که یکی از انواع این الگوها، ابزار سنجش و پاسخ بازاریابی اجتماعی Social Marketing Assessment and Response Tool (SMART) است. این الگو توسط Neiger پیشنهاد و برای آن مراحل هفتگانه‌ای شامل برنامه‌ریزی مقدماتی، تحلیل گروه هدف، تحلیل بازار، تحلیل کانال، تولید مواد و پیام‌ها و پیش آزمون آنها، اجرا و ارزشیابی پیش بینی شده است (Majzadeh et al. 2011).

هدف از این مطالعه، بررسی تاثیر مداخله طراحی شده بر مبنای الگوی بازاریابی اجتماعی در ترغیب زنان روستایی شهرستان بجنورد برای مراجعه به مراکز ماموگرافی و انجام آن بود تا رویکردی جدید و آزمون شده برای تغییر یک رفتار اجتماعی در حوزه سلامت زنان معرفی شود.

روش کار

در این مطالعه نیمه‌تجربی (Quasi-experimental) مراحل الگوی SMART به شکل زیر اجرا شد: آمار و اطلاعات موجود در ستاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی نشان داد که یکی از مشکلات رفتاری مهم در حوزه سلامت زنان، پایین بودن میزان تمایل زنان برای مراجعه به مراکز ماموگرافی و انجام این آزمون غربالگری مهم است. بخشی از این مشکل رفتاری مربوط به مشارکت کنندگان است و بخش دیگر به نظام ارائه خدمات سلامت و تامین امکانات لازم برای گروه هدف ارتباط دارد. به این ترتیب، لازم است در طراحی مداخله رفتاری برای حل این مشکل، به هر دو دسته این عوامل توجه شود. بنابراین، استخراج دیدگاه‌ها و نظرات زنان گروه هدف درباره این مشکل رفتاری در اولویت خواهد بود.

شناسایی گروه هدف کلی و انتخاب دسته اختصاصی برای مداخله براساس اطلاعات و آمار موجود و در مرحله

انجام ماموگرافی تعیین شد و برای منطقی کردن هزینه‌ها و قیمت مناسب برای محصول اقدامات زیر انجام گرفت:

- با تأمین وسیله نقلیه از روستا به شهر هزینه تردد زنان حذف شد
 - با بیمارستان هماهنگی شد تا با تعیین وقت قبلی بیماران را راحت‌تر بپذیرند و یک نفر در طول ماموگرافی افراد را راهنمایی کند و نتیجه ماموگرافی هم از بیمارستان تحویل گرفته شده و برای افراد ارسال شود.
 - تعرفه ماموگرافی توسط مراجعین پرداخت شد
- برای مناسب کردن مکان مداخله، کلیه اطلاعات مربوط به ماموگرافی و طرح ترویج مراجعه برای آن با مراجعه به درب منزل زنان گروه مداخله، پیش بینی شد و وسیله نقلیه افراد را نزدیک منزلشان برای انجام ماموگرافی سوار و پیاده می‌کردند، ضمن آن که آزمون ماموگرافی در بیمارستان شهر بجنورد انجام می‌شد. برای ترویج رفتار هدف، از مشاوره‌های چهره به چهره برای توجیه زنان توسط یک فرد آموزش دیده به عنوان رابط بهداشتی که مورد اعتماد زنان روستا بود، استفاده شد. تبلیغات طرح از طریق ارائه یک پمفلت اطلاع رسانی درباره ماموگرافی و مراحل انجام آن در طی طرح، استفاده شد. محتوای پمفلت بسیار ساده و با زبان قابل فهم ارائه و طراحی شده بود و با حضور زنان منتخب در طی یک جلسه پیش آزمون، اشکالات موجود در آن مشخص و مورد بازبینی قرار گرفته بود. رابط روستایی ضمن مراجعه به درب منازل و ارائه پمفلت، به زبان محلی و قابل فهم به سؤالات زنان پاسخ می‌داد و از متقاضیان انجام ماموگرافی ثبت‌نام می‌کرد و برای حضور آنان در برنامه هماهنگی‌های لازم را انجام می‌داد.
- برنامه مداخله در طی چهار هفته در روستای مداخله انجام شد در حالی که چنین برنامه‌ای در روستای مقایسه صورت نگرفت. در طول یک هفته بعد از پایان مداخله عملکرد زنان در روستاهای مداخله و مقایسه مورد بررسی قرار گرفت. ارزیابی نتایج میانی و بلند مدت مطالعه به علت عدم ثبت موارد ماموگرافی انجام شده در سیستم سلامت کشور قابل

کرونباخ برای این ۵ سازه به ترتیب ۶۳/۷، ۷۹/۹۱، ۸۹/۱۳، ۹۲/۸۷ و ۷۸/۶۷ به دست آمد که نشان از پایداری آن داشت.

مطالعه کیفی انجام شده از نوع پدیدارشناسی (Phenomenology) و گردآوری داده‌های آن با روش بحث گروهی متمرکز (Focus Group Discussion) بود. در مجموع چهار جلسه ۱ تا ۱/۵ ساعته در خانه بهداشت دو روستا با شرکت ۴۶ نفر از زنان گروه هدف، برگزار شد و افراد شرکت‌کننده به صورت هدفمند از دفترهای ثبت‌خانه بهداشت و به روش مشارکت حداکثری گروه‌های سنی مختلف انتخاب شدند و پس از دعوت کتبی و پیگیری حضوری به‌روزان در جلسات حاضر شدند. از همه آنها رضایت‌نامه‌ی کتبی مبنی بر رضایت آنها از شرکت در جلسات و ارائه نظراتشان گرفته شد. پس از کسب اجازه از آنها در جلسات، صدای شرکت‌کنندگان ضبط شد. هر جلسه با بیان اهداف و سؤالات باز شروع و با بحث در بین شرکت‌کنندگان ادامه پیدا کرد. نویسنده مسئول، نقش اداره‌کننده جلسه را به عهده داشته و دو تسهیل‌گر آموزش دیده، بحث‌ها و ارتباطات غیرکلامی را یادداشت می‌کردند. در همان یک جلسه نظرات افراد به اشباع مورد تایید نویسنده مسئول رسید. محتوای پیاده شده از روی نوارها و یادداشت برداری منشی‌های جلسه‌ها، در اختیار ۱۲ نفر از افراد شرکت‌کننده قرار گرفت تا صحت آنها را تأیید نمایند. داده‌ها در نهایت با استفاده از نرم‌افزار ATLAS.ti5.2 تحلیل شده و مفاهیم اصلی و فرعی استخراج گردید. زبان اکثر افراد شرکت‌کننده در جلسات فارسی بود و در مواردی که شرکت‌کنندگان به زبان فارسی تسلط نداشتند، جلسه به زبان محلی برگزار و بعد از پایان جلسه مطالب به دقت به زبان فارسی ترجمه شد. (نویسنده مسئول بومی بوده و به زبان محلی تسلط دارد) و به افراد نیز بابت شرکت در جلسات هدیه یا وجه نقد پرداخت نشد.

براساس تحلیل نتایج پژوهش تکوینی، محصولی که قرار بود به مشارکت‌کنندگان عرضه شود، رفتار مراجعه برای

افراد در صورتی که نشانه بیماری نداشته باشند به پزشک مراجعه نمی‌کنند، خانم مشارکت کننده ۳۶ ساله و متاهل با جمله‌ی: «وقتی که مشکلی [علایم بیماری] نداریم نیازی نیست که به دکتر برویم، عکس و آزمایش بگیریم»، بیان می‌کند. ترس از شایعاتی که پشت سر افراد درست می‌شود هم جزو دلایل عدم انجام ماموگرافی است. که این دلیل را می‌توان در جمله مشارکت کننده ۵۰ ساله و متاهل مشاهده نمود: «دم می‌ترسد یک کاری بکند و مردم درباره اش حرف بزنند و شایعه درست کنند»

۲-۲- سایر مشکلات: بالا بودن هزینه های انجام ماموگرافی و مشکلات مربوط به پذیرش در بیمارستان و سرگردانی مراجعین مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی هم جز مشکلات شایع است، نظر شرکت کنندگان را می‌توان در قالب نظر یک مشارکت کننده ۳۷ ساله متاهل جمع‌بندی کرد: «خیلی اذیت می‌کنند، می‌گویند دستگاه خراب است، یا امروز وقت نداریم، دیر آمدید، دکتر نیست».

مشکل بی سوادی و درک زبان فارسی و عدم توصیه جدی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، مشکلاتی هستند که شرکت کنندگان متاهل ۴۱، ۵۲ و ۳۹ ساله به ترتیب با بیان جملاتی مثل: «ما فارسی خوب بلد نیستیم در شهر و بیمارستان سر در گم می‌شویم»، «اگر یک نفر همراه ما باشد راحت تریم و زودتر کارها انجام می‌شود»، «تا به حال کسی نگفته که باید عکس از پستان گرفته شود» و مانند آن، به این مساله اشاره می‌کنند.

۳) راهکارهای افزایش انجام ماموگرافی: در این بخش چهار مفهوم فرعی اطلاع رسانی و آموزش، کاهش هزینه‌ها و اتلاف وقت، پذیرش راحت‌تر در بیمارستان، و منظم شدن انجام ماموگرافی قرار دارند.

اطلاع رسانی از اولین راهکارهایی است که شرکت کننده ی متاهل ۴۲ ساله آن را با جمله ای مانند: «باید آموزش کافی بدهید که برای چه باید ما عکس بگیریم» بیان می‌کند و دیگر شرکت کننده ۳۸ ساله و متاهل، با بیان جمله ی: «دکتر

پیگیری نبود. در هر دو روستا داده‌های جمعیتی، امتیازات کسب شده در سازه‌های مختلف نگرشی در قبل از مداخله و تعداد موارد انجام ماموگرافی در قبل و بعد از مداخله بررسی و با هم مقایسه شد.

نتایج

الف- نتایج مطالعه کیفی: نظرات و تجارب مشارکت کنندگان درباره انجام ماموگرافی با هدف تعیین موانع اصلی در مراجعه برای انجام آن، در پنج مفهوم اصلی و ۲۰ مفهوم فرعی دسته بندی شد:

۱) نقش ماموگرافی در سلامت زنان: در این بخش سه مفهوم فرعی توده‌ها و اهمیت آنها، نظرات مطرح شده در مورد ماموگرافی و نقش آن در سلامت زنان مورد بررسی قرار گرفت. در رابطه با نقش و اهمیت توده‌های پستانی زنان نظرات مشابهی داشتند. مانند نظر یکی از زنان مشارکت کننده که متاهل بود و ۴۰ سال داشت و عقیده داشت: «توده‌ها برای پی‌گیری سرطان و بیماری‌های دیگر پستان اهمیت دارند».

شرکت کننده‌ای متاهل و ۳۵ ساله دیدگاه خود در رابطه با ماموگرافی را به صورت «ماموگرافی همان عکس رادیوگرافی سینه است» بیان کرد و در مورد نقش آن در سلامت زنان نیز جملاتی مثل جملات زیر گفت: «بعضی وقت‌ها نمی‌توانیم سفتی های خیلی ریز را تشخیص بدهیم، زیر دست معلوم نمی‌شود ولی در عکس [ماموگرافی] توده‌ها تشخیص داده می‌شوند».

۲) موانع انجام ماموگرافی: در این بخش هشت مفهوم فرعی کار پیدا شد که در دو گروه طبقه بندی شدند:

۱-۲- موانع و مشکلات فردی و خانوادگی: کار و مشغله‌ی زیاد، مشکلی است که یکی از شرکت کنندگان متاهل ۴۲ ساله، آن را این گونه توصیف می‌کند: «صبح تا شب دنبال کارهای خانه و بچه‌ها هستیم، وقتی هم که کار خانه تمام می‌شود باید برویم سر مزرعه، و بیشتر اوقات سال کارمان همین است». همچنین این مفهوم را که

مخالفت با هم ارائه می‌داده‌اند. بعضی بر نقش رادیو، تلویزیون با توجه به در دسترس بودن آنها تاکید ولی بعضی دیگر با ذکر دلایلی مثل مشغله زیاد و نفهمیدن مباحث مطرح شده در این رسانه‌ها، تاثیر این رسانه‌ها را خیلی کم می‌دانند. نظرات زنان روستایی در مورد رسانه‌های نوشتاری نیز با هم در تضاد بوده و بعضی استفاده از آن را مفید و بعضی دیگر استفاده از این وسایل را به علت کم سوادی و بی سوادی و نبود وقت مطالعه غیر مفید می‌دانستند.

۵) افراد تاثیرگذار بر رفتار زنان روستایی: در این بخش دو مفهوم فرعی نقش پزشک و پرسنل بهداشتی و بهورز و رابط روستایی قرار دارد برخی در مورد افراد تاثیرگذار بر نقش پزشک و پرسنل بهداشتی تاکید کرده و علت آن را نیز تحصیلات و دانش آنها بیان و در مقابل بعضی‌ها بر نقش بهورز و رابط روستایی به علت هم زبان بودن و فهمیدن صحبت‌های آنها تاکید داشتند.

ب- نتایج مطالعه کمی: میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۲/۰۶ و انحراف معیار آن ۱۱/۸ سال، و سن کوچکترین شرکت کننده ۳۵ و بزرگترین آن ۸۹ سال بود. همه زنان خانه دار بوده‌اند جدول ۱ توزیع فراوانی متغیرهای جمعیتی زنان شرکت کننده در دو روستای مداخله و مقایسه را نشان می‌دهد.

با توجه به نتیجه آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر بین دو گروه مداخله و کنترل در همه متغیرهای جمعیت شناختی اختلاف معنی‌دار در قبل از مداخله وجود دارد ($p < 0.001$).

در سنجش نگرش زنان شرکت کننده درباره انجام ماموگرافی، در همه سوالات موانع درک شده میانگین امتیازات کسب شده ۳ و بالاتر بود به جز سوالات وقت گیر بودن (۲/۵۱)، هزینه بالای ماموگرافی (۲/۸۳). ترس از در معرض اشعه قرار گرفتن (۲/۹۵) و به خاطر نیاوردن زمان انجام این آزمایش (۲/۷۱). میانگین و انحراف معیار امتیازات سازه‌های نگرش زنان روستاهای مداخله و مقایسه در جدول ۲ آمده است.

گفته باید همه زنان بالای ۴۰ سال بروند عکس بگیرند در حالی که اکثر زنان این را نمی‌دانند» به آن اشاره می‌کند.

کاهش هزینه از مواردی است که شرکت کنندگان متاهل ۳۸ و ۵۳ ساله نظرات خود را با جملاتی مثل: «کاری بکنید که هزینه‌ها کم شود» و «هزینه‌های بیمارستانی را تخفیف بدهید» بیان کرده‌اند در کنار کاهش هزینه‌ها مشارکت کننده ۴۴ ساله متاهل به کاهش اتلاف وقت تاکید کرده و نظر خود را با جمله ای: «باید مشکلات ما را حل کنند» ذکر کرد. پذیرش راحت‌تر مراجعه‌کنندگان در بیمارستان راهکاری است که خانم ۴۱ ساله متاهل با جملاتی مثل «همکاری پزشکان مراکز برای ارجاع به بیمارستان بهتر شود» و «یک برگه بدهید که ما را در بیمارستان تحویل بگیرند» بیان کرد و در این رابطه یکی از شرکت کنندگان ۳۷ ساله متاهل برای پذیرش راحت‌تر مراجعه‌ها، پیشنهادی کرد: «هماهنگی بشود که زنان روستایی به صورت دسته جمعی (گروهی) برای ماموگرافی اقدام کنند».

مشارکت کننده ۳۵ ساله متاهل با بیان نظراتی مانند جملات زیر بر انجام منظم ماموگرافی برای زنان واجد شرایط، تاکید کرد: «همان‌گونه که توصیه به گرفتن وسایل تنظیم خانواده بصورت منظم انجام و در پرونده ثبت و پی گیری می‌شود در مورد این کار نیز انجام تا زنان خود را موظف به انجام ماموگرافی بدانند و در صورت انجام ندادن، توسط پرسنل بهداشتی پی گیری لازم صورت گیرد».

۴) مکان‌ها و روش‌های مناسب برای ارتباط با زنان روستایی و انتقال محصولات و خدمات به آنها: در این بخش سه مفهوم فرعی روستا به عنوان محل اصلی ارائه محصولات و خدمات، رادیو و تلویزیون و رسانه‌های نوشتاری قرار دارند. شرکت کنندگان بهترین محل برای ارائه خدمات و محصولات را روستای محل سکونت خود و در روستا نیز بهترین مکان‌ها را ابتدا خانه بهداشت و سپس مکان‌های مثل مدرسه و مسجد پیشنهاد داده‌اند. و در خصوص روش‌های مناسب، نظرات و پیشنهادهاى مختلف و گاهی نیز در

مطالعه انجام شده در زنان معلم (Khalegh Nezhad 2008) هزینه به عنوان مشکل ذکر نشده که علت آن می‌تواند شاغل بودن جامعه مطالعه مذکور در نظر گرفت. زمان بر بودن گرفتن پذیرش و مشغله کاری زنان روستایی جزء مشکلاتی است که در سایر مطالعات هم وجود داشته است (Trigoni et al. 2008).

از مشکلات مطرح شده در این مطالعه و در سایر مطالعات در ایران (Khalegh Nezhad Tabari and Khalegh 2008; Farshbaf Khalil et al. 2009; Ahmadian et al. 2011) و دیگر کشورها (Ogedegbe et al. 2005; Wok et al. 2005) به عنوان موانع انجام ماموگرافی مطرح می‌شوند عدم درک اهمیت و لزوم انجام ماموگرافی و همچنین توصیه کم پزشکان و پرسنل شاغل در بخش بهداشت می‌باشند.

آموزش و اطلاع رسانی در مورد توده‌ها و ماموگرافی، کاهش هزینه‌ها و اتلاف وقت، پذیرش راحت‌تر در بیمارستان راهکارهای پیشنهادی گروه هدف اصلی برای افزایش انجام ماموگرافی است. راهکارهای ارائه شده کم و بیش در سایر مطالعات نیز ارائه شده‌اند. می‌توان به راهکارهای نقش روزنامه و مجله و تلویزیون برای ارائه اطلاع رسانی (Nekhlyudov et al. 2003) کاهش هزینه، بیمه، و توصیه رسانه‌ها و محل مناسب ماموگرافی (Ogedegbe et al. 2005) و توصیه‌های نظام سلامت برای انجام ماموگرافی (Fernandez et al. 2005) اشاره کرد.

با توجه به نظرات زنان روستایی در مورد مکان مناسب برای ارایه‌ی خدمات و افراد موثر بر نظرات زنان روستایی، روستا به عنوان مکان و رابط بهداشتی به عنوان فرد معتمد زنان روستایی انتخاب شد. در این رابطه می‌توان به مطالعه Han و همکاران (Han et al. 2009) اشاره نمود که در آن از پرسنل بهداشتی غیر حرفه‌ای برای ترویج روش‌های غربالگری سرطان پستان استفاده شده است.

نتیجه آزمون من ویتنی نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین میانگین امتیازات کسب شده در تمام سازه‌های بین دو گروه مداخله و مقایسه وجود دارد ($p < 0/001$).

ج- مقایسه عملکرد زنان بعد از انجام مداخله: تعداد ۶۳ نفر اقدام به انجام ماموگرافی نموده‌اند که این مقدار ۴۸/۱٪ زنان واجد شرایط در روستای مداخله را شامل می‌شود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری در قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($p < 0/001$) در حالی که این رقم در روستای مقایسه صفر بود و اختلاف آماری معنی‌دار در روستای مقایسه در قبل و بعد از مداخله وجود نداشت ($p = 0/319$). بیشترین تعداد با ۳۳ نفر (۵۲٪) و کمترین تعداد با ۲ نفر (۳/۶٪) به ترتیب مربوط به گروه‌های سنی ۴۴-۳۵ و بالاتر از ۶۵ سال بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر استفاده از مدل بازاریابی اجتماعی در افزایش میزان مراجعه زنان روستایی شهرستان بجنورد برای انجام ماموگرافی در سال ۱۳۹۰ طراحی و اجرا شد و نتایج به دست آمده نشان داد که مداخله مبتنی بر الگوی بازاریابی اجتماعی در افزایش انجام ماموگرافی زنان روستایی شهرستان بجنورد موثر بوده است. بعد از تعیین گروه اختصاصی مداخله جهت شناخت موانع انجام ماموگرافی پژوهش‌های کیفی مد نظر قرار گرفت که این نتایج نشان می‌دهند زنان روستایی درباره توده‌های پستانی و اهمیت انجام ماموگرافی آگاهی داشتند که این یافته مورد تایید مطالعه فرناندز و همکاران می‌باشد (Fernandez et al. 2005). در زیر به بخشی از مشکلات اصلی مشارکت کنندگان در زمینه انجام ماموگرافی پرداخته شده است:

بالا بودن هزینه ماموگرافی نسبت به درآمد روستاییان در بخش کیفی و کمی این مطالعه مورد توجه قرار گرفته که این مسئله توسط سایر مطالعات نیز تأیید می‌شود (Ogedegbe et al. 2005; Wok et al. 2005) البته در

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه و برای ترویج ماموگرافی در بین زنان واجد شرایط، حساس کردن زنان نسبت به موضوع توده‌های پستانی و نقش ماموگرافی در تشخیص زود هنگام و درمان موثرتر آن با توصیه جدی پزشکان و پرسنل بهداشتی، در کنار استفاده از الگوهای مخاطب محور به جای الگوهای صرفاً مبتنی بر نظرات متخصصان، می‌تواند نقش مهمی در این مسیر داشته باشد. برای اجرای بهتر این نوع مداخلات، طراحی و ادغام برنامه منظم غربالگری سرطان پستان با استفاده از ماموگرافی، تسهیل مراجعه زنان به مراکز ماموگرافی، استفاده از پتانسیل رابطین بهداشت و ثبت و پیگیری منظم انجام ماموگرافی در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور، ضروری خواهد بود.

تشکر و قدردانی

از همکاری کلیه زنان روستایی، بهورزان محترم، خانم‌ها کچرانلویی و حصاری، پرسنل محترم بخش رادیولوژی بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد و کلیه کسانی که به هر عنوان در اجرای این طرح کمک و یاری نموده اند کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید. این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی، کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد.

بی‌سوادی، کم سوادی و مشکلات مربوط به برقراری ارتباط برای افرادی که به زبان فارسی تسلط ندارند جزء مشکلاتی هستند که در سایر مطالعات نیز به آنها اشاره شده است. (Ogedegbe et al. 2005; Banning and Hafeez 2009). البته با توجه پایین بودن میانگین نمره سازه حساسیت درک شده نسبت به میانگین امتیازات سایر سازه‌های نگرشی در این مطالعه، مشابه نتایج مطالعه Sohl، امکان استفاده از مواد چاپی و تلفن‌های یادآور می‌تواند نقش مهمی در ترویج ماموگرافی داشته باشد که در مطالعه ما نیز از پمفلت استفاده شد (Sohl and Moyer 2008).

تفاوت بین میزان انجام ماموگرافی در گروه کنترل و مداخله ۴۸/۱٪ است. که در سایر مطالعات داخل کشور نیز به نتایجی بین ۳۰ تا ۵۰٪ دست یافته‌اند (Hatefniya et al. 2009; Saatsaz et al. 2010). در مطالعات خارجی نیز به نتایج مطالعات Han و همکاران با ۳۱/۹٪ (Han et al. 2009) و مطالعه Milochi و همکاران با ۳۳٪ افزایش میزان انجام ماموگرافی اشاره نمود.

افزایش اعتماد به نفس و غلبه بر ترس انجام ماموگرافی، از نتایج انجام ماموگرافی به صورت گروهی (دست جمعی) است که از آن‌ها می‌توان به عنوان نتیجه فرعی این مطالعه نام برد.

نتیجه گیری

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی زنان روستاهای مداخله و مقایسه برای ترغیب به انجام ماموگرافی

| متغیرهای جمعیتی | روستای مداخله | | | روستای مقایسه | | | کل |
|-------------------------------------|-----------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|----|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| گروه های سنی | ۳۵-۴۴ | ۶۱ (۴۰/۴) | ۴۶ (۲۴) | ۱۰۷ (۳۱/۲) | | | |
| | ۴۵-۵۴ | ۴۷ (۳۱/۱) | ۵۲ (۲۷/۱) | ۹۹ (۲۸/۸) | | | |
| | ۵۵-۶۴ | ۲۹ (۱۹/۲) | ۵۷ (۲۹/۷) | ۸۶ (۲۵/۱) | | | |
| | ≥۶۵ | ۱۴ (۹/۳) | ۳۷ (۱۹/۳) | ۵۱ (۱۴/۹) | | | |
| میزان تحصیلات | کل | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| | بی سواد ابتدایی | ۱۰۲ (۶۷/۵) | ۱۸۳ (۹۵/۳) | ۲۸۵ (۸۳/۱) | | | |
| | سایر | ۲۰ (۱۳/۲) | ۶ (۳/۱) | ۲۶ (۷/۶) | | | |
| | کل | ۲۹ (۱۹/۳) | ۳ (۱/۶) | ۳۲ (۹/۳) | | | |
| وضعیت تاهل | کل | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| | همسر دار | ۱۱۵ (۷۶/۱) | ۱۶۳ (۸۴/۹) | ۲۷۸ (۸۱) | | | |
| | بدون همسر | ۳۶ (۲۳/۹) | ۲۹ (۱۵/۱) | ۶۵ (۱۹) | | | |
| | کل | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| شغل همسر | کل | ۶۳ (۴۷/۷) | ۱۰۰ (۵۲/۱) | ۱۶۳ (۴۷/۵) | | | |
| | کشاورز | ۳۵ (۲۳/۲) | ۵۹ (۳۰/۷) | ۹۴ (۲۷/۴) | | | |
| | کارگر | ۵۳ (۳۵/۱) | ۳۳ (۱۷/۲) | ۸۶ (۲۵/۱) | | | |
| | سایر مشاغل | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| وضعیت بیمه درمانی | کل | ۱۲۰ (۷۹/۵) | ۱۸۸ (۹۷/۹) | ۳۰۸ (۸۹/۸) | | | |
| | روستایی | ۱۹ (۱۲/۶) | ۴ (۲/۱) | ۲۳ (۶/۷) | | | |
| | تامین اجتماعی | ۱۲ (۷/۹) | ۰ (۰) | ۱۲ (۳/۵) | | | |
| | سایر بیمه ها | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| سابقه توده پستانی | کل | ۸ (۵/۳) | ۱ (۰/۵) | ۹ (۲/۶) | | | |
| | بلی | ۱۴۳ (۹۴/۷) | ۱۹۱ (۹۹/۵) | ۳۳۴ (۹۷/۴) | | | |
| | خیر | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| | کل | ۵ (۳/۳) | ۱ (۰/۵) | ۶ (۱/۷) | | | |
| سابقه توده پستانی در بستگان درجه یک | کل | ۱۴۶ (۹۶/۷) | ۱۹۱ (۹۹/۵) | ۳۳۷ (۹۸/۳) | | | |
| | خیر | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| | بلی | ۱۳ (۸/۶) | ۱ (۰/۵) | ۱۴ (۴/۱) | | | |
| | کل | ۱۳۸ (۹۱/۴) | ۱۹۱ (۹۹/۵) | ۳۲۹ (۹۵/۹) | | | |
| سابقه انجام ماموگرافی | کل | ۱۵۱ (۱۰۰) | ۱۹۲ (۱۰۰) | ۳۴۳ (۱۰۰) | | | |
| | خیر | | | | | | |

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار امتیازات سازه های نگرشی زنان روستاهای مداخله و مقایسه برای ترغیب زنان روستایی به انجام

ماموگرافی

| کل | مقایسه | مداخله | دامنه امتیازات | سازه نگرشی |
|------------------------|------------------------|------------------------|----------------|----------------|
| میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | | |
| (۲/۱۴) ۷/۱۹ | (۱/۹۲) ۷/۶۹ | (۲/۲۵) ۶/۵۶ | ۳-۱۵ | حساسیت درک شده |
| (۳/۶۵) ۱۶/۷۴ | (۲/۸۱) ۱۴/۴۵ | (۲/۲۷) ۱۹/۶۵ | ۵-۲۵ | منافع درک شده |
| (۶/۴۱) ۴۲/۳۷ | (۵/۴۳) ۳۹/۳۷ | (۵/۵۷) ۴۶/۰۴ | ۱۳-۶۵ | موانع درک شده |
| (۴/۶۰) ۱۴/۳۶ | (۴/۲۴) ۱۲/۷۲ | (۴/۲) ۱۶/۴۴ | ۵-۲۵ | خود کار آمدی |
| (۲/۶۳) ۱۹/۱۶ | (۲/۱۹) ۲۰/۱۹ | (۲/۵۸) ۱۷/۸۵ | ۵-۲۵ | علائم برای عمل |
| (۱۰/۸) ۱۰۰/۳۸ | (۸/۱۰) ۹۴/۹۴ | (۹/۹۷) ۱۰۷/۰۲ | ۳۱-۱۵۵ | جمع |

References

- Abedian Kasgry, K., Shah Hosseini, Z. and Adeli, H., 2006. Health beliefs about mammography in women referred to health centers of Sari in 2004. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, **16**(54), pp. 90-98 [In Persian].
- Ahmadian, M., Abusamah, A., Redzuan, M. and Emby, Z., 2011. Barriers to mammography among women attending gynecologic out patient clinics in Tehran, Iran. *scientific Research and Essays*, **6**(27), pp. 803-811.
- Allen B. and Bazargan-Hejazi, Sh., 2005. Evaluating a Tailored Intervention to Increase Screening Mammography in an Urban Area. *Journal of the national medical association*, **97**(10).
- Banning, M. and Hafeez, H., 2009. Perceptions of Breast Health Practices in Pakistani Muslim Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **10**, pp. 841-848.
- Farshbaf Khalil, A., Shahnazi, M., Ghavvehchi, A. and Torabi, Sh., 2009. The method of screening for breast cancer and its risk factors in women referred to Tabriz health centers. *Nursing Research*, **4**(12-13), pp. 27-38 [In Persian].
- Fernandez, Maria., Palmer, R. and Leong-Wu, C., 2005. Repeat Mammography Screening Among Low-Income and Minority Women: A Qualitative Study. *Cancer, Culture and Literacy Supplement*, pp. 77-83.
- Han H.R., Lee H., Kim M.T. and Kim K.B., 2009. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. *Health Educ Res*, **24**(2), pp. 318-329.
- Hatefniya, E., Niknami, Sh. and Mahmoudi, M., 2010. Lmyyan Minor impact upon behavior-based training plan to upgrade mammography working women. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, **17**(1), pp. 50-58 [In Persian].
- Hatefniya, E., Niknami, Sh., Mahmoudi, M. and Ghofranipour, F., Lmyyan M., 2010. The impact of education on health belief model on knowledge, attitude and practice of women working in the factories of Pharmaceutical Sciences Tehran on breast cancer and mammography. *Kermanshah University of Medical Sciences Improvement Quarterly*, **14**(1), pp. 42-53 [In Persian].

- Jemal, A., Bray, F., Center Melissa, M., Ferlay, J., Ward, E. and Forman, D., 2011. Global Cancer Statistics. *A Cancer Journal for Clinicians*, **61**(2), pp. 69-90.
- Khalegh nezhad Tabari, N. and Khalegh nezhad Tabari, A., 2008. To assess knowledge, attitudes and behaviors about breast cancer screening of women teachers in Tehran. *Journal of Surgery*, **16**(1), [In Persian].
- Majdzadeh, R., Rashidian, A., Shams, M., Shojaeizadeh, D. and Montazeri, A., 2011. The use of social marketing model for reducing risk behaviors in Tehran taxi driver. *Journal of Public Health, School of Public Health*, **9**(2), pp. 21-40 [In Persian].
- Nekhlyudov, L., Degan D. and Fletcher, S., 2003. Belief and Expectations of Women under 50 old Regarding Screening Mammography A Qualitative Study. *J GEN INTERN MED*, **18**, pp. 182-189.
- Ogedegbe, G., Cassells, A., Robinson, Ch., Duhamel, K., Tobin, J. and Sox, C., 2005. Perceptions of Barriers and Facilitators of Cancer Early Detection among Low-Income Minority Women in Community Health Centers. *Journal of the national medical association*, **97**(2).
- Saatsaz, S., Rezaei, R., Nazari, M., Haji Hosseini, F. and Seyedi Andy, S.J., 2009. The effect of education on teachers' knowledge and practice of breast cancer screening methods. *Diseases of the breast Quarterly*, **2**(3-4) [In Persian].
- Shams, M. and Rashidian, A., 2006. Social marketing: application and advantages of the CME. *Strides in Development of Medical Education, Journal of Medical Education Development Center*, **1**(3), pp. 58-68 [In Persian].
- Shepherd Rosario, M. and Kleier, J., 2010. Spanish Translation and Adaptation of victoria champion's Health Be life Model Scales for Breast Cancer screening-mammography. *Cancer Nursing*, **33**(2).
- Sohl, S. and Moyer, A., 2008. Tailored Interventions to Promote Mammography Screening: A Meta-Analytic Review. *PMC*, **45**(4), pp. 252-261.
- Trigoni, M., Griffiths, F., Tsiftsis, D., Koumantakis, E. and Green, E., 2008. Christos lionis Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. *BMC Womens Health* [online] **8**(20).
- Wok, C., Cant, R. and Sullivan, G., 2005. Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health education research theory & practice*, **20**(6), pp. 739-747.

Using social marketing model to persuade the rural women to do mammography

Shams, M., Ph.D. Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Neyestani, H., MSc. Student, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Ebrahimipour, H., Ph.D. Assistant Professor, Center for Health Sciences Research, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Esmaeili, H., Ph.D. Associate Professor, Center for Health Sciences Research, Department of Biostatistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Vafae- Najar, A., Ph.D. Associate Professor, Center for Health Sciences Research, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran-Corresponding author: VafaeA@mums.ac.ir

Nosrati, M., BSc. North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

Received: Nov 19, 2012

Accepted: Dec 24, 2013

ABSTRACT

Background and Aim: The role of mammography in early detection of breast cancer is evident and persuasion to do that is very important in health sector. Majority of the interventions are based on education and informing and there has been less attention to making mammography cost beneficent. This study aimed at assessing the effect of a social marketing-based intervention to persuade to do mammography in Bojnord.

Materials and Methods: In this quasi-experimental study, two villages around Bojnurd with similar demographic characteristics, considered as intervention and comparison groups randomly. All 35- years and older women consist of 343 women (151 in intervention and 191 in comparison groups) were identified. To obtain the main idea for intervention, and exploring the viewpoints of target group about mammography, a formative research combined of a quantitative survey (through completing the questionnaire for assessing the women's attitudes based on health belief model) and a qualitative study (through establishing four focus group discussions) was done. According to the gathered and analyzed data, an intervention focused on the main barriers designed and implemented through four weeks. One week after the intervention, the number of mammograms in two villages was determined and compared.

Results: Quantitative survey showed that the mean of the scores related to expending time and high economical costs (perceived barriers); not remember to do mammography and fear of exposure to x- ray is less than other constructs. In qualitative study, time expending and high economical cost considered as two main factors related to not doing mammography. After the intervention, 48.1 percent of the women in intervention group went to do mammography and there are no change similar results in comparison group.

Conclusion: Educational interventions are not enough to persuade women to do mammography and we have to consider their perceived barriers and concerns. One of the most effective approach to promote an idea, behavior or service, is identifying the viewpoints of target group and design them as consumer- oriented programs. So, acceptance of the idea and behavior will be cost-beneficent.

Key words: Breast Cancer, Mammography, Social marketing