

ماموگرافی از دیدگاه زنان روستایی بجنورد: پژوهش کیفی جهت طراحی مداخله مبتنی بر بازاریابی اجتماعی

علی وفایی نجار^۱، محسن شمس^۲، حبیب‌اله اسماعیلی^۱، رضا دهنویه^۳، هادی نیستانی^۴،
نادر نیک‌پرست^۵، ملیحه نصرتی^۵، حسین ابراهیمی‌پور^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. با تشخیص زودرس و درمان این بیماری، می‌توان میزان بقای بیماران را افزایش داد. ماموگرافی، یکی از مؤثرترین روش‌ها در تشخیص سرطان پستان در مراحل اولیه است. هدف از اجرای این مطالعه کیفی، بررسی دیدگاه زنان روستایی بجنورد در مورد ماموگرافی، جهت طراحی مداخله مبتنی بر بازاریابی اجتماعی بود.

روش: در این پژوهش کیفی که داده‌های آن به روش بحث گروهی متمرکز گردآوری شد، ۴۶ نفر از زنان واجد شرایط دو روستای مورد و شاهد مشارکت داشتند. بحث‌ها ضبط و پیاده‌سازی شد و به روش تحلیل محتوایی Banner و با استفاده از نرم‌افزار Atlas.ti تحلیل گردید.

یافته‌ها: پنج مفهوم اصلی شامل نقش ماموگرافی در سلامت زنان، موانع عدم انجام ماموگرافی، راهکارهای افزایش انجام ماموگرافی، مکان و کانال‌های مناسب برای ارتباط با زنان روستایی و انتقال محصولات و خدمات به آن‌ها و افراد تأثیرگذار بر رفتار زنان روستایی شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: مداخله مبتنی بر الگوی بازاریابی اجتماعی، می‌تواند بر افزایش میزان ماموگرافی مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: سرطان پستان، ماموگرافی، مطالعه کیفی، بازاریابی اجتماعی، زنان روستایی

ارجاع: وفایی‌نجان علی، شمس محسن، اسماعیلی حبیب‌اله، دهنویه رضا، نیستانی هادی، نیک‌پرست نادر، نصرتی ملیحه، ابراهیمی‌پور حسین. ماموگرافی از دیدگاه زنان روستایی بجنورد: پژوهش کیفی جهت طراحی مداخله مبتنی بر بازاریابی اجتماعی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۲): ۱۸۳-۱۷۳.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۳/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۲/۱۲

درصد رشد دارد و به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰، میزان این سرطان ۲۶ درصد نسبت به میزان کنونی افزایش یابد که عمده آن در کشورهای در حال توسعه خواهد بود (۱، ۲). تنها نیمی از سرطان پستان تشخیص داده شده در جهان، در کشورهای در حال توسعه است؛ اما دو سوم مرگ و

مقدمه

سرطان پستان، شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. میزان بروز این بیماری در دنیا حدود ۱/۳۸ میلیون مورد در سال و موارد مرگ ناشی از آن در دنیا ۴۵۸۵۰۳ نفر گزارش شده است. آمارها نشان می‌دهد که ابتلا به سرطان پستان سالانه ۵

این مطالعه حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد بوده و با کد ۹۰۰۲۹۶ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ثبت گردیده است.

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵- شبکه بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۶- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: ebrahimipour@mums.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر حسین ابراهیمی‌پور

بهترین روش بیماریابی و تشخیص سرطان در مراحل اولیه، در بسیاری از کشورهای جهان نام برده می‌شود (۲)، زیرا حساسیت آن در تشخیص توده‌های پستانی ۸۰ تا ۸۵ درصد است (۱). مطالعات حاکی از افزایش میزان موفقیت درمان سرطان پستان در افرادی است که به وسیله غربالگری ماموگرافی، بیماری آن‌ها در مرحله اولیه کشف شده است (۶). فرشیاف خلیلی و همکاران در مطالعه خود با هدف بررسی میزان کشف پیش از موقع سرطان پستان از طریق غربالگری، نشان دادند که بیماری با استفاده از ماموگرافی حدود ۷۳ درصد و در آزمون غربالگری بدون ماموگرافی فقط حدود ۳۹ درصد قابل شناسایی است (۶).

با وجود دقت و حساسیت بالای تشخیصی، ماموگرافی مقبولیت کمتری در بین زنان کشور ما دارد (۶، ۴). بررسی علل این مشکل از نظر زنان، که گروه مخاطب اصلی هستند، می‌تواند راهکارهایی برای ترویج ماموگرافی ارائه کند. برای بررسی نظرات زنان در مورد ماموگرافی، استفاده از الگوهای برنامه‌ریزی مخاطب محور همچون بازاریابی اجتماعی، به علت تمرکز این الگو بر نظرات مخاطب، می‌تواند بسیار مؤثر باشد.

بازاریابی اجتماعی به معنای طراحی، مداخله و کنترل برنامه‌هایی است که در جستجوی افزایش قابلیت پذیرش نسبت به یک ایده یا عمل اجتماعی در یک گروه مخاطب، تعریف می‌شود (۶). در این فرایند، هدف آن است که با کمک اصول و فنون بازاریابی تجاری، به نیازها و خواسته‌های گروه مخاطب توجه شود و با کاهش موانع و ترغیب آن‌ها برای انجام یک رفتار اجتماعی مطلوب، رفتار مورد نظر در بین آن‌ها ترویج گردد (۷).

بازاریابی اجتماعی، دیدگاه‌ها، خواسته‌ها و نیازهای مخاطب را محور قرار می‌دهد و از اصول و روش‌های بازاریابی تجاری کمک می‌گیرد تا به گروه مخاطب، ایده‌ها و رفتارهای مطلوب را منتقل نماید. اساس بازاریابی اجتماعی، تولید محصول یا مداخله متناسب با نیاز و خواسته‌های مخاطب است که با در نظر گرفتن هزینه‌های مادی و غیر مادی رفتار هدف، در مکان‌های مناسب عرضه محصول یا مداخله انجام می‌گردد و در نهایت، ایجاد نیاز به آن محصول و تداوم نیاز با

میرهای ناشی از این بیماری، در این کشورها اتفاق می‌افتد (۲). سرطان پستان در زنان جنوب شرق آسیا، شایع‌ترین و در شرق و جنوب آسیا، دومین سرطان شایع، به حساب می‌آید. در کشورهای شرق مدیترانه، این سرطان چهارمین علت مرگ است و تخمین زده می‌شود که تا ۱۵ سال آینده، بین ۱۰۰ تا ۱۸۰ درصد افزایش یابد (۳).

نبود نظام ثبت سرطان قابل اعتماد در کشور ایران، باعث شده است که آمار مدون و قابل اعتمادی در مورد میزان بروز، ابتلا و مرگ و میر ناشی از سرطان پستان در کشور موجود نباشد. اما آمارهای غیر رسمی نشان می‌دهند که میزان بروز خام بیماری حدود ۲۰ مورد و به صورت کلی، ۶۰۰۰ مورد سرطان پستان جدید در سال است (۴). میزان شیوع این بیماری، ۱۲۰ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر است (۵).

سرطان پستان با بار مالی ۸۸ میلیارد دلار، جزء سه سرطان پر هزینه دنیا می‌باشد. هزینه متوسط سالیانه یک زن یائسه مبتلا به سرطان پستان در آمریکا، ۱/۵ میلیون دلار برآورد شده است (۱). در مطالعه دیگری بر روی گزارش‌های پاتولوژی نمونه‌های پستان مبتلا به سرطان، میانگین سنی ابتلا به سرطان پستان $9 \pm 45/7$ سال و $34/35$ درصد از موارد سرطان پستان در افراد زیر ۴۰ سال بوده است. همچنین گزارش برگره‌های پاتولوژی پنج بیمارستان شهر تهران نشان داد که شایع‌ترین سن بروز سرطان بین زنان ایرانی ۴۹-۴۰ سال است و زنان ایرانی نسبت به هم‌تایان غربی، ده سال زودتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند (۲).

با وجود پیشرفت‌های تکنیکی، حدود ۳۰ سال است که میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری ثابت مانده است و دلیل اصلی آن مراجعه یک سوم زنان در مرحله پیشرفته بیماری، جهت درمان است؛ در حالی که پیش‌آگهی بهبودی سرطان پستان، به طور مستقیم مرتبط با مرحله‌ای است که بیماری در آن تشخیص داده می‌شود (۶) و یک سوم سرطان‌ها با کشف زودرس و درمان به موقع، به طور کامل معالجه می‌شوند (۱).

با تشخیص زودرس، طول عمر بیش از ۹۰ درصد افراد مبتلا به این سرطان بالا خواهد رفت و ماموگرافی به عنوان

تنها جهت اهداف تحقیق در اختیار گروه محققان قرار می‌گیرد. جلسات با بیان اهداف جلسه و مطالعه و پرسیدن سؤالات باز (از قبل آماده شده) شروع می‌شد و با بحث در بین شرکت کنندگان ادامه پیدا می‌کرد و شرکت کنندگان نظرات خود را در موارد مطرح شده در جلسات بحث گروهی، بیان می‌کردند. این بحث‌ها تا زمانی ادامه پیدا می‌کرد که نظر جدیدی ارایه نمی‌شد (اشباع داده‌ها). صدا و تصویر کلیه جلسات با رضایت کتبی شرکت کنندگان ضبط شد. در طول این جلسات، نویسنده اول (با حضور در همه جلسات و اداره آن‌ها) به همراه دو تسهیل‌گر آموزش دیده، از کلیه بحث‌ها و ارتباطات غیر کلامی در جلسه، یادداشت‌برداری نمودند. زبان اکثر افراد شرکت کننده در جلسات فارسی بود و در مواردی که شرکت کنندگان به زبان فارسی تسلط نداشتند، جلسه به زبان محلی برگزار و بعد از پایان جلسه مطالب به دقت به زبان فارسی ترجمه شد.

مطالب با استفاده از نرم‌افزار Word ۲۰۰۳ پیاده‌سازی شد و در اختیار ۱۲ نفر از افراد شرکت کننده قرار گرفت تا صحت آن‌ها را تأیید نمایند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Atlas.ti ۵/۲ تحلیل شد و موضوعات و زیرموضوعات استخراج گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوایی توصیه شده توسط Banner استفاده شد. این روش، بر عدم تفکیک گردآوری داده‌ها از تحلیل تأکید دارد. ابتدا متن پیاده‌سازی شده بارها توسط پژوهشگر مطالعه گردید و به نوار آن گوش داده شد تا یک ادراک کلی از موضوع به دست آمد. سپس داده‌های مهم شامل تشابهات و افتراقات معانی متون خام اولیه مشخص و معانی این مفاهیم توسط پژوهشگر تعیین شد.

در مرحله بعدی، طبقات اولیه طراحی و درون‌مایه‌ها در آن طبقات قرار گرفتند و با تغییر و جابه‌جایی درون‌مایه‌ها، تلفیق درون‌مایه‌های مشترک و هم‌پوشانی و حذف درون‌مایه‌های نادرست، درون‌مایه‌های اساسی مشترک تعیین شد. استفاده از نظرات متخصصین و کارشناسان جهت بررسی و تأیید درون‌مایه‌ها نیز در طی مراحل مختلف به پژوهشگر کمک کرد تا بتواند عمق معنای مطرح شده توسط مشارکت کنندگان را درک نماید.

استفاده از روش‌های مختلف به گروه هدف ارایه می‌شود. این اجزا (محصول، قیمت، مکان و ترویج) اساس طراحی مداخلاتی است که در آن‌ها، از بازاریابی اجتماعی استفاده می‌شود (۸).

به نظر می‌رسد که با توجه به اهداف، روش‌ها و توجه ویژه بازاریابی اجتماعی به گروه مخاطب، می‌توان از آن در جهت جلب مشارکت زنان در انجام ماموگرافی سرطان پستان استفاده نمود. از این‌رو، پژوهش کیفی حاضر با هدف بررسی دیدگاه زنان روستایی بجنورد در مورد ماموگرافی جهت طراحی مداخله مبتنی بر بازاریابی اجتماعی انجام شد.

روش

در این مطالعه کیفی، برای جمع‌آوری داده‌ها از روش بحث گروهی متمرکز (Focus group discussion) استفاده شد و تعداد چهار جلسه بحث گروهی ۱ تا ۱/۵ ساعت با حضور زنان منتخب در روستاهای مداخله و مقایسه در محل خانه بهداشت روستاها برگزار گردید. علت انتخاب روستای مداخله، بیشتر بودن تعداد زنان دارای توده پستانی در این روستا نسبت به سایر روستاهای اطراف در سال ۱۳۸۹ بود (۹) و روستای مقایسه نیز بر اساس شباهت موجود بین این روستا و روستای مورد نظر سطح سواد، نوع شغل زنان روستایی انتخاب گردید (۹).

زنان منتخب از بین زنان ۳۵ سال و بالاتر ساکن روستا که اسامی آن‌ها در دفاتر خانه بهداشت وجود داشت، به صورت هدفمند (بر اساس نظر همکاران شاغل در خانه بهداشت) و مشارکت حداکثری گروه‌های سنی مختلف، انتخاب و از آن‌ها برای شرکت در جلسات، دعوت به عمل آمد. افرادی که جهت شرکت در جلسه، ابراز عدم تمایل کردند یا توانایی مشارکت در بحث گروهی را نداشتند، از این گروه حذف شدند.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از شروع بحث گروهی، شرکت کنندگان از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. از آن‌ها برای برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده،

«توده‌های پستان، غده‌هایی هستند که در زیر بغل و پستان به وجود می‌آیند».

«توده‌ها برای پیگیری سرطان و بیماری‌های دیگر پستان اهمیت دارند».

«توده‌ها خوش خیم یا بدخیم هستند».

وقتی در مورد تفاوت توده‌ها سؤال شد، یکی از شرکت کنندگان این تفاوت را بدین صورت بیان کرد:

«خوش خیم باشد، غده هست، ولی بیماری خاصی نیست و اگر بدخیم باشد (بیماری) حتما باید پیگیری شود».

در رابطه با اهمیت سرطان پستان، همه زنان به شدت بیماری واقف بودند و این مسأله را با ذکر جملاتی مثل «باعث می‌شود که سینه‌ها را بردارند»، «اگر پستان به سرطان مبتلا و درمان نشود، پستان را قطع می‌کنند» و «فرد (بر اثر سرطان) می‌میرد» بیان کرده‌اند.

از شرکت کنندگان در رابطه با راه‌های شناسایی توده‌ها و نقش ماموگرافی در این مورد پرسیده شد که آن‌ها به معاینه توسط ماما یا پزشک، خودآزمایی پستان و ماموگرافی اشاره نمودند و معتقد بودند که «باید هر زنی هر ماه، خودآزمایی انجام دهد»، «هر چند ماه باید توسط ماما یا پزشک

یافته‌ها

وضعیت متغیرهای جمعیتی زنان شرکت کننده، در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. متغیرهای جمعیتی زنان شرکت کننده

نام متغیر	تعداد (درصد)
گروه سنی (سال)	۳۵-۴۴ (۵۴/۳)
	۴۵-۵۴ (۱۹/۵)
	۵۵-۶۴ (۱۵/۲)
	۶۵ و بالاتر (۱۰/۸)
میزان تحصیلات	بی‌سواد (۳۶/۹)
	ابتدایی و نهضت سوادآموزی (۵۴/۳)
	راهنمایی (۴/۴)
	دبیرستان و بالاتر (۴/۴)

نتایج در ۵ موضوع اصلی و ۲۰ موضوع فرعی دسته‌بندی شد (جدول ۲).

(۱) آشنایی با اهمیت و نقش ماموگرافی در سلامت

یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشتر مشارکت کنندگان در رابطه با توده‌های پستانی اطلاعاتی در حد مطلوب دارند. به عنوان مثال، چند نفر از مشارکت کنندگان در این خصوص اظهار داشتند:

جدول ۲. موضوعات اصلی و موضوعات فرعی به دست آمده از پیاده‌سازی محتوای جلسات

مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی
آشنایی با اهمیت و نقش ماموگرافی در سلامت	۱. عدم توصیه توسط پرسنل بهداشتی
	۲. سواد ناکافی و مشکل ارتباط زبانی
	۳. فرایند پذیرش دفترچه بیمه
	۴. هزینه بالا
موانع	۱. کمبود وقت
	۲. سهل‌انگاری
	۳. عدم درک همسران
	۴. ترس
	۱. اطلاع‌رسانی
	۲. کاهش اتلاف وقت و هزینه
	۳. فرایند پذیرش
	۴. انجام منظم ماموگرافی
راهکارهای افزایش	۱. محل ارایه
	۲. روش ارایه
مکان و کانال‌های مناسب	
افراد تأثیرگذار بر رفتار	

عکس و آزمایش بگیریم» و دیگری می‌گوید: «پرسنل بهداشتی در رابطه با ماموگرافی به ما توصیه می‌کنند، ولی ما خودمان سهل‌انگاری می‌کنیم و پشت گوش می‌اندازیم، کوتاهی از خودمان است؛ مگر این که درد پستان شدید بشود و مجبور شویم تا مراجعه کنیم».

۳-۱-۲) عدم درک همسران؛ زنان روستایی بیان می‌کردند: «همسر ما هنگامی که می‌گوییم ما باید عکس برداریم (ماموگرافی) می‌گویند مگر چه شده است؟، شما که از ما سالم‌تر هستید». البته بعضی از زنان با بیان این که «اگر شوهرمان را خوب توجیه کنیم، آن‌ها راضی می‌شوند، مهم این است که ما خود پیگیر باشیم» مخالفت خود را نشان دادند.

۴-۱-۲) ترس؛ بعضی از زنان اشاره می‌کردند: «آدم می‌ترسد یک کاری بکند و مردم درباره‌اش حرف بزنند و شایعه درست کنند». البته بعضی از زنان نیز از درد انجام ماموگرافی و متورم و دردناک شدن سینه شکایت دارند.

۲-۲) مشکلات انجام ماموگرافی:

۲-۲-۱) هزینه بالا؛ این هزینه‌ها شامل تعرفه ماموگرافی، تردد از روستا به شهر و داخل شهر می‌باشد که شرکت کنندگان نظرات خود را به صورت «هزینه‌اش زیاد است»، «هزینه خیلی زیادی می‌گیرند» و «هزینه کرایه‌ها بالا است»، بیان می‌کنند؛ که به طور اجمالی، می‌توان نظر یکی از شرکت کنندگان را مد نظر قرار داد که: «همه پول کافی ندارند، شاید برای بعضی‌ها پولش مهم نباشد، ولی برای خیلی‌ها پولش مهم است» و دیگری می‌گوید: «بعضی از بی‌پولی نمی‌روند، بعضی از خسیسی» و شرکت کننده دیگری می‌گوید: «چون اکثر روستاییان پول ندارند و کارگر هستند، ما نمی‌توانیم خرج خانواده را صرف انجام ماموگرافی کنیم».

۲-۲-۲) طولانی بودن فرایند پذیرش در بیمارستان؛ که باعث اتلاف زمان زیاد و بروز مشکلات فردی می‌شود. برخی شرکت کنندگان نظرات خود را این گونه بیان می‌کنند: «خیلی اذیت می‌کنند، می‌گویند دستگاه خراب است، یا امروز وقت نداریم، دیر آمدید، دکتر نیست» و دیگری می‌گوید: «هر روز باید مراجعه کنی تا وقت بگیریم»، «یک هفته طول می‌کشد تا یک ماموگرافی انجام بدهی».

معاینه شویم» و «باید هر چند سال یک بار یا مواقعی که ماما توصیه می‌کند، ماموگرافی انجام دهیم».

همچنین نظر شرکت کنندگان در مورد ماموگرافی پرسیده شد که به نظر اکثر شرکت کنندگان، ماموگرافی همان عکس رادیوگرافی سینه است؛ البته در مورد ماموگرافی، نظرات متفاوتی مثل «از داخل سینه نمونه‌برداری می‌شود و بعد نمونه برای آزمایشگاه فرستاده می‌شود» بیان شد که این نظرات توسط سایرین مورد مخالفت قرار گرفت.

در ادامه، در رابطه با نقش و اهمیت ماموگرافی، شرکت کنندگان موارد زیر را بیان نمودند:

«برای پیدا کردن سفتی و غده در سینه که خیلی کوچک‌اند و زیر دست لمس نمی‌شوند»، «بعضی وقت‌ها نمی‌توانیم سفتی‌های خیلی ریز را تشخیص بدهیم، زیر دست معلوم نمی‌شود ولی در عکس (ماموگرافی) توده‌ها تشخیص داده می‌شوند» و «ماموگرافی انجام می‌دهیم که خدای نکرده سرطان نداشته باشیم، که ببینیم سالم هستیم یا نه».

۲) موانع

پاسخ شرکت کنندگان در مورد دلایل عدم انجام ماموگرافی توسط زنان روستایی را می‌توان در دو گروه طبقه‌بندی کرد:

۱-۲) مشکلات فردی و خانوادگی:

۱-۱-۲) کمبود وقت؛ شرکت کنندگان در همه گروه‌ها یکی از دلایل فردی را که مانع انجام ماموگرافی می‌شود، مشغله کاری زیاد زنان روستایی ذکر کردند که یکی از زنان، نظر خود را این گونه بیان 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».

۲-۱-۲) سهل‌انگاری؛ یکی از دلایل دیگر بی‌اهمیت بودن سلامتی، سهل‌انگاری و پشت گوش انداختن بیماری‌ها ذکر شد. زنان روستایی در صورت نداشتن علائم و نشانه‌های بیماری، به پزشک مراجعه نمی‌کنند و زمانی به پزشک مراجعه می‌کنند که بیماری وخیم و علائم آن مشهود باشد. یکی از زنان نظر خود را این گونه بیان می‌کند: «وقتی که ما مشکلی (علائم بیماری) نداریم، نیازی نیست که به دکتر برویم،

بالای ۴۰ سال بروند عکس بگیرند؛ در حالی که اکثر زنان این را نمی‌دانند» و دیگری می‌گوید که «چون بعضی از زنان نمی‌دانند که ماموگرافی چیست» باید در رابطه با آن آموزش کافی بدهید.

بعضی از زنان حتی آموزش را کافی ندانستند و بر ترساندن زنان روستایی از سرطان سینه و عوارض حاصل از آن تأکید و نظرات خود را این گونه بیان می‌کردند: «باید در رابطه با عواقب سرطان، زنان را بترسانید»، «باید بترسد که سرطان چه خطرانی دارد». یکی از شرکت کنندگان نظر خود را در مورد ترساندن این گونه بیان می‌کند که «اگر زنان روستایی را از سرطان سینه بترسانید بهتر است، اگر زنان روستایی را ترسانید، نمی‌روند».

۲-۳) کاهش اتلاف وقت و هزینه:

کاهش هزینه‌ها از مواردی است که شرکت کنندگان تأکید خاصی بر آن داشتند و در بعضی از مواقع، حتی زودتر از آموزش و اطلاع‌رسانی مطرح می‌کردند. شرکت کنندگان نظرات خود را با جملاتی مثل «کاری نکنید که هزینه‌ها کم شود»، «هزینه‌های بیمارستانی را تخفیف بدهید»، «رایگان باشد، خیلی خوب است»، بیان نمودند. در کنار کاهش هزینه‌ها، بعضی شرکت کنندگان بر کاهش اتلاف وقت تأکید کردند و نظر خود را با جمله «باید مشکلات ما را حل کنند» بیان داشتند. یکی از شرکت کنندگان در این زمینه پیشنهاد نمود: «در صورت امکان وسایل ماموگرافی را به روستا بیاورند تا هم هزینه‌ها کاهش یابد و هم دسترسی افراد بیشتر شود».

۳-۳) تسهیل فرایند پذیرش:

یکی از راهکارهایی که برای افزایش انجام ماموگرافی پیشنهاد می‌شد، پذیرش راحت‌تر مراجعین در بیمارستان‌ها و همچنین ارجاع سریع‌تر دفترچه‌های بیمه درمان روستایی توسط پزشک عمومی بود که زنان شرکت کننده این مطالب را با جملاتی مثل «همکاری پزشکان مراکز برای ارجاع به بیمارستان بهتر شود»، «یک برگه بدهید که ما را در بیمارستان تحویل بگیرند» و «دفترچه‌های روستایی را مهر کنید تا بیمارستان دفترچه‌های بیمه روستایی را پذیرش کنند» بیان می‌کردند و در این رابطه، یکی از شرکت کنندگان برای

۲-۲-۳) پذیرش دفترچه‌های بیمه؛ یکی از زنان در این باره می‌گوید: «دفترچه‌های روستایی را خوب پذیرش نمی‌کنند و ادیت می‌کنند». این نظر، نشانه این است که برای پذیرش بیمه درمان روستایی در بیمارستان، این دفترچه‌ها باید حتماً توسط پزشک خانواده روستایی تأیید شود که این هم وقت و هزینه زیادی را تلف می‌کند.

۲-۲-۴) سواد ناکافی و مشکلات ارتباط زبانی؛ همچنین نفهمیدن زبان فارسی و درک نکردن صحبت‌های پزشک؛ این موضوع باعث سرگردانی در شهر و بیمارستان می‌شود، برخی افراد نظرات خود را این گونه بیان می‌کنند: «ما چون فارسی خوب بلد نیستیم در شهر و بیمارستان سر در گم می‌شویم»، «اگر یک نفر همراه ما باشد، راحت‌تریم و زودتر کارها انجام می‌شود»، «ما روستایی هستیم و در شهر آدرس‌ها را بلد نیستیم و برای انجام یک کار در شهر باید از افراد دیگر راهنمایی و آدرس بگیریم و یا حتماً باید یک نفر همراه داشته باشیم که همراه داشتن باعث می‌شود که هزینه‌های ما زیادتر بشود».

۲-۲-۵) عدم توصیه توسط پرسنل بهداشتی؛ یکی از زنان با گفتن: «تا به حال کسی نگفته است که حتماً باید عکس از سینه گرفته شود» به آن اشاره و شرکت کننده دیگر در تکمیل این سخن می‌گوید: «خانه بهداشت بارها برای معاینه سینه گفته، که ما هم انجام داده‌ایم؛ ولی برای عکس به ما نگفته‌اند» و دیگری بیان می‌کند: «ماما و بهداشت برای معاینه سینه بارها گفته‌اند؛ اما برای عکس گرفتن تا حالا من نشنیده‌ام که باید عکس بگیرم».

۳) راهکارهای افزایش انجام ماموگرافی

راهکارهای ارائه شده در مورد افزایش انجام ماموگرافی توسط زنان روستایی را می‌توان در ۴ گروه عمده دسته‌بندی کرد.

۱-۳) اطلاع‌رسانی؛ آموزش و اطلاع‌رسانی در مورد توده‌های پستانی و علائم آن و همچنین نقش ماموگرافی در شناسایی این توده‌ها، از اولین راهکارهایی است که زنان شرکت کننده برای افزایش انجام ماموگرافی بیان می‌کنند و بر این نکته تأکید داشتند که: «باید آموزش کافی بدهید که برای چه باید ما عکس بگیریم». یکی از زنان شرکت کننده بیان می‌کند: «دکتر گفته باید همه زنان

بی‌سوادی، تأثیر این رسانه‌ها را خیلی کم می‌دانستند.

۲-۲-۴) نقش رسانه‌های نوشتاری:

نظرات و پیشنهادهای زنان روستایی در مورد رسانه‌های نوشتاری نیز با هم در تضاد بود و بعضی استفاده از آن را مفید و بعضی دیگر، استفاده از این وسایل را به علت کم‌سوادی و بی‌سوادی و نبود وقت مطالعه، غیر مفید می‌دانستند؛ البته جهت استفاده بهتر از وسایل نوشتاری مثل پمفلت، پیشنهاد شد که این وسایل توسط یک فرد آموزش دیده برای زنان روستایی و به زبان محلی توضیح داده شود.

۵) افراد تأثیرگذار بر رفتار

برخی زنان شرکت‌کننده، در مورد افراد تأثیرگذار، بر نقش پزشک و پرسنل بهداشتی مثل ماما تأکید کردند و علت آن را نیز تحصیلات و دانش آن‌ها ذکر نمودند؛ یکی از شرکت‌کنندگان می‌گفت: «زنان روستایی، بیشتر حرف‌های پزشک را قبول می‌کنند». در مقابل بعضی‌ها بر نقش بهروز و رابط روستایی به علت هم‌زبان بودن و فهمیدن صحبت‌های آن‌ها تأکید داشتند و برخی دیگر، تفاوت‌چندانی را بین این دو قایل نبودند و بیشتر بر این تأکید داشتند که مهم این است که یک نفر زنان روستایی را به انجام ماموگرافی تشویق کند و مهم نیست که این نفر چه کسی باشد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف استفاده از مدل بازاریابی اجتماعی برای تسهیل انجام ماموگرافی در زنان روستایی شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۰ انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از این است که زنان روستایی اطلاعات خوبی در مورد توده‌های پستانی و اهمیت انجام ماموگرافی دارند. Fernandez و همکاران نیز در مطالعه خود اظهار داشته‌اند که زنان به دلیل اهمیت موضوع سرطان، تلاش می‌کنند تا اطلاعات به روز در خصوص موضوع داشته باشند. البته سطح اطلاعات موجود در میان زنانی که تحصیلات مختلف دارند، متفاوت است (۱۰). مشغله زیاد کاری در خانه و رسیدگی به امور خانواده و فرزندان، یکی از مشکلات شایع زنان در این پژوهش بوده است (۱۱، ۱۰). البته در این مطالعه، زنان یکی از علل پایین

پذیرش راحت‌تر مراجعین، پیشنهادی را به صورت «هماهنگی بشود که زنان روستایی به صورت دسته جمعی (گروهی) برای ماموگرافی اقدام کنند که برای این کار باید هماهنگی صورت گرفته و بعد از هماهنگی یک روز قبل به اطلاع زنان روستایی رسانده شود که همه زنان جمع بشوند و برای ماموگرافی اقدام کنند» ارایه داد که این پیشنهاد مورد استقبال سایرین نیز قرار گرفت.

۳-۴) انجام منظم ماموگرافی

پیشنهادهای جالبی که مطرح و مورد توجه قرار گرفت، انجام منظم ماموگرافی برای زنان واجد شرایط بود که مراجعین نظرات خود را این گونه بیان می‌کردند: «همان‌گونه که توصیه به گرفتن وسایل تنظیم خانواده و انجام معاینه خودآزمایی پستان به صورت منظم انجام و در پرونده ثبت و پیگیری می‌شود، در رابطه با انجام ماموگرافی نیز این کار انجام گیرد تا زنان خود را موظف به انجام ماموگرافی بدانند و در صورت انجام ندادن ماموگرافی، توسط پرسنل بهداشتی پیگیری لازم صورت گیرد». بعضی از مراجعین حتی بر اجباری کردن ماموگرافی در موارد لزوم نیز تأکید داشتند.

۴) مکان و کانال‌های مناسب

۱-۴) زنان روستایی در پاسخ به سؤال «بهترین محل برای ارایه محصولات و خدمات به آن‌ها، کجاست؟»، بهترین محل برای ارایه خدمات و محصولات را روستای محل سکونت خود ذکر کردند و در روستا نیز بهترین مکان‌ها را ابتدا خانه بهداشت و سپس مکان‌هایی مثل مدرسه و مسجد بر شمرند. ۲-۴) شرکت‌کنندگان در پاسخ سؤال «بهترین روش ارایه خدمات و محصولات (کانال‌های مناسب) برای افزایش انجام ماموگرافی چیست؟»، نظرات و پیشنهادهای مختلف و گاهی نیز در مخالفت با هم ارایه می‌دادند که این پیشنهادها را می‌توان به صورت زیر جمع‌بندی کرد:

۱-۲-۴) نقش رادیو و تلویزیون:

بعضی با توجه به در دسترس بودن رادیو و تلویزیون، بر نقش آن‌ها تأکید داشتند و آن‌ها را مفید و مؤثر می‌دانستند، اما بعضی دیگر، با ذکر دلایلی مثل مشغله زیاد و نفهمیدن مباحث مطرح شده در این رسانه‌ها، به علت کم‌سواد و

هزینه‌ها به عنوان مانع مطرح نبوده است که علت آن را می‌توان درآمد زنان معلم دانست. بنابراین، با ارایه تسهیلات لازم مثل هزینه تردد به شهر و غیره، می‌توان هزینه‌ها را برای زنان روستایی کاهش داد.

مشکلات مربوط به گرفتن پذیرش ماموگرافی و اتلاف وقت، از دیگر مسایل مشارکت کنندگان در پژوهش بود (۱۱). با انجام هماهنگی‌های لازم از طریق مرکز بهداشت، گرفتن وقت تلفنی یا اینترنتی و غیره، می‌توان تا حدودی این مشکل را حل نمود.

در مطالعه Fernandez و همکاران، بیمه درمان به عنوان یکی از موانع مطرح شده است (۱۰) که با توجه به این که تمام روستاییان کشور بیمه درمان پایه دارند، این موضوع به عنوان مشکل توسط مشارکت کنندگان مطرح نگردید. البته موضوع الزام روستاییان به نظام ارجاع برای استفاده از خدمات تخصصی، موضوعی بود که مورد شکایت مشارکت کنندگان در پژوهش بوده است. به همین دلیل، برای رفع این مشکل، انجام هماهنگی لازم با تیم سلامت آن روستا (پزشک خانواده) لازم است.

سواد ناکافی و مشکلات مربوط به نفهمیدن زبان فارسی، یکی از موانعی است که باعث سرگردانی برخی زنان روستایی شده است. سایر مطالعات نیز این یافته را تأیید می‌نماید (۱۶، ۱۴). باید در طراحی مداخله به مشکل فهم زبان فارسی توجه شود.

عدم آگاهی از انجام حتمی ماموگرافی و همچنین عدم توصیه جدی پزشکان و پرسنل شاغل در سیستم بهداشتی نیز جزء مشکلاتی است که به آن در مطالعات انجام شده در ایران (۱۷، ۶، ۴) و سایر کشورها (۱۵، ۱۴) نیز اشاره شده است. با توجه به اهمیت نظرات پزشکان و پرسنل بهداشتی برای زنان، عدم توجه ایشان به انجام ماموگرافی این گونه تعبیر می‌شود که نیاز به انجام ماموگرافی نیست؛ از این رو توصیه جدی پزشکان و پرسنل بهداشتی به انجام ماموگرافی لازم است.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، راهکارهای افزایش انجام ماموگرافی آموزش و اطلاع‌رسانی در مورد توده‌های پستانی و علایم آن و نقش ماموگرافی در شناسایی این توده‌ها، کاهش هزینه‌ها و اتلاف وقت، پذیرش راحت‌تر در بیمارستان و منظم

بودن انجام ماموگرافی را کار در مزرعه ذکر می‌کنند که به نظر می‌رسد این مشکل بیشتر در گروه زنان روستایی مطرح باشد. از این رو، لازم است در طراحی برنامه‌های مربوط به زنان روستایی، مشارکت آنان در امور کشاورزی و فصول کارهای کشاورزی را مد نظر قرار داد.

یکی از دلایل استقبال کم زنان از ماموگرافی، عدم احساس ضرورت آن در نبود مشکل پستانی است. اغلب افراد تا زمانی که احساس ضرورت نکنند، تمایلی برای انجام آزمایش یا بررسی در خصوص بیماری خود ندارند. این نتیجه در مطالعات انجام شده در ایران (۶، ۴) و سایر کشورها (۱۳-۱۱) به چشم می‌خورد. به همین جهت، لازم است برای حساس‌سازی زنان نسبت به انجام ماموگرافی برای کشف توده‌های پستانی خیلی کوچک و بدون علامت، اقدامات لازم صورت گیرد.

عدم درک و حمایت همسران هم یکی از مشکلات شایع در مطالعه حاضر بود. مشکل حمایت توسط همسر در کشورهای دیگر البته با تفاوت‌هایی جزئی - ناشی از تفاوت فرهنگی - مشاهده شده است (۱۴). به طور معمول، مردان چون تصور دقیقی از موضوع سرطان پستان ندارند و این مشکل در میان آنان کمتر شایع است، به این موضوع کمتر توجه می‌نمایند. بنابراین، لازم است با برگزاری دوره‌های آموزشی مناسب و همچنین حساس‌سازی مردان در خصوص موضوع، این مشکل را حل نمود.

ترس از داشتن سرطان و توده‌های سرطانی، شایعات بعدی آن و دردناک بودن انجام ماموگرافی، از موانع دیگر است که زنان به آن اشاره می‌کنند. مهم‌ترین موضوع برای زنان در این باره، ترس ناشی از برداشتن پستان و عوارض مرتبط با آن برای یک زن است (۱۵، ۱۴، ۱۰). حساس‌سازی زنان برای انجام آزمایش‌های دوره‌ای، آموزش لازم و توضیح در خصوص تأثیر تشخیص زودتر در حل مشکل احتمالی، می‌تواند تمایل زنان برای انجام این امر را افزایش دهد.

بالا بودن هزینه‌ها نیز جزء مشکلاتی است که سایر مطالعات به آن اشاره کرده‌اند (۱۴، ۱۰). در مطالعه خالق‌نژاد طبری و خالق‌نژاد طبری (۴) بر روی زنان معلم، موضوع

نتیجه‌گیری

برای طراحی یک مداخله بازاریابی اجتماعی مؤثر در این زمینه، باید با استفاده از آمیزه‌های بازاریابی اجتماعی در زمینه کاهش موانع و تقویت راهکارهای انجام ماموگرافی اقدام نمود. به همین سبب و بر اساس مدل بازاریابی اجتماعی، انجام ماموگرافی به عنوان محصول مورد نظر در این مطالعه پیشنهاد و در رابطه با آمیزه قیمت در مدل بازاریابی اجتماعی، به نظر می‌رسد که ارایه ۵۰ درصد تخفیف هزینه انجام ماموگرافی، هزینه رایگان ویزیت پزشکان و تردد گروهی و به همراه یک راهنما و با هزینه رایگان به بیمارستان عمومی شهر و همچنین کاهش اتلاف وقت از طریق هماهنگی در پذیرش راحت‌تر بیمارستان، می‌تواند مد نظر قرار گیرد. در رابطه با ترویج نیز استفاده رابط روستایی آموزش دیده (بازاریاب) برای ارایه اطلاعات و هماهنگی با زنان روستایی جهت کاهش سردرگمی زنان و همچنین در رابطه با مکان نیز، سطح روستا به عنوان مکان ارایه محصولات آموزش‌ها در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه نتایج بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد بوده و با کد ۹۰۰۲۹۶ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ثبت گردیده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری کلیه زنان روستایی شرکت کننده در جلسات بحث گروهی و به‌روران محترم خانم‌ها کچرانلویی و حصارى که ما را در برگزاری جلسات بحث گروهی کمک و یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

شدن انجام ماموگرافی در سیستم بهداشتی هستند که این راهکارهای ارایه شده، کم و بیش در سایر مطالعات نیز ارایه شده‌اند، به طور مثال می‌توان به راهکار نقش روزنامه، مجله و تلویزیون برای اطلاع رسانی (۱۲)، کاهش هزینه، بیمه درمان، و توصیه رسانه‌ها و محل مناسب ماموگرافی (۱۴) و توصیه‌های سیستم بهداشتی برای انجام ماموگرافی (۱۰) اشاره کرد. می‌توان از راهکارهای ارایه شده در طراحی مداخله مورد نظر برای افزایش ماموگرافی استفاده نمود.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که زنان روستایی، بهترین محل ارایه خدمات و محصولات را، روستای محل سکونت خود و خانه بهداشت موجود در آن می‌دانند. در رابطه با کانال و رسانه انتقال پیام‌ها، با توجه به شرایط زنان، نظرات مختلف و گاه متناقضی ارایه شد و همچنین در رابطه با افراد تأثیرگذار، بعضی به نقش پزشک و پرسنل تأکید کردند و بعضی دیگر، بر رابط روستایی به علت هم زبان بودن با افراد روستایی تأکید داشتند.

محدودیت‌ها

نتایج این پژوهش، مانند تمامی مطالعات کیفی، وابسته به زمان است. همچنین، به دلیل این که جامعه این پژوهش یک گروه از زنان با شرایط خاص جغرافیایی، فرهنگی و قومی را مد نظر داشته است، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط بیشتری به سایر شرایط جغرافیایی و فرهنگی تعمیم داده شود. ممکن است موضوع حیا و عدم تمایل برای صحبت در خصوص موضوعی که شاید بیشتر خانم‌ها با آن مواجه هستند، می‌توانسته مانع حضور برخی زنان در مطالعه شود که محقق تلاش کرد با صحبت با این افراد، تا حدی از ابعاد این مشکل بکاهد.

References

1. Abedini M, Kaviani A, Allameh M, Esmaeil Motlag M. Breast diseases: clinical exam and diagnosis methods for physicians and health workers of health centers. Tehran, Iran: Mezrab; 2010. [In Persian].
2. Hatefnia E, Niknami SH, Mahmoudi M, Ghofranipour F, Lamyian M. The effects of health belief model education on knowledge, attitude and behavior of Tehran pharmaceutical industry employees regarding breast cancer and mammography. Behbood 2010; 14(1): 42-53.
3. Breast cancer in developing countries. Lancet 2009; 374(9701): 1567.
4. Khaleghnejad Tabari N, Khaleghnejad Tabari A. The assessment of knowledge, attitude and behavior towards breast cancer screening methods among female teachers in Tehran. Journal of Iran Surgery 2008; 1(16): 46-54.
5. Hatefnia E, Niknami SH, Mahmudi M, Lamyian M. The Effects of "Theory of Planned Behavior" based education on the promotion of mammography performance in employed women. J Birjand Univ Med Sci 2010; (17): 1-50.

6. Farshbaf Khalili A, Shahnazi M, Ghahvechi A. Performance conditions of breast cancer screening methods and its efficient factors among women referring to health centers of Tabriz. *Iran J Nurs Res* 2009; 4(13): 27-38.
7. Shams M, Rashidian A. Social Marketing: application and advantage in continuous medical education. *Strides Dev Med Educ* 2006; 3(1): 58-68.
8. Shams M, Rashidian A, Shojaezadeh D, Majdzadeh R, Montazary A. Attitudes and risky driving behaviors among taxi drivers in Tehran. *Payesh* 2010; 9(4):403-16. [In Persian].
9. Bojnord University of Medical Sciences. Annual Report of breast clinical exam. Bojnord, Iran: Bojnord Health Center, Bojnord University of Medical Sciences; 2010. [In Persian].
10. Fernandez ME, Palmer RC, Leong-Wu CA. Repeat mammography screening among low-income and minority women: a qualitative study. *Cancer Control* 2005; 12(Suppl 2): 77-83.
11. Trigoni M, Griffiths F, Tsiftsis D, Koumantakis E, Green E, Lionis C. Mammography screening: views from women and primary care physicians in Crete. *BMC Womens Health* 2008; 8: 20.
12. Nekhlyudov L, Ross-Degnan D, Fletcher SW. Beliefs and expectations of women under 50 years old regarding screening mammography: a qualitative study. *J Gen Intern Med* 2003; 18(3): 182-9.
13. Tejada S, Thompson B, Coronado GD, Martin DP. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. *Soc Sci Med* 2009; 68(5): 832-9.
14. Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, Tobin JN, Sox CH, et al. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc* 2005; 97(2): 162-70.
15. Kwok C, Cant R, Sullivan G. Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Educ Res* 2005; 20(6): 739-47.
16. Banning M, Hafeez H. Perceptions of breast health practices in Pakistani Muslim women. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009; 10(5): 841-7.
17. Ahmadian M, Abu Samah A, Redzuan M, Emby Z. Barriers to mammography among women attending gynecologic out patient clinics in Tehran, Iran. *Scientific Research and Essays* 2011; 6(27): 5803-11.

Mammography in Rural Areas of Iran: A Qualitative Study for Designing a Social Marketing Intervention

Ali Vafae-Najar¹, Mohsen Shams², Habibollah Esmaeily¹, Reza Dehnavieh³, Hadi Neyestani⁴, Nader Nikparast⁵, Maliheh Nosrati⁵, Hossein Ebrahimipour¹

Original Article

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common cancer leading to death in women. So, early detection and treatment of it is very important and increase the patient survival. Mammography is one of the most effective methods for diagnosis of the breast cancer. We aimed to study for designing a social marketing intervention in rural areas of Bojnourd, Iran to propagate using mammography among women.

Method: In this qualitative study, 46 women in four focus group discussions (FGD) discussed their views and ideas about mammography. All discussions were voice-recorded and written by two note takers. Using ATLAS.ti5.2 software, the collected data were analyzed.

Results: Five main themes including mammography in general, barriers to doing mammography, appropriate communication methods and channels and opinion leaders for them to do this exam, were extracted.

Conclusion: Designing a social marketing-based intervention can be useful for propagation of using mammography among women.

Keywords: Breast cancer, Mammography, Qualitative study, Social marketing, Rural women

Citation: Vafae-Najar A, Shams M, Esmaeily H, Dehnavieh R, Neyestani H, Nikparast N, et al. **Mammography in Rural Areas of Iran: A Qualitative Study for Designing a Social Marketing Intervention.** J Qual Res Health Sci 2013; 2(2): 173-83.

Received date: 02/05/2013

Accept date: 04/06/2013

1- Associate Professor, Health Sciences Research Center, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Yasouj University of Medical Sciences, Yasouj, Iran

3- Assistant Professor, Research Center for Health Services Management, Institute for Future Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

4- MSc Student, Student Research Committee, School of Health, Mashhad University Of Medical Sciences, Mashhad, Iran

5- North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

6- Associate Professor, Research Center for Health Sciences, Department of Health and Management, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Hossein Ebrahimipour, Email: ebrahimipourh@mums.ac.ir