

مطالعه ی ارتباط و ویژگی های فردی و نشانه های بالینی بیماران با سرطان پستان

نسترن میرفرهادی^۱، دکتر عاطفه قنبری^۲، دکتر عباس رحیمی^۳

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص به موقع، یک اصل مهم در سرطان است که درمان زود هنگام با انتظار بهبود نتایج را ممکن می سازد. هدف این مطالعه تعیین ارتباط ویژگی های فردی و نشانه های بالینی بیماران با سرطان پستان بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی به صورت مقطعی، تعداد ۲۳۲ بیمار زن با تشخیص قطعی سرطان پستان را که به بیمارستان رازی شهر رشت مراجعه کرده بودند، با استفاده از پرسشنامه محقق ساخت شامل اطلاعات دموگرافیک و نشانه های بالینی بررسی کرده است. داده های مربوط به نتایج ماموگرافی، سایز تومور و مرحله ی آسیب شناسی تومور از پرونده پزشکی بیماران استخراج گردید. تحلیل داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد و جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار و جهت آمار استنباطی از آزمون Fisher در سطح معنی داری $p=0/05$ استفاده شد.

یافته ها: میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $49/80 \pm 10/27$ سال بود. ۴۴ نفر (۱۹٪) از بیماران سابقه ی انجام ماموگرافی منظم قبل از بیماری را داشتند. ۱۰۴ نفر (۴۴/۸٪) در اولین مراجعه به جراح مراجعه کرده بودند. ۱۳۶ نفر (۵۸٪) زنان در مرحله ۳ بیماری قرار داشتند. ۱۲۹ نفر (۶۰٪) بیماران در زمان تشخیص اندازه ی تومور بیشتر از ۵ سانتی متر و ۱۰۶ نفر (۴۶٪) درگیری غدد لنفاوی داشتند. بیماران با سرطان پیشرفته ی پستان به طور معنی داری سطح تحصیلات ($p=0/04$) و درآمد پایین تر ($p=0/01$) بودند.

نتیجه گیری: شناسایی عوامل فردی و بالینی مرتبط با سرطان پستان می تواند اطلاعات اساسی جهت تدوین برنامه های آموزش سلامت، غربالگری و ارائه راه کارهای مناسب جهت رفع موانع درمانی و مراقبتی فراهم آورد.

واژه های کلیدی: سرطان پستان، تظاهرات بالینی، ویژگی های فردی

دریافت مقاله : شهریور ۱۳۹۵

پذیرش مقاله : دی ۱۳۹۵

*نویسنده مسئول :

دکتر عاطفه قنبری؛

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

دانشگاه علوم پزشکی گیلان

Email :

at_ghanbari@gums.ac.ir

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

^۲ دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

^۳ استادیار گروه رادیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

مقدمه

۲۱٪ در مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری، ۴۷/۵٪ درگیری غدد لنفاوی و ۶/۷۷٪ سابقه‌ی خانوادگی مثبت سرطان پستان را ذکر نمودند (۱۶). همچنین مطالعه‌ی رفت و عطری در سال ۱۳۸۹ در زنان مبتلا به سرطان پستان در تهران نشان داد که میانگین سنی بیماران ۴۹ سال بود. ۷۴/۵٪ بیماران در زمان تشخیص اندازه‌ی تومور بیشتر از ۲ سانتی متر و ۷۸/۳٪ بیماران در مرحله ۲ و بالاتر با درگیری حداقل یک گره غدد لنفاوی قرار داشتند. فاصله بیش از ۲/۵ ماه بین زمان شک به بیماری و زمان تشخیص قطعی وجود داشت (۱۵). نتایج مطالعه‌ی حریرچی و همکاران در سال ۲۰۰۵ در زنان مبتلا به سرطان پستان پیشرفته در تهران، نشان داد که در ۶۸٪ از بیماران زمان شک به بیماری و زمان تشخیص قطعی بیشتر از یک ماه بود و این تاخیر به طور قابل ملاحظه‌ای با سن بالاتر، تاهل، درآمد و تحصیلات پایین‌تر، زندگی در شهرهای کوچک و نداشتن سابقه از سرطان پستان ارتباط داشت (۱۶).

یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند بر مرگ و میر ناشی از سرطان در یک جمعیت تاثیر بگذارد، مرحله‌ی است که طی آن بیماری تشخیص داده می‌شود و مورد توجه پزشکی قرار می‌گیرد. در مطالعه‌ی Pineros و همکاران در کلمبیا و مطالعه‌ی Arndt و همکاران در آلمان رابطه‌ی قوی بین مرحله‌ی بیماری و زمان مراجعه‌ی بیماران مشاهده گردید (۱۷ و ۱۸)؛ به طوری که اکثر بیماران با تاخیر در مراجعه در مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری مراجعه کرده بودند. توسعه‌ی راهبردهای جدید موثر بر شناخت سرطان پستان، مستلزم شناخت ویژگی‌های مرتبط با بیماران در مراحل اولیه بروز بیماری دارد. از این رو به دلیل شیوع رو به رشد سرطان پستان در منطقه، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط ویژگی‌های فردی و نشانه‌های بالینی بیماران با بیماری سرطان پستان در شهرستان رشت، در استان گیلان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی از مهر ۱۳۸۹ تا خرداد ۱۳۹۱ انجام شد. شرکت کنندگان ۲۳۲ بیمار با تشخیص قطعی سرطان پستان تحت درمان در بیمارستان رازی شهرستان رشت، بودند. معیار ورود به مطالعه شامل این موارد بود: تشخیص قطعی سرطان در دو سال اخیر و تمایل به شرکت در تحقیق، اخذ رضایت آگاهانه از تمامی شرکت کنندگان قبل از شرکت در مطالعه. مصاحبه‌ها توسط یک فرد آموزش دیده در روزهای شنبه و دوشنبه از ساعت ۴ تا ۸ بعد از ظهر در زمان مراجعه‌ی بیماران به درمانگاه رادیوتراپی بیمارستان رازی

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان و دومین علت منجر به مرگ در زنان سراسر جهان می‌باشد (۱). هرسال بیش از یک میلیون زن در سرتاسر جهان با سرطان پستان تشخیص داده می‌شوند و ۵۰۲۰۰۰ نفر از آنان جان خود را از دست می‌دهند (۲)، در آمریکا یک زن از هر هشت زن و در اروپا، یک زن از هر ده زن در طول زندگی به سرطان پستان مبتلا می‌شود (۳). افزایش میزان سرطان پستان در سال‌های اخیر، این بیماری را به عنوان رایج‌ترین بدخیمی در زنان ایرانی تبدیل نموده است و میزان بروز آن ۲۳/۱۶ مورد در هر صد هزار زن برآورد شده است (۴). میزان بروز سرطان بعد از ۳۰ سالگی به طور ناگهانی افزایش می‌یابد و تقریباً ۷۵ تا ۸۰٪ سرطان‌های پستان در زنان بالای ۵۰ سال تشخیص داده می‌شوند (۵). بیماران با مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری و سن پایین‌تر (تقریباً ۱۰ سال) نسبت به سایر کشورهای غربی مراجعه می‌نمایند (۶ و ۷). بر طبق آمار معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سرطان پستان سومین سرطان شایع در این استان، پس از سرطان‌های پوست و معده گزارش شده است (۸). برابر گزارش سازمان بهداشت جهانی اولین راه کنترل مرگ و میر ناشی از سرطان پستان، تشخیص و درمان اولیه بیماری است. کشف اولیه سرطان پستان همواره یک چالش مهم برای نظام سلامت همه کشورها است (۹). به دلیل فقدان یک برنامه آموزشی یا غربالگری منظم برای شناخت اولیه سرطان پستان در ایران، حدود ۷۰٪ از زنان در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه می‌کنند (۱۰). تاخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان مقوله‌ی مهمی است که می‌تواند باعث پیشرفت بیماری و نهایتاً افزایش مرگ و میر و کاهش میزان بقای بیماران شود (۱۱). هنگامی که تومور سرطانی کوچکتر است، درمان آن با جراحی‌های محافظه کارانه و حفظ پستان با موفقیت بیشتری همراه است (۱۲) و جراحان تمایل بیشتری به انجام جراحی محافظه کارانه دارند و در نهایت کیفیت زندگی بیماران بهتر خواهد بود (۱۳). براساس مطالعات انجام شده مرحله‌ی تفسیر علایم و تصمیم‌گیری در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌تواند تحت تاثیر عوامل متعدد از قبیل سن، جنس، نژاد، وضعیت تاهل، تجربه قبلی با بیماران مبتلا به سرطان، طبقات اجتماعی اقتصادی، موقعیت جغرافیایی، روابط خانوادگی و وضعیت سلامتی قرار بگیرد (۱۴ و ۱۵). بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و نشانه‌های بالینی بیماران مبتلا به سرطان پستان در مطالعه‌ی ملکی در سال ۱۳۸۹ در ارومیه نشان داد که اکثریت بیماران در محدوده سنی ۴۰ تا ۴۹ سال قرار داشتند.

داده شد. پس از جمع آوری نظرات و پیشنهادهای و انجام اصلاحات لازم پرسشنامه های نهایی تنظیم و اقدام به تبیین پایایی آن شد. جهت تعیین پایایی ابزار گردآوری داده ها از روش آزمون-آزمون مجدد استفاده شد. به این منظور پرسشنامه ها با فاصله دو هفته به ۳۰ نفر از نمونه ها داده شد ($t=0/91$). برای برآورد حجم نمونه با در نظر گرفتن $P=0/68$ (میزان تاخیر بیماران در مطالعه قبلی) و $d=0/06$ و سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه ۲۳۲ نفر برآورد شد. داده های جمع آوری شده وارد نرم افزار SPSS (نسخه ۱۹) گردید. جهت توصیف داده ها از (میانگین، میانه و انحراف معیار) و آزمون استنباطی (تست فیشر) در سطح معنی داری ($P \leq 0/05$) استفاده گردید. این پژوهش در کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان تایید شد.

یافته ها

۲۳۲ بیمار زن با تشخیص قطعی سرطان مورد مطالعه قرار گرفتند. از ۲۳۲ بیمار در محدوده سنی ۲۷ تا ۸۶ سال حدود نیمی از بیماران در دامنه سنی بیشتر از ۵۰ سال قرار داشتند.

جهت کنترل توسط پزشک متخصص رادیوتراپی انجام گرفت. طول مدت هر مصاحبه به طور متوسط ۱۵-۲۰ دقیقه بود. جهت انجام این مطالعه از پرسشنامه ای محقق ساخت استفاده گردید. شرکت کنندگان به یک پرسشنامه دو بخشی شامل: بخش اول اطلاعات فردی اجتماعی (سن، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، متوسط درآمد ماهیانه، سن فرزندان، بیمه و بیمه تکمیلی)، بخش دوم اطلاعات بالینی (سابقه خانوادگی مشکلات پستان، نسبت فرد مبتلا در افراد با سابقه ی مثبت، سابقه ی بیماری مزمن، سابقه ی قبلی ماموگرافی، دفعات ماموگرافی، برنامه ی منظم مراجعه به پزشک، اولین علامت شک به توده، فاصله بین زمان تشخیص تا مراجعه به پزشک و اولین فرد مورد مراجعه ی بیمار) پاسخ می دادند. اطلاعات مربوط به سائز تومور، تعداد غدد لنفاوی خارج شده، تعداد غدد لنفاوی درگیر، وجود متاستاز و مرحله بیماری از پرونده پزشکی بیماران استخراج گردید. در این تحقیق جهت تعیین روایی ابزار با استفاده از روش اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار ده تن از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت قرار

جدول ۱: ویژگی های فردی و بالینی بیماران با سرطان پستان

متغیر	تعداد	درصد	
سن (سال)	کمتر از ۴۰	۳۱	۱۳
	۴۰ تا ۵۰	۸۸	۳۸
	بیشتر از ۵۰	۱۱۳	۴۹
وضعیت اشتغال	شاغل	۴۴	۱۹
	غیر شاغل	۱۸۸	۸۱
متوسط درآمد ماهیانه	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۱۲۰	۵۱
	۵۰۰ هزار تومان تا ۷۵۰ هزار تومان	۸۵	۳۷
	۷۵۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان	۲۱	۹
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۱۹	۸
	یک فرزند	۲۹	۱۳
	۲ تا ۳ فرزند	۱۲۴	۵۳
بیمه تکمیلی	بیشتر از ۳ فرزند	۶۰	۲۶
	دارد	۹۱	۳۹
نسبت فرد مبتلا در افراد با سابقه مثبت سرطان پستان	درجه اول	۳۱	۱۱
	درجه دوم	۳۳	۱۴
سابقه ابتلا به بیماری مزمن	دارد	۷۸	۳۴
	دارد	۳۲	۱۴



۳/۵	۸	هر ۳ ماه یکبار	
۱۵/۵	۳۶	هر ۶ ماه یکبار	
۱	۲	هر یک سال	دفعات ماموگرافی
۸۰	۱۸۶	هیچکدام	
۲۲	۵۰	دارد	برنامه منظم مراجعه به پزشک
۰	۰	هر ۳ ماه	
۷	۱۶	هر ۶ ماه	
۱۹	۴۳	هر یک سال	دفعات مراجعه به پزشک
۷۴	۱۷۳	هیچکدام	
۶۸	۱۶۰	توده	
۲۰	۴۶	درد	
۱	۳	زخم	
۳	۶	ترشح	اولین علامت منجر به شک
۵	۱۱	عدم تقارن	
۲	۴	فرورفتگی پوست	
۱	۲	قرمزی	
۵۳	۱۲۳	دارد	تاخیر بیمار (بیشتر از یک ماه) فاصله بین تشخیص اولین علائم توسط بیمار تا اولین مشاوره پزشکی
۴۷	۱۰۹	ندارد	
۴۵	۱۰۴	جراح	
۳۷	۸۶	متخصص زنان	
۳	۷	ماما	اولین فرد مورد مراجعه بیمار
۱۴/۵	۳۴	پزشک عمومی	
۰/۵	۱	بهورز	

منجر به کشف بیماری گردید و در ۱۶۰ مورد (۶۶٪) کشف توده، اولین علامت جهت مراجعه به پزشک بود. سایر علائم پستان از قبیل: درد، زخم، ترشح و خونریزی از نیپل، فرورفتگی و کشیدگی پوست (۳۴٪) موارد را تشکیل دادند (جدول ۱).

بیشتر بیماران ۸۸ نفر (۳۸/۸٪) در گروه سنی ۴۵-۵۴ سال بودند. ۱۵۲ نفر (۶۵٪) ساکن شهر، ۸۶ نفر (۳۶٪) دارای سواد خواندن و نوشتن و ۱۹۸ نفر (۸۵٪) متاهل بودند. ۲۱۶ نفر (۹۳٪) زیر پوشش بیمه قرار داشتند. ۲۷/۶٪ سابقه خانوادگی سرطان پستان را ذکر نمودند. در ۲۱۱ مورد (۹۱٪) معاینه توسط خود بیمار

جدول ۲: توزیع مرمله بندی سرطان در بیماران با سرطان پستان در زمان ظهور بیماری

متغیر	تعداد	درصد
سایز تومور	۳۴	۱۵
	۵۹	۲۵
	۱۳۹	۶۰
درگیری غدد لنفاوی	۱۰۶	۴۶
	۷	۳
متاستاز	۳۴	۱۴
نامعلوم	۱۹۱	۸۳

۷/۸	۱۸	۱
۵۸/۵	۱۳۶	۲
۳۳/۵	۷۸	۳

مرحله بیماری

وجود نداشت. در ۸۳٪ موارد وجود متاستاز نامعلوم بود. ۵۸٪ بیماران در زمان مراجعه در stage ۲ بیماری قرار داشتند.

۱۲۹ نفر (۶۰٪) در زمان تشخیص اندازه تومور بیشتر از ۵ سانتی متر داشتند (جدول ۲). در ۴۶٪ موارد درگیری غدد لنفاوی

جدول ۳: ارتباط ویژگی های فردی موثر بر تأخیر بیماران با سرطان پستان

آزمون فیشر P-value	بی تاخیر		با تاخیر		متغیرهای موثر بر تاخیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۹	۱۳/۸	۱۵	۲۸/۵	۳۵	بی سواد
	۳۸/۵	۴۲	۳۵/۸	۴۴	زیر دیپلم
	۳۸/۵	۴۲	۲۹/۲	۳۶	دیپلم
	۹/۲	۱۰	۶/۵	۸	دانشگاهی
۰/۰۰۶	۴۱/۳	۴۵	۶۱/۰	۷۵	۵۰۰ هزار <
	۳۹/۹	۴۷	۳۰/۹	۳۸	بین ۵۰۰-۷۵۰ هزار
	۹/۹	۱۴	۵/۷	۷	بین ۷۵۰-۱ میلیون
	۲/۸	۳	۲/۴	۳	<۱۰۰۰۰۰۰
۰/۰۱	۹۷/۲	۱۰۶	۸۹/۴	۱۱۰	دارد
	۲/۸	۳	۱۰/۶	۱۳	ندارد

۴۹/۴۹ سال گزارش شده بود. این میانگین سنی کمتر از اعدادی است که در کشورهای غربی گزارش شده است (۱۷ و ۱۸). پایین بودن سن سرطان در کشور ما را می توان به جوانتر بودن جمعیت کشور ما و تفاوت های نژادی مرتبط دانست.

در مطالعه ی حاضر اکثر بیماران کشف توده را اولین علامت شک به بیماری بیان نمودند. وجود توده به عنوان شایع ترین علامت سرطان پستان باید مورد توجه مستقیم بیمار به عنوان ابزار اولیه کشف سرطان پستان قرار بگیرد. ۱۹٪ از بیماران از برنامه ی منظم معاینه ی پستان برخوردار نبودند. تحقیقات قبلی صورت گرفته در ایران نیز نشان داد که میزان انجام خودآزمایی پستان در زنان ایرانی رضایت بخش نمی باشد؛ به طوری که در مطالعات طوافیان و همکاران (۱۹) و منتظری و همکاران (۲۰) و جروندی و همکاران (۲۱) به ترتیب تنها ۶٪، ۱۷٪ و ۶٪ زنان خودآزمایی پستان را به طور منظم انجام می دادند. این محققان پایین بودن وضعیت اقتصادی اجتماعی، سطح پایین تحصیلات و فقدان دانش در خصوص سرطان پستان و خودآزمایی پستان را، مهمترین دلایل عدم انجام خودآزمایی پستان برشمردند.

بررسی ارتباط ویژگی های فردی با زمان مراجعه بیماران با استفاده از آزمون فیشر نشان داد که بیماران با تاخیر در مراجعه به طور معنی داری با سطح تحصیلات (p=۰/۰۴) و درآمد پایین تر (p=۰/۰۱) ارتباط داشتند؛ همچنین ۶۹٪ افرادی که تاخیر در مراجعه داشتند بیمه تکمیلی نداشتند (p=۰/۰۰۷) (جدول ۳). بین سایر ویژگی های فردی (سن، محل سکونت، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و تعداد فرزندان) و نشانه های بالینی با تاخیر بیماران در مراجعه، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نگردید.

بحث

سرطان پستان شایع ترین نوع سرطان در زنان جهان است و میزان بروز این بیماری به سرعت در حال افزایش است. هدف این مطالعه تعیین ارتباط ویژگی های فردی و نشانه های بالینی در بیماران با سرطان پستان بود. نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی بیماران ۱۰/۲۷ ± ۴۹/۸۰ بود. در مطالعه رافت و عطری (۱۵) و ملکی (۱۶) به ترتیب در تهران و ارومیه نیز میانگین سنی بیماران در زمان ظهور بیماری به ترتیب ۱۰/۴۶ ± ۴۹/۳۸ و



مقایسه ی این ارقام با کشورهای توسعه یافته، تفاوت های آشکاری را نشان می دهد. به طوری که در ایالت متحده آمریکا ۷۵٪ زنان برنامه ی اصلاح شده ی منظم دارند (۲۲). همچنین اکثریت بیماران مورد مطالعه به ترتیب ۸۶٪ و ۷۸٪ از برنامه منظم ماموگرافی و مراجعه منظم به پزشک جهت معاینه پستان، برخوردار نبودند. با توجه به برخی از خصوصیات سرطان پستان از قبیل رشد آهسته، قابل تشخیص بودن در مراحل اولیه و موثر بودن درمان، آموزش عموم در مورد نیاز برای شناسایی زود هنگام سرطان پستان توسط غربالگری حائز اهمیت است (۱۶). مطالعات موجود نشان داد که مرگ و میر زنان شرکت کننده در غربالگری سرطان پستان تا میزان ۴۰٪ کاهش می یابد. علاوه بر این، غربالگری روش هایی برای ارزیابی خطر سرطان پستان با استفاده از مدل های ریاضی برای عموم وجود دارند، که می توان با استفاده از آنها احتمال بروز سرطان موضعی و مهاجم پستان را براساس عوامل مهم بالینی خطر زا برای چند سال آینده و همچنین مادام العمر تخمین زد (۲۳). بنابراین، خطوط راهنمای کشف اولیه سرطان پستان با تاکید بر انجام معاینه ی بالینی پزشک، انجام خودآزمایی ماهیانه و ماموگرافی سالیانه، طبق پروتکل باید در برنامه ی جامع کشوری قرار گیرد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماران زیر پوشش بیمه و بیمه تکمیلی از تاخیر قابل ملاحظه ی کمتری برخوردار بودند که این امر می تواند به دلیل تحت پوشش قرار گرفتن ویزیت و آزمایش های تشخیصی و درمانی توسط بیمه های سلامت باشد که تا حدی سبب تعدیل هزینه های سنگین متحمل از رویه های تشخیصی و درمانی در بیماران می گردد و شانس تشخیص به موقع سرطان پستان در این گروه را افزایش می دهد. نتایج حاضر مشابه نتیجه ی مطالعه ی Golshan و همکاران در کشور آمریکا می باشد (۲۴). بررسی اطلاعات مربوط به پرونده پزشکی بیماران نشان داد که ۱۳۹ نفر (۶۰٪) از بیماران در زمان تشخیص، تومور بالای ۵ سانتی متر و ۶۶٪ درگیری غدد لنفاوی داشتند که می توان نتیجه گرفت علایم بیماری زمانی توسط افراد تشخیص داده شد که تومور پیشرفت کرده و کاملاً قابل لمس می باشد. این مسئله ضرورت توجه به ارتقای سطح آگاهی افراد نسبت به بیماری، جدی گرفتن علایم و تسهیلات جهت انجام ماموگرافی هر سه سال یکبار در سن بالای ۴۰ سال را می رساند. این یافته همسو با نتایج مطالعات Pineros و همکاران در کشور کلمبیا (۱۷) و Huo و همکاران در کشور چین (۲۵) است که اکثریت بیماران در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه کردند. علیرغم پیشرفت های تکنیکی در جراحی و شیمی درمانی و رادیوتراپی، میزان مرگ و میر ناشی از این بیماری برای حداقل ۳۰ سال ثابت

مانده است و دلیل اصلی آن مراجعه ۱/۳ درصدی زنان در مرحله پیشرفته جهت درمان می باشد. این درحالی است که پیش آگهی بهبودی سرطان پستان به طور مستقیم با مرحله ای که بیماری در آن تشخیص داده می شود، در ارتباط است. در مطالعه ی حاضر ۴۳٪ افراد با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در مرحله ۳ قرار داشتند. مطالعات مشابه نیز پایین بودن سطح تحصیلات و درآمد را از عوامل فردی موثر بر مراجعه بیماران در مرحله پیشرفته سرطان پستان گزارش نمودند (۱۷ و ۱۸). از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به انجام نمونه گیری از بیماران مراجعه کننده به بخش دولتی اشاره نمود.

نتیجه گیری

بر اساس آخرین بررسی ها میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی در رتبه ی اول این گروه جنسی و بالاتر از موارد گزارش شده سرطان پوست می باشد. در همین راستا در سال های اخیر توجه گسترده ای در رسانه ها برای کمک به افزایش آگاهی مردم صورت گرفته است. با وجود این، هنوز برنامه های غربالگری سازمان یافته ای در خصوص سرطان پستان در ایران وجود ندارد. نتایج این مطالعه، لزوم توجه بیشتر به افزایش آگاهی زنان در خصوص علایم خطر ساز سرطان پستان و روش های غربالگری موثر از قبیل معاینه بالینی و ماموگرافی را نشان می دهد. با توجه به شیوع قابل ملاحظه ی سرطان در منطقه و مراجعه ی بیماران در مراحل پیشرفته ی بیماری، لزوم تنظیم و اجرای برنامه آموزشی مدون برای عموم جامعه و برقراری تسهیلات جهت انجام ماموگرافی هر ۳ سال یکبار در سن بالای ۴۰ سال ضروری به نظر می رسد. همچنین گسترش بیمه های سلامت که معاینات تشخیصی و درمانی را زیر پوشش می گیرد، می تواند تا حدی سبب تعدیل هزینه های سنگین احتمالی آزمایش های تشخیصی و فرآیند درمانی در بیماران گردند که به نوبه ی خود می تواند سبب کاهش میزان تاخیر در مراجعه ی بیماران گردد.

تشکر و قدردانی

تشکر صمیمانه ی خود را از کلیه بیماران و کارکنان مرکز آموزشی درمانی رازی به جهت کمک در جمع آوری اطلاعات ابراز می داریم. این مقاله برگرفته از طرح مصوب با شماره ۴۸۱ معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان است و توسط معاونت محترم این دانشگاه حمایت مالی شده که بدین وسیله قدردانی می شود.

1. Rastad H, Khanjani N & Kalantari BK. Causes of delay in seeking treatment in breast cancer patients in Iran: A qualitative content analysis study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2012; 13(9): 4511-5.
2. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Harirchi AM, Sajadian A, Khaleghi F, et al. Breast cancer in Iran: Need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. *Asia Pacific Family Medicine* 2008; 7(1): 1-7.
3. Pirasteh A, Khajavi Shojaie K, Kholdi N & Davati A. Stages of change and predicting of self efficacy construct in breast self examination behavior among women attending at Tehran health centers Iran, 2011. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 16(70): 16-23[Article in Persian].
4. Adib M, Ganbari A, Pooralizadeh M & Kazennezhad E. The study of risk factors related to medical history, lifestyle and health behaviors in women with breast cancer. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility* 2012; 15(22): 17-26[Article in Persian].
5. Ministry of Health and Medical Education. Iranian annual national cancer registration report 2005-2006. Available at: http://www.ssu.ac.ir/fileadmin/templates/fa/Moavenatha/Moavenat_behdasht/MB_mobarezebimariha/Upload_MB_Mobareze/cancer/1385/Iran_Cancer_report_1385.pdf. 2007.
6. Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh M, Moghimi R & Mazaherie H. Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: An Iranian study. *Public Health* 2005; 119(10): 885-91.
7. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Mousavi Jarrahi A, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: An epidemio-logical review. *The Breast Journal* 2007; 13(4): 383-91.
8. Monfared A, Pakseresht S, Ghanbari A & Atrkar Rashon Z. Health-related quality of life and its related factors among women with breast cancer. *Holistic Nursing and Midwifery Journal* 2013; 23(2): 52-62[Article in Persian].
9. Thomas E, Escandón S, Lamyian M, Ahmadi F, Setoode SM & Golkho S. Exploring Iranian women's perceptions regarding control and prevention of breast cancer. *The Qualitative Report* 2011; 16(5): 1214-29.
10. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S & Montazeri A. Breast cancer in Iran: A review of 903 case records. *Public Health* 2000; 114(2): 143-5.
11. Burgess CC, Ramiraz AJ, Richards MA & Love SB. Who and with influences delayed presentation in breast cancer? *British Journal of Cancer* 1998; 77(8): 1343-8.
12. Montella M, Crispo A, D' Aiuto G, De Marco M, De Bellis G, Fabbrocini G & et al. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *European Journal Cancer Prevention* 2001; 10(1): 53-9.
13. Tjemslund L & Soreide J. Operable breast cancer patients with diagnostic delay: Oncological and emotional characterization. *European Journal of Surgical Oncology* 2004; 30(7): 721-7.
14. Unger-Saldana K & Infant-Castaneda CB. Breast cancer delay a grounded model of help-seeking behavior. *Social Science & Medicine* 2011; 72(7): 1096-104.
15. Raafat J & Atri M. Demographic characteristics and clinical tableau of 1500 cases of breast cancer in Iranian women. *Iranian Journal of Surgery* 2010; 18(2): 85-90[Article in Persian].
16. Maleki D. The demographic characteristics and clinical presentation of patients with breast cancer in Urmia, which screening program may be appropriate? *The Journal of Urmia University of Medical Sciences* 2010; 21(3): 273-7[Article in Persian].
17. Pineros M, Sanchez R, Cendales R, Perry F & Ocampo R. Patient delay among colombian women with breast cancer. *Salud Publica De Mexico* 2009; 51(5): 372-80.
18. Arndt V, Stumer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G & Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany-a population based study. *British Journal of Cancer* 2002; 86(7): 1034-40.
19. Tavafian SS, Hasani L, Aghamolaei T, Zare S & Gregory D. Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: An application of the Health Belief Model. *BMC Women's Health* 2009; 9(37): 1-7.



20. Montazeri A, Haji-Mahmoodi M & Jarvandi S. Breast self-examination: Do religious beliefs matter? A descriptive study. *Journal of Public Health Medicine* 2003; 25(2): 154-5.
21. Jarvandi S, Montazeri A, Harirchi I & Kazemnejad A. Beliefs and behaviors of Iranian teachers toward early detection of breast cancer and breast self-examination. *Public Health* 2002; 116(4): 245-9.
22. Tu SP, Reisch LM, Taplin SH, Kreuter W & Elmore JG. Breast self-examination: Self-reported frequency, quality and associated outcomes. *Journal of Cancer Education* 2006; 21(3): 175-81.
23. Seyednoori T, Zahmatkesh T, Malaei T, Akbari P, Haghi Z & Mohseni Azad P. Evaluation of breast cancer risk using the Gail model. *Iranian Journal of Breast Disease* 2009; 1(2): 53-7[Article in Persian].
24. Golshan M, Losk K, Kadish S, Lin NU, Hirshfield-Bartek J, Cutone L, et al. Understanding process-of-care delays in surgical treatment of breast cancer at a comprehensive cancer center. *Breast Cancer Research and Treatment* 2014; 148(1): 125-33.
25. Huo Q, Cai C, Zhang Y, Kong X, Jiang L, Ma T, et al. Delay in diagnosis and treatment of symptomatic breast cancer in China. *Annals of Surgical Oncology* 2015; 22(3): 883-8.

Study of Association between Personal Characteristics and Clinical Signs of Patients with Breast Cancer

Mirfarhadi Nastaran¹ (M.S.) - Ghanbari Atefeh² (Ph.D.) - Rahimi Abbas³ (Ph.D.)

1 Master of Science in Nursing Education, Social Determinants of Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2 Associate Professor, Nursing Department, Social Determinants of Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3 Assistant Professor, Radiology Department, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Abstract

Received: Aug 2016

Accepted: Dec 2016

Background and Aim: Early diagnosis is a tenet in oncology and enables early treatment with the expectation of improved outcome. The aim of this study was to determine the factors associated with personal characteristics and clinical signs in patients with breast cancer.

Materials and Methods: This research was a descriptive analytic that cross-sectionally assessed 232 patients with definite breast cancer diagnosis that referred to Razi hospital located in Rasht using a researcher designed questionnaire including demographic and clinical signs. Collected data (mammography, tumor size, pathological stage of tumor) were obtained from medical records of patients. Gathered data analysis was accomplished with SPSS V.19 and for description of data from average and standard deviation for inference statics fisher test with a P value of 0.05 were used.

Results: Mean age of subject was (49.80+10.27). 44 individuals (14%) had a precedent regular mammography before disease. Hundred and four (44.8%) in first appointment were referred to a general surgeon. Hundred and thirty six (58%) women were in stage III of the disease. Hundred and twenty nine (60%) patients had a tumor size more than 5 cm and 106 (46%) had a lymph node metastasis at the time of diagnosis. Patients referring with advanced stage of breast cancer had a low education (P=0.04) and income level (P=0.01).

Conclusion: Recognizing associated personal and clinical factors with early diagnosis can provide essential information for planning health education, screening and presenting appropriate solutions to overcome barriers to treatment and care in health system planning in this province.

Keywords: Breast Cancer, Clinical Signs, Personal Characteristics

* Corresponding Author:
Ghanbari A;
Email:
at_ghanbari@gums.ac.ir