

# بررسی عوامل خطر مرتبط با تاریخچه پزشکی، سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی شهرستان رشت در سال ۱۳۸۸

معصومه ادیب<sup>۱</sup>، دکتر عاطفه قنبری<sup>۲\*</sup>، ملوک پورعلیزاده<sup>۳</sup>، دکتر احسان کاظم نژاد<sup>۴</sup>

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.
۲. استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.
۳. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۲

## خلاصه

**مقدمه:** سرطان پستان شایع ترین نوع سرطان و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در زنان به شمار می آید. شدت و اهمیت عوامل خطر و رفتارهای مستعد کننده در هر منطقه متفاوت می باشد و لازم است این عوامل در هر منطقه مورد بررسی قرار گیرند. مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه عوامل خطر مرتبط با تاریخچه پزشکی، سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهرستان رشت انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مورد - شاهدهی از مهر ماه تا اسفند ماه سال ۱۳۸۸ بر روی ۱۸۹ بیمار انجام شد. ۹۰ بیمار مبتلا به سرطان و ۹۹ نفر غیر مبتلا به این بیماری مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی که از نظر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و محل سکونت همسان بودند، به روش نمونه گیری تدریجی انتخاب شدند. اطلاعات مربوط به تاریخچه پزشکی، عوامل مربوط به سبک زندگی و رفتار بهداشتی با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته، به روش مصاحبه و اندازه گیری شاخص توده بدنی، گردآوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** افراد دو گروه از نظر شاخص توده بدنی، سابقه ابتلاء خانواده درجه یک به سرطان، مصرف غذاهای پر چرب و ابتلاء به سرطان ارتباط معنی داری داشتند. اما بین انجام فعالیت ورزشی و کشیدن سیگار هیچ ارتباط معنی داری وجود نداشت. در تحلیل چند متغیره، درمان نازایی، مصرف قرص ضد بارداری و تجربه استرس به عنوان عوامل خطر در بروز سرطان به حساب آمدند. همچنین استفاده از خودآزمایی پستان به عنوان یک رفتار بهداشتی و تکنیک آسان و کم هزینه مورد استقبال هیچ یک از دو گروه مورد و شاهد نبود.

**نتیجه گیری:** برخی از عوامل خطرزا مانند شاخص توده بدنی، سابقه ابتلاء خانواده درجه یک به سرطان، مصرف غذاهای پرچرب، درمان نازایی، مصرف قرص های ضد بارداری و تجربه استرس با سرطان پستان ارتباط دارد.

**کلمات کلیدی:** رفتار بهداشتی، سبک زندگی، سرطان پستان، عوامل خطر

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر عاطفه قنبری؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی شهید دکتر بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران. تلفن: ۰۵۶-۵۵۵۵۰۱۳۱؛ پست الکترونیک: At\_ghanbari@gums.ac.ir

## مقدمه

امروزه سرطان دومین عامل مرگ و میر در سراسر جهان به شمار می آید (۱) و شایع ترین نوع سرطان و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در بین زنان شایع می باشد (۲) در این میان، سرطان پستان، شایع ترین نوع سرطان در بین زنان در سطح جهان است و یک سوم سرطان های زنان را به خود اختصاص می دهد (۳). علی رغم پیشرفت های پزشکی در جهت تشخیص و درمان سرطان پستان، هنوز این بیماری شایع ترین بدخیمی و دومین علت مرگ بر اثر سرطان در زنان می باشد (۴) و شیوع آن در دنیا روز به روز در حال افزایش است، به گونه ای که در برخی کشورهای غربی، از هر ۷ زن، یک نفر در طول عمر خود، دچار سرطان پستان می شود (۳). آمارها حاکی از آن است که از سال ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۲ بیش از ۴/۷۹۹/۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در دنیا تشخیص داده شده و این بیماری باعث مرگ بیش از ۵۱۹ هزار نفر در دنیا در سال ۲۰۰۷ شده است (۵).

هر چند ایران کشوری است که میزان بروز سرطان پستان در آن نسبت به سایر کشورها کمتر می باشد؛ اما افزایش میزان بروز آن در سال های اخیر، این بیماری را به عنوان رایج ترین بدخیمی در بین زنان ایرانی تبدیل کرده است (۶). سرطان پستان، شایع ترین بدخیمی زنان در ایران و میزان بروز آن، ۲۳/۶ مورد در هر صد هزار زن برآورد شده است (۳).

از آنجایی که در اغلب جوامع، زنان محور اصلی خانواده را تشکیل می دهند و نقش بسیار مهمی در خانواده ایفا می کنند، بنابراین مشکلات ناشی از این بیماری نه تنها خود این افراد، بلکه سایر اعضای خانواده را درگیر کرده و بنیان خانواده را متزلزل می سازد (۶).

از طرف دیگر، میزان بروز بالا و روز افزون این بیماری و سختی درمان آن در مراحل پیشرفته، بار زیادی را بر نظام سلامت کشورهای مختلف تحمیل کرده است (۲) و این امر توجه به اهمیت شناسایی عوامل خطر، پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع بیماری را در هر منطقه آشکارتر می سازد.

اگرچه علت سرطان پستان نامشخص است؛ ولی مطالعات نشان داده اند که عوامل مختلفی نظیر: سن، محل سکونت، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، هورمون درمانی، سبک زندگی (مصرف الکل، رژیم غذایی، چاقی، فعالیت جسمی)، سابقه ابتلاء خانواده، تاریخچه بیماری های خوش خیم پستان، اشعه یونیزه شده، سطح پرولاکتین و شیمی درمانی در بروز آن نقش دارند (۲). شواهد متعدد بیانگر آن است که سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی، در ایجاد سرطان پستان نقش مؤثری دارند. مطالعه مورد شاهدی هیجار و همکاران (۲۰۰۴) که در مورد سبک زندگی و خطر سرطان پستان بر روی زنان چینی انجام شد، نشان داد که خطر بروز سرطان پستان در زنان با تحصیلات بالا و متأهل و با درآمد بالا هیچ تفاوتی با زنان دیگر ندارد. همچنین بین ابتلاء به سرطان و قاعدگی زودرس و یائسگی دیررس و نیز سن اولین زایمان و تعداد زایمان ارتباط معنی داری وجود نداشت، اما سابقه خانوادگی سرطان و استعمال سیگار خطر سرطان را تا ۲ برابر افزایش داد (۷). مطالعه بشارت و همکاران (۲۰۱۰) که در مورد عوامل خطرزای سرطان پستان در زنان استان گلستان انجام شد، نشان داد که بین یائسگی دیررس و سرطان ارتباط معنی داری وجود داشت، اما بین سن بالای مادر در اولین زایمان و شانس ابتلاء به سرطان پستان ارتباط معناداری وجود نداشت (۸). به علاوه نتایج مطالعه متآنالیز کیی و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که بین قاعدگی زودرس، یائسگی دیررس و چاقی بعد از منوپوز با سرطان پستان ارتباط مثبتی وجود داشت، همچنین مصرف داروهای هورمونی شانس ابتلاء به سرطان را افزایش داد، اما زایمان در سنین پایین تر و تعداد فرزند و نیز شیردهی، اثر محافظتی در سرطان پستان داشت. همچنین مصرف الکل، خطر ابتلاء به سرطان را افزایش داد در حالی که تمرینات ورزشی اثر محافظتی بر بروز سرطان داشت (۹). بنابراین با توجه به مطالب بالا می توان نتیجه گرفت که شدت و اولویت عوامل مساعد کننده سرطان پستان در جوامع مختلف، نتایج گوناگونی را نشان می دهد که نمایانگر لزوم تکرار مطالعات مشابه، با توجه به سبک زندگی افراد هر

شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه و با در نظر گرفتن  $(Z_{1-\alpha}=2/58, p=0/142)$ ،  $(Z_{1-\beta}=1/28, OR=1/19)$  محاسبه شد.

افراد دو گروه از نظر سن، میزان تحصیلات، محل سکونت و وضعیت تأهل همسان بودند. معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مورد شامل ابتلاء به سرطان پستان بر اساس نتیجه پاتولوژی، توانایی پاسخگویی به سؤالات و سکونت در استان گیلان و برای گروه شاهد شامل همان معیارها بود با این تفاوت که بیماران مبتلا به بیماری داخلی جراحی و بستری در یکی از بخش های داخلی جراحی مرکز آموزشی درمانی رازی بودند. همچنین از بین گروه شاهد، افرادی که سابقه سرطان پستان یا سرطان سایر اعضاء بدن را داشتند، از مطالعه خارج شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. جهت تعیین اعتبار علمی آن از روش اعتبار محتوا به صورت کیفی استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضاء هیأت علمی که دارای تخصص و تجربه کافی بودند، داده شد و نظرات آنان در پرسشنامه اعمال شد و اعتماد علمی آن با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون  $(r=0/76)$  مورد تأیید قرار گرفت. اطلاعات توسط پژوهشگر با مراجعه به بیمارستان و انجام مصاحبه و مراجعه به مستندات پرونده بیمار گردآوری شد.

پرسشنامه شامل ۳ بخش بود. بخش اول شامل: مشخصات فردی و سوابق خانوادگی و تاریخچه پزشکی، بخش دوم شامل سؤالاتی در خصوص سبک زندگی (فعالیت ورزشی، نوع ورزش، استعمال سیگار، مدت زمان استعمال سیگار، زندگی و کار با فرد سیگاری، تجربه استرس و تغذیه شامل مصرف غذاهای چرب، مصرف گوشت گاو، گوشت مرغ و ماهی، غذاهای دودی، کنسروی، سوسیس، کالباس، مصرف نوشیدنی، کافئین دار و مصرف سبزیجات و میوه جات) و بخش سوم شامل سؤالاتی در مورد رفتار بهداشتی (انجام خودآزمایی پستان، کنترل وزن و معاینات دوره ای) بود.

پژوهشگر جهت گردآوری داده ها هر روز به بخش انکولوژی مرکز آموزشی درمانی رازی رشت مراجعه و پس از معرفی خود به واحدهای مورد مطالعه که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، هدف از انجام مطالعه را

منطقه است. علاوه بر این، عوامل خطر متعددی در مورد ابتلاء به سرطان وجود دارد که برخی از آنها تأیید شده و در مورد برخی از آنها نتایج تحقیقات ضد و نقیض بوده و برخی هم رد شده یا در حال رد شدن می باشند. سن بالای مادر در اولین بارداری، مصرف داروهای نازایی و مصرف چربی، همگی از مواردی هستند که گاهی به عنوان عامل خطر محسوب شده و گاهی تأثیر آن به اثبات نرسیده است (۱۰-۱۴).

بیمار مبتلا به سرطان دارای مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زیادی می باشد؛ لذا نظام های سلامت برای پیشگیری و تشخیص زودرس بیماری در مراحل اولیه به راهکارهای مختلفی روی آورده اند. در این میان شناسایی عوامل خطر ساز و رفتارهای مستعد کننده، به عنوان راهی برای پیشگیری و کنترل سرطان ها از دیرباز مورد بررسی و استفاده قرار گرفته است. بنابراین لازم است هر منطقه جغرافیایی با توجه به شیوه زندگی مردم خود، عوامل مساعد کننده و رفتارهای پرخطر در بروز سرطان را شناسایی و بر اساس آن برای پیشگیری، آموزش، غربالگری و تشخیص و درمان به موقع سرطان برنامه ریزی کند. از طرف دیگر، شناسایی عوامل خطر می تواند توسط نظام های سلامت در برنامه های پیشگیرانه مورد استفاده قرار گیرد. مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه عوامل خطر در افراد مبتلا به سرطان پستان (با گروه شاهد) مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی رشت در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مورد - شاهدهی از مهر ماه تا اسفند ماه سال ۱۳۸۸ بر روی ۱۸۹ بیمار انجام شد. گروه مورد شامل ۹۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان بودند که در فاصله زمانی مهر ۱۳۸۸ تا پایان همان سال، جهت مداوا به بخش شیمی درمانی مرکز آموزشی درمانی رازی مراجعه کرده بودند و گروه شاهد شامل ۹۹ نفر از افراد غیر مبتلا به سرطان پستان بستری در بخش های داخلی جراحی همان بیمارستان و در همان مقطع زمانی بودند. افراد به روش نمونه گیری تدریجی انتخاب

بازگو و بعد از اعلام آمادگی واحدهای پژوهش برای پاسخگویی، پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل شد. به این ترتیب که اطلاعات مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی، تاریخچه پزشکی، سبک زندگی و رفتار بهداشتی به روش مصاحبه حضوری با استفاده از پرسشنامه از بیماران پرسیده شد و متغیرهای کمی مانند قد و وزن با استفاده از ترازوی یکسان و سانتی متر اندازه گیری و شاخص توده بدنی با استفاده از فرمول استاندارد "قد<sup>۲</sup>/وزن= شاخص توده بدنی"، به دست آمد.

اطلاعات مربوط به سبک زندگی واحدهای پژوهش مانند فعالیت ورزشی بر حسب: پیاده روی، شنا، تمرینات ساده (آیروبیک، دوی آهسته) و تمرینات سخت مورد ارزیابی قرار گرفت. واحدهای پژوهش بر اساس مدت زمان استعمال سیگار به گروه های: کمتر از ۱۰ سال، ۱۱-۲۰ سال و بیشتر از ۲۰ سال تقسیم شدند. در خصوص تغذیه و رژیم غذایی مورد مصرف به صورت: هرگز، به ندرت، کم و زیاد مورد سنجش قرار گرفتند. اطلاعات مربوط به استرس بر اساس خود اظهاری واحدهای مورد مطالعه جمع آوری شد و نمونه ها بر حسب شدت استرس تجربه کرده در یک سال گذشته در گروه های: خیلی کم، کم، متوسط، شدید و خیلی شدید قرار گرفتند.

در مورد رفتارهای بهداشتی که شامل خودآزمایی پستان، کنترل وزن و معاینه دوره ای پزشکی بود، واحدهای مورد مطالعه به دو گروه، شامل افرادی که رفتارهای فوق را انجام می دادند و افرادی که این رفتارها را انجام نمی دادند، تقسیم شدند. سپس گروهی که رفتارهای بهداشتی فوق را انجام داده بودند، بر اساس منظم یا نامنظم بودن انجام آن رفتار مورد ارزیابی قرار گرفتند.

گروه شاهد پس از همسان سازی از نظر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و محل زندگی، از بخش های داخلی و جراحی همان بیمارستان (بخش گوارش، بخش جراحی و بخش اورولوژی) انتخاب شدند. بیماران انتخاب شده از بخش های فوق، افرادی بودند که به دلایلی که ارتباطی با سرطان پستان یا بیماری های هورمونی نداشت، بستری شده بودند.

برای محاسبه خطر نسبی از آزمون رگرسیون لجستیک که  $OR > 1$  نشانگر قدرت عامل خطر و  $OR < 1$  نقش حفاظتی آن می باشد، استفاده شد.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش آمار توصیفی و تحلیلی و آزمون های کای اسکوئر، تی مستقل و من ویتنی یو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

افراد دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و محل سکونت همسان بودند. میانگین سن افراد مبتلا به سرطان پستان  $11/9 \pm 47/4$  سال و در گروه شاهد  $16/3 \pm 49$  بود. اکثر افراد گروه مورد ( $42/7\%$ ) و شاهد ( $42/9\%$ ) بی سواد، اکثر افراد گروه مورد ( $84/4\%$ ) و شاهد ( $82/8\%$ ) متأهل و اکثر افراد گروه مورد ( $65/6\%$ ) و شاهد ( $58/8\%$ ) ساکن شهر بودند. دو گروه مورد و شاهد از نظر سن ( $p < 0/44$ )، میزان تحصیلات ( $p < 0/46$ )، وضعیت تأهل ( $p < 0/48$ ) و محل سکونت ( $p < 0/28$ ) تفاوت آماری معنی داری نداشتند.

از بین عوامل مربوط به تاریخچه پزشکی (جدول ۱) اکثر افراد گروه مورد ( $35/4\%$ ) دارای شاخص توده بدنی  $30-$   $20$  یعنی دارای اضافه وزن بودند. میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی گروه مورد با گروه شاهد اختلاف آماری معنی داری داشت ( $p < 0/035$ ). همچنین، نتایج حاکی از آن بود که  $12/4$  درصد از بیماران سرطانی، سابقه ابتلاء به سرطان پستان را در خانواده درجه یک خود گزارش کردند؛ در حالی که تنها  $3$  درصد از افراد گروه شاهد سابقه ابتلاء خانواده به سرطان را داشتند و از این نظر بین گروه مورد و شاهد اختلاف معناداری وجود داشت ( $p < 0/036$ ). همچنین  $77$  نفر ( $90/6\%$ ) از افراد گروه مورد، بارداری ترم داشته و سن بارداری اکثر آن ها ( $50/5\%$ ) قبل از  $20$  سالگی بود. هیچ اختلاف آماری معناداری از نظر بارداری ترم ( $p < 0/43$ ) و سن بارداری ( $p < 0/42$ ) بین دو گروه مورد و شاهد وجود نداشت.

در گروه مورد سن اولین قاعدگی اکثر افراد ( $85/5\%$ ) بین  $12-17$  سالگی و سن یائسگی تقریباً نیمی از آنان  $54-$

۴۵ سالگی بود. هیچ ارتباط معناداری از نظر سن شروع قاعدگی ( $p < 0/17$ ) و وضعیت یائسگی ( $p < 0/06$ ) با ابتلاء به سرطان مشاهده نشد. همچنین ( $3/16$ ) از افراد مبتلا به سرطان پستان از درمان نازایی استفاده کرده بودند که با گروه شاهد اختلاف معنی داری داشتند ( $p < 0/006$ ).

نتایج نشان داد که ( $8/57$ ) از افراد مبتلا از قرص ضد بارداری استفاده کرده بودند که میانگین مدت استفاده و انحراف معیار آن  $4/8 \pm 7/5$  سال بود. بین مصرف قرص ضد بارداری با سرطان پستان ارتباط معنی داری مشاهده شد ( $p < 0/006$ ).

جدول ۱- توزیع فراوانی عوامل مربوط به تاریخچه پزشکی در گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری*
شاخص توده بدنی	<20	6 (7/3)	12 (13)
	20-25	22 (26/8)	31 (33/7)
	25-30	29 (35/4)	27 (29/3)
میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	>30	25 (30/5)	22 (23/9)
		$27/5 \pm 5/8$	$25/7 \pm 5/5$
سابقه ابتلاء خانواده	مثبت	11 (12/4)	3 (3)
	منفی	78 (87/6)	96 (96)
سابقه بارداری ترم	مثبت	77 (90/6)	79 (86/8)
	منفی	8 (9/4)	12 (13/2)
سن بارداری	<20	43 (50/5)	50 (54/9)
	20-34	39 (45/8)	40 (43/9)
	>35	3 (3/5)	1 (1/2)
سن شروع قاعدگی	<12	10 (12)	17 (17/8)
	12-17	71 (85/5)	68 (70/4)
	>17	2 (2/4)	8 (8/6)
وضعیت یائسگی	مثبت	34 (40/5)	50 (54/3)
	منفی	50 (59/5)	42 (45/7)
سن یائسگی	<45	12 (35/2)	15 (20/6)
	45-54	19 (55/8)	31 (63/3)
	>55	3 (8/8)	4 (8)
درمان نازایی	مثبت	14 (16/3)	5 (5/3)
	منفی	72 (83/7)	90 (94/7)
مصرف قرص ضد بارداری	مثبت	52 (57/8)	36 (37/5)
	منفی	38 (42/2)	60 (62/5)

\* آزمون کای اسکور

وجود نداشت. از نظر تجربه استرس در ۵ سال اخیر و ابتلاء به سرطان ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p < 0/01$ ) اما شدت استرس تأثیری در آن نداشت. همچنین ارتباط معنی داری بین مصرف غذاهای دودی، کنسروی، نوشیدنی های کافئین دار، سوسیس و کالباس، سبزیجات و میوه جات و ابتلاء به سرطان پستان مشاهده نشد؛ اما بین مصرف غذاهای پرچرب و ابتلاء به سرطان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت

در مورد عوامل مربوط به سبک زندگی و نوع تغذیه (جدول ۲)، بین انجام فعالیت ورزشی و عدم ابتلاء به سرطان ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ( $p < 0/02$ )؛ به گونه ای که ۷۸ درصد از افراد مبتلا، فعالیت ورزشی نداشتند؛ همچنین نوع ورزش تقریباً مشابه و به عنوان عامل مؤثر مطرح نشد. نتایج نشان داد که هیچ ارتباط آماری معنی داری بین استعمال سیگار، طول مدت آن، زندگی یا کار با افراد سیگاری

( $p < 0.0001$ )؛ به گونه ای که در گروه مورد ۲۴/۵ درصد و در گروه شاهد ۱۶/۲ درصد، روزانه، مصرف غذاهای چرب را در برنامه غذایی خود داشتند. با این

جدول ۲- توزیع فراوانی عوامل مربوط به سبک زندگی در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری <sup>*</sup>
فعالیت ورزشی	مثبت ۱۹ (۲۱/۱)	۳۸ (۴۵/۲)	$p < 0.02$
	منفی ۷۱ (۷۸)	۴۶ (۵۴/۸)	
نوع ورزش	پیاده روی ۱۲ (۶۳/۱)	۱۷ (۴۴/۷)	$p < 0.43$
	شنا ۲ (۱۰/۵)	۲ (۷/۸)	
	تمرینات ورزشی ساده ۳ (۱۵/۷)	۱۳ (۳۴/۲)	
استعمال سیگار	تمرینات ورزشی سخت ۲ (۱۰/۵)	۵ (۱۳/۸)	$p < 0.07$
	مثبت ۲ (۲/۳)	۸ (۸/۱)	
مدت زمان استعمال سیگار (سال)	منفی ۸۶ (۹۷/۷)	۹۱ (۹۱/۹)	$p < 0.61$
	<۱۰ ۱ (۵۰)	۳ (۳۳/۳)	
زندگی با فرد سیگاری	>۱۰ ۱ (۵۰)	۶ (۶۶/۷)	$p < 0.96$
	مثبت ۳۳ (۳۷/۱)	۳۷ (۳۷/۴)	
کار با فرد سیگاری	منفی ۵۶ (۶۲/۹)	۶۲ (۶۲/۶)	$p < 0.09$
	مثبت ۷ (۱۳/۷)	۴ (۴/۵)	
تجربه استرس	منفی ۴۴ (۸۶/۳)	۸۵ (۹۵/۵)	$p < 0.01$
	مثبت ۸۲ (۵۰/۹)	۷۹ (۴۹/۱)	
شدت استرس	مثبت ۸ (۲۷/۶)	۲۰ (۷۲/۴)	$p < 0.65$
	خیلی کم ۵ (۶/۱)	۵ (۶/۳)	
	کم ۸ (۹/۶)	۴ (۵/۱)	
مصرف غذاهای چرب	متوسط ۱۵ (۱۸/۲)	۱۸ (۲۲/۷)	$p < 0.03$
	شدید ۳۲ (۳۹/۱)	۲۵ (۳۱/۶)	
	خیلی شدید ۲۲ (۲۶/۸)	۲۷ (۳۴/۱)	
گوشت گاو	هرگز ۱ (۱/۲)	۹ (۹/۱)	$p < 0.11$
	به ندرت ۱۰ (۱۱/۹)	۳۲ (۳۲/۳)	
	کم ۴۴ (۵۲/۴)	۴۲ (۴۲/۴)	
گوشت مرغ و ماهی	زیاد ۲۹ (۲۴/۵)	۱۶ (۱۶/۲)	$p < 0.55$
	هرگز ۱۴ (۱۶/۵)	۱۴ (۱۴/۳)	
	به ندرت ۱۷ (۲۰)	۳۳ (۳۳/۷)	
مصرف غذای دودی	کم ۳۷ (۴۳/۵)	۴۱ (۴۱/۸)	$p < 0.93$
	زیاد ۱۷ (۲۰)	۱۰ (۱۰)	
	هرگز ۰ (۰)	۲ (۲)	
مصرف غذای دودی	بندرت ۳ (۳/۴)	۳ (۳)	$p < 0.93$
	کم ۲۸ (۳۲/۲)	۳۴ (۳۴/۳)	
	زیاد ۵۶ (۶۴/۴)	۶۰ (۶۰/۶)	
مصرف غذای دودی	هرگز ۲۶ (۳۱)	۳۶ (۳۶/۴)	$p < 0.93$
	به ندرت ۳۴ (۴۰/۵)	۳۱ (۳۱/۳)	
	کم ۲۱ (۲۵)	۲۶ (۲۶/۳)	
زیاد ۳ (۳/۶)	۶ (۶/۱)		

p<0/73	۲۲ (۲۲/۲)	۳۵ (۴۰/۷)	هرگز	مصرف غذاهای کنسروی
	۴۶ (۴۶/۴)	۳۵ (۴۰/۷)	به ندرت	
	۳۱ (۳۱/۳)	۱۶ (۱۸/۶)	کم	
p<0/80	۳ (۳/۱)	۲ (۲/۳)	هرگز	مصرف نوشیدنی کافئین دار
	۱۱ (۱۱/۲)	۶ (۷)	به ندرت	
	۴۲ (۴۲/۹)	۴۲ (۴۸/۸)	کم	
p<0/326	۲۸ (۳۸/۳)	۲۳ (۲۶/۴)	هرگز	مصرف سوسیس و کالباس
	۲۷ (۲۷/۲)	۳۵ (۴۰/۲)	به ندرت	
	۲۶ (۲۶/۲)	۲۲ (۲۵/۳)	کم	
p<0/58	۸ (۸/۱)	۷ (۸)	زیاد	مصرف سبزیجات و میوه جات
	۳ (۳)	۱ (۱/۱)	هرگز	
	۵ (۵/۱)	۵ (۵/۷)	به ندرت	
p<0/58	۲۷ (۲۷/۳)	۲۲ (۲۵)	کم	مصرف سبزیجات و میوه جات
	۶۴ (۶۴/۴)	۶۰ (۶۸/۲)	زیاد	
	۲۶ (۲۶/۲)	۲۲ (۲۵/۳)	کم	

\*آزمون کای اسکوتر

در مورد عوامل مربوط به رفتارهای بهداشتی، نتایج نشان داد که اکثر افراد گروه مورد (۶۸/۷٪) و شاهد (۶۶٪) خودآزمایی پستان را انجام نمی دادند و اکثر افراد گروه مورد، کنترل وزن و معاینات دوره ای نداشتند (به ترتیب ۷۱/۴٪ و ۷۲/۷٪) (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی عوامل مربوط به رفتارهای بهداشتی در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری*
انجام خودآزمایی پستان	۵۷ (۶۸/۷)	۶۶ (۶۶)	p<0/50
	۱۴ (۱۶/۹)	۱۳ (۱۳/۴)	
	۱۲ (۱۴/۵)	۲۰ (۲۰/۶)	
کنترل وزن	۱۳ (۱۶/۹)	۳۳ (۳۴/۴)	p<0/001
	۹ (۱۱/۷)	۳۴ (۳۵/۴)	
	۵۶ (۷۲/۷)	۳۲ (۳۳/۷)	
معاینات دوره ای	۱۴ (۱۸/۲)	۳۲ (۳۳/۷)	p<0/001
	۷ (۹/۱)	۳۱ (۳۲/۶)	
	۵۶ (۷۲/۷)	۳۲ (۳۳/۷)	

\*آزمون کای اسکوتر

در تجزیه و تحلیل عوامل مربوط به سرطان پستان، ۰/۱ داشتند، وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند که همه متغیرهای مورد مطالعه که سطح معنی داری زیر نتایج نهایی بر اساس (جدول ۴) می باشد.

جدول ۴- نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک به روش مرحله به مرحله برای عوامل خطر در ابتلاء به سرطان پستان

متغیر	نسبت خطر	فاصله اطمینان
شاخص توده بدنی	۱/۰۵	۰/۹۹-۱/۱۲
سابقه ابتلاء خانواده	۴/۰۷	۰/۹۱-۱۸/۱۱
درمان نازایی	۴/۰۱	۱/۲-۱۳/۴۲
مصرف قرص ضد بارداری	۲/۳۴	۱/۴۱-۴/۸
تجربه استرس در ۵ سال اخیر	۳/۴۳	۱/۲۹-۹/۰۶

متغیرهای مورد مطالعه که در مدل نهایی با سطح  $p < 0.01$  وارد مدل رگرسیون لوجستیک شدند، شامل: شاخص توده بدنی، سابقه ابتلاء خانوادگی، درمان نازایی، مصرف قرص ضد بارداری و تجربه استرس در ۵ سال اخیر بود. همچنین بر اساس نتایج این مطالعه، با وجود اینکه شاخص توده بدنی و سابقه ابتلاء به سرطان در افراد درجه یک اختلاف معنی داری داشت، اما مدل رگرسیون لوجستیک، ارتباط معنی داری را نشان نداد، به ترتیب  $(OR=4/07, CI=0/99-1/12)$ ،  $(OR=1/11, CI=0/91-1/12)$ ، در حالی که درمان نازایی و مصرف قرص های ضد بارداری و تجربه استرس تأثیر معنی داری در مدل نهایی داشت. به گونه ای که درمان نازایی خطر سرطان پستان را به طور متوسط ۴ برابر افزایش داد  $(OR=4/01, CI=1/2-13/42)$ . همچنین استفاده از قرص ضد بارداری و داشتن تجربه استرس در ۵ سال اخیر به ترتیب  $2/34$   $(OR=1/41-4/8, CI=1/41-4/8)$  و  $3/43$   $(OR=3/43, CI=1/29-9/06)$  برابر خطر ابتلاء به سرطان را افزایش داد.

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان نازایی، مصرف قرص های ضد بارداری و تجربه استرس در ۵ سال اخیر از عوامل خطرزا در افزایش احتمالی ابتلاء به سرطان پستان محسوب می شوند. امروزه به طور وسیع از داروهای تحریک کننده تخمک گذاری در درمان نازایی استفاده می شود. با این وجود، حدود دو دهه است که محققان در مورد امنیت این داروها و نیز خطر استفاده از آن ها، به خصوص، اثرات احتمالی آن ها در بروز بیماری های نئوپلاستیک مطالعاتی انجام داده اند. در مطالعه آیهان (۲۰۰۶) مشخص شد که مصرف داروهای نازایی، منجر به بروز سرطان در دوران کودکی در جنین هایی می شود که مادران آن ها درمان نازایی دریافت کرده اند؛ اما ابتلاء به سرطان پستان یا رحم را افزایش نمی دهد (۱۲). با این وجود، مطالعه برینتون (۲۰۰۴) نشان داد که در زنان تحت درمان نازایی، خطر ابتلاء به سرطان پستان افزایش می یابد (۹).

در مطالعه حاضر، درمان نازایی به عنوان عامل خطرزا محسوب شد و نسبت شانس  $OR=4/01$  برآورد شد. برخی مطالعات نشان داده اند که بین مصرف قرص های ضد بارداری و ابتلاء به سرطان ارتباط وجود دارد، به ویژه در زنانی که خواهر یا مادر آن ها، سابقه ابتلاء به سرطان پستان داشتند، این خطر به طور چشمگیری به سرطان پستان دارد  $(OR=3/3, CI=1/6-6/7)$ ، افزایش یافت (۱۶). در مطالعه اخیر نیز این ارتباط مورد تأیید قرار گرفت. تأثیر استرس در ابتلاء به سرطان در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته و از جمله عوامل خطرزای مهم به شمار می آید (۱۷). بسیاری از پزشکان بر این باورند که بروز وقایع مولد فشار عصبی در زندگی می تواند باعث پیشرفت سرطان پستان شود. در مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۸) در تهران، مشخص شد که بین وقایع ناگوار زندگی و ابتلاء به سرطان پستان ارتباط معنی داری وجود دارد (۱۸). همچنین مطالعه جاکوبز و همکار (۲۰۰۰) نشان داد زنانی که استرس و افسردگی را به دنبال یک حادثه ناگوار تجربه کردند، خطر سرطان پستان در آنان افزایش یافت (۱۱). نتایج مطالعه حاضر نیز بیانگر نقش استرس در ابتلاء به سرطان پستان بود. ابراهیمی و همکاران (۲۰۰۸) چاقی زنان را به عنوان یک عامل خطر گزارش کردند (۱۸). در مطالعه حاضر نیز شاخص توده بدنی در بررسی تک متغیره ارتباط معنی دار، اما در استفاده از مدل رگرسیون تفاوت معنی داری را با ابتلاء به سرطان پستان نشان داد. مطالعه هیجار و همکاران (۲۰۰۴) و پترو-ناستاس (۲۰۰۳) نشان داد که بین سابقه ابتلاء بستگان درجه یک و ابتلاء به سرطان پستان ارتباط مستقیمی وجود دارد (۷، ۱۹)؛ اما در مطالعه حاضر، علی رغم اینکه تحلیل ساده آماری اختلاف معنی داری را نشان داد، اما تحلیل های دقیق از جمله رگرسیون لوجیستیک به روش مرحله به مرحله نشان داد که ارتباط بین سابقه ابتلاء بستگان درجه یک و سرطان پستان معنی دار نمی باشد. احتمالاً این مسأله مربوط به کم بودن تعداد نمونه، جهت رسیدن به ارتباط قابل قبول در این زمینه می باشد. مصرف سیگار از گذشته، به دلیل وجود عوامل متعدد سرطان زا، از عوامل افزایش خطر سرطان پستان به شمار



این همه مطالعات در ایران نشان داده اند که تنها تعداد محدودی از زنان این تکنیک را انجام می دهند (۲۴، ۲۵) و مطالعه حاضر نیز مطالعات فوق را تأیید کرد؛ به گونه ای که تنها درصد کمی از زنان در هر دو گروه مورد و شاهد اقدام به خودآزمایی پستان کردند که این امر می تواند به دلیل عدم وجود برنامه های پیشگیری و غربالگری منظم و تدوین شده برای کنترل سرطان در غالب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران باشد. به نظر می رسد که کمبود آگاهی در زنان ایرانی نسبت به عوامل خطر و مزایای اجرای خودآزمایی پستان ناشی از عدم وجود برنامه های پیشگیری مدون و نحوه عملکرد پایگاه های غربالگری باشد (۲۶). از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به کم بودن حجم نمونه و گذشته نگر بودن مطالعه اشاره کرد. از آنجایی که این مطالعه به صورت گذشته نگر و با حجم نمونه محدود انجام شد، پیشنهاد می شود که مطالعه ای آینده نگر و با حجم نمونه بیشتر طراحی شود تا نتایج آن با دقت و اطمینان بیشتری تأیید شود.

### نتیجه گیری

برخی از عوامل خطرزا مانند شاخص توده بدنی، سابقه ابتلاء خانواده درجه یک به سرطان، مصرف غذاهای پرچرب، درمان نازایی، مصرف قرص های ضد بارداری و تجربه استرس با سرطان پستان ارتباط دارد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کارکنان بخش انکولوژی مرکز آموزشی درمانی رازی رشت که در انجام نمونه گیری با ما صمیمانه همکاری نمودند و همچنین از سرکار خانم دکتر درویش پور که در اجرای هر چه بهتر پروژه همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

می آید، به خصوص در زنانی که از نوجوانی کشیدن سیگار را شروع کرده و به مدت ۲۰ سال پس از آن، آن را ادامه داده اند. مطالعه آفولایی (۲۰۰۷) نشان داد که حتی قرار گرفتن در محیطی که دود سیگار در آن وجود دارد (سیگاری پاسیو)، خطر سرطان پستان را افزایش می دهد (۲۰). مطالعه هجار و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داد که سیگار خطر ابتلاء به سرطان را تا ۲ برابر افزایش می دهد (۷).

علی رغم اینکه در اکثر مطالعات، بین استعمال دخانیات و سرطان پستان ارتباط معنی داری گزارش شده است؛ اما در مطالعه حاضر، ارتباط معنی داری بین مصرف سیگار و احتمال بروز سرطان پستان مشاهده نشد. شاید این امر به دلیل تعداد کم مصرف کنندگان سیگار (۲/۳٪) در بین زنان جامعه و یا به علت وجود فرهنگ کراهت از سیگاری بودن زنان در جامعه ماست که از دادن اطلاعات درست احتراز می کنند. در مورد مصرف چربی، مطالعه بینگام و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که مصرف چربی یک عامل خطر برای ابتلاء به سرطان پستان به شمار می آید (۲۱)؛ در حالی که برخی مطالعات دیگر آن را عامل خطرزا نیافتند (۱۷). در مطالعه حاضر نیز ارتباط معنی داری بین مصرف چربی و سرطان پستان مشاهده شد. در استان گیلان نیز مصرف غذاهای پر چرب رایج است که این موضوع خود به عنوان یک عامل خطر به حساب می آید.

در حال حاضر روش های غربالگری مختلفی برای بیماریابی در مراحل ابتدایی سرطان پستان مورد توجه است که از جمله آن ها می توان به خودآزمایی پستان اشاره کرد.

اعتقاد بر این است زنانی که به طور منظم خودآزمایی پستان را انجام می دهند، چون بیماری در مراحل اولیه و زمانی که تومور خیلی کوچک است شناسایی می شود، بنابراین شانس بیشتری برای درمان و ادامه بقا دارند (۲۲) در حالی که مطالعه توماس و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد علیرغم اینکه خودآزمایی پستان در تشخیص زودرس سرطان مؤثر بود، اما در کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان نقشی نداشت (۲۳). با

1. Yaw YH, Shariff ZM, Kandiah M, Mun CY, Yusof RM, Othman Z, et al. Weight changes and lifestyle behaviors in women after breast cancer diagnosis: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011 May 13;11:309.
2. Dumitrescu RG, Cotaria I. Understanding breast cancer risk -- where do we stand in 2005? *J Cell Mol Med* 2005 Jan-Mar;9(1):208-21. Review.
3. Sariri OE, Vahdat M, Akbari M, Savoji H, Yari S, Javid Gh. [The study of quantitative and qualitative dermatoglyphic in women with breast cancer and compare with healthy women] [Article in Persian]. *Iran J Breast Dis* 2008;2(1):41-4.
4. Karimi M, Hasani M, Khorram R, Ghaffari SH. [The effect of education, based on health belief model on breast self examination in health liaisons of Zardndieh city] [Article in Persian]. *Tabibe-Shargh* 2008;10(4):231-89.
5. Ochoa EM, Gomez-Acebo I, Rodriguez-Cundin P, Navarro-Cordoba M, Liorca J, Dierssen-Sotos T. Relationship between family history of breast cancer and health-related behavior. *Behav Med* 2010 Oct-Dec;36(4):123-9.
6. Khodabande HS, Piri Z, Biglo M, Asadi M, Chakhmaghi N. [Breast cancer in Iran] [Article in Persian]. *Iran J Breast Dis* 2009;2(2):49-59.
7. Hejar AR, Chong FB, Rosnan H, Zallina H. Breast cancer and lifestyle risks among Chinese women in the Klany Valley in 2001. *Med J Malaysia* 2004 Jun;59(2):226-32.
8. Besharat S, Motiea M, Besharat M, Roshandel GH. [Survey of risk factors of breast cancer among women in Golestan Province] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010;32(6):46-51.
9. Key TJ, Verkassalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001 Mar;2(3):133-40. Review.
10. Peterson NB, Huang Y, Newcomb PA, Titus-Ernstoff L, Trentham-Dietz A, Anic G, et al. Childbearing recency and modifiers of premenopausal breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008 Nov;17(11):3284-7.
11. Jacobs JR, Bovasso GB. Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychol Med* 2000 May;30(3):669-78.
12. Ayhan A, Salman MC, Celik H, Dursun P, Ozyuncu O, Gultekin M. Association between fertility drugs and genecologic cancer, breast cancer and childhood cancers. *Acta Obstet Genecol Scand* 2004 Dec;83(12):1104-11.
13. Brinton LA, Scoccia B, Moghissi KS, Westhoff CL, Althuis MD, Mabie JE, et al. Breast cancer risk association with ovulation-stimulating drugs. *Hum Reprod* 2004 Sep;19(9):2005-13.
14. Lifestyle and cancer what do we know ? Cancer council Helpline 13 11 20. Available at: <http://www.cancercoeuil.com.au>.2009.
15. Saffari M, Mahmoodi M, Zaraeti H, Amiri Z, Pakpour A. [Statistical method for medicine and health research]. Tehran: Asar Sobhan;1388. [in Persian].
16. Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR, Vierkant RA, Therneau TM, Vachon CM, et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with family history of breast cancer. *JAMA* 2000 Oct 11;284(14):1791-8.
17. Attar Parsaiee F, Goolchin M, Asvadi J. [Relationship between demographic, lifestyle, stressors and breast cancer] [Article in Persian]. *J Tabriz Univ Med Sci* 2000;35(35):15-21.
18. Ebrahimi M, Montazeri A, Neda M. [Relationship unpleasant life event with incidence of breast cancer in patients referred to breast disease center] [Article in Persian]. *Iran J Breast Dis* 2008;1(1):29-32.
19. Petro-Nustas W. Health-related behaviors and lifestyle factors of patients with breast cancer. *Cancer Nurs* 2003 Jun;25(3):219-29.
20. Afolabi IR. Toward prevention of breast cancer in the Pacific: influence of diet and lifestyle. *Pac Health Dialog* 2007 Sep;14(2):67-70.
21. Bingham SA, Luben R, Welch A, Wareham N, Khaw KT, Day N. Are imprecise methods obscuring a relation between fat and breast cancer? *Lancet* 2003 Jul 19;362(9379):212-4.
22. Hackshaw AK, Paul EA. Breast self-examination and death from cancer: a meta analysis. *Br J Cancer* 2003 Apr 7;88(7):1047-53.
23. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen AF, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst* 2002 Oct 2;94(19):1445-57.
24. Tahvildary S, Mohagegy M, Mohammad K. [The application of health belief model] [Article in Persian]. *J Yazd Univ Med Sci* 2003;12(3):35.
25. Karimi H, Sam SH. [The effect of education on knowledge and practice towards breast self examination Ramsar women] [Article in Persian]. *J Babol Univ Med Sci* 2004;7(3):61-5.
26. Khani H, Moslemizadeh N, Montezari A, Godazandeh GH, Ghorbani A. [Knowledge, attitude and practice of health personal to prevent breast cancer programs in the southern margins of the Caspian Sea] [Article in Persian]. *Iran J Breast Dis* 2008;1(2):28-37.