

بررسی شیوع عوامل خطر سرطان پستان در زنان ۳۰-۵۹ ساله مراکز ارائه خدمات جامع سلامت روستایی شهرستان صومعه‌سرا در سال ۱۳۹۷

طاهره عبداللهیان صومعه‌سرای^۱، پیغام حیدرپور^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۱۱/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان پستان حدود یک‌سوم از همه سرطان‌ها را در زنان تشکیل می‌دهد و پس از سرطان ریه شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. باوجوداین سرطان پستان بالاترین میزان بروز را در میان همه سرطان‌ها دارد. میزان بروز این بیماری در بسیاری از کشورهای جهان در حال افزایش سریع می‌باشد. برخی عوامل اتیولوژیک شناخته‌شده سرطان‌ها در بروز سرطان پستان نیز نقش دارند. مطالعات اپیدمیولوژیک اطلاعات مهمی در ارتباط با عوامل خطر سرطان پستان را نشان می‌دهد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در آن تعداد ۷۰۸ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای از بین زنان ۳۰ تا ۵۹ سال تحت پوشش مراکز سلامت جامع روستایی شهرستان صومعه‌سرا در سال ۱۳۹۷ انتخاب شدند و از نظر ۲۲ عوامل خطر اثبات‌شده سرطان سینه توسط محقق مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحقیق با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 و روش‌های آماری توصیفی مانند فراوانی، میانگین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** از تعداد ۷۰۸ نفر زن شرکت‌کننده، ۷۰۷ نفر (۹۹/۸ درصد) حداقل یک عامل خطر سرطان سینه را دارا بودند و از بین آنان بیشترین فراوانی عوامل خطر به ترتیب مربوط به اضافه‌وزن و چاقی با ۶۰۳ مورد (۸۵/۳ درصد)، فعالیت بدنی نامطلوب با ۵۴۸ مورد (۷۷/۶ درصد) و بعداز آن تغذیه نامطلوب با ۳۷۳ مورد (۵۲/۷ درصد) و مواجهه با فرد سیگاری با ۱۷۲ مورد (۲۴/۴ درصد) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر عوامل خطر با شیوع بالا در زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله، مربوط به سبک زندگی افراد است که با آموزش و ایجاد بسترهای مناسب می‌توان آن‌ها را اصلاح و اثرات منفی آن‌ها را تعدیل نمود. **واژگان کلیدی:** سرطان پستان، عوامل خطر، سلامت زنان، شیوع

مجله پرستاری و مامایی، دوره هفدهم، شماره ۱۲، پی‌درپی ۱۲۵، اسفند ۱۳۹۸، ص ۹۶۵-۹۷۴

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده آموزش علوم پزشکی، گروه آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت، تلفن: ۰۲۱-۲۶۲۱۰۰۹۲-۱

Email: pheidarpoormd@yahoo.com

مقدمه

استرالیا NBOCC (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که علیرغم بیش از ۱۰۰ سال تحقیقات اپیدمیولوژیک و شناسایی عوامل متعدد خطر سرطان پستان، این بیماری همچنان شایع‌ترین سرطان در بین زنان استرالیا می‌باشد (۵). نشریه American Cancer Society انجمن سرطان آمریکا اعلام نموده که در سال ۲۰۱۷ حدود ۲۴۷۰۰ مورد جدید سرطان مهاجم پستان در بین زنان و ۲۴۷۰ مورد در بین مردان تشخیص داده شده است (۶). طبق نظر سازمان بهداشت جهانی، هم‌اکنون سالانه حدود دو درصد به میزان بروز سرطان پستان در جهان افزوده می‌شود (۷). پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، ۲۰۷ میلیون مورد

سرطان یکی از سه علت مرگ در دنیا و اولین عامل شایع مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه‌یافته محسوب می‌شود (۱ و ۲). امروزه به دلیل تغییر نوع سبک زندگی و گذر اپیدمیولوژیک با افزایش بیماری‌های غیرواگیر و سرطان‌ها مواجه هستیم (۳). در بین انواع مختلف سرطان، سرطان پستان که ۲۳ درصد همه سرطان‌ها در زنان را شامل می‌شود، شایع‌ترین سرطان و کشنده‌ترین بدخیمی در بین زنان محسوب می‌شود و یکی از مهم‌ترین عوامل نگران‌کننده سلامتی زنان در جهان می‌باشد (۴). مطالعات مرکز ملی سرطان پستان و تخمدان وزارت بهداشت

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش جامعه‌نگر علوم سلامت دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشکده مدیریت و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

می‌باشد، درحالی‌که تأثیر سبک زندگی و عوامل محیطی در ایجاد بیماری‌های مزمن ۹۵-۹۰ درصد می‌باشد (۲۱).

در مطالعات Rachael T.، (۲۰۰۴) Mareen Winter Leon (۲۰۱۳) و همکاران (۲۰۱۱) عوامل خطر ایجادکننده سرطان پستان، بروز قاعدگی در سنین پایین، نداشتن زایمان و سابقه شیردهی، تعداد تولد، سن بالای مادر در اولین زایمان، هورمون درمانی، یائسگی در سنین بالای ۵۵ سال، نداشتن فعالیت فیزیکی، رژیم غذایی و چاقی، مصرف الکل و سیگار، سابقه فامیلی وارث و مواجهه با اشعه یونیزان گزارش شده است (۲۲-۲۴).

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 معنی‌داری وجود داشت، اما بین سن بالای مادر در اولین زایمان و شانس ابتلا به سرطان پستان ارتباط معناداری وجود نداشت (۲۵).

سرطان پستان پس از سرطان دستگاه گوارش جزء شایع‌ترین سرطان‌ها در استان گیلان گزارش شده است (۲۶) و بر اساس مطالعه عنایت راد و همکاران در یک پژوهش تحلیلی با بررسی روند تغییرات بروز سرطان پستان در ایران، در استان گیلان میزان بروز این بیماری در سال ۱۳۸۲ از ۱۲/۸۵ درصد هزار، به ۲۷/۷۳ درصد هزار در سال ۱۳۸۸ رسیده است (۱۴). همچنین مشاهده نظام آماری مثبت مرگ در اثر سرطان پستان در فاصله سال‌های ۹۲ لغایت ۹۵ در شهرستان نشان می‌دهد که ۳۹ (به ترتیب ۱۳، ۶، ۳ و ۱۷) نفر از زنان در این مدت جان خود را در اثر ابتلا به این بیماری از دست داده‌اند. بنابراین با توجه به رشد این بیماری و مرگومیر ناشی از آن و نیز هزینه‌های هنگفت درمان در مراحل پیشرفته بیماری که بار زیادی را بر نظام خانواده و کشور تحمیل می‌نماید پژوهشگر را بر آن داشت تا به بررسی شیوع عوامل خطر سرطان پستان در مراکز ارائه خدمات جامع سلامت روستایی شهرستان بپردازد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در سال ۱۳۹۷ از بین ۲۹۰۴۴ نفر از زنان سالم ۵۹-۳۰ سال میان‌سال شهرستان صومعه‌سرا انجام شد. از معیارهای ورود به مطالعه: سن زنان ۳۰-۵۹ سال، سکونت دائم در روستا، داشتن پرونده خانوار در خانه بهداشت، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی، داشتن توانایی درک و تکلم و داشتن رضایت و از معیارهای خروج، سکونت در شهر و ابتلا به سرطان پستان و یا سرطان‌های دیگر بوده است.

جدید سرطان پستان تشخیص داده شود که ۶۰ درصد موارد در کشورهای کمتر توسعه‌یافته می‌باشد (۱) Manman Jia و همکاران از مرکز ملی سرطان پکن، با بررسی شیوع سرطان سینه و مرگومیر زنان در سال ۲۰۱۱ در کشور چین، اذعان داشتند که سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان این کشور است (۸). روند بروز سرطان پستان در ایران در طی ۲۸ سال گذشته از رتبه پنجم به اولین رتبه در سال ۱۳۸۶ رسیده است و در حال حاضر سرطان پستان مهم‌ترین بدخیمی قابل مداخله در سطح دوم در میان شایع‌ترین بدخیمی‌های کشور محسوب می‌شود (۹). موسوی و همکاران در یک مطالعه مروری، ۸۵ مقاله مربوط به کشور ایران از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۵ را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بروز سرطان پستان در ایران در جمعیت زنان ۲۲ در صدهزار است (۱۰). هرچند ایران کشوری است که میزان بروز سرطان سینه در آن نسبت به سایر کشورها کمتر می‌باشد اما افزایش میزان بروز آن در سال‌های اخیر، این بیماری را به‌عنوان رایج‌ترین بدخیمی در بین زنان ایرانی تبدیل کرده است (۱۱). میزان ابتلا به سرطان پستان در ایران از هر ۳۵ نفر یک نفر می‌باشد، درحالی‌که در آمریکا از هر ۸ نفر، یک نفر و در کشورهای اروپایی از هر ۱۲ نفر یک نفر مبتلا به این بیماری می‌گردند (۱۲). بر اساس داده‌های موجود، میانگین بروز سرطان پستان در کشور از سال ۱۳۸۰، ۱۳/۰۲ در صد هزار نفر به ۲۸/۲۵ در صد هزار در سال ۱۳۸۸ رسیده است (۱۳ و ۱۴). این بیماری در کشور در زنان جوان‌تر (حداقل یک دهه زودتر از زنان در کشورهای پیشرفته) دیده می‌شود و متأسفانه بیماران در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه می‌کنند. با این حال خوشبختانه در سال‌های اخیر پیشرفت‌های چشمگیری در تشخیص زودرس و درمان این بیماری حاصل شده است (۱۵).

در صورت تشخیص سرطان پستان در مراحل اولیه و انجام درمان مناسب، طول عمر بیش از ۹۰ درصد از مبتلایان بالا خواهد رفت (۱۶). بیشترین میزان مرگومیر ناشی از سرطان پستان در سنین ۶۰-۳۰ سالگی می‌باشد. لذا این بیماری به علت رقم بالای مرگومیر آن در سال‌هایی که زنان در اوج مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی هستند و هم به دلیل نسبت فزاینده زنان مسن در جمعیت حائز اهمیت می‌باشد (۱۷).

در ۵۰ سال اخیر تغییرات ایجاد شده در عوامل محیطی، شیوه زندگی انسان و افزایش عوامل خطر سبب افزایش میزان بروز این سرطان شده است (۱۸-۲۰). نتایج حاصل از مطالعات متعدد بیانگر این است که ژنتیک عامل مهمی جهت بیماری‌های مزمن نیست، به‌عنوان مثال مطالعه صورت گرفته بر روی دوقلوهای همسان، نشان داده است که تأثیر ژنتیک بر سرطان پستان تنها ۲۰ درصد

تنها یکی از آنان به روش تصادفی ساده وارد مطالعه می‌شدند. محقق با استفاده از چکلیست (مشخصات دموگرافی ۱۳ سؤال، ارزیابی عوامل خطر ۲۲ سؤال و انجام معاینات ۳ سؤال) جهت جمع‌آوری داده‌ها اقدام نمود. ۲۲ عامل خطر مورد بررسی طبق دستورالعمل راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میان‌سالان معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (جدول شماره یک) سنجیده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرونده‌های خانوار و در صورت داشتن نقص و ایراد احتمالی از طریق مصاحبه با آن‌ها چکلیست تکمیل گردید. نتایج حاصل از تحقیق با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 و روش‌های آماری توصیفی مانند فراوانی، میانگین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جهت محاسبه حجم نمونه از فرمول $n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 P(1-P)}{d^2}$ استفاده شد. با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد و همچنین فاصله ۳ درصد حجم نمونه ۷۰۸ مورد به دست آمد که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین زنان ۵۹-۳۰ ساله میان‌سال سالم مراکز جامع سلامت روستایی تحت پوشش شهرستان صومعه‌سرا (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان) در سال ۱۳۹۷ انتخاب شدند. نحوه انتخاب شرکت‌کنندگان به این صورت بود که با استفاده از جدول اعداد تصادفی شماره خانوار افراد انتخاب می‌شد که اگر دارای زن ۵۹-۳۰ ساله بودند، به‌عنوان شرکت‌کننده انتخاب و اگر دارای زن واجد شرایط سنی نبودند، نزدیک‌ترین خانوار بعدی انتخاب می‌شدند. اگر در خانواری بیش از یک زن ۵۹-۳۰ ساله بود،

جدول (۱): ارزیابی عوامل خطر سرطان پستان

ردیف	عوامل خطر	ارزیابی
۱	سن	سن بالای ۵۰ سالگی
	عوامل خطر	قاعدگی زودرس
	مربوط به	نداشتن زایمان
	تولیدمثل	بارداری در سنین بالا
		یا تنگی دیررس
		یا تنگی شدن در سنین بالای ۵۵ سال
۳	عوامل خطر	بیماری‌هایی مانند آبسه، ماستیت، فیبروکیستیک، فیبروآدنوم
	مربوط به پستان	بیماری سرطان پستان
		نمونه‌برداری از بافت پستان
		سابقه خانوادگی سرطان پستان (درجه ۱)
		سابقه سرطان پستان در مادر، پدر، خواهر، برادر، دختر و پسر
		سابقه خانوادگی سرطان پستان (درجه ۲)
		سابقه سرطان پستان در خاله، عمه، دایی، عمو، مادربزرگ و پدربزرگ، نوه، فرزندان عمو، عمه، خاله و دایی، خواهر و برادر ناتنی
		سابقه خانوادگی سرطان پستان در افراد مذکر
		سابقه سرطان پستان در مردان خانواده میان‌سال
۴	عوامل خطر	ابتلا به سرطان تخمدان، کولون و یا سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پروستات
	ارثی و ژنتیکی	سابقه فردی و خانوادگی سایر سرطان‌ها
		فرد پرخطر با وجود سابقه سرطان خانوادگی پستان یا تخمدان در فامیل در یک سمت با سرطان پستان، یک فامیل با سرطان تخمدان یا یک فامیل درجه ۱ یا ۲ با سرطان پستان در سن زیر ۵۱ سال یا + سن پایین‌تر از ۳۵ سال یا تعدد بستگان درجه‌یک مبتلا به سرطان پستان و سن پایین آن‌ها در زمان تشخیص بیماری، (مطرح کننده موتاسیون ژن‌های BRCA1 و BRCA2 در خانواده)
۵	مصرف مستقیم دخانیات	- حداقل مصرف ۱۰۰ نخ سیگار یا بیش از ۵۰۰ گرم توتون در طول مدت عمر خود

ردیف	عوامل خطر	ارزیابی
۱	سن	سن بالای ۵۰ سالگی
		- وابستگی به نیکوتین (استعمال روزانه بیش از ۱۰ سیگار در حال حاضر، استعمال سیگار کمتر از ۳۰ دقیقه پس از بیدار شدن از خواب، وجود علائم ترک نیکوتین سیگار در برنامه ترک قبلی)
		- اختلال مصرف دارو و اختلال مصرف مواد (مصرف داروهای روانگردان بدون تجویز پزشک یا بیشتر از تجویز پزشک)
		- حضور مستمر فرد سیگاری یا مصرف کننده قلبان در محیط زندگی یا محل کار او
	مصرف غیرمستقیم دخانیات	- حضور مستمر فردی با وابستگی به نیکوتین در محیط زندگی یا محل کار
		- حضور مستمر فردی با اختلال مصرف دارو و اختلال مصرف مواد در محیط زندگی یا محل کار او
	مصرف نوشیدنی‌های الکلی	- استفاده از نوشیدنی‌های الکلی در سه ماه اخیر
عوامل خطر		- BMI کمتر از ۱۸/۵ (کم وزنی)
مربوط به سبک زندگی	چاقی	- (BMI= ۱۸/۵-۲۴/۹) وزن طبیعی
		- (BMI= ۲۵-۲۹/۹) اضافه وزن
		- (BMI) ۳۰ و بالاتر (چاق)
	فعالیت فیزیکی نامطلوب	- فعالیت فیزیکی مطلوب (در صورت داشتن حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در ۵ روزهفته، یا ۲۵ دقیقه فعالیت بدنی با شدت زیاد در ۳ روزهفته،)
		- فعالیت فیزیکی نامطلوب (نداشتن فعالیت فیزیکی، یادارای محدودیت یا ممنوعیت پزشکی برای فعالیت فیزیکی)
	تغذیه نامطلوب	- تغذیه نامطلوب (تعداد واحد معمول مصرف روزانه لبنیات کمتر از ۲ واحد، سبزی کمتر از ۳ واحد، میوه کمتر از ۲ واحد، مصرف معمول هفتگی نوشیدنی گازدار و آب میوه صنعتی، سوسیس، کالباس و انواع فست فودها، پیتزا و یا مصرف روغن جامد و نیمه جامد، یا مصرف معمول نمکدان بر سر سفره)
	سابقه هورمون درمانی	درمان جایگزین با هورمون پس از یائسگی (رژیم‌های هورمونی شامل مخلوط استروژن و پروژسترون)
دیگر عوامل خطر	نداشتن شیردهی	سابقه شیردهی کمتر از ۲۴ ماه
	فعالیت شغلی در شیفت شب	انجام فعالیت‌های شغلی در شیفت شب و یا شب کاری
	مواجهه با اشعه	رادیوتراپی قفسه سینه در دوز بالا به خصوص در سنین جوانی و قبل از ۳۰ سالگی

یافته‌ها

فراوانی تعداد عوامل خطر به تفکیک در جدول شماره ۳ آورده شده است.

بررسی سایر نتایج در خصوص بیشترین فراوانی عوامل خطرشان داد که به ترتیب اضافه وزن و چاقی با ۶۰۳ مورد (۸۵/۳ درصد)، فعالیت بدنی نامطلوب با ۵۴۸ مورد (۷۷/۶ درصد)، تغذیه نامطلوب با ۳۷۳ مورد (۵۲/۷ درصد) و مواجهه با فرد سیگاری با ۱۷۲ مورد (۲۴/۴ درصد) دارای بالاترین فراوانی بودند. سایر عوامل

در مطالعه حاضر ۷۰۸ نفر از زنان ۳۰-۵۹ سال میان‌سال شرکت داده شدند که ساکن روستا بودند. میانگین سن افراد مورد بررسی ۴۲/۹±۷/۹ سال بود. پایین‌ترین سن فرد مورد بررسی ۳۰ سال و بیشترین آن ۶۰ سال بود. از بین ۷۰۸ نفر زن شرکت‌کننده، بجز یک نفر بقیه زنان حداقل یک عامل خطر را داشتند. درصد

ابتلا افراد درجه یک خانواده به سرطان پستان (۴ درصد)، سابقه هورمون درمانی (۲/۹ درصد)، یائسگی دیررس (۲/۲ درصد)، سابقه خانوادگی و جهش‌های ژنی (۱/۷ درصد)، سابقه نمونه‌برداری از پستان (۱/۱ درصد) و فعالیت شغلی در شب (۱ درصد) بودند. سایر عوامل خط با فراوانی کمتر از یک درصد استخراج شد (جدول ۲).

خطربه ترتیب شامل: سن شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سال (۱۷/۱ درصد)، نداشتن سابقه شیردهی (۱۳ درصد)، سابقه ابتلا به سایر بدخیمی‌ها (۱۰/۷ درصد)، سن اولین زایمان بعد از ۳۰ سال (۱۰/۶ درصد)، سابقه رادیوتراپی قبل از ۳۰ سالگی (۹/۵ درصد)، سابقه ابتلا افراد درجه دو خانواده به سرطان پستان (۶/۴ درصد)، سابقه ابتلا فرد به بیماری‌های خوش خیم پستان (۴/۸ درصد)، سابقه

جدول (۲): توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه بر اساس تعداد و درصد مواجهه با عوامل خطر

ردیف	عوامل خطر	فراوانی	درصد
۱	شروع قاعدگی قبل از ۱۲ سالگی	۱۲۰	۱۷/۱
	عوامل خطر مربوط به تولید مثل	۴۴	۶/۴
	نداشتن زایمان بارداری در سنین بالا	۷۲	۱۰/۶
	یائسگی دیررس	۵	۲/۲
۲	عوامل خطر مربوط به پستان	۳۴	۴/۸
	سابقه بیماری خوش خیم پستان	۲	۰/۳
	سابقه بیوپسی از پستان	۸	۱/۱
۳	عوامل خطر ارثی و ژنتیکی	۲۸	۴
	سابقه خانوادگی سرطان پستان (درجه ۱)	۴۵	۶/۴
	سابقه خانوادگی سرطان پستان در افراد مذکر	۴	۰/۶
	سابقه فردی و خانوادگی سایر سرطانها	۷۶	۱۰/۷
۴	سابقه خانوادگی و جهش‌های ژنی	۱۲	۱/۷
	عوامل خطر مربوط به سبک زندگی	۴	۰/۶
	مصرف مستقیم دخانیات	۱۷۲	۲۴/۴
	مصرف نوشیدنی‌های الکلی	۲	۰/۳
	چاقی	۶۰۳	۸۵/۳
۵	فعالیت فیزیکی نامطلوب	۵۴۸	۷۷/۶
	تغذیه نامطلوب	۳۷۳	۵۲/۷
	سابقه هورمون درمانی	۵	۲/۹
	نداشتن شیردهی	۸۹	۱۳
	دیگر عوامل خطر	۷	۱
	فعالیت شغلی در شیفت شب	۶۷	۹/۵
	مواجهه با اشعه		

جدول (۳): توزیع فراوانی جمعیت براساس مواجهه با تعداد عوامل خطر

فراوانی عامل خطر	تعداد (نفر)	درصد (%)
یک عامل خطر	۰	۰
دو عامل خطر	۱ نفر	۰/۱
سه عامل خطر	۱۴ نفر	۲
چهار عامل خطر	۴۹ نفر	۶/۹
پنج عامل خطر	۲۵۴ نفر	۳۵/۹
شش عامل خطر	۲۳۰ نفر	۳۲/۵
هفت عامل خطر	۱۰۶ نفر	۱۵
هشت عامل خطر	۴۱ نفر	۵/۸
نه عامل خطر	۷ نفر	۱
ده عامل خطر	۵ نفر	۰/۸
جمع کل		۷۰۷(۱۰۰)

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی شیوع عوامل خطر سرطان پستان در زنان ۳۰-۵۹ ساله مراکز ارائه خدمات جامع سلامت روستایی شهرستان صومعه سرا در سال ۹۷ انجام شد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که تعدادی از عوامل خطر سرطان سینه در بین زنان شیوع نسبتاً بالایی دارد و همچنین نتایج این مطالعه این موضوع را مشخص می‌سازد که عمده عوامل خطر سرطان سینه مربوط به سبک زندگی ناسالم بوده که قابل تغییر و اصلاح هستند.

از بین ۲۲ عامل مورد بررسی، اضافه وزن و چاقی شایعترین عامل خطر بود. در حدود ۸۵/۳ درصد (۶۰۳ نفر) زنان شرکت کننده در مطالعه دارای اضافه وزن و چاقی بودند. نتایج تحقیقات حاکی از افزایش ۲۵ درصدی بروز سرطان پستان در افراد دارای اضافه وزن یا چاق و کم تحرک در زندگی روز مره است. شاخص توده بدنی (BMI) زیر ۲۵ در مقایسه با BMI های بالاتر، مرگ ناشی از سرطان پستان را ۱/۳۴-۱/۶ برابر افزایش می‌دهد. با BMI ۴۰ و بالاتر خطر نسبی ایجاد سرطان پستان ۲/۱۲ برابر بیشتر است. چاقی قبل از دوره منوپوز به دلیل ایجاد دوره های قاعدگی نامنظم و سیکل های بدون تخمک گذاری نقش محافظتی دارد ولی چاقی بعد از دوره منوپوز خطر ابتلا را ۲/۵ برابر می‌کند (۲۷). در مطالعه طاہرگورابی و همکاران مشخص گردید که چاقی پس از یائسگی خطر سرطان پستان را ۱/۵ برابر در زنان دارای اضافه وزن و حدود ۲ برابر در زنان چاق نسبت به زنان لاغر افزایش می‌دهد (۴) و مطالعات انجام شده توسط^۱ (NBOCC) (۲۰۰۹) و Bernstein (۲۰۰۳) و Mareen Winter و همکاران (۲۰۰۴) چاقی و اضافه وزن در بزرگسالان خصوصاً پس از یائسگی (زنان ۵۳-۵۱ ساله) را بعنوان یکی از عوامل خطر فردی و قابل اصلاح سبک زندگی شناخته اند که با افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان همراهی باشد (۵) و ۲۸ و ۲۲). سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که بیشتر از یک میلیارد بزرگسال دارای اضافه وزن و سه میلیون نفر بزرگسال چاق وجود دارد (۲۹). خطر سرطان پستان با زیادی وزن احتمالاً به سطوح بالای استروژن مرتبط است، زیرا بافت چربی، بزرگترین منبع استروژن در زنان، پس از یائسگی است (۴). در مطالعه حاضر بالا بودن آمار زنان مبتلا به چاقی در ردیف نخست قرار دارد که شاید یکی از دلایل آن بی تحرکی بیشتر زنان روستایی در سال های اخیر باشد. بنابراین با توجه به شیوع چاقی و اضافه وزن در دوران میانسالی به نظر می‌آید مراقبت ها و توصیه های تغذیه ای

همچنان از طریق مراکز بهداشتی و نیز رسانه های جمعی آموزش داده شود.

عامل خطر بعدی فعالیت بدنی نامطلوب بود که ۷۷/۶ درصد (۵۴۸ نفر) زنان شرکت کننده در مطالعه فاقد فعالیت جسمانی منظم بودند. در مطالعات Mareen Winter (۲۰۰۴)، مرور نظام مند (دسامبر ۲۰۰۷) و Saika (۲۰۰۸) و عنصری (۲۰۱۲) مشخص گردید که ورزش نقش مهمی در کاهش ابتلا به سرطان پستان، خصوصاً پس از یائسگی دارد و زنانی که بیش از ۳ ساعت در هفته بطور مرتب ورزش می‌کنند، ۵۰-۲۵ درصد در مقایسه با زنان غیر فعال کمتر در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان می‌باشند (۲۲) و ۲۹-۳۱). انجام دادن ورزش های منظم، تولید بیش از حد هورمون های استروژن در خلال سیکل های دوره ای را کاهش می‌دهد و از افزایش وزن نیز می‌کاهد و از این رو خطر ابتلا را کم می‌کند (۳۱). در مطالعه حاضر فقط ۲۲/۴ درصد (۱۵۸ نفر) زنان فعالیت فیزیکی مطلوب داشتند. شاید از دلایل آن این بوده است که با وجود تغییرات در سبک زندگی روستایی به سمت زندگی شهری مانند کم شدن فعالیت های کشاورزی و دامپروری و کم تحرکی بدنبال آن در مناطق روستایی از نظر فرهنگی و همچنین امکانات موجود برای زنان فرصت فعالیت های فیزیکی فراهم نباشد. بنابر این با توجه به درصد بالای بی تحرکی یا تحرک جسمانی نامنظم، به نظر می‌آید انتخاب راهکارهایی نظیر نهادینه نمودن عادت به انجام حرکات ورزشی از سنین کودکی و نیز تقویت کیفی ساعات ورزش در مدارس اهمیت ویژه ای خواهد داشت.

داشتن تغذیه نامطلوب از نظر شیوع بعنوان سومین عامل خطر در کل جمعیت مورد مطالعه زنان روستایی مطالعه حاضر شناخته شد، بطوریکه نیمی از زنان میان سال ۵۲/۷ درصد (۳۷۳ نفر) دارای این عامل خطر بودند. برخی از مطالعات ارتباط عوامل تغذیه ای با سرطان سینه را مطرح کرده اند. در مطالعات حسین زاده (۲۰۱۵)، صالحی (۲۰۱۲)، Saika (۲۰۰۸) مشخص گردید که مصرف غذاهای چرب، خصوصاً پس از یائسگی بعنوان مهم ترین عامل خطر ابتلا به سرطان پستان مطرح می‌باشند اما مصرف میوه و سبزیجات به مقدار حداقل ۵ واحد در روز و مصرف لبنیات، فیبر و ایزوفلاوین های سویا بعنوان فاکتورهای محافظت کننده و پیشگیری کننده از سرطان پستان می‌باشند (۱۱ و ۳۲ و ۳۰). گرچه در مطالعه مروری طاہرگورابی (۲۰۱۴) رابطه معنی داری بین مصرف غذا (شامل: چربی، سویا، لبنیات، گوشت، میوه ها و سبزیجات) و ابتلا به سرطان پستان نشان داده نشده است (۴).

1 National Breast and Ovarian Cancer Center

عامل خطر چهارم در این مطالعه مصرف دخانیات غیرمستقیم با ۲۴/۴ درصد (۱۷۲ نفر) در خانواده میان‌سال می‌باشد که در این مطالعه در رتبه چهارم قرار داشت. در مطالعه روح پرورزاده (۲۰۱۴) عامل تماس با فرد سیگاری بعنوان رتبه چهارم در بین عوامل خطر قرار داشت (۲۷) و در مطالعات حسین زاده (۲۰۱۵)، مطالعه نجفی در ایران و مطالعه Pertalia در آمریکا، مطالعه آقوای (۲۰۰۷) و دکتر هیدی نلسون (۲۰۱۳) نشان داده شد که استعمال سیگار بعنوان یکی از عوامل خطر فردی ابتلا به سرطان پستان بوده و قرار گرفتن در محیطی که دود سیگار در آن وجود دارد، خطر سرطان پستان افزایش پیدا می‌کند (۱۱ و ۲۵ و ۳۳). مواد سمی حاصله از دود تنباکو در بافت‌های چربی سینه ذخیره می‌شود که مصرف آن برای دوره‌های طولانی می‌تواند خطر ابتلا به سرطان سینه را افزایش دهد (۳۱). نکته قابل توجه در نتایج مطالعه حاضر این است که تنها ۰/۶ درصد زنان شرکت‌کننده در مطالعه، خود دخانیات مصرف می‌کردند، در واقع زنان بیشتر از رفتار نادرست دیگران در مصرف دخانیات آسیب دیده بودند که این خود اهمیت آموزش و افزایش آگاهی سایر افراد خانواده را مشخص می‌سازد.

مطالعات زیادی جهت بررسی ارتباط سرطان پستان با متغیرهای باروری از جمله سن شروع قاعدگی انجام شده است. Elisabete Weiderpass (۲۰۱۱) در مطالعه خود نشان داد که شروع سن قاعدگی قبل از ۱۱ سال و پس از ۱۵ سالگی خطر ابتلا به سرطان سینه را ۱/۱ تا ۱/۹ برابر افزایش می‌دهد (۲۴) اما در مطالعه Rachael T. Leon (۲۰۱۳) ارتباطی بین سن شروع قاعدگی و سرطان پستان یافت نشد (۲۳).

دخترانی که اولین عادت ماهانه آن‌ها قبل از سن ۱۲ سالگی شروع می‌شود نسبت به آنهایی که شروع قاعدگی دیرتری دارند، در معرض خطر بیشتری هستند زیرا هورمون استروژن که پس از بلوغ در خون دختران افزایش می‌یابد، در ایجاد سرطان سینه نقش دارد. از آنجا که بدن زنان در سیکل‌های قاعدگی ماهانه در معرض استروژن‌های تخمدان قرار می‌گیرد، هرچه تعداد سالهایی که یک زن عادت ماهانه می‌شود بیشتر باشد او به مدت طولانی‌تری در معرض این هورمون قرار گرفته و امکان ابتلا به این نوع سرطان افزایش می‌یابد (۳۱). در سالهای اخیر، سن قاعدگی در دختران، به میزان قابل توجهی کاهش یافته است و دلیل آن، تغییر در الگوی تغذیه و افزایش شیوع چاقی است، زیرا این عوامل، تعادل هورمونی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۴). در مطالعه حاضر سن شروع منارک قبل از ۱۲ سال در ۱۷/۱ درصد (۱۲۰ نفر) از زنان میان‌سال وجود داشت که از نظر شیوع رتبه پنجم را در بین عوامل خطر داشت.

سایر عوامل خطر مورد بررسی نیز با تعداد استخراج شده قابل ارزیابی هستند. در تحقیق انجام شده مواجهه بودن شرکت‌کنندگان

با چند عامل خطر نیز قابل تأمل است، بطوریکه کلیه شرکت‌کنندگان به جز یک نفر در معرض یک تا ده عامل خطر بودند و بیشترین تعداد مربوط به مواجهه با پنج عامل خطر بود که ۳۶ درصد زنان شرکت‌کننده در این رده قرار داشتند. در مطالعه مشابه روح پرورزاده (۲۰۱۴) هر کدام از زنان مورد مطالعه در معرض خطر یک تا هشت عامل خطر بوده و بیشترین مواجهه در رابطه با یک عامل خطر (۲۰ درصد) بود (۲۷).

دکتر پژی پورتر که یک بیولوژیست سرطان است، معتقد است که شیب تند افزایش سرطان در کشورهای در حال توسعه بطور عمده به دلیل وقوع تغییرات مطلوب از قبیل بهبود وضعیت اجتماعی و اقتصادی، افزایش امید به زندگی، کنترل باروری توسط بانوان، درمان با هورمون‌های جایگزین و تغییرات نامطلوب شامل تغییرات تغذیه‌ای (مصرف بالای چربی و مصرف کم میوه جات و سبزیجات) و کاهش تحرک بدنی است که مجموع این تغییرات منجر به کاهش سن منارک، افزایش سن یائسگی، افزایش سن ازدواج، تأخیر در تولد اولین فرزند و افزایش BMI می‌باشد (۲۷).

از عوامل با خطر کم در این مطالعه، استعمال مستقیم دخانیات، مصرف الکل، سابقه سرطان پستان در فرد سابقه سرطان پستان در افراد مذکر خانواده بودند که کمتر از یک درصد شیوع داشتند. در مطالعه بدریان و روح پرورزاده (۲۰۱۳) شیوع این عوامل خطر کمتر از یک درصد گزارش شده است (۲۷، ۲۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثر عوامل خطر با شیوع بالا در زنان ۳۰ تا ۵۹ ساله، مربوط به سبک زندگی افراد است که با آموزش و ایجاد بسترهای مناسب می‌توان آن‌ها را اصلاح و اثرات منفی آن‌ها را تعدیل نمود. بنابراین دست اندرکاران نظام سلامت در بحث کنترل و پیشگیری از سرطان سینه باید تلاش‌ها و فعالیت‌های خود را روی عوامل مربوط به سبک زندگی نظیر نگهداری وزن بدن در حد طبیعی و فعالیت بدنی منظم و داشتن تغذیه مطلوب به خصوص در مناطق روستایی، معطوف و متمرکز نمایند، لذا مطالعه‌ای مشابه با حجم بزرگتر و با در نظر گرفتن عوامل خطر تاثیرگذار بر سرطان پستان بر روی افراد مبتلا به این بیماری و افراد سالم (موردی-شاهدی) و نیز مطالعاتی مشابه بصورت مقایسه‌ای بر روی زنان ساکن در شهر و روستا پیشنهاد می‌گردد تا با یاری خداوند بتوان شیوع این بیماری را در بین زنان جامعه کاهش داد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده آموزش علوم پزشکی شهید بهشتی تهران می‌باشد. کلیه هزینه‌های مالی پژوهش حاضر بر عهده نویسندگان بوده است. بدین وسیله از

صومعہسرا کہ زمینہ اجرای این تحقیق را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت کنندگان و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند و همچنین از مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان

References:

- Lotfi M, Yavari P, Fallahzadeh H, Shiryazdi M, Zahedi A. Relation between Socioeconomic and Fertility Factors with Breast Cancer: Case - control Study. *Toloo-e-Behdasht* 2016; 14 (6):356-71. (Persian)
- Ramezani Daryasari R, Davanloo M, Khoushideh M. National Cancer Control Programs, Policies and Management Policies Guidelines 2007; 11-13. (Persian)
- PourRanjbar M, Amiri-Moghaddam M, Ghadimi B. The Relationship between Breast Cancer and Lifestyle based on Cockerham and Bourdieu Theory: a study on Kerman women. *Health and Development Journal* 2016; 5(3): 238-56.(Persian)
- Tahergorabi Z, Moodi M, Mesbahzadeh B. Breast Cancer: A preventable disease. *J Birjand Univ Med Sci* 2014; 21 (2):126-141. (Persian)
- Severi G, Baglietto L. Breast cancer risk factors a review of the evidence: National Breast and Ovarian Cancer Centre (NBOCC) July 2009:7-8
- American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2017.
- Shafiei M, Halakoui M, Ismael Zadeh M, Bakhshi H, Ismaili S. Pathology reports of mast cells in Rafsanjan city and its related factors from 2005 to 2007. *CHJ.RUMS* 2017;3(3):1-6.(Persian)
- Jia M, Zheng R, Zhang S, Zeng H, Zou X, Chen Wanqing. Female breast cancer incidence and mortality in 2011 China. *J Thorac Dis* 2015; 7(7):1221-6.
- "Cancer" Noncommunicable Diseases Newsletter Deputy Health Ministry of Health and Medical Education. winter of 2013. (Persian)
- Abachizadeh K, Moradi Kouchi A, Ghanbari Motlagh A, Kousha A, Shekarriz-Foumani R, Erfani A. Breast Cancer in Iran: Levels, Variations and Correlates. *Community Health* 2018;5(1):11-21.
- Husseinzadeh M, Eyvazi J, Aghajari P, Mahdavi N, Barzanjeh Sh, Sahebi MH. Corrective Risk Factors for Breast Cancer in Women. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2014;3(2):92-102. (Persian)
- Sharififard P. Evaluation of risk factors for postmenopausal breast cancer in women with breast cancer referring to Ahvaz Golestan Hospital in 2016 [dissertation]. Ahvaz: Jundishapur University Medical Sciences; 2016. (Persian)
- Abbastabar H, Soleimani M, Hamidifard P, Jalilian F, Mirzaee M, Nasirzadeh M. Investigation of the relationship of breast cancer with the most common risk factors for non-contagious diseases in an ecological study. *J Health Syst Res* 2012; 8(3):369 -76. (Persian)
- Enayatrad M, Salehinia H. Investigating the trend of breast cancer incidence in Iranian women. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2012; 22(1): 27-35. (Persian)
- Shirazi F, Heidari Sh, Farajollahi M, Sanjari M, Mohammadian Z. "Breast Cancer" Technical Assistant of the Nursing Organization of the Islamic Republic of Iran. 2010; 24-2. (Persian)
- Zamiran B. "Breast Cancer" MSc in Women Studies, Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2011. Available from: <https://fa.wikipedia.org/wiki/>.(Persian)
- Kashfi F, Nikoofar A, Mohammadi R. Fertility risk factors causing breast cancer. *J Reprod Infertility* 2000;3 (1):38-45. (Persian)
- Fathinajafi T, Jabarzadehganjeh S, Mojahedirezaian S, Mazloom S. Evaluation of some risk factors for breast cancer in reproductive age in women in Mashhad, 2002-2001. *J Iran Univ Med Sci* 2004;11(42):577-85. (Persian)
- khiasi B, khiasi K, fakhrimoradi S, khademi N. Investigate Frequency Of Breast Cancer Among Women In Kermanshah During 2004-2013. *Zanko Journal of Medical Sciences* 2016; 17(52):28-34.(Persian)

20. Kazemi A, Eskandari O, Amin M, Nesaei P. A survey on breast cancer status in kurdistan province on medical geography viewpoint during 2006 – 2010J Health Syst Res 2015;11(3):459-72.(Persian)
21. Ataollahi M, Masoumi SZ, Shayan A, Roshanaei G, Sedighi S. Comparing Dimension Of Perceived Social Support and Perceived Stress in Women with and without Breast Cancer Referred to Mahdieh MRI Center of Hamedan in 2013. Pajouhan Scientific Journal 2016; 14(2):62-70. (Persian)
22. Winter M, Blettner M, Zeeb H. Prevalence of risk factors for breast cancer in German airline cabin crew: a cross-sectional study. J Occup Med Toxicol 2014; 9(1):27.
23. Leon Guerrero RT, Novotny R, Wilkens LR, Chong M, White KK, Shvetsov YB, et al. Risk factors for breast cancer in the breast cancer risk model study of Guam and Saipan. Cancer Epidemiol 2017; (50):221-33.
24. Weiderpass E, Meo M, Vainio H. Risk factors for breast cancer, including occupational exposures. Saf Health Work 2011;2(1):1-8.
25. Adib M, Ghanbari A, Pourazadeh M, Kazemnejad E. The Study of Risk Factors Related to Medical History, Lifestyle and Health Behaviors in Women with Breast Cancer. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012;15(22):17-26. (Persian)
26. Monfared A. Investigating factors related to quality of life and mental image of their body in women with breast cancer in educational and therapeutic centers of Rasht, 2012[dissertation].. (Persian)
27. Roohparvarzadeh N, Ghaderi M, Parsa A, Elayari A. Prevalence of breast cancer risk factors in women aged 20-69 in Isfahan. Iran J Breast Dis 2014;7(1):61-52.(Persian)
28. Bernstein L, R Teal C, Joslyn S, Wilson J. Ethnicity-Related Variation in Breast Cancer Risk Factors. Cancer 2003; 97(1):222-9.
29. Badrian M, Ahmadi P, Amani M, Motamedi N. Prevalence of breast cancer risk factors in 20-69 year old women in Dehaghan city in 2012. Iran J Breast Dis 2014;7(2):67-75. (Persian)
30. Saika Kumiko, Sobue T. Epidemiology of Breast Cancer in Japan and the US. Japan Med Assoc J 2009;52(1):39-44.
31. Onsory K, Ranapoor S. Breast Cancer and the Effect of Environmental Factors Involved. New Cellular and Molecular Biotechnology Journal 2011;1(4):59-70. (Persian)
32. Salehi, M. The study of the influence of environmental factors on the incidence of breast cancer. General medical thesis. J Ardabil Univ Med Sci 2011;72-97. (Persian)
33. Nelson H, Zakher B, Cantor A, Fu R, Griffin J, O'Meara E, et al. Risk Factors for Breast Cancer for Women Age 40 to 49. Ann Intern Med 2012;156(9):635-48.

PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR BREAST CANCER IN 30- 59 YEAR-OLD WOMEN IN COMPREHENSIVE RURAL HEALTH SERVICES IN SOMESARA COUNTY IN 2018

Tahereh Abdollahiyan Somesaraei¹, Peygham Heidarpoor²

Received: 18 Sep, 2019; Accepted: 28 Jan, 2020

Abstract

Background & Aims: Breast cancer accounts for about one-third of all cancers in women, and after lung cancer, it is the most common cause of cancer death in women. Despite this, breast cancer has the highest incidence of all cancers. The incidence of this disease is increasing rapidly in many countries around the world. Some well-known etiological factors of cancer also play a role in the incidence of breast cancer. Epidemiological studies show important information about the risk factors for breast cancer.

Materials & Methods: The present study is a cross-sectional descriptive study in which 708 women were selected by a multi-stage random sampling method from women aged 30 to 59 years covered by Comprehensive Rural Health Centers of Somesara in 2018. They were evaluated for 22 proven breast cancer risk factors by the researcher. The results of the research were analyzed using SPSS20 software and descriptive statistical methods such as frequency and mean.

Results: Of the 708 female participants, 707 (99.8%) had at least one risk factor for breast cancer and the highest risk factors were related to overweight and obesity with 603 cases (85.3%), adverse physical activity with 548 cases (77.6%), subsequent malnutrition with 373 cases (52.7%), and exposure to smokers with 172 cases (24.4%).

Conclusion: The results of the present study showed that most of the high-risk risk factors in women aged 30 to 59 years are related to lifestyle, which can be corrected by training and creating appropriate contexts and their negative effects can be moderated.

Keywords: Breast Cancer, Risk Factors, Women's Health, Outbreak

Address: Department of Community Health Sciences Education, Faculty of Medical Science Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: (+98) 21 26210092-1

Email: pheidarpoormd@yahoo.com

¹ MSc Community Education for Health Sciences, Faculty of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Social Medicine Specialist, Assistant Professor, School of Management and Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author)