عوامل باروری مستعد کننده سرطان پستان

فهیمه کشفی (M.S.)[1]، علیرضا نیکوفر (Ph.D.)[2]، رخشنده محمدی(Ph.D.)[3].

۱- مربی، گروه بهداشت باروری، پژوهشکده رویان، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه انکورولوژی، بیمارستان هفتم تیر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران.

چکیده

سرطان پستان بعد از سرطان ریه دومین عامل مرگ ومیر در زنان به شمار می‌رود. اگر چه با گذشت زمان از نظر میزان شیوع روندی رو به افزایش داشته است، لیکن میزان مرگ و میر در طی سه دهه اخیر ثابت مانده است که می‌تواند به علت تشخیص زود هنگام بیماری در مراحل اولیه آن باشد. هدف از این پژوهش تعیین عوامل مستعد کننده باروری در ابتلای زنان به سرطان پستان می‌باشد. پژوهش حاضر یک مطالعه موردی ـ شاهدی بوده که در سال ۱۳۷۸ در سه مرکز آموزشی ـ درمانی وابسته به وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی در شهر تهران انجام شد. مشخصات فردی و باروری زنان مبتلا به سرطان پستان و غیر مبتلا (شاهد) با کمک پرسشنامه طراحی شده بررسی و مقایسه گردید. برای این منظور۱۲۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان به همراه۱۲۰ زن سالم به عنوان گروه شاهد که به طور تصادفی انتخاب و در مطالعه شرکت داده شدند. نتایج این مطالعه نشان داد در گروه مبتلا به سرطان بیشترین درصد (۷۰٪) زنان در گروه سنی ٥٤ـ٣٥ سال سن قرار داشتند. همچنین بین وضعیت تأهل و ابتلاء زنان به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P< ۰/۰۰٦$). بین سن اولین قاعدگی، سن ازدواج ، تعداد بارداری، سن اولین و آخرین بارداری، سابقه چند قلو زایی، سابقه شیردهی، مدت مصرف قرصهای پیشگیری از بارداری، سن یائسگی و ابتلای به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. ولی ابتلا به سرطان با تعداد سقط ($P< ۰/۰۰٤٦$) ارتباط معنی‌داری را نشان می‌داد. در این پژوهش تنها عامل فردی خطرزای سرطان پستان وضعیت تأهل بود، همچنین بین تعداد سقط و ابتلا به سرطان پستان ارتباط ضعیفی وجود داشت که متأسفانه این عوامل قابل پیشگیری و کنترل نمی‌باشند. ولی در مواردی که امکان مداخله وجود دارد، لازم است با برنامه ریزیهای صحیح و آگاه سازی جامعه از عوامل مؤثر بر بیماری و روشهای پیگیری از آنها، زنان را از ابتلاء این بیماری خطیر بر حذر داشت.

گل واژگان: سرطان پستان، عوامل باروری و عوامل خطرزا.

آدرس مکاتبه: فهیمه کشفی، پژوهشکده رویان، خیابان زعفرانیه، چهار راه آصف، کوچه سیمین، پلاک ٣٦ ، صندوق پستی ٤٦٤٤-١٩٣٩٥ تهران، ایران.

پست الکترونیک: info@royaninstitute.org

Downloaded from http://www.jri.ir

مقدمه

سرطان که در ردیف بیماریهای صعب العلاج قرار داده می‌شود از قدیم گریبانگیر بشر بوده و یک مسئله جهانی می‌باشد که تنها به کشورهای صنعتی محدود نمی شود. ولی در کشورهای صنعتی آمار مرگ و میر بالاتر از کشورهای نیمه صنعتی می‌باشد همچنین سرطان پستان شایعترین سرطان در بین زنان کشورها ی توسعه یافته بوده و موسسه ملی سرطان آمریکا پیش بینی می‌کند از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۰ بیش از دومیلیون زن دچار سرطان پستان شوند(۱).

افزایش سالیانه سرطان پستان در سال های ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵ به طور متوسط ۳ درصد بوده و طی ۵ سال گذشته این افزایش تا حدود ۱ درصد کاهش یافته است(۲). برخی از محققین معتقدند که میزان شیوع سرطان پستان در بسیاری از کشورها در حال افزایش است اگر چه در بعضی موارد میزان مرگ و میر ممکن است ثابت مانده یا بطور نامحسوسی در حال کاهش باشد(۳). با توجه به تفاوتهای جغرافیایی، میزان آن در آمریکای شمالی، اروپای شمالی و اقیانوسیه در حد بالا و در جنوب آمریکا، به میزان متوسط و میزان شیوع آن در آفریقا و آسیا کم می‌باشد. اغلب مطالعات حاکی از آن است که در کمتر از ۵٪ موارد عوامل مستعد کننده بطور ژنتیکی به ارث می‌رسند. اگر چه بعضی این رقم را تا ۱۰ ٪ نیز ذکر کرده‌اند. عوامل خطرزای سرطان پستان به مسائل باروری زنان شامل: قاعدگی زودرس، ناباروری، سن بالا در هنگام اولین زایمان، یائسگی دیررس، رژیم غذایی و فعالیت جسمانی و فاکتورهای هورمونی درونزا[1] (سطح بالای استروژن آزاد نسبت به استروژن متصل به پروتئینهای سرم) یا برونزا[2] (استفاده طولانی مدت از قرصهای جلوگیری از بارداری یا هورمون درمانی جایگزینی در زنان یائسه)، مرتبط می‌باشد(۳). در ایران نیز مانند بسیاری ازو کشورهای درحال توسعه سرطان پستان شایعترین سرطان بوده و به عنوان یک مسئله بسیار مهم بهداشتی، درمانی زنان محسوب می‌گردد و ازنظر شیوع دومین فراوانی را بعد از سرطان سیستم خون ساز و لنفاوی بدن به خود اختصاص داده است (٤).

پژوهشگران طی تحقیقات همه گیر شناسی در سراسر جهان توانسته اند عوامل مستعد کننده سرطان پستان را که از نظر بالینی دارای اهمیت زیادی می‌باشند گزارش دهند. Berek مهمترین عوامل مستعد کننده سرطان پستان را شامل: سن، سابقه خانوادگی، سرطان پستان، رژیم غذایی پرچربی، چاقی، عوامل تولید مثلی و هورمونی مانند اولین قاعدگی زودرس، یائسگی دیررس، ناباروری، بیماریهای خوش خیم پستان، مقادیر بالای استروژن در هورمون درمانی جایگزینی در زمان یائسگی و سابقه سرطان رحم، تخمدان و کولون گزارش نموده است (۵).

Devita معتقد است مهمترین مشخصه زنان مبتلا به سرطان پستان سن آنها میباشد. میزان ابتلاء به سرطان پستان پس از یائسگی ٦ برابر ابتلاء در دوران قبل ازیائسگی است. قاعدگی زودرس و یائسگی دیررس به دلیل اینکه پستان طی سالهای متمادی در معرض استروژن و پروژسترون بیشتری قرار می گیرد خطر ابتلاء به سرطان پستان رابالا می برد. بسیاری از محققین سن در زمان اولین بارداری را از عوامل مستعد کننده سرطان پستان می دانند و معتقدند زنانی که اولین بارداری آنان در سنین بیشتر از ۳۵ سالگی باشد درمقایسه با زنانی که سابقه بارداری نداشته اند در معرض خطر بیشتری می‌باشند. زنانی که طی ۳ سال گذشته زایمان داشته اند نسبت به زنانی که ۱۰ سال یا بیشتر از زمان آخرین زایمان آنها می گذرد کمتر در معرض خطر ابتلاء به سرطان پستان قرار دارند(٦).

از طرفی در صورت شیردهی طولانی مدت، به علت تاخیر در تخمک‌گذاری منظم با کاهش میزان خطر ابتلاء به سرطان پستان همراه می باشد (۵). Viladiu طی

1- Endogenosis
2- Exogenosis

Downloaded from http://www.jri.ir

مطالعـه‌ای که در اسپانیا انجام داد به این نتیجه رسید که ارتـباط واضحی بین سرطان پستان با تعداد زایمان، سن در زمان آخرین بارداری، مصرف قرصهای جلوگیری از بـارداری و هورمـون درمانـی جایگزینی در زنان یائسه وجود ندارد(۷) .

بیشـترین مـیزان مـرگ ومـیر ناشی ازسرطان پستان در سـنین ۶۰ـ۳۰ سالگی میباشد. لذا این بیماری به علت رقم بـالای مـرگ و مـیر آن در سـالهایی کـه زنـان در اوج مسـئولیتهای خانوادگـی وشـغلی هسـتند و هـم بـه دلیل نسـبت فزایـنده زنـان مسـن در جمعیـت، حائـز اهمیـت مـــی‌باشد(۲).

Morabia و همکـاران در یک مطالعه موردی – شاهدی به بررسی میزان شیوع و عوامل باروری مرتبط به سرطان پسـتان در ۷ کشـور (اسـترالیا، چیـن، کلمبـیا، آلمـان، اسـرائیل، فیلیپیـن و تایلـند) پرداختند. نتایج حاصل نشان داد که شیوع سرطان پستان با قاعدگی زودرس، یائسگی دیـررس، مدت طولانی دوران باروری و تاخیر بیشتر در زمان اولین زایمان در ارتباط می‌باشد(۸).

از آنجا که سرطان پستان از جمله نئوپلاسمهایی است که بـیش از انـواع دیگـر سـرطانها تحـت بررسی قرار گرفته اسـت تا شاید با توجه به شیوع قابل ملاحظه آن، عامل یا عواملـی بـرای بهـبود روشهای پیشگیری و مبارزه با آن یافت شود. بنابراین با توجه به اینکه اکثریت این مطالعات در کشـورهای غربـی صورت گرفته که از لحاظ ساختار جغرافیایـی، اقتصـادی و اجتماعـی تفاوتهـای زیـادی بـا کشـور مـا دارنـد، بـر آن شـدیم تا با توجه به ویژگیهای زنـان ایرانـی بـا انجام مطالعه‌ایی در مورد ارتباط عوامل بـاروری و سـرطان پسـتان گـام نوینـی در ایـن زمیـنه بـرداریم و شـاید بـا شـناخت عوامـل خطرزایی بیماری، بـتوان بـه تشخیص زودرس و درمان مقتضی در مراحل ابتدایـی بیماری با حفظ پستان و به حداقل رساندن نقص عضو و کاهش مرگ ومیر در زنان جامعه دست یافت.

مواد و روشها

ایـن پـژوهش از نـوع مطالعه موردی- شاهدی می باشد. پژوهشـگران بـا مـراجعه بـه محیط پژوهش یعنی مراکز بهداشـتی و درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آمـوزش پزشـکی شـهر تهـران (بیمارسـتانهای شـهدای هفـتم‌تـیر، اما م خمینی و شهدای تجریش) به جمع آوری اطلاعـات از افراد مبتلا به سرطان پستان (گروه مورد) و افـراد سـالم همراه سایر بیماران (گروه شاهد) پرداختند. نمونـه پـژوهش از جامعه پژوهش یعنی کل زنان مراجعه کننده مبتلا به سرطان انتخاب شدند که تشخیص بیماری در آنهـا ثابـت شده و دارای سابقه عمل جراحی بدخیمی پسـتان، شیمی درمانی و یا رادیوتراپی پستان بوده و به مـنظور پیگـیری به این مرکز مراجعه می‌نمودند، همچنین گـروه شـاهد بـا همگـون کـردن سن گروه مورد انتخاب گردیدند.

حجـم نمونـه پـژوهش در هـر گروه ۱۲۰ نفر برآورد شد (سـطح اطمیـنان ۹۵٪). معـیار پذیـرش نمونـه های مورد شـامل: ایرانـی الاصـل، سـاکن ایـران و ثبـت تشـخیص سـرطان پستان در پرونده بیمار بود. در گروه شاهد نیز بـاید ایرانـی الاصـل، سـاکن ایـران و از سـلامتی کـامل برخوردار می‌بودند. معیارهای حذف نمونه شامل داشتن سـابقه سـرطان متاسـتاتیک در نمونـه هـای گروه مورد پژوهش بود.

اطلاعـات مـورد نیاز پژوهش از طریق خود گزارش دهی بـه وسـیله پرسشـنامه جهـت کسـب مشخصات فردی و بـاروری گـردآوری گـردید. به منظور تعیین اعتبار علمی پرسشـنامه از روش اعتبار محتوی، همچنین جهت تعیین اعـتماد علمـی ابـزار گـردآوری داده‌هـا، از روش آزمون مجـدد درمـورد ۷ نفـر از زنـان مبـتلا و ۷ نفـر از زنـان غیرمبـتلا اسـتفاده گـردید. اطلاعات حاصله از گروههای مـورد و شـاهد پـس از کدگـذاری توسط ویرایشگر PE2 وارد رایانـه شـد و ازطریق نرم افزار SPSS با استفاده از آمارتوصـیفی و اسـتنباطی مـورد تجـزیه و تحـلیل قـرار

Downloaded from http://www.jri.ir

جدول ۱-توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد برحسب وضعیت تأهل

گروهها / وضعیت تأهل	زنان مبتلا		زنان غیر مبتلا	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
متأهل	۸۵	۷۰/۸	۱۰۶	۸۸/۳
مجرد	۷	۵/۸	۱	۰/۸
مطلقه	۱۲	۱۰	۵	۴/۲
بیوه	۱۶	۱۳/۳	۸	۶/۷
جمع	۱۲۰	۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰

df =۳، X^2=۱۲/۳۶، P<۰/۰۰۶ و شدت همبستگی براساس ضریب چوپروف Pt>۰/۱۷۲۴

گرفت. لذا برحسب مورد از آزمونهای آماری مجذور کای[1] و فیشر[2] برای متغیرهای کیفی، آزمونt برای متغیرهای کمی پیوسته و گسسته و برای تعیین شدت همبستگی بین متغیرهای کیفی مورد پژوهش نیز از ضریب همبستگی چوپروف استفاده گردید. پس از تعیین وجود ارتباط معنی‌دار بین ابتلا به سرطان پستان و متغیرهای مورد پژوهش، برای حذف اثر متقابل متغیرها بر یکدیگر از آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده گردید.

نتایج

با توجه به همگون سازی نمونه‌های دو گروه از نظر سن، ۱۰/۸٪ زنان مبتلا و ۱۲/۵٪ زنان غیر مبتلا در گروه سنی ۳۴-۲۵ سال، ۳۲/۵٪ زنان مبتلا و ۳۰/۸٪ زنان غیر مبتلا در گروه سنی ٤٤-۳۵ سال، ۳٦/۷٪ زنان مبتلا و غیر مبتلا در گروه سنی٥٤-٤٥ سال، ١٤/٢٪ زنان مبتلا و ۱۵/۸٪ زنان غیر مبتلا در گروه سنی ٦٤-٥٥ سال، ٥/٨ ٪ زنان مبتلا و ٤/٢٪ زنان غیر مبتلا ٦٥سال و بیشتر قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار سن گروه زنان

جدول۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مورد و شاهد بر حسب تعداد سقط

گروهها / تعداد سقط	زنان مبتلا		زنان غیر مبتلا	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰	۶۰	۵۳/۱	۸۰	۶۷/۲
۱-۲	۴۷	۴۱/۶	۳۶	۳۰/۳
≥ ۳	۶	۵/۳	۳	۲/۵
جمع	۱۱۳	۱۰۰	۱۱۹	۱۰۰

t= -۲/۰۱ ، P<۰/۰۴۶

1- Chai - square
2- Fischer exact test

Downloaded from http://www.jri.ir

جدول ۳- عوامل باروری غیرمرتبط با سرطان پستان

نام متغیر	نتیجه آزمون
سن اولین قاعدگی	$\bar{X}_1$=۱۳/۵۷،$\bar{X}_2$=۱۳/۵۶، t= -۰/۰۴ ، P=۰/۹۶
منظم بودن قاعدگی	X^2=۰/۱۷، df=۱ ، P=۰/۶۸
مدت قاعدگی	X^2=۱/۶۷ ، df=۲ ، P=۰/۴۳
سن ازدواج	$\bar{X}_1$=۱۸/۵۵،$\bar{X}_2$=۱۸/۲۳، t=-۰/۵۶ ، P=۰/۵۷
تعداد بارداری	$\bar{X}_1$=۴/۶۴،$\bar{X}_2$=۴/۴، t= -۰/۷۷ ، P=۰/۴۵
سن اولین بارداری	$\bar{X}_1$=۱۹/۸۳،$\bar{X}_2$=۱۹/۶۸،t= -۰/۲۹ ، P=۰/۷۶
سن آخرین بارداری	$\bar{X}_1$=۳۱/۸۸ ،$\bar{X}_2$=۳۲/۰۶، t=۰/۲۴ ، P=۰/۸۰
سابقه چندقلوزایی	X^2= ۰/۰۲۷ ، df=۱ ، P=۰/۸۷
سابقه شیردهی	X^2= ۰/۰۰۷ ، df=۱ ، P=۰/۹۳
مدت شیردهی (به ماه)	$\bar{X}_1$=۶۰/۰۸ ،$\bar{X}_2$=۶۴/۷۷، t=۰/۶۹ ، P=۰/۴۸
سابقه مصرف قرصهای پیشگیری از بارداری	X^2 = ۱/۳۸ ، df=۱ ، P=۰/۲۴
مدت مصرف قرصهای پیشگیری (به سال)	$\bar{X}_1$=۶/۶ ،$\bar{X}_2$=۷/۴، t=۰/۷۹ ، P=۰/۴۳
سن یائسگی	$\bar{X}_1$=۴۷/۷۱ ،$\bar{X}_2$=۴۸/۶۹، t=۱/۶۲ ، P=۰/۱
سابقه عمل جراحی دستگاه تناسلی	X^2=۰/۹۸۱ ، df =۱ ، P=۰/۳۲
نوع سقط	X^2=۳/۷۴ ، df =۱ ، P=۰/۰۵۳

$\bar{X}_1$ زنان مبتلا و $\bar{X}_2$ زنان غیر مبتلا

با توجه به آزمونهای آماری بین عوامل باروری بالا و سرطان پستان در زنان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

مبتلا به ترتیب ٤٦/٦٠ و ٩/٨٨ سال و میانگین انحراف معیار گروه زنان غیر مبتلا به ترتیب ٤٦/٤١ و ٩/٦٧ سال بوده است. درصد میزان تحصیلات زنان مبتلا ٢٦/٧٪ بیسواد، ١٤/٢٪ سواد خواندن و نوشتن، ٢٢/٥٪ ابتدایی، ١٠٪ راهنمایی، ١٥٪ دیپلم و ١١/٧٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه زنان غیر مبتلا ١٦/٧٪ بیسواد، ١٠/٨٪ سواد خواندن و نوشتن، ٢٥/٨٪ ابتدایی، ١٥/٨٪ راهنمایی، ٢٤/١٪ دیپلم و ٦/٧٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. بیشترین درصد زنان مبتلا و غیر مبتلا از نظر شغل خانه‌دار بودند (به ترتیب ٧٩/٢٪ و ٨٥٪). در گروه زنان مبتلا و غیر مبتلا از نظر سطح درآمد در ١٠ سال گذشته به ترتیب ٦٥/٨٪ و ٧٥٪ در سطح متوسط قرار داشتند. در گروه زنان مبتلا از نظر درصد ابتلاء هر یک از پستانها به سرطان در گروه مبتلا: ٤١/٧٪ پستان راست و٥٨/٣٪ پستان چپ آنها مبتلا بوده است. ٤٧/٥٪ زنان مبتلا و ٤٦/٧٪ زنان غیر مبتلا در گروه چاق قرار داشتند.

همچنین ٥٨/٣٪ زنان مبتلا و غیر مبتلا اندازه پستان متوسط داشته‌اند.

در رابطه با عوامل فردی و ابتلای زنان به سرطان پستان، بین وضعیت تأهل و سابقه بیماری خوش خیم پستان براساس آزمونهای آماری ارتباط معنی داری وجود داشت. همچنین یافته‌های پژوهش نشان دادند که میزان تحصیلات، شغل، سطح درآمد خانواده، شاخص توده بدنی (BMI)[1]، اندازهٔ پستان، براساس آزمونهای آماری با ابتلاء به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری ندارند (جدول١).

جدول ٢ نشان می‌دهد بین دو متغیر سقط با ابتلای زنان به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری وجود دارد($P<$ ٠/٠٤٦). همچنین براساس این جدول ٦٢/٧٪ زنان غیرمبتلا سابقه سقط نداشته و ٥/٣٪ زنان مبتلا حداقل ٣ و یا بیشتر سقط داشته‌اند. حداقل تعداد سقط در هر دو گروه صفر و حداکثر ٤ سقط می‌باشد.

1- Body Mass Index

Downloaded from http://www.jri.ir

میانگین سن قاعدگی در زنان مبتلا و غیر مبتلا ۱۳/۵ سال و میانگین تعداد بارداری در زنان مبتلا ٤/٦٤ و زنان غیر مبتلا ٤/٤ بارداری بود، همچنین میانگین سن اولین بارداری در هر دو گروه ۱۹/۷ سال بود. در گروه زنان مبتلا میانگین مجموع ماههای شیردهی ٦۰/۰۸ و در گروه زنان غیر مبتلا ٦٤/۷۷ ماه بوده است. همچنین ۱/ ٤۱ درصد زنان مبتلا و ۳٤ درصد زنان غیر مبتلا کمتر از ٤ سال قرص پیشگیری از بارداری را مصرف نموده‌اند. در گروه زنان مبتلا میانگین سن یائسگی ۷۱/ ٤۷ و زنان غیر مبتلا ٤۸/٦۹ سال بوده است، که بین این عوامل و متغیرهای منظم بودن قاعدگی، مدت قاعدگی، سن ازدواج، تعداد بارداری، سن اولین و آخرین بارداری، سابقه چندقلوزایی، سابقه عمل جراحی دستگاه تناسلی و نوع سقط با ابتلا به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (جدول۳).

بحث

یافته‌های پژوهش در رابطه با وضعیت تأهل و ابتلای زنان به سرطان پستان بر اساس آزمون آماری مجذور کای ارتباط معنی‌داری را نشان دادند، بطوری که در گروه مبتلا ۵/۸٪ و در گروه شاهد ۰/۸٪ زنان مجرد بودند. تحقیقات Maccredie و همکاران نیز در این رابطه نشان داده است که زنان متاهل ۲۷٪ کمتر از زنان مجرد در معرض خطر سرطان پستان می‌باشند(۹). Sasco نیز ناباروری را جزء عوامل خطرزای سرطان پستان می‌داند(۳). در رابطه با سن شروع اولین قاعدگی و ابتلاء به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر وجود نداشت (t=-۰/۰٤، P<۰/۹٦). در هر دو گروه میانگین سن شروع اولین قاعدگی ۱۳/٥٦ بوده است. Devita و همکارانش معتقدند که شروع اولین قاعدگی در سن کمتر از ۱۲ سال به عنوان عامل خطرزای مهم سرطان پستان محسوب می‌گردد(٦). در رابطه با تعداد بارداری و ابتلا به سرطان پستان براساس آزمون آماری t ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (t=-۰/۷۷، P<۰/٤٥). Viladiu نیز ارتباط واضحی بین سرطان پستان با تعداد بارداری بدست نیاورد(۷). به نظر Ramon چندقلوزایی[1] ناشی از درمان ناباروری خطر ابتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد(۱۰). در رابطه با مجموع ماههای شیردهی و ابتلا زنان به سرطان پستان، یافته‌ها ارتباط معنی‌داری را نشان ندادند (P<۰/٤۸ ، t=۰/٦۹). در تحقیقات Ramon بین کل مدت شیردهی و ابتلا به سرطان پستان نیز ارتباطی وجود نداشت(۱۰). در رابطه با مدت مصرف قرصهای پیشگیری از بارداری برحسب سال و ابتلای زنان به سرطان پستان ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (t=۰/۷۹، P<۰/٤۳). میانگین مدت مصرف قرصهای پیشگیری در دو گروه زنان مبتلا و غیر مبتلا به ترتیب ٦/٦ و ۷/٤ سال بود. Devita و همکارانش در این رابطه معتقدند کسانی که به مدت طولانی از قرص پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند افزایش قابل توجهی از ابتلا به سرطان دیده شده است(٦). در ارتباط با تعداد سقط و ابتلا به سرطان پستان یافته‌ها نشان داد که بر اساس آزمون آماری t-test ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر وجود دارد (P<۰/۰٤٦) و میانگین تعداد سقط در گروه مبتلا بیشتر از تعداد سقط در زنان غیر مبتلا بوده است (به ترتیب ۰/۷، ۰/٤). ولی در تحقیقات Palmer ارتباطی بین تعداد سقط و ابتلا به سرطان پستان مشاهده نشده است(۱۱). در رابطه با نوع سقط و ابتلای زنان به سرطان پستان، بر اساس آزمون آماری مجذور کای ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر وجود نداشت (P>۰/۰٥۳). درصد سقط القائی در گروه زنان مبتلا و زنان غیر مبتلا به ترتیب ٥۰/۹ و ۳۰/۸ درصد بود. Palmer نیز ارتباط ضعیفی را بین سقط القائی و خطر ابتلا به سرطان پستان گزارش نموده‌است(۱۱). همچنین Sanderson در مطالعه خود در بررسی ارتباط بین سرطان پستان و سقط القایی در

1- Multiparous

Downloaded from http://www.jri.ir

شانگهای چین به این نتیجه رسید که سابقه چندین سقط القایی تاثیر بسیار کمی بر میزان سرطان پستان در زنان چینی داشته است(۱۲). Rookus و همکاران نیز نشان دادند بین سقط خودبخودی و ابتلاء به سرطان پستان ارتباطی وجود ندارد ولی در زنان چندزا سابقه سقط القایی خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش می‌دهد(۱۳). بیشترین درصد زنان مبتلا و غیر مبتلا (۵۹/۲٪، ۵۶/۷٪) یائسه بودند. میزان شیوع ابتلا به سرطان پستان پس از یائسگی ٦ برابر ابتلا، قبل از دوران یائسگی می‌باشد(٦). در رابطه با سن یائسگی و ابتلای زنان به سرطان پستان یافته‌ها ارتباط معنی‌داری را نشان ندادند(t=۱/٦۲) و میانگین سن یائسگی در گروه زنان مبتلا و زنان غیر مبتلا به ترتیب ٤٧/٧١ سال و ٤٨/٦٩ سال بود. یائسگی دیررس از عوامل خطرزای سرطان پستان می‌باشد(۱). در تحقیقات Mccredie و همکاران نیز ارتباطی بین یائسگی و افزایش خطر ابتلا به سرطان پستان مشاهده نشد(۹).

در ارتباط با عوامل مستعد کننده باروری سرطان پستان در زنان، هر چند یافته‌های پژوهش نشان داد که تعداد سقط با ابتلای زنان به سرطان پستان ارتباط دارد، اما نتیجه آزمون آنالیز رگرسیون لجستیک همبستگی ویژه‌ای بین تعداد سقط جنین و شانس ابتلای به سرطان پستان را نشان نداد، که نتایج حاصل از مطالعه ما مطابق با تحقیق Palmer می‌باشد(۱۱).

طی تحقیقات همه گیرشناسی در کشورهای مختلف عوامل مستعد کننده و خطرزای باروری سرطان پستان شامل: سن، وضعیت تاهل، قاعدگی زودرس، سن اولین بارداری، مدت شیردهی، مصرف قرصهای ضدبارداری، یائسگی دیررس، ناباروری، مصرف استروژن در زنان، یائسگی، بیماری خوش خیم پستان و... می‌باشد (۱۱، ٦ -۵). ولی همانطور که از نتایج پژوهش حاضر بدست آمد این عوامل در زنان ایرانی شامل تعداد سقط و نوع سقط می‌باشد بنابراین با توجه به مسئولیت خطیر جامعه مامایی ایران در حفظ و سلامت و بهداشت زنان از یک طرف و شیوع رو به افزایش سرطان پستان، اهمیت و اولویت چنین بررسیهائی را در زمینه سرطان پستان به خوبی روشن می‌سازد. هدف اصلی بهبود کیفیت مراقبت‌های مامایی در درمانگاههای تنظیم خانواده زنان و زایمان می باشد. جهت پیشگیری از سرطان پستان و جلوگیری از عواقب آن در خانواده و جامعه لازم است عوامل خطرزای سرطان پستان را شناخته تا بتوان با ارائه راهکارهایی از بروز آن در جامعه جلوگیری کرد.

تشکر وقدردانی

بدینوسیله از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران که زمینه اجرای این تحقیق را فراهم آوردند تقدیر و تشکر می نماییم. همچنین از مسئولین محترم بخش سرطان بیمارستانهای هفتمتیر، امام خمینی و شهدای تجریش که در این راه ما را یاری نمودند سپاسگزاریم و همچنین از مسئولین محترم پژوهشکده رویان به خصوص جناب آقای باغستانی و سرکار خانم تیموری تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1- Gross R.E. Women at high risk for breast cancer. Am J Nurs.1998; 98(4): 55-8.

۲- یاوری پروین، صادقی حسن آبادی علی. اپیدمیولوژی بیماریها. تألیف مایلر د، فارمر د. تهران، نشر علوم دانشگاهی. سال ۱۳۷۹.ص ۳۷۹.

Downloaded from http://www.jri.ir

3- Sasco A.J. Epidemiology of breast cancer: an environment disease. 2001; 109(5): 321-32.
٤- محققی م. مشخصات دموگرافیک و تحلیل بقای بیماران مبتلا به سرطان پستان در مجتمع بیمارستان امام خـــمینی سال ١٣٧٤. دهمـین سمینار سالانه انسیتیتو کانسر. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران. سال ١٣٧٤.ص ٢٠.
٥- قاضی جهانی بهرام و همکاران. بیماریهای زنان نواک. تهران، نشر اشارت. تألیف برک ج. سال ١٣٧٦.ص ٨-٩٤٧.
6- Devita, V.T. Cancer Principal and Practice of Oncology. 5th Edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers. 1997: 219-42.
7- Viladiu A. A Breast cancer case-control study in Ginora, Spain. Endocrine, familial and life style factors. Eur J Cancer Prev. 1996; 5(5): 329-35.
8- Morabia A. Reproduction factors and incidence of breast cancer. Palventiv Med. 2000; 45(6): 247-57.
9- Mccredie M. Reproductive factors and breast cancer. Int J Cancer. 1998; 76(2): 182-8.
10- Ramon J.M. Age at first full term pregnancy, location, parity and risk of breast cancer. Eur J Epidemiol. 1996; 12(5): 449-53.
11- Palmer J.R. inducted and spontaneous abortion in relation to risk of breast cancer. Cancer causes control. 1997; 8(6): 841-9.
12- Sanderson M. Abortion history and breast Cancer risk: result from the Shanghai breast cancer study. Int J cancer. 2001; 92(6): 899-905.
Rookus M.A., Van-Leeuwen F.E. Induced abortion and risk for breast cancer: reporting bias in a Dutch case control study. J Nati Cancer Inst.1996; 88(23): 1759-64.

Downloaded from http://www.jri.ir