

تاخیر در مراجعه و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به کanser پیشرفته پستان بیمارستان امام (۱۳۷۹)

دکتر فاطمه قائم‌مقامی (دانشیار)*، دکتر ایرج حریرچی (استادیار)**، دکتر رقیه مقیمی (استادیار)***، دکتر حسن مظاهری

*گروه زنان، بخش انکولوژی زنان، بیمارستان ولی‌عصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**گروه جراحی، بخش جراحی بیمارستان سینا و مرکز بیماریهای پستان

***گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه مقطعی (cross sectional) که بر روی زنان مبتلا به کانسر پیشرفته پستان در بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۷۹ انجام شد، تعیین فراوانی تاخیر مراجعه و عوامل مرتبط با آن در این بیماران بود.

مواد و روشها: از بیماران، ۲۰۰ خانم مبتلا به کانسر پیشرفته پستان بصورت متوالی در صورت رضایت وارد مطالعه شدند. وسیله جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه بود که از طریق مصاحبه تکمیل شد.

یافته‌ها: از این افراد، ۶۴ بیمار (۳۲ درصد) مراجعه بدون تاخیر و ۱۳۶ بیمار (۶۸ درصد) مراجعه تاخیری داشتند. مراجعین با تاخیر در مقایسه با مراجعین بدون تاخیر بطور معنی‌دار دارای میانگین سنی بالاتر ($p=0/004$) میزان تحصیلات پایین‌تر ($p=0/002$) و وضعیت اقتصادی خفیف‌تر ($p=0/001$) بودند. میزان فراوانی زنان مجرد در آنها کمتر بود ($p=0/001$) و درصد کمتری از آنها ساکن شهرهای بزرگ بودند ($p=0/01$) و میزان دسترسی آنها به پزشک نیز کمتر بود ($p=0/004$). ۲۴/۳ درصد مراجعین با تاخیر دارای سابقه فامیلی کانسر پستان بودند، این میزان در مراجعین بدون تاخیر ۵۳/۱ درصد بود ($p=0/001$). ۶۲/۵ درصد مراجعین با تاخیر و ۸۵ درصد مراجعین بدون تاخیر به اهمیت معاینه فردی واقف بودند ($p=0/002$) و به ترتیب ۸۴/۴ درصد و ۹۸/۴ درصد آنها نسبت به نشانه‌های سرطان پستان آگاهی داشتند ($p=0/01$). در مراجعین با تاخیر و بدون تاخیر به ترتیب ۲۳/۵ درصد و ۳۳ درصد با روش معاینه فردی پستان آشنا بودند که از نظر آماری اختلاف معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: در این مطالعه، در مراجعین با تاخیر، عدم آگاهی از لزوم مراجعه، ترس، سهل‌انگاری، عدم دسترسی به پزشک و فقر مالی از علل عمده تاخیر در مراجعه بدست آمده است.

شامل می‌شود (۱). مرگ و میر این سرطان در ارتباط با مرحله بیماری در زمان تشخیص است. چنانچه میزان بقای ۵ ساله آن در صورت تشخیص در مرحله I، ۸۰-۹۰ درصد و در مرحله II، ۲۲-۶۳ درصد می‌باشد (۲،۳). با این حال بیش از ۵۰ درصد سرطانهای پستان برای اولین بار در کلینیک زمانی دیده می‌شوند که به یک مرحله غیر قابل درمان رسیده‌اند و علی‌رغم آگاه کردن عمومی زنان توسط وسایل ارتباط جمعی در باره علائم و

مقدمه

سرطان پستان شایعترین کانسر مهاجم در زنان ۵۴-۱۵ سال و دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان می‌باشد، طوریکه ۳۲ درصد کل سرطانهای زنان و ۱۹ درصد مرگ ناشی از آن را

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود که از طریق مصاحبه تکمیل شد. بیمارانی که بلافاصله یا حداکثر تا یکماه پس از مشاهده اولین علامت مشکوک به سرطان پستان در خود، مراجعه کرده بودند بعنوان مراجعین بدون تاخیر و آنهایی که پس از یکماه از شروع علائم مراجعه داشتند، بعنوان مراجعین با تاخیر طبقه‌بندی شدند (اساس این تقسیم‌بندی فاصله بین دو نوبت S.B.E می‌باشد که یکماه است).

جهت آنالیز داده‌ها از آزمونهای X^2 و t-test در سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

در این بررسی با ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته پستان مصاحبه شد. طیف سنی بیماران ۲۰-۷۹ سال با میانگین $46/8 \pm 12/1$ سال و میانه ۴۶ سال بود. ۸۱ بیمار (۴۰/۵ درصد) در گروه سنی ۳۵-۴۹ سال بودند (جدول ۱)

۱۹۰ بیمار (۹۵ درصد) متاهل بودند، ۱۲۶ نفر (۶۳ درصد) سابقه مصرف OCP داشتند و ۵۲/۵ درصد (۱۰۵ بیمار) یائسه شده بودند.

۶۷ بیمار (۳۳/۵ درصد) سابقه فامیلی سرطان پستان (در مادر، خواهر و یا دیگر اقوام) داشتند. سایر ویژگیهای بیماران در جدول یک آورده شده است.

میانگین سن قاعدگی در این بیماران $13/4 \pm 1/4$ سال، میانگین سن ازدواج آنها $18/1 \pm 3/1$ و میانگین سن در اولین حاملگی $20/7 \pm 2/3$ سال بود. میانگین سن یائسگی در بیماران یائسه شده ۳ $46/8 \pm 4/1$ سال بود.

۱۰۶ بیمار (۵۳ درصد) با شکایت توده (تنها شکایت) و ۷۵ بیمار (۳۷/۵ درصد) با شکایت توده همراه با یکی از این علائم: درد (۱۵ درصد)، ترشح و خونریزی از نوک پستان (۱۱ درصد)، زخم پستان (۱۱ درصد) و تغییر حالت پوست پستان (۶/۵ درصد) مراجعه کرده بودند. در ۱ درصد (۲ نفر) ترشح و خونریزی از نوک پستان، ۱ درصد (۲ نفر) تغییر حالت پوست پستان و ۱ درصد زخم پستان تنها شکایت بود.

طیف زمان مراجعه پس از شروع علائم ۰-۳۶ ماه بود. میانگین آن $5/8 \pm 7/3$ و میانه آن ۳ ماه بود. ۶۴ بیمار (۳۲ درصد) مراجعه

بیماری‌های پستان، هنوز بیش از ۲۰ درصد خانمها با بیماری پیشرفته مراجعه می‌کنند (۴).

در مطالعه‌ای بیان شده است که مرحله پره‌کلینیکال در کانسر پستان طولانی می‌باشد و در موقع کشف معمولاً متاستاز داده است. در این مطالعه ۷۰ درصد بیماران با شکایت توده بدون درد مراجعه کرده‌اند که ۹۰ درصد توده‌ها توسط معاینه یا بصورت تصادفی کشف شده است (۵). در مطالعه دیگری ۴۰ درصد سرطانهای پستان توسط معاینه منظم خود زنان کشف شده است (۶).

پایین بودن سطح آگاهی زنان در باره واقعتهای سرطان پستان، عدم آگاهی نسبت به اهمیت معاینه فردی پستان (Self Breast Examination) (S.B. E) و روش انجام آن و یا سهل‌انگاری در انجام آن، فقر اجتماعی، دیر ظاهر شدن علائم آزار دهنده سرطان پستان مانند اولسراسیون پوست و بی‌دقتی پزشکان در معاینه، از جمله عوامل موثر در عدم مراجعه در مراحل اولیه این سرطان ذکر شده است (۹۸،۷،۴). در یک مطالعه اپیدمیولوژیک توصیه به غربالگری سرطان پستان در سنین زیر ۵۰ سال شده است (۱۰).

در بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ۲۰-۴۹ ساله ایرانی در زمینه سرطان پستان، گزارش شده است که ۵۲/۷ درصد این افراد سرطان پستان را می‌شناختند، ۴۳ درصد آنها اعتقاد به خودآزمایی پستان داشتند ولی ۷۹/۷ درصد آنها حتی یکبار هم معاینه پستان (توسط خود فرد یا پزشک و پرسنل بهداشتی) نشده بودند (۱۱).

در مورد علل تاخیر مراجعه زنان مبتلا به کانسر پستان در ایران مطالعه جامعی در دست نیست لذا به منظور تعیین عوامل مرتبط با تاخیر مراجعه، مطالعه‌ای بر روی مبتلایان به کانسر پیشرفته پستان در بیمارستان امام خمینی صورت پذیرفت.

مواد و روشها

نوع مطالعه مقطعی بود و جامعه مورد مطالعه زنان مبتلا به کانسر پیشرفته پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی بودند. تمامی این مراجعین در سال ۱۳۷۹ به شرط تایید تشخیص توسط پزشک متخصص یا پاتولوژیست (تایید کانسر پستان در مراحل III_b، II_b و IV) و در صورت رضایت (جمعاً شامل ۲۰۰ بیمار) وارد مطالعه شدند.

۱۵ بیمار (۷/۵ درصد) نسبت به عوامل خطر سرطان پستان هیچگونه آگاهی نداشتند در حالیکه ۶۹/۵ درصد سابقه فامیلی مثبت کانسر پستان، ۵۴ درصد مصرف OCP، ۹ درصد سابقه سرطان در پستان مقابل، ۹/۵ درصد سابقه سرطان در همان پستان و ۴ درصد نازایی را از عوامل خطر کانسر پستان می‌دانستند. ۱۸/۵ درصد عدم رعایت بهداشت و ۵ درصد سابقه تماس با فرد مبتلا را به غلط از عوامل خطر کانسر پستان تصور می‌کردند.

در باره نشانه‌های سرطان پستان ۲۲ نفر (۱۱/۱ درصد) اظهار بی‌اطلاعی کردند. ۸۴/۵ درصد توده پستان، ۴۰/۱ درصد توده زیر بغل، ۳۵/۷ درصد ترشح و خونریزی از نوک پستان، ۲۸/۷ درصد درد پستان، ۱۱ درصد خارش و تغییر حالت پوست، ۳/۵ درصد بی‌اشتهایی و کاهش وزن، ۳ درصد تغییر حالت نوک پستان و ۲ درصد درد استخوانی را از نشانه‌های سرطان پستان ذکر کردند. ۷۷ بیمار (۳۸/۹ درصد) از شایعترین سرطان زنان اطلاعی نداشتند و ۹۱ نفر (۴۵/۵ درصد) شایعترین سرطان زنان را سرطان پستان می‌دانستند.

۲۳ بیمار (۱۱/۵ درصد) نگرش خاصی نسبت به سرطان پستان نداشتند. ۱۲۶ نفر (۶۳ درصد) سرطان پستان را قابل پیشگیری، قابل تشخیص زودرس و قابل درمان براساس تشخیص زودرس می‌دانستند (نگرش مثبت).

جدول ۲- توزیع فراوانی مبتلایان به کانسر پیشرفته پستان براساس

زمان مراجعه پس از شروع علائم در بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۷۹

| زمان مراجعه پس از شروع علائم (ماه) | n=۲۰۰ | فراوانی نسبی (%) |
|------------------------------------|-----------|------------------|
| ۰-۱ | ۶۴ (۳۲) | ۶۴ (۳۲) |
| ۲-۳ | ۵۱ (۲۵/۵) | ۱۱۵ (۷۵/۵) |
| ۴-۵ | ۱۹ (۹/۵) | ۱۳۴ (۶۷) |
| ۶-۷ | ۱۳ (۶/۵) | ۱۴۷ (۷۳/۵) |
| ۸-۹ | ۱۰ (۵) | ۱۵۷ (۷۸/۵) |
| ۱۰-۱۲ | ۱۶ (۸) | ۱۷۳ (۸۶/۵) |
| ۱۳-۱۸ | ۹ (۴/۵) | ۱۸۲ (۹۱) |
| ۱۹-۲۴ | ۱۶ (۸) | ۱۹۸ (۹۹) |
| ۲۵-۳۰ | ۱ (۰/۵) | ۱۹۹ (۹۹/۵) |
| ۳۱-۳۶ | ۱ (۰/۵) | ۲۰۰ (۱۰۰) |

بدون تاخیر داشتند. (۳۵ بیمار بلافاصله و ۲۹ بیمار در مدت یکماه پس از شروع علائم مراجعه کرده بودند).

۱۳۲ بیمار (۶۸ درصد) مراجعه تاخیری داشتند (جدول ۲).

مدت زمانی که بعد از اولین مراجعه به پزشک تشخیص کانسر پستان داده شد از صفر تا ۶۰ ماه متغیر بود. میانگین آن $2/1 \pm 4/6$ ماه بود. ۷۵ درصد بیماران در عرض ۳ ماه تشخیص داده شدند و تنها ۲ درصد بیماران پس از یکسال (حداکثر تا ۵ سال) تشخیص داده شدند.

جدول ۱- ویژگیهای دموگرافیک بیماران مبتلا به کانسر پیشرفته پستان

در بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۷۹

| سن (سال) | n=۲۰۰ | فراوانی (%) |
|-----------------------|-----------|-------------|
| ۲۰-۳۴ | ۳۴ (۱۷) | ۳۴ (۱۷) |
| ۳۵-۴۹ | ۸۱ (۴۰/۵) | ۸۱ (۴۰/۵) |
| ۵۰-۶۴ | ۶۵ (۳۲/۵) | ۶۵ (۳۲/۵) |
| ۶۵-۷۹ | ۲۰ (۱۰) | ۲۰ (۱۰) |
| میزان تحصیلات: | | |
| بی‌سواد | ۹۱ (۴۵/۵) | ۹۱ (۴۵/۵) |
| زیر دیپلم | ۵۹ (۲۹/۵) | ۵۹ (۲۹/۵) |
| دیپلم | ۳۹ (۱۹/۵) | ۳۹ (۱۹/۵) |
| دانشگاهی | ۱۱ (۵/۵) | ۱۱ (۵/۵) |
| وضعیت اقتصادی*: | | |
| ضعیف | ۳۵ (۱۷/۵) | ۳۵ (۱۷/۵) |
| متوسط | ۹۴ (۴۷) | ۹۴ (۴۷) |
| خوب | ۵۹ (۲۹/۵) | ۵۹ (۲۹/۵) |
| خیلی خوب | ۱۲ (۶) | ۱۲ (۶) |
| محل سکونت: | | |
| روستا | ۱۷ (۸/۵) | ۱۷ (۸/۵) |
| شهر کوچک | ۱۰۰ (۵۰) | ۱۰۰ (۵۰) |
| شهر بزرگ | ۸۳ (۴۱/۵) | ۸۳ (۴۱/۵) |
| شاخص توده بدنی* (BMI) | | |
| <۲۰ | ۱۲ (۶) | ۱۲ (۶) |
| ۲۰-۲۵ | ۹۷ (۴۸/۵) | ۹۷ (۴۸/۵) |
| ۲۵< | ۹۱ (۴۵/۵) | ۹۱ (۴۵/۵) |

* Body Mass Index

۱۳ درصد بیماران معتقد به تقدیر در ابتلا به سرطان پستان و ۱۲/۵ درصد معتقد به کشنده بودن سرطان پستان بودند. بیمار (۶ درصد) آزمایش خون را به غلط مهم‌ترین راه تشخیصی ذکر کردند. ۳۱ بیمار (۱۵/۵ درصد) مهم‌ترین راه تشخیص سرطان پستان را نمی‌دانستند. ۷۸ بیمار (۳۹ درصد) معاینه ماهیانه توسط خود بیمار، ولی تنها ۲۵ درصد بیماران (۵۰ نفر) با روش انجام آن آشنایی داشتند. ۵۴ نفر (۲۷ درصد) معاینه توسط پزشک و ۲۵ نفر (۱۲/۵ درصد) ماموگرافی را مهم‌ترین راه تشخیص سرطان پستان دانستند. ۱۲

جدول شماره ۳- مقایسه مراجعین بدون تاخیر و با تاخیر براساس ویژگیهای دموگرافیک در مبتلایان به کانسر پیشرفته پستان در بیمارستان امام

خمینی در سال ۱۳۷۹

| سطح معنی‌داری بر اساس آزمون χ^2 | مراجعه بدون تاخیر | | مراجعه با تاخیر | |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------|-----------------|--|
| | n=۶۴ | | n=۱۳۶ | |
| | سطح تحصیلات | | | |
| p=۰/۰۰۴ | یسواد | ۲۰ (۳۱/۳) | ۷۱ (۵۲/۲) | |
| | زیر دیپلم | ۲۳ (۳۵/۹) | ۳۶ (۲۶/۵) | |
| | دیپلم | ۱۳ (۲۰/۳) | ۲۶ (۱۹/۱) | |
| | دانشگاهی | ۸ (۱۲/۵) | ۳ (۲/۲) | |
| | وضعیت تاهل | | | |
| p=۰/۰۰۱ | متاهل | ۵۶ (۸۷/۵) | ۱۳۴ (۹۸/۵) | |
| | مجرد | ۸ (۱۲/۵) | ۲ (۱/۵) | |
| | وضعیت اقتصادی: | | | |
| p=۰/۰۰۱ | ضعیف | ۵ (۷/۸) | ۳۰ (۲۲) | |
| | متوسط | ۳۰ (۴۶/۹) | ۶۴ (۴۷/۱) | |
| | خوب | ۱۹ (۲۹/۷) | ۴۰ (۲۹/۴) | |
| | خیلی خوب | ۱۰ (۱۵/۶) | ۲ (۱/۵) | |
| | محل سکونت: | | | |
| p=۰/۰۱ | روستا | ۵ (۷/۸) | ۱۲ (۸/۸) | |
| | شهر کوچک | ۲۳ (۳۵/۹) | ۷۷ (۵۶/۶) | |
| | شهر بزرگ | ۳۶ (۵۶/۳) | ۴۷ (۳۴/۶) | |
| | دسترسی به پزشک در محل زندگی: | | | |
| p=۰/۰۰۴ | دارد | ۵۷ (۸۹/۱) | ۹۶ (۷۰/۶) | |
| | ندارد | ۷ (۱۰/۹) | ۴۰ (۲۹/۴) | |
| | | | | |
| | سابقه بیماری زمینه‌ای: | | | |
| N.S* | دارد | ۴۶ (۷۱/۹) | ۹۰ (۶۶/۲) | |
| | ندارد | ۱۸ (۲۸/۱) | ۴۶ (۳۳/۸) | |
| | سابقه کانسر پستان در فامیل: | | | |
| p=۰/۰۰۱ | دارد | ۳۴ (۵۳/۱) | ۳۳ (۲۴/۳) | |
| | ندارد | ۳۰ (۴۶/۹) | ۱۰۳ (۷۵/۷) | |

* Non Significant

ارقام بصورت درصد فراوانی آورده شده است.

فردی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. چنانچه ۲۳/۵ درصد گروه با تاخیر و ۳۲/۸ درصد گروه بدون تاخیر نسبت به این امر آشنایی داشتند (جدول ۴).

میزان دسترسی به پزشک در مراجعین با تاخیر بطور معنی‌دار کمتر از مراجعین بدون تاخیر بود (۷۰/۶ درصد در برابر ۸۹/۱ درصد و $p=0/004$) (جدول ۳).

از نظر سابقه بیماری زمینه‌ای دو گروه با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند (جدول ۳).

در گروه با تاخیر ۲۲/۱ درصد (۳۰ نفر) عدم آگاهی از لزوم مراجعه، ۱۸/۴ درصد (۲۵ نفر) ترس، ۱۱/۸ درصد (۱۶ نفر) سهل‌انگاری، ۶/۶ درصد (۹ نفر) عدم دسترسی به پزشک، ۵/۹ درصد (۸ نفر) فقر مالی و ۸/۱ درصد (۱۱ نفر) علل متفرقه دیگر را از عوامل تاخیر در مراجعه ذکر کردند. در ۲۷/۲ درصد (۳۷ نفر) نیز مجموعه‌ای از این عوامل دخالت داشت.

بحث

بررسی ۲۰۰ مورد کانسر پیشرفته پستان در بیمارستان امام خمینی نشان داد که ۶۸ درصد بیماران مراجعه با تاخیر (بیشتر از یکماه) داشتند. در تالیفی میزان فراوانی مراجعه تاخیری در سرطان پستان ۲۰-۵۰ درصد ذکر شده است (۴).

میانگین سن مبتلایان در مطالعه ما 47 ± 12 سال و شایعترین گروه سنی ۳۵-۴۹ سال و سپس ۵۰-۶۴ سال بود و ۴۲ درصد بیماران بیش از ۵۰ سال داشتند که نسبت به ارقام ارائه شده در دیگر مطالعات، حاکی از جوانتر بودن نسبی بیماران ما می‌باشد.

چنانچه میانگین سن مبتلایان در دیگر متون ۵۰ و ۵۵ سال ذکر شده (۴، ۳) و محدوده سنی ۵۵-۶۴ سال شایعترین گروه سنی بوده است (۴، ۳، ۱). در مطالعه‌ای ۷۵ درصد بیماران بالای ۵۰ سال داشتند (۱۰). تفاوت در عوامل محیطی اجتماعی و نیز ساختار جمعیتی می‌تواند دلیل اختلافات مذکور باشد.

ما در مطالعه خود بین تاخیر در مراجعه و برخی عوامل ارتباط معنی‌داری پیدا کردیم. چنانچه مراجعین با تاخیر در مقایسه با مراجعین بدون تاخیر دارای میانگین سنی بالاتری بودند، میزان کمتری از آنها مجرد بودند، درصد کمتر ساکن شهرهای بزرگ بوده و از سطح تحصیلات کمتر و وضعیت اقتصادی ضعیفتری

۷۵ درصد (۱۵۰ بیمار) در محل زندگی خود به پزشک دسترسی داشتند. ۶۸ درصد (۱۳۶ بیمار) دارای سابقه بیماری زمینه‌ای بودند. گروه مراجعین با تاخیر با گروه مراجعین بدون تاخیر از نظر میانگین سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و محل سکونت با یکدیگر اختلاف معنی‌دار آماری داشتند (جدول ۳). میانگین سنی در مراجعین با تاخیر بطور معنی‌داری بیش از مراجعین بدون تاخیر بود ($48/7 \pm 13/1$ در برابر $43 \pm 11/9$ سال و $p=0/004$). ۱/۵ درصد مراجعین با تاخیر مجرد بودند در حالیکه این رقم در مراجعین بدون تاخیر ۱۲/۵ درصد بود ($p=0/001$).

میزان بیسوادی در دو گروه به ترتیب ۵۲/۲ درصد و ۳۱/۳ درصد و میزان تحصیلات دانشگاهی به ترتیب ۲/۲ درصد و ۱۲/۵ درصد بود ($p=0/04$).

۲۲ درصد مراجعین با تاخیر وضع اقتصادی ضعیفی داشتند. این میزان در مراجعین بدون تاخیر ۷/۸ درصد بود ($p=0/001$).

۳۴/۶ درصد مراجعین با تاخیر و ۵۶/۳ درصد مراجعین بدون تاخیر ساکن شهرهای بزرگ بودند ($P=0/01$).

تاخیر در مراجعه با سابقه فامیلی سرطان پستان ارتباط معنی‌دار نشان داد ($p=0/001$). طوریکه میزان فراوانی این سابقه در مراجعین بدون تاخیر بالاتر از مراجعین با تاخیر بود (۵۳/۱ درصد در برابر ۲۴/۳ درصد).

میزان آگاهی از نشانه‌های سرطان پستان در دو گروه بطور معنی‌دار متفاوت بود ($p=0/01$). ۱۶/۲ درصد مراجعین با تاخیر نسبت به این موضوع اظهار بی‌اطلاعی کردند. این رقم در مراجعین بدون تاخیر ۱/۵ درصد بود (جدول ۴).

اگرچه میزان نگرش مثبت به سرطان پستان در مراجعین با تاخیر کمتر از مراجعین بدون تاخیر بود (۵۹/۶ درصد در برابر ۷۰/۳ درصد) اما این اختلاف به سطح معنی‌داری آماری نرسید ($p=0/09$) (جدول ۴).

میزان آگاهی از مهمترین راه تشخیص سرطان پستان و نیز از شایعترین سرطان زنان اگرچه بین دو گروه متفاوت به نظر می‌رسید اما از نظر آماری در سطح معنی‌دار قرار نگرفت ($p=0/08$) (جدول ۴).

۶۲/۵ درصد گروه با تاخیر و ۸۴/۴ درصد گروه بدون تاخیر معاینه فردی را مهم می‌دانستند که اختلاف دو نسبت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/002$) ولی از نظر آشنایی بیمار با روش معاینه

درصد سرطانهای پستان توسط معاینه منظم توسط خود زنان قابل کشف است (۶). در بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ۲۰-۴۹ ساله ایرانی در زمینه سرطان پستان نشان داده شد ۴۳ درصد معتقد به خود آزمایی پستان به منظور کشف زودرس سرطان پستان بودند ولی تنها ۲۰/۳ درصد تاکنون معاینه پستان انجام داده بودند که در نیمی از موارد این معاینه مرتب صورت گرفته بود. در این بررسی میزان شناخت سرطان پستان و اعتقاد به معاینه فردی و انجام معاینه پستان با افزایش سن کاهش می‌یافت و با افزایش سطح تحصیلات افزایش نشان می‌داد (۱۱).

برخوردار بودند، میزان دسترسی به پزشک کمتری داشتند و میزان سابقه مثبت فامیلی کانسر پستان در آنها نیز پایین تر بود. میزان آگاهی مراجعین با تاخیر درباره نشانه‌های سرطان پستان کمتر بود. ۸۴/۴ درصد مراجعین بدون تاخیر و ۶۲/۵ درصد مراجعین با تاخیر معاینه فردی را مهم می‌دانستند اما به ترتیب تنها ۳۲/۸ درصد و ۲۳/۵ درصد با روش انجام آن آشنایی داشتند.

در مطالعه‌ای درباره اهمیت معاینه فردی ذکر شده است که ۶۰ درصد بیماران مراجعه کننده با شکایت توده بوسیله معاینه فردی شناسایی می‌شوند (۷) و در مطالعه دیگری آمده است که ۴۰ جدول شماره ۴- مقایسه مراجعین بدون تاخیر و با تاخیر براساس میزان آگاهی و نگرش نسبت به سرطان پستان در میتلایان به سرطان پیشرفته پستان در بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۳۷۹

| سطح معنی‌داری براساس آزمون χ^2 | بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۳۷۹ | |
|-------------------------------------|---|---------------------------|
| | مراجعه با تاخیر n=۱۳۶ | مراجعه بدون تاخیر n=۶۴ |
| | آگاهی از نشانه‌های سرطان پستان: | |
| p=۰/۰۱ | ۲۲ (۱۶/۲) | ۱ (۱/۵) |
| | ۳۵ (۲۵/۷) | ۱۷ (۲۶/۶) |
| | ۷۹ (۵۸/۱) | ۴۶ (۷۱/۹) |
| | طرز نگرش نسبت به سرطان پستان: | |
| N.S* (p=۰/۰۰۹) | ۱۳ (۹/۵) | ۱۰ (۱۲/۶) |
| | ۲۲ (۱۶/۲) | ۳ (۴/۷) |
| | ۲۰ (۱۴/۷) | ۶ (۹/۴) |
| | ۸۱ (۵۹/۶) | ۴۵ (۷۰/۳) |
| | آگاهی از شایعترین سرطان زنان: | |
| N.S (p=۰/۰۰۸) | ۵۹ (۴۳/۴) | ۱۸ (۲۸/۱) |
| | ۵۵ (۴۰/۴) | ۳۶ (۵۶/۳) |
| | ۲۲ (۱۶/۲) | ۱۰ (۱۵/۶) |
| | نظر بیمار درباره مهمترین راه تشخیص سرطان پستان: | |
| N.S (p=۰/۰۰۸) | ۲۷ (۱۹/۸) | ۴ (۶/۳) |
| | ۵۲ (۳۸/۲) | ۲۶ (۴۰/۶) |
| | ۳۶ (۲۶/۵) | ۱۸ (۲۸/۱) |
| | ۱۳ (۹/۶) | ۱۲ (۱۸/۷) |
| | ۸ (۵/۹) | ۴ (۶/۳) |
| | اهمیت معاینه فردی پستان: | |
| p=۰/۰۰۲ | ۸۵ (۶۲/۵) | ۵۴ (۸۴/۴) |
| | ۵۱ (۳۷/۵) | ۱۰ (۱۵/۶) |
| | آشنایی با روش معاینه فردی پستان: | |
| N.S | ۳۲ (۲۳/۵) | ۲۱ (۳۲/۸) |
| | ۱۰۴ (۷۶/۵) | ۴۳ (۶۷/۲) |

* Non Significant

ارقام بصورت درصد فراوانی آورده شده است.

منابع

1. Geymoux J. Gchwantz; G-tom shires; john-m Daly. Principles of surgery; volume two; Mcgrow-ylill gnc; 7 th ed; Newyork: 1999: 544-592.
 2. Cialiano AE. Breast cancer. In: Berekys. Adashiey hillard PA. (Eds) Novaks gynecology 12 th ed. Williams Wilkins. Baltimore 1996, pp: 1283-1303.
 3. Way Gawrence-W. Current sungical diagnosis and treatment. 10 th ed. Brown company; London: 1998: 693-696.
 4. Michel. Baum. Breast cancer, A guide book for all women. First ed. Mcgraw-ylill company, London: 1997:36-50.
 5. Dershaw D; Dorssman G. Mamography and physical examination. Cancer G. 1999 Apr; 75: 20-93.
 6. Lippmann; ME Licher. Diagnosis and management of breast cancer. Acta med. 1999 Mar. 125: 15.
 7. Henderson H, Canellos GZ. Cancer of the breast the past decade. N engle G Med. 1999 Dec. 302: 17.
 8. Bibb-Ga. Access and late-stage diagnosis breast cancer in the military-health system. Mil-Med. 2000 Aug; 165(8): 585-90.
 9. Gm-Ea=A Feminist critigue of breast cancer research among Korean women. West-G=Nurs-Res. 2000 Aug; 22(5): 551-65.
 10. Goodere-H; Wingard-DL. Trends in breast cancer Risk factors, incidence. Lancet. 2000 Aug. 356: 592-3.
- ۱۱- بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ۴۹-۲۰ ساله ایرانی در زمینه سرطان پستان: طرح تحقیقاتی بررسی تاریخچه باروری زنان ۴۹-۲۰ ساله ایرانی در چهار دهه ۱۳۳۶-۱۳۷۵، معاونت پژوهشی و معاونت بهداشتی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.