مقاله تحقیقی

مجله سلامت و سالمندی خزر، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دوره سوم، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۷، صفحه۵۸-۵۱

بررسی فاصله زمانی از بروز اولین علامت سرطان پستان تا شروع درمان در بیماران مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر طی سالهای ۱۳۹۳-۱۳۸۸

شهربانو کیهانیان(MD)[۱]، هاجر شعبانزاده (MD)[۱]، زهرا فتوکیان (PhD)[۲]، زهرا جنت علیپور (MSc)[۲*]

۱-گروه پزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، تنکابن، مازندران، ایران
۲-مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

دریافت: ۹۷/۳/۷، اصلاح: ۹۷/۵/۹، پذیرش:۹۷/۶/۱۴

خلاصه

سابقه و هدف: سرطان پستان شایعترین و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در بین زنان می باشد که با افزایش سن در ارتباط است. تاخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان می تواند باعث پیشرفت بیماری و نهایتاً افزایش مرگ و میر و کاهش میزان بقای بیماران شود. هدف از این مطالعه بررسی فاصله زمانی بین بروز اولین علامت سرطان پستان تا شروع درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان طی سالهای ۱۳۹۳-۱۳۸۸ می باشد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی گذشته نگر می باشد. نمونه گیری به روش سرشماری و تعداد نمونه ها ۱۰۰ نفر بود. اطلاعات از طریق چک لیست با استفاده از پرونده و مدارک پزشکی بیماران جمع آوری و با نرم افزار آماری SPSS نسخه۲۲ با آزمونهای آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار، درصد فراوانی) و تحلیلی (کای اسکوئر) تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری ($p<۰/۰۵$)در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج بدست آمده اولین علامت کشف شده در ۶۱٪ بیماران، توده سینه بود. اولین پزشک مراجعه شونده از سوی بیماران در ۳۹٪ موارد، جراح عمومی بود. در ۷۱٪ موارد فاصله زمانی بین اولین علامت تا مراجعه به پزشک کمتر از ۳ ماه و در ۲۹٪ بیماران بیشتر از ۳ ماه بود. همچنین در ۸۴٪ بیماران فاصله زمانی بین مراجعه به پزشک تا تشخیص، در ۸۶٪ بیماران فاصله زمانی بین تشخیص تا درمان جراحی نهایی و در ۸۷٪ بیماران فاصله زمانی از درمان جراحی نهایی تا شیمی درمانی کمتر از ۱ ماه بود. بین ویژگیهای دموگرافیک بیماران با تاخیرسیستم درمانی و تاخیر بیمار ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد.($p>۰/۰۵$)

نتیجه‌گیری: با توجه به تاخیر ۴۷ درصدی در مرحله مراجعه به پزشک (تاخیر بیمار) به نظر می رسد بر آموزش زنان در زمینه روشهای غربالگری سرطان پستان باید بیشتر تاکیدگردد و بدلیل روند رو به رشد ابتلا به سرطان با افزایش سن، برنامه های خاص غربالگری برای زنان در سنین سالمندی تدوین و اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، تاخیر بیمار، تاخیر سیستم درمانی، تشخیص، درمان، زنان، سالمند.

مقدمه

به علت پیر شدن جمعیت جهان، افزایش امید به زندگی و ایجاد تغییراتی که در اثر افزایش سن به وجود می‌آید، سرطان در افراد مسن به‌طور فزاینده‌ای به یک مشکل رایج در جهان تبدیل‌شده است (۱). سرطان یک بیماری مرتبط با سالمندی است (۲) به‌طوری‌که بیش از ۶۰ درصد همه سرطان‌ها در افراد بالای ۶۵ سال گزارش‌شده است و خطر بروز سرطان در افراد بالای ۶۵ سال ۱۰ برابر بیشتر از افراد کمتر از ۶۵ سال است و میزان مرگ ناشی از سرطان نیز در بیماران بالای ۶۵ سال ۱۶ برابر بیماران جوان‌تر بوده است (۴و۳و۱) پیش‌بینی‌شده است که تا سال ۲۰۳۰، ۷۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان بالای ۶۵ سال خواهند بود و بیش از ۶۷ درصد مرگ‌های مرتبط با سرطان نیز در افراد سالخورده رخ خواهد داد (۱). در کشورهای توسعه‌یافته نیز، دوسوم تا سه‌چهارم از بدخیمی‌ها در مردان و زنان سالخورده اتفاق می‌افتد (۴). مطالعات انجام‌گرفته در ایران نیز نشان می‌دهد که بروز سرطان در سالمندان ۶۰ سال و بالاتر طی سال‌های اخیر روند افزایشی دارد و میزان فراوانی در گروه سنی سالمندان بالای ۹۰ سال در مقایسه با سالمندان با سن پایین‌تر، بیشتر است (۵و۶). بر اساس نتایج تحقیقات مختلف در ایران، سرطان معده، کولورکتال، پستان، پروستات، ریه و پوست ازجمله سرطان‌های شایع در جمعیت سالمندان می‌باشند (۶و۷). سرطان پستان شایع‌ترین سرطان تهاجمی در زنان است. بطوریکه ۲۲/۹٪ از همه موارد سرطان در زنان در سراسر جهان را شامل می‌شود (۸و۶). میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زنان در کشورهای پیشرفته ۶۷/۸ نفر، در کشورهای کمتر توسعه‌یافته ۲۳/۸ نفر و در کل جهان ۳۷/۵ نفر است (۹). مطالعات جهانی نشان می‌دهد که ابتلا به این سرطان در حال افزایش می‌باشد (۱۰). در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای درحال‌توسعه و پیشرفته، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان بوده و دارای رتبه‌ی اول در کشور می‌باشد (۱۱)، بطوریکه ۷۶٪ سرطان‌های شایع زنان مربوط به پستان است (۱۰). زن بودن و افزایش سن دو عامل مهم و غیرقابل تغییر در بیماری سرطان پستان است، به این خاطر یک مشکل جدی در حوزه سلامت زنان، کنترل و پیشگیری از سرطان پستان است (۱۲). بیش از ۴۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان پستان در سنین بالای ۶۵ سال تشخیص داده‌شده و میزان بروز و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان در سالمندان هنوز در کشورهای توسعه‌یافته در حال رشد است (۱۳). نتیجه یک مطالعه در آمریکا نشان داد که ۷۹٪ موارد جدید سرطان پستان و ۸۸٪ مرگ‌ومیر ناشی از آن در زنان بالای ۵۰

*مسئول مقاله: زهرا جنت علیپور
آدرس: میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد (ع)، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر تلفن:۰۹۸۵۵۲۲۵۱۵۱+
E-mail:zalipoor@gmail.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]

سال بوده است و احتمال بروز سرطان پستان در طی ده سال آینده با در نظر گرفتن سن کنونی در زنان بالای ۵۰ سال ۲/۳۱٪، در زنان بالای ۶۰ سال ۳/۴۹٪ و در زنان بالای ۷۰ سال ۳/۸۴٪ می‌باشد (۱۴). به‌عبارت‌دیگر با افزایش سن، شانس ابتلا و مرگ‌ومیر افراد به علت ابتلا به این سرطان نیز بیشتر می‌شود (۱۴و۱۰). شواهد واضحی وجود دارد که تشخیص زودهنگام سرطان ازجمله سرطان پستان در مراحل ابتدایی و شروع هر چه سریع‌تر درمان یکی از مؤثرترین راه‌های کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان است (۱۶و۱۵). تأخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان مقوله مهمی است که می‌تواند باعث پیشرفت بیماری و نهایتاً افزایش مرگ‌ومیر و کاهش میزان بقای بیماران شود. تأخیر سیستم درمانی در سرطان پستان بدین ترتیب تعریف می‌شود: فاصله زمانی بین اولین مشاوره پزشکی تا شروع درمان که تأخیر در این بخش به فواصل زمانی بیشتر از ۳-۲ ماه اطلاق می‌گردد (۱۷).

عوامل مؤثر بر این تأخیر در مقالات مختلف سن، سطح تحصیلات، ماهیت اولین علامت کشف‌شده، سابقه فامیلی سرطان پستان و نحوه ارتباط پزشک با بیمار، اشتباه پزشک، امتناع بیمار از مراجعه، ناتوانی بیمار در دریافت مراقبت پزشکی، بی‌اعتمادی و نادیده گرفتن بیماری و سکونت در مناطق غیرشهری ذکر گردیده است (۱۸و۱۷). پیشگیری در مراقبت‌های سلامتی در سنین مختلف و ازجمله در سنین سالمندی از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۹). آگاه نمودن زنان ازجمله زنان سالمند از علائم و نشانه‌های غیرطبیعی و هشداردهنده و توجه به این علائم، مراجعه زودهنگام به پزشک در صورت پیدایش هرگونه وضعیت غیرطبیعی و انجام معاینات و آزمایشات غربالگری به منظورکشف به‌موقع و زودهنگام بیماری ازجمله اقداماتی است که در قالب پیشگیری اولیه و ثانویه می‌تواند به تشخیص زودهنگام بیماری، تسهیل درمان، کاهش عوارض و هزینه‌های درمان و همچنین ناتوانی و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری و ارتقای زندگی سالم در تمام سنین و ازجمله سنین سالمندی منجر شود (۲۰).

در این میان نقش کادر درمانی و دست‌اندرکاران مراقبت‌های بهداشتی ازجمله پزشکان و پرستاران که در ارتباط مستقیم با گروه‌های مختلف مددجویان به‌ویژه سالمندان قرار دارند بسیار بارز است. طبق آمار موجود ۷۰٪ از بیماران ایرانی در مراحل پیشرفته این بیماری مراجعه می‌کنند که بخشی از آن مربوط به تأخیر در مراجعه می‌باشد (۲۱).

اگرچه سرطان پستان در کشورهای دارای درآمد بالا بیشتر رایج است اما بیشترین میزان مرگ‌ومیر در کشورهای کم‌درآمد و متوسط رخ می‌دهد که دلیل این مسئله تشخیص بیماری در مراحل پیشرفته است. سؤال باقی‌مانده این است که چرا بیماران مبتلا به سرطان در چنین مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شوند (۱۸) و سهم تأخیر بیمار و سیستم درمانی در این میان چیست. لذا در این راستا پژوهش اخیر باهدف بررسی فاصله زمانی از بروز اولین علامت سرطان پستان تا شروع درمان در بیماران مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- تحلیلی و گذشته‌نگر ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان اولیه پستان مراجعه‌کننده به کلینیک انکولوژی بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۸ وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری هدفمند و گردآوری اطلاعات به روش میدانی و از طریق تکمیل چک‌لیست مربوط به هر بیمار با استفاده از پرونده بیماران انجام شد. چک‌لیست مذکور با توجه به منابع و متون موردبررسی تهیه و تدوین گردید و سپس مورد روایی و پایایی قرار گرفت.

روایی چک‌لیست به شیوه روایی صوری و محتوایی و پایایی به شیوه Cronbach's alpha (با ضریب ۰/۷۶) مورد ارزیابی وتایید قرار گرفت. بخش اول چک‌لیست دربرگیرنده اطلاعات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، سابقه فامیلی سرطان پستان، محل سکونت و وضعیت اقتصادی و بخش دوم چک‌لیست شامل سؤالات مربوط به ماهیت اولین علامت بیماری، اولین فرد کشف کننده بیماری، اولین پزشک معاینه کننده و تأخیر بیمار و سیستم درمانی بود. در این پژوهش به‌منظور بررسی میزان تأخیر در بیماران مبتلابه سرطان پستان تأخیر از چهار جهت موردبررسی قرار گرفت:

فاصله زمانی بین بروز اولین علامت بیماری تا اولین مشاوره پزشکی (تأخیر بیماران)، فاصله زمانی بین اولین مشاوره پزشکی تا تشخیص، فاصله زمانی بین تشخیص تا درمان جراحی نهایی و فاصله زمانی بین جراحی نهایی تا درمان دارویی (شیمی‌درمانی) که به سه مورد اخیر تأخیر پزشکان و سیستم درمانی اطلاق می‌شود. اطلاعات مذکور از پرونده بیماران استخراج‌شده و در چک‌لیست مربوط به هر بیمار ثبت گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ گردید و سپس مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت. توصیف اطلاعات به‌دست‌آمده از طریق ارائه جداول فراوانی و نمودارهای مربوطه انجام شد. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین) و جهت تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون chi-square استفاده شد. در تمام آزمون‌ها $p<۰/۰۵$ نشان دهنده ارتباط معنی‌دار آماری بوده است.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش (۵۴٪) بیماران بالای ۵۰ سال سن داشتند (جدول ۱). ۹۹٪ بیماران متأهل بودند. از نظرسطح تحصیلات (۵۹٪) زیر دیپلم، (۱۷٪) بالای دیپلم و ۲۴٪ دیپلم بودند. ازنظر نوع شغل (۸۴٪) خانه‌دار،۱۱٪ بازنشسته و (۵٪) کارمند بودند. سابقه فامیلی سرطان پستان در ۲۶٪ مثبت و در ۷۴٪ بیماران منفی بود. ازنظر محل سکونت ۸۴٪ ساکن مناطق شهری و ۱۶٪ ساکن مناطق روستایی بودند. ازنظر وضعیت اقتصادی ۲۶٪ در حد مطلوب،۴۳٪ در حد متوسط و ۲۱٪ در وضعیت نامطلوب قرار داشتند.

جدول ۲ بیانگر توزیع فراوانی افراد موردبررسی برحسب اولین علامت بیماری می‌باشد بر اساس نتایج اولین علامت بیماری در اکثر بیماران (۶۱٪) توده سینه بوده است. جدول ۳ بیانگر توزیع فراوانی افراد موردبررسی برحسب اولین پزشک معاینه کننده می‌باشد. اولین پزشک معاینه کننده در اکثر بیماران (۳۹٪) جراح عمومی بوده است.

جدول ۴ بیانگر توزیع فراوانی افراد موردبررسی برحسب پارامترهای تأخیر می‌باشد. با توجه به نتایج فاصله زمانی بین اولین علامت تا مراجعه به پزشک در اکثر بیماران (۵۳٪) کمتر از ۱ ماه با میانگین ۱۷ روز بوده است. بر اساس نتایج در ۸۴٪ موارد فاصله زمانی بین مراجعه تا تشخیص نهایی بیماری کمتر از ۱ ماه بوده است. فاصله زمانی بین تشخیص تا درمان جراحی نهایی در اکثر بیماران (۸۶٪)

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]

کمتر از ۱ ماه بوده است. همچنین بر اساس نتایج فاصله زمانی بین جراحی نهایی تا درمان دارویی در ۸۷٪ بیماران کمتر از ۱ ماه بوده است. جدول ۵ بیانگر ارتباط سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، اولین علامت بیماری، اولین پزشک معاینه کننده با پارامترهای تأخیر در درمان بوده است. بر اساس نتایج حاصل ازآزمون آماری کای دو هیچ ارتباطی بین موارد مذکور یافت نشد.($p<۰/۰۰۵$)

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد موردبررسی برحسب سن

سن	فراوانی	درصد فراوانی
کمتر از ۴۰ سال	۱۵	۱۵
۵۰-۴۰ سال	۳۱	۳۱
بالای ۵۰ سال	۵۴	۵۴
جمع کل	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد موردبررسی برحسب اولین علامت بیماری

اولین علامت بیماری	فراوانی	درصد فراوانی
توده	۶۱	۶۱
درد	۱۸	۱۸
ترشح	۱	۱
تغییر رنگ پوست	۸	۸
سایر علائم	۱۲	۱۲
جمع کل	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۳. توزیع فراوانی افراد موردبررسی برحسب اولین پزشک معاینه کننده

اولین پزشک معاینه کننده	فراوانی	درصد فراوانی
پزشک عمومی	۱۸	۱۸
متخصص داخلی	۱۲	۱۲
متخصص زنان	۲۳	۲۳
جراح عمومی	۳۹	۳۹
ماما	۸	۸
جمع کل	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۴. توزیع فراوانی افراد موردبررسی برحسب پارامترهای تأخیر در درمان

پارامترهای تأخیر در درمان	کمتر از ۱ماه تعداد(درصد)	بین۳-۱ماه تعداد(درصد)	بیشتر از ۳ ماه تعداد(درصد)	جمع
فاصله بین اولین علامت تا مراجعه به پزشک	۵۳(۵۳)	۱۸(۱۸)	۲۹(۲۹)	۱۰۰(۱۰۰)
فاصله بین مراجعه تا تشخیص نهایی بیماری	۸۴(۸۴)	۹(۹)	۷(۷)	۱۰۰(۱۰۰)
فاصله بین تشخیص تا درمان جراحی نهایی	۸۶(۸۶)	۱۱(۱۱)	۳(۳)	۱۰۰(۱۰۰)
فاصله بین جراحی نهایی تا درمان دارویی (شیمی‌درمانی)	۸۷(۸۷)	۱۳(۱۳)	۰(۰)	۱۰۰(۱۰۰)

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]

جدول ۵. ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک، اولین علامت بیماری، اولین پزشک معاینه کننده با پارامترهای تأخیر در درمان

مشخصات دموگرافیک / فاصله زمانی	فاصله زمانی بین اولین علامت تا مراجعه به پزشک	فاصله زمانی بین مراجعه تا تشخیص نهایی بیماری	فاصله زمانی بین تشخیص تا درمان جراحی نهایی	فاصله زمانی بین جراحی نهایی تا درمان دارویی
سن	p value= ۰/۷۰۱ Df= ۴ χ2= ۱/۱۹۱	p-value= ۰/۳۶۷ Df= ۴ χ2= ۴/۳۰۳	p-value= ۰/۲۹۵ Df= ۴ χ2= ۴/۹۲۴	p-value= ۰/۶۰۱ Df= ۲ χ2= ۱/۱۱۲
وضعیت تأهل	p-value= ۰/۰۶۳ Df= ۲ χ2= ۰/۸۹۶	p-value= ۰/۹۰۸ Df= ۲ χ2= ۰/۱۹۲	p-value= ۰/۹۲۱ Df= ۲ χ2= ۰/۱۶۴	p-value= ۰/۶۹۸ Df= ۱ χ2= ۰/۱۵۱
تحصیلات	p-value= ۰/۰۵۸ Df= ۴ χ2= ۹/۱۲۵	p-value=۰/۵۹۲ Df= ۴ χ2= ۲/۷۹۷	p-value= ۰/۴۹۵ Df= ۴ χ2= ۳/۳۸۶	p-value= ۰/۸۴۸ Df= ۲ χ2= ۰/۶۲۶
شغل	p-value= ۰/۷۴۴ Df= ۴ χ2= ۱/۹۵۴	p-value= ۰/۹۰۱ Df= ۴ χ2= ۱/۰۶۰	p-value= ۰/۸۴۷ Df= ۴ χ2= ۱/۳۸۶	p-value= ۰/۵۳۵ Df=۲ χ2= ۱/۳۲۴
سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان	p-value= ۰/۳۲۴ Df= ۲ χ2= ۲/۲۵۷	p-value= ۰/۴۰۲ Df= ۲ χ2= ۱/۸۲۵	p-value= ۰/۲۷۵ Df= ۲ χ2= ۲/۵۸۴	p-value= ۰/۶۷۴ Df= ۱ χ2= ۰/۱۷۷
وضعیت سکونت	p-value= ۰/۴۱۲ Df= ۴ χ2= ۲/۳۷۶	p-value= ۰/۲۲۷ Df= ۲ χ2= ۱/۵۷۳	p-value= ۰/۵۶۷ Df= ۸ χ2= ۳/۹۱۵	p-value= ۰/۸۰۲ Df= ۲ χ2= ۱/۲۳۴
وضعیت اقتصادی	p-value= ۰/۳۵۸ Df= ۲ χ2= ۲/۳۲۴	p-value= ۰/۷۷۱ Df= ۴ χ2= ۲/۸۵۴	p-value= ۰/۳۹۴ Df= ۴ χ2= ۴/۴۰	p-value= ۰/۴۵۹ Df=۴ χ2= ۳/۳۷۸
اولین علامت بیماری	p-value= ۰/۶۵۶ Df= ۸ χ2= ۵/۹۲۰	p-value= ۰/۱۲۷ Df= ۸ χ2= ۱۲/۵۷۳	p-value= ۰/۷۶۷ Df= ۸ χ2= ۴/۹۱۳	p-value= ۰/۳۶۸ Df= ۴ χ2= ۴/۲۸۹
اولین پزشک معاینه کننده	-	p-value= ۰/۶۷۱ Df= ۸ χ2= ۵/۸۷۴	p-value= ۰/۶۹۴ Df= ۸ χ2= ۶/۶۰	p-value=۰/۷۸۷ Df= ۴ χ2= ۱/۷۲۲

بحث و نتیجه‌گیری

سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. تأخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان مقوله مهمی است که می‌تواند باعث پیشرفت بیماری و نهایتاً مرگ‌ومیر وکاهش میزان بقای بیماران شود.(۱۷) لذا تعیین عوامل مؤثر بر تشخیص دیرهنگام این بیماری از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. در مطالعه حاضر ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان پستان موردبررسی قرار گرفتند. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده اکثریت زنان موردبررسی در گروه سنی بالای ۵۰ سال قرار داشتند. افزایش سن و زن بودن دو عامل مهم در بروز سرطان پستان می‌باشد (۲۳و۲۲). در مطالعه کوهی و همکاران نتایج نشان‌دهنده افزایش وقوع سرطان با افزایش سن بود به‌طوری‌که میزان وقوع انواع سرطان به‌ویژه سرطان پستان بعد از ۵۰ سالگی به‌تدریج با افزایش سن بیشتر می‌شود (۴). نتایج مطالعه DeSantis در آمریکا نیز نشان داد که میزان بروز سرطان پستان با افزایش سن بیشتر شده و بیشترین میزان بروز در زنان بالای ۵۰ سال و بیشترین میزان مرگ‌ومیر در زنان بالای ۶۵ سال را دارد. به‌طوری‌که ۷۹٪ موارد جدید سرطان پستان و ۸۸٪ مرگ‌ومیر ناشی از آن در زنان بالای ۵۰ سال بوده است (۱۴). در مطالعه کیهانیان و همکاران نیز ۵۷٪ زنان مبتلا در گروه سنی بالای ۵۰ سال قرار داشتند (۱۷). در مطالعهShachar و همکاران سن متوسط تشخیص سرطان سینه در زنان تحت مطالعه ۶۱ سال و اکثر مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان نیز در سن ۶۵ سال و بالاتر بود (۲۴). در مطالعه کیهانیان و همکاران ۳۰٪ زنان موردمطالعه در گروه سنی ۶۱-۵۲ سال و ۲۱/۶٪ در گروه سنی ۶۲ سال و بالاتر قرار داشتند (۲۵). یافته‌های پژوهش‌های ذکرشده همسو با مطالعه اخیر می‌باشند و همگی دلالت بر رابطه بین افزایش سن و بروز سرطان پستان دارند. در پژوهش اخیر اگرچه فاصله زمانی بین اولین علامت بیماری تا مراجعه به پزشک که نشان‌دهنده تأخیر بیمار می‌باشد در اکثر بیماران (۵۳٪) کمتر

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]

از یک ماه بود (با میانگین ۱۷ روز) اما در ۱۸٪ موارد بین ۳-۱ ماه و در ۲۹٪ بیش از ۳ ماه بود یعنی درمجموع ۴۷٪ بیماران تأخیر در مراجعه داشتند. در مطالعه Unger-Saldaña در مکزیک (۱۹) میانگین تأخیر مربوط به بیمار ۱۰ روز، در تحقیق Arndt (۲۶) در آلمان ۱۶ روز، در تحقیق Allgar (۲۷) در انگلستان ۹ روز بود که تأخیر بیمار از تحقیق اخیر کمتر می‌باشد، اما در تحقیق موسی و همکاران در مصر (۲۸) و تحقیق Norsa'adah در مالزی (۲۹)، تأخیر مربوط به بیمار ۳-۲ ماه و در مطالعه Jassem و همکاران در لهستان (۳۰) میانگین زمان تأخیر مربوط به بیمار ۴/۷ هفته بود که طولانی‌تر از تحقیق حاضر می‌باشند. در مطالعه Citrin نیز امتناع بیمار از مراجعه ٪ ۶۵/۵ دلایل تأخیر در شروع درمان را تشکیل می‌داد (۳۱).

سطح آگاهی و تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سن، ترس از تشخیص و درمان، عدم دسترسی به پزشک و مراکز درمانی، هزینه‌های بالای رویه‌های تشخیصی و درمانی، ماهیت اولین علامت بیماری، ازجمله عواملی هستند که در تحقیقات مختلف به‌عنوان عوامل مؤثر بر تأخیر بیمار در مراجعه به پزشک ذکر گردیده‌اند (۳۲و۱۸). در پژوهش حاضر به دلیل شیوه انجام پژوهش (استفاده از اطلاعات موجود در پرونده و مدارک پزشکی بیماران) علل تأخیر مربوط به بیمار به‌صورت کامل قابل‌بررسی نبود که از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. در پژوهش حاضر فاصله زمانی بین مراجعه به پزشک تا تشخیص که بخشی از تأخیر پزشک و سیستم درمانی محسوب می‌شود در ۸۴٪ بیماران کمتر از یک ماه بوده و تنها ۷٪ بیماران در فاصله بیشتر از ۳ ماه به تشخیص رسیده بودند. در مطالعه Unger-Saldaña در مکزیک (۱۹) فاصله زمانی بین مراجعه به پزشک و تشخیص ۸-۲ ماه با میانگین ۴ ماه بوده است که نشان‌دهنده تأخیر سیستم درمانی می‌باشد که با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست. فاصله زمانی بین تشخیص تا درمان جراحی نهایی که بخشی دیگر از تأخیر پزشک و سیستم درمانی محسوب می‌شود در پژوهش اخیر در ۸۶٪ بیماران کمتر از ۱ ماه و تنها در ۳٪ آن‌ها بیشتر از ۳ ماه بود که از این نظر مطالعه حاضر بامطالعه بلیچر تا حدود زیادی مطابقت دارد. در مطالعه Bleicher میانگین تأخیر از اولین ویزیت پزشک تا اقدام درمانی ۲۹ روز بود (۳۳).

در مطالعه سالدانا نیز میانگین تأخیر از اولین ویزیت پزشک تا اقدام درمانی ۳۰ روز بوده است (۱۹). ولی نتایج پژوهش حاضر بامطالعه ابراهیمی مطابقت ندارد زیرا در مطالعه ابراهیمی که ۲۳۳ بیمار ازنظر تأخیر سیستم درمانی بررسی شدند در٪ ۳۰/۳ موارد تأخیر بیشتر از ۳ ماه، از زمان اولین مشاوره پزشکی تا شروع درمان وجود داشت (۱۸). در مطالعه حاضر فاصله زمانی بین جراحی نهایی تا درمان دارویی (شیمی‌درمانی) که بخشی دیگر از تأخیر پزشک و سیستم درمانی محسوب می‌شود در ۸۷٪ بیماران کمتر از یک ماه و در ۱۳٪ آن‌ها بین ۳-۱ ماه بود. به‌عبارت‌دیگر در پژوهش اخیرتاخیر پزشک و سیستم درمانی مطرح نیست. در پژوهش‌های انجام‌شده در کانادا (۳۴)، فرانسه (۳۵) آلمان (۳۶) و آمریکا (۳۸و۳۷) میانگین تأخیر سیستم درمانی بین ۴۲-۱۰ روز بوده است درحالی‌که در برزیل (۳۹)، کلمبیا (۴۰) و مکزیک (۱۹) در حدود ۵ ماه و در مطالعه انجام‌شده در لهستان ۱۱/۱ هفته (۳۰) بوده است که بامطالعه حاضر همسو نمی‌باشد. پیگیری درمان بعد از تشخیص به عوامل متعددی از قبیل بی‌اعتمادی به پزشک، عدم پذیرش تشخیص، سن، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، سطح تحصیلات، حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بستگی دارد (۴۰و۳۸). در پژوهش اخیر بین سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان پستان، محل سکونت، وضعیت اقتصادی، اولین علامت بیماری و اولین پزشک معاینه کننده با پارامترهای تأخیر فاصله زمانی از بروز اولین علامت سرطان پستان تا مراجعه، فاصله زمانی مراجعه به پزشک تا تشخیص نهایی، فاصله زمانی تشخیص تا درمان جراحی و فاصله زمانی جراحی تا درمان دارویی (شیمی‌درمانی)، بر اساس آزمون آماری کای دو در سطح اطمینان ۹۵٪ ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۵). در مطالعه ابراهیمی و همکاران نیز بین متغیرهای جمعیت شناختی با تأخیر سیستم درمانی و سایر پارامترهای موردبررسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۱۸). اما در مطالعه انجام‌شده در آلمان تأخیر بیمار با سن، شغل و سابقه فامیلی ابتلا به سرطان (۳۶) و در برزیل تأخیر بیمار با سطح تحصیلات (۳۹) ارتباط داشت. این اختلاف می‌تواند به لحاظ تفاوت در ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های موردبررسی در مطالعه حاضر با پژوهش‌های دیگر باشد.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش انجام‌شده، فاصله‌های زمانی مربوط به اولین علامت تا مراجعه به پزشک در ۵۳٪ موارد کمتر از ۳ ماه،۱۸٪ موارد بین ۳-۱ ماه و در ۲۹٪ موارد بیش از ۳ ماه بوده است که بیانگر تأخیر ۴۷٪ بیماران در مراجعه به پزشک می‌باشد و تأخیر ناشی از پزشک و سیستم درمانی مطرح نمی‌باشد. نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد به ازای تنها یک ماه تأخیر بیمار در مراجعه احتمال کشف بیماری در مراحل پیشرفته ۴۵٪ درصد و به ازای تنها یک ماه تأخیر بین اولین مراجعه به پزشک و شروع درمان (تاخیرسیستم درمانی) این احتمال ۴۰٪ خواهد بود (۱۹). بنابراین به‌کارگیری استراتژی‌های مناسب ازجمله آموزش و آگاه‌سازی زنان در خصوص علائم و نشانه‌های بیماری، انجام خودآزمایی پستان، انجام تستهای غربالگری مانند ماموگرافی به‌منظور تشخیص و درمان زودهنگام می‌تواند باعث کاهش مرگ‌ومیر و افزایش بقای بیماران گردد. در این میان با توجه به نتایج مطالعات مختلف که بیانگر فراوانی بیشتر سرطان پستان در زنان بالای ۵۰ سال می‌باشد، ساختار جمعیتی کشور (افزایش سالمندان) و روند رو به رشد ابتلا به انواع سرطان در سنین سالمندی، اجرای برنامه‌های غربال‌گری و آموزش‌های لازم درزمینه‌ی تشخیص زودرس و دوری از مواجهه با عوامل خطر، برای کاهش ابتلا به سرطان به‌منظور حفظ و ارتقای سلامتی در این دوره از زندگی می‌تواند مفید باشد. این مسئله باید در برنامه‌ریزی‌های نظام سلامت و تدوین برنامه‌های ارائه خدمات و مراقبت‌های دوره سالمندی موردتوجه قرار گیرد. در پژوهش حاضر با توجه به نوع مطالعه علل تأخیر بیماران موردبررسی قرار نگرفت که از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد در مطالعات دیگر به بررسی علل مؤثر بر تأخیر بیماران در مراجعه و درمان و همچنین ارتباط بین پارامترهای تأخیر با مرحله و پیش‌آگهی بیماری به‌ویژه در گروه سالمندان پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از همه‌کسانی در انجام این پژوهش همکاری کرده‌اند، تشکر وقدردانی نمایند.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]

Evaluating the interval from the onset of the first sign of breast cancer to start of treatment in patients referred to oncology ward in Ramsar Imam Sajjad (AS) Hospital during 2009-2014

Sh. Keihanian (MD)[1], H. Shabanzadeh (MD) [1], Z. Fotokian(PhD) [2], Z. Jannat Alipoor (MSc)[*2]

1.Department of Medicine, School of Medicine, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, I.R.Iran

2.Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran

Caspian Journal of Health and Aging; 3(1); Spring&Summer 2018; PP:51-58

Received: May 28th 2018, Revised: Jul 31th 2018, Accepted: Sept 5th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Breast cancer is the most common cancer and the second leading cause of cancer death among women, which is associated with age. Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer can lead to disease progression, ultimately increase mortality and reduce survival rates in patients. The aim of this study was to evaluate the interval from the onset of the first sign of breast cancer to start of treatment in patients with breast cancer during 2009-2014.

METHODS: In this retrospective descriptive-analytic study, 100 women were selected using census method. Data were collected from the patients' medical records and documents using a checklist. Data were analyzed using SPSS 22 through descriptive (Mean and standard deviation, frequency) and analytical (Chi-square) tests. The significance level was considered p<0/05.

FINDINGS: Based on the results, the first sign was breast mass in 61% of the patients. In 39% of patients, the first physician to whom the patients referred was a general surgeon. In 71% of cases, the interval from the onset of the first sign to referral to the physician was less than 3 months and in 29% of patients was more than 3 months. Moreover, in 84% of patients, the time interval from referral to physician to diagnosis was less than 1 month. The interval from diagnosis to surgical treatment in 86 % and from final surgical treatments to chemotherapy in 87% of patients was less than 1 month. There was no statistically significant relationship between patients' demographic characteristics and patient and health care system delays (p> 0.05).

CONCLUSION: Considering the 47% delay of patient in the referral process to the physician, it seems that women's education on breast cancer screening methods should be emphasized. In addition, due to the growing trend of age-related cancer, the special screening programs for women especially in elderly age should be developed and implemented.

KEY WORDS: *Breast cancer, Patient delay, Health system delay, Diagnosis, Treatment, Elderly, Women.*

Please cite this article as follows:

Keihanian Sh, Shabanzadeh H, Fotokian Z, Jannat Alipoor Z. Evaluating the interval from the onset of the first sign of breast cancer to start of treatment in patients referred to oncology ward in Ramsar Imam Sajjad (AS) Hospital during 2009-2014. cjhaa.2018;3(1):51-58.

[*]Corresponding author: Zahra Jannat Alipoor (MSc)

Address: Enghelab Squere,Imam Sajjad Hospitai,Fateme Zahra Nursing& Midwifery School Ramsar,mazandaran, I.R.Iran

Tel: +98 1155225151

E-mail: zalipoor @gmail.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]

References

1 -Somi MH, Mousavi SM, Rezaeifar P, Naghashi SH. Cancer incidence among the elderly population in the Northwest of Iran: A population based study. Iran J Cancer Prev. 2009;2(3):117-26.

2-Muss HB. Coming of age: breast cancer in seniors. The oncologist. 2010;15(15):57-65.

3-Rottenberg Y, Barchana M, Liphshitz I, Peretz T. The changing face of cancer in the elderly: Only a demographic change? Archives of gerontology and geriatrics. 2010;50(3):e59-62. https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.05.011.

4-Koohi F, Enayatrad M, Salehiniya H. A Study of the Epidemiology and Trends in Cancer Incidence in Iranian Elderly 2003-2009. Arak Med University J. 2015;18:57-66. [In Persian]

5-Sadat SD, Afrasiabifar A, Mobaraki S, Fararooei M, Mohammadhossini S, Salari M. Health status of the elderly people of Yasouj, Iran, 2008. Armaghane danesh. 2012;16(6):567-77. [In Persian]

6-Rafie M, Akbari ME, Ailzadeh M, Eshrati B, Hatami H. Geographical distribution and survival rate of cancers among elderly iranians. Payesh. 2012;11(5):603-9. [In Persian]

7-Farhood B, Geraily G, Alizadeh A. Incidence and Mortality of Various Cancers in Iran and Compare to Other Counries: A Review Article. Iran J Public Health. 2018;47(3):309-16.

8-Poorkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dejbakhsh T, MohammadianPanah M. Does rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients? Payesh.2010;9(1):61-8.

9-DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International variation in female breast cancer incidence and mortality rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015;24(10):1495-506. doi: 10.1158/1055-9965.

10-Fazeli Z, Fazeli Bavand Pour FS, Abadi A.R, Pourhoseingholi M.A, Akbari A, Salimian J. Trend Analysis of Breast Cancer Mortality in Iranian women. JIUMS.2013; 20(4):246-51. [In Persian]

11-Akbari ME, Rafiee M, Khoei MA, Eshrati B, Hatami H. Incidence and survival of cancers in the elderly population in Iran: 2001-2005. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(11):3035-9.

12-Okamura H, Takamatsu K, Yamamoto S, Ohsumi Sh, Mukai H, Taira N. & et. Al. The Japanese Breast Cancer Society clinical practice guideline for epidemiology and prevention of breast cancer. Breast Cancer. 2015; 22:16–27.

13-Joerger M, Thürlimann B, Savidan A, Frick H, Rageth C, Lütolf U, Vlastos G, Bouchardy C, Konzelmann I, Bordoni A, Probst-Hensch N. Treatment of breast cancer in the elderly: a prospective, population-based Swiss study. J Geriatr Oncol. 2013;4(1):39-47.

14-DeSantis C, Ma J, Bryan L, Jemal A. Breast cancer statistics. 2013. CA: a cancer journal for clinicians. 2014;64(1):52-62.

15-Tahergorabi Z, Moodi M, Mesbahzadeh B. Breast Cancer: A preventable disease. J Birjand Univ Med Sci. 2014;21(2):126-41. [In Persian]

16-Tesarova P. Breast cancer in the elderly—Should it be treated differently? Reports of Practical Oncology & Radiotherapy. 2013;18(1):26-33.

17-Keihanian Sh, Hossein zadeh M, Gholizadeh B, Zakerihamidi M. Prevalence of Depression in Patients with Breast Cancer Undergoing Mastectomy in Ramsar and Tonekabon Oncology Centers in 2016. IJBD. 2018;10(4):29-36. [In Persian]

18-Ebrahimi M,Montazeri A,Akbari ME, Mehrdad N, Kaviani A, Haghighat SH. Delay in the Diagnosis and Treatment of Breast Cancer and Effective factors:The role of physicians and health care system. Iranian Journal of Breast Disease.2009; 1(1):7-11. [In Persian]

19-Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, Mainero-Ratchelous F, Bargalló-Rocha E, Miguel Lázaro-León J. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study. Cancer. 2015;121(13):2198-206.

20-Alhani F, Peyrovi H. The concept of health in elderly people: A literature review. Iran Journal of Nursing. 2012;25(78):62-71. [In Persian]

21-Tavakolian L, Boniadi F, Malekzadeh E. The investigation of factors associated with breast cancer screening among Kazeroon women aged 20-65 in 2013. Nurs J Vulnerable. 2015;1(1):17-31. [In Persian]

22 -Maas P, Barrdahl M, Joshi AD, Auer PL, Gaudet MM, Milne RL, Schumacher FR, Anderson WF, Check D, Chattopadhyay S, Baglietto L. Breast cancer risk from modifiable and nonmodifiable risk factors among white women in the United States. JAMA oncology. 2016;2(10):1295-302.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]

23-Othieno-Abinya NA, Wanzala P, Omollo R, Kalebi A, Baraza R, Nyongesa CN, & et. Al. Comparative study of breast cancer risk factors at Kenyatta National Hospital and the Nairobi Hospital. J Afr Cancer. 2015;7(1):41-6. https://doi.org/10.1007/s12558-014-0358-1.

24-Shachar SS, Hurria A, Muss HB. Breast cancer in women older than 80 years. J Oncol Pract. 2016;12(2):123-32. doi: 10.1200/JOP.2015.010207.

25-Keihanian S, Ghaffari F, Fotokian Z, Shoormig R, Saravi M. Risk factors of breast cancer in Ramsar and Tonekabon. J Qazvin Univ Med Sci. 2010;14(2):12-9. [In Persian]

26-Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H. Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany— a population based study. Br J Cancer. 2002; 86(7):1034-40.

27-Allgar VL, Neal RD. Delays in the diagnosis of 6 cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer. Br J Cancer. 2005;92(11):1959-70.

28-Mousa SM, Seifeldin IA, Hablas A, Elbana ES, Soliman AS. Patterns of seeking medical care among Egyptian breast cancer patients: relationship to late-stage presentation. Breast. 2011;20(6):555-61.

29-Norsa'adah B, Rampal KG, Rahmah MA, Naing NN, Biswal BM. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women [serial online]. BMC Cancer. 2011;11(1):141.

30-Jassem J, Ozmen V, Bacanu F, Drobniene M, Eglitis J, Lakshmaiah KC, et al. Delays in diagnosis and treatment of breast cancer: a multinational analysis. Eur J Public Health. 2014;24(5):761-7. doi: 10.1093/eurpub/ckt131.

31-Citrin DL, Mortensen SJ, Smekens SK, Shannon CM, Grutsch JF. Clinical Implications of Delay in the Diagnosis and Treatment of Early Stage Breast Cancer. World J Psychosoc Oncol. 2013;2(2):7-14.

32-Tjemsland L, Soreide J. Operable breast cancer patients with diagnostic delay: oncological andemotional characterization. European Journal of Surgical Oncology. 2004; 30(7): 721-7.

33 -Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, Ross E, Wong YN, Patel SA, et al. Preoperative delays in the US Medicare population with breast cancer. J Clin Oncol. 2012;30(36):4485-92.

34-Olivotto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L, Mah Z, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma.Cancer.2002;94(8):2143-50.

35-Molinie F, Leux C, Delafosse P, Ayrault-Piault S, Arveux P, Woronoff AS, et al. Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: a population-based study in France. Breast. 2013;22(5):810-6. doi: 10.1016/j.breast.2013.02.009.

36-Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H.Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. J Clin Oncol. 2003; 21(8):1440-6.

37-Richardson LC, Royalty J, Howe W, Helsel W, Kammerer W, Benard VB. Timeliness of breast cancer diagnosis and initiation of treatment in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program1996-2005. Am J Public Health.2010; 100(9):1769-76. doi: 10.2105/AJPH.2009.160184.

38-Ruddy KJ, Gelber S, Tamimi RM, Schapira L, Come SE, Meyer ME, et al. Partridge AH. Breast cancer presentation and diagnostic delays in young women. Cancer. 2014;120(1):20-5. doi: 10.1002/cncr.28287.

39-Barros AF, Uemura G, Macedo JL. Interval for access to treatment for breast cancer in the Federal District, Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(10):458-63. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001000006.

40-Pineros M, Sanchez R, Perry F, Garcia OA, Ocampo R, Cendales R. Delay for diagnosis and treatment of breast cancer in Bogota Colombia. Salud Publica Mex. 2011;53 (6):478-85.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.3.1.51]