

تأخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان و عوامل مؤثر بر آن: نقش پزشکان و سیستم درمانی

ماندانا ابراهیمی: مربی پژوهش، گروه پژوهشی بیماری‌های پستان، مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران
علی منتظری: دانشیار پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
محمد اسماعیل اکبری: استاد گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
ندا مهرداد: کارشناس پژوهش، گروه پژوهشی بیماری‌های پستان، مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران
احمد کاویانی: استادیار جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
شهرچهره حقیقت: استادیار پژوهش، گروه پژوهشی بیماری‌های پستان، مرکز بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران

چکیده

تأخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان مقوله مهمی است که می‌تواند باعث تشخیص بیماری در مراحل پیشرفته‌تر و نهایتاً افزایش مرگ و میر و کاهش میزان بقای بیماران شود. این مطالعه با هدف بررسی تأخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان طراحی گردید و در طی آن ۲۳۳ بیمار مبتلا به سرطان پستان بودند و درمان آنها طی یک سال قبل انجام شده یا در حال انجام بود. میزان تأخیر بر اساس فاصله زمانی بین اولین ویزیت پزشک با اولین اقدام درمانی محاسبه شد و به دو فاز کمتر از ۳ ماه یا ۳ ماه و بیشتر طبقه بندی گردید. عوامل مرتبط با استفاده از آنالیز رگرسیون بررسی شدند.

در مجموع تعداد ۲۳۳ بیمار از نظر تأخیر در سیستم درمانی بررسی شدند که در ۳۰/۳٪ از آنها تأخیر بیشتر از ۳ ماه از زمان اولین مشاوره پزشکی تا شروع درمان وجود داشت. پس از انجام آنالیز مشاهده شد که کمتر بودن سن بیماران با تأخیر سیستم رابطه داشته است ($OR=2/4$ و $CI=1/1-5/2$ ، 95%)، به این شرح که میزان تأخیر ناشی از پزشکان و سیستم درمانی در افراد کمتر از ۴۰ سال بیشتر از حدانتظار بود. همچنین بین وضعیت مالکیت منزل (شخصی یا استیجاری) و تأخیر سیستم پزشکی ارتباط معنی داری مشاهده شد: ($OR=1/3$ و $CI=1/3-2/2$ ، 95%).

در مجموع با توجه به تأخیر ۳۰ درصدی در فاز مربوط به پزشکان و سیستم بهداشتی- درمانی و تأثیر عواملی همچون سن پایین بیماران بر آن، به نظر می‌رسد بایستی بر نقش آموزش در سرطان پستان تأکید و تسهیلات لازم جهت تشخیص و درمان بیماران بهینه‌سازی شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، تأخیر درمانی

مقدمه

تأخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان مقوله مهمی است که می‌تواند باعث پیشرفت بیماری و نهایتاً افزایش مرگ و میر و کاهش میزان بقای بیماران شود [۱-۳]. هنگامی که تومور سرطانی کوچکتر است درمان آن با جراحی‌های محافظه‌کارانه و حفظ پستان با موفقیت بیشتری همراه است [۳]. همچنین جراحان تمایل بیشتری به انجام جراحی محافظه‌کارانه دارند و در نهایت کیفیت زندگی بیماران بهتر خواهد بود [۴].

تأخیر سیستم درمانی در سرطان پستان بدین ترتیب تعریف می‌شود:

فاصله زمانی بین اولین مشاوره پزشکی تا شروع درمان [۲].
تأخیر در این بخش به فواصل زمانی بیشتر از ۲-۳ ماه اطلاق می‌گردد [۵].

عوامل مؤثر بر این تأخیر در مقالات مختلف سن، سطح تحصیلات، ماهیت اولین علامت کشف شده، سابقه فامیلی سرطان پستان و نحوه ارتباط پزشک با بیمار عنوان شده اند [۶-۸].

در ایران نیز طبق گزارشات و مقالات موجود، سرطان پستان از جمله بیماری‌های مهم زنان است. طبق آمار موجود ۷۰٪ از بیماران ایرانی در مراحل پیشرفته بیماری مراجعه می‌کنند که بخشی از آن مربوط به تأخیر در مراجعه می‌باشد [۹ و ۱۰].

با توجه به محدودیت منابع انسانی، دارویی و خدمات پزشکی مورد نیاز در بخش‌هایی از کشورمان و احتمال وقوع تأخیر پزشکان و سیستم درمانی، این مطالعه با هدف بررسی تأخیر در تشخیص و درمان سرطان پستان طراحی گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی در بیمارستان امام خمینی (ره) و کلینیک بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی انجام شد و در طی آن ۲۳۳ بیمار مبتلا به سرطان پستان از آذرماه ۱۳۸۰ تا بهمن ماه ۱۳۸۱ بررسی شدند.

همه بیماران طبق گزارش آسیب‌شناسی مبتلا به سرطان پستان بودند و درمان آنها طی یک سال قبل انجام شده یا در حال انجام بود. بیماران قدیمی‌تر و بیمارانی که متغیرهای مربوط به تأخیر سیستم در آنها قابل بررسی نبود از مطالعه حذف شدند. متغیرهای وابسته مورد بررسی شامل زمان اولین ویزیت پزشکی در رابطه با مشکل پستان، زمان اولین اقدام تشخیصی و زمان اولین اقدام درمانی بود.

متغیرهای مستقل مطالعه عبارت بودند از سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه فامیلی سرطان پستان، سابقه

بیماری‌های خوش‌خیم پستان، اندازه تومور سرطانی بر اساس سیستم TNM، درگیری یا عدم درگیری غدد لنفاوی زیربغل، مرحله بیماری بر اساس سیستم مرحله‌بندی TNM که طبق نظر جراح در پرونده بیمار درج شده بود و ماهیت اولین علامت بیماری (توده یا سایر علائم). کلیه متغیرها توسط یک پرسشگر آموزش دیده از بیمار سؤال و در مورد متغیرهای بالینی از پرونده پزشکی وی استخراج گردید و در پرسشنامه حاوی متغیرهای مذکور ثبت و سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

میزان تأخیر بر اساس فاصله زمانی بین اولین ویزیت پزشک با اولین اقدام درمانی محاسبه شد و به دو فاز کمتر از ۳ ماه یا ۳ ماه و بیشتر طبقه‌بندی گردید. عوامل مرتبط با استفاده از آنالیز رگرسیون بررسی شدند.

نتایج

در مجموع تعداد ۲۳۳ بیمار از نظر تأخیر در سیستم درمانی بررسی شدند که اطلاعات مربوط به تأخیر تنها در ۱۹۸ نفر از آنها قابل بررسی بود (۸۵٪). در ۶۹/۷ درصد از افراد تحت بررسی تأخیری در رابطه با تشخیص و درمان مشاهده نشد در حالی که در ۳۰/۳٪ از آنها تأخیر بیشتر از ۳ ماه از زمان اولین مشاوره پزشکی تا شروع درمان وجود داشت.

مشخصات جمعیتی این افراد در جدول شماره (۱) قابل مشاهده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین سن افراد تحت بررسی ۴۶/۲ سال بوده است و زنان مبتلا عمدتاً در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال قرار داشتند. هفت درصد از بیماران نیز در محدوده سنی کمتر از ۳۰ سال بودند. بیماران عمدتاً متأهل و دارای سواد ابتدایی بودند.

پس از انجام آنالیز یک متغیره مشاهده شد که سن بیماران با تأخیر سیستم رابطه داشته است $CI=1/1-5/2$ و $OR=2/4$ ، به این شرح که میزان تأخیر ناشی از پزشکان و سیستم درمانی در افراد کمتر از ۴۰ سال بیشتر از حد انتظار بود. در مجموع با توجه به تأخیر ۳۰ درصدی در فاز مربوط به پزشکان و سیستم بهداشتی-درمانی و تأثیر عواملی همچون سن پایین بیماران بر آن، به نظر می‌رسد بایستی مجدداً به نقش آموزش در سرطان پستان تأکید شود.

همچنین بین وضعیت مالکیت منزل و تأخیر سیستم پزشکی ارتباط معنی داری مشاهده شد: $CI=1/3-8/1$ و $OR=3/2$ که پس از استفاده از آنالیز رگرسیون چند متغیره نیز عامل فوق همچنان معنی دار باقی ماند $CI=1/2-7/7$ و $OR=3/03$.

جدول شماره (۲) مشخصات بالینی افراد تحت مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود هیچ یک از

جدول شماره ۱- رابطه مشخصات جمعیتی افراد تحت مطالعه با تأخیر سیستم درمانی در سرطان پستان

متغیر	تعداد (درصد)	OR (%۹۵CI)	P
سن (سال)			
<۴۰	۶۱ (۲۶/۳)	۲/۴ (۱/۱-۵/۲)	۰/۰۲
۴۰-۴۹	۸۹ (۳۸/۴)	۱ (۰/۴-۲/۲)	۰/۹
≥۵۰	۸۲ (۳۵/۳)	۱	
میانگین (انحراف معیار)			
	۴۶/۲ (۱۱/۲)		
وضعیت تأهل			
متاهل	۱۸۵ (۸۰/۴)	۱	
مجرد	۱۱ (۴/۸)	۰/۴ (۰/۱-۱/۳)	۰/۱
مطلقه/ بیوه	۳۴ (۱۴/۸)	۱/۶ (۰/۳-۷/۴)	۰/۵
سطح تحصیلات			
بی سواد	۶۰ (۲۶/۱)	۱	
ابتدایی	۹۳ (۴۰/۴)	۱/۳ (۰/۶-۳)	۰/۵
دبیرستان و بالاتر	۷۷ (۳۳/۵)	۱/۷ (۰/۷-۳/۸)	۰/۱
تعداد فرزندان			
بدون فرزند	۲۲ (۹/۶)	۱	
۱-۳ فرزند	۱۱۶ (۵۰/۷)	۱/۱ (۰/۳-۳/۲)	۰/۸
۴ فرزند یا بیشتر	۹۱ (۳۹/۷)	۰/۵ (۰/۱-۱/۷)	۰/۳
وضعیت مالکیت منزل			
شخصی	۱۴۹ (۸۴)	۱	
اجاره ای	۲۹ (۱۶)	۳/۲ (۱/۳-۸/۱)	۰/۰۱

نسبی تأخیر در مطالعه ما ۳۰/۳٪ به دست آمد که در مقایسه با آمار موجود بسیار بیشتر است. عوامل مؤثر بر این تأخیر در مطالعات مختلف بررسی شده و عوامل متعددی را مسئول آن شمرده‌اند که از آن جمله می‌توان به سن بیماران، ماهیت اولین علامت بیماری، مشکلات مربوط به تسهیلات تشخیصی و درمانی و نوع تخصص پزشک اشاره نمود. از بین عوامل بررسی شده در این مطالعه تنها سن بیماران و وضعیت مالکیت منزل با تأخیر سیستم درمانی ارتباط معنی داری را نشان دادند.

شواهد معتبری از مطالعات موجود در زمینه تأخیر بیانگر این واقعیت است که سن پایین تر، عامل خطری برای وقوع تأخیر پزشکان و سیستم درمانی است [۱۱]. در این ارتباط به دو عامل اشاره شده است: عامل اول عدم توجه کافی به بیماران جوان تر از نظر ابتلا به سرطان پستان است، زیرا طبق منابع موجود این بیماری در سنین جوان تر چندان شایع نیست [۶]. البته به نظر می‌رسد که در کشور ما توزیع سنی بیماری از این مدل تبعیت نمی‌کند و میانگین سنی بیماران کمتر از کشورهای غربی و فراوانی بیماران جوان بیشتر است [۹]. عامل دوم که می‌تواند مهم‌تر باشد، عدم کارآیی تشخیصی روش‌هایی همچون ماموگرافی در سنین جوانتر است [۶].

زیرا به علت جوان بودن بافت پستانی و تراکم بافتی دقت این روش در تشخیص توده‌های سرطانی کاهش می‌یابد. در این مورد به نظر می‌رسد که مطالعه در مورد روش‌های

متغیرهای مذکور با تأخیر سیستم ارتباط معنی داری نداشتند. در مورد ماهیت اولین علامت بیماری که به صورت توده یا غیر توده طبقه‌بندی شد، میزان تأخیر در افرادی که دارای توده بودند بیشتر از میزان مورد انتظار بود، اگرچه این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود.

همچنین مرحله یک و دو بیماری (Early stage) نسبت به مراحل III و IV در افراد بدون تأخیر بیشتر از افراد دارای تأخیر در سیستم درمانی بود، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود.

بحث

بر اساس مطالعات انجام شده در زمینه تأخیر پزشکان و سیستم بهداشتی و درمانی در سرطان پستان، تأخیر پزشکان و سیستم بهداشتی- درمانی مسئول پاره‌ای از عوارض سرطان پستان در زنان مبتلا به این بیماری است. پزشکی که می‌خواهد به یک بیمار مضطرب اطمینان و آرامش بدهد، باید بین خطر اطمینان بخشی کاذب و ایجاد اضطراب غیر ضروری، تعادل ایجاد کند [۱۱]. اغلب پزشکان، بیماران مبتلا به سرطان پستان را پس از اولین مشاوره مستقیماً به بیمارستان‌های تخصصی ارجاع می‌دهند. اما بخش کوچکی از بیماران که میزان آنها در مطالعات مختلف ۱۷٪-۶٪ برآورد شده است تأخیری به میزان بیشتر از ۳ ماه را در این مرحله تجربه می‌کنند [۵]. فراوانی

جدول شماره ۲- رابطه مشخصات بالینی افراد تحت مطالعه با تأخیر سیستم درمانی در سرطان پستان

متغیر	تعداد (درصد)	OR (%۹۵CI)	P
سابقه فامیلی سرطان پستان			
بلی	۴۹(۲۱/۱)	۱	
خیر	۱۸۳(۷۸/۹)	۱/۸ (۰/۸-۴/۳)	۰/۱
سابقه بیماری خوش خیم پستان			
بلی	۳۳ (۱۴/۶)	۱	
خیر	۱۹۳ (۸۵/۴)	۱/۱ (۰/۴-۲/۷)	۰/۷
اندازه تومور سرطانی (سانتی متر)			
≤۲	۳۵(۱۶/۵)	۱	
۲-۵	۱۱۱(۵۲/۴)	۱/۶ (۰/۶-۴/۳)	۰/۲
>۵	۶۵(۳۰/۷)	۱/۴ (۰/۵-۳/۹)	
درگیری غدد لنفاوی زیر بغل			
بلی	۱۴۹(۷۲)	۱(۰/۵-۲/۲)	
خیر	۵۸ (۲۸)	۱	۰/۸
مرحله بیماری			
I	۱۵ (۷/۲)	۱	۰/۳
II	۱۲۰ (۵۸)	۱/۸ (۰/۴-۴/۹)	۰/۶
III	۶۰(۲۹)	۱/۴(۰/۳-۵/۹)	۰/۵
IV	۱۲(۵/۸)	۰/۴(۰/۰۴-۵/۲)	
ماهیت اولین علامت بیماری			
توده	۲۰۰(۸۷/۷)	۱	
سایر علائم	۲۸(۱۲/۳)	۰/۳(۰/۰۹-۱/۱)	۰/۰۷

تفکیک، ارتباطی با تأخیر دارند یا خیر. بدیهی است بررسی این موضوع به حجم نمونه بیشتری نیاز دارد.

به طور کلی تحقیق در زمینه تأخیر پزشکان و سیستم بهداشتی درمانی مقوله پیچیده‌ای است که نیاز به بررسی ارتباط بین عوامل اقتصادی- اجتماعی، عوامل بالینی و نیز عوامل روحی- روانی مرتبط با تأخیر دارد. این عوامل شامل تجربیات پزشک از بیماری سرطان، سوابق روحی- روانی بیماران و عوامل مربوط به ارتباط پزشک و بیمار هستند [۱]. چنین عواملی در رابطه با تأخیر سیستم هنوز به خوبی بررسی نشده‌اند و نیاز به تحقیقات بعدی وجود دارد.

همچنین با توجه به فراوانی بالای تأخیر سیستم درمانی در این مطالعه، به نظر می‌رسد عواملی همچون عدم دسترسی به تسهیلات تشخیصی و درمانی، عوامل فرهنگی، عدم آگاهی زنان از علائم، سیر بیماری و روش‌های تشخیصی و درمانی و نیز تأثیر تشخیص و درمان به موقع در پی آمد بیماری در تأخیر سیستم درمانی مؤثر باشد. این موضوع در مطالعات دیگر نیز مورد تأکید قرار گرفته است [۶]. بویژه به نقش پزشکان خانم و دسترسی بیماران به آنها برای کاهش موارد عدم پیگیری در مراحل تشخیص و درمان اشاره شده است [۱۲]. به نظر می‌رسد این موضوع با باورهای فرهنگی زنان جامعه ما نیز مطابقت داشته باشد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشته است: اولاً به علت مشکلات اجرایی که در طول انجام طرح پیش آمد، جمعیت تحت مطالعه از حجم نمونه محاسبه شده کمتر بود. این مسئله

تشخیصی همراه مثل سونوگرافی می‌تواند کمک‌کننده باشد که باید به آن بیشتر پرداخته شود.

بین وضعیت مالکیت منزل (شخصی یا استیجاری) و تأخیر سیستم نیز در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. توجه این ارتباط مشکل به نظر می‌رسد، ولی جهت بررسی وضعیت مالکیت منزل به عنوان شاخصی از وضعیت اقتصادی- اجتماعی بیماران، انجام مطالعات دقیقتر و تکمیلی ضروری است.

از سوی دیگر، به نظر می‌رسد تأخیر سیستم خود تحت تأثیر تأخیر بیمار قرار گیرد. یعنی لزوماً فواصل زمانی مربوط به تأخیر سیستم به پزشک و سیستم بهداشتی- درمانی مربوط نیست، بلکه می‌تواند با خود بیمار، عدم پیگیری وی و عدم مراجعه او همراه باشد که این بخش هیچگاه مورد بررسی قرار نگرفته است. به عنوان مثال، نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهند بیمارانی که دارای کنترل عاطفی و هیجانی بیشتری هستند، در معرض خطر بیشتری برای تأخیر در تشخیص می‌باشند [۷].

در این مطالعه بین ماهیت اولین علامت بیماری (توده یا سایر علائم) با تأخیر، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. اگرچه میزان تأخیر در افراد دارای توده بیشتر از حد انتظار بود. نتایج حاصل از بررسی بیش از ۵۰۰۰ بیمار نشان می‌دهد هنگامی که تظاهر بیماری به صورت توده باشد، احتمال وقوع تأخیر سیستم بیشتر است [۱]. قدم بعدی در بررسی این عامل، مشخص کردن این مسئله است که آیا سایر علائم هر یک به

پرونده‌های پزشکی بیماران ممکن است از دقت لازم برخوردار نبوده نباشند.

در مجموع با توجه به تأخیر ۳۰ درصدی در فاز مربوط به پزشکان و سیستم بهداشتی- درمانی و تأثیر عواملی همچون سن پایین بیماران بر آن، به نظر می‌رسد بایستی مجدداً به نقش آموزش در سرطان پستان تأکید شود. مخاطبین این برنامه‌های آموزشی هم زنان جامعه و هم پزشکان مرتبط با امر تشخیص و درمان سرطان پستان هستند که در مورد گروه اخیر، سمینارهایی برای طرح تازه‌های سرطان پستان، برنامه‌های بازآموزی و ارتقای ارتباط پزشک و بیمار اهمیت ویژه‌ای دارند.

منجر به کاهش قدرت مطالعه برای بررسی برخی از متغیرهای مورد بررسی شد.

دوماً در مورد بسیاری از سؤالات پرسشنامه بخصوص سؤالات مربوط به فازهای مختلف تأخیر، بیمار می‌بایست به حافظه خودش مراجعه می نمود و این احتمال تورش یادآوری (Recall Bias) را افزایش می داد. اگرچه در مورد بیماران ما با توجه خارج کردن بیماران قدیمی‌تر از مطالعه این تورش کمتر مطرح است.

سوماً تعدادی از متغیرهای مؤثر بر تأخیر از جمله دانش و نگرش بیماران، متغیرهای روحی- روانی و شخصیتی بیماران تحت بررسی قرار نگرفتند. همچنین تعدادی از متغیرهای بررسی شده از جمله مرحله بیماری به علت عدم کفایت

منابع

- 1-Ramiraz AJ, Westcomb AM, Burgess CC, Sutton S, littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *The Lancet* 1999; 353: 1127-31.
- 2-Richards MA, Westomb AM, Love SB, et al. Influence on delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review, *the lancet* 1999; 353: 1119-26.
- 3-Thongsuksia P, Chongsuvivatwong V, Sriplung H. Delay in breast cancer care: a study in Thai women. *Medical Care* 2000; 38: 108-14.
- 4-Maly RC, Leake B, Silliman RA. Breast treatment in older women: Impact of the patient physician interaction. *Journal of American Geriatrics society* 2004; 52: 1138-45.
- 5-Burgess CC, Ramiraz AJ, Richards MA, Love SB. Who and with influences delayed presentation in breast cancer? *British Journal of Cancer* 1998; 77: 1343-8.
- 6-Montella M, Grispo A, D' aioto G, De Marco M, Bellis G, Fabbrocini G, et al. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *European Journal Cancer Prevention* 2001; 10: 53-9.
- 7-Tjemslund L, Soreide J. Operable breast cancer patients with diagnostic delay: oncological and emotional characterization. *European Journal of Surgical Oncology* 2004; 30: 721-7.
- 8-Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, SAjadian A. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women, *BMC women's health* 2003; 3: 4-9.
- 9-Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: a review of 903 case records. *Public Health* 2000; 114:143-5.
- 10- Taylor R, Stubbs J, Langlands A, et al. Predictors of mastectomy for women with breast cancer in the greater western region of study. *The Breast Journal* 1999; 5: 116-21.
- 11- Janner D.C, Middleton A, Webb W.M, et al. In- hospital delay in the diagnosis of breast cancer. *Breast Journal Surgery* 2000; 87: 914-9.
- 12- Nosarti C, Crayfors T, Roberts JV, et al. Delay in presentation of symptomatic referrals to a breast clinic: patient and system factors. *British Journal of Cancer* 2000; 82: 742-8.