

بررسی ارتباط روشهای رایج پیشگیری از بارداری با سرطان مهاجم سرویکس

اعظم بحیرایی^۱ - دکتر ناهید جعفری^۲ - سارا عظیمیا^۳ - دکتر محمود محمودی^۴

چکیده

زمینه و هدف: سرطان سرویکس از شایعترین سرطان‌های زنان در دنیا است؛ عوامل خطر ابتلا به این بیماری عبارتند از: سن بالا، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، مولتی پاریتی، شروع فعالیت جنسی در سنین پایین، داشتن شرکای جنسی متعدد، عفونت با Human Papillomavirus (HPV)، سابقه بیماری مقاربتی، سیگار کشیدن، استفاده طولانی‌مدت از Oral Contraceptive Pills (OCPs)، فقر تغذیه‌ای و چندین عامل دیگر. استفاده از OCPs و سایر وسایل پیشگیری از بارداری به نحوی در بروز این بیماری مطرح شده‌اند. با توجه به وسعت استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در ایران، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط استفاده از روشهای رایج پیشگیری از بارداری (قرصهای خوراکی، IUD و کاندوم) و سرطان سرویکس انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مورد-شاهدی، از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۰۹ بیمار مبتلا به سرطان سرویکس در گروه مورد و ۲۱۸ بیمار مراجعه‌کننده به بیمارستان که به عللی غیر از بیماریهای زنان و مامایی مراجعه کرده بودند؛ در گروه شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه برای گروه مورد، ایرانی و مسلمان بودن، پاتولوژی مثبت سرطان سرویکس و معیارهای ورود به مطالعه برای گروه شاهد، مسلمان و ایرانی بودن، تست پاپ اسمیر طبیعی طی یک سال گذشته، عدم وجود سابقه درمان با کوتر، کرایو و مخروطبرداری بود. اطلاعات حاصل با استفاده از آزمونهای آماری t و Chi-Square و در سطح معنی‌داری $P \leq 0.05$ تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۹۹٪ از افراد گروه مورد و ۸۷٪ از افراد گروه شاهد، سابقه استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری داشتند ($P=0.004$). ۷۰٪ از افراد گروه مورد و ۶۷٪ از افراد گروه شاهد سابقه مصرف قرصهای خوراکی ($P=0.52$)، ۱۴٪ از افراد گروه مورد و ۱۳٪ از افراد گروه شاهد سابقه استفاده از IUD ($P=0.75$) و ۴۳٪ از افراد گروه مورد و ۳۱٪ از افراد گروه شاهد، سابقه استفاده از کاندوم داشتند ($P=0.29$).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین استفاده از قرصهای ضد بارداری و IUD و ابتلا به سرطان سرویکس وجود نداشت ولی بین استفاده از کاندوم و ابتلا به سرطان سرویکس ارتباط معنی‌داری حاصل گردید که شاید به دلیل استفاده کوتاه‌مدت و نامنظم از کاندوم توسط افراد بوده است؛ زیرا اثر حفاظتی کاندوم با طول مدت استفاده و استفاده منظم رابطه مستقیم دارد.

کلید واژه‌ها: سرطان سرویکس؛ روشهای پیشگیری از بارداری؛ سرطان مهاجم سرویکس

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۲؛ شماره ۳ و ۴؛ سال ۱۳۸۴)

^۱ مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ نویسنده مسؤل؛ استادیار و عضو هیأت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

آدرس: تهران - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۰۹۹۵۵ پست الکترونیکی: nahidjafari_b@yahoo.com

^۳ کارشناس ارشد مامایی

^۴ استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

مصرف قرصهای خوراکی بیش از پنج سال، ۱/۵ بار خطر سرطان سرویکس را افزایش می‌دهد و فرایند این عمل، ایجاد زمینه برای تأثیر HPV و تغییر عوامل سلولی در جهت بروز سرطان سرویکس بیان شده است (۴). تأثیر عوامل هورمونی در افزایش خطر نئوپلازی سرویکس گزارش شده است (۱۲). مصرف کنتراسپتیوهای خوراکی در مطالعه Thomas و همکاران، به عنوان عامل خطر شناخته نشده است (۱۳).

حداقل دو فرایند احتمالی در مورد افزایش خطر بروز سرطان سرویکس به دنبال استفاده از IUD[‡] مطرح شده است؛ اول این که IUD به عنوان یک جسم خارجی التهاب مزمن ایجاد می‌کند که این امر تولید تومور را تحریک می‌نماید و دوم این که وجود مس در برخی از انواع آن، موجب واکنش اسیدآمینها و پروتئین‌هایی می‌شود که متابولیسم سلولی را افزایش می‌دهند.

مطالعات سیتولوژیکی در مورد بروز تغییرات بدخیمی و استفاده از IUD انجام شده و ارتباط مستقیم بین شیوع سرطان مهاجم سرویکس و استفاده از IUD گزارش شده است (۱۴)؛ در عین حال در برخی مطالعات همراه بودن استفاده از IUD مسی و کاهش بروز سرطان مهاجم سرویکس گزارش شده که به طول مدت استفاده از این وسیله وابسته بوده است (۱۴)؛ البته لازم به ذکر است که به دلیل فقدان گروه‌های شاهد در مطالعات، کم‌بودن جمعیت‌های مورد مطالعه و عدم توجه کافی به مسائل جنسی بیمار، موقعیت اقتصادی، اجتماعی و خصوصیات فردی، اثر IUD در بروز سرطان سرویکس مبهم مانده است (۱۴).

روشهای سدکننده پیشگیری از بارداری تا حدی شخص را در مقابل سرطان سرویکس محافظت می‌نماید که این اثر وابسته به طول مدت استفاده است (۴). در افرادی که پنج سال یا کمتر از کاندوم استفاده کرده‌اند، ۵۹٪ کاهش خطر و در کسانی که بیش از پنج سال از کاندوم استفاده کرده‌اند، ۶۳٪ کاهش خطر ابتلا به نئوپلازی سرویکس گزارش شده

سرطان سرویکس دومین سرطان مهم زنان در دنیا است (۱). حدود ۲٪ از زنان قبل از ۸۰ سالگی به این سرطان مبتلا می‌شوند (۲). میزان بروز مرگ‌ومیر ناشی از سرطان سرویکس در کشورهای مختلف، متفاوت است؛ در مکزیک بالاترین میزان (۱۵/۹ در هزار زن) و در آلمان پایین‌ترین میزان (۲ در هزار زن) گزارش شده است (۳). برآورد می‌شود موارد جدید سرطان سرویکس در سراسر دنیا سالانه قریب به ۳۷۱۰۰۰ نفر (۱۰٪ همه سرطانها در زنان) باشد (۵،۴).

در کشورهای در حال توسعه ۳۰٪ سرطان زنان را سرطان سرویکس تشکیل می‌دهد و در مقابل در کشورهای توسعه‌یافته این میزان به ۵٪ کاهش یافته است (۶). سن متوسط تشخیص سرطان مهاجم سرویکس ۵۲/۲ سال است ولی توزیع سنی این بیماری دارای دو پیک سنی ۳۵-۳۹ و ۶۰-۶۴ سال می‌باشد (۷). با توجه به توزیع سنی دو قله‌ای سرطان سرویکس، ۳۰٪ همه موارد در زنان ۳۵ سال و کمتر رخ می‌دهد (۸).

در ایران نیز سرطان سرویکس بعد از سرطان پستان دومین سرطان شایع زنان می‌باشد. میزان مرگ و میر ناشی از آن ۱/۲ در صد هزار نفر گزارش شده است (۹).

از عوامل خطر ابتلا به سرطان سرویکس، می‌توان به سن بالا، اقامت در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین، سطح پایین تحصیلات یا درآمد، مولتی پاریتی، شروع فعالیت جنسی در سنین پایین، داشتن شرکای جنسی متعدد، عفونت با HPV*، سابقه بیماری مقاربتی، سیگار کشیدن، استفاده طولانی مدت از OCP[†]، فقر تغذیه‌ای کاروتن و ویتامین C اشاره کرد (۱۰).

در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی در مورد ارتباط بین مصرف OCP و نئوپلازی سرویکس به دست آمده است؛ در یک مطالعه مورد-شاهدی مصرف قرصهای خوراکی با افزایش خطر نئوپلازی سرویکس همراه بوده است (۱۱).

* Human Papillomavirus (HPV)

† Oral Contraceptive Pills (OCPs)

‡ Intra Uterine Devise (IUD)

است (۱۵).

آزمونهای Chi-Square، t، آزمون دقیق فیشر و آزمون Mantel-Haenszel (برای اطلاعات تحلیلی) انجام شد.

با توجه به موارد فوق، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری با سرطان مهاجم سرویکس انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه مورد $10/92 \pm 49/25$ سال و در گروه شاهد $11/90 \pm 50/44$ سال بود. از نظر میزان تحصیلات، $60/6\%$ از افراد گروه مورد و $67/9\%$ از افراد گروه شاهد بی‌سواد و $30/3\%$ از افراد گروه شاهد دارای تحصیلات راهنمایی و بالاتر بودند ($P=0/052$). $97/2\%$ از افراد گروه مورد و $89/4\%$ از افراد گروه شاهد خانه‌دار و بقیه $2/8\%$ از افراد گروه مورد و $10/6\%$ از افراد گروه شاهد شاغل بودند ($P=0/014$). $83/5\%$ از افراد گروه مورد و $87/6\%$ از افراد گروه شاهد، متأهل بودند ($P=0/31$). $96/3\%$ از افراد گروه مورد و 94% از افراد گروه شاهد سابقه یک مرتبه ازدواج و $3/7\%$ از افراد گروه مورد و 6% از افراد گروه شاهد سابقه دو مرتبه ازدواج و بیشتر را داشتند ($P=0/38$). $43/1\%$ از همسران گروه مورد و $49/5\%$ از همسران افراد گروه شاهد بی‌سواد، $47/7\%$ از همسران گروه مورد و $34/9\%$ از همسران گروه شاهد دارای سواد ابتدایی و $9/2\%$ از همسران افراد گروه مورد و $15/6\%$ از همسران گروه شاهد دارای تحصیلات راهنمایی و بیشتر بودند ($P=0/052$). $5/5\%$ از همسران گروه مورد و $4/1\%$ از همسران گروه شاهد بیکار، $52/3\%$ از همسران افراد گروه مورد و 50% از همسران افراد گروه شاهد کارگر، $4/6\%$ از همسران افراد گروه مورد و $9/2\%$ از همسران افراد گروه شاهد کارمند و شغل $37/6\%$ از همسران افراد گروه مورد و $26/7\%$ از همسران افراد گروه شاهد سایر موارد بود ($P=0/5$). $86/2\%$ از همسران افراد گروه مورد و $85/8\%$ از همسران افراد گروه شاهد سابقه یک مرتبه ازدواج و $13/8\%$ از همسران افراد گروه مورد و $14/2\%$ از همسران افراد گروه مورد سابقه دو مرتبه ازدواج و بیشتر را داشتند ($P=0/91$). سن ازدواج در $23/9\%$ از افراد گروه مورد و $34/4\%$ از افراد گروه شاهد زیر ۱۵ سال، در $65/1\%$ از افراد گروه مورد و $53/7\%$ از

روش بررسی

در این مطالعه مورد-شاهدی، مراجعه‌کنندگان به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفتند. در گروه مورد، بیماران مبتلا به سرطان مهاجم سرویکس که بیماری آنها به وسیله پاتولوژی تأیید شده بود و در گروه شاهد افرادی که به دلیلی غیر از بیماریهای زنان و مامایی مراجعه کرده بودند، قرار گرفتند.

معیارهای ورود برای گروه شاهد عبارت بود از: مسلمان و ایرانی‌بودن، عدم وجود سابقه درمان با کرایو، کوتر، لیزر، مخروط‌برداری و هیستریکتومی و داشتن تست پاپ‌اسمیر طبیعی در طول یک سال قبل و رضایت بیمار

معیارهای ورود برای گروه مورد عبارت بود از: مسلمان و ایرانی‌بودن، وجود تست پاتولوژی سرطان مهاجم سرویکس و رضایت بیمار. افراد مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند.

برای گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای تهیه شد که حاوی دو بخش اطلاعات فردی با سؤالات بسته و اطلاعاتی در زمینه سابقه استفاده از روشهای مختلف پیشگیری از بارداری و طول مدت استفاده از هر یک از روشها بود و به منظور تعیین روایی (اعتماد)، توسط چند نفر متخصص زنان و مامایی مورد بررسی قرار گرفت و پس از اصلاحات مورد نیاز تأیید شد؛ جهت تعیین پایایی آن نیز، پرسشنامه‌ای برای ۱۰ نفر (که دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بودند) تکمیل و پس از دو هفته این عمل تکرار شد و با استفاده از آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون ($r=0/95$) پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از میانگین و انحراف معیار (برای اطلاعات توصیفی) و

استفاده و در جدول ۳، سن شروع استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در افراد استفاده‌کننده مشخص شده است. در جدول ۴ نیز طول مدت استفاده از هر یک از روشهای پیشگیری از بارداری در افراد مورد مطالعه ارائه شده است. نوع IUD مورد استفاده در ۸۱/۲٪ از افراد در گروه مورد و ۸۶/۲٪ گروه شاهد، مسی بود ($P=0/05$).

افراد گروه شاهد بین ۱۵-۱۹ سال و در ۱۱٪ از افراد گروه مورد و ۱۶/۲۴٪ از افراد گروه شاهد ۲۰ سال و بیشتر بود. ۹۹٪ از افراد گروه مورد و ۸۷/۲٪ از افراد گروه شاهد سابقه استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری را گزارش کردند. در جدول ۱، توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب عوامل خطر ابتلا به سرطان سرویکس ارائه شده است. در جدول ۲، توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب نوع وسیله مورد

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب عوامل خطر ابتلا به سرطان سرویکس در دو گروه مورد و شاهد

| نتیجه آزمون | گروه شاهد | | گروه مورد | | گروه مطالعه | |
|----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|----------------|--------------------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | عوامل خطر | |
| Fisher exact test $P=1$ | ۱/۸ | ۴ | ۱/۸ | ۲ | بلی | سابقه مصرف سیگار |
| | ۹۸/۲ | ۲۱۴ | ۹۸/۲ | ۱۰۷ | خیر | |
| $P=0/33$ | ۲۴/۳ | ۵۳ | ۲۹/۴ | ۳۲ | بلی | سابقه مصرف سیگار در همسر |
| | ۷۵/۷ | ۱۶۵ | ۷۰/۶ | ۷۷ | خیر | |
| $P=0/38$ | ۹۴ | ۲۰۵ | ۹۶/۳ | ۱۰۵ | یک بار | تعداد ازدواج |
| | ۶ | ۱۳ | ۳/۷ | ۴ | دو بار و بیشتر | |
| $P=0/91$ | ۸۵/۸ | ۱۸۷ | ۸۶/۲ | ۶۷ | یک بار | تعداد ازدواج‌های همسر |
| | ۱۴/۲ | ۳۱ | ۱۳/۸ | ۱۵ | دو بار و بیشتر | |
| $P=0/15$ | ۳۴/۴ | ۷۵ | ۲۳/۹ | ۲۶ | > ۱۵ سال | سن اولین ازدواج |
| | ۵۳/۷ | ۱۱۷ | ۶۵/۱ | ۷۱ | ۱۵-۱۹ سال | |
| | ۱۱/۹ | ۲۶ | ۱۱ | ۱۲ | ≤ ۲۰ سال | |
| $P=0/44$ | ۱۴/۲ | ۳۱ | ۵/۵ | ۶ | ≥ ۱۵ سال | سن اولین قاعدگی |
| | ۸۰/۳ | ۱۷۵ | ۸۸/۱ | ۹۶ | ۱۳-۱۴ سال | |
| | ۵/۵ | ۱۲ | ۶/۴ | ۷ | ≤ ۱۵ سال | |
| $P=0/59$ | ۲۹/۸ | ۶۵ | ۲۷/۱ | ۲۹ | ≥ ۱۵ سال | سن اولین حاملگی |
| | ۴۷/۳ | ۱۰۳ | ۵۷ | ۶۳ | ۱۶-۱۹ سال | |
| | ۲۲/۹ | ۵۰ | ۱۵/۹ | ۱۷ | ≤ ۲۰ سال | |
| $P=0/97$ | ۴۷ | ۱۰۲ | ۶۳/۳ | ۶۹ | غیربائسه | سن یائسگی |
| | ۳۲/۳ | ۷۱ | ۲۸/۴ | ۳۱ | ۴۵-۵۰ سال | |
| | ۲۰/۷ | ۴۵ | ۸/۳ | ۹ | < ۵۰ سال | |
| $P=0/85$ | ۷/۳ | ۱۶ | ۴/۷ | ۵ | ۱-۲ | تعداد زایمان |
| | ۴۷/۲ | ۱۰۳ | ۴۹/۵ | ۵۵ | ۳-۵ | |
| | ۴۵/۵ | ۹۹ | ۴۵/۸ | ۴۹ | ۶ و بیشتر | |
| $P=0/31$ | ۱۹/۳ | ۴۲ | ۱۴/۷ | ۱۶ | بلی | سابقه سروسیسیت |
| | ۸۰/۷ | ۱۷۶ | ۸۵/۳ | ۹۳ | خیر | |
| $P=0/52$ | ۶۱/۵ | ۱۳۴ | ۶۵/۱ | ۷۱ | بلی | سابقه واژنیت |
| | ۳۸/۵ | ۸۴ | ۳۴/۹ | ۳۸ | خیر | |

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه برحسب وسیله پیشگیری از بارداری مورد استفاده قرار گرفته در دو گروه مورد و شاهد

| نتیجه آزمون | گروه شاهد | | گروه مورد | | گروه | |
|----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|---------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | نوع وسیله | |
| $\chi^2=0/41$ $P=0/52$ | ۶۷/۱ | ۱۴۵ | ۷۰/۶ | ۷۷ | بلی | قرصهای خوراکی |
| | ۳۲/۹ | ۷۳ | ۲۹/۴ | ۳۲ | خیر | |
| $\chi^2=0/11$ $P=0/75$ | ۱۳/۵ | ۲۹ | ۱۴/۸ | ۱۶ | بلی | IUD |
| | ۸۶/۵ | ۱۸۹ | ۸۵/۲ | ۹۳ | خیر | |
| $\chi^2=4/78$ $P=0/029$ | ۳۰/۹ | ۶۷ | ۴۳/۱ | ۴۷ | بلی | کاندوم |
| | ۶۹/۱ | ۱۵۱ | ۵۶/۹ | ۶۲ | خیر | |

جدول ۳- توزیع فراوانی افرادی که از نوعی وسیله پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند، برحسب سن شروع استفاده در دو گروه مورد و شاهد

| نتیجه آزمون | گروه شاهد | | گروه مورد | | گروه مورد مطالعه | |
|-------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------------------------|--------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | نوع وسیله و سن شروع استفاده | |
| $P=0/18$ | ۰ | ۰ | ۱/۳ | ۱ | سال > ۲۰ | قرص |
| | ۵۳/۱ | ۷۷ | ۶۱ | ۴۷ | سال ۲۰-۳۰ | |
| | ۴۶/۹ | ۶۸ | ۳۷/۷ | ۲۹ | سال < ۳۰ | |
| $P=0/23$ | ۰ | ۰ | ۶/۳ | ۱ | سال > ۲۰ | IUD |
| | ۷۰/۴ | ۱۹ | ۵۰ | ۸ | سال ۲۰-۳۰ | |
| | ۲۹/۶ | ۱۰ | ۴۳/۸ | ۷ | سال < ۳۰ | |
| $P=0/77$ | ۴/۵ | ۳ | ۲/۱ | ۱ | سال > ۲۰ | کاندوم |
| | ۷۶/۶ | ۵۰ | ۷۴/۵ | ۳۵ | سال ۲۰-۳۰ | |
| | ۲۰/۹ | ۱۴ | ۲۳/۴ | ۱۱ | سال < ۳۰ | |

جدول ۴- توزیع فراوانی افرادی که از یک نوع وسیله پیشگیری از بارداری استفاده کرده‌اند، برحسب طول مدت استفاده از آن وسیله در دو گروه مورد و شاهد

| نتیجه آزمون | گروه شاهد | | گروه مورد | | گروه مورد مطالعه | |
|-----------------------------|-----------|-------|-----------|-------|---------------------|--------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | نوع وسیله و طول مدت | |
| $\chi^2=2/42$ $P=0/12$ | ۹۳/۲۵ | ۱۳۸ | ۸۷ | ۶۷ | سال > ۵ | قرص |
| | ۶/۷۵ | ۱۰ | ۱۳ | ۱۰ | سال ≤ ۵ | |
| $\chi^2=0/04$ $P=0/84$ | ۵۹/۲۵ | ۱۶ | ۵۶/۲۵ | ۹ | سال > ۵ | IUD |
| | ۴۰/۷۵ | ۱۱ | ۴۳/۷۵ | ۷ | سال ≤ ۵ | |
| آزمون دقیق فیشر $P=0/47$ | ۹۵/۵ | ۶۴ | ۹۷/۸ | ۴۴ | سال > ۵ | کاندوم |
| | ۴/۴ | ۳ | ۲/۲ | ۱ | سال ≤ ۵ | |

بحث و نتیجه گیری

در چند مطالعه دیگر هم پس از حذف عوامل مداخله‌گر، ارتباطی بین استفاده از روشهای سدکننده و ابتلا به سرطان سرویکس مشاهده نشد و یا کاهش خطر ابتلا را با استفاده توأم دیافراگم و ژل اسپرم‌کش مشاهده نمودند (۱۹). در تحقیق حاضر تعداد زیادی از افراد مورد مطالعه بخصوص در گروه مورد مدت کوتاهی از کاندوم استفاده کرده بودند و نیز هیچ‌کدام از روشهایی مانند دیافراگم و یا ژل اسپرم‌کش استفاده نکرده بودند؛ از آنجا که طول مدت استفاده از روشهای سدکننده، اثر حفاظتی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بدیهی است که به دلیل تعداد محدود افرادی که استفاده طولانی‌مدت از کاندوم داشته‌اند، اثر حفاظتی آن مشاهده نشود.

در مورد استفاده از IUD، یافته‌های این پژوهش تفاوتی بین دو گروه مورد و شاهد نشان نداد. استفاده از IUDهای مسی بطور معنی‌داری در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد بود. در مورد طول مدت استفاده از IUD نیز، افزایش خطر نئوپلازی سرویکس با طول مدت استفاده از این وسیله مشاهده نشد. در برخی مطالعات گزارش شده است که استفاده طولانی‌مدت از IUD، خطر ابتلا به سرطان سرویکس را کاهش می‌دهد (۲۰). بسیاری از مطالعات در تجزیه و تحلیل، قادر به تعیین اثر مخرب یا حفاظتی IUD در برابر بروز نئوپلازی سرویکس نبوده‌اند (۱۵). در این مطالعه نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد و شاهد از نظر استفاده از IUD و ابتلا به سرطان سرویکس مشاهده نشد.

یافته‌های این پژوهش تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه مورد و شاهد از نظر سابقه استفاده از قرصهای ضد بارداری نشان نداد. طول مدت استفاده از قرص نیز بین افرادی که پنج سال یا بیشتر از قرص استفاده کرده بودند و افرادی که از قرص استفاده نکرده بودند، از نظر شانس ابتلا به سرطان سرویکس تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. هرچند طول مدت استفاده از قرص در بسیاری از مطالعات، عامل مهمی در بروز سرطان سرویکس ذکر شده است (۱۶) و در عین حال در برخی تحقیقات در بین زنانی که بیش از ده سال و کمتر از یک سال از قرص استفاده کرده بودند، از نظر شانس ابتلا به سرطان سرویکس تفاوت معنی‌داری گزارش نشده است (۱۱).

در این تحقیق تعداد اندکی از افراد مورد مطالعه به طور منظم و بیش از پنج سال از قرصهای ضد بارداری استفاده کرده بودند؛ احتمالاً با افزایش تعداد افراد مورد مطالعه وجود خطر سرطان سرویکس در گروه مصرف‌کننده قرصها مشاهده خواهد شد (۱۷).

در این مطالعه استفاده از کاندوم در گروه مورد بیشتر بود. از نظر طول مدت استفاده نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در تعدادی از مطالعات استفاده‌کنندگان از روشهای سدکننده ضد بارداری کمتر از سایر افراد در معرض خطر ابتلا به سرطان سرویکس بوده‌اند (۱۸)؛ در این مطالعات اثر حفاظتی، وابسته به طول مدت استفاده از آنها ذکر شده است (۴)؛ به طوری که شانس ابتلا به سرطان سرویکس با استفاده بیش از پنج سال از کاندوم کاهش یافته است (۱۵).

منابع:

- 1- Chen GL, Duda RB, Hill AG, Darko R, Adanu RM, Seffah J, et al. Epidemiology of cervical cancer and dysplasia in a cross-sectional study of women in ACCRA, Ghana. *Int J Trop Med*. 2005, 1 (1): 7-11.
- 2- Lowdermilk DL, Perry Sh. *Maternity Nursing*. St.Louis: Mosby; 1997.
- 3- Rock JA, Jones HW. *TeLinde's Operative Gynecology*. UK: Cambridge; 1997.
- 4- Rock JA, Jones HW. *TeLinde's Operative Gynecology*. St.Louis: Mosby; 1999.
- 5- Franco EL, Franco ED, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and role of human papillomaviruses infection. *CMAJ*. 2001; 164 (7): 1017-25.

- 6- Kruger S. Risk factor for cervical neoplasia in Denmark. *APMIS*. 1998, Supple; 80: 116-42.
- 7- Rohan TE, Shah KV. *Cervical Cancer: From Etiology to Prevention (Cancer Prevention-Cancer Causes)*. UK: Williams & Wilkins; 1994.
- 8- Clark MA, Naahas W, Markert RJ, Dodson MG. Cervical Cancer: Woman age 35 and younger compared to women aged 36 and older. *Am J Clin Oncol*. 1991; 14 (4): 352-56.
- ۹- نقوی محسن. سیمای مرگ و میر ۱۸ استان کشور در سال ۱۳۸۰. تهران: نشر تندیس؛ ۱۳۸۲.
- 10- Brinton LA, Hoover RN. Epidemiology of Gynecologic Cancer. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, eds. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. 2nd ed. St.Louis: Mosby; 1999.
- 11- Salazar EL, Sojo-Aranda I, Lopez R, Salcedo M. The evidence for an etiological relationship between oral contraceptive use and dysplastic change in cervical tissue. *Gynecol Endocrinol*. 2001; 15 (1): 23-28.
- 12- Thomas DB, Ray RM, Kuypers J, Kiviat N, Koetsawang A, Ashley RL, et al. Human papillomaviruses and cervical cancer in Bangkok. III. The role of husbands and commercial sex workers. *Am J Epidemiol*. 2001; 153 (8): 740-48.
- 13- Sayednozadi S, Hassani M, Ramezani MA. Association of oral contraceptive and abnormal pap-smear. *Am J Applied Sciences*. 2005; 2 (7): 1150-52.
- 14- Lassis DL, Savitz DA, Hamman RF, Baron AE, Brinton LA, Levines RS. Invasive cervical cancer and intrauterine device use. *Int J Epidemiol*. 1991; 20 (4): 865-70.
- 15- Wang PD, Lin RS. Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in Taiwan. *Gynecol Oncol*. 1996; 62 (1): 10-18.
- 16- Thomas DB, Ray RM. Oral contraceptives and invasive adenocarcinomas and adenosquamous carcinomas of the uterine cervix. The World Health Organization Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Am J Epidemiol*. 1996; 144 (3): 281-89.
- 17- Hannaford PC, Webb AM. Evidence-guided prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. An International Workshop at Mottram Hall, Wilmslow, U.K., March, 1996. *Contraception*. 1996; 54 (3): 125-29.
- 18- Schiffman MH, Brinton LA. The epidemiology of cervical carcinogenesis. *Cancer*. 1995; 76 (10 Suppl): 1888-901.
- 19- Coker AL, Hulka BS, McCann MF, Walton LA. Barrier methods of contraception and cervical intraepithelial neoplasia. *Contraception*. 1992; 45 (1): 1-10.
- 20- Li HQ, Thomas DB, Jin SK, Wu F. Tubal sterilization and use of an IUD and risk of cervical cancer. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000; 9 (3): 303-10.