

بررسی نشانه‌ها پس از درمان سرطان پستان با توجه به مشخصات دموگرافیک بیماران مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی سیدالشهداء(ع) اصفهان

*فریدخت یزدانی: مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان می‌باشد. میزان بقای مبتلایان به سرطان پستان طولانی می‌باشد از این رو این بیماری مدت زمان بیشتری را با سرطان، عوارض و پیامدهای آن دست به گریبان هستند. این مطالعه به بررسی نشانه‌ها پس از انواع درمان‌ها با توجه به مشخصات دموگرافیک در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی سیدالشهداء(ع) اصفهان می‌پردازد.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است. جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بروز نشانه‌ها با انتخاب یک گروه از بیماران مبتلا به سرطان پستان و با استفاده از مصاحبه تلفنی طی سه ماه از ابتدای مهرماه تا پایان آذرماه ۱۳۸۶ در بین شرکت‌کنندگان انجام شد. نتایج در قالب جداول توزیع فراوانی ارائه و از آزمون کای اسکوار با سطح معنی‌دار ۰/۰۵ برای بررسی ارتباطها و تفاوتها استفاده گردید.

یافته‌ها: پس از تکمیل مصاحبه در بین ۱۵۲ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان تقریباً نیمی از بیماران (۴۸ درصد) حداقل از یک نشانه شدید (نظیر تهوع، استفراغ، مشکلات بازو، گرگرفتگی، خشکی واژن، و مشکلات خواب) برخوردار بودند که با عملکرد روزانه تداخل داشت. نتایج نشان داد که زنان مسن‌تر، بیوه یا هرگز ازدواج نکرده، شاغل به‌کار، نسبت به سایر زنان نشانه‌های شدید را کمتر گزارش کردند. همچنین یک رابطه مثبت بین زنانی که شیمی‌درمانی می‌شدند و گزارش نشانه‌ها دیده شد.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها شیوع چندین نشانه را که با انجام درمان‌های پزشکی مناسب بهبودپذیر هستند در بیماران مبتلا به سرطان پستان ارزیابی می‌کند. با توجه به نتایج به‌دست آمده به‌نظر می‌رسد می‌توان زمینه‌ای را برای آموزش بیماران در مورد پیامدهای بالقوه پس از درمان سرطان پستان فراهم نمود و با توجه به خصوصیات بیماران که ممکن است بعد از سرطان پستان نیاز به توجه ویژه‌ای داشته باشند و همچنین با پیش‌بینی وضعیت سلامت بیماران تحت درمان، برنامه‌هایی را برای ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی زنان مستعد ابتلاء به عوارض متعدد درمانی طرح‌ریزی نمود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، نشانه‌ها، مشخصات دموگرافیک

مقدمه

سرطان پستان یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌ها در زنان است. مرگومیر ناشی از سرطان پستان از سال ۱۹۹۰ به‌طور پیوسته کاهش یافته است که ناشی از پیشرفت تشخیص و درمان به‌موقع بوده است. هم‌اکنون میزان بقای ۵ ساله برای سرطان پستان در مرحله موضعی به ۹۸ درصد و در مرحله منطقه‌ای به ۸۱ درصد رسیده است [۱]. ابتلا به انواع سرطان‌ها یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و تمام دنیا می‌باشد. در کشور ما اهمیت بیماری در حال افزایش است [۲]. در این بین سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان است و ۱۲/۶ درصد تمام موارد سرطان را در ایران تشکیل می‌دهد [۳].

تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که بازماندگان سرطان پستان، نشانه‌هایی را گزارش می‌کنند و این نشانه‌ها بر اساس درمان دریافتی متفاوت است. مثلاً در چندین مطالعه تصادفی، تاموکسیفن و شیمی‌درمانی با گرگرفتگی مرتبط بوده است [۴ و ۵]. همچنین شیمی‌درمانی نه تنها با نشانه‌هایی نظیر خستگی، تهوع و خشکی واژن بلکه با نشانه‌های بارز دیگری نیز مرتبط بوده است [۸-۶]. مطالعات دیگر ارتباط بین ماستکتومی و مشکلات بازو نظیر ورم و دیگر عوارض بازو را نشان داده‌اند [۹-۱۲]. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که نشانه‌های شایع نظیر ورم بازو، خستگی، تغییرات پوستی، مشکلات خواب، تغییرات حسی و ورم پستان با پرتودرمانی مرتبط می‌باشند [۱۳].

اما، این موضوع به خوبی درک نمی‌شود که بعد از درمان سرطان پستان چه عوامل دیگری ممکن است بر بروز نشانه‌های بیمار مؤثر باشند. برخی مشخصات بیمار نظیر تحصیلات پایین [۹]، وضعیت تأهل [۱۴]، سن [۱۵ و ۱۶] و عوامل مرتبط با بیماری ممکن است واسطه‌ای برای تجربه نشانه‌های بیماری بعد از درمان سرطان پستان باشند [۱۷].

درک روابط بین مشخصات دموگرافیک بیمار و نشانه‌ها ممکن است به تعیین بیمارانی کمک کند که بعد از سرطان پستان نیاز به توجه ویژه‌ای داشته باشند؛ تعیین خصوصیات دموگرافیک بیمار می‌تواند با استعداد ابتلا به

عوارض متعدد مرتبط باشد یا موجب تعیین یک شاخص برای ارتقاء کیفیت مراقبت پزشکی از بیماران گردد. این مطالعه با توجه به بقای طولانی‌مدت مبتلایان به این بیماری به بررسی نمونه‌ای از زنان مبتلا به سرطان پستان در استان اصفهان پرداخته است. هدف این بررسی تعیین عواملی است که بیماران را در معرض خطر بزرگ‌تری از نظر نشانه‌های مؤثر بر وضعیت سلامت بعد از درمان اولیه سرطان قرار می‌دهد. تمرکز این مطالعه بر چند نشانه شایع مشترک پس از درمان سرطان پستان شامل (تهوع، استفراغ، اشکال در به خواب رفتن، مشکلات بازو، خشکی واژن، گرگرفتگی) و بررسی آن‌ها با توجه به مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه بوده است زیرا همه این نشانه‌ها، بالقوه بر درمان‌ها تأثیر می‌گذارند، نتایج این تحقیق می‌تواند اشاره‌ای به ارتقاء کیفیت مراقبت بهداشتی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته باشد [۲۳-۱۸].

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی می‌باشد و واحدهای نمونه را زنان ۵۰ سال و بالاتر مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی سیدالشهدا (ع) اصفهان تشکیل می‌دهند. نمونه از سرشماری تصادفی موارد تشخیص سرطان پستان طی ماه‌های مهر تا پایان آذر ماه ۱۳۸۶ به‌دست آمد. اطلاعات در مورد ۳۴۳ بیمار براساس نتیجه آزمایش پاتولوژی و انجام عمل جراحی که حداقل ۶ ماه از تاریخ آن می‌گذشت و ظاهراً با معیارهای مطالعه همخوانی داشت، جمع‌آوری گردید. از این تعداد ۲۷ نفر قادر به تماس تلفنی نبودند، ۷۶ نفر معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند و ۸۸ نفر از شرکت در مصاحبه تلفنی ۲۰ دقیقه‌ای امتناع ورزیدند. نهایتاً بررسی‌ها بر روی ۱۵۲ بیمار مبتلا به سرطان پستان صورت پذیرفت. نرخ مشارکت بیماران واجد شرایط و تماس تلفنی ۶۴ درصد بود. از مشارکت‌کنندگان در تحقیق رضایت آگاهانه شفاهی به‌عنوان بخشی از مصاحبه تلفنی دریافت شد.

ابتدا یک نظرسنجی کلی در مورد تجربه نشانه‌ها از هنگام تشخیص تا تاریخ مصاحبه تلفنی انجام شد. نظرسنجی تلفنی با طرح یک پرسشنامه محقق‌ساخته از

درصد در مقابل ۶۴ درصد)، با و بدون پرتودرمانی (۵۴ درصد در مقابل ۴۶ درصد) و با و بدون ماستکتومی (۳۲ درصد در مقابل ۶۸ درصد) بودند.

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه این تحقیق را زنان ۵۰ سال و بالاتر تشکیل می‌داد که دامنه تغییرات سن آن‌ها از ۵۰ تا ۹۹ سال بود. بیشتر زنان دارای تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد (۳۸ درصد) و بقیه نیز شامل تحصیلات زیر دیپلم (۳۱ درصد)، دیپلم (۱۵ درصد) و دانشگاهی (۱۶ درصد) بوده‌اند. تقریباً نیمی از زنان دارای درآمد کمتر از ۴۰۰۰۰۰ تومان در خانواده و نیمی دیگر بیشتر از آن بوده‌اند. اکثر زنان غیرشاغل (۶۷ درصد) بوده و ۵۱ درصد از آنان در زمان جمع‌آوری داده‌ها متأهل بودند. فقط ۲ درصد از زنان تحت پوشش بیمه نبودند و تشخیص سرطان پستان در مرحله تأخیری نادر بود (جدول ۱).

نتایج حاکی از آن است که بین سن و وجود حداقل یک نشانه شدید از نظر آماری، رابطه معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/001$) به طوری که با افزایش سن، درصد وجود حداقل یک نشانه شدید کاهش می‌یابد. بیشترین درصد مربوط به زنان ۵۹-۵۰ سال و کمترین درصد مربوط به زنان ۹۹-۷۵ سال است (جدول ۱). اگرچه داده‌ها حاکی از آن است که با بالا رفتن تحصیلات، درصد وجود حداقل یک نشانه شدید افزایش می‌یابد به طوری که در زنان با تحصیلات ابتدایی یا بی‌سواد ۴۳ درصد و در زنان دانشگاهی ۵۰ درصد است، ولی این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نشده است ($p < 0/1608$) و شاید برای مشاهده این ارتباط نیاز به جمع‌آوری داده‌های بیشتری است.

شیوع حداقل یک نشانه شدید در گروه با درآمد زیر ۴۰۰۰۰۰ تومان (۴۱ درصد)، و بالاتر از آن (۵۰ درصد) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ($p < 0/0002$)، همچنین شیوع این نشانه‌ها با شاغل بودن ارتباط معنی‌داری داشته ($p < 0/0001$) و در گروه شاغلین (۵۳ درصد) بیشتر از غیرشاغلین (۴۳ درصد) است. بین وضعیت ازدواج و وجود نشانه‌ها نیز رابطه معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/0001$) و در این میان، افراد از هم جدا شده (۵۵ درصد) و ازدواج کرده (۵۳ درصد) تعداد بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند. در بیماران تحت پوشش بیمه‌های مختلف نیز از نظر شیوع حداقل یک نشانه شدید

۱۰ زن در طول مراحل اولیه صورت گرفت. سپس چندین بار نوار مصاحبه مطالعه مقدماتی توسط محقق مرور و بررسی شد.

در این مصاحبه تلفنی با طرح پرسش‌هایی از زنان درباره وجود نشانه‌های بسیار شدید و آزاردهنده و همچنین درمان مورد استفاده برای این نشانه‌ها سؤال شد. به‌خصوص از هر بیمار پرسیده شد که آیا در طول ۶ ماه گذشته، یکی از این ۵ نشانه نظیر تهوع و استفراغ، گرگرفتگی، خشکی واژن، مشکلات خواب و مشکلات بازو (شامل ضعف، بی‌حسی، ورم بازو، درد بازو، کاهش حرکت بازو یا سایر مشکلات بازو به دنبال عمل جراحی) را داشته است و آیا این نشانه‌ها به اندازه‌ای شدید بوده است که در عملکرد روزانه تداخل نماید. اگر او پاسخ مثبت می‌داد، آنگاه در ردیف نشانه‌های شدید طبقه‌بندی می‌شد. به‌علاوه، از هر زن در مورد درمان‌های دریافتی و این که آیا او درمان‌ها را تکمیل نموده یا هنوز تحت درمان است، سؤال شد.

در این مطالعه گسترده‌ترین عمل جراحی (ماستکتومی یا لامپکتومی) به‌عنوان درمان جراحی اولیه برای سرطان در نظر گرفته شد. زنان با عمل لامپکتومی (توده برداری)، به دو دسته شامل گروه با برداشت گره لنفاوی زیر بغل^۱ و گروه بدون برداشت گره لنفاوی زیر بغل تقسیم شدند (گروه بدون برداشت گره لنفاوی زیر بغل شامل زنانی بود که فقط بیوپسی گره لنفاوی داشتند). همچنین در این نظرسنجی از پاسخ‌دهندگان درباره سن، تحصیلات، درآمد خانوار از منابع کاری و غیرکاری، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و پوشش بیمه سؤال شد (جدول ۱). درجه تومور نیز از بایگانی به‌دست آمد.

روش تجزیه و تحلیل

در این مقاله نتایج در قالب جداول توزیع فراوانی ارائه گردید و برای بررسی ارتباطها از آزمون کای اسکوار استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این بررسی بر روی ۱۵۲ زنی که در مصاحبه تلفنی شرکت کرده بودند و ۶ زیر گروهی که با توجه به نوع درمان سرطان پستان طبقه‌بندی شده بودند، انجام گرفت. این ۶ گروه شامل زنان با و بدون شیمی‌درمانی (به ترتیب ۳۶

^۱. ALND: Axillary Lymph Node Dissection

تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$) به طوری که بیشترین درصد مربوط به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی (۵۷ درصد) و کمترین مربوط به بیمه‌شدگان تحت پوشش خدمات درمانی است (۳۲ درصد).

بین مرحله تشخیص بیماری و وجود نشانه‌ها رابطه معنی‌داری مشاهده گردید ($p < 0.001$)، در این میان کسانی که در مرحله III تشخیص داده شده‌اند، بیشترین (۸۰ درصد) و کسانی که در مرحله IV بوده‌اند کمترین مقدار را داشته‌اند (۲۱ درصد) (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران، درصد وجود حداقل یک نشانه شدید و نتیجه آزمون‌ها

| مشخصات بیمار | تعداد | درصد نسبت به کل ۱۵۲ نفر | درصد وجود حداقل یک نشانه شدید | P.value بر اساس آزمون کای دو |
|------------------------|-------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| سن (بر حسب سال) | | | | |
| ۵۰-۵۹ | ۵۲ | ۳۴ | ۷۱ | < ۰/۰۰۱ |
| ۶۰-۶۴ | ۲۵ | ۱۷ | ۵۲ | |
| ۶۵-۷۴ | ۴۳ | ۲۸ | ۳۷ | |
| ۷۵-۹۹ | ۳۲ | ۲۱ | ۲۲ | |
| تحصیلات | | | | |
| بی‌سواد و ابتدایی | ۵۸ | ۳۸ | ۴۳ | ۰/۱۶۰۸ |
| زیردیپلم | ۴۷ | ۳۱ | ۴۶ | |
| دیپلم | ۲۲ | ۱۵ | ۴۷ | |
| دانشگاهی | ۲۵ | ۱۶ | ۵۰ | ۰/۰۰۰۲ |
| درآمد | | | | |
| < ۲۰۰۰۰۰ | ۳۶ | ۲۴ | ۴۱ | |
| ۲۰۰۰۰۰-۳۹۹۹۰۰ | ۳۰ | ۲۰ | ۴۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| +۴۰۰۰۰۰ | ۸۶ | ۵۶ | ۵۰ | |
| اشتغال | | | | |
| غیرشاغل | ۱۰۲ | ۶۷ | ۴۳ | < ۰/۰۰۰۱ |
| شاغل | ۵۰ | ۳۳ | ۵۳ | |
| وضعیت تأهل | | | | |
| ازدواج کرده | ۷۸ | ۵۱ | ۵۳ | < ۰/۰۰۰۱ |
| از هم جدا شده | ۲۶ | ۱۷ | ۵۵ | |
| هرگز ازدواج نکرده | ۱۱ | ۷ | ۴۰ | |
| بیوه | ۳۷ | ۲۵ | ۲۶ | |
| بیمه | | | | |
| خصوصی | ۶ | ۴ | ۵۲ | < ۰/۰۰۰۱ |
| تأمین درمان | ۶۰ | ۴۰ | ۳۲ | |
| تأمین اجتماعی | ۸۰ | ۵۳ | ۵۷ | |
| سایر | ۲ | ۱ | ۵۰ | |
| هیچکدام | ۴ | ۲ | ۵۰ | |
| | | | | |
| مرحله تشخیص | | | | |
| ناشناخته | ۱۵ | ۱۰ | ۴۷ | < ۰/۰۰۰۱ |
| In situ | ۲۲ | ۱۵ | ۴۸ | |
| I | ۶۱ | ۴۰ | ۳۹ | |
| II | ۴۶ | ۳۰ | ۴۹ | |
| III | ۶ | ۴ | ۸۰ | |
| IV | ۲ | ۱ | ۲۱ | |
| | | | | |

توزیع نشانه‌های شدید بر حسب دریافت شیمی‌درمانی و پرتوتابی توأم یکسان نمی‌باشد و از نظر آماری بین آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۲).

کسانی که فقط رادیوتراپی در حال انجام یا تکمیل (۶۰ نفر) و فقط شیمی‌درمانی در حال انجام یا تکمیل داشته‌اند (۳۲ نفر)، از تعداد بیشتری نسبت به سایر حالات درمانی برخوردارند. چون در برخی از تفکیک‌های این متغیر تعداد نمونه اندک است، درصد مربوط به آن‌ها دارای ثبات کمتری می‌باشد ولی در مورد این دو گروه که فقط رادیوتراپی یا شیمی‌درمانی دریافت کرده یا می‌کنند و تعداد آن‌ها نسبتاً قابل توجه است، درصد وجود حداقل یک نشانه شدید در گروه فقط رادیوتراپی ۳۴ درصد و در گروه فقط شیمی‌درمانی ۶۴ درصد می‌باشد. همچنین در مورد هر دو گروه اشکال در خوابیدن و گرگرفتگی شیوع بالاتری داشته است.

مقایسه کسانی که تاموکسیفن دریافت کرده یا دریافت نکرده‌اند حاکی از آن است که از نظر وجود نشانه‌های شدید تفاوت وجود دارد و کسانی که تاموکسیفن دریافت نکرده‌اند درصد بیشتری (۵۲ درصد) نسبت به کسانی که تاموکسیفن دریافت کرده‌اند (۴۱ درصد) دارای نشانه‌های شدید بوده‌اند. در مورد هر دو گروه نیز اشکال در خوابیدن و گرگرفتگی درصد بیشتری را به خود اختصاص داده است.

تقریباً نیمی از بیماران (۴۸ درصد) دارای سابقه حداقل یک نشانه شدید بودند که در طول ۶ ماه اول بعد از تشخیص با عملکرد روزانه تداخل داشت. در این میان اشکال در خوابیدن (۲۹ درصد) و گرگرفتگی (۲۰ درصد) شیوع بیشتری داشت و پس از آن تهوع و استفراغ (۱۳ درصد)، خشکی واژن (۱۳ درصد) و مشکلات بازو (۱۱ درصد) موارد بعدی بوده‌اند (جدول ۲).

با انجام آزمون کای اسکوار معلوم گردید که در بیماران با جراحی ماستکتومی، بین گروهی که تحت پرتوتابی بوده و گروهی که تحت پرتوتابی نبوده‌اند، تهوع و استفراغ ($p < 0.0003$) و مشکلات بازو ($p < 0.0223$) از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در گروه تحت پرتوتابی این دو نشانه شیوع بیشتری داشته است. در مورد سایر نشانه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

همچنین در ارتباط با بیماران لامپکتومی بین گروهی که تحت پرتوتابی قرار داشته‌اند و گروهی که تحت پرتوتابی قرار نگرفته‌اند از نظر تمام نشانه‌ها تفاوت معنی‌دار مشاهده شد و گروهی که تحت پرتوتابی نبوده‌اند درصد بیشتری از نشانه‌ها را داشته‌اند.

در مقایسه گروهی که برداشت گره لنفاوی زیر بغل داشته‌اند با گروهی که بدون برداشت گره لنفاوی زیر بغل بوده‌اند، مشاهده گردید که بجز مورد خشکی واژن، در مورد سایر نشانه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت و در همه موارد گروهی که دارای برداشت گره لنفاوی زیر بغل بوده‌اند در صد بیشتری از نشانه‌ها را داشته‌اند.

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران و درصد انواع نشانه‌های شدید بر حسب نوع درمان دریافتی

| نوع درمان | تعداد | درصد بیماران با هر گونه نشانه‌ای | | | | |
|--|-------|----------------------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| | | حداقل یک نشانه (تعداد= ۷۲) | گر گرفتگی (تعداد= ۳۱) | اشکال در خوابیدن (تعداد= ۴۴) | مشکلات بازو (تعداد= ۱۷) | خشکی واژن (تعداد= ۱۹) |
| ماستکتومی^۲ | | | | | | |
| پرتوتابی ^۳ | ۵ | ۶۱ | ۲۵ | ۳۵ | ۳۷ | ۱۳ |
| بدون پرتوتابی ^۴ | ۴۱ | ۵۱ | ۱۸ | ۲۷ | ۱۷ | ۱۲ |
| کای دو P.value | | ۰/۱۰۳۴ | ۰/۱۳۳۷ | ۰/۳۰۷۶ | ۰/۰۰۰۳ | ۰/۵۲۱۳ |
| لامپکتومی^۵ | | | | | | |
| پرتوتابی ^۶ | ۷۵ | ۴۱ | ۱۸ | ۲۶ | ۸ | ۹ |
| بدون پرتوتابی ^۷ | ۳۹ | ۵۶ | ۲۴ | ۳۴ | ۱۳ | ۱۶ |
| کای دو P.value | | <۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۳۰۶ | ۰/۰۰۶۰ | ۰/۰۱۸۵ | ۰/۰۰۱۹ |
| برداشت گره لنفاوی^۸ | | | | | | |
| زیر بغل (ALND) ^۹ | ۷۶ | ۵۳ | ۲۱ | ۳۱ | ۱۶ | ۱۲ |
| بدون ALND ^۹ | ۷۳ | ۳۸ | ۱۷.۵ | ۲۴.۸ | ۵.۷ | ۱۰.۷ |
| کای دو P.value | | <۰/۰۰۰۱ | ۰/۰۶۹۶ | ۰/۰۰۰۲ | <۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۰۷۳ |
| دریافت شیمی‌درمانی و پرتوتابی توأم^{۱۰} | | | | | | |
| تکمیل شیمی‌درمانی و پرتودرمانی | ۱۱ | ۵۵ | ۲۵ | ۳۳ | ۲۲ | ۱۵ |
| فقط تکمیل شیمی‌درمانی | ۶ | ۶۹ | ۱۷ | ۳۵ | ۱۳ | ۱۲ |
| فقط تکمیل پرتوتابی | ۴ | ۶۲ | ۲۶ | ۳۵ | ۹ | ۲۲ |
| هیچکدام کامل نشده | ۳ | ۵۸ | ۳۶ | ۳۸ | ۲۰ | ۱۵ |
| فقط رادیوتراپی (در حال انجام یا تکمیل) ^{۱۱} | ۶۰ | ۳۴ | ۱۶ | ۲۳ | ۶ | ۷ |
| فقط شیمی‌درمانی (در حال انجام یا تکمیل) ^{۱۲} | ۳۲ | ۶۴ | ۲۶ | ۳۹ | ۱۴ | ۱۷ |
| هیچکدام ^{۱۳} | ۳۸ | ۴۱ | ۱۵ | ۲۳ | ۱۲ | ۱۱ |
| کای دو P.value ^{۱۴} | | <۰/۰۰۰۱ | <۰/۰۰۰۱ | <۰/۰۰۰۱ | <۰/۰۰۰۱ | <۰/۰۰۰۱ |
| تاموکسیفن^{۱۵} | ۸۲ | ۴۱ | ۱۹ | ۲۶ | ۱۱ | ۹ |
| بدون تاموکسیفن ^{۱۶} | ۷۰ | ۵۲ | ۱۹ | ۳۰ | ۱۱ | ۱۴ |
| کای دو P.value | | <۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۷۸۵ | ۰/۰۱۸۴ | ۰/۷۶۴۶ | ۰/۰۰۱۸ |
| کل بیماران | ۱۵۲ | ۴۶ | ۱۹ | ۲۸ | ۱۱ | ۱۲ |

۲. ماستکتومی بدون توجه به لامپکتومی اولیه

۳. ۹۲ درصد بیماران ALND، ۵۷ درصد تاموکسیفن، و ۸۵ درصد شیمی‌درمانی داشتند

۴. ۷۳ درصد بیماران ALND، ۵۶ درصد تاموکسیفن، و ۴۲ درصد شیمی‌درمانی داشتند

۵. لامپکتومی بدون ماستکتومی بعدی

۶. ۴۰ درصد بیماران ALND، ۶۱ درصد تاموکسیفن، و ۲۱ درصد شیمی‌درمانی داشتند

۷. ۵۷ درصد بیماران ALND، ۳۶ درصد تاموکسیفن، و ۴۵ درصد شیمی‌درمانی داشتند

۸. ۵۳ درصد تاموکسی فن و ۳۸ درصد شیمی‌درمانی داشتند

۹. ۵۸ درصد تاموکسی فن و ۱۰ درصد شیمی‌درمانی داشتند

۱۰. ۸۷ درصد ALND داشتند

۱۱. ۵۸ درصد ALND داشتند

۱۲. ۸۸ درصد ALND داشتند

۱۳. ۶۰ درصد ALND داشتند

۱۴. کای دو، اختلاف بین همه ترکیبات شیمی‌درمانی و پرتودرمانی را تست کرد

۱۵. ۳۳ درصد بیماران شیمی‌درمانی داشتند

۱۶. ۴۸ درصد بیماران شیمی‌درمانی داشتند

بحث

مطالعات محدودی به بررسی شیوع نشانه‌های پس از درمان سرطان پستان پرداخته‌اند [۲۴] و کمتر ارتباط آن را با خصوصیات دموگرافیک بیماران سنجیده‌اند. با تشخیص بیماری در مراحل زودرس، میزان طول عمر افزایش می‌یابد و بیشتر بیماران درمان‌های لازم را دریافت می‌کنند. در این تحقیق که بر روی گروهی از زنان مبتلا به سرطان پستان در اصفهان انجام شد، ۵ نشانه شایع که معمولاً پس از درمان‌های سرطان پستان بروز می‌کند و با انجام مراقبت‌های پزشکی مناسب قابل تغییر است، مورد بررسی قرار گرفت.

تقریباً نیمی از کل بیماران، حداقل یک نشانه شدید داشتند که تا حدود زیادی با عملکرد روزانه تداخل داشت اما، میزان شیوع نشانه‌ها با توجه به انواع درمان‌ها متغیر بود که با نتایج به‌دست‌آمده در تحقیق Jean Yoon و همکارانش (۲۰۰۸) همخوانی داشت. به‌علاوه در تحقیق آن‌ها که روی زنان لُس‌انجلسی انجام گرفته به ارتباط نشانه‌ها با وضعیت قومی و نژادی نیز اشاره شده است [۲۴ و ۲۵].

در این تحقیق، نتایج تأیید کردند که رابطه منفی بین سن و بروز نشانه‌ها در زنان مسن‌تر وجود دارد، به‌طوری‌که زنان مسن‌تر (۲۲ درصد) کمتر از زنان جوان‌تر (۷۱ درصد) حداقل از یک نشانه شدید برخوردار بودند که در راستای نتایج یافته‌های جین یون و همکاران است [۲۴ و ۲۵]، در مطالعه حاضر سطح درآمد، تحصیلات و وضعیت بیمه با گزارش نشانه‌ها اختلاف معنی‌داری داشت که در تضاد با یافته‌های تحقیق Janz و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد [۲۶]. اما، در راستای نتایج این تحقیق، مطالعه Kenefick Al نشان می‌دهد که زنان جوان با تحصیلات بیشتر از دیسترس بیشتری برخوردار بوده‌اند [۱۴]. شاید بتوان گفت که تحصیلات بیشتر موجب افزایش آگاهی و درک بیماران از عوارض و پیامدهای درمان‌های سرطان است و گاهی بیمار با پیش‌بینی عواقب ناشی از درمان به نوعی در انتظار بروز نشانه‌های حاد می‌باشد.

در مطالعه حاضر زنان غیر شاغل (۴۳ درصد) از نشانه‌ها نسبت به زنان شاغل (۵۳ درصد) گزارش کمتری داشتند. به نظر می‌رسد شاغل بودن در گزارش نشانه‌ها نقش بیشتری دارد. نشانه‌های شدید می‌تواند با توانایی زنان در

انجام شغل تداخل پیدا کند و احتمالاً زانی که از نشانه‌های شدید برخوردار هستند، شغل خود را به‌طور موقت ترک می‌نمایند. از این رو گزارش نشانه‌ها می‌تواند در استفاده از مزایای مرخصی استعلاجی به آن‌ها کمک کند. این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد [۲۴ و ۲۵]. در این مطالعه، آزمون آماری کای اسکوار نشان داد که مشکلات خواب با شیمی‌درمانی و پرتوتابی توأم بیشتر همراه بود. همچنین در این مطالعه ۲۹ درصد بیماران دارای اشکال در خوابیدن بودند که بیش از سایر مشکلات گزارش شد. شاید دلیل آن اضطراب و ناآرامی است که در این گروه از بیماران وجود دارد. تحقیقی که توسط Warner و همکاران در سال ۱۹۹۹ انجام گرفت، نشان داد که بین گروه‌های تحت شیمی‌درمانی و پرتودرمانی با اضطراب و ناآرامی ارتباط معنی‌دار وجود دارد [۲۴]. همچنین Kenefick Al با مطالعه نشانه‌های دیسترس پس از درمان جراحی سرطان پستان نشان داد که خستگی، درد مکرر و بی‌خوابی مداوم رایج‌ترین و شدیدترین مشکلات هستند [۱۴].

در مطالعه حاضر بیمارانی که در حال انجام شیمی‌درمانی و پرتوتابی بودند، با احتمال بیشتری تهوع یا استفراغ داشتند. Jean Yoon و همکارانش (۲۰۰۸) در تحقیقی که با هدف تعیین گزارش نشانه‌ها در زنان پس از درمان سرطان پستان و چگونگی مدیریت نشانه‌ها انجام دادند، معلوم کردند که بالاترین میزان درخواست کمک بیماران در مورد نشانه تهوع و استفراغ بوده است [۲۷]. با توجه به این‌که تهوع و استفراغ از مهم‌ترین عوارض شایع شیمی‌درمانی و پرتودرمانی است، احتمالاً با استفاده از راه‌های پیشگیری و کنترل این عوارض جدی می‌توان تا حدود زیادی بروز آن را به حداقل رسانید.

در این ارزیابی ارتباط معنی‌داری بین مرحله تشخیص و گزارش نشانه‌ها دیده شد، به‌طوری‌که زنان در مرحله تشخیص تومور درجه III (۸۰ درصد) بیش از زنان در مرحله تشخیص تومور درجه I (۳۹ درصد) از نشانه‌های شدید برخوردار بودند. احتمالاً هرچه درجه تمایز یافتگی تومور ضعیف‌تر باشد، از درمان‌های ترکیبی بیشتری استفاده می‌شود که آثار جانبی آن‌ها موجب بروز نشانه‌های بیشتری می‌گردد.

محدودیت‌ها

این مطالعه زنان کمتر از ۵۰ سال را در بر نداشت، بنابراین نتایج این تحقیق به زنان جوان‌تر مبتلا به سرطان پستان تعمیم پیدا نمی‌کند. همچنین با توجه به سن و مرحله تشخیص در برخی پاسخ‌ها تورش وجود داشت.

نتیجه‌گیری

این تحقیق به منظور بررسی و شناخت بیمار جهت ارزیابی نشانه‌های مرتبط با درمان سرطان انجام گرفت، به طوری که تغییر تجارب بیمار می‌توانست بر روی درمان‌های بیمار و تغییر نشانه‌ها تأثیر بگذارد. مدیریت خوب نشانه‌ها ممکن است یک نکته کلیدی پیش‌بینی‌کننده علاقه بیماران به ادامه درمان طولانی مدت با توجه به تأثیر آن بر بقاء زندگی باشد. نشانه‌ها به طور سیستمیک ممکن است ارزیابی نشوند و بر روی عملکرد زندگی تأثیر داشته باشند. بنابراین گام اول در مدیریت نشانه‌ها، تشخیص نشانه‌ها است به طوری که مراقبان بهداشتی اعم از پزشک و پرستار قادر باشند با آگاهی از نشانه‌های بیمار در مراقبت و درمان، راهکارهای مدیریتی را ارائه دهند.

تصور می‌شود این داده‌ها دیدگاه مفیدی را فراهم نماید که در تلاش برای درک ارتباط بین مشخصات بیمار و نشانه‌های شایع می‌تواند به آگاه نمودن ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران سرطانی درباره منافع درمان و احتمالاً آثار منفی درمان کمک نماید. به این ترتیب ممکن است جهت تعیین بیماران در معرض خطر از نظر بروز نشانه‌های شدید، غربالگری سیستماتیک بیشتری توسط سیستم مراقبت بهداشتی ارائه گردد و راهی به سوی تسهیل استفاده از درمان‌های مناسب ایجاد گردد. توسعه سیستم‌هایی که بتواند به طور روتین در مراکز انکولوژی به

ارزیابی نشانه‌های بیماران قبل از شدت یافتن آن بپردازد، ممکن است پیامدهای بیمار را بهبود بخشد.

به نظر می‌رسد پزشکان بالینی بایستی در هر ملاقات با بیمار از نشانه‌های شایع سؤال نمایند، نشانه‌های متعدد را حدس بزنند و نشانه‌های بزرگ‌تر را پیش‌بینی کنند [۱۴].

در این تحقیق بیماران جوان‌تر، زنان شاغل، وضعیت تأهل و بیماران با جراحی ماستکتومی تحت شیمی‌درمانی و پرتودرمانی از مواردی بودند که با نشانه‌های شدیدتر زود هنگام نیاز به مداخلات درمانی و مراقبتی بیشتری داشتند. گمان می‌رود تیم مراقبت بهداشتی می‌بایست بر اساس تعیین شدت نشانه‌ها، تأثیر نشانه‌ها بر روی بقاء و کیفیت زندگی، رابطه بین نشانه‌ها و عوامل جمعیت‌شناختی و این‌که چگونه این نشانه‌ها می‌توانند تحت تأثیر متغیرهای زمینه‌ای قرار گیرند، مراقبت‌های لازم را طرح‌ریزی نمایند شاید که این مداخلات بتواند نشانه‌های شدید را تخفیف دهد.

در این تحقیق فقط از اطلاعات پایه استفاده شد. در حالی که این مطالعه فقط در یک زمان کوتاه ۶ ماه پس از تشخیص و درمان به نشانه‌های بیمار نگاه می‌کند، چنانچه تداوم نشانه‌ها در درازمدت بر بیماران تأثیر گذارد، نیاز به انجام مطالعه پیگیر و آنالیز بیشتری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش، صادقانه همکاری نموده و پرسنل بیمارستان سیدالشهداء (ع) اصفهان که نهایت همکاری را در اجرای این تحقیق داشته‌اند، و از جناب آقای دکتر بهرام سلیمانی که در تدوین و بازنگری این مقاله کمک شایانی نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Ries L, Eisner M, Kosary C. SEER cancer statistics review 1975-2002. national cancer institute 2004; Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2002/. 30/10/2006.
2. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of common disease

in Iran, second edition, Khosravi publisher, Tehran, 2004.

3. Talei A, Sadeghi HassanAbadi A, Salabian J A. Preliminary report on breast cancer screening programme in Shiraz, southern Iran. Iran J Med Sc 1997; 22: 147-8.
4. Love R, Cameron L, Connell B. Symptoms associated with tamoxifen treatment in

- postmenopausal women. *Arch Int Med* 1991; 151: 1842–7.
5. Ganz P, Rowland J, Meyerowitz B. Impact of different adjuvant therapy strategies on quality of life in breast cancer survivors. *Recent Results Cancer Res* 1998; 152: 396–411.
 6. Sadler I, Jacobsen P. Progress in understanding fatigue associated with breast cancer treatment. *Cancer Invest* 2001; 19: 723.
 7. Wood W, Budman D, Korzun A. Dose and dose intensity of adjuvant chemotherapy for stage II, node-positive breast carcinoma. *N Engl J Med* 1994; 330: 1253.
 8. Stanton A, Bernaards C, Ganz P. The BCPT symptom scales: a measure of physical symptoms for women diagnosed with or at risk for breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(6): 448–56.
 9. Lash T, Silliman R. Patient characteristics and treatments associated with a decline in upper-body function following breast cancer therapy. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 615.
 10. Haes J, Curran D, Aaronson NK. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 2003; 39(7): 945–51.
 11. Deutsch M, Flickinger J. Shoulder and arm problems after radiotherapy for primary breast cancer. *Am J Clin Oncol* 2001; 24(2): 172–6.
 12. Erickson V, Pearson M, Ganz P. Arm edema in breast cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93(2): 96–111.
 13. Knobf M, Sun Y. A longitudinal study of symptoms and self-care activities in women treated with primary radiotherapy for breast cancer. *Cancer Nurs* 2005; 28(3): 210–8.
 14. Kenefick A. Patterns of symptom distress in older women after surgical treatment for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(2): 327–35.
 15. Ganz P, Day R, Ware J. Base-line quality-of-life assessment in the national surgical adjuvant breast and bowel project breast cancer prevention trial. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87: 1372–82.
 16. Bromberger J, Meyer P, Kravitz H. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. *Am J Public Health* 2001; 91: 1435–42.
 17. Kurtz M, Kurt J, Stommel M. The influence of symptoms, age, comorbidity and cancer site on physical functioning and mental health of geriatric women patients. *Women Health* 1999; 29(3): 1–12.
 18. Ashing-Giwa K, Ganz P, Petersen L. Quality of life of African-Americans and white long term breast carcinoma survivors. *Cancer* 1999; 85: 418–6 [Erratum, *Cancer* 86: 732–3].
 19. King C. Nonpharmacologic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24(Suppl7): 41–8.
 20. Gralla R, Osoba D, Kris MG. Recommendations for the use of antiemetics: evidence-based, clinical practice guidelines. *J Clin Oncol* 1999; 17: 2971–94.
 21. Clark J, Cunningham M, McMillan S. Sleep-wake disturbances in people with cancer part II: evaluating the evidence for clinical decision making. *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 747–71.
 22. Oncology Nursing Society (ONS) Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice, 2nd edn. Oncology Nursing Society (ONS), Pittsburgh (PA). 2005; 246.
 23. McGuire H, Hawton K. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2003, 1760.
 24. Warner N, King M, Langlands A, Kenny P, Boyages J. Symptoms 2 weeks, 3 months and 12 months after treatment of early breast cancer: The patients' perspectives. *Breast* 1999; 8(5): 273–7.
 25. Jean Y, Jennifer M, Diana M. Symptom management after breast cancer treatment: are it influenced by patient characteristics?. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 108: 153–65.
 26. Janz N, Mujahid M, Lantz P. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res* 2005; 14: 1467–79.
 27. Jean Y, Jennifer M, Diana M. Symptom management after breast cancer treatment: is it influenced by patient characteristics?. *Breast Cancer Res Treat* 2008; 108: 69–77.