

## رابطه سبک زندگی بر اساس چارچوب نظری Bourdieu و Cockerham و سرطان پستان در کرمان

محمد پوررنجبر<sup>۱</sup>، مرجان امیری مقدم<sup>۲</sup>، بهرام قدیمی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان می‌باشد که با تغییر شیوه زندگی و برگزیدن الگوهای رفتاری سالم، می‌توان از ابتلاء به آن پیشگیری کرد. هدف این مطالعه بررسی نقش سبک زندگی زنان در ابتلاء به سرطان پستان بود.

**روش‌ها:** در این مطالعه موردی - شاهدی، ۲۶۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان با ۲۶۰ شاهدی که هیچ سابقه‌ای از سرطان پستان نداشتند و از نظر سن و محل سکونت همسان شده بودند، مقایسه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و پرونده‌های پزشکی بیماران جمع‌آوری شد. در تحلیل داده‌ها از آزمون آماری کای مربع در SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد.

**نتایج:** اختلاف معناداری بین دو گروه از نظر وضعیت تأهل، وراثت، سابقه دریافت اشعه، تبلیغات و آموزش رسانه‌ها، شبکه غیر رسمی، درآمد، مالکیت مسکن، الگوی مصرف گوشت، استفاده از ظروف یک‌بار مصرف، الگوی مصرف غذا، مواد لبنی، مواد مخدر و شاخص توده بدنی مشاهده نگردید. در حالی که متغیرهای آگاهی، تحصیلات، باورهای عمومی، نگرش، شبکه رسمی، رژیم پرچرب، استفاده از غذاهای برشته و کبابی، روغن جامد، رژیم کم حبوبات، گذراندن اوقات فراغت و مدیریت بدن در دو گروه از نظر آماری اختلاف معناداری داشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** احتمال می‌رود که بتوان با شیوه زندگی سالم و تغییر در الگوها و رفتارهای مصرفی خطرات ابتلاء به سرطان پستان را کاهش داد.

**واژگان کلیدی:** سرطان پستان، سبک زندگی، کرمان

### مقدمه

ASR (Age Specific Rate) برابر با ۳۳/۲۱ در صد هزار نفر در زنان در رتبه اول قرار داشته است (۴). میزان ابتلاء به سرطان پستان در ایران از هر ۳۵ نفر یک نفر، در آمریکا یک نفر از هر ۸ نفر و کشورهای اروپایی یک نفر از هر ۱۲ نفر است (۵). طبق نظر آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، وقوع سرطان پستان در ۴۰ سال اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است (۶) و در ایران نیز افزایش نگران‌کننده‌ای در بروز سرطان پستان مشاهده شده است.

علیرغم پیشرفت‌های چشمگیر پزشکی در دو دهه اخیر، سرطان پستان یک سوم از کل سرطان‌ها در بین زنان جهان (۱)، سومین سرطان شایع در زنان ایرانی و بالاترین آمار مرگ و میر در میان زنان به شمار می‌آید (۲). در ایران، ۷۶ درصد سرطان‌های شایع زنان مربوط به پستان است (۳). با توجه به آمار گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۷، سرطان پستان با میزان بروز استاندارد شده برای سن

۱- استادیار، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، گروه تربیت بدنی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- دانشجوی دکترا، گروه جامعه‌شناسی ورزش، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- استادیار، گروه جامعه‌شناسی ورزش، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: mahtab.mrjnmr@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: مرجان امیری مقدم

تلفن و فاکس: ۰۳۴-۳۳۲۰۵۲۵۶

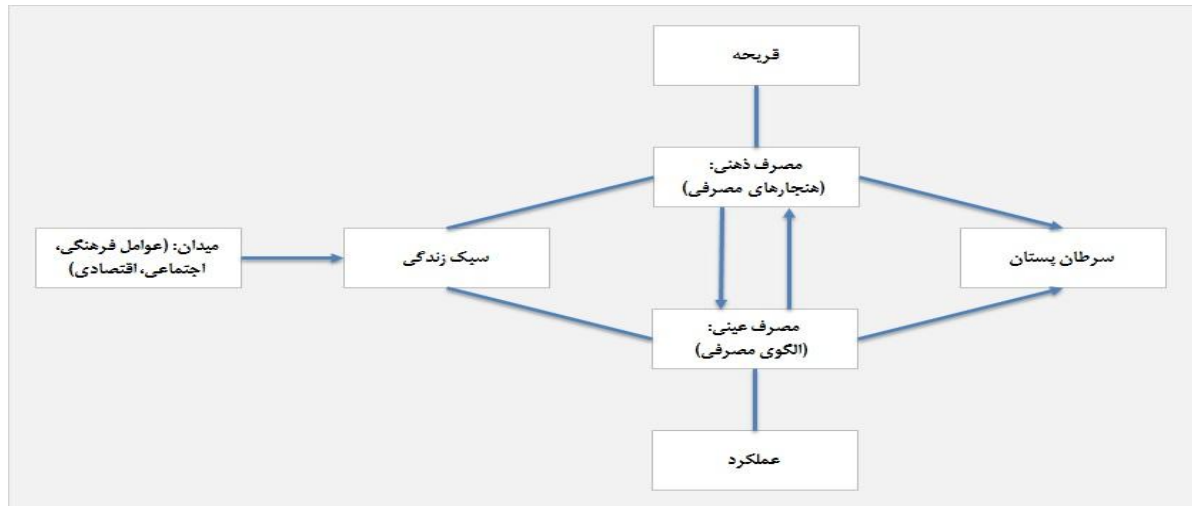
آدرس: کرمان، ابتدای جاده هفت باغ، دانشکده بهداشت.

عوامل متعددی در ارتباط با سرطان پستان مورد تحقیق است که برخی به عنوان ریسک فاکتور و برخی به عنوان عامل محافظت کننده مطرح شده‌اند (۷). در این زمینه عواملی از قبیل افزایش سن، سابقه فامیلی، مصرف سیگار، الکل و فعالیت فیزیکی از جمله عوامل خطر احتمالی ایجاد سرطان پستان گزارش شده‌اند (۸). مطالعه بازدار در استان کرمان در سال‌های ۸۵-۱۳۸۰ نشان داد که شهرستان‌های زرند، کرمان و سیرجان به ترتیب با میزان‌های بروز استاندارد شده سنی ۱۱۳/۴۲، ۱۱۲/۲۴، ۵۰/۷۰ در صد هزار نفر بیشترین میزان بروز سرطان پستان را در این استان داشته‌اند. از این رو سرطان پستان از میزان بروز نسبتاً بالایی در استان کرمان برخوردار می‌باشد و لازم است مطالعات گسترده‌ای جهت تعیین عوامل خطر آن انجام شود (۹). از طرفی پاک‌گهر و پورطاهری با هدف بررسی عوامل خطر و ایجاد کننده سرطان پستان در کرمان، نشان داده‌اند که قوی‌ترین عامل خطر، افزایش سن بوده و بین محل زندگی در سطح استان کرمان و افزایش خطر ابتلاء به سرطان پستان هم ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۰). با این وجود هنوز در ایران تحقیقات جامع در زمینه عوامل خطرزای سرطان پستان انجام نگرفته است. از سویی سایر تحقیقات داخلی و خارجی مربوط به سبک زندگی و سرطان پستان، بدون بهره‌گیری از چارچوب تئوریک سبک زندگی بوده‌اند (۹).

در این مطالعه نظریات سبک زندگی Bourdieu برای شناسایی و معرفی عوامل خطر سبک زندگی در ابتلاء به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفته است. به نظر Bourdieu سبک‌های زندگی مجموعه‌ای از خصوصیات، الگوهای عادت‌ی و ویژگی‌های رفتاری انسان در حوزه مصرف است که در شکل دادن به

هویت شخصی و جمعی و بر رابطه متقابل بین هویت شخصی و جمعی در دو بُعد مورد مطالعه قرار می‌گیرد. بُعد اول مصرف عینی-مادی می‌باشد که در انواع انتخاب و نوع کاربرد امکانات شامل (مصرف امور مادی، اجتماعی و فرهنگی) خلاصه می‌شود. بُعد دوم با تأکید بر مصرف ذهنی-غیرعینی، بیانگر نحوه انتخاب و نحوه کاربرد امکانات شامل (علائق، ترجیحات یا سلیقه و ادراک از امور) می‌باشد (۱۱). Cockerham و همکاران، از جامعه‌شناسان پزشکی معاصر، بر اساس چارچوب نظریه‌ای Bourdieu معتقد است رفتارهای پرخطر و غیربهداشتی از قبیل مصرف مواد مخدر، مشروبات الکلی، بی‌توجهی به رژیم غذایی و امتناع از ورزش؛ هنجارهای ایجاد شده‌ای هستند که از طریق ارتباط با گروه‌های اجتماعی و الگوهای جمعی رواج یافته و به وسیله ساختار ذهنی درونی در شیوه زندگی آشکار می‌گردند (۱۲).

در نمودار ۱ چارچوب نظری Bourdieu و Cockerham نشان داده شده است. اولین اقدام در این نظریه قبول این واقعیت است که سبک زندگی خاصی که به طور کامل و صد در صد به دور از ابتلاء به سرطان باشد وجود ندارد. لیکن تحقیق حاضر با هدف شناخت و مقایسه سبک زندگی، به تعیین تأثیر الگو و هنجارهای مصرفی و نیز تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در افراد مبتلا به سرطان پستان و افراد سالم پرداخته است، تا از این رو منبعی برای شناخت مهارت‌های کاربردی سبک زندگی سالم در جهت کاهش شیوع سرطان پستان باشد.



نمودار ۱: مدل تحلیلی Cockerham و Bourdieu

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه موردی-شاهدی است که در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام گرفت. در این مطالعه زنان مبتلا به سرطان پستان بالای ۱۷ سال و با تشخیص قطعی بیماری که طی سال‌های ۹۰-۱۳۸۸ به بخش آنکولوژی دو بیمارستان شفا و باهنر شهر کرمان مراجعه کرده بودند و در مطب‌های خصوصی پزشکان تحت مداوا بودند، با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با استفاده از روش برابر به ازای هر متغیر مستقل تعیین شد (۱۸)، از این رو برای سنجش ۲۶ متغیر پرسشنامه، ۲۶۰ نفر به عنوان گروه مورد وارد مطالعه شدند. به ازای هر مورد، فردی به عنوان شاهد از بین همسایگان و دوستان آن‌ها که هیچ سابقه‌ای از سرطان پستان نداشتند و اختلاف سنی آن‌ها با موارد حداکثر ۵ سال بود و در همان محل زندگی می‌کردند، انتخاب شدند. تمامی افراد با کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند و داده‌های مربوط کاملاً محرمانه باقی ماند. اطلاعات بیماران از طریق تماس تلفنی یا حضوری و یا مراجعه به پرونده‌های پزشکی بیماران، با استفاده از یک پرسشنامه تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای ۴۶ سؤالی و حاوی ۵ بخش بود. بخش اول شامل ۴ سؤال مربوط به عوامل محیطی-وراثتی (سن، وضعیت تأهل، سابقه سرطان پستان، سابقه دریافت اشعه) و بخش دوم در برگیرنده عوامل فرهنگی یا سرمایه فرهنگی بود. بر طبق تئوری Bourdieu سرمایه فرهنگی مجموعه‌ای از توانایی‌ها، دانایی‌های ذهنی و مهارت‌های عملی، تجربی و رفتاری است که در شیوه سخن گفتن، باورها، ارزش‌ها و نگرش‌های خاص فرد تجلی پیدا می‌کند و از سویی کسب عناوین تحصیلی که به صورت قانونی و نهادی تأیید شده است، را نیز در بر می‌گیرد (۱۳)، این بخش شامل ۲۲ سؤال (میزان آگاهی، میزان تحصیلات، باورهای عمومی نادرست از سرطان، نگرش، تبلیغات و آموزش رسانه‌ها) بود. متغیر آگاهی با ۱۱ گویه با طیف لیکرت نمره‌گذاری شد و سؤالات در دو بخش آگاهی در ارتباط یا بدون ارتباط با علائم سرطان پستان (توده بدون درد، درد تیرکشنده نوک پستان، درد پستان، پستان نامتقارن، ترشح خونی از نوک پستان) و آگاهی از فاکتورهای خطر سرطان پستان و فاکتورهای حمایتی (عدم توجه به بهداشت پستان، داشتن سابقه مثبت در میان فامیل

درجه یک، چاقی بعد از یائسگی، شیردهی طولانی، فقر، افزایش سن) طراحی شدند. جهت نمره‌گذاری پاسخ‌ها از مقیاس لیکرت به ترتیب امتیاز ۰ تا ۴ در نظر گرفته شده است. به طوری که با بالا رفتن نمره، آگاهی بیشتر می‌شد. نمرات آگاهی بین ۰-۱۱ کم، ۱۲-۳۲ متوسط و ۳۳-۴۴ زیاد در نظر گرفته شد.

همچنین متغیر نگرش براساس روش لیکرت از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری شد. افراد با نمرات (۰-۱۲) به عنوان نگرش منفی و ۱۲ به بعد (۱۲-۲۴) به عنوان نگرش مثبت در نظر گرفته شد (۱۴). در این تحقیق، نگرش افرادی که سرطان پستان را از طریق عادت‌های خوب و به کار بستن سبک زندگی سالم و دوری جستن از عادت‌های زیان‌بار و غیر سالم به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و قابل درمان می‌دانستند، مثبت در نظر گرفته شد.

متغیر باورهای عمومی یا تصورات غلط در مورد علل سرطان با ۵ گویه با دامنه نمرات از ۰-۲۰ در نظر گرفته شد. مقیاس پاسخ‌دهی پنج امتیازی از ۰-۴ بود. برای پاسخ‌گویی به ۲ گویه تبلیغات و آموزش رسانه‌ها هم پنج گزینه، از صفر تا چهار در نظر گرفته شد و دامنه نمرات پرسشنامه از ۰-۸ بود.

بخش سوم پرسشنامه مربوط به عوامل اجتماعی یا سرمایه اجتماعی بود. این بخش به روابط گروهی شبکه‌های اجتماعی (دوستی و نظیر آن) مربوط می‌گردد که فرد در درون آن قرار گرفته است و می‌تواند به نفع خود از آن استفاده کند (۱۳) که در دو بُعد شبکه رسمی و غیررسمی با طیف لیکرت در گویه‌های عضویت و میزان فعالیت در مراکز شغلی-بهداشتی-ورزشی، روابط خویشاوندی، روابط همسایگی و روابط دوستی طراحی شد. همچنین برای پاسخ‌گویی به ۲ سؤال شبکه رسمی و ۳ سؤال

شبکه غیررسمی، پنج گزینه با امتیاز صفر تا چهار در نظر گرفته شده است. در مورد سؤالات منفی نمره گذاری آن‌ها برعکس انجام شده است. بر این اساس نمرات شبکه غیررسمی بین ۰-۳ کم، ۴-۸ متوسط و ۹-۱۲ زیاد در نظر گرفته شد.

در بخش چهارم عوامل اقتصادی یا سرمایه اقتصادی که از دید Bourdieu شامل سرمایه تولیدی می‌گردد که می‌تواند برای تولید اشیاء و خدمات به کار آید، مورد بررسی قرار گرفت (۱۳). بدین ترتیب که سرمایه اقتصادی فرد با ۳ سؤال و گویه‌های درآمد، منطقه مسکونی و مالکیت مسکن افراد مورد بررسی قرار گرفت. درآمد ماهیانه خانواده زیر ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال کم، مساوی و بین ۵,۰۰۰,۰۰۰ - ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال متوسط و بالای ۱۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال زیاد در نظر گرفته شد. محل سکونت افراد مطابق با نظر متخصصین به لحاظ پاره‌ای از خصوصیات نظیر قیمت زمین، منزلت مناطق، وسعت مناطق و برخی امکانات رفاهی منجر به سبک زندگی یکسان در سه منطقه مرفه، متوسط و فقیر تقسیم شد (۱۵).

در نهایت بخش پنجم مربوط به سبک زندگی Bourdieu بود که همان اعمال و کارهایی است که به شیوه‌ای خاص طبقه‌بندی شده و حاصل ادراکات خاص هستند. الگوهای مصرف اصلی‌ترین عامل بروز سبک‌های زندگی‌اند (۱۳) که در دو بُعد الگوی مصرفی و هنجارهای مصرفی با فاکتورهای (رژیم پرچرب، مصرف غذاهای برشته و کبابی، مصرف روغن، الگوی مصرف گوشت، استفاده ظروف یکبار مصرف، الگوی مصرف غذا، مصرف مواد لبنی، رژیم کم حبوبات، مصرف مواد مخدر، گذراندن اوقات فراغت، مدیریت بدن و شاخص توده بدنی) سنجیده شدند.

می‌کند (۱۶) که مدیریت بدن به معنای نظارت و دستکاری مستمر ویژگی‌های ظاهری و مرئی بدن است. این مفهوم به کمک معرف‌های کنترل وزن از طریق ورزش و رژیم غذایی و... شکل می‌گیرد (۱۷) که در این پژوهش حداقل ۲۰ دقیقه ورزش روزانه افراد مدنظر قرار گرفت.

روایی پرسشنامه توسط اساتید هیأت علمی و صاحب نظران ارزیابی شد و برای تعیین پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی، ضریب همبستگی محاسبه شده در یک مطالعه پایلوت بر روی ۶۰ نفر برابر ۰/۹۱ به دست آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها و ورود آن‌ها به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹، به تعیین و مقایسه سبک زندگی، مشخصات دموگرافیک، عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، الگوی مصرفی و هنجارهای مصرفی در دو گروه مورد و شاهد پرداخته شد.

برای مقایسه متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه و پیامد مورد بررسی از آزمون کای مربع استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### نتایج

میانگین و انحراف معیار سن در گروه‌های مورد و شاهد به ترتیب  $(39/99 \pm 7/17)$  و  $(37/37 \pm 7/55)$  سال به دست آمد که بالاترین درصد مبتلایان  $(30/8\%)$  مربوط به رده سنی ۴۱-۳۷ سال و کمترین درصد مبتلایان  $(4/2\%)$  در رده سنی ۲۶-۲۲ بود. توزیع فراوانی زنان مبتلا به سرطان پستان و گروه شاهد بر حسب وضعیت تأهل، سابقه فامیلی ابتلاء (وراثت) و سابقه دریافت اشعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

منظور از رژیم پرچرب مصرف حداقل چهار وعده از غذاهای سرخ کردنی، مواد لبنی پرچرب و انواع گوشت‌های چربی‌دار در هفته بود. در این تحقیق افرادی رژیم کم حبوبات داشتند که حداقل چهار وعده حبوبات در هفته مصرف می‌نمودند. همچنین منظور از مصرف غذاهای برشته و کبابی، مصرف حداقل چهار وعده در هفته بود. در این تحقیق میزان مصرف گوشت افراد؛ ۸ بار یا بیشتر گوشت قرمز و یا ۱۲ بار یا بیشتر گوشت سفید در طول ۱۲ ماه گذشته در نظر گرفته شده بود. منظور از استفاده از ظروف یک‌بار مصرف، استفاده حداقل ۱ بار یا بیشتر در هفته از ظروف یک‌بار مصرف در مهمانی‌ها، گرم کردن غذا در ماکروویو و خوردن آب‌میوه، بستنی، آش، پیتزا در بیرون از خانه و... مد نظر بود. منظور از الگوی مصرف غذا؛ مصرف حداقل ۴ وعده در هفته از غذاهای گوشتی، گیاهی-گوشتی، آماده و کنسروی یا سایر در طول ۱۲ ماه گذشته بود.

ضمناً شاخص توده بدنی بیماران با معاینه پزشک صورت گرفت و از پرونده‌های پزشکی آنان استخراج شد. همچنین اندازه‌گیری وزن افراد گروه شاهد، توسط پژوهشگر و تیم پرستگری متخصص؛ به دقت و با حداقل لباس و بدون کفش با استفاده از ترازوی دیجیتالی Seca و با دقت ۰/۵ کیلوگرم و قد آن‌ها هم به طور کاملاً مستقیم و ایستاده، بدون کفش، با کمک متر نواری غیرقابل ارتجاع و با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری گردید. پس از تعیین وزن و قد، نمایه توده بدنی (BMI) آنان با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد.  $BMI = \text{وزن (kg)} / \text{قد (m)}^2$ .

در آثار Bourdieu بدن و مدیریت بدن به منزله حامل و ناقل نمادین هنجارهای اجتماعی عمل

جدول ۱: مقایسه برخی متغیرهای محیطی - وراثتی بین دو گروه مبتلا به سرطان و شاهد

معنی داری	شاهد		مورد		رده بندی	متغیرهای عوامل محیطی - وراثتی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۴۱۲	۲۰/۴	۵۳	۱۷/۷	۴۶	مجرد	وضعیت تأهل
	۷۹/۶	۲۰۷	۸۲/۳	۲۱۴	متأهل	
۰/۴۷۲	۱۰/۸	۲۸	۸/۵	۲۲	بلی	سابقه فامیلی ابتلاء (وراثت)
	۸۹/۲	۲۳۲	۹۱/۵	۲۳۸	خیر	
۰/۳۸۸	۱۵/۴	۴۰	۱۳/۸	۳۶	بلی	سابقه دریافت اشعه
	۸۴/۶	۲۲۰	۸۶/۲	۲۲۴	خیر	

بی‌سوادی، نگرش منفی و تصورات و باورهای عمومی غلط و رایج از سرطان، در زنان گروه مورد بیشتر از زنان گروه شاهد بود و اختلاف از نظر آماری معنادار بود، که نشان دهنده رابطه مثبت هر یک از فاکتورهای ذکر شده و بالا بودن خطر ابتلاء به سرطان پستان است. افراد گروه شاهد افراد در مقایسه با بیماران، تبلیغات و آموزش رسانه‌ها را در سطح پایین می‌دانستند که این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود.

جدول ۲ توزیع فراوانی زنان مبتلا به سرطان پستان و گروه شاهد بر حسب میزان آگاهی، تحصیلات، باورهای عمومی و نگرش را نشان می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌گردد در گروه بیماران فقط ۸/۹٪ میزان آگاهی بالایی از علایم سرطان پستان، فاکتورهای حمایتی و فاکتورهای خطر پستان داشتند. در حالی که در گروه شاهد این میزان به ۷۲/۳٪ می‌رسد و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ( $P < 0/001$ ).

جدول ۲: مقایسه متغیرهای عوامل فرهنگی بین دو گروه مبتلا به سرطان و شاهد

معنی داری	شاهد		مورد		رده بندی	متغیرهای عوامل فرهنگی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۱۶	۶۶/۹	۱۷۴	۱۸/۱	۴۷	کم	میزان تأثیر از باورهای عمومی (باورهای نادرست و رایج از علل سرطان)
	۲۳/۵	۶۱	۳۷/۳	۹۷	متوسط	
	۹/۶	۲۵	۴۴/۶	۱۱۶	زیاد	
<0/001	۵/۸	۱۵	۶۴/۲	۱۶۷	کم	میزان آگاهی
	۲۱/۹	۵۷	۲۶/۹	۷۰	متوسط	
	۷۲/۳	۱۸۸	۸/۹	۲۳	زیاد	
۰/۰۳۵	۳/۹	۱۰	۱۹/۶	۵۱	بی‌سواد	میزان تحصیلات
	۱۱/۹	۳۱	۳۴/۶	۹۰	کمتر از دیپلم	
	۲۷/۷	۷۲	۲۹/۶	۷۷	دیپلم	
	۵۶/۵	۱۴۷	۱۶/۲	۴۲	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۵۰۵	۴۶/۹	۱۲۲	۴۵/۸	۱۱۹	کم	تبلیغات و آموزش رسانه‌ها
	۳۳/۵	۸۷	۳۵	۹۱	متوسط	
	۱۹/۶	۵۱	۱۹/۲	۵۰	زیاد	
۰/۰۳۰	۷۳/۱	۱۹۰	۳۳/۹	۸۸	مثبت	نگرش
	۲۶/۹	۷۰	۶۶/۱	۱۷۲	منفی	

عضویت و میزان فعالیت در مراکز شغلی، بهداشتی و ورزشی (شبکه رسمی) در زنان بیمار در حدود

نتایج جدول ۳ در قسمت مربوط به سرمایه اجتماعی بیماران و گروه شاهد، نشان می‌دهد که سطح بالای

(شبکه غیررسمی)، در زنان بیمار در حدود ۲۱/۵٪ و در گروه شاهد ۱۶/۹٪ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

۱۱/۹٪ و در گروه شاهد ۴۵٪ بود و این تفاوت از نظر آماری کاملاً معنی‌دار بود. در صورتی که سطح بالای میزان روابط خویشاوندی، همسایگی و دوستی

جدول ۳: مقایسه متغیرهای عوامل اجتماعی بین مبتلایان سرطان پستان و گروه شاهد

معنی‌داری	شاهد		مورد		رده بندی	متغیرهای عوامل اجتماعی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۲۲	۲۵	۶۵	۶۴/۲	۱۶۷	کم	شبکه رسمی (عضویت و میزان فعالیت در مراکز شغلی، بهداشتی، ورزشی)
	۳۰	۷۸	۲۳/۹	۶۲	متوسط	
	۴۵	۱۱۷	۱۱/۹	۳۱	زیاد	
۰/۲۹۳	۳۷/۷	۹۸	۳۵/۸	۹۳	کم	شبکه غیررسمی (میزان روابط خویشاوندی، همسایگی و دوستی)
	۴۵/۴	۱۱۸	۴۲/۷	۱۱۱	متوسط	
	۱۶/۹	۴۴	۲۱/۵	۵۶	زیاد	

شهر، ۱۶/۸٪ در منطقه مرفه (منطقه ۲ شهرداری)، ۵۳/۶٪ در مناطق متوسط (منطقه ۱ و ۳ شهرداری) و ۲۹/۶٪ در منطقه فقیر (منطقه ۴ شهرداری) ساکن بودند.

در بررسی توزیع فراوانی سرمایه اقتصادی در جدول ۴ اختلاف آماری معناداری از نظر سرمایه اقتصادی افراد که شامل درآمد و مالکیت مسکن بود بین دو گروه مشاهده نشد. لازم به ذکر است که از کل ۵۲۰ نفر شرکت کننده طبق تقسیم‌بندی و همگنی مناطق

جدول ۴: مقایسه متغیرهای عوامل اقتصادی بین مبتلایان سرطان پستان و افراد شاهد

معنی‌داری	شاهد		مورد		رده بندی	متغیرهای عوامل اقتصادی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۳۴۰	۳۸/۱	۹۹	۳۶/۵	۹۵	کم	درآمد
	۴۵/۴	۱۱۸	۴۸/۵	۱۲۶	متوسط	
	۱۶/۵	۴۳	۱۵	۳۹	زیاد	
۰/۱۹۹	۳۳/۸	۸۸	۳۵	۹۱	بلی	مالکیت مسکن
	۶۶/۲	۱۷۲	۶۵	۱۶۹	خیر	

۴۳/۵٪ بود. ۸۱/۵٪ از بیماران حداقل چهار وعده در هفته مصرف غذاهای برشته و کبابی داشتند، ولی فقط ۲۲/۷٪ افراد در گروه شاهد از غذاهای برشته و کبابی استفاده می‌کردند و ۶۸/۱٪ از بیماران مصرف روغن جامد داشتند ولی این درصد در گروه شاهد ۱۸/۵٪ بود.

اما متغیرهای الگوی مصرف گوشت، استفاده از ظروف یکبار مصرف، الگوی مصرف غذا، مصرف

در قسمت مربوط به الگوی مصرفی سبک زندگی (جدول ۵) متغیرهای رژیم پرچرب، رژیم کم حبوبات، مصرف غذاهای برشته و کبابی، مصرف روغن جامد و گذراندن اوقات فراغت به طور معنی‌داری در دو گروه متفاوت بود به نحوی که ۷۵/۴٪ از بیماران رژیم پرچرب داشتند. ولی این درصد در گروه شاهد فقط ۲۰٪ بود. ۸۵٪ از بیماران رژیم کم حبوبات داشتند، ولی این درصد در گروه شاهد

مبتلا به سرطان پستان فقط در حدود ۷/۳٪ به انجام ورزش می‌پرداختند و به مدیریت بدن خود اهمیت می‌دادند. مدیریت بدن در دو گروه دارای تفاوت معنی‌داری بود.

مواد لبنی و مصرف مواد مخدر در دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشتند. در قسمت هنجارهای مصرفی سبک زندگی (جدول ۵) در حدود ۴۴/۶٪ زنان گروه شاهد، حداقل ۲۰ دقیقه ورزش روزانه انجام می‌دادند در حالی که زنان

جدول ۵: مقایسه متغیرهای سبک زندگی (الگوی مصرفی و هنجارهای مصرفی) بین مبتلایان سرطان پستان و گروه شاهد

معنی داری	شاهد		مورد		رده بندی	متغیرهای سبک زندگی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۲۸۲	۱۹/۲	۵۰	۱۶/۵	۴۳	ظروف یک‌بار مصرف	مصرف ظروف
	۸۰/۸	۲۱۰	۸۳/۵	۲۱۷	سایر	
<۰/۰۰۱	۲۹/۶	۷۷	۸۱/۵	۲۱۲	بلی	مصرف غذاهای پرشته و کبابی
	۷۰/۴	۱۸۳	۱۸/۵	۴۸	خیر	
۰/۰۱۹	۴۳/۵	۱۱۳	۸۸/۱	۲۲۹	بلی	رژیم کم حیوانات
	۵۶/۵	۱۴۷	۱۱/۹	۳۱	خیر	
۰/۲۵۱	۲۳/۱	۶۰	۲۰/۴	۵۳	گوشتی	مصرف غذا
	۴۹/۷	۱۲۹	۵۳/۹	۱۴۰	گیاهی - گوشتی	
	۱۶/۵	۴۳	۱۳/۸	۳۶	غذاهای آماده و کنسروی	
	۱۰/۷	۲۸	۱۱/۹	۳۱	سایر	
۰/۴۲۴	۶۶/۵	۱۷۳	۶۴/۲	۱۶۷	چرب	مصرف مواد لبنی
	۳۲/۳	۸۴	۳۵/۸	۹۳	کم چرب	
	۱/۲	۳	۰	۰	بدون چربی	
<۰/۰۰۱	۲۰/۴	۵۳	۷۴/۶	۱۹۴	بلی	رژیم پرچرب
	۷۹/۶	۲۰۷	۲۵/۴	۶۶	خیر	
<۰/۰۰۱	۱۴/۶	۳۸	۶۸/۱	۱۷۷	بلی	مصرف روغن جامد
	۸۵/۴	۲۲۲	۳۱/۹	۸۳	خیر	
۰/۳۱۸	۱۶/۶	۴۳	۱۴/۶	۳۸	سفید	مصرف گوشت
	۳۴/۲	۸۹	۳۸/۹	۱۰۱	قرمز	
	۴۹/۲	۱۲۸	۴۶/۵	۱۲۱	هر دو	
۰/۰۴۰	۴۱/۹	۱۰۹	۹/۲	۲۴	ورزش کردن	اوقات فراغت
	۵۸/۱	۱۵۱	۹۰/۸	۲۳۶	سایر (رسانه‌ای، مهمانی رفتن...)	
۰/۵۷۳	۱۱/۹	۳۱	۱۰/۴	۲۷	بلی	مصرف مواد مخدر
	۸۸/۱	۲۲۹	۸۹/۶	۲۳۳	خیر	
۰/۱۹۹	۱۴/۶	۳۸	۱۰/۸	۲۸	لاغر: کمتر از ۱۸/۵	شاخص BMI هنجارهای مصرفی
	۳۶/۱	۹۴	۴۲/۳	۱۱۰	نرمال: ۱۸/۵-۲۴/۹	
	۳۸/۱	۹۹	۳۴/۲	۸۹	اضافه وزن: ۲۵-۲۹/۹	
	۱۱/۲	۲۹	۱۲/۷	۳۳	چاق: ۳۰ به بالا	
<۰/۰۰۱	۴۴/۶	۱۱۶	۷/۳	۱۹	بلی	مدیریت بدن (انجام ۲۰ دقیقه ورزش روزانه)
	۵۵/۴	۱۴۴	۹۲/۷	۲۴۱	خیر	

در این مطالعه پس از بررسی سه نوع عامل سبک زندگی، محیط و وراثت که به تنهایی و یا به طور مشترک خطر ایجاد سرطان را در یک فرد افزایش می‌دهند، معیارهای عمل به رفتارهای سالم و بهداشتی و نیز عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی که همگی

## بحث

امروزه به دلیل تغییر نوع سبک زندگی و گذر اپیدمیولوژیک با افزایش بیماری‌های غیر واگیردار و سرطان‌ها مواجه هستیم. طبق یافته‌های به دست آمده



در متن سبک زندگی خلاصه می‌شوند، جزء عوامل زمینه ساز سرطان پستان قرار گرفتند.

در بررسی تهرانیان و همکاران از نظر وضعیت ازدواج، اختلاف آماری معناداری بین دو گروه مشاهده شد به طوری که در مقایسه با افراد متأهل، مجردین در معرض خطر بالاتری برای ابتلاء به سرطان پستان بودند (۱۹). مطالعات ابراهیمی و همکاران و اکبری و همکاران نشان می‌دهند که در مقایسه با افراد متأهل، مجردین در معرض خطر بالاتری برای ابتلاء به سرطان پستان بودند (۲۱، ۲۲). Yankaskas هم طی تحقیق خود نشان داد که در افراد مجرد ارتباط آماری معناداری با خطر سرطان پستان وجود داشت (۲۳). اما در مطالعه بشارت و همکاران وضعیت تأهل ارتباط معنادار با بیماری نشان نداد. در این مطالعه و سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی به دست آمده است (۲۱، ۲۷-۲۴).

در مطالعه فتحی‌نجفی و همکاران بر خلاف نتایج بررسی حاضر، با توجه به آمارها ۶۸/۸ درصد افراد گروه مورد، سابقه پرتوتابی داشته‌اند که این میزان در گروه شاهد ۵۳/۱ درصد بوده است و دو گروه از نظر سابقه پرتوتابی اختلاف معناداری داشتند. تماس مکرر به دنبال رژیم‌های درمانی سل و ماستیت بعد از زایمان و سرطان سرویکس خطر ابتلاء به این بیماری را ۴/۶ برابر افزایش می‌دهد که تماس با اشعه در زنان شهر مشهد از جمله برخی عوامل خطر ابتلاء به سرطان پستان در سنین قبل از یائسگی محسوب می‌شوند (۲۴).

در راستای تعیین و مقایسه سابقه خانوادگی، ابتلاء یکی از اعضای خانواده فامیل درجه یک و فامیل درجه دو در ابتلاء فرد مؤثر است (۲۸). مطالعه فتحی‌نجفی و همکاران نشان داد که تنها ۰/۶ درصد از افراد

مبتلا سابقه ابتلاء به سرطان پستان یک طرفه را در افراد درجه ۱ فامیل خود داشتند (۲۴). در بررسی تهرانیان و همکاران سابقه فامیلی ابتلاء، جزء ریسک فاکتورهای پستان در زنان زیر ۴۰ سال بود (۱۹) و همچنین نتایج حاصل در مطالعه ساکی و همکاران و عنصری و رعناپور نشان داد که سابقه خانوادگی سرطان پستان از عوامل مؤثر در ابتلاء به سرطان هستند (۲۹، ۲۰). در مطالعه حاضر تنها ۸/۵ درصد از افراد مبتلا در مقابل ۱۰/۸ درصد گروه شاهد، سابقه خانوادگی ابتلاء به سرطان پستان داشتند و سابقه خانوادگی در ابتلاء به سرطان پستان نقش مهمی نداشته است. تاکنون دو نوع ژن برای انتقال سرطان پستان شناخته شده است که با عنوان BRCA-۱ و BRCA-۲ معروف هستند. در حال حاضر بهترین روش که می‌تواند وجود یا عدم وجود ژن‌های مذکور را بررسی کند، روش تعیین توالی اجزای ژن یا Sequencing است. در صورتی که فردی حامل یکی از دو ژن معیوب بالا باشد، احتمال ابتلاء به سرطان پستان در وی در آینده بسیار افزایش می‌یابد.

این ژن‌ها تنها ۵ درصد مبتلایان به سرطان پستان را تشکیل می‌دهند. کسانی که با انتقال ژن به سرطان پستان مبتلا شده‌اند مشخصات ویژه‌ای دارند. ۱- در سن بسیار پایین‌تر (حداقل دهه دوم عمر) مبتلا می‌شوند، ۲- در خانواده آن‌ها چند نفر دیگر مبتلا هستند، ۳- نوع سرطان بسیار مهاجم و سریع‌الاثرب است. در مطالعاتی که در ایران انجام شده است، حتی در خانواده‌هایی که تعداد بیماران زیاد بود، نشانه‌های مورد اشاره کشف نشده‌اند و بنابراین احتمال می‌رود که ابتلاء زنان ایران از طریق ارثی کمتر از ۵ درصد باشد (۳۰) احتمالاً در جامعه ما عوامل محیطی و وراثتی در ایجاد سرطان پستان نقش کمتری داشته

و سبک زندگی نقشی پررنگ و مؤثر در ابتلاء به سرطان ایفا کرده است.

از نظر Bourdieu سرمایه فرهنگی به سه حالت می‌تواند وجود داشته باشد: سرمایه فرهنگی تجسم یافته که در باورها، ارزش‌ها و نگرش‌های خاص فرد تجلی پیدا می‌کند. همچنین تحصیلات و آگاهی در این تئوری، سرمایه فرهنگی نهادی شده را نشان می‌دهد، از سوی دیگر کالاهای فرهنگی مانند تبلیغات و آموزش رسانه‌ها جزء سرمایه فرهنگی عینیت یافته می‌باشد.

شاخص میزان آگاهی از سرطان جزء فاکتورهای تأثیرگذار عوامل فرهنگی است. یافته‌ها نشان داد سطح آگاهی بیماران نسبت به علایم سرطان پستان، فاکتورهای حمایتی و فاکتورهای خطر پستان به طور چشمگیری کمتر از گروه شاهد بود. از این رو افزایش آگاهی، منجر به تغییر نحوه زندگی و به کارگیری اقدامات حفاظتی در برابر سرطان می‌گردد که هدف نهایی برنامه‌ریزی‌های مربوط به سلامت از طریق سرمایه فرهنگی، ارتقاء آگاهی، هوشیاری و اهمیت به شیوه‌های مراقبت از سلامت می‌باشد تا افراد با الگوپذیری از رفتارهای سالم در برابر بیماری‌هایی همچون سرطان مصون و طول زندگی آنان افزایش یابد. مطالعات انجام شده در زمینه آگاهی افراد از اقدامات تشخیصی زودرس از جمله مطالعه نوری و همکاران، ذوالفقاری و همکاران، یاوری و همکاران و غربالگری سرطان پستان خالق‌نژاد طبری و همکارش با به دست آوردن نتایج گوناگون، همگی افزایش سطح آگاهی و تدوین برنامه‌های آموزشی را امری ضروری دانستند (۳۱، ۲۶-۳۴). در مطالعه‌ای در آمریکا بین میزان آگاهی، عملکرد و تشخیص به موقع سرطان ارتباط آماری معنی‌دار یافت شده است و

مطالعات دیگران هم این اثر را تأیید کرده‌اند (۳۶، ۳۵).

یافته‌های پژوهش حاضر از نظر تحصیلات نشان داد سرطان در افرادی که تحصیلات زیر دانشگاهی داشتند، بیش از سایرین بوده که با نتایج مطالعات نجفی و همکاران و فتوکیان و همکاران همخوانی داشت. اما تحصیلات در بررسی بشارت و همکاران و عنصری و رعناپور ارتباط معناداری نداشت (۲۵، ۲۴). در مطالعه یاوری و همکاران خطر بیماری در زنانی که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند، ۴/۸۱ برابر زن‌هایی بود که تحصیلات دانشگاهی نداشتند (۲۶). شکاف بین میزان ابتلاء و مرگ و میر زنان تحصیل کرده و غیرتحصیل کرده که در اوایل دهه ۱۹۹۰، تنها دو برابر بود به طور فاحشی افزایش یافته ولی هنوز رقم دقیق آن مشخص نشده است. میزان مرگ و میر در میان زنان تحصیل کرده، ۵۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر و زنان فاقد تحصیلات عالی، ۱۱۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر است. به عبارتی افراد تحصیل کرده، کمتر از افراد غیرتحصیل کرده سلامت خود را به خطر می‌اندازند و کمتر احتمال دارد که پرخوری کنند و مبتلا به چاقی شوند (۳۸). در بررسی‌های انجام شده از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ چاقی از عوامل اصلی سرطان محسوب می‌شوند (۳۷-۳۹).

میزان سواد در بررسی فتحی نجفی و همکاران در گروه مورد کمتر از میزان سواد در گروه شاهد بود. به عبارتی بیماران، تحصیلات پایین‌تری داشتند، ۳۶/۸٪ از نظر سواد در سطح ابتدایی بودند و ۱/۱٪ تحصیلات بالاتر از فوق لیسانس داشتند (۲۴). در این بررسی وجود نگرش‌ها و دیدگاه‌های منفی در گروه بیمار به میزان چشمگیری بالاتر از گروه شاهد است و این امر به نحوی در افراد منجر به پیش‌بینی و پیش

داوری مشکلات آینده و تشدید ترس و اضطراب می‌گردد. از این رو نگرش‌های منفی و افکار ناخوشایند در زندگی روزمره در هر فرد با هر طبقه اجتماعی و اقتصادی آسیب‌پذیری وی را در برابر ابتلاء به بیماری به دنبال دارد. از طرفی سطح بالای باورهای کاذب عمومی در مورد علل سرطان در افراد مبتلا بیشتر از گروه شاهد مشاهده شد، از این رو اعتقاد به باورهایی از قبیل این که توده‌های پستانی تقریباً همیشه سرطان هستند، داروهای چربی‌سوز، رنگ مو و اسپری، مام‌ها و ضد عرق‌ها باعث سرطان پستان می‌شوند و سرطان پستان واگیردار است، جزء تصورات غلط در مورد علل سرطان افراد بود. طبق نتایج رضایان و همکاران، دانش افراد بر نگرش آن‌ها و نگرش افراد بر میزان سلامت و پیشگیری از سرطان تأثیر مثبت دارد (۴۰) بدین ترتیب با توجه به نتایج بخش عوامل فرهنگی این تحقیق می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که هرچه میزان تحصیلات و آگاهی افراد بالاتر باشد، اعتقاد به باورهای عمومی کم‌رنگ‌تر و نگرش مثبت جایگزین نگرش منفی و بدبینانه می‌شود و سبک زندگی افراد سالم‌تر می‌گردد. از این رو ارتقای سرمایه فرهنگی و در نهایت سبک زندگی، منجر به پیشگیری از سرطان پستان می‌شود.

در این مطالعه از نظر شرکت کنندگان میزان تبلیغات و آموزش رسانه‌ها در مورد سرطان پستان در سطح پایینی قرار داشت. البته در این زمینه تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. اما توزیع فراوانی در جامعه مورد مطالعه نشان دهنده ارائه سطح پایین تبلیغات و برنامه‌های آموزش بهداشت رسانه‌ها در زمینه رفتارهای پرخطر سبک زندگی در ابتلاء به سرطان پستان است. رسانه‌ها مهم‌ترین عضو درگیر در

اطلاع‌رسانی به مردم هستند و وظیفه مهمی ایفا می‌کنند. اخبار مربوط به دیدگاه‌های متخصصین پزشکی درباره تشخیص و درمان سرطان پستان می‌تواند برای مقابله با سرطان پستان راه‌گشا و متحول‌کننده باشد. با نظر به سطح پایین سرمایه فرهنگی بیماران در مقایسه با گروه شاهد می‌توان این گونه استنتاج کرد که سرمایه فرهنگی تجسم یافته Bourdieu در برگیرنده نگرش‌ها، تفکرات و باورهای عمومی می‌باشد و در مبتلایان پایداری عادات فرهنگی نادرست به کاهش سرمایه فرهنگی کمک کرده، از سوی دیگر تحصیلات و آگاهی مبتلایان در تئوری Bourdieu که سرمایه فرهنگی نهادی شده را نشان می‌دهد در مقایسه با افراد سالم از میزان کمتری برخوردار است. از این رو سطح پایین سرمایه فرهنگی خطر ابتلاء به بیماری‌هایی نظیر سرطان پستان را گوشزد می‌نماید.

در نتایج عوامل اجتماعی، شبکه رسمی زنان در دو گروه اختلاف آماری معناداری داشت به نحوی که عضویت در شبکه‌های رسمی علاوه بر فعالیت و میزان مشارکت اجتماعی به ارتقای مهارت‌های پیشگیری و ارزیابی شناختی از سرطان و سلامت افراد منجر می‌گردد. اما از سوی دیگر عضویت و میزان مشارکت در شبکه‌های غیررسمی از قبیل: روابط خانوادگی، خویشاوندی و دوستی هیچ نقشی در ابتلاء به سرطان نداشت. در مطالعه Fox و Helgesson و همکاران، بین اشتغال و رویدادهای استرس‌آور زندگی همبستگی وجود دارد. طبق نتایج مربوطه افراد شاغل کمتر از افراد بیکار در معرض عوامل استرس‌زای محیط قرار داشتند. بدین شکل موقعیت‌های شغلی و اجتماعی بهتر، به کاهش استرس و افسردگی منجر می‌شود (۴۱، ۴۲) که در این

بررسی، شبکه رسمی زنان جزء عوامل پیشگیری از سرطان محسوب شد.

در مطالعه فتحی نجفی و همکاران اشتغال و مدت اشتغال در دو گروه نیز با یکدیگر تفاوت معنی داری داشت. به طوری که ۱۴/۷٪ افراد گروه مورد و ۵/۶٪ افراد گروه شاهد شاغل بودند. اغلب افراد در گروه مورد، دارای مشاغل دولتی بودند و ارتباط معنی داری با ابتلاء به سرطان پستان داشت (۲۴). همچنین مطالعات دیگر نشان داده‌اند که شغل نیز در ابتلاء به سرطان پستان مؤثر است و افزایش خطر ابتلاء به سرطان پستان با مشاغلی مانند معلمی، مدیریت و مشاغل مذهبی و پزشکی در ارتباط است (۴۳). اما در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان امام خمینی تهران ارتباط معنی داری با اشتغال افراد مشاهده نشد (۲۰).

بر اساس نتایج در تحلیل تک متغیره همراهی عوامل اقتصادی با سرطان پستان دیده شد، میزان ابتلاء به سرطان در میان افراد طبقه فقیر، متوسط و افرادی که از لحاظ اقتصادی (میزان درآمد و مالکیت مسکن) در طبقه مرفه می‌باشند؛ در دو گروه مورد مطالعه، تفاوت معناداری وجود ندارد. با توجه به این که چارچوب نظری تحقیق، سبک زندگی است و یکی از آیتم‌های در نظر گرفته شده، انتخاب محل سکونت یکسان برای گروه شاهد و مورد بوده بدین ترتیب رفاه زندگی و منابع مالی افراد معنی دار نشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد سبک زندگی سالم یا پیشگیری از سرطان، در بُعد عوامل فرهنگی-اجتماعی در سطح نامطلوب قرار داشت. در این بررسی، مبتلایان به سرطان پستان از فقر فرهنگی-اجتماعی بالاتری از جهت تحصیلات پایین، سطح آگاهی کم، سطح بالای نگرش‌های منفی و باورهای

عمومی کاذب و نیز فعالیت اجتماعی پایین در مراکز شغلی، بهداشتی و ورزشی برخوردار بودند. از این رو عوامل فرهنگی و اجتماعی جزء فاکتورهای مؤثر پیشگیری از سرطان می‌باشد و به تبع با بالا رفتن سطح فرهنگی-اجتماعی، تحصیلات، آگاهی، نگرش‌های مثبت و... افزایش می‌یابد و سبک زندگی انتخابی، سالم‌تر می‌گردد که این مطلب اذعان بر صحت نظریه Bourdieu و Cockerham دارد.

تحقیقات جدید انجمن سرطان آمریکا نشان می‌دهد عوامل اجتماعی، اقتصادی و رفتارهای بهداشتی در هر جامعه‌ای در پیشگیری از سرطان نقشی اساسی دارند. در بررسی انواع مختلف سرطان‌ها، سطح بالای وضعیت اقتصادی-اجتماعی، ریسک فاکتور مهمی جهت بروز سرطان است. در زنان با وضعیت اجتماعی و اقتصادی بالا، بروز سرطان به خصوص سرطان پستان بیشتر از زنان با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین می‌باشد (۴۴). در مطالعه فتحی نجفی و همکاران از نظر طبقه اجتماعی ارتباط معنی داری بین دو گروه مشاهده شد، به طوری که ۵۱/۴٪ افراد گروه مورد و ۴۲/۴٪ افراد گروه شاهد در طبقه اجتماعی مرفه بودند (۲۴). در حالی که فتوکیان و همکاران در بررسی تحت عنوان ارتباط عوامل استرس‌زای زندگی با بروز سرطان در مراجعه کنندگان به بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر و نیز در مطالعات مشابه، بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم، رویدادهای استرس‌آور بیشتری از قبیل سطح تحصیلات پایین، موقعیت‌های شغلی-اجتماعی پایین و سطح درآمد کمتر، داشتند (۴۵، ۴۶). Dolan و Glasser وضعیت اجتماعی و اقتصادی و سطح سواد را یکی از شاخص‌های غیراختصاصی ابتلاء به سرطان پستان گزارش کردند. مطالعه آن‌ها نشان داد

که وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا احتمال سرطان پستان را در گروه پرخطر افزایش می‌دهد. گروه پرخطر در مطالعه آن‌ها شامل افرادی بود که سابقه خانوادگی مثبت داشتند (۴۷).

در نتایج الگوی غذایی در مطالعه حاضر متغیرهای رژیم پرچرب، رژیم کم حبوبات، مصرف غذاهای برشته و کبابی، مصرف روغن جامد و گذراندن اوقات فراغت به طور معنی‌داری در دو گروه متفاوت بود. به نحوی که مبتلایان بیشترین آمار رژیم پرچرب و روغن جامد را داشتند. اسیدهای چرب موجود در چربی‌ها در پیشگیری یا تشدید تکثیر تومورهای سرطان پستان نقش دارد. چربی‌های اشباع و جامد مثل روغن نباتی جامد مضر هستند. اسیدهای چرب اشباع شده در حیوانات آزمایشگاهی سبب افزایش رشد تومور پستان شده است. چربی‌های خوب شامل چربی‌های غیراشباع امگا ۳ و ۶ است که در روغن‌های گیاهی نظیر کانولا، زیتون، آجیل و دانه‌های روغن یافت می‌شود (۴۸). گزارش‌ها حاکی از این است که تزریق اسیدهای چرب اشباع به حیوانات آزمایشگاهی سبب افزایش رشد تومورهای پستان در آن‌ها شده است. در تحقیق عنصری و رعناپور ۸۷٪ از افراد بیمار مبتلا به سرطان پستان از روغن‌های جامد استفاده می‌کردند و رابطه مستقیمی بین مصرف روغن‌های جامد و خطر ابتلاء به سرطان پستان وجود داشت (۲۰). در مطالعه شکوهی و همکاران نتایج نشان می‌دهد که چربی تام دریافتی و انواع چربی دریافتی با سرطان پستان ارتباط دارند (۴۹). به احتمال زیاد یک علت عمده ابتلاء به سرطان پستان و یکی از مهم‌ترین مشکلات تغذیه‌ای در کشور ما مصرف روغن‌های نباتی جامد یا هیدروژنه است و به همین دلیل روغن‌های جامد به طور کلی

در لیست غذاهای خطرناک قرار می‌گیرند. روغن‌های مایع با دارا بودن مقادیر کافی از اسیدهای چرب غیر اشباع و نداشتن کلسترول برای تغذیه مناسب‌ترند.

مصرف غذاهای برشته، سرخ شده و کبابی که با درجه حرارت بیش از ۱۲۰ درجه سانتی‌گراد درست می‌شوند و مملو از ترکیبات آکریلامید هستند احتمالاً سرطان‌زا است. به نظر می‌رسد روش‌های نادرست طبخ مانند حرارت دادن شدید مواد غذایی با ایجاد ترکیبات سرطان‌زا مثل هیدروکربن‌های پلی‌سیکلیک و آمین‌های هتروسیکلیک باعث افزایش شیوع سرطان از جمله سرطان پستان می‌شوند (۵۰). مصرف مواد غذایی که از ارزش غذایی و کیفیت خوبی برخوردار نمی‌باشند از عوامل خطر بروز سرطان پستان می‌باشند (۴۹).

با توجه به نتایج این تحقیق احتمالاً میزان مصرف حداقل چهار وعده حبوبات در هفته در پیشگیری از بروز این نوع سرطان مؤثر است. حبوبات حاوی موادی مانند منیزیم، پتاسیم، فیبر و بسیاری مواد دیگر است که تأثیر زیادی در کاهش انواع بیماری‌ها به ویژه برخی از سرطان‌ها دارند (۲۰). لازم به ذکر است که مبتلایان این پژوهش بیشترین آمار رژیم کم حبوبات را داشتند. در این حال به عقیده پزشکان میزان مصرف حبوبات باید متناسب با میزان نیاز روزانه فرد به کالری باشد. خاصیت ضدسرطانی حبوبات ناشی از استروژن‌های گیاهی آن، به نام فیتواستروژن‌ها است که مانع از جذب استروژن‌های حیوانی می‌شود که یکی از عوامل اصلی ایجاد سرطان پستان می‌باشند. استروژن‌های گیاهی که عموماً در مواد گیاهی خصوصاً حبوبات وجود دارند با پر کردن جایگاه گیرنده‌های استروژن در سطح بدن مانع از

نشستن استروژن‌های حیوانی در سلول‌های بدن می‌شود (۵۱). اما استروژن‌های حیوانی با افزایش خطر ابتلاء همراه می‌باشند. در حالی که حیوانات و موادی نظیر سویا به دلیل دارا بودن استروژن‌های گیاهی خطر ابتلاء به سرطان پستان را کاهش می‌دهد (۲۰).

عمده الگوی فراغتی، طبق تعریف سازمان ملی جوانان بر اساس فعال و غیر فعال تقسیم‌بندی شده که در فراغت فعال فرد خود فعالیتی انجام می‌دهد مانند ورزش کردن، اما در فراغت منفعل به تماشای فعالیت دیگران می‌نشیند (۵۲). از این رو فعالیت‌های فراغتی در بین مبتلایان عمدتاً از شیوه‌های غیرفعال پیروی می‌کند به طوری که انجام فعالیت فیزیکی در گروه بیماران به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود.

در بُعد هنجارهای مصرفی سبک زندگی شاخص‌های BMI، مدیریت بدن و شیوه تشخیص‌پذیری بدن مورد بررسی قرار گرفت که فقط از نظر مدیریت بدن (انجام ۲۰ دقیقه ورزش روزانه) اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد. از این رو اهمیت مدیریت بدن از طریق ورزش منظم، می‌تواند میزان ریسک ابتلاء به سرطان پستان را کاهش دهد. ثابت شده است در دخترانی که به صورت منظم ورزش می‌کنند شروع سیکل‌های ماهیانه تأخیر دارد (۵۳). از آنجا که شروع زودرس قاعدگی از علل سرطان پستان می‌باشد ورزش با به تأخیر انداختن این امر در کاهش خطر ابتلاء به سرطان پستان مؤثر است. سطوح افزایش یافته استروژن در خلال سیکل‌های ماهیانه از علل ابتلاء به سرطان پستان است ورزش تولید استروژن بیش از اندازه در خلال سیکل‌های دوره‌ای را کاهش

می‌دهد و از این رو خطر ابتلاء را کم می‌کند (۵۴). انجام دادن ورزش‌های منظم، از افزایش وزن نیز می‌کاهد. بر طبق مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان، ۸۱٪ از افراد هیچ‌گونه تمرینات ورزشی انجام نمی‌دادند. بررسی‌های انجام شده بر روی ۲۷ مطالعه انجام شده از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰ نشان می‌دهد که تمرینات فیزیکی و همچنین کاهش وزن با کاهش ابتلاء به سرطان پستان رابطه مستقیم دارد (۳۸). نداشتن فعالیت فیزیکی و تحرک هر چند که از فاکتورهای مؤثر و دخیل در این مطالعه و در پیشگیری از سرطان بود، اما در مطالعه فتحی نجفی و همکاران میزان ورزش کردن در دو گروه تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشت. اما طول مدت فعالیت‌های ورزشی در دو گروه تفاوت معنی‌داری را با یکدیگر نشان داد و این میزان در گروه مورد بیشتر بود (۲۴). علت عدم تأثیر ورزش در کاهش خطر ابتلاء به سرطان پستان احتمالاً شروع دیر هنگام فعالیت‌های ورزشی در زنان می‌باشد، زیرا ثابت شده است که فعالیت‌های ورزشی در سنین ۱۵-۱۲ سالگی قادر است خطر ابتلاء به سرطان پستان را کاهش دهد (۵۳). نتایج بررسی‌های ساکی و همکاران در تعیین ریسک فاکتورهای سرطان پستان نشان داد که عدم فعالیت فیزیکی جزء عوامل مؤثر در ابتلاء به سرطان است (۲۹).

از سویی در بررسی ریسک فاکتورهای الگوی مصرفی و هنجارهای مصرفی در سرطان پستان نشان داده شد که الگوی تغذیه‌ای و استفاده از غذاهای گوشتی، گیاهی - گوشتی و آماده - کنسروی، استفاده از ظروف یکبار مصرف، مصرف انواع مواد لبنی پرچرب و کم چرب، نوع گوشت مصرفی و الگوی مصرف مواد مخدر در دو گروه تفاوت معنی‌داری

نداشت.

در مطالعه عنصری و رعناپور ۴۱٪ افراد شرکت کننده از گوشت قرمز و مرغ استفاده کرده‌اند و تنها ۴٪ از آن‌ها از گوشت ماهی استفاده نموده بودند. تمایل افراد بیمار مورد مطالعه به استفاده از گوشت قرمز و ماهی به مراتب بیشتر از مصرف غذاهای گیاهی بوده است. شاید علت این باشد که هورمون‌های رشد که به عنوان تغذیه به جانوران داده می‌شود، باعث ایجاد تغییرات هومونی در افرادی می‌شود که مصرف بالای گوشت قرمز داشتند و این گونه تغییرات هورمونی خطر ابتلاء به سرطان پستان را افزایش می‌دهد (۲۰). در این مطالعه بیشترین نوع الگوی مصرف غذای هفتگی افراد در دو گروه استفاده از غذاهای گوشتی، گیاهی-گوشتی، آماده و کنسروی و سایر بود که در مقایسه انجام شده در دو گروه تفاوت معنی‌داری را در برنداشت. ۷۶٪ از جامعه آماری در مطالعه عنصری و رعناپور، ۴ مرتبه در هفته از غذاهای آماده مانند کالباس، سوسیس و برگر استفاده می‌کردند که ارتباط معناداری بین مصرف غذای آماده و خطر ابتلاء به سرطان پستان به دست آمده است. غذاهای آماده دارای مقادیر بالایی از نیترات سدیم است که این ماده در بدن تبدیل به ماده سرطان‌زایی به نام نیتروزآمین می‌شود (۲۰).

در این مطالعه اختلاف معنی‌داری از نظر مصرف مواد مخدر مشاهده نگردید. در بررسی Lash و Aschengrau مصرف مواد مخدر و سیگار ریسک ابتلاء به سرطان پستان را بالا می‌بردند (۳۹). در بررسی فتحی نجفی و همکاران زنان با سرطان پستان به طور معنی‌داری بیشتر در معرض دود سیگار بودند (۲۴). شیوع سرطان پستان در میان زنانی که سیگار می‌کشند تقریباً ۳۰٪ بیش از کسانی است که هرگز

سیگار نکشیده‌اند. همچنین زنانی که قبل از سن ۲۰ سالگی و یا حداقل ۵ سال قبل از اولین بارداری سیگار کشیدن را آغاز کرده‌اند، بیش از سایر افراد در معرض خطر قرار دارند (۵۵). بررسی‌های انجام شده از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰ نشان می‌دهد که مصرف الکل با سرطان پستان ارتباط مستقیم دارد (۳۸). علت عدم تأثیر مواد مخدر در خطر ابتلاء به سرطان در این پژوهش احتمالاً مصرف کمتر مواد مخدر افراد مورد مطالعه و مصرف کوتاه‌مدت مواد مخدر بوده است. زیرا ثابت شده است که مصرف طولانی مدت هر یک از انواع مواد مخدر مانند سیگار، الکل و ... باعث آسیب رسیدن به قسمت‌های خاصی از بدن و متعاقباً مبتلا شدن به سرطان می‌شود (۵۵).

در این بررسی یافته‌های مربوط به شاخص توده بدنی بیشتر افراد نرمال بود و در BMI دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. گفته می‌شود خانم‌هایی که بعد از دوران نوجوانی، ۱۵-۱۰ کیلو وزن اضافه می‌کنند به دلیل این که سلول‌های چربی استروژن آزاد می‌کنند خطر ابتلاء به این نوع سرطان در آنان بیشتر می‌شود (۳۷). در آزمایش‌هایی که Scheen و همکاران بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام دادند، نشان دادند که چاقی و اضافه وزن خطر ابتلاء به این بیماری را افزایش می‌دهد (۵۶). در مطالعه حاضر در مبتلایان به سرطان پستان پیروی از الگوها و هنجارهای رفتاری نامناسب از قبیل: الگوی تغذیه‌ای پرچرب، مصرف زیاد غذاهای برشته و کبابی، مصرف بالای روغن جامد، رژیم کم حبوبات، عادت‌های نادرست فراغتی و کم تحرکی روزانه، جزء عوامل خطر ساز بوده که ضمن تأثیر منفی بر سلامت کلی و عمومی فرد، در ابتلاء به سرطان پستان

نیز نقشی مؤثر داشته‌اند.

بدین ترتیب انتخاب اموری همچون رژیم غذایی، گذراندن اوقات فراغت و مدیریت بدن، مطابق نظر Bourdieu حاصل کنش متقابل بین الگوهای مصرفی و هنجارهای مصرفی است که می‌تواند شیوه‌های زندگی سالم و یا ناسالم را به دنبال داشته باشد. در این بررسی گروه کنترل نسبت به مبتلایان سرطان پستان با گزینش الگوها و هنجارهای مصرفی مناسب، سبک زندگی سالم‌تری داشتند که این نتایج نظریه‌های Bourdieu و Cockerham را نیز تأیید می‌کند. از محدودیت‌های این مطالعه حجم نمونه کم و عدم همکاری بعضی افراد در تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه نقش سبک زندگی در ایجاد سرطان پستان نشان داده شد. از این رو برای برنامه‌ریزی‌های مربوط به گسترش فرهنگ «سالم زندگی کردن» بایستی به تغییر مفاهیم ادراکی و اعتقادی درباره عادات آموخته شده قبلی و مسائل فرهنگی اقدام نمود و سرمایه فرهنگی و اجتماعی را به عنوان تعیین کننده

های سبک زندگی سالم در جهت حمایت از رفتارهای پیشگیری از سرطان مدنظر قرار داد. به عبارتی راه اصلی پیشگیری از سرطان پستان در این تحقیق اصلاح شیوه زندگی بر اساس انتخاب الگوی تغذیه مناسب، فعالیت‌های فیزیکی و ورزش روزانه می‌باشد که البته اصلاح و انتخاب سبکی از زندگی بدون تأثیر و مداخله عوامل فرهنگی و اجتماعی کاری غیر ممکن و بعید می‌باشد. از این رو این خود زنان هستند که با ارتقاء آگاهی، تحصیلات، ایجاد نگرش مثبت و نیز افزایش ارتباطات اجتماعی می‌توانند انتخابی صحیح داشته باشند و ریسک ابتلاء به سرطان را کاهش دهند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل اجرای طرح تحقیقاتی به شماره ۹۰/۱۳ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمان می‌باشد. همچنین از راهنمایی‌های ارزنده خانم دکتر خانجانی در نوشتن این مقاله، صمیمانه قدردانی می‌شود.

### References

1. Lacey JV, Deves SS, Brinton LA. Recent trends in breast cancer incidence and mortality. *Environmental and Molecular Mutagenesis* 2002;39(2-3): 82-8.
2. Jami MS, Tavassoli M, Hemmati S. Association of the length of CA Dinucleotide repeat in the epidermal growth factor receptor with risk and age of breast cancer onset in Isfahan. *Journal of Isfahan Medical School*. 2008;88(26): 22-30. Persian.
3. Akbari ME. Iran cancer report. Cancer Research Center Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran, Qom: Darolfekr; 2007.
4. Aghajani H, Etemad K, Ghoya M, Ramezani R, Modyrian M, Nadali F. Report of cancer cases registration in 2010. Ministry of Health and Medical Education Non Communicable Disease Unit, Center for Cancer Prevention. Tehran: Tandis Publication; 2011. p. 45.

5. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J*. 2007 Jul-Aug;13(4):383-91.
6. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide; 2010 [cited 2013 Jun 25]. Available from: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
7. Peterson NB, Huang Y, Newcomb PA, Titus-Ernstoff L, Trentham-Dietz A, Anic G, et al. Childbearing recency and modifiers of premenopausal breast cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2008 Nov;17(11):3284-7.
8. Sidoni A, Cavaliere A, Bellezza G, Scheibel M, Bucciarelli E. Breast cancer in young women: clinicopathological features and biological specificity. *Breast*. 2003 Aug;12(4):247-50.



9. Bazardar A. Epidemiology of breast cancer in Kerman the province from 2001 to 2006 [dissertation]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2008.
10. Pakgohar A, Pourtaheri HR. Breast Cancer Epidemiology and prognosis in 150 patients referred to Kerman Hospital from October 1993 to October 2002. [dissertation]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2000.
11. Bourdieu P. Distinction: A Social Critique of Judgement of taste. 8th ed. USA: Routledge & Kegan Paul; 1984.
12. Cockerham WC, Hinote BP, Cockerham GB, Abbott P. Health lifestyles and political ideology in Belarus, Russia, and Ukraine. *Soc Sci Med.* 2006 Apr;62(7):1799-809.
13. Fazeli M. Consumption and lifestyle. Tehran. Sobhe Sadegh; 2002.
14. Jaddar L. Personality assessment (questionnaire). Tehran: Savalane; 2001.
15. Javanmard K, Amiri-Moghaddam M. Cultural, Social and Economic Factors effective on 18-40 age women's tendency to sports. *J Social Sci* 2008; 2(6): 19-1 .
16. Lopez K, Scott J. Social Structure. Translated by. Ghazian H. Tehran: Nashreney; 2006. p.157.
17. Azad-Armaki T, Chavoshyan H. Body as an identity medium. *Iranian Journal of Sociology* 2002;4(4):57-75.
18. Kellar SP, Kelvin E. Statistical Methods for Health Care Research. 3th ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.
19. Tehranian N, Hafezi pour F, Hajizadeh Eb. Survey of Risk Factors of Breast Cancer in Women under 40 Years. *Daneshvar.* 2009;16 (81): 37-44.
20. Onsoni K, Ranapor S. Breast cancer and the effect of environmental factors involved. *New Cellular and Molecular Biotechnology Journal.* 2011;1 (4): 59-70 . Persian.
21. Ebrahimi M, Vahdaninia MS, Montazeri A. Risk factors for breast cancer in Iran: a case-control study. *Breast Cancer Res.* 2002; 4(5): 10.
22. Akbari A, Razzaghi Z, Homae F, Khayamzadeh M, Movahedi M, Akbari ME. Parity and breastfeeding are preventive measures against breast cancer in Iranian women. *Breast Cancer.* 2011 Jan;18(1):51-5.
23. Yankaskas BC. Epidemiology of breast cancer in young women. *Breast Dis.* 2005-2006;23:3-8.
24. Fathi Najafi T, Jabbarzadeh S, Mojahedi Rezaian S, Mazloom SR. Assessment of certain breast cancer risk factors during reproductive age in women in Mashhad (2002-2003). *Razi Journal of Medical Sciences.* 2004;11 (42): 580-6. Persian.
25. Besharat S, Motie M, Besharat M, Roshandel GR. Breast Cancer Risk Factors in Women of Golestan Province in Iran: A Case-Control Study *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility. Golestan Univ Med Sci.* 2011;13(6): 46-51. Persian.
26. Yavari P, Mosavizadeh M, Sadrolhefaz IB, Khodabakhshi R, Madani H, Mehrabi Y. Reproductive Characteristics and the Risk of Breast Cancer: A Case-Control Study. *Iran J Epidemiol.* 2006;1(3-4): 11-9. Persian.
27. Motamed N, Hadi N, Talei AR. A survey on risk factors of breast cancer in women over 35 years of age, Shiraz, 2000. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences and Health Services.* 2004;46(12): 25-32.
28. Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE. Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer. For the Nurses' Health Study Research Group. *J Natl Cancer Inst.* 1996 Mar 20;88(6):365-71.
29. Saki A, Hajizadeh E, Tehranian N. Evaluating the Risk Factors of Breast Cancer Using the Analysis of Tree Models. *Ofogh-e-Danesh; Journal of Gonabad University of Medical Sciences.* 2011; 17(2):60-8.
30. Mousavi AS .Breast cancer screening in high risk group. *Iraninan Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility.* 2011; 6 (4): 58-65. Persian.
31. Khalegnejad Tabari N, Khalegnejad Tabari A. The assessment of knowledge, attitude and behavior towards breast cancer screening methods among female teachers in Tehran. *Iranian Journal of Surgery* 2008; 16 (1): 46-54. Persian.
32. Nouri A, Rustemi F, Khanjani N. Awareness about early detection of breast cancer in women in Kerman. *Journal of Knowledge and Health.* 2010;5:135-46. Persian.
33. Zolfaghari M, Parsa Yekta Z, Bahram Nejad F, Kazennajad A, Monjamed Z. Knowledge about seven warning signs of cancer and protective measures of cancer among people in Tehran, Iran. *Payesh.* 2010;9(3) :317-24.
34. Khanjani N, Noori A, Rostemi F. The Knowledge and Practice of Breast Cancer Screening Among Women in Kerman, Iran. *Al Ameen Journal of Medical Sciences.* 2012; 5 (2):177 -82.
35. Worden JK, Costanza MC, Foster RS Jr, Lang SP, Tidd CA. Content and context in health education: persuading women to perform breast self-examination. *Prev Med.* 1983 Mar;12(2):331-9.
36. McDermott RJ, Marty PJ. Seeking an effective strategy for promoting breast self-examination among women. *Patient Education and Counseling.* 1984; 6(3): 116-21.
37. Hsieh CC, Trichopoulos D, Katsouyanni K, Yuasa S. Age at menarche, age at menopause, height and obesity as risk factors for breast cancer: associations and interactions in an international case-control study. *Int J Cancer.* 1990 Nov 15;46(5):796-800.

38. Inumaru LE, Silveira EA, Naves MM. Risk and protective factors for breast cancer: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2011 Jul;27(7):1259-70.
39. Lash TL, Aschengrau A. Active and passive cigarette smoking and the occurrence of breast cancer. *Am J Epidemiol*. 1999 Jan 1;149(1):5-12.
40. Rezaeian M, Tabatabaei Z, Naeimi R, Esmaeili A, Jamali M, VaziriNejad R et al. Knowledge, attitude and practice of Rafsanjan male pensioners towards prevention of prostate cancer in the year 2006. *Horizon Med Sci*. 2007; 12 (4):19-25. Persian.
41. Helgesson O, Cabrera C, Lapidus L, Bengtsson C, Lissner L. Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women. *Eur J Cancer Prev*. 2003 Oct;12(5):377-81.
42. Fox BH. The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology (Williston Park)*. 1995 Mar;9(3):245-53.
43. Petralia SA, Vena JE, Freudenheim JL, Michalek A, Goldberg MS, Blair A, et al. Risk of premenopausal breast cancer and patterns of established breast cancer risk factors among teachers and nurses. *Am J Ind Med*. 1999 Feb;35(2):137-41.
44. Helgesson O, Cabrera C, Lapidus L, Bengtsson C, Lissner L. Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women. *Eur J Cancer Prev*. 2003 Oct;12(5):377-81.
45. Fotokian Z, Ghaffari F, Keyhanian S. The Relation of stressful life events and cancer in refers to oncology unit in Ramsar Imam Sajad Hospital. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery*. 2008; 16 (1): 17-11.
46. Thomas BC, Pandey M, Ramdas K, Nair MK. Psychological distress in cancer patients: hypothesis of a distress model. *Eur J Cancer Prevent*. 2002;11(2):179-85.
47. Dolan M, Glasser G. Breast disease benign and malignant. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000.
48. Noma C, Miyoshi Y, Taguchi T, Tamaki Y, Noguchi S. Association of p53 genetic polymorphism (Arg72Pro) with estrogen receptor positive breast cancer risk in Japanese women. *Cancer Lett*. 2004 Jul 16;210(2):197-203.
49. Shokohi M, Keshavarz SA, Majdzadeh SR, Siasi F. An investigation of the relationship between dietary factors and breast cancer in women referred to Imam Khomeini Hospital in 2000. [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2002.
50. Dai Q, Shu XO, Jin F, Gao YT, Ruan ZX, Zheng W. Consumption of animal foods, cooking methods, and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2002 Sep;11(9):801-8.
51. Michels KB, Willett WC, Hunter DJ, Colditz GA, Rosner BA, Manson JE, et al. Prospective assessment of breastfeeding and breast cancer incidence among 89 887 women. *The Lancet*. 1996;347(8999):431-6.
52. National Youth Organization, The Analysis of Young People's Leisure Time, Tehran, Literati, 2002.P. 354-340.
53. Marcus PM, Newman B, Moorman PG, Millikan RC, Baird DD, Qaqish B, et al. Physical activity at age 12 and adult breast cancer risk (United States). *Cancer Causes Control*. 1999 Aug;10(4):293-302.
54. Shim EJ, Mehnert A, Koyama A, Cho SJ, Inui H, Paik NS, Koch U. Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Res Treat*. 2006 Oct;99(3):341-50.
55. Xue F, Willett WC, Rosner BA, Hankinson SE, Michels KB. Cigarette smoking and the incidence of breast cancer. *Arch Intern Med*. 2011 Jan 24;171(2):125-33.
56. Scheen AJ, Beck E, De Flines J, Rorive M. Obesity, insulin resistance and type 2 diabetes: risk factors for breast cancer. *Rev Med Liege*. 2011 May-Jun;66(5-6):238-44.

## The Relationship between Breast Cancer and Lifestyle based on Cockerham and Bourdieu Theory in Kerman, Iran

Muhammad PourRanjbar<sup>1</sup>, Marjan Amiri-Moghaddam<sup>2</sup>, Bahram Ghadimi<sup>3</sup>

### Abstract

**Background:** Breast cancer is one the most common cancers in women which can be prevented by changing lifestyle and adopting healthy behavioral patterns. The aim of this study was to investigate the role of lifestyle in breast cancer.

**Methods:** In this case- control study, 260 patients with breast cancer and 260 controls with no history of breast cancer who had been matched by age and place of residence were compared. Data were collected using medical records and through a questionnaire. Data analysis was done using chi-square test in SPSS19.

**Results:** There was no significant difference between the two groups in terms of marital status, inheritance, history of radiations, advertising and media training, informal networks, income, housing ownership, meat consumption patterns, use of disposable dishes, food consumption patterns, consumption of dairy products, illicit drugs and body mass index. Whereas, there was a significant difference between the two groups in terms of awareness, education, public perceptions, attitudes, formal networks, use of high-fat diet, roasted and grilled foods, hydrogenated fats and low- legume diet, recreation and body management.

**Conclusion:** It is likely to reduce the risk of breast cancer with a healthy lifestyle and change of consumption patterns and behaviors.

**Keywords:** Breast cancer, Lifestyle, Kerman

1- Assistant Professor, Physiology Research Center, Department of Physical Education, School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- PhD Student, Department of Sport Sociology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Sport Sociology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Marjan Amiri-Moghaddam **Email:** mahtab.mrjnmr@gmail.com

**Address:** School of Public Health, Haft Bagh Alavi Blvd, Kerman, Iran

**Tel/Fax:** 034-33205256