

## مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش ۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی

دکتر نادر اسماعیل نسب<sup>۱</sup>، دکتر پروانه تیموری<sup>۲\*</sup>، فاطمه دارابی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت 1391/09/03 تاریخ پذیرش 1391/11/23

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مطالعات بیماری‌های مزمن به خصوص سرطان مطرح می‌باشد. در حال حاضر ابتلاء به سرطان یکی از مسائل مهم در ایران و تمام دنیا می‌باشد. علائم و عوارض متعدد سرطان مری و معده کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از مطالعه حاضر مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش ۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی بود.

**مواد و روش کار:** این مطالعه مقطعی و به منظور مقایسه کیفیت زندگی ۲۷ نفر از مبتلایان به سرطان‌های معده و مری صورت گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد Quality Of Life Questionnaire (QLQ-C30) بود.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در افراد تحت مطالعه ۳ ماه پس از عمل جراحی ۱۶/۸ + ۵۱/۶۵ و ۹ ماه بعد از عمل جراحی ۱۳/۰۲ + ۷۹/۲۰ تعیین شد. کیفیت زندگی ۹ ماه بعد از عمل جراحی در وضعیت مطلوب تری نسبت به ۳ ماه بعد از عمل جراحی ارزیابی شد. کیفیت زندگی بیماران از بعد علائم و نشانه‌ها نیز ۳ ماه بعد از جراحی در حد متوسط و ۹ ماه بعد از جراحی در حد نسبتاً مطلوب ارزیابی شد.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به اطلاعات موجود، مشخص می‌گردد که افراد مبتلا به سرطان معده و مری به لحاظ بعد شناختی پس از عمل جراحی چندان مشکلی ندارند، اما از لحاظ عملکرد اجتماعی دچار مشکل هستند و از نظر آموزش در زمینه مسائل روانی، مشاوره‌های روانی - اجتماعی و همچنین حمایت‌های اقتصادی و افزایش پوشش بیمه‌ای به توجه بیشتری نیاز دارند.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، سرطان، ایران

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره چهارم، ص ۲۳۴-۲۲۶، تیر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: سنج، بلوار پاسداران، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، تلفن: ۰۹۱۸۲۷۳۷۳۰۳

Email: Parvaneh.tay@gmail.com

## مقدمه

جوامع مختلف بسیار متفاوت بوده و خصوصیات اپیدمیولوژیک این سرطان‌ها در دهه‌های اخیر دگرگون شده است (۴). سرطان معده یکی از بیماری‌های شایع در سراسر جهان است ولی در بعضی از مناطق شیوع بالاتری دارد. این مناطق شامل ژاپن، چین، شیلی، ایرلند و نواحی شمال ایران است. در سال‌های اخیر نه تنها از اهمیت سرطان معده در ایران کاسته نشده است، بلکه در برخی گزارش‌ها از نظر جایگاه نسبی بر سرطان مری برتری یافته است. در برنامه ثبت موارد سرطان شمال ایران، اکثریت مطلق موارد سرطان معده از چهل سالگی به بعد گزارش شده است. این بیماری بیشتر در افرادی دیده می‌شود که از نظر اجتماعی و اقتصادی در طبقات پایین جامعه هستند و مشخص شده است.

کیفیت زندگی، یک ویژگی چند بعدی است که سازمان بهداشت جهانی، آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است (۱). بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم مربوط به آن، اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۲). در سالیان اخیر، علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله سرطان افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به یک هدف تبدیل شده است (۳). سرطان‌های دستگاه گوارش از سرطان‌های شایعی بوده که با مرگ و میر بالایی همراه است. میزان بروز این سرطان‌ها در

<sup>۱</sup> دانشیار، رشته اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

<sup>۲</sup> دانشیار، رشته آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد آموزش بهداشت، رشته آموزش بهداشت، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گناباد

مختلف کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند (۱۲) (۱۳). سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های مری و معده نه تنها امکان ارزیابی اثر متغیرهای بیماری و درمان را بر کارکرد بیماران به دست می‌دهد، بلکه ما را قادر می‌سازد تا اثر مداخلات درجانبه های مختلف کیفیت زندگی را در گروه‌های اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان مری و معده نیز بررسی کنیم (۱۴). به همین دلیل تحقیق حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های مری و معده ۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی در مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های توحید و بعثت سمنان در سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ انجام گرفت. نتایج این تحقیق می‌تواند به کادر بهداشتی- درمانی کمک کند تا فعالیت‌های خود را در جهت پیشگیری و کنترل عوارض این نوع سرطان، ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این بیماران سازمان دهی کنند.

### روش کار

مطالعه حاضر، به روش مقطعی است. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش که به عنوان نمونه دو دسته از سرطان‌های مری و معده به علت شیوع بیشتر در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ به بیمارستان‌های بعثت و توحید مراجعه کرده بودند انتخاب شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. این مطالعه با ۴۵ بیمار آغاز شد که طی پیگیری ۹ ماهه بیماران، ۱۸ بیمار به علت فوت و عود بیماری از مطالعه خارج شدند و در نهایت مطالعه با ۲۷ بیمار به سرانجام رسید. از ۲۷ بیمار ۱۹ نفر مرد و ۸ نفر زن بودند. قبل از انجام مطالعه، رضایت بیماران برای شرکت در مطالعه کسب و مجوزهای لازم نیز از مسئولان دانشگاه و بیمارستان کسب گردید. معیارهای خروج واحدهای مورد پژوهش شامل: مرگ، متازستاز و عود مجدد تومور بود. داده‌ها از طریق مصاحبه (پرسش و پاسخ) جمع‌آوری شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد (European Organization for Research and Treatment of Cancer EORTC QLQ-C30) بوده که به فارسی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت. همچنین روایی و پایایی آن در مطالعات داخلی کشور مورد تأیید و استفاده قرار گرفته است (۱۵) (۱۶). پرسشنامه QLQ-C30 شامل، پنج بخش و شامل ۳۰ سؤال است که قسمت اول آن سوالات مربوط به عملکرد (جسمانی، هیجانی، نقش، شناختی و اجتماعی) و بخش علائم و نشانه‌های بیماری شامل (خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و اثرات اقتصادی بیماری) می‌باشد. در این پرسشنامه از مقیاس چهار گزینه‌ای (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) برای سنجش پاسخ‌ها استفاده شد، به جز در مورد سوالات مربوط به وضعیت

در بروز این بیماری عوامل محیطی تأثیرگذارند و این عوامل از سنین کودکی در فرد اثر کرده و او را در سنین بزرگسالی دچار این بیماری می‌سازد. سرطان معده سومین سرطان شایع در میان زنان ایرانی پس از سرطان سینه و روده بزرگ است. در ایران مرگ از سرطان معده در رتبه اول مرگ و میرهای ناشی از انواع سرطان‌ها قرار دارد (۵). در سال ۸۲ موارد مرگ ناشی از سرطان معده در ۲۳ استان کشور ۴۵۹۸ نفر بوده است. در حالی که تخمین زده شده که شش هزار و ۳۲۲ نفر بر اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست داده‌اند. همچنین مرگ ناشی از سرطان معده در سال ۸۳ در ۲۷ استان کشور پنج هزار و ۳۶۸ نفر بوده و تخمین موارد مرگ برای کل کشور در همین سال هشت هزار و ۱۰۶ نفر بوده است (۵). سرطان معده در مردان شایع تر از زنان است. بر اساس آمارهای منتشر شده در سال ۷۷ تا ۸۰ مشخص شده که مردان بیش از زنان به سرطان مبتلا می‌شوند. بروز این سرطان برحسب جمعیت دنیا ۱۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر و در شهر تهران ۲۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر از مردان است. این بیماری علامت مشخصی ندارد و تشابه دردهای آن با درد زخم معده و اثنی عشر، تشخیص را برای پزشکان با مشکل مواجه کرده است (۵). سرطان مری یکی از شایع‌ترین سرطان‌های دستگاه گوارش در دنیا است که ۱/۳ درصد از سرطان‌های دستگاه گوارش را شامل می‌شود. این بیماری چهارمین تومور شایع در کشورهای درحال توسعه و پانزدهمین تومور در کشورهای پیشرفته است (۶). شیوع سرطان مری در تمامی مناطق جغرافیایی یکسان نیست و کمربند سرطان مری آسیا از شرق ترکیه شروع می‌شود و پس از گذر از عراق و شمال ایران و آسیای میانه تا شمال چین امتداد می‌یابد (۷) (۸). میزان بقای ۵ ساله سرطان مری، ۱۰ درصد است که خود نشان دهنده پیش آگهی ضعیف این بیماری است (۹). آخرین گزارش‌ها در زمینه بروز سرطان مری در ایران در سال ۱۳۷۵ از ۹ استان کشور تهیه شد که بر اساس آن‌ها، سرطان مری چهارمین سرطان شایع در بین تمام سرطان‌ها و دومین سرطان شایع دستگاه گوارش است. از کل ۱۱۰۲۵ مورد سرطان ثبت شده در سال ۱۳۷۵، ۹۲۲ مورد به سرطان مری تعلق داشتند. نسبت جنسی بروز سرطان مری در سال ۱۳۷۵، در بین زن و مرد تقریباً برابر است. تعداد سرطان مری در گروه سنی ۶۵ تا ۷۴ سال، بیشترین مورد و ۳۱/۶ درصد را شامل می‌شود. بیشترین موارد سرطان مری در میان مردان در سنین ۶۵-۷۴ سالگی و در بین زنان در سنین ۶۴-۵۵ سالگی است (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که سرطان معده و مری با جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی، نظیر زندگی اجتماعی، ورزش، روابط بین فردی و زناشویی و توانایی کارکردن، تأثیر می‌گذارد (۱۱). مطالعات متعددی بر روی اثرات منفی سرطان بر ابعاد

وضعیت سلامت هستند). همچنین تفاوت علائم کیفیت زندگی بین این دو مرحله به استثنای وضعیت اسهال ( $p=0/713$ ) از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ). در حیطه علائم بیماری، بیشترین شکایت بیماران (۳ ماه بعد از عمل) به کاهش اشتها  $71/60$  و کمترین مشکل آن‌ها به اسهال  $7/4$ ، و در فاصله زمانی ۹ ماه بعد از عمل، بیشترین شکایت بیماران تنگی نفس  $28/39$  و کمترین مشکل یبوست  $3/70$  مربوط می‌شود که نمره ۱۰۰ نشان دهنده وضعیت نامطلوب و نمره صفر نشان دهنده وضعیت مطلوب است. (جدول ۲). مقایسه وضعیت کیفیت زندگی بیماران زن و مرد در بعد عملکردی فقط در حیطه عملکرد هیجانی ( $p < 0/001$ ). معنادار بود و در سایر حیطه‌های عملکردی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

عملکرد هیجانی زنان طی دو فاصله زمانی بهبود بسیار بیشتری نسبت به عملکرد هیجانی مردان طی این دو هفته زمانی داشته است. در بررسی ارتباط میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران با سن آن‌ها به استثنای عملکرد جسمانی هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی بر حسب گروه سنی بیماران تفاوتی نداشتند. تفاوت عملکرد جسمانی افراد بالای ۶۰ سال در فاصله زمانی ۳ تا ۹ ماه پس از عمل  $31/22$  بود که در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی نشان دهنده‌ی افزایش بهبود عملکرد جسمانی در این فاصله زمانی بوده است. در بررسی ارتباط میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران با سن آن‌ها به جز در مورد عملکرد جسمانی ( $p < 0/001$ ) رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. در بررسی ارتباط میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران با محل درگیری سرطان هیچ رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

کلی سلامت و کیفیت زندگی که دارای مقیاس ۷ گزینه‌ای است. بعد از جمع آوری اطلاعات، نمره دهی حیطه‌های پرسشنامه EORTC QLQ-C30 بر طبق راهنمای سازمان طراح پرسشنامه EORTC انجام شد که بر طبق آن تمام حیطه‌های نمره دهی بین ۰-۱۰۰ قرار می‌گیرند (۱۷). در مورد حیطه‌های عملکردی و نمره کلی کیفیت زندگی نمره‌ی بالاتر، نشان‌گر وضعیت بهتر فرد در مورد آن حیطه خاص می‌باشد ولی در حیطه‌های علائم نمره بالاتر، نشان دهنده‌ی بیشتر بودن علائم و مشکلات بیماری در فرد می‌باشد (۱۷) (۱۸). جمع آوری داده‌ها ۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی به روش مصاحبه صورت گرفت. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۳ مورد بررسی قرار گرفتند و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (تی مستقل، کروس کال والیس، ویل کاکسون و من ویتنی) با سطح معنی‌داری ( $p < 0/05$ ) استفاده شد.

### یافته‌ها

جمعاً ۲۷ نفر بیمار مبتلا به سرطان مری و معده وارد مطالعه شدند که ۱۹ نفر مرد ( $70/4\%$ ) و ۸ نفر زن ( $29/6\%$ ) بودند. سن ( $92/60\%$ ) بیماران بالای ۵۰ سال بود. میانگین امتیازات نمرات مربوط به حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بیماران ۳ و ۹ ماه بعد از عمل جراحی در جدول (۱) آمده است. در ارتباط با ابعاد عملکردی و کیفیت زندگی که از پرسشنامه EORTC QLQ-C30 استخراج شدند، نمرات کسب شده بیماران در حیطه‌های عملکردی ۳ ماه بعد از جراحی از  $43/82$  تا  $66/04$  و در فاصله زمانی ۹ ماه بعد از عمل از  $70/36$  تا  $91/97$  در نوسانند (نمره ۱۰۰ نشان دهنده بهترین وضعیت سلامت و نمره صفر بدترین

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار حیطه‌های عملکردی کیفیت زندگی بیماران ۳ و ۹ ماه بعد از جراحی

P	میانگین (انحراف معیار) نمرات ۳ ماه پس از		حیطه‌های عملکردی
	جراحی	جراحی	
0/001	78/76 (10/78)	50/61 (12/16)	عملکرد جسمانی
0/002	80/24 (12/26)	52/46 (16/47)	عملکرد نقش
0/001	74/99 (14/24)	45/34 (18/96)	عملکرد هیجانی
0/001	91/97 (16/25)	66/04 (20/40)	عملکرد شناختی
0/001	70/36 (10/67)	43/82 (16/76)	عملکرد اجتماعی
0/001	79/20 (13/02)	51/65 (16/81)	کیفیت زندگی کلی

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار نشانه‌ها و علائم کیفیت زندگی بیماران ۳ و ۹ ماه بعد از جراحی

P	میانگین (انحراف معیار) نمرات ۹ ماه پس از جراحی		میانگین (انحراف معیار) نمرات ۳ ماه پس از جراحی		علائم و نشانه‌ها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۰۰۱	۱۹/۱۳	(۱۰/۰۲)	۵۹/۲۵	(۱۶/۲۳)	تهوع و استفراغ
۰/۰۰۱	۲۸/۳۹	(۱۲/۰۶)	۶۴/۱۹	(۲۲/۵۰)	تنگی نفس
۰/۰۰۱	۲۰/۱۶	(۱۶/۸۸)	۵۵/۵۵	(۲۳/۲۶)	خستگی
۰/۰۰۱	۲۷/۱۵	(۱۲/۳۵)	۶۳/۵۷	(۱۸/۵۱)	درد
۰/۰۰۱	۱۱/۱۱	(۱۸/۴۸)	۴۳/۲۰	(۱۸/۰۵)	اختلال خواب
۰/۰۰۱	۳۴/۵۶	(۱۱/۲۵)	۷۱/۶۰	(۱۷/۷۹)	کاهش اشتها
۰/۰۰۱	۳/۷۰	(۱۰/۶۷)	۳۲/۰۹	(۱۹/۵۶)	یبوست
۰/۷۱۳	۶/۱۷	(۱۳/۱۹)	۷/۴	(۱۹/۲۴)	اسهال
۰/۰۰۱	۱۷/۲۸	(۱۹/۳۲)	۳۸/۲۶	(۲۲/۰۷)	اثرات اقتصادی بیماری

جدول شماره ۳: مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران ۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی بر اساس گروه سنی بیماران

P.Value	Chi-Square	تفاوت نمرات متغیرها ۳ ماه و ۹ ماه پس از جراحی			متغیرها
		Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	
		زیر ۵۰ سال	۵۰ تا ۶۰ سال	بالای ۶۰ سال	
					وضعیت عملکردی
۰/۰۳۰	۷/۰۰۹	۲/۵۰	۱۰/۷۵	۱۶/۲۴	عملکرد جسمانی
۰/۳۳۷	۲/۱۷۷	۱۶/۷۵	۱۰/۰۰	۱۴/۹۷	عملکرد نقش
۰/۰۴۸	۶/۰۹۴	۵/۲۵	۹/۵۸	۱۶/۳۲	عملکرد هیجانی
۰/۶۸۲	۰/۷۶۶	۱۱/۲۵	۱۶/۰۸	۱۳/۶۳	عملکرد شناختی
۰/۰۹۵	۴/۷۰۸	۸/۷۵	۱۹/۶۷	۱۲/۷۶	عملکرد اجتماعی
۰/۱۵۱	۳/۷۷۵	۳/۷۵	۱۵/۵۸	۱۴/۵۸	کیفیت زندگی کلی
					علائم و نشانه‌ها
۰/۳۵۶	۲/۰۶۵	۲/۱۰۰	۱۴/۶۷	۱۳/۰۵	خستگی
۰/۰۴۱	۶/۳۷۲	۲۶/۵۰	۱۱/۰۰	۱۳/۶۳	تهوع و استفراغ
۰/۳۵۳	۲/۰۸۱	۲/۱۰۰	۱۱/۹۲	۱۳/۹۲	درد
۰/۲۰۲	۳/۱۹۸	۲۰/۵۰	۱۱/۲۵	۱۴/۱۸	تنگی نفس
۰/۵۰۷	۱/۳۶۰	۱۹/۲۵	۱۳/۵۸	۱۳/۵۸	اختلال خواب
۰/۲۳۵	۲/۸۹۸	۲۱/۵۰	۱۲/۵۰	۱۳/۶۸	کاهش اشتها
۰/۴۹۹	۱/۳۹۲	۱۸/۵۰	۱۴/۱۷	۱۳/۴۷	یبوست
۰/۷۷۱	۰/۵۲۱	۱۴/۵۰	۱۲/۴۲	۱۴/۴۵	اسهال
۰/۸۱۱	۰/۴۱۹	۱۵/۵۰	۱۲/۴۲	۱۴/۳۴	اثرات اقتصادی بیماری

جدول شماره ۴: مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران ۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی بر اساس محل درگیری سرطان

P.Value	Z	تفاوت نمرات متغیرها ۳ ماه و ۹ ماه پس از جراحی		متغیرها
		Mean Rank	Mean Rank	
		معدده	مری	
				وضعیت عملکردی
				عملکرد جسمانی
				عملکرد نقش
				عملکرد هیجانی
				عملکرد شناختی
				عملکرد اجتماعی
				کیفیت زندگی کلی
				علائم و نشانه‌ها
				خستگی
				تهوع و استفراغ
				درد
				تنگی نفس
				اختلال خواب
				کاهش اشتها
				یبوست
				اسهال
				اثرات اقتصادی بیماری

## بحث

هدف اصلی این پژوهش مقایسه جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های مری و معده با فاصله زمانی (۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی) بود. هیچگونه رابطه معنی‌داری در بهبود جنبه‌های کیفیت زندگی بر حسب ۲ گروه سنی مشاهده نشد و بهبود کیفیت زندگی بیماران با گذشت زمان با گروه‌های سنی بیماران ارتباط خاصی نداشت. باید یاد آور شد که تعداد نمونه‌های این بررسی و نیز کم بودن پراکندگی سن بیماران میسر کردن ارتباط این دو متغیر را تحت تاثیر قرار داده است. در مطالعه حاضر، میانگین نمرات بیماران (۳ ماه بعد از عمل) در حوزه عملکرد جسمانی ۵۰/۶۱، در بعد ایفای نقش ۵۲/۴۶، در بعد عملکرد هیجانی ۴۵/۳۴، در بعد عملکرد شناختی ۶۶/۰۴، در بعد عملکرد اجتماعی ۴۳/۸۲ و در بعد وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی ۵۱/۶۵ و در فاصله زمانی ۹ ماه بعد به ترتیب ۷۸/۷۶، ۸۰/۲۴، ۷۴/۹۹، ۹۱/۹۷، ۷۰/۳۶، ۷۹/۲۰ بود، که در مطالعه پاکپور و همکاران، تحت عنوان "کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران" انجام دادند، میانگین نمرات بیماران در حوزه عملکرد جسمانی ۶۰/۶۴، در بعد

ایفای نقش ۵۶/۵۶، در بعد عملکرد هیجانی ۴۴/۲۶، در بعد عملکرد شناختی ۸۹/۶۷، در بعد عملکرد اجتماعی ۷۴/۵۴ و در بعد وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی ۴۶/۲۱ بود (۱۹). همچنین در مطالعه‌ای که بیلزبی و همکاران، تحت عنوان نتایج کوتاه مدت جراحی سرطان مری و ارتباط آن با کیفیت زندگی انجام دادند، میانگین نمرات بیماران در حوزه عملکرد جسمانی ۷۹، ایفای نقش ۶۹، عملکرد هیجانی ۷۰، عملکرد شناختی ۸۰، عملکرد اجتماعی ۷۲ و وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی ۶۲ بود (۲۰). هم چنین یافته‌های مطالعه کوبایاشی (Kobayashi) و همکاران، نمرات عملکرد جسمانی ۷۷، ایفای نقش ۶۸، عملکرد هیجانی ۶۷، عملکرد شناختی ۷۴، عملکرد اجتماعی ۷۲ و وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی ۵۸ را نشان داد (۲۱). مطالعه مردانی و همکاران در شهرستان اهواز در سال ۱۳۸۷ در رابطه با ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی صورت گرفت نشان داد که سرطان اثر منفی بر عملکرد اجتماعی دارد (۲۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

چنان که ملاحظه می‌شود به جز در مورد عملکرد شناختی، که نمرات حاصل از مطالعه حاضر تقریباً مشابه مطالعات انجام

در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی و نوع سرطان با نتایج مطالعه Viklund که بین کیفیت زندگی و نوع سرطان ارتباط معنی‌داری مشاهده شد و نیز بیماران مبتلا به سرطان معده جراحی شده نسبت به بیماران با جراحی سرطان مری وضعیت مطلوب تری را نشان دادند، همخوانی ندارد (۲۵). که در این بررسی بین کیفیت زندگی با محل درگیری یا نوع سرطان ارتباطی مشاهده نگردید. به عبارت دیگر بهبود وضعیت عملکردی و کیفیت زندگی و علائم در بیماران مبتلا به سرطان مری در طی دو مرحله پیگیری ۳ ماهه و ۹ ماهه با بیماران مبتلا به سرطان معده تفاوت معنی‌داری نداشت. البته به نظر می‌رسد که این یافته به دلیل کم بودن تعداد مبتلایان به سرطان مری (۲ مورد) نسبت به سرطان معده (۲۵ مورد) قابل استناد نباشد. لذا انجام بررسی‌های آینده نگر با نمونه‌های بیشتر توصیه می‌شود.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهند که افراد مبتلا به سرطان‌های مری و معده، مشکلاتی در کیفیت زندگی به خصوص در بعد عملکرد اجتماعی دارند، از این رو برنامه ریزی به منظور ارتقای سطح شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و ارائه مشاوره‌های لازم در زمینه‌های روان‌شناسی و آموزش راه کارهای سازگاری در کنار ارائه خدمات کلینیکی و درمانی به بیماران و همچنین خانواده‌های آنها که به طور مستقیم با این بیماران و بیمارانشان درگیر هستند، می‌تواند باعث بهبود سطح کیفیت زندگی این بیماران شوند. همچنین به علت مشکلات اقتصادی بیماران، لزوم گسترش پوشش‌های بیمه‌ای در این افراد، ضروری است. با توجه به مطالعه حاضر چنین تصور می‌شود که علت تفاوت‌های بین این مطالعه و مطالعات مشابه در سایر کشورها در موارد فوق الذکر، عدم وجود درمان حمایتی مناسب و کافی، عدم آموزش‌های مناسب در زمینه عملکرد اجتماعی و کمبود مشاوره روانی-اجتماعی برای بیماران و خانواده‌های آنها هستند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان نامه دانشجوی رشته پزشکی " دکتر بهروز حسنی" استخراج شده و طرح با حمایت معاونت امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سنندج انجام شده است که بدین وسیله از آنان قدردانی می‌شود. هم چنین از پرسنل بیمارستان‌های توحید و بعثت سنندج که نهایت همکاری را در اجرای این طرح داشته‌اند سپاسگزاری می‌گردد.

گرفته در این زمینه بودند، در مورد سایر حوزه‌ها نمرات کسب شده بیماران ایرانی به مراتب کمتر از نمرات بیماران در سایر کشورها به ویژه اروپا بود. همچنین در مطالعه حاضر، بیشترین نمره در ابعاد کیفیت زندگی، متعلق به حوزه‌ی عملکرد شناختی است که مطالعات بیلزبی و همکاران و همچنین کوبایاشی و همکاران بر نتایج مطالعه حاضر در این مورد صحت می‌گذارند. از طرف دیگر کمترین نمره در مطالعه حاضر، متعلق به عملکرد اجتماعی است، در صورتی که در مطالعات بیلزبی و همکاران (۲۳). و کوبایاشی و همکاران کمترین نمره به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی تعلق دارد. در این مطالعه عملکرد هیجانی زنان طی دو فاصله زمانی (۳ ماه و ۹ ماه پس از عمل جراحی) بهبود بسیار بیشتری نسبت به عملکرد هیجانی مردان طی این دو فاصله زمانی داشته است. احتمالاً عواطف و هیجانات زنان بسیار بیشتر از عواطف و هیجانات مردان، وابسته به بهبود علائم بیماری می‌باشد. پژوهش حاضر با نتایج بررسی Olsson تحت عنوان علائم بیماران، کیفیت زندگی و مصرف غذا طی دوره‌های بهبودی ۳ ماهه و ۱۲ ماه پس از جراحی دستگاه گوارش فوقانی، همخوانی ندارد (۲۴). که احتمالاً متأثر از مقایسه‌ی دوره‌های زمانی مورد بررسی باشد، که وضعیت کیفیت زندگی را با شرایط قبل از جراحی (قبل و بعد) و مطالعه‌ی حاضر وضعیت ۳ ماهه و ۹ ماه پس از جراحی را مقایسه کرد. ضمن اینکه تشخیص زودرس سرطان، نوع عمل جراحی و میزان آسیب ناشی از جراحی به احشای مجاور تومور در کیفیت زندگی بیماران بسیار مؤثر است و هر چه بیشتر به این موارد توجه شود کیفیت زندگی بیماران بهتر خواهد شد، که این عوامل در بررسی ما لحاظ نشده بودند. در این مطالعه علائم و نشانه‌هایی که ممکن است بیماران مبتلا به سرطان را آزار دهد مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که پس از گذشت ۹ ماه، به جز علامت اسهال که تفاوت معنی‌داری را طی دو دوره‌ی پیگیری بیماران نشان نداد، در نمرات علائمی چون خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست و اثرات اقتصادی بیماری کاهش قابل توجهی صورت گرفته است. و در برخی از بیماران این نشانه حتی افزایش یافت. این موضوع احتمالاً می‌تواند تحت تأثیر واگوتومی تنه‌ای رخ داده در حین جراحی‌های مری و معده قرار گرفته زیرا واگوتومی تنه‌ای باعث تغییر آناتومیک و فیزیولوژیک دستگاه گوارش و ایجاد نوعی تغییر دائمی در قوام مدفوع شده که به نظر بیماران به عنوان اسهال تلقی می‌شود. یافته‌های حاصل از این مطالعه در زمینه‌ی افزایش میزان اسهال در مرحله‌ی دوم پیگیری نسبت به مرحله‌ی اول با مطالعه Olsson همخوانی دارد و به دلایل آن اشاره شد. یافته‌های پژوهش حاضر

**References:**

1. Holzner B, Kemmler G, B S-u. Quality of life measurement in oncology-a matter of the assessment instrument? *Eur J Cancer* 2001;37: 2349-56.
2. Crakowski MS. Health-related quality of life outcomes in clinical research. *American Journal of Epidemiology*. 1999;283-15.
3. Fitzpatric R, Fletcher A, Gore S, jones D, piegelhalter D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Brit Med J* 1992;305: 1074-7.
4. Grant MM, Rivera LM. quality of life from nursing and patient perspective theory , Research practice. 1ed ed. King CR, Hinds.p, editors. Philadelphia: Jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts 1998.
5. Montazeri A, Hole DJ, Milroy R, McEwen J, Gillis CR. Does knowledge of cancer diagnosis affect quality of life? A methodological challenge. *BMC Cancer* 2004;4:21-4.
6. Lam AK. Malecula bialgg to esophageal squamous cell carcinoma. *Oncol Hematol* 2000;33: 71-90.
7. Muller JM, Erasmi H, Stelzerner M, Zieren U , Pichlmaier H. Surgical therapy of esophageal carcinoma. *British Journal of Surgery* 1990;77:84-47.
8. Office of Disease Prevention and controlling DoCG. the incidence of esophageal and gastric diseases in Iran. Tehran: The Institute; 2006. (Persian)
9. Blazeby JM, Kavadas V, Vickery CW, Greenwood R, Berrisford RG, Alderson D, et al. A Prospective comparison of quality of life measures for patient with esophageal cancer. *Qual Life Res* 2005;14: 387-93.
10. Chan CWH, Hon CH, Chien WT, Lopez V. Socil support and copping in chinese patient undergoing cancer surgery. *Cancer Nurs* 2004;27(3): 230-6.
11. Darling G, Eton DT, Sulman J, Casson AG, Celia D. Validation of the functional assessment of cancer therapy esophageal cancer subscale. *Cancer Nurs* 2006;107: 845-63.
12. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. The European organization for research and treatment of cancer QIQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trails in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85: 265-76.
13. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): translation and validation study of the Iranian version. *Support Care Cancer* 1999; 7: 400-6.
14. Fayers PM, Aaronson NK, Biordal K, G Roenvoldm, Curran D, Bottomley A. on behalf of the EORTC Quality OF LIFE Group. 3rd Ed. Brussels: EORTC; 2001.
15. Blazeby JM, Metcalfe C, NICKLIN Barham BC, Donovan J, Alderson D. Association between qualify of life scores and short-term outcome after surgery for cancer of the esophagus or gastric cardia. *Br J Surg Soc* 2005;92: 1502-7.
16. Pakpour A, Panahi D YS, Norozi S. Assessment of quality of life in patient with esophagus cancer. *Payesh*. 2009;8: 371-8. (Persian)
17. Kobayashi K, Morita S, Shimongayoshi M, Kobayashi M, Fujiki Y, Uchida Y, et al. Effects of socioeconomic factors and cancer survivors worries on their quality of life(QOL) in Japan. *Psychooncology* 2008;17: 101-12.
18. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci* 2010;18(2): 111-7. (Persian)
19. Blazeby JM, Conroy T, Hammerlid E, Fayers P, Sezer O, Koller M. Clinical and psychometric

- validation of and EORTC questionnaire module, the EORTC QLQ-OES18, to assess quality of life in patients with esophageal cancer. *Eur J Cancer* 2003;39: 1384-94.
20. Schwenk W, Neudecker J, Haase O, Raue W, Strohm T, Müller JM. Comparison of EORTC quality of life core questionnaire (EORTC-QLQ-C30) and gastrointestinal quality of life index (GIQLI) in patients undergoing elective colorectal cancer resection. *Int J Colorectal Dis* 2004;19(6):554-60.
21. Viklund P, Wengström Y, Rouvelas I, Lindblad M, Lagergren J. Quality of life and persisting symptoms after oesophageal cancer surgery. *Eur J Cancer* 2006; 10(42); 1407-14.



## COMPARISON OF QUALITY OF LIFE 3 AND 9 MONTHS AFTER SURGERY IN PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL CANCER

Received: 22 Jan, 2013; Accepted: 12 Mar, 2013

Nader Esmailnasab<sup>1</sup>, Parvaneh Taymoori<sup>2\*</sup>, Fateme Darabi<sup>3</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Quality of life is considered as an important issue in studies of chronic diseases, especially cancer. Currently, developing cancer is one of the principal issues in Iran as well as the whole world. Symptoms and side effects of esophagus and stomach cancer influence the quality of life. The aim of this study was to compare the quality of life in patients with gastrointestinal cancer 3 and 9 months after surgery.

**Materials & Methods:** This study was a cross-sectional one and took place to compare the quality of life of 27 patients with cancers of the stomach and esophagus. Standardized QLQ-C30 questionnaire was used to data collection.

**Results:** The mean score of the overall of quality of life was determined in subjects under study, (51.65 + 16.8) (79.2 + 13.02) three and 9 months after surgery, respectively. Quality of life was evaluated in a more favorable status 9 months compared with 3 months after surgery. Quality of life of patients after the manifestation of signs and symptoms was evaluated as moderate 3 months after surgery, following which it was evaluated as relatively favorable 9 months after surgery.

**Conclusion:** According to available information, it becomes clear that after surgery both stomach and esophagus cancer patients have almost no problems in the levels of cognitive performance. However in terms of social performance they are impaired. These patients need more attention in terms of learning psychological skills, psycho-social counseling and economic support as well as increase in the insurance coverage.

**Keywords:** Quality of life, Cancer, Iran

**Address:** Kurdistan Research Centre for Social Determinants of Health, Kurdistan University of Medical Sciences faculty member, Pasdaran Street, Sanandaj, Iran. P.O. Box 66177-13391  
Tel: +98 9183737303, Fax: 98-871-6131468.

**Email:** Parvaneh.tay@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(4): 234 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Associate Professor of Epidemiology, Kurdistan Social Determinants Health Research Centre, Kurdistan University of Medical Sciences Faculty Member, Kurdistan, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor of Health Education, Kurdistan Social Determinants Health Research Centre, Kurdistan University of Medical Sciences Faculty, Kurdistan, Iran

<sup>3</sup> Msc Health Education, Gonabad University of Medical Sciences Faculty Member, Kurdistan, Iran