کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران

امیر پاکپور حاجی‌آقا: * مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین
داود پناهی چناقبلاغی: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
سعید یکانی نژاد: دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
سعیده نوروزی: کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۸ صص ۳۷۸-۳۷۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۱۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۷ مهر ۱۳۸۸]

چکیده

سرطان مری، هشتمین سرطان شایع در کل جهان (۴ درصد از کل) و ششمین علت منجر به مرگ ناشی از سرطان است.

هدف از مطالعه حاضر بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان مری است. این بررسی، یک مطالعه توصیفی ـ مقطعی است که به منظور بررسی کیفیت زندگی ۷۰ نفر از مبتلایان به سرطان مری در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران صورت گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های استانداردEORTC QLQ-C30 و EORTC QLQ-OES18 است که توسط یکی از پژوهشگران، از طریق مصاحبه با بیماران، تکمیل گردید.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPPSS12 و آزمون‌های آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی تست مستقل در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

مطالعه فوق نشان داد که بیشترین مشکل بیماران در مورد ابعاد کیفیت زندگی، متعلق به عملکرد هیجانی و کمترین مشکل مربوط به عملکرد شناختی است. همچنین از نظر علائم بیماری، بیشترین شکایت بیماران به مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری و کمترین شکایت آنها به مشکل تکلم مربوط می‌شوند. بین ابعاد کیفیت زندگی، ارتباطات مستقیمی برقرار است و از طرف دیگر، بین این ابعاد و علائم بیماری، ارتباطاتی در جهت معکوس برقرار است. همچنین بین نوع سرطان و نمرات مربوط به ابعاد کیفیت زندگی، ارتباط معنی‌داری برقرار است؛ به طوری که مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی، نسبت به مبتلایان به آدنوکارسینوم، نمرات کیفیت زندگی کم‌تری به دست می‌آورند.

با توجه به اطلاعات موجود، مشخص می‌گردد که افراد مبتلا به سرطان مری از لحاظ بعد شناختی قبل از عمل جراحی چندان مشکلی ندارند، اما از لحاظ عملکرد هیجانی دچار مشکل هستند و از نظر آموزش در زمینه مسائل روانی و کنترل هیجانات و مشاوره‌های روانی ـ اجتماعی و همچنین حمایت‌های اقتصادی و افزایش پوشش بیمه‌ای در هر دو گروه مبتلایان، به ویژه مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی، به توجه بیشتری نیاز دارند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سرطان مری، بیمارستان امام خمینی (ره)

* نویسنده پاسخگو: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی
E-mail: pakpour_amir@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]

مقدمه

کیفیت زندگی، احساس خوب بودنی است که از رضایت یا عدم رضایت از آن دسته از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند، ناشی می‌شود. کیفیت زندگی حوزه‌های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی و خانوادگی را شامل می‌شود[۱].کیفیت زندگی، یک مفهوم چند بعدی است که سازمان بهداشت جهان، آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است[۲]. تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است، چرا که مفهومی وسیع و پیچیده دارد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود. شخصیت سالم، آمیزه‌ای از تجارب فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی است که هر دو با هم، تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می‌سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند. زمانی که فردی در زندگی، احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد، خودمراقبتی خوبی داشته باشد، روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم‌تر باقی خواهد ماند. به علاوه، کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه مثبت خودتقویت کننده همچنان ادامه می‌یابد [۳، ۴]. بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم مربوط به آن، اثری مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد[۵]. در سالیان اخیر، علاقه‌مندی 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 صورت نوعی هدف درآمده است[۶]. سرطان مری، شایع‌ترین سرطان در مناطق در حال توسعه دنیا، شامل آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین، است[۷]. در آسیا در کشورهایی مانند چین، ژاپن، روسیه، ایران و هندوستان، این سرطان شیوع بیشتری دارد[۸]. میزان 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. در قسمت‌هایی از جنوب و شرق آفریقا و شمال غربی فرانسه نیز شیوع بیشتری دارد [۹، ۱۰]. مشکلات عمده این بیماران احساس سختی و درد در هنگام بلع، کاهش وزن و بی‌اشتهایی گزارش شده است. میزان بقای ۵ ساله سرطان مری، ۱۰ درصد است که خود نشان‌دهنده پیش آگهی ضعیف این بیماری است[۱۱]. 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 (۲۹۱ مورد) و ۳۱/۶ درصد را شامل می‌شود. بیشترین موارد سرطان مری در میان مردان در سنین۷۴-۶۵ سالگی و در بین زنان در سنین ۶۴-۵۵ سالگی است [۱۲].مطالعات نشان داده‌اند که سرطان مری با جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی، نظیر زندگی اجتماعی، ورزش، روابط بین فردی و زناشویی و توانایی کار کردن، تداخل ایجاد می‌کند [۱۳]. سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری نه تنها امکان ارزیابی اثر متغیرهای بیماری و درمان را بر کارکرد بیماران به دست می‌دهد، بلکه ما را قادر می‌سازد تا اثر مداخلات در جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را در گروه‌های اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان مری نیز بررسی کنیم [۱۴]. به همین منظور، پژوهشگران درصدد برآمدند تا تحقیقی را تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری در مراجعه کنندگان به بیمارستان امام خمینی (ره) انجام دهند. نتایج این تحقیق می‌توانند به کادر بهداشتی ـ درمانی کمک کند تا فعالیت‌های خود را در جهت پیشگیری و کنترل عوارض این نوع سرطان، ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این گونه بیماران، سازماندهی کنند.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر، به روش تو صیفی و مقطعی (Cross sectional) است. جامعه آن را ۷۰ بیمار زن و مرد مبتلا به سرطان مری که حداقل ۳ ماه از تاریخ تشخیص قطعی بیماری آنها گذشته است و به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران مراجعه کرده‌اند، تشکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد و قبل از انجام مطالعه، رضایت بیماران برای شرکت در مطالعه جلب گردید و مجوزهای لازم نیز از مسئولان دانشگاه و بیمارستان گرفته شدند. بیماران تحت مطالعه دارای خصوصیات زیر هستند:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]

۱-تشخیص قطعی سرطان مری آنها از سوی پزشکان متخصص
۲-گذشتن حداقل ۳ ماه از تشخیص قطعی مبتلا بودن آنها به سرطان
۳-مراجعه به بیمارستان امام خمینی (ره) جهت پی‌گیری امور درمانی
۴-عدم انجام جراحی ازوفاژکتومی (برداشتن مری)

داده‌ها از طریق مصاحبه (پرسش و پاسخ) جمع‌آوری شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد EORTC QLQ-C30 است که پرسشنامه عمومی بیماران سرطانی است و به فارسی ترجمه شده و روایی آن نیز، پس از بررسی و مطالعه بین سایر پرسشنامه‌های موجود، مورد تأیید قرار گرفته است [۱۵]. همچنین پرسشنامه استاندارد EORTC QLQ-OES18 [۱۶] که یک پرسشنامه اختصاصی برای بیماران مبتلا به سرطان مری است، انتخاب شد. دسترسی به این پرسشنامه نیز از طریق مکاتبه با مؤسسه EORTC (سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا) میسر گردید. به منظور تعیین پایایی (Reliability) پرسشنامه از روش آزمون مجدد (Test- retest) استفاده شد و ضریب همبستگی پاسخ‌های دو مرحله r=۰/۸۹ محاسبه گردید که خود نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسشنامه است. پرسشنامه QLQ-C30 در بر دارنده ۳۰ سؤال است که قسمت اول آنها (۵سؤال)، مربوط به عملکرد فیزیکی، قسمت دوم(۲سؤال)، مربوط به ایفای نقش، قسمت سوم (۱۳ سؤال)، مربوط به علائم بیماری، قسمت چهارم (۲ سؤال)، مربوط به عملکرد شناختی، قسمت پنجم (۴سؤال)، مربوط به عملکرد هیجانی، قسمت ششم (۲ سؤال)، مربوط به عملکرد اجتماعی و در نهایت قسمت آخر (که شامل ۲ سؤال است)، مربوط به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی هستند. در این پرسشنامه، از مقیاس چهار درجه‌ای (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) برای سنجش پاسخ‌ها استفاده شد؛ به جز در مورد سؤالات مربوط به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی که دارای مقیاس ۷ درجه‌ای است. پرسشنامهQLQ-OES18 نیز شامل ۱۸ سؤال است که همگی مربوط به علائم بیماری هستند. امتیازات در نظر گرفته شده برای سؤالات این پرسشنامه از ۱ تا ۴ در نوسانند؛ در مورد مقیاس‌های عملکردی و وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی، امتیاز ۱ نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز بیشتر از آن، نشانگر وضعیت مطلوب فرد هستند. همچنین، در مورد مقیاس‌های مربوط به علائم بیماری، امتیاز ۱ نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز بیشتر، نشانگر وضعیت مطلوب فرد هستند؛ نمره‌دهی سؤالات بر اساس امتیازدهی دستی پرسشنامه EORTC QLQ-C30 به روش تبدیل خطی (Linear transformation) انجام پذیرفته است [۱۷]. اطلاعات جمعیتی نیز شامل سن، جنس، محل سکونت (شهر یا روستا)، تحصیلات، نوع سرطان و وضعیت شغلی هستند.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 12 مورد بررسی قرار گرفتند و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون‌های آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل) با سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در ۷۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان مری بیانگر آنند که میانگین سنی بیماران مورد مطالعه ۵۸/۳۵ سال (از ۲۶ سال تا ۸۷ سال) است. از نظر جنسیتی ۵۲/۹ درصد (۳۷ نفر) از واحدها را مردان و ۴۷/۱ درصد (۳۳ نفر) از واحدها را زنان تشکیل می‌دهند. از نظر محل سکونت، ۴۵/۷ درصد (۳۲ نفر) بیماران در شهر و ۵۴/۳ درصد (۳۸ نفر) در روستاها ساکن بودند. به لحاظ میزان تحصیلات نیز ۶۵/۷ درصد (۴۶ نفر) از بیماران بی سواد، ۲۵/۷ درصد (۱۸ نفر) با تحصیلات سیکل و ۸/۶ درصد (۶ نفر) دارای مدرک دیپلم بودند. در مورد وضعیت شغلی واحدهای پژوهش، با تقسیم بندی جنسیتی بیماران مشخص گردید که ۱۰۰ درصد از زنان بیمار صرفاً خانه دار هستند و در میان مردان، ۵۷ درصد (۲۱ نفر)شاغل و ۴۳ درصد (۱۶ نفر) بی کار بودند (جدول شماره ۱). نتایج آماری نشان دادند که بین شغل و عملکرد اجتماعی، ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۴)؛ به طوری که افراد شاغل نسبت به افراد بی کار، نمرات کمتری کسب کردند. در مورد سایر متغیرها مانند سن، تحصیلات، محل سکونت و جنس، هیچ رابطه معنی‌داری با اجزای مختلف کیفیت زندگی، شامل عملکرد فیزیکی، روانی، اجتماعی، شناختی، ایفای نقش، علائم بیماری و وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی، مشاهده نشد. در ارتباط با ابعاد عملکردی کیفیت زندگی که از پرسشنامه EORTC QLQ_C30 استخراج شدند، نمرات کسب شده بیماران در حیطه‌های عملکردی از ۴۴/۲۶ تا ۸۹/۶۷ در نوسانند (نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده بهترین وضعیت سلامت و نمره صفر بدترین وضعیت سلامت هستند). میانگین نمرات بیماران در بعد عملکرد جسمانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]

۶۰/۶۴، در بعد ایفای نقش ۴۸/۵۶، در بعد عملکرد هیجانی ۴۴/۲۶، در بعد عملکرد شناختی ۸۹/۶۷، در بعد عملکرد اجتماعی ۷۴/۵۴ و بالأخره در بعد وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی ۴۶/۲۱ هستند. در حیطه علائم بیماری نیز بیشترین شکایت بیماران به مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری (۶۴/۷۶) و کمترین مشکل آنها به اختلال در تکلم (۱۷/۱۴) مربوط می‌شود که نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب و نمره صفر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب است. با تقسیم بندی بیماران بر اساس نوع سرطان (کارسینوم سلول سنگفرشی و آدنوکارسینوم) و تعیین میانگین نمرات بیماران متعلق به این دو گروه، مشخص شد که در مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی، بهترین عملکرد به حوزه عملکرد شناختی با نمره میانگین ۸۹/۷۲ و ضعیف‌ترین عملکرد، به حوزه عملکرد هیجانی با نمره میانگین ۴۰/۱۴ تعلق دارند و همچنین در حوزه علائم بیماری، بیشترین شکایت بیماران این گروه به مشکلات اقتصادی بیماری با نمره میانگین ۶۵/۴۳ و کمترین شکایت آنها به اشکال در تکلم با نمره میانگین ۱۹/۱۴ مربوط می‌شوند. در مبتلایان به آدنوکارسینوم نیز بهترین عملکرد به حوزه عملکرد شناختی با نمره میانگین ۸۹/۵ و ضعیف‌ترین عملکرد به حوزه وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی با نمره میانگین ۵۷ تعلق داشتند. در مورد علائم بیماری، بیشترین شکایت مبتلایان به آدنوکارسینوم، مانند مبتلایان کارسینوم سلول سنگفرشی، به مشکلات اقتصادی با نمره میانگین ۶۲/۵ مربوط می‌شد. ولی کمترین شکایت بیماران این گروه از شکایت اسهال، با نمره میانگین ۶/۲۵، بود. در مورد ارتباطات جاری بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران و نوع سرطان مری باید گفت که تمام حوزه‌ها، به استثنای عملکرد شناختی، با نوع سرطان مری ارتباط داشتند؛ به طوری که میانگین نمرات مبتلایان به آدنوکارسینوم در حوزه‌های فوق‌الذکر به طور معنی‌داری بیشتر از میانگین نمرات در مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی بودند.

همچنین در مورد علائم بیماری، خستگی، درد، مشکل در غذا خوردن و مشکل در احساس مزه غذاها ارتباط معناداری با نوع سرطان مری داشتند، به طوری که این علائم در مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی، شایع‌تر بودند (جدول شماره۲ و ۳). از نظر ارتباطات موجود بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی (عوامل عملکردی)، به جز در مورد ارتباط بین حوزه عملکرد شناختی (RF) با سایر ابعاد کیفیت زندگی، که هیچ گونه ارتباطی در میان آنها مشاهده نشد، در بین سایر ابعاد، ارتباطات مستقیمی برقرار بودند که در بین آنها، بعد عملکرد هیجانی بیشترین ارتباط را با سایر ابعاد کیفیت زندگی دارد. در مورد ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با علائم بیماری نیز، به جز در مورد ارتباط بین اشکال در بلعیدن غذا (OESDYS) با سایر ابعاد کیفیت زندگی و همچنین حوزه عملکرد شناختی (CF) با علائم بیماری که هیچ گونه ارتباطی بین آنها مشاهده نشد، در میان سایر عوامل کیفیت زندگی و علائم بیماری، ارتباط معکوسی وجود داشت.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران مبتلا به سرطان مری مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) تهران بر حسب متغیرهای جمعیتی و نوع سرطان مری

متغیرها	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۳۷	۵۲/۹
زن	۳۳	۴۷/۱
محل سکونت		
شهر	۳۲	۴۵/۷
روستا	۳۸	۵۴/۳
سطح تحصیلات		
بی سواد	۴۶	۶۵/۷
سیکل	۱۸	۲۵/۷
دیپلم	۶	۸/۶
شغل		
خانه دار	۳۶	۵۱/۴
شاغل	۲۱	۳۰
بی کار	۱۳	۱۸/۶
نوع سرطان		
کارسینوم سلول سنگفرشی	۵۴	۷۷
آدنو کارسینوم	۱۶	۲۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]

جدول شماره ۲- نمرات کیفیت زندگی در پرسشنامه EORTCQLQ-C30 در بیماران مبتلا به سرطان مری بر اساس نوع سرطان

	کارسینوم سلول سنگفرشی		آدنوکارسینوم		کل بیماران	P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
*** عملکرد**						
عملکرد جسمانی	۵۵/۹۶	۱۷/۸۵	۷۶/۳۷	۲۱/۵۲	۶۴/۶۸	۰/۰۰۲
ایفای نقش	۴۰/۴۶	۳۳/۲	۷۵/۸۷	۳۱/۶۸	۴۸/۵۶	۰/۰۰۱
عملکرد هیجانی	۴۰/۱۴	۲۲/۹۲	۵۸/۱۲	۲۶/۱۹	۴۴/۲۶	۰/۰۲۱
عملکرد شناختی	۸۹/۷۲	۱۷/۳۲	۸۹/۵	۲۵/۷۸	۸۹/۶۷	۰/۹۷۵
عملکرد اجتماعی	۷۰/۷۴	۳۱/۸۳	۸۷/۳۷	۲۴/۱۳	۷۴/۵۴	۰/۰۳۲
وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی	۴۳	۱۶/۸۷	۵۷	۱۹/۰۱	۴۶/۲۱	۰/۰۱۴
**** علائم**						
مشکل خواب	۴۵/۶۸	۳۱/۹۲	۳۹/۵۸	۳۲/۷	۴۴/۲۹	۰/۵۱۶
کاهش اشتها	۶۲/۹۶	۲۷/۲۲	۴۳/۷۵	۳۷/۹۴	۵۸/۵۷	۰/۰۷۴
یبوست	۳۴/۵۷	۳۵/۴۴	۳۷/۵	۴۱/۹۴	۳۵/۲۴	۰/۸
اسهال	۱۹/۷۵	۳۲/۷۱	۶/۲۵	۲۵	۱۶/۶۷	۰/۰۸۸
مشکلات اقتصادی	۶۵/۴۳	۳۲/۳۵	۶۲/۵	۳۱/۹۱	۶۴/۷۶	۰/۷۵
خستگی	۵۸/۶۴	۱۷/۵۹	۳۷/۵	۲/۹۱	۵۳/۸۱	۰/۰۰۳
تهوع و استفراغ	۳۲/۶۴	۲۶/۷۹	۱۹/۷۹	۲۴/۵۱	۳۰/۴۸	۰/۰۶۳
درد	۳۸/۲۷	۲۲/۰۸	۲۳/۶۸	۲۰/۲۴	۴۹/۰۵	۰/۰۱۹
تنگی نفس	۱۸/۵۲	۲۷/۲۲	۲۰/۸۳	۲۶/۸۷	۱۹/۰۵	۰/۷۶۵
مشکل در غذا خوردن	۴۹/۸۵	۱۸/۲۸	۲۸/۶۵	۲۰/۴۱	۴۵/۰۰	۰/۰۰۱
ریفلاکس	۴۳/۲۱	۲۵/۶	۲۵	۲۴/۳۴	۳۹/۰۵	۰/۰۱۵
مشکل در بلع بزاق	۲۱/۶	۳۱/۸۳	۱۶/۶۷	۲۴/۳۴	۲۰/۴۸	۰/۵۱
احساس خفگی هنگام غذا خوردن	۴۴/۴۴	۳۹/۹۲	۳۱/۲۵	۳۷/۴۵	۴۱/۴۳	۰/۲۳۴
خشکی دهان	۵۳/۰۹	۳۴/۵۸	۳۵/۴۲	۳۳/۲۶	۴۹/۰۵	۰/۷۶
مشکل در احساس مزه غذا	۵۸/۶۴	۳۳/۶۱	۳۱/۲۵	۲۸/۴۶	۵۲/۳۸	۰/۰۰۳
اشکال در سرفه کردن	۳۳/۳۳	۳۷/۲۰	۲۹/۱۷	۳۱/۹۱	۳۲/۳۸	۰/۶۶۳
اشکال در تکلم	۱۹/۱۴	۲۶/۳۸	۱۰/۴۲	۱۵/۹۶	۱۷/۱۴	۰/۱۱۲
اشکال در بلعیدن غذا (دیسفاژی)	۳۵/۶	۱۷/۱۸	۴۳/۷۵	۲۵/۴۹	۳۹/۰۵	۰/۲۴۴

* نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بهتر است. ** نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بدتر است.

جدول شماره ۳- نمرات کیفیت زندگی در پرسشنامه EORTC QLQ-OES18 در بیماران مبتلا به سرطان مری بر اساس نوع سرطان

	کارسینوم سلول سنگفرشی		آدنوکارسینوم		کل بیماران	P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
*** علائم**						
تنگی نفس	۱۸/۵۲	۲۷/۲۲	۲۰/۸۳	۲۶/۸۷	۱۹/۰۵	۰/۷۶۵
مشکل در غذا خوردن	۴۹/۸۵	۱۸/۲۸	۲۸/۶۵	۲۰/۴۱	۴۵/۰۰	۰/۰۰۱
ریفلاکس	۴۳/۲۱	۲۵/۶	۲۵	۲۴/۳۴	۳۹/۰۵	۰/۰۱۵
مشکل در بلع بزاق	۲۱/۶	۳۱/۸۳	۱۶/۶۷	۲۴/۳۴	۲۰/۴۸	۰/۵۱
احساس خفگی هنگام غذا خوردن	۴۴/۴۴	۳۹/۹۲	۳۱/۲۵	۳۷/۴۵	۴۱/۴۳	۰/۲۳۴
خشکی دهان	۵۳/۰۹	۳۴/۵۸	۳۵/۴۲	۳۳/۲۶	۴۹/۰۵	۰/۷۶
مشکل در احساس مزه غذا	۵۸/۶۴	۳۳/۶۱	۳۱/۲۵	۲۸/۴۶	۵۲/۳۸	۰/۰۰۳
اشکال در سرفه کردن	۳۳/۳۳	۳۷/۲۰	۲۹/۱۷	۳۱/۹۱	۳۲/۳۸	۰/۶۶۳
اشکال در تکلم	۱۹/۱۴	۲۶/۳۸	۱۰/۴۲	۱۵/۹۶	۱۷/۱۴	۰/۱۱۲
اشکال در بلعیدن غذا (دیسفاژی)	۳۵/۶	۱۷/۱۸	۴۳/۷۵	۲۵/۴۹	۳۹/۰۵	۰/۲۴۴

* نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بدتر است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]

بحث و نتیجه گیری

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 در حال توسعه و پانزدهمین تومور در کشورهای پیشرفته است [۱۸].

سرطان مری به علت عوارضی مثل سختی در بلع مواد غذایی، خستگی و ضعف، اسهال، سیری زودرس، بی اشتهایی و عوارض روانی و رفتاری متعدد، به طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد. این اثرات می‌تواند در نتیجه تغییر رژیم غذایی، وابستگی دائمی به دارو، جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی، عوارض متعدد کوتاه یا بلند بیماری و هزینه‌های مربوط به آنها باشد [۱۹].

در مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به سرطان مری با متوسط سنی ۵۸ سال، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در مطالعه‌ای که توسط بلیزبی (Blazeby) و همکاران انجام گرفت، بیشترین درصد بیماران در گروه سنی ۶۴ سال قرار داشتند [۲۰]. در مطالعه کریم‌ا... حاجیان و همکاران نیز میانگین سنی ۶۲ سال بود [۲۱].

از مجموع تحقیقات فوق بر می‌آید که شیوع سنی بیشترین درصد بیماران مبتلا به سرطان مری، ۶۵-۷۵ سال است که باعث شده سرطان مری به صورت یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در افراد مسن درآید. نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که درصد ابتلای زن و مرد تقریباً مساوی است.

در مطالعه‌ای که اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های وزارت بهداشت انجام داد، درصد ابتلای بیماران زن و مرد تقریباً مساوی بود[۱۲]. در تحقیقی که توسط قوام زاده و همکاران انجام گرفت نیز درصد ابتلای بیماران زن و مرد مساوی بود[۲۲]. در مطالعه‌ای که شهریار سمنانی نیز انجام داد، تعداد ابتلای بیماران زن و مرد تقریباً مساوی بود[۲۳]. در مورد میزان تحصیلات، نتایج بررسی حاضر نشان می‌دهند که اکثر واحدها بی سواد (۶۵/۷ درصد) و کمترین درصد بیماران مبتلا به سرطان مری، دارای دیپلم هستند که شاید علت آن بروز سرطان مری در سنین بالا و کم بودن درصد باسوادی در این سنین باشد. در مورد محل سکونت، نتایج بررسی حاضر نشان دادند که اکثر بیماران در روستا زندگی می‌کنند(۵۴ درصد). در تحقیق دکتر احمد اعظمی و همکاران نیز بیشترین درصد بیماران را روستاییان تشکیل می‌دادند[۲۴].

در مطالعه حاضر، 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 ۵۴-۷۴ و در بعد وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی ۴۶/۲۱ بود که در مطالعه‌ای که بلیزبی 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].

در مطالعه‌ای نیز که توسط کوبایاشی (Kobayashi) و همکاران صورت پذیرفت، نمرات عملکرد جسمانی ۷۷، ایفای نقش ۶۸، عملکرد هیجانی ۷۷، عملکرد شناختی ۷۴، عملکرد اجتماعی ۷۲ و وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی ۵۸ بودند [۲۶]. چنان که مشاهده می‌شود، به جز در مورد عملکرد شناختی، که نمرات حاصل از مطالعه حاضر تقریباً مشابه مطالعات انجام 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 حوزه عملکرد شناختی است که مطالعات بلیزبی و همکاران و همچنین کوبایاشی و همکاران بر نتایج مطالعه حاضر در این مورد صحه می‌گذارند. از طرف دیگر، کمترین نمره در مطالعه حاضر، متعلق به عملکرد هیجانی است؛ در صورتی که در مطالعات بلیزبی و همکاران [۲۵] و کوبایاشی و همکاران، کمترین نمره به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی تعلق دارد. مطالعه حاضر، نشانگر آن است که شیوع ابتلا به کارسینوم سلول سنگفرشی، در برابر ابتلا به آدنوکارسینوم، ۳ به ۱ است که مطالعه‌ای که توسط حاجیان و همکاران انجام گرفته، با همین نتایج همسویی دارند [۲۷]. مطالعه پوراحمد و همکاران نیز نتیجه فوق را تصدیق می‌کند [۲۸].

در مورد ارتباط نوع سرطان مری و نمرات کیفیت زندگی، نتایج این مطالعه نشان می‌دهند که نمرات کیفیت زندگی در مبتلایان به آدنوکارسینوم، به طرز محسوسی، بیشتر از نمرات مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی است. شدت علایم بیماری نیز در مبتلایان به آدنوکارسینوم، کمتر از علایم مبتلایان به کارسینوم سلول سنگفرشی گزارش شد که با نتایج مطالعه‌ای که توسط چین (Chin) و همکاران صورت گرفت، همسو است [۲۹]. نتایج این مطالعه نشان می‌دهند که افراد مبتلا به سرطان مری، مشکلاتی در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]

کیفیت زندگی، به خصوص در بعد عملکرد هیجانی دارند؛ از این رو، برنامه‌ریزی به منظور ارتقای سطح بهداشت روانی و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و ارائه مشاوره‌های لازم در زمینه‌های روان شناسی و آموزش راهکارهای سازگاری در کنار ارائه خدمات کلینیکی و درمانی به بیماران و همچنین خانواده‌های آنها که به طور مستقیم با این بیماران و بیماریشان درگیر هستند، می‌توانند 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، پژوهشگران چنین تصور می‌کنند که علت تفاوت‌های بین نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه در سایر کشورها در موارد فوق‌الذکر، عدم وجود درمان‌های حمایتی مناسب و کافی، عدم آموزش‌های مناسب در زمینه عملکرد روانی و کنترل هیجان‌ها و نیز کمبود مشاوره روانی ـ اجتماعی برای بیماران و خانواده‌های آنها هستند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کمک‌های بی‌شائبه و راهنمایی‌های دلسوزانه دکتر علی منتظری و همچنین همکاری‌های بی‌دریغ دکتر آذین نحوی‌جو، مدیریت مرکز تحقیقات انسیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره) و کارکنان آن است که وظیفه خود می‌دانیم از این عزیزان تشکر و قدرانی کنیم.

منابع

1- Sammarco A. Perecived social support uncertainly and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 2001; 24: 212-19

2- Vedat I, Perinan G, Seref K. The relationship between disease future and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24: 490-95

3- Troid H. Quality of life: definition, conceptualization and implications. *Theoretical Surgery* 1991; 6: 138-42

4- Smeltzer S, Bare BG. *A textbook of medical-surgical nursing*. 10th Edition, WB Lippincott Co: Philadelphia, 2004

5- Holzner B, Kemmler G, Sprener-unterweger B. Quality of life measurement in oncology-a matter of the assessment instrument? *European Journal of Cancer* 2001; 37: 2349-56

6- Crakowski MS. Health-related quality of life outcomes in clinical research. *American Journal of Epidemiology* 1999; 283: 215

7- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal* 1992, 305: 1074-7

8- Fayers P, Machin D. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. 1st Edition, John Wiley & Sons Press: Manchester, 2000

9- Lam A. Malecula bialgg to esophageal squamous cell carcinoma. *Oncology Hematology* 2000: 33: 71-90

10- Pera M. Recent change in the epidemiology of esophageal cancer. *Surgical Oncology* 2001: 10: 81-90

11- Muller JM, Erasmi H, Stelzerner M, Zieren U, Pichlmaier H. Surgical therapy of esophageal carcinoma. *British Journal of Surgery* 1990; 77: 845-47

۱۲- اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، اداره ژنتیک سرطان، وضعیت بروز سرطان مری در ایران، ۱۳۷۵

13- Blazeby JM, Kavadas V, Vickery CW, Greenwood R, Berrisford RG, Alderson D. A prospective comparison of quality of life measures for patient with esophageal cancer. *Quality of Life Research* 2005; 14: 387-93

14- Darling G, Eton DT, Sulman J, Casson AG, Celia D. Validation of the functional assessment of cancer therapy esophageal cancer subscale. *Cancer* 2006; 107: 854-63

15- Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): translation and validation study of Iranian version Support Care. *Cancer* 1999; 7: 400-406

16- Blazeby JM, Alderson D, Winstone K. Development of an EORTC questionnaire module to be used in quality of life assessment for patients with oesophageal cancer. *European Journal of Cancer* 1996; 32: 1912-17

17- Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomeley A. *EORTC QLQ-C30 Scoring Manual*. 3rd Edition 2001

18- Brooks-Brunn JA. Esophageal cancer: an overview. *Medsurg Nursing* 2000; 9: 248-54

19- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. *Harrison's principles of international medicine*. 15th Edition, McGraw-HILL: New York, 2001

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]

20- Blazeby JM, Metcalfe C, Nicklin J, Barham BC, Donovan J, Alderson D. Association between quality of life scores and short-term outcome after surgery for cancer of the esophagus or gastric cardia. *British Journal of Surgery Society* 2005; 92: 1502-7

۲۱- حاجیان کریم‌ا...، صداقت صادق. بررسی عوامل پیش آگهی کننده بقاء در مبتلایان به سرطان مری تحت رادیوتراپی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان* ۱۳۸۱، ۹، ۲۳۰-۲۲۲

22- Ghavamzadeh A, Moussavi A, Jahani M, Rastegarpanah M, Iravani M. Esophageal cancer in Iran. *Seminars in Oncology* 2001; 28: 153-7

۲۳- سمنانی شهریار، بشارت سیما، عبدالهی نفیسه، کشتکار عباسعلی، کبیر محمدجواد، فاضل عبدالرضا و همکاران. بررسی سرطان مری و برخی عوامل مرتبط با آن در حاشیه جنوب شرقی دریای خزر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان* ۱۳۸۳، ۱۳، ۲۸-۲۴

۲۴- اعظمی احد، یزدان‌بد عباس، عباس قلیزاده ناطق، صادقی یگانه. عوامل خطر سرطان مری و ارتباط آن با مکان‌های مختلف آناتومیک مری در درمانگاه گوارش ارس اردبیل. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل* ۱۳۸۵، ۶، ۱۳۱-۱۲۶

25- Blazeby JM, Conroy T, Hammerlid E, Fayers P, Sezer O, Koller M,et al. Clinical and psychometric validation of and EORTC questionnaire module, the EORTC QLQ-OES18, to assess quality of life in patients with esophageal cancer. *European Journal of Cancer* 2003; 39: 1384-94

26- Kobayashi K, Morita S, Shimongayoshi M, Kobayshi M, Fujiki Y. Effects of socioeconomic factors and cancer survivors worries on their quality of life (QOL) in Japan. *Psychooncology* 2008; 17: 101-12

۲۷- حاجیان کریم‌ا...، کاشی‌فرد مهراد، داودی حسین، عابدی مجید. بررسی اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به سرطان مری مراجعه کننده به مرکز پرتو درمانی شهید رجایی بابلسر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان* ۱۳۸۲، ۵، ۷۹-۷۳

۲۸- پوراحمد احمد، یاور بیژن. جغرافیای پزشکی سرطان مری در ایران. *پژوهشهای جغرافیایی* ۱۳۸۰، ۴۱، ۲۴-۱۳

29- Hur C, Wittenberg E, Nishioka NS, Gazelle GS. Quality of life in patients with various Barrett's esophagus associated health states. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006; 4; 45

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.6.3]