

بررسی تأثیر آموزش چگونگی مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی

عارفه داودی*، دکتر منیره انوشه**، دکتر ربابه معماریان***

نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس anooshehm@hotmail.com

دریافت: ۸۴/۷/۱۸ پذیرش: ۸۵/۵/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات جسمی و عوارض عمده پس از عمل جراحی سرطان مری به عنوان فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی شناخته شده است، به طوری که این علائم اثرات سویی بر ابعاد روحی - روانی، اجتماعی و عاطفی بیماران داشته است. این پژوهش به منظور بررسی تأثیر آموزش چگونگی مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. **روش بررسی:** در این مطالعه‌ی نیمه تجربی ۷۷ نفر از بیماران مبتلا به سرطان مری به طور غیرتصادفی با توجه به مشخصات نمونه‌ها (سن ۳۵ سال و بالاتر و عمل جراحی با روش ترانس هیاتال) در گروه مورد و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (SF_{36}) و چک لیست مشکلات جسمی بیماران سرطان مری می‌باشد. سه جلسه‌ی نیم ساعته‌ی آموزش چهره به چهره برای ۴۰ نفر از بیماران و خانواده‌هایشان اجرا شد و ۳۷ نفر از بیماران به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی و تعداد مشکلات بیماران در هر دو گروه، در دو مرحله‌ی قبل از اجرای آموزش و عمل جراحی و یک ماه پس از اجرای آموزش و عمل جراحی به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی SF_{36} و چک لیست بررسی مشکلات سنجیده شد و در پایان میزان کیفیت زندگی و تعداد مشکلات دو گروه مقایسه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: آزمون آماری T مستقل با $P=0/53$ نشان داد که نمره‌ی کل کیفیت زندگی قبل از اجرای مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری ندارد به علاوه همین آزمون با $P=0/46$ بیان‌گر این مطلب است که نمره‌ی کل کیفیت زندگی بعد از مداخله در دو گروه اختلاف معنی‌داری ندارد. اما آزمون آماری T زوجی با $P=0/035$ نشان داد که نمره‌ی کل کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری دارد و به علاوه همین آزمون با $P=0/009$ نشان داد که نمره‌ی کل کیفیت زندگی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری دارد. آزمون ضریب همبستگی پیرسون با $P>0/05$ نشان داد که بین متغیرهای دموگرافیک با نمره‌ی کل کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. آزمون آماری T زوجی با $P=0/05$ نشان داد که تعداد مشکلات بیماران بعد از اجرای آموزش کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: آموزش چگونگی مراقبت از خود بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران و کاهش مشکلات آنان مؤثر بوده است، از این رو با توجه به زمان پیگیری اثرات آموزش (یک ماه) حجم نمونه و اثربخشی این مداخله، انجام مطالعات گسترده‌تر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: سرطان مری، عمل جراحی ازوفازکتومی، کیفیت زندگی، مراقبت از خود، آموزش چهره به چهره

*کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

**دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشگاه تربیت مدرس

***دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

سرطان مری، سرطان شایع در مناطق در حال توسعه‌ی دنیا؛ آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین می‌باشد. این سرطان در آسیا در کشورهایی مانند چین، ژاپن، جمهوری روسیه، ایران و هندوستان از شیوع بالاتری برخوردار است. در کشور ایران این بیماری بیشتر در شمال، شمال شرقی و قسمت جنوبی سواحل دریای خزر گزارش شده است (۱،۲). بر اساس آخرین گزارش‌ها در زمینه‌ی بروز سرطان مری در ایران، سرطان مری چهارمین سرطان شایع و دومین سرطان شایع دستگاه گوارش می‌باشد. از کل ۱۱۰۲۵ مورد سرطان ثبت شده در سال ۱۳۷۵، تعداد ۹۲۲ مورد به سرطان مری تعلق داشت. بیشترین موارد سرطان در میان مردان در سنین ۶۵ تا ۷۴ سالگی و در بین زنان در سنین ۵۵ تا ۶۴ سالگی می‌باشد. تعداد ۸۲۲ مورد (۸۹ درصد) از کل سرطان‌های مری از نوع سلول‌های سنگفرشی و تعداد ۴۴ مورد (۴/۸ درصد) از نوع آدنوکارسینوما می‌باشد (۳). سرطان مری درمان‌های مختلفی دارد که شامل شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و جراحی است که این روش‌های درمانی به تنهایی یا به صورت ترکیبی انجام می‌شوند. نوع عمل و اهداف درمانی در بیماران مبتلا به سرطان موضعی مری در مقایسه با بیماران مبتلا به سرطان موضعی پیشرفته و گسترش یافته متفاوت است. در سرطان موضعی مری (مرحله‌ی I و II)، عمل جراحی درمان اصلی می‌باشد، در حالی که در بیماران با سرطان موضعی پیشرفته، درمان ترکیبی شامل رادیوتراپی، شیمی‌درمانی و جراحی کاربرد بیشتری دارد (۴). عوارض عمده پس از عمل جراحی مری ایجاد فیستول در محل آناستوموز مری - معده، تنگی محل آناستوموز، عوارض ریوی، تهوع، استفراغ، سیری زودرس، بی‌اشتهایی، سوزش سردل، برگشت غذا، سرفه، اسهال، درد شکمی، تنگی نفس، خستگی و ضعف می‌باشد (۵). این عوارض به صورت علایمی از جانب بیمار بیان می‌شود و هدف اصلی از اقدامات پرستاری کنترل این علایم

و کاهش آن‌ها می‌باشد. این مشکلات جسمانی، به عنوان فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی شناخته شده‌اند به طوری که این علایم اثرات سویی بر ابعاد روحی - روانی، اجتماعی و عاطفی بیماران داشته است (۵).

روش بررسی

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی می‌باشد که با هدف تأثیر آموزش چگونگی مراقبت از خود بر میزان کیفیت زندگی بیماران سرطان مری بعد از عمل ازوفازکتومی انجام شده است. در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، چک لیست تعیین مشکلات جسمی و پرسشنامه‌ی عمومی کیفیت زندگی با فرم کوتاه (SF36) که دارای هشت بُعد و ۳۶ سؤال بود استفاده شده است. ابعاد هشت‌گانه‌ی پرسشنامه‌ی SF36 شامل سلامتی کلی و عمومی، محدوده‌ی انجام فعالیت (عملکرد جسمانی)، تأثیر بیماری و مشکلات جسمانی ناشی از عملکرد و سطح فعالیت (ایفای نقش جسمانی)، تأثیر مشکلات روحی - روانی ناشی از بیماری بر سطح فعالیت و عملکرد فرد (نقش عاطفی)، تأثیر بیماری و مشکلات جسمی و روحی - روانی ناشی از بیماری بر فعالیت اجتماعی (عملکرد اجتماعی)، درد بدن و تأثیر آن بر سطح فعالیت و عملکرد، نیرو و انرژی (حیات و زندگی) و سلامتی روحی - روانی می‌باشد. پایایی این پرسشنامه بر اساس آزمون کرونباخ ۸۵ درصد می‌باشد که توسط برازیر و همکارانش تست گردیده و در پژوهش‌های سراسر دنیا مورد استفاده قرار گرفته است (۶-۸). به دلیل دسترسی آسان‌تر به نمونه‌ها، بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و شریعتی تهران برای انجام پژوهش انتخاب گردیدند. روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و گزینش نمونه‌ها در گروه‌های مورد و شاهد به صورت تصادفی انجام شد که حجم نمونه حدود ۴۵ نفر در هر گروه برآورد گردید. با توجه به تحقیقی که در سال ۱۹۹۰ توسط رودر در مورد کیفیت زندگی بیماران سرطانی بعد از عمل

از وفاژکتومی انجام گرفت و کیفیت زندگی آنان بین ۶۳ تا ۶۸ درصد اعلام شد (۹)، پژوهشگران با اجرای آموزش چگونگی مراقبت از خود خواستار ارتقای میزان کیفیت زندگی این بیماران به ۹۰ درصد بوده‌اند. در ابتدا گروه شاهد با توجه به مشخصات نمونه‌ها (سن ۳۵ سال و بالاتر، مرحله‌ی یک و دو بیماری کانسر مری، عمل جراحی به روش ترانس‌هیاتال و نداشتن سابقه‌ی بیماری‌های قلبی-عروقی، کلیوی، کبدی و دیابت) در بخش‌های جراحی انتخاب گردیدند. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی و اطلاعات دموگرافیک و چک لیست مشکلات به طور هم‌زمان، قبل از عمل جراحی توسط بیماران برای بار اول تکمیل گردید. یک ماه پس از ترخیص بیمار، پرسشنامه‌ها برای بار دوم با مراجعه به منازل ایشان تکمیل شد. پس از اتمام کار به منظور رعایت اصول اخلاقی، آموزش چگونگی مراقبت از خود برای بیماران ارایه و پمفلت‌های آموزشی در اختیار آنان قرارگرفت. گروه آزمون نیز با توجه به مشخصات نمونه‌ها انتخاب گردید. ابزارهای مذکور برای بار اول در گروه آزمون، قبل از عمل و قبل از شروع آموزش تکمیل گردید. سپس آموزش چگونگی مراقبت از خود در ۳ جلسه‌ی نیم ساعته به روش چهره به چهره ارایه شد.

جلسه‌ی اول آموزش ۴ تا ۵ روز قبل از عمل جراحی تشکیل و طی آن توصیه‌هایی در مورد نوع رژیم غذایی (پرپروتئین و پرکالری)، انجام ورزش‌های تنفسی (تنفس عمیق و سرفه) قبل و بعد از عمل، رعایت بهداشت دهان و اهمیت آن در بهبود محل آناستوموز، عوامل خطر و عوامل پیشگیری‌کننده از سرطان مری ارایه شد. به منظور درک بهتر مطالب ارایه شده، تصاویر رنگی ساختمان مری قبل و بعد از عمل به بیماران نشان داده شد و همچنین تأکید گردید که موارد آموزش داده شده به مدت ۴ تا ۵ روز قبل از عمل در بخش به طور عملی اجرا شود. جلسه‌ی دوم آموزش بعد از عمل جراحی یعنی بعد از این که بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه به بخش جراحی منتقل شد انجام گردید. در این جلسه

اهمیت رعایت نکات آموزشی ارایه شده و نحوه‌ی کاربرد آن‌ها در زمینه‌ی تغذیه، بهداشت دهان، تنفس و تحرک ذکر گردید. بیمار به راه رفتن در بخش و داشتن تحرک، تنفس عمیق و سرفه، رعایت بهداشت دهان با استفاده از دهان‌شویه‌ی نرمال سالین تشویق گردید، هم‌چنین دلایل عدم دریافت مایعات و مواد غذایی از طریق دهان به مدت ۳ تا ۴ روز و بر اساس دستور پزشک بیان شد. این جلسه با حضور همراه بیمار (یکی از اعضای خانواده) برگزار و موارد بیان شده به کمک او برای بیمار به کار گرفته شد. جلسه‌ی سوم آموزش، یک روز قبل از ترخیص به مدت ۳۰ دقیقه اجرا گردید. مراقبت‌های زمان ترخیص و چگونگی مراقبت در منزل به وسیله‌ی یک پمفلت آموزشی که شامل توضیحاتی در مورد الگوی تغذیه‌ی سالم، بهداشت دهان و دستگاه تنفسی، تحرک و فعالیت بدنی و چگونگی حمایت اعضای خانواده از بیمار بود به همراه بیماران ارایه شد. به منظور پیگیری مطالب آموزشی در منزل برگه‌ی خود گزارش‌دهی مراقبت، به همراه بیمار داده شد تا مواردی را که طبق برنامه به کار می‌برند ثبت نمایند و به منظور پیگیری نمونه‌های آزمون جهت رسیدن به خود مراقبتی، ۲ هفته بعد از ترخیص، به وسیله‌ی تماس تلفنی برگه‌ی خود گزارش‌دهی مراقبت ارزیابی و برموارد رعایت نشده دوباره تأکید گردید. ۲ هفته پس از پیگیری پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی همراه با چک لیست مشکلات، برای بار دوم در گروه آزمون تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS انجام شد. با توجه به نوع داده‌های به دست آمده که کمی می‌باشند از آزمون T مستقل برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد استفاده شد. نحوه‌ی نمره‌گذاری پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی با استفاده از نمره‌ی استاندارد خود پرسشنامه SF36 بود. در این مقیاس نمره‌ی هر سؤال از صفر تا صد در نظر گرفته شد که صد نشان‌دهنده‌ی بالاترین میزان و صفر نشان‌دهنده‌ی کم‌ترین میزان نمره‌ی کل کیفیت زندگی برای هر بیمار با جمع نمرات

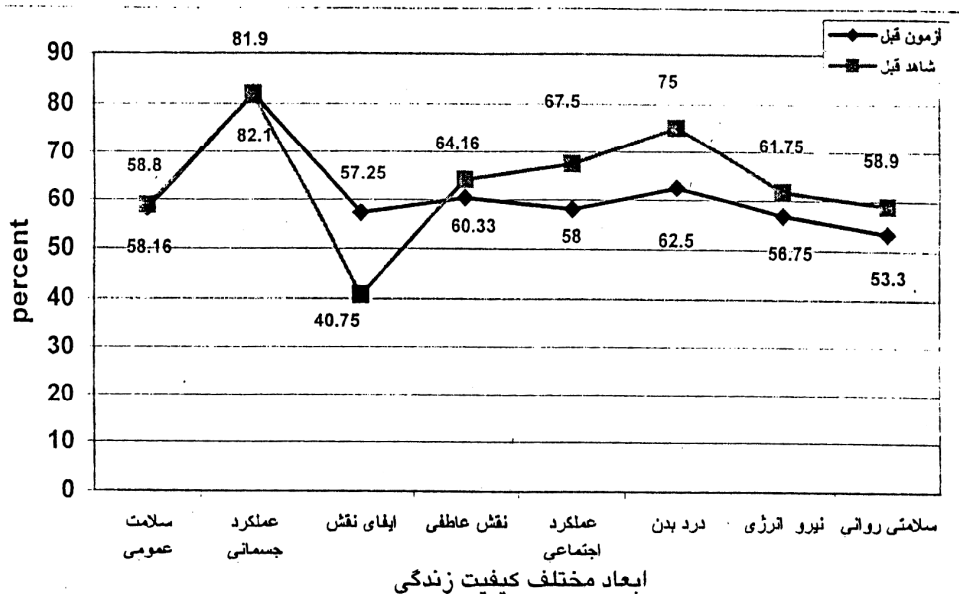
و بیشتر از استان‌های نواحی شمال غربی (استان‌های آذربایجان شرقی، غربی و اردبیل) بودند (۴۰ درصد). طول مدت بیماری در اکثریت افراد (۵۵ درصد)، بیشتر از ۳ ماه بود. نوع سرطان بیماران در بیشتر افراد (۸۵ درصد) اسکواموس سل کارسینوما و اکثر بیماران مورد مطالعه (۸۰ درصد) در مرحله‌ی دوم سرطان مری قرار داشتند. نمودار ۱ بیان‌گر میانگین نمره‌ی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دو گروه آزمون و شاهد قبل از اجرای آموزش می‌باشد که حداکثر میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در مورد عملکرد جسمانی در گروه آزمون ۸۲/۱ و در گروه شاهد ۸۱/۹ می‌باشد.

۳۶ سؤال به دست می‌آمد. علاوه بر نمره‌ی کل، ۸ جنبه‌ی نمره‌ی کیفیت زندگی به طور جداگانه برآورد شد. تعداد مشکلات بیماران در جنبه‌های مختلف قبل و بعد از عمل براساس چک لیست مشکلات تعیین و مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها

اکثریت بیماران (۷۰ درصد) در این پژوهش در سنین ۵۷ تا ۷۰ سال، متأهل (۸۵ درصد)، مرد (۷۰ درصد)، بی‌سواد (۷۵ درصد) و کشاورز (۵۰ درصد) بودند. درآمد ماهیانه اکثر بیماران مورد پژوهش (۹۰ درصد) کم‌تر از ۸۰۰۰۰۰ ریال بود

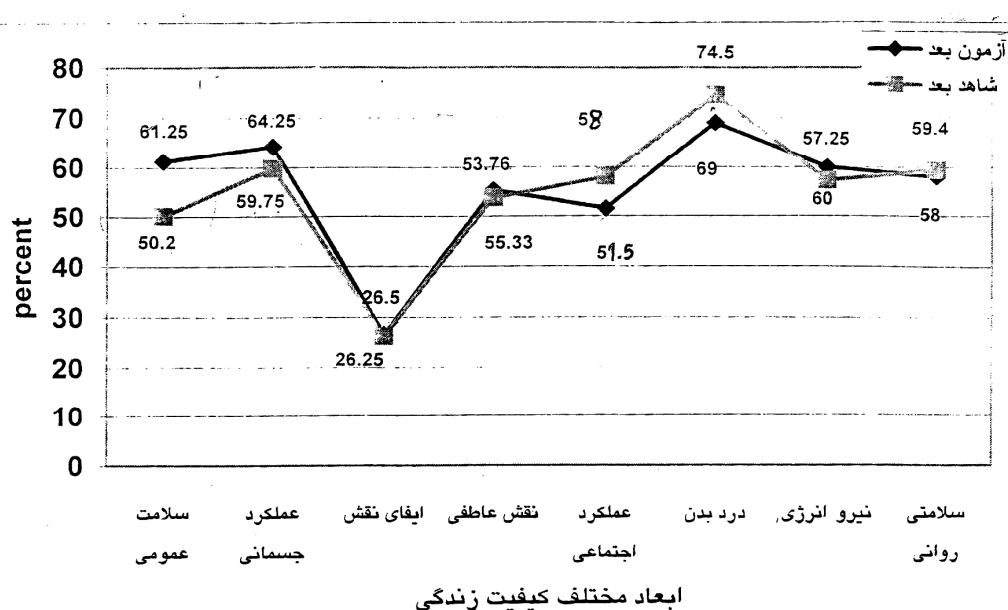
نمودار ۱: میانگین نمره‌ی ابعاد کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه‌ی SF36 در بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی در دو گروه آزمون و شاهد قبل از اجرای مداخله



آزمون ۶۹ و در گروه شاهد ۷۴/۵ می‌باشد. میانگین و بعد سلامت عمومی در گروه آزمون با نمره‌ی ۶۱/۲۵ نسبت به گروه شاهد با نمره‌ی ۵۰/۲ افزایش یافته است.

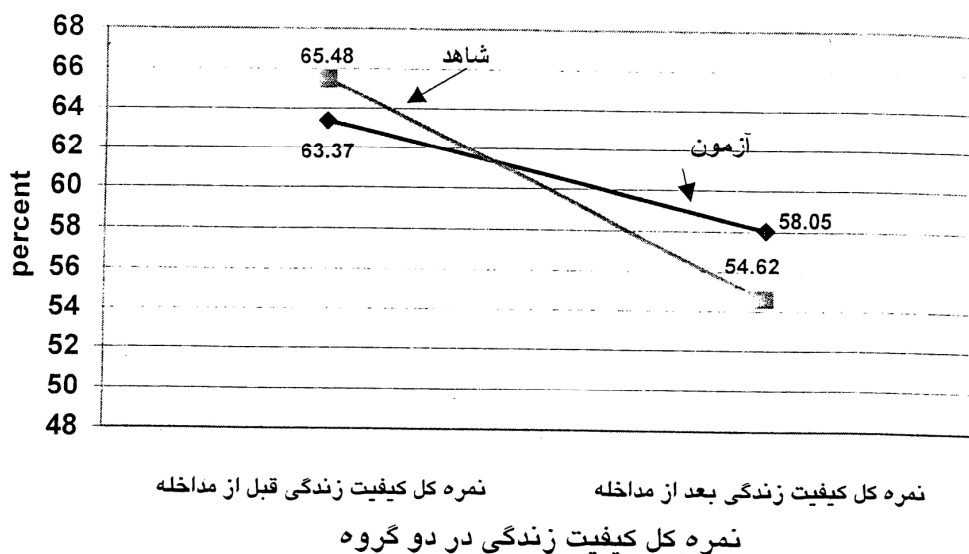
نمودار ۲ نشان‌دهنده‌ی میانگین نمره‌ی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای آموزش می‌باشد که حداکثر میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در مورد درد بدن در گروه

نمودار ۲: میانگین نمره‌ی ابعاد کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای مداخله



طبق نمودار ۳ میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای آموزش نسبت به قبل از اجرای برنامه خود مراقبتی کاهش یافته است.

نمودار ۳: میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از اجرای مداخله



ناشی از بیماری به ترتیب ۲۵/۲ درصد و ۳۳/۶ درصد و در گروه شاهد بعد از یک ماه بیشترین مشکلات در حیطه‌ی مربوط به مشکل در خوردن و مشکلات بالینی ناشی از بیماری به ترتیب ۲۵/۵ و ۳۰/۲ درصد می‌باشد. میانگین تعداد مشکلات قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه آزمون با $P=۰/۰۵$ تفاوت معنی‌دار وجود دارد و تعداد مشکلات در گروه آزمون کاهش یافته است (جدول ۴). آزمون پیرسون نشان می‌دهد بین درصد مشکلات و نمره‌ی کیفیت زندگی بعد از اجرای مداخله در گروه آزمون با $P=۰/۰۰۰۱$ و $r=-۰/۷۲۵$ و در گروه شاهد با $P=۰/۰۰۰۴$ و $r=-۰/۶۱۵$ رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد (جدول ۵).

در جدول ۱، آزمون آماری T مستقل بین نمره‌ی کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. طبق جدول ۲، بین میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای آموزش در گروه آزمون با $P=۰/۰۳۵$ و گروه شاهد با $P=۰/۰۰۹$ اختلاف معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمره‌ی کل در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اجرای مداخله کاهش یافته است اما کاهش میانگین نمره‌ی کل بعد از اجرای مداخله در گروه شاهد نسبت به آزمون بیشتر است. طبق جدول ۳، بیشترین مشکل گروه آزمون (۳۰/۴ درصد) و گروه شاهد ۳۴ درصد قبل از مداخله مربوط به مشکل در خوردن بود. بعد از مداخله در گروه آزمون بیشترین مشکلات در حیطه‌ی اثرات جانبی درمان و مشکلات

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی دو گروه آزمون و شاهد

نمره‌ی کل کیفیت زندگی	مقایسه‌ی دو گروه		t	df	P
	آزمون	شاهد			
قبل از اجرای مداخله	۲۲۸/۱	۲۳۵/۷	-۰/۶۲	۶۵/۸۹	۰/۵۳
بعد از اجرای مداخله	۲۰۹	۱۹۶/۶۵	۰/۷۳	۳۱/۲۹	۰/۶۴

جدول ۲: مقایسه‌ی نمره‌ی کل کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

مقایسه‌ی	میانگین نمره‌ی کل		تفاوت میانگین	t	df	P
	قبل	بعد				
گروه‌ها						
آزمون	۲۲۸/۱	۲۰۹	۱۹/۱	۲/۲۷	۱۹	۰/۰۳۵
شاهد	۲۳۵/۷	۱۹۶/۶۵	۳۹/۰۵	۲/۸۹	۱۹	۰/۰۰۹

جدول ۳: فراوانی مطلق و فراوانی نسبی حیطه‌ی مشکلات جسمی بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی در دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از اجرای مداخله

حیطه‌ی مشکلات	گروه‌ها				آزمون			
	قبل		بعد		قبل		بعد	
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سختی بلع	۳۲	۱۷/۵	۹	۶/۷	۲۴	۱۴	۱۶	۹/۲
مشکل در خوردن	۵۶	۳۰/۴	۲۸	۲۰/۴	۵۸	۳۴	۴۴	۲۵/۵
سوء هاضمه	۱۰	۵/۴	۶	۱/۷	۸	۴/۷	۴	۱/۴
درد	۲۶	۱۴/۲	۱۰	۷/۳	۳۲	۱۸/۹	۱۷	۹/۸
اثرات جانبی درمان	۲۷	۱۱/۴	۳۴	۲۵/۲	۱۹	۱۱	۳۵	۲۰
مشکلات بالینی ناشی از بیماری	۴۱	۲۳/۳	۴۹	۳۳/۶	۴۸	۲۶	۵۷	۳۰/۲

جدول ۴: میانگین تعداد مشکلات جسمی بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی قبل و بعد از اجرای مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

گروه‌ها	مقایسه‌ی	میانگین نمره‌ی کل		t	df	P
		قبل	بعد			
آزمون		۱۰/۲۲	۶/۸	۲/۰۹	۱۹	۰/۰۵
شاهد		۹/۴۳	۸/۹۵	۰/۴۵	۱۹	۰/۶۵

جدول ۵: رابطه‌ی بین درصد مشکلات با نمره‌ی کل کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی بعد از اجرای مداخله در دو گروه آزمون و شاهد

رابطه‌ی بین درصد مشکلات		گروه‌ها	
		آزمون	شاهد
با نمره‌ی کل کیفیت زندگی بعد از مداخله		-۰/۷۲۵	-۰/۶۱
Γp ضریب همبستگی پیرسون		۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۴
P			

بحث

مرحله‌ی بیماری، نوع سرطان و طول مدت بیماری از متغیرهایی هستند که بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر می‌گذارند. مرحله‌ی بیماری و نوع سرطان مری بر نتایج ناشی از درمان و شدت علائم بیماری تأثیر گذاشته و هر چه بیماری پیشرفته‌تر باشد کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (۵). بنابراین این متغیرها در هر دو گروه یکسان در نظر گرفته شده است و آزمون آماری کای دو با $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری را از نظر ویژگی‌های بیماری نشان نمی‌دهد.

با توجه به نمودارهای ۱ و ۲ بعد از اجرای مداخله، میانگین نمره‌ی سلامتی عمومی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد افزایش نشان داده و در بقیه‌ی ابعاد تفاوت اساسی در میانگین نمرات دو گروه بعد از مداخله مشاهده نمی‌شود. لازم به ذکر است که افزایش کمی در میانگین نمره‌ی نیرو و انرژی در گروه آزمون نسبت به شاهد بعد از اجرای مداخله مشاهده می‌شود که از نظر بالینی اهمیت دارد. میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته است ولی این کاهش در نمره‌ی کل کیفیت زندگی در گروه آزمون کم‌تر از شاهد است. موقعیت‌های بحرانی در اولین مرحله‌ی درمان و بیماری، باعث

کاهش کیفیت زندگی و بروز مشکلاتی برای بیماران می‌گردد، بنابراین علائم جسمانی و عملکردی بعد از طی یک دوره‌ی زمانی افزایش پیدا می‌کند (۵). گراداسکس و همکارانش مطالعه‌ای تحت عنوان تغییرات در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی انجام داده و ۴۹ بیمار را مورد بررسی قرار داده‌اند. ایشان در مقاله‌ی خود این گونه بیان کرده‌اند که عمل جراحی ازوفازکتومی یک موقعیت بحرانی است و بعد از عمل، عوارض جانبی ناشی از درمان جراحی باعث بروز مشکلاتی در فرد می‌شود که بر عملکرد جسمانی تأثیر می‌گذارد ولی ابعاد روانی کیفیت زندگی بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی، بهبود می‌یابد (۱۰). طبق نمودار ۳ و جداول ۱ و ۲ میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای مداخله در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. در هر دو گروه میانگین نمره‌ی کل با $P < 0/05$ بعد از اجرای مداخله کاهش نشان می‌دهد و در گروه شاهد کاهش میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی بعد از مداخله نسبت به گروه آزمون بیشتر است، به عبارت دیگر میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی بعد از مداخله نسبت به گروه شاهد کاهش کم‌تری داشته است. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش (کیفیت زندگی بیماران

گروه شاهد انجام عمل ازوفازکتومی می‌باشد. این عمل، دیسفاژی یا سختی بلع را در بیش از ۸۰ درصد موارد تسکین می‌دهد و برطرف می‌کند (۱۲). بنابراین عمل بلع بیمار بهتر شده و مشکلات خوردن نسبت به قبل از عمل کاهش می‌یابد. اما در گروه آزمون به علت اجرای آموزش، مشکلات بعد از عمل بیشتر از گروه شاهد کاهش یافته است. وات و ویت مطالعه‌ای کیفی را جهت بررسی تأثیر دیسفاژی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کانسر مری انجام داده‌اند. آن‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که دیسفاژی مهم‌ترین عارضه‌ی این بیماری بوده که بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی قابل ملاحظه‌ای می‌گذارد (۱۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج، آموزش چگونگی مراقبت از خود بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران و کاهش مشکلات آنان مؤثر بوده است. به دلیل این که اکثریت بیماران از شهرستان‌های مختلف کشور در این مطالعه حضور داشتند، پژوهشگران زمان پی‌گیری برنامه‌ی آموزشی را فقط یک ماه در نظر گرفتند در حالی که منابع در مورد سنجش کیفیت زندگی زمان پی‌گیری را ۳ تا ۶ ماه بعد از مداخله اعلام می‌نمایند (۱۲، ۱۱). بنابراین زمان پی‌گیری در این پژوهش به عنوان عامل محدودکننده به شمار آمده است.

تقدیر و تشکر

نتایج ارائه شده در این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

ازوفازکتومی شده‌ای که تحت مداخله قرار گرفته‌اند نسبت به گروه شاهد ارتقا می‌یابد) تأیید نشده است. در این زمینه ویکلند و همکارانش یک مطالعه‌ی گذشته‌نگر به مدت ۵ سال (۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ سال) بر روی ۲۸۲ بیمار که عمل جراحی ازوفازکتومی در مورد آن‌ها صورت گرفته بود انجام داده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران ۶ ماه بعد از عمل جراحی به طور چشمگیری کاهش می‌یابد (۱۱). هم‌چنین تحقیقی توسط ونگسترم و همکاران در مورد بیماران مبتلا به سرطان سینه که تحت درمان با رادیوتراپی بودند انجام گرفت که در گروه مداخله، مراقبت‌های پرستاری بر اساس تئوری مراقبت از خود اورم طراحی شده بود. نتایج نشان داد که اقدامات پرستاری تأثیر عمده‌ای بر کاهش استرس ذهنی و روانی داشته اما اثرات عمده‌ای بر کاهش عوارض جانبی و کیفیت زندگی نداشته است (۱۲). با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۳ و ۴ کاهش مشکلات (با توجه به بهبودی بعد از ازوفازکتومی) در هر دو گروه مشاهده می‌شود اما در گروه آزمون به دلیل داشتن برنامه‌ی آموزشی درصد مشکلات نسبت به قبل کاهش بیشتری داشته و پژوهشگران بر این باورند که اگر زمان پی‌گیری برنامه‌ی آموزشی بیشتر از یک ماه بود کاهش درصد مشکلات در گروه آزمون چشمگیرتر می‌شد (۱۲، ۱۱). در جدول ۵ رابطه‌ی بین درصد مشکلات با نمره‌ی کل کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی ازوفازکتومی بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد با استفاده از آزمون پیرسون نشان داده شده است. این رابطه‌ی معنی‌دار در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد می‌باشد یعنی با کاهش بیشتر مشکلات، نمره‌ی کیفیت زندگی افزایش بیشتری نشان می‌دهد. علت کاهش برخی مشکلات بعد از مداخله در

منابع

- 1- Saidi F, Sepehr A, Fahimi S et al. Esophageal cancer among the Turkomans of northeast Iran. *Br J Cancer*. 2000; 83: 1249-54. Available from: URL: <http://lib.bioinfo.pl/auth: FahimiS>.

- 2- Worth Boyce H. Palliation of dysphagia of esophageal cancer by endoscopic lumen restoration Techniques. *J Moffitt Cancer Center*. 1999. Available from: URL: <https://www.moffittapps/ccj/v6n1/article7.html>
- ۳- داوودی عارفه. بررسی تأثیر برنامه‌ی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۱، صفحه‌ی ۳.
- 4- Brooks-Brunn Jo A. Esophageal cancer: An overview. *Medsurg Nurs*. 2000; 9: 248-54.
- 5- Quinn KL, Reedy A. Esophageal cancer: therapeutic approaches and nursing care. *Semin Oncol Nurs*. 1999; 15: 17-25.
- 6- Brazier JE. Validating the SF-36 health survey questionner: New outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992, 305: 160-4.
- ۷- احمدی فضل‌ا... . طراحی مدل مراقبت پیگیر برای کنترل اختلال عروق کرونر. پایان نامه‌ی دکتری، تهران: دانشکده‌ی علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۰، صفحه‌ی ۱۰۱.
- ۸- محمدی عیسی. طراحی و ارزشیابی مدل مراقبت مشارکتی برای کنترل فشارخون بالا. پایان نامه‌ی دکتری، تهران: دانشکده‌ی علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۰، صفحه‌ی ۱۰۸.
- 9- Roder JD, Herschbach P, Ritter M, Kohn MM, Sellschopp A, Siewert JR. The Quality of life following esophagectomy. The results of a psychosocial study of 80 cancer patients. *Dtsch Med Wochenschr*. 1990; 115: 570-4.
- 10- Gradauskas P, Rubikas R, Saferis V. Changes in quality of life after esophageal resections for carcinoma. *Medicina (Kaunas)*. 2006; 42: 187-94.
- 11- Viklund P, Wengstrom Y, Rouvelas I, Lindblad M, Lagergren J. Quality of life and persisting symptoms after oesophageal cancer surgery. *Eur J Cancer*. 2006; 42: 1407-14.
- 12- Wengstrom Y. Perceived symptoms and quality of life in women with breast cancer receiving radiation therapy. *Ear J oncol Nurs*. 2000; 4: 78-8.
- 13- Watt E, Whyte F. The experience of dysphagia and its effect on the quality of life of patients with oesophageal cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2003; 12: 183-93.