

Quality of Life of Patients with Gastrointestinal Cancers in Rasht

FARIBORZ MANSOUR GHANAEI¹, ABTIN HEIDRAZADEH, REYHANEH JAFARZAD JOUKAR, PARAND NABIZADEH, ATOOSA EATEZADI

Background: A diagnosis of cancer often imposes a crisis with the person having to confront the illness and its treatment and deal with issues concerning the meaning of life, death and uncertain future. According to the high prevalence of GI cancers in Guilan, this study was conducted to evaluate the quality of life (QoL) of GI cancer patients.

Methods: 105 patients with GI cancer were sampled from Razi hospital chemotherapy ward by accessible sampling and 105 healthy persons from Rasht normal population according to our inclusion criteria. The questionnaire used was standardized SF-36. P-value < 0.05 were considered significant.

Results: The total score of QoL and the scores on all 7 domains were significantly inferior to control group (ANOVA). QoL of each cancer has been shown in the graphs. In patients, the mean score of QoL decreased by aging, but this decrease was statistically significant only on role-physical; however, control group's QoL significantly decreased by aging on all domains except on body pain. Male and female were almost similar on scores; only in control group males' scores were superior to females' on body pain domain.

Conclusion: GI cancers decrease QoL on all domains; demonstrated that those affected by GI cancers need systematic follow-up, which is relevant and meaningful for a long period after they have been diagnosed. Improving the patient-physician relationship, creating the social and financial supportive system for patients would improve the QoL of these patients.

Key Words: Cancer, Guilan, Quality of Life

¹ - Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center (GLDRC) Razi hospital, Sardarjangan Ave. Rasht, 41448-95655, Iran Tel: +98-131-5535116 Fax: +98-131-5534951 www.gldrc.org E-mail: gldrc@gldrc.org & gldrc@gums.ac.ir
Address: Gastrointestinal and Liver Diseases Research Center (GLDRC) Razi hospital, Sardarjangan Ave. Rasht, 41448 - 95655, Iran

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی در شهرستان رشت

فریبرز منصور قناعی^۱، آبتین حیدرزاده^۲، ریحانه جعفرشاد^۳،

فرحناز جوکار^۴، سیده پرند نبی زاده، آتوسا اعتضادی

چکیده

تشخیص سرطان چنان حادثه پر اضطرابی در زندگی فرد محسوب می شود که جنبه های مختلف زندگی فرد و در یک کلام، کیفیت زندگی (QoL= Quality of life) فرد را دستخوش تغییراتی می کند. با توجه به شیوع بالای سرطان های گوارشی در استان گیلان، مطالعه ای به منظور مقایسه QoL بیماران مبتلا به سرطان های دستگاه گوارش و افراد سالم صورت گرفت.

روشها: در یک مطالعه مقطعی - تحلیلی، ۱۰۵ بیمار مبتلا به سرطان گوارش و ۱۰۵ فرد سالم به شیوه در دسترس انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مطالعه پرسشنامه SF-36 استاندارد شده برای جامعه ایرانی شامل پرسشهایی در هفت حیطه بود.

نتایج: ۴۷/۶٪ بیماران به سرطان کولون، ۲۰٪ به سرطان مری، ۲۰٪ به سرطان معده و ۱۲/۴٪ به سرطان رکتوم مبتلا بودند. امتیاز کل QoL و امتیاز هر یک از حیطه ها در گروه بیمار بطور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود. امتیاز کل در بیماران بر خلاف گروه شاهد با افزایش سن کاهش معنی داری نداشت. امتیاز کل QoL و تمامی حیطه های هفتگانه در گروه بیمار مستقل از جنسیت بود. امتیاز حیطه های QoL در سرطان های گوارشی فوقانی و تحتانی تفاوت معنی داری با یکدیگر داشت (ANOVA; P<0.01).

نتیجه گیری: سرطان های گوارشی، QoL افراد را در تمامی حیطه ها کاهش می دهد که بهبود بخشیدن به این امر، نیازمند بهبود دسترسی بیماران به سرویس های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای بهتر، فراهم کردن آگاهی لازم و ضروری بیماران و بهبود روابط پزشک و بیمار می باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سرطان، گیلان

شهرستان گیلان، مرکز تحقیقات و مطالعات پزشکی

پرتال جامع علوم انسانی

۱- فوق تخصص گوارش و کبد، دانشیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گیلان (نویسنده اصلی)

۲- تخصص پزشکی اجتماعی، استادیار، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۳- پژوهشگر، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۴- مربی عضو هیات علمی، مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

آدرس: رشت - خیابان سردار جنگل - مرکز آموزشی درمانی رازی - مرکز تحقیقات بیماریهای گوارش و کبد

تلفن: ۰۵۳۵۱۱۶ - ۰۱۳۱ فاکس: ۰۵۳۴۹۵۱ - ۰۱۳۱ E-mail: ghanaci@gums.ac.ir

بدنبال ابداع روشهای تشخیصی و درمانی بهتر، امروزه سرطان‌ها از بیماریهای حاد تهدید کننده حیات به بیماریهای مزمن تهدید کننده حیات تبدیل شده‌اند (۹). با ارائه پروتوکل‌های درمانی، مدت بقای بیماران و دوره‌های عاری از بیماری در آنان افزایش می‌یابد و در این مرحله از بیماری است که مفهوم کیفیت زندگی پررنگ می‌گردد (۱۰).

مقوله کیفیت زندگی از حدود ۴۰ سال پیش در آمریکا معرفی شد و با گذشت زمان و خصوصا در دهه گذشته تلاشهای زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی در علوم پزشکی و بویژه بررسی آن در کارآزمایی‌های بالینی بر روی بیماران صورت گرفت. در تعریف کیفیت زندگی توافق نظری وجود ندارد و تعریف‌های متعددی از آن ارائه شده است. این عبارت در حال حاضر به عنوان یک مفهوم چند بعدی (۱۱ و ۱۲)، ذهنی (۱۳ و ۱۴) و دینامیک (۱۰) در نظر گرفته می‌شود. که ماهیت چند بعدی آن به کثرت تعریف‌ها و پرداختن به ابعاد مختلف جسمانی، روانی، اجتماعی و علایم مربوط به بیماری و درمان اشاره دارد. ماهیت ذهنی آن به معنی درک شخصی فرد از وضعیت زندگی خویش بر اساس گفته وی نه اطرافیان می‌باشد و ماهیت دینامیک آن به معنای متغیر بودن کیفیت زندگی طی گذشت زمان به علت آثار بیماری یا درمان است (۱).

از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، شرایط اجتماعی، اقتصادی و محیط فرهنگی جامعه است که به نگرش فرد نسبت به زندگی و دیدگاه وی در مورد سلامتی و کیفیت زندگی اثر گذار است (۱ و ۱۰). به علت تفاوت‌های موجود، بسط نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در جوامع غربی به جمعیت ایرانی بسیار مشکل است. لذا

تشخیص سرطان چنان حادثه اضطراب‌زایی در زندگی فرد محسوب می‌شود که بر جنبه‌های مختلف زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، روحی و در یک کلام بر کیفیت زندگی وی اثر می‌گذارد (۱). یکی از سرطانهای شایع، سرطان‌های گوارشی هستند که بیش از ۲۰٪ از سرطان‌های تازه تشخیص داده شده در دنیا را به خود اختصاص می‌دهند و از نظر شیوع در میان سرطان‌های غیر پوستی رتبه دوم و همچنین دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در ایالات متحده را دارا می‌باشند (۲). این سرطان‌ها همچنین از مهم‌ترین بیماریهای موجود در حاشیه دریای خزر و از جمله استان گیلان می‌باشند و این منطقه در سراسر دنیا به عنوان منطقه‌ای با شیوع بالای سرطان‌های گوارشی فوقانی شناخته شده است (۳ و ۴ و ۵). در بررسی فراوانی ارگان‌های مبتلا به سرطان در استان گیلان در سال ۷۹، سرطان‌های گوارشی جزء ۳ سرطان شایع در این استان قلمداد شدند و میزان شیوع آنها نسبت به سالهای قبل افزایش یافته بود (۶). بیش از نیمی از موارد ابتلا به سرطان معده که شایعترین سرطان ثبت شده در اینستیتیوی سرطان ایران است، از نواحی شمال کشور گزارش می‌شوند (۷). استان گیلان از نظر فراوانی سرطان معده، مقام اول را در کل کشور دارا است و فراوانی آن از ۷/۳ در صد هزار در سال ۷۵ به ۱۱ در صد هزار در سال ۷۹ افزایش یافته است (۶).

هدف از درمان سرطان‌ها و از جمله سرطان‌های گوارشی، افزایش طول عمر و بهبود بخشیدن به توانایی‌های بیماران تا حد ممکن است تا بتوانند با حفظ سطح مناسبی از کیفیت زندگی به حیات خود ادامه دهند (۸).

ابزار مطالعه پرسشنامه SF-36 بود که پرسشنامه عمومی چند منظوره و کوتاه، جهت ارزیابی سلامت از دید بیمار می باشد و تنها ۳۶ سوال دارد. این پرسشنامه جهت ارزیابی سلامتی در جامعه و جمعیت‌های خاص، تعیین سلامت بهداشتی و بررسی کارایی درمان طراحی شده است و در مورد افراد ۱۴ سال به بالا می توان آن را به کار برد. این پرسشنامه توسط مرکز تحقیقات جهاد دانشگاهی تهران (دکتر علی منتظری و همکاران) برای جامعه ایرانی استاندارد شده است و هفت فاکتور سلامتی شامل عملکرد جسمانی (PF)، نقش فیزیکی (R-P)، سلامت عمومی (GH)، عملکرد اجتماعی (SF)، نقش احساسی (R-E)، سلامت روانی (MH) و درد جسمانی (BP) را ارزیابی می کند (۱۶ و ۱۵). تکمیل پرسشنامه و اطلاعات دموگرافیک از طریق مصاحبه حضوری در مرکز شیمی درمانی جهت بیماران و در محیط جامعه جهت گروه شاهد انجام شد.

پس از ورود داده ها به نرم افزار SPSS10، به منظور مقایسه میانگین ها در دو گروه از آزمون T مستقل، برای مقایسه میانگین ها در چند حیطه مختلف در دو گروه مورد مطالعه از آزمون ANOVA چند گانه، جهت مقایسه تک تک حیطه ها با یکدیگر از آزمون تکمیلی Post Hoc و در نهایت جهت مقایسه اثرات سن به امتیازات کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه از آزمون رگرسیون خطی استفاده و سطح معنی دار کلیه آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج:

۲۱۰ بیمار در ۲ گروه شاهد و بیمار (در هر گروه ۱۰۵ نفر) مورد مصاحبه قرار گرفتند. در هر یک از دو گروه بیمار و شاهد ۶۱ نفر (۵۸٪) مذکر بودند از میان ۱۰۵ بیمار مبتلا به سرطان های گوارشی، ۵۰ نفر (۴۷/۶٪)

با توجه به اینکه هیچ اطلاعی از کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی در استان گیلان موجود نبود، مطالعه ای با هدف کسب اطلاعات در مورد کیفیت زندگی در این بیماران انجام گردید.

روشها:

در یک پژوهش مقطعی- تحلیلی به روش مورد-شاهدی، طی نیمه دوم سال ۱۳۸۴ در شهرستان رشت ۱۰۵ بیمار مراجعه کننده به مرکز شیمی درمانی بیمارستان رازی رشت به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه بیماران شامل موارد زیر بودند: ۱- افرادی که تشخیص اولیه سرطان های گوارشی در آنان طی ۶ ماه گذشته مطرح شده بود. ۲- بیمارانی که تحت شیمی درمانی در مرکز شیمی درمانی بیمارستان رازی رشت بودند. ۳- بیمارانی که به مدت حداقل یک سال ساکن رشت باشند. ۴- بیماران از نظر وضعیت جسمی- روحی، مناسب و قادر به پاسخگویی به سوالات بودند. بیمارانی که به جهت سرطان متاستاتیک یا مراجعه تحت شیمی درمانی بودند یا بیمارانی که به بیماریهای مزمنی مانند نارسایی قلبی، نارسایی کلیوی، دیابت و... مبتلا بودند به علت متاثر شدن کیفیت زندگی توسط آن بیماریها از مطالعه خارج شدند. همچنین ۱۰۵ فرد سالم با توجه به معیارهای ذیل از گروه نرمال جامعه انتخاب شدند: ۱- بنا به اظهار افراد، مبتلا به بیماری خاصی از جمله سرطان و سایر بیماریهای مزمن نداشتند. ۲- افرادی که به مدت حداقل یک سال ساکن رشت باشند. ۳- در افراد خانواده درجه اول آنها، طی یک سال گذشته، بیمار مبتلا به سرطان وجود نداشت. ۴- نقص عضو محسوس و مشخص که بر کیفیت زندگی تاثیر گذار باشد، نداشتند. ۵- از نظر سنی در گروه سنی بیماران بودند.

کل کیفیت زندگی و همچنین امتیاز هر یک از ۷ حیطه بجز درد جسمانی به طور معنی داری با افزایش سن کاهش یافت (رگرسیون $P < 0.05$).

از لحاظ جنسیت، امتیاز کل کیفیت زندگی و امتیاز هر یک از ۷ حیطه در گروه بیمار تفاوت معنی دار آماری را بین افراد مذکر و مونث نداشت. در حالیکه در گروه شاهد امتیاز کیفیت زندگی زنان در تمام حیطه ها پایین تر از مردان بود که این تفاوت فقط در حیطه درد جسمانی از نظر آماری معنی دار گردید (جدول شماره ۳). (ANOVA $P < 0.005$) در مطالعه اخیر امتیاز کیفیت زندگی سرطان های مختلف گوارشی تفاوت معنی دار آماری با یکدیگر نداشتند.

مبتلا به سرطان کولون، ۲۱ نفر (۲۰٪) مبتلا به سرطان مری، ۲۱ نفر (۲۰٪) مبتلا به سرطان معده و ۱۳ نفر (۱۲/۴٪) مبتلا به سرطان رکتوم بودند.

میانگین امتیاز تطبیق شده کیفیت زندگی در بیماران $15/4 \pm 57/47$ بدست آمد که بطور معنی داری پایین تر از گروه شاهد با امتیاز $15/66 \pm 73/04$ بود (ANOVA, $P \text{value} = 0/001$) امتیاز کیفیت زندگی به تفکیک هر یک از هفت حیطه موجود در پرسشنامه SF-36 نیز بدست آمد. که در تمام حیطه ها، بیماران به طور معنی داری نسبت به گروه شاهد امتیاز کمتری را کسب کردند. امتیاز هر یک از حیطه ها به تفکیک نوع سرطان گوارشی نیز محاسبه گردید. در سرطان های مری و معده، بیماران در تمامی هفت حیطه بطور معنی دار امتیاز کمتری نسبت به گروه شاهد کسب کردند (نمودار ۱ و ۲).

بیماران مبتلا به سرطان کولون نیز در تمامی حیطه ها به جز عملکرد جسمانی امتیاز کمتری نسبت به گروه شاهد کسب کردند (نمودار ۳).

بیماران مبتلا به سرطان رکتوم در حیطه های عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، نقش عاطفی و نقش فیزیکی به طور معنی دار امتیاز کمتری نسبت به گروه شاهد کسب کردند، اما در حیطه های درد جسمانی، سلامت عمومی و عملکرد جسمانی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (Post.Hoc.Tests) (نمودار ۴).

در رابطه با تاثیر سن بر کیفیت زندگی، امتیاز کل کیفیت زندگی در گروه بیمار با افزایش سن کاهش یافت، هر چند که این کاهش از لحاظ آماری معنی دار نبود و فقط در حیطه نقش فیزیکی با افزایش سن کاهش معنی دار در کیفیت زندگی مشاهده شد، اما در گروه شاهد امتیاز

به نظر می‌رسد که بافت مذهبی جامعه و باورهای دینی افراد، سلامت روانی آنها را در سطح بالاتری نگه می‌دارد (۱۸).

کمترین امتیاز کیفیت زندگی در مطالعه حاضر، در حیطه نقش فیزیکی کسب شد که مشابه مطالعات انجام شده بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و سرطان پروستات ۶ سال پس از تشخیص بیماریشان است. در آن مطالعات نیز کمترین امتیاز کیفیت زندگی در حیطه نقش فیزیکی و شادابی (vitality) بدست آمد (۱۹). امتیاز حیطه نقش فیزیکی بیان می‌دارد که اختلال سلامت جسمانی تا چه حد فعالیت‌های روزمره فرد را دستخوش تغییر ساخته است (۱۷). در مطالعات انجام گرفته، محققین بیان داشتند که افراد مبتلا به سرطان، در مقادیر زیادی انرژی و قدرت بدنی‌شان را از دست می‌دهند (۱۹ و ۲۰). در مطالعه حاضر، افزایش سن، امتیاز کل کیفیت زندگی گروه بیمار را به طور معنی‌داری کاهش نمی‌دهد، در حالیکه امتیاز کیفیت زندگی گروه شاهد با افزایش سن به طور معنی‌دار کاهش پیدا می‌کند. این امر می‌تواند به این علت باشد که در گروه بیماران سرطانی، کیفیت زندگی به قدری کاهش یافته است که فاکتور سن تاثیر معنی‌داری بر روی آن ندارد و به علت همپوشانی تاثیر سن توسط سرطان در گروه بیمار، نقش سن در گروه شاهد پررنگ می‌شود. در مطالعات دیگر نیز، کیفیت زندگی در گروه شاهد با افزایش سن کاهش می‌یابد که علت آن از یک طرف تغییرات پیری و از طرف دیگر تغییر در وضعیت اجتماعی و موقعیت فرد در جامعه است (۱۹ و ۲۰).

در مطالعه اخیر، امتیاز کل کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌دار آماری در بین زن و مرد بیمار نداشت. در حالیکه در گروه شاهد این تفاوت در حیطه درد جسمانی از لحاظ

بحث و نتیجه‌گیری:

امتیاز کل کیفیت زندگی در بیماران به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود ($P < 0.005$ ANOVA). بنابراین سرطان‌های گوارشی می‌توانند کیفیت زندگی بیماران را کاهش دهند. و در واقع تمام جنبه‌های زندگی بیمار را به نوعی تحت تاثیر قرار دهند (۱۵). علاوه بر امتیاز کل، امتیاز هر یک از هفت حیطه کیفیت زندگی نیز به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود. حیطه‌های مذکور به ترتیب عبارت بودند از: عملکرد جسمانی، سلامت روانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی، سلامت عمومی و نقش فیزیکی. در مطالعه اخیر، بیشترین امتیاز کیفیت زندگی متعلق به حیطه عملکرد جسمانی بود. عملکرد جسمانی به ارزیابی محدودیتهای فعالیت جسمانی در انجام امور خود مراقبتی از جمله استحمام، لباس پوشیدن و امور شخصی و... می‌پردازد (۱۷). بیماران معمولاً تلاش می‌کنند تا امور شخصی‌شان را در حد امکان مستقل انجام دهند و وابستگی در این زمینه را به حداقل برسانند، از طرف دیگر بنظر می‌رسد سرطان‌های گوارشی معمولاً محدودیت جسمانی واضحی در بیماران ایجاد نمی‌کنند که مانع از انجام فعالیت جسمانی ساده در آنان شوند. این در حالی است که در مطالعات انجام شده بر روی سایر سرطان‌ها، بالاترین امتیاز کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان مربوط به عملکرد اجتماعی بود (۱۷) و در مورد بیماران مبتلا به سرطان پروستات بالاترین امتیازها در حیطه سلامت روانی و سپس عملکرد جسمانی کسب شد (۱۷). در مطالعه اخیر، امتیاز حیطه سلامت روانی دومین رتبه امتیاز کیفیت زندگی را بعد از عملکرد جسمانی دارا بود.

آمار می تواند به علت بالاتر بودن قدرت تحمل درد و قوای بدنی مردان نسبت به زنان باشد. در سایر مطالعات انجام شده نیز از لحاظ درک درد در بین زن و مرد تفاوت وجود دارد و زنان در مقایسه با مردان آستانه و قدرت تحمل پایین تری نسبت به درد داشته و بیشتر از مردان از درد شاکی بوده اند (۲۱ و ۲۲).

نتیجه گیری:

در نهایت می توان بیان داشت سرطان های گوارشی کیفیت زندگی بیماران را در تمامی جنبه ها بطور چشمگیری کاهش می دهند و این کاهش کیفیت زندگی در هر دو جنس مرد و زن و در تمامی رده های سنی مشهود است. لذا افراد مبتلا، نیازمند پیگیریهای منظم بعد از تشخیص و در بسیاری از موارد برنامه ریزی های توانبخشی جسمی و فکری می باشند. با شناسایی عوامل موثر بر کیفیت زندگی می توان در ارتقاء سلامت روانی و جسمانی بیماران گامی برداشت و بار تحمیل شده بر جامعه از نظر هزینه های درمانی و خدماتی را کاهش داد و آن هزینه را جهت ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران صرف نمود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از زحمات و همکاریهای پرسنل بخش شیمی درمانی بیمارستان رازی رشت قدردانی به عمل می آید.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پژوهشگاه علوم انسانی

نمودار شماره ۳

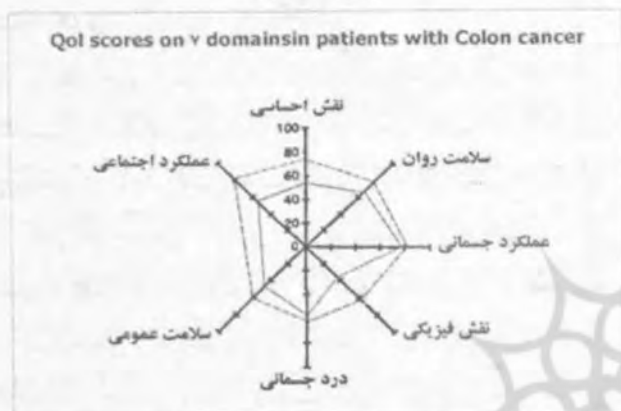
امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در بیماران مبتلا به سرطان

کولون،

--- : امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در گروه شاهد،

در همه حیطه ها به جز حیطه عملکرد جسمانی

((P<0.05))



نمودار شماره ۱

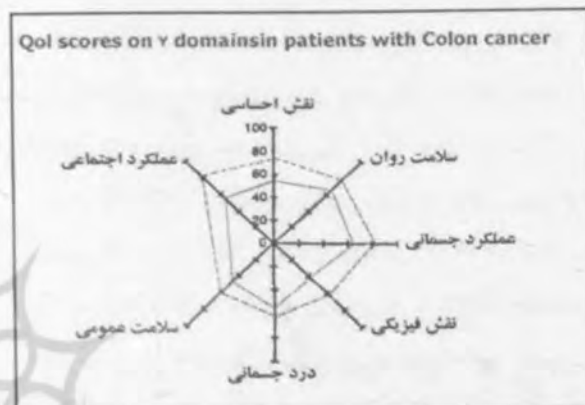
امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در بیماران مبتلا به سرطان

مری،

--- : امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در گروه شاهد،

(در همه حیطه ها)

((P<0.05))



نمودار شماره ۴

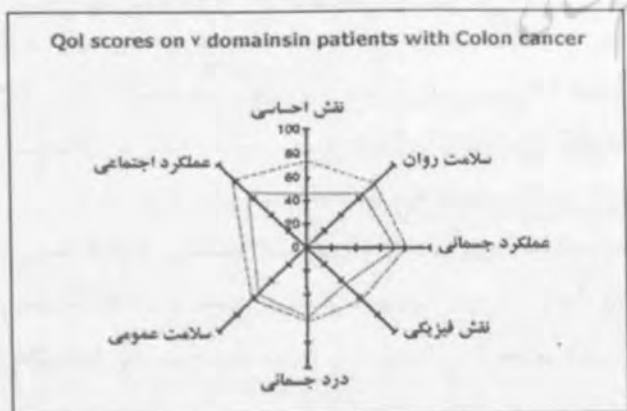
امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در بیماران مبتلا به سرطان

رکتوم،

: امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در گروه شاهد، (در همه حیطه

ها به جز عملکرد جسمانی سلامت عمومی و درد جسمانی

((P<0.05))



نمودار شماره ۲

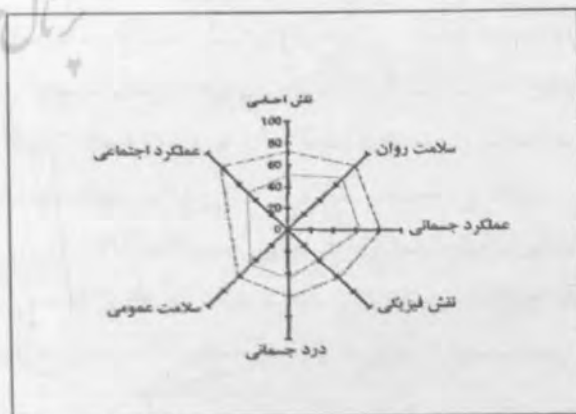
امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در بیماران مبتلا به سرطان

معدده،

--- : امتیاز کیفیت زندگی در ۷ حیطه در گروه شاهد،

(در همه حیطه ها)

((P<0.05))



- 9- Glise H, and Wiklund I. Health related quality of life and gastrointestinal disease. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2002; 17(suppl):s72- s84.
- 10- King CR, Haberman M, Berry DL, Bush N, Butler L, Dow KH, and et al. Quality of life and the cancer experience: the state of the knowledge. *Oncol Nurs Forum*. 1997; 24(1): 24- 39.
- 11- Aaronson NK. Methodological issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer* 1991; 67: 844- 50.
- 12- Schag CAC, Ganz PA, Wing DS, Sim MS, and Lee JJ. Quality of life in adult survivors of lung, colon and prostate cancer. *Qual life Res*. 1994; 3: 127- 41.
- 13- Cella DF. Quality of life: concept and definitions. *J pain symptom manage*. 1994; 9: 186- 92.
- 14- Dow KH, Ferrell BR, Haberman MR, Eaton L. The meaning of quality of life in VJ. The relationship between religio /spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population *Pain*. 2005; 116(3): 311- 21.
- 15- Eisen GM, Locke R, and Provenzale D. Health related quality of life : A primer for gastroenterologists. *American Journal of Gastroenterology*. 1999; 94: 2017- 21.
- 16- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M, and Gandek B. The short form health survey (SF-36): Translation and Validation study of the Iranian Version. *Qual Life Res*. 2005; 14(3): 875-82(8).
- 17- Saegrov S. Health, quality of life and cancer. *International council of nurses, International nursing Review*. 2005; 52: 233- 40.
- 18- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, and Keffala
- 19- Tate DG, and Forcheimer M. Quality of life, life satisfaction, and spirituality: comparing outcomes between rehabilitation

References:

- 1- YanH, Sellick K. Symptoms, psychological distress, social support, and quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nursing*. 2004; 27: 389- 99.
- 2- Borganolar MR, Irvine E. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut*. 2000; 74: 444- 54.
- 3- Derakhshan MH, Yazdanbod A, Sadjadi AR, Shokoohi B, Mccoll KE, and Malekzadeh R. High incidence of adenocarcinoma arising from the right side of the gastric cardia in NW Iran. *Gut*. 2004; 53(9): 1262- 6.
- 4- Saida F, Malekzadeh R, Sotoudeh M, Derakhshan MH, Farahvash MJ, Yazdanbod A, et al. Endoscopic esophageal cancer survey in the western part of the Caspian Littoral. *Dis Esophagus*. 2002; 15(3): 214- 8.
- 5- Siassi F, Pouransari Z and Ghadirian P. Nutrient intake and esophageal cancer in the Caspian Littoral of Iran : a Case – control study. *Cancer Detect prev*. 2000; 24(3): 295- 303.
- 6- هدی صبا، علی شکیبا مریم، عودی مونا، قاسمی پور مریم و پوررسولی زهرا. بررسی فراوانی ارگانهای میتلا به سرطان در استان گیلان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۳۸۲؛ ۱۲: ۹۱-۸۴.
- 7- Sadighi S, Raafat J, Mohagheghi M, and Meemary F. Gastric carcinoma: 5 year experience of a single institute. *Asian Pac J cancer prev*. 2005; 6(2):195- 6.
- 8- نبی بهروز، خلیناش آریتا و منتظری علی. کیفیت زندگی در بیماران تنوبلازیهای لنگاوی (لوسمی و لغوم) در مقایسه با کیفیت زندگی مردم تهران، بیمارستان امام - ۱۳۸۳. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۱۳۸۴؛ ۶۳: ۴۰۴-۳۹۹.

22- Jensen MT, Petersen KL. Gender differences in pain and secondary hyperalgesia after heat / capsaicin sensitization in healthy volunteers. *J pain*. 2006; 7(3): 211-7.

and cancer patients. *American Journal of Medicine and Rehabilitation*. 2002; 81(6): 400- 10.

20- Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2004; 13(3): 147- 60.

21- Soetanto AL, Chung JW, Wong TK. Are there gender differences in pain perception? *J Neurosci Nurs*. 2006; 38(3): 172-6.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی