

تاثیر آموزش برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران سرطان معده بعد از عمل جراحی گاسترکتومی

عارفه داودی: گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: arefehdaoodi@yahoo.com

حسن رضازاده: گروه فارماکولوژی و سم شناسی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
محمد حسین صومی: گروه بیماریهای گوارش و کبد، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
آزاد رحمانی: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
سیما لک دیزجی: گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
عاطفه اله بخشیان: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۹۰/۱/۲۰ پذیرش: ۹۰/۵/۱۹

چکیده

زمینه و اهداف: عوارض بعد از عمل جراحی گاسترکتومی در بیماران کانسر معده تاثیر مهمی بر تمام جنبه های کیفیت زندگی این بیماران دارد. این پژوهش به منظور بررسی تاثیر آموزش برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده بعد از گاسترکتومی در بیمارستانهای شهر تبریز انجام گرفت.

مواد و روشها: بدین منظور ۵۴ بیمار مبتلا به سرطان معده کاندید گاسترکتومی در دو گروه تجربی و شاهد انتخاب و داده ها با استفاده از سه پرسشنامه دموگرافیک، کیفیت زندگی بیماران سرطانی و کیفیت زندگی بیماران سرطان معده با روش مصاحبه جمع آوری گردید. در گروه تجربی آموزش برنامه خود مراقبتی به روش چهره به چهره به مدت ۳۰ دقیقه قبل از ترخیص انجام شد. کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه در دو مرحله قبل از عمل جراحی و یک ماه بعد از ترخیص به وسیله پرسشنامه های مذکور سنجیده شد.

یافتهها: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی کلی بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی، قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد و تجربی معنی دار نبود، ولی در گروه تجربی در ابعاد کیفیت زندگی گلوبال ($P=0/04$)، عملکرد عاطفی ($P=0/04$) و مشکلات جسمی ($P=0/03$) اختلاف معنی داری مشاهده شد. کیفیت زندگی کلی بیماران بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران سرطان معده، قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد معنی دار نبود ولی در گروه آزمون با ($P=0/04$) تفاوت معنی دار گردید و در ابعاد سختی بلع ($P=0/01$) درد و ناراحتی در معده ($P=0/001$) و مشکلات روحی و روانی ($P=0/04$) کیفیت زندگی افزایش نشان داد، اختلاف میانگین کیفیت زندگی کلی بین دو گروه، قبل و بعد از اجرای مداخله بر اساس دو پرسشنامه معنی دار نبود. ولی در ابعاد عملکرد عاطفی ($0/006$) و روحی روانی ($P=0/007$) تفاوت وجود داشت.

نتیجه گیری: اجرای برنامه خود مراقبتی بعد از گاسترکتومی، علاوه بر اینکه کیفیت زندگی کلی را بر اساس پرسشنامه اختصاصی بیماران سرطان معده افزایش داده، بر ارتقاء کیفیت زندگی در برخی ابعاد روحی و روانی، عاطفی و کیفیت زندگی گلوبال و بر کاهش مشکلات جسمی و مشکلات مربوط به خوردن نیز موثر واقع شد.

کلید واژهها: آموزش، مراقبت از خود، کیفیت زندگی، سرطان معده، گاسترکتومی

مقدمه

(۱). در آسیا بیشترین میزان بروز در ژاپن، کره، چین و سنگاپور است. در دنیا مردمان ژاپن بالاترین درصد را از نظر میزان بروز و مرگ و میر ناشی از این بیماری دارند (۲). در کشور ایران بر اساس تازه ترین نتایج برنامه ثبت سرطان، سرطان معده از لحاظ درجه فراوانی رتبه نخست را در مردان و رتبه سوم را در بین زنان

سرطان معده دومین سرطان شایع در جهان، با برآوردی حدود ۷۵۵۰۰۰ مورد سالانه می باشد و بعد از سرطان ریه، دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان محسوب می شود. الگوی بروز این بیماری در سطح جهان بسیار نامنظم است که این امر نشانگر نقش عوامل محیطی متعدد و عوامل فرهنگی در بروز این بیماری است

زندگی شده و کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد. کیفیت زندگی چهار بعد عمده دارد که شامل ابعاد جسمی، روحی و روانی، اجتماعی و معنوی است، با اینکه این ابعاد هر کدام مقوله جدا است ولی یک ارتباط متقابل بین اینها وجود دارد که این ارتباط دائماً در حال تغییر و تحول است اختلال در سلامت جسمی و بروز علائم و نشانه های جسمی تاثیر مهمی بر روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد و باعث ایجاد اختلال در عملکرد فیزیکی، ایفای نقش و عملکرد اجتماعی شده و منجر به بروز عوارض روحی و روانی و کاهش انرژی می شود بعلاوه تاثیر مستقیم بر بعد معنوی فرد دارد چرا که کاهش عملکرد بدنی یک حالت آگاهی نسبت به مرگ را افزایش می دهد (۱۲). پژوهشی که توسط Barbur و همکاران (۲۰۰۷) در رابطه با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آدنوکارسینومای محل اتصال مری به معده که تحت عمل جراحی گاسترکتومی توتال و ازوفازکتومی ترانس توراسیک قرار گرفته بودند، انجام گرفت نشان داد که مهمترین علائم جسمانی این بیماران بعد از عمل جراحی شامل، اسهال، درد و خستگی بود که در ابعاد عملکرد اجتماعی و ایفای نقش این افراد اختلال شدیدی را ایجاد کرده بود، به طوریکه نمره کل کیفیت زندگی این بیماران کاهش یافته بود (۱۳). مطالعه دیگری که توسط Maeda و همکاران (۲۰۰۶) در رابطه با تاثیر تجربه علائم جسمانی بعد از عمل و شدت علائم بر میزان افسردگی بیماران بعد از گاسترکتومی در ژاپن انجام گرفت، نشان داد که ارتباط معنی داری بین این دو وجود دارد. افسردگی شایعترین علامت در بیماران کانسری است که عوامل متعددی باعث بروز این مشکل می شود. تجربه علائم جسمانی یکی از این فاکتورها است که تاثیر عمده ای بر کیفیت زندگی بیماران می گذارد (۱۴). در بیماران سرطان معده، سوء تغذیه و کاهش وزن مشکل عمده است که به علت ماهیت عمل جراحی بروز می کند این مشکل باعث تضعیف قدرت بدنی و تضعیف سیستم ایمنی می شود و تحمل بیمار را برای اقدامات درمانی دیگر نظیر رادیوتراپی و شیمی درمانی کاهش می دهد و باعث می شود که بیمار نیرو و انرژی کافی برای انجام فعالیتهای روزمره زندگی نداشته باشد (۷). در بیماران سرطان معده بعد از گاسترکتومی مراقبتهای عمده پرستاری، باید بر اساس بهبود تغذیه و برقراری مطلوب عملکرد دستگاه گوارشی باشد. در این بیماران بیشتر عوارض و مشکلات بعد از عمل بعد از ترخیص در منزل بروز می کند. بنابراین بیمار و خانواده وی نیازهای آموزشی خاصی در رابطه با کاهش عوارض دارند. آموزش در این بیماران در رابطه با نحوه صحیح تغذیه و رعایت رژیم غذایی، دریافت مکملهای غذایی، مقابله با نشانه های سندرم دامپینگ، کنترل درد، بهبود فعالیت و تحرک و حمایت های روحی و روانی است (۶). تحقیقی که توسط Pernilla Vikland و همکاران (۲۰۰۶) در سوئد در رابطه با نیازهای مراقبتی بیماران کانسر معده انجام داد نتایج بررسی نشان داد که بعد از عمل جراحی گاسترکتومی، عمده ترین نیازهای مراقبتی بیماران به ترتیب در رابطه با مشکلات تغذیه ای (۲۸ درصد)، مشکلات

درد. در استانهای شمالی کشور سرطانهای معده و مری نسبت به سایر نقاط کشور بیشتر است در شرق دریاچه خزر مثل استان گلستان سرطان مری و در قسمتهای غربی مثل اردبیل و آذربایجان سرطان معده بیشتر است (۳). بر اساس آخرین گزارشات از سال ۱۹۹۹ الی ۲۰۰۴ سرطانهای دستگاه گوارش، شایعترین سرطانهای کشنده در استان آذربایجان شرقی هستند. در طی این پنج سال حدود ۵۴۱۷ مورد سرطان دستگاه گوارش در این استان گزارش گردید که سرطان معده در حدود ۴۳/۳ درصد سرطانهای دستگاه گوارش را شامل می شود (۴). درمان سرطان معده شامل روشهای جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی است که بر اساس مرحله بیماری (I, II, III, IV) از این درمانها استفاده می شود (۵). عمل جراحی، درمان عمده و موثر در مراحل اولیه و پیشرفته بیماری است. نوع عمل جراحی بستگی به مرحله بیماری، نوع بیماری و وضعیت عمومی بیمار دارد و شامل: گاسترکتومی توتال، گاسترکتومی ساب توتال، ازوفازوگاسترکتومی ساب توتال می باشد (۶).

بعد از عمل جراحی گاسترکتومی، یکسری عوارض در رابطه با تغذیه و عملکرد دستگاه گوارش بوجود می آید که به علت ماهیت بیماری و درمان است. عمده ترین این عوارض عبارت است از: سندرم دامپینگ اولیه یا زودرس، سندرم دامپینگ دیررس و سوء جذب چربی. اثرات ترکیبی این عوارض منجر به کاهش وزن قابل ملاحظه ای در زمان نسبتاً کوتاه می شود، بعلاوه کاهش وزن به علت سیری زودرس، کاهش اشتها، دیسفاژی، سوءهاضمه، فقدان عملکرد ذخیره های معده، اختلال در تحرک روده ای و درمانهای کمکی نظیر رادیوتراپی و شیمی درمانی ایجاد می شود (۷-۸). سایر مشکلات تغذیه ای که بتدریج بروز می کنند شامل آنمی، هیپوکلسمی، کمبود ویتامین C، سوء تغذیه کالری و پروتئین است. کمبود کلسیم در افراد سالمند و زنان یائسه منجر به بیماریهای استخوانی می شود (۹).

تحقیقی که توسط Marrelli و همکاران در رابطه با عوارض بعد از عمل جراحی گاسترکتومی توتال و ساب توتال انجام گرفت نشان داد که کاهش تدریجی وزن، در طی ۳ ماه اول بعد از عمل وجود داشت و سندرم دامپینگ در یک سال اول بعد از عمل بیشتر بود. سیری زودرس و پری شکم بعد از هر وعده غذا، شایعترین شکایت بود بطوریکه در ۳ ماه اول ۴۳ درصد، بعد از یکسال ۳۶ درصد و بعد از ۳ سال ۲۱ درصد گزارش گردید. میزان آهن سرم، در ۴۵ درصد بیماران در ۳ ماه اول بعد از عمل جراحی در سطح پایین گزارش و بعد از یکسال در حدود ۲۶ درصد اعلام شد و کاهش در میزان کلسیم و فسفر خون مشاهده شد (۱۰). مشکلات دیگر بعد از عمل گاسترکتومی، رگورژیتانسیون، درد بعد از خوردن غذا و اسهال مزمن می باشد. اسهال مزمن بیشتر در افرادی که دیسکسیون گره های لنفاوی رادیکال داشتند، بروز می کند (۱۱).

بنابراین با توجه به بررسی متون و تجربیات پژوهشگر عوارض بعد از عمل جراحی گاسترکتومی به صورت طولانی مدت توسط بیمار تجربه خواهد شد و باعث ایجاد احساس ناخوشی و نارضایتی از

قابل عمل و ۳ نفر فوت شده) و در گروه آزمون از ۳۵ بیمار انتخاب شده، ۶ بیمار (۴ نفر غیر قابل عمل و ۲ نفر فوت شده) از مطالعه حذف شدند و در کل ۲۵ مورد گروه شاهد و ۲۹ مورد گروه آزمون تحت مطالعه و پیگیری قرار گرفتند. به اینصورت که در ابتدا برای گروه شاهد پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (QLQ-C30) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطان معده (QLQ-ST022) بطور همزمان قبل از عمل جراحی برای بار اول تکمیل شد. سپس این دو پرسشنامه برای بار دوم یک ماه بعد از ترخیص در درمانگاه تکمیل و به منظور رعایت اصول اخلاقی،

رنامه خودمراقبتی برای این بیماران توضیح و پمفلت آموزشی داده شد. بعد از اتمام نمونه گیری گروه شاهد، گروه آزمون با توجه به مشخصات نمونه‌ها، انتخاب و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطانی و بیماران سرطان معده، برای بار اول قبل از عمل جراحی تکمیل گردید. سپس روز قبل از ترخیص، برنامه خودمراقبتی طراحی شده در یک جلسه ۰/۵ ساعته به روش چهره به چهره توسط خود پژوهشگر به بیمار و همراه وی آموزش داده شد تا اینکه برنامه خود مراقبتی را به مدت ۱ ماه در منزل، به کار گیرند به منظور اطمینان از یادگیری بیماران و پیگیری اجرای برنامه خود مراقبتی در منزل برگ خود گزارش دهی مراقبت از خود به همراه بیمار داده شد تا موارد مراقبتی بکار برده را در آن علامت بگذارند به منظور پی گیری نمونه‌های آزمون جهت رسیدن به خود مراقبتی، ۲ هفته بعد از ترخیص به صورت تلفنی برگ خود گزارش دهی مراقبت از خود ارزیابی و مراقبتی که توسط بیمار و همراه وی انجام نشده بود، مجدداً تاکید گردید. دو هفته بعد از پیگیری (۱ ماه بعد از ترخیص) پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی همراه با پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطان معده برای بار دوم در گروه آزمون تکمیل شد. در این مطالعه فردی که به روش مصاحبه پرسشنامه‌ها را تکمیل می کرد اطلاعی از گروه آزمون و شاهد نداشت. ابزارهای استفاده شده عبارتند از: ۱- پرسشنامه مربوط به اطلاعات فردی و اجتماعی و مشخصات وابسته به بیماری که شامل ۱۱ سوال که ۵ سوال مربوط به اطلاعات فردی و اجتماعی و ۶ سوال مربوط به خصوصیات وابسته به بیماری است ۲- پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران سرطانی (QLQ-C30) که شامل ۳۰ سوال در نه بعد عملکرد فیزیکی، ایفای نقش، عملکرد شناختی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی، کیفیت زندگی گلوبال (درک فرد نسبت به سلامتی کلی خود و کیفیت کلی زندگی می باشد)، خستگی، تهوع و استفراغ و مشکلات جسمی تنظیم شده است ۳- پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران سرطان معده (QLQ-STO22) که شامل ۲۲ سوال در شش بعد سختی بلع و اختلال بلع، درد و ناراحتی در ناحیه معده، محدودیتهای خوردن، علایم قسمت فوقانی معده روده‌ای، مشکلات روحی و روانی و مشکلات متفرقه تنظیم شده است. اعتبار علمی پرسشنامه اطلاعات فردی و اجتماعی و خصوصیات وابسته به بیماری علاوه بر اعتبار محتوی به ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر داده شد و نظرات اصلاحی آنها بکار گرفته شد. دو

آموزشی (۱۵ درصد)، اضطراب و نگرانی (۱۱ درصد) و درد (۱۰ درصد) بود (۱۵). با توجه به اینکه سرطان معده، سرطان شایع در کشور ایران، مخصوصاً استان آذربایجان شرقی است و جراحی مهم ترین درمان محسوب می شود و اکثر بیماران، عوارض بعد از عمل جراحی را تجربه می کنند و این عوارض بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر عمده ای می گذارد لذا پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین میزان تاثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران سرطان معده بعد از گاسترکتومی در شهرستان تبریز طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش تمامی بیماران مبتلا به سرطان معده بستری در بخش های جراحی بیمارستانهای شهر تبریز بود بیماران از چهار بیمارستان انتخاب شدند، دو بیمارستان آموزشی درمانی و دو بیمارستان دیگر خصوصی بود. نمونه پژوهش، بیماران مبتلا به سرطان معده کاندید عمل جراحی گاسترکتومی بود. معیار های پذیرش شامل: ۱- نوع سرطان معده: آدنوکارسینوم منتشر و روده ای ۲- مرحله بیماری شامل I، II، III، ۳- محدوده سنی نمونه ها ۳۵ الی ۷۵ سال ۴- عدم ابتلا به بیماریهای قلبی، ریوی، کلیوی و کبدی ۵- نوع عمل جراحی: گاسترکتومی توتال، ساب توتال و ازوپاژگاسترکتومی ساب توتال ۶- تمایل به شرکت در مطالعه بود. فاکتورهای جنس، سن، سطح تحصیلات در هر دو گروه آزمون و شاهد یکسان در نظر گرفته شد. حجم نمونه با توجه به میزان کیفیت زندگی بیماران سرطان معده بعد از عمل جراحی گاسترکتومی که blazeby و همکاران (۱۶) در سال ۲۰۰۴ بررسی شده بود و ۷۲ درصد اعلام شد، تعیین گردید و پژوهشگر با ارائه برنامه خود مراقبتی می خواست کیفیت زندگی این بیماران را به ۹۰ درصد برساند بر این اساس کل حجم نمونه ۱۱۶ نفر تعیین گردید که برای گروه آزمون و شاهد هر کدام بایستی ۵۸ نمونه انتخاب می شد، ولی باتوجه به محدودیت زمانی و معیارهای پذیرش ۷۰ نمونه در نظر گرفته شد که ۳۵ نفر گروه آزمون و ۳۵ نفر گروه شاهد بود. روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان، با توجه به مشخصات نمونه بود. بعد از تهیه پرسشنامه‌ها جهت گردآوری داده‌ها، برنامه خودمراقبتی مربوط به بیماران سرطان معده بعد از عمل جراحی گاسترکتومی طراحی شد، این برنامه با توجه به نیازهای بیماران و با استفاده از کتب و مقالات تهیه گردید. برای شروع کار عملی، پس از کسب موافقت و هماهنگی با مدیر و معاونت آموزشی بیمارستان و دفتر پرستاری راهنمای مصاحبه که حاوی مشخصات فردی و اجتماعی و مشخصات وابسته به بیماری بود، برای بیماران مبتلا به سرطان معده که کاندید گاسترکتومی بوده و در بخش جراحی بستری شده بودند، تکمیل گردید سپس بر اساس این اطلاعات نمونه های حائز شرایط انتخاب و بقیه حذف شدند، به دلیل جلوگیری از تورش در نتایج کار، ابتدا گروه شاهد و بعد گروه آزمون انتخاب و مداخله انجام شد در گروه شاهد از ۳۵ بیمار انتخاب شده، ۱۰ بیمار (۶ نفر غیر

آزمون آماری Wilcoxon بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی بیماران بر اساس پرسشنامه QLQ-C30 در گروه شاهد قبل و بعد از اجرای مطالعه تفاوت معنی داری وجود نداشت. ولی در ابعاد عملکرد فیزیکی، ایفای نقش اختلاف معنی داری مشاهده شد بطوریکه کیفیت زندگی بیماران در این ابعاد کاهش می یابد. بعلاوه بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی بیماران بر اساس پرسشنامه QLQ-STO22 در گروه شاهد قبل و بعد از اجرای مطالعه تفاوت معنی داری وجود نداشت، ولی در بعد درد و ناراحتی در ناحیه معده اختلاف معنی داری مشاهده شد، بطوریکه بعد از عمل جراحی درد و ناراحتی در ناحیه معده در این بیماران کاهش نشان داد (جدول ۲). بر اساس همین آزمون بین میانگین نمره کیفیت زندگی کلی بر اساس پرسشنامه QLQ-C30 در گروه آزمون قبل و بعد از اجرای مطالعه تفاوت معنی داری وجود نداشت ولی در ابعاد کیفیت زندگی گلوبال، عملکرد عاطفی و علائم جسمانی اختلاف معنی داری مشاهده شد، بطوریکه کیفیت زندگی بیماران در این ابعاد افزایش نشان داد. همینطور بین میانگین کیفیت زندگی کلی بیماران بر اساس پرسشنامه QLQ-STO22 در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری مشاهده گردید و در ابعاد اختلال در بلع و سختی بلع، درد و ناراحتی در ناحیه معده و مشکلات روحی و روانی اختلاف معنی داری وجود داشت و کیفیت زندگی بیماران در این ابعاد افزایش نشان داد (جدول ۳). بر اساس آزمون آماری Mann-Whitney بین اختلاف میانگین کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن بر اساس پرسشنامه QLQ-C30 در دو گروه قبل و بعد از اجرای مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشت ولی در بعد عملکرد عاطفی تفاوت معنی دار بود، بطوریکه کیفیت زندگی بیماران بعد از مداخله در این بعد افزایش نشان داد. بر اساس همین آزمون بین اختلاف میانگین کیفیت زندگی کلی بیماران و ابعاد آن بر اساس پرسشنامه QLQ-STO22 در دو گروه قبل و بعد از اجرای مطالعه تفاوت معنی دار نبود، ولی در بعد مشکلات روحی و روانی تفاوت معنی دار بود (جدول ۴).

پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران سرطانی و سرطان معده یک معیار استاندارد است که در سطح بین المللی برای استفاده در تحقیق بیماران سرطانی و بیماران سرطان معده به کار گرفته شده است. بعد از ترجمه این دو پرسشنامه به ده نفر از اساتید مجرب داده شد و نظرات اصلاحی اعمال گردید. به منظور سنجش اعتماد علمی پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی و سرطان معده که در سال ۲۰۰۴ توسط Blazeby و همکاران تست گردید نتایج نشان داد که پایایی این پرسشنامه بر اساس آزمون کرون باخ ۷۹ درصد می باشد (۱۶). نحوه نمره گذاری دو پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی و سرطان معده با استفاده از نمره استاندارد در پرسشنامه ها بود. در این مقیاس، نمره هر سوال از صفر الی ۱۰۰ بود. نمره کل کیفیت زندگی برای هر بیمار با جمع نمرات ۳۰ سوال موجود در پرسشنامه QLQ-C30 و ۲۲ سوال موجود در پرسشنامه QLQ-STO22 به دست آمد، در هر دو پرسشنامه، بالاترین نمره نشان دهنده کاهش عملکرد و مشکلات جسمی بیشتری بود. داده های بدست آمده از مطالعه به وسیله روشهای آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.15/win مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای یکسان سازی گروه ها، از آزمون کای دو، برای تجزیه و تحلیل نتایج کیفیت زندگی و تعیین کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد، از میانگین نمره کیفیت زندگی استفاده شد و به دلیل اینکه داده های کیفیت زندگی کیفی رتبه ای می باشد از آزمون های نان پارامتریک Wilcoxon به منظور مقایسه میانگین کیفیت زندگی قبل و بعد در دو گروه و Mann-Whitney برای مقایسه کیفیت زندگی بیماران، قبل و بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی در بین دو گروه استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان می دهد که با استفاده از آزمون آماری کای دو، دو گروه از نظر متغیرهای فردی و اجتماعی و مشخصات وابسته به بیماری تفاوت معنی داری ندارند (جدول ۱). بر اساس

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد بیماران مورد بررسی از نظر مشخصات فردی و اجتماعی و خصوصیات وابسته به بیماری

متغیرها	گروه آزمون تعداد(درصد)	گروه شاهد تعداد(درصد)	آزمون کای اسکوتر
جنس (مذکر)	۸۲(۲)۲۴	۷۲(۲)۱۸	P=۰/۳۴
سن (۵۵ الی ۶۵ سال)	۵۱(۹)۱۴	۴۴(۷)۱۱	P=۰/۱۱
وضعیت تاهل (متاهل)	۱۰۰(۲)۲۹	۸۸(۱۳)۲۲	P=۰/۰۹
تحصیلات (بیسواد)	۵۰(۱)۱۴	۶۰(۱۰)۱۵	P=۰/۴۸
شغل (کشاورز)	۳۴(۵)۱۰	۲۸(۳)۷	P=۰/۳۲
مرحله بیماری (III)	۵۵(۲)۱۶	۷۲(۱۱)۱۸	P=۰/۰۶
محل آناتومیک تومور (پروگنیسمال و کاردیای معده)	۷۰(۱)۱۷	۵۰(۸)۸	P=۰/۳۹
نوع آدنوکارسینوم (متشر)	۸۴(۲)۲۱	۹۵(۱۳)۲۰	P=۰/۲۳
نوع عمل جراحی (گاسترکتومی توتال)	۶۱(۵)۱۶	۵۲(۹)۹	P=۰/۸۲
درمان کمکی قبل از عمل (هیچ نوع درمان)	۹۶(۲)۲۸	۱۰۰(۱۰)۲۵	P=۰/۴۶
درمان کمکی بعد از عمل (هیچ نوع درمان)	۸۰(۱)۲۲	۶۶(۷)۱۷	P=۰/۳۷

۵۲ / تاثیر آموزش برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران سرطان معده

جدول ۲: کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن بر اساس دو پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی و سرطان معده قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد

p	Z	فاصله اطمینان (CI)		میانگین رتبه‌ها		کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن
		قبل	بعد	رتبه مثبت	رتبه منفی	
۰/۰۷	- ۱/۷	۲۹/۵-۴۰	۲۵/۳-۳۳/۵	۱۳/۴	۱۲	کیفیت کلی زندگی
۰/۰۰۲	- ۳/۱	۵۱-۶۸	۲۲/۸-۴۶	۱۳	۱۰	عملکرد فیزیکی
۰/۰۲	- ۲/۳	۲۶-۵۷/۴	۶/۵-۳۳/۴	۱۰/۸	۱۰/۷	ایفای نقش
۰/۰۷	- ۱/۸	- ۱/۴-۴	۰/۷۲-۱۳/۹	۲	۳/۸	عملکرد شناختی
۰/۰۰۵	- ۲/۸	۶/۱-۲۸/۴	- ۱/۴۶-۱۰/۷	۶/۴	۲	عملکرد اجتماعی
۰/۵۹	- ۰/۵۳	۴۹/۵-۷۰	۵۲-۶۴	۱۱/۹	۹	کیفیت زندگی گلوبال
۰/۶۴	- ۰/۴۶	۲۴-۴۸/۶	۱۸/۶-۴۲/۶	۱۱/۸	۸/۳۵	عملکرد عاطفی
۰/۹۲	- ۰/۱	۵۱/۸-۷۳/۵	۵۱/۸-۸۰	۱۳/۳	۱۱/۸	خستگی
۰/۵۲	- ۰/۶۲	۷/۳-۳۱/۳	۹/۴-۳۰/۵	۷	۸/۸	تهوع و استفراغ
۰/۱۶	- ۱/۳۸	۱۲/۷-۲۴/۵	۱۸/۳-۲۸	۱۰/۳	۱۳/۱	علائم جسمی
۰/۴۴	- ۰/۸۶	۲۰-۳۶	۲۴/۲-۴۰	۱۰/۳	۱۵/۹	کیفیت زندگی کلی
۰/۳	- ۱/۰۴	۱۸/۵-۴۲	۲۴/۵-۵۱/۴	۸/۵	۱۳/۲	سختی بلع و اختلال در بلع
۰/۰۱	- ۲/۳۶	۱۰/۳-۳۲/۳	۲۶/۶-۵۶	۹/۵	۱۱/۵	درد و ناراحتی
۰/۷۶	- ۰/۳	۲۲/۶-۴۱/۹	۲۴-۴۶	۱۰/۷	۱۳/۵	محدودیت های خوردن
۰/۱۱	- ۱/۵	۱۱/۹-۲۷	۱۸/۹-۲۷	۱۱/۲	۱۱/۶	عملکرد دستگاه فوقانی معده
۰/۰۵	- ۱/۹	۳۲/۷-۶۲/۳	۱۹/۵-۴۸	۱۰	۸/۲	مشکلات روحی و روانی
۰/۲۸	- ۱/۰۶	۱۲/۹-۲۴	۱۱/۸-۲۳	۵	۱۰/۵	مشکلات متفرقه

CI=Confidence interval; QLQ-C30= Quality of life Questionnaire of cancer; QLQ-STO22= Quality of life Questionnaire of Stomach

جدول ۳: کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن بر اساس دو پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی و سرطان معده در گروه تجربی قبل و بعد از مداخله

p	z	فاصله اطمینان (CI)		میانگین رتبه ها		کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن
		قبل	بعد	رتبه مثبت	رتبه منفی	
۰/۲۷	- ۱/۰۹	۳۳/۶-۴۶	۳۰-۴۲	۱۵/۷	۱۳/۹	کیفیت کلی زندگی
۰/۰۵	- ۱/۹	۴۵-۶۴	۳۰/۲-۴۹	۱۴/۲	۱۳/۴	عملکرد فیزیکی
۰/۰۹	- ۱/۶	۴۲-۶۴/۴	۲۶/۴-۵۲	۱۲/۶	۱۵/۷	ایفای نقش
۰/۲	- ۱/۳	- ۱/۹-۷/۶	- ۰/۵-۱۰/۸	۱/۵	۲/۸	عملکرد شناختی
۰/۲۳	- ۱/۲	۳۶-۶۰	۲۴/۸-۵۲	۱۲/۹	۱۳	عملکرد اجتماعی
۰/۰۴	- ۲	۵۷-۷۳/۷	۴۹/۵-۶۳	۱۳/۹	۱۱	کیفیت زندگی گلوبال
۰/۰۰۴	- ۲/۸	۳۰-۴۸/۵	۴۴-۶۵	۱۱/۷۵	۱۴/۶	عملکرد عاطفی
۰/۸۷	- ۰/۸۸	۴۳-۶۶/۵	۳۸-۶۵	۱۵/۴	۱۳/۶	خستگی
۰/۱۴	- ۱/۴۵	۷/۵-۳۰/۴	۰/۵۵-۱۶/۶	۸/۷	۸	تهوع و استفراغ
۰/۰۳	- ۲/۱	۱۶-۲۹	۲۳/۷-۳۸	۱۳/۲	۱۳/۶	علائم جسمی
۰/۰۴	- ۲/۰۲	۲۲/۴-۳۵/۴	۳۲-۴۰	۱۱/۳	۱۷/۲	کیفیت کلی زندگی
۰/۰۱۶	- ۲/۴	۱۷/۸-۳۳/۸	۳۰/۵-۵۱	۱۲/۱	۱۵/۴	سختی بلع و اختلال در بلع
۰/۰۰۱	- ۳/۴	۱۶/۴-۳۲/۶	۳۸-۶۰	۱۱/۷۵	۱۴/۴	درد و ناراحتی
۰/۱۲	- ۱/۵	۲۴/۸-۴۴	۱۵-۳۱	۱۵	۱۴/۶	محدودیت های خوردن
۰/۹۵	- ۰/۰۵	۲۴-۲۳/۲	۲۶-۴۲	۱۱/۸	۱۵/۷	عملکرد دستگاه فوقانی معده
۰/۰۴	- ۱/۹	۳۴/۵-۵۵/۸	۴۷-۶۸	۱۰/۸	۱۴/۸	مشکلات روحی و روانی
۰/۸	- ۰/۰۶	۵/۹-۱۴	۶/۱۶-۱۴/۸	۸/۵	۱۰/۷	مشکلات متفرقه

CI=Confidence interval; QLQ-C30= Quality of life Questionnaire of cancer; QLQ-STO22= Quality of life Questionnaire of Stomach

جدول ۴: مقایسه اختلاف میانگین کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن بر اساس دو پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی و سرطان معده در دو گروه شاهد و تجربی قبل و بعد از مداخله

P	z	گروه شاهد		میانگین رتبه ها		اختلاف میانگین کیفیت زندگی کلی و ابعاد آن
		انحراف معیار میانگین	انحراف معیار میانگین	رتبه مثبت	رتبه منفی	
۰/۸	- ۰/۲۵	۳/۸±۲۱/۳	۵/۸±۱۶/۵	۲۷	۲۸	کیفیت کلی زندگی
۰/۲۹	- ۱/۰۵	۱۴/۹±۳۶/۲	۲۵/۳±۳۲	۲۵/۴	۲۹/۹	عملکرد فیزیکی
۰/۵	۰/۶۶	۱۳/۷±۴۰/۸	۲۲±۴۷/۵	۲۶/۲	۲۹	ایفای نقش
۰/۳۶	- ۰/۹	- ۲/۲±۹/۶۷	- ۶±۱۷/۹	۲۸/۷	۲۶	عملکرد شناختی
۰/۹۸	- ۰/۰۱	۹/۷±۴۱/۴	۱۲/۶±۱۹/۴	۲۷/۵	۲۷/۴	عملکرد اجتماعی
۰/۳۸	- ۰/۸۶	۹/۲±۲۲/۷	۱/۵±۲۵/۹	۲۹	۲۵/۵	کیفیت زندگی گلوبال
۰/۰۰۶	- ۲/۷	- ۱۵/۵±۲۹	۵/۶±۳۴/۲	۲۲	۳۳/۸	عملکرد عاطفی
۰/۶۲	- ۰/۴۸	۳±۵۱/۳	- ۳/۳±۳۷/۴	۲۸/۴	۲۶/۳	خستگی
۰/۱۷	- ۱/۳۵	۱۰/۳±۳۹/۶	- ۰/۶۷±۳۴/۵	۳۰	۲۴/۵	تهوع و استفراغ
۰/۳۸	- ۰/۸۷	- ۸/۶±۲۲/۹	- ۴/۶±۱۷/۲	۲۵/۷	۲۹/۵	علائم جسمی
۰/۴۱	- ۰/۲۸	- ۷±۱۸	- ۴±۲۲/۵	۲۵	۲۹	کیفیت کلی زندگی
۰/۲۵	- ۱/۱۵	- ۱۴/۹±۳۲/۲	- ۰/۶۷±۳۶	۲۵/۲	۳۰	سختی بلع و اختلال در بلع
۰/۵۲	- ۰/۶۳	- ۲/۴/۹±۳۲	- ۲۰±۳۸/۲	۲۶/۲	۲۸/۹	درد و ناراحتی
۰/۱۵	- ۱/۴	۱۱/۲۵±۳۱/۴	- ۲/۹±۲۵/۵	۳۰/۳	۲۴/۲	محدودیت های خوردن
۰/۲۲	- ۱/۲	- ۰/۳۸±۳۵	- ۸/۴±۲۵/۷	۳۰	۲۴/۷	عملکرد دستگاه فوقانی معده
۰/۰۷	- ۲/۷	- ۱۲/۶±۳۵/۶	۱۳/۷±۳۸/۲	۲۲	۳۳/۷	مشکلات روحی و روانی
۰/۳۵	- ۰/۹	- ۰/۵۵±۱۰/۵	۱±۱۳/۶	۲۵/۷	۲۹/۵	مشکلات متفرقه

QLQ-C30= Quality of life Questionnaire of cancer; QLQ-STO22= Quality of life Questionnaire of Stomach

بحث

مشخصات فردی و اجتماعی و خصوصیات وابسته به بیماری که شامل مرحله بیماری، محل آناتومیک تومور، نوع سرطان، نوع عمل جراحی و درمان کمکی قبل و بعد از عمل می باشد بر نتایج ناشی از درمان و شدت علائم بیماری اثر گذاشته و کیفیت زندگی این بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد و هر چه بیماری پیشرفته باشد کیفیت زندگی کاهش می یابد (۱۲). تحقیقی که توسط Huang و همکاران (۲۰۰۷) در رابطه با کیفیت زندگی بیماران گاسترکتومی انجام داد نتایج حاکی از این بود که بیماران با گاسترکتومی ساب توتال در مقایسه با گاسترکتومی توتال تهوع و استفراغ کمتر و کاهش اشتها کمتری داشتند بطوریکه حفظ قسمت پروگسیمال معده در این راستا نقش بیشتری را ایفا می کرد بعلاوه در بیماران با مرحله پیشرفته بیماری کیفیت زندگی در تمام ابعاد کاهش یافته بود (۱۷). لذا این متغیرها در هر دو گروه یکسان در نظر گرفته شد و آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری را از نظر مشخصات فردی و اجتماعی و خصوصیات وابسته به بیماری در دو گروه نشان نداد (جدول ۱).

البته بر اساس یافته های موجود در این پژوهش مشکلات مربوط به ابعاد محدودیت های خوردن، عملکرد دستگاه فوقانی معدی و روده ای، تهوع و استفراغ و خستگی در گروه شاهد نسبت به گروه تجربی کمتر بود، با اینکه این تفاوت معنی دار نیست ولی از نظر بالینی اهمیت دارد. بر اساس یافته های جدول شماره یک، ۵۰ درصد بیماران در گروه شاهد و ۷۰ درصد در گروه تجربی محل آناتومیک تومور در ناحیه پروگسیمال و کاردیای معده بود و بعلاوه حدود ۵۴ درصد در گروه شاهد و ۶۱ درصد بیماران در گروه تجربی عمل گاسترکتومی توتال را داشتند لذا بر اساس این یافته ها اکثر بیماران در گروه تجربی عوارض بیشتری نسبت به گروه شاهد تجربه کرده بودند. بیماران با گاسترکتومی ساب توتال در مقایسه با گاسترکتومی توتال علائم جسمانی کمتری دارند بطوریکه حفظ قسمت پروگسیمال معده شدت علائم را می کاهش دهد، بعلاوه در عمل جراحی ساب توتال محدودیت های مربوط به خوردن نظیر سیری زودرس کاهش می یابد و بیمار از خوردن مواد غذایی لذت بیشتری می برد و علائم مربوط به بعد عملکرد دستگاه فوقانی معدی روده ای نظیر بازگشت اسید و صفرا به دهان، سوزش سردل کاهش می یابد. کیفیت زندگی کلی در بیماران گاسترکتومی در گروه شاهد بر اساس پرسشنامه QLQ-C30 بعد از عمل جراحی نسبت به قبل از عمل کاهش یافته، بطوریکه در بعد عملکرد فیزیکی و ایفای نقش این کاهش معنی دار است (جدول ۲). پژوهشی که در دانشگاه ملی Yang-Ming در شهر آتالانتا در رابطه با بررسی کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از عمل گاسترکتومی (۲۰۰۸) انجام گرفت نشان داد که عملکرد فیزیکی این بیماران تا ۶ ماه بعد از عمل جراحی کاهش و بعد از این مدت بتدریج افزایش می یابد (۲۰-۱۸). کیفیت زندگی کلی بیماران بر اساس پرسشنامه QLQ-STO22 در گروه شاهد بعد از عمل جراحی نسبت به قبل از عمل کاهش کمتری را نشان می دهد بعد

از عمل جراحی گاسترکتومی در بعد درد و ناراحتی در معده کاهش معنی داری مشاهده می شود، از طرف دیگر نتایج در این جدول حاکی از این است که مشکلات روحی و روانی بعد از عمل در این بیماران بیشتر شده با اینکه این افزایش معنی دار نیست ولی از نظر بالینی اهمیت دارد (جدول ۲). تحقیقی که توسط Hjermsstad و همکاران (۲۰۰۶) در رابطه با کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی گاسترکتومی انجام داد نشان داد که در بین ۱۰ بیمار با گاسترکتومی توتال، ۱۷ بیمار با گاسترکتومی نسبی و ۹ بیمار غیر قابل عمل، بیماران با گاسترکتومی توتال عملکرد عاطفی ضعیفتر و مشکلات روحی و روانی بیشتری داشتند چون مشکلات مربوط به خوردن غذا و هضم غذا در این بیماران بیشتر بود (۱۹).

کیفیت زندگی کلی بر اساس پرسشنامه QLQ-C30 در بیماران گروه تجربی بعد از عمل جراحی و اجرای مداخله کاهش نشان می دهد ولی در ابعاد کیفیت زندگی گلوبال، عملکرد عاطفی و علائم جسمانی کیفیت زندگی بیماران بهبود یافته بطوریکه این افزایش معنی دار است. بعلاوه در بعد عملکرد شناختی بعد از اجرای مداخله افزایش وجود دارد این افزایش با اینکه از نظر آماری معنی دار نیست ولی از نظر بالینی اهمیت دارد (جدول ۳). کیفیت زندگی کلی بیماران بر اساس پرسشنامه QLQ-STO22 در گروه تجربی بعد از عمل و اجرای برنامه خود مراقبتی افزایش معنی داری را نشان می دهد. بعلاوه این افزایش در ابعاد سختی بلع و اختلال در بلع، درد و ناراحتی در معده و بعد روحی و روانی معنی دار است و نشان می دهد که کیفیت زندگی بیماران در این ابعاد بهبود یافته است (جدول ۳).

اختلاف میانگین کیفیت زندگی کلی بیماران بر اساس پرسشنامه QLQ-C30 بین دو گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از عمل جراحی و انجام مداخله معنی دار نبود ولی کاهش کیفیت زندگی کلی در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد کمتر است. در بین ابعاد کیفیت زندگی بعد عملکرد عاطفی بیماران در گروه تجربی بعد از انجام مداخله بهتر شده و این افزایش معنی دار است، با وجود اینکه اختلاف میانگین تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز ابعاد خستگی و تهوع استفراغ در دو گروه قبل و بعد معنی دار نیست ولی کاهش نمره این ابعاد در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد کمتر است و نشان می دهد که کیفیت زندگی در این ابعاد در گروه تجربی بهتر شده و این از نظر بالینی اهمیت دارد (جدول ۴). تحقیقی که در سال ۱۳۸۱ تحت عنوان بررسی تاثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران کانسر مری بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی انجام گرفت نتایج نشان داد با اینکه کیفیت زندگی کلی بیماران تحت مداخله افزایش نداشت ولی ابعاد سلامتی عمومی و سلامت روحی روانی در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد بهتر شده بود بطوریکه اختلاف میانگین این ابعاد معنی دار بود به علاوه مشکلات جسمی بیماران بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی و با اجرای برنامه خودمراقبتی کاهش یافته بود (۱۲). اختلاف میانگین کیفیت زندگی

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج، اجرای برنامه خودمراقبتی در بیماران گاسترکتومی بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مخصوصاً در ابعاد روحی و روانی، عاطفی، کاهش علائم جسمانی و سختی بلع موثر بوده، به منظور ارتقاء کیفیت زندگی در سایر ابعاد نظیر عملکرد فیزیکی، اجتماعی و ایفای نقش نیاز به زمان طولانی ۳ الی ۶ ماه است و در این مطالعه مدت پیگیری فقط یک ماه بوده لذا در این پژوهش زمان به عنوان یک عامل محدود کننده به شمار می آید؛ علاوه بر زمان تعداد نمونه هم جزو عوامل محدود کننده است.

تقدیر و تشکر

از همکاران محترم مرکز تحقیقات کبد و گوارش که در امر تصویب و اجرای طرح تحقیقاتی ما را یاری کرده‌اند بخصوص جناب آقای دکتر میری نژاد و سرکار خانم درستی کمال تشکر را دارم. همیظور از سرپرستاران محترم بخش‌های جراحی مردان و زنان بیمارستانهای امام رضا، سینا، شمس و بهبود که در انتخاب نمونه‌های مناسب و تکمیل پرسشنامه‌ها ما را یاری فرمودند تشکر می‌کنم.

References

- Souhami R, Tobias J. Cancer and its management. 4th ed. Oxford, Black well science, 2003; PP: 220-226.
- Rivera F, Marta F, Lopez B. Chemotherapy of advanced gastric cancer. *Cancer Treat Rev* 2007; **33**(4): 315-324.
- Iranian student's news agency, 2005 [On line]. Available from: <http://www.ISNA.IR>.
- Somi MH, Mirinezhad K, Farhang S, Jazayeri E, Sani A, Seif-Farshadi M, et al. Gastrointestinal cancer occurrence in East Azerbaijan: A five year study from North Western Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2006; **7**(2): 309-312.
- O'Connor KA. Gastric cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 2003; **15**(1): 26-36.
- Miasknouski CH, Buchsel PA. *Oncology nursing assessment and clinical care*. 3rd ed. Mosby, 2002; PP: 1015-1030.
- Brunner & Suddarths. *Text book of medical surgical nursing: Nursing of gastrointestinal tract*. Translated by Alikhani M. 10th ed. Tehran, Salemi Pub, 2004; PP: 137-144 (Persian).
- Phipps Sands M. *Medical surgical nursing: Nursing of gastrointestinal tract*. Translated by Trophy A. 6th ed. Tehran, Chehr Pub, 1999; PP: 206-222 (Persian).
- Liedman B. Symptoms after total gastrectomy on food intake, body composition, bone metabolism, quality of life in gastric cancer. is reconstruction with a reservoir worthwhile. *Nutrition* 1999; **15**(9): 677-782.
- Marrelli D, Pedrazzani C, Neri B, Rampone B, Corso G, Perrota E, et al. Roviello: Complications after extended (D2) and superextended (D3) lymphadenectomy for gastric cancer: analysis of potential risk factors. *Ann Surg Oncol* 2007; **14**: 25-33.
- McCulloch P. The role of surgery in patients with advanced gastric cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterology* 2006; **20**(4): 767-787.
- Davoody A. *Survey effect of self-care program on quality of life in patients with esophageal cancer after esophagectomy in selected hospitals of Tehran medical sciences university*. Tarbiat Modares University, (M.Sc. Thesis). 2002: 66-77.
- Barbour AP, Lagergren P, Hughes R, Alderson D, Barham CP, Blazeby JM. Health-related quality of life among patients with adenocarcinoma of the gastro-oesophageal junction treated by gastrectomy or oesophagectomy. *Br J Surg* 2008; **95**(1): 80-84.
- Maeda T, Onuoha FN, Munakata T. The effect of postoperative symptom experience on depression among postgastrectomy patients in Japan. *Gastroenterol Nurs* 2006; **29**(6): 437-444.
- Viklund P, Wengstrom Y. Supportive care for patients with gastrointestinal cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2006; **10**(5): 353-363.
- Blazeby JM, Conroy T, Bottomley A, Vickery C, Arraras J, Sezer O, et al. Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-STO22, to assess quality of life in patients with gastric cancer. *EJC* 2004; **40**(15): 2260-2268.

17. Huang CH, Heng-HL, Chun Wang Pa, Yang J, Cheng C, Huang CS, et al. Quality of Life in Disease-Free Gastric Adenocarcinoma Survivors: Impacts of Clinical Stages and Reconstructive Surgical Procedures. *Dig Surg* 2007; **24**(1): 59-65.
18. Wu CW, Chiou JM, Ko FS, Lo SS, Chen JH, Lui WY, Whang-Peng J. Quality of life after curative gastrectomy for gastric cancer in a randomized controlled trial. *BJC* 2008; **98**(1): 54-59.
19. Hjerstad and colleagues. Quality of life after total or partial gastrectomy for primary gastric lymphoma. *Acta Oncol* 2006; **45**(2): 202-209.
20. Murawa D, Murawa P, Oszkinis G, Biczysko W. Long term consequences of total gastrectomy: quality of life, nutritional status. *Tumor* 2006; **29**(1): 26-33.

Archive of SID