ORIGINAL ARTICLE

Effect of Dignity Therapy on Functional Aspects of Quality of Life in Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial

Hossein Rahimi[1],
Nasim Mehrpooya[2],
Ahmad Nasiri Furg [3],
Seyyed Abolfazl Vagharseyyedin[3]

[1] Instructor, Department of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
[2] MSc in Psychiatric Nursing, Neyshaboor University of Medical Sciences, Neyshaboor, Iran
[3] Associate Professor, Department of Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

(Received March 9, 2020 ; Accepted June 2, 2020)

Abstract

Background and purpose: Cancers are the third leading cause of death in Iran. Cancer reduces functional aspects of quality of life (QOL). This study aimed to determine the effect of dignity therapy on functional dimensions of quality of life in cancer patients.

Materials and methods: A randomized controlled clinical trial was carried out in 76 patients with cancer in Birjand Iranmehr Hospital, 2019. Information, including demographic characteristics, was obtained, and EORTC QLQ-C30 was completed before the intervention. The participants were randomly allocated to either an intervention group or a control group. Dignity therapy was administered in the intervention group in 3-4 sessions of 30-45 minutes, while the control group received no intervention. Four weeks after the intervention, the EORTC QLQ-C30 was completed again in both groups.

Results: Mann-Whitney test showed no significant difference between the intervention and control groups in functional aspects of QOL before the intervention (P> 0.05). After the intervention, the mean scores for emotional and social functioning and their changes significantly increased in the intervention group compared to the control group (P< 0.05). However, the mean scores for physical, role, and cognitive functioning in the intervention group did not significantly change compared to the control group (P> 0.05). After the intervention, total mean score for functional aspects showed a significant increase in the intervention group compared to the control group (P <0.05).

Conclusion: Dignity therapy could be considered as one of the supportive-palliative methods for improving the functional aspects of QOL in cancer patients.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20190604043820N1)

Keywords: dignity therapy, quality of life, cancer

J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 30 (187): 68-83 (Persian).

* **Corresponding Author: Hossein Rahimi -** Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
(E-mail: Hosseinrahimi92@yahoo.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

مجـلـه دانشــگاه عـلــوم پــزشـكـــی مـازنـــدران
دوره سی ام شماره 187 مرداد سال 1399 (83-68)

تأثیر شأن درمانی بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی بیماران سرطانی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

حسین رحیمی[1]
نسیم مهرپویا[2]
احمد نصیری فورگ[3]
سید ابوالفضل وقارسیدین[3]

چکیده

سابقه و هدف: در ایران سرطان‌ها سومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شوند. سرطان موجب مخدوش شدن ابعاد عملکردی کیفیت زندگی می‌شود. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی شاهددار است که در سال 1398 روی 76 بیمار مبتلا به سرطان دارای پرونده در بیمارستان ایرانمهر بیرجند انجام شد. قبل از مداخله، فرم دموگرافیک و پرسشنامه بعد عملکردی کیفیت زندگی بیماران سرطانی تکمیل شد. شرکت کنندگان به طور تصادفی در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله، شأن درمانی در 3 تا 4 جلسه 45-30 دقیقه‌ای، انجام شد. در گروه کنترل، مداخله‌ای انجام نشد. 4 هفته پس از مداخله، پرسشنامه بعد عملکردی تکمیل شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که قبل از مداخله، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات ابعاد مختلف بُعد عملکردی بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت($P>0/05$). 4 هفته بعد از مداخله، میانگین و تغییرات میانگین نمرات عملکرد هیجانی و اجتماعی، افزایش معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشت ($P<0/05$)؛ اما میانگین نمرات عملکرد جسمانی، ایفای نقش و عملکرد شناختی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تغییرات معناداری نداشت ($P>0/05$). میانگین نمره کلی بُعد عملکردی، افزایش معناداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد($P<0/05$).

استنتاج: شأن درمانی می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های حمایتی- تسکینی در بهبود بُعد عملکردی کیفیت زندگی بیماران سرطانی مورد توجه قرار گیرد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT20190604043820N1

واژه های کلیدی: شأن درمانی، کیفیت زندگی، سرطان

مقدمه

ماهیت بیماری‌ها از حاد به مزمن تغییر پیداکرده است(1). سرطان بیماری مزمنی است که به دلیل اختلال در ژن‌ها، بیان آن‌ها و نهایتاً اختلال در رشد و تکثیر و تمایز سلولی ایجاد می‌شود(2). در حال حاضر این بیماری دومین علت مرگ‌ومیر در دنیا محسوب می‌شود و تا سال 2030 اولین و مهم‌ترین علت مرگ خواهد بود(3). سرطان‌ها در ایران، سومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شوند و تا 10 سال آینده عامل 13 درصد از کل

مولف مسئول: حسین رحیمی - بیرجند: دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دانشکده پرستاری و مامایی E-mail: Hosseinrahimi92@yahoo.com
1. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
2. کارشناس ارشد پرستاری روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران
3. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

تاریخ دریافت : 1398/12/19 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :1399/1/24 تاریخ تصویب : 1399/3/13

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

مرگ‌ومیرها خواهد بود(4). سرطان تأثیرات نامطلوبی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مبتلایان دارد(5). این بیماری باعث مخدوش شدن کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمانی، نقش فیزیکی و عملکرد اجتماعی مبتلایان می‌شود(6). بیم از مرگ، هراس از عدم استقلال و وابستگی به دیگران، وحشت از بدشکلی، تغییر یا بروز ناهنجاری در شکل ظاهری، آشفتگی و اختلال در روابط بین فردی و خانوادگی و عوارض جسمی مرتبط با ماهیت سرطان و نوع درمان می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف شوند(9-7).

در مطالعات Sundaresan و همکاران (2015) و عیسی زادگان و همکاران (2016) ابعاد کیفیت زندگی وکیفیت زندگی کلی بیماران سرطانی نامطلوب گزارش شده است(11،10).

از سوی دیگر با توجه به تغییرات نامطلوب ایجاد شده در کارکردها، مسوولیت و فعالیت‌های روزانه در مبتلایان به سرطان، احساساتی همچون کم ارزشی، بی‌لیاقتی و کاهش عزت نفس بیماران را درگیر می‌کند. به عبارت دیگر، احساس کرامت و شأن انسانی بیماران به دنبال ابتلا به سرطان تحت تأثیرات نامطلوب قرار می‌گیرد. کاهش شأن و افت احساس ارزشمندی و کرامت، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد(12). در این راستا پژوهشگران معتقدند که کرامت و شأن در بیماران نزدیک به مرگ، ارتباط مستقیم با کیفیت زندگی آنان دارد، به طوری که با افزایش کرامت و شأن ،بعد عملکردی کیفیت زندگی بیماران مذکور نیز بهبود می‌یابد(13). لازم به ذکر است که ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی بیماران سرطانی باعث پذیرش کامل روند درمان، کنترل علائم و عوارض ناشی از درمان‌ها می‌شود، همچنان که کاهش کیفیت زندگی، توانایی سازگاری بیماران با پدیده سرطان را کاهش می‌دهد و عوارض آن را تشدید می‌کند(14). بنابراین انجام مداخلات بهبوددهنده کرامت و شأن انسانی و به دنبال آن افزایش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان ضروری به نظر می‌رسد. روش‌های مختلفی برای بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان وجود دارد. انتخاب روش‌های درمانی با عوارض کم‌تر، مشاوره و روان درمانی از جمله این روش‌ها هستند(16،15). کم عارضه ترین داروهای شیمی درمانی ذاتا عوارض نامطلوب جسمی و روانی بر بیماران سرطانی تحمیل می‌کنند(17) و کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیرات نامطلوب قرار می‌دهند. علی‌رغم تاثیرات مطلوب درمان‌های مبتنی بر مداخلات روان‌شناختی به دلیل این‌که این مداخلات غالبا گران و زمانبر هستند توسط بیماران مورد استقبال قرار نمی‌گیرند(18). لذا استفاده از رویکردهای درمانی ارزان، ساده و در دسترس نظیر شأن درمانی مورد توجه قرار گرفته است.

شأن در لغت به معنای منزلت و جایگاه است(19). شأن درمانی مداخله‌ای کوتاه‌مدت جهت کاهش رنج روانی و دیسترس ناشی از بیماری‌های مزمن است(22-20). سازمان بهداشت جهانی احترام و توجه به شأن و منزلت بیماران را عاملی مهم در افزایش سلامت بیماران می‌داند(23). به‌طور کلی شأن درمانی، مبتلایان به بیماری‌های تهدیدکننده حیات را به صحبت در مورد موضوعاتی که برایشان اهمیت دارد، تشویق می‌کند. طی جلسات شأن درمانی در مراکز درمانی یا محل سکونت بیماران، درمانگر (پرستار، پزشک یا روانشناس) با ایجاد انگیزه و علاقه‌مندی در بیماران نسبت به روایت و بازگویی قصه زندگی و سرگذشتشان، آنان را به بیان اساسی‌ترین و مهم‌ترین اندیشه‌ها، عواطف و احساسات مطلوب یا آزاردهنده، امیدها و خواسته‌هایشان از عزیزان و اعضای خانواده تشویق می‌کنند. به‌عبارت‌دیگر هدف نهایی شأن درمانی، دعوت بیماران نزدیک مرگ به صحبت در مورد موضوعاتی است که برایشان اهمیت دارد(25،24). در این روش درمانی، از بیمار خواسته می‌شود که به سؤالاتی نظیر "ماحصل زندگی شما چیست؟ چه موضوعی باعث احساس افتخار شما می‌شود؟ چه امیدها و آرزوهایی برای فرد مورد علاقه‌تان دارید؟ چه درس‌هایی از زندگی آموخته‌اید که می‌خواهید برای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

دیگران بیان کنید؟ چه آرزوهایی برای خود و چه درخواست‌هایی از اطرافیان خوددارید ؟" پاسخ دهد، تا اطرافیان وی در صورت امکان، شرایط برآورده شدن خواسته‌ها و آرزوهای بیمار را فراهم کنند(21). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که توجه و برآورده کردن نیازهای جسمی، روحی و روانی بیماران نزدیک مرگ باعث بهبود ابعاد کیفیت زندگی آنان می‌شود(13،26).

مفهوم شأن و منزلت انسانی در فلسفه پرستاری نیز مورد توجه قرارگرفته است(26). پرستاران نسبت به سایر اعضای گروه‌درمانی نقش قابل‌توجهی در روند درمان بیماران مزمن دارند، چون زمان بیش‌تری را با بیماران سپری می‌کنند(27). از طرفی با توجه به پارادایم بایوسایکوسوشیال در فلسفه پرستاری، ارائه مراقبت‌های کل‌نگر از وظایف پرستاران ذکر شده است. در پارادایم مذکور علاوه بر نیازهای جسمی، مشکلات روحی و روانی بیماران نیز باید مورد توجه قرار گیرد(19،28). لذا پرستاران با بکارگیری این روش درمانی می‌توانند نقش موثرتری در بهبود شرایط جسمی و روحی بیماران سرطانی ایفا کنند. در زمینه بررسی تأثیر شأن درمانی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مبتلایان به بیمارهای مزمن و صعب‌العلاج نتایج مختلفی به‌دست‌آمده است.

Dose و همکاران (2018) پژوهشی با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته تحت شیمی‌درمانی انجام دادند. نتایج پژوهش مذکور نشان داد که پس از شأن درمانی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، بهزیستی و عملکرد جسمی مبتلایان به سرطان پانکراس و ریه بهبود نیافته است(29). این در حالی است که نتایج مطالعه Vergo و همکاران(2014)، Rudilla و همکاران (2016) و Houmann و همکاران (2014) بیانگر تأثیر مطلوب شأن درمانی بر علائم جسمی و کاهش درد بیماران در گروه مداخله نسبت به کنترل بود(30-32).

در زمینه تأثیر شأن درمانی بر عملکرد هیجانی و عملکرد اجتماعی بیماران سرطانی نیز نتایج متناقض است. نتایج پژوهش Rudilla و همکاران و Houmann و همکاران بیانگر تأثیر شأن درمانی بر بهبود عملکرد هیجانی و اجتماعی بیماران است(31،32)؛ اما نتایج مطالعه Vergo و همکاران و Dose و همکاران نشان دادند که شأن درمانی بر بهبود و ارتقاء بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و خانوادگی مبتلایان به سرطان تأثیر ندارد(29،30). همان‌طورکه ذکر شد مطالعات مختلفی در زمینه بررسی تاثیر شأن درمانی در کشورهای غیر مسلمان (کشورهای انگلوساکسون نظیر ایالات متحده، کانادا، استرالیا و انگلستان) و با زمینه فرهنگی متفاوت انجام شده است که نتایج متناقضی را گزارش کرده‌اند. لذا با توجه به این‌که متخصصان حوزه شأن درمانی معتقدند که احتمالا فرهنگ و مذاهب مختلف می‌تواند بر نتایج شأن درمانی تاثیرات گوناگونی داشته باشد(33،34) و از آن‌جایی که در کشور ایران با زمینه فرهنگی کاملا متفاوت با کشورهای مذکور، پژوهشی که منحصراً به بررسی تأثیر شأن درمانی بر بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پرداخته باشد، یافت نشد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شاهد دار است که در سال 1398انجام گردید. محیط پژوهش بیمارستان تخصصی سرطان ایرانمهر شهر بیرجند بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مبتلایان به سرطان دارای پرونده در بیمارستان ایرانمهر بود. نمونه مورد پژوهش، 76 بیمار مبتلا به سرطان و دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند. معیارهای ورود شامل اطلاع بیمار از ابتلا به سرطان، گذشت حداقل 6 ماه از تشخیص سرطان، سن بیش از 18 سال، توانایی خواندن و نوشتن، عدم تمایل به مهاجرت یا مسافرت تا یک ماه آینده، عدم ابتلا به اختلالات روانی شناخته‌شده و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بر اساس اطلاعات موجود

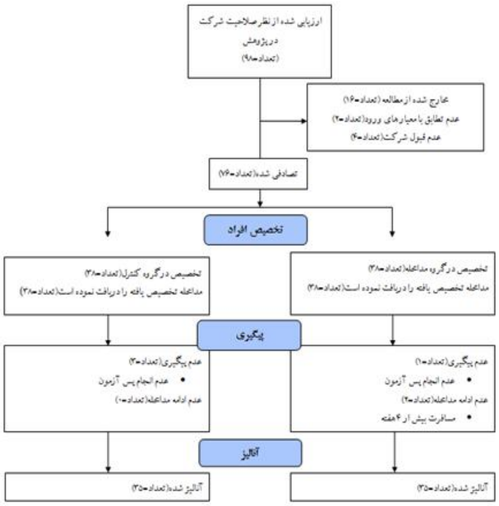
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

در پرونده بیماران و صحت وضعیت روانی و شناختی مشارکت‌کنندگان بود. به‌منظور سنجش و تأیید صحت عملکرد روانی و شناختی مشارکت‌کنندگان از پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت روانی(MMSE[1]) Folstein و همکاران (1975) استفاده شد(35). این ابزار به طور کلی دارای 30 آیتم است. به طوری‌که از 3 آیتم 5 امتیازی، سه آیتم 3 امتیازی، یک آیتم 2 امتیازی و چهار آیتم 1 امتیازی تشکیل شده است. آیتم‌های 5 امتیازی شامل آگاهی به زمان،آگاهی به مکان و توجه و محاسبه می‌باشند. آیتم‌های 3 امتیازی شامل اجرای دستورات سه مرحله‌ای (مانند بلند شو، راه برو، بشین) و حافظه اخیر و حافظه فوری است. آیتم 2 امتیازی شامل نامیدن دو جسم است که هر جسم یک امتیاز دارد. آیتم‌های 1 امتیازی این ابزار نیز شامل خواندن، نوشتن، تکرار و شکل است.حداقل امتیاز در هر آیتم 0 و حداکثر امتیاز 1 می‌باشد. بنابراین نمره کلی این پرسشنامه بین 0 تا 30 است. نقطه برش پرسشنامه مذکور امتیاز 21 در نظر گرفته شد(36) و شرکت‌کنندگانی که نمره 21 یا بیش‌تر کسب کردند وارد مطالعه شدند. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف تأیید و بیش از 0/7 گزارش شده است(35،37). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور 0/89 محاسبه گردید. معیارهای خروج شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، عدم همکاری فرد معتمد بیمار (عضو خانواده یا دوست بیمار) نسبت به دریافت سند مولد و ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و تهدید کننده حیات بود. حجم نمونه با توجه به مطالعه واقعی و همکاران (1393) با توان 84 درصد و در نظر گرفتن احتمال 10 درصدی ریزش نمونه‌ها برای گروه مداخله (38 نفر) و کنترل (38 نفر) در نظر گرفته شد(38).

$$n=\frac{(z_{1-\alpha/2}+z_{1-\beta})^2(s_1^2+s_2^2)}{(\bar{X}_1-\bar{X}_2)^2}=\frac{(1/96+0/84)^2(10/24+5/10)}{(32/2-34/1)^2}=\frac{7/84+15/34}{3/61}=34$$

1. Mini-Mental State Examination

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و ریاست مرکز ایرانمهر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، 76 شرکت‌کننده دارای معیارهای ورود را با روش نمونه‌گیری در دسترس دعوت به همکاری در پژوهش نمود. سپس با معرفی خود، بیان اهداف و نحوه انجام پژوهش رضایت آن‌ها را به صورت کتبی برای شرکت در پژوهش اخذ نمود. در مرحله بعد فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (بُعد عملکردی) توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل گردید. برای تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل از پرتاب سکه استفاده شد، به این منظور 4 مشارکت کننده اول با پرتاب سکه (شیر) در گروه مداخله قرار گرفتند، متعاقبا چهار نفر بعدی در گروه دیگر قرار گرفت. نهایتا 38 نفر در هر گروه تخصیص داده شد (نمودار شماره 1).



نمودار شماره 1: فرایند کانسورت پژوهش

جمع‌آوری اطلاعات

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (بُعد عملکردی) استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، نوع سرطان، نوع درمان و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

زمان تشخیص سرطان بود.

در پژوهش حاضر به‌منظور سنجش بُعد عملکردی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی استفاده شد.این پرسشنامه شامل 30 عبارت است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را در بُعد عملکردی، بُعد علائم و بُعد کیفیت زندگی عمومی مورد بررسی قرار می‌دهد. بُعد عملکردی شامل عملکرد جسمانی (سؤالات 1،۲،۳،۴،۵)، ایفای نقش (سؤالات ۷،۶)، عملکرد هیجانی (سؤالات ۲۵،۲۰)، عملکرد شناختی (سؤالات ۲۴،۲۳،۲۲،۲۱)، عملکرد اجتماعی (سؤالات ۹،۲۷،۲۶) است. بُعد علائم شامل خستگی (سؤالات ۱۸،۱۲،۱۰)، تهوع و استفراغ (سؤالات ۱۵،۱۴)، درد (سؤالات ۱۹،۹)، تنگی نفس (سؤال 8)، اختلال خواب (سؤال 11)، کاهش اشتها(سؤال 13)، یبوست (سؤال 16)، اسهال (سؤال 17)، مشکلات اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری (سؤال 28) و بُعد کیفیت زندگی عمومی (سؤالات ۳۰،۲۹) است. این پرسشنامه دارای مقیاس لیکرت 4 درجه‌ای به‌هیچ‌وجه(0)، کمی(1)، زیاد(2)، خیلی زیاد(3) است؛ البته بُعد کیفیت زندگی عمومی دارای مقیاس 7 درجه‌ای است. طبق دستورالعمل پرسشنامه نمرات کسب‌شده با روش تبدیل خطی به نمرات استاندارد بین 0 تا 100 تبدیل شدند. در بُعد عملکردی و بُعد کیفیت زندگی کلی نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتراست.

اما در بُعد علائم نمره بالاتر نشان‌دهنده مشکلات بیش‌تر است. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد این پرسشنامه مطلوب گزارش‌شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (EORTC QLQ-C30) به‌عنوان ابزاری روا و پایا در پژوهش‌های کارآزمایی بالینی قابل‌استفاده است(39). در مطالعات مختلف آلفای کرونباخ همه ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی بیش از 0/8 برآورد شده است(40). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ بُعد عملکردی پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی 0/76 محاسبه شد.

مداخله

ترجمه سؤالات پروتکل شأن درمانی

دو مترجم فارسی‌زبان و دو مترجم انگلیسی‌زبان به روش forward-backward سؤالات پروتکل را ترجمه کردند. سؤالات ترجمه‌شده توسط متخصص روانپرستار عضو هیات علمی دارای مقالات مشابه در زمینه شأن درمانی که در زمینه مراقبت‌های تسکینی و شأن درمانی تخصص و فعالیت داشتند، مورد بحث و بررسی قرار گرفت و در نهایت نسخه ترجمه شده جهت تأیید نهایی به ابداع‌کننده روش شأن درمانی آقای Chochinov ارسال شد. بعد از تأیید نهایی ایشان، سؤالات ترجمه‌شده در جلسات شأن درمانی استفاده شدند (جدول شماره 1). قابل ذکر است که تمامی روند ترجمه بر اساس روش سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان انجام شد(41).

جدول شماره 1: سؤالات پروتکل شأن درمانی

- در مورد زندگی خود صحبت کنید، مخصوصاً بخش‌هایی که از نظر شما مهم هستند و آن‌ها را بیشتر به یاد دارید. در چه برهه‌ای از زندگی، احساس سرزندگی می کردید؟
- آیا مسئله‌ای هست که می‌خواهید خانواده خود را از آن مطلع کنید؟ آیا موضوع خاصی هست که تمایل به یادآوری و بازگویی آن داشته باشید؟
- در مورد مهم‌ترین وظایف و نقش‌هایی که در زندگی داشته‌اید (نقش‌های خانوادگی، نقش‌های حرفه‌ای و ...) صحبت کنید. چرا برای شما این‌قدر مهم بودند و چه نتیجه‌ای برای شما داشته‌اند؟
- مهم‌ترین دستاوردهای شما چیست و چه موضوعی بیشتر باعث احساس افتخار در شما می‌شود؟
- آیا مورد خاصی وجود دارد که احساس می‌کنید باید به کسی که دوستش دارید، بگویید؟ آیا موضوعی وجود دارد که بخواهید دوباره درباره‌اش صحبت کنید؟
- چه آرزوهایی برای عزیزانتان دارید؟
- زندگی به شما چه درس‌هایی داده است؟ چه نصیحت و توصیه‌ای به عزیزانتان خود (پسر، دختر، شوهر، همسر، والدین و سایرین) دارید؟
- چه درخواست‌ها و آرزوهایی دارید تا خانواده برای شما فراهم کند؟
- آیا موضوعی بااهمیتی که فراموش‌شده باشد و تمایل دارید که عزیزانتان بدانند وجود دارد؟

جلسات شأن درمانی

قبل از آغاز جلسات شأن درمانی، پژوهشگر دارای تحصیلات کارشناسی ارشد در رشته روانپرستاری تحت آموزش پروتکل شأن درمانی قرار گرفت.جلسات آموزشی به مدت 100 ساعت برگزار گردید.آموزش به صورت جلسات تک نفره در محضر استادیار روانپرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. طی پروسه آموزش، پژوهشگر ابتدا به مشاهده مصاحبه مدرس صلاحیت‌دار با بیماران پرداخت. پس از تمرین پروتکل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

شأن درمانی با بیمار نما، با تایید مدرس مذکور، پژوهشگر به‌طور مستقل و در حضور مدرس پروتکل شأن درمانی به انجام مصاحبه با بیماران پرداخت. مجوز ورود پژوهشگر به بالین و انجام مصاحبه به صورت مستقل با مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، تاییده کتبی مدرس مذکور بود. جلسات شأن درمانی با رعایت حریم خصوصی بیمار، حفظ آرامش و سکوت محیط مصاحبه و حداکثر احترام به شخصیت مشارکت‌کنندگان در بیمارستان ایرانمهر برگزار شد. جلسات شامل مصاحبه‌های 45-30 دقیقه‌ای، در سه تا چهار جلسه، طی 10 روز بود. در جلسه اول پژوهشگر ضمن معرفی اهداف پژوهش، مشارکت‌کننده را با سؤالات پروتکل شأن درمانی آشنا ساخت و فرصت لازم جهت تفکر و آماده سازی پاسخ به سوالات پروتکل را در اختیار بیماران قرار داد.در جلسات دوم و سوم، بیماران با توجه به سؤالات موجود در پروتکل شأن درمانی می‌توانستند در مورد خاطرات مهم، خواسته‌ها، آرزوها و نگرانی‌های خود صحبت کنند. طی این فرایند پژوهشگر (روانپرستار آموزش دیده در زمینه شأن درمانی) با استفاده از سؤالات باز، روند پاسخ دهی مشارکت‌کنندگان به سؤالات پروتکل را تسهیل می‌کرد. پژوهشگر با پرسیدن سوالاتی مانند این‌که "اگر به زندگی شما مثل یک آلبوم عکس نگاه کنیم شما کدام عکس را بیش‌تر به خاطر دارید؟" و یا این‌که "شما در چه زمانی بیش‌تر احساس شادابی می‌کردید؟" و یا این‌که "چه موضوعی برای شما ناراحتی بیش‌تر به دنبال دارد؟" در یادآوری خاطرات، به بیمار کمک می‌کرد. طی جلسات صحبت‌های بیماران با دستگاه دیجیتال ضبط صدا ثبت شد. در صورتی که طی سه جلسه پاسخ شرکت‌کننده به سوالات پروتکل کامل نمی‌شد، جلسه چهارم برای بیمار برگزار می‌شد. در پایان جلسات از بیمار خواسته می‌شد، اگر مطلب ناگفته‌ای دارد که تمایل دارد در مصاحبه ضبط و ثبت شود را بیان کند. پس از پایان تمامی جلسات، فرایند نگارش و ویرایش صحبت‌های ضبط‌شده در جلسات مصاحبه آغاز شد. طی این فرایند صحبت‌های بیماران توسط پژوهشگر با رعایت امانت‌داری به‌صورت کلمه به کلمه نگارش و مکتوب شدند. کلمات و عبارات محاوره‌ای و بخش‌هایی از متن که مرتبط با موضوع مصاحبه و سوالات پروتکل نبودند، حذف شدند. قسمت‌هایی از متن نگارش شده که به نظر می‌رسید برای دریافت‌کننده سند مولد (عضو خانواده یا دوست بیمار) خوشایند نباشد با نظر مستقیم بیمار اصلاح و بازنویسی شد و نهایتا جمله یا پاراگرافی از صحبت‌های وی به‌عنوان پیام پایانی بیمار ذیل متن (سند مولد) نوشته شد. صحبت‌های نگارش شده بیماران 5 تا 7 روز بعد از اتمام جلسات شأن درمانی به بیمار بازگردانده شد تا در صورت وجود ایرادات و تناقض، اصلاحات نهایی صورت گیرد. در صورت تأیید نهایی سند مولد توسط بیمار، از وی خواسته می‌شد تا فردی از خانواده یا دوستان که مایل است سند مولد نهایی به وی تحویل داده شود را معرفی کند. فرد انتخاب‌شده توسط بیمار، به محیط پژوهش دعوت شد. با ارائه توضیحات در مورد شأن درمانی به فرد معتمد بیمار سرطانی، سند مولد به طور مکتوب به او تحویل داده شد. از فرد دریافت‌کننده سند مولد نهایی خواسته شد در صورت تمایل بیمار و با هماهنگی او، سند مولد را با سایر وابستگان و عزیزان بیمار به اشتراک گذارد تا آن‌ها نیز با افکار، آرزوها، تمایلات و گذشته بیمار آشنا شوند. از فرد معتمد (دریافت‌کننده سند مولد) درخواست شد تا با توجه به شرایط خانوادگی بیمار، وضعیت اقتصادی و فرهنگی خانواده و با همکاری آن‌ها، حتی الامکان بستر تامین و فراهم‌سازی نیازهای بیمار، درخواست‌ها و ایجاد بستر بهبود حس کرامت و ارزشمندی در بیماران را فراهم کنند. گروه کنترل مراقبت‌های روتین ارایه شده توسط مرکز ایرانمهر بیرجند را دریافت کردند و مداخله‌ای در این گروه انجام نشد. 4 هفته بعد از اتمام مداخله، مشارکت‌کنندگان در هر دو گروه بُعد عملکردی پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی را تکمیل کردند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

جمع‌آوری کننده و تحلیلگر داده‌ها نسبت به نوع مداخله انجام شده برای هر گروه بی‌اطلاع بودند. پرسشنامه‌های قبل از مداخله در گروه مداخله با حرف M و گروه کنترل با N کدگذاری شدند. پرسشنامه‌های بعد از مداخله در گروه مداخله با حرف G و گروه کنترل با H کدگذاری شدند. کدگذاری توسط پژوهشگر انجام شد و هیچ فردی جز پژوهشگر از نحوه کدگذاری مطلع نبود.

تحلیل آماری

در این پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS16 استفاده شد. از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی استفاده گردید. از آزمون اسمیرنوف کولموگروف به منظور بررسی توزیع داده‌ها استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله داخل گروهی از آزمون تی-زوجی (در صورت نرمال بودن داده‌ها) و از آزمون ویلکاکسون (در صورت غیر نرمال بودن داده‌ها) استفاده شد. برای مقایسه میانگین و تغییرات میانگین نمرات کیفیت زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل (در صورت نرمال بودن داده‌ها) و آزمون من ویتنی (در صورت غیر نرمال بودن داده‌ها) استفاده گردید. سطح معناداری برای تمام آزمون‌های آماری $P<0/05$ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با تصویب در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد (IRCT20190604043820N1) و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (IR.BUMS.REC.1397.267) انجام شد. پژوهشگر، هدف مطالعه و روش کار را برای شرکت کنندگان پژوهش توضیح داد. پس از امضای آگاهانه رضایت‌نامه به آنان گفته شد در هر مرحله از پژوهش امکان انصراف از ادامه شرکت در مطالعه بدون پرداخت هیچ‌گونه هزینه‌ای وجود دارد. به شرکت کننده‌ها در خصوص محرمانه ماندن داده‌های جمع‌آوری‌شده اطمینان داده شد.

یافته‌ها

از مجموع 76 شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، 6 نفراز مطالعه خارج شدند. اطلاعات 70 بیمار (35 نفر گروه مداخله و 35 نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفت. در گروه مداخله 28 نفر و در گروه کنترل 27 نفر مؤنث بودند. میانگین سنی افراد در گروه مداخله و کنترل به ترتیب برابر با 9/82±47/14 و 9/62±47/89 سال بود. در گروه مداخله بیش ترین فراوانی مربوط به تحصیلات ابتدایی و در گروه کنترل، مدرک دیپلم بیش‌ترین فراوانی را داشت. در گروه مداخله 1 نفر مجرد بود، این در حالی است که در گروه کنترل همه مشارکت‌کنندگان متأهل بودند. در گروه مداخله 20 نفر و در گروه کنترل 23 نفر خانه‌دار بودند. در هر دو گروه شایع‌ترین نوع سرطان، سرطان پستان بود. شایع‌ترین نوع درمان در هر دو گروه شیمی‌درمانی بود. نمرات وضعیت روانی 16 نفر در گروه مداخله و 17 نفر در گروه کنترل بین 21 تا 23 بود. در گروه مداخله 2 نفر و در گروه کنترل 1 نفر از آزمون وضعیت روانی نمره 30 (حداکثر نمره) را کسب کردند. توزیع فراوانی سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، نوع سرطان، نوع درمان ، زمان تشخیص سرطان و نمرات آزمون کوتاه وضعیت روانی (MMSE) بین دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری نداشت ($P>0/05$) (جدول شماره 2). همان‌طور که نتایج آزمون من ویتنی نشان داد، 4 هفته بعد از اتمام مداخله میانگین نمره عملکرد جسمانی در گروه مداخله 16/18±62/66 و در گروه کنترل 13/41±62/10 بود که ازلحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند ($P= 0/98$). میانگین نمره ایفای نقش 4 هفته بعد از مداخله در گروه مداخله 16/90±83/80 و در گروه کنترل 15/33±72/13 بود که ازلحاظ آماری تغییرات معناداری را نشان داد ($P=0/008$).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

جدول شماره 2: مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی و وضعیت روانی در بیماران دو گروه مداخله و کنترل

متغیر		گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	X^2	سطح معنی داری
سن		47/14±9/82	47/89±9/62	0/07	0/83
جنسیت	زن	(80) 28	(77/1) 27	0/09	0/77
	مرد	(20) 7	(22/9) 8		
تحصیلات	ابتدایی	(34/3) 12	(31/4) 11	3/82	0/28
	سیکل	(11/4) 4	(22/9) 8		
	دیپلم	(31/4) 11	(37/1) 13		
	دانشگاهی	(22/9) 8	(8/6) 3		
وضعیت تأهل	مجرد	(2/9) 1	(0) 0	0/3	1/00
	متأهل	(97/1) 34	(100) 35		
شغل	کارمند	(20) 7	(8/6) 3	2/35	0/50
	بازنشسته	(11/4) 4	(8/6) 3		
	خانه‌دار	(57/1) 20	(65/7) 23		
	آزاد	(11/4) 4	(17/1) 6		
نوع سرطان	لنفوم	(8/6) 3	(8/6) 3	0/59	0/90
	سینه	(60) 21	(65/7) 23		
	گوارش	(17/1) 6	(17/1) 6		
	سایر موارد	(14/3) 5	(8/6) 3		
نوع درمان	شیمی‌درمانی	(77/14)27	(88/57)31	2/76	0/34
	رادیوتراپی	(22/86)8	(11/42)4		
زمان تشخیص سرطان	6 تا 8 ماه گذشته	(25/71)9	(20/00)7	2/05	0/48
	9 تا 11 ماه گذشته	(14/28)5	(37/14)13		
	12 تا 14 ماه گذشته	(22/85)8	(28/57)10		
	15 تا 17 ماه گذشته	(28/57)10	(5/71)2		
	بیش از 17 ماه گذشته	(8/59) 3	(8/58)3		
وضعیت روانی(MMSE)	23-21	(45/71) 16	(48/57) 17	1/47	0/81
	26-24	(37/14) 13	(31/42) 11		
	29-27	(11/42) 4	(17/14) 6		
	30	(5/73) 2	(2/87) 1		

میانگین نمره عملکرد شناختی 4 هفته بعد از مداخله در گروه مداخله 59/05±30/60 و در گروه کنترل 60/00±30/03 بود که از لحاظ آماری تغییرات معناداری را نشان نداد (P= 0/84). میانگین نمره عملکرد هیجانی 4 هفته بعد از مداخله در گروه مداخله 65/47±27/86 و در گروه کنترل 48/57±34/09 بود که تغییرات از لحاظ آماری معنادار بود (P=0/02). میانگین نمره عملکرد اجتماعی 4 هفته بعد از مداخله در گروه مداخله 66/19±28/72 و در گروه کنترل 54/77±29/02 بود که تغییرات از لحاظ آماری معنادار بود (P= 0/04). نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین نمره کلی بُعد عملکردی 4 هفته بعد از مداخله در گروه مداخله 67/44±15/11 و در گروه کنترل 59/52±17/82 بود که تغییرات از لحاظ آماری معنادار بود (P= 0/04) (جدول شماره 3).

جدول شماره 3: تعیین و مقایسه میانگین ابعاد عملکردی کیفیت زندگی بیماران سرطانی قبل و 4 هفته بعد مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیر		گروه مداخله میانگین ± انحراف معیار	گروه کنترل میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
عملکرد جسمانی	قبل از مداخله	60/95±15/94	61/33±13/60	[c]0/94
	بعد از مداخله	62/66±16/18	62/10±13/41	[c]0/98
سطح معنی داری		0/07	0/57	
ایفای نقش	قبل از مداخله	76/66±17/24	71/90±18/42	[c]0/47
	بعد از مداخله	83/80±16/90	72/13±15/33	[c]0/008
سطح معنی داری		0/003	0/33	
عملکرد شناختی	قبل از مداخله	59/05±30/61	60/47±30/01	[c]0/91
	بعد از مداخله	59/05±30/60	60/00±30/03	[c]0/84
سطح معنی داری		0/86	0/14	
عملکرد هیجانی	قبل از مداخله	53/09±28/94	48/33±34/23	[c]0/35
	بعد از مداخله	65/47±27/86	48/57±34/09	[c]0/02
سطح معنی داری		0/003	0/32	
عملکرد اجتماعی	قبل از مداخله	54/29±29/80	54/77±29/02	[c]0/90
	بعد از مداخله	66/19±28/72	54/77±29/02	[c]0/04
سطح معنی داری		0/003	0/09	
بُعد عملکردی	قبل از مداخله	60/88±16/88	59/36±17/39	[d]0/72
	بعد از مداخله	67/44±15/11	59/52±17/82	[d]0/04
سطح معنی داری		< 0/001	0/70	

a : Wilcoxon Test
b : paired t-test
c : Mann-Whitney Test
d : Independent T-Test

نتایج آزمون من ویتنی نیز نشان داد که تغییرات میانگین نمره عملکرد جسمانی در گروه مداخله 1/71±5/45 و در گروه کنترل 6/42±0/77 بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند (P= 0/74). تغییرات میانگین نمره ایفای نقش در گروه مداخله 7/14±12/32 و در گروه کنترل 10/75±0/23 بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند (P= 0/22). تغییرات میانگین نمره عملکرد شناختی در گروه مداخله 0/001±0/0001 و در گروه کنترل 2/82±0/47- بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری نداشتند (P= 0/20). تغییرات میانگین نمره عملکرد هیجانی در گروه مداخله 12/38±25/59 و در گروه کنترل 1/41±0/24 بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری داشتند (P= 0/01). تغییرات میانگین نمره عملکرد اجتماعی در گروه مداخله 11/91±28/46 و در گروه کنترل 0/002±0/0005- بود که از لحاظ آماری تفاوت معناداری داشتند (P<0/001). تغییرات میانگین نمره کلی بُعد عملکردی در گروه مداخله 6/56±9/63 و در گروه کنترل 2/21±0/16 بود که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نشان داد (P<0/001) (جدول شماره 4).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

جدول شماره 4: مقایسه میانگین تغییرات نمره ابعاد عملکردی کیفیت زندگی بیماران سرطانی قبل و 4 هفته بعد مداخله در گروه های مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله میانگین±انحراف معیار	گروه کنترل میانگین ± انحراف معیار	سطح معنی داری
عملکرد جسمانی	1/71±5/45	0/77±6/42	0/74
ایفای نقش	7/14±12/32	0/23±10/75	0/22
عملکرد شناختی	0/0001±0/001	-0/47±2/82	0/20
عملکرد هیجانی	12/38±25/59	0/24±1/41	0/01
عملکرد اجتماعی	11/91±28/46	-0/0005±0/002	<0/001
حیطه عملکردی	6/56±9/63	0/16±2/21	<0/001

بحث

در حیطه دانش گروه تحقیقاتی ما پژوهش حاضر، اولین مطالعه‌ای در ایران است که با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام‌شده است. نتایج نشان داد که 4 هفته بعد از اتمام مداخله، تغییرات میانگین نمرات عملکرد جسمانی از بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معناداری نداشتند. به‌عبارت‌دیگر شأن درمانی منجر به بهبود عملکرد جسمانی مبتلایان به سرطان نشد. نتایج مطالعه Dose و همکاران (2018) در راستای نتایج پژوهش حاضر است و نشان داد که شأن درمانی بر بهبود و ارتقاء بهزیستی و عملکرد جسمانی مبتلایان به سرطان پانکراس و ریه تأثیر ندارد(29). اما نتایج پژوهش Vergo و همکاران (2014)، Rudilla و همکاران (2016) و Houmann و همکاران(2014) در راستای نتایج حاصل از پژوهش حاضر نمی‌باشد. نتایج پژوهش Vergo و همکاران نشان داد که شأن درمانی باعث بهبود بُعد جسمانی مبتلایان به سرطان کولورکتال پیشرفته در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل‌شده است(30).

در مطالعه Rudilla و همکاران نیز شأن درمانی منجر به کاهش علائم درد از زیرمجموعه بُعد جسمی بیماران تحت مراقبت در منزل در گروه مداخله شده بود(31). Houmann و همکاران نیز نشان دادند که شأن درمانی به‌عنوان مداخله‌ای برای کاهش درد مبتلایان به سرطان پیشرفته مناسب است(32).

در تبیین نتایج حاصل از پژوهش حاضر، توجه به شرایط و زمینه‌ای که این نتایج در آن حاصل‌شده‌اند، ضروری به نظر می‌رسد. در اکثر شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر، حداکثر 12 ماه از تشخیص سرطان گذشته بود و در حال دریافت شیمی‌درمانی و یا رادیوتراپی بودند. دیسترس و کاهش عملکرد جسمی مبتلایان به سرطان نه‌تنها به دلیل ماهیت بیماری، بلکه در اثر عوارض جانبی شیمی‌درمانی نظیر تنگی نفس،اسهال،حالت تهوع، استفراغ و خستگی جسمی ایجاد می‌شود. لذا قسمت عمده کاهش عوارض جسمی و بهبود عملکرد جسمانی بیماران سرطانی، ارتباط مستقیم با انتخاب روش‌های درمانی با عوارض کم‌تر و درمان سرطان دارد(42). با توجه به این‌که شأن درمانی، مداخله‌ای است که بر ابعاد روحی و روانی بیماران متمرکز است(43)، عدم تأثیر شأن درمانی بر بهبود عملکرد جسمانی بیماران سرطانی قابل توجیه است. از دلایل تناقض نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات Vergo و همکاران، Rudilla و همکاران و Houmann و همکاران می‌توان به تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، تفاوت در پرسشنامه‌های مورد استفاده، تفاوت در بستر فرهنگی جوامع و همچنین تفاوت در وسعت و شدت ابتلا به سرطان اشاره کرد.

تغییرات میانگین نمرات عملکرد شناختی از بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان 4 هفته بعد از مداخله در گروه‌های مداخله و کنترل نیز تفاوت آماری معناداری نداشتند که به معنای عدم تأثیر شأن درمانی بر بهبود عملکرد شناختی مبتلایان به سرطان است. مطالعات متعددی نشان‌دهنده وجود مشکلات شناختی نظیر اختلالات توجه، تمرکز، اختلالات گفتاری و حافظه در مبتلایان به سرطان می‌باشند(46-44). داروهای شیمی‌درمانی تأثیرات سایتوتوکسیک و نوروتوکسیک دارند. داروهایی نظیر Doxorubicin باعث افزایش TNFα در مغز می‌شوند. افزایش TNFα منجر به اختلال عملکرد میتوکندری و استرس اکسیداتیو در سلول‌های هیپوکامپ و کورتکس مغز و درنتیجه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

بروز اختلال شناختی می‌شود(47). نظر به این‌که اختلال شناختی ناشی از سرطان ارتباط مستقیم با عوارض شیمی‌درمانی دارد و با توجه به اینکه تمرکز و توجه شأن درمانی به جنبه‌های روحی- روانی بیماران سرطانی است، می‌توان عدم تأثیرشان درمانی بر بهبود اختلالات شناختی بیماران مبتلابه سرطان را توجیه کرد.

تغییرات میانگین نمرات ایفای نقش از بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان در گروه‌های مداخله و کنترل نیز تفاوت آماری معناداری نداشتند که به معنای عدم تأثیر شأن درمانی بر بهبود ایفای نقش مبتلایان به سرطان است. افراد در خانواده نقش‌های گوناگونی نظیر نقش همسری دارند. تغییر ظاهر و اختلال در کار غدد جنسی به دنبال شیمی‌درمانی، موجب کاهش ظرفیت جسمی و روانی بیماران سرطانی در ایفای نقش زناشویی و همسری می‌شود. از طرفی عوارض روحی ناشی از سرطان منجر به کاهش ظرفیت روانی مبتلایان در انجام نقش‌های گوناگون می‌شود. در این زمینه Lheureux و همکاران (2004) معتقدند که بستری شدن‌های مکرر مبتلایان به سرطان باعث مخدوش شدن ایفای نقش مبتلایان می‌شود(48). در مورد عدم تأثیر شأن درمانی بر بهبود بُعد ایفای نقش بیماران سرطانی در پژوهش حاضر می‌توان به ماهیت پروتکل شأن درمانی اشاره کرد. تمرکز و توجه شأن درمانی بر بهبود مسائل روحی و روانی بیماران سرطانی است، درحالی‌که سلامت نسبی جسم، نقش عمده‌ای در ایفای نقش بیماران سرطانی دارد. میانگین و تغییرات میانگین نمرات عملکرد اجتماعی و عملکرد هیجانی از بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان 4 هفته بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری را نشان دادند. این یافته به منزله تأیید تأثیرات مطلوب شأن درمانی بر بهبود ابعاد مذکور است. نتایج پژوهش Rudilla و همکاران (2014) همسو با نتایج پژوهش حاضر است. در پژوهش مذکور، اجرای پروتکل شأن درمانی منجر به آرامش خاطر و بهبود عملکرد هیجانی و افزایش حمایت و عملکرد اجتماعی در مشارکت‌کنندگان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل‌شده بود(31).

Houmann و همکاران(2014) نیز نشان دادند که شأن درمانی منجر به بهبود ارتباط بیماران با اعضای خانواده و بالعکس و به دنبال آن افزایش عملکرد اجتماعی مبتلایان به سرطان می‌شود(32). اما نتایج مطالعات Dose و همکاران (2018) و Vergo و همکاران (2014) همسو با نتایج پژوهش حاضر نیست. نتایج مطالعه Dose و همکاران نشان داد که شأن درمانی بر بهبود و ارتقاء بهزیستی هیجانی، بهزیستی اجتماعی و خانوادگی مبتلایان به سرطان پانکراس و ریه تأثیر ندارد. نتایج مطالعه Vergo و همکاران نیز نشان‌دهنده عدم تأثیر شأن درمانی بر بهبود علائم هیجانی و عاطفی مشارکت‌کنندگان بود(29،30).

در توضیح تأثیر مطلوب شأن درمانی بر بهبود ابعاد عملکرد اجتماعی و عملکرد هیجانی مبتلایان به سرطان، توجه به ارتباط دوسویه ابعاد مذکور ضروری به نظر می‌رسد. شأن درمانی به بیماران فرصت می‌دهد تا موضوعاتی که برایشان مهم است یا مسایل دیگری (مطلوب یا نامطلوب) که مایل به یادآوری یا انتقال به دیگران هستند را بازگو کنند(49). بیماران در جلسات شأن درمانی می‌توانند با آرامش خیال و بدون ترس از قضاوت دیگران احساسات، تمایلات و خواسته‌های خود را از اعضای خانواده مطرح کنند. بیان احساسات در بیماران صعب‌العلاج باعث ایجاد احساس مطلوب و بهبود عملکرد هیجانی می‌شود(50). احتمالا تاثیرات مطلوب شأن درمانی بر عملکرد هیجانی بیماران می‌تواند ناشی ازماهیت ابراز هیجانات مطلوب یا نامطلوب در قالب سند مولد باشد. پژوهشگران معتقدند که ابراز هیجانات با شیوه مثبت و سازنده تاثیر بسیار مطلوبی بر بهبود عملکرد هیجانی افراد دارد. اعضای خانواده بیمار نیز با مشارکت در اجرای پروتکل شأن درمانی نقش مهمی در بهبود عملکرد هیجانی بیماران دارند. عزیزان یا فرد مورد اعتماد بیمار (دریافت‌کننده سند مولد) فعالانه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

بستر تامین خواسته‌های بیمار نزدیک مرگ را فراهم می‌کنند. اجرای مداخله شأن درمانی منجر به حمایت اجتماعی و معنوی بیش‌تر از بیمار مبتلا به سرطان توسط اعضای خانواده می‌شود و این موضوع باعث بهبود ارتباط با همسر و سایر اعضای خانواده می‌شود(51). به عبارت دیگر شأن درمانی با درگیرکردن و شرکت دادن اعضای خانواده و مراقبان اصلی بیمار سرطانی در امر مراقبت از بیمار منجر به توسعه ارتباطات بیمار(52) و به دنبال آن بهبود عملکرد اجتماعی می‌شود(53).

در مورد تناقض یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات Dose و همکاران و Vergo و همکاران می‌توان به تفاوت درشدت و وسعت سرطان اشاره کرد. در مطالعات مذکور مبتلایان به مراحل پیشرفته سرطان و سرطان‌های وخیم و بسیار کشنده موردمطالعه قرار گرفتند. از دیگر دلایل تناقض در یافته‌ها می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران نسبت به جوامع غربی اشاره کرد. تفاوت در مسائل فرهنگی، اعتقادی و ارزشی جوامع می‌تواند بر نتایج نهایی ناشی از شأن درمانی تأثیر داشته باشد(33). در توضیح و تبیین این تفاوت می توان گفت که اصولا در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی، افراد در مواقع بحرانی بیش‌تر در معرض دریافت حمایت‌های اجتماعی توسط اعضای خانواده هستند. این در حالی است که در جوامع با فرهنگ انگلوساکسون به مفهوم خانواده و حمایت اجتماعی کم‌تر توجه می‌شود(54). تغییرات میانگین نمره کلی بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار آماری داشتند. این یافته به‌منزله تأثیرات مطلوب شأن درمانی بر بهبود و ارتقاء بعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان است. به‌طورکلی روند تغییرات در جنبه عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پس از اتمام مداخلات، نشان‌دهنده مؤثر بودن شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل است. با توجه به این‌که گروه‌های موردمطالعه، از نظر متغیرهای زمینه‌ای، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند، با اطمینان زیادی می‌توان گفت که بهبود بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان ناشی از مداخله شأن درمانی است. شأن درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای ارزشمند به منظور بهبود بُعد عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان مورد استفاده قرار گیرد. آموزش پروتکل شأن درمانی به پرستاران و به‌کارگیری آن می‌تواند مداخله‌ای مؤثر در جهت ارائه مراقبت‌های تسکینی به بیماران سرطانی با حداقل هزینه و حداکثر اثربخشی و به دنبال آن بهبود عملکرد مبتلایان به سرطان باشد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی با سایر روش‌های مراقبت‌های تسکینی مقایسه شود. همچنین بررسی تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی و علائم دیسترس جسمی و روانی بیماران مزمن نظیر ام‌اس و معلولین جسمی توصیه می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری از یک مرکز درمانی و یک شهر (بیمارستان ایرانمهر بیرجند) اشاره کرد.همچنین دریافت شیمی درمانی یا رادیوتراپی توسط مشارکت کنندگان در زمان مداخله از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بود.

سپاسگزاری

نویسندگان از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند جهت حمایت مالی از این پروژه تحقیقاتی قدردانی می‌نمایند. از همه مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Mednis D. The growth of chronic conditions: Search for solutions to the problem. Chronic Dis Transl Med 2017; 3(2): 82-88.
2. Abad M, Gangy R, Sharifian E, Nikdel R,

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

Jafarzadeh M, Jafarzadeh F. Epidemiologic distribution of cancer in a 10-yearstudy: Retrospective review of hospital records and pathology centers of North Khorasan Province from 2003 to 2012. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2015; 6(4): 689-696 (Persian).

3. Mohammadi G, Akbari ME, Mehrabi Y, Motlagh AG. Quality Assessment of the National Cancer Registry in Iran: Completeness and Validity. Iranian Journal of Cancer Management 2016; 9(6): e8479 (Persian).
4. Rouhollahi MR, Mohagheghi MA, Mohammadrezai N, Ghiasvand R, Motlagh AG, Harirchi I, et al. Situation analysis of the national comprehensive cancer control program (2013) in the IR of iran, assessment and recommendations based on the idea impact mission.Arch Iran Med 2014; 17(4): 222-231 (Persian).
5. Nayak MG, George A, Vidyasagar M, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, et al. Quality of life among cancer patients. Indian Journal of Palliative Care 2017; 23(4): 445-450.
6. Sitlinger A, Zafar SY. Health-related quality of life: the impact on morbidity and mortality. Surg Oncol Clin N Am 2018; 27(4): 675-684.
7. Vrinten C, McGregor LM, Heinrich M, von Wagner C, Waller J, Wardle J, et al. What do people fear about cancer? A systematic review and metasynthesis of cancer fears in the general population. Psycho Oncology 2017; 26(8): 1070-1079.
8. Peate I. Alexander's Nursing Practice E-Book: Hospital and Home. 5th ed. Elsevier Health Sciences; 2019.
9. Caruso R, GiuliaNanni M, Riba MB, Sabato S, Grassi L. Depressive spectrum disorders in cancer: diagnostic issues and intervention. A critical review. Curr Psychiatry Rep 2017; 19(6): 33.
10. Sundaresan P, Sullivan L, Pendlebury S, Kirby A, Rodger A, Joseph D, et al. Patients' perceptions of health-related quality of life during and after adjuvant radiotherapy for T1N0M0 breast cancer. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2015; 27(1): 9-15.
11. Issazadegan A, Sepehrianazar F, Matlabi Student M. Comparing the purpose of life and quality of life, in cancerous patients and healthy individuals. Nurs Midwifery J 2016; 13(12): 1097-1103 (Persian).
12. Zakinejad M, manokian a, nasrabadi a, shamshiri a. Dignity Therapy: A New Approach to Improving the Quality of Life in Cancer. 17th National Congress of the Iranian Association of Medical Oncology and Hematology: Iranian Association of Medical Oncology and Hematology; 2018. (Persian).
13. Hosseini A, Rezaei M, Bahrami M, Abbasi M, Hariri H. The relationship between dignity status and quality of life in Iranian terminally ill patients with cancer. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2017; 22(3): 178-183 (Persian).
14. Üstündağ S, Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. Asia Pac J Oncol Nurs 2015; 2(1): 17-25.
15. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. J Palliat Med 2009; 12(10): 885-904.
16. Roientan S, Azadi S, Mahmoodi A, Hosseini M, Sadegh R. The Effectiveness of Acceptance, Commitment, and Group Therapy Based on Hope Therapy Approach to Depression in Cancer Patients. Armaghane Danesh 2019; 24(5): 841-852 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

17. Ferioli M, Zauli G, Martelli AM, Vitale M, McCubrey JA, Ultimo S, et al. Impact of physical exercise in cancer survivors during and after antineoplastic treatments. Oncotarget 2018; 9(17): 14005-14034.
18. Kumar V, Sattar Y, Bseiso A, Khan S, Rutkofsky IH. The effectiveness of Internet-based cognitive behavioral therapy in treatment of psychiatric disorders. Cureus 2017; 9(8): e1626.
19. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T. patient dignity and related factors: a qualitative meta-synthesis study. Knowledge and Health 2011; 6(1): 49-56 (Persian).
20. Mai SS, Goebel S, Jentschke E, van Oorschot B, Renner KH, Weber M. Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360 feedback. BMC Palliative Care 2018; 17(1): 73.
21. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. J Clin Oncol 2005; 23(24): 5520-5525.
22. Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA 2002; 287(17): 2253-2260.
23. McClellan FM. Healthcare and Human Dignity: Law Matters (critical issues in health and medicine): Rutgers University Press; 2019.
24. Kittelson S, Scarton L, Barker P, Hauser J, O'Mahony S, Rabow M, et al. Dignity Therapy Led by Nurses or Chaplains for Elderly Cancer Palliative Care Outpatients: Protocol for a Randomized Controlled Trial. JMIR Res Protoc 2019; 8(4): e12213.
25. Barnosky AR. Dignity Therapy: final words for final days. JAMA 2012; 307(23): 2550.
26. Borhani F, Abbaszadeh A, Rabori RM. Facilitators and threats to the patient dignity in hospitalized patients with heart diseases: a qualitative study. Int J Community Based Nurs Midwifery 2016; 4(1): 36-46 (Persian).
27. Krikheli L, Mathisen BA, Carey LB. Speech–language pathology in paediatric palliative care: A scoping review of role and practice. Int J Speech Lang Pathol 2018; 20(5): 541-553.
28. Santos JC, Bashaw M, Mattcham W, Cutcliffe JR, Vedana KGG. The biopsychosocial approach: towards holistic, person-centred psychiatric/mental health nursing practice. European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century: Springer; 2018. 89-101.
29. Dose AM, McCabe PJ, Krecke CA, Sloan JA. Outcomes of a Dignity Therapy/Life Plan Intervention for Patients With Advanced Cancer Undergoing Chemotherapy. J Hosp Palliat Nurs 2018; 20(4): 400-406.
30. Vergo MT, Nimeiri H, Mulcahy M, Benson A, Emmanuel L. A feasibility study of dignity therapy in patients with stage IV colorectal cancer actively receiving second-line chemotherapy. J Community Support Oncol 2014; 12(12): 446-453.
31. Rudilla D, Galiana L, Oliver A, Barreto P. Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. Palliat Support Care 2016; 14(4): 321-329.
32. Houmann LJ, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Petersen MA, Groenvold MA. Prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. Palliat Med 2014; 28(5): 448-458.
33. Akechi T, Akazawa T, Komori Y, Morita T, Otani H, Shinjo T, et al. Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

cancer patients. Palliat Med 201-769.
34. Lindqvist O, Threlkeld G, Street AF, Tishelman C. Reflections on using biographical approaches in end-of-life care: dignity therapy as example. Quali Health Res 2015; 25(1): 40-50.
35. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Brief cognitive assessment of cancer patients: evaluation of the Mini Mental State Examination (MMSE) psychometric properties. Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer 2007; 16(4): 352-357.
36. Jones Jr HR, Srinivasan J, Allam GJ, Baker RA. Netter's Neurology. 2nd ed. E-Book: Elsevier Health Sciences; 2011.
37. Sohrabi MB, Zolfaghari P, Mahdizade F, Aghayan SM, Ghasemian-Aghmashhadi M, Shariati Z, et al. Evaluation and comparison of cognitive state and depression in elderly admitted in sanitarium with elderly sited in personal home. Knowledge & Health Journal 2008; 3(2): 27-31 (Persian).
38. Vaghee S, Rabbani Javadi A, Mazlom SR, Davoudi N, Modares Gharav M. The effect of dignity therapy on human dignity in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. Evidence Based Care 2013; 3(2): 63-72 (Persian).
39. Safaee A, Moghim Dehkordi B. Validation study of a quality of life (QOL) questionnaire for use in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2007; 8(4): 543-546 (Persian).
40. BehzadiPour S, Sepahmansour M, Keshavarzi F, Farzad V, Naziri G, Zamanin S. Effectiveness of Stress Management Based on Cognitive-Behavioral Intervention on Guality of Life and Coping Styles for Female with Breast Cancer. Journal of Psychological Models and Methods 2013; 3(12):29-46 (Persian).
41. Dewolf L, Koller M, Velikova G, Johnson C, Scott N, Bottomley A, et al. EORTC Quality of Life Group translation procedure. 3rd ed. Brussels, belgium: Eortc quality of life group; 2009.
42. Pearce A, Haas M, Viney R, Pearson SA, Haywood P, Brown C, et al. Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. PLoS One 2017; 12(10):e0184360.
43. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, et al. 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. Palliat Med 2017; 31(6): 492-509.
44. Meyers CA, Albitar M, Estey E. Cognitive impairment, fatigue, and cytokine levels in patients with acute myelogenous leukemia or myelodysplastic syndrome. Cancer 2005; 104(4): 788-793.
45. Ahles TA, Saykin AJ, McDonald BC, Furstenberg CT, Cole BF, Hanscom BS, et al. Cognitive function in breast cancer patients prior to adjuvant treatment. Breast Cancer Research and Treatment 2008; 110(1): 143-152.
46. Wefel JS, Saleeba AK, Buzdar AU, Meyers CA. Acute and late onset cognitive dysfunction associated with chemotherapy in women with breast cancer. Cancer 2010; 116(14): 3348-3356.
47. Raffa RB. A proposed mechanism for chemotherapy related cognitive impairment (‘chemo fog’). J Clin Pharm Ther 2011; 36(3): 257-279.
48. Lheureux M, Raherison C, Vernejoux JM, Nguyen L, Nocent C, De Lara MT, et al. Quality of life in lung cancer: does disclosure of the diagnosis have an impact? Lung Cancer 2004; 43(2): 175-182.
49. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, et al.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]

'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. Palliat Med 2017; 31(6): 492-509.
50. de Figueiredo JM. Depression and demoralization: phenomenologic differences and research perspectives. Compr Psychiatry 1993; 34(5): 308-311.
51. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi KH, Lakdizaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in imam khomeini and sina educational hospitals of tabriz university of medical sciences. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2007; 29(1): 49-54 (Persian).
52. Kristanti MS, Setiyarini S, Effendy C. Enhancing the quality of life for palliative care cancer patients in Indonesia through family caregivers: a pilot study of basic skills training. BMC Palliat Care 2017; 16(1): 4.
53. Abadi Bavil D, Dolatian M. A Survey on Social Support for Breast Cancer in Iran: A Review Study. Clin Exc 2018; 7(4): 48-56 (Persian).
54. Moradi A, Taheri S, Javanbakht F, Taheri A. A meta-analysis on the relationship between mental health and social support in Iran. Journal of Research Behavioural Science 2013; 10(6): 1-9.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-07]