

May- June 2020, Volume 9, Issue 2

The Effect of Dignity therapy on quality of life in patients with cancer: A Randomized Controlled Clinical Trial

Zahra Karimi¹, *Ahmad Nasiri², Ahmad Reza Sebzari³, Nasim Mehrpooya⁴

1-MSc Student of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran..

2-Associate Professor of Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

3- Assistant Professor of Radiation Oncology, Clinical Research Development Unit (CRDU), ValiAsr Hospital, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

4- MSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

* **Corresponding author:** Ahmad Nasiri, Associate Professor of Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery College, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Email: nasiri2006@bums.ac.ir

Received: 13 March 2020

Accepted: 10 July 2020

Abstract

Introduction: Patients with cancer experience a range of symptoms, including pain and a variety of physical and psychological distress, which negatively affects the quality of life of these patients. The purpose of this study was to investigate the effect of Dignity therapy on quality of life in patients with cancer.

Methods: In this clinical trial, 76 cancer patients were studied by available methods among patients referred to Iran Mehr Hospital in Birjand in 1397-1398 and were randomly assigned to two groups of dignity therapy and control. Quality of life was assessed by Quality of Life Questionnaire-Core 30(QLQ-C30) at baseline and 4 weeks after the intervention. The data were analyzed in SPSS (version 16) using the paired t-test, Wilcoxon, Mann-Whitney U, and t-dependent tests.

Results: Mean scores of quality of life in functional dimension, symptom dimension and general quality of life dimension before intervention were not significantly different between groups ($p = 0.72$), ($p = 0.78$) and ($p = 0.70$), while after the intervention in the functional dimension and the general quality of life dimension was significantly different between the two groups ($p = 0.04$). Before and after dignity therapy, the mean score of functional of quality of life dimension ($p < 0.001$) and the mean score of the general quality of life dimension in the experimental group showed a statistically significant difference ($p = 0.003$). But no significant difference was observed in the symptoms ($p = 0.48$). The mean scores of quality of life in functional dimension, symptom dimension, and general quality of life dimension before and after the intervention in the control group were not significantly different ($p > 0.05$).

Conclusions: The results of this study showed that new approaches such as dignity therapy can improve the quality of life of cancer patients. It is recommended that this study be conducted on a larger scale in other hospitals and cultures. It is recommended comparing the effect of this intervention with other psychotherapeutic methods in increasing the quality of life of cancer patients.

Keyword: Cancer, Quality of life, Dignity therapy.

بررسی تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان: یک کار آزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده

زهرا کریمی^۱، *احمد نصیری^۲، احمد رضا سبزاری^۳، نسیم مهر پویا^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۲- دانشیار گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۳- استادیار رادیولوژی، واحد توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان ولیعصر، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۴- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
* نویسنده مسئول: احمد نصیری، دانشیار گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
ایمیل: nasiri2006@bums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۰

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به سرطان دامنه ای از علایم شامل درد و انواع ناراحتی های جسمی و روانی را تجربه می کنند که بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی میگذارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش کار: در این کار آزمایی بالینی ۷۶ بیمار مبتلا به سرطان به روش در دسترس از بین مراجعه کنندگان سرپایی به بیمارستان ایران مهر بیرجند در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه شأن درمانی و کنترل قرار گرفتند. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) قبل و ۴ هفته بعد از مداخله شأن درمانی مورد سنجش قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های t زوجی، ویلکاکسون، t مستقل و من ویتنی و کای اسکوئر انجام شد.

یافته ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد عملکردی، علایم و کیفیت زندگی عمومی قبل از مداخله بین گروه ها تفاوت معناداری نداشت ($p=0/72$)، ($p=0/78$) و ($p=0/70$)، در حالیکه این میزان بعد از مداخله در ابعاد عملکردی و کیفیت زندگی عمومی در میان دو گروه تفاوت معناداری داشت ($p=0/04$). قبل و بعد از شأن درمانی میانگین نمره بعد عملکردی کیفیت زندگی ($p<0/001$) و میانگین نمره کیفیت زندگی عمومی در گروه آزمون تفاوت آماری معناداری نشان داد ($p=0/003$). اما در بعد علایم تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/48$). میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد عملکردی، علایم و کیفیت زندگی عمومی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل تفاوت معناداری نداشت ($p>0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که رویکردهای جدید مانند شأن درمانی می تواند باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شود. پیشنهاد می شود این مطالعه در سطح وسیعتر در سایر بیمارستان ها و فرهنگ ها انجام شود. هم چنین مقایسه تأثیر این مداخله با سایر روش های روان درمانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان توصیه می گردد.

کلید واژه ها: سرطان، کیفیت زندگی، شأن درمانی.

سرطان یک مشکل عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان است [۱]. با وجود تلاشهای زیادی که در سالهای اخیر جهت کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان انجام شده است، هنوز این بیماری دومین علت مرگ و میر در دنیا محسوب می شود [۲]. براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۱۵، سرطان باعث مرگ ۸/۸ میلیون نفر در سطح جهان شده است [۳]. و در سال ۲۰۱۸، ۱۸/۱ میلیون مورد جدید سرطان و ۹/۶ میلیون مرگ و میر ناشی از سرطان در سراسر جهان وجود داشته است [۴]. بر اساس آمار ارایه شده از طرف همین سازمان تا سال ۲۰۳۰، ۱۳/۴ درصد از موارد مرگ و میر در ایران به علت سرطان خواهد بود [۵].

سرطان یکی از موقعیت های استرس زا است که بر تمامی ابعاد زندگی افراد تأثیر می گذارد [۶]. بیماران مبتلا به سرطان دامنه ای از علایم جسمی مانند درد و نیز انواع ناراحتی های روانی را تجربه می کنند [۷]. اثرات روانی ناشی از تشخیص سرطان، انواع مشکلات جسمانی و عوارض جانبی همراه با درمان، بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر منفی میگذارد [۸]. نتایج مطالعه عیسی زادگان نشان داد که افراد مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد عادی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند [۹]. همچنین حسن پوردر مطالعه خود که بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به انواع سرطان انجام داد، اظهار نمود ۳۴٪ بیماران تحت بررسی، کیفیت زندگی مطلوبی نداشته اند [۱۰]. کیفیت زندگی از واژه هایی است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ اگر چه مردم به شکل غریزی معنای آن را به راحتی درک می کنند، لیکن این مفهوم برای آنها یکسان نیست. از آن جا که مانند سایر متغیرها اندازه گیری آن مستلزم وجود تعریف جامع و مشخصی از آن خواهد بود، همواره تلاش شده است تا تعریف مناسبی برای آن ارائه گردد [۱۱]. این لغت اولین بار بعد از جنگ جهانی دوم و توسط Campell جامعه شناس آمریکایی به کار برده شد [۱۲]. کیفیت زندگی جنبه های مختلفی مانند عوامل مربوط به مسایل جسمی، روانی، عملکرد ذهنی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و خانواده را در بر می گیرد [۱۳]. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را چنین تعریف می کند؛ درک هر فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر فرد [۱۴].

نرم می کنند نیازهای فیزیولوژیک، روان شناختی، اجتماعی و عاطفی متفاوتی با افراد سالم دارند. یافتن شیوه های ارضای این نیازها بخشی از فرایند مقابله با بیماری است. ممکن است ضمن رسیدگی به نیازهای جسمانی بیمار، نیازهای عاطفی و اجتماعی وی نادیده گرفته شوند. بنابراین سودمندترین انتخاب در زمینه ارضای نیازهای آن ها، مداخلاتی هستند که نه فقط درمان جسمی، بلکه درمان روان شناختی و اجتماعی را هم مدنظر قرار می دهند [۱۵]. یکی از این درمان های روان شناختی و اجتماعی مد نظر شأن درمانی است که یک روش روان درمانی منحصر بفرد، شخصی و کوتاه مدت می باشد که برای بیماران و خانواده افرادی که دچار بیماری محدود کننده و تهدید کننده زندگی هستند، ایجاد شده است. شأن درمانی یک پروتکل استاندارد روانشناختی است که اولین بار در سال ۲۰۰۵ توسط chochinov ارائه شد [۱۶]. این مداخله جدید مبتنی بر مدل شأن انسانی است. این مدل، چهارچوبی برای انجام مداخلات و مراقبت های تسکینی بوده که توسط چاکینوف معرفی شده است و می تواند راهنما و الگویی باشد تا تیم درمان مراقبت های خود را بر اساس حفظ شأن و منزلت انسانی پایه گذاری نمایند و از سه حوزه عوامل مرتبط با بیماری، عوامل مربوط به حفظ شأن انسانی و عوامل اجتماعی مربوط به شأن و کرامت انسانی تشکیل شده است [۱۷]. در واقع، مدل شأن انسانی پایه و اساس جهت ایجاد و اجرای یک مداخله درمانی به نام شأن درمانی جهت حفظ شأن و کرامت انسانی در مراقبت تسکینی شد. اجرای این روش برای بیماران در مراحل آخر زندگی و نیز تمام افرادی که دچار بیماری محدود کننده و یا تهدید کننده زندگی باشند، پیشنهاد شده است [۱۶]. شأن درمانی روشی است که طی آن درمانگر آموزش دیده در یک جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ای بر طبق پروتکل سؤالات شأن درمانی از بیمار می خواهد در مورد مسائلی که برای وی مهم است، صحبت نماید. مطالب بیان شده ضبط، تبدیل به متن، اصلاح و ویرایش شده و در جلسه بعدی به رؤیت و تأیید بیمار رسیده و نسخه نهایی به عنوان یادداشت به اعضای خانواده و بستگان بیمار داده می شود. در واقع، روند بیان داستان زندگی بیماران و شنیدن آن می تواند به عنوان یک روش درمانی در نظر گرفته شود زیرا می تواند به بیماران در شناسایی نقاط قوت خود در یافتن مکانیسم های بهتر مقابله کمک کند [۱۷، ۱۸]. این روش درمانی با درگیر کردن بیمار در بیان داستان زندگی و نقل کردن مهمترین افکار، احساسات و آرزوهایش موجب حفظ و ارتقای

حس ارزشمندی در فرد می شود [۱۵]. شأن انسانی یک مفهوم و سازه پیچیده است که تعریف مشخص و واضحی برای آن وجود ندارد [۱۹]. شأن در لغت دارای معانی مختلفی است که مهم ترین آن ها ارزش، حرمت، حیثیت، بزرگواری، عزت، شرافت، انسانیت، کرامت، مقام، موقعیت و منزلت می باشد [۲۰]. Jaclone معتقد است که شأن یک مشخصه ذاتی وجود انسان است؛ که به طور ذهنی احساس می شود و از طریق رفتارهایی مانند احترام به خود و احترام به دیگران آشکار می شود [۲۱]. مطالعات نشان داده اند سازه های استقلال، حق انتخاب و به ویژه شأن و منزلت انسانی ارتباط زیادی با کیفیت زندگی دارد [۲۲]. به طور کلی درجه کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افرادی که حس شأن انسانی آنها آسیب دیده نسبت به کسانی که این حس در آنها سالم و بی عیب است، کمتر می باشد آسیب حس شأن انسانی باعث اختلال در حس اعتماد به نفس و ایجاد حس سربار دیگران بودن، وابستگی به دیگران، افزایش درک شدت درد و نیاز به بستری بودن در زمان طولانی تری می شود [۱۷]. نتایج پژوهش chochinov و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد، شأن درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی، حس شأن انسانی، تغییر دید و درک خانواده بیماران شده و برای خانواده آن ها نیز مفید بوده است [۱۶]. در مجموع؛ بهبود کیفیت زندگی در بیماران سرطانی هدف اولیه مراقبتهای بهداشتی و درمانی است. از وظایف مهم تیم مراقبت سلامت، به حداکثر رساندن تواناییهای شغلی و بهبود وضعیت عملکردی مبتلایان و ارتقا کیفیت زندگی است [۲۳]. بنابراین انجام مداخلاتی که به این بیماران برای ارتقای کیفیت زندگی کمک کند، لازم و ضروری به نظر می رسد و با توجه به اینکه تحقیقات انجام شده در زمینه شأن درمانی در ایران محدود است، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد تا نتایج این تحقیق ضمن حمایت از این بیماران، رهگشای طرح های مداخله ای در این خصوص باشد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهدهدار تصادفی شده بود. این مطالعه از آذر ماه ۱۳۹۷ تا تیر ماه ۱۳۹۸ و در بیمارستان ایران مهر بیرجند انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان بود که

به کلینیک بیمارستان تخصصی سرطان ایران مهر بیرجند به منظور فالوآپ مراجعه کرده بودند. حجم نمونه مورد نیاز

بر اساس مطالعه گذشته [۲۴] و با استفاده از فرمول

$$X = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta)^2 \cdot (s_1^2 + s_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}$$

و با فاصله اطمینان ۹۵٪ و قدرت آماری ۸۰٪ در هر گروه ۳۸ نفر تعیین شد. پس از توضیح کامل فرآیند پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، با توجه به معیار ورود ۷۶ بیمار مبتلا به سرطان با روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و سپس به طور تصادفی ساده به دو گروه آزمون (۳۸ نفر) و کنترل (۳۸ نفر) تقسیم شدند. به این صورت که اسامی ۷۶ بیمار شرکت کننده در مطالعه، به صورت جداگانه بر روی برگه هایی نوشته شده و درون جعبه قرار می گرفت سپس اولین اسم که به صورت تصادفی از جعبه خارج می شد در گروه آزمون و دومین اسم در گروه کنترل قرار می گرفت این عمل ادامه یافت تا زمانی که تمام ۷۶ بیمار در دو گروه تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، سن بیشتر از ۱۸ سال، داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، داشتن توانایی جسمی برای شرکت در جلسات و پاسخ به سؤالات، اطلاع از نوع بیماری، گذشتن حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، نداشتن اختلال روانی عمده (مانند اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی) و نداشتن سابقه مصرف داروهای مؤثر بر روان. در صورت عدم تمایل و همکاری لازم جهت ادامه شرکت در پژوهش و مسافرت بیش از ۴ هفته یا مهاجرت از بیرجند افراد از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل برگه ویژگی های جمعیت شناختی (شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، سطح درآمد، نوع سرطان، نوع درمان) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی بود. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی توسط سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان ساخته شده بود [۲۵] که متشکل از ۳۰ سوال بود که کیفیت زندگی را در ۵ حیطه عملکردی، ۹ حیطه علایم و یک حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه گیری نمود. حیطه عملکردی شامل: عملکرد جسمانی (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵)، ایفای نقش (سوالات ۶، ۷)، عملکرد احساسی (۲۵ و ۲۰) عملکرد شناختی (سوالات ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱) و عملکرد اجتماعی (سوالات ۲۶، ۲۷). حیطه علایم شامل: خستگی (سوالات ۱۸، ۱۲، ۱۰)، تهوع و استفراغ (سوالات ۱۴ و ۱۵)، درد (سوالات ۹ و ۱۹)، تنگی نفس (سوال ۸)، اختلال خواب (سوال ۱۱)، کاهش اشتها (سوال

زهرا کریمی و همکاران

تمایل بیماران، معمولاً طی ۱ تا ۳ روز بود. در جلسه اول، درمانگر (کارشناس ارشد روانپرستاری) با معرفی اهداف شأن درمانی، شرکت کنندگان را با سوالات این پروتکل آشنا کرد (جدول ۱) و این امکان را برای بیماران فراهم کرد که درباره آنچه ممکن است در جلسه بعدی صحبت کنند، فکر کنند. در جلسه دوم (۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد)، محقق با کمک سوالات مشخص پروتکل شأن درمانی، شرکت کنندگان را راهنمایی کرد تا سوالات را با توجه به مسائلی که برای او مهم است، پاسخ دهد. شرکت کنندگان آزاد بودند که درباره جوانب مهم زندگی خود و هر چیزی که می خواستند به عنوان یک خاطره ثبت کنند صحبت کنند. در پایان مصاحبه ضبط شده، رونویسی و بررسی شد. در جلسه سوم (۳ روز بعد) متن آماده شده برای شرکت کنندگان خوانده شد و در صورت لزوم اصلاح شد. سرانجام، نسخه ای از متن نهایی به شرکت کنندگان داده شد تا با هر شخصی که خود مایل بودند (اعضای خانواده، دوستان، بستگان و ...) به اشتراک بگذارند [۲۷].

۱۳) بیوست (سوال ۱۶)، اسهال (سوال ۱۷)، مشکلات اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری (سوال ۲۸) و حیطه کیفیت زندگی عمومی (سوالات ۲۹ و ۳۰) بود. در این پرسشنامه، از مقیاس ۴ درجه ای (به هیچ وجه: ۱، کمی: ۲، زیاد: ۳، خیلی زیاد: ۴) برای سنجش پاسخها استفاده شد؛ به جز در مورد سوالات مربوط به حیطه کیفیت زندگی عمومی که دارای مقیاس ۷ درجه ای (۱: بسیار بد تا ۷: عالی) بود. امتیازات توسط تبدیل خطی به نمرات استاندارد شده ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می شوند که در حیطه های عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی، نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر و یا کیفیت زندگی بود، در حالیکه در حیطه علایم نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت داشت. نتایج مطالعه صفایی و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که این پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان بوده و در پژوهش های همه گیرشناسی و بالینی سرطان میتواند مورد استفاده قرار بگیرد [۲۶].

سه جلسه فردی ۳۰-۶۰ دقیقه ای برای اجرای شأن درمانی در نظر گرفته شد. فاصله بین جلسات بسته به آمادگی و

جدول ۱: سوالات پروتکل شأن درمانی

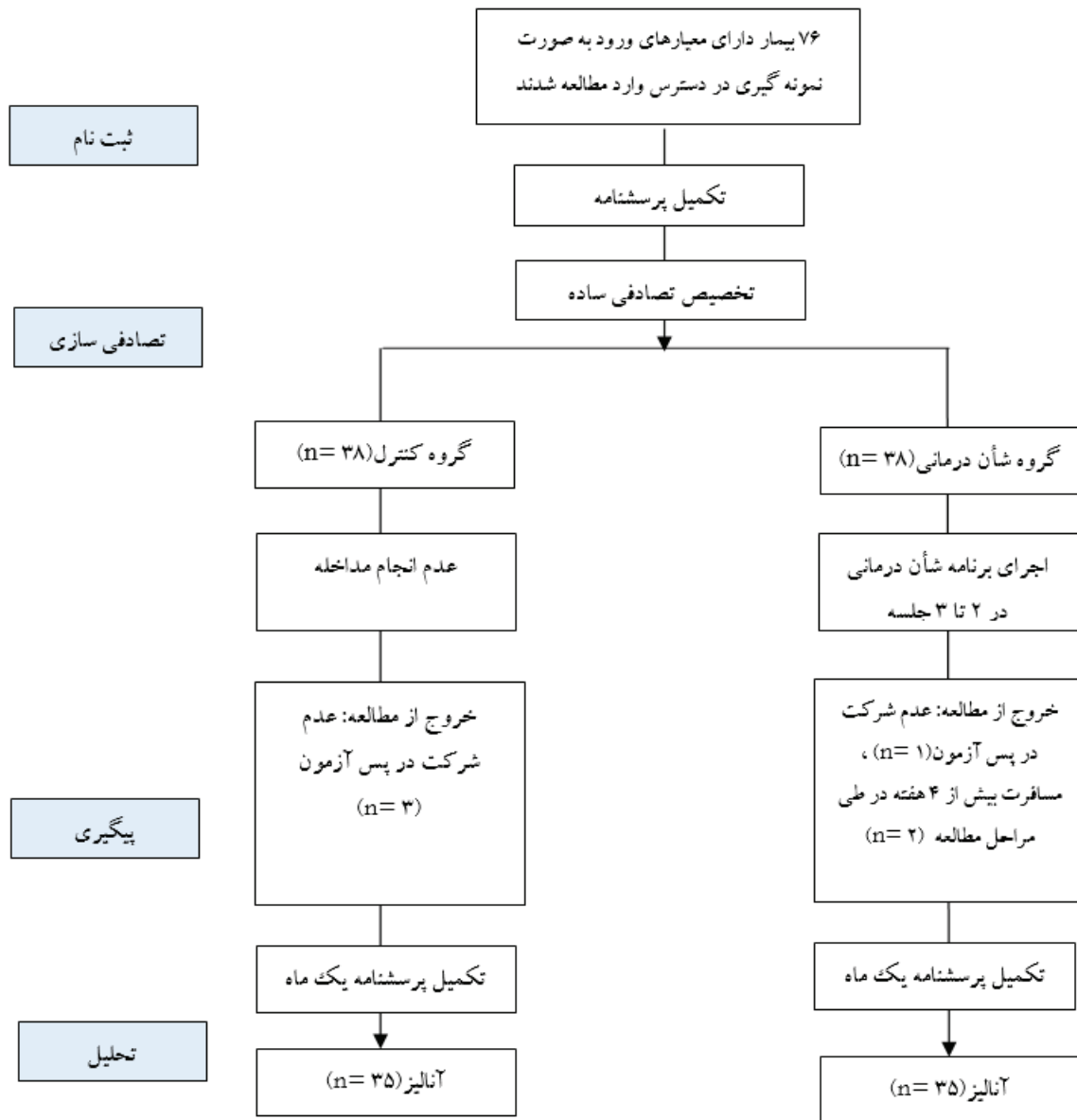
۱	مختصری از گذشته خود صحبت کنید، مخصوصاً قسمت هایی که بیشتر به یاد می آورید یا فکر می کنید که مهمترین قسمت زندگی شما می باشد؟
۲	آیا چیزهای خاصی هستند که مایل باشید خانواده شما در مورد آن بدانند (موضوعات ویژه و مخصوصی هستند که مایلید آنها را یادآوری کنید)؟
۳	مهم ترین نقشی که در زندگی اتان داشته اید چه می باشد؟ (نقش های خانوادگی، نقش های حرفه ای و نقش های خدماتی جامعه)
۴	چرا این نقش ها برای شما دارای اهمیت هستند و در مورد اینکه در این نقش ها چه فعالیتی داشته اید چه فکر می کنید؟
۵	مهمترین اقدام زندگی تان چیست و به چه چیز بیشترین افتخار را می کنید؟
۶	شما از زندگی چه آموخته اید که دوست دارید آن را به دیگران منتقل کنید؟
۷	آیا چیز خاصی هست که شما حس می کنید تاکنون بایستی به شخص یا اشخاص محبوب و مورد علاقه تان می گفتید و یا چیزهایی که مایل هستید، دوباره به شخص خاصی بگویید؟
۸	رویاها و آرزوهای شما برای شخص یا اشخاص مورد علاقه تان چیست؟
۹	چه توصیه یا راهنمایی دارید که به دوست یا پسر، دختر، همسر یا والدینتان برسانید؟
۱۰	احساس می کنید حدکثر چقدر زنده هستید؟
۱۱	آیا صحبت، بحث، نصیحت یا هر آموخته دیگری هست که بخواهید جهت کمک به خانواده تان برای آماده کردن آنها برای آینده بگویید؟
۱۲	آیا چیز دیگری هست که مایل باشید در این سند گنجانده شود؟

ثبت شد. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه مانده و در هر زمان اختیار انصراف از همکاری را داشتند که از جمله نکات رعایت شده اخلاق در پژوهش بود.

داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های t زوجی، t مستقل، ویلکاکسون، من ویتنی و آزمون کای اسکوئر در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی داری برای تمام آزمون های آماری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

در گروه کنترل برنامه فوق اجرا نشده و از آنها خواسته شد که پرسشنامه ها را دو بار تکمیل کنند (در ابتدا و ۴ هفته پس از دریافت مراقبت معمول). پرسشنامه ها همچنین دو بار توسط گروه مداخله (در شروع مطالعه و ۴ هفته پس از مداخله) تکمیل شدند.

ملاحظات اخلاقی در کلیه مراحل مطالعه رعایت شد. مجوز اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد IR.BUMS.REC.1397.267 اخذ و در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT20190604043820N1



نمودار ۱: نحوه تخصیص افراد در دو گروه آزمون و کنترل

شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی بودند. همانطور که در (جدول ۲) نشان داده شده است تفاوت آماری معنی داری بین گروه ها در ویژگی های دموگرافیک وجود نداشت ($P > 0.05$).

یافته ها

مشخصات دموگرافیک بیماران نشان داد که میانگین سنی آنها در گروه مداخله $47/14 \pm 9/82$ سال و در گروه کنترل $47/89 \pm 9/62$ بود. تمامی بیماران شرکت کننده در هر دو گروه متأهل و دریافت کننده درمان ترکیبی شامل جراحی،

زهرا کریمی و همکاران

جدول ۲: مشخصات جمعیت شناختی در بیماران دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	آزمون (درصد) تعداد	کنترل (درصد) تعداد	سطح معنی داری
جنسیت			
زن	۲۸ (۸۰)	۲۷ (۷۷/۱)	۰/۷۷
مرد	۷ (۲۰)	۸ (۲۲/۹)	
تحصیلات			
ابتدایی	۱۲ (۳۴/۳)	۱۱ (۳۱/۴)	۰/۲۸
سیکل	۴ (۱۱/۴)	۸ (۲۲/۹)	
دیپلم	۱۱ (۳۱/۴)	۱۳ (۳۷/۱)	
دانشگاهی	۸ (۲۲/۹)	۳ (۸/۶)	
شغل			
کارمند	۷ (۲۰)	۳ (۸/۶)	۰/۵۰
بازنشسته	۴ (۱۱/۴)	۳ (۸/۶)	
خانه‌دار	۲۰ (۵۷/۱)	۲۳ (۶۵/۷)	
آزاد	۴ (۱۱/۴)	۶ (۱۷/۱)	
سطح درآمد			
کمتر از حد کفاف	۱۰ (۲۸/۶)	۶ (۱۷/۱)	۰/۲۶
در حد کفاف	۲۵ (۷۱/۴)	۲۹ (۸۲/۹)	
نوع سرطان			
لنفوم	۳ (۸/۶)	۳ (۸/۶)	۰/۹۰
پستان	۲۱ (۶۰)	۲۳ (۶۵/۷)	
گوارش	۶ (۱۷/۱)	۶ (۱۷/۱)	
سایر موارد	۵ (۱۴/۳)	۳ (۸/۶)	
انحراف معیار ± میانگین			
سن	۴۷/۱۴±۹/۸۲	۴۷/۸۹±۹/۶۲	۰/۷۵

جدول ۳: تعیین و مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد عملکردی، علائم و کیفیت زندگی عمومی قبل و بعد از مداخله در هر گروه و در بین دو گروه آزمون و کنترل

متغیر	گروه آزمون میانگین ± انحراف معیار	گروه کنترل میانگین ± انحراف معیار	P-value آزمون t مستقل یا من ویتنی یو
حیطه عملکردی	قبل از مداخله	۳۰۴/۰۴±۸۴/۴۱	۰/۷۲
	بعد از مداخله	۳۳۷/۲۰±۷۵/۵۷	۰/۰۴
P-value آزمون زوجی			
	< ۰/۰۰۱	۰/۷۰	
حیطه علائم	قبل از مداخله	۳۲۹/۵۲±۱۴۶/۹۲	۰/۷۸
	بعد از مداخله	۳۲۶/۸۲±۱۴۶/۱۱	۰/۷۴
P-value آزمون t زوجی			
	۰/۴۸	۰/۸۹	
کیفیت زندگی عمومی	قبل از مداخله	۴۲/۸۵±۱۸/۹۸	۰/۷۰
	بعد از مداخله	۵۱/۹۰±۲۰/۸۱	۰/۰۴
P-value آزمون ویلکاکسون			
	۰/۰۰۳	۰/۳۱	

* : من ویتنی یو

نتایج آزمون t زوجی نشان داد که در گروه آمون میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد عملکردی بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از مرحله قبل از مداخله بود ($p < 0/001$)؛ که این تفاوت در گروه کنترل وجود نداشت ($p = 0/70$). همچنین نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد عملکردی قبل از مداخله در بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p = 0/72$) اما بعد از مداخله در میان دو گروه تفاوت معناداری داشته است ($p = 0/04$).

نتایج آزمون t زوجی همچنین نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد علایم بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمون ($p = 0/48$) و کنترل ($p = 0/89$) تفاوت معناداری نداشت و نتایج آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد علایم در بین دو گروه قبل ($p = 0/78$) و بعد از مداخله ($p = 0/74$) تفاوت معناداری نداشت.

نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی عمومی در گروه آزمون بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از مرحله قبل از مداخله بود ($p = 0/003$)؛ که این تفاوت در گروه کنترل وجود نداشت ($p = 0/31$). همچنین نتایج آزمون من ویتنی یو نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی عمومی قبل از مداخله در بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p = 0/70$) اما بعد از مداخله در میان دو گروه تفاوت معناداری داشت ($p = 0/04$).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. یافته ها نشان دهنده تأثیر مثبت شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بود.

بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه ای از علایم شامل درد و انواع ناراحتی های جسمی و روانی را تجربه میکنند که بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی میگذارد و باعث ایجاد محدودیت در انجام نقش ها و وظایف در این بیماران می شود. در این راستا، شأن درمانی - مداخله فعلی که ما در مطالعه خود از آن استفاده کردیم - یک پروتکل استاندارد است که می تواند توسط متخصصین بهداشت و درمان برای کاهش دیسترس ناشی از سرطان و بهبود کیفیت زندگی اعمال شود.

در این مطالعه محققین سعی کردند طی جلسات شأن

درمانی با یادآوری نقش های مهم بیمار در گذشته و ارزشمند جلوه دادن آن در طی جلسات درمان، همچنین فراهم کردن فرصتی برای بیان احساسات بیماران و به اشتراک گذاشتن این احساسات با اطرافیان به آنها کمک کنیم بر جنبه های منفی احساسات خود غلبه نموده و ارزیابی بهتری از وضعیت کلی کیفیت زندگی خود داشته باشند. از طرفی با توجه به اینکه مداخله انجام شده در مطالعه حاضر اجراء یک برنامه روان درمانی بود بنابراین انتظار نمی رفت در ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران تغییرات زیادی ایجاد شود که نتایج مطالعه نیز نشان داد، اجرای برنامه شأن درمانی بر بعد علایم این بیماران تأثیری ندارد.

مطالعه chochinov و همکاران (۲۰۱۱) با هدف بررسی تأثیر شأن درمانی بر دیسترس و تجربه پایان زندگی بیماران مبتلا به سرطان که در مرحله آخر زندگی بودند، انجام شد. در آن مطالعه نمونه ها به طور تصادفی در ۳ گروه شأن درمانی، مراقبت های تسکینی استاندارد و مراقبت مددجو محور قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در گروه شأن درمانی نسبت به دو گروه دیگر، کیفیت زندگی افزایش یافته بود [۱۶]. یافته های حاصل از این تحقیق مشابه پژوهش حاضر بود و حاکی از آن بود که در گروه شأن درمانی، روان درمانی انجام شده موثر بوده و مداخله انجام شده، جهت بهبود کیفیت زندگی این افراد مفید بود.

زکی نژاد و همکاران (۱۳۹۷) مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند. نتایج این مطالعه نیمه تجربی نشان داد که شأن درمانی در گروه آزمون منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران شده بود [۲۷] که یافته های حاصل از این تحقیق همسو با پژوهش حاضر می باشد.

Vergo و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه ای را با هدف بررسی امکان پذیری شأن درمانی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی انجام دادند. شرکت کنندگان، بیماران مبتلا به سرطان متاستاتیک کولورکتال در مرکز جامع سرطان روبرت لوری در شیکاگو بودند. جهت سنجش تأثیر شأن درمانی، بیماران پرسش نامه کیفیت زندگی دو سؤالی کامل کردند. پس از اجرای شأن درمانی، تجزیه و تحلیل اطلاعات انجام شد. ۸۸٪ از شرکت کنندگان شأن درمانی را برای خود و نیز خانواده شان مفید گزارش کردند و اظهار داشتند که این درمان، حس معنا را در آنها افزایش داده است. ۷۸٪ گزارش کردند که شأن درمانی حس شأن و حس هدفمندی آنها

زهرا کریمی و همکاران

در مطالعه ای Aoun و همکاران (۲۰۱۴)، تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری عصبی حرکتی بررسی شد. جهت سنجش اثر شأن درمانی از پرسشنامه کیفیت زندگی (ALSAQ-5) استفاده گردید که بررسی یافته های حاصل از این پرسشنامه نشان داد که تفاوت معنی داری قبل و بعد از مداخله برای بیماران در مقیاس کیفیت زندگی مشاهده نشد. سایر نتایج کیفی این مطالعه، مربوط به پرسشنامه بازخورد پس از انجام شأن درمانی بود که توسط بیماران تکمیل گردید. نتایج در این قسمت بیانگر آن است که اکثریت بیماران، شأن درمانی را مفید و رضایت بخش گزارش کردند و آن را سبب افزایش کیفیت زندگی، ارتقای حس شأن و داشتن حس کنترل روی زندگی خود عنوان کردند [۳۰]. نتایج کمی این پژوهش با مطالعه ما همسو نمی باشد. این تفاوت ممکن است به علت تفاوت در جامعه هدف باشد که در این مطالعه جامعه آماری شامل بیماران عصبی حرکتی و در مطالعه حاضر جامعه هدف شامل بیماران مبتلا به سرطان بوده است. دلیل دیگر می تواند استفاده از ابزار متفاوت جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران باشد. از طرفی نتایج کیفی این پژوهش با مطالعه حاضر همسو بود که نشان داد مداخله شأن درمانی برای بیماران مزمن مفید بوده و از دیدگاه آنان باعث بهبود کیفیت زندگی شده بود.

Hall و همکاران (۲۰۱۲) مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر گذاری، امکان پذیری و پذیرش شأن درمانی جهت کاهش استرس روانی سالمندان مراکز مراقبتی در مراکز مراقبت سالمندان انگلستان انجام دادند. در این مطالعه جهت سنجش کیفیت زندگی افراد نیز از ابزار EQ-5D و پرسشنامه دو سوالی استفاده شد، مقایسه کیفیت زندگی بیماران در گروه شأن درمانی و کنترل، نشان داد شأن درمانی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تأثیری بر کیفیت زندگی واحدهای پژوهش نداشته است [۳۱]. نتایج این پژوهش با مطالعه ما همسو نمی باشد که از دلایل آن می توان به این موارد اشاره نمود؛ اول اینکه هر چند قبل از انجام مداخله سطح دیسترس واحدهای پژوهش پایین بود، اما سطح امید و کیفیت زندگی این افراد بالا بوده و از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند و این امر فرصت کمی را برای پیشرفت ایجاد می کند. شاید دلیل دیگری که باعث گردید در این پژوهش شأن درمانی در گروه مداخله موثر نباشد تفاوت در جامعه هدف بوده باشد

را ارتقا داده و ۶۷٪ اظهار داشتند که شأن درمانی میل به زندگی را در آنها افزایش داده است. بررسی پرسشنامه ها نشان داد که تغییری در کیفیت زندگی مشاهده نشد [۲۸]. نتایج این پژوهش با مطالعه ما همسو نمی باشد که ممکن است به علت تفاوت در ابزار استفاده شده جهت سنجش کیفیت زندگی باشد.

در مطالعه Hall و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف بررسی امکان پذیری تأثیر شأن درمانی بر کاهش دیسترس بیماران مبتلا به سرطان در دو مرکز خدمات سلامت در آمریکا انجام گردید، جهت سنجش کیفیت زندگی از ابزار EQ-5D و پرسشنامه دو سوالی استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیر کیفیت زندگی در هر دو زمان پس از آزمون در بین هر دو گروه تفاوت آماری معنی داری ندارد [۲۹]. نتایج این پژوهش با مطالعه ما همسو نبود که با نگاهی دقیق تر به دو ابزاری که جهت سنجش تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی در این مطالعه استفاده گردیده و به نقل از خود محقق این مطالعه، در می یابیم این پرسشنامه ها جهت ارزیابی علایم فیزیکی و محدودیت های فعالیت روزانه طراحی شده، در صورتی که شأن درمانی اساساً جهت بهبود این مشکلات ایجاد نشده است و از این لحاظ شاید بتوان گفت نتایج این مطالعه با پژوهش ما همسو می باشد زیرا در تحقیق حاضر نیز شأن درمانی بر جنبه های فیزیکی کیفیت زندگی تأثیری نداشت.

واقعی و همکاران (۱۳۹۲) مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر شأن درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز انجام دادند. این پژوهش از نوع تجربی دو گروهه با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود. نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه شأن درمانی میانگین نمره بعد محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکل جسمی، بعد محدودیت ایفای نقش به دلیل مشکل روانی، بعد سلامت عاطفی، بعد عملکرد اجتماعی و بعد سلامت عمومی، افزایش معنی داری دارد که این تغییرات در مورد مقایسه بین گروهی نیز افزایش معنی داری داشت. در حالی که در گروه مداخله، میانگین ابعاد عملکرد جسمانی، انرژی و خستگی و درد بدنی، قبل و بعد از شأن درمانی ارتباط معنی داری وجود نداشت. همچنین نمره کیفیت زندگی کل در گروه شأن درمانی، قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معنی داری داشت [۲۴]. یافته های حاصل از این تحقیق همسو با پژوهش حاضر می باشد.

درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بدست آمد لذا پیشنهاد می شود مطالعات دیگری به منظور بررسی و مقایسه تاثیر این مداخله با سایر روش های روان درمانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شود. هم چنین توصیه می شود این مطالعه در سطح وسیعتر در سایر بیمارستان ها و فرهنگ ها انجام شود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می باشد که با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1397.267 ثبت گردیده است. محققین سپاس فراوان خود را از حضور بیماران شرکت کننده در مطالعه اعلام می دارند و در آخر مراتب قدردانی خود را از مسئولین، کارکنان و پرستاران بیمارستان ایران مهر بیرجند ابراز می نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی در خصوص این مقاله وجود ندارد.

که در این مطالعه جامعه آماری شامل سالمندان و در مطالعه حاضر جامعه هدف بیماران مبتلا به سرطان بود. از محدودیت های مطالعه حاضر این بود که نمونه ها تنها از یک بیمارستان انتخاب شدند. بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. با وجود این محدودیت، یافته های پژوهش حاضر تأثیر مثبت شأن درمانی، به عنوان یک رویکرد ارزشمند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را نشان داد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که شأن درمانی بر ابعاد عملکردی و کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بود، به طوری که منجر به بهبود کیفیت زندگی در این بیماران شد. از این رو با توجه به شیوع روزافزون بیماری سرطان این بیماری، به مشاوران و درمانگران و روانپرستاران توصیه می گردد مداخله شأن درمانی را برای کمک به این بیماران در کنار دیگر روش های مؤثر مورد استفاده قرار دهند. با توجه به جستجوی انجام شده در بانکهای اطلاعاتی مطالعات محدودی در زمینه تأثیر شأن

References

1. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2020; 70 (1): 7-30. doi: org/10.3322/caac.21590 <https://doi.org/10.3322/caac.21590> PMID:31912902
2. Bahrami Baresari Z, Abbaszadeh A, Heydarirad Gh. Demographic and clinical factors affecting the cancer-related fatigue. Razi Journal of Medical Sciences. 2020;26(11):34-42.
3. Ozen B, Ceyhan O, Büyükcelik A. Hope and perspective on death in patients with cancer. Journal of Death Studies. 2019;1-7. doi: org/10.1080/07481187.2019.1626942 <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626942> PMID:31204898
4. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin D, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. International Journal of Cancer. 2019;144(8):1941-53. doi: org/10.1002/ijc.31937 <https://doi.org/10.1002/ijc.31937> PMID:30350310
5. Momeni GT. The relationship between spiritual well-being and depression in Iranian breast cancer patients. Journal of Health Information Management. 2011; 8(8): 1007-16
6. Martins H, Caldeira S. Spiritual distress in cancer patients: a synthesis of qualitative studies. Religions Journal. 2018;9(10):285. doi: org/10.3390/rel9100285 <https://doi.org/10.3390/rel9100285>
7. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. Cancer Journal for Clinicians. 2005;55(2):109-16. doi: org/10.3322/canjclin.55.2.109 <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.2.109> PMID:15761079
8. Tasmuth T, Lehto JT, Kautiainen H, Elme A. Cancer patients' symptom burden and health-related quality of life at tertiary cancer center from 2006 to 2013: a cross-sectional study. Anticancer research Journal. 2019; 39(1):271-7. doi: 10.21873/anticancer.13107. <https://doi.org/10.21873/anticancer.13107> PMID:30591468

9. Issazadegan A, Matlabi M, Sepehrianazar F. Comparing the purpose of life and quality of life, in cancerous patients and healthy individuals. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2016;13(12):1097-103.
10. Hasanpoor Dehkordi A, Azari S. Quality of life and related factor in cancer patients. *Behbood Journal*. 2006;10(2):110-9.
11. Nejat S. Quality of life and its measurement. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008;4(2):57-62.
12. Tobita I, Hyde C. Quality of life research: a valuable tool for nephrology nurses. *Journal of Renal Care*. 2007;33(1):25-9. doi:org/10.1111/j.1755-6686.2007.tb00033.x <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2007.tb00033.x> PMID:17695558
13. Yu HD, Petrini MA. The HRQoL of Chinese patients undergoing haemodialysis. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(5-6):658-65. doi:org/10.1111/j.1365-2702.2009.03071.x <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03071.x> PMID:20500307
14. Tabari F, Zakeri Moghadam M, Bahrani N, Monjamed Z. Evaluation of the quality of life in newly recognized cancer patients. *Journal of Hayat*. 2007;13(2):5-12.
15. Shafie M. The effect of performing cardiac rehabilitation program on level of hope in patients after coronary artery bypass graft. Master of sciences in medical surgical nursing Mashhad: Mashhad university of Medical sciences. 2010.
16. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The lancet oncology*. 2011;12(8):753-62. doi:10.1016/S1470-2045(11)70153-[X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
17. Chochinov H. Dignity Therapy: Final Words for Final Days. Book online. 2012 E-mail to Harvey.chochinov@cancercare.mb.ca <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195176216.001.0001> PMID:PMC3517308
18. Fitchett G, Emanuel L, Handzo G, Boyken L, Wilkie DJ. Care of the human spirit and the role of dignity therapy: a systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care*. 2015;14(1):8. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1> PMID:25844066 PMID:PMC4384229
19. Östlund U, Brown H, Johnston B. Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4):353-67. doi.org/10.1016/j.ejon.2011.07.010 Get rights and content <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.07.010> PMID:21917517
20. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T. Patient dignity and related factors: a qualitative meta-synthesis study. *Knowledge and Health Journal*. 2011; 6(1): 49-56.
21. Berglund B, Anne-Cathrine M, Randers I. Dignity not fully upheld when seeking health care: Experiences expressed by individuals suffering from Ehlers-Danlos syndrome. *Disability and Rehabilitation*. 2010; 32 (1):1-7. <https://doi.org/10.3109/09638280903178407> PMID:19925271
22. Venturato L. Dignity, dining and dialogue: reviewing the literature on quality of life for people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*. 2010;5(3):228-34. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00236.x> PMID:20925706
23. Mardani HM, Shahraki VA. The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *Journal Of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*. 2010; 18 (2): 111-17.
24. Rabbani Javadi A. The Effect of dignity therapy on quality of life in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. The Thesis For The Master Of Science Degree in Nursing: Mashhad university of Medical sciences. 2012.
25. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Tolleson E, Jensen AB, Razavi D, Maher EJ, Kaasa S. Development of a european organization for research and treatment of cancer (EORTC) questionnaire module to be used in quality of life assessments in head and neck cancer patients. *Acta Oncologica*. 1994;33(8):879-85. <https://doi.org/10.3109/02841869409098450> PMID:7818919
26. Safaei A, Dehkordi B, Tabatabaei S.H.R. Reliability and validity of the qlq-c30 questionnaire in cancer patients. *Journal Armaghan Danesh*. 2007; 12 (2): 79 – 87.
27. Zaki-Nejad M, Manookian A, Shamshiri A.

- The effect of dignity therapy on the quality of life of patients with cancer receiving palliative care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2020; 25(4):286-90. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_51_19
28. Vergo M, 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. *The Journal of Community and Supportive Oncology*. 2014;12(12):446-53. <https://doi.org/10.12788/jcso.0096> PMID:25866895
29. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care Journal*. 2011;1(3):315-21. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054> PMID:24653477
30. Aoun SM, Chochinov HM, Kristjanson LJ. Dignity therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: a feasibility study. *Journal of Palliative Medicine*. 2015;18(1):31-7. doi: 10.1089/jpm.2014.0213 <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0213> PMID:25314244 PMID:PMC4273180
31. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck P, Higginson IJ. Feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes: a phase II randomized controlled trial of a brief palliative care psychotherapy. *Journal of Palliative Medicine*. 2012;26(5):703-12. doi: 10.1177/0269216311418145 <https://doi.org/10.1177/0269216311418145> PMID:21859743