

Effect of Healing Program on Quality of Life in Chemotherapy Patients

Banafshe Samari¹, Eisa Mohammadi^{1*}, Fazlollah Ahmadi¹

1. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Article Info

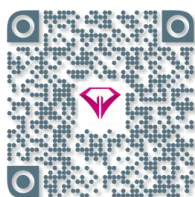
Received: 2018/12/30;
Accepted: 2019/01/8;
Published Online: 2019/03/27



[10.30699/sjnmf.27.4.222](https://doi.org/10.30699/sjnmf.27.4.222)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Cancer and tolerance of severe therapies affect all aspects of life and generally the quality of life of patients. Spiritual care is one of the most important types of care for cancer patients. The most important element in spiritual care is healing. The aim of this study was to determine the effect of healing program on quality of life in chemotherapy patients

Methods: This study is a semi experimental study in two private hospitals in Tehran in 2017. The samples were first selected from among the patients who were referred to two hospitals. Quality of life of patients before and after two months after intervention was measured and recorded by a specific questionnaire for measuring the quality of life of cancer patients. For analyzing, descriptive and analytic tests such as mean differences test and analysis of variance were used using SPSS 20. Data was analyzed using SPSS 21 software, t-paired and t-independent test.

Results: Chi-square and analysis of variance showed that the two groups had no significant difference in terms of demographic characteristics, effective variables, and mean of quality of life in terms of dimensions and in general. And the mean of quality of life of the patients in the intervention group was significantly higher than the control group two months after the intervention ($P < 0.05$).

Conclusion: Healing attendance alone as an integral part of spiritual care can be effective in improving the quality of life of patients. Therefore, nurses can advise that their care will be more effective if they focus on their presence along with patients in caring activities and focus on indicators and elements designed to heal.

Keywords: Healing presence, Spiritual care, Quality of life, Chemotherapy patients

Corresponding Information:

Eisa Mohammadi, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: mohamade@modares.ac.ir

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

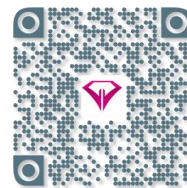
Samari B, Mohammadi E, Ahmadi F. Effect of Healing Program on Quality of Life in Chemotherapy Patients . Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (4)

تعیین تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر حضور التیام بخش بر کیفیت زندگی بیماران شیمی درمانی

بنفشه ثمری^۱، عیسی محمدی^{۱*}، فضل‌اله احمدی^۱

۱. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۰/۰۹	مقدمه: به سرطان و تحمل درمان‌های سخت آن بر تمام ابعاد زندگی و به‌طور کلی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است. در بیماران سرطانی مراقبت معنوی یکی از مهم‌ترین مراقبت‌ها به شمار می‌آید و اصلی‌ترین عنصر در آن حضور التیام‌بخش است. به این منظور، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر حضور التیام‌بخش بر کیفیت زندگی بیماران شیمی‌درمانی انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۸	روش کار: مطالعه حاضر طرحی نیمه‌تجربی در دو بیمارستان خصوصی تهران در سال ۱۳۹۶ انجام شد که دو بیمارستان با توجه به همکاری و نقاط شهری یکسان انتخاب شدند. کیفیت زندگی بیماران قبل و دو ماه بعد از مداخله به کمک پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران سرطانی اندازه‌گیری و ثبت شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی یعنی آزمون تفاوت میانگین‌ها و آنالیز واریانس به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۱/۱۷	یافته‌ها: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، دو گروه قبل از مداخله تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند، اما میانگین کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل دو ماه پس از مداخله تفاوت معناداری دارد ($P < 0/05$).
نویسنده مسئول: عیسی محمدی گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران پست الکترونیک: mohamade@modares.ac.ir	نتیجه‌گیری: حضور التیام‌بخش به‌تنهایی جزئی از مراقبت معنوی است که می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران اثربخش باشد؛ بنابراین می‌توان به پرستاران توصیه کرد اگر بر حضورشان در کنار بیماران در فعالیت‌های مراقبتی تمرکز داشته و به شاخص‌ها و عناصر طراحی‌شده در حضور التیام‌بخش توجه داشته باشند، مراقبت آنها اثربخش‌تر خواهد شد.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	کلیدواژه‌ها: بیماران شیمی‌درمانی، حضور التیام‌بخش، کیفیت زندگی، مراقبت معنوی



مقدمه

ناشی از آن، بر وضعیت جسمی، عملکردی و روانی اجتماعی این بیماران تأثیرگذار است و موجب بروز احساس ناتوانی در آنها می‌شود [۶]. به موازات افزایش بیماران و شیوع سرطان، بیماران نیازمند مراقبت، حمایت مداوم و خدمات توان‌بخشی هستند [۷].

در ۳۰ سال گذشته اهمیت معنویت در جهان روبه‌رشد بوده است. این امر در حرفه پرستاری نیز به رسمیت شناخته شده است [۸]. پرستاران انجمن آمریکا (ANA)، شورای بین‌المللی پرستاری و کمیسیون مشترک معنویت را یک بعد دامنه (استاندارد) شناسایی کرده‌اند که باید در ارائه مراقبت‌های بهداشتی محترم شمرده شود [۹]. مراقبت معنوی فعالیت‌ها و روش‌هایی از مراقبت است که سبب ارتقای کیفیت زندگی معنوی، سلامت معنوی و عملکرد معنوی می‌شود. مراقبت معنوی بر پاسخ فرد به استرس، سلامت معنوی تعادل

سرطان یکی از بیماری‌های روبه‌رشد است [۱]. ۹ درصد مرگ‌ومیرهای جهان به‌دلیل بروز انواع سرطان است. در صورت تفکیک ارقام جهانی، رتبه سرطان در کشورهای پیشرفته و روبه‌پیشرفت در حال تغییر است. در کشورهای پیشرفته، سرطان پس از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین علت مرگ‌ومیرها (۱۹ درصد) و در کشورهای روبه‌پیشرفت چهارمین دلیل است (۶ درصد) [۲]. تخمین زده شده است تا سال ۲۰۲۰ بیش از ۱۵ میلیون نفر در جهان به سرطان دچار می‌شوند [۳]. همچنین این بیماری مشکلی روبه‌رشد در کشورهای خاورمیانه به شمار می‌آید [۴]. در ایران نیز سرطان سومین عامل مرگ بعد از بیماری‌های قلبی و تصادف‌هاست. وقوع سرطان در کشور ما ۴۸ - ۱۱۲ مورد در هر میلیون نفر برای زنان و ۵۱ - ۱۴۴ مورد در هر میلیون نفر مردان است [۵]. ابتلا به سرطان، تحمل درمان‌های سخت و خستگی

دوست داشتن آنها در آن موقعیت مثال‌هایی مرتبط با حضور است. حضور راهی برای بودن با کسی در آن شرایط است؛ جایی که پرستار ابزاری است برای بیمار به منظور تجربه حضور معنوی و فیزیکی و برای کمک کردن به درک چیزی که به زندگی او هدف و معنا می‌بخشد [۱۲]؛ بنابراین در مراقبت معنوی که براساس فلسفه کل‌نگری هم‌زمانی است، حضور با قید التیامبخش مفهوم‌سازی می‌شود.

در این زمینه، مطالعات گوناگونی وجود دارد. Shafipour (۲۰۱۳) نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت که تجربه و درک بیماران نشان‌دهنده اهمیت حضور پرستار برای دریافت حمایت و یاری وی است [۱۵]. ملازم و همکاران نتیجه گرفتند حضور و توجه پرستار به همراه ارائه اطلاعات مورد نیاز بیمار می‌تواند از اضطراب و نگرانی و رنج آنها در دوران بستری بکاهد. براساس مطالعه Jouybari و همکاران بیماران هنگام دریافت اطلاعات مورد نیاز خود، از نظر روانی احساس آسودگی و در صورت تأمین نشدن این نیازها احساس ناآرامی می‌کنند [۱۶].

Tajbaksh و همکاران در مطالعه خود نتیجه گرفتند که مراقبت معنوی-مذهبی، تأثیر معنی‌داری در کاهش استرس بیماران دارد [۱۷]. براساس مطالعه بوسینگ و همکاران، بیماری‌های مزمن بر وضعیت فیزیکی، عملکردی، عاطفی، اجتماعی و معنویت افراد تأثیر بسیاری دارد. همچنین توجه کردن به همه نیازهای افراد و کمک به آنها برای برطرف کردن نیازها و بهبودی آنها مؤثر است. به عبارت دیگر مذهب و معنویت منبع مهم سازگاری جسمی و روانی برای بیماران مزمن محسوب می‌شوند [۱۸]. براساس در مطالعه سعیدی و همکاران، مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم، سبب افزایش تجارب معنوی بیماران می‌شود. به‌طور کلی می‌توان گفت مراقبت معنوی سبب بهبود وضعیت سلامت بیماران می‌شود [۱۹].

در مطالعات گوناگون بر مراقبت معنوی تأکید شده است، اما چگونگی، اجرا و اقدامات عملی مراقبت معنوی به‌ویژه حضور التیامبخش به‌طور جزئی و عملیاتی بیان نشده و اثربخشی آن ارزیابی نشده است؛ از این‌رو مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر حضور التیامبخش بر کیفیت زندگی بیماران شیمی‌درمانی انجام شد.

روش بررسی

میان جوانب جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی احساس تمامیت و تعالی و بهبود ارتباطات بیمار با دیگران تأثیر مثبت دارد [۸]. مراقبت معنوی بعد منحصربه‌فرد و یکپارچه‌کننده سایر ابعاد مراقبت پرستاری است که هفت ویژگی معرف دارد: حضور التیامبخش، استفاده درمانی از خود، درک شهودی، کاوش چشم‌اندازی معنوی، بیمارمحوری، مداخله درمانی، محور معناگرا و خلق محیط پرورش‌دهنده معنوی [۱۰]. در متون پرستاری مرتبط با مراقبت معنوی، بر واژه حضور بسیار تأکید شده است. عباراتی مانند حضور کامل جسمی، روانی و معنوی برای بیمار، همراهی با بیمار در زمان نیاز، حضور مراقبتی، درک آگاهانه در ارتباط لحظه‌ای، ابراز نگرش/ رفتار مراقبتی، همراهی با بیمار در بدن رنج و درد، غوطه‌وری در شرایط انسانی، شریک تجربه تنهایی اضطراب و رنج بیمار بودن و ابراز عشق بی‌قید و شرط از عباراتی هستند که معنای حضور را نشان می‌دهند [۱۱]. حضور پرستاری یکی از مفاهیم و جنبه‌های ضروری مراقبت است. در تمامی مداخلات، پرستاری اقدامی حیاتی برای ایمنی بیمار در روند پرستاری است. حضور نیز مفهوم پیچیده‌ای است که برای اولین بار در سال ۱۹۹۲ وارد متون پرستاری شده، اما بسیاری از ابعاد آن، تعیین، درک و شرح داده نشده است [۱۲]. حضور التیامبخش اساس رابطه طولانی‌مدت بین پرستار و بیمار است که تصمیم‌گیری بالینی و نتایج نهایی بیماری را بهبود می‌بخشد [۱۳]. درباره حضور مفاهیم متعددی بیان شده است. حضور التیامبخش مداخله‌ای از پرستاری است که به شکل بودن با کسی هم از نظر جسمی و روحی در طول زمان نیاز تعریف می‌شود و سه سطح فیزیکی (جسم-جسم)، روانی (ذهنی) و درمانی (روح-روح) دارد [۱۴]. در مقالات گوناگون، رفتارهای پرستار، سبک‌های ارتباطی و نگرش‌های عاطفی پرستار در طول حضور چنین توصیف شده است: رفتارها شامل، نزدیکی فیزیکی، تماس چشمی و لمس مناسب، سبک‌های ارتباطی شامل تن آرام صدا، انتخاب دقیق کلمات و گوش‌دادن با دقت و نگرش‌های عاطفی شامل صمیمیت، حساسیت و پذیرش است [۱۴]. حضور پرستاری با گوش‌دادن و لمس کردن همراه است و به‌عنوان کیفیت انسانی مرتبط با آن توصیف می‌شود. همچنین با مفاهیمی مانند محبت، پشتیبانی، حمایت و همدلی همراه است. در مواردی نیز این مفهوم همان ویژگی‌های اساسی به‌عنوان ترکیب هنر پرستاری و مراقبت استدلال می‌شود [۱۰]. برای شکل‌گیری حضور در لحظات سخت، سکوت، نشان‌دادن احترام و

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2((7.9)^2 + (7.6)^2)}{(37.33 - 40.76)^2} = 75.61 \cong 76$$

پس از کسب مجوز لازم برای پژوهش در جامعه مدنظر از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و قرعه‌کشی برای انتخاب بیمارستان گروه مداخله و بیمارستان گروه کنترل، بیمارستان خاتم‌الانبیاء (گروه کنترل) و بیمارستان فیروزگر بخش مراقبت تسکینی (گروه مداخله) که مدیریت آن مستقل از بیمارستان است، مشارکت‌کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند پس از این، هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان در پژوهش تشریح و اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه است و تنها برای انجام پژوهش از آن استفاده خواهد شد. نتایج پژوهش نیز به‌صورت کلی انتشار یافت و از شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. در ابتدا، پژوهشگر مطالعات و منابع مرتبط با مراقبت معنوی به‌ویژه حضور التیام‌بخش را مطالعه و بررسی کرد. براساس بررسی و جمع‌بندی این منابع، حضور التیام‌بخش شش بعد دارد که عبارت است از: ارتباط با تجربه بیمار، حضور و تشخیص به‌موقع و رسیدگی به نیاز بیمار در لحظه مراقبتی، همراهی منحصربه‌فرد با بیمار و فراتر رفتن از داده‌های علمی. سپس با استفاده از این منابع و تیم پژوهش، برنامه مراقبتی مبتنی بر حضور التیام‌بخش برای بیماران شیمی‌درمانی طراحی شد که این برنامه در جدول شماره ۱ آمده است. معیارهای ورود به مطالعه عبارت است از: اولین مراجعه به بیمارستان مدنظر برای انجام شیمی‌درمانی، سن بیشتر از ۴۵، گذشت ۳ ماه از تشخیص بیماری سرطان (به‌منظور گذراندن بحران بیماری)، نداشتن پرونده پزشکی مبتنی بر اختلالات روانی و رضایت و تمایل به شرکت در مطالعه است. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل پیشرفت بیماری به‌گونه‌ای که مانع از ادامه کار شود و مراجعه بیمار به‌صورت سرپایی برای شیمی‌درمانی (بستری‌شدن مجدد، یا بستری در بخش تنها به مدت ۱۰ ساعت و ترخیص پس از گرفتن دارو) است. در این پژوهش، پژوهشگر در تمامی روزهای بستری بیماران برای شیمی‌درمانی (به‌طور متوسط ۳ روز) به مدت یک شیفت کاری حضور داشت و برنامه حضور التیام‌بخش را برای آنان اجرا کرد. هنگام پذیرش بیمار در بخش با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، مشارکت‌کنندگان وارد

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی است که در دو گروه (کنترل و مداخله) و به‌صورت قبل و بعد از پژوهش در دو بیمارستان خصوصی شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان (EORTC) استفاده شد. این پرسشنامه اختصاصی و بین‌المللی را سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان در سال ۱۹۹۵ طراحی کرد. EORTC پرسشنامه‌ای چندبعدی و متشکل از ۳۰ پرسش است که کیفیت زندگی را در پنج حیطه عملکردی (جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی)، ۹ حیطه علائم (خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، یبوست، کاهش خواب، کاهش اشتها و مشکلات اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری) و ۱ حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند. نمره هر حیطه در محدوده بین صفر تا صد تعیین می‌شود. در حیطه عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی، نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر عملکرد یا کیفیت زندگی است؛ درحالی‌که در حیطه علائم نمره بالاتر بر بیشتربودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد [۲۰].

این پرسشنامه از تعدادی پرسش‌های کمی تشکیل شده است تا حتی بیمارانی که توانایی جسمی کمی دارند، بتوانند به‌راحتی به پرسش‌ها پاسخ دهند [۲۰]. همچنین این پرسشنامه در بیشتر کشورهای دنیا تأیید شده است؛ برای نمونه در مطالعات صورت‌گرفته در اسپانیا و آمریکا، روایی و پایایی این پرسشنامه به زبان اصلی در ۹۲ گروه قومی و فرهنگی مناسب تشخیص داده شده است [۲۰]. در ایران نیز Safaee و همکاران این پرسشنامه را ترجمه و پایایی و روایی آن را بررسی کردند [۲۰]. باید توجه داشت که پایایی پرسشنامه با استفاده از ارزیابی ثبات داخلی حیطه‌های چندپرسشی تعیین شده است.

در پژوهش حاضر نیز به‌منظور سنجش روایی ابزار، ابتدا ۳۰ مشارکت‌کننده پرسشنامه را تکمیل کردند. سپس به کمک اطلاعات جمع‌آوری‌شده، آلفای کرونباخ ۰/۹۳۵ به دست آمد که مقدار پذیرفته‌ای است. با توجه به فرمول زیر و یافته‌های مطالعه Shafiei TM و همکاران و تفاوت میانگین‌ها در مطالعه آنها برای هر گروه از مشارکت‌کنندگان در گروه کنترل و مداخله ۷۶ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$

داده‌های پژوهش نیز با استفاده از SPSS نسخه ۱۶، آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، دامنه تغییرات)، استنباطی کای دو، ضریب هم‌بستگی پیرسون و آزمون‌های t زوجی تجزیه و تحلیل شد.

پژوهش، در هر زمان در صورت تمایل‌نداشتن به ادامه مطالعه رعایت شد.

تحلیل داده‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت. به‌منظور بررسی توزیع نرمال داده‌های کمی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپروویلیک استفاده شد. برای توصیف فراوانی داده‌ها از آمار توصیفی و برای مقایسه داده‌ها از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و t مستقل استفاده شد. به‌منظور مقایسه بین گروهی متغیرها از آزمون t مستقل و برای مقایسه درون‌گروهی از آزمون t زوج استفاده شد. در آزمون‌های انجام‌شده، سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری $\alpha=0/05$ مدنظر بود.

یافته‌ها

براساس یافته‌های پژوهش، توزیع نمونه‌ها در دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و مداخله‌گر مانند سن، جنس، شغل، تحصیلات و نوع سرطان تفاوت معناداری ندارند (جدول شماره ۲). با توجه به اهداف مطالعه، تفاوت معناداری در نتایج برای قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل مشاهده نشد ($P>0/05$). با توجه به این جدول، در گروه کنترل که از برنامه مراقبتی حضور التیامبخش استفاده نشده بود، تغییری در ابعاد کیفیت زندگی، عملکردی و علائم مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

براساس نتایج آزمون t زوجی، در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله برای میانگین‌های سه بعد کیفیت زندگی، بعد عملکردی و بعد علائم اختلاف معنی‌داری وجود دارد. ($P<0/05$)؛ یعنی برنامه مراقبتی بر گروه آزمون تأثیرگذار بوده و تغییراتی در سه بعد کیفیت زندگی، عملکردی و علائم ایجاد کرده است. (جدول شماره ۴).

براساس نتایج آزمون t مستقل اختلاف معنی‌داری بین میانگین کیفیت زندگی به تفکیک در تمام ابعاد (بعد کیفیت زندگی، بعد عملکردی و بعد علائم) بیماران بین دو گروه قبل از مداخله وجود ندارد ($P>0/05$)، اما همین آزمون تفاوت معناداری در تمام ابعاد میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله در دو گروه نشان داده است ($P<0/05$) (جدول شماره ۵).

پژوهش شدند و پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه سنجش اختصاصی کیفیت زندگی در اختیار آنان قرار گرفت. سپس براساس برنامه حضور التیامبخش، در ابتدای پذیرش بیمار در بیمارستان، پژوهشگر به معرفی خود و قوانین و مقررات حاکم بر بخش (آشنایی با بخش و قوانین بخش و کارکنان بخش زمان سرو غذا، زمان ملاقات، زنگ اخبار برای حضور پرستار) را برای بیمار بیان کرد و اتاق و تخت وی را نیز به او نشان داد. سپس با حضور منظم بر بالین بیمار، نیازهای او را برطرف کرد. بیشتر نیازها شامل آگاه‌نبودن از نحوه شیمی‌درمانی، رژیم غذایی مناسب طی این دوره زمانی و ترس و نگرانی درباره بیماری سرطان بود؛ از این رو برای برطرف کردن این نیازها هنگام حضور بر بالین بیمار، توضیحات کافی و درک‌شدنی درباره بیماری سرطان، مرحله بیماری و درمان آن، شیمی‌درمانی، عوارض شیمی‌درمانی، رژیم غذایی و کنترل عوارض شیمی‌درمانی به بیمار داده شد. علاوه بر این، پمفلت‌های آموزشی حاوی تمامی اطلاعات آموزش در اختیار بیمار و خانواده وی قرار گرفت. پژوهشگر طی حضور بر بالین بیمار، همه صحبت‌های او را شنیده و برای تمامی رویه‌های مراقبتی زمان کافی و مناسب در نظر گرفته است. همچنین در همه مراحل، با مهربانی و خوش‌رویی با بیمار رفتار کرده و در تمامی لحظات که بیمار احساس غم و اندوه و ناراحتی کرده با شریک‌شدن در عواطف و احساسات درونی بیمار، همچنین حمایت‌های روحی و روانی در کنار او قرار گرفته است و با رفتار کلامی و غیرکلامی عشق و علاقه خود را به بیمار نشان داده است. پژوهشگر برنامه حضور التیامبخش را در همه روزهای بستری بیماران به مدت یک شیفت کاری (۸ ساعت در روز) انجام داد. این برنامه به مدت سه دوره شیمی‌درمانی برای بیماران (بیماران هر دو هفته یک‌بار برای شیمی‌درمانی به بیمارستان مراجعه می‌کردند). صورت گرفت سپس دو ماه بعد از اولین برنامه حضور التیامبخش بیماران که برای ادامه شیمی‌درمانی به بیمارستان مراجعه می‌کردند، پرسشنامه بار دیگر برای سنجش تأثیر برنامه حضور التیامبخش در اختیار آنان و دو ماه بعد در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و دریافت رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان که برای شیمی‌درمانی به بیمارستان مراجعه می‌کردند، پرسشنامه سنجش اختصاصی کیفیت زندگی بیماران شیمی‌درمانی در اختیار آنان قرار گرفت و بعد از دو ماه بار دیگر از سوی مشارکت‌کنندگان تکمیل شد.

جدول ۱. برنامه عملیاتی تعریف و طراحی شده براساس ویژگی‌های حضور التیام‌بخش

بعد اول ارتباط با تجربه بیمار	بعد دوم تا چهارم حضور و تشخیص به موقع و رسیدگی به نیاز بیمار در لحظه مراقبتی	بعد پنجم و ششم همراهی منحصربه‌فرد با بیمار و فراتر رفتن از داده‌های علمی
<p>۱. در شروع کار پرستار خود و حیطة مسئولیتش را به بیمار معرفی کند (در ابتدای شیفت پرستار خود را معرفی و نام خود را بر تابلوی بالای سر بیمار ثبت می‌کند و به بیمار توضیح می‌دهد که من مسئول مراقبت از شما هستم)</p> <p>۲. محیط بخش و قوانین حاکم بر بخش را به بیمار معرفی کند (آشنا کردن با بخش، قوانین بخش و کارکنان بخش)</p>	<p>۱. آگاهی از نیازهای مراقبتی (حضور منظم بر بالین بیمار و آگاهی از نیازهای او)</p> <p>۲. رسیدگی به نیازهای مراقبتی ابراز شده (گوش کردن به صحبت‌های بیمار، اولویت‌بندی و برطرف کردن نیازها)</p> <p>۳. صرف وقت کافی برای بیمار (مکث کردن و نشستن بر بالین بیمار و صرف کردن وقت کافی برای رویه مراقبتی)</p> <p>۴. ارائه توضیحات درک‌شدنی و کافی به بیمار (ارائه توضیحات کافی و درک‌شدنی درباره بیماری سرطان، مرحله بیماری و درمان آن، شیمی‌درمانی و عوارض آن، رژیم غذایی و کنترل عوارض شیمی‌درمانی)</p>	<p>۱. در لحظات تنهایی و سخت بیمار را همراهی کند (هم‌دلی کردن با بیمار شامل همدم شدن در لحظه‌های تنهایی او، همراهی کردن شامل شریک‌شدن در عواطف و احساسات درونی بیمار و حمایت‌های روحی و روانی)</p> <p>۲. در شادی و غم شریک بیمار باشد (هماندسازی عاطفی شامل درک افکار، احساسات، استرس و فشار روحی بیمار)</p> <p>۳. با مهربانی و خوش‌رویی رفتار کند (در تمام لحظات حضور در کنار بیمار با مهربانی و خوش‌رویی رفتار شود تا اعتماد بیمار جلب شود)</p> <p>۴. به مراقبت از بیمار عشق بورزد (با رفتار کلامی و غیر کلامی عشق و علاقه خود را برای مراقبت از بیمار نشان دهد)</p>

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

مشخصات	تعداد	گروه کنترل	تعداد	گروه آزمون	P value
جنس	مرد	۳۸	۵۰ درصد	۴۰	۰/۷۴
	زن	۳۸	۵۰ درصد	۳۶	
	۶۰-۴۵	۴۹	۶۴ درصد	۳۴	
سن	۶۱-۷۵	۲۴	۳۳ درصد	۳۸	۰/۱۶
	۷۶-۹۰	۳	۳ درصد	۴	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۹	۲۵ درصد	۲۲	۰/۷۱
	دیپلم	۳۷	۴۸/۷ درصد	۳۲	
	بالای دیپلم	۲۰	۲۶/۳ درصد	۲۲	
شغل	کارمند	۹	۱۱/۸ درصد	۱۰	۰/۹۸
	آزاد	۱۵	۱۹/۷ درصد	۱۶	
	بازنشسته	۱۷	۲۲/۴ درصد	۱۸	
	بیکار	۹	۱۱/۸ درصد	۷	
نوع سرطان	خانه‌دار	۲۶	۳۴/۲ درصد	۲۵	۰/۵۴
	کولون	۱۶	۲۱/۱ درصد	۱۶	
	معهده	۹	۱۱/۸ درصد	۹	
	ریه	۷	۹/۲ درصد	۷	
	مثانه	۱۰	۱۳/۲ درصد	۳	
	سینه	۱۱	۱۴/۵ درصد	۱۵	
	کولورکتال	۹	۱۱/۸ درصد	۱۵	
	رحم	۶	۷/۹ درصد	۶	
	خون	۸	۱۰/۵ درصد	۱۱	

جدول ۳. میانگین‌های کیفیت زندگی بیماران شیمی‌درمانی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون

نوع آزمون	P value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروه کنترل متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T=۰/۱۹۴ df=۷۵	۰/۸۴۷	۱/۵۰	۷/۴	۱/۵۸	۷/۳۵	کیفیت زندگی
T=۰/۹۱۱ df=۷۵	۰/۳۶۵	۶/۲۶	۳۹/۵۷	۷/۲۸	۴۰/۴۷	عملکردی
T=۱/۰۵ df=۷۵	۰/۲۹۳	۶/۳۳	۳۶/۸۴	۶/۷۵	۳۵/۷۷	علائم

جدول ۴. میانگین‌های کیفیت زندگی بیماران شیمی‌درمانی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون

T	P value	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه مداخله کیفیت زندگی
T=۴/۶۹ df=۷۵	۰/۰۰۱	۱/۵۲	۷/۹	۱/۸۰	۶/۷۱	کیفیت زندگی
T=۱۶/۱۲ df=۷۵	۰/۰۰۱	۵/۲۲	۳۷/۲۵	۶/۱۵	۴۱/۰۲	عملکردی
T=۱۲/۴۹ df=۷۵	۰/۰۰۱	۵/۶۴	۲۴/۶۱	۵/۴۹	۳۵/۴۴	علائم

جدول ۵. مقایسه میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران شیمی‌درمانی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه آزمون و کنترل

P value T df	بعد از مداخله		P value T Df	قبل از مداخله		گروه	متغیرها
	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین		
P=۰/۰۲۶ T=۲/۲۴ df=۱۵۰	۵۲/۱	۱/۸	P=۰/۰۶۵ T=-۲/۴۳ df=۱۵۰	۸۰/۱	۷۱/۶	آزمون	کیفیت زندگی
P=۰/۰۰۱ T=-۱۳/۱۷ df=۱۵۰	۵۰/۱	۴۰/۷	P=-۰/۰۹۶ T=۰/۵۰۵ df=۱۵۰	۳۵/۷	۳۵/۷	کنترل	
P=۰/۰۰۱ T=-۱۳/۱۷ df=۱۵۰	۲۲/۵	۲۵/۲۷	P=۰/۰۴۰۹ T=-۰/۳۲۹ df=۱۵۰	۱۵/۶	۰۲/۴۱	آزمون	عملکردی
P=۰/۰۰۱ T=-۱۲/۴۷ df=۱۵۰	۲۶/۶	۵۷/۳۹	P=۰/۰۴۰۹ T=-۰/۳۲۹ df=۱۵۰	۲۸/۷	۴۷/۴۰	کنترل	
P=۰/۰۰۱ T=-۱۲/۴۷ df=۱۵۰	۴۶/۵	۶۱/۲۴	P=۰/۰۴۰۹ T=-۰/۳۲۹ df=۱۵۰	۴۹/۵	۴۴/۳۵	آزمون	علائم
P=۰/۰۰۱ T=-۱۲/۴۷ df=۱۵۰	۳۳/۶	۸۴/۳۶	P=۰/۰۴۰۹ T=-۰/۳۲۹ df=۱۵۰	۷۵/۶	۷۷/۳۵	کنترل	

بحث

به دریافت عشق و مهرورزی، نیاز به امیدواری و خالقیت، نیاز به بخشش، روابط صادقانه با خود، دیگران و خدا با کیفیت زندگی رابطه‌ای وجود دارد [۲۲]. براساس مطالعه Saffari و همکاران، نقش باورهای مذهبی و دینی در درمان و مقابله با بیماری‌ها مسئله‌ای مهم است که به‌ویژه در بیماری‌هایی مانند سرطان که تهدیدکننده حیات فرد است مدنظر قرار می‌گیرد. تشویق بیماران و ایجاد انگیزه برای برقراری ارتباط با خدا و باورهای مذهبی یکی از عواملی است که موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۲۳]. براساس پژوهش محدثی و همکاران، حمایت‌های روحی-روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی سبب ارتقای کیفیت و امید به زندگی در مبتلایان به سرطان پستان

در پژوهش حاضر، تعیین تأثیر برنامه مراقبتی براساس حضور التیامبخش بر کیفیت زندگی بیماران شیمی‌درمانی بررسی شد. براساس نتایج، کیفیت زندگی پس از مداخله در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری دارد. با توجه به اینکه هر دو گروه کنترل و آزمون در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌سان بودند، می‌توان گفت تغییرات حاصل در میانگین کیفیت زندگی می‌تواند ناشی از برنامه مراقبتی مبتنی حضور التیامبخش باشد.

نتایج برخی مطالعات پیشین هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر است؛ برای مثال براساس مطالعه Safari و همکاران، میان معنویت و نیازهای آن شامل نیاز به معنا و هدف در زندگی، نیاز

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها و مباحث فوق، برنامه‌ی مراقبتی مبتنی بر حضور التیام‌بخش سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌شود که شیمی‌درمانی می‌شوند؛ بنابراین کاربرد این روش ساده، ارزان و قابل اجرا برای پرستاران بالینی که مدت‌زمان بیشتری در کنار بیمار هستند، پیشنهاد می‌شود. همچنین می‌توان در مدیریت پرستاری برای صرفه‌جویی در زمان، هزینه، شلوغی بیمارستان‌ها و آموزش پرستاری برای آشنانشدن پرستاران با این برنامه‌ی مراقبتی و تأثیر آن در زندگی بیماران از این برنامه استفاده کرد.

سپاسگزاری

مطالعه‌ی حاضر از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده‌ی علوم پزشکی دانشگاه تربیت‌مدرس استخراج شده است که به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه با شماره‌ی IR.TMU.REC.1395.430 نیز رسیده است. آرزوی سلامتی روزافزون را برای سلامتی بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه داریم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

می‌شود که تحت درمان‌های مختلف جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی قرار دارند [۲۳]. در این پژوهش بیشترین تغییر در بعد علائم (۱۱ درصد) مشاهده شده است؛ به عبارت دیگر، برنامه‌ی مراقبتی حضور التیام‌بخش در حیطه‌ی علائم تفاوت بیشتری با حیطه‌های عملکردی و حیطه‌ی کلی کیفیت زندگی دارد؛ به‌طوری که علائم بیماری مانند تهوع، استفراغ، اختلال در اجابت مزاج و... در بیماران در مقایسه با سایر ابعاد عملکردی و کلی کیفیت زندگی بهبود یافته است. آشنایی با بخش، توضیح‌دادن روند درمان و نوع درمان، آموزش درباره‌ی روش کنترل عوارض، تشویق بیمار به تفکر مثبت، هم‌صحبت‌شدن با بیمار و گوش‌دادن به صحبت‌های او سبب افزایش اعتمادبه‌نفس بیمار، آرامش و افزایش انگیزه می‌شود. بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی و نیازهای معنوی آنان نقش مهمی در ارزیابی اثربخشی درمان و روند بیماری دارد؛ به‌طوری که در سال‌های اخیر شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان به‌عنوان هدف مطلوب و حیطه‌ی مهمی از مراقبت پرستاری مدنظر قرار گرفته است. در بخشی از برنامه‌ی مراقبتی مبتنی بر حضور التیام‌بخش نیز به نیازهای معنوی بیماران اهمیت داده و در حد امکان نیازهای معنوی آنان تأمین شد [۲۱]. با توجه به رابطه‌ی نزدیک کیفیت زندگی و نیازهای معنوی، بهبود و ارتقای عوامل مرتبط در بیماران مبتلا به سرطان سبب سازگاری آنان با بیماری و بهبود روند درمان در این بیماران می‌شود [۲۱]. پژوهش حاضر با محدودیت‌های زمانی و حالات روحی متفاوت مشارکت‌کنندگان که بر کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد، کنترل‌شدنی نیست.

References

- Jabaaij L, van den Akker M, Schellevis FG. Excess of health care use in general practice and of comorbid chronic conditions in cancer patients compared to controls. *BMC family practice*. 2012 Dec;13(1):60. [DOI:10.1186/1471-2296-13-60] [PMID] [PMCID]
- Shojaei-Tehrani H. Medical, preventive and social teaching book: prevalent chronic disease. Tehran: Samat Publications. 2004:3-5.
- Higginson IJ, Costantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European journal of cancer*. 2008 Jul 1;44(10):1414-24. [DOI:10.1016/j.ejca.2008.02.024] [PMID]
- Daher M. Opioids for cancer pain in the Middle Eastern countries: a physician point of view. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2011 Apr 1;33:S23-8. [DOI:10.1097/MPH.0b013e3182121a0f] [PMID]
- Mousavi SM, Pourfeizi A, Dastgiri S. Childhood cancer in Iran. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2010 Jul 1;32(5):376-82. [DOI:10.1097/MPH.0b013e3181e003f7] [PMID]
- Eyigor S, Akdeniz S. Is exercise ignored in palliative cancer patients?. *World journal of clinical oncology*. 2014 Aug 10;5(3):554. [DOI:10.5306/wjco.v5.i3.554] [PMID] [PMCID]
- Salakari MR, Surakka T, Nurminen R, Pylkkänen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncologica*. 2015 May 28;54(5):618-28. [DOI:10.3109/0284186X.2014.996661] [PMID]
- Cavendish R, Konecny L, Mitzioti C, Russo D, Luise BK, Medefindt J, Bajo MA. Spiritual care activities of nurses using nursing interventions classification (NIC) labels. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003 Oct;14(4):113-24. [DOI:10.1111/j.1744-618X.2003.00113.x] [PMID]

9. Taylor EJ, Petersen C, Oyedele O, Haase J, editors. Spirituality and spiritual care of adolescents and young adults with cancer. *Seminars in oncology nursing*; 2015: Elsevier. [DOI:10.1016/j.soncn.2015.06.002] [PMID]
10. McMahon MA, Christopher KA. Toward a mid-range theory of nursing presence. *In Nursing Forum* 2011 Apr 1 (Vol. 46, No. 2, pp. 71-82). Wiley/Blackwell (10.1111). [DOI:10.1111/j.1744-6198.2011.00215.x] [PMID]
11. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*. 2014 Jun;61(2):211-9. [DOI:10.1111/inr.12099] [PMID]
12. Mohammadipour F, Atashzadeh-Shoorideh F, Parvizy S, Hosseini M. Concept Development of "Nursing Presence": Application of Schwartz-Barcott and Kim's Hybrid Model. *Asian nursing research*. 2017 Mar 1;11(1):19-29. [DOI:10.1016/j.anr.2017.01.004] [PMID]
13. Anderson JH. The impact of using nursing presence in a community heart failure program. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007 Mar 1;22(2):89-94. [DOI:10.1097/00005082-200703000-00002] [PMID]
14. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of clinical Nursing*. 2006 Jul;15(7):852-62. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x] [PMID]
15. Shafipour V, Mohammadi E, Ahmadi F. Experiences of open heart surgery patients from admission to discharge: a qualitative study. *Iran J Crit Care Nurs*. 2013;6(1):1-0.
16. Jouybari L, Oskouie F, Ahmadi FA. Comfort of hospitalized patients: A missed concept. *Iran Journal of Nursing*. 2006 Sep;19(47):89-101.
17. Tajbakhsh F, Hosseini M, Sadeghi Ghahroudi M, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Rahgozar M. The effect of religious-spiritual care on anxiety post surgery coronary artery bypass graft patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*. 2014;1(1):51-61.
18. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-oncology*. 2010 Jun 1;19(6):565-72. [DOI:10.1002/pon.1626] [PMID]
19. Taheri ZS, Zandi MA, Ebadi A. The effect of spiritual care based on Ghalbe Salim Model on the sleep quality of the patients with coronary artery disease. *Iran J Crit Care Nurs*. 2014;7(2):92-101.
20. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee HR, Moghimi Dehkordi B. Quality of life and related factors in breast cancer patients under chemotherapy. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008 Feb 15;3(3):61-6. [DOI:10.4103/0019-509X.44066] [PMID]
21. SHAFIEI TM, KHODAPANAH M, HEIDARI M. The effectiveness of a psycho-educational intervention in improving the quality of life of patients with breast cancer.
22. SAFARI M, AZIZI ZF, TIRGARI B, JAHANI Y. RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND SPIRITUAL NEEDS OF CANCER PATIENTS.
23. Saffari M, Zeidi IM, Pakpour AH. Role of religious beliefs in quality of life of patients with cancer. *Hakim Research Journal*. 2012;15(3):243-50.