Original Article

Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients

Taghadosi M[1,2], Fahimifar A[3*]

1- Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Ph.D Candidate, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I. R. Iran.
3- Ph.D Student, Department of Counseling, Faculty of Psychology, Allame Tabatabai University, Tehran, I. R. Iran.

Received July 13, 2013; Accepted November 24, 2013

Abstract:

Background: Cancer as a global problem can affect different aspects of a patient's life. The number of people of all ages suffering from cancer is increasing. Psychological problems and reduction in quality of life are the most important issues among cancer patients. Therefore, the purpose of this study was to determine the effect of life review with spiritual approach on the life quality in cancer patients.

Materials and Methods: This clinical trial study was performed on 80 cancer patients in Kashan. Patients were randomly assigned to the two equal groups: the experimental and control groups. The quality of life questionnaire, EORTC QLQ - C30, was completed for both groups before the intervention. Then, six sessions of individual counseling on life review therapy with spiritual approach were held for the experimental group. One week after the last session, the quality of life questionnaire (EORTC QLQ - C30) was completed for both groups again.

Results: The mean quality of life scores changed from 27.5 in pretest to 75 in posttest for the experimental group, and from 33.75 in pretest to 21.87 in post-test for the control group. According to the results, the quality of life in the experimental group has significantly increased after the implementation of life review.

Conclusion: Life review therapy with spiritual approach can improve quality of life in cancer patients. Therefore, this treatment can be used as an effective way to improve the life quality of these patients.

Keywords: Neoplasm, Quality of life, Life review with Spiritual Approach

* **Corresponding Author.**
Email: Amfahmifar@yahoo.com
Tel: 0098 913 641 2830
Fax: 0098 361 555 6633

IRCT Registration: *IRCT201108297440N1* Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences June, 2014; Vol. 18, No 2, Pages 135-144

Please cite this article as: Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. ***Feyz*** 2014; 18(2): 135-44.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

تاثیر درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان

محسن تقدسی [۲،۱]، آمنه فهیمی فر [۳*]

خلاصه:

سابقه و هدف: سرطان یک مسئله جهان گستر بوده، آمار مبتلایان به آن در همه سنین رو به افزایش است و می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران تأثیر گذارد. یکی از مهمترین مسایل در زمینه سرطان، ضرورت کاهش مشکلات روان شناختی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران است. از این‌رو، مطالعه حاضر به‌منظور تعیین تاثیر مرور زندگی با رویکرد معنوی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به‌صورت کارآزمایی بالینی در مبتلایان به سرطان در شهر کاشان انجام شد. بیماران به‌صورت تصادفی در دو گروه ٤٠ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی EORTC QLQ - C30 قبل از مداخله تکمیل گردید. سپس، برای گروه آزمایش ٦ جلسه مشاوره فردی درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی انجام شد. یک هفته بعد از آخرین جلسه، مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی EORTC QLQ - C30 برای دو گروه تکمیل گردید.

نتایج: میانگین نمره کیفیت زندگی گروه آزمایش از ۲۷/۵ در پیش آزمون به ۷۵ در پس آزمون و در گروه کنترل از ۳۳/۷۵ در پیش آزمون به ۲۱/۸۷ در پس آزمون تغییر کرد. با توجه به نتایج به‌دست آمده کیفیت زندگی در گروه آزمایش پس از اجرای مرور زندگی به‌طور معنی‌دار افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری: درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود؛ بنابراین، درمان مذکور می‌تواند به‌عنوان یک روش موثر جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران به‌کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: سرطان، کیفیت زندگی، مرور زندگی با رویکرد معنوی

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره هجدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۳، صفحات ١٤٤-١٣٥

مقدمه

سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است. این بیماری که یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است، حجم زیادی از تلاش‌های نظام‌های مراقبتی را به‌خود اختصاص می‌دهد [۱]. بیماران مبتلا به سرطان به‌طور معمول دامنه‌ای از علایم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب و دیگر اختلالات خلقی در فرد به‌وجود آید که این علایم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دست‌خوش تغییر می‌شوند [۲]. علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند بی‌همتا است [۳].

تردیدی نیست که تشخیص بیماری‌های تهدید کننده حیات چون سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد. سرطان صرفا یک رویداد با پایانی معین نیست، بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تاثیرات دیررس و تاخیری ناشی از بیماری، درمان و مسایل روان‌شناختی مربوط به آن‌ها مشخص می‌گردد [٤]. از طرف دیگر، به‌دلیل طبیعت تهدیده کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به‌طور چشمگیری افزایش یابد [٥]. بنابراین، یکی از مهمترین مسایل در زمینه سرطان کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان پس از ابتلا به بیماری است. در حال حاضر سعی می‌شود علاوه بر درمان‌های پزشکی و جسمانی، آلام و رنج‌های عاطفی و روان شناختی این بیماران نیز مرتفع گردد؛ به‌نحوی‌که بتوانند پس از بیماری به زندگی عادی خود بازگردند. در واقع ارتقاء کیفیت زندگی مسأله‌ای است که در خط اول مواجه با این بیماری قرار دارد [٦]. مداخلات روان‌شناختی نظیر پس‌خوراند زیستی و هیپنوتیزم، حمایت اجتماعی، آرمیدگی و تصویر سازی هدایت شده، مشاوره درباره تصویر بدنی و راه‌بردهای سازگاری شناختی می‌توانند در کاهش برخی علایم و نشانه‌های سرطان نقش داشته باشند [۷]. یکی دیگر از مداخلات روان‌شناختی مرور زندگی است که محور جلسات درمانی این مطالعه را تشکیل می‌دهد. مرور زندگی برای اولین بار توسط Butler ارائه گردید [۹،۸]. در مرور

[۱] مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] دانشجوی دکتری، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[۳] دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

*** نشانی نویسنده مسئول:**

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تلفن: ۰۹۱۳۶۴۱۲۸۳۰ **دورنویس:** ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

پست الکترونیک: Amfahmifar@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۲۲ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۲/۹/۳

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

زندگی، فرد تجربیات گذشته را فرا می‌خواند، به آن فکر می‌کند، آن را مورد بازنگری قرار می‌دهد و با هدف دست‌یابی به خود شناسی بیشتر در بحرآن فرو می‌رود. درمان مرور زندگی موضوعاتی را مورد خطاب قرار می‌دهد که با تعارضات حل نشده، احساس گناه، تنفر و رنجش همراه هستند و مراجع در مرور آن‌ها به‌تنهایی مشکل دارد [۹]. هدف از درمان مرور زندگی این است که به مراجع کمک شود تا افکار مزاحم و ناخواسته و عواطف مربوط به حوادث منفی گذشته را مورد پردازش عاطفی قرار دهد [۱۰]. هدف دیگری که Butler برای درمان مرور زندگی ذکر می‌کند ایجاد موقعیتی است که طی آن مشاور و مراجع معانی جدیدتر و ساختار یافته‌تری را برای تجارب گذشته و حال مراجع خلق کرده و مراجع در جمع‌بندی موفقیت‌آمیز تجارب زندگی‌اش کمک شود [۹]. از طرفی، تلفیق معنویت در فرآیند مرور زندگی می‌تواند شیوه‌ای برای تسهیل کاربرد خدمات مشاوره از طریق شناخت اهمیت معنویت و وارد کردن آن به مشاوره باشد. هم‌چنین، افزودن معنویت به درمان مرور زندگی می‌تواند نادیده گرفتن دغدغه‌های معنوی بیمار از سوی پزشک را از بین ببرد، اعتماد سازی کند و رابطه درمانی را تسهیل نماید. به‌علاوه، رشد در الگوی اریکسون با بخش‌های مشخصی از معنویت همراه و موازی است. بنابراین، دخول معنویت در درمان مرور زندگی می‌تواند تلاشی با ارزش تلقی شود [۱۲،۱۱]. برخی پژوهش‌ها تاثیر درمان مرور زندگی را مورد بررسی قرار داده‌اند؛ از جمله، نتایج چندین مطالعه نشان داده است که مرور زندگی برای بیماران اسکیزوفرن، آلزایمری و خونریزی مغزی سودمند است [۱۶-۱۳]. هم‌چنین، نتایج مطالعه Ando و همکاران نشان داد که درمان مرور زندگی کوتاه مدت می‌تواند در بهبود سلامت روانی و معنوی بیماران سرطانی مؤثر باشد [۱۷]، اما با این وجود، مطالعات نسبتاً کمی در مورد مصاحبه‌های مرور زندگی برای بیماران سرطانی وجود دارد [۱۸]. Butler بیان می‌کند که پزشکان برای تسکین دردهای فیزیکی بیش از اندازه روی داروها تاکید می‌کنند، اما تحقیقات نشان داده است که درمان مرور زندگی می‌تواند منجر به کاهش استفاده از داروها و مکملی برای درمان‌های پزشکی شود [۱۹]. به علاوه، پزشکان اغلب زمانی که با بیماران سرطانی کار می‌کنند فقط از یک جنبه زندگی بیمار مطلع هستند [۲۰]، اما درمان مرور زندگی می‌تواند به پزشک در فهم فرد بیمار کمک کند [۲۱]. بنابراین، با توجه به افزایش شیوع سرطان و با در نظر داشتن عوارض جانبی درمان‌های متداول پزشکی در سرطان‌ها به‌نظر می‌رسد روش‌های معمول درمانی عمدتا بر بهبود بیماری متمرکز است و توجه به آثار ناشی از پیامدهای این درمان‌ها بر ابعاد زندگی بیماران مبتلا به سرطان کمتر بوده است. از این‌رو، در سال‌های اخیر کیفیت زندگی در بیماران به‌عنوان پیامدی در سرطان‌ها به‌طور روز افزونی اهمیت یافته است. از طرفی، با توجه به اینکه درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی به بیماران سرطانی فرصت‌هایی را می‌دهد که با در نظر گرفتن موفقیت‌های خودشان به حل تعارضات طولانی و قدیمی خود بپردازند، به‌نظر می‌رسد این درمان بتواند روی کیفیت زندگی تأثیر داشته باشد. لذا، مطالعه حاضر جهت تعیین تاثیر درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی بر میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به‌صورت کارآزمایی بالینی و به‌منظور ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طبق معیارهای پذیرش زیر وارد مطالعه شدند: سن بین ۲۰ تا ۷۵ سال؛ قرار داشتن در مرحله اول و دوم بیماری طبق تشخیص پزشک متخصص سرطان؛ تحت درمان با شیمی درمانی؛ گذشت حداقل دو هفته از زمان تشخیص سرطان؛ توانایی پاسخ‌گویی به سوالات؛ عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی؛ و تمایل به همکاری [۲۲]. ۸۰ نفر از بیماران شرایط مطالعه را داشتند. ابتدا کیفیت زندگی آن‌ها با استفاده از پرسشنامه EORTC QLQ-C30 تعیین گردید. سپس، افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ٤٠ نفر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش مبتنی بر هدف با تخصیص تصادفی به گروه‌ها بود. بیمارانی که طبق نظر پزشک متخصص سرطان شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، به‌صورت یک در میان به گروه‌ها تخصیص داده شدند. برای گروه آزمایش ٦ جلسه‌ی یک ساعته هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. جلسه اول بر دوران کودکی؛ جلسه دوم بر دوران نوجوانی؛ جلسه سوم بر دوران جوانی؛ جلسه چهارم بر دوران میان‌سالی؛ جلسه پنجم بر دوران کهن‌سالی و جلسه ششم بر خلاصه، ارزیابی و جمع‌بندی فرد تمرکز داشت. در این جلسات فنون معنوی شامل دعا، اندیشه‌ی معنوی و مراقبه، بخشایش‌گری، همراهی و خدمت و تمرکز، با مراحل هشت گانه‌ی رشد روانی–اجتماعی اریکسون تلفیق می‌شد و با توجه به هر یک از مراحل رشد، مناسب‌ترین فن معنوی با در نظر گرفتن موقعیت، شرایط و نوع مسئله بیمار انتخاب شده و برای بیمار اجرا می‌شد. ضروری بود که همه مراحل رشدی مورد مطالعه قرار گیرد. افرادی که در سنین پایین بودند، دوره‌های بعدی زندگی را از طریق تصویرسازی ذهنی مرور کردند. به‌عنوان مثال فرد ۲۰ ساله‌ای که در دوران نوجوانی قرار داشت، دوران جوانی، میان-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

سالی و پیری خود را از طریق تصویر سازی ذهنی مرور می‌نمود. تصویر سازی ذهنی به وی کمک می‌کرد تا آینده خود را به تصویر بکشد؛ چرا که بیماران مبتلا به سرطان زندگی کوتاهی را برای خود مجسم می‌کردند و امیدی به آینده نداشتند. زمانی که فرد آینده خود را مجسم می‌کرد، این باور در او شکل می‌گرفت که می‌تواند سال‌ها زندگی کند. از طرف دیگر، زمانی که فرد زندگی آینده را مجسم می‌کرد، می‌توانست نقشه زندگی خود را طراحی کند و با برنامه به طرف جلو حرکت کند [۲۳]. در گروه کنترل تمام شرایط مشابه با گروه آزمایش بود؛ فقط درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی انجام نگرفت. یک هفته بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی EORTC QLQ-C30 تکمیل شده و سپس نتایج دو گروه مقایسه شد. جهت جلوگیری از سوگیری در نتایج مطالعه، تعیین کیفیت زندگی پیش آزمون و پس آزمون با همکاری پژوهش‌گر دیگری غیر از درمان‌گر اصلی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که از دو بخش سوالات عمومی و پرسشنامه کیفیت زندگی درمان بیماران سرطانی اروپا (EORTC QLQ-C30) تشکیل می‌گردید. سوالات عمومی نیز شامل مشخصات جمعیتی (سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، ترتیب تولد، درآمد، وضعیت مسکن، منطقه زندگی، سابقه سرطان در خانواده و آگاهی از بیماری فعلی) و خصوصیات بالینی (زمان تشخیص) بود. پرسشنامه EORTC QLQ-C30 یک مقیاس ۳۰ آیتمی است که به‌منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انواع سرطان، توسط Aaronson و در سال ۱۹۸۷ تهیه شده است. مطالعات اعتباریابی این پرسشنامه، آن را به‌عنوان یک مقیاس معتبر و پایا برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در موقعیت‌های پژوهشی چند فرهنگی تایید کرده‌اند [۲۴]. این مقیاس توسط منتظری و همکاران به فارسی ترجمه شده و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است [۲۵]. در این پرسشنامه، از مقیاس ٤ درجه‌ای (به‌هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) برای سنجش پاسخ‌ها استفاده شد؛ به‌جز در مورد سوالات مربوط به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی که دارای مقیاس ۷ درجه‌ای بود. در مورد مقیاس‌های فیزیکی، نقشی، شناختی، اجتماعی و کیفیت زندگی کلی نمرات بیشتر نشان‌دهنده‌ی وضعیت بهتر در بیماران و در مورد مقیاس‌های خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، بی‌خوابی، کاهش اشتها نمرات بیشتر نشان‌دهنده‌ی وضعیت بدتر در بیماران بود. حداکثر و حد اقل نمره ممکن در حیطه فیزیکی؛ ۲ تا ۸، در حیطه نقشی؛ ۷ تا ۲۸، در حیطه شناختی؛ ۵ تا ۲۰، در حیطه اجتماعی؛ ۱ تا ٤، در حیطه کیفیت زندگی؛ ۲ تا ١٤، در مقیاس اقتصادی؛ ۱ تا ٤، در مقیاس خستگی؛ ۳ تا ۱۲، در مقیاس بی‌خوابی؛ ۱ تا ٤، در مقیاس تهوع و استفراغ؛ ۲تا ۸، در مقیاس اسهال؛ ۱ تا ٤، در مقیاس تنگی نفس؛ ۱ تا ٤، در مقیاس کاهش اشتها؛ ۱ تا ٤، در مقیاس درد؛ ۲ تا ۸ و در مقیاس یبوست؛ ۱ تا ٤ می‌باشد. نمره‌دهی به شیوه خطی (Linear transformation) انجام شد [۲٦]. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ١٦، هم‌سان بودن متغیرهای زمینه‌ای با آزمون مجذور کای و t تست در دو گروه بررسی شده و سپس نتایج نمره کلی کیفیت زندگی، با آنالیز کواریانس بررسی شد. پیش از جمع‌آوری داده‌ها، روند انجام مطالعه برای بیماران به‌صورت کامل توضیح داده شده و رضایت آن‌ها جهت شرکت در تحقیق اخذ شد. بیماران برای تصمیم‌گیری در مورد ورود به مطالعه آزادی کامل داشته و به‌صورت آگاهانه در این تحقیق شرکت کردند. هم‌چنین، آن‌ها مختار بودند هر زمان که می‌خواستند از ادامه شرکت در تحقیق انصراف دهند که در این صورت محقق به آن‌ها اطمینان داد که از اطلاعات آن‌ها به‌هیچ وجه استفاده نخواهد شد. هم‌چنین، به بیماران اطمینان داده شد که در صورت تقاضا از نتایج تحقیق مطلع خواهند شد.

نتایج

اکثر افراد شغل آزاد داشتند. بیشترآن‌ها باسواد، متاهل، ساکن در منازل شخصی روستایی و با سابقه مثبت خانوادگی از نظر ابتلا به سرطان بودند. دو گروه از نظر گزینه‌های اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، سابقه بیماری، و آگاهی از بیماری) تقریبا هم‌سان بودند. نتایج آزمون مجذور کای و t تست نشان می‌دهد که تمام متغیرهای دموگرافیک در دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول شماره ۱).

با توجه به جدول شماره ۲، نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در ابعاد کیفیت زندگی شامل عملکرد فیزیکی، نقشی، شناختی، اجتماعی، کیفیت زندگی کلی، خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، بی خوابی، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات اقتصادی قبل ازمداخله تفاوت معناداری نشان نداد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره ۱- مقایسه متغیرهای زمینه‌ای در گروه‌های مورد مطالعه

متغیرهای زمینه‌ای		گروه آزمایش	گروه کنترل	مقدار P
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
جنس	مرد	(۵۰)۲۰	(۵۰)۲۰	۱
	زن	(۵۰)۲۰	(۵۰)۲۰	
ترتیب تولد	۲ و کمتر	(۶۲/۵)۲۵	(۴۲/۵)۱۷	۰/۰۷
	۳ و بیشتر	(۳۷/۵)۱۵	(۵۷/۵)۲۳	
شغل	خانه‌دار	(۳۲/۵)۱۳	(۳۵)۱۴	۰/۶۹
	دولتی	(۲۵)۱۰	(۲۷/۵)۱۱	
	آزاد	(۴۲/۵)۱۷	(۳۷/۵)۱۵	
درآمد	کمتر از ۳۰۰ هزار	(۵۲/۵)۲۱	(۶۲/۵)۲۵	۰/۸۳
	بیش از ۳۰۰ هزار	(۳۵)۱۴	(۳۷/۵)۱۵	
	داده گمشده	(۱۲/۵)۵	۰	
تحصیل	بی‌سواد	(۳۵)۱۴	(۴۲/۵)۱۷	۰/۴۹
	باسواد	(۶۵)۲۶	(۵۷/۷)۲۳	
تاهل	متاهل	(۸۵)۳۴	(۹)۳۶	۰/۵۰
	مجرد	(۱۵)۶	(۱۰)۴	
مسکن	شخصی	(۸۷/۵)۳۵	(۸۲/۵)۳۳	۰/۵۳
	استیجاری	(۱۲/۵)۵	(۱۷/۵)۷	
منطقه	شهری	(۲۲/۵)۹	(۲۷/۵)۱۱	۰/۶۱
	روستایی	(۷۷/۵)۳۱	(۷۲/۵)۲۹	
سابقه سرطان در خانواده	دارد	(۶۰)۲۴	(۶۲/۵)۲۵	۰/۸۲
	ندارد	(۴۰)۱۶	(۳۷/۵)۱۵	
آگاهی از بیماری فعلی	دارد	(۷۲/۵)۲۹	(۶۷/۵)۲۷	۰/۶۳
	ندارد	(۲۷/۵)۱۱	(۳۲/۵)۱۳	

جدول شماره ۲- نتایج آزمون مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه (قبل از مداخله)

ابعاد	گروه کنترل	گروه آزمایش	مقدار P
	$\mu\pm\sigma$	$\mu\pm\sigma$	
عملکرد فیزیکی *	۴۰/۳۳±۴/۸۸	۳۹/۱۶±۴/۵۸	۰/۸۶
عملکرد نقشی*	۲۲/۵±۵/۰۱	۱۷/۰۸±۴/۰۶	۰/۴
عملکرد شناختی*	۷۱/۲۵±۵/۲	۷۲/۶۴±۴/۸۷	۰/۷۸
عملکرد اجتماعی*	۲۹/۱۶±۵/۷۷	۲۵/۸۳±۵/۴۶	۰/۶۸
کیفیت زندگی کلی*	۳۳/۷۵±۴/۲۵	۲۷/۵±۳/۹۸	۰/۲۹
خستگی**	۷۱/۲۲±۴/۴۶	۷۵/۵۵±۴	۰/۵۵
تهوع و استفراغ**	۴۶/۲۵±۶/۲۷	۴۳/۵±۵/۸۶	۰/۷۷
درد**	۶۰±۶/۰۷	۶۹/۱۶±۴/۴۴	۰/۲۲
تنگی نفس**	۱۸/۳۳±۴/۷۶	۲۱/۶۶±۵/۵۴	۰/۶۵
بی خوابی**	۴۸/۳۳±۶/۴۲	۵۱/۶۶±۵/۸۴	۰/۷۰
کاهش اشتها**	۶۶/۶۶±۶/۳۱	۷۴/۱۶±۵/۹	۰/۳۸
یبوست**	۳۳/۳۳±۶/۰۸	۴۰±۶/۸۷	۰/۴۷
اسهال**	۱۹/۱۶±۶/۱۸	۲۰±۵/۸۲	۰/۹۲
مشکلات اقتصادی**	۷۶/۶۶±۵/۳۶	۷۷/۵±۶/۱۳	۰/۹۲
مدت ابتلا به بیماری	۸/۱۸±۰/۸۴	۷/۷۴±۰/۸	۰/۷۱
سن	۵۰/۸±۲/۴۸	۵۱/۲۲±۲/۴۴	۰/۹۶

* نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بهتر است.

** نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بدتر است.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

جدول شماره ۳- نتایج آزمون مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو مورد مطالعه (بعد از مداخله)

گروه / ابعاد	گروه آزمایش μ±σ	گروه کنترل μ±σ	مقدار P
عملکرد فیزیکی *	٦٦/١٦±٢/٦١	٣٤/٨٣±٤/٥٦	٠/٠٠٠١
عملکرد نقشی*	٦٥/٤١±٢/٧٥	١٣/٧٥±٣/٣١	٠/٠٠٠١
عملکرد شناختی*	٩٥/٧٢±١/٨	٦٣/٣٣±٥/٢٧	٠/٠٠٠١
عملکرد اجتماعی*	٥٨/٣٣±٣/٥٣	١٦/٢٥±٤/٤	٠/٠٠٠١
کیفیت زندگی کلی*	٧٥±٣/٥٣	٢١/٨٧±٢/٩٩	٠/٠٠٠١
خستگی**	٣٥±٢/٧١	٨٢/٦٢±٣/٣٣	٠/٠٠٠١
تهوع و استفراغ**	٢٠/٤١±٣/٥	٥٦/٢٥±٥/٧٧	٠/٠٠٠١
درد**	٢٩/١٦±٣/١٩	٦٩/٥٨±٥/٠٩	٠/٠٠٠١
تنگی نفس**	١١/٦٦±٣/٠٥	٢٣/٣٣±٥/٦٢	٠/٠٧٢
بی خوابی**	١٥/٨٣±٣/١٥	٦٠±٥/٧٤	٠/٠٠٠١
کاهش اشتها**	٤٠±٣/٤١	٧٧/٥±٥/٣٨	٠/٠٠٠١
یبوست**	١٧/٥±٤/٦٢	٣٢/٥±٦/٥٩	٠/٠٠٠١
اسهال**	١٠/٨٣±٣/٦٥	٢٨/٣٣±٦/٨	٠/٠٢٦
مشکلات اقتصادی**	٥٥±٥	٨٨/٣٣±٤/٢٢	٠/٠٠٠١

* نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بهتر است.

** نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بدتر است.

باتوجه به جدول شماره ۳ در گروه کنترل پس از مداخله، کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد فیزیکی، نقشی، شناختی اجتماعی، کیفیت زندگی کلی در بیماران کاهش یافته است. به‌علاوه، کیفیت زندگی در ابعاد خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، بی‌خوابی، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات اقتصادی در بیماران پس از آموزش، افزایش یافته است.

جدول شماره ٤- آزمون آنالیز کواریانس بر روی متغیر نمره پس آزمون کیفیت زندگی

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره فیشر	مقدار P
نمره پیش آزمون کیفیت زندگی	٨٣٤٩.٤٥٩	١	٨٣٤٩.٤٥٩	٦٥/٠٨٥	٠/٠٠٠١
سن	٤/٩٠٠	١	٤/٩٠٠	٠/٠٣٨	٠/٨٤٦
گروه	٣١٣٨٥/١٧١	١	٣١٣٨٥/١٧١	٢٤٤/٦٥١	٠/٠٠٠١

با توجه به جدول شماره ٤، با در نظر گرفتن سن و نمره پیش آزمون افراد، میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش متفاوت است ($P<$٠/٠٠٠١).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی گروه آزمایش از ۲۷/۵ در پیش آزمون به ۷۵ در پس آزمون تغییر کرده است؛ یعنی بیماران حاضر در این گروه به‌طور میانگین حدود ٤٧/٥ نمره بهبود نمره کیفیت زندگی نشان دادند ($P=$٠/٠٠٠١)، ولی میانگین نمره کیفیت زندگی گروه کنترل کاهش یافته است ($P=$٠/٠٠٠١). این نتایج با یافته‌های مطالعات انجام شده، از میان ۱۰۰ مطالعه انجام شده در زمینه مرور زندگی ۹۳ درصد آنها بهبود کیفیت زندگی نشان دادند، هم‌خوان است [۲۷]. اهمیت این نتایج در بیماران سرطانی که به‌جز شیمی درمانی و درمان‌های معمول سرطان، امیدی به زندگی در خود و از جانب اطرافیان مشاهده نمی‌کنند، قابل تامل است. احتمالا یکی از دلایل معنی‌داری این نتایج توجه به عوامل اثر بخش درمان مرور زندگی است که توسط Haight و همکاران [۲۸] نیز بیان شده است؛ یعنی صرف کردن مدت زمان کافی (٦ هفته یا طولانی‌تر)، توجه به گستره‌ی عمر از تولد تا به حال و ارزیابی (تجزیه و ترکیب) خاطراتی که توسط آزمودنی‌ها بیان می‌شوند. توجه به طول جلسات درمان (۱ ساعت) که به‌دلایل شرایط خاص فیزیکی افراد مبتلا به سرطان از نکات بسیار مهم می باشد، یکی دیگر از دلایل بود. بنابراین، درمان مرور زندگی نه تنها به منحصر به فرد بودن دوره زندگی افراد مبتلا به سرطان توجه می‌کند، بلکه با رویکرد-های شناخت‌درمانی نیز هماهنگ است. زیرا یکی از وظایف

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

درمان‌گر، بازسازی شناختی تجارب منفی مراجع است که این فن از فنون مشترک درمان‌های شناختی و درمان مرور زندگی است. بنابراین، حضور درمان‌گر به‌منظور اثر بخش بودن درمان ضروری است [۲۹]. در مطالعه حاضر نمره درد گروه آزمایش۴۰ نمره پس از مداخله کاهش یافته است (P=۰/۰۰۰۱)، ولی میانگین نمره درد گروه کنترل حدود ۱۰ نمره افزایش نشان داده است (P=۰/۰۰۲) و نمره درد در گروه آزمایش پس از مداخله نسبت به گروه شاهد به‌طور معنی‌دار افزایش یافته است (P=۰/۰۰۰۱). این نتایج با نتایج مطالعات انجام شده که گزارش کرده‌اند بیمارانی که از درد رنج می‌برند در مقایسه با بیمارانی که هیچ-گونه دردی نداشتند، از کیفیت زندگی پائین‌تری برخوردار بودند، هم‌خوان است [۳۰]. یکی از عللی که درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی می‌تواند باعث تسکین درد شود آرام‌سازی است. اعتقاد بر این است که آرامش عضلات اسکلتی با شل کردن عضلات سخت و کشیده شده که به ایجاد درد کمک می‌کنند موجب تسکین درد می‌شود. یافته‌های پژوهشی جدید نشان داده-اند که استفاده از آرام‌سازی موجب تسکین درد بعد از عمل می-شود. نشان داده شده است در بیمارانی که تحت عمل جراحی شکم قرار گرفته بودند استفاده از روش‌های آرام‌سازی موجب کاهش درخواست مخدر شده بود؛ تقریبا تمام بیمارانی که آرام-سازی انجام داده بودند، کاهش درد و افزایش حس کنترل را گزارش کرده بودند [۳۱]. از طرف دیگر، زمانی که بیماران سرطانی زندگی‌شان را مرور می‌کنند و روی خاطرات‌شان متمرکز می‌شوند، این امر باعث انحراف فکری آنها می‌شود. انحراف فکر به تسکین درد حاد و مزمن کمک می‌کند. انحراف فکر که شامل تمرکز توجه بیمار بر روی چیزی غیر از درد است، می‌تواند مکانیزم مسئول برای اثر بخشی سایر تکنیک‌های ذهنی را توضیح دهد. تصور می‌شود انحراف فکر دریافت درد را با تحریک سیستم کنترل نزولی و در نتیجه انتقال کمتر تحریک دردناک به مغز کاهش می‌دهد. اثر بخشی انحراف فکر به توانایی بیمار برای دریافت و ایجاد داده‌های حسی غیر از درد بستگی دارد. تسکین درد معمولا به نسبت مستقیم با مشارکت فعال بیمار، تعداد و کیفیت موارد حسی استفاده شده و علاقه فرد به محرک، افزایش می‌یابد. بنابراین، تحریک بینایی، صوتی و لمسی احتمالا مؤثرتر از تحریک فقط یک حس، در کاهش درد است [۳۱]. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نمره عملکرد فیزیکی گروه آزمایش پس از مداخله ۲۷ نمره بهبود یافته است و گروه کنترل ۵/۵ نمره کاهش نشان داده است. این نتایج با نتایج مطالعات دیگر که گزارش کردند بیمارانی که کاهش یا از دست دادن عملکرد داشتند، کیفیت زندگی پائین‌تری نسبت به بیمارانی که هیچ‌گونه کاهش یا از داست دادن عملکردی نداشتند، دارا بودند، هم‌خوان است. هم‌چنین نشان دادند ۸٤/۵ درصد بیماران مبتلا به سرطان دچار کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضاء بدن شده بودند و ٦۱ درصد کاهش در عملکرد دست‌ها و پاها داشتند [۳۰]. در پژوهش حاضر آنچه که احتمالاً بر عملکرد بیمار موثر بوده، این است که مرور زندگی با رویکرد معنوی موجب می‌شود تا فرد با بازبینی تجارب زندگی و بازسازی شناختی حوادث زندگی مفهوم و درک خویش از تاریخ زندگی شخصی‌اش را گسترش دهد که این امر به‌طور مستقیم بر احساسات فرد تأثیر می‌گذارد. بنابراین، وقوع مرور زندگی ذاتا و فی نفسه یک فرآیند درمانی است که منجر به بینش و درک بیشتر از خود، همراه با تغییرات عاطفی، رفتاری و شناختی است که این امر موجب بهبود عملکرد بیمار می‌شود. در مطالعه حاضر نمره عملکرد اجتماعی گروه آزمایش ۳۲/۵ نمره پس از مداخله بهبود یافته است (P=۰/۰۰۰۱)، ولی میانگین نمره عملکرد اجتماعی گروه کنترل حدود ۱۲/۹۱ نمره کاهش نشان داده است (P=۰/۰۰۲) و نمره عملکرد اجتماعی در گروه آزمایش پس از مداخله نسبت به گروه شاهد به‌طور معنی‌دار افزایش یافته است (P=۰/۰۰۰۱). نتایج فوق با نتایج مطالعات انجام شده که گزارش کردند سرطان بیشترین اثر را بر عملکرد اجتماعی فرد داشته است، هم‌خوان است. هم‌چنین، نشان دادند بیماران سرطانی تحت بررسی در بعد وضعیت عمومی ٤٦ درصد، در بعد وضعیت اجتماعی ۲۱/۵ درصد، در بعد وضعیت خواب ٤۲ درصد و در بعد فعالیت‌های جسمی ۲۵/۵ درصد دچار اختلال بوده‌اند [۳۲]. بنابراین، آنچه که می‌تواند بر بهبود عملکرد اجتماعی بیماران سرطانی تأثیر بگذارد، جامع بودن مرور زندگی در ارزیابی حوزه‌های شناخته شده تجربیات مراجع است. مرور زندگی به مسایل رشدی مراجع نظیر تجربیات آموزشی، درک مراجع از عضویت در گروه‌های هم‌رسته و تأثیر آن بر هویت، رشد جنسی و تاریخچه آن، سرگذشت عشقی، ازدواج یا ازدواج‌ها، فرزندان و سایر جنبه‌های زندگی خانوادگی در بزرگ‌سالی، تاریخچه شغلی و ارزیابی مراجع از آن، تجربه‌های مرگ و احساس مراجع نسبت به آینده (مثلا "زمان باقی مانده چقدر است؟" و یا "چه کارهایی باید تمام شوند؟") توجه می‌کند [۲۹]. زمانی که بیماران گذری به این خاطرات می‌زنند، روزهایی را به‌خاطر می‌آورند که بسیار پر جنب و جوش بوده و در موقعیت‌های اجتماعی حضور فعال داشته‌اند. یادآوری و زنده کردن این خاطرات به آن‌ها انرژی می-دهد و باعث می‌شود برای خود حق حیاتی همانند افراد سالم

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

قائل شوند؛ زیرا بیمارانی سرطانی، بیماری خود را به معنای انتهای مسیر زندگی می‌دانند و سعی می‌کنند خود را جدا از دیگران بدانند و فقط در انتظار مرگ بنشینند. در این پژوهش، فرد بیماری بود که خود را از دیگران جدا نموده بود و به چیزی جز مرگ فکر نمی‌کرد. کابوس‌های او افراد مرده بودند. این طرز تفکر باعث شد که خیلی زودتر از آنچه که انتظار می‌رفت، مرگ به سراغ وی بیاید. هم‌چنین، نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق Hanaoka و Okamura که در آن گزارش کردند مرور زندگی بر افزایش کیفیت زندگی سالمندان موثر است، هم‌خوان است [۳۳]. از طرف دیگر، نتایج پژوهش حاضر با مطالعه Ando و همکاران که تاثیر مثبت مرور زندگی کوتاه مدت را بر سلامت دینی و کاهش اضطراب، افسردگی، رنج و افزایش شادی بیماران سرطانی وخیم نشان دادند [۱۷]، هم‌خوانی دارد. بنا به گزارش ایشان بیماران سرطانی که در مراحل پایانی بیماری و نزدیک به مرگ قرار دارند، اغلب اندوه معنوی را تجربه می‌کنند [۱۷]. لذا، در مطالعه حاضر طرز تفکر بیماران بعد از مرور زندگی از منفی به مثبت تغییر کرد و بیماران توانستند رنجی را که از طریق بیماری به وجود آمده بود، فراموش کنند و اوقات‌شان را در فعالیت‌های روزانه به شادی سپری کنند. بیماران تمایل دارند فعالیت‌های زندگی روزمره‌شان را که به‌وسیله بیماری مختل شده، تقویت کنند [۳٤]. به علاوه، روابط خوب انسانی از نظر کلی یک عامل مهم تلقی می‌شود؛ زیرا بیمارانی که روابط خوب انسانی دارند، احساس تنهایی نمی‌کنند و می‌توانند به‌عنوان سیستم حمایتی برای دیگران عمل کنند. بیماران ممکن است در میان نسل‌ها احساس تداوم داشته باشند. بیشتر بیماران در مورد کودکان یا نوه‌های‌شان به شیوه لذت‌بخشی صحبت می‌کنند که ممکن است مفهوم تداوم را نشان دهد که این امر بیان‌گر آن است که زایندگی، مفهوم مهم در روان‌درمانی بیماران سرطانی است [۳۵]. ارزیابی متوازن هم یک عامل مهم تلقی می‌شود [۳٦]. اگر یک بیمار بتواند خاطرات بد و خوب را با هم جمع کند و زندگی‌اش را به شیوه‌ای متوازن ارزیابی کند، مرور زندگی موثر و کارآمد است [۳۷]. از سوی دیگر، زمانی که فرد گذشته خود را مرور می‌کند، امکان می‌یابد که وقایع گذشته را مجدداً لحاظ کرده و معنای آنها را در پرتوی متفاوت و با فهم جدید یا اصلاح شده‌ای بفهمد [۱۹]. در این تحقیق به‌علت شرایط جسمی و روحی نامساعدی که بیماران با آن دست و پنجه نرم می‌کردند، جلب همکاری آنان با برخی دشواری‌ها مواجه بود. لذا، پژوهشگران این تحقیق سعی نمودند با مراجعات مکرر به بیمار، زمانی اقدام به انجام درمان مرور زندگی نمایند که بیمار در بهترین شرایط جسمی و روحی باشد تا بتواند همکاری مناسب را جهت انجام جلسه مشاوره داشته باشد.

نتیجه‌گیری

مرور زندگی با رویکرد معنوی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شد و مقیاس‌های کیفیت زندگی شامل: خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، بی خوابی، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات اقتصادی را کاهش داده و عملکرد فیزیکی، نقشی، شناختی، و اجتماعی را افزایش داد. بنابراین، مرور زندگی با رویکرد معنوی باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران گردید. پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های جسمی و رایج سرطان از این درمان جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از بیماران به‌خاطر شرکت در پژوهش و اساتید محترم به‌خصوص آقای دکتر احسانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، اعلام می‌داریم. هم‌چنین، از معاونت پژوهشی دانشگاه به‌خاطر تامین هزینه طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

[1] Micheli A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M, Oberaigner W, et al. European health systems and cancer care. ***Ann Oncol*** 2003; 14 Suppl 5: 41-60.

[2] Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology; complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. ***CA Cancer J Clin*** 2005; 55(2): 109-16.

[3] Lee A, Mu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients – when the family says “no”! Singapore ***Med J*** 2002; 43(10): 533-8.

[4] Zebrack BJ. Cancer survivor: identity and quality of life. ***Cancer Pract*** 2000; 8(5): 238-42.

[5] O'Brien ME. Spirituality in nursing: Standing on holy ground.1st Edition. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishing; 1998.

[6] Aminikho M. Assessing and comprising the effect of narrative therapy and cognitive behavioral therapy on body image and self-esteem in women with breast cancer. [Thesis], Allameh Tabatabai University. 2008.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

[7] Curtis AJ. Health Psychology. London: Routledge; 2000.
[8] Butler R. The Life review: An interpretation of reminiscence in the aged. ***Psychiatry*** 1963; 26: 65-76.
[9] Butler R. Successful aging and the role of the Life review. ***J Am Geriatr Soc*** 1974; 22(12): 529-35.
[10] Vanderkieft GK. Breaking bad news. ***Am Fam Physician*** 2001; 64(12): 1975-8.
[11] Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, association and relation to quality of life. ***J Clin Oncol*** 2002; 20(14): 3137-48.
[12] Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. ***Psychooncology*** 2001; 10(1): 19-28.
[13] Davis MC. Life review therapy as an intervention to management depression and enhance life satisfaction in individuals with right hemisphere cerebral vascular accidents. ***Issues Ment Health Nurs*** 2004; 25(5): 503-15.
[14] Tadaka E, Kanagawa K. Effects of reminiscence group in elder people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. ***Geriatr Gerontol Int*** 2007; 7(2): 167-73.
[15] Tanaka K, Yamada Y, Kobayashi Y, Sonohara K, Machida A, Nakai R, et al. Improved cognitive function, mood and brain blood flow in single photon emission computed tomography following individual reminiscence therapy in an elderly patient with Alzheimer's disease. ***Geriatr Gerontol Int*** 2007; 7: 305-9.
[16] Yamagami T, Oosawa M, Ito S, Yamaguchi H. Effect of activity reminiscence therapy as brain-activating rehabilitation for elderly people with and without dementia. ***Psychogeriatric*** 2007; 7(2): 69-75.
[17] Ando M, Morita T, Akechi T, Okamoto T. Efficacy of Short-Term Life Review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. ***J Pain Symptom Manage*** 2010; 39(6): 993–1002.
[18] Ando M, Morita T, Okamato T, Ninosaka Y. One-week short-term life review interview can improve spiritual well – being of terminally ill cancer patients. ***Psychooncology*** 2008; 17(9): 885-90.
[19] Butler RN. Age, death, and Life review. In: Doka KJ, editor. Living with grief: Loss in later Life. Washington, DC: Hospice Foundation of America; 2002.
[20] Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeily M, McIntyre LM, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. ***JAMA*** 2000; 284(19): 2476-82.
[21] Lewis MI, Butler RN. Life review therapy: putting memories to work in individual and group psychotherapy. ***Geriatrics*** 1974; 29(11): 165-73.
[22] Michiyo A, Tatsuya M, Tatsuo A, Takuya O. Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally Ill Cancer Patients. ***J Pain Symptom Manage*** 2010; 39(6): 993-1002.
[23] Haight BK, Webster JD. The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications. Washington DC: Taylor & Francis; 1995.
[24] Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-30: a quality of life instrument for use in international clinical trails in oncology. ***J Nati Cancer Inst*** 1993; 85(5): 265-376.
[25] Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-30): translation and validation study of the Iranian Version. ***Support Care Cancer*** 1999; 7(6): 400-6.
[26] Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomeley A. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: EORTC; 2001.
[27] Haight B. Reminiscing: The State of the art as a basis for practice. In: Hendricks J, editor. The meaning of reminiscence and Life review. Amityville, NY: Baywood Publishing; 1995. p. 21-52.
[28] Haight BK, Bachman DL, Hendrix S, Wagner MT, Meeks A, John. Life review: Treating the dyadic family unit with dementia. ***Clin Psychol Psychother*** 2003; 10(3): 165-74.
[29] Karimi M, Esmaeli M, Aryan Kh. The Effectiveness of Life Review Therapy on Decrease of Depression Symptoms in Elderly Women. ***Salmand*** 2010; 5(16): 41-5. [in Persian]
[30] Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, HasanpourDehkordi A. The relation between the cancer characteristics and quality of life in the patients under chemotherapy. ***Hayat*** 2004; 10(3): 79-84. [in Persian]
[31] Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
[32] Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. ***Sci J Hamadan Univ Med Sci*** 2009; 16(2): 33-8. [in Persian]
[33] Hanaoka H, Okarnura H. Study on effects of life review activities on the quality of life of the elderly: A randomized controlled trial. ***Psychother Psychosom*** 2004; 73(5): 302-11.
[34] Greer S, Moory S. Adjuvant psychological therapy for cancer patients. ***Palliat Med*** 1997; 11(3): 240-4.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]

[35] Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Diginity therapy: a novel psycherapeutic intervention for patients near the end of life. ***J Clin Oncol*** 2005; 23(24): 5520-5.
[36] Haight BK. The therapeutic role of a structured life review process in home bound elderly subjects. ***J Gerontol*** 1988; 43(2): 40-4.
[37] Wong OT, Watt LM. What types of reminiscence is associated with successful aging? ***Psychol Aging*** 1991; 6(2): 272-9.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-24]