

## بررسی معنادرمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان

حیدرعلی عابدی<sup>۱</sup>، موسی علوی<sup>۲</sup>، اعظم مزروعی سیدانی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**زمینه و هدف:** افزایش روند رشد سرطان در دنیا و تأثیر همه جانبه آن در کیفیت زندگی انسان، اتخاذ اقدامات مناسب در راستای بهبود کیفیت زندگی و مداخلات روان‌درمانی از جمله معنادرمانی را ضروری می‌نماید. هدف از این پژوهش، بررسی معنادرمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهدا اصفهان سال ۹۱ بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با دو گروه کنترل و مداخله و پی‌گیری یک ماهه بود، که به روش آسان انجام شد. تعداد ۷۴ نفر بیمار سرطانی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا (ع) اصفهان در سال ۱۳۹۱ شرکت داده شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (The Short Form (36) Health Survey) بود. نمونه‌ها با استفاده از ابزار استاندارد کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفته و سپس جلسات معنادرمانی جهت بیماران در ۸ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای دو بار تشکیل و مجدداً یک ماه بعد از جلسات کیفیت زندگی بیماران، ارزیابی شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی با کمک نرم افزار (SPSS) استفاده گردید. آزمون‌های آماری مورد استفاده جهت آنالیز داده‌ها شامل آزمون Paired T-test، T-test و کای اسکویر بود.

**یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، میانگین امتیاز کیفیت زندگی بعد از مداخله نسبت به قبل آن، در گروه کنترل ۳/۳ع ۸/۶ و واحد کاهش ولی در گروه مداخله به میزان ۳/۱ع ۱۹/۸ واحد افزایش یافته بود و طبق آزمون T test اختلاف میانگین امتیاز کیفیت زندگی در گروه مداخله به طور معنی‌داری در مقایسه با گروه کنترل افزایش پیدا کرده بود ( $t=-6/22$ ;  $P<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که معنادرمانی می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد. **واژه‌های کلیدی:** سرطان، کیفیت زندگی، معنادرمانی

**ارجاع:** عابدی حیدرعلی، علوی موسی، مزروعی سیدانی اعظم. بررسی معنی‌درمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان. مجله تحقیقات علوم رفتاری

۱۳۹۳؛ ۱۲(۴): ۴۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۲۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۰۸

۱. دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)، گروه پرستاری و مامایی، اصفهان، ایران

۲. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳. کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)، گروه پرستاری و مامایی، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: azam.mazrooe@gmail.com

#### مقدمه

بیمار مبتلا به سرطان پس از اطلاع از بیماری، خود را نزدیک به مرگ می‌بیند و امید به زندگی خود را از دست داده و حالاتی از افسردگی و یأس عمیق درونی توأم با ناامیدی به آینده و احساس خشم و ناراحتی از ابتلا به این بیماری تجربه می‌کند؛ که این مسأله وی را بسیار آسیب‌پذیر می‌سازد (۲). هم‌چنین بیمار مبتلا به سرطان ممکن است با حیطه‌ای از

سرطان و درمان‌های مختلف آن اثرات مهمی بر زندگی افراد مبتلا و خانواده‌های آن‌ها بر جای می‌گذارد و باعث ایجاد تغییر در مسیر زندگی شخصی، فعالیت‌های روزانه، شغل، ارتباطات و نقش‌های خانوادگی فرد مبتلا شده و با سطح بالای استرس روان‌شناختی در این افراد همراه می‌باشد (۱).

به اعتقاد Franclie انسان‌ها معنی را در زندگی کشف نمی‌کنند؛ بلکه آن را در زندگی خود می‌آفرینند و مسأله این نیست که به زندگی چه پاسخی باید داد، زندگی فرایند جاری است که باید آن را تجربه کرد نه مسأله‌ای که باید آن را حل کرد؛ و لازمه جستجوی معنا مسؤولیت شخصی است. به طوری که هیچ‌کس و هیچ چیز دیگر نه پدر، نه مادر، نه همسر و نه مردم نمی‌توانند به انسان احساس معنا و منظور در زندگی بدهند. این مسؤولیت هر فرد است که راه خود را پیدا کرده و بر اساس آن احساس پایداری نماید (۴).

از این رو معنادرمانی روشی است که می‌تواند در بر طرف‌سازی و یا کم‌رنگ کردن این مفاهیم در اذهان بیماران و بازگرداندن آنان به زندگی عادی بسیار کمک‌کننده باشد (۹).

در مطالعه صورت پذیرفته از سوی کانگ و همکاران (۲۰۰۹)، ۲۹ نفر (۱۷ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) نوجوانان مبتلا به سرطان پیشرفته در بیمارستانی در سئول شرکت کردند.

گروه آزمایش تحت آموزش‌های معنادرمانی قرار گرفتند. به این ترتیب که مفاهیم مطرح شده در نظریه Franclie همچون مسؤولیت، آزادی، پذیرش و ارزش‌ها در جلسات آموزش داده می‌شد، این برنامه‌ها طی پنج جلسه و جلسات به صورت هفتگی اجرا می‌شد. ابزار به‌کار گرفته شده در این پژوهش پرسش‌نامه معنای زندگی نسخه هنجار شده‌ی کره‌ای آن و پرسش‌نامه شاخص رشد معنوی بود. نتایج نشان دادند که بین کاهش رنج و یافتن معنای مثبت در زندگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما در مورد شاخص رشد معنوی در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (۱۰).

همچنین نتایج مطالعه‌ای که توسط Stiger و همکاران در سال ۲۰۰۸ که در جنوب ایالت متحده انجام گرفت نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین معنای حاصل شده از بیماری و سازگاری زناشویی وجود دارد و هر چه قدر این معنای حاصل شده مثبت‌تر و قوی‌تر باشد این سازگاری زوجین بیشتر خواهد بود (۱۱).

دیگر ناراحتی‌های روانی مواجه گردد که زندگی او را بسیار پر مخاطره می‌سازد که تفکر از دست دادن جذابیت در نزد همسر و مشکل در روابط خانوادگی از جمله آن‌ها است (۳). با پیشرفت بیماری، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی‌ها قرار می‌گیرند؛ که اغلب به صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی، ترس از مرگ در مراحل پیشرفته بیماری، احساس تنهایی، بیگانگی، افسردگی و تحریک‌پذیری، احساس ضایعه و فقدان، شکست، نومیدی و یأس، درماندگی، احساس بی‌معنایی و پوچی متعاقب اطلاع از مرگ قریب‌الوقوع خود تظاهر می‌یابد (۴). بنابراین بیماران مبتلا به سرطان به دلایل مختلفی از جمله متحمل شدن آسیب‌های جسمی و روانی در معرض تغییر در کیفیت زندگی قرار دارند (۵). از این رو کیفیت زندگی مفهومی اساسی برای پرستاری بوده و هدف آن کمک به بیماران برای رسیدن به سطح مطلوب زندگی می‌باشد. چنان‌چه در تئوری پرستاری پارس (Theories Nursing Pars) کیفیت زندگی هدف نهایی در فرایند پرستاری است (۶).

Franclie تمام تغییراتی که کیفیت زندگی فرد را متأثر می‌سازد را با مفهومی تحت عنوان معنای زندگی مرتبط ساخته است. مطابق با این دیدگاه، در بیماران مبتلا به سرطان، تغییر در معنای زندگی مشکلی است که تغییر در کیفیت زندگی را در آنان به همراه دارد. در واقع، بیماران سرطانی علاوه بر آسیب‌های طاقت‌فرسای فیزیکی و عملکردی با مسأله از دست دادن هدف، بی‌ارزشی و بی‌معنی بودن زندگی مواجه می‌شوند (۷). به طوری که مواجهه با مرگ، آن‌ها را به یک حالت پوچی، بیهودگی و بی‌معنایی نسبت به زندگی رسانده است که بیش از پیش کیفیت زندگی آن‌ها را دگرگون می‌کند (۸). مطابق با همین دیدگاه Franclie بسیاری از بیماران در این مرحله به دنبال یافتن "معنایی برای زندگی" خود هستند و زمینه لازم برای درک و بینش بهتری از زندگی دارند. این تفکر منشأ ظهور یکی از مهم‌ترین رویکردهای درمانی تحت عنوان "معنادرمانی" شده است (۹). بنابراین امروزه یکی از راهبردهای درمانی رایج برای ارتقاء کیفیت زندگی در زندگی بیماران صعب‌العلاجی چون سرطان، رویکردهای آموزشی با بهره‌گیری از الگوی معنادرمانی است.

(۱۸ تا ۵۵ سال)، بیماران ایرانی‌الصل و مسلمان، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن، و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در جلسات و غیبت بیماران بیش از دو جلسه از کل جلسات معنادرمانی در حین مطالعه بود.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت آسان (در دسترس Convenience Sampling) و به مدت یک ماه انجام شد (اوایل شهریور تا اواخر شهریور ۱۳۹۱). جهت گردآوری داده‌ها از دو پرسش‌نامه الف) بررسی ویژگی‌های فردی (اطلاعات دموگرافیک) و اطلاعات مربوط به بیماری و ب) ابزار عمومی بررسی کیفیت زندگی SF-36 استفاده شد. طی تحقیقات گوناگون در کشورهای مختلف به خصوص آمریکا، آکادمی نورولوژی آمریکا پرسش‌نامه SF-36 را به عنوان بهترین معیار ارزیابی کیفیت زندگی در برخی بیماری‌های نورولوژیک، اختلالات حرکتی و انواع سرطان‌ها و... معرفی کرده است (۱۳). پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36 (جدول ۱) به دو جزء اصلی تقسیم می‌شود که شامل سلامت جسمی، سلامت روانی و دارای ۸ حیطه فرعی در غالب این دو جزء اصلی می‌باشد. به طوری که سلامت جسمی شامل عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی و سلامت روانی شامل عملکرد اجتماعی، مشکلات روانی، سلامت روان و نشاط می‌باشد و روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته و در ایران تأیید شده است ( $r = 0.7-0.9$ ) (۱۳). نمونه‌ها که جمعا ۷۴ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند و در ادامه به منظور اختصاص تصادفی نمونه‌ها به دو گروه مداخله و کنترل، به صورت قرعه کشی ۳۷ نفر در گروه مداخله و ۳۷ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. طریقه تکمیل پرسش‌نامه بدین صورت بود یک روز قبل از شروع مداخله معنادرمانی توسط بیماران هر دو گروه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند و نمرات این پرسش‌نامه به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس پژوهشگر به افرادی که برای گروه مداخله انتخاب شده بودند، توضیحات لازم در زمینه شرکت در پژوهش، از جمله ضرورت شرکت بیماران در تمام جلسات

Noguchi و همکاران در سال ۲۰۰۹ در مقاله‌ای با عنوان نیازهای معنوی بیماران سرطانی و مراقبت‌های معنوی بر اساس معنادرمانی Francele به نقش معنا در زندگی و افکار مثبت بیماران سرطانی پرداخته‌اند. این تحقیق یک مطالعه توصیفی بود. به این ترتیب که ۲۹۸ بیمار در آن شرکت کرده بودند و از دو پرسش‌نامه هدفمندی زندگی (نسخه ژاپنی) و پرسش‌نامه ارزیابی عملکردی بیماران بیماری‌های مزمن بر اساس درمان‌های معنوی استفاده شد. بعد از تجزیه و تحلیل آماری مشخص شد که دو عامل معنویت و افکار منفی در رویارویی با بیماری در بیماران سرطانی بسیار مؤثر است. به عبارتی هم‌چنان که داشتن افکار مثبت مانند امید، معنای زندگی، انتظار مثبت در زندگی در مورد بیماران سرطانی لازم و ضروری است، در کنار آن باید به افکار منفی که باعث بوجود آمدن و افزایش اضطراب در بیماران می‌شود نیز توجه نمود (۱۲).

با دقت به افزایش روند رشد سرطان در دنیا و ایران و تأثیر همه جانبه سرطان در کیفیت زندگی بیماران به نظر می‌رسد بررسی کیفیت زندگی در وهله اول و بررسی شیوه‌های بهبود کیفیت زندگی بیماران ممکن است تأثیر قابل توجهی در زندگی این بیماران و خانواده آن‌ها داشته باشد و لذا از آنجایی که راهکارهای متعددی برای ارتقا کیفیت زندگی در این بیماران ارایه شده و معنادرمانی نیز یکی از این راهکارها می‌باشد، انجام این مطالعه به منظور بررسی این روش در بهبود کیفیت زندگی بیماران مذکور، لازم و ضروری به نظر رسید.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع دو گروهی و دو مرحله‌ای به صورت طرح آزمون قبل و بعد بود؛ به طوری که در آن پژوهشگر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را ارزیابی نمود و سپس جلسات معنادرمانی جهت بیماران تشکیل و مجدداً یک ماه بعد از جلسات کیفیت زندگی بیماران را ارزیابی کرد.

جامعه مورد مطالعه شامل بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهداء (ع) اصفهان بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران بالغ مبتلا به سرطان

نمونه‌ها و با توجه به شرایط موجود بیمارستان (پذیرش و ترخیص)، جلسات هفته‌ای دو بار برگزار گردید. موضوعات مورد توجه در جلسات به تفکیک و به طور خلاصه در جدول شماره (۲) آورده شده‌اند.

مجدداً یک ماه بعد از اتمام جلسات معنادرمانی پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط گروه کنترل و مداخله تکمیل شد و این نمرات به عنوان نمرات پس از آزمون دو گروه در نظر گرفته شد. داده‌های مطالعه پس از جمع‌آوری وارد رایانه شده و بوسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های توصیفی در قالب توزیع فراوانی و میانگین به صورت جدول طراحی و تدوین شد. جهت آمار تحلیلی و استنباطی از آزمون‌های T-test (جهت مقایسه داده‌های بین دو گروه)، آزمون Paired T-test (جهت مقایسه نمرات در قبل و بعد) و آزمون کای اسکویر (جهت مقایسه داده‌های کیفی) استفاده شد.

آموزشی، انجام تکالیف خانگی و شرکت در بحث‌ها گروهی در طی جلسات، اهداف و روش انجام پژوهش را داده و در صورتی که هنوز تمایل به شرکت در مداخله داشتند، برنامه شرکت در جلسات معنادرمانی به آن‌ها داده می‌شد.

شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچ‌گونه توصیه‌ای برای شرکت در مداخله معنادرمانی دریافت نمی‌کردند، و صرفاً از آن‌ها خواسته می‌شد تا پرسش‌نامه مزبور را تکمیل نمایند. در ابتدا ۳۷ نفر بیماران سرطانی که برای گروه مداخله در نظر گرفته شده بودند در چهار گروه (سه گروه نه نفره و یک گروه ده نفره) قرار داده شده و جلسات با شرایط کاملاً مشابه از نظر درمانگر، شرایط محیطی، مکان و زمان برگزاری هماهنگی شدند. در ضمن در جلسات یک درمانگر (کارشناس ارشد روان‌پرستاری) حضور داشت و تمام نکات مهم جلسه توسط یک منشی نوشته و ضبط می‌گردید. معنادرمانی در ۸ جلسه ۲ ساعته انجام گرفت؛ برای جلوگیری از ریزش بیش از حد

جدول ۱. حیظه‌ها و تعداد سؤالات پرسش‌نامه SF-36

توضیحات	تعداد سؤالات	حیظه
بررسی محدودیت در فعالیت‌های جسمی به دلیل اختلال در سلامت	۱۰	عملکرد جسمانی
بررسی محدودیت در فعالیت‌های روزانه به دلیل مشکلات جسمی	۴	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی
بررسی محدودیت در فعالیت‌های معمول به دلیل مشکلات روحی	۳	محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی
بررسی احساس قدرت و انرژی در برابر احساس خستگی	۴	خستگی یا نشاط
بررسی سلامت عمومی روان و اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب	۵	سلامت عاطفی
بررسی محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی به دلیل اختلال جسمی و روحی	۲	عملکرد اجتماعی
بررسی شدت درد و محدودیت فعالیت‌های روزانه به دلیل وجود درد	۲	درد
بررسی ارزشیابی فرد از وضعیت سلامتی فعلی اش	۵	سلامت عمومی
بررسی تغییر در وضعیت سلامتی طی دوره‌ای یک‌ساله	۱	درک کلی از سلامتی

جدول ۲. موضوعات مورد توجه در جلسات معنادرمانی

جلسات	روند جلسات
۱	معرفه و معرفی برنامه، ایجاد ارتباط اولیه و جلب اعتماد بیماران، توضیح در مورد چگونگی تشکیل جلسات و هدف آن، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و کاهش تنش گروهی
۲	تعریف معنای زندگی، دلیل زندگی کردن و هدف از زندگی تا زمان مرگ
۳	اضطراب بخشی جداناپذیر از هستی، کاهش اضطراب بیمار با جستجو و کشف معناهای زندگی، درمورد درد، رنج، گناه و مرگ
۴	خودآگاهی و اصلاح نگرش‌ها و احساسات بیان شده، منابع معنا و معنابخشی به زندگی
۵	گرفتن معنا از بافت تاریخی زندگی، پذیرش آزادی، گزینش و مسؤولیت حیات
۶	غلبه بر یأس
۷	فرامنا و توضیح این که فرامنا به وسیله ایمان به دست می‌آید نه معنای عقلانی
۸	سرنوشت انسان و دست یافتن به معنا و مفاهیم زندگی از طریق آن

یافته‌ها

مطالعه ۶/۴ تا ۲/۶ ماه بود. این میانگین در بیماران گروه کنترل ۶/۲ تا ۲/۷ و در گروه مداخله ۲/۶ تا ۶/۶ ماه بود. توزیع میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی در قبل از مداخله واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۳ آمده است. توزیع اختلاف میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۴ آمده است.

نتایج حاکی از آن است که میانگین سن کل افراد تحت مطالعه ۱۰/۳ تا ۳۷/۲ سال با دامنه ۵۶-۱۰ سال بود. هم‌چنین میانگین سنی افراد موجود در گروه کنترل ۱۰/۴ تا ۳۵/۲ و گروه مداخله ۱۰/۱ تا ۳۹/۱ بود. از بین ۷۴ بیمار مطالعه شده ۲۴ نفر (۳۲/۴ درصد) مذکر و ۵۰ نفر (۶۷/۶ درصد) مؤنث بودند. در دو گروه کنترل و مداخله ۱۲ نفر (۳۲/۴ درصد) مذکر و ۲۵ نفر (۶۷/۶ درصد) مؤنث بودند. بیماران دو گروه از نظر سطح تحصیلات، تأهل و اشتغال نیز تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. میانگین مدت زمان بیماری در کل بیماران تحت

جدول ۳. توزیع میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

حیطه	کنترل	مداخله	P value
عملکرد جسمی	۴/۵ تا ۵۴/۹	۴/۱ تا ۴۸/۲	۰/۲۸
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از سلامت جسمی	۵/۴ تا ۳۳/۱	۴/۴ تا ۲۳/۶	۰/۲۲
محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۵/۶ تا ۳۸/۷	۵/۵ تا ۲۶/۱	۰/۱۱
خستگی یا نشاط	۳ تا ۵۴/۷	۳ تا ۴۹/۸	۰/۲۷
سلامت عاطفی	۳ تا ۵۶/۳	۱/۸ تا ۵۳/۹	۰/۵۶
عملکرد اجتماعی	۳/۷ تا ۵۵/۶	۱/۸ تا ۵۰/۷	۰/۳۶
درد	۴/۴ تا ۴۹/۸	۴ تا ۳۹/۳	۰/۰۸
سلامت عمومی	۳ تا ۵۰/۸	۳ تا ۴۸	۰/۵۲
امتیاز کل کیفیت زندگی	۳/۱ تا ۴۹/۲	۲/۳ تا ۴۲/۵	۰/۰۸

جدول ۴. توزیع اختلاف میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	حیطه	کنترل	مداخله	P
عملکرد جسمانی		۹/۸ ع ۵/۸-	۱۴/۲ ع ۴/۸	۰/۰۰۲
محدودیت ایفای نقش از وضعیت سلامت جسمانی		۲/۱ ع ۷/۲	۳۶/۵ ع ۷/۹	۰/۰۰۲
محدودیت ایفای نقش از مشکلات هیجانی		۱۰/۸ ع ۸/۲°	۴۳/۲ ع ۷/۳	<۰/۰۰۱
خستگی یا نشاط		۸/۹ ع ۳/۱-	۱۳/۶ ع ۴/۳	<۰/۰۰۱
سلامت عاطفی		۸/۹ ع ۳/۱-	۷/۳ ع ۳/۹	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی		۹ ع ۴/۴-	۱۲/۲ ع ۴/۸	۰/۰۰۲
درد		۶/۲ ع ۴/۳	۲۱/۳ ع ۴/۹	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی		۱۳/۸ ع ۳/۵-	۱۱ ع ۴/۴	<۰/۰۰۱
امتیاز کلی کیفیت زندگی		۸/۶ ع ۳/۳-	۱۹/۸ ع ۳/۱	<۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاکی از آن بود که اختلاف میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی پس از انجام جلسات معنادرمانی در گروه مداخله به طور معنی داری از گروه کنترل بیشتر بود؛ به این معنی که شرکت در جلسات معنادرمانی قادر است کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را افزایش دهد. اگرچه مطابق با مستندات موجود، کیفیت زندگی از ابعاد مختلفی تشکیل شده و عوامل متعددی نیز بر آن تأثیر می‌گذارند، با این وجود تأثیر مطلوب معنادرمانی، ارزشمندی این مداخله را در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه بر سهم عظیم بعد روان‌شناختی بر همه ابعاد کیفیت زندگی این بیماران تأکید می‌کند. از این رو می‌توان مدعی بود که تمام ابعاد کیفیت زندگی بر هم تأثیر گذاشته و هم‌چنین تأثیر می‌پذیرند.

نتایج این پژوهش با پژوهشی که توسط غلامی و همکارانش تحت عنوان " اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی " انجام گرفت که به این نتیجه دست یافتند که آموزش معنادرمانی می‌تواند باعث افزایش امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران تالاسمی ماژور گردد ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ) و با پژوهش شعاع کاظمی که به این نتیجه دست یافتند که معنادرمانی

گروهی در بهبود سلامت روان و امید به آینده مؤثر است همخوانی دارد.

در تبیین این نتیجه ابتدا باید به مفاهیم نظری و فلسفی معنادرمانی اشاره کرد. در این رویکرد درمانی افزایش آگاهی درمان‌بخش است. آگاهی از ابعاد حقیقی وجود انسان از قبیل: آزادی و مسؤولیت، مرگ و متناهی بودن زندگی و نیاز دایمی انسان به داشتن ارزش، معنا و هدف. به نظر Franche مرگ را نباید تهدید دانست، بلکه مرگ ما را با انگیزه می‌کند تا به صورت کامل زندگی کنیم (۱۴).

هم‌چنین با در نظر گرفتن شواهد مربوط به تأثیر مداخلات معنادرمانی در کاهش علایم، مشکلات روانی و افزایش کیفیت زندگی در تمام حیطه‌ها در تبیین این یافته، می‌توان گفت هنگامی که افراد با کابوس سرطان مواجه می‌شوند، احساس می‌کنند که زندگیشان دچار خلا شده و بلافاصله در مورد معنای کار، عشق، مرگ و زندگی دچار تردید می‌شوند (۱۲). در معنادرمانی مرگ به صورت نفی هستی دیده می‌شود که مسؤولیت برای اقدام (که یکی از مفاهیم اصلی نظریه Franche است) را نیز به ارمان می‌آورد؛ زیرا اگر زندگی بی‌نهایت بود، تصمیمات می‌توانستند به طور نامحدودی به تعویق بیفتند. معنی زندگی امری انتزاعی نیست و افرادی که مدام از خود می‌پرسند "زندگی چه معنایی دارد؟" باید متوجه باشند که این، زندگی است که از ما می‌پرسد، چه معنایی به

### محدودیت های پژوهش

معنادرمانی در ۸ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای یک‌بار انجام می‌گیرد (۱۷). ولی در پژوهش حاضر به دلیل این که بیماران مبتلا به سرطان می‌باشند و همچنین برای جلوگیری از ریزش بیش از حد نمونه‌ها و با توجه به شرایط موجود بیمارستان (پذیرش و ترخیص)، جلسات هفته‌ای دو بار برگزار گردید.

### پیشنهادها

با توجه به یافته‌های این مطالعه، پژوهشگر پیشنهادها زیر را جهت انجام پژوهش‌های بعدی به علاقمندان تحقیق در این زمینه توصیه می‌نماید:

- اثربخشی معنادرمانی گروهی بر کیفیت زندگی مبتلا به سرطان
- بررسی تأثیر آموزش ابعاد معنادرمانی بر کیفیت زندگی مبتلا به سرطان
- بررسی تأثیر معنادرمانی بر کیفیت زندگی خانواده‌ی بیماران مبتلا به سرطان

هستی خود می‌دهیم. ما صرفاً با مسؤول بودن، می‌توانیم به زندگی پاسخ دهیم. ما زمانی مسؤولیت خود را می‌پذیریم که دستور بدون قید و شرط معنادرمانی را بپذیریم: "چنان زندگی کن که انگار اکنون بار دوم است که زندگی می‌کنی و انگار بار اول، همان اشتباهی را مرتکب شده‌ای که اکنون قرار است مرتکب شوی" (۱۵). اگر با چنین آگاهی عمیق و با چنین مسؤولیتی، با هر لحظه‌ی زندگی مواجه شویم، می‌توانیم برای زندگی معنایی بیابیم که در این لحظه‌ی خاص از زندگی‌مان، منحصر به خود ما است (۱۶). به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که معنادرمانی می‌تواند در ارتقا تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد و همچنین درافزایش آگاهی افراد مبتلا به سرطان در رابطه با اثرات معنادرمانی بر کیفیت زندگی آنان نقش داشته باشد. بر مبنای نتایج این مطالعه همچنین می‌توان پیشنهاد نمود که در غیاب امکانات و شرایط توسعه کیفیت زندگی این بیماران در تمام ابعاد، می‌توان از طریق برگزاری جلسات معنادرمانی و نیز جلسات آموزش به شیوه معنادرمانی در راستای بهبود کیفیت زندگی در تمام ابعاد گام برداشت

### References

1. Reed E, Haviland J, Corner J. Quality of life and experience of care in Women With Metastatic Breast Cancer a cross-sectional survey. *Journal of Pain and Symptom Management* 2011; 1: 1-12.
2. Barnas E, SkretMagierlo J, Skre A °Bidzinski M. The quality of life of women treated for cervical cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2012; 16(1):59-63.
3. Manganiello A, Hoga LA, Reberte LM, Miranda CM, Rocha CA. Sexuality and quality of life of breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing* 2011; 15(2): 167-72.
4. Reis N, Kizilkaya Beji N, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14(2): 137° 46.
5. Johnson ME, Dose AM, Pipe TB, Petersen WO, Huschka M. "Centering prayer for women receiving chemotherapy for recurrent ovarian cancer apilot study". *Oncology Nursing Forum* 2009; 36(4): 421-8.
6. Hacialioglu N, Ozer N, karabulutlu EY, Erdem N, Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14: 211° 7.
7. Yarbrow CH, Wujcik D, Gobel B. *Cancer nursing principle and practice*. 7th ed. Boston: Jones and Bartlett Publisher; 2011.P. 34.
8. Shoaie Kazemi M, Saadat M. The effect of education Logotherapy (responsibility, freedom, value, etc.) to reduce the disappointment of women with breast cancer. *Quarterly breast disease Iran* 2010; 2:24-84.
9. Frankel V. *Man's Search for Meaning*. Trans. Salehian Milani. Tehran: Dorsa; 2010;32.

10. Kang K, Jea IM, Kim IM, Hee-su K, Shing jeang K, Mi-Kyung S, Sonyong S. The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. *Journal of Current Directions in Psychological Science* 2009; 312.
11. Steger MF, Kashdan TB, Sullivan BA, Lorentz D. Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality* 2008; 76(2): 199° 228.
12. Noguchi W, Morita S, Ohno T, Aihara O, Tsujii H, Shimozuma K, Matsushima E. Spiritual needs in cancer patients and spiritual care based on logotherapy. *Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical* 2009; 112.
13. Montazeri H, Goshtasb A, Vhdany N. The reliability and validity of the SF-36 questionnaire was translated into Persian quarterly monitoring 2005; 1: 49-56.
14. Hedayaty N. Therapeutic efficacy of group counseling on how to reduce the frustration of Mazandaran University of Medical Sciences 2010; 54:10-19.
15. William D, Stephen J, Lepore C. Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 1176° 82.
16. Ethan A, McMahan a, Maggie D. Eudaimonic conceptions of well-being, meaning in life, and self-reported well-being: Initial test of a mediational model. *Personality and Individual Differences* 2011; 51(5):589° 94.
17. Corey G. *Theory and practice in group counseling and therap.* Ga; brooks-cde 2009; 234-50.





## The effect of logotherapy on cancer patient's quality of life

Heydar Ali Abedi<sup>1</sup>, Mousa Alavi<sup>2</sup>, Azam Mazroie-Sebdani<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** As cancer grows exponentially in world and affects the quality of life, the quintessence of taking appropriate actions on quality of life, like logotherapy which is a psychotherapeutic intervention is essential. This study aims at measuring the impact of logotherapy on the quality of life in cancer patients who were cured in Seyed-o-Shohada hospital, Isfahan, Iran in year 2012.

**Methods and Materials:** This is a quasi-experimental study who was cured in Seyed-o-Shohada hospital, Isfahan, Iran in year 2012. It contains pretests and post-tests, and a questionnaire of demographic and SF-36 quality of life information.

Sampling is done by convenience method and allocation of samples to two groups of intervention and control. Each group contains 37 samples. Samples are measured by standard tools of quality of life. Then logotherapy sessions were arranged for patients in 8 session twice a week for 2 hours, and after a month they were again tested for their quality of life. Descriptive and analytical methods by SPSS software are used to render the statistics.

**Findings:** The average of quality of life points after the intervention in comparison to what it was before the intervention in control group was  $8.6 \pm 3.3$  units reduced but in intervention group  $19.8 \pm 3.1$  units increased. According to the T test, the difference between the average quality of life points in intervention group is significantly increased in comparison to control group. ( $t = -6.22$  (df=71);  $P < 0.001$ ).

**Conclusions:** This shows how this method can be used to improve the quality of life in cancer patients as well as their knowledge about cancer as related to the impacts of logotherapy on their lives.

**Keywords:** Cancer, Quality of Life, Logotherapy

**Citation:** Abedi HA, Alavi M, Mazroie-Sebdani A. **The effect of logotherapy on cancer patient's quality of life.** J Res Behave Sci 2014; 12(4): ??

Received: 17.07.2013

Accepted: 27.02.2014

1. Associate Professor, Islamic Azad University - Khorasgan Branch, Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Nursing & Midwifery Care Research Center, School of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. MSc, Islamic Azad University - Khorasgan Branch, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: azam.mazrooe@gmail.com