

اثربخشی کرامت‌درمانی به‌شیوه آنلاین در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک

راحله فلاح^{۱*}، سید ابوالقاسم مهری‌نژاد^۲، مهرانگیز پیوسته‌گر^۳، محمدرضا شعرافچی^۴
۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.
۴. استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مؤسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا)، اصفهان، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۷)

The Effectiveness of Online Dignity Therapy on Reducing Psychological Distress among Women with Metastatic Cancer Rahele Fallah¹, *Seyyed Abolghasem Mehrinezhad², Mehrangiz Peyvastehtgar³, Mohammad Reza Sharbafchi⁴

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, AlZahra University, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, AlZahra University, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, AlZahra University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences and Iranian Cancer Control Center (MACSA), Isfahan, Iran.

Original Article

(Received: Jul. 31, 2021 - Accepted: Aug. 29, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: This study aimed to examine the effectiveness of individual-online dignity therapy in reducing psychological distress in women with metastatic cancers. **Method:** It was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, follow-up design, and a control group, in block design. The statistical population was women with metastatic cancers referred to the Iranian Cancer Control Institute (MACSA) in Tehran during the summer and autumn of 2020. Thirty women were selected by a convenience sampling method and then randomly assigned to two groups of 15 in experimental and control. It also blocked participants at three levels based on the palliative performance scale. Each participant's psychological distress was assessed using the depression-anxiety-stress scale. The experimental group participated in three individual online dignity therapy sessions, each 40-60 minutes. Data were analyzed by repeated-measures analysis of variance in SPSS-23. **Findings:** There was a significant decrease in the experimental groups' psychological distress scores in the post-test and in follow-up ($P \leq 0.01$). Also, it was found that dignity therapy is more useful in lower levels of the palliative performance scale. **Conclusion:** Given the findings, it is recommended that psycho-oncologists and palliative care practitioners use online dignity therapy to reduce the psychological distress of women with metastatic cancer.

Keywords: Metastatic Cancer, Dignity Therapy, Psychological Distress, Online Intervention, Psycho-oncology.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی آنلاین بر کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک طراحی و اجرا شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و در قالب بلوک‌بندی بود. جامعه آماری را زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک مراجعه‌کننده به مؤسسه کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) تهران، در تابستان و پاییز ۱۳۹۹، تشکیل می‌دادند که از میان آنها ۳۰ نفر به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارش شدند. همچنین شرکت‌کنندگان بر اساس عملکرد تسکینی در سه سطح قرار گرفتند و پریشانی روان‌شناختی هر شرکت‌کننده پیش و پس از مداخله با استفاده از مقیاس افسردگی-اضطراب-استرس، مورد سنجش قرار گرفت. گروه آزمایش در سه جلسه انفرادی ۴۰-۶۰ دقیقه‌ای کرامت‌درمانی آنلاین شرکت کرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری و در SPSS-۲۳ تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که کرامت‌درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی گروه آزمایش اثربخش بوده است ($P < 0.01$). همچنین کرامت‌درمانی در سطوح پایین‌تر، عملکرد تسکینی مفیدتر بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست آمده، توصیه می‌شود روان‌سرطان‌شناسان و متخصصان در حوزه مراقبت تسکینی از کرامت‌درمانی آنلاین برای بهبود پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک استفاده کنند.

واژگان کلیدی: سرطان متاستاتیک، کرامت‌درمانی، پریشانی روان‌شناختی، مداخله آنلاین، روان‌سرطان‌شناسی.

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشگاه الزهرا (س) است.

*نویسنده مسئول: سید ابوالقاسم مهری‌نژاد

*Corresponding Author: Seyyed Abolghasem Mehrinezhad

Email: s.mehrinedjad@alzahra.ac.ir

مقدمه

درمان آن را با دشواری مواجه کند (شبکه ملی جامع سرطان^۵، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، پریشانی روان‌شناختی در متون پزشکی اغلب به‌عنوان یک حالت رنج هیجانی توصیف می‌شود که با نشانه‌های افسردگی و اضطراب مشخص می‌شود (دراپیو، مارچند و بیولیو - پروست، ۲۰۱۲). پریشانی روان‌شناختی که می‌تواند در طی دوران درمان سرطان در هر زمانی برانگیخته شود، بخصوص در میان بیماران مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک به گونه‌ای شایع است که بر اساس مطالعات بزرگ می‌تواند بیش از پنجاه درصد از این بیماران را درگیر کند (زابورا، بریتزنهافوزاک، کربو، هوکر و پیانتادوسی، ۲۰۰۱؛ مهنرت، هارتونگ، فردریچ، وهلینگ، براه‌لر، هارتر و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین بنا بر پژوهش‌های قبلی، پریشانی که در زنان در مقایسه با مردان شیوع بالاتری دارد (ژانگ، ژانگ، ژانگ و فنگ، ۲۰۱۸؛ امینی‌ثانی، نیکبخت، شجاعی، جعفری و شمشیرگران، ۲۰۲۱)، با کاهش بقا (هابوش، شانن، نیازی، هولانت، سینگل، گینز و همکاران، ۲۰۱۷) و کاهش پای‌بندی به درمان و افزایش درد (کیم، کیم، سونگ، کیم، کنگ، نوه و همکاران، ۲۰۱۷) ارتباط دارد. به همین دلیل انجام مداخلات روان‌شناختی مناسب برای کاهش پریشانی به خصوص در زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک از اهمیت زیادی برخوردار است (تقی‌زاده، پورعلی، وزیری، ساعدی، بهدانی و عامل، ۲۰۱۸).

در سال ۲۰۱۹، ۱/۸ میلیون نفر در ایالات متحده مبتلا به سرطان^۱ تشخیص داده شدند و پیش‌بینی شده که تا سال ۲۰۳۰ این بیماری عامل تقریباً ۷۰٪ از مرگ‌ها باشد (سیگل، میلر و جمال، ۲۰۱۹). همچنین این بیماری در سال ۲۰۲۰ در ایران ۱۳۱۱۹۱ نفر را درگیر کرده و منجر به فوت ۷۹۱۳۶ نفر از مبتلایان شده است (رصدخانه جهانی سرطان^۲، ۲۰۲۱). با این آمار، می‌توان گفت که سرطان همچنان به‌عنوان یکی از مهمترین علل مرگ در جهان و در ایران (نقوی، ابوالحسنی، پورملک، مرادی، جعفری، واثقی و همکاران، ۲۰۰۹)، هر سال تعداد زیادی از این بیماران را با شرایط دشوار دگرنشینی بیماری در نقاط دوردست بدن یا متاستاز^۳ مواجه می‌کند؛ شرایطی که در مقایسه با ابتلا به مراحل غیرمتاستاتیک سرطان، تأثیر منفی‌تری بر کیفیت زندگی افراد مبتلا بر جا می‌گذارد (دراگسیت، آستر و الینسن، ۲۰۲۱؛ ابوالشیقه، الساعدی، ابوالرحیله، الوفی، الحرابی، الحرابی و همکاران، ۲۰۱۶؛ کلاسنس، راماکرز، لوبزو، فن‌کمپن، دبوئر، فن‌دن‌وو و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از این آثار، تجربه پریشانی روان‌شناختی^۴ در این بیماران است.

پریشانی، به‌طور کلی، یک تجربه ناخوشایند روانی، اجتماعی، جسمی، یا معنوی است که می‌تواند روی طرز تفکر، احساس یا عمل اثر گذارده و کنار آمدن با ابتلا به سرطان، نشانه‌ها یا

1. cancer
2. The Global Cancer Observatory
3. metastasis
4. Psychological distress

5. National Comprehensive Cancer Network

مطالعات متعددی، به نتایج مختلفی درباره اثربخشی کرامت‌درمانی اشاره کرده‌اند. برخی از آنها اثربخشی کرامت‌درمانی را در کاهش پریشانی بیماران در موقعیت مراقبت تسکینی مورد تأیید قرار نداده‌اند (وکسانویچ، گرین، دیک و مورسی، ۲۰۱۷)، در حالی که در برخی دیگر، کرامت‌درمانی از سوی بیماران و خانواده‌های آنها به‌عنوان یک روش درمانی رضایت‌بخش و مفید گزارش شده است (چوکینو و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود آنکه در سال‌های اخیر کرامت‌درمانی در ایران نیز وارد ادبیات مداخلات روان‌سرطان‌شناسی در حوزه مراقبت‌های تسکینی و سرطان‌های متاستاتیک شده است، اما تعداد مطالعاتی که در این حوزه به بررسی اثربخشی این روش پرداخته‌اند هنوز به تعداد انگشتان یک دست نیز نمی‌رسند (زکی‌نژاد، نیکبخت نصرآبادی، مانوکیان و شمشیری، ۲۰۲۰؛ کریمی، رحیمی، مهرپویا و وقارسیدین، ۲۰۲۰). این در حالی است که کرامت‌درمانی به دلیل اثربخشی که در بهبود کیفیت زندگی (لی، فنگ، چیانگ، ما و ونگ، ۲۰۲۰)، کاهش پریشانی، بازتأیید هویت، تقویت روابط و افزایش امید و معنا (بتلتی، اکانر، شاو و برین، ۲۰۱۷) و کاهش سطح اضطراب، افسردگی و پریشانی بیماران مبتلا به سرطان نشان داده است (لی، لی، هو، کائو، لیو و یانگ، ۲۰۲۰)، یکی از مداخلات روان‌شناختی رایج در بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته و تهدید کننده در جهان تلقی می‌شود (رزنبرگ، ۲۰۱۸)؛ که این امر، بررسی بیشتر اثربخشی آن را در گروه‌های گوناگونی از بیماران مبتلا به بیماری‌های پیشرفته

مطالعات گوناگونی اثربخشی شیوه‌های متنوعی از مداخلات روان‌شناختی را بر کاهش پریشانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های طبی نشان داده‌اند (براگ، هگی، برگر و زانج، ۲۰۲۱؛ خلعتبری، قربان‌شیرودی، زربخش و تیزدست، ۱۳۹۹؛ ذاکری، حسنی و اسماعیلی، ۱۳۹۶؛ الیمیمیان، السون، استون، باتلر، دال، روشن و همکاران، ۲۰۲۰؛ علی‌اکبری دهکردی و بیتائه، ۱۴۰۰). در این میان، یکی از روش‌های جدید روان‌درمانی پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک، کرامت‌درمانی است. کرامت‌درمانی به‌عنوان یک روش روان‌درمانی توسط هاروی مکس چوکینو و همکاران و پس از انجام تحقیقات پایه مدل‌سازی برای درک پریشانی مرتبط با کرامت در بیماران مبتلا به بیماری‌های کشنده ابداع شد (چوکینو، هاک، مک کلمنت، کریستجانسن و هارلوس، ۲۰۰۲). مدل کرامت سه مقوله عمده کرامت را مطرح می‌کند که شامل این موارد می‌شود: دغدغه‌های مرتبط با بیماری، خزانة حفظ کرامت، سیاهة کرامت اجتماعی و چند درون‌مایه مانند رویکردهای حفظ کرامت و تمرین‌های حفظ کرامت که از توضیحات بیماران از درک آنها از کرامت نشئت می‌گیرد. این روش در سال ۲۰۰۵ به صورت پایلوت مورد آزمایش قرار گرفت (چوکینو، هاک، هاسارد، کریستجانسن، مک کلمنت و هارلس، ۲۰۰۵) و در سال ۲۰۱۱ از سوی یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بین‌المللی بزرگ دنبال شد (چوکینو، کریستجانسن، بریتبارت، مک کلمنت، هاک، هاسارد و همکاران، ۲۰۱۱).

به‌خصوص سرطان در کشور ضروری می‌کند.

با توجه به پاندمی کوید-۱۹ و کوتاه‌تر شدن مدت بستری بیماران مبتلا به سرطان در بخش‌های درمانی و نیز مخاطره‌آمیز بودن مداخلات روان‌شناختی حضوری برای بیماران، بررسی اثربخشی آنها از طریق شیوه‌های آنلاین، یک اقتضای موقعیتی محسوب می‌شود. در این راستا برخی از تحقیقات نیز نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی آنلاین برای افرادی که نمی‌خواهند یا نمی‌توانند به شکل‌های سنتی‌تر حمایت دسترسی پیدا کنند، می‌تواند به اندازه مداخلات درمانی رودررو اثربخش باشند (باراک، هن و بونیل نیسیم، ۲۰۱۲؛ لیو، لیو، تونگ، پنگ، ون، زو و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین و بر اساس این مقدمه سوالی که مطرح می‌شود آن است که آیا کرامت‌درمانی به عنوان یکی از رایج‌ترین روش‌های درمان پریشانی روان‌شناختی در روان‌سرطان‌شناسی، و با شیوه آنلاین می‌تواند بر کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک اثربخش واقع شود؟

روش

این مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع طرح‌های بلوکی دو گروهی (دریافت‌کننده کرامت‌درمانی + درمان تسکینی به‌عنوان گروه آزمایش و صرفاً دریافت‌کننده درمان تسکینی به‌عنوان گروه کنترل) با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماه بعد است. قابل ذکر است که سطح عملکرد شرکت‌کنندگان به عنوان متغیر بلوک لحاظ شد. دلیل این انتخاب آن است که با توجه به وجود رابطه بین

نمره سطح عملکرد بیماران در مقیاس عملکرد تسکینی^۱ با برآورد مدت زمان بقای آنها (لاو، داویننگ، لسپرانس، کارلسون، کوزیمسکی و یانگ، ۲۰۰۹) و از سوی دیگر افزایش سطح پریشانی در بیماران مبتلا به سرطانی که در مرحله لاعلاجی هستند و مدت زمان بقای کمتری دارند (گائو، بنت، استارک، موری و هیگینسن، ۲۰۱۰)، این نتیجه قابل استنباط است که بین سطح عملکرد بیماران و پریشانی آنها رابطه وجود دارد. لذا با توجه به بازه زمانی مورد نظر برای اجرای این پژوهش، سه سطح نمره آنها در مقیاس عملکرد تسکینی (نمره ۰.۶۰، ۰.۷۰، ۰.۸۰) در نظر گرفته شد.

همچنین جامعه آماری مورد مطالعه، زنان مبتلا به انواع سرطان‌های متاستاتیک بود که در بازه زمانی تابستان و پاییز ۱۳۹۹ در مؤسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) واقع در تهران پرونده پزشکی داشتند. شیوه نمونه‌گیری نیز به این صورت بود که در ابتدا از میان این بیماران، شرکت‌کنندگانی که دارای ملاک‌های ورود و مایل به مشارکت بودند، به صورت در دسترس انتخاب شده و بعد از انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات^۲ DSM-5 توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی از طریق تماس تصویری در واتساپ - به منظور رد ابتلا به اختلال افسردگی عمده، دوقطبی و اسکیزوفرنی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش می‌شدند. سایر ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بود:

1. Palliative Performance Scale (PPS)
2. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-CV)

سن چهل تا شصت سال،

ابتلا به یک سرطان متاستاتیک با منشأ توده سفت (به دلیل قابل مقایسه بودن از جهت سیستم مرحله‌بندی بالینی و نیز جریان درمان)، برخوردار از بیمار از بینش نسبی به بیماری و پیش‌آگهی آن،

قرار داشتن بیمار در مرحله لاعلاجی بر اساس تشخیص متخصص خون و سرطان،

توانایی شناختی کافی برای درک روند درمان و نیز رضایت آگاهانه،

صحبت به زبان فارسی،

و دسترسی به تلفن همراه هوشمند، اینترنت و

برنامه کاربردی واتساپ.

همچنین ابتلا به گروه سرطان‌های خون به جز لنفوم‌ها، شواهد مبنی بر دمانس یا دلیریوم بر اساس معیارهای DSM-5 و نیز عدم تمایل بیماران برای ادامه مشارکت در پژوهش، ملاک‌های خروج از این پژوهش بودند.

توجه به ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که در اولین دیدار با هر یک از شرکت‌کنندگان، مشخصات و اهداف مطالعه به

طور کلی برای آنها توضیح داده شد. همچنین در

مورد ضبط صوتی جلسات به منظور پیاده‌سازی و

تهیه متن نهایی، پای‌بندی پژوهشگران به اصل

محرم‌انگهی، آزادی شرکت‌کنندگان برای انصراف و

تداوم درمان تسکینی در حین پژوهش توضیحات

کامل داده شد و به سئوالات بیماران در مورد

طرح پاسخ داده شد. به‌علاوه بیمارانی که در گروه

کنترل قرار می‌گرفتند در صورت تمایل

می‌توانستند بعد از پایان مشارکتشان در طرح،

جلسات کرامت‌درمانی را دریافت کنند.

بعد از اخذ امضای رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از بیماران، در یک جلسه انفرادی آنلاین مجزا و با توجه به ضعف و شرایط جسمانی اکثر آنها پرسشنامه پریشانی توسط پژوهشگر برای هر بیمار خوانده شده و گزینه انتخاب شده توسط بیمار، در پرسشنامه علامت زده می‌شد. سپس در گروه آزمایش، هر شرکت‌کننده در سه جلسه انفرادی از طریق تماس تصویری در واتساپ مورد کرامت‌درمانی آنلاین به‌علاوه درمان تسکینی قرار می‌گرفت. هر شرکت‌کننده در گروه کنترل در طی این مدت، فقط درمان تسکینی را دریافت می‌کرد.

در گروه آزمایش بعد از آخرین جلسه کرامت‌درمانی و در گروه کنترل بعد از حداکثر سه هفته از تکمیل پیش‌آزمون، در یک جلسه مجزا پرسشنامه به همان شیوه قبل مجدداً توسط هر شرکت‌کننده تکمیل می‌شد. یک ماه بعد از پایان جلسات درمانی گروه آزمایش و نیز یک ماه بعد از تکمیل پس‌آزمون در مورد گروه کنترل، دوباره پرسشنامه به همان روال قبل تکمیل شد (دوره پیگیری).

لازم به ذکر است که بر اساس G-Power، با

در نظر گرفتن اندازه اثر $F = 0.40$ و آلفای 0.05 ،

حجم نمونه کلی ۳۰ به دست آمد که در هر گروه

۱۵ نفر و در هر یک از سه سطح عملکرد تسکینی

۵ نفر قرار می‌گرفتند.

مداخلاتی که بیماران در این پژوهش دریافت

می‌کردند شامل کرامت‌درمانی و درمان تسکینی

بود. اساس کرامت‌درمانی یک پروتکل ده سئوالی

جلسات در این مطالعه ۳ روز بود. به محض تکمیل فرایند ویرایش، جلسه بعدی برگزار می‌شد که در طی آن متن به‌وجود آمده برای بیمار توسط درمانگر قرائت شده و بنا بر نظر بیمار تغییرات و یا اصلاحات لازم در آن ایجاد می‌شد. در جلسه سوم، نسخه نهایی متن به بیمار داده می‌شد تا به انتخاب خود آن را به یک یا چند نفر از نزدیکانش بدهد.

محتوای مصاحبه کرامت‌درمانی در جدول شماره ۱ آورده شده است. لازم به ذکر است که روایی صوری آن در بیماران همودیالیز در کرمان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (مشایخی ساردو، برهانی و عباس‌زاده، ۱۳۹۳).

نیمه‌ساختاریافته است (چوکینو، ۲۰۱۲) که در قالب یک مصاحبه این فرصت را برای بیماران به وجود می‌آورد تا درباره لحظه‌هایی که به عنوان لحظه‌های معنادار در خاطرشان باقی مانده و نیز چیزهایی درباره زندگی‌شان که دوست دارند به دیگران بگویند و یا تمایل دارند که دیگران آنها را به‌خاطر بسپارند صحبت کنند. این جلسات شامل سه جلسه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای بود که در آن درمانگر که روان‌سرطان‌شناسی مجرب در کار با این بیماران بود، مصاحبه را انجام داده و ضبط صوتی می‌کرد. بعد از هر جلسه از درمان، مصاحبه ضبط شده توسط درمانگر روی کاغذ پیاده شده و مورد ویرایش قرار می‌گرفت تا به حالت یک روایت مکتوب دربیاید. فاصله بین

جدول ۱. محتوای مصاحبه کرامت‌درمانی

۱	لطفاً مختصری درباره تاریخچه زندگی‌تان، به‌خصوص بخش‌هایی که بیشتر به یاد می‌آوردید یا فکر می‌کنید مهمتر هستند به من بگویید، کی شما بیشتر احساس سرزندگی می‌کردید؟
۲	آیا چیز خاصی وجود دارد که دلتان بخواهد خانواده‌تان درباره شما بدانند، و آیا چیزهای خاصی هست که دلتان بخواهد آنها به یاد بیاورند؟
۳	مهمترین نقش‌هایی که شما در زندگی داشته‌اید (نقش‌های خانوادگی، حرفه‌ای و ..) چه چیزهایی هستند؟ چرا آنها برای شما خیلی مهم بوده‌اند؟ و فکر می‌کنید در آن نقش‌ها چه کارهایی انجام داده‌اید؟
۴	مهمترین کارهایی که انجام داده‌اید چه هستند و از کدام یک بیشتر احساس افتخار می‌کنید؟
۵	آیا چیز خاصی وجود دارد که احساس کنید باز هم نیاز است به افرادی که دوستشان دارید بگویید یا چیزهایی که بخواهید برایشان وقت بگذارید تا یکبار دیگر بگویید؟
۶	امیدها و آرزوهای شما برای افرادی که دوستشان دارید چیست؟
۷	چه چیزهایی درباره زندگی یاد گرفته‌اید که بخواهید به دیگران یاد بدهید؟ چه توصیه‌ها یا کلمات هدایت‌گرانه‌ای را دوست دارید به (پسر، دختر، شوهر، زن، والدین یا هر فرد مورد علاقه دیگری) بگویید؟
۸	آیا کلمات یا جملات یا حتی دستورالعمل‌هایی هست که دلتان بخواهد به خانواده خود پیشنهاد بدهید تا به آماده شدن آنها برای آینده کمک کند؟
۹	آیا چیزهای دیگری هم هست که دلتان بخواهد در این بحث بگنجانید؟

درمان تسکینی

این درمان شامل پیگیری منظم بالینی بیمار توسط پزشک و پرستار تسکینی در زمینه معاینه جسمانی و سنجش علامت و مدیریت علامت بود. ابزارها:

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: شامل سن، تحصیلات، تأهل، اشتغال و نوع سرطان اولیه بود.

مقیاس عملکرد تسکینی: این مقیاس، نسخه دوم مقیاس عملکرد کارنوسکی است که به عنوان ابزاری برای سنجش وضعیت جسمانی در مراقبت تسکینی به کار می‌رود (اندرسن، فرار، گلدن کروتز، امری، گلاسر، کراسپن و همکاران، ۱۹۹۶).

این مقیاس به صورت ده درصد- ده درصد، بین صفر تا صد درصد، به یازده طبقه تقسیم می‌شود که هر چه نمره بیمار در آن بالاتر باشد نشان دهنده عملکرد بالاتر وی است (اندرسن و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین این مقیاس از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است که عملکرد اجرایی بیماران را در پنج حوزه شامل حرکت، فعالیت و شواهد بیماری، مراقبت از خود، خورد و خوراک و سطح هشیاری می‌سنجد (اندرسن و همکاران، ۱۹۹۶؛ هو، لائو، داویننگ و لسپرانس، ۲۰۰۸).

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-5 نسخه بالین‌گر: مطالعه شعبانی و همکاران نشان داده است که به جز اختلالات اضطرابی، کاپا در سایر اختلالات بیش از ۰/۸۰ و حساسیت آن در همه تشخیص‌ها بیش از ۰/۸۰ بود که نشانگر آن است که این ابزار از ویژگی‌های مناسب برای تشخیص اختلالات برخوردار است (شعبانی، معصومیان، ضمیری‌نژاد،

هجری، پیرمرادی و یغمایی زاده، ۲۰۲۱).

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس: این پرسشنامه ۲۱ آیتمی خودگزارش‌دهی که از آن برای سنجش پریشانی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در این پژوهش استفاده شد، توسط لایوباند و لایوباند (۱۹۹۵) طراحی شد. استفاده از این مقیاس که یک مقیاس کلی و لیکرتی (از صفر تا سه) است، در بیماران مبتلا به سرطان رواج دارد. پایایی درونی این پرسشنامه $\alpha=0/93$ و میزان این پایایی در زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب $\alpha=0/88$ ، $\alpha=0/82$ و $\alpha=0/90$ بوده است (هنری و کافورد، ۲۰۰۵). همچنین این پرسشنامه توسط صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴) به فارسی ترجمه و پایایی مناسب آن برای زیرمقیاس‌های افسردگی $\alpha=0/77$ ، اضطراب $\alpha=0/79$ و استرس $\alpha=0/78$ به دست آمده است. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی مشتمل بر فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و همچنین آمار استنباطی شامل آزمون F با اندازه‌گیری تکراری، آزمون t مستقل، مجذور کای و آزمون بونفرونی برای بررسی تفاوت بین میانگین‌های سطوح عملکرد تسکینی، در SPSS-۲۳ و با سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

برای دستیابی به ۳۰ نفر حجم نمونه لازم در این مطالعه، تا پایان کار ۳۸ بیمار وارد طرح شدند. علت آن بود که از میان ۳۸ نفر وارد شده به

فلاح و همکاران: اثربخشی کرامت‌درمانی به‌شیوه آنلاین در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک

به‌منظور تحلیل داده‌ها، ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات پریشانی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در گروه کرامت‌درمانی و کنترل، در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت که گزارش آن در جدول ۳ آورده شده است.

مطالعه، در گروه کرامت‌درمانی سه نفر به علت فوت (دو نفر در مقیاس عملکرد تسکینی ۶۰٪ و یک نفر در ۷۰٪)، یک نفر به علت افت محسوس هشیاری (نمره ۶۰٪) و یک نفر به دلیل انصراف (نمره ۷۰٪) از ادامه مشارکت کنار رفتند. همچنین در گروه کنترل، سه نفر (نمره ۶۰٪، ۷۰٪ و ۸۰٪) از ادامه مشارکت منصرف شدند. مشخصه‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. مشخصه‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه‌ها	دامنه / زیرگروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	تعداد (درصد)	t / λ^2	درجه آزادی	سطح معناداری
سن	کرامت‌درمانی	۴۱-۵۸	$51/6(\pm 5/51SD)$	--	$t=0/76$	۲۸	۰/۴۵۴
	کنترل	۴۰-۶۰	$49/933(\pm 6/466SD)$	--			
تأهل	کرامت‌درمانی	مجرد	--	(۶/۶۷٪)۱	$\lambda^2=0/37$	۳	۰/۹۴۵
		متأهل	--	(۱۲٪)۸۰			
		مطلقه	--	(۶/۶۷٪)۱			
	کنترل	جدایی بدون طلاق	--	(۶/۶۷٪)۱	$\lambda^2=0/37$	۳	۰/۹۴۵
		مجرد	--	(۱۲٪)۸۰			
		متأهل	--	(۶/۶۷٪)۱			
کنترل	مطلقه	--	(۶/۶۷٪)۱	$\lambda^2=0/37$	۳	۰/۹۴۵	
	جدایی بدون طلاق	--	(۱۳/۳۳٪)۲				
	مطلقه	--	(۶/۶۷٪)۱				
تحصیلات	کرامت‌درمانی	سیکل	--	(۳٪)۲۰	$\lambda^2=0/20$	۲	۰/۹۰۴
		دیپلم	--	(۸٪)۳۴/۵۳			
		لیسانس	--	(۴٪)۶۶/۲۶			
	کنترل	سیکل	--	(۳٪)۲۰	$\lambda^2=0/20$	۲	۰/۹۰۴
		دیپلم	--	(۹٪)۶۰			
		لیسانس	--	(۳٪)۲۰			
شغل قبل از بیماری	کرامت‌درمانی	خانه‌دار	--	(۸٪)۴۰/۵۳	$\lambda^2=1/39$	۲	۰/۴۹۹
		شاغل	--	(۷٪)۷۰/۴۶			
		بازنشسته	--	(۹٪)۶۰			
	کنترل	خانه‌دار	--	(۹٪)۶۰	$\lambda^2=1/39$	۲	۰/۴۹۹
		شاغل	--	(۵٪)۱۳/۳۳			
		بازنشسته	--	(۱٪)۶۷/۶			
نوع سرطان اولیه	کرامت‌درمانی	پستان	--	(۷٪)۷۰/۴۶	$\lambda^2=5/60$	۸	۰/۶۹۲
		سایر	--	(۸٪)۴۰/۵۳			
	کنترل	پستان	--	(۷٪)۷۰/۴۶			
		سایر	--	(۸٪)۴۰/۵۳			

واریانس‌ها در مراحل سنجش ($P > 0/05$)، کرویت واریانس درون‌گروهی بر اساس آزمون ماچلی ($P > 0/05$) و همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس افت روحیه با استفاده از آزمون Box's M نیز رد نشدند ($\text{Box's } M = 3/511$)، سپس تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

بر اساس جدول ۳، با توجه به کاهش میانگین نمرات پریشانی روان‌شناختی که در گروه کرامت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد، لازم بود که برای بررسی دقیق‌تر تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری انجام شود. بنابراین، در ابتدا پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند: بهنجاری توزیع واریانس با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک در نمرات پریشانی روان‌شناختی در هر دو گروه تأیید شد ($P > 0/05$). همچنین بر اساس آزمون لوین برابری

جدول ۳. میانگین و انحراف‌معیار پریشانی در گروه کرامت‌درمانی و کنترل در طی زمان و با توجه به سطح

عملکرد تسکینی شرکت‌کنندگان

گروه	زمان	سطح عملکرد تسکینی					
		٪۶۰		٪۷۰		٪۸۰	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کرامت	پیش‌آزمون	۴۴	۱۵/۰۳	۴۲	۵/۸۳	۳۵/۶۰	۹/۵۲
	پس‌آزمون	۳۱/۶۰	۱۱/۸۶	۲۸/۴۰	۷/۱۲	۲۰/۴۰	۱۰/۲۳
	پیگیری	۳۵/۶۰	۱۴/۰۲	۳۲/۴۰	۱۲/۶۰	۲۱/۶۰	۱۰/۱۶
کنترل	پیش‌آزمون	۴۹/۲۰	۷/۹۴	۳۸/۸۰	۱۰/۵۴	۳۴	۹/۲۷
	پس‌آزمون	۴۳/۲۰	۱۳/۸۲	۳۶/۸۰	۸/۸۹	۳۱/۶۰	۶/۲۲
	پیگیری	۴۹/۶۰	۱۲/۶۰	۳۵/۲۰	۹/۸۵	۳۳/۲۰	۵/۷۶

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری برای تعیین اثربخشی کرامت‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی

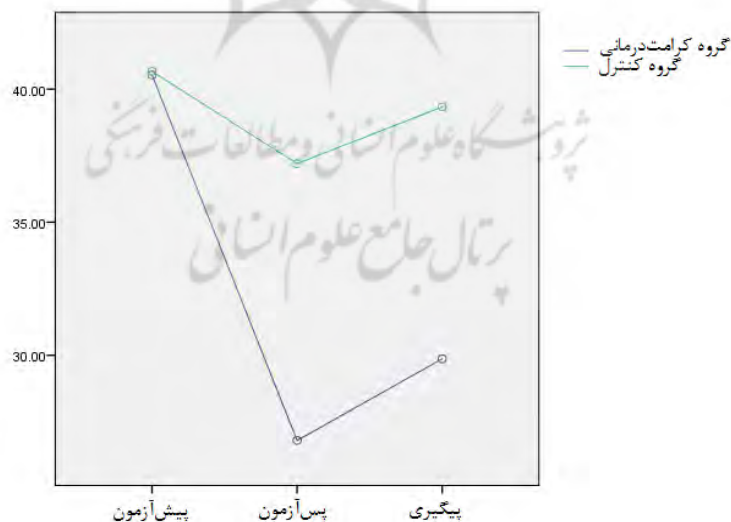
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
درون‌گروهی زمان	۱۱۶۷/۲۰۰	۲	۵۸۳/۶۰۰	۳۰/۱۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱۹
زمان×گروه	۴۸۳/۴۶۷	۲	۲۴۱/۷۳۳	۱۲/۵۰۳	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
زمان×سطح عملکرد	۵۸/۴۰۰	۴	۱۴/۶۰۰	۰/۷۳۴	۰/۵۷۳	۰/۰۵۸
زمان×گروه×سطح عملکرد	۷۰/۱۳۳	۴	۱۷/۵۳۳	۰/۸۸۲	۰/۴۸۲	۰/۰۶۸
بین‌گروهی گروه	۱۰۰۰/۰۰۰	۱	۱۰۰۰/۰۰۰	۳/۴۷۷	۰/۰۷۵	۰/۱۲۷
سطح عملکرد	۲۴۵۸/۴۰۰	۲	۱۲۲۹/۲۰۰	۴/۲۷۳	۰/۰۲۶	۰/۲۶۳
گروه×سطح عملکرد	۲۱۸/۴۰۰	۲	۱۰۹/۲۰۰	۰/۳۸۰	۰/۶۸۸	۰/۰۳۱

فلاح و همکاران: اثربخشی کرامت‌درمانی به‌شیوه آنالاین در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک

قابل ملاحظه بوده است، اما از لحاظ آماری معنادار نشد ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، شرکت‌کنندگان در گروه کرامت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل، در نمرات پریشانی روان‌شناختی کاهش نشان داده‌اند اما این کاهش از لحاظ آماری معنادار نبود. همچنین بر اساس جدول ۴، بین نمرات پریشانی روان‌شناختی در دو گروه کرامت‌درمانی و کنترل، بر اساس سه سطح عملکرد تسکینی تفاوت معنادار بوده است ($P < 0/05$). در این راستا، آزمون بنفرونی نیز نشان داد که از بین سه بلوک، تفاوت نمرات پریشانی روان‌شناختی بین دو بلوک ۶۰٪ و ۸۰٪، معنادار بوده است ($P < 0/05$) که این یافته نیز نشان می‌دهد که کرامت‌درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیمارانی که در مقیاس عملکرد تسکینی نمره پایین‌تری دارند، مفیدتر به نظر می‌رسد.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، اثر زمان ($P < 0/001$) و همچنین اثر متقابل زمان با گروه معنادار شده است ($P < 0/001$). این یافته‌ها به معنای آن هستند که کرامت‌درمانی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری توانسته است به کاهش نمرات پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان متاستاتیک کمک کند. در این راستا آزمون بنفرونی نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($P < 0/001$)، و پیش‌آزمون و پیگیری ($P < 0/001$) تفاوت معنادار بوده است، اما معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، کرامت‌درمانی توانسته است تا یک ماه بعد از پایان مداخله همچنان اثربخش باشد.

همچنین بر اساس جدول ۴ و نیز شکل ۱ با اینکه اثر گروه در کاهش پریشانی روان‌شناختی



شکل ۱. اثر گروه در کاهش پریشانی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در طی سه مرحله سنجش

نتیجه‌گیری و بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی آنلاین بر کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک صورت گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که کرامت‌درمانی به شیوه آنلاین می‌تواند به طور معناداری پریشانی روان‌شناختی را در زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک کاهش دهد. همچنین نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل این کاهش می‌تواند تا یک ماه بعد همچنان به صورت معناداری پابرجا باقی بماند.

در راستای این یافته، تحقیقات کریمی و همکاران (۲۰۲۰) نیز اثربخشی کرامت‌درمانی را در افزایش امید و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار داده‌اند. همچنین زکی‌نژاد و همکاران (۲۰۲۰) نیز دریافتند که کرامت‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در موقعیت مراقبت تسکینی اثربخش است. به علاوه، یک مطالعه مروری منظم و فراتحلیل روی کرامت‌درمانی در بیمارانی که در مراحل پایانی قرار دارند، امکان‌پذیر بودن، مقبولیت، رضایت‌بخش بودن و اثربخشی آن را در این بیماران در گروه‌های سنی مختلف مورد تأیید قرار داده و نشان داده است که این روش درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و فشار مراقبتی خانواده - مراقبان در سرتاسر دوران مراقبت تسکینی مفید است (کواس، دیویدسن، مجیلا و رودنی، ۲۰۲۱). همچنین همسو با اثربخشی کرامت‌درمانی به شیوه آنلاین نیز می‌توان به مطالعه بتلی و همکاران (۲۰۲۰) اشاره کرد که

آنها نیز در یک طرح پایلوت روی هشت بیمار مبتلا به بیماری‌های پیشرفته در استرالیا دریافتند که شیوه آنلاین کرامت‌درمانی از امکان‌پذیری و مقبولیت نزد این بیماران برخوردار است و ضمن کمک به صرفه‌جویی زمانی درمانگران و کاهش هزینه بالینی، برای بیمارانی که به شکل دیگری نمی‌توانند درمان روان‌شناختی دریافت کنند مناسب است.

و اما در مورد ساز و کار اثربخشی کرامت‌درمانی می‌توان به چهار بعد کرامت شامل بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و وجودی در بیماران در مطالعه چوکینو، کریستجانسن، هاک، هاسارد، مک کلمنت و هارلوس (۲۰۰۶) اشاره کرد که این ابعاد در سازه پریشانی روان‌شناختی نیز قابل ردیابی به نظر می‌رسند (شبکه ملی جامع سرطان، ۲۰۲۰). در ابعاد جسمانی روانی، به خصوص در بیمارانی که از نمرات پایین‌تری در مقیاس عملکرد تسکینی برخوردارند، کاهش احساس خودمختاری شخصی، افزایش احساس سربار بودن و به تبع آن افزایش افسردگی، اضطراب و استرس (پریشانی) مشاهده می‌شود. در این راستا، به نظر می‌رسد که کرامت‌درمانی می‌تواند از طریق فراهم آوردن فرصتی برای مرور زندگی و برجسته‌تر کردن اهداف، نقش‌ها و اقدامات انجام شده به بیماران کمک کند که احساس کنند در کنار نقصان‌های جسمانی ناشی از پیشرفت بیماری، زندگی معنادار و هدفمندی را پشت سر گذارده‌اند که دستاوردهای آن قابل ارائه به دیگران هستند. این امر به خصوص در مورد بیمارانی که در مقیاس عملکرد تسکینی نمره کمتری می‌گیرند، می‌تواند

فلاح و همکاران: اثربخشی کرامت‌درمانی به‌شیوه آنالاین در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک

گروه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال مورد پژوهش قرار گرفتند که پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی، ضمن بررسی سایر گروه‌های سنی، به این موضوع نیز بپردازند که آیا ممکن است کرامت‌درمانی در برخی از گروه‌های سنی و نیز به طور مشخص و اختصاصی در برخی از انواع سرطان‌ها مفیدتر باشد؟ در پایان لازم به ذکر است که نمرات ۶۰٪، ۷۰٪ و ۸۰٪ مقیاس عملکرد تسکینی به عنوان نقطه‌ای متناسب با محدودیت‌های زمانی و اجرایی در مطالعه اخیر انتخاب شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، اثربخشی کرامت‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک با نمرات پایین‌تر در مقیاس عملکرد تسکینی نیز مورد بررسی قرار بگیرد.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تعارض منافی گزارش نمی‌کنند.

سپاسگزاری

از مؤسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا)، بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر، و بیمارانی که در این مطالعه مشارکت کردند قدردانی می‌شود. این مطالعه دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره IR.IUMS.REC.1399.714 است.

بیشتر قابل تبیین به نظر برسد.

همچنین در بعد وجودی کرامت، می‌توان به احساس خود - ناپیوستگی^۱ (بورو، صدقی، ایزو، بوتو، پیتو، ایراچی و همکاران، ۲۰۱۸) در بیماران مبتلا به بیماری‌های کشنده اشاره کرد. در این راستا نیز چنین می‌توان گفت که کرامت‌درمانی با فراهم کردن یک روایت مکتوب منسجم از زندگی بیماران و قابلیت آن برای دادن به هر شخصی که بیمار مد نظر داشته باشد، از طرفی موجب کاهش احساس خود - ناپیوستگی این افراد شده و از طرف دیگر با تأمین کردن نیاز این بیماران به بر جا گذاردن میراثی از خود و ارزش‌هایشان برای دیگران (کوواس و همکاران، ۲۰۲۱) به بهبود بعد اجتماعی کرامت در آنها نیز کمک می‌کند. همچنین در جمع‌بندی می‌توان گفت که به طور کلی بخش عمده‌ای از اثربخشی کرامت‌درمانی بر کاهش پریشانی، ناشی از کمک آن به بیماران در کنار آمدن با تجربه‌های پایانی زندگی‌شان است (جولیاو، اولیویرا، نانس، کارنریو و باربوسا، ۲۰۱۷).

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود؛ از جمله اینکه روی زنان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک تمرکز داشت. از آنجا که کرامت‌درمانی مداخله‌ای فرهنگ‌وابسته است و جنسیت نیز موضوعی تحت تأثیر فرهنگ است، طراحی مطالعات بعدی به منظور بررسی اثربخشی کرامت‌درمانی در مردان مبتلا به سرطان‌های متاستاتیک و نیز مقایسه میزان و کیفیت اثربخشی آن لازم به نظر می‌رسد. همچنین در مطالعه اخیر،

اضطراب تنیدگی (۲۱) DASS برای

جمعیت ایرانی. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۱ (۴)، ۳۶-۵۴.

علی‌اکبری دهکردی، م.، و بیتانه، م. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش عناصر سرمایه‌های روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۱۰ (۲)، ۷-۲۲.

مشایخی ساردو، ع.، برهانی، ف.، و عباس‌زاده، ع. (۱۳۹۳). تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله اخلاق زیستی، ۴ (۱۳)، ۱۱۷-۱۳.

Aboshaiqah, A., Al-Saedi, T. S. B., Abu-Al-Ruyhaylah, M. M. M., Aloufi, A. A., Alharbi, M. O., Alharbi, S. S. R., Al-Saedi, A. S., & Al-Erwi, A. F. (2016). Quality of life and satisfaction with care among palliative cancer patients in Saudi Arabia. *Palliative and Supportive Care*, 14(6), 621-627.

Aminisani, N., Nikbakht, H. A., Shojaie, L., Jafari, E., & Shamshirgaran, M. (2021). Gender Differences in Psychological Distress in Patients with Colorectal Cancer and Its Correlates in the Northeast of Iran. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 1-8.

Anderson, F., Downing, G. M., Hill, J., Casorso, L., & Lerch, N. (1996). Palliative Performance Scale (PPS): A New Tool. *Journal of Palliative Care*, 12(1), 5-11.

منابع

خلعتبری، آ.، قربان‌شیرودی، ش. ق.، زربخش، م.، و تیزدست، ط. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۹ (۴)، ۷-۲۴.

ذاکری، م. م.، حسنی، ج.، و اسماعیلی، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۶ (۳)، ۳۹-۵۶.

صاحبی، ع.، اصغری، م. ج.، و سالاری، م. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی

Barak, A., Hen, L., & Boniel-nissim, M. (2012). Journal of Technology in Human Services A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet- Based Psychotherapeutic Interventions. *Technology*, 1072954, 109-160.

Bentley, B., O'Connor, M., Shaw, J., & Breen, L. (2017). A Narrative Review of Dignity Therapy Research. *Australian Psychologist*, 52(5), 354-362.

Bovero, A., Sedghi, N. A., Opezzo, M., Botto, R., Pinto, M., Ieraci, V., & Torta, R. (2018). Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and associated coping strategies. *Psycho-Oncology*, 27(11), 2631-2637.

Brog, N. A., Hegy, J. K., Berger, T., & Znoj, H. (2021). An internet-based self-help intervention for people with

- psychological distress due to COVID-19: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(1), 1–11.
- Chochinov, H. M. (2012). Dignity Therapy: final words for final days. In *Oxford University Press*.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525.
- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill - a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54(3), 433–443.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Hack, T. F., Hassard, T., McClement, S., & Harlos, M. (2006). Dignity in the terminally ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 666–672.
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). The effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.*, 12(8), 753–762.
- Claessens, A. K. M., Ramaekers, B. L. T., Lobbezoo, D. J. A., van Kampen, R. J. W., de Boer, M., van de Wouw, A. J., Dercksen, M. W., Geurts, S. M. E., Joore, M. A., & Tjan-Heijnen, V. C. G. (2020). Quality of life in a real-world cohort of advanced breast cancer patients: a study of the SONABRE Registry. *Quality of Life Research*, 29(12), 3363–3374.
- Cuevas, P. E., Davidson, P., Mejilla, J., & Rodney, T. (2021). Dignity Therapy for End-of-Life Care Patients: A Literature Review. *Journal of Patient Experience*, 8, 237437352199695.
- Drageset, S., Austrheim, G., & Ellingsen, S. (2021). Quality of life of women living with metastatic breast cancer and receiving palliative care: A systematic review. *Health Care for Women International*, 0(0), 1–22.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Epidemiology of Psychological Distress. In: L'Abate L, Editor. *Mental illnesses: Understanding, prediction and control. InTechopen*. New York, USA.
- Elimimian, E. B., Elson, L., Stone, E., Butler, R. S., Doll, M., Roshon, S., Kondaki, C., Padgett, A., & Nahleh, Z. A. (2020). Correction to: A pilot study of improved psychological distress with art therapy in patients with cancer undergoing chemotherapy, *BMC Cancer*, 20(1), 1–11.
- Gao, W., Bennett, M. I., Stark, D., Murray, S., & Higginson, I. J. (2010). Psychological distress in cancer from survivorship to end of life care: Prevalence, associated factors and clinical implications. *European Journal of Cancer*, 46(11), 2036–2044.
- Habboush, Y., Shannon, R. P., Niazi, S. K., Hollant, L., Single, M., Gaines, K., Smart, B., Chimato, N. T., Heckman, M. G., Buskirk, S. J., Vallow, L. A., Tzou, K. S., Ko, S. J., Peterson, J. L., Biers, H. A., Day, A. B., Nelson, K. A., Sloan, J. A., Halyard, M. Y., & Miller, R. C. (2017). Patient-reported distress and survival among patients receiving definitive radiation therapy. *Advances in Radiation Oncology*, 2(2), 211–219.

- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239.
- Ho, F., Lau, F., Downing, M. G., & Lesperance, M. (2008). A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *BMC Palliative Care*, 7(1), 1–10.
- Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A. V., & Barbosa, A. (2017). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 15(6), 628–637.
- Karimi, Z., Rahimi, H., Mehrpooya, N., & Vagharseyyedin, S. A. (2020). Dignity therapy improves hope and quality of life in cancer patients: A randomized clinical trial. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*, 28(128), 156–162.
- Kim, G. M., Kim, S. J., Song, S. K., Kim, H. R., Kang, B. D., Noh, S. H., Chung, H. C., Kim, K. R., & Rha, S. Y. (2017). Prevalence and prognostic implications of psychological distress in patients with gastric cancer. *BMC Cancer*, 17(1), 1–9.
- Lau, F., Downing, M., Lesperance, M., Karlson, N., Kuziemy, C., & Yang, J. (2009). Using the Palliative Performance Scale to Provide Meaningful Survival Estimates. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 134–144.
- Li, Y. C., Feng, Y. H., Chiang, H. Y., Ma, S. C., & Wang, H. H. (2020). The Effectiveness of Dignity Therapy as Applied to End-of-Life Patients with Cancer in Taiwan: A Quasi-Experimental Study. *Asian Nursing Research*, 14(4), 189–195.
- Li, Y., Li, X., Hou, L., Cao, L., Liu, G., & Yang, K. (2020). Effectiveness of dignity therapy for patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of 10 randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 37(3), 234–246.
- Liu, X., Liu, F., Tong, F., Peng, W., Wen, M., Zou, R., Zhang, L., Jiang, L., Yang, H., Yi, L., & Huang, X. (2020). Psychological reactions and interventions to help Cancer patients cope during the COVID-19 pandemic in China. *Journal of Psychosocial Oncology Research & Practice*, 2(3), e35.
- Lovibond, P. F., & Lovibond S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress (DASS) with the Beck Depression and Anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82.
- Naghavi, M., Abolhassani, F., Pourmalek, F., Lakeh, M., Jafari, N., Vaseghi, S., Mahdavi Hezaveh, N., & Kazemeini, H. (2009). The burden of disease and injury in Iran 2003. *Population Health Metrics*, 7, 9.
- National Comprehensive Cancer Network. (2020). *NCCN Distress Thermometer and Problem List for Patients Version 2.2016*. Definitions. <https://doi.org/10.32388/9za0r6>
- Rosenberg, S. (2018). Dignity therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 13(8), 6–7.

- Shabani, A., Masoumian, S., Zamirinejad, S., Hejri, M., Pirmorad, T., & Yaghmaeezadeh, H. (2021). Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain and Behavior*, 11(5), 1–7.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(1), 7–34.
- Taghizadeh, A., Pourali, L., Vaziri, Z., Saedi, H. R., Behdani, F., & Amel, R. (2018). Psychological distress in cancer patients. *Middle East Journal of Cancer*, 9(2), 143–149.
- The Global Cancer Observatory. (2021). *Islamic Republic of Iran*. International Agency for Research on Cancer: WHO; Routledge. <https://doi.org/https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/364-iran-islamic-republic-of-factsheets.pdf>
- Vuksanovic, D., Green, H. J., Dyck, M., & Morrissey, S. A. (2017). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162-170.e1.
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19–28.
- Zaki-Nejad, M., Nikbakht-Nasrabadi, A., Manookian, A., & Shamshiri, A. (2020). The effect of dignity therapy on the quality of life of patients with cancer receiving palliative care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(4), 286–290.
- Zhang, M., Zhang, J., Zhang, F., Zhang, L., & Feng, D. (2018). Prevalence of psychological distress and the effects of resilience and perceived social support among Chinese college students: Does gender make a difference? *Psychiatry Research*, 267, 409–413.