تاثیر مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی: یک مطالعه مروری

مهران نقی بیرانوند[1] ، سیده فاطمه موسوی[2]

۱. مربی پرستاری، گروه پرستاری،دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد، خرم آباد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی پرستاری، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد، خرم آباد، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره یازدهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۹

چکیده

مقدمه و هدف : اخیرا مراقبت های تسکینی در رابطه با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان اهمیت بیشتری یافته است و انجام مطالعاتی در این زمینه وجود دارد که عاملی تعیین کننده در کیفیت مطلوب زندگی برای بیمار و خانواده اش می باشد. هدف از انجام این مطالعه، مرور سیستماتیک تعیین تاثیر مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی می باشد.

روش کار : مطالعه حاضر یک مطالعه مروری سیستماتیک کمی می باشد. در این مطالعه با بکارگیری کلیدواژه های مراقبت، تسکین، کیفیت زندگی، بیماران، سرطان، "*Palliative*"، "*Sedative*"، "*Care*"، "*Cancer*"، "*Patient*" و " *Quality of Life* " از سایت ها و بانک های اطلاعاتی معتبری چون*Science Direct, PubMed, SID* و *Scopus* در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ استفاده گردید. از میان بانک های اطلاعاتی و سایت های جستجو شده، ۷۵۵ مقاله بدست آمد که از بین این مقالات در نهایت ۲۶ مقاله استفاده شد.

یافته ها : ارائه مراقبت های تسکینی برای بیماران سرطانی در همه رده های سنی بمنظور ارائه مراقبت مددجو محور لازم است. در مطالعه حاضر موضوع مراقبت زودهنگام تسکینی و اینکه مراقبت تسکین دهنده باید در اسرع وقت آغاز شود تا حداکثر سود آن به بیماران و مراقبت دهنگان برسد، از اهمیت بسیاری برخودار بود.

نتیجه گیری: مراقبت‌های تسکینی منجر به تسریع بهبودی، کاهش مدت زمان بستری و کاهش هزینه های بیمارستانی و درمان خواهد شد. تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت کننده ، فرهنگ سازی برای سازگاری با انواع مشکلات و ارائه مراقبت‌های تسکینی برای بیماران سرطانی ضروری به نظر می رسد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت های تسکینی، بیماران سرطانی، کیفیت زندگی

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم آباد
Email: mehranbeiranvandmsc@gmail.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

مقدمه

سرطان یکی از علل عمده ناتوانی و مرگ و میر در سراسر جهان است و فراوانی آن نیز روز به روز افزایش می یابد (۱) و بعد از بیماری‌های قلبی- عروقی، دومین علت مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود. در ایران نیز دارای چهارمین رتبه بار بیماری در میان سایر بیماری ها است (۲). سالانه هفت میلیون نفر در جهان به علت ابتلا به سرطان جان خود را از دست می دهند و طبق پیش بینی ها تا سال ۲۰۲۰ تعداد فوت شدگان این بیماری به پانزده میلیون نفر در سال می رسد (۳) . سرطان یکی از مهم ترین اختلالاتی است که به شدت بر سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیر می گذارد (۴). از عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی فقط تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد شده در دوران بیماری نیست، بلکه وضعیت روحی روانی و واکنش فرد نسبت به نتایج آزمایش های تشخیصی و پیش آگهی بیماری و مراحل غم، اندوه و خشم همگی بر کیفیت زندگی بیمار تأثیر دارد (۵) . کیفیت زندگی مفهوم چند بعدی و پیچیده‌ای است که با شاخص هایی مانند: رضایت از زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار همراه می باشد. در بیماران سرطانی مانند سایر بیماری های مزمن هدف اولیه مراقبت‌های پرستاری و تیم مراقبت سلامتی، بهبود عملکرد فردی و به حداکثر رساندن کیفیت زندگی می باشد (۱). اصول اساسی ارائه مراقبت های تسکین دهنده بر ارتباط مکرر و صادقانه، ارزیابی منظم علائم بالینی، ارزیابی های معنوی و هماهنگ سازی اولیه خدمات بیمارستانی و مراقبت های پرستاری تاکید می کنند (۶). حضور پرستاران بر بالین بیماران و محبت کردن به آن ها باعث برآورده شدن نیازهای معنوی بیماران شده و از طرفی به پرستاران نیز کمک می‌کند تا نیازهای بیمارخود را بهتر دریابند (۷). تجربه مراقبت و یا مرگ یکی از اعضای خانواده بر ارائه مراقبت پایان زندگی به بیماران در حال مرگ و خانواده آن ها تاثیر مثبت دارد. دیدگاه مثبت پرستاران نسبت به مراقبت پایان زندگی موجب علاقه پرستاران جهت کسب دانش و مهارت و در نتیجه درک و فهم بیشتری نسبت به رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی خواهد شد (۸). نتایج یک مطالعه‌ی کیفی در اسکاتلند نشان داد تعدادی از مبتلایان به سرطان که در طول حیات خود اعتقادات مذهبی نداشتند در مراحل پایان زندگی به دنبال یک نیروی برتر بودند تا با اتصال به آن نیرو به کیفیت زندگی خود ارتقا بخشند (۵). تعدادی از پژوهشگران در ایتالیا با مطالعه برروی بیماران سرطانی در سنین ۱۸ تا ۶۵ سال به این نتیجه رسیدند که مهم‌ترین عامل اثرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران اضطراب می‌باشد. سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی شامل: سن بالای پنجاه سال، سطح تحصیلات پایین و بیکاری می باشد و بیان داشتند انجام مراقبت‌های تسکینی توسط پرستاران، سطح اضطراب بیماران را کم می‌کند (۹). نتایج پژوهشی مشخص کرد که تلاش‌های بسیاری جهت ارتقای مراقبت‌های تسکینی با رویکرد برنامه های آموزش بین حرفه ای انجام شده است (۱۰). در مطالعه ویتنبرگ و همکاران نشان داده شد که اجرای برنامه‌های آنلاین آموزشی بین حرفه ای باعث بهبود مراقبت‌های تسکینی می شود (۱۱). با توجه به اینکه انجام درمان های مختلف در مراحل پایانی زندگی بیماران سرطانی موثر نمی باشد(۱۲) و همچنین با توجه به اهمیت روز افزون مراقبت های تسکینی در کنترل درد و ایجاد آرامش و رفاه که از مهم ترین مسائل بیماران مبتلا به انواع سرطان می باشد، انجام مطالعاتی در این زمینه ضرورت دارد تا تاثیر مراقبت های تسکینی را بر ابعاد مختلف زندگی بیماران سرطانی مشخص سازد. لذا پژوهشگران بر آن شدند که مروری سیستماتیک با هدف تعیین تاثیر مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام دهند.

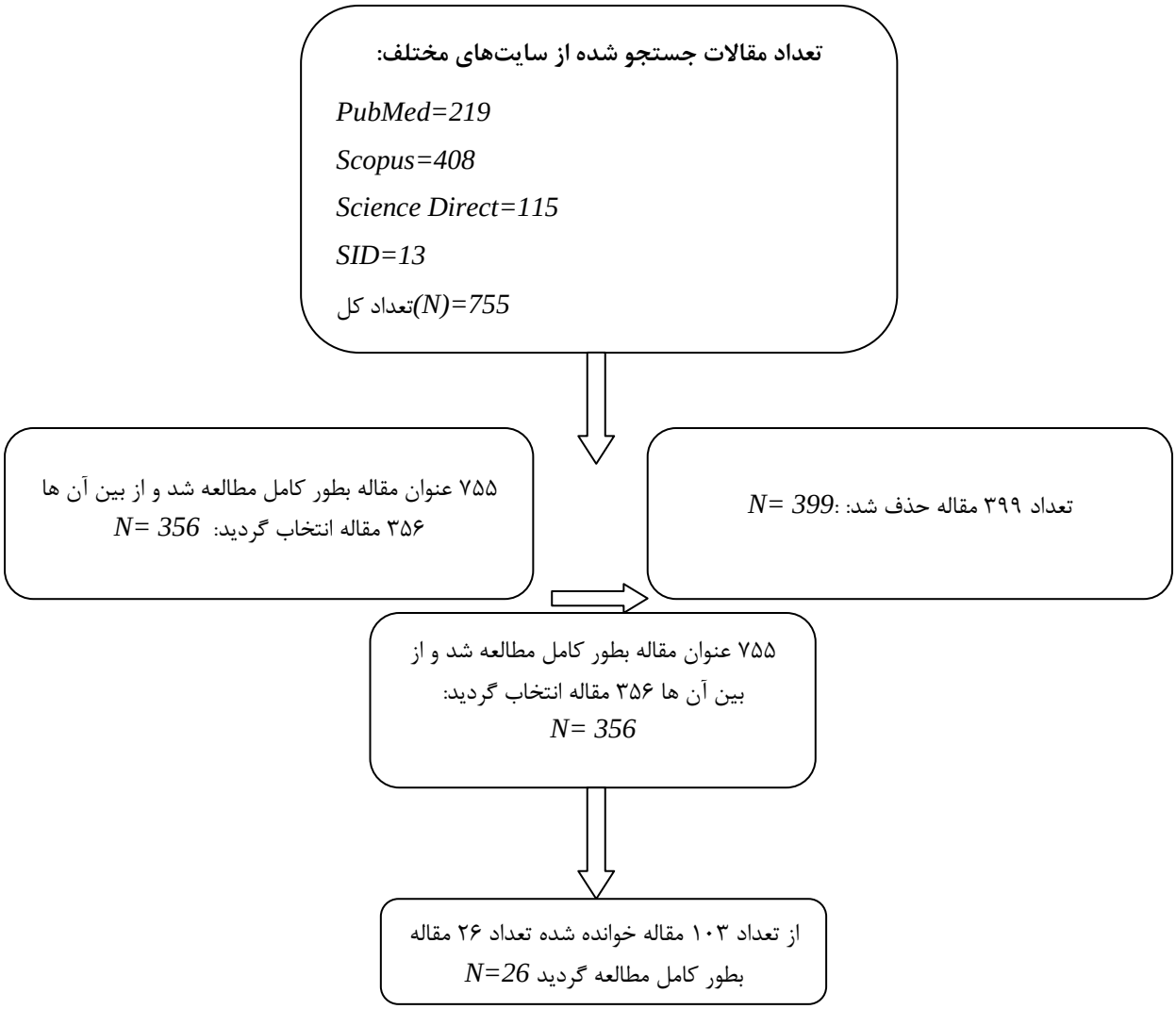
روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری سیستماتیک می باشد که در آن مطالعات کمی مورد بررسی قرار گرفتند و مطالعات کیفی کنار گذاشته شدند. در این مطالعه کلید واژه های فارسی "مراقبت" ، "تسکینی"، "کیفیت زندگی"، "بیماران" ، "سرطان" و کلید واژه های انگلیسی "*Palliative*", "*Sedative*", "*Care*" , "*Cancer*", *"Patient"* و

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

"*Quality*" در مرکز داده های پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی *(SID)* و بانک اطلاعاتی *PubMed, Scopus* و *Science Direct* جست و جو شد. استراتژی جستجو در پایگاه و بانک های اطلاعاتی ذکر شده به این صورت بود که ابتدا مفاهیم و کلید واژه های مرتبط با موضوع مورد مطالعه را تعیین کردیم و سپس با جستجوی ساده و پیشرفته و با استفاده از عملگرهای *OR, AND* و *NOT* و بر اساس تاریخ انتشار و عنوان مقاله جستجو انجام شد. در پایگاه اطلاعاتی *PubMed* جستجو بر اساس *Mesh* (سرعنوان های موضوعی پزشکی) صورت گرفت. برای جست و جوی الکترونیکی از محدوده زمانی استفاده شد. بر این اساس تمام مقالات جست و جو شده بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ بودند. معیار های بررسی شامل انتخاب سوال، تعیین معیار های ورودی، یافتن مطالعات، انتخاب مطالعات، ارزیابی کیفیت مطالعات، استخراج داده ها، تحلیل و ارائه نتایج می باشد (۱۳). معیارهای ورودی و خروجی در جدول شماره ۱ گزارش شده است. از میان بانک های اطلاعاتی و سایت های جستجو شده ۷۵۵ مقاله بدست آمد که از بین این مقالات در نهایت تعداد ۲۶ مقاله استفاده شد.

نمودار ۱ : مطالعه مقالات سرچ شده



[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

جدول شماره ۱: معیارهای ورودی و خروجی

معیارهای خروجی	معیارهای ورودی
۱-مقالات در مورد درمان های غیر تسکینی از جمله شیمی درمانی و رادیوتراپی در بیماران سرطانی باشد. ۲- مقالات قبل از سال ۲۰۰۰ و یا بعد از سال ۲۰۱۶ به چاپ رسیده باشند. ۳-مقالات چاپ نشده و بدون کد پذیرش باشند. ۴-مقالات کنگره ای و سمیناری باشند .	۱-مقالات مرتبط با "مراقبت های تسکینی" و "بیماران سرطانی" و "کیفیت زندگی" استفاده می شوند. ۲-مقالات به زبان انگلیسی و فارسی نوشته شده باشند. ۳-مقالات چاپ شده بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ باشند. ۴-از مقالات پژوهشی استفاده می شود. ۵-از مقالات مروری استفاده می شود.

یافته‌ها

پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی مطالعات در طی مرور سیستماتیک در بانک های اطلاعاتی و سایت های جست و جو شده، تعداد ۷۵۵ مقاله استخراج شد که بعد از بررسی انتقادی، ستنز نهایی بر روی ۲۶ مقاله انجام گرفت که تعداد ۳ مقاله فارسی و ۲۳ مقاله لاتین بود. از بین ۲۶ مقاله به دست آمده ، ۱۱ مقاله اشاره مستقیم به نقش مراقبت تسکینی در بیماران و بیماران سرطانی داشت و از این میان تعداد ۶ مقاله، یاماگیشی و همکاران (۲۰۱۴)، دیپا راناچاری (۲۰۱۳)، آبراهم (۲۰۱۲)، کولین (۲۰۱۲) و الجواهری (۲۰۱۶)، بنازاده و همکاران (۲۰۱۵) به مداخلات مراقبت تسکینی در زندگی بیماران سرطانی مربوط بود و ۲ مقاله کاملیا زیمرن (۲۰۱۴) و نیکلاس دیون (۲۰۱۳) به مراقبت سریع تسکینی پرداخته بودند و مقاله ی رزنبرگ و گرگ جی (۲۰۱۳) به بررسی مراقبت تسکینی در نوجوانان و جوانان پرداخته بود. نوجوانان و بزرگسالان جوان مبتلا به سرطان، گروهی منحصر به فرد و چالش برانگیز از بیماران با نیازهای رشدی و روانی اجتماعی متمایزی می باشند که ممکن است در طول عمر، سرطان آن ها ناشناخته یا مداوا نشده باشد. مراقبت تسکینی به مراقبت کامل از این بیماران اشاره دارد و هدف از آن بهبود کیفیت زندگی با کنترل علائم و کاهش درد جسمی، اجتماعی، روانی و معنوی است (۱۴) . همچنین هملستین و همکاران(۲۰۰۶) چالش های اخلاقی مراقبت کودکان را بررسی کرده اند و مقاله Rutger و همکاران (۲۰۱۵) راجع به بهبود مراقبت تسکینی برای کودکان با توصیه‌های مراقبتی با کیفیت برای تشخیص و تسکین علائم در مراقبت تسکینی کودکان بود (۱۵). مقاله Balducci و همکاران (۲۰۱۶) با اشاره به مراقبت تسکینی در بیماران مسن، تنظیم اهداف در بیماران مسن ممکن است با مشکلات ارتباطی مربوط به شنوایی، شناخت، انتظار و فرهنگ پیچیده باشد. درد ناشی از سرطان مانع عمده ای برای حفظ استقلال عملکردی، مهار خستگی، ناتوانی و مرگ است. مراقبت تسکینی بمنظور مراقبت مددجو محور از بیماران مبتلا به سرطان مسن ضروری است . تنوع این جمعیت از نظر امید به زندگی، تحمل درمان، عملکرد، ناتوانی و حمایت های اجتماعی، برنامه های درمانی شخصی را تعیین می کند (۱۶). مقاله فرل و همکاران (۲۰۱۲) اختصاصاً به ایمان در مراقبت اشاره داشت و تاکید می کند که مراقبت تسکینی با کیفیت فقط در صورتی امکان پذیر است که توجه به نگرانی های معنوی وجود داشته باشد . مداخله معنوی می تواند در زندگی و تجربه بیمار سرطانی یک تغییر مثبت ایجاد نماید (۱۷). دو مقاله نیشابوری و همکاران (۲۰۱۱) و باربرا و همکاران (۲۰۱۵) به تاثیر مثبت کیفیت مراقبت بر زندگی بیماران سرطانی پرداخته بودند. همچنین دو مقاله رُز پی (۲۰۰۱) و فرین و ناگل(۲۰۱۳) بر اهمیت کیفیت زندگی و چگونگی زندگی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته بودند. مقاله میتنبرگ و همکاران (۲۰۱۳) و مقاله ویتنبرگ و همکاران (۲۰۱۴) آموزش ارتباطات مراقبت تسکینی را بررسی کرده بودند و دو مقاله والیزاده و همکاران (۲۰۱۲) و شیت کی و

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

همکاران (۲۰۰۰) به دو موضوع تجربیات بیماران سرطانی و علائم و وضعیت عملکرد بیماران مبتلا به سرطان پرداخته بودند. دو مقاله کاملیا زیمرمن و همکاران (۲۰۱۴) و نیکولاس و همکاران (۲۰۱۳) مراقبت تسکینی اولیه و تسریع در مراقبت تسکینی را بررسی کردند که نتایج نشان داد مراقبت تسکین دهنده باید در اسرع وقت آغاز شود تا حداکثر سود آن به مراقبان بیماران برسد. تعداد ۳ مقاله موک و چو (۲۰۰۴) و شاه نظری (۲۰۱۴) و تونوئه (۲۰۱۴) به اهمیت پرستاران و تاثیر ارتباطات مناسب حرفه ای و مبنی بر اعتماد پرستاران و تاثیر بسزای این ارتباطات بر روند درمان و اینکه بیماران را قوی تر کنند، پرداخته اند. پرستاران توانایی بالقوه کاهش درد و رنج را از طریق حضور تسلی بخش و ایجاد اتصال عمیق با بیماران و خانواده های آن ها را دارند. از میان مقالات استخراج شده تعداد ۳ مقاله مروری و ۲۳ مقاله مداخله ای بودند که ابزار اندازه گیری در مطالعات AGREE, SAS MXXQMA, و SPSS بود.

بحث و نتیجه‌گیری

کاهش سلامت جسمی و روانی در بیماران سرطانی بر کیفیت زندگی آن ها اثر گذاشته و می تواند باعث از دست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. بر این اساس در مطالعه ای که توسط Deepa Rangachari و همکاران(۲۰۱۳) صورت گرفت، اهمیت مراقبت های تسکینی در بهبود عملکرد بیماران سرطانی را بیان کرد (۶). در پژوهشی که توسط Camilla Zimmermann و همکاران(۲۰۱۴) انجام شد، بین بیماران مبتلا به سرطان ریه، مراقبت زودهنگام تسکینی در مقایسه با بیمارانی که از مراقبت های استاندارد استفاده می کنند منجر به بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی و روحیه شد. در بیمارانی که مراقبت های تسکینی اولیه انجام دادند، در پایان عمر مراقبت تهاجمی کمتری داشتند و عمر آن ها بیشتر بود. در بیماران مبتلا به سرطان های پیشرفته، کیفیت زندگی کاهش می یابد که تمایل به وخیم شدن آن تا پایان عمر ادامه دارد. در مطالعه فوق، پژوهشگران تأثیر مراقبت زودرس تسکینی را در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در چندین جنبه از کیفیت زندگی ارزیابی کردند (۱۸) . همچنین نتایج پژوهش Nicholas و همکاران(۲۰۱۳) نشان می دهد که مراقبت تسکین دهنده آنکولوژی همزمان باید در اسرع وقت آغاز شود تا حداکثر سود آن به مراقبان و بیماران برسد (۱۹). مراقبت تسکینی از زمان بیماری و صرنظر از نوع درمان ادامه می یابد (۲۰). در پژوهشی دیگر، محققان آمریکایی با بررسی ۳۹۸ بیمار سرطانی بیان داشتند هرگاه متعاقب تشخیص سرطان سطح سلامت روان کاهش یابد، عملکرد بیماران در سایر حیطه های کیفیت زندگی نیز به مخاطره می افتد (۲۱)، احساس بی قدرتی و درماندگی در بیماران با بیماری های لاعلاج رایج است. بررسی ۱۰۳ بیمار دریافت کننده مراقبت تسکینی (۲۰۰۶) موید آن بود که احساس از دست دادن کنترل و اختیار، نادیده گرفته شدن، انزوا و عدم اطمینان پایه و اساس ایجاد احساس ضعف و ناتوانی روانی است(۲۲). در پژوهشی که توسط ولی زاده و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد، سرطان یک عامل تنش زای عاطفی مطرح شده است، پس یکی از ارکان مراقبت‌های تسکینی کاهش تنش های روانی بیماران می باشد (۲۳). در مطالعه ای که توسط LeBlanc و همکاران(۲۰۱۶) بر روی ۱۶۰ بیمار مبتلا به سرطان خون انجام شد، مشخص گردید که مراقبت‌های تسکینی باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در این بیماران می شود (۲۴). در مطالعه‌ای تحت عنوان " مراقبت تسکینی تحلیل مفهوم به روش راجرز" که (۲۰۱۴) توسط Borimezhad و همکاران انجام شد، بیان داشت که؛ تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی به روشن سازی ابعاد آن انجامید و نشان داد این مفهوم، مفهومی چند بعدی است که در بردارنده ی گستره ای از ویژگی ها می باشد. این مطالعه گویای آن بود که مفهوم مراقبت تسکینی دارای ویژگی هایی در دو رویکرد پایان زندگی و رویکرد همگانی است. ویژگی های مفهوم در رویکرد پایان زندگی با ارتقای کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی، ارتقای رفاه جسمی، روانی و اجتماعی بیمار، حمایت از وی و توجه به معنویات شناخته شده در رویکرد همگانی تاکید ویژگی های مفهوم بر ارائه این مراقبت برای تمام مراحل عمر

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

و تمام بیماران در همه سطوح بیماری و نه تنها در مرحله ی پایان زندگی بوده است (۲۵). مقانی در تحلیل مفهوم مراقبت تسکینی در ایالات متحده آمریکا اظهار نمود اصطلاح مراقبت تسکینی نه تنها در خصوص ارائه مراقبت به بیماران در مراحل پایان زندگی کاربرد دارد بلکه به طور کلی برای ارتقای کیفیت زندگی همه بیماران نیز به کار می رود (۲۶). در مطالعه ای که توسط Barbera و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان " کیفیت مراقبت های پایان زندگی از سرطان در کانادا " انجام شد، نشان داد که از بین ۲۰۰۲۸۵ بیمار مبتلا به سرطان ۵۴ ٪ آن ها در بیمارستان فوت شده اند که از این تعداد ۸/۷ ٪ آن ها در هنگام مرگ مراقبت های تهاجمی و ۴۵/۳ ٪ مراقبت های حمایتی- تسکینی دریافت کرده اند و مرگ آرام تری داشته اند (۲۷) . در هنگام مراقبت از بیماران در مراحل پایان زندگی باید از مراقبت های تسکین دهنده برای آنان استفاده شود، چون در این زمان انجام تدابیر درمانی دیگر موثر نیست. این مراقبت ها از زمانی که تشخیص بیماری تهدید کننده ی زندگی داده می شود، شروع می شوند و تا زمان بهبودی یا حتی مرگ و عزاداری نیز ادامه می یابند. تدابیر پرستاری در مراحل پایان زندگی باید متمرکز بر راحتی بیمار باشد و باید از مراقبت های شدید و کنترل غیر ضروری علائم حیاتی و آزمایشات اضافی و هر گونه درمانی که راحتی بیمار را برهم زند اجتناب شود (۲۸). با توجه به اهمیت نقش مراقبت دهنده در مطلبی برگرفته از کتاب برونر و سودارث، حضور پرستاران بر بالین بیماران و محبت کردن به آن ها باعث برآورده شدن نیازهای معنوی بیماران شده و از طرفی به پرستاران نیز کمک می‌کند تا نیازهای بیمارخود را بهتر دریابند (۲۹). ارتباطات مناسب حرفه ای و ارتباط مبتنی بر اعتماد جز الزامات است که بسیار مهم است. در همین رابطه chiu و mok معتقدند که وقتی رابطه پرستار و بیمار بر اساس اعتماد شکل می گیرد، بیماران به پرستاران تنها به عنوان ارائه دهنده مراقبت نمی نگرند بلکه آنها را بخشی از خانواده یا یک دوست خوب تصور می کنند. از آن جا که اعتماد، پرستار و بیمار را به اهدافشان می رساند، می تواند عنصر مهمی در زمینه مراقبت تسکینی باشد(۳۰). پرستاران توانایی بالقوه کاهش درد و رنج را از طریق حضور تسلی بخش و ایجاد اتصال عمیق با بیماران و خانواده های آنان دارند و از این رو پرستاران می توانند بیماران خود را قویتر کنند و به آنها جرات بدهند تا زندگی معنا داری را تجربه کنند و با شان و وقار بمیرند (۳۱). نگرش شخصی پرستاران نسبت به مرگ و مراقبت از افراد در حال مرگ باید با اهداف آنها مطابقت داشته باشد. پرستاران زمانی می توانند نگرش مثبتی به مرگ و مراقبت از افراد در حال مرگ داشته باشند که ارتباطی بشر دوستانه با افراد جامعه داشته باشند (۳۲). در مطالعه Banazadeh و همکاران(۲۰۱۵) نیز مشخص شد پرستارانی که مرگ افراد فامیل یا دوستان نزدیک را تجربه کرده اند نسبت به افرادی که چنین تجربه ای نداشتند، اهمیت رفتار های حمایتی را بیشتر گزارش کردند. تجربه مراقبت و یا مرگ یکی از اعضای خانواده بر ارائه مراقبت پایان زندگی به بیماران در حال مرگ و خانواده آن ها تاثیر مثبت دارد. دیدگاه مثبت پرستاران نسبت به مراقبت پایان زندگی موجب علاقه پرستاران جهت کسب دانش و افزایش مهارت و در نتیجه درک و فهم بیشتری نسبت به رفتارهای حمایتی ارائه مراقبت پایان زندگی خواهد شد(۸). این مطالعات با مطالعات کنونی همسو بوده و این امر را تایید می نماید؛ افرادی که تجربه مراقبت از دوستان یا آشنایان را داشته اند اهمیت مراقبت حمایتی – تسکینی را بهتر و بیشتر درک می کنند. .با توجه به اینکه در بیشتر پژوهش های بررسی شده در مطالعه حاضر، مراقبت های تسکینی تاثیر بسزا و قابل توجهی در افزایش کیفیت و امید به زندگی بیماران سرطانی داشت لذا، ضرورت اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل عوارض بیماری، درمان و بکارگیری مراقبت های تسکینی و آرام بخشی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران سرطانی به شدت احساس می شود؛ به طوری که بهبود و ارتقای کیفیت زندگی باید به عنوان یکی از اهداف اولیه در درمان سرطان در نظر گرفته شود؛ چرا که امید به زندگی یکی از نیازهای اساسی بیماران سرطانی در

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

راستای ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی آنان به شمار می رود.

ارائه مراقبت های تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان باعث افزایش کیفیت زندگیشان می شود؛ چرا که به این بیماران در احساس توانایی فائق آمدن به بیماری خود کمک می نماید. مراقبت های تسکینی در حیطه های عملکردی، شناختی، ایفای نقش اجتماعی و همچنین کاهش برخی نشانه‌ها و علایم بیماری می تواند مؤثر واقع شود و تاثیر بسزایی بر روی بهبود بقا و کنترل علایم، کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش استفاده از شیمی درمانی بیهوده در آخر عمر، بهبود رضایت مندی خانواده و کیفیت زندگی دارد. همچنین مراقبت های تسکینی منجر به تسریع بهبودی، کاهش مدت زمان بستری و کاهش هزینه های بیمارستانی و درمانی خواهند شد. تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت کننده، فرهنگ سازی برای سازگاری با انواع مشکلات این بیماران و ارائه مراقبت‌های تسکینی برای بیماران سرطانی ضروری به نظر می رسد و پرستاران با شناسایی نیازهای بیماران سرطانی میتوانند موقعیت های مناسبی جهت بهبودی آن ها فراهم نمایند.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

References

1. Micheli A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E,Sant M, Oberaigner W, et al. European health systemsand cancer care. Ann Oncol. 2003;14 Suppl 5:v41-60.PMID: 14684500
2. Mathers CD, Vos T, Lopez AD, Salomon J, Ezzati M.National burden of disease studies: a practical guide.Global Program On Evidence For Health Policy;Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Pearson H. Managing the emotional aspects of end of life care for children and young people. Paediatric nursing. 2010;22(7):31.
4. Ferrell BR, Baird P, editors. Deriving meaning and faith in caregiving. Seminars in oncology nursing; 2012: Elsevier.
5. Barbera L, Seow H, Sutradhar R, Chu A, Burge F, Fassbender K, et al. Quality of end-of-life cancer care in Canada: a retrospective four-province study using administrative health care data. Current Oncology. 2015;22(5):341.
6. Deepa Rangachari, MD and Thomas J. Smith, MD. Integrating Palliative Care in Oncology The Oncologist as a Primary Palliative Care Provider ; Cancer J. 2013 Sep-Oct; 19(5): 373–378.
7. Smeltzer S, Bare BG, Hinkle J, Cheever K. Textbook of medical Surgical Nursing . Philadelpia. Lippincott; 2004.
8. Banazadeh Marjan, Azizadeh Forouzi Mansooreh, Eranmanesh Sedigheh, Shamsi Ella. Review the importance of behaviors, supportive care, end-of-life for children dying from the perspective of nurses .Journal of pediatric nursing .2015, the period2,41-51.
9. Collin M. The search for a higher power among terminally ill people with no previous religion or belief. International journal of palliative nursing. 2012;18(8):384-9.
10.Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B, Burchett M. Assessment of an interprofessional online curriculum for palliative care communication training. Journal of palliative medicine. 2014;17(4):400-6.
11. Farin E and Nagl M. The patient-physician relationship in patients with breast cancer: influence on changes in quality of life after rehabilitation. Qual Life Res.2013; 22: 283-94.
12. Rose P, Yates P. Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancers of the head and neck. Cancer Nursing. 2001;24(4):255-63.
13.Cochrane Effective practice and organisation of care Reviw Group.The data collection chechlist .2002[cited 08 August 2016.
14.Rosenberg A, Wolfe J.Palliative care for adolescents and young adults with cancer 24؛March 2013 Volume 2013:3 Pages 41—48
15.Rutger R. G. Knops, Leontien C. M. Kremer, […].Paediatric palliative care: recommendations for treatment of symptoms in the Netherlands;Article number: 57 (2015)
16.Balducci L1, Dolan D2.Palliative Care of Cancer in the Older Patient.Curr Oncol Rep; 2016 Dec;18(12):70.
17. Himelstein BP. Palliative care for infants, children, adolescents, and their families. Journal of palliative medicine. 2006;9(1):163-81.
18. Camilla Zimmermann, Nadia Swami, Monika Krzyzanowska, Breffni Hannon, Natasha Leighl, Amit Oza,et all.Early palliative care for patients wit advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial;The Lancet 383 (9930), 1721-1730, 2014
19. Nicholas Dionne-Odom , Andres Azuero , Kathleen Lyons , Zhongze Li , Tor Tosteson , Zhigang Lijay Hull, et all.Benefits of immediate versus delayed palliative care to informal family caregivers of .persons with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized clinical trial;American Society of Clinical Oncology. Suite 800, Alexandria, VA 22314(2013)
20. WHo definition of palliative care ;WHO2010(updated 2017;cited2014 Apr).
21. Cochrane Effective practice and organisation of care Reviw Group.The data collection chechlist .2002[cited 08 August 2016].
22. Sandgren A,ThulesiusH Fridlund B,Petersoson k. stiving for emotional survival in palliative cancer nursing , Qual Health Res.2006;16(1):79-96.
23. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, et al. Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese, nationwide, region-based, multicenter survey. Journal of pain and symptom management. 2012;43(3):503-14.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

24. El-Jawahri, A., LeBlanc, T., VanDusen, H., Traeger, L., Greer, J. A., Pirl, W. F& McAfee, S. Effect of inpatient palliative care on quality of life 2 weeks after hematopoietic stem cell transplantation: a randomized clinical trial. Jama.2016;316(20), 2094-2103.
25. Borimezhad L , seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M .Concept Analysis of palliative care using Rodgers Evolutionary Method :Iran journal of nursing .vol.26, No.86, feb2014:1-15(Persian).
26.Meghani Sh.A cocept analysis of palliative care in the united states .J Adv Nurse .2004 ;46(2):152-619(Persian).
27.Barbera L, Seow H and Sutradhar L. Quality of end-of-life cancer care in canada: a retrospective four-province study using administrative health care data. Current Oncology .2015;22(5): 341-355.
28. Shahnazari J. ethics and nurding care for dying paitient.Cardiovasc Nurse J .2014 2(4):6;70(Persian).
29. Schuit K and Sleijfer D. Symptoms and functional status of patients with disseminated cancer visiting outpatient departments. Journal of Pain and Symptom Management.2000; 16(5): 290-297.
30.Mok E , ChuPC.Nurse-patient relationships in palliative care . J AsvNurs.2004;48(5):475
31.Tornoe KL,Danbolt LJ , Kving K,Sorlie V.The power of consoling presence – hospice nurses lived experience with spiritualcare for the dying.BMC Nurse.2014;13:25
32.Richardson J. Health promotion in palliative care: The patients perception of therapeuticinteraction with the palliative nurse in the primary care setting. Journal of Advanced Nursing 2002; 40: 432 440.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]

The effect of palliative care on the quality of life of cancer patients: A systematic review

***Mehran Naghibeiranvand*[1] , *Seyedeh Fatemeh Mousavi*[2]**

1.Nursing Mentor,Departeman of Nursing, Faculty of Nursing, Islamic Azad University, Khorramabad Branch, Khorramabad, Iran.
2.BSN Student of Nursing,Young Researches Club, Islamic Azad University, Khorramabad Branch, Khorramabad, Iran.

Abstract

Back grand & Aim: *Recently, palliative care has become more important in relation to the quality of life of cancer patients, and there are studies that determine the optimal quality of life for the patient and his family. The aim of this study is to systematically review the Effect of palliative care on the quality of life of cancer patients.*

Methods:*In this systematic review, we used keywords such as "Palliative", "Sedative", "Care", "Cancer", "Patient" and "Quality of Life "in reputable sites and databases such as SID, PubMed, Science Direct and Scopus between 2000 and 2016. Among the databases and searched sites, 755 articles were obtained, which 26 of them were used.*

Finding: *Providing palliative care for cancer patients of all ages is necessary to provide patient-centered care. In the present study, the early palliative care and the fact that palliative care should be started as soon as possible to maximize its benefits to patients and caregivers was reported as important issue.*

Conclusion: *Palliative care will lead to quick recovery, reduce the length of hospital stay, and reduce hospital and medical costs. It isnecessary to establish and strengthen supportive institutions, to create a culture of adaptation to the various problems of cancer patients, and to provide palliative care for these patients.*

Key words: *Palliative care, Cancer patients, Quality of life*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30]