

بررسی تأثیر شأن‌درمانی بر شأن انسانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز

سعید واقعی^۱، *اکرم ربانی جوادی^۲، سید رضا مظلوم^۳، نیره داودی^۴، مرتضی مدرس غروی^۵

۱. مربی گروه آموزش روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. دکتری پرستاری و عضو هیأت علمی گروه داخلی-جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. مربی گروه داخلی-جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری بیمارستان ابن‌سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکترا، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: Rabbanijal@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه یک وضعیت تهدید کننده حیات است. این بیماران به سبب استرس‌های طولانی، مستعد ابتلا به مشکلات روانی فراوانی هستند. شأن‌درمانی یک شیوه نوین برای درمان مسایل روانی در بیماران مبتلا به یک وضعیت محدود کننده و تهدید کننده زندگی می‌باشد.

هدف: تعیین تأثیر شأن‌درمانی بر شأن انسانی بیماران تحت همودیالیز.

روش: این پژوهش از نوع تجربی دوگروهه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است؛ که در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان‌های منتخب مشهد انجام شد. از ۷۴ بیمار با شرایط ورود به مطالعه، ۳۶ بیمار مراجعه کننده به صورت تصادفی، در روزهای زوج به گروه شأن‌درمانی و ۳۸ بیمار روزهای فرد به گروه کنترل تخصیص یافتند. برنامه شأن‌درمانی در حین همودیالیز طی ۳ تا ۴ جلسه برای هر بیمار انجام شد. شأن انسانی واحدهای پژوهش با پرسشنامه شأن انسانی قبل و بعد از مداخله بررسی شد. داده‌های با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و آزمون‌های آماری ویلکاکسون، من‌ویتنی و آنالیز واریانس دوطرفه تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی واحدهای پژوهش $49/0 \pm 12/8$ سال بود. $44/6$ درصد واحدهای پژوهش متأهل و $81/1$ درصد تحصیلات ابتدایی داشتند. تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره شأن انسانی در گروه شأن‌درمانی، قبل ($47/2 \pm 15/3$) و بعد از مداخله ($40/4 \pm 18/35$) وجود داشت ($p < 0/001$). در گروه کنترل، میانگین نمره شأن انسانی قبل ($50/8 \pm 19/1$) و بعد از مداخله ($49/9 \pm 20/38$) تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که شأن‌درمانی می‌تواند شأن انسانی بیماران تحت همودیالیز را افزایش دهد؛ بنابراین، از طریق آموزش پرستاران و برنامه‌ریزی مناسب می‌توان به سلامت روانی این بیماران کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: شأن‌درمانی، نارسایی مزمن کلیه، همودیالیز، شأن انسانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۵/۱۳

مقدمه

واژه شأن و کرامت انسانی (Dignity) بیان جدید این باور است که انسان‌ها جلوه‌ای از خداوند هستند و همه انسان‌ها بدون توجه به قابلیت‌ها یا رفتارشان، از این جایگاه برخوردارند. کرامت انسانی موهبتی از جانب خداست و چیزی نیست که ما یاد بگیریم یا کسب کنیم. تأمل در موهبت بودن کرامت انسانی باید خودبینی و تکبر ما را در چگونگی رفتار با دیگران از بین ببرد. به هر انسانی شأن و منزلت یکسانی داده شده است؛ بنابراین، ما باید با دیگران با همان شأن و منزلتی رفتار کنیم که می‌خواهیم با ما رفتار شود (۱).

شأن در لغت، دارای معانی مختلفی است؛ که مهمترین آن‌ها ارزش، حرمت، حیثیت، بزرگواری، عزت، شرافت، انسانیت، کرامت، مقام، موقعیت و منزلت می‌باشد. در دایرةالمعارف انگلیسی آکسفورد، واژه شأن از عبارت لاتین (Dignitas) گرفته شده و به معنای شرافت، حیثیت، افتخار، استحقاق و احترام است (۲).

جکلون (Jaclone) و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند که شأن یک مشخصه ذاتی وجود انسان است؛ که به طور ذهنی احساس می‌شود و از طریق رفتارهایی مانند احترام به خود و احترام به دیگران آشکار می‌گردد (۳).

چاکاینوف (Chochinov) و همکاران (۲۰۰۲) در الگوی ارایه شده در مطالعه خود، عوامل حفظ و ارتقاء دهنده شأن را شامل: سطح استقلال (دقت شناختی، ظرفیت عملکردی)، تداوم خود، حفظ غرور، حفظ نقش، میرایی-حیات مجدد، سربلندی، امیدواری، داشتن اختیار-کنترل، پذیرش، پویایی-روحیه تلاش، زندگی در لحظه، حفظ حالت طبیعی، جستجوی راحتی معنوی، حفظ حریم خصوصی، حمایت‌های اجتماعی و داشتن نگرش مراقبتی ذکر نموده‌اند (۴).

هم‌اکنون به واژه شأن انسانی، به طور فزاینده‌ای در بحث‌های علمی مرتبط با مراقبت اشاره می‌شود و عباراتی مانند: احترام برای شأن انسانی، درمان همراه با شأن، مرگ توأم با شأن و حقوق مرتبط با شأن مکرراً در علوم بهداشتی استفاده می‌شود. شأن در کدهای اخلاقی به عنوان یک وظیفه و در چهارچوب حقوق انسانی به عنوان یک حق (Right) تلقی می‌گردد و یک پرستار مسؤولیت حفظ و ارتقای شأن بیمار خود را به عهده دارد. بنابراین، احترام به شأن بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان، حایز اهمیت است و احترام به حقوق مربوط به شأن افراد در پرستاری جزء اصول مراقبت محسوب می‌گردد. شأن در رابطه با بیماران، با عناصری مانند احترام، حریم خصوصی، کنترل و وکالت تعریف می‌شود. طبق نظر باقری، شأن یک مفهوم مهم و اساسی در پرستاری و به معنای احترام به فردیت

انسان‌ها و رفتار با آن‌ها به عنوان یک انسان کامل، نه یک موجود تنها و راکد می‌باشد (۲).

احترام به شأن انسان‌ها اساس اصلی مراقبت پرستاری می‌باشد (۲). مفهوم شأن انسانی موجب ایجاد یک دیدگاه و مدل جدید و وسیع در برنامه‌ریزی مراقبت از بیماران در مراحل پیشرفته بیماری می‌شود (۵).

با توجه به تعاریف فوق، مفهوم شأن و کرامت انسانی در پرستاری و در امر مراقبت از بیمار، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا، چاکاینوف (Chochinov) و همکاران (۲۰۰۲) در یک مطالعه کیفی با رویکرد نظریه پایه، به بررسی عوامل حفظ و ارتقاء دهنده شأن بیمار پرداختند و مدل شأن انسانی را به منظور برنامه‌ریزی مراقبت از بیماران ارایه نمودند (۵). مدل شأن انسانی راهنمایی را به منظور ارتقای کرامت انسانی در طی اجرای رویه‌های درمانی فراهم می‌سازد و زیرگروه‌های تعبیه شده در آن، منجر به ایجاد یک روش درمانی جدید و منحصر به فرد به نام شأن‌درمانی شد (۶)؛ که شأن‌درمانی یک روش روان‌درمانی حمایتی منحصر به فرد، شخصی و کوتاه‌مدت می‌باشد و برای بیماران و خانواده افرادی که دچار بیماری محدود کننده و یا تهدید کننده زندگی هستند، انجام می‌شود (۵). نارسایی مزمن کلیه یک وضعیت تهدید کننده حیات است. این بیماران به سبب استرس‌های طولانی ناشی از محدودیت غذایی، اختلال عملکرد، اختلالات متابولیکی و عدم حمایت اجتماعی و اقتصادی مستعد ابتلا به مشکلات روانی فراوانی هستند (۷ و ۸).

با توجه به این که روش شأن‌درمانی به عنوان یک روش روان‌درمانی منحصر به فرد به منظور افزایش معنابخشی زندگی و هدف‌مندی در بیماران مبتلا به یک وضعیت محدود کننده و تهدید کننده زندگی شناخته شده است و بیماران تحت همودیالیز به علت وجود مشکلات متعدد به گونه‌ای دچار محدودیت در زندگی هستند و استرس زیاد و طولانی مدت را تجربه می‌کنند. از سوی دیگر، تاکنون پژوهشی در مورد تأثیر استفاده از این روش بر کرامت انسانی بیماران تحت همودیالیز در کشور ما و سایر کشورها انجام نشده است؛ بر آن شدیم تا این پژوهش را با هدف تعیین تأثیر شأن‌درمانی بر کرامت انسانی بیماران تحت همودیالیز انجام دهیم؛ تا نتایج این تحقیق ضمن حمایت از این بیماران، رهگشای طرح‌های مداخله‌ای در این خصوص باشد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع تجربی (Experimental) دوگروهه با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد. واحدهای پژوهش شامل بیماران مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیه تحت همودیالیز مراجعه

و در موارد لازم و صورت امکان، آن را برآورده نمایند و در نهایت، یک ماه بعد از مداخله، پس‌آزمون انجام شد.

برای گروه کنترل، بیماران روزهای فرد که تمایل و شرایط ورود به مطالعه را داشتند نیز لیست شد و از میان آن‌ها، همان تعداد بیماران روزهای زوج که در گروه مداخله قرار گرفته بودند به طور تصادفی انتخاب شدند و در گروه کنترل قرار گرفتند و پیش‌آزمون و پس‌آزمون یک ماه بعد اجرا گردید. نمونه‌گیری طی ۶ ماه انجام گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل چک‌لیست انتخاب واحدهای پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی و شغلی، ابزار سنجش شأن انسانی، پرسشنامه مختصر وضعیت روانی (Mini Mental Status Examination) MMSE (Score) و پرسشنامه حمایت اجتماعی بود.

ابزار سنجش شأن انسانی شامل ۲۵ پرسش با مقیاس لیکرت می‌باشد. هر پرسش بر اساس مقیاس رتبه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده است؛ که نمره «۱=بدون مشکل»، نمره «۲=مشکل کم»، نمره «۳=مشکل متوسط»، نمره «۴=مشکل زیاد» و نمره «۵=مشکل خیلی زیاد» می‌باشد. این ابزار با استفاده از مدل شأن انسانی ایجاد شده و در بیمارانی که در مرحله پیشرفته بیماری قرار دارند به منظور اندازه‌گیری منابع مختلف دیسترس مربوط به شأن انسانی طراحی شده است. این ابزار شامل ۵ بُعد اصلی علایم دیسترس، دیسترس وجودی، وابستگی، آرامش روحی و حمایت اجتماعی می‌باشد. دامنه نمره شأن انسانی در این پژوهش ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد؛ که نمره ۲۵ سطح شأن بالاتر و نمره ۱۲۵ سطح شأن پایین‌تر را نشان می‌دهد.

این پرسشنامه دارای ۵ بُعد می‌باشد؛ که هر کدام از این ابعاد، فاکتورهایی را دربرمی‌گیرد. بُعد علایم دیسترس به منابع دیسترس فیزیکی و روانی اشاره دارد؛ بُعد دیسترس وجودی به احساس این که تغییرات فرد چگونه توسط دیگران دیده می‌شود، احساس ارزش و یا سربار دیگران بودن و حس توانایی انجام کارهای مهم را دربرمی‌گیرد.

بُعد آرامش ذهنی به نگرانی در مورد زندگی معنوی، احساس وجود برخی از کارهای ناتمام و نداشتن یک رابطه معنی‌دار در زندگی اشاره می‌کند. بُعد وابستگی مواردی مانند این که فرد قادر نباشد کارهای روزانه و مربوط به عملکرد بدن خود را انجام داده و حریم شخصی بیمار کاهش یابد و بُعد حمایت اجتماعی شامل احساس حمایت نشدن از طرف خانواده، دوستان، جامعه و تیم مراقبت را شامل می‌شود.

روایی چک‌لیست انتخاب واحدهای پژوهش و پرسشنامه اطلاعات فردی و شغلی به شکل روایی محتوا بررسی شد. به

کننده به بخش‌های همودیالیز در مرکز آموزشی و پژوهشی امام‌رضا (ع) بیمارستان ۱۷ شهریور و بیمارستان هاشمی‌نژاد مشهد در سال ۱۳۹۱ می‌باشند. علت انتخاب این بیمارستان‌ها، نزدیک بودن شرایط بیماران و امکانات درمانی آن‌ها نسبت به هم می‌باشد.

معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بود از: تمایل به شرکت در پژوهش؛ تکمیل فرم رضایت آگاهانه؛ اطلاع از نوع بیماری؛ حداقل ۶ ماه درمان با همودیالیز (طی مرحله بحران)؛ سن بالای ۱۸ سال و کمتر از ۷۰ سال؛ داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن (به منظور پاسخ‌گویی به پرسش‌های پرسشنامه)؛ توانایی جسمی و عدم نقص شناختی (بر اساس پرسشنامه معاینه وضعیت روانی) برای شرکت در جلسات و پاسخ به پرسش‌های پرسشنامه؛ نداشتن سوء مصرف مواد؛ نداشتن اختلال روانی عمده (اسکیزوفرنی، اختلالات پارانوئید و افسردگی اساسی)؛ عدم سابقه مصرف داروهای مؤثر بر روان؛ و عدم قصد مسافرت بیش از ۴ هفته یا مهاجرت از مشهد به جای دیگر در طی یک ماه بعد.

پس از اخذ رضایت‌نامه، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و سپس واحدهای پژوهش بر اساس روزهای هفته، به طور تصادفی به دو گروه تخصیص یافتند؛ به طوری که بیماران مراجعه کننده به مراکز دیالیز در روزهای زوج در گروه شأن‌درمانی و بیماران مراجعه کننده در روزهای فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. روش جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که بعد از انجام پیش‌آزمون، پرسش‌های پروتکل شأن‌درمانی که شامل ۱۲ پرسش بود و یک چهارچوب و ساختاری برای هدایت بیمار در طی جلسه شأن‌درمانی فراهم می‌نمود، برای فکر کردن در اختیار بیماران گروه مداخله قرار می‌گرفت.

۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد، جلسه درمانی شأن‌درمانی در مدت زمان ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به همراه ضبط صدا اجرا شد؛ که در تمام طول جلسه، سعی شد تا با برقراری ارتباط مناسب، اهمیت و شأن و ارزش بیمار در مورد افکار، گفتار و احساسات وی حفظ شود. همچنین در طی فرآیند مصاحبه، مصاحبه کننده با استفاده از پرسش‌های بازپاسخ به بیمار کمک می‌کرد تا سخنان خود را با جزئیات بیشتری بیان نماید. پس از انجام مصاحبه، صحبت‌های ضبط شده رونویسی و ویرایش و ایجاد یک سند مولد، در جلسه سوم (۲ تا ۳ روز بعد) دست‌نوشته‌ها برای بیمار خوانده شد؛ تا وی پیشنهادات و اصلاحات خود را ارایه نماید و چنانچه موردی از قلم افتاده بود، اضافه گردد. سپس نسخه نهایی در اختیار فردی از نزدیکان بیمار گذاشته شد تا سند مولد را با سایر اعضای خانواده نیز به اشتراک گذارد؛ تا آن‌ها نیز با افکار و گذشته بیمار بیشتر آشنا شوند و از خواسته‌های وی مطلع شوند

سابقه پیوند کلیه داشتند و (۶۷/۶ درصد) کاندید پیوند کلیه بودند.

به منظور بررسی همگن بودن گروه‌ها از نظر متغیرهای مورد مطالعه (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، میزان درآمد، مدت زمان تحت همودیالیز بودن و ...)، از آزمون آماری مجذورکای و تی‌مستقل استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌ها از لحاظ هیچ کدام از متغیرها وجود نداشت و گروه‌ها کاملاً همگن بودند. با توجه به توزیع غیرنرمال نمره شأن انسانی در گروه مداخله، برای مقایسه میانگین نمره شأن انسانی در دو گروه شاددرمانی و کنترل به تفکیک مرحله قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله (مقایسه بین‌گروهی) آزمون من‌ویتنی انجام شد.

نتایج نشان داد که در مرحله قبل از مداخله بین دو گروه کنترل (۵۰/۸±۱۹/۱) و شأن‌درمانی (۴۷/۲±۱۵/۳) از نظر نمره شأن انسانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۶۳۴)؛ یعنی دو گروه از این نظر همگن می‌باشند. اما در مرحله یک ماه بعد از مداخله، نتیجه آزمون نشان داد که میانگین نمره شأن انسانی در گروه شأن‌درمانی (۴۰/۴±۱۸/۳۵) به طور معنی‌داری از گروه کنترل (۴۹/۹±۲۰/۳۸) بیشتر است (P<۰/۰۱۵). لازم به ذکر است که کسب نمره بالاتر در پرسشنامه شأن انسانی، نشان دهنده شأن انسانی کمتر است.

با توجه به توزیع نرمال نمره شأن انسانی در گروه کنترل، برای مقایسه میانگین نمره شأن انسانی در مرحله قبل و بعد از مداخله (مقایسه درون‌گروهی) از آزمون تی‌وابسته استفاده شد. همچنین به علت توزیع غیرنرمال نمره شأن انسانی در گروه مداخله، برای مقایسه میانگین نمره شأن انسانی در مرحله قبل و بعد از شأن‌درمانی (مقایسه درون‌گروهی) از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره شأن انسانی در گروه شأن‌درمانی، قبل (۴۷/۲±۱۵/۳) و بعد از مداخله (۴۰/۴±۱۸/۳۵) تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). اما در گروه کنترل، نتایج آزمون آماری تی‌وابسته نشان داد که میانگین نمره شأن انسانی قبل (۵۰/۸±۱۹/۱) و بعد از مداخله (۴۹/۹±۲۰/۳۸) تفاوت آماری معنی‌داری ندارد (P=۰/۵۷۲) (جدول ۱).

به منظور مقایسه میانگین نمره ابعاد شأن انسانی قبل و بعد از مداخله، از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. نتایج آزمون در مورد بُعد علایم دیسترس شأن انسانی، نشان داد که در گروه شأن‌درمانی، میانگین نمره این بُعد در قبل (۱۴/۱±۶/۰۶) و بعد از مداخله (۱۰/۳±۴/۷۳) تفاوت آماری معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۳). در حالی که در گروه کنترل، تفاوت معنی‌دار نبود (P=۰/۰۹۸).

این ترتیب که ده نفر از متخصصین دانشکده پرستاری و مامایی مشهد ابزارها را بررسی و تأیید کردند. برای تعیین روایی ابزار سنجش شأن انسانی از روش تعیین شاخص روایی محتوی (Content Validity) استفاده شد. به این صورت که این ابزار پس از ترجمه و تأیید کارشناس زبان انگلیسی، به همراه جدول ارزش‌دهی که هر عبارت ابزار را با گزینه‌های چهارگانه: نامناسب، نسبتاً مناسب (نیازمند اصلاح کلی)، مناسب (نیازمند اصلاح جزئی) و بسیار مناسب ارزیابی می‌نماید، در اختیار ده نفر از صاحب‌نظران (مشمتم بر اساتید محترم راهنما، مشاورین و اعضای هیأت علمی) قرار گرفت تا آن را ارزیابی نمایند.

با تحلیل این نظرات، شاخص روایی برای هر عبارت، محاسبه شد و عباراتی که شاخص روایی محتوی کمتر از ۰/۷ داشتند اصلاح گردید.

به منظور تعیین پایایی پرسشنامه شأن انسانی پس از ترجمه، از روش آزمون-آزمون مجدد (Test-re-test) استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه در اختیار بیماران تحت همودیالیز قرار داده شد و یک هفته بعد در شرایطی که وضعیت افراد تغییر نکرده بود، مجدداً در اختیار آن‌ها قرار داده شد و پایایی آن با ضریب همبستگی ۰/۸۴ تأیید شد.

پرسشنامه مختصر وضعیت روانی در مطالعه فروغان و همکاران (۲۰۰۶) استفاده و روایی ملاکی این ابزار ۰/۷۸ گزارش شده است.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ تحلیل گردید. برای دستیابی به هدف پژوهش، از آمار توصیفی، آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف و شپرو ویلک به منظور بررسی نرمال بودن متغیرها و آزمون ویلکاکسون، من‌ویتنی و آنالیز واریانس دوطرفه برای بررسی اهداف پژوهش استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش ۴۹/۰ سال بود؛ که در محدوده سنی بین ۲۰ تا ۷۰ سال قرار داشتند. مدت زمانی که تحت همودیالیز قرار داشتند (۴/۷±۵/۶) سال بود؛ که بیشترین مدت زمان ۲۶ سال و کمترین مدت ۶ ماه بود. تمام افراد شرکت‌کننده در این پژوهش مسلمان و شیعه و ساکن مشهد بودند و ۶۴/۹ درصد از آن‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر وضعیت شغلی، (۳۸/۹ درصد) افراد گروه شأن‌درمانی بازنشسته و (۳۴/۲ درصد) بیماران گروه کنترل خانه‌دار بودند. اکثر واحدهای پژوهش در هر دو گروه شأن‌درمانی (۸۶/۱ درصد) و کنترل (۹۲/۱ درصد) فارس بودند. ۴۵/۹ درصد از واحدهای پژوهش بین یک تا ۴ فرزند داشتند. بیشترین علت نارسایی کلیه و نیاز به انجام دیالیز، ابتلا به دیابت (۴۳/۲ درصد) و فشارخون بالا (۲۸/۴ درصد) بود. از میان واحدهای پژوهش (۲۰/۳ درصد)

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره شأن انسانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در دو گروه شأن درمانی و کنترل در مراحل قبل و یک ماه بعد از مداخله

نتیجه آزمون من ویتنی	گروه					
	کل		شأن درمانی		کنترل	
	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین
Z=۰/۴۷ P=۰/۶۳۴	۷۴	۴۹/۱±۱۷/۳۷	۳۶	۴۷/۲±۱۵/۳	۳۸	۵۰/۸±۱۹/۱
Z=۲/۴۴ p<۰/۰۱۵	۷۴	۴۵/۳±۱۹/۸	۳۶	۴۰/۴±۱۸/۳۵	۳۸	۴۹/۹±۲۰/۳۸
			ویلکاکسون Z=-۳/۱۹ p<۰/۰۰۱	تی وابسته t=۵/۷۱ P=۰/۵۷۲		نتیجه آزمون

نشان داد که در گروه شأن درمانی، میانگین نمره این بُعد در قبل (۸/۰±۳/۴۸) و یک ماه بعد از مداخله (۶/۷±۳/۴۴) تفاوت آماری معنی داری دارد (P<۰/۰۲۴)؛ اما در گروه کنترل، این تفاوت معنی دار نبود (P=۰/۴۷۸).

نتایج در مورد بُعد حمایت اجتماعی شأن انسانی نشان داد که در گروه شأن درمانی، میانگین نمره این بُعد در قبل (۵/۰±۲/۴۳) و یک ماه بعد از مداخله (۴/۵±۲/۵۷) تفاوت آماری معنی داری ندارد (P=۰/۱۱۵). همچنین در گروه کنترل، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (P=۰/۱۷۱) (جدول ۲).

در مورد بُعد علایم دیسترس وجودی شأن انسانی، میانگین نمره این بُعد در قبل از مداخله (۱۲/۱±۴/۳۱) و یک ماه بعد از مداخله (۱۰/۴±۴/۷۷) تفاوت آماری معنی داری داشت (P<۰/۰۱۳)؛ اما در گروه کنترل، تفاوت معنی دار نبود (P=۰/۱۲۳).

نتایج مطالعه در بُعد وابستگی شأن انسانی در گروه مداخله نشان داد که میانگین نمره این بُعد در قبل از مداخله (۲/۷±۱/۲۹) و یک ماه بعد از مداخله (۲/۵±۱/۲۷) تفاوت آماری معنی داری ندارد (P=۰/۳۷۷). همچنین در گروه کنترل، این تفاوت معنی دار نبود (P=۰/۱۹۰). در مورد بُعد آرامش ذهنی شأن انسانی، نتایج

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره ابعاد شأن انسانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در دو گروه شأن درمانی و کنترل در مراحل قبل و یک ماه بعد از مداخله

نتیجه آزمون ویلکاکسون	میانگین ± انحراف معیار بُعد از شأن درمانی	میانگین ± انحراف معیار شأن درمانی	گروه ابعاد شأن انسانی
P=۰/۰۰۳	Z=۲/۹۸	۱۰/۳±۴/۷۳	مداخله
P=۰/۰۹۸	Z=۱/۶۵	۱۳/۴±۶/۲۱	کنترل
P=۰/۰۱۳	Z=۲/۴۸	۱۰/۴±۴/۷۷	مداخله
P=۰/۱۲۳	Z=۱/۵۴	۱۲/۴±۵/۵۶	کنترل
P=۰/۳۷۷	Z=۰/۸۸	۲/۵±۱/۲۷	مداخله
P=۰/۱۹۰	Z=۱/۳۱	۳/۱±۱/۸۵	کنترل
P=۰/۰۲۴	Z=۲/۲۶	۶/۷۵±۲/۴۴	مداخله
P=۰/۴۷۸	Z=۰/۷۱	۸/۱±۳/۷۴	کنترل
P=۰/۱۱۵	Z=۱/۵۷	۴/۵±۲/۵۷	مداخله
P=۰/۱۷۱	Z=۱/۳۶	۴/۸±۲/۳۴	کنترل

بحث

در مطالعه حاضر، میانگین نمره شأن انسانی واحدهای پژوهش در مرحله قبل از مداخله در دو گروه کنترل و شأن درمانی همگن می‌باشد. لازم به ذکر است در ارزیابی که به منظور سنجش شأن انسانی در این پژوهش استفاده گردید، نمره کمتر، نشان دهنده شأن انسانی بالاتر در مجموع و ابعاد آن می‌باشد. طبق یافته‌های این پژوهش، مشخص شد که شأن درمانی در گروه مداخله باعث افزایش معنی‌دار شأن انسانی در بعد از مداخله نسبت به قبل از آن شده است. همچنین در مرحله یک ماه بعد از مداخله، تفاوت میانگین نمره شأن انسانی در گروه شأن درمانی و گروه کنترل معنی‌دار بوده است. با توجه به این نتایج می‌توان گفت که شأن درمانی منجر به افزایش شأن و کرامت انسانی در بیماران تحت همودیالیز شده است.

در واقع، بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز، به علت وابسته بودن به دیگران، ابتلا به دیسترس‌های روانی و جسمی، از دست دادن نقش‌های قبلی و استقلال و کنترل زندگی، مستعد تهدید و آسیب به شأن، عزت و کرامت انسانی می‌باشند. شأن درمانی با انجام جلسات روان‌درمانی و بها دادن به شخصیت بیماران به عنوان یک فرد باارزش، تغییر دیدگاه اطرافیان نسبت به آنان به وسیله ایجاد و به اشتراک گذاشتن سند مولد و انتقال نگرانی‌های بیماران به اطرافیان، بر حس ارزشمندی بیماران تأثیر گذاشته و باعث ارتقای آن می‌شود.

از میان مطالعات انجام شده در این زمینه، نتایج مطالعه چاکاینوف (۲۰۰۵) که با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر دیسترس وجودی و روانی بیماران مرحله آخر زندگی در استرالیا و کانادا انجام شد، همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد؛ به طوری که در این مطالعه، پس از انجام شأن درمانی، سطح شأن انسانی در گروه مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته بود (۹). همچنین در مطالعه چاکاینوف (۲۰۱۱) که با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر دیسترس و تجربه پایانی زندگی بیماران در مرحله آخر زندگی بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند، شأن درمانی باعث افزایش حس شأن انسانی در بیماران شده بود که نتایج این مطالعه نیز با پژوهش حاضر مشابه می‌باشد (۱۰).

نتایج مطالعه هال و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف تعیین تأثیر شأن درمانی بر کاهش دیسترس بیماران مبتلا به سرطان بر روی بیماران مبتلا به بدخیمی انجام شده بود؛ نیز با یافته‌های مطالعه حاضر همسو می‌باشد و نتایج این مطالعه نشان داد که شأن درمانی در یک و سه هفته بعد از شأن درمانی بر شأن انسانی بیماران تأثیر داشته و باعث بهبود آن شده است (۱۲). اما نتایج مطالعه هال و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی سالمندان انجام شده بود، با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد و

شأن درمانی بر بُعد دیسترس مربوط به شأن انسانی اثر معنی‌داری نداشته است. شاید علت این امر، متفاوت بودن جامعه پژوهش و عدم ابتلای سالمندان به بیماری محدود کننده خاص باشد؛ زیرا همان طور که گفته شد، شأن درمانی مداخله‌ای می‌باشد که برای افراد مبتلا به یک وضعیت تهدید کننده و محدود کننده زندگی ایجاد شده است (۱۱).

از میان ابعاد شأن انسانی در گروه شأن درمانی یک ماه بعد از انجام مداخله، میانگین نمرات ابعاد علایم دیسترس شأن انسانی، علایم دیسترس وجودی شأن انسانی و آرامش ذهنی شأن انسانی افزایش معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله داشت. در واقع، شأن درمانی با تشویق بیمار به صحبت از گذشته باعث کاهش منابع دیسترس می‌شود و از طریق به یادآوری احساسات، حوادث و افکار گذشته، باعث ابراز هیجانات افراد می‌شود و تطابق با زمان حال را برای آن‌ها تسهیل می‌نماید.

در مورد بُعد دیسترس وجودی شأن، شأن درمانی با برقراری یک ارتباط صمیمی و صادقانه با بیمار، حس احترام و شأن را به وی انتقال می‌دهد. به طور کلی، از طریق چهارچوب پرسش‌ها، شأن درمانی با کسب اطلاعات از بیمار و مهم جلوه دادن آن‌ها برای بیمار و خانواده وی، حس معناداری را برای وی ایجاد می‌کند. همچنین با درگیر کردن خانواده در این فرآیند، به بیمار فرصتی برای ابراز حس نگرانی خود از این که سریار خانواده باشد، می‌دهد؛ که این تخلیه هیجانی باعث کاهش دیسترس وجودی شأن در این افراد خواهد شد.

در ارتباط با بُعد آرامش ذهنی شأن درمانی، باید گفت که صحبت در مورد خواسته‌ها و آرزوهای افراد و به اشتراک گذاشتن آن‌ها با دیگران از طریق سند مولد، به بیمار کمک می‌نماید که کارهای ناتمام خود را بازگو می‌نماید و همچنین باعث ایجاد یک ارتباط خوب و صمیمی با فرد دریافت کننده سند می‌شود؛ که تمام این موارد در مجموع، باعث آرامش ذهنی فرد می‌گردد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در گروه مداخله، دو بُعد دیگر شأن انسانی شامل ابعاد وابستگی و حمایت اجتماعی بعد از انجام شأن درمانی تغییر معنی‌داری نداشت. باید توجه داشت که معنی‌دار نشدن بُعد وابستگی بعد از انجام شأن درمانی دور از ذهن نبود؛ زیرا انتظار نمی‌رفت که مداخله روان‌درمانی انجام شده بر عملکرد فیزیکی بیماران که تشکیل دهنده بُعد وابستگی می‌باشد، اثری داشته باشد.

در توضیح معنی‌دار نشدن بُعد حمایت اجتماعی، باید گفت که بیماران تحت همودیالیز در این مطالعه از ابتدا از حمایت اجتماعی و خانوادگی خوبی برخوردار بودند؛ به طوری که در گروه شأن درمانی قبل از انجام مداخله، از نمره ۲۱ که حداکثر نمره حمایت اجتماعی در این پرسشنامه بود، میانگین نمره

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز می‌شود. پیشنهاد می‌گردد که پژوهش حاضر در افراد مبتلا به سایر بیماری‌های تهدید کننده و محدود کننده زندگی مانند بیماران مبتلا به بدخیمی و دیابت انجام شود؛ همچنین سایر ابعاد و مشکلات روانی بیماران از جمله افسردگی و اضطراب نیز بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد و به این وسیله، نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند و پرستاران مرکز همودیالیز بیمارستان‌های امام‌رضا (ع)، ۱۷ شهریور و هاشمی‌نژاد مشهد و همچنین جناب آقای هاروی چاکاینوف که بدون راهنمایی ایشان انجام این پژوهش ممکن نبود ابراز می‌دارند.

۱۷/۹±۳/۳۲ را قبل از مداخله و میانگین نمره ۱۸/۶±۳/۱۶ را بعد از انجام مداخله کسب کرده بودند. هرچند که نمره حمایت اجتماعی این بیماران در بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور میانگین ۰/۵ نمره بهتر شده بود؛ اما این افزایش معنی‌دار نبود.

در مطالعه حاضر، برای اولین بار از پرسشنامه PDI (Patient Dignity Inventory) به منظور سنجش شأن انسانی بیماران مبتلا به یک بیماری محدود کننده (نارسایی مزمن کلیه) با ضریب پایایی آلفای کراباخ ۰/۸۴ استفاده گردید؛ که شاید بتوان آن را یکی از دستاوردهای این پژوهش تلقی نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در مرحله بعد از شأن‌درمانی و پیگیری یک ماه بعد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است و شأن‌درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی در

References

- O'Mathuna DP. The Place of Dignity In Everyday Ethics. J Christ Nurs. 2011;28(1):12-8; quiz 9-20.
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T. Patient Dignity and Related Factors: A Qualitative Meta-Synthesis Study. Knowledge&Health Journal. 2011;1(6):49-56.(Persian)
- Berglund B, Anne-Cathrine M, Randers I. Dignity Not Fully Upheld When Seeking Health Care: experiences expressed by individuals suffering from Ehlers-Danlos syndrome. Disabil Rehabil. 2010;32(1):1-7
- Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity In The Terminally Ill: A Developing Empirical Model. Soc Sci Med. 2002;54(3):433-43
- Chochinov HM. Dignity therapy: Final Words for Final Days, A Handbook for Clinician. [book online]. Oxford University Press: Available at: <http://books.google.com/books?id=3OhqU4o5VTgC&printsec>. Accessed:2012/10/16
- Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based Approaches In The Care Of Terminally Ill Patients. Current opinion in supportive and palliative care. 2008;2(1):49-53.
- ZakeriMoghadam M, AliAsgharpor M. Critical care nursing in ICU,CCU & dialysis. Tehran: AndisheRafie; 2007.(Persian)
- Son YJ, Choi KS, Park YR, Bae JS, Lee JB. Depression, Symptoms And The Quality Of Life In Patients On Hemodialysis For End-Stage Renal Disease. Am J Nephrol. 2009;29(1):36-42
- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. J Clin Oncol. 2005;23(24):5520-5.
- Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect Of Dignity Therapy On Distress And End-Of-Life Experience In Terminally Ill Patients: A Randomised Controlled Trial. Lancet Oncol. 2011;12(8):753-62
- Hall S, Goddard C, Opio D, Speck P, Higginson IJ. Feasibility, Acceptability And Potential Effectiveness Of Dignity Therapy For Older People In Care Homes: A Phase II Randomized Controlled Trial Of A Brief Palliative Care Psychotherapy. Palliat Med. 2012;26(5):703-12.

12. Hall S, Goddard C, Opio D, Speck PW, Martin P, Higginson IJ. A Novel Approach To Enhancing Hope In Patients With Advanced Cancer: A Randomised Phase II Trial Of Dignity Therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2011;10(1136).

Archive of SID

The Effect of Dignity Therapy on Human Dignity in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis

Saeed Vaghee¹, *Akram Rabbani Javadi², Seyedreza Mazlom³, Nayere Davoudi⁴, Morteza Modares Gharavi⁵

1. Instructor of nursing, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. MS in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. PhD in Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4. Instructor of nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

5. Assistant Professor of Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* Corresponding author, Email: Rabbanija1@mums.ac.ir

Abstract

Background: Chronic renal failure is a life-threatening condition; patients due to the prolonged stress are very susceptible to mental health problems. Dignity therapy is a novel therapeutic approach to the treatment of psychological problems for patients who suffer from life-threatening illnesses.

Aim: This study examined the impact of dignity therapy on human dignity in patients undergoing hemodialysis.

Methods: This is a two-group experimental research with pre and post tests design, which was conducted on selected hospitals of Mashhad in 139. From 74 patients recruited for the study; 36 patients of even days were assigned in intervention group and 38 patients of the odd days were assigned to be the control group. In the intervention group, during the hemodialysis, dignity therapy has been performed in 3-4 sessions. Human dignity was examined before and one month after the intervention by Patient Dignity Inventory, and collected data were analyzed by using statistical tests.

Results: The mean age of subjects in this study was 49.0 ± 12.8 years (20-70 years). The most of patient were married (44.6%) and had primary education (81.1%). Results showed the mean scores of Human dignity in intervention group in the pretest (47.2 ± 15.3), and posttest (40.4 ± 18.35), were significantly different ($P=0.001$), while this change in control group did not reach statistical significance ($P=0.572$)

Conclusion: By planning and performing such interventions, the dignity level in chronic renal failure patients may be increased.

Keywords: Dignity therapy, Kidney Failure, Chronic, Renal dialysis, Human dignity

Received: 10/03/2013

Accepted: 04/07/2012