

تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت

بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

عادلہ مشایخی ساردو^۱فریبا برهانی^۲عباس عباس زاده^۳

چکیده

زمینه و هدف: همودیالیز به عنوان درمانی برای بیماران با نارسایی مزمن کلیوی، فرایندی استرس زااست که حس کرامت این بیماران را مورد تهدید قرار می‌دهد. این مطالعه با هدف تأثیر مدل درمان کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران بخش همودیالیز انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که بر روی ۴۲ بیمار همودیالیزی بیمارستان امام خمینی جیرفت در سال ۱۳۹۱ انجام شد، بیماران به طور تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم‌بندی شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه، فرم مشخصات دموگرافیک پرسشنامه کرامت بیماران تکمیل گردید. برای گروه آزمون درمان مبتنی بر مدل کرامت انسانی برحسب برنامه تنظیمی همودیالیز بیماران، با مراجعه به بخش و پس از کسب رضایت، به مدت ۳ روز (روز اول، سه روز بعد، یک هفته بعد)، روزانه ۶۰-۳۰ دقیقه در بالین آن‌ها، انجام گردید. بعد از اتمام دوره درمان

۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، کرمان، ایران.
 ۲- دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: faribaborhani@msn.com

۳- دکترای پرستاری، استاد گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۸

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۴/۱۰

مجدداً پرسشنامه برای گروه آزمون و پس از همین دوره زمانی برای گروه کنترل پر شد، سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری spss۱۹ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده‌ها در مقایسه پس آزمون در گروه آزمایش، میانگین

امتیازات حس کرامت را ($37/19 \pm 12/72$) نشان داد. بین میانگین حس کرامت

بیماران در گروه‌های آزمون و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت

($p > 0.05$) و قبل از اجرای مدل تقریباً هر دو گروه یکسان بوده‌اند اما بین میانگین

حس کرامت بیماران در گروه‌های آزمون و کنترل در پس آزمون تفاوت معنی‌داری

وجود داشت ($p < 0.05$). بین سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت

اشتغال و مدت زمان تشخیص نارسایی کلیه با حس کرامت انسانی بیماران بعد از اجرای

مدل در گروه آزمون رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر افزایش حس کرامت بیماران

بخش همودیالیز تأثیر دارد. لذا پیشنهاد می‌شود تمهیداتی برای اجرای مدل در این

بیماران اندیشیده شود.

واژگان کلیدی:

مدل درمان کرامت انسانی، حس کرامت، همودیالیز

مقدمه

درفرهنگ آکسفورد dignity تحت عنوان «حالتی که احترام و عزت و کرامت شایسته وجود دارد» تعریف شده است. کرامت انسانی ارزش مسلم و ذاتی است و نویسندگان بسیاری به ابهام این اصطلاح اشاره کرده‌اند (Jacobson, 2007). کرامت انسانی یک مفهوم مهم است که در قلب مراقبت‌های پرستاری نهفته است. حفظ کرامت یک هدف آگاهانه از مراقبت‌های بهداشتی به ویژه در بالین بیمار می‌باشد (Mehmet Ali KARACA, 2011). کرامت یک پدیده مرکزی در پرستاریست و بسیار مهم است که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی یک تصویر روشن از کرامت داشته باشند (Griffin-Heslin, 2005). کرامت در مراقبت، ارزش‌های زیر را در بر دارد: استقلال، صداقت، عدالت، پاسخگویی به حقوق انسان‌ها با دقت و توجه، آگاهی، احترام، مشغولیت، برادری و دفاع فعال از بیمار. کرامت به طور مشخصی در بسیاری از برنامه‌های اخلاق حرفه‌ای تجسم یافته است اما تاکنون راهنمای کاربردی کمی برای تیم سلامت در این زمینه وجود دارد (Rick Mah, 2009). انجمن بین‌المللی پرستاری نیز اظهار می‌دارد: جزء تفکیک ناپذیر در پرستاری احترام به زندگی، شأن و حقوق انسان‌هاست که تحت تأثیر ملیت، نژاد، مذهب، رنگ پوست، سن، جنس و وضعیت سیاسی قرار نمی‌گیرد. با وجود تأکیدی که توسط نهادهای مختلف بین‌المللی شده است، اما به عنوان یک مفهوم پیچیده، نیازمند تحقیق بیشتر است (Matiti, 2004). اگر شأن و منزلت بیماران حفظ گردد احساس توانمندی و تصویر مثبت از خود به وجود می‌آید و در مقابل عدم حفظ شأن وی موجب افسردگی و کاهش کنترل می‌گردد (Dehghan Nayeri, 2011). احترام به بیمار از طریق تعامل، ارتباط و توجه کردن به دست می‌آید. بیماری که احساس می‌کند پرستار نگران اوست و به

نیازها و نگرانی‌های او توجه می‌کند، نسبت به مراقبت پرستاری اعتقاد و امید پیدا می‌کند (Harkreader 2000). حاضر شدن بر بالین بیمار، صحبت کردن و احوال وی را پرسیدن، نقش اساسی در حفظ کرامت بیمار دارد. محیط بخش، ارتباط مناسب پرستار و بیمار، محرمانه نگه داشتن اطلاعات، احترام به عقاید مذهبی و فرهنگی نیز در حفظ کرامت بیمار نقش مهمی دارند (Jan mohammadi, 2002). Chochinov اولین بار مدلی را برای درمان‌های مبتنی بر کرامت انسانی ارائه نمود. مدل درمان کرامت انسانی یک فرم خلاصه‌ی روان درمانی است که اولین بار بر روی بیماران مراحل انتهایی انجام گرفت و قصد دارد منابع دیسترس‌های جسمی و روانی را مورد بررسی قرار دهد، درمانی کوتاه مدت است که می‌تواند در بالین بیمار انجام شود و هم به بیمار و هم به خانواده وی کمک کند. این مدل درمان پیرامون یک سری سؤالات باز پاسخ سیر می‌کند که بیمار را تشویق می‌کند درباره‌ی جنبه‌های مهم زندگی، امیدها و آرزوهایش برای افرادی که دوستشان دارد صحبت کند (sue hall 2009, Harvey Max Chochinov, 2011, McClement S, 2007).

مطالعات انجام شده در زمینه حس کرامت انسانی بیمار بیشتر در خارج از ایران انجام شده است که تعدادی از آنها در ادامه آورده می‌شود. در مطالعه‌ی جولیه در سال ۲۰۱۳ که یک کارآزمایی بالینی با تخصیص تصادفی بود، شصت بیمار مراحل انتهایی به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند: گروه مداخله (مدل درمان کرامت انسانی+ مراقبت تسکینی استاندارد) و گروه شاهد (مراقبت تسکینی استاندارد به تنهایی) و نتایج نشان داد درمان کرامت انسانی با کاهش قابل توجهی در علائم اضطراب و افسردگی همراه بود (Juliao et al., 2013). مطالعه‌ی چوچینو و همکاران در سال ۲۰۰۵ که در کانادا انجام شد، درمان مبتنی بر رعایت

کرامت انسانی برای بیماران مراحل انتهایی و افرادی که سرویس‌های خانگی مراقبت‌های تسکینی را دریافت می‌کردند اجرا شد و نتایج نشان داد: ۹۱٪ از شرکت کنندگان گزارش کردند که از مدل درمان کرامت انسانی راضی هستند، ۷۶٪ افزایش حس کرامت را گزارش نمودند. همچنین مشخص شد مدل درمان کرامت انسانی برای خانواده‌ی آن‌ها مفید است و علائم افسردگی را کاهش می‌دهد (Chochinov et al., 2005). در مطالعه‌ی در سال ۲۰۱۲، اثر درمان کرامت انسانی بر بیماران مبتلا به تصلب آمیوتروفیک جانبی (ALS) و اعضای خانواده‌ی مراقبت کننده از ایشان، مورد بررسی قرار گرفت و مؤثر بودن این درمان نشان داده شد (Bentley et al., 2012). در مطالعه‌ی موردی که در سال ۲۰۱۲ انجام گردید یک بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تحت مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی قرار گرفت و اثر بخش بودن این درمان را گزارش نمود. (Avery and Baez, 2012). در مطالعه‌ی ما نیز دیده شد این مداخله‌ی درمانی تا حد زیادی می‌تواند موجب افزایش حس کرامت بیماران همودیالیزی شود.

بررسی‌ها نشان می‌دهد درمان‌های مبتنی بر کرامت انجام شده عمدتاً در بخش‌های تسکینی بوده و مطالعات اندکی برای بیماران مزمن انجام شده است. جستجو در مطالعات داخلی نیز نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی کمتر در کشورمان مورد توجه قرار گرفته است. از آنجایی که این مدل درمان برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمنی چون بیماری تصلب آمیوتروفیک جانبی (ALS) و اختلال افسردگی اساسی اجرا شده و مؤثر بوده است، ما بر آن شدیم این مدل درمانی را برای بیماران همودیالیزی که از یک وضعیت مزمن رنج می‌برند اجرا کنیم، چرا که به دلیل مراجعه مکرر بیماران به بخش دیالیز ممکن است حس کرامت بیماران تحت درمان با همودیالیز مورد تهدید قرار گیرد که

می‌تواند بسیار برای بیمار رنج‌آور باشد. لذا این پژوهش با هدف تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران بخش همودیالیز انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که به منظور بررسی تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران بخش همودیالیز بیمارستان امام خمینی جیرفت در سال ۱۳۹۱ انجام گردیده است. مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی عوامل مؤثر بر کرامت انسانی و خط‌مشی‌هایی که به حفظ کرامت کمک می‌کند را توصیف می‌نماید.

روش نمونه‌گیری، نمونه‌ی در دسترس (کل بیماران واجد شرایط) و حجم نمونه ۴۲ نفر بود. پروتکل درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید، وی در شیفت صبح به انجام پژوهش می‌پرداخت. بیماران با روش تخصیص تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم گردیدند، جهت جلوگیری از تماس مورد و شاهد و تبادل اطلاعات و رعایت اخلاق، تمام افراد شرکت‌کننده در پژوهش در یک روز، یا کنترل یا آزمون بودند که البته موجب تضییع حق بیمار برای دریافت دیالیز به صورت زمانبندی شده نگردید و مورد تأیید کمیته اخلاق نیز قرار گرفت.

پژوهشگر پس از معرفی خود و کسب اجازه کتبی از مترون و رییس بیمارستان و مسئولین بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) جیرفت، شخصاً به بخش مراجعه نموده و بیماران دارای معیارهای ورود (تمام بیماران) که طبق برنامه منظم در بخش همودیالیز، تحت درمان همودیالیز قرار داشتند و حداقل سه ماه (وضعیت مزمن) (smeltzer 2009) از تشخیص بیماریشان گذشته بود، توانایی

شنیداری و گفتاری برای مصاحبه و پرکردن پرسشنامه‌ها، تمایل به شرکت در پژوهش { را انتخاب می‌نمود. با هریک از بیماران واجد شرایط به صورت جداگانه در رابطه با طرح پژوهشی صحبت می‌نمود و پس از معرفی طرح و ارائه توضیح در باره اهداف طرح به زبان ساده و کسب رضایت آگاهانه، فرم مشخصات دموگرافیک (شامل سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل، طول مدت بیماری) و پرسشنامه کرامت بیماران تکمیل می‌گردید. پس از اتمام دوره درمان مجدداً پرسشنامه‌ها برای گروه آزمون و پس از همین دوره زمانی برای گروه کنترل پرشد (در صورت خود ایفابودن، و در صورت نداشتن سواد توسط پژوهشگر از بیمار سؤال شد).

هر جلسه درمان بر حسب برنامه تنظیمی همودیالیز بیماران، به مدت (روز اول، روز سوم، یک هفته بعد) (sue hall 2009)، روزانه ۶۰-۳۰ دقیقه، در بالین بیمار انجام شد. پژوهشگر با مراجعه به سایت کرامت در مراقبت، وابسته به واحد تحقیقاتی مراقبت‌های تسکینی مانیتویا، وینیپگ، کانادا [http: dignityincare.ca](http://dignityincare.ca) (2013) و مطالعه‌ی آموزش‌های آرایه شده و مرور متون موجود در این سایت، آموزش‌های مربوطه را دریافت نمود و اصلاحات انجام شد. مصاحبه انجام می‌شد و توسط یک ضبط صوت به صورت رو در رو ضبط می‌شد و با اجازه خواستن از بیمار برای اتمام مصاحبه به پایان می‌رسید. جلسه‌ی دیگری نیز ترتیب داده می‌شد تا درمانگر نسخه را برای شرکت کننده بخواند و ویرایش کند و از وی بخواهد که اگر مطلبی از قلم افتاده است شناسایی و اصلاح گردد. در نهایت یک نسخه از متن در اختیار بیمار قرار می‌گرفت تا آنرا با فردی که خود انتخاب می‌کند به اشتراک بگذارد چرا که افتخارات شخص در آن نوشته شده و می‌تواند میراثی برای خانواده و عزیزان وی باشد. از آنجایی که شرایط بیماران

می‌توانست به سرعت تغییر کند، زمان ارتباط با بیمار به گونه‌ای تنظیم می‌شد که بیمار در آرامش باشد. اگر شرایط ملاقات با بیمار بدتر می‌شد مجدداً زمان‌بندی جهت ملاقات انجام می‌شد (بیش از سه بار، قبل از خروج وی از مطالعه). پیدا کردن شرایط مناسب برای انجام مصاحبه در زمانی که بیمار خسته نبود و یا درگیر در فعالیت‌های دیگر نبود و کمک به ایشان جهت پرکردن پرسشنامه‌ها جهت جلوگیری از خستگی وی انجام می‌گردید که خوشبختانه نمونه‌ای از مطالعه خارج نشد.

پرسشنامه کرامت یک مقیاس ۲۵ گویه‌ای است که هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود: گزینه ۱: مشکلی نیست، گزینه ۲: کمی مشکل، گزینه ۳: مشکل است، گزینه ۴: مشکل زیادی است و گزینه ۵: طاقت‌فرسا است. از ترجمه‌ی پرسشنامه‌ی کرامت بیماران استفاده شد. روایی ابزار کرامت به روش روایی محتوا توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و اصفهان و شیراز تأیید شد و پایایی به روش تعیین ضریب همبستگی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۷ به دست آمد. جهت چارچوب سؤالات استفاده شده در درمان کرامت انسانی، سؤالات در اختیار دو عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرارگرفت تا روایی صوری کنترل شود، همچنین سؤالات به ۲ بیمار داده شد تا در مورد روایی صوری اظهار نظر شود.

ضمناً هیچ‌گونه حمایت مالی از طرف دانشگاه محل تحصیل دریافت نشد.

- چهارچوب سؤالات استفاده شده در درمان کرامت انسانی عبارتند از:
- لطفاً مختصری درباره‌ی تاریخچه زندگیتان، خصوصاً بخش‌هایی که بیشتر به یاد می‌آورید یا فکر می‌کنید مهم‌تر هستند به من بگویید، کی شما بیشتر احساس سرزندگی می‌کردید؟
 - آیا چیز خاصی وجود دارد که شما بخواهید خانواده‌تان درباره‌ی شما بدانند یا از آنها بخواهید آن را به یاد بیاورند؟
 - مهمترین نقش‌هایی که در زندگی داشته‌اید (نقش خانوادگی، حرفه‌ای) چه هستند؟ چرا آن‌ها برای شما خیلی مهم بوده‌اند؟ فکر می‌کنید در آن نقش‌ها چه کارهایی انجام داده‌اید؟
 - مهمترین کارهایی که انجام داده‌اید چه هستند و از کدامیک بیشتر احساس افتخار می‌کنید؟
 - آیا چیز خاصی وجود دارد که احساس کنید باز هم نیاز است به افرادی که دوستانشان دارید بگویید یا چیزهایی که شما بخواهید برایشان زمان بگذارید تا یکبار دیگر بگویید؟
 - امید و آرزوهایتان برای افرادی که دوستانشان دارید چیست؟
 - چه چیزی درباره‌ی زندگی یاد گرفته‌اید که بخواهید به دیگران یاد بدهید؟ چه توصیه‌ها یا کلمات راهنمایی می‌خواهید به همسر، فرزندان یا والدینتان بگویید؟
 - آیا کلمه یا جملات یاحتی دستورالعمل‌هایی وجود دارد که دوست داشته باشید به خانواده‌ی خود پیشنهاد کنید تا به آماده شدن آنها برای آینده کمک کند؟

- آیا چیزهای دیگری وجود دارد که دوست داشته باشید در این بحث بگنجانید؟

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شد. جهت بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و حس کرامت از آمارهای توصیفی (میانگین، درصد، انحراف معیار) استفاده شد و برای تعیین تفاوت میانگین متغیرهای مورد نظر در دو گروه از تی مستقل و برای قبل و بعد یک گروه از تی وابسته استفاده گردید. برای مقایسه متغیرهای کمی در بیش از دو گروه از آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۲ نفر از بیماران با نارسایی مزمن کلیه که تحت درمان با همودیالیز بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت سن و میانگین سنی

سن	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین	انحراف معیار
۱۸ تا ۴۰ سال	۸	۱۹		
۴۱ تا ۶۰ سال	۱۷	۴۰/۵	۵۶/۶۹	۱۷/۱۹
۶۱ تا ۸۰ سال	۱۵	۳۵/۷		

جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس، تاهل، میزان تحصیلات، شغل و

مدت زمان تشخیص نارسایی کلیه

متغیر مستقل		فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	29	69
	زن	۱۳	۳۱
وضعیت تاهل	مجرد	۵	19.9
	متاهل	37	88.1
میزان تحصیلات	بی سواد	22	52.4
	راهنمایی	۹	21.4
	دیپلم	۱۱	۲۶.۲
وضعیت اشتغال	شغل آزاد	۱۶	۳۸.۱
	کارمند	۸	۱۹
	خانه دار	۱۴	۳۳.۳
	بیکار	۴	۹.۵
مدت زمان تشخیص نارسایی کلیه	کمتر از یکسال	۱۹	۴۵.۲
	۱-۴ سال	۱۶	۳۸.۱
	بیشتر از ۴ سال	۷	16.7

سطح معنی داری $\alpha = 0/05$ می باشد.

میانگین حس کرامت بیماران در گروه‌های آزمون و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p > 0.05$) و قبل از اجرای مدل تقریباً هر دو گروه یکسان بوده‌اند اما بین میانگین حس کرامت بیماران در گروه‌های آزمون و کنترل در پس آزمون تفاوت معنی داری دیده شد ($p < 0.05$) و به عبارتی درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر افزایش حس کرامت بیماران تأثیر داشت.

جدول ۳: مقایسه میانگین حس کرامت انسانی بیماران در گروه‌های آزمون و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	اختلاف میانگین	t محاسبه شده	سطح معنی داری
پیش آزمون	کنترل	۲۱	۵۱/۸۱	۴۰	۰/۴۸	۰/۷۱	$> ۰/۰۵$
	آزمون	۲۱	۵۲/۲۸				
پس آزمون	کنترل	۲۱	۴۹/۸۱	۴۰	۱۲/۶۱	۲/۶۰	$< ۰/۰۵$
	آزمون	۲۱	۳۷/۱۹				

این مطالعه نشان داد بین وضعیت اشتغال و حس کرامت انسانی بیماران بعد از اجرای مدل در گروه کنترل رابطه معنی داری وجود دارد اما بین سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و مدت زمان تشخیص نارسایی کلیه با حس کرامت انسانی بیماران بعد از اجرای مدل در گروه کنترل و آزمایش رابطه معنی داری وجود ندارد.

جدول ۴: نمره حس کرامت انسانی واحدهای مورد پژوهش بعد از اجرای مدل بر حسب ویژگی

های فردی

متغیر مستقل	فراوانی		نمره		آزمون		
	آزمون	کنترل	آزمون	کنترل	آزمون	کنترل	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	p value	p value	
سن	۲۱ (۱۰۰)	۲۱ (۱۰۰)	۴۹/۸ (۱۸/۳)	۳۷/۲ (۱۲/۷)	>۰/۰۵	>۰/۰۵	
	مرد	۱۴ (۶۶/۷)	۱۵ (۷۱/۴)	۴۰/۶ (۱۴/۱)	۴۷/۸ (۱۷/۳)	>۰/۰۵	>۰/۰۵
جنسیت	زن	۷ (۳۳/۳)	۶ (۲۸/۶)	۳۰/۴ (۵/۲)	۵۴/۸ (۲۱/۴)	>۰/۰۵	>۰/۰۵
	مجرد	۲ (۹/۵)	۳ (۱۴/۳)	۳۶/۵ (۱۲/۰۲)	۳۲/۳ (۴/۲)	>۰/۰۵	>۰/۰۵
وضعیت تاهل	متاهل	۱۹ (۹۰/۵)	۱۸ (۸۵/۷)	۳۷/۳ (۱۳/۱)	۵۲/۷ (۱۸/۱)	>۰/۰۵	>۰/۰۵
	بی سواد	۱۲ (۵۷/۱)	۱۰ (۴۷/۶)	۴ (۴/۸)	۹/۱ (۵/۳)	>۰/۰۵	>۰/۰۵
میزان تحصیلات	راهنمای	۳	۶	۲/۷	۶/۲	>۰/۰۵	>۰/۰۵

عادلہ مشایخی ساردو، فریبا برهانی، عباس عباس زاده

		(۴/۷)	(۲/۹)	۲۸/۶ ((۱۴/۳)	۵	۶	دیپلم	وضعیت اشتغال	تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران همودیایزی
		۴/۲ (۳/۳)	۷/۴ (۵/۵)	۲۳/۸ ((۲۸/۶)	۵	۶	دیپلم		
		۱۱ (۲/۶)	۴/۷ (۴/۹)	۷ (۳۳/۳)	۹ (۴۲/۹)	۷	۹	شغل آزاد	وضعیت اشتغال	
۰/۰۱۶	>۰/۰۵	۴/۵ (۳/۴)	۷ (۶/۸)	۴ (۱۹)	۴ (۱۹)	۴	۴	کارمند		
		۷ (۵/۷)	۱/۳ (۱/۴)	۷ (۳۳/۳)	۷ (۳۳/۳)	۷	۷	خانه دار		
		۱/۷ (۱/۱)	۵	۳ (۱۴/۳)	۱ (۴/۸)	۳	۱	بیکار		
>۰/۰۵	>۰/۰۵	۴۹/۸ (۱۸/۳)		۳۷/۲ (۱۲۱/۷)	۲۱ (۱۰۰)	۲۱ (۱۰۰)	۲۱ (۱۰۰)	مدت زمان تشخیص نارسایی کلیه		

بحث و نتیجه‌گیری

درمان کرامت انسانی یک رویکرد عملی و مؤثر برای بالابردن حس کرامت در بیماران است. بیماران در معرض از دست دادن کرامت در بیمارستان هستند. رفتار کارکنان و محیط بیمارستان می‌تواند بر اینکه آیا کرامت بیماران از دست

رفته یا تقویت شود، تأثیر داشته باشد. در حالی که محیط بیمارستان باید ساختار فیزیکی و مدیریتی برای ترویج کرامت انسانی بیمار فراهم کند، هر یک از کارکنان نیز باید در رفتار خود با بیماران، کرامت را ترویج دهند و از تأثیرشان بر آسیب پذیری کرامت بیمار در هر برخورد، آگاه باشند (Baillie, 2009). در کشور ما کمبود شدید مداخلات تسکین دهنده‌ی مشکلات روحی برای بیماران دیالیزی وجود دارد. چنانچه دیده شد درمان کرامت انسانی، درمانی کوتاه مدت است که تواند در بالین بیمار انجام می‌شود و هدف آن کمک به بیماران و خانواده‌های آنان می‌باشد. این درمان می‌تواند موجب افزایش حس کرامت بیماران همودیالیزی و سازگاری بیشتر آنان با همودیالیز شود.

مطالعات مختلف نشان دادند درمان مبتنی بر کرامت انسانی می‌تواند بر حس کرامت بیماران دیالیزی تأثیر مثبتی داشته و سبب بهبود حس کرامت آن‌ها شود. از آنجایی که درمان کرامت انسانی نوعی روان درمانی کوتاه مدت است، می‌تواند در افزایش حس کرامت بیماران مؤثر و کارآمد باشد و احساس یأس، ناامیدی نسبت به آینده، کاهش انرژی و خستگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس بی‌ارزشی و افکار تکرار شونده‌ی مرگ در آنان را کاهش دهد و در تسکین مشکلات روحی خانواده‌های آنان نیز مؤثر باشد.

در پژوهشی که در سال ۲۰۱۱ توسط چوچینو انجام گرفت، از ۴۴۱ بیمار، ۱۶۵ نفر تحت درمان کرامت انسانی، ۱۴۰ نفر تحت مراقبت تسکینی استاندارد و ۱۳۶ نفر تحت مراقبت‌های مشتری محور قرار گرفتند. بیماران گزارش دادند که درمان کرامت انسانی به طور قابل توجهی بیشتر از دو مداخله دیگر مفید بوده است و موجب بهبود کیفیت زندگی، افزایش حس کرامت، تغییر اینکه چطور خانواده خود را ببینند و از آن‌ها قدردانی کنند و برای خانواده خود مفید باشند،

می‌شود (Harvey Max Chochinov, 2011). مطالعه‌ای McClement درباره‌ی دیدگاه اعضای خانواده بیماران نسبت به درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی نشان داد: ۷۸٪ آنها گزارش کردند که این درمان، حس کرامت بیمار را افزایش می‌دهد و ۹۵٪ ابراز کردند ممکن است این درمان را برای اعضای خانواده‌ی بیماران مراحل انتهایی سفارش کنند (McClement S, 2007). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی می‌تواند موجب افزایش حس کرامت بیماران شود و برای بیماران و اعضای خانواده‌ی آنان درمانی مؤثر است.

مطالعه‌ی چوچینو در سال ۲۰۰۶ نشان داد متغیرهای دموگرافیک مانند جنس، سن، تحصیلات، و وابستگی‌های مذهبی بر روی حس کرامت بیماران، تأثیر داشت (Chochinov HM, 2006) اما در مطالعه‌ی ما ویژگی‌های دموگرافیک تأثیری بر حس کرامت بیماران نداشت و این اختلاف می‌تواند ناشی از اختلافات فرهنگی و مذهبی باشد. مطالعه‌ی ما نشان داد این مدل درمانی برای تمام گروه‌های سنی و جنسیتی و باشغل و تحصیلات و وضعیت تأهل و طول مدت مختلف بیماری مؤثر است و این از نقاط قوت این مدل درمان است.

تحت درمان قرار گرفتن با کرامت و درگیر شدن در تصمیم‌گیری با نتایج مثبت همراه است. اگر چه درگیر شدن بیماران در تصمیم‌گیری بخش مهمی از احترام به استقلال بیمار است، اما مهم است که با درمان مبتنی بر رعایت کرامت، بیشتر به وی احترام بگذاریم (Beach Mc Fau - Sugarman et al., 2005). وقتی که درمان بیمار مبتنی بر رعایت کرامت باشد و بیمار احساس کند در تصمیم‌گیری‌ها جهت درمان خود دخیل می‌باشد، احساس شایسته بودن و کرامت نفس خواهد نمود. درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی می‌تواند به عنوان یک

مداخله‌ی کم هزینه برای بیماران همودیالیزی پیشنهاد شود. ضمناً پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری روی تعداد بیشتری از بیماران، با هدف کاهش مشکلات روحی برای بیماران همودیالیزی صورت گیرد تا بتوان پژوهش‌های مداخله‌ای در جهت افزایش حس کرامت و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی آنان طراحی و اجرا نمود. ما امیدواریم که این کارآزمایی تصادفی سندی برای حمایت از استفاده‌ی این روش نوین درمانی برای افزایش حس کرامت بیماران باشد.

محدودیت‌های اجرایی

باتوجه به طولانی بودن زمان اجرای مدل برخی بیماران همکاری لازم را نداشتند که ممکن است با کاهش تعداد جلسات بتوان این مشکل را حل نمود. برخی نیز تمایلی به بازگرددن مسائل شخصی خود نداشتند که شاید بتوان با همدلی واقعی، توجه، علاقه و حساسیت در گوش کردن، آن‌ها را تشویق به صحبت و ابراز احساسات و بیان امیدها و آرزوهایشان کنیم. اما علی‌رغم این محدودیت‌ها به نظر می‌رسد این مدل درمانی روشی نوین برای کاهش مشکلات روحی بیماران همودیالیزی باشد.

سپاسگزاری

از مدیر خدمات پرستاری، مسؤولین و پرسنل و بیماران بخش همودیالیز بیمارستان امام خمینی جیرفت و همچنین واحد تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که ما را در اجرای این پایان نامه یاری نمودند تشکر می‌نماییم.

فهرست منابع

- AVERY, J. D. & BAEZ, M. A. 2012. Dignity therapy for major depressive disorder: a case report. *J Palliat Med*, 15, 509.
- BAILLIE, L. 2009. *International Journal of Nursing Studies*. London South Bank University, 4, 23-37.
- BEACH MC FAU - SUGARMAN, J., SUGARMAN J FAU - JOHNSON, R. L., JOHNSON RL FAU - ARBELAEZ, J. J., ARBELAEZ JJ FAU - DUGGAN, P. S., DUGGAN PS FAU - COOPER, L. A. & COOPER, L. A. 2005. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care?
- BENTLEY, B., AOUN, S. M., O'CONNOR, M., BREEN, L. J. & CHOCHINOV, H. M. 2012. Is dignity therapy feasible to enhance the end of life experience for people with motor neurone disease and their family carers? *BMC Palliat Care*, 11, 18.
- 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. *J Clin Oncol*, 23, 5520-5.
- CHOCHINOV HM, K. L., HACK TF, HASSARD T, MCCLEMENT S, HARLOS M. 2006. Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med*, 9, 666-72.
- DEHGHAN NAYERI, N. K., R. SADEGHEE, T 2011. Iranian nurses and hospitalized teenagers' views of dignity. *Nurse Ethics*, 18, 474-84.
- GRIFFIN-HESLIN, V. L. 2005. An analysis of the concept dignity. *Accid Emerg Nurs*, 13, 251-7.
- HARKREADER, H. 2000. *Fundamental Of Nursing Caring and Clinical Judgment*. Philadelphia:Saunders
- HARVEY MAX CHOCHINOV, L. J. K., WILLIAM BREITBART, SUSAN MCCLEMENT, THOMAS F HACK, TOM HASSARD, MIKE HARLOS 2011. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 12, 753-62.
- JACOBSON, N. 2007. Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine*, 64, 292-302.
- JAN MOHAMMADI, S. 2002. *culture and nursing*.
- JULIAO, M., BARBOSA, A., OLIVEIRA, F., NUNES, B. & CARNEIRO, A. V. 2013. Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliat Support Care*, 1-10.

- MATITI, M. R. 2004. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, 41, Pages 735-744.
- MCCLEMENT S, C. H., HACK T, HASSARD T, KRISTJANSON LJ, HARLOS M 2007. Dignity therapy: family member perspectives. *J Palliat Med*, 10, 1076-82.
- MEHMET ALI KARACA, B. E., M. MAHIR ÖZMEN 2011. Waiting in the Emergency Room: Patient and Attendant Satisfaction and Perception. *Eur J Surg Sci*, 2, 1-4.
- RICK MAH, M. 2009. Emergency department overcrowding as a threat to patient dignity. *CJEM*, 11, 365-369.
- SMELTZER , S. B., B. HINKLE , J AND CHEEVER , K 2009. brunner and suddarth textbook of medical -surgical nursing. philadelphia
- SUE HALL , H. C., RICHARD HARDARDING ,SCOTT MURRAY , ALLISON RICHARDSON AND IRENE J HIGGINSON 2009. A Phase II randomised controlled trial assessing the feasibility, acceptability and potential effectiveness of Dignity Therapy for older people in care homes. *BMC Geriatrics*, 9.

یادداشت شناسه مؤلفان

عادلہ مشایخی ساردو: کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، کرمان، ایران.

فریبا برهانی: دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیک: faribaborhani@msn.com

عباس عباس زاده: دکترای پرستاری، استاد گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، ایران.

The effect of dignity therapy model on sense of dignity of hemodialysis patients: a randomized clinical trial

A. Mashayekhi sardoo

F. Borhani

A. Abbaszade

Abstract

Background and Aim: Hemodialysis as a treatment for patients with chronic renal failure is stressful process that can threaten patients' sense of dignity. This research was Performed with the aim of Influence dignity therapy model on sense of dignity hemodialysis patients was conducted .

Materials and Methods: this clinical trial research was carried out on 42 hemodialysis patient in hemodialysis department of Jiroft Imam Khomeini Hospital in 1391. Patients were randomly divided into two experimental groups and the control group, were obtained after informed consent forms, demographic characteristics (age, sex, occupation, education, marital status, duration of illness, history of mental illness) and human dignity questionnaire was completed. For experimental groups dignity therapy model was performed at 3 days (one day, three days ,one week), daily for 60 to 30 minutes at the bedside of his condition. Again after completion of the treatment questionnaire were completed for experimental groups and during the same period for the control group. Then data were analyzed using spss19 statistical software .

Results: Data analysis showed, in the post-test in experimental group, the mean of sense of dignity was $(37/19 \pm 12/72)$. There was no significant difference in our research between the average of sense of dignity in the experimental and control groups in pre-test ($p>0.05$) and both groups were almost identical Before performing the model but there was a meaningful difference between the average of sense of dignity in the experimental and control groups ($p<0.05$). Between age, sex, occupation, education, marital status, duration of illness with patient's sense of dignity, after performing the model in the experimental groups, there is no significant difference.

Conclusion: the dignity therapy model is effect in increases sense of dignity of hemodialysis patients. It is recommend to be thought of measures to implement the model for patient.

Keywords

Dignity therapy model, sense of dignity, hemodialysis