

June-July 2020, Volume 15, Issue 2

The Effect of Dignity Therapy on sense of Dignity in Cancer Patients

Manoukian A¹, *Zakinejad M², Nikbakht Nasrabadi A.R³, Shamshiri A.R⁴, Hojjat S⁵

1-Assistant Professor of Nursing Surgery Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Professor of Education Nursing Department, School of Nursing and Emergency Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Abhar, Iran (**Corresponding author**)

Email: zakinejadmahsa@zums.ac.ir

3- Professor of Nursing Surgery Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Hematological, pierre-and-marie-curie-university of France, Tehran, Iran.

Received: 19 Feb 2020

Accepted: 24 April 2020

Abstract

Introduction: Maintaining a sense of dignity in incurable patients and providing a death with dignity is one of the most important goals of palliative care. In this regard, dignity therapy is considered as a new intervention to promote the sense of dignity of cancer patients. The aim of this study was to determine the effect of dignity therapy on the sense of dignity of patients with cancer receiving palliative care.

Methods: This is a non-randomized controlled trials study in which 50 patients with cancer who were admitted to the "Entekhab palliative care center" and fulfilled inclusion criteria were selected through convenience sampling and divided into two groups: control group (25 people) and intervention group (25 people). Three 30-60 minute sessions were considered for dignity therapy implementation. The data gathered through self-reporting and interview. Before and two weeks after the dignity therapy, the Demographic and Patient Dignity Inventory (PDI) questionnaires were filled by research units and the findings were analyzed by using descriptive and inferential statistics.

Results: Data analysis showed that the mean value of dignity before dignity therapy was (62.20 ± 16.50) and after dignity therapy was (74.36 ± 10.54) . As a result, there was a significant statically difference in the intervention and control groups after intervention ($p < 0.001$).

Conclusions: Considering the positive effect of dignity in promoting the sense of dignity, this approach could be beneficial as a new intervention at the end stage of life of patients with cancer in order to promote their sense of meaning, purpose, dignity and provide a dignified death for these patients.

Key words: Sense of dignity, Dignity therapy, Cancer, Nurse.

بررسی تأثیر کرامت درمانی بر احساس کرامت بیماران مبتلا به سرطان

آرپی مانوکیان^۱، *مهسا زکی نژاد^۲، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۳، احمدرضا شمشیری^۴، سوزان حجت^۵

۱- استادیار گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- استاد گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و فوریت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، اهر، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: zakinejadmahsa@zums.ac.ir

۳- استادیار گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- هماتولوژیست، دانشگاه پیر و ماری کوری فرانسه، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱

چکیده

مقدمه: حفظ حس کرامت در بیماران علاج ناپذیر و فراهم کردن یک مرگ با عزت یکی از اهداف مهم مراقبت تسکینی می باشد. در این راستا، کرامت درمانی به عنوان مداخله ای نوین جهت ارتقاء حس کرامت بیماران مبتلا به سرطان مطرح می باشد. هدف مطالعه حاضر، تعیین تأثیر کرامت درمانی بر حس کرامت بیماران مبتلا به سرطان دریافت کننده مراقبت تسکینی می باشد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی غیرتصادفی است که در آن ۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان بستری در مرکز طب تسکینی "انتخاب" که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه کنترل (۲۵ نفر) و مداخله (۲۵ نفر) طبقه بندی شدند. کرامت درمانی در سه جلسه ۶۰-۳۰ دقیقه ای انجام شد و داده ها از طریق مصاحبه و به صورت خودگزارشی گردآوری شد. قبل و دو هفته بعد از انجام کرامت درمانی، پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه کرامت انسانی بیمار (PDI) Patient Dignity Inventory توسط واحدهای پژوهش تکمیل و یافته ها از طریق آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که میانگین حس کرامت قبل از اجرای مداخله ($62/20 \pm 16/50$) و بعد از اجرای پروتکل کرامت درمانی ($74/36 \pm 10/54$) بود و بین گروه های مداخله و کنترل پس از انجام کرامت درمانی تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر مثبت کرامت درمانی در ارتقاء احساس کرامت، این رویکرد می تواند به عنوان مداخله ای نوین در مراحل پایانی حیات بیماران مبتلا به سرطان در جهت تقویت حس معنا، هدف، عزت و کرامت آنها مورد استفاده واقع گردد و یک مرگ با عزت را برای این بیماران فراهم نماید.

کلیدواژه ها: حس کرامت، کرامت درمانی، سرطان، پرستار.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مرحله بیماری، نوع درمان، وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و عملکردی بیمار، اعتقادات مذهبی، هدف و معنای زندگی قرار می گیرد (۲). در این میان، مراقبتهای حمایتی و تسکینی در مبتلایان به سرطان اهمیت بسیار زیادی دارد؛ به طوری که این مراقبتهای یکی از مراقبتهای رایج کنترل سرطان در هر کشور محسوب می شوند و بدون وجود آنها، دستیابی به مراقبت جامع از بیمار مقدور نخواهد بود. با توجه به تغییر ایجاد شده در عملکردهای روزانه، نقش ها و فعالیت های اجتماعی، فرد مبتلا به

سرطان یکی از حوادث تنش زای زندگی انسان است که با تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوت بر زندگی بیمار و خانواده وی همراه بوده و مسیر زندگی آنها را تغییر می دهد (۱). پاسخ به سرطان به مواردی از جمله ساختار روان شناختی بیمار، خانواده، محیط اجتماعی، ناتوانی ها و نواقص ایجاد شده بستگی دارد و می تواند بر کلیه ابعاد زندگی بیمار اثر بگذارد (۱، ۲). تغییرات مذکور تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله تشخیص،

لازم را قبل از تهیه نسخه نهایی داشته باشد؛ نسخه نهایی به عنوان کتابچه ای جهت نزدیکان و اعضای خانواده وی به یادگار می ماند. کرامت درمانی یک راه مؤثر برای بیماران جهت پیدا کردن معنا و هدف در مراحل انتهایی حیات بوده و فرصتی برای به اشتراک گذاشتن داستان زندگی و تجربیات خود با اعضای خانواده است. این مداخله می تواند به حفظ حس کرامت بیمار در مراحل انتهایی حیات با پرداختن به منابع پریشانی روانی و استرس وجودی وی کمک کننده باشد. به واسطه کرامت درمانی امکان ثبت جوانب معنادار زندگی فرد و باقی گذاشتن اثری از خود برای بهره مند شدن عزیزانش در آینده فراهم می گردد (۱۰، ۱۱).

با توجه به اینکه احساس کرامت تحت تأثیر زیرساخت ها و سازه های معنوی، مذهبی و فرهنگی می باشد؛ تفاوت های مذکور در ارتباط با روش های مراقبتی کرامت محور می بایست مورد توجه واقع گردد (۱۲، ۱۳). حفظ و ارتقای کرامت انسانی بیماران و فراهم سازی مرگ با عزت، جوهره مراقبت های پرستاری را تشکیل می دهد. به بیانی دیگر، ژرف ترین انگیزاننده اخلاقی مراقبت؛ همانا صیانت از کرامت انسانی است (۱۴). بهره مندی از روش های نوین مراقبتی مبتنی بر کرامت، همچون کرامت درمانی می تواند احساس ارزش، بزرگی و عزت نفس را در مراحل انتهایی حیات برای بیماران مبتلا به سرطان فراهم کرده و آنها را جهت گذر از این مرحله پرتلاطم یاری رساند. از این رو، شناسایی و بهره مندی از روش های مراقبتی اکرام بخش نه تنها از الزامات اخلاقی حرفه پرستاری، بلکه به مثابه کمال مطلوب و آرمان اخلاقی این حرفه مقدس می باشد. در این راستا، با توجه به کمبود مطالعات موجود در بافت ایرانی در رابطه با این رویکرد نوین مراقبتی مبتنی بر کرامت؛ مطالعه ی حاضر با هدف تعیین تاثیر کرامت درمانی بر احساس کرامت بیماران ایرانی مبتلا به سرطان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی و غیرتصادفی با دو گروه مداخله و کنترل است که در سال ۹۶-۹۷ بر روی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز طب تسکینی انتخاب در بیمارستان فیروزگر (وابسته به مرکز خیریه آلاء) انجام گردید. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه بیماران بود که در زمان انجام پژوهش به مرکز طب تسکینی انتخاب مراجعه و تحت مراقبت های تسکینی قرار گرفتند. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰ درصد، ۵۰ نفر (۲۵ نفر گروه مداخله) و (۲۵ نفر گروه کنترل) برآورد گردید. ۵۰ بیمار تحت

سرطان ضمن تجربه احساساتی همچون کم ارزشی، بی لیاقتی و کاهش اعتماد به نفس ممکن است با تنش روانی و بی کفایتی روش های تطابق قبلی مواجه گردد. در واقع، احساساتی از جمله کم ارزش بودن و مهم نبودن به دنبال شرایط ویژه این بیماران، از جمله وابستگی به دیگران، سربرار بودن، تغییر وضعیت ظاهری و بستری های مکرر، می تواند کرامت انسانی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (۳، ۴). حفظ کرامت انسانی زیربنای مراقبت پرستاری را تشکیل می دهد (۵). بیمارانی که مراحل انتهایی حیات را سپری می کنند در شرایطی قرار دارند که تعرض به شأنت انسانی آنان محتمل بوده و چالش های معنوی و وجودی متعددی برای آنها قابل انتظار است (۶). کاهش حس کرامت برای افراد مبتلا به سرطان با سطح بالایی از پریشانی روانی، معنوی و از دست دادن تمایل جهت ادامه زندگی همراه است (۷). حفظ حس کرامت در بیماران علاج ناپذیر و فراهم کردن یک مرگ با عزت یکی از اهداف مهم مراقبت تسکینی می باشد (۸). رویکرد ارائه دهندگان مراقبت تسکینی بر محور احترام، شفقت و مهربانی استوار بوده و فراتر رفتن از خود بیماری و پرداختن به کلیه ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و معنوی یکی از جنبه های مهم مراقبتی محسوب می شود (۶). با این حال همانگونه که قبلا نیز اشاره شد در برخی از موقعیتهای از جمله مراحل انتهایی حیات در بیماران علاج ناپذیر ممکن است احساس ارزش و کرامت انسانی بیماران تحت تأثیر قرار گیرد. در این میان، کرامت درمانی یک مداخله توسعه یافته جهت رسیدگی به پریشانی روانی، جسمی، افزایش کیفیت زندگی، تقویت حس معنا، هدف، عزت و کرامت در میان بیماران علاج ناپذیر مطرح می باشد (۸، ۹). کوکینوو برای اولین بار در سال ۲۰۰۶ مدلی برای درمان های مبتنی بر کرامت انسانی ارائه نمود. کرامت درمانی یک پروتکل استاندارد روان درمانی است که اولین بار با هدف کاهش دیسترس های جسمی و روانی بیماران در مراحل انتهایی حیات انجام گرفت. به عبارتی، مراقبتی کوتاه مدت است که می تواند در بالین بیمار انجام شود و به بیمار و خانواده وی در تطابق هر چه بیشتر در مراحل انتهایی حیات کمک کند. این مدل، پیرامون یک سری سوالات باز پاسخ سیر می کند که بیمار را تشویق می کند در مورد جنبه های مهم زندگی اش، امید ها و آرزوهایش برای افرادی که دوستشان دارد صحبت کند (۹). کرامت درمانی روشی است که در آن درمانگر در طی یک جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه ای، یک سری سوالات باز از بیمار می پرسد و وی را تشویق به صحبت در مورد زندگی خود و وقایع مهم آن می کند. صحبت های بیمار ثبت، بازنویسی و ویرایش می شود. سپس در عرض چند روز به وی برگردانده می شود تا فرصت ایجاد تغییرات

هفته پس از دریافت مراقبت معمول به روش مصاحبه حضوری تکمیل گردید و سپس یک هفته پس از ترخیص آخرین نمونه، پرسشنامه دموگرافیک و کرامت انسانی مددجو توسط گروه مداخله به روش مصاحبه حضوری تکمیل شد. بعد از تکمیل پرسشنامه ها، برای گروه مداخله، پروتکل کرامت درمانی اجرا شد. جهت اجرای روش کرامت درمانی، سه جلسه ۶۰-۳۰ دقیقه ای در نظر گرفته شد. در جلسه اول پژوهشگر ضمن معرفی اهداف پژوهش، مشارکت کننده را با سؤالات پروتکل کرامت درمانی آشنا ساخته و فرصت لازم جهت تفکر در خصوص بیانات خود در جلسه بعدی مصاحبه را فراهم ساخت. در جلسه دوم (۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد) با شروع اجرای این روش، محقق در طی مصاحبه و با استفاده از سؤالات راهنمای پروتکل کرامت درمانی مددجو را جهت صحبت در خصوص جنبه های مهم زندگی خود و هر آنچه که وی تمایل دارد پس از مرگ از خود به یادگار بگذارد هدایت نمود. بیانات مشارکت کننده ضمن کسب اجازه از وی در طی مصاحبه ضبط شد. سپس مصاحبه های ضبط شده روی کاغذ پیاده شده و ویرایش شد. پس از آن در جلسه سوم (۳ روز بعد) متن آماده شده برای مشارکت کننده خوانده شد و در صورت نیاز موارد اصلاح، اضافه یا حذف شد. در نهایت یک نسخه از متن نهایی در اختیار مشارکت کننده قرار گرفت تا آن را با فردی که خود مدنظر دارد (اعضای خانواده، دوستان، نزدیکان...) به اشتراک بگذارد. سپس پرسشنامه ذکر شده در فوق، (دو هفته) پس از اتمام کرامت درمانی برای گروه مداخله مجدداً تکمیل گردید. در طول مدت مطالعه، گروه کنترل درمان های روتین مرکز که شامل مشاوره و روش های تسکین درد بود، را دریافت کردند.

اطلاعات گردآوری شده از طریق آمار توصیفی و تحلیلی و توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار جهت توصیف مشخصات فردی بیماران و همچنین تعیین احساس کرامت انسانی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون تی مستقل برای تعیین تأثیر کرامت درمانی بر متغیر اصلی مطالعه استفاده شد. لازم به ذکر است سطح معناداری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهشی از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهش اخذ گردید؛ به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد؛ حریم شخصی آزمودنیها حفظ شد و برآزاد بودن آنها جهت انصراف از ادامه پژوهش تأکید گردید؛ امانت داری و صداقت در تمامی مراحل جمع آوری، بررسی، تجزیه و تحلیل داده

مراقبت های تسکینی از ابتدای مرداد ۹۶ تا پایان شهریور ۹۶ با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. در ابتدا ۲۵ بیمار دارای معیارهای ورود به مطالعه به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. جهت پیشگیری از آلوده شدن نمونه های دو گروه، یک هفته پس از ترخیص آخرین نمونه گروه کنترل، ۲۵ بیمار به روش نمونه گیری در دسترس در گروه مداخله قرار گرفت. معیار های ورود به مطالعه: ۱- داشتن پرونده پزشکی با تشخیص بیماری سرطان در مرحله III یا IV۲- سن حداقل ۱۸ سال، ۳- توانایی شنیداری و گفتاری جهت شرکت در مطالعه، ۴- آگاهی از بیماری و علاقمند بودن برای شرکت در مطالعه، ۵- نداشتن اختلال شناختی (با توجه به سوابق پزشکی هیچ بیماری روانی شناخته شده و تایید شده توسط پزشک نداشته باشد) و معیار های خروج شامل: ۱- وخامت حال بیمار، ۲- عدم تمایل به ادامه مطالعه، ۳- فوت نمونه های پژوهش بود. روش گردآوری اطلاعات در این مطالعه خودگزارش دهی و مصاحبه حضوری بود. ابزار پژوهش یک پرسشنامه دو قسمتی بود (شامل: الف) پرسشنامه مشخصات دموگرافیک که در مجموع از ۱۲ سوال در زمینه سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل زندگی، وضعیت مسکن، تعداد اعضای خانواده، نوع سرطان، مدت زمان ابتلا، نوع درمان و عضویت در سازمان ها و نهادهای اجتماعی حمایت از سرطان تشکیل شده بود. ب) پرسشنامه کرامت انسانی مددجو (PDI) که یک مقیاس ۲۵ گویه ای جهت سنجش کرامت انسانی بیمارانی است که مراحل انتهایی حیات را سپری می کنند؛ این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (مشکلی نیست: ۱ امتیاز، کمی مشکل: ۲ امتیاز، مشکل: ۳ امتیاز، مشکل زیاد: ۴ امتیاز، طاقت فرسا: ۵ امتیاز) امتیازدهی می گردد. امتیاز این پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ می باشد که با توجه به نحوه بیان عبارات پرسشنامه، امتیاز کمتر به معنای حس کرامت بیشتر و امتیاز بالاتر به معنای حس کرامت کمتر می باشد. جهت سنجش روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، پژوهشگر آن را در اختیار ۱۰ تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت. پایایی ابزار به روش تعیین همبستگی درونی (ضریب آلفای کرونباخ (۰,۷۸) گزارش شد (۱۱). روش کار به این ترتیب بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و اخذ مجوز از ریاست بیمارستان فیروزگر و مدیریت بخش طب تسکینی انتخاب، فرآیند نمونه گیری را آغاز نمود. در ابتدا به واحدهای پژوهش، درمورد اهداف پژوهش توضیح کامل ارائه شد و رضایت کتبی از آنها اخذ گردید. پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه کرامت انسانی مددجو، در دو نوبت، ابتدا در آغاز مطالعه توسط گروه کنترل و سپس دو

از نظر جنسیت (۵۴٪) را زنان تشکیل می دادند. میانگین سنی بیماران $52/56 \pm 10/22$ بود. از نظر تأهل بیشترین درصد شرکت کنندگان (۷۴٪) متاهل بودند. بیشترین میانگین سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش (۶۸٪) زیر دیپلم بود. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۶۶٪) افراد بیکار بودند. بیشترین درصد آنها (۹۰٪) ساکن شهر بودند. بیشترین درصد نوع سرطان (۲۶٪) شامل سرطان معده و کمترین درصد (۱۸٪) سرطان سینه؛ و میانگین مدت زمان ابتلا به سرطان $(2/01 \pm 1/28)$ بود (جدول ۱).

ها و انتشار نتایج رعایت گردید. لازم به ذکر است، کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.TUMS.FNM.REC.1396.470۰) می باشد. همچنین، مطالعه حاضر در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی با کد (IRCT20180306038977N1) به ثبت رسیده است.

یافته ها

در این مطالعه ۵۰ بیمار (۲۵ نفر در گروه مداخله) و (۲۵ نفر در گروه کنترل) از ابتدا تا انتهای پژوهش شرکت داشتند. مطابق با یافته های ارائه شده در (جدول ۱)، بیشترین درصد واحدهای پژوهش

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر ها	تعداد شرکت کنندگان (۵۰)
سن (سال) Mean (SD)	۵۲/۵۶ (۱۰/۲۲)
جنسیت (%)	
مرد	۴۶
زن	۵۴
وضعیت تاهل (%)	
مجرد	۱۲
متاهل	۷۴
طلاق	۴
بیوه	۱۰
تحصیلات (%)	
کارشناسی و بالاتر	۱۰
دیپلم	۲۲
زیر دیپلم	۶۸
وضعیت شغلی (%)	
شاغل	۱۶
بیکار	۶۶
بازنشسته	۱۸
محل زندگی (%)	
شهری	۹۰
روستایی	۱۰
مدت زمان سرطان (سال) Mean (SD)	$2/01 (1/28)$
نوع سرطان	
سرطان سینه	۱۸
سرطان معده	۲۶
سرطان ریه	۱۴
سرطان روده	۸
سرطان رحم	۸
سرطان مثانه و کلیه	۶
سایر سرطان ها	۲۰

*SD = انحراف معیار

درمانی (۷۴/۳۶ ± ۱۰/۵۴) بوده است و میانگین تغییرات آن (۱۲/۱۶ ± ۶/۷۵) گزارش گردید. در حالی که میانگین حس کرامت انسانی در گروه کنترل (۵۹/۷۶ ± ۱۱/۶۸) بوده و میانگین تغییرات آن (۰/۶۸ ± ۲/۵۱) بدست آمد. (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین حس کرامت انسانی قبل و بعد از مداخله

P_Value	تغییرات	گروه کنترل (۲۵)		گروه مداخله (۲۵)		متغیر
		قبل از اجرای مداخله	بعد از اجرای مداخله	قبل از اجرای مداخله	بعد از اجرای مداخله	
<۰,۰۰۱	۰/۶۸ ± ۲/۵۱	۵۹/۷۶ ± ۱۱/۶۸	۵۹/۰۸ ± ۱۲/۴۷	۱۲/۱۶ ± ۶/۷۵	۷۴/۳۶ ± ۱۰/۵۴	حس کرامت انسانی

بر ابعاد روانی، وجودی و معنوی آنها و به بیانی دیگر ضرورت بهره مندی از مراقبت های انسان گرایانه و همدلانه محسوس و قابل تأمل می باشد.

یکی از رویکردهای مراقبتی انسان گرایانه، رویکرد روان درمانی مبتنی بر حفظ کرامت انسانی بیمار یا به بیانی دیگر، کرامت درمانی است. تأثیرات مثبت این رویکرد نوین در بیماران با تشخیص های مختلف از جمله بیماران مبتلا به سرطان (۱۰)، بیماری های نورو موتور (۱۶)، همودیالیز (۱۱)، اختلالات روانی همچون افسردگی (۱۷) و حتی در سالمندان سالم (۳) مورد تأیید قرار گرفته است. واقعی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود که با هدف تعیین تأثیر کرامت درمانی بر عزت نفس درک شده در بیماران با افسردگی شدید در مشهد انجام گرفت؛ به تأثیر مثبت کرامت درمانی بر عزت نفس بیماران مذکور اشاره کردند. به عبارتی، کرامت درمانی در ابعاد کاهش وابستگی، آرامش ذهنی و حمایت اجتماعی مؤثر بوده است (۱۷). نتایج مطالعه آنها همراستا با نتایج مطالعه ی حاضر منجر به ارتقای احساس ارزشمندی و عزت نفس بیماران شده بود. با توجه به اینکه بیماران مبتلا به سرطان به ویژه در مراحل انتهایی حیات با احساساتی همچون ناامیدی، افسردگی و پوچی مواجه می گردند؛ این مداخله ی روان درمانی موقعیتی را برای آنها فراهم می کند تا با یادآوری خاطرات خوب گذشته، موفقیت های کسب شده در طی حیات و دوباره زیستن لحظاتی که در آنها احساس ارزشمند بودن داشته اند بر احساسات منفی و ناامیدی خود تا حدی غلبه کنند. همچنین، نتایج مطالعه ی حاضر همسو با نتایج پژوهش برهانی و همکاران (۲۰۱۶) بود که به بررسی تأثیر مدل درمان مبتنی بر رعایت کرامت انسانی بر حس کرامت بیماران همودیالیزی در جبرفت پرداختند. یافته های مطالعه ی آنها نشان داد که کرامت درمانی منجر به افزایش احساس کرامت در بیماران تحت همودیالیز می شود و می تواند تجربیات و احساسات منفی از جمله پوچی، یأس و ناامیدی، خستگی و درماندگی و افکار

چگونگی توزیع داده ها به وسیله آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد. با توجه به برخورداری داده ها، از توزیع نرمال، جهت مقایسه میانگین حس کرامت انسانی از آزمون تی مستقل استفاده شد. یافته ها حاکی از آن بود که میانگین حس کرامت انسانی بعد از اجرای پروتکل کرامت

بحث

در پژوهش حاضر تأثیر مداخله کرامت درمانی بر احساس کرامت بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفت. یافته ها نشان داد که کرامت درمانی بر ارتقاء احساس کرامت بیماران مذکور تأثیر مثبت داشته و بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش گردید. مطابق با نتایج مطالعه ی حاضر، کرامت درمانی منجر به افزایش حس معنا، هدف، ارزش زندگی و کاهش احساس رنج، پوچی و بیهودگی بیماران مبتلا به سرطان در انتهای حیات گردید. نتایج مطالعه ی حاضر همراستا با نتایج سایر مطالعات مشابه، تأییدکننده تأثیر مثبت این رویکرد حمایتی روان درمانی بر تمامی ابعاد زندگی فرد از جمله احساس کرامت، ارزشمندی و عزت نفس می باشد (۳، ۶، ۱۰).

به طور کلی فرد بیمار به دلیل مواجهه با نقصانها و محدودیت های فیزیکی، فشارهای روانی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی دوران بیماری و تغییر نقش های معمول زندگی؛ به عنوان فردی آسیب پذیر قلمداد می شود و حفاظت از احساس ارزش و کرامت انسانی وی؛ از وظایف و مسئولیت های مهم پرسنل مراقبتی بهداشتی می باشد (۱۴). تلاش در جهت حفظ و ارتقای احساس بزرگی و کرامت بیماران در حرفه پرستاری، در قالب تصدیق بی قید و شرط ارزش انسانی بیمار که نشأت گرفته از ذات لایزال الهی است، به عنوان یک ویژگی تفکیک ناپذیر در حرفه پرستاری همواره مورد تأکید بوده است (۱۳). این مهم، در رابطه با بیماران مبتلا به سرطان به ویژه در مراحل انتهایی حیات از اهمیت دوچندان برخوردار است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که با توجه به شرایط ویژه بیماران مذکور از جمله تجربه احساس پوچی، یأس و ناامیدی، اضطراب، آلام نهفته و ترسهای وجودی؛ برقراری تعامل بیمارمحور و مبتنی بر حفظ کرامت انسانی می تواند در ارتقاء احساس ارزش و کرامت در بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشد (۱۵). به عبارتی، آلام وجودی، بیش از درد و رنج جسمی برای بیماران مذکور آزاردهنده بوده و تمرکز

داد. همچنین، می توان با بازنگری برنامه های آموزش پرستاری، در قالب یکی از مباحث سلامت روان، دانشجویان پرستاری را با مقوله کرامت درمانی آشنا نمود. لازم به ذکر است، این پژوهش مانند سایر مطالعات دارای محدودیت هایی بود، از جمله بازگو نکردن مسائل شخصی و عدم تمایل به صحبت کردن به علت ضعف و ناتوانی و خستگی ناشی از عوارض جسمی بیماری؛ که پژوهشگر با همدلی و ایجاد حس اعتماد تا حدودی توانست از محدودیت های مذکور بکاهد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کرامت درمانی بر حس کرامت بیماران مبتلا به سرطان موثر می باشد. این رویکرد مراقبتی ضمن کاهش تشنهای روانی و وجودی بیماران مذکور، آنها را در بازتعریف هدف و معنی حیات کمک نموده و با یادآوری ارزش و اهمیت حیات زیسته ی آنها؛ احساس کرامت و عزت نفس آنها را ارتقاء می بخشد. بر این اساس، با توجه به فواید این رویکرد و قابلیت یادگیری این مهارت توسط پرستاران، پیشنهاد می شود با بکارگیری این رویکرد نوین در بخش های انکولوژی؛ در جهت ارتقای ابعاد انسانگرایانه مراقبت پرستاری اقدام نمود.

سیاسگزاری

این مطالعه، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی- جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. بدین وسیله، تشکر و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسئولین محترم بیمارستان فیروزگر، مؤسسه خیریه آلاء و مرکز طب تسکینی انتخاب؛ همچنین کلیه بیمارانی که در این پژوهش مشارکت داشتند؛ اعلام می نمایم.

تکرارشونده در رابطه با مرگ را کاهش و در مقابل عزت نفس و اعتماد به نفس بیماران مذکور را افزایش دهد (۱۱).

تأثیر مثبت کرامت درمانی بر کاهش دیسترس های روانی بیماران مبتلا به بیماری های لاعلاج در جوامع و فرهنگ های مختلف مورد تأکید قرار گرفته است. کاهش دیسترس های روانی در بیمار مذکور می تواند ضمن ایجاد آرامش درونی و تسکین آلام وجودی؛ وی را جهت تعمق بر ابعاد مهم حیات زیسته خود متمرکز نموده و با یادآوری جنبه های مهم زندگی خویش، به تجدید معنی و هدف زندگی بپردازد (۱۸، ۱۰). در این راستا، نتایج تحقیق جولینو و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی تأثیر کرامت درمانی بر دیسترس روانی بیماران علاج ناپذیر پرتهالی در پایان زندگی پرداخته بودند؛ نشان داد که این رویکرد تأثیر بسزایی در کنترل هیجانات عاطفی بیماران مذکور داشته و ضمن ارتقای روحیه و احساس ارزشمندی آنها؛ احساس میل به مرگ را در آنها کاهش داده بود (۱۸). در این رابطه، نتایج مطالعه ی دیگری که توسط هومن و همکاران (۲۰۱۴) تحت عنوان " بررسی آینده نگر کرامت درمانی به عنوان یک مراقبت تسکینی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته" در دانمارک انجام گرفت؛ بیانگر آن بود که کرامت درمانی ضمن کمک به کاهش احساس اضطراب، ایجاد احساس کنترل و افزایش سطح عملکردی آنها؛ سبب افزایش معنا و هدف در زندگی، احساس کرامت و درک بهتر خانواده نسبت به آنها شده بود (۱۰). از آنجایی که بیمار مبتلا به سرطان آلام جسمی، روانی و وجودی بسیاری را تجربه می کنند، پرستاران می توانند با ارائه ی مراقبت های تسکینی اکرام بخش و بهره مندی از رویکردهای نوین مراقبتی همچون کرامت درمانی؛ ضمن کاهش دیسترس های روانی و معنوی بیماران مذکور در جهت ارتقای حس کرامت مؤثر باشند (۱۹). با توجه به قابلیت یادگیری مهارت کرامت درمانی (۹)، می توان این مهارت مهم را در طی دوره های ضمن خدمت به پرستاران بخش های انکولوژی و ارائه دهندگان مراقبت تسکینی آموزش

References

1. Kavosi A, Moeini Ghamchini V, Baikey F, Khalili G, Mohammadi G, Baikey F et al. The Relationship between Metacognitive Beliefs with Quality of Life and Mental Health of Patients with Cancer: A Case-Control Study. IJNR. 2017; 12 (1):35-41. <https://doi.org/10.21859/ijnr-12016>
2. Azizi A DMS, Mohamadi J. Comparison of the Quality of Life and Perceived Stress in Gastric and Lung Cancer Patients and Normal Subjects in the city of Tabriz in 2014. CHJ. 2017; 9(3): 1-8.
3. Chochinov HM, Cann B, Cullihall K, Kristjanson L, Harlos M, McClement SE, et al. Dignity therapy: a feasibility study of elders in long-term care. Palliat Support Care. 2012; 10(01):3-15 <https://doi.org/10.1017/S1478951511000538> PMID:22329932
4. Ramezanzade-Tabriz E, Parsa-Yekta Z, Shahsavari H, Yekaninejad M. Unmet needs and its relationship with the management of depression in patients suffering from cancer. IJNR. 2015; 9 (4):12-21.
5. Manookian A, Cheraghi MA, Nasrabadi AN. Factors influencing patients' dignity: a qualitative study. Nurs Ethics. 2014; 21 (3):323-334.

- <https://doi.org/10.1177/0969733013498526>
PMid:24077096
6. Chochinov HM. Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End of Life Care. *CA Cancer J Clin.* 2006; 56(2):84-103. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.84> PMid:16514136
 7. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet.* 2002; 360(9350):2026-2030. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)12022-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)12022-8)
 8. Gallagher A. Dignity and respect for dignity-two key health professional values: implications for nursing practice. *Nurs Ethics.* 2004; 11(6):587-599. <https://doi.org/10.1191/0969733004ne744oa> PMid:15597939
 9. 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):5520-5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391> PMid:16110012
 10. Houmann LJ, Chochinov HM, Kristjanson LJ, Petersen MA, Groenvold M. A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliat Med.* 2014; 28(5): 448-458. <https://doi.org/10.1177/0269216313514883> PMid:24311296
 11. Borhani F, Abbaszade A. The effect of dignity therapy model on sense of dignity of hemodialysis patients: a randomized clinical trial. *Bioethics Journal.* 2016; 4 (13):117-36.
 12. Hosseini A, Rezaei M, Bahrami M, Abbasi M, Hariri H. The relationship between dignity status and quality of life in Iranian terminally ill patients with cancer. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2017; 22(3):178.
 13. Cheraghi MA, Manookian A, Nasrabadi AN. Human dignity in religion-embedded cross-cultural nursing. *Nurs Ethics* 2014; 21(8):916-928. <https://doi.org/10.1177/0969733014521095> PMid:24675739
 14. Manookian A, Cheraghi MA, Nikbakht Nasrabadi A, Peiravi H, Shali M. Nurses' lived experiences of preservation of patients' dignity. *IJME.* 2014; 7 (1):22-33.
 15. Ghaljeh M, Rezaee N. Experiences of Nurses about End-of-life Care for Cancer Patients in Iran: A Qualitative Study. *IJN.* 2018; 31(114):65-75. <https://doi.org/10.29252/ijn.31.114.65>
 16. Aoun SM, Chochinov HM, Kristjanson LJ. Dignity therapy for people with motor neuron disease and their family caregivers: a feasibility study. *J Palliat Med* 2015; 18(1):31-7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0213> PMid:25314244 PMCID:PMC4273180
 17. Vaghee S, Heydari A. The effect of dignity therapy on perceived dignity in patients with major depression disorder. *Nurs Midwifery Stud.* 2016; 5(4):e38288. <https://doi.org/10.17795/nmsjournal38288>
 18. Julião M, Oliveira F, Nunes B, Carneiro AV, Barbosa A. Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: a randomized controlled trial. *Palliat Support Care.* 2017; 15(6):628-637. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001140> PMid:28166861
 19. Li HC, Richardson A, Speck P, Armes J. Conceptualizations of dignity at the end of life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy. *J Adv Nurs.* 2014; <https://doi.org/10.1111/jan.12455> PMid:24866233