

Original Article

Assessment of Human Dignity in Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy

Somaye Shahhoseini¹, Fariba Borhani^{2*}, Foroozan Atashzadeh-Shoorideh³, Amir Kavousi⁴

1. MSc in Nursing, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: faribaborhani@msn.com

3. Assistant professor, Department of Nursing Management, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Assistant professor, School of Health, Safety and Environment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 2 Jun 2015 Accepted: 24 Jul 2016

Abstract

Background and Aim: People with life-threatening diseases such as cancer are suffering from with a range of problems, including mental, social and existential challenges, which endangers their sense of dignity. This study aimed to assess the different aspects of dignity from the perspective of women with breast cancer who underwent chemotherapy in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, 2015.

Materials and Methods: In this cross sectional study, purposive sampling method was used to select 3 hospitals; 207 patients selected using convenient sampling method. The research instrument included Patient Dignity Inventory (PDI) designed in 2008 and includes 5 dimensions, including experiencing symptoms of tension, existential tension, peace of mind, dependency and social support. Data collect was carried out using the translation of human dignity inventory designed by Chochinov. Data analysis was analyzed using descriptive statistics and T-test, ANOVA and Duncan.

Ethical Considerations: After obtaining permission from the university ethics committee on research, explaining the research goals, emphasizing on confidentiality and obtaining informed consent, inventories were completed.

Findings: Dignity overall score of 1.94 out of 5 was obtained. The dignity score of patients in dimension of experiencing tension symptoms was (mean of 2.40 ± 0.96). Existential tension, peace of mind, dependency and social support were assigned highest scores respectively with mean of (1.87 ± 0.5), (1.87 ± 0.77), (1.71 ± 0.77) and (1.31 ± 0.55).

Conclusion: Identifying different sources of tension experienced by patients with breast cancer undergoing chemotherapy, contributed greatly to group therapy and care, especially nurses to make right decisions.

Keywords: Human Dignity; Breast Cancer; Chemotherapy; Tension; Iran

Please cite this article as: Shahhoseini S, Borhani F, Atashzadeh-Shoorideh F, Kavousi A. Assessment of human dignity in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Med Ethics J* 2017; 11(39): 7-17.

ارزیابی کرامت انسانی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی

سمیه شاه حسینی^۱، فریبا برهانی^{۲*}، فروزان آتش زاده شوریده^۳، امیر کاوسی^۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: faribaborhani@msn.com

۳. استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. استادیار، دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۳

چکیده

زمینه و هدف: افراد مبتلا به بیماری های تهدیدکننده حیات مانند سرطان با طیف وسیعی از مشکلات از جمله چالش های روانی، اجتماعی مواجه می شوند که سبب به خطر افتادن احساس کرامت در آنان می گردد. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی کرامت انسانی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در شهر تهران، در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی - مقطعی روی ۲۰۷ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در سه بیمارستان منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که به روش در دسترس انتخاب شدند، صورت گرفته است. جمع آوری داده ها با استفاده از سیاهه کرامت انسانی Chochinov انجام شد. برای تحلیل داده ها از آمارهای توصیفی و آزمون های آماری T test، ANOVA و Duncan استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: پس از بیان اهداف پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت کنندگان، گردآوری داده ها انجام شد.

یافته ها: در این مطالعه نمره کلی کرامت ۱/۹۴ از ۵ بود. میانگین نمره کرامت بیماران در بعد تجربه علائم تنش ۲/۴۰ و انحراف معیار ۰/۹۶ بود و پس از آن ابعاد تنش وجودی با میانگین (۱/۸۷ و انحراف معیار ۰/۷۵)، آرامش ذهن (با میانگین ۱/۸۷ و انحراف معیار ۰/۷۷)، وابستگی (با میانگین ۱/۷۱ و انحراف معیار ۰/۷۷) و حمایت اجتماعی (با میانگین ۱/۳۳ و انحراف معیار ۰/۵۵) بیشترین نمره را به خود اختصاص دادند.

نتیجه گیری: یافته ها بر شناسایی منابع مختلف تنش تجربه شده در زنان مورد مطالعه برای کمک به گروه مراقبتی - درمانی به ویژه پرستاران در جهت اتخاذ تصمیمات مناسب دلالت دارد.

واژگان کلیدی: کرامت انسانی؛ سرطان پستان؛ شیمی درمانی؛ تنش؛ ایران

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های حوزه سلامت و عامل هشت میلیون مرگ و میر بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در دنیا می‌باشد. همچنین سرطان سومین علت مرگ بعد از بیماری‌های قلبی و تصادفات در ایران می‌باشد (۱). در این میان، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده در زنان است. بر اساس آخرین گزارش آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، تعداد موارد تشخیص داده شده سرطان پستان در زنان، در سال ۲۰۱۲، ۱۶۷۷۰۰۰ نفر و موارد مرگ و میر ناشی از آن ۵۷۷۰۰۰ نفر بوده است (۲). میزان بروز این بیماری در کشورهای توسعه یافته سالانه ۱-۲ درصد و در کشورهای کم‌تر توسعه یافته هر سال حدود ۵٪ افزایش می‌یابد (۳). در ایران نیز، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان بوده است (۴) و حدود ۳۲٪ سرطان‌های زنان را به خود اختصاص داده است (۵). سرطان پستان زنان ایرانی را حداقل یک دهه زودتر از هم‌تایان آن‌ها در کشورهای توسعه یافته مبتلا می‌سازد و این نشان‌دهنده اهمیت این بیماری است (۱). از سوی دیگر میزان بقای مبتلایان به سرطان پستان طولانی بوده (۶) و در نتیجه مدت زمان بیشتری با سرطان و عوارض و پیامدهای آن دست به گریبان هستند (۷).

از جمله عوارض سرطان، تنش‌های ناشی از تشخیص سرطان و درمان آن است که ارتباط نزدیکی با مشکلات عملکردی، فیزیکی و روانشناختی دارد (۸-۹). در واقع شیمی‌درمانی از جمله اقدامات درمانی برای این بیماران است که با هدف نابودی سلول‌های سرطانی انجام می‌شود و علی‌رغم این‌که میزان بقا را افزایش می‌دهد، اما عوارض جانبی زیادی در ابعاد جسمی، روحی - روانی و اجتماعی به جای می‌گذارد (۱۰). شیمی‌درمانی موجب از بین رفتن کلیه سلول‌هایی می‌گردد که سرعت تکثیر بالایی دارند که این سلول‌ها علاوه بر سلول‌های سرطانی، سلول‌های خونی، سلول‌های پوششی دستگاه گوارش و سلول‌های فولیکول مو را دربر می‌گیرد، لذا عوارضی مانند انواع عفونت‌ها، خستگی، ریزش مو، زخم‌های دهانی، تهوع و اسهال در اکثر بیمارانی که تحت درمان با داروهای شیمی‌درمانی

قرار دارند، مشاهده می‌گردد (۱۱). از دیگر عوارض سرطان، تنش‌های روانی است که در افراد مبتلا به سرطان‌های پیشرفته شایع است. این در حالی است که این تنش‌ها اغلب به صورت تشخیص داده نشده و کم‌تر درمان شده باقی می‌مانند. ۲۰-۴۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، تنش‌های عاطفی زیادی را تجربه می‌کنند (۱۲). منابع بالقوه تنش شامل تجربه علائم جسمی، غم و اندوه در مورد فقدان‌های فعلی و مورد انتظار، نگرانی در مورد علاقه به دیگران و سربار دیگران بودن و تردید در مورد آینده است. این تنش‌ها می‌تواند منجر به از دست دادن لذت و احساس بی‌معنایی شده و تأثیر منفی روی کیفیت زندگی بگذارد (۱۳). کیفیت زندگی به احساس ذهنی فرد از ناتوانی‌ها و رضایت از سطح عملکرد فعلی وی اطلاق می‌شود (۱۴). از این رو انجام اقداماتی در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد (۱۵).

در افراد مبتلا به سرطان مشکلات مرتبط با کرامت و کیفیت زندگی پایین‌تر و سطح افسردگی بالاتر گزارش شده است (۱۳). کرامت به کیفیتی گفته می‌شود که در آن فرد احساس ارزشمند بودن و مورد احترام بودن می‌کند. انواع کرامت شامل کرامت ذاتی و اجتماعی است. کرامت ذاتی (پایه) به معنی احترام به حقوق پایه افراد در محیط‌های مختلف و کرامت اجتماعی دربردارنده احساس ارزشمند بودن در رابطه با اهداف فردی و موقعیت‌های اجتماعی است (۱۶)، هرچند که پرستاران بخش جدایی‌ناپذیری از ارائه مراقبت با کیفیت بالا می‌باشند (۱۷)، ولی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کارکنان پزشکی و پرستاری آگاهی کمی از اهمیت رعایت حریم و کرامت بیماران داشته و درک آنان از این مفاهیم متفاوت است. بنابراین ضروری است که ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی - درمانی با شناسایی ابعاد و عوامل تأثیرگذار بر کرامت بیماران، راهکارهایی برای ارتقا و حمایت از کرامت در محیط‌های بالینی ارائه نمایند (۱۸). از سوی دیگر، پرستاران از نظر حرفه‌ای موظف به کسب دانش در مورد ایجاد، حفظ و ارتقای کرامت هر بیمار با توجه به تفاوت‌های زمینه‌ای هستند. شناخت و تأکید بر این عوامل به گروه پزشکی به ویژه پرستاران درگیر در امر مراقبت این بیماران، و برنامه‌ریزی جهت ایجاد اقدامات

کاربردی در ارائه مراقبت توأم با حفظ کرامت بیمار کمک خواهد کرد (۱۹).

در صورتی که کرامت و منزلت بیمار حفظ شود، وی احساس راحتی، اطمینان و ارزشمند بودن می‌کند و می‌تواند تصمیمات لازم را در رابطه با فرایند مراقبتی - درمانی خویش اتخاذ کند؛ برعکس، در صورتی که کرامت انسانی وی مورد بی‌احترامی قرار گیرد، ضمن تجربه احساس عدم اطمینان، حقارت و شرمساری، برآیندهای مراقبتی - درمانی وی نیز تحت تأثیر قرار گرفته و زمان بستری وی در بیمارستان طولانی‌تر می‌شود (۲۰). بی‌توجهی به کرامت بیماران می‌تواند بر جسم، روح، خلق و معنویت آنان تأثیر گذاشته و آن‌ها را در معرض فشار عصبی قرار دهد (۲۱). عمده مطالعات انجام‌شده در زمینه کرامت بیمار تحت مراقبت تسکینی، به وجود نیاز برای انجام تحقیقات بیشتر جهت شناسایی منابع مختلف تنش مرتبط با کرامت در این گروه از بیماران تأکید کرده‌اند (۲۳-۲۲). از این رو مطالعه حاضر با هدف ارزیابی کرامت انسانی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

روش این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی می‌باشد. نمونه‌های این پژوهش شامل ۲۰۷ زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شیمی‌درمانی سه بیمارستان منتخب از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشند که به روش در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از دی‌ماه سال ۱۳۹۳ شروع شد و به مدت دو ماه به طول کشید. معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۷۰ سال، آگاهی بیمار از ابتلای خود به سرطان پستان و قدرت تکلم به زبان فارسی بود.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ترجمه سیاهه کرامت انسانی که توسط Chochinov طراحی شده است، انجام شد. این سیاهه شامل ۲۵ عبارت دربردارنده ابعاد تجربه علائم تنش، وابستگی، برخورداری از حمایت اجتماعی، تنش وجودی و آرامش ذهن می‌باشد. به هر پرسش نمره بین ۱ تا ۵ اختصاص

داده می‌شود. نمره کم‌تر به معنای بهره‌مندی کم‌تر بیمار از کرامت می‌باشد. همچنین از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات، میزان رضایت از درآمد ماهیانه خانوار، مدت زمان تشخیص بیماری و انجام یا عدم انجام عمل جراحی ماستکتومی استفاده شد. با استفاده از تحلیل عاملی، تأیید شد که ابزار در همه ابعاد از میزان برازش مناسبی (۰/۴۷) برخوردار است. پایایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ مورد تأیید قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و برای تعیین رابطه بین متغیرهای دموگرافیک و ابعاد کرامت بیماران از آزمون‌های ANOVA، T test و Duncan استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

پس بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه شفاهی از شرکت‌کنندگان، گردآوری داده‌ها انجام شد. همچنین بر بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها و حفظ محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید.

یافته‌ها

میزان پاسخگویی در گروه مورد مطالعه ۱۰۰٪ بود. بیشتر زنان مورد مطالعه متأهل ۶۸/۱ درصد، دارای تحصیلات دیپلم و کم‌تر ۶۴/۷ درصد و خانه‌دار ۸۴/۵ درصد بوده و رضایت پایینی از درآمد ماهانه خود داشتند (۶۷/۶ درصد). در ۵۶/۵ درصد بیماران کم‌تر از یکسال از زمان تشخیص بیماری می‌گذشت (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مورد مطالعه

درصد	متغیر	
فراوانی		
۱۱/۶	مجرد	وضعیت تأهل
۶۸/۱	متأهل	
۸/۲	مطلقه	
۱۲/۱	بیوه	

نمره بعد تنش وجودی در زنان تحصیلکرده بیشتر بود، هرچند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین رده‌های مختلف تحصیلی و نمره کرامت حاصل نشد. همچنین آرامش ذهن و حمایت اجتماعی در سطوح مختلف تحصیلی به طور معناداری متفاوت بود ($p=0/004$). در سطوح مختلف شغلی نیز تفاوت معناداری در نمره کلی کرامت بیماران مشاهده نشد. با وجود عدم مشاهده ارتباط معنی‌دار بین نمره کلی کرامت بیماران و میزان رضایتمندی آنان از درآمد خود مشخص شد، بیمارانی که از درآمدشان رضایت داشتند، تنش کم‌تری را در سه بعد تجربه علائم تنش ($P=0/005$)، تنش وجودی ($P=0/029$) و حمایت اجتماعی ($p=0/004$) گزارش کردند. ارتباط معناداری بین نمره کرامت بیمار و میزان حمایت اجتماعی مشاهده نشد و کم‌ترین نگرانی بیماران در این مطالعه در بعد حمایت اجتماعی گزارش شد (جدول ۳).

جدول ۳: ارتباط بین ابعاد کرامت انسانی با ویژگی‌های

جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	تجربه علائم تنش	تنش وجودی	وابستگی	آرامش ذهن	حمایت اجتماعی
سن	$P=0/32$	$P=0/29$	$P=0/86$	$P=0/21^*$	$P=0/07^*$
وضعیت تأهل	$P=0/559$	$P=0/261$	$P=0/20$	$P=0/37^*$	$P=0/40^*$
تحصیلات	$P=0/330$	$P=0/942$	$P=0/442$	$P=0/04^*$	$P=0/02^*$
شغل	$P=0/911$	$P=0/28$	$P=0/31$	$P=0/40$	$P=0/226$
رضایت از درآمد	$P=0/06^*$	$P=0/013^*$	$P=0/20$	$P=0/332$	$P=0/28$
مدت زمان تشخیص بیماری	$P=0/280$	$P=0/114$	$P=0/073$	$P=0/771$	$P=0/956$

تنها بعد تنش وجودی کرامت ارتباط معناداری با نوع بیمارستان داشت ($p=0/004$). بیماران مورد مطالعه در بیمارستان شماره ۱، نمره تنش وجودی کم‌تری داشتند که نشان‌دهنده وضعیت بهتر این بعد کرامت در این بیماران است. مقایسه نمره کلی کرامت بیماران تحت شیمی‌درمانی در

تحصیلات	بی‌سواد	۱۲/۱
	دیپلم و کم‌تر	۶۴/۷
	دانشگاهی	۲۳/۲
شغل	خانه‌دار	۸۴/۵
	کارمند	۹/۷
	آزاد	۵/۸
میزان رضایت از درآمد	کم	۶۷/۶
	متوسط	۲۰/۳
	زیاد	۱۲/۱
مدت زمان تشخیص بیماری	کم‌تر از یک سال	۵۶/۵
	یک تا پنج سال	۲۷/۵
	پنج تا ده سال	۹/۷
	بیش از ده سال	۶/۳

در این مطالعه نمره کلی کرامت ۱/۹۴ از نمره ۵ بود. میانگین نمره کرامت بیماران در بعد تجربه علائم تنش ۲/۴۰ و انحراف معیار آن ۰/۹۶ بود، پس از آن ابعاد تنش وجودی با میانگین (۱/۸۷ و انحراف معیار ۰/۷۵)، آرامش ذهن (با میانگین ۱/۸۷ و انحراف معیار ۰/۷۷)، وابستگی (با میانگین ۱/۷۱ و انحراف معیار ۰/۷۷) و حمایت اجتماعی (با میانگین ۱/۳۳ و انحراف معیار ۰/۵۵) بیشترین نمره را به خود اختصاص دادند (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد سیاهه کرامت بیمار

در بیماران مورد مطالعه

بعد	کم‌ترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
تجربه علائم تنش	۱	۵	۲/۴۰	۰/۹۶
تنش وجودی	۱	۴/۸۳	۱/۸۷۸	۰/۷۵
وابستگی	۱	۴/۳۳	۱/۷۱	۰/۷۷
آرامش ذهن	۱	۵	۱/۸۷۱	۰/۷۷
حمایت اجتماعی	۱	۴/۱۷	۱/۳۳	۰/۵۵

بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شماره ۱ با بیماران سایر بیمارستان های مورد مطالعه، نشان دهنده احساس بهره مندی بیشتر این بیماران از احساس کرامت بود (جدول ۴).

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد سیاهه

کرامت بیمار در بیماران مورد مطالعه

بیمارستان	ابعاد سیاهه کرامت بیمار			
	تجربه تنش	تنش وجودی	وابستگی	آرامش ذهن اجتماعی
شماره (۱)	۲/۶۶ (۰/۹۹)	۲/۲۲ (۰/۷۳)	۱/۸۷ (۰/۸۱)	۲/۰۵ (۰/۸۳)
شماره (۲)	۲/۰۴ (۰/۸۳)	۱/۳۰ (۰/۳۰)	۱/۴۷ (۰/۶۵)	۱/۵۸ (۰/۵۵)
شماره (۳)	۲/۱۰ (۰/۹۶)	۲/۶۶ (۰/۷۵)	۱/۵۴ (۰/۷۷)	۱/۸۱ (۰/۷۷)
P-value	۰/۲۸۳	۰/۰۰۴*	۰/۳۷۳	۰/۴۹۱

بحث

در این مطالعه که بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام شد، میانگین کلی نمره کرامت ۱/۹۴ بود. همچنین در پژوهش برهانی و همکاران (۲۰۱۴ م.) بر روی بیماران بستری در بخش های داخلی جراحی، میانگین کلی نمره کرامت ۱/۸۹ گزارش شد. با نگاهی جزئی تر به عبارات موجود در سیاهه کرامت انسانی و مقایسه میانگین نمرات بیماران در این دو مطالعه، اختلاف نمرات را می توان به این موضوع نسبت داد که تشخیص بیماری سرطان در افراد مورد مطالعه، می تواند سبب افسردگی و اضطراب بیشتری در این گروه از بیماران در مقایسه با بیماران بستری در بخش های داخلی و جراحی گردد. در واقع اضطراب و افسردگی، شایع ترین مشکل روانی در بیماران مبتلا به سرطان است (۸) و نقش به سزایی در کاهش کرامت بیمار دارد.

بیشترین میانگین نمرات در ابعاد تجربه علائم تنش و تنش وجودی، سپس در بعد آرامش ذهن، وابستگی و حمایت اجتماعی حاصل گردید. در مطالعه ای که Hall و همکاران بر روی ۴۵ بیمار مبتلا به سرطان در سال ۲۰۱۴ انجام دادند،

تجربه علائم تنش و عدم توانایی در انجام کارهای روزمره در بیش از یک سوم از بیماران گزارش گردید که با یافته های پژوهش حاضر همسو می باشد که می توان آن را به وجود درد، تنگی نفس، تهوع، استفراغ و اسهال ناشی از بیماری و عوارض ناشی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان نسبت داد. همچنین در پژوهش Chochinov بیشترین نگرانی بیماران در ابعاد تجربه علائم تنش و تنش وجودی بود. کمترین نگرانی بیماران نیز در بعد برخورداری از حمایت اجتماعی بود که از سوی کم تر از ۱۰٪ بیماران گزارش گردید که مؤید و هم جهت با نتایج حاصل از این پژوهش می باشد. در مطالعه برهانی و همکاران نیز که در سال ۲۰۱۴ بر روی ۲۸۰ بیمار بستری در بخش های داخلی و جراحی انجام شد، بیشترین نگرانی بیماران (با میانگین نمره ۲/۰۹ و انحراف معیار ۰/۹۲) در بعد تجربه علائم تنش گزارش شده است، پس از آن ابعاد آرامش ذهن (با میانگین ۱/۹۱ و انحراف معیار ۰/۹۷)، وابستگی (با میانگین ۱/۸۹ و انحراف معیار ۱/۰۱)، تنش وجودی (با میانگین ۱/۸۸ و انحراف معیار ۰/۹۶) و حمایت اجتماعی (با میانگین ۱/۶۰ و انحراف معیار ۰/۸۹) بیشترین نمره را به خود اختصاص دادند. همانطور که نتایج مطالعه برهانی نشان داد بیشترین نگرانی هم در افراد مبتلا به سرطان و هم در بیماران بستری در بخش های داخلی و جراحی در بعد تجربه علائم تنش بوده است. همانطور که پیش تر اشاره شد تهوع، استفراغ، اشکال در به خواب رفتن از علائم شایع تنش در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی است (۲۴).

تجربه درد، نگرانی در مورد علائم تنش و از دست دادن استقلال به دلیل کاهش کارایی به عنوان بزرگترین عامل تهدید کننده احساس کرامت فردی در نظر گرفته می شود و تجربه علائم تنش شدید می تواند منجر به این شود که بیماران مرگ را تنها گزینه انتخابی خود بدانند (۱۳). بنابراین لزوم ارائه توجه ویژه به کاهش تجربه علائم تنش خصوصاً در بیماران مبتلا به سرطان که در حال گذراندن دوره شیمی درمانی هستند و علائم شدیدی را تجربه می کنند به منظور حفظ و ارتقای کرامت آنان ضروری به نظر می رسد.

در پژوهشی که Chochinov و همکارانش در سال ۲۰۱۱ بر روی ۳۲۶ بیمار در حال دریافت مراقبت تسکینی پایان عمر انجام دادند، گزارش کردند که بیماران تنش قابل توجهی را در رابطه با ابعاد مختلف کرامت متحمل نمی‌شوند، هرچند در مطالعه وی اکثریت بیماران (حدود ۹۸٪) مبتلا به سرطان بودند، ولی تنها ۸/۹ درصد آن‌ها به سرطان پستان مبتلا بودند. شاید بتوان علت تفاوت در میزان تنش مرتبط با کرامت در مطالعه Chochinov و مطالعه کنونی را به درگیری اعضای مختلف با سرطان و گذراندن مراحل مختلف بیماری در نمونه‌های پژوهش Chochinov نسبت داد که به طور مستقیم بر میزان کرامت بیمار تأثیرگذار است.

در پژوهش حاضر تأثیر نوع بیمارستان بر کرامت بیمار مورد بررسی قرار گرفت و ارتباط معناداری بین نمره کلی کرامت و نوع بیمارستان مشاهده نشد و تنها بعد تنش وجودی کرامت ارتباط معناداری با نوع بیمارستان داشت. بیماران تحت مطالعه در بیمارستان شماره ۱ نمره تنش وجودی کمتری داشتند که نشان‌دهنده وضعیت بهتر این بعد کرامت در این بیمارستان است. همچنین مقایسه نمره کلی کرامت بیماران تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان شماره ۱ با بیماران بقیه بیمارستان‌های تحت مطالعه نشان‌دهنده احساس بهره‌مندی بیشتر این بیماران از احساس کرامت می‌باشد که می‌تواند ناشی از رایگان بودن داروهای مصرفی در بیمارستان مورد مطالعه، وجود مرکز خیریه و خدمات مشاوره‌ای رایگان این مرکز باشد. در واقع محیط بیمارستان باید ساختار فیزیکی را برای ترویج کرامت انسانی فراهم کند، هر یک از کارکنان نیز باید در رفتار خود با بیماران کرامت آنان را محترم شمرده و از تأثیر رفتارشان بر کرامت بیمار در هر برخورد آگاه باشند.

در مطالعه ما ارتباط معناداری بین نمره کرامت بیمار و نوع بیمارستان یافت نشد. در حالی که در پژوهش برهانی و همکاران ارتباط معناداری بین نوع بیمارستان، نمره کلی کرامت، تجربه علائم تنش، آرامش ذهن و حمایت اجتماعی مشاهده شد که آن را می‌توان به تنوع محیط فیزیکی و جغرافیایی بیمارستان‌های مورد مطالعه و کثرت مراکز تحت مطالعه نسبت داد. همچنین در پژوهشی که LAM در سال

۲۰۰۷ بر روی ۵۰ بیمار در حال دریافت مراقبت تسکینی انجام داد، دوسوم بیمارانی که در بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند، گزارش کردند که احساس کرامت آن‌ها در معرض خطر قرار گرفته است.

در مطالعه حاضر نمره بعد تنش وجودی در زنان تحصیلکرده بیشتر بود، هرچند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین رده‌های مختلف تحصیلی و نمره کرامت حاصل نشد. شاید این تفاوت موجود در یافته‌ها را بتوان با نگاهی بر عبارات موجود در سیاهه به این نکته ربط داد که بیماران تحصیلکرده توقع دارند، ایفای نقش مؤثرتر و بیشتری را در زندگی با توجه به دانشی که کسب کرده‌اند، داشته باشند و از آنجا که بیماری از توان و اثرگذاری آنان می‌کاهد در نتیجه موقعیت‌های تنش‌زای بیشتری را تجربه خواهند کرد. در پژوهشی که Chochinov و همکاران نیز در سال ۲۰۰۹ بر روی ۲۵۳ بیمار در حال دریافت مراقبت تسکینی انجام دادند، گزارش کردند که بیماران تحصیلکرده و دارای شریک جنسی دارای مشکلات خاصی خصوصاً در بعد تنش وجودی می‌باشند. در مطالعه حاضر با وجود عدم مشاهده ارتباط معنی‌دار بین نمره کلی کرامت بیماران و میزان رضایتمندی آنان از درآمد خود، بیمارانی که از درآمدشان رضایت داشتند، تنش کمتری را در سه بعد تجربه علائم تنش، تنش وجودی و حمایت اجتماعی گزارش کردند. در واقع میزان رفاه اقتصادی و اجتماعی یکی از عوامل مهم جنبه‌های اجتماعی بیماری است (۲۵). در زمان مطالعه با وجود این‌که بیماران از نظر گذراندن مراحل درمان در شرایط مختلفی بودند و از طرفی با وجود شروع طرح تحول نظام سلامت بسیاری از هزینه‌های بیماران کاهش پیدا کرده بود، ولی عدم توان مالی بیماران در تهیه داروهای مورد نیاز خصوصاً در بیمارستان‌هایی که تحت حمایت مؤسسات خیریه نبودند، سبب افزایش تنش جسمی و روانی در این بیماران گردیده است. برای مثال عدم توانایی بیمار در تهیه داروی ضد تهوع سبب می‌شد که بیماران علائم جسمی را چه در زمان حضور در بخش شیمی‌درمانی و چه در مدت زمان حضور در منزل تجربه کنند و همانطور که پیش‌تر گفته شد، این مشکل سبب می‌گردد که فرد علاوه بر تجربه

علائم تنش، جسمی حس ارزشمندی خود را نیز در معرض خطر ببیند و خود را در انجام نقش همسری و مادری ناتوان و ناکارآمد تلقی کند. از طرفی ضعف جسمی ناشی از بیماری، درمان آن و عوارض جانبی ناشی از آن و نیاز مبرم به حمایت فرد از طرف دیگران سبب می‌شود تا احساس سربار بودن به بیمار دست دهد. همچنین این شرایط سبب می‌شود تا بیمار در مورد تغییر نگرش دیگران نسبت به خود نگران شود و احساس بی‌هدف بودن زندگی به وی القا شود. از سویی دیگر ممکن است بیمار به دلیل ضعف مالی از حمایت اجتماعی کم‌تری برخوردار باشد. برهانی و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری را بین میزان رضایت از درآمد خانوار، تجربه علائم تنش، وابستگی و تنش وجودی گزارش نمودند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

کاهش سلامت جسمی هم علت و هم معلول بیماری، فقر و شیوه زندگی می‌باشد. افراد بیمار به دلیل از دست دادن شغل و درآمد روز به روز فقیر و فقیرتر می‌شوند. تنش وجودی بیشتر در این افراد می‌تواند ناشی از این واقعیت باشد که فقر توأم با درماندگی است. احساس ترس، ناامنی، وابستگی، افسردگی، اضطراب، شرم، ناامیدی، تنهایی، عدم توانایی حالات غیر قابل سنجشی هستند که بیماران کم‌درآمد تجربه می‌کنند. این طبقه در تأمین منابع غذایی، برخورداری از خدمات بهداشتی و اشتغال با مشکل رو به رو هستند که می‌تواند بر ابعاد خاصی از کرامت انسانی تأثیرگذار باشد (۲۱، ۲۷). با در نظر داشتن این واقعیت که درمان سرطان شامل دوره‌های بستری مکرر در بیمارستان، استفاده از آزمایشگاه و تست‌های تشخیصی پیشرفته، شیمی‌درمانی بسیار پرهزینه است و می‌تواند امنیت مالی فرد را تهدید کند. به نظر می‌رسد لزوم انجام اقداماتی از قبیل مشارکت بیشتر مراکز خیریه در بخش‌های انکولوژی و اهتمام بیشتر دولت در تأمین هزینه‌های بیماران مبتلا به سرطان، گام مؤثری در جهت کاهش تنش‌های مرتبط با کرامت در این بیماران می‌باشد.

در سطوح مختلف شغلی نیز تفاوت معناداری در نمره کلی کرامت بیماران مشاهده نشد. همچنین آرامش ذهن در سطوح مختلف تحصیلی به طور معناداری متفاوت بود. برهانی و

همکاران رابطه معنی‌داری بین وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات با ابعاد کرامت گزارش ننمودند. شاید این تفاوت را بتوان با نگاهی بر عبارات موجود در سیاهه به این نکته ربط داد که بیماران تحصیلکرده توقع دارند ایفای نقش مؤثرتر و بیشتری را در زندگی با توجه به دانشی که کسب کرده‌اند داشته باشند و از آنجا که بیماری از توان و اثرگذاری آنان می‌کاهد در نتیجه این بیماران موقعیت‌های تنش‌زای بیشتری را تجربه می‌نمایند.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین بعد آرامش ذهن و وضعیت تأهل مشاهده شد. $P=0/037$. همچنین با استفاده از مقایسه‌های چندگانه دانکن (مشاهده شد که نمره آرامش ذهنی افراد مجرد و متأهل به طور معنی‌داری کم‌تر از افراد مطلقه است، هرچند که تفاوت اندکی بین نمره کرامت بین زنان متأهل و مجرد یافت شد، ولی شاید بتوان علت این تفاوت را چنین توجیه کرد که بیماران متأهل مبتلا به سرطان به دلیل مشکلات جسمی و روحی مرتبط با بیماری و درمان آن خصوصاً عوارض ناشی از شیمی‌درمانی و ماستکتومی نقش مادری و همسری خود را در معرض خطر می‌بینند و نگرانی بیشتری را در مقایسه به بیماران مجرد تجربه می‌کنند. همچنین بیماران تحت شیمی‌درمانی مشکلات جنسی فراوانی را تجربه می‌کنند (۲۷) که بر احساس کرامت آنان اثرات منفی دارد. در مطالعه برهانی و همکاران ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل و نمره کرامت گزارش نشد. Hall و همکاران نیز ارتباطی معنی‌داری را بین میزان کرامت بیماران و وضعیت تأهل آنان گزارش ننمودند.

با توجه به این‌که این پژوهش تنها بر روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های سرطان بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد، امکان تعمیم نتایج محدود می‌باشد و جهت تعمیم‌پذیری نیاز به پژوهش در سایر محیط‌های بالینی می‌باشد. همچنین نمونه‌گیری به شیوه در دسترس از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. پیشنهاد ما برای پژوهش‌های بعدی بررسی کرامت در زنانی است که تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفته‌اند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که نمره کلی کرامت بیماران ۱/۹۴ از مجموع نمره کلی ۵ می‌باشد. بیشترین نمره بیماران به ترتیب در بعد تجربه علائم تنش، تنش وجودی، آرامش ذهن، وابستگی و حمایت اجتماعی بود. با توجه به این‌که بیشترین نگرانی بیماران مورد مطالعه در بعد تجربه علائم تنش و بعد از آن در بعد تنش وجودی و ابعاد آرامش ذهن و وابستگی و حمایت اجتماعی بود، شناسایی منابع مختلف تنش تجربه‌شده توسط این بیماران، کمک زیادی به گروه درمانی و مراقبتی به ویژه پرستاران در جهت اتخاذ تصمیمات مناسب و عملی می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ثبت ۱۲۸۵۳۳ می‌باشد. مؤلفین مراتب قدردانی خود را از تمامی بیمارانی که با وجود درد و رنج، با صبر و حوصله در انجام پژوهش مشارکت کردند، اعلام می‌دارند. همچنین از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همکاری مسؤولین دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان‌های محیط پژوهش و پرستاران سختکوش این مراکز تشکر می‌گردد. تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Naderimagham S, Alipour S, Djalalinia S, Kasaeian A, Noori A, Rahimzadeh S, et al. National and Sub-national Burden of Breast Cancer in Iran; 1990-2013. *Arch Iran Med J* 2014; 17(12): 794-799.
2. Miller E, Lee HJ, Lulla A, Hernandez L, Gokare P, Lim B. Current treatment of early breast cancer: adjuvant and neoadjuvant therapy. *F1000Res* 2014; 3(198): 1-14.
3. Mohaddesi H, Ayatollahi H, Hasan Zade G, Yegan Sangi M. Quality of life in breast cancer women undertreating in cancer reaserch center. *Iran J Breast Dis* 2013; 5(4): 35-43.
4. Hoseini L, Lotfi Kashani F, Akbari ME, Sarafraz S. Predictive factors influencing the illness perception and quality of life in Iranian breast cancer patients. *Int J Cur Life Sci* 2014; 4(9): 5121-5126.
5. Shobeyri F, Nikravesheh A, Masoumi SZ, Heydari Moghadam R, Karimi M, Banafreh M. Effect of Exercise Counseling on Functional Scales Quality of Life in Women with Breast Cancer. *J Educ Commun Health* 2015; 2(1): 1-9.
6. Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJG, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 2012; 344: e2718: 1-9.
7. Darby SC, Ewertz M, McGale P, Bennet AM, Blom-Goldman U, Brønnum D, et al. Risk of Ischemic Heart Disease in Women after Radiotherapy for Breast Cancer. *N Engl J Med* 2013; 368(11): 987-998.
8. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for Distress and Unmet Needs in Patients with Cancer: Review and Recommendations. *J Clin Oncol* 2012; 30(11): 1160-1177.
9. Lavoie Smith EM, Pang H, Cirrincione C. Effect of duloxetine on pain, function and quality of life among patients with chemotherapy-Induced painful peripheral neuropathy a randomized clinical trial. *JAMA* 2013; 309(13): 1359-1367.
10. Ewertz M, Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncol* 2011; 50(2): 187-193.
11. Beusterien K, Grinspan J, Kuchuk I. Use of Conjoint Analysis to Assess Breast Cancer Patient Preferences for Chemotherapy Side Effects. *Oncologist* 2015; 19(2): 127-134.
12. Chochinov HM, McClement SE, Hack TF. The Patient Dignity Inventory: Applications in the Oncology Setting. *J Palliat Med* 2012; 15(9): 998-1005.
13. Hall S, Davies JM, Gao W, Higginson IJ. Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *J Palliat Med* 2014; 28(9): 1118-1127.
14. Frenzel AP, Pastore CA, González MC. The influence of body composition on quality of life of patients with breast cancer. *Nutr Hosp* 2013; 28(5): 1475-1482.
15. Kamio M, Kazumi Kawase K, Nogi H, Uchida K, Takeyama H. The effect of low intensity exercise for mental status and quality of life of Japanese early breast cancer patients [abstract]. In: Proceedings of the Thirty-Seventh Annual CTRC-AACR San Antonio Breast Cancer Symposium: 2014 Dec 9-13; San Antonio, TX. Philadelphia (PA): AACR; Cancer Res 2015; 75(9 Suppl): Abstract num, 2, 12, 14.
16. Albers G, Pasman HRW, Rurup ML, De Vet HCW, Onwuteaka-Philipsen BD. Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9(45): 1-9.
17. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Ethical climate and nurse competence-newly graduated nurses' perceptions. *Nurs Ethics* 2015; 22(8): 845-859.
18. Matiti MR. Learning to promote patient dignity: An inter-professional approach. *Nurse Educ Pract* 2015; 15(2): 108-110.
19. Manookian A, Cheraghi M, Nasrabadi A. factors in fluencing patient'dignity: A qualitative study. *Nurs Ethics* 2014; 21(3): 23-34.
20. Baillie L, Gallagher A, Wainwright P. Defending dignity-challenges and opportunities for nursing. London: The Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, W1G 0RN. Available at: https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0011/166655/003257.pdf.
21. Borhani F, Abbaszadeh A, Moosavi S. Status of human dignity of adult patients admitted to hospitals of Tehran. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7(1): 20-28.
22. Esmaeili R, Abed Saeidi J, Ashktorab T. Concept of elderly dignity from perspective of nursing: A systematic review. *Med Hist J* 2014; 5(17): 11-36.

23. Sautier LP, Vehling S, Mehnert A. Assessment of patients' dignity in cancer care: preliminary psychometrics of the German version of the Patient Dignity Inventory (PDI-G). *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(1): 181-188.
24. Garcia MK, McQuade J, Haddad R, Patel S, Lee R, Yang P, et al. Systematic Review of Acupuncture in Cancer Care: A Synthesis of the Evidence. *J Clin Oncol* 2013; 31(7): 952-960.
25. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health* 2012; 23(2): 206-210.
26. Sharifi S, Borhani F, Abbaszadeh A. Factors affecting dignity of patients with multiple sclerosis. *Scand J Caring Sci* 2016; 30(4): 731-740.
27. Moradi N, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Zamanzadeh V, Asvadi I, Ghalebani K. Effects of husbands' education on meeting supportive care needs of breast cancer patients: A randomized clinical trial. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2013; 21(3): 40-50.