دوره ۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۳

# حفظ کرامت انسانی در مراقبت تسکینی بیماران مبتلا به سرطان: ضرورتی برای مراقبت انسان محور

یاسمن فلاح[1*]

**نویسنده مسئول:** دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی-جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
**ایمیل:** yasamanfallah@nm.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۶/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۷/۱۷

**سردبیر محترم**

مراقبت تسکینی از بیماران مبتلا به سرطان تنها به کنترل علائم جسمی محدود نمی‌شود؛ حفظ هویت، استقلال، روابط انسانی و احساس ارزشمندی بیمار نیز اهمیت دارد (۱). در سال ۲۰۲۴، حدود ۲۰/۶ میلیون مورد جدید سرطان و ۹/۸ میلیون مرگ ناشی از آن در جهان گزارش شد (۲). پیشرفت بیماری، افزایش وابستگی و تغییر نقش‌های خانوادگی و اجتماعی می‌تواند هویت و احساس کنترل بیمار بر زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. از این‌رو، حفظ کرامت باید بخشی جدایی‌ناپذیر از مراقبت تسکینی باشد. برای تبیین جایگاه کرامت در مراقبت تسکینی، باید به معنای آن در تجربه زیسته بیمار توجه کرد. کرامت فراتر از رفتار محترمانه و حفظ حریم خصوصی است و با خودمختاری، استقلال، ارزش‌ها، باورها، معنای زندگی و روابط فرد ارتباط دارد (۳). اگرچه ارزش ذاتی انسان با بیماری از بین نمی‌رود، تجربه کرامت ممکن است تحت تأثیر علائم، وابستگی، از دست دادن نقش‌ها و محدود شدن انتخاب‌ها قرار گیرد (۴). مطالعه‌ای کیفی در ایران نیز تغییر در روابط و زندگی روزمره، عدم‌قطعیت و تلاش زنان مبتلا به سرطان پستان برای بازسازی خود و حفظ امید را گزارش کرده است (۵). این یافته‌ها بر ضرورت توجه به تجربه زیسته و دیدگاه بیمار در شناسایی نیازهای مرتبط با کرامت تأکید دارند.

توجه به تجربه فردی بیمار، در ارزیابی کرامت نیز اهمیت دارد. ابزارهای موجود ابعاد مختلف کرامت را می‌سنجند، اما ممکن است نتوانند پیچیدگی و تغییرپذیری تجربه فرد از کرامت را به‌طور کامل منعکس کنند (۶). از این رو، ارزیابی با پرسشنامه باید با گفت‌وگوی بالینی درباره نگرانی‌ها، ارزش‌ها، ترجیحات، روابط مهم و عوامل تهدیدکننده استقلال و هویت بیمار همراه شود تا نتایج در برنامه‌ریزی مراقبت به کار گرفته شوند.

این تمایز در انتخاب و ارزیابی مداخلات مرتبط با کرامت نیز اهمیت دارد؛ زیرا تفاوت در جمعیت‌های مورد مطالعه، زمینه‌های فرهنگی، شیوه اجرای مداخلات و پیامدهای ارزیابی‌شده، تعمیم نتایج را محدود می‌کند. یک فراتحلیل، بهبود معنادار پریشانی مرتبط با کرامت، امید و کیفیت زندگی را پس از کرامت‌درمانی گزارش کرد، اما اثر معناداری بر اضطراب، افسردگی و بهزیستی معنوی نیافت (۷). همچنین، مرورهای دامنه‌ای به تنوع زمینه‌های اجرای این مداخله و چالش‌های فرهنگی، اجرایی و آموزشی اشاره کرده‌اند (۸, ۹). بنابراین، کرامت‌درمانی باید متناسب با شرایط بیمار به کار گرفته شود و نباید آن را معادل مراقبت کرامت‌محور دانست.

در مجموع، حفظ کرامت بیمار باید به‌عنوان یکی از اصول بنیادین مراقبت تسکینی، در تمامی مراحل فرایند پرستاری، از ارزیابی نیازها تا برنامه‌ریزی، اجرای مداخلات و ارزشیابی پیامدهای مراقبت، مدنظر قرار گیرد. این امر مستلزم شناسایی عوامل تهدیدکننده کرامت، توجه به ارزش‌ها و ترجیحات بیمار، مشارکت‌دادن او در تصمیم‌گیری و حفظ استقلالش تا حد امکان است. ارتباط همدلانه، ثبت ترجیحات بیمار و بازنگری برنامه مراقبت متناسب با تغییر وضعیت و نیازهای او نیز به تداوم مراقبت کرامت‌محور کمک می‌کند. ازاین‌رو، آموزش کارکنان و پایش کیفیت مراقبت باید به‌گونه‌ای باشد که حفظ کرامت، فراتر از یک تعهد اخلاقی، به معیاری عملی برای ارزیابی کیفیت مراقبت تسکینی و میزان انطباق آن با هویت، ارزش‌ها و ترجیحات بیمار تبدیل شود.

**کلیدواژه ها:** مراقبت تسکینی؛ نئوپلاسم‌ها؛ مراقبت پرستاری؛ کرامت‌درمانی.

## References


1. World Health Organization. Palliative care. Geneva: WHO; 2020 [cited 2026 Oct 9]. Available from: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.
2. Sung H, Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2026;76(4):e70090. https://doi.org/10.3322/caac.70090
3. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. J Palliat Care. 2004;20(3):134-42. https://doi.org/10.1177/082585970402000303
4. Yan W, Frey R, Raphael D, Gott M. Patients' dignity in palliative care: An integrative review of lived experiences and family perspectives across cultures. Palliat Med. 2026;40(7):971-86. https://doi.org/10.1177/02692163261441427
5. Mardanian Dehkordi L, Hadian Jazi Z, Hashemi N, Khoshkesht S. The transition experience of breast cancer patients from health to illness in iran: from engulfment in suffering to passing through uncertainty and doubt - a hermeneutic phenomenological study. BMC Cancer. 2026. https://doi.org/10.1186/s12885-026-16943-x
6. Lim YX, Quah ELY, Chua KZY, Lin Ronggui CK, Govindasamy R, Ong SM, et al. A Systematic Scoping Review on Dignity Assessment Tools. J Pain Symptom Manage. 2024;67(4):e263-e84. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.12.008
7. Wulandari BT, Rochmawati E. Effectiveness of dignity therapy on well-being among patients under palliative care: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2024;149:104624. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104624
8. Yanez RJV, de Freitas Corpes E, Sixsmith J, Fernandes AFC, de Souza Aquino P, Castro R, et al. Use of dignity therapy in palliative care: a comprehensive scoping review. BMC Palliat Care. 2025;24(1):177. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01812-4
9. Fernández-Araque A, Sapiña-Beltrán E, Llorente Alonso M, Verde Z, Ramírez-Torres CA, García-Navarro EB. Exploring difficulties, dropout causes, and professional involvement in applying dignity therapy for palliative care patients: a scoping review. Eur J Oncol Nurs. 2026;81:103069. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.103069