



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

بازده کرامت درمانی روی افسردگی و اضطراب در بیماران لاعلاج پر تغالی: یک کارآزمایی

کنترل شده تصادفی فاز 2

چکیده

سابقه و هدف: کرامت درمانی، یک روان درمانی مختصر توسعه یافته برای بیماران لاعلاج است.

هدف مطالعه: تعیین تاثیر کرامت درمانی بر افسردگی و اضطراب در بیماران لاعلاج و کسانی که سطح بالایی از ناراحتی را در یک واحد مراقبت تسکینی تجربه می کنند.

روشها: یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی فاز 2 غیر ناآگاه از 80 بیمار که به طور تصادفی به یکی از دو گروه منسوب شدند: گروه مداخله (کرامت درمانی + مراقبت تسکینی استاندارد (SPC) یا گروه کنترل (SPC به تنهایی). نتایج اصلی شامل افسردگی و اضطراب بود که با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان اندازه گیری شد و در ابتدا (T1)، روز 4 (T2)، روز 15 (T3) و روز 30 (T4) پیگیری بررسی شد. این مطالعه در سایت www.controlled-trials.com/ISRCTN343540S6 ثبت شده است.

نتایج: از 80 شرکت کننده نهایی، 41 نفر به طور تصادفی به SPC و 39 نفر به کرامت درمانی اختصاص داده شدند. ویژگی های پایه در دو گروه مشابه بود. کرامت درمانی با کاهش نمرات افسردگی (متوسط، 95٪ با فاصله اطمینان (CI) همراه بود: - 4.00، - 7.00 to - 1.00, p = 0.010; - 4.00، - 6.00 to - 2.00, p < 0.0001; - 5.00، - 8.00 to - 1.00, p = 0.043 برای T2، T3 و T4، به ترتیب). کرامت درمانی به طور مشابه با کاهش اضطراب همراه بود (میانگین، - 4.00، - 7.00 to - 2.00, p = 0.001; - 4.00، - 5.00 to - 1.00, p < 0.0001; 95% CI: - 3.00، - 7.00 to - 1.00, p = 0.013، برای T2، T3 و T4، به ترتیب).

نتیجه گیری: کرامت درمانی به اثر مفید آن روی علائم افسردگی و اضطراب در مراقبت پایان زندگی منجر شد. منافع درمانی کرامت درمانی در طول یک دوره 30 روزه حفظ شد. پس از ایجاد اثر بخشی آن، کارآزمایی های آینده

کرامت درمانی در حال حاضر ممکن است آغاز شوند و آن را با دیگر روش های روان درمانی در زمینه بیماری لاعلاج مقایسه نمایند.

مقدمه

علاوه بر درد و رنج جسمی، پریشانی روانی، یک مشکل بزرگ برای بسیاری از بیماران لاعلاج است. پریشانی روانی در کاهش کیفیت زندگی سهمیم است، به درد و رنج بیمار و خانواده می افزاید و یک چالش بزرگ را پیش روی متخصصان مراقبت های بهداشتی در تدارک مراقبت پایان زندگی گذاشته است. افسردگی و اضطراب دو تا از شایع ترین مشکلات روانی در علاج ناپذیری بیمار، با شیوع به ترتیب اعم از 15 درصد تا 48 درصد هستند.

عواقب بالینی افسردگی و اضطراب به خوبی شناخته شده است. به عنوان مثال، افسردگی، یک عامل ریسک شناخته شده برای خودکشی و درخواست های تسریع مرگ است که در ارتباطات اجتماعی اختلال ایجاد می کند و ظرفیت فرد برای غلبه بر زبان و مشکلات مرتبط با بیماری های علاج ناپذیر را کاهش می دهد. اضطراب می تواند به طور قابل توجهی با زندگی بیماران به عنوان یک اختلال روانی مستقل و یا به عنوان یک تقویت کننده در ارتباط با علائم فیزیکی خاص، مانند درد یا تنگی نفس تداخل تداخل داشته باشند و در نتیجه کنترل آنها را مشکل تر می سازد.

درد و رنج روانی برای بیماران علاج ناپذیر نیز اغلب از نظر افت کرامت (عزت نفس) چارچوب بندی می شود. کار تجربی توسط Chochinov و همکاران در مورد مفهوم کرامت در بیماران علاج ناپذیر، مدل کرامت را خلق نمودند که بینش های مهمی را در مورد نحوه رویارویی بیماران با بیماری علاج ناپذیر از نظر کرامت آنها ارائه می دهد. این مدل، مبنای نظری برای یک مداخله فردی مختصر طراحی شده برای رسیدگی به پریشانی روانی و وجودی در میان بیماران علاج ناپذیر (کرامت درمانی) را فراهم می کند.

در جدیدترین کارآزمایی توسط Chochinov و همکاران، که برای مقایسه کرامت درمانی با مراقبت تسکینی استاندارد و مراقبت مشتری محور طراحی شده است، نشان داده شد که اگر چه کرامت درمانی به طور قابل توجهی موجب کاهش پریشانی نمی شود، افراد منسوب به کرامت درمانی به طور قابل توجه و محتمل تر بیش از سایر گروه های مطالعه، این رویکرد را به منظور بهبود کیفیت زندگی، افزایش حس کرامت، تغییر نحوه نگرش نسبت خانواده به

آنها و تقدیر از آنها، و مفید بودن برای خانواده خود مفید بودن، مفید می دانستند. در این مطالعه، کرامت درمانی هیچ تاثیری روی علائم افسردگی و اضطراب بیماران نداشت، اما نویسندگان اظهار داشتند که این فقدان ظاهری اثر ممکن است به دلیل نرخ های پایین پایه اولیه پریشانی باشد. به همین دلیل، تحقیقات آینده با استفاده از کرامت درمانی باید بیماران مضطرب تر با علائم افسردگی و اضطراب را هدف قرار دهند. نشان داده شده است که جمعیت سرطان پرتغالی، سطوح بالایی از افسردگی و اضطراب دارد. به همین دلیل، ما یک مطالعه کنترل شده تصادفی (RCT) از بیماران علاج ناپذیر در بیمارستان بستری پرتغالی در واحد پزشکی تسکینی بستری، با سطح بالایی از درد و رنج روانی را در شروع مطالعه به منظور بررسی اثر کرامت درمانی بر علائم افسردگی و اضطراب انجام دادیم. نتایج اولیه این RCT (تجزیه و تحلیل موقت، 60 نفر نفر) در جای دیگر منتشر شده است.

این مقاله، داده های اثر بخشی کرامت درمانی بر علائم افسردگی و اضطراب را در درون یک گروه از 80 بیمار مبتلا به سرطان مرحله نهایی گزارش می دهد.

ترجمه فا

روش ها

ما یک RCT فاز 2 غیر ناآگاه شامل دو بازوی مطالعه را انجام دادیم: یک گروه مداخله، متشکل از کرامت درمانی علاوه بر درمان استاندارد تسکینی (SPC)، و یک گروه کنترل، متشکل از SPC به تنهایی.

با توجه به ماهیت طراحی مطالعه، مطالعه ناآگاه نسبت به انتساب بازوی ناآگاه برای محققان و یا بیماران غیرممکن بود

علائم افسردگی و اضطراب در ابتدا با استفاده از اضطراب و افسردگی (HADS)، روز 4، روز 15، و روز 30 پس از کرامت درمانی همانند هر پروتکل مطالعه (جدول 1) مورد بررسی قرار گرفت.

Evaluation time points Days	T0	T1	3, 4, or 5	T2	T3	T4	
	1	2		3 (post-DT)	4 (post-DT)	15 (post-DT)	30 (post-DT)
Investigator Protocol measure & assessment instruments	FO	FO	MJ or SPC	MJ	FO	FO	FO
	• Collection of clinical and demographic data	• Baseline assessment: - HADS • Explanation of DT and delivery of DT questions	• DT + SPC • SPC	• Review and delivery of generativity document	• Follow-up assessment: - HADS	• Follow-up assessment: - HADS	• Follow-up assessment: - HADS

جدول 1. پروتکل بررسی برای هر گروه

مطالعه ما با www.controlled-trials.com/ISRCTN34354086 ثبت شده است.

شرکت کنندگان

به کارگیری از 10 واحد پزشکی تسکینی بستر بیماری سه تایی 10-تخته خواب S. Bento Menni's در لیسبون رخ داد. این به کارگیری در طی 36 ماه (می 2010 تا مه 2013) رخ داد.

ما از معیارهای ورود زیر استفاده نمودیم: سن 18 سال یا بیشتر؛ دارای یک بیماری تهدید کننده-زندگی با یک پیش آگهی از 6 ماه یا کمتر. بدون شواهدی از زوال عقل یا هذیان، که توسط مرور یا اجماع بالینی تیم مراقبت تسکینی تعیین می شود؛ امتیاز حالت ذهنی مینی، 20 یا بیشتر است؛ توانایی خواندن و صحبت پرتغالی؛ توانایی ارائه رضایت نامه کتبی آگاهانه؛ و در دسترس بودن 4 تا 5 برخوردهای تحقیقات در طی یک دوره 1 ماه.

مطالعه ما، مجوز اخلاقی کمیته اخلاق Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus-Casa de Saude da Idanha را دریافت نمودیم.

تصادفی سازی و پوشش

فرآیند تصادفی سازی توسط کامپیوتر با استفاده از یک بلوک تثبیت شده چهارتایی ایجاد شد و توسط یک آمارگر مستقل انجام شد. پنهان سازی تخصیص با استفاده از پاکت های شماره گذاری شده ترتیبی برای شرکت کنندگان کارآزمایی متوالی به دست آمد. بعد از ابتدای کار، معیارها توسط محقق ثانویه (F.O.) به دست آمد، پاکت نامه در حضور بیمار برای آشکارسازی بازوی مطالعه باز شد که به بیمار اختصاص داده شد. در حالی که محقق اصلی (M.J.) نسبت به انتساب بازوی بیماران ناآگاه نبود، او نسبت به نتایج روان سنجی در سراسر پروتکل ناآگاه بود. محقق ثانویه نسبت به محتوای جلسات کرامت درمانی ناآگاه بود.

مداخلات

مراقبت تسکینی استاندارد

مراقبت تسکینی استاندارد توسط یک تیم چند-متخصص مراقبت تسکینی، مشتمل بر سه پزشک طب تسکینی (که یکی از آنها M، ل، بود)، پرستاران، یک مددکار اجتماعی، روانشناس، و دستیار روحانی فراهم شد که در نتیجه ظرفیت برای همه نیازهای بیمار و فیزیکی مربوط به خانواده، وجودی، و نیازهای روانی به منظور بررسی آنها ارائه شد. مراقبت بالینی شامل پیگیری بالینی منظم می شود: معاینه فیزیکی، ارزیابی و مدیریت علائم، و مصاحبه بالینی (میان، 25 دقیقه، گستره 10-30 دقیقه). در همین حال، مراقبت تسکینی استاندارد برای تمام بیماران در سراسر بستری کلی در بیمارستان ارائه شد از جمله مدت زمانی که آنها در داخل RCT وارد مطالعه شدند. گذشته از ارائه کرامت درمانی، شرکت کنندگان به طور تصادفی به بازوی ارزیابی و مدیریت منظم مراقبت استاندارد دریافت شده توسط کل تیم چند-متخصص منسوب شدند. به غیر از محققان اصلی و ثانویه، به باقی مانده تیم مراقبت تسکینی اطلاع رسانی نشد که کدام بیماران در مطالعه ثبت نام نموده اند یا اینکه آیا آنها کرامت درمانی را دریافت کرده اند یا خیر. این کار هر پتانسیل برای تعصب و یا تغییر مراقبت را بر اساس دانش از انتساب بازو کاهش داد. محققان اصلی و ثانویه داشتند، با توجه به کارهای پیشین 1 روز در هفته در بخش مراقبت تسکینی، تماس بالینی محدودی با بیماران داشتند و بخش مراقبت تسکینی، سرپرستار است و دارای تماس مستقیم محدودی با بیمار است.

وقار درمانی

کرامت درمانی یک رویکرد روان درمانی مختصر با هدف تقویت حس بیمار از معنا و هدف، و ترویج حس ارزش مدوم درون یک چارچوب است که حمایتی، پرورشی، و برای کسانی که نزدیک به مرگ هستند در دسترس است. از بیماران ثبت نام نموده در کرامت درمانی خواسته شد تا جنبه های زندگی خود را که بیشتر از همه دوست داشتند به یاد آورند یا بدانند به صورت صوتی ضبط کنند. کرامت درمانی به بیماران این فرصت را می دهد تا در مورد مسائلی صحبت نمایند که بیشتر از همه برای آنها اهمیت دارد، لحظاتی را به اشتراک بگذارند که احساس می کنند از همه لحظات مهم تر و معنی دار تر است، در مورد چیزهایی صحبت کنند که می خواهند یادآوری شود، و یا به خانواده و دوستان خود مشاوره دهند. این جلسات ضبط شده، مبنای یک متن ویرایش شده تحت عنوان یک سند اصالت

فراهم می کند که به بیماران بازگردانده می شود تا آنها را با افراد مورد نظر خود به اشتراک بگذارند. ایجاد این سند به معنای اینست که بیماران احساس ارزش می کنند و چیزی از آنها فراتر از مرگ باقی خواهد ماند.

جلسات درمانی در حال اجرا بین 30 و 60 دقیقه، در **bedsides** و صوتی بیماران ثبت ارائه شده است. هر جلسه ضبط شده-نواری پس از اتمام پروتکل مطالعه پاک شد. این مطالعه از چارچوب سوال کرامت درمانی استفاده نمود، همانطور که در هر آزمایش قبلاً منتشر شده است (جدول 2). تمام جلسات کرامت درمانی توسط محقق اصلی (M.J.) تکمیل شد که در یک کارگاه کرامت درمانی بین المللی برگزار شده در **Winnipeg, Canada** به میزبانی توسعه دهندگان کرامت درمانی تکمیل شد. تمام رویه ها برای کرامت درمانی مطابق با رویه های شرح داده شده و منتشر شده توسط **Chochinov** و همکاران انجام شد. یک شخص ثالث-یک روانپزشک ارشد (A.B) - با کرامت درمانی مورد بررسی به طور تصادفی انتخاب شده کرامت درمانی، برای نظارت بر وفاداری و پایبندی پروتکل آشنا شد.

Tell me a little about your life history; particularly the parts that you either remember most or think are the most important? When did you feel most alive?

Are there particular things that you would want your family to know about you, and are there particular things you would want them to remember?

What are the most important roles you have played in your life (family roles, vocational roles, community service roles, etc.)? Why were they so important to you, and what do you think you accomplished within those roles?

What are your most important accomplishments, and what do you feel most proud of?

Are there particular things that you feel still need to be said to your loved ones, or things that you would want to take the time to say once again?

What are your hopes and dreams for your loved ones?

What have you learned about life that you would want to pass along to others? What advice or words of guidance would you wish to pass along to your [son, daughter, husband, wife, parents, other(s)]?

Are there words or perhaps even instructions you would like to offer your family, in order to provide them with comfort or solace?

In creating this permanent record, are there other things that you would like included?

جدول 2. پروتکل سوال از کرامت درمانی

از بیمارانی که معیارهای واجد شرایط بودن را داشتند و برای شرکت در مطالعه توافق نمودند، خواسته شد تا رضایت نامه کتبی آگاهانه ارائه دهند. هنگامی که بیماران ارزیابی پایه (T1) را به پایان رساندند، برای افراد به طور تصادفی منسوب شده به کرامت درمانی، چارچوب استاندارد از سوالات ارائه شد که در نتیجه به آنها زمان برای بازتاب و شکل دادن به پاسخ های احتمالی آنها ارائه شد (جدول 1). جلسه کرامت درمانی ضبط شده برای رخداد ظرف 2 تا 3 روز برنامه ریزی شد. جلسه درمانی به طور کامل توسط چارچوب کرامت درمانی هدایت شد. هنگامی که جلسه ضبط شده کامل شد، در طول دوره 2 تا 3 روز آینده، گفت و گوی ثبت شده بیمار کلمه به کلمه پیاده شد و پس از آن ویرایش شد (به صورت پروتکل/راهنمای کرامت درمانی) و به روایت نوشته شده تغییر شکل یافت. هنگامی که این فرایند ویرایش کامل شد، جلسه دیگری در اسرع وقت ترتیب داده شد تا درمانگر سند را برای بیمار بخواند تا اصلاحات تحریریه و تجدید نظر نهایی میسر شود. نسخه نهایی سند به بیمار داده شد تا به افراد مورد نظر او توزیع شود.

نتایج

نتایج اولیه، علائم افسردگی و اضطراب بودند که با HADS، در ابتدا (T1)، روز 4 (T2)، در روز 15 (13)، و روز 30 (T4) از پیگیری (جدول 1) اندازه گیری شدند.

تحلیل آماری

بر اساس مطالعات پرتغالی قبلاً منتشر شده از HADS در جمعیت های سرطانی، ما کاهش متوسط 1.5 امتیاز در مقیاس HADS افسردگی را به لحاظ بالینی قابل توجه در نظر گرفتیم. با فرض خطای نوع I از 5٪، توان 80٪ و انحراف استاندارد 2.5، هر بازوی مطالعه حداقل به 45 بیمار نیاز داشت. با فرض نرخ حذف 10٪، ما گنجاندن 50 نفر در هر گروه را در مطالعه کلی در نظر گرفتیم. پروتکل مطالعه شامل دو تحلیل موقت بود: اولی پس از اینکه 60 شرکت کننده و دیگری پس از اینکه 80 شرکت کننده به دست آمد. در تحلیل نهایی موقت، کاهش میانگین نسبت به 1.5 امتیاز در مقیاس فرعی افسردگی HADS (جدول 3) برتر بود و در نتیجه کارآزمایی ها بسته شدند؛ این گزارش شامل داده های جمع آوری شده می شود تا زمانی که بسته شدن مطالعه در مه 2013 جمع آوری شد.

	Control group	DT group
T2 Difference from baseline		
<i>n</i>	34	33
Median	1.50 [0, 2.50]	-3.00 [-5.00, -1.50]
[95% CI]		
<i>p</i> value	0.045 ^a	0.001 ^a
Difference between groups		
Median	-4.00 [-6.00, -2.00]	
[95% CI]		
<i>p</i> value	<0.0001 ^b	
T3 Difference from baseline		
<i>n</i>	26	24
Median	2.50 [1.50, 3.50]	-2.25 [-5.00, 0.50]
[95% CI]		
<i>p</i> value	0.004 ^a	0.100 ^a
Difference between groups		
Median	-4.00 [-7.00, -1.00]	
[95% CI]		
<i>p</i> value	0.010 ^b	
T4 Difference from baseline		
<i>n</i>	17	19
Median	3.00 [1.50, 5.00]	-1.00 [-4.00, 2.00]
[95% CI]		
<i>p</i> value	0.006 ^a	0.001 ^a
Difference between groups		
Median	-5.00 [-8.00, -1.00];	
[95% CI]		
<i>p</i> value	0.043 ^b	

^aWilcoxon test.

^bMann-Whitney test.

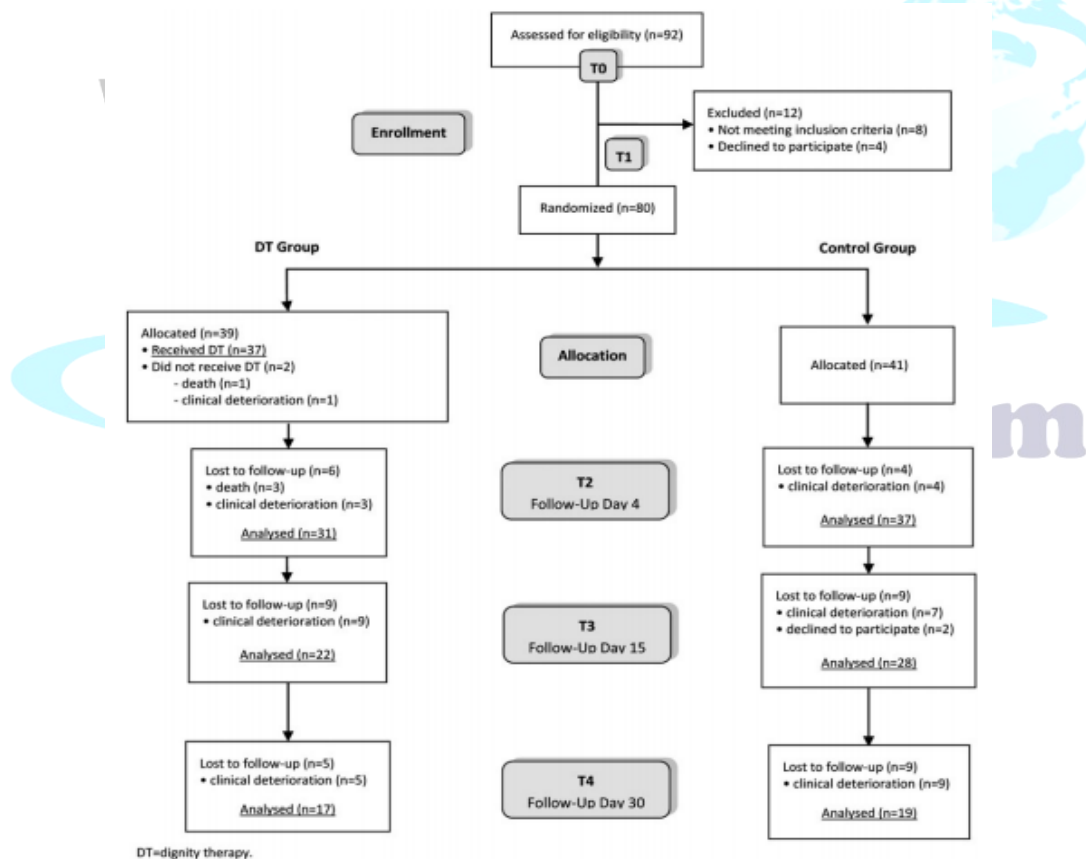
CI, confidence interval; DT, dignity therapy; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale;

Evaluation time points: T2= post-intervention; T3 = day 15; T4 = day 30.

جدول 3. متغیر نتیجه اثربخشی اولیه: نمره خرده مقیاس افسردگی HADS در داخل و بین مطالعه گروه ها ما متغیرهای پیوسته و مقیاس های رتبه بندی ترتیبی را با استفاده از آزمون های آماری غیر پارامتری مقایسه نمودیم. آزمون Whitney-Mann برای مقایسه گروه مستقل (کرامت درمانی در مقابل SPC) و آزمون Wilcoxon برای مقایسه های زوجی، بین هر اندازه گیری زمانی (T2، T3 و T4) و ابتدایی، در هر گروه مطالعه مورد استفاده قرار گرفتند. برای اندازه گیری اثر، اختلافات میانه (جفت شده و جفت نشده)، و فاصله اطمینان مربوطه 95٪، با استفاده از روش پیشنهادی توسط Altmanil و Royston مورد استفاده قرار گرفتند. معیار اهمیت آماری در سطح $p < 0.05$ در یک آزمون دو طرفه تنظیم شد. تجزیه و تحلیل آماری برای تمام بیمارانی که حداقل یک ارزیابی کامل در هر نقطه پیگیری داشتند (T2، T3، T4، در هر تجزیه و تحلیل پروتکل) استفاده شد.

نتایج

خلاصه داده های جمعیت شناسی و بیماری برای هر دو گروه در جدول 4 ارائه شده است. هیچ گونه تفاوتی میان دو گروه از نظر ویژگی های پایه وجود ندارد. در طی یک دوره 36 ماهه، 150 بیمار در بخش مراقبت های تسکینی بخش بستری شدند؛ 92 بیمار برای واجد شرایط بودن ارزیابی شدند که 80 نفر از آنها تصادفی بودند (39 تا کرامت درمانی و 41 تا SPC). بعد از تصادفی سازی، یک بیمار قبل از دریافت کرامت درمانی مردند و دیگری، اختلال بالینی شدید را ارائه نمود. پیگیری برای 10 بیمار (به عنوان یک نتیجه از مرگ، زوال بالینی، و یا کاهش مشارکت بیشتر) در T2 (کرامت درمانی: N = 5؛ SPC ها: n = 4) از دست رفت؛ 18 بیمار پیگیری در T3 (کرامت درمانی: 9 نفر؛ SPC: 9 نفر) و 14 نفر در T4 (کرامت درمانی: N = 5؛ SPC ها: n = 9) از دست رفت.



شکل 1. نمودار CONSORT, DT, کرامت درمانی.

	Control group (n=41)	DT group (n=39)	p value ^a
Gender, n (%)			
Male	18 (43.9)	19 (48.7)	0.823
Female	23 (56.1)	20 (51.3)	
Age, years mean (SD)	66.1 (12.9), range = 28-90		
≤65	21 (51.2)	20 (51.3)	1.000
>65	20 (48.8)	19 (48.7)	
Race/Ethnicity, n (%)			
Caucasian	39 (95.1)	37 (94.8)	1.000
African	2 (5.0)	2 (5.1)	
Marital status, n (%)			
Single	9 (21.9)	6 (15.4)	0.719
Married/Common law	14 (34.2)	18 (46.2)	
Divorced/separated	7 (17.1)	5 (12.8)	
Widowed	11 (26.8)	10 (25.6)	
Education, n (%)			
Knows how to read and write (without instruction)	2 (4.9)	2 (5.1)	0.844
Primary school	16 (39.2)	12 (30.8)	
High school	12 (29.3)	15 (38.5)	
Licensure	11 (26.8)	10 (25.6)	
Religion, n (%)			
Catholic	35 (85.4)	33 (84.6)	1.000
Other	6 (14.6)	6 (15.4)	
Diagnosis, n (%)			
Cancer ^b	37 (90.2)	37 (94.9)	0.676
Noncancer ^c	4 (9.8)	2 (5.1)	
Time since diagnosis, ^d n (%)			
<1 year	2 (4.9)	4 (10.3)	0.103
1-2 years	13 (31.7)	5 (12.8)	
≥2 years	26 (63.4)	30 (76.9)	
Psychiatric drugs, n (%)			
Antidepressants	24 (58.5)	22 (56.4)	1.000
Anxiolytics	27 (65.9)	24 (61.5)	1.000
Neuroleptics	1 (2.4)	6 (15.4)	0.520
Anticonvulsivants	22 (56.4)	17 (41.5)	0.263
Palliative Performance Scale ^e	57.1 (17.5), range = 30-90		
Mean (SD)	57.6 (18.2)	56.7 (16.9)	0.821
Mini Mental State	24.4 (1.9), range = 20-28		
Mean (SD)	24.1 (2.0)	24.7 (1.9)	0.212
Baseline differences on HADS-d, median [95% CI]	0 [-2, 2]		—
Baseline differences on HADS-a, median [95% CI]	1 [-1, 3]		—

جدول 4. خلاصه ویژگی های شرکت کنندگان در ابتدای مطالعه (N = 80)

متوسط زمان بقا 25.4 روز بود (کرامت درمانی = 27.4، SPC = 26.8، P = 0.453).

افسردگی

هر دو گروه دارای میانگین نمره (انحراف استاندارد [بنابراین]) در خرده مقیاس افسردگی HADS بیش از 11 در ابتدا بود (؛ کرامت درمانی 13.20 [3.91]؛ [4.795] 12.87 [PC]؛ P = 0.741). جدول 5 متوسط نمرات دامنه بین چارکی (IQR) در خرده مقیاس افسردگی HADS را در تمام دوره ارزیابی نشان می دهد.

	Baseline	T2	T3	T4
SPC Group				
HADS-a, median (IQR)	9.00 (5.00, 12.00)	9.00 (6.00, 11.25)	9.50 (6.00, 15.00)	10.00 (5.50, 13.00)
HADS-d, median (IQR)	14.00 (11.00, 16.00)	14.00 (11.00, 17.00)	15.00 (10.50, 18.00)	17.00 (12.00, 18.00)
DT Group				
HADS-a, median (IQR)	10.00 (6.00, 13.00)	5.00 (3.50, 8.00)	5.00 (4.00, 8.00)	4.00 (3.00, 7.00)
HADS-d, median (IQR)	14.00 (9.00, 16.00)	10.00 (7.00, 11.00)	10.00 (8.25, 13.75)	10.00 (9.00, 13.00)

HADS-a, Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Sub-scale; HADS-d, Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression Subscale; RCT, randomized controlled trial; SPC, standard palliative care; IQR, inter quartile range; DT, dignity therapy. Evaluation time points: T2=postintervention; T3=day 15; T4=day 30.

جدول 5. نمرات میانه HADS-A و HADS-D در تمام دوره های ارزیابی برای هر گروه RCT

در بیماران منسوب به کرامت درمانی، یک کاهش چشمگیر در رتبه بندی های افسردگی در روز 4 و روز 30 (به ترتیب میانه = - 3.00; 95% CI, - 5.00 to - 1.50, p = 0.001; ؛ میانه = - 1.00; 95% CI, - 4.00 to 2.00, p = 0.001) مشاهده شد، اما تنها در روز 15 (میانه = - 2.25; 95% CI, - 5.00 to 0.50, p = 0.100) (جدول 3).

درون گروه SPC، افزایش قابل توجهی در رتبه افسردگی در ابتدا و تمام دوره ارزیابی وجود داشت (به ترتیب میانه = 3.00; 95% CI, 1.50 to 5.00, p = 2.50; 95% CI, 1.0 to 3.50, p = 0.004; ؛ میانه = 1.50; 95% CI, 0 to 2.50, p = 0.045; 0.006 ؛ جدول 3).

در مقایسه با گروه SPC، کسانی که کرامت درمانی را دریافت نمودند افسردگی بسیار کمتری را در تمام دوره ارزیابی نشان دادند (میانه = - 4.00; 95% CI, - 6.00 to - 2.00, p < 0.0001; ؛ میانه = - 4.00; 95% CI, - 7.00 to - 1.00, p = 0.010; ، میانه = - 5.00; 95% CI, - 8.00 to - 1.00, p = 0.043) (جدول 3).

اضطراب

هر دو گروه دارای نمره میانگین (SO) در مقیاس اضطراب HADS کمتر از 11 در ابتدا بودند (SPC: 8.88 [4.36]; کرامت درمانی: 9.67 [4.77]; P = 0.442). جدول 4، نمرات میانه (IQR) در خرده مقیاس اضطراب HADS را در تمام دوره ارزیابی نشان می دهد.

در مقایسه با گروه SPC، افراد دریافت کننده کرامت درمانی، اعتبارهای اضطراب قابل توجهی پایین تر را در تمام دوره ارزیابی نشان دادند (به ترتیب میانه = - 3.00; 95% CI, - 5.00 to - 1.00, p < 0.0001; ؛ میانه = - 4.00; 95% CI, - 7.00 to - 2.00, p = 0.001; ، میانه = - 4.00; 95% CI, - 7.00 to - 1.00, p = 0.013) (جدول 6).

	Control group	DT group
T2 Difference from baseline		
n	34	33
Median [95% CI]	0.50 [-0.50, 1.50]	-4.00 [-5.50, -2.50]
p value	0.536 ^a	<0.0001 ^a
Difference between groups		
Median [95% CI]		-3.00 [-5.00, -1.00]
p value		<0.0001 ^b
T3 Difference from baseline		
n	26	24
Median [95% CI]	1.00 [-1.0, 3.50]	-5.50 [-7.50, -3.00]
p value	0.325 ^a	0.001 ^a
Difference between groups		
Median [95% CI]		-4.00 [-7.00, -2.00]
p value		0.001 ^b
T4 Difference from baseline		
n	17	19
Median [95% CI]	0.50 [-2.50, 5.00]	-4.50 [-8.00, -2.00]
p value	0.637 ^a	0.003 ^a
Difference between groups		
Median [95% CI]		-4.00 [-7.00, -1.00]
p value		0.013 ^b

^aWilcoxon test.

^bMann-Whitney test.

HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; DT, dignity therapy; CI, confidence interval.

Evaluation time points: T2= postintervention; T3=day 15; T4= day 30.

جدول 6. متغیر نتیجه اولیه اثربخشی ولیه: نمره خرده مقیاس اضطراب HADS در داخل و بین مطالعه گروه ها

TarjomeFa.Com

در گروه کرامت درمانی، کاهش قابل توجهی در رتبه اضطراب پایه در تمام دوره ارزیابی وجود داشت (به ترتیب میانه

= -4.00; 95% CI, -5.50 to -2.50, p < 0.0001; ؛ میانه = -3.00; 95% CI, -7.50 to -5.50, p = 0.001; - میانه =

-4.50; 95% CI, -8.00 to -2.00, p = 0.003, جدول 6).

در گروه SPC، افزایش در مقیاس HADS اضطراب بین ابتدای مطالعه و تمام دوره های ارزیابی وجود داشت، اگر چه

از نظر آماری معنی دار نبود، (به ترتیب میانه = 0.50; 95% CI, -0.50 to 1.50, p = 0.536; ؛ میانه = 1.00; 95% CI, -

1.00 to 3.50, p = 0.325; ، میانه = 0.50; 95% CI, -2.50 to 5.00, p = 0.637 ؛ جدول 6).

بررسی

همانطور که قبلاً در جمعیت پرتغال با سرطان و در تجزیه و تحلیل موقت قبلی ما نشان داده شد، نمونه مطالعه ما سطح بالایی از افسردگی و اضطراب را در ابتدا تجربه نمود. این سطوح به ویژه بالاتر از سطوح گزارش شده توسط Chochinov و همکاران بود. به طور مقایسه ای، میانگین نمرات نمونه برای افسردگی HADS, 13.2 در مقابل 5.86 بود و اضطراب HADS 5.22 در مقابل 8.88 بود. یافته های ما نشان می دهد که کرامت درمانی را می توان به شرکت کنندگان واجد شرایط داد، حتی کسانی که با پریشانی شدید روانی در شروع مطالعه هستند. اگر چه Chochinov هشدار داده است که بیماران مبتلا به افسردگی مشخص شده ممکن است در خطر ایجاد یک نسخه تحریف شده از خود از طریق کرامت درمانی باشند، هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد این مورد در مطالعه ما وجود دارد.

در گزارش موقت قبلی ما، به نظر می رسد کرامت درمانی دارای منفعت کوتاه مدت روی پریشانی روانی پیش روی بیماران در نزدیکی پایان زندگی است: بیمارانی که کرامت درمانی را دریافت نمودند به طور قابل توجهی با احتمال بیشتر نسبت به بیماران SPC، کاهش در رتبه بندی افسردگی را تجربه نمودند، بلافاصله بعد از درمان، با بهبود پایدار در سراسر بعدی پیگیری، به استثنای ارزیابی روز 30. مطالعه حاضر، با استفاده از یک نمونه بزرگتر از بیماران، نشان می دهد که شرکت کنندگان دریافت کننده تجربه کرامت درمانی کاهش قابل توجهی در علائم افسردگی را بروز دادند و در واقع در هر نقطه زمان در مقایسه با گروه کنترل کمتر افسرده شدند. به این ترتیب، به نظر می رسد که یک جلسه کرامت درمانی دارای اثر پایدار است که می تواند در 30 روز بعد از مداخله دیده شود. این احتمالاً نشان می دهد که استفاده از کرامت درمانی برای کمک به بیان خاطرات بیمار، صحبت در مورد گذشته خود، و به اشتراک گذاری بازتاب های مهم، دارای مزایایی است که فراتر از مداخله حفظ می شوند. ارائه این فرصت برای ایجاد یک سند اصالت شخصی به آنها، بیمار را در یک نقش حیاتی درگیر می کند که به احتمال زیاد احساس درماندگی و ناامیدی آنها را کاهش می دهد.

یافته های حاضر ما در مورد توانایی کرامت درمانی برای کاهش علائم اضطراب در تمام دوره های ارزیابی، اثبات آن در گزارش موقت قبلی ما را نشان می دهد. می توانیم در مورد ارتباط علت معلولی بین کرامت درمانی و کاهش

اضطراب حدس و گمان صحبت کنیم. شاید کرامت درمانی بیماران را قادر می سازد تا به مسائل وجودی، مانند کسب و کار ناتمام، تجلی به عنوان یک کاهش اضطراب رسیدگی نمایند. جالب است که این اثر مثبت به خوبی فراتر از زمان تعامل درمانی پایدار ماند.

محدودیت های متعددی در این مطالعه وجود دارد. نمونه بیماران ما در درجه اول شامل بیماران مسن تر بود. به این ترتیب، نفوذ کرامت درمانی در گروه های جوان تر باقی بود. با وجود حجم نمونه نسبتاً کوچک، ما قادر به تشخیص تفاوت معنی داری بین و درون گروه بودیم که نشان دهنده بهبود بالینی معنادار بوده است. اکثر شرکت کنندگان در مطالعه سرطان در مرحله نهایی بود. تحقیقات آینده ما، مطلوبیت کرامت درمانی را برای سایر بیماری های لاعلاج دیگر، مانند بیماری های ارگان مرحله نهایی بررسی خواهد نمود. درون این کارآزمایی، کرامت درمانی به طور انحصاری توسط یک درمانگر (M.J.)، انجام شد که با دقت به دنبال پروتکل کرامت درمانی بودند و توسط مؤلفان این روش درمانی آموزش دیده شد. در حالی که او نسبت به انتساب بازوی مطالعه ناآگاه بود، و در نتیجه پتانسیل تعصب تولید شد، بیماران در هر دو گروه مراقبت با کیفیت برابر تسکینی (SPC) دریافت کردند و تمام ارزیابی ها، برنامه های درمان، و مداخلات مستقیم، در هر واحد پروتکل، توسط تیم کلی چند رشته ای انجام شد. در نهایت، ما متوجه شدیم که چون این مطالعه در گروه ناآگاه بود، دارونما و یا اثر از راه دور اما در عین حال ممکن در یافته ها وجود داشت.

بر اساس یافته های ما، کرامت درمانی به اثر مفید پایدار در پریشانی روانی پیش روی بیماران در نزدیکی پایان زندگی منجر می شود. این نتایج در شکل دادن به آینده نقش کرامت درمانی در طرح های تحقیقاتی مراقبت تسکینی و ساختار برنامه های مراقبت های بالینی مهم هستند. اینک این مرحله برای آزمون کرامت درمانی، در مطالعه کارآزمایی تصادفی کنترل با مقایسه عملکرد آن در برابر روش های دیگر با هدف کاهش قابل توجه پریشانی پایان زندگی تنظیم می شود.

References

1. Boston P, Bruce A, Schreiber R: Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:604–618.
2. Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000;132:209–218.
3. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL: Depression in advanced disease: A systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002;16:81–97.
4. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM: Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2003;17:509–513.
5. Miovic M, Block S: Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007;110:1665–1676.
6. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A: Symptom prevalence in patients with incurable cancer: A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34:94–104.
7. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ: Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995;152:1185–1191.
8. Chochinov HM: Dignity and the essence of medicine: The A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 2007;335:184–187.
9. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M: Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002;54:433–443.
10. 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;23:5520–5525.
11. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M: Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: A randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2011;12:753–762.
12. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M: Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med* 2007;12:225–235.
13. Julião M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B, Vaz Carneiro A: Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliat Support Care* 2013;19:1–10.
14. Altman DA (ed): *Statistics with Confidence*. London: BMJ Publishing Group; 2000, p. 39.
15. Royston P: CID: Stata module to calculate confidence intervals for means or differences. Statistical Software Components S338001. Boston, MA: Boston College Department of Economics, 1998.
16. Chochinov HM: *Dignity Therapy: Final Words for Final Days*. New York: Oxford University Press, 2011.

TarjomeFa.Com

برای خرید فرمت ورد این ترجمه، بدون واتر مارک، اینجا کلیک نمایید.



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی