



## بررسی شأن ذاتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی

حسین باقری<sup>۱</sup>، فریده یغمایی<sup>۲\*</sup>، طاهره اشک‌تراب<sup>۳</sup>، فرید زایری<sup>۴</sup>

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت- استادیار.

۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه بهداشت- دانشیار.

۳- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری- دانشیار.

۴- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- مرکز تحقیقات پروتئومیکس- گروه آمار حیاتی- استادیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۵، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۴

### چکیده

**مقدمه:** احترام به شأن ذاتی انسان‌ها دارای نقش برجسته و اهمیت ویژه در پژوهش‌ها و بحث‌های مربوط به مراقبت و سلامت می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین شأن ذاتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** یک مطالعه توصیفی- مقطعی بوده و جامعه مورد مطالعه آن بیماران مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش قلب بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی تهران بودند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام گرفته و تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلابه نارسایی قلبی از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند سپس پرسشنامه ویژگی‌های فردی و پرسشنامه شأن ذاتی (IDQ)، توسط آنان تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های آماری پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و تی مستقل انجام شد.

**نتایج:** میانگین نمره شأن ذاتی در واحدهای مورد پژوهش  $0/8 \pm 4/6$  محاسبه گردید. بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد شأن ذاتی در خانواده و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد شأن ذاتی در جامعه مورد پژوهش به دست آمد همچنین آزمون آماری آنالیز واریانس، تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمره شأن ذاتی در دو بعد ذکر شده نشان داد. آزمون آماری پیرسون، نیز ارتباط معنی‌دار آماری بین سن با نمره شأن ذاتی و بین شدت بیماری (کسر تخلیه‌ای بطن چپ) با نمره شأن ذاتی نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به اهمیت نقش یکایک افراد در خانواده، جامعه و سیستم‌های بهداشتی- درمانی و تعهد آنان در حفظ و ارتقاء شأن بیماران، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت حمایت و بهبود درمان و مراقبت از بیماران و هدایت پژوهش‌های بعدی مرتبط با شأن ذاتی در بیماران مختلف سودمند باشد.

**واژه‌های کلیدی:** شأن ذاتی، نارسایی قلبی، بیماران.

\*نویسنده مسئول: تهران- خیابان ولیعصر- دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۷۹۶۲۴. Email: farideh\_y2002@yahoo.com

**ارجاع:** باقری حسین، یغمایی فریده، اشک‌تراب طاهره، فرید زایری. بررسی شأن ذاتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی. مجله دانش و تندرستی ۱۰:۱۳۹۴؛ (۲):۵۶-۶۲.

## مقدمه

گروه بیماران را شاید بتوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی دانست، چرا که یک بیمار نه تنها از نظر فیزیکی، توانایی‌های مربوطه دوران سلامتی خود را از دست می‌دهد، بلکه تحت فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی خاص دوران بیماری نیز قرار می‌گیرد، لذا ضرورت اعتلای حقوق بیمار، یکی از اولویت‌های نظام ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی هر جامعه، محسوب می‌شود. در این میان، یکی از مهمترین حقوق بیماران، حفظ و رعایت شأن بیمار به‌عنوان یک انسان است و همواره می‌بایست وی را در چرخه درمان، در جایگاه انسان نگریست (۱).

در بین بیماری‌های مزمن، بیماری نارسایی قلبی موجب تخریب بیشتر نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌گردد (۲). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به مدت طولانی‌تر نسبت به بیماران سرطانی با ناتوانی ناشی از بیماری زندگی می‌کنند و مجبور به سازگاری با مرگ پیش‌بینی نشده هستند. بسیاری از این بیماران مخصوصاً در اواخر بیماری دچار دیسترس و کنترل ضعیف علائم خود می‌شوند (۳). به همین خاطر هدف اولیه مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، افزایش امید به زندگی مبتلایان به این بیماری است (۴) و برای ارائه مراقبت مناسب، کارکنان ارائه مراقبت، نیاز دارند که ارتباط صادقانه با بیمار برقرار نمایند، به حقوق و ارزش‌های فردی و حرفه‌ای مانند شأن بیماران احترام گذاشته و نسبت به وجود تفاوت‌ها در افراد حساس باشند (۱). به همین دلیل، احتیاج به مراقبت‌های تسکینی (Palliative care) در این بیماران ضروری می‌باشد (۵) و یکی از اجزای اساسی در مراقبت‌های تسکینی تخصصی، احترام به شأن و حقوق انسان‌ها است که مستقل از ملیت، نژاد، مذهب، رنگ پوست، سن، جنس یا وضعیت‌های سیاسی اجتماعی آنها می‌باشد (۹) احترام به شأن بیماران، نقش مهمی در درمان آنان و افزایش کیفیت زندگی آنان ایفا می‌نماید (۶).

بر پایه شأن انسانی که تحت عنوان شأن پایه یا شأن ذاتی نیز از آن یاد می‌شود، همه انسان‌ها آزاد و برابر از لحاظ شأن و حقوق آفریده شده‌اند و این نوع شأن برای همه انسان‌ها برابر است (۷-۹). در واقع، احترام به شأن ذاتی انسان‌ها به معنای احترام به حقوق پایه آنها در محیط‌های مختلف است. چون شأن ذاتی برای تمام انسان‌ها برابر است، نمی‌تواند منشأ نابرابری‌های اجتماعی باشد و به همین دلیل مبنای قوانین حقوقی است (۱۰). شأن انسانی یا ذاتی مربوط به موجودیت انسانی هر فرد و خاصیت انسان بودن افراد است و در نظام مراقبتی درمانی بیشتر مورد اشاره قرار می‌گیرد (۱۱) و دارای نقش برجسته و اهمیت ویژه در پژوهش‌ها و

بحث‌های مربوطه مراقبت و سلامت و همچنین عدالت در برخورداری از سلامت می‌باشد (۱۲).

شناسایی و تقویت شأن بیمار می‌تواند باعث توسعه اطمینان و رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های ارائه شده، کاهش طول مدت بستری بیماران و افزایش نتایج سلامتی بیماران گردد. از طرف دیگر، کاهش شأن بیمار می‌تواند باعث تضعیف سلامتی بیمار از جنبه‌های جسمی و روانی گردد (۸ و ۱۳). پژوهش حاضر در نوع خود بدیع بوده و براساس بررسی صورت گرفته توسط پژوهشگر، در داخل و خارج کشور، پژوهشی در زمینه شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت نگرفته است. لذا باتوجه به خلاء اطلاعاتی موجود در زمینه شأن ذاتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، انجام پژوهش حاضر، به‌عنوان یک ضرورت در نظر گرفته شد و پژوهش حاضر با هدف تعیین تعیین شأن ذاتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، صورت گرفت.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی و بخشی از یک پژوهش وسیع‌تر بوده و جامعه مورد مطالعه آن را بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش قلب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران [بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی] در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف و براساس مشخصات موردنظر پژوهشگر بوده و تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی ( $d=0/1$  و  $\alpha=0/05$ ,  $P=0/5$ ) از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. تشخیص نارسایی قلبی در تمامی شرکت‌کنندگان، براساس نظر پزشک متخصص قلب صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر می‌باشند:

۱- بیماران مبتلا به کلاس II تا IV نارسایی قلبی براساس طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک (۱۶)، شامل بیماران مبتلا به نارسایی قلب با طیفی از محدودیت حرکتی، از خفیف تا شدید ناشی از بیماری بودند.

۲- قادر به گویش به زبان فارسی بودند.

۳- علاقمند به شرکت در پژوهش حاضر بودند.

۴- بیماران از هر دو جنس مرد و زن بودند.

پس از توضیح هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت کتبی و شفاهی نمونه‌ها از طرف پژوهشگر، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه شأن ذاتی (Inherent dignity questionnaire)، براساس گفته‌های بیمار تکمیل گردید. پرسشنامه شأن ذاتی (IDQ)، یک پرسشنامه ۲۴ سؤالی است و شامل سه بعد: شأن ذاتی در خانواده، شأن ذاتی در جامعه و شأن ذاتی در

اکتساب از پرسشنامه شأن ذاتی، نمره ۶ بود، میانگین نمره شأن کسب شده، در سطح خوب ارزیابی گردید.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی بیماران مبتلابه

نارسیایی قلبی		
ویژگی‌های فردی	فراوانی	درصد
سن (سال)		
کمتر از ۴۵	۱۴	۱۰/۸
۴۵-۶۵	۵۹	۴۵/۴
بالای ۶۵	۵۷	۴۳/۸
جنس		
مرد	۸۸	۶۷/۷
زن	۴۲	۳۲/۳
تحصیلات		
بی‌سواد	۶۷	۵۱/۵
زیردیپلم	۴۴	۳۳/۹
دیپلم	۱۳	۱۰
دانشگاهی	۶	۴/۶
وضعیت تأهل		
مجرد	۴	۳/۱
متاهل	۹۹	۷۶/۲
همسر فوت شده	۲۵	۱۹/۲
مطلقه	۲	۱/۵
شغل		
کارمند	۳	۲/۳
کارگر	۲	۱/۵
کشاورز	۸	۶/۲
خانه‌دار	۴۱	۳۱/۵
آزاد	۵۸	۴۴/۶
بازنشسته	۱۸	۱۳/۹
تعداد فرزند		
کمتر از ۲	۲۷	۲۰/۸
۲-۵	۵۸	۴۴/۶
بیش از ۵	۴۵	۳۴/۶
درآمد متوسط ماهانه خانواده (هزار تومان)		
کمتر از ۵۰۰	۵۰	۳۸/۵
۵۰۰ هزار تا یک میلیون	۷۰	۵۳/۸
بیشتر از یک میلیون	۱۰	۷/۷
محل سکونت		
شهر	۱۰۲	۷۸/۵
روستا	۲۸	۲۱/۵
دفعات بستری		
کمتر از ۲	۹۸	۷۵/۴
۲-۵	۲۳	۱۷/۷
بیشتر از ۵	۹	۶/۹
شدت بیماری		
(میزان کسر تخلیه‌ای بطن چپ)		
۴۰-۵۰٪	۵۲	۴۰
۲۰-۴۰٪	۶۹	۵۳/۱
< ۲۰٪	۹	۶/۹

باتوجه به اینکه پژوهش حاضر، برای اولین بار در دنیا و در ایران بر روی شأن بیماران مبتلابه نارسیایی قلبی صورت گرفته است، لذا

محیط‌های درمانی می‌باشد. این پرسشنامه، در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) است و دامنه نمرات از ۱ تا ۶ در هر عبارت، متغیر می‌باشد. اکثر عبارات دارای امتیازدهی مثبت هستند، به طوری که امتیاز ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۶ برای گزینه کاملاً موافقم منظور گردیده است و فقط عبارات شماره ۱۳ دارای امتیازدهی منفی است، به عبارت دیگر، در این عبارت، امتیاز ۱ برای کاملاً موافقم تا ۶ برای گزینه کاملاً مخالفم در نظر گرفته شده است. میانگین نمره عبارات پرسشنامه، نمره کل پرسشنامه محسوب خواهد شد و نمره بالاتر نشان‌دهنده شأن بالاتر می‌باشد. پایایی پرسشنامه شأن ذاتی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $\alpha = 0.94$  و با استفاده از روش دو نیمه‌کردن  $r = 0.96$  برآورد گردیده است (۱۷). تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های آماری پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و تی مستقل جهت تعیین ارتباط بین ویژگی‌های فردی سن، جنس و... با شأن ذاتی و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

## نتایج

براساس نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش  $62 \pm 13/9$  می‌باشد و اکثریت آنان (۵۱/۵٪) دارای تحصیلات بی‌سواد هستند و درآمد متوسط ماهانه کمتر از یک میلیون تومان در ماه (۹۲/۳٪) دارند. جدول ۱ ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش حاضر را نشان می‌دهد. میانگین نمره شأن ذاتی در واحدهای مورد پژوهش  $4/6 \pm 0/8$  محاسبه گردید. جدول ۲ نشان می‌دهد بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد شأن ذاتی در خانواده و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد شأن ذاتی در جامعه است و آزمون آماری آنالیز واریانس با  $P < 0/05$ ، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره شأن ذاتی در دو بعد ذکر شده نشان داد (جدول ۲).

همچنین ارتباط منفی و معنی‌داری ( $r = -0/180$ ,  $P < 0/05$ ) بین سن با نمره شأن ذاتی و ارتباط مثبت و معنی‌داری ( $P < 0/05$ )،  $r = 0/173$  بین شدت بیماری (کسر تخلیه‌ای بطن چپ: LVEF: Left ventricular ejection fraction) با نمره شأن ذاتی با استفاده از آزمون آماری پیرسون، مشاهده گردید (جدول ۳). ارتباط معنی‌داری بین نمره کل شأن ذاتی و سایر ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش مشاهده نگردید.

## بحث

باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر، بیماران مبتلابه نارسیایی قلبی، از شأن ذاتی خوبی برخوردار بودند (نمره میانگین ۴/۶ از ۶). به عبارت دیگر، باتوجه به اینکه حداکثر میانگین نمره قابل

جکلون و همکاران (۲۰۰۹) نیز با استفاده از "مقیاس شأن نسبت داده شده" شامل ۲۳ عبارت در سه بعد: خود ارزشی، رفتار احترام به خود و رفتار احترام به دیگران و انجام آزمون مقدماتی، درک ۱۹ نفر از سالمندان بالای ۶۵ سال را از شأن خود بررسی نمودند. میانگین نمره شأن کسب شده در این پژوهش، ۹۹ از ۱۱۵ و در سطح خوب گزارش گردید (۲۰). نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش جکلون و همکاران (۲۰۰۹) مورد تأیید قرار می‌گیرد. اگرچه جامعه پژوهش در پژوهش حاضر با پژوهش جکلون و همکاران (۲۰۰۹) متفاوت است ولی ابعاد ابزار اندازه‌گیری شأن در این دو پژوهش با هم، هم‌پوشانی دارند. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دوست دارند که ارزش‌هایشان حفظ گردد و با آنها به‌عنوان یک انسان کامل و نه یک بیمار رفتار شود (۲۱).

به هرحال، در فرهنگ‌های اسلامی مانند ایران، به سلامتی و بیماری به‌عنوان یک موهبت الهی نگاه می‌شود و هم چنین به بعد وجودی انسان یا شأن ذاتی افراد و بعد خانواده به‌عنوان یکی از ابعاد پرسشنامه‌های شأن ذاتی اهمیت خاص داده می‌شود. به همین خاطر در موقعیت‌هایی مانند بیماری، ارتباطات، احترام و حمایت‌های خانواده بیشتر می‌گردد و وجود این فرهنگ ارتقاء شأن و حمایت از بیمار، باعث توسعه شأن بیمار می‌گردد (۲۲ و ۲۳).

در پژوهش حاضر، آزمون آماری پیرسون، ارتباط منفی و معنی‌داری بین سن و شأن ذاتی نشان داد. به عبارت دیگر، با افزایش سن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، شأن ذاتی بیماران کاهش می‌یابد. شجاعی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود، ارتباط آماری معنی‌داری بین سطوح مختلف کیفیت زندگی با سن به دست آورد. به عبارت دیگر، بیماران مسن‌تر نسبت به بیماران جوان‌تر، از عملکرد اجتماعی و خانوادگی پایین‌تری ( $P=0/006$ ) برخوردار بودند (۲۴). کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند که هر چه سن بیماران بالاتر می‌رود، نگرانی آنان از عدم‌رعایت حریم خصوصی آنان نیز بیشتر می‌شود که این خود می‌تواند بر روی شأن آنان تأثیر منفی داشته باشد (۱۹). از طرفی بالا بودن سن بیماران و وجود اختلال شناختی و عملکردی در آنها باعث می‌شود که بارکاری مراقبین در خانواده افزایش یابد (۲۵) و (۲۶) و بیماران احساس سربار بودن و تحمیل شدن به دیگران نمایند و بر شأن ذاتی آنها اثرگذار باشد. بنابراین نتایج پژوهش حاضر با سایر مطالعات انجام شده مورد تأیید قرار می‌گیرد. به هر حال، با افزایش سن و کاهش توانایی‌های جسمی و ارتباطی، تغییرات ظاهری و کاهش درآمد در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باعث کاهش توانایی آنان در برقرار ارتباط با دیگران و منفی شدن نگرش دیگران نسبت به آنان می‌گردد و بالطبع شأن ذاتی آنان را در خانواده، جامعه و در مراکز درمانی تحت تأثیر قرار می‌دهد.

هیچ پژوهش مرتبطی در این زمینه انجام نشده است. در ارتباط با پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه شأن در سایر بیماران، پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۲) با انجام یک مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۲۱۳ بیمار مبتلا به سرطان، نتیجه گرفتند که ۵۴ درصد بیماران اظهار داشته بودند که شأن آنها مورد تهدید واقع نشده است و فقط ۷/۵ درصد آنان بیان کرده بودند که از دست دادن شأن نگرانی عمده آنان محسوب می‌شود (۱۸).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات "پرسشنامه شأن ذاتی" و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

متغیر	طیف نمرات پرسشنامه	طیف نمرات کسب شده	میانگین	انحراف معیار
شأن ذاتی در خانواده	۱-۶	۱-۶	۴/۹	۱/۲
شأن ذاتی در جامعه	۱-۶	۱-۶	۴/۲	۱/۲
شأن ذاتی در محیط‌های درمانی	۱-۶	۱-۶	۴/۵	۱
شأن ذاتی (نمره کل)	۱-۶	۲/۱-۶	۴/۶	۰/۸

جدول ۳- همبستگی بین ویژگی‌های فردی با شأن ذاتی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

ویژگی‌های فردی	ابعاد			شأن ذاتی (نمره کل)
	شأن ذاتی در خانواده	شأن ذاتی در جامعه	شأن ذاتی در محیط‌های درمانی	
سن	-۰/۱۲۰	-۰/۱۸۴	-۰/۰۹۶	-۰/۱۸۰*
تعداد فرزند	-۰/۰۹۸	-۰/۰۰۸	-۰/۰۷۹	-۰/۰۲۵
دفعات بستری	-۰/۰۷۶	-۰/۱۴۲	-۰/۱۰۳	-۰/۱۵۳
شدت بیماری	۰/۱۷۳*	۰/۱۲۸	-۰/۰۴۵	۰/۱۷۳*

$P < 0/05$

کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) با انجام پژوهشی مشابه بر روی ۲۱۱ بیمار بالای ۱۸ سال و مبتلا به سرطان و به‌کارگیری "سیاهه شأن بیمار"، میزان تهدید شأن بیماران را در ۴ بعد جسمی، روانی، اجتماعی و وجودی بررسی نمودند. میانگین نمره کسب شده در پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۶)، ۱۶ از ۲۲ محاسبه شد (۱۹). به عبارت دیگر، شأن بیماران در سطح ضعیف قرار داشته و مورد تهدید بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) منطبق نمی‌باشد. یکی از علل این تفاوت در نتایج، می‌تواند نوع جامعه پژوهش باشد که در پژوهش حاضر جامعه پژوهش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بوده‌اند ولی در پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۶)، جامعه پژوهش بیماران مبتلا به سرطان در مرحله انتهایی، می‌باشد. نکته دیگر اینکه، ابعاد "سیاهه شأن بیمار" در پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) شامل: جسمی، روانی، اجتماعی و وجودی می‌باشد و در پژوهش حاضر ابعاد پرسشنامه شأن ذاتی شامل: شأن ذاتی در خانواده، شأن ذاتی در جامعه و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی می‌باشد.

## تشکر و قدردانی

بر خود واجب می‌دانیم مراتب قدردانی و سپاس خویش را از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین نمونه‌های پژوهش حاضر که نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر، حاصل همکاری صمیمانه آنان است، ابراز نماییم. برای همه آنها از درگاه ایزد منان، آرزوی سلامتی و شادکامی می‌نماییم.

## References

- Joolae S, Nikhbakht-Nasrabadi AR, Parsa-Yekta Z. Phenomenological explanation of patient rights [dissertation]. Faculty of Nursing and Midwifery: Tehran University of Medical Science;2007.[Persian].
- Corvera-Tindel T, Doering LV, Aquilino C, Roper J, Dracup K. The role of physical functioning and depression in quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 2003;9:55.
- Berglund B, Anne-Cathrine M, Randers I. Dignity not fully upheld when seeking health care: Experiences expressed by individuals suffering from Ehlers-Danlos syndrome. *Disability Rehabilitation* 2010;32:1-7.
- Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seamark D, Gariballa S, Small N. Dying trajectories in heart failure. *Palliative Medicine* 2007;21:95-99.
- Chattoo S, Atkin KM. Extending specialist palliative care to people with heart failure: Semantic, historical and practical limitations to policy guidelines. *Social Science & Medicine* 2009;69:147-53.
- Cortis JD, Williams A. Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review* 2007; 54:263-70.
- Pullman D. Death, dignity, and moral nonsense. *Journal of Palliative Care* 2004;20:171-8.
- Lam KK. Dignity, respect for dignity, and dignity conserving in palliative care. *Hong Kong Society of Palliative Medicine* 2007;3:30-35.
- Knoepffler N, O'Malley M. Human dignity: Regulative principle and absolute value. *International Journal of Bioethics* 2010; 21:63-89.
- Alikhani AA. Human dignity and violence in Islam. *Journal of Political Sciences* 2007;1:99-121.
- Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:2709-17.
- Jacobson N. Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine* 2007;64:292-302.
- Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 2002;8:143-151.
- Haghdooost A. Do you want understanding deeper the concept of sample size and power of statistical tests. *Iranian Journal of Epidemiology* 2009;5:57-63.[Persian].
- L. Naing T, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences* 2006;1:9-14.

به عبارت دیگر، با بالا رفتن سن بیماران و کاهش توانمندی عملکردی بیمار، موقعیت و نقش آنان در خانواده و جامعه کاهش می‌یابد و متعاقباً شأن آنان را مورد تهدید قرار خواهد داد. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر با نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده مطابقت دارد. پژوهش‌های صورت گرفته (۲۷-۲۹) نشان می‌دهد که افزایش سن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باعث تأثیرات منفی بر حیطه‌های جسمی، روانی و اجتماعی آنان می‌گردد. شجاعتی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۴).

در پژوهش حاضر، همچنین مشخص شد که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین شدت بیماری (کسر تخلیه‌ای بطن چپ) و شأن ذاتی وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش کسر تخلیه‌ای بطن چپ (بهبود بیماری)، شأن ذاتی بیماران نیز بالاتر می‌رود. ساندین و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود دریافتند که حمایت‌ها و ارتباطات اجتماعی، در احساس خوب بودن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی اثرگذار می‌باشد و اگر این ارتباط حمایت‌کننده، وجود نداشته باشد، آنها احساس تحمیل شدن به دیگران را خواهند کرد (۳۰). براساس نظر فالک و همکاران (۲۰۰۷) بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دوست دارند که همان شبکه ارتباطی و دوستان قبل از بیماری خود را داشته باشند و ارزش‌هایشان حفظ گردد و با آنها به‌عنوان یک انسان کامل و نه یک بیمار رفتار شود (۲۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقویت شأن اجتماعی دارای آثار مثبت بر روی شأن بیمار می‌باشند (۱۸، ۱۹ و ۳۱).

زمانی که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی احساس کمبود ارتباطات حمایتی و کمبود کمک و مراقبت می‌نمایند، این احساس را دارند که در این ارتباطات حمایتی بازنده هستند و قدر و ارزشی ندارند و بنابراین، احساس ناامیدی به‌خاطر وابستگی خودشان به کمک و خوش‌نیتی دیگران می‌نمایند (۳۰). اگر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی حمایت را به‌صورت مداوم همراه با کسب اطلاعات لازم و همراه با رفتاری توأم با شأن و خوش‌حلقی از طرف کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت دریافت می‌دارند، احساس راحتی، امید و اطمینان می‌کنند (۳۰).

از آنجاکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از شأن ذاتی خوبی در ابعاد مختلف برخوردار هستند، می‌توان به اهمیت نقش یکایک افراد در خانواده، جامعه و سیستم‌های بهداشتی-درمانی و تعهد آنان در حفظ و ارتقاء شأن بیماران بیش از پیش پی‌برد. به‌کارگیری نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت حمایت و بهبود درمان و مراقبت از بیماران و هدایت پژوهش‌های بعدی مرتبط با شأن ذاتی در بیماران مختلف سودمند باشد.

16. Raphael C, Briscoe C, Davies J, Ian Whinnett Z, Manisty C, Sutton R, et al. Limitations of the New York heart association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart* 2007;93:476-82.
17. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Factors associated with dignity in heart failure patients: Psychometric properties of dignity instruments and test of "Dignity Preserving Model" [dissertation]. Faculty of Nursing and Midwifery: Shahid Beheshti University of Medical Science; 2013.[Persian].
18. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet* 2002;360:2026-30.
19. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9:666-72.
20. Jacelon CS, Dixon J, Knafl KA. Development of the attributed dignity scale. *Research in Gerontological Nursing* 2009;2:202-13.
21. Falk S, Wahn AK, Lidell E. Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007;6:192-9.
22. Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: The residents' view. *Age and Ageing* 2007;36:197-202.
23. Baillie L. Patient's dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46:23-37.
24. Shojaei F. Quality of life in patient with heart failure. *Journal of faculty and midwifery. Tehran University of Medical Sciences (Hayat)* 2008;14:5-13.[Persian].
25. Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. Non-compliance factors of congestive heart failure patients readmitted in cardiac care units. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2009;2:91-7.[Persian].
26. Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart Lung* 2003;2:88-99.
27. Abbasi A, Asayesh H, Hosseini SA, Ghorbani M, Abd-Elahi AA, Rouhi GH, et al. The relationship between function performance in patients with heart failure and quality of life (QOL). *Iranian South Medical Journal (ISMJ)* 2010;13:31-40.[Persian].
28. Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;5:5-15.
29. Parajon T, Iupon J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Use of the 'minnesota living with heart failure' quality of life questionnaire in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia* 2004;57:155-60.
30. Sundin K, Bruce E, Barremo AS. Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal of Qualitative Studies Health & Well-Being* 2010;5:5064.
31. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: An empirical model. *Social & Science Medicine* 2002;54:433-43.





## Evaluation Inherent Dignity and Its Related Factors in Heart Failure Patients

Hossein Bagheri (Ph.D.)<sup>1</sup>, Farideh Yaghmaei (Ph.D.)<sup>2\*</sup>, Tahere Ashktorab (Ph.D.)<sup>3</sup>, Farid Zayeri (Ph.D.)<sup>4</sup>

1- Center for Health-Related Social and Behavioral Sciences Research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2- Dept. of Health, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Dept. of Biostatistics, Proteomics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 26 November 2013, Accepted: 23 February 2014

### Abstract:

**Introduction:** Respect for inherent dignity of human beings means respect to their basic rights in different environments and have an importance role in the study of health care. This study was conducted to investigate the inherent dignity and its related factors in heart failure patients.

**Methods:** In this descriptive, cross-sectional study, 130 patients with class II to IV heart failure were selected upon to researcher characteristics and in purposive sampling from patients of Hazrate Rasoolakram, Imam Hossein and Shariati Hospital of Tehran. Demographic questionnaire and inherent dignity questionnaire (IDQ) completed by individuals. The data were analyzed by descriptive statistic methods, pearson correlation test, one-way ANOVA and independent-sample t tests.

**Results:** The mean score of social dignity was  $4.6 \pm 0.8$ . The highest mean score were obtained for dimension of inherent dignity in the family and the lowest mean score were obtained for dimension of inherent dignity in community. These findings revealed a significant difference in the mean of inherent dignity score between dimension of inherent dignity in the family and dimension of inherent dignity in community. There were also significant correlation between age and inherent dignity and between disease severity and inherent dignity.

**Conclusion:** Respect to the importance of every one role in family, community and health care systems and their commitment to protect and promote dignity of patients, the results of present study can be useful in planning of patients support and also their care and treatment.

**Keywords:** Inherent dignity, Heart failure, Patients.

Conflict of Interest: No

\*Corresponding author: F. Yaghmaei, Email: farideh\_y2002@yahoo.com

**Citation:** Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation Inherent Dignity and Its Related Factors in Heart Failure Patients. Journal of Knowledge & Health 2015;10(2):56-62.