

به نام خداوند جان و خرد
مجله پژوهش پرستاری
علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره یازدهم - شماره ۳ (پیاپی ۴۲) - مرداد و شهریور ۱۳۹۵

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسئول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: دکتر افسانه صدوقی اصل - دکتر شهرزاد پاشایی پور
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین‌المللی منبع: ۱۷۳۵-۷۰۱۲
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

• شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناپ، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

بررسی عوامل تهدید به شأن انسانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

سیده سمیه امینی نسب^۱، حمیده عظیمی لولتی^۲، محمود موسی زاده^۳، *ویدا شفیع پور^۴

۱- کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲- استادیار، دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۳- استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۴- استادیار، دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: vidashafipour@yahoo.com

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۵، صفحات ۹۱-۸۲

چکیده

مقدمه: احترام به شأن انسانی دارای نقش برجسته و با اهمیت در مطالعات مربوط به مراقبت از سلامت می باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل تهدید به شأن انسانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفته است.

روش: مطالعه توصیفی-مقطعی است. ۳۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب بستری بخش های CCU در مطالعه شرکت کردند. نمونه گیری به صورت سرشماری انجام شد. جمع آوری داده ها توسط پرسشنامه های ویژگیهای فردی و عوامل تهدید به شأن انسانی در پنج بعد شامل علائم دیسترس، آرامش ذهنی، وابستگی، حمایت اجتماعی و دیسترس وجودی انجام شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از روشهای آماری توصیفی، تی مستقل، آزمون آنوا یک طرفه و رگرسیون خطی چند متغیره انجام شد.

یافته ها: میانگین شأن انسانی ۸۱/۳۹ بود. میانگین نمره شأن انسانی با جنس ($p=0/040$)، محل سکونت ($p<0/001$)، ابتلا به بیماریهای زمینه ای ($p<0/001$) ارتباط آماری معنی داری دارد. اگرچه در ارتباط با سطح تحصیلات نمره شأن انسانی و تمام ابعاد آن در افراد بی سواد بیشتر بوده که نشان دهنده تهدید به شأن آنان می باشد، اما بجز در بعد وابستگی ($p=0/026$) در بقیه ابعاد ارتباط معنی داری بین این دو وجود نداشته است. بعد علائم دیسترس با دفعات بستری ($p=0/033$) و وضعیت شغلی ($p=0/022$) ارتباط معنی داری دارد. میزان درآمد تنها با بعد وابستگی ارتباط معنی دار نشان داد ($p=0/040$). ارتباط معنی داری بین شأن انسانی و ابعاد آن با گروه سنی، وضعیت تاهل و تعداد فرزند مشاهده نگردید. در رگرسیون خطی چند متغیره، سطح تحصیلات و محل سکونت از عوامل پیش بینی کننده تهدید به شأن بیماران بود.

نتیجه گیری: شأن انسانی بیماران تحت تاثیر عوامل جنس، محل سکونت، ابتلا به بیماریهای زمینه ای می باشد و ابعاد شأن علاوه بر آن تحت تاثیر عواملی چون سطح تحصیلات، دفعات بستری، وضعیت شغلی و میزان درآمد قرار دارد. بنابراین شناسایی عوامل موثر بر شأن بیماران می تواند پیامد بیماران، فرآیند بهبود و بازگشت به زندگی عادی را افزایش دهد. توصیه به حفظ شأن بیماران از فاکتورهای تاثیر گذار می باشد که می بایست در درمان بیماران لحاظ گردد.

کلید واژه ها: نارسایی قلبی، شأن انسانی، بیمار.

مقدمه

شأن و کرامت انسانی یکی از مهمترین ویژگیهای درمانی و از مهمترین دغدغه های اخلاقی در مراقبت های پرستاری در نظر گرفته شده است (۱). شأن از دو کلمه لاتین معادل Dignitus به معنای لیاقت و شایستگی و Dignus به معنی ارزش و بها گرفته شده است (۲). شأن انسانی تحت عنوان شأن مطلق و نسبی از نظر اریکسون می باشد. شأن مطلق به هر انسان مخلوقی داده می شود که حقوقی را در بر می گیرد و شأن نسبی تحت تاثیر جامعه، از جمله روابط انسانی قرار می گیرد. شأن، تحت عنوان صفات و شخصیت انسان در مراقبت حرفه ای توصیف می شود (۱). بر پایه شأن انسانی که تحت عنوان شأن پایه از آن یاد می شود همه انسان ها آزاد و برابر از لحاظ شأن و حقوق آفریده شده اند و این نوع شأن برای همه انسانها برابر است (۳). در واقع احترام به شأن و کرامت انسان ها احترام به حقوق پایه آنها در محیط های مختلف است (۴). شأن و کرامت مربوط به موجودیت انسانی هر فرد و خاصیت انسان بودن افراد است و در نظام مراقبتی و درمانی بیشتر مورد اشاره قرار می گیرد (۵) و دارای نقش بر جسته و اهمیت ویژه در پژوهش ها و مطالعات مربوط به مراقبت و سلامت و همچنین عدالت در بر خورده از سلامت است (۶). شأن و کرامت در مراقبت ارزشهایی نظیر استقلال، صداقت، عدالت، پاسخ گویی به حقوق انسانها با دقت و توجه و احترام به بیمار را در بر می گیرد (۷). گروه بیماران را شاید بتوان یکی از آسیب پذیرترین گروههای اجتماعی دانست، چرا که یک بیمار نه تنها از نظر فیزیکی، تواناییهای مربوط به دوران سلامت خود را از دست می دهد، بلکه تحت فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی خاص دوران بیماری قرار می گیرد، در بین بیماریهای مزمن، بیماری نارسایی قلبی موجب تخریب بیشتر نقش عملکرد فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه ای می شود (۸). به همین خاطر هدف اولیه مراقبت از بیمار مبتلا به نارسایی قلب، افزایش امید به زندگی در مبتلایان به این بیماری است (۹) و کارکنان ارائه مراقبت نیاز دارند که ارتباط صادقانه با بیمار برقرار کنند، به حقوق و ارزش های فردی و حرفه ای مانند شأن انسانی بیمار احترام گذاشته و نسبت به وجود تفاوت ها حساس باشند (۱۰). احترام به شأن بیمار نقش مهمی در درمان آنها و افزایش کیفیت زندگیشان ایفا می کند (۱۱). نحوه ارتباط صحیح مراقبین بیمار اعم از خود بیمار، اعضای خانواده و افراد حرفه ای تیم بهداشتی می توانند نقش تعیین کننده ای در حفظ و تقویت شأن انسانی بیمار و به دنبال آن افزایش روحیه و کیفیت زندگی او داشته باشند (۱۱) در اعلامیه ۱۹۴۸ مجمع عمومی سازمان ملل متحد به اهمیت حفظ شأن و مقام

به عنوان پایه اصلی سلامت انسان تاکید دارد (۲). عواملی که شأن انسانی را تحت تاثیر قرار می دهد شامل ابعاد علائم دیسترس، آرامش ذهنی، وابستگی، حمایت اجتماعی و دیسترس وجودی می باشد (۱۲).

از این رو حفظ شأن انسانی بیماران باعث استقلال در تصمیم گیری، درمان آنها به عنوان افراد کامل، احترام به اعتقادات و فرهنگ آنان و توصیف و توضیح در باب مراقبت برای کسب رضایت آگاهانه از آنها می شود. علاوه بر این موارد، همدلی، ارائه اطلاعات، توجه به نیاز ها و به رسمیت شناختن فردیت بیمار نیز از عوامل تاثیرگذار در حفظ شأن انسانی بیماران است (۱). با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه بر آن شدیم تا مطالعه ای با هدف تعیین عوامل تهدید به شأن انسانی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دهیم تا گامی در جهت ارتقا سلامت بیماران برداریم.

روش مطالعه

این پژوهش توصیفی مقطعی است. جامعه مورد مطالعه را بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش های CCU بیمارستان آموزشی مرکز قلب ساری تشکیل دادند که بر اساس معیار های ورود وارد مطالعه شدند. روش نمونه گیری به شیوه سرشماری و در مدت زمان سه ماه در سال ۱۳۹۴ انجام پذیرفت. برای تعیین حجم نمونه ابتدا تعداد بیماران بستری با نارسایی قلبی در یک ماه از سال مشخص گردید سپس با استفاده از نرم افزار GPOWER ۳۰۰ بیمار تعیین گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بزرگسال، ملیت ایرانی، سکونت در استان مازندران، صحبت به زبان فارسی و گویش مازندرانی، تشخیص نارسایی قلبی بوسیله متخصص قلب حداقل به مدت ۶ ماه، قرار گرفتن در مراحل ۲ و ۳ بیماری طبق تقسیم بندی انجمن قلب نیویورک، بیماران با کسر تخلیه بیش از ۳۰٪، برخوردار از هوشیاری کامل و توانایی پاسخ به سوالات بود.

جمع آوری اطلاعات توسط پرسشنامه های ویژگیهای فردی و عوامل تهدید به شأن انسانی انجام شد. پرسشنامه ویژگیهای فردی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، محل سکونت و ابتلا به بیماریهای زمینه ای بود. پرسشنامه عوامل تهدید به شأن انسانی اولین بار توسط Chochinove و همکاران (۲۰۰۸) طراحی و سایکومتریک گردید. پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۳٪ با قابلیت اطمینان ۰/۸۵ گزارش شد (۱۲). در ایران نیز عباس زاده و همکاران (۲۰۱۵) به بومی سازی ایرانی ابزار پرداخته و

مشارکت کنندگان و اختیاری بودن خروج از تحقیق در فرآیند پژوهش انجام شد.

یافته ها

نتایج نشان داد میانگین سنی نمونه ها $11/74 \pm 64/15$ است. نسبت مردان و زنان در این مطالعه برابر بود و اکثریت آنها (۳۳٪) ۹۹ نفر در محدوده سنی ۶۴-۵۵ سال قرار داشتند. اکثر آنها بی سواد (۵۰/۳٪) و زیر دیپلم (۲۹٪) ۸۸، ۹۷/۷٪) ۲۹۳ نفر متاهل، (۴۵٪) ۱۳۵ نفر خانه دار، (۶۲٪) ۱۸۷ دارای ۵-۲ فرزند، (۶۴٪) ۱۹۱ نفر سکونت در شهر و (۴۹٪) ۱۴۸ نفر درآمد ضعیف داشتند. از نظر تعداد دفعات بستری (۳۱٪) ۹۳ نفر بیش از ۵ بار و (۱۵٪) ۴۶ نفر کمتر از ۲ بار سابقه بستری داشتند. از نظر ابتلا به بیماری دیابت و پرفشاری خون و یا هر دو ۲۳۹ نفر و بدون بیماری زمینه ای ۶۱ نفر بودند. از نظر شدت کسر تخلیه ۱۲۴ نفر در محدوده ۶۰-۵۰٪ قرار داشتند و تنها ۶۶ نفر در محدوده ۴۰-۳۰٪ بودند. میانگین نمره شان انسانی در این مطالعه ۸۱/۳۹ با انحراف معیار ۱۶/۵۲ می باشد. میانگین و انحراف معیار و طیف نمرات پرسشنامه و طیف نمرات کسب شده شان انسانی و ابعاد مربوط به آن از نظر علائم دیسترس، آرامش ذهنی، وابستگی، حمایت اجتماعی و دیسترس وجودی نشان داده شده است (جدول ۱).

پایایی آن را در بیماران کرونری قلب (انفارکتوس میوکارد، نارسایی قلبی و سندرم حاد کرونر) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵٪ سنجیده شد (۱۳). این ابزار شامل ۲۵ آیتم است در پنج بعد شامل نشانه های تنش (۳،۵،۶،۷،۸،۹)، تنش وجودی (۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴،۱۸،۱۹)، وابستگی (۲۰،۲۱،۲۰)، آرامش ذهنی (۱۵،۱۶،۱۷) و حمایت اجتماعی (۲۱،۲۲،۲۳،۲۴،۲۵) است. هر سوال در مقیاس طیف لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری می شود که گزینه ۱ مشکلی نیست، گزینه ۲ کمی مشکل، گزینه ۳ مشکل است، گزینه ۴ مشکل زیادی است و گزینه ۵ طاقت فرسا است می باشد. دامنه نمره شان انسانی ۲۵ تا ۱۲۵ می باشد که نمره ۲۵ سطح شان بالاتر و نمره ۱۲۵ سطح شان پایین تر را نشان می دهد. بر این اساس نمره یک و دو نشان دهنده عدم وجود هر مشکلی است و نمره ۳ و بالاتر نشان دهنده مشکل شدید در ارتباط با شان و کرامت بیمار است. پایایی به روش تعیین ضریب همبستگی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۴). در این پژوهش همبستگی درونی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۷ محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده های آماری با استفاده از روش های آماری توصیفی، تی مستقل، آنوا یک طرفه و رگرسیون خطی چند متغیره جهت تعیین ارتباط بین ویژگیهای فردی با شان انسانی و ابعاد آن با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. در ضمن کلیه ملاحظات اخلاقی در تحقیق از قبیل تصویب در شورای پژوهشی دانشکده و کمیته اخلاق دانشگاه، کسب رضایت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار و طیف نمرات پرسشنامه شأن انسانی و ابعاد تهدید کننده آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

متغیر	طیف نمرات قابل کسب از پرسشنامه	طیف نمرات کسب شده توسط نمونه ها	میانگین	انحراف معیار
شان انسانی (بطور کل)	۲۵-۱۲۵	۳۷-۱۲۵	۸۱/۳۹	۱۶/۵۲
بعد علائم دیسترس	۶-۳۰	۸-۳۰	۱۹/۰۶	۴/۲۱
بعد آرامش ذهنی	۳-۱۵	۴-۱۵	۹/۳۸	۲/۳۲
بعد وابستگی	۴-۲۰	۶-۲۰	۱۴/۳۷	۲/۸۳
بعد حمایت اجتماعی	۵-۲۵	۵-۲۵	۱۴/۹۵	۳/۴۵
بعد دیسترس وجودی	۷-۳۵	۱۱-۳۵	۲۳/۶۲	۵/۰۳

حسب شغل ($P=0/022$) و تعداد موارد بستری ($P=0/033$) تنها در بعد علائم دیسترس ارتباط معنی داری وجود دارد. نمره شان انسانی و تمام ابعاد آن در جمعیت شهری بیشتر از جمعیت روستایی بوده است و این ارتباط نیز معنی دار بوده است. بر حسب میزان درآمد بجز در بعد وابستگی ارتباط معنی داری وجود ندارد. میانگین نمره شان انسانی و ابعاد آن بر حسب ابتلا به بیماری زمینه ای در بیماران همراه با دیابت و پرفشاری خون به طور همزمان بالاتر بوده است و این ارتباط معنی دار بوده است. ارتباط معنی داری بین شان انسانی و ابعاد آن با گروه سنی، وضعیت تاهل و تعداد فرزند مشاهده نشده است (جدول ۲).

در مقایسه بین میانگین نمرات شان انسانی و ابعاد آن بر حسب ویژگیهای فردی نمره شان انسانی بر حسب جنس در زنان بیشتر از مردان می باشد که با استفاده از آزمون آماری تی مستقل ارتباط معنی داری بین آن ($t=2/06$ ، $P=0/004$) وجود دارد. در سایر ابعاد شان انسانی نمره علائم دیسترس و حمایت اجتماعی نیز به طور معنی داری در جمعیت زن بیشتر از مرد بوده است. از نظر سطح تحصیلات میانگین نمره شان انسانی و تمام ابعاد آن در جمعیت افراد بیسواد بیشتر بوده که بجز بعد وابستگی ($P=0/02$) در بقیه ابعاد ارتباط معنی داری وجود نداشته است. میانگین نمره شان انسانی بر

جدول ۲: ارتباط شان انسانی و ابعاد آن با ویژگیهای فردی

ویژگیهای فردی	میانگین و انحراف معیار نمره شأن انسانی	سطح معنی داری	میانگین و انحراف معیار نمره دیسترس	سطح معنی داری	میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی	سطح معنی داری	میانگین و انحراف معیار نمره وابستگی	سطح معنی داری	میانگین و انحراف معیار نمره ذهنی آرامش	سطح معنی داری	میانگین و انحراف معیار نمره دیسترس	سطح معنی داری	جنس
زن	۸۳/۳۴	۰/۰۴۰	۱۵/۲۳	۰/۱۱۷	۱۴/۶۲	۰/۰۶۲	۲/۹۰	۰/۰۶۲	۹/۶۳	۰/۰۲۸	۱۹/۶۰	۰/۰۴۰	زن
مرد	۱۷/۲۳	۰/۰۴۰	۳/۵۸	۰/۱۱۷	۱۴/۶۲	۰/۰۶۲	۲/۹۰	۰/۰۶۲	۹/۶۳	۰/۰۲۸	۱۹/۶۰	۰/۰۴۰	مرد
بی سواد	۸۳/۵۴	۰/۱۴۴	۱۵/۲۶	۰/۰۲۶	۱۴/۸۵	۰/۰۶۹	۲/۸۷	۰/۰۶۹	۹/۷۳	۰/۱۸۰	۱۹/۵۸	۰/۱۴۴	بی سواد
زیردیپلم	۱۶/۷۵	۰/۱۴۴	۳/۴۸	۰/۰۲۶	۱۴/۸۵	۰/۰۶۹	۲/۸۷	۰/۰۶۹	۹/۷۳	۰/۱۸۰	۱۹/۵۸	۰/۱۴۴	زیردیپلم
دیپلم و فوق دیپلم	۷۹/۶۰	۰/۱۴۴	۱۴/۸۴	۰/۰۲۶	۱۴/۸۵	۰/۰۶۹	۲/۸۷	۰/۰۶۹	۹/۷۳	۰/۱۸۰	۱۹/۵۸	۰/۱۴۴	دیپلم و فوق دیپلم
کارشناسی و بالاتر	۷۸/۲۷	۰/۱۴۴	۳/۳۸	۰/۰۲۶	۱۴/۸۵	۰/۰۶۹	۲/۸۷	۰/۰۶۹	۹/۷۳	۰/۱۸۰	۱۹/۵۸	۰/۱۴۴	کارشناسی و بالاتر
کارمند	۸۱/۸۸	۰/۱۶۹	۱۴/۹۱	۰/۰۸۰	۱۴/۲۹	۰/۰۷۵۸	۲/۲۷	۰/۰۷۵۸	۹/۵۲	۰/۰۲۲	۱۹/۲۹	۰/۱۶۹	کارمند
کارگر	۱۵/۲۹	۰/۱۶۹	۳/۲۶	۰/۰۸۰	۱۴/۲۹	۰/۰۷۵۸	۲/۲۷	۰/۰۷۵۸	۹/۵۲	۰/۰۲۲	۱۹/۲۹	۰/۱۶۹	کارگر
کشاورز	۷۹/۲۰	۰/۱۶۹	۱۴/۷۶	۰/۰۸۰	۱۴/۲۹	۰/۰۷۵۸	۲/۲۷	۰/۰۷۵۸	۹/۵۲	۰/۰۲۲	۱۹/۲۹	۰/۱۶۹	کشاورز
خانه دار	۱۶/۹۵	۰/۱۶۹	۳/۳۱	۰/۰۸۰	۱۴/۲۹	۰/۰۷۵۸	۲/۲۷	۰/۰۷۵۸	۹/۵۲	۰/۰۲۲	۱۹/۲۹	۰/۱۶۹	خانه دار
آزاد	۸۵/۴۸	۰/۱۶۹	۱۵/۲۰	۰/۰۸۰	۱۴/۲۹	۰/۰۷۵۸	۲/۲۷	۰/۰۷۵۸	۹/۵۲	۰/۰۲۲	۱۹/۲۹	۰/۱۶۹	آزاد
بازنشسته	۱۹/۳۳	۰/۱۶۹	۳/۹۵	۰/۰۸۰	۱۴/۲۹	۰/۰۷۵۸	۲/۲۷	۰/۰۷۵۸	۹/۵۲	۰/۰۲۲	۱۹/۲۹	۰/۱۶۹	بازنشسته
شهر	۸۳/۹۰	۰/۰۰۱	۱۴/۴۶	۰/۰۱۵	۱۴/۶۷	۰/۰۰۱	۲/۶۷	۰/۰۰۱	۹/۷۳	۰/۰۰۱	۱۹/۶۹	۰/۰۰۱	شهر
روستا	۱۶/۰۹	۰/۰۰۱	۳/۲۶	۰/۰۱۵	۱۴/۶۷	۰/۰۰۱	۲/۶۷	۰/۰۰۱	۹/۷۳	۰/۰۰۱	۱۹/۶۹	۰/۰۰۱	روستا
ضعیف	۷۹/۲۹	۰/۱۶۳	۱۴/۵۸	۰/۰۴۰	۱۴/۷۷	۰/۰۷۵	۲/۷۹	۰/۰۷۵	۹/۶۴	۰/۰۳۵۴	۱۹/۳۱	۰/۱۶۳	ضعیف
متوسط	۱۵/۸۸	۰/۱۶۳	۳/۲۳	۰/۰۴۰	۱۴/۷۷	۰/۰۷۵	۲/۷۹	۰/۰۷۵	۹/۶۴	۰/۰۳۵۴	۱۹/۳۱	۰/۱۶۳	متوسط
خوب	۸۲/۸۹	۰/۱۶۳	۱۵/۳۷	۰/۰۴۰	۱۴/۷۷	۰/۰۷۵	۲/۷۹	۰/۰۷۵	۹/۶۴	۰/۰۳۵۴	۱۹/۳۱	۰/۱۶۳	خوب
کمتر از ۲	۷۷/۰۲	۰/۱۲۶	۱۴/۴۱	۰/۱۴۷	۱۳/۸۶	۰/۰۲۲۸	۲/۳۱	۰/۰۲۲۸	۸/۸۴	۰/۰۳۳	۱۷/۶۰	۰/۱۲۶	کمتر از ۲
۲-۵	۱۴/۵۸	۰/۱۲۶	۳/۲۳	۰/۱۴۷	۱۳/۸۶	۰/۰۲۲۸	۲/۳۱	۰/۰۲۲۸	۸/۸۴	۰/۰۳۳	۱۷/۶۰	۰/۱۲۶	۲-۵
بیشتر از ۵	۸۲/۶۴	۰/۱۲۶	۱۵/۱۴	۰/۱۴۷	۱۳/۸۶	۰/۰۲۲۸	۲/۳۱	۰/۰۲۲۸	۸/۸۴	۰/۰۳۳	۱۷/۶۰	۰/۱۲۶	بیشتر از ۵
دیابت	۸۰/۱۷	۰/۰۰۱	۱۴/۷۱	۰/۰۰۱	۱۴/۱۰	۰/۰۰۱	۲/۴۵	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	دیابت
پرفشاری	۱۴/۱۴	۰/۰۰۱	۲/۹۷	۰/۰۰۱	۱۴/۱۰	۰/۰۰۱	۲/۴۵	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	پرفشاری
خون	۸۲/۱۳	۰/۰۰۱	۱۵/۱۳	۰/۰۰۱	۱۴/۱۰	۰/۰۰۱	۲/۴۵	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	خون
پرفشاری	۱۶/۳۳	۰/۰۰۱	۳/۵۳	۰/۰۰۱	۱۴/۱۰	۰/۰۰۱	۲/۴۵	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	پرفشاری
خون بدون بیماری	۸۷/۷۱	۰/۰۰۱	۱۶/۰۲	۰/۰۰۱	۱۴/۱۰	۰/۰۰۱	۲/۴۵	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	خون بدون بیماری
بیماری زمینه‌ای	۱۶/۶۱	۰/۰۰۱	۳/۵۴	۰/۰۰۱	۱۴/۱۰	۰/۰۰۱	۲/۴۵	۰/۰۰۱	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۱۸/۶۸	۰/۰۰۱	بیماری زمینه‌ای

بالینی، سطح تحصیلات و محل سکونت از عوامل پیش بینی کننده شأن بیماران بود (جدول ۳).

با استفاده از رگرسیون خطی چند متغیره با وارد کردن متغیرهایی با سطح معنی داری ۰/۲ و بالاتر و متغیرهای مهم از نظر

جدول ۳: عوامل موثر بر شأن انسانی پس از تعدیل اثر متغیرهای مضمون به مخدوش کنندگی با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره

ویژگیهای فردی	شأن انسانی (کل)		بعد علائم دیسترس		بعد آرامش ذهنی		بعد وابستگی		بعد حمایت اجتماعی		بعد دیسترس وجودی	
	ضریب	سطح معنی دار	ضریب	سطح معنی دار	ضریب	سطح معنی دار	ضریب	سطح معنی دار	ضریب	سطح معنی دار	ضریب	سطح معنی دار
جنس	-۰/۱۸۲	-	-۰/۲۵۴	-	۰/۱۰۷	-	-۰/۱۴۹	-	-۰/۰۳۴	-	-۰/۰۱۲	-
تحصیلات	-۰/۰۳۲	-	-۰/۵۱۵	-	-۰/۴۹۴	-	-۰/۳۷۵	-	-۰/۵۹۷	-	-۰/۸۵۴	-
شغل	-۳/۱۵۰	-	-	-	-	-	-۰/۲۴۱	-	-	-	-	-
محل سکونت	-۱/۱۸۶	-	-۱/۹۹۴	-	-۱/۲۲۹	-	-۱/۲۹۹	-	-۱/۶۷۰	-	-۲/۵۶۳	-
درآمد	-۸/۷۹۶	-	-	-	-۰/۰۹۲	-	-۰/۴۳۵	-	-	-	-	-
تعداد بستری	-۰/۰۵۵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ابتلا به بیماری	۱/۶۰۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
زمینههای سن	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

بحث

یافته های این پژوهش به بررسی شأن انسانی و عوامل مرتبط با آن در بیماران با نارسایی قلبی پرداخت. نتایج نشان داد میانگین نمره شأن انسانی ۸۱،۳۹ از نمره ۱۲۵ است که نشان دهنده تهدید به شأن در بیماران با نارسایی قلبی است. *Chonchinove* و همکاران (۲۰۰۶) برای ۲۱۱ بیمار مبتلا به سرطان از سیاهه شأن بیمار استفاده کردند آنها شأن بیماران را در ۴ بعد جسمی، روانی، اجتماعی و وجودی بررسی نمودند که شأن بیماران در سطح ضعیف و مورد تهدید بوده است (۱۵). در مطالعات *Bialli* (۲۰۰۹) و *Matiti* (۲۰۰۴) و *Walsh* (۲۰۰۲) نیز شأن بیماران مورد تهدید قرار گرفته است (۱۶-۱۸). در حالی که *Chonchinove* و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه ای بر روی ۲۱۳ بیمار مبتلا به سرطان اظهار داشتند شأن ۵۴٪ از بیماران مورد تهدید واقع نشده است (۱۹). *Hack* و همکاران بیان کردند در بیماران مبتلا به سرطان در کانادا اکثریت بیماران شأن مناسبی را گزارش نمودند (۲۰). در مطالعه جکلون و همکاران (۲۰۰۹) هم با استفاده از مقیاس شأن نسبت داده شده در سه بعد (خود ارزشی، رفتار احترام به خود و رفتار احترام به دیگران) نمره درک ۱۹ نفر از سالمندان بالای ۶۵ سال را در سطح خوب گزارش کردند (۲۱). در مطالعه باقری و همکاران که به بررسی شأن ذاتی در بیماران با نارسایی قلبی پرداختند نمره شأن در سطح خوبی گزارش گردیده است (۲۲). به نظر می رسد در بیماران با نارسایی قلبی به علت مزمن شدن بیماری و عدم درمان قطعی، بیماران و خانواده های آنان دچار خستگی و ناامیدی می شوند. مصرف داروهای متعدد و علائم و ناراحتی های جسمی و احساس سر بار دیگران شدن در بیماران سبب می شود که شأن انسانی آنها مورد تهدید قرار گیرد. یافته های این مطالعه نشان می دهد ارتباط معنی داری بین جنس و شأن انسانی بیمار وجود دارد. نمره شأن انسانی در زنان بالاتر از مردان است، هرچه این نمره بالاتر باشد شأن بیمار

بیشتر مورد تهدید قرار گرفته است در ابعاد علائم دیسترس و حمایت اجتماعی نیز این ارتباط معنی دار بوده است و در مورد سایر ابعاد ارتباط معنی داری وجود نداشت. در مطالعه برهانی و همکاران نشان داده شد ارتباط معنی داری بین جنس و شأن بیماران وجود دارد و در بیماران زن شأن بیشتر مورد تهدید قرار می گیرد که این تهدید بیشتر در بعد حمایت اجتماعی است (۱۴). مطالعه *Turner* نشان می دهد ارتباط بین جنس، حمایت اجتماعی و افسردگی وجود دارد (۲۳). زنان بیشتر از مردان از افسردگی و دیسترس ذهنی رنج می برند. نقش اجتماعی زنان و پاسخ های منفی که آنها از شبکه های اجتماعی دریافت می کنند میزان آسیب پذیری آنها از عوارض جانبی استرس را افزایش می دهد و سبب می شود که شأن آنها بیشتر مورد تهدید قرار گیرد (۲۴). در مقایسه با مردان، زنان به از دست دادن حمایت حساس تر بوده و به طور طبیعی زمانی که حمایت مثبت دریافت می کنند احساس خوبی دارند (۲۴). اما در مطالعه باقری و همکاران که در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده ارتباط معنی داری بین جنس و شأن ذاتی بیمار یافت نشده بود (۲۲).

همچنین یافته ها نشان داد که ارتباط معنی داری بین سن و شأن انسانی بیماران وجود ندارد. اگر چه در این مطالعه نمره شأن انسانی در بیماران بالای ۷۴ سال بیشتر از سایر رده های سنی می باشد، نشان دهنده تهدید بیشتر شان این گروه از بیماران است. در مطالعه باقری و همکاران (۲۰۱۲) با افزایش سن، شأن بیماران کمتر می شود (۲۲). *Chonchinove* و همکاران (۲۰۰۶) بیان کردند با افزایش سن نگرانی بیماران از عدم رعایت حریم خصوصی بیشتر شده که این خود می تواند بر روی شأن آنان تاثیر منفی داشته باشد (۱۵). زیرا بالا بودن سن باعث اختلال شناختی و عملکردی شده و بیماران احساس سر بار بودن و تحمیل شدن می کنند (۲۵،۲۶). مطالعات *Parajon* و *Abbasi* نشان داد که افزایش سن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باعث تاثیرات منفی بر حیطه های جسمی،

ساکن در روستا برای بیماران و خانواده خود قائل هستند در موقعیت هایی مانند بیماری این ارتباطات، احترام و حمایت خانواده بیشتر شده و باعث توسعه شأن بیماران شود. یافته های این مطالعه نشان می دهد ارتباط معنی داری بین میزان درآمد و بعد وابستگی مربوط به شأن وجود دارد. اگرچه در سایر ابعاد، میانگین نمره شأن در بیماران با درآمد ضعیف بیشتر است ولی این ارتباط معنی دار گزارش نگردیده است. در مطالعه برهانی و همکاران با ابعاد دیسترس، دیسترس وجودی و وابستگی ارتباط وجود دارد (۱۴). وضعیت اقتصادی یکی از مهمترین ضروریات در جنبه های بیماری است (۳۴). افراد با درآمد ضعیف احساس بیشتری از وابستگی به دیگران را تجربه می کنند و در نهایت شأن آنها کاهش می یابد (۳۵).

یافته های این مطالعه نشان می دهد ارتباط معنی داری بین دفعات بستری و شأن بیمار در بعد علائم دیسترس وجود دارد در حالی که این ارتباط در سایر ابعاد معنی دار نبوده است. هرچند که میانگین نمره شأن در بیماران با تعداد ۵-۲ مرتبه در ارتباط با بیماری خود بیشتر بوده است. در مطالعه باقری و همکاران ارتباط منفی و معنی داری بین دفعات بستری و شأن وجود دارد. به عبارت دیگر بیمارانی که چندین بار به علت بیماری نارسایی قلبی در بیمارستان بستری مجدد شده بودند نسبت به سایر بیماران دیدگاه و عملکرد آنان در جهت ارتقای شأن ضعیف تر بوده است (۲۲). در مطالعه راهنورد بین شدت بیماری، طول مدت ابتلا به بیماری با ابعاد مختلف جسمی و روانی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ارتباط وجود دارد (۳۶). افزایش تعداد دفعات بستری می تواند باعث تغییر در نقش های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی شده و نهایتاً رضایت مندی آنها را کاهش دهد (۳۷،۳۸). یافته ها ارتباط معنی داری را بین ابتلا به بیماری زمینه ای با شأن بیماران و ابعاد آن نشان داد. به طوری که میانگین نمره شأن در بیماران که به طور همزمان دیابت و پرفشاری خون دارند از سایر گروهها بالاتر بوده و شأن آنها بیشتر مورد تهدید قرار می گیرد. به نظر می رسد با افزایش ابتلا به بیماری زمینه ای شدت بیماری افزایش می یابد. یافته های این مطالعه نشان می دهد که ارتباط معنی داری بین شدت کسر تخلیه و شأن بیماران وجود ندارد. اگرچه میانگین نمره شأن در بیماران با شدت کسر تخلیه ۵۰-۴۰٪ بالاتر از سایر گروهها بوده است ولی این ارتباط معنی دار نمی باشد. اما در مطالعه باقری و همکاران ارتباط مثبت و معنی داری بین شدت بیماری و شأن وجود دارد به عبارت دیگر با افزایش کسر تخلیه بطن چپ (بهبود بیماری) شأن بیماران بالاتر می رود (۲۲). در مطالعه Karin و همکاران که در بیماران کانسری در مراحل انتهایی بیماری انجام شده بود نشان داد که شدت بیماری در ارتباط مستقیم

روانی و اجتماعی آنان می شود (۲۷، ۲۸). برهانی و همکاران (۲۰۱۴) و باقری (۲۰۱۲) گزارش کردند با افزایش سن شأن بیماران بیشتر مورد تهدید قرار می گیرد (۲۹، ۲۲، ۱۴). وضعیت اجتماعی، حضور کمتر افراد مسن در جامعه منجر به کاهش حس کرامت در این بیماران می شود (۳۰).

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و بعد وابستگی شأن انسانی وجود دارد. در سایر ابعاد اگر چه میانگین نمره شأن در افراد بیسواد بالاتر بود اما ارتباط معنی داری وجود نداشت. این نتایج مشابه با مطالعه باقری و همکاران (۲۰۱۲) است (۲۲). در مطالعه چوپینو و همکاران (۲۰۰۶) بیان کردند که سطح تحصیلات بر روی حس کرامت بیماران تاثیر می گذارد (۱۵). مطالعات مشابهی و همکاران (۲۰۱۴) و برهانی و همکاران (۲۰۱۴) رابطه معنی داری بین سطح تحصیلات با شأن بیماران نشان نداد (۷، ۱۴). افراد بیسواد به علت کمتر شرکت کردن در ارتباطات اجتماعی شأن آنها بیشتر مورد تهدید قرار می گیرد.

یافته های مطالعه ارتباط معنی داری را بین وضعیت تاهل و تعداد فرزند با شأن انسانی و ابعاد آن نشان نداد. اگرچه میانگین نمره شأن در افراد مجرد بیشتر از سایر گروهها بوده ولی این ارتباط معنی دار گزارش نگردیده است. همچنین میانگین نمره در افراد با کمتر از ۲ فرزند بیشتر بوده که نشاندهنده تهدید به شأن این بیماران است. نتایج آن با مطالعه باقری و همکاران مشابه است (۲۲). Ross و همکاران دریافته اند که تعداد فرزند بیشتر می تواند به طور مثبت وضعیت ذهنی بیماران را بهبود داده و در نتیجه باعث بهبود شأن بیمار گردند (۳۱). مطالعه Borhani و همکاران (۲۰۱۴) و Kandel و همکاران ارتباط معکوس بین تعداد فرزند و بعد آرامش ذهنی را نشان می دهد. تعداد فرزند بیشتر میزان احساس سلامت و آرامش را در بیماران کاهش می دهد. به نظر می رسد تعداد فرزند زیاد باعث افزایش بار مالی در خانواده و کاهش وضعیت اقتصادی می باشد و هم اینکه حمایت های عاطفی در خانواده با تعداد فرزند بیشتر، کمتر است (۳۲، ۱۴). مطالعه Miroveski نشان داد داشتن فرزند و تعداد فرزندان تاثیری روی شأن بیماران ندارد (۳۳). یافته های این مطالعه نشان می دهد ارتباط معنی داری بین محل سکونت و شأن بیماران وجود دارد، بیماران ساکن در شهر میانگین نمره بالاتری داشته و شأن آنها بیشتر مورد تهدید قرار می گیرد. این نتیجه در تمام ابعاد مربوط به شأن معنی دار بوده است. در حالی که مطالعات باقری و همکاران ارتباط معنی داری بین این دو متغیر مشاهده نشد. (بررسی شأن و عوامل مرتبط و نشانه های حفاظت کننده شأن). به نظر می رسد که با توجه به فرهنگ استان مازندران و احترامی که افراد

می پردازد پیشنهاد می شود پژوهش هایی به منظور تاثیر شأن درمانی در بیماران با نارسایی قلبی انجام شود. همچنین پژوهش های مشابه بر روی سایر بیماریهای مزمن نظیر بیماران همودیالیز، دیابت، اسکروز چندگانه و بیماریانی که تحت جراحی قرار گرفته اند نیز صورت گیرد. همچنین این مطالعه تنها در یک مرکز درمانی و در یک گروه از بیماران نارسایی قلبی انجام شد لذا تعمیم پذیری نتایج آن به سایر مراکز نیازمند انجام مطالعات در چندین مرکز است و بایستی با احتیاط صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد اخلاق ۹۴-۱۹۹۱-IR.MAZUMS.REC می باشد. این مطالعه مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه و با حمایت دانشگاه علوم پزشکی مازندران اجرا گردید. در پایان از کلیه بیماران و پرستاران و از همه کسانی که در انجام این طرح به ما یاری رساندند قدردانی به عمل می آید.

References

1. Lin Y-P, Watson R, Tsai Y-F. Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nurs ethics*. 2012; 0969733012458609.
2. Sadeghi T, Dehghan Nayyeri N. Patients' dignity: patients' and nurses' perspectives. *J Med Ethics Hist Med* 2009;3(1):9-20.
3. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nurs ethics*. 2012;2(10):56-62.
4. Lam K. Dignity, respect for dignity, and dignity conserving in palliative care. *Hong Kong Soc of Palliat Med*. 2007;3(6):30-35.
5. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs*. 2008;17(20):2709-17.
6. Jacobson N. Dignity and health: A review. *Soc Sci Med* 2007;64(2):292-302.
7. Mashayekhi S, Borhani F, Abbaszadeh A. the effect of dignity therapy model on sense of dignity of hemodialysis patients: a randomized clinical trial. *J Bioeth*. 2014;18(3):117-36.
8. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Development and psychometric properties of Inherent Dignity Questionnaire in heart failure patients. *J Med Ethics Hist Med*. 2014;6(6):33-44.
9. Maeda U, Shen B-J, Schwarz ER, Farrell KA, Mallon S. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *Int J Behav Med*. 2013;20(1):88-96.
10. Macabasco-O, Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, et al. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-

با احساس درک شده از شأن می باشد (۳۹). در این مطالعه با انجام رگرسون خطی نشان داده شد سطح تحصیلات و محل سکونت از عوامل پیش بینی کننده شأن بیماران است.

نتیجه گیری

شأن بیماران و ابعاد آن تحت تاثیر عواملی چون جنس، محل سکونت، ابتلا به بیماریهای زمینه ای، سطح تحصیلات، دفعات بستری، وضعیت شغلی و میزان درآمد قرار می گیرد. بنابراین شناسایی عوامل موثر بر شأن بیماران می تواند پیامد بیماران، فرآیند بهبود و بازگشت به زندگی عادی را افزایش دهد. توصیه به حفظ شأن بیماران از فاکتورهای تاثیرگذار می باشد که می بایست در درمان بیماران لحاظ گردد. تغییرات رفتاری در حوزه سلامت نیازمند تعدادی از استراتژی هایی است که به سطح دانش افراد در مورد سلامت، رفتارهایشان، سطح اعتماد به نفس، قدرت شبکه های اجتماعی، سطوح انگیزشی و فاکتورهای محیطی بستگی دارد. پژوهش انجام شده به بررسی عوامل تهدید به شأن در بیماران نارسایی قلبی

- related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):979-86.
11. Hawkins LA, Kilian S, Firek A, Kashner TM, Firek CJ, Silvet H. Cognitive impairment and medication adherence in outpatients with heart failure. *Heart Lung*. 2012;41(6):572-82.
 12. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, et al. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36(6):559-71.
 13. Abbaszadeh A, Borhani F, Rabori R. Patient dignity in coronary care: psychometrics of the Persian version of the patient dignity inventory. *Br J Med Med Res*. 2015;8(5):463-9.
 14. 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(2014):20-.
 15. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med*. 2006;9(3):666-72.
 16. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(1):23-37.
 17. Matiti MR, Trorey G. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *Int J Nurs Stud*. 2004;41(7):735-44.
 18. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 2002;8(3):143-51.
 19. 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):2026-30.
 20. Hack TF, Chochinov HM, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Defining dignity in terminally ill cancer patients: A factor-analytic approach. *Psychooncology*. 2004;13(10):700-8.
 21. Jacelon CS, Dixon J, Knafl KA. Development of the attributed dignity scale. *Res Gerontol Nurs* 2009;2(3):202-13.
 22. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nurs ethics*. 2012;0969733011425970.
 23. Turner HA. Gender and social support: Taking the bad with the good? *Sex Roles*. 1994;30(7-8):521-41.
 24. Andrews B, Brewin CR, Rose S. Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *J Trauma Stress*. 2003;16(4):421-7.
 25. Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. Non-compliance factors of congestive heart failure patients readmitted in cardiac care units. *J Crit Care Nurs*. 2009;2(3):9.
 26. Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart Lung*. 2003;32(2):88-99.
 27. Abbasi A, Asayesh H, Hosseini SA, Ghorbani M, ABD EAA, Rouhi G, et al. The relationship between functional performance in patients with heart failure and quality of life (QOL).

- 2010.
28. Parajón T, Lupón 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. *Rev Esp Cardiol(English Edition)*. 2004;57(2):155-60.
 29. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age Ageing*. 2004;33(2):165-70.
 30. Stratton D, Tadd W. Dignity and older people: The voice of society. *Qual Ageing Older Adults* 2005;6(1):37-48.
 31. Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The impact of the family on health: The decade in review. *J Marriage Fam*. 1990;52(4):1059-78.
 32. Kandel DB, Davies M, Raveis VH. The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles. *J. Health Soc. Behav*. 1985:64-78.
 33. Mirowsky J, Ross CE. Age and the effect of economic hardship on depression. *J. Health Soc. Behav*. 2001:132-50.
 34. Diez-Roux AV, Link BG, Northridge ME. A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *SocSci Med*.2000;50(5):673-87.
 35. Malat J. Social distance and patients' rating of healthcare providers. *J. Health Soc. Behav*2001:360-72.
 36. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *Hayat*. 2006;12(1):77-86.
 37. Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. *Hayat*. 2009;14(2):5-13.
 38. Zambroski CH. Qualitative analysis of living with heart failure. *Heart Lung*. 2003;32(1):32-40.
 39. Oechsle K, Wais MC, Vehling S, Bokemeyer C, Mehnert A. Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(3):313.32.1

Studying the Factors Threatening Human Dignity in Patients with Heart Failure

Amininasab SS¹, Azimilolaty H², Moosazadeh M³, *Shafipour V⁴

1- MSc Student of Intensive care Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2- PhD, Assistant Professor, Nasibeh Nursing & Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3- Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

4- PhD, Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Nursing & Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (**Corresponding author**)

Email:vidashafipour@yahoo.com

Abstract

Introduction: Respecting human dignity has a prominent and important role in studies related to health care services. The present study aimed to determine the factors threatening human dignity in patients with heart failure.

Method: This is a descriptive and cross-sectional study. 300 patients with heart failure admitted to the CCU participated in this study. Samples were collected through census. Using “personal characteristics questionnaire” and “threats to human dignity questionnaire”, data was collected in five dimensions including distress symptoms, peace of mind, attachment, social support and existential distress. Statistical analysis was done using descriptive statistical tests, independent t-test, one-way ANOVA and multivariate linear regression were used.

Results: The average human dignity was 81.39. The average score of human dignity had a statistically significant relationship with gender ($p=0.040$), place of residence ($p<0.001$) and underlying diseases ($p<0.001$). Concerning education level, although the score of human dignity and its aspects was higher in illiterate people (which showed more threats to the dignity of illiterate people), no significant relationship was observed except for the aspect “dependency” ($p=0.026$). Distress symptoms had a significant relationship with frequency of hospitalization ($p=0.033$) and occupation ($p=0.022$). Income level was significantly associated only with dependency ($p=0.040$). No significant relationship was observed between human dignity and its dimensions and age group, marital status and number of children. In the multivariate linear regression, education level and place of residence were predictors of threat to the dignity of patients.

Conclusion: The dignity of patients is influenced by factors such as gender, place of residence and underlying diseases; in addition to the mentioned factors, the aspects of the dignity are affected by some factors such as education level, frequency of hospitalization, occupation and income level. Therefore, identifying factors affecting patients’ dignity can increase recovery process and return to the normal life. Respecting patients’ dignity is one of the influential factors that must be considered in the treatment of patients.

Keywords: Heart failure, Human dignity, Patient.

Received: 7 July 2016

Accepted: 4 August 2016