

Original Article

Assessing Human Dignity of the Patients with Cardiovascular Diseases at Shahid Mostafa Khomeini Hospital in the city of Ilam

Milad Azami¹, Kioumars Mahdian², Hamed Tavan², Milad Borji^{3*}

1. Medical Student, Student Research Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

2. Nurse, Research Center of Prevention of Psychosocial Damages, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

3. MSc Student in Community Health Nursing, Student Research Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. (Corresponding Author) Email: borji_milad@yahoo.com

Received: 2 Apr 2016 Accepted: 13 Aug 2016

Abstract

Background and Aim: Respecting the patients' human dignity plays a key role in improving their quality of life. This study aimed to assess the human dignity of the patients with cardiovascular disease at Shahid Mostafa Khomeini Hospital in the city of Ilam in 2015.

Methods and Materials: The present study was a cross-sectional study conducted on 150 patients with cardiovascular diseases in Ilam in 2015 through availability sampling. To collect the data, the inherent dignity questionnaire (IDQ) was used. Daily visiting the men's and women's CCU and Post CCU sections, the researcher completed the human dignity questionnaire by interviews. To analyze the data, SPSS statistical software version 17 was used.

Ethical Considerations: Ethical considerations observed in the present study were: explaining the purpose and processes of the study to each of the participants, assuring the participants of the anonymity and confidentiality of the information, and obtaining the verbal informed consent of the patients to participate in the research.

Findings: 85 (56.7%) of the patients were males and 129 (86%) were married. The mean age of the participants was 55.61 ± 8.43 and the average for the number of their children was 3.94 ± 1.55 . The mean score for human dignity of the patients was 3.79 ± 1.15 out of 6. The lowest mean for human dignity of the patients was for their human dignity in the society (3.43 out of 6), and the highest mean was for their human dignity in the healthcare environment (4.29 out of 6). In addition, the relationship between human dignity and age, gender, education and occupation was statistically significant ($P < 0.05$)

Conclusion: In the present study, human dignity of the patients was at an average level. It is, therefore, necessary to do such appropriate interventions as carrying out dignity therapy techniques or using nursing care models.

Keywords: Cardiovascular Disease; Moral Dignity, Human Dignity; Inherent Dignity; Iran

Please cite this article as:

Borji M, Median K, Tavan H, Azami M. Assessing Human Dignity of the Patients with Cardiovascular Diseases at Shahid Mostafa Khomeini Hospital in the city of Ilam. *Med Ethics J* 2016; 10(37): 61-68.

ارزیابی شأن انسانی بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بستری در بیمارستان شهید مصطفی خمینی ایلام

میلاد اعظمی^۱، کیومرث مهدیان^۲، حامد توان^۳، میلاد برجی^{۳*}

۱. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

۲. پرستار، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: borji_milad@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: احترام به شأن انسانی بیماران، نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی آن‌ها ایفا می‌نماید. پژوهش حاضر با هدف بررسی شأن انسانی بیماران قلبی - عروقی بستری در بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود که بر روی ۱۵۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه پرسشنامه شأن ذاتی (IDQ) استفاده شد. پژوهشگر با مراجعه روزانه به بخش‌های مراقبت ویژه و پس از مراقبت ویژه مردان و زنان، پرسشنامه شأن انسانی را به روش مصاحبه تکمیل می‌نمود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 17 استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در مطالعه حاضر عبارت از توضیح اهداف و فرایند انجام مطالعه برای هر یک از افراد مورد مطالعه، اطمینان از بی‌نامی و محرمانگی اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه شفاهی جهت شرکت در پژوهش بود.

یافته‌ها: (۵۶/۷ درصد) ۸۵ نفر از بیماران مورد مطالعه مرد و (۸۶٪) ۱۲۹ نفر از آنان متأهل بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۵/۶۱±۸/۴۳ و میانگین تعداد فرزندان آن‌ها ۳/۹۴±۱/۵۵ بود. میانگین نمره شأن انسانی بیماران ۳/۷۹±۱/۱۵ از ۶ بود. کم‌ترین میانگین شأن انسانی بیماران مربوط به شأن انسانی در جامعه (۳/۴۳ از ۶) و بیشترین آن مربوط به محیط‌های درمانی (۴/۲۹ از ۶) بود. شأن انسانی با سن، جنس، تحصیلات و شغل ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر شأن انسانی بیماران مورد مطالعه در سطح متوسطی قرار داشت. بنابراین نیاز است تا مداخلات لازم مانند تکنیک شأن درمانی و یا استفاده از مدل‌های مراقبتی پرستاری صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: بیماری قلبی؛ شأن اخلاقی؛ شأن انسانی؛ شأن ذاتی؛ ایران

مقدمه

واژه شأن و کرامت انسانی بیان این باور می‌باشد که انسان‌ها جلوه‌ای از خداوند می‌باشند و همه انسان‌ها، بدون توجه به قابلیت‌ها یا رفتارشان، از این جایگاه برخوردار هستند. کرامت انسانی موهبتی از جانب خداوند است و اکتسابی نیست. تفکر در موهبت کرامت انسانی باید خودبینی و تکبر را از انسان در چگونگی رفتار با دیگران دور کند (۱). شأن در لغت دارای معانی مختلفی می‌باشد که مهم‌ترین آن‌ها ارزش، حرمت، حیثیت، عزت، بزرگواری، شرافت، کرامت، موقعیت، منزلت و مقام می‌باشد (۲). یکی از اجزای اساسی در مراقبت‌های تسکینی بیماران، احترام به شأن و حقوق انسان‌ها است که مستقل از ملیت، مذهب، نژاد، سن، جنس یا وضعیت‌های سیاسی اجتماعی آن‌ها می‌باشد (۳). به همین دلیل احترام به شأن انسانی بیماران، نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی آن‌ها ایفا می‌نماید (۴-۵).

بر مبنای شأن انسانی که تحت عنوان شأن ذاتی یا پایه از آن یاد می‌شود، همه انسان‌ها آزاد و برابر آفریده شده‌اند (۳، ۶-۷). احترام به شأن ذاتی انسان‌ها به معنی احترام به حقوق پایه آن‌ها در محیط‌های مختلف می‌باشد. شأن ذاتی یا انسانی مربوط به محدودیت انسانی هر فرد و خاصیت انسان‌بودن فرد می‌باشد و در نظام مراقبتی درمانی بیشتر مورد اشاره قرار می‌گیرد (۸). شناسایی و تقویت شأن و منزلت بیمار می‌تواند باعث توسعه اطمینان و رضایتمندی بیماران از مراقبت‌های ارائه‌شده، کاهش طول مدت بستری بیماران و بهبود نتایج سلامتی بیماران شود. از طرفی کاهش شأن و منزلت بیمار می‌تواند باعث تضعیف سلامتی بیمار از جنبه‌های جسمی و روانی گردد (۷، ۹).

در کدهای اخلاقی شأن به عنوان یک وظیفه و چارچوب حقوق انسانی و به عنوان یک حق تلقی می‌شود و حفظ و ارتقای آن یک مسئولیت مهم پرستار به شمار می‌رود. بنابراین احترام به شأن بیماران در بخش‌های مختلف بیمارستان، حائز اهمیت است و احترام به حقوق مربوط به شأن افراد در پرستاری جزء اصول مراقبت محسوب می‌شود. شأن در رابطه

با بیماران، با عناصری مانند احترام، حریم خصوصی، کنترل و وکالت تعریف می‌شود (۲).

بیماری‌های قلبی به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و علت مرگ و میر بزرگسالان در سراسر دنیا مطرح می‌باشد و بیماری قلبی به عنوان مسیر نهایی مشترک تمام اختلالات قلبی شناخته می‌شود (۱۰). هدف اولیه در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری قلبی، افزایش امید به زندگی در این بیماران می‌باشد و برای ارائه مراقبت مناسب، کارکنان بهداشتی - درمانی نیاز دارند که ارتباط صادقانه با بیمار برقرار کنند، به حقوق و ارزش‌های فردی و حرفه‌ای بیماران احترام بگذارند و نسبت به وجود تفاوت‌ها در افراد حساس باشند (۱۱). در واقع احترام به شأن انسانی اصل مراقبت پرستاری می‌باشد (۱۲). به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شأن انسانی در بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بستری در بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهر ایلام در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در آن ۱۵۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی شهر ایلام ($d=0/1$, $a=0/5/0/5$, $p=0/5$). در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه شأن ذاتی IDQ (Inherent Dignity Questionnaire) بیماران قلبی که توسط باقری و همکاران (۱۳۹۴ ش.) طراحی شده است (۱۵)، استفاده گردید. پرسشنامه شأن ذاتی، یک پرسشنامه ۲۴ سؤالی است و شأن ذاتی بیماران قلبی را در سه بعد شأن ذاتی در خانواده (۹ سؤال)، شأن ذاتی در جامعه (۸ سؤال) و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی (۷ سؤال) اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه دارای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) می‌باشد. اکثر عبارات این پرسشنامه دارای امتیازدهی مثبت هستند، به طوری که امتیاز ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم و امتیاز ۶ برای گزینه کاملاً موافقم در نظر گرفته شده و فقط

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که (۵۶/۷ درصد) ۸۵ نفر از بیماران مورد پژوهش مرد و (۸۶/۰ درصد) ۱۲۹ نفر از آنان متأهل بودند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $55/61 \pm 8/43$ و میانگین تعداد فرزندان آن‌ها $3/94 \pm 1/55$ فرزند بودند. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مورد پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مورد مطالعه

متغیرهای جمعیت‌شناختی	زیرمجموعه‌ها	تعداد (درصد)
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۱۰۷ (۷۱/۳)
	دیپلم	۳۶ (۲۴)
	دانشگاهی	۷ (۴/۷)
میزان درآمد در ماه	کم‌تر از ۵۰۰ هزار	۴۹ (۳۲/۷)
	بین ۵۰۰ تا ۱ میلیون	۷۱ (۴۷/۳)
	بیش از ۱ میلیون	۳۰ (۲۰)
شغل	خانه دار	۶۲ (۴۱/۳)
	آزاد	۵۲ (۳۴/۷)
	کارمند	۱۷ (۱۱/۳)
	بازنشسته	۱۹ (۱۲/۷)
دفعات بستری	کم‌تر از ۲ بار	۱۲۱ (۸۰/۷)
	بین ۲-۵ بار	۲۱ (۱۴)
	بیشتر از ۵ بار	۸ (۵/۳)
شدت بیماری (EF)	کم‌تر ۲۰٪	۹۵ (۶۳/۳)
	بین ۲۰-۴۰٪	۳۹ (۲۶)
	بین ۴۰-۵۰٪	۱۶ (۱۰/۷)

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بیشترین میانگین مربوط به شأن ذاتی بیماران قلبی، مربوط به بعد شأن ذاتی در محیط‌های درمانی و کم‌ترین میانگین مربوط به شأن اجتماعی مربوط به بعد شأن ذاتی در جامعه بود.

عبارت شماره ۱۳ دارای امتیازدهی منفی بود. میانگین نمره ۲۴ سؤال پرسشنامه، امتیاز کل پرسشنامه محسوب می‌شد و نمره بالاتر نشان‌دهنده شأن ذاتی بالاتر بود. در مطالعه باقری و همکاران جهت تعیین روایی سازه پرسشنامه، از تحلیل عامل اکتشافی استفاده گردیده و جهت تعیین پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/94$ و با استفاده از روش دونیمه‌کردن ضریب همبستگی $0/96$ به دست آمد (۱۶). در پژوهش حاضر، پایایی ابزار مورد نظر با روش آزمون مجدد $0/78$ به دست آمد.

پرسشگر با مراجعه روزانه به بخش‌های سی‌سی‌یو و پست سی‌سی‌یو مردان و زنان بیمارستان شهید مصطفی خمینی بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی واجد شرایط برای شرکت در مطالعه را شناسایی و پرسشنامه شأن انسانی را به روش مصاحبه تکمیل می‌کرد. معیار ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری قلبی - عروقی (نارسایی قلبی، پرفشاری خون، سندرم کرونری حاد، انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری و پریکاردیت)، توانایی تکلم، سکونت در شهر ایلام و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 17 استفاده شد. داده‌ها توسط جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار توصیف و در تحلیل داده‌ها از آزمون تی تست برای گروه‌های مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. سطح معنی‌داری در این مطالعه کم‌تر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

برای در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر پس از کسب تأییدیه کمیته اخلاق به شماره EC/93/H/250 از معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام اقدام به اجرای مطالعه نمود. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به صورت کسب اجازه از مسئولین بیمارستان جهت انجام تحقیق، توضیح اهداف و فرایند انجام کار برای هر یک از افراد مورد مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه شفاهی از افراد مورد مطالعه جهت شرکت در پژوهش بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات شأن ذاتی و ابعاد آن

متغیر	طیف نمرات پرسشنامه	طیف نمرات کسب شده	میانگین و انحراف معیار
شأن ذاتی در خانواده	۱-۶	۲-۶	۳/۶۵±۱/۳۴
شأن ذاتی در جامعه	۱-۶	۲-۵	۳/۴۳±۰/۹
شأن ذاتی در محیط های درمانی	۱-۶	۱-۶	۴/۲۹±۱/۲۱
شأن ذاتی (نمره کل)	۱-۶	۲-۶	۳/۷۹±۰/۶۰

جدول ۴: میانگین نمرات شأن ذاتی بر حسب متغیرهای

جمعیت شناختی بیماران مورد مطالعه

متغیر	ابعاد پرسشنامه شأن ذاتی			شأن ذاتی (نمره کل)	P
	شأن در خانواده	شأن در جامعه	شأن در محیط های درمانی		
۱) زیر دیپلم	۴/۲۳±۰/۹۷	۳/۵۷±۰/۹۸	۳/۹۰±۰/۵۸	۳/۹۰±۰/۵۸	۰/۰۱
	۲/۴۲±۰/۸۷	۳/۱۱±۰/۵۲	۵/۱۷±۱/۰۱	۳/۵۶±۰/۶۲	
	۱/۱۴±۰/۲۴	۳/۰۱±۰/۱۴	۵/۸۶±۰/۳۷	۳/۲۸±۰/۱۲	
۲) بین ۵۰۰ تا ۱ میلیون	۳/۶۹±۰/۸۷	۲/۵۱±۰/۴۰	۴/۲۲±۰/۹۱	۳/۴۷±۰/۴۷	۰/۰۰۱
	۳/۱۴±۱/۴۷	۳/۵۸±۰/۵۰	۴/۶۱±۱/۱۶	۳/۷۷±۰/۵۳	
	۴/۷۷±۰/۸۹	۴/۶۰±۰/۴۹	۳/۶۷±۱/۰۶	۴/۳۴±۰/۵۷	
۳) بیش از ۱ میلیون	۳/۹۸±۰/۹۴	۲/۸۴±۰/۷۷	۴/۰۶±۰/۹۰	۳/۶۲±۰/۵۱	۰/۰۰۱
	۲/۵۰±۰/۱۸	۳/۴۲±۰/۴۹	۵/۰۰±۱/۰۸	۳/۶۴±۰/۵۵	
	۴/۱۲±۰/۸۴	۴/۲۹±۰/۴۷	۳/۷۱±۰/۴۷	۴/۰۳±۰/۳۷	
	۵/۲۶±۰/۷۳	۴/۶۳±۰/۵۹	۳/۶۳±۱/۰۳	۴/۵۰±۰/۶۱	

جدول ۳ همبستگی بین نمرات شأن ذاتی و ابعاد آن را در

بیماران مورد مطالعه نشان می دهد. نتایج آزمون پیرسون نشان داد که بین سن، دفعات بستری و شدت بیماری با شأن ذاتی ارتباط آماری معنی دار و مستقیمی وجود داشت ($P=0/001$)، اما بین تعداد فرزند بیماران با شأن اجتماعی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($P>0/05$).

جدول ۳: ضریب همبستگی بین نمرات شأن ذاتی و ابعاد آن

در بیماران مورد مطالعه

متغیر	ابعاد پرسشنامه شأن ذاتی			کل
	شأن ذاتی در خانواده	شأن ذاتی در جامعه	شأن ذاتی در محیط های درمانی	
سن	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تعداد فرزند	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۰۹
دفعات بستری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
شدت بیماری	-۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۰۹	۰/۰۴

یافته های جدول ۴ نشان می دهد که بین درآمد و شغل با میانگین نمرات شأن ذاتی بیماران قلبی ارتباط آماری معنی دار و مستقیمی وجود دارد ($P<0/05$)، اما بین میزان تحصیلات و میانگین نمرات شأن ذاتی ارتباط آماری معنی دار معکوس وجود دارد، به طوری که با افزایش تحصیلات از میانگین نمره شأن ذاتی بیماران کاسته می شد ($P>0/05$).



نمودار ۱: ارتباط وضعیت تأهل و جنس با شأن انسانی بیماران قلبی

نمودار ۱ آنالیز واریانس دوطرفه (جنس و تأهل) و شأن انسانی بیماران قلبی را نشان می‌دهد. بیمارانی که دارای همسر بودند، شأن انسانی بالاتری را نسبت به بیماران بدون همسر داشتند و از این میان، بیمارانی که مرد و متأهل بودند از بالاترین میزان شأن انسانی برخوردار بودند.



نمودار ۲: ارتباط وضعیت تأهل و دفعات بستری با شأن انسانی بیماران قلبی

نمودار ۲ آنالیز واریانس دوطرفه (دفعات بستری و تأهل) و شأن انسانی بیماران قلبی را نشان می‌دهد. طبق نمودار در بیماران دارای همسر با افزایش تعداد دفعات بستری، بر میزان شأن انسانی افزوده می‌شد. در حالی که در بیمارانی که همسر نداشتند تا تعداد دفعات بستری بین ۵-۲ بار بر میزان شأن انسانی آن‌ها افزوده می‌شد، اما بعد از آن با افزایش دفعات بستری شأن انسانی آن‌ها تغییری نمی‌کرد.

بحث

در پژوهش حاضر میانگین شأن انسانی بیماران ۳/۷۹ از ۶ بود که از نتایج به دست آمده در مطالعه باقری و همکاران با میانگین نمره شان ۴/۶ از ۶ کم‌تر می‌باشد (۱۵). در پژوهش صورت گرفته توسط Chochinov و همکاران (۲۰۰۲ م.) بر روی بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شد که تنها در ۷/۵ درصد از آن‌ها از دست دادن شأن به عنوان یک نگرانی برای بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفته شد و ۵۴٪ از بیماران سرطانی اظهار داشتند که تهدیدی برای شأن آن‌ها صورت

نگرفته است. در پژوهش دیگر Chochinov و همکاران (۲۰۰۶ م.) بر روی بیماران مبتلا به سرطان که میزان تهدید شأن بیماران را در ۴ بعد جسمی، روانی، اجتماعی و وجودی بررسی نمودند، میانگین نمره کسب شده ۱۶ از ۲۲ به دست آمد. میانگین نمره کسب شده نشان دهنده ضعیف بودن و مورد تهدید واقع شدن شأن بیماران مورد مطالعه بود (۱۷).

یافته‌ها نشان داد که شأن ذاتی بیماران مورد مطالعه نسبت به مطالعه Chochinov و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان بالاتر می‌باشد که از علل این تفاوت می‌توان به متفاوت بودن ابزار مورد استفاده اشاره کرد، به طوری که در پژوهش صورت گرفته توسط Chochinov و همکاران (۲۰۰۶ م.) ابعاد سیاهه شأن بیمار دارای چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و بعدی می‌باشد (۱۸)، در حالی که در پژوهش حاضر شأن ذاتی در خانواده، شأن ذاتی در جامعه و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین جامعه مورد مطالعه در مطالعه Chochinov و همکاران، بیماران مبتلا به سرطان در مرحله انتهایی عمر بوده‌اند. در مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۸۶ ش.) تنها ۱۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان از شبکه‌های حمایتی بزرگ برخوردار بودند (۱۹). در مطالعه حیدرزاده و همکاران بر روی بیماران قلبی ۵۱/۲ درصد از بیماران قلبی حمایت اجتماعی مطلوبی را ذکر کردند (۲۰).

یافته‌ها نشان داد که بین سن و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت، به طوری که با افزایش سن از میزان شأن ذاتی بیماران قلبی کاسته می‌شد که با نتایج پژوهش باقری و همکاران (۱۳۹۱ ش.) همخوانی دارد (۲۱). در توضیح این یافته‌ها می‌توان به نگرش نامطلوب کارکنان بهداشتی درمانی نسبت به پدیده سالمندی اشاره کرد (۲۲-۲۳). از طرفی در پژوهشی که پونه و همکاران روی کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام دادند، افراد بالای ۶۰ سال کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به افراد زیر ۶۰ سال داشتند که نشان دهنده عملکرد اجتماعی پایین‌تر در این بیماران می‌باشد که همین عامل می‌تواند باعث کاهش شأن انسانی سالمندان مورد مطالعه در محیط‌های درمانی گردد. در پژوهش Chochinov و همکاران (۲۰۰۶ م.) با افزایش سن بیماران،

نتیجه‌گیری

شأن درمانی یک روش روان درمانی حمایتی منحصر به فرد، شخصی و کوتاه‌مدت می‌باشد و برای بیماران و خانواده‌های افرادی که دچار بیماری محدودکننده و یا تهدیدکننده زندگی هستند، انجام می‌شود (۲۷). با توجه به اهمیت شأن انسانی بیماران و تأثیر آن بر رضایتمندی از درمان و بهبود بیماری لازم است تمهیدات لازم برای افزایش شأن انسانی این بیماران انجام شود. در پژوهش حاضر شأن انسانی بیماران مورد مطالع در سطح متوسطی قرار داشته است، بنابراین لازم است مداخلات لازم مانند تکنیک شأن درمانی و یا استفاده از مدل‌های مراقبتی پرستاری صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی بیماران به دلیل صبر و حوصله‌ای که برای شرکت در این مطالعه داشتند و حمایت مالی مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. تعارض منافع وجود ندارد.

نگرانی ناشی از عدم رعایت حریم خصوصی بیشتر می‌شد که این عامل می‌تواند اثرات منفی را روی شأن این بیماران داشته باشد (۱۸). در پژوهش حاج باقری و همکاران روی حریم خصوصی بیماران سالمند، میزان رعایت حریم کلی تنها در ۱۶/۴ درصد خوب و میزان رضایتمندی بیماران سالمند در کلیه ابعاد مربوط به رعایت حریم در سطح متوسط قرار داشت که همین عامل می‌تواند بر شأن ذاتی بیماران مؤثر باشد (۲۴). یافته‌ها نشان داد که بین سن و شأن ذاتی بیماران قلبی در خانواده ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت و با افزایش سن بر میزان شأن ذاتی بیماران در خانواده افزوده می‌شد که با نتایج پژوهش شاه‌بلاغی روی خانواده‌های سالمندان مبتلا به آلزایمر همخوانی دارد (۲۵). وی نشان داد که اگرچه مراقبت از سالمند مبتلا به آلزایمر امری استرس‌آور محسوب می‌شود، اما ارزیابی مراقبین از این استرس به گونه‌ای نیست که آن را غیر قابل رویارویی تعبیر کنند. در واقع مراقبین برای بیمار شأن و منزلت قائل می‌شوند و استرس ناشی از مراقبت از سالمند بیمار را تحمل می‌کنند. فرآیند مراقبت اگرچه سخت و استرس‌آور است، اما این استرس در همه موارد منجر به اثرات منفی بر خانواده نبوده است و مراقبین در اکثر موارد مراقبت را فرآیندی سازنده گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر، مراقبین فشار مراقبتی را به عنوان عاملی برای رشد و تعالی خویش معنا نموده‌اند (۲۵).

یافته‌ها نشان داد که بین درآمد و شغل با شأن انسانی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت که با نتایج پژوهش باقری و همکاران (۱۳۹۱ ش.) روی شأن ذاتی بیماران قلبی همخوانی دارد (۲۱). در پژوهش رهنورد و همکاران (۱۳۸۴ ش.) روی کیفیت زندگی بیماران قلبی، بین شغل و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (۲۶). به نظر می‌رسد با افزایش درآمد حمایت اجتماعی صورت‌گرفته از بیماران قلبی زیاده‌تر شده و به همین دلیل بر شأن ذاتی آن‌ها افزوده شده است.

References

- O'Mathúna DP. The place of dignity in everyday ethics. *J Christ Nurs* 2011; 28(1): 12-18.
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T. Patient Dignity and Related Factors: A Qualitative Meta-Synthesis Study. *J Knowl Health* 2011; 1(6): 49-56. [Persian]
- Knoepffler N, O'Malley M. Human dignity: Regulative principle and absolute value. *J Int Bioethique* 2010; 21(3): 63.
- Chattoo S, Atkin KM. Extending specialist palliative care to people with heart failure: semantic, historical and practical limitations to policy guidelines. *Soc Sci Med* 2009; 69(2): 147-153.
- Cortis J, Williams A. Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *Int Nurs Rev* 2007; 54(3): 263-270.
- Pullman D. Death, dignity and moral nonsense. *J Palliat Care* 2004; 20(3): 171.
- Lam KK. Dignity, respect for dignity, and dignity conserving in palliative care. *HHSPM Newsletter* 2007; 3(2): 30-35.
- Alikhani Aa. The human dignity and violence in Islam. *Research Letter politic Sci* 2006; 1(3): 99-121.
- Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 2002; 8(3): 143-151.
- Rafii F, Shahpoorian F, Naasher Z, Azarbaad M, Hosseini F. The importance of learning needs of CHF patients from patients' and nurses' perspective. *Iran J Nurse* 2009; 22(57): 19-30.
- Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tschudin V, Mansouri I. An Iranian perspective on patients' rights. *Nurs Ethics* 2006; 13(5): 488-502.
- Berglund B, Anne-Cathrine M, Randers I. Dignity not fully upheld when seeking health care: Experiences expressed by individuals suffering from Ehlers-Danlos syndrome. *Disabil Rehabil* 2010; 32(1): 1-7.
- Haghdoost A. Do you want understanding deeper the concept of sample size and power of statistical tests. *Iran J Epidemiol* 2009; 5(1): 57-63.
- Naing L, Winn T, Rusli B. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Arch Orofa Sci J* 2006; 1(1): 9-14.
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation Inherent Dignity and Its Related Factors in Heart Failure Patients. *J Knowl Health* 2015; 10(2): 56-62.
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Development and psychometric properties of Inherent Dignity Questionnaire in heart failure patients. *Med Ethics Hist Med* 2014; 6(6): 33-44.
- 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(9350): 2026-2030.
- Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med* 2006; 9(3): 666-672.
- Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. *Feyz* 2008; 12(2): 24-36.
- Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzipour J, Yousef I. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. *Holist Nurse Midwife J* 2013; 23(1): 13-21.
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nurs Ethics* 2012; 19(3): 316-327.
- Hweidi IM, Al-Obeisat SM. Jordanian nursing students' attitudes toward the elderly. *Nurse Educ Today* 2006; 26(1): 23-30.
- Asayesh H, Qorbani M, Parvaresh M, Rahmani Anarki H, Ansari H, Mansourian M, et al. General practitioner attitude toward elders: using kogan's attitudes questionnaire. *Iran J Diabet Metabol* 2014; 13(6): 486-497.
- Hajbaghery MA, Zahtabchi S. Evaluation of elderly patients' privacy and their satisfaction level of privacy in selected hospitals in Esfahan. *Med Ethics J* 2015; 8(29): 97-120. [Persian]
- Mohammadi Shahboulaghi F. Self-care and caregivers' strain for elderly family member with Alzheimer's disease in Tehran. *Salmand* 2006; 1(1): 26-33.
- 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.
- Vaghee S, rabbani javadi A, Mazlom S, Davoudi N, Modares Gharav M. The Effect of Dignity Therapy on Human Dignity in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis. *J Evid Based Care* 2013; 3(2): 63-72.