طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلب

حسین باقری[۱]، فریده یغمایی[*۲]، طاهره اشکتراب[۳]، فرید زایری[٤]

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

احترام به شأن ذاتی انسان‌ها به‌معنای احترام به حقوق پایه‌ی آن‌ها در محیط‌های مختلف است و دارای نقش برجسته و اهمیت ویژه در پژوهش‌ها و بحث‌های مربوط به مراقبت و سلامت است. پژوهش حاضر با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت‌گرفته است. پژوهش حاضر یک پژوهش روش‌شناسی جهت طراحی پرسشنامه است. ابتدا، با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به اشباع داده‌ها، با ۲۲ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی تهران، به‌صورت نیمه ساختار یافته مصاحبه صورت گرفت و با روش تحلیل محتوای تراکمی تجزیه و تحلیل شد. سپس بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از مصاحبه‌ها و داده‌های به‌دست آمده از متون، مقالات و پرسشنامه‌های طراحی‌شده‌ی موجود در زمینه‌ی شأن ذاتی، عبارات اولیه‌ی مربوط به پرسشنامه‌ی شأن ذاتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شد. سپس، روایی صوری پرسشنامه تعیین شد. برای اندازه‌گیری روایی محتوای عبارات پرسشنامه از نظر ۱۲ متخصص با توجه به شاخص روایی محتوای Waltz & Bausell و نسبت روایی محتوا طبق جدول Lawshe استفاده شد. جهت تعیین روایی سازه‌ی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از تحلیل عاملی اکتشافی و جهت تعیین پایایی، از روش همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌کردن پرسشنامه بر روی ۱۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزارهای بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی نسخه‌ی ۱۹ انجام شد. با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از بخش کیفی پژوهش، مروری بر متون، مقالات و پرسشنامه‌های طراحی‌شده‌ی موجود، ۳۹ عبارت اولیه مربوط به پرسشنامه‌ی شأن ذاتی تدوین شد. با انجام روایی صوری و روایی محتوا، از مجموع ۳۹ عبارت اولیه، تعداد ٤ عبارت حذف شد و تعداد عبارات به ۳۵ عبارت رسید. با انجام تحلیل عاملی اکتشافی، ۱۱ عبارت به‌دلیل بار عاملی کم‌تر از ۰/۵ حذف شدند و پرسشنامه‌ی شأن ذاتی با ۲٤ عبارت و سه عامل (۹ عبارت در عامل اول، ۸ عبارت در عامل دوم و ۷ عبارت در عامل سوم) ساخته شد. این ابعاد به‌ترتیب تحت عناوین: شأن ذاتی در خانواده، شأن ذاتی در جامعه و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی نام‌گذاری شد. پایایی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ α=۰/۹٤ و با استفاده از روش دونیمه‌کردن r=۰/۹٦ برآورد شد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که پرسشنامه‌ی شأن ذاتی از درجه‌ی قابل قبول و بالایی از اعتبار و پایایی برخوردار است. لذا، استفاده از پرسشنامه‌ی پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت حمایت و بهبود درمان و مراقبت از بیماران و هدایت پژوهش‌های بعدی مرتبط با شأن بیماران مختلف سودمند باشد.

واژگان کلیدی: شأن ذاتی، نارسایی قلبی، روان‌سنجی، حقوق انسانی، حقوق بیمار

[۱] استادیار، گروه پرستاری، عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت

[۲] دانشیار، گروه بهداشت، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

[۳] دانشیار گروه پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

[٤] استادیار، گروه آمار حیاتی، مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

*** نشانی:** تهران، خیابان ولیعصر، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۷۹٦۲٤،

Email: farideh_y2002@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مقدمه

بر پایه‌ی شأن انسانی که تحت عنوان شأن پایه یا شأن ذاتی نیز از آن یاد می‌شود، همه‌ی انسان‌ها آزاد و برابر از لحاظ شأن و حقوق آفریده شده‌اند و این نوع شأن برای همه‌ی انسان‌ها برابر است (۳-۱). در واقع، احترام به شأن ذاتی انسان‌ها به‌معنای احترام به حقوق پایه‌ی 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 (٤). شأن انسانی یا ذاتی مربوط به موجودیت انسانی هر فرد و خاصیت انسان بودن افراد است و در نظام مراقبتی و درمانی بیش‌تر مورد اشاره قرار می‌گیرد (٥) و دارای نقش برجسته و اهمیت ویژه در پژوهش‌ها و بحث‌های مربوط به مراقبت و سلامت و هم‌چنین عدالت در برخورداری از سلامت است (٦).

گروه بیماران را شاید بتوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی دانست، چرا که یک بیمار نه تنها از نظر فیزیکی، توانایی‌های مربوط به 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 ارائه‌دهنده‌ی 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 می‌باید وی را در چرخه‌ی درمان در جایگاه انسان نگریست (۷).

در بین بیماری‌های مزمن، بیماری نارسایی قلبی موجب تخریب بیش‌تر نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌شود (۸). 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 علایم خود می‌شوند (۹). به همین خاطر هدف اولیه‌ی مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، افزایش امید به زندگی مبتلایان به این بیماری است (۱۰) و کارکنان ارائه‌ی مراقبت، برای ارائه‌ی مراقبت مناسب، نیاز دارند که ارتباط صادقانه با بیمار برقرار کنند، به حقوق و ارزش‌های فردی و حرفه‌ای مانند شأن بیماران احترام گذاشته و نسبت به وجود تفاوت‌ها در افراد حساس باشند (۷). به همین دلیل، احتیاج به مراقبت‌های تسکینی[1] در این بیماران ضروری است (۱۱) و یکی از اجزاء اساسی در مراقبت‌های تسکینی تخصصی، احترام به شأن و حقوق انسان‌هاست که مستقل از ملیت، نژاد، مذهب، رنگ پوست، سن، جنس یا وضعیت‌های سیاسی اجتماعی آن‌هاست (۹). احترام به شأن بیماران نقش مهمی در درمان آنان و افزایش کیفیت زندگی‌شان ایفا می‌کند (۱۲).

شناسایی و تقویت شأن بیمار می‌تواند باعث توسعه‌ی اطمینان و رضایت‌مندی بیماران از مراقبت‌های ارائه‌شده، کاهش طول مدت بستری بیماران و افزایش نتایج سلامتی بیماران شود. از طرف دیگر، کاهش شأن بیمار می‌تواند باعث تضعیف سلامتی بیمار از جنبه‌های جسمی و روانی شود (۲، ۱۳). بر اساس بررسی‌های صورت‌گرفته توسط پژوهشگر، در داخل و خارج کشور، ابزاری جهت تعیین شأن ذاتی طراحی نشده است. علاوه بر این، پرسشنامه‌های موجود در فرهنگ‌هایی متفاوت با فرهنگ کشور ایران طراحی‌شده‌اند. در این زمینه، کریمی و همکاران در یک پژوهش پیمایشی از نوع مقطعی، دیدگاه پرستاران و نوجوانان بیمار بستری نسبت به شأن بیمار را توسط یک پرسشنامه‌ی طراحی‌شده بررسی کردند. در این پرسشنامه میزان اهمیت و هم‌چنین میزان رعایت شأن از دیدگاه پرستاران و بیماران مورد بررسی قرار گرفت (۱۴). در این پژوهش ذکری از تحلیل عاملی

[1] Palliative care

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

صورت‌گرفته برای پرسشنامه و ابعاد آن نشده است. روش گردآوری اطلاعات به‌صورت کمی بوده است و مسلماً استفاده از روش‌های کمی به تنهایی نمی‌تواند تعریف عمیقی از شأن بیمار و عوامل مرتبط با آن ارائه دهد. Chochinov و همکاران جهت اندازه‌گیری شأن بیماران مبتلا به سرطان، سیاهه‌ی شأن بیمار[1] را طراحی و روان‌سنجی آن را مورد بررسی قرار دادند. سیاهه‌ی شأن بیمار یک ابزار ۲۵ سؤالی در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت و دارای ۵ بعد است که شامل: نگرانی ناشی از علایم، نگرانی وجودی[2]، وابستگی، آرامش فکر و حمایت اجتماعی است (۱۵). سیاهه‌ی شأن بیمار، شأن بیمار را از جنبه‌های مختلف به غیر از جنبه‌ی ذاتی و حقوق پایه‌ی هر بیمار اندازه‌گیری می‌کند. نتایج پژوهش Albers و همکاران نشان داد که عبارات سیاهه‌ی شأن بیمار جامعیت ندارند و عوامل دیگری وجود دارد که بر روی شأن آن‌ها تأثیرگذار است، ولی در ابزار مورد اشاره قرار نگرفته است. این سیاهه قادر به بررسی موضوعات مرتبط با وضعیت عملکردی آنان نیست (۱۶). در پژوهش دیگری Jacelon و همکاران مقیاس شأن نسبت داده شده[3] را طراحی کردند. ابزار نهایی طراحی‌شده شامل ۲۳ عبارت در سه بعد: خودارزشی[4]، رفتار احترام به خود و رفتار احترام به دیگران است (۱۷). در این پژوهش ذکری از روان‌سنجی (روایی ساختاری[5] (روایی تمایز[6]) و پایایی به روش آزمون مجدد) ابزار مذکور نشده است و به پژوهش آینده موکول شده است. عبارات این مقیاس قادر به بررسی شأن ذاتی بیمار نیستند.

با توجه به جست‌وجوهای صورت‌گرفته در منابع اطلاعاتی مختلف، پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور در ارتباط با ابزارهای اندازه‌گیری شأن بیمار و عوامل مرتبط با آن، اندک است و ابزارهای موجود، ابزارهایی عمومی هستند که شأن را به‌طور کلی مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهند و بر روی جنبه‌ی خاصی از شأن متمرکز نیستند. ولی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی طراحی‌شده در پژوهش حاضر، به‌طور اختصاصی فقط جنبه‌ی ذاتی شأن و عوامل مرتبط با آن را اندازه‌گیری می‌کند. لذا، پژوهش حاضر در نوع خود بدیع بوده و با توجه به خلاء اطلاعاتی موجود و عدم وجود ابزاری جهت بررسی شأن ذاتی بیماران، انجام پژوهش حاضر، به‌عنوان یک ضرورت در نظر گرفته شد و با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به بیماری نارسایی قلبی صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش روش‌شناسی[7] جهت طراحی پرسشنامه و بخشی از یک کار پژوهشی بزرگ‌تر است. پژوهش روش‌شناسی، روشی جهت ساختن و ارزیابی ابزارهای گردآوری داده‌هاست. پژوهش روش‌شناسی شامل تعریف مفهوم یا رفتار مورد اندازه‌گیری، تشکیل گویه‌های ابزار و بالاخره بررسی اعتبار و پایایی ابزار است (۱۸). در مرحله‌ی اول، با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به اشباع داده‌ها، با ۲۲ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران، به‌صورت نیمه ساختاریافته مصاحبه صورت گرفت. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط شد. داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با روش تحلیل محتوای تراکمی (۱۹) تجزیه و تحلیل شد.

در مرحله‌ی دوم، بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و داده‌های به‌دست آمده از متون، مقالات و

[1] Patient Dignity Inventory (PDI)
[2] Existential distress
[3] Attributed Dignity Scale
[4] Self value
[5] Construct validity
[6] Discriminate validity
[7] Methodological research

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

پرسشنامه‌های طراحی‌شده‌ی موجود، عبارات اولیه‌ی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شد. در مرحله‌ی سوم، روایی صوری، محتوا و سازه‌ی پرسشنامه تعیین شد. روایی صوری پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی، بر اساس نگارش، جمله‌بندی و ظاهر منطقی و جالب پرسشنامه و هم‌چنین نظر متخصصان در مرحله‌ی قضاوت پرسشنامه بررسی شد. به همین منظور، روش کمی تأثیر عبارت[1] جهت بررسی میزان اهمیت هر یک از عبارات، در نظر گرفته شد. برای این‌کار، از ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور و صاحب‌نظران در زمینه‌ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، درخواست شد تا اهمیت هر عبارت را در یک طیف لیکرت ۵ قسمتی کاملاً مهم است (۵)، تا اندازه‌ای مهم است (٤)، به‌طور متوسط مهم است (۳)، اندکی مهم است (۲) و اصلاً مهم نیست (۱) مشخص نمایند. بدین‌ترتیب، عبارات با نمره‌ی تأثیر کم‌تر از ۱/۵ حذف شد (۲۱، ۲۰).

روایی محتوای عبارات پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با توجه به شاخص روایی محتوای[2] Waltz & Bausell (۲٤-۲۲)، توسط ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور و صاحب نظران در زمینه‌ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سنجیده شد. در شاخص روایی محتوایWaltz & Bausell ، ابتدا مربوط بودن هر عبارت در پرسشنامه، بر اساس شاخص سه بخشی با چهار نمره (یک تا چهار) ارزیابی شد. در صورتی که نمره‌ی مربوط بودن عبارت در پرسشنامه بیش‌تر یا مساوی ۷۹ درصد بود، عبارت در پرسشنامه حفظ شد و در صورتی که این نمره بین ۷۹-۷۰ بود، عبارت اصلاح و بازنگری شد و در صورتی‌که کم‌تر از ۷۰ درصد بود، عبارت حذف شد (۲۵). بر اساس این شاخص، وضوح و سادگی عبارات نیز مورد بررسی قرار گرفت.

جهت اندازه‌گیری روایی محتوا، هم‌چنین از نسبت روایی محتوا[3] طبق جدول Lawshe استفاده شد. به‌عبارت دیگر، از ۱۱ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور و صاحب‌نظران در زمینه‌ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی درخواست شد تا میزان ضرورت هر عبارت را در یک طیف لیکرت ۳ قسمتی: ضروری است (۳)، مفید است ولی ضروری نیست (۲) و ضرورتی ندارد (۱) تعیین نمایند. سپس بر اساس فرمول زیر، نسبت روایی محتوای عبارات پرسشنامه‌ها محاسبه شد (۲٦).

$$\text{نسبت روایی محتوا} = \frac{\frac{\text{تعداد کل شرکت‌کنندگان}}{۲} - \text{تعداد پاسخ‌دهی ضروری به هر عبارت}}{\text{تعداد کل شرکت‌کنندگان}}$$

بدین ترتیب، با توجه به جدول Lawshe، حداقل ارزش قابل قبول ۰/۵۹ محاسبه شد و لذا عبارات با ارزش بیش‌تر از ۰/۵۹ حفظ و عبارات با ارزش کم‌تر از صفر حذف شدند. در ارتباط با عباراتی که دارای نمره‌ی ارزش بین صفر و ۰/۵۹ بودند، میانگین نظرات ارائه شده به هر عبارت محاسبه شد و در صورتی که این میانگین بالاتر از ۲ بود، آن عبارت حفظ شد. پس از انجام روایی صوری و محتوای عبارات و بررسی و اعمال نظرات متخصصان، مجدداً عباراتی که تغییرات اساسی در آن‌ها داده شده بود به ۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور برای اظهار نظر نهایی ارسال و پیشنهادات ارائه شده، در پرسشنامه لحاظ شد.

جهت تعیین روایی سازه پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۱۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی (P= ۰/۵، α= ۰/۰۵ و d=۰/۱) (۲۸، ۲۷) که به‌صورت غیرتصادفی (آسان یا دردسترس) و بر اساس مشخصات مورد نظر پژوهشگر انتخاب شدند، استفاده شد. جهت تعیین تعداد عبارات مربوط به هر عامل، بارعاملی

[1] Item impact method
[2] Content Validity Index
[3] Content Validity Ratio

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

(Factor loading) هر عبارت مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر، عبارات با بار عاملی کم‌تر از ۰/۵۰ حذف شدند. پس از استخراج عوامل و عبارات قرار گرفته در هر عامل، میزان هم‌خوانی این عوامل با مفهوم و ابعاد اصلی مفهوم شأن ذاتی بررسی شد.

در مرحله‌ی چهارم، جهت تعیین پایایی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از روش همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌کردن پرسشنامه استفاده شد. در روش آلفای کرونباخ، ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل و هم‌چنین برای کل پرسشنامه محاسبه شد. در روش دونیمه‌کردن، نمره‌ی کل عبارات زوج و فرد محاسبه شد و سپس با آزمون همبستگی خطی پیرسون، همبستگی آن-ها برآورد شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر عبارت بودند از بیماران مبتلا به کلاس II تا IV نارسایی قلبی (بر اساس طبقه بندی انجمن قلب ایالات متحده) که قادر به گویش به زبان فارسی و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش باشند. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ انجام شد. قبل از انجام مصاحبه‌ها و تکمیل پرسشنامه، رضایت‌نامه‌ی کتبی و شفاهی آگاهانه، توسط بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دریافت شد.

نتایج

پس از بازبینی و بررسی مصاحبه‌های صورت‌گرفته با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، تعداد ۷۱۴ کد، ۱۱ زیرطبقه، ۴ طبقه و ۲ درونمایه‌ی اصلی استخراج شد. بر اساس تحلیل محتوای داده‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام شده، عوامل مرتبط با شأن بیمار در دو درونمایه: شاخص‌های بیمار/مراقبت و کفایت منابع دسته‌بندی شدند. ویژگی‌های درون فردی و تعاملات بین فردی به‌عنوان اجزاء شاخص بیمار/مراقبت و نیروی انسانی و منابع محیطی به‌عنوان اجزاء کفایت منابع دسته‌بندی شد. با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از بخش کیفی پژوهش، مروری بر متون، مقالات و پرسشنامه‌های طراحی‌شده‌ی موجود، اطلاعات لازم برای طراحی عبارات مربوط به پرسشنامه‌ی شأن ذاتی گردآوری و ۳۹ عبارت اولیه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) تدوین شد. در پژوهش حاضر، ضریب تأثیر، شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوای عبارات پرسشنامه‌ی شأن ذاتی محاسبه شد و در جدول شماره‌ی ۱ مورد اشاره قرار گرفت.

جدول شماره‌ی ۱ - ضریب تأثیر عبارات و روایی محتوای (نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا) پرسشنامه شأن ذاتی

عبارت	نمره تأثیر	نسبت روایی محتوا	میانگین نظرات به هر عبارت	شاخص روایی محتوا		
				مربوط بودن	ساده بودن	واضح بودن
۱	۴/۷	۱	۳	۰/۹۲	۱	۱
۲	٤/۹	۰/۸۲	۲/۸	۱	۱	۱
۳	٤/۵	۱	۲/۹	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۲
۴	٤/۹	۱	۳	۱	۱	۱
۵	٤/۵	۰/۸۲	۲/۹	۰/۹۲	۰/۷۵	۰/۹۲
۶	٤/٦	۱	۳	۱	۰/۹۲	۱
۷	٤/٤	۰/٤۵	۲/٦	۱	۱	۱
۸	٤/۷	۰/۸۲	۲/۹	۱	۱	۱
۹	٤/۳	۰/۸۲	۲/۸	۱	۱	۱

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

۱۰	٤/٦	۱	۳	۱	۱	۱
۱۱	٤/۸	۱	۳	۱	۱	۱
۱۲	٤/٦	۰/٦٤	۲/۷	۱	۱	۱
۱۳	٤/۱	۱	۳	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۲
۱۴	٤/٤	۱	۳	۱	۰/۹۲	۰/۹۲
۱۵	٤/٤	۰/٦٤	۲/۸	۱	۱	۰/۹۲
۱۶	٤/٥	۰/۸۲	۲/۹	۰/۹۲	۰/۸۳	۱
۱۷	٤/۳	۱	۳	۱	۰/۹۲	۱
۱۸	٤/٦	۱	۳	۱	۱	۱
۱۹	٤/۸	۰/۸۲	۲/۹	۱	۱	۱
۲۰	٤/٥	۰/۲۷	۲/٦	۱	۱	۱
۲۱	٤/۸	۰/۸۲	۲/۹	۱	۱	۱
۲۲	٤/۲	۰/٤٥	۲/۷	۱	۱	۰/۹۲
۲۳	٤/٤	۰/٦٤	۲/۸	۱	۱	۰/۹۲
۲۴	٤/٦	۰/٦٤	۲/۸	۱	۰/۹۲	۰/۹۲
۲۵	٤/۷	۱	۳	۱	۱	۰/۹۲
۲۶	٤/۷	۱	۳	۱	۱	۱
۲۷	٤/۳	۰/٤٥	۲/٦	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۲
۲۸	٤/۹	۱	۳	۱	۱	۱
۲۹	٤/۸	۱	۳	۱	۰/۹۲	۱
۳۰	٤/۹	۰/۸۲	۲/۹	۱	۱	۱
۳۱	٤/۸	۰/۸۲	۲/۹	۱	۱	۱
۳۲	٤/۹	۱	۳	۱	۱	۱
۳۳	٤/۸	۱	۳	۰/۹۲	۰/۸۳	۰/۹۲
۳۴	٥	۰/۸۲	۲/۹	۰/۹۲	۰/۹۲	۱
۳۵	٤/۸	۱	۳	۱	۱	۱
۳۶	٤/۸	۰/٦٤	۲/۸	۰/۹۲	۰/۹۲	۱
۳۷	٤/٥	۰/٦٤	۲/۷	۰/۹۲	۰/۹۲	۱
۳۸	٤/۷	۰/٦٤	۲/٦	۰/۸۳	۰/۸۳	۰/۹۲
۳۹	٤/۹	۰/٤٥	۲/٦	۰/۹۲	۰/۸۳	۰/۹۲

از مجموع ۳۹ عبارت اولیه‌ی مربوط به پرسشنامه‌ی شأن ذاتی، تعداد ٤ عبارت (۲٤، ۲۹، ۳٤ و ۳۵) طبق نظر کارشناسان، به‌خاطر ادغام با سایر عبارات حذف شدند و تعداد عبارات به ۳۵ عبارت رسید. تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۳۵ عبارت پرسشنامه‌ی شأن ذاتی انجام گرفت. ابتدا برای بررسی کفایت نمونه‌گیری جهت استفاده از تحلیل عاملی از آزمون شاخص کیسر- مایر- الکین و آزمون Bartlett's test of sphericity استفاده شد. مقدار آزمون Bartlett's

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

test of sphericity برابر با ۵۶۲۰/۰۵۰ بود که در سطح $P<$۰/۰۰۰۱ معنادار بود. ضریب کیسر- مایر- الکین برابر با ۰/۸۹ محاسبه شد. بر پایه‌ی نتایج به‌دست آمده از اجرای تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی، و با چرخش واریماکس، ۳ عامل با ارزش ویژه‌ی بزرگ‌تر از یک استخراج شد که مجموعاً ٦١ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند و ۳۹ درصد واریانس باقی‌مانده توسط ۳۲ عامل باقی‌مانده تبیین می‌شود.

جهت تعیین همبستگی بین متغیرها، ماتریس عوامل دوران یافته استفاده شد و عبارات با همبستگی بالای ۰/۵ درون عامل قرار گرفتند. حداقل بار عاملی ۰/۵ در نظر گرفته شد. پس از بازنگری عامل‌های ایجاد شده در تحلیل عاملی، عبارات ۹، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۲، ۳۳، ۳٦، ۳۷ و ۳۹ به‌دلیل بار عاملی کم‌تر از ۰/۵، حذف شدند و پرسشنامه‌ی شأن ذاتی با ٢٤ عبارت ساخته شد. جدول ۲، ماتریس سه عامل دوران یافته‌ی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی را پس از حذف عبارات با بارعاملی کم‌تر از ۰/۵ نشان می‌دهد.

جدول شماره‌ی ۲- ماتریس سه عامل دوران یافته پرسشنامه شأن ذاتی قبل از حذف عبارات با بارعاملی کم‌تر از ۰/۵

عبارت	۱	۲	۳
۲- به فرایض دینی (دعا، نماز ...) من اهمیت می‌دهند.	۰/۹۵۰		
۷- در صورت نقض حقوقم در خانواده، اجازه بیان نارضایتی خود را دارم.	۰/۹٤۷		
٤- به حریم خصوصی من احترام می‌گذارند.	۰/۹٤۸		
۱۰- به آزادی فردی من در خانواده (مانند تصمیم‌گیری در امور منزل) اهمیت داده می‌شود.	۰/۹٤۰		
۵- به رفع مشکلات جسمی ناشی از بیماری‌ام اهمیت می‌دهند.	۰/۹٤٤		
۸- با من به‌عنوان عضوی از خانواده، مانند سایر اعضا، یکسان رفتار می‌شود.	۰/۹٤٤		
٦- به امنیت روانی من در خانواده اهمیت می‌دهند.	۰/۹۱٦		
۳- برای ارزش‌های معنوی (راستگویی، بخشش، صله ارحام و ...) من اهمیت قائل هستند.	۰/۹۰۹		
۱- به من به‌عنوان یک انسان احترام می‌گذارند.	۰/۹۰۵		
۹- از حداقل رفاه مالی در خانواده برخوردار هستم.	۰/۳۱۱		
۱۵- در صورت نقض حقوقم، اجازه شکایت دارم.		۰/۹۱۹	
۱٦- به مشکلات جسمی ناشی از بیماری‌ام اهمیت می‌دهند.		۰/۹۱۵	
۱۳- برای ارزش‌های معنوی (راستگویی، بخشش، صله ارحام و ...) من اهمیت قائل هستند.		۰/۹۱۸	
۱۱- به من به‌عنوان یک انسان احترام می‌گذارند.		۰/۹۰٤	
۱۲- به فرایض دینی (دعا، نماز ...) من اهمیت می‌دهند.		۰/۹۰۷	
۱۸- با من به‌عنوان عضوی از جامعه، مانند سایر افراد، یکسان رفتار می‌شود.		۰/۸۹٦	
۱۷- به امنیت روانی من در جامعه اهمیت می‌دهند.		۰/۸۸۸	
۱٤- به حریم خصوصی من احترام نمی‌گذارند.		۰/۸۵۷	
۱۹- به خدمات بهداشتی و درمانی دسترسی دارم.		۰/۱۱٦	
۲۰- از خدمات انجمن‌های مرتبط با بیماری‌ام بهره‌مند هستم.		-۰/۲۱۳	
۲۱- تحت پوشش بیمه‌های درمانی قرار دارم.		۰/۳۱۱	
۲۲- از امکانات شهری کافی (پارک ها، سیستم حمل و نقل) بهره مند می‌باشم.		۰/۱٦۹	

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

۲۳- برای جابجایی، از سیستم حمل و نقل با هزینه مناسب بهره مند می‌باشم.		۰/۲٦۷	
۲۵- به من به‌عنوان یک انسان احترام می‌گذارند.			۰/۹۲۸
۲٦- به فعالیت‌های مذهبی (دعا، نماز، خواندن قرآن ...) من اهمیت می‌دهند.			۰/۹۰٤
۳۱- در صورت نقض حقوقم، اجازه شکایت دارم.			۰/۸۷٤
۲۷- برای ارزش‌های معنوی (راستگوئی، احترام به دیگران و ...) من اهمیت قائل هستند.			۰/۸۷۳
۳۰- به حریم خصوصی من احترام می‌گذارند.			۰/۸۰۱
۲۸- در رابطه با بیماری‌ام (درمان، مراقبت)، اطلاعات لازم را در اختیارم قرار می‌دهند.			۰/٦۵۲
۳۸- برای شرکت در فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی، از من کسب اجازه می‌شود.			۰/٦۳۷
۳۲- اطلاعات پزشکی من، محرمانه نگه‌داشته می‌شود.			۰/۳۷۱
۳۳- در دریافت درمان و مراقبت، بین من و دیگر بیماران، تبعیض قائل نمی‌شوند.			۰/۳۳۱
۳٦- در تصمیم‌گیری درمان و مراقبت از خودم، مشارکت داده می‌شوم.			۰/٤۲۳
۳۷- در صورت درخواست من و عدم ممنوعیت، به من اجازه داشتن همراه داده می‌شود.			۰/۳۸۵
۳۹- در صورت درخواست من، اجازه دریافت کپی از اطلاعات مربوط به بیماری‌ام را دارم.			۰/۲۱۹

همان‌طور که جدول شماره‌ی ۲ نشان می‌دهد در پرسشنامه‌ی شأن ذاتی سه عامل (عامل اول با ۹ عبارت، عامل دوم با ۸ عبارت و عامل سوم با ۷ عبارت) شناسایی شد. این عامل‌ها به‌ترتیب تحت عناوین: شأن ذاتی در خانواده، شأن ذاتی در جامعه و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی نام‌گذاری شد. پس از انجام تحلیل عاملی، همسانی درونی کل ابزار ۲٤ عبارتی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ در نمونه‌ی ۱۳۰ نفری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برای کل پرسشنامه α=۰/۹٤ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه نیز محاسبه شد (جدول شماره‌ی ۳).

در این پژوهش، علاوه بر استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، از روش دونیمه‌کردن نیز برای تعیین پایایی پرسشنامه‌ی شأن ذاتی استفاده شد. به‌همین دلیل، نمره‌ی کل عبارات زوج و فرد محاسبه و سپس با آزمون همبستگی خطی پیرسون، همبستگی آن‌ها برآورد شد (جدول شماره‌ی ٤).

جدول شماره‌ی ۳- همسانی درونی ابعاد پرسشنامه‌ی شأن ذاتی

عامل	ابعاد	تعداد عبارات	ضریب آلفای کرونباخ
۱	شأن ذاتی در خانواده	۹	۰/۹۹
۲	شأن ذاتی در جامعه	۸	۰/۹۹
٤	شأن ذاتی در محیط‌های درمانی	۷	۰/۹۱

جدول شماره‌ی ٤ - همبستگی خطی میانگین نمرات عبارات زوج با فرد پرسشنامه شأن ذاتی

	نیمه اول عبارات	نیمه دوم عبارات
نیمه اول عبارات	۱	r=۰/۹۶ P<۰/۰۰۱
نیمه دوم عبارات	r=۰/۹۶ P<۰/۰۰۱	۱

پرسشنامه‌ی شأن ذاتی، در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) است و دامنه‌ی نمرات از ۱ تا ٦ در هر عبارت،

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

متغیر است. علت طراحی مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای به‌جای مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای و حذف گزینه‌ی خنثی یا نظری ندارم، این بود که چون در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای، اکثر پاسخ‌دهندگان بدون توجه به سؤال، تمایل دارند که گزینه‌ی میانی (خنثی یا نظری ندارم) را انتخاب کنند. اکثر عبارات دارای امتیازدهی مثبت هستند، به‌طوری‌که امتیاز ۱ برای کاملاً مخالفم تا ٦ برای گزینه کاملاً موافقم منظور شده است و فقط عبارات شماره‌ی ۱۳ دارای امتیازدهی منفی است، به‌عبارت‌دیگر، در این عبارت، امتیاز ۱ برای کاملاً موافقم و ٦ برای گزینه کاملاً مخالفم در نظرگرفته شده است. حداقل امتیاز قابل کسب از پرسشنامه ٢٤ و حداکثر امتیاز قابل کسب ١٤٤ خواهد بود. میانگین نمره‌ی عبارات پرسشنامه، نمره‌ی کل پرسشنامه محسوب خواهد شد و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی شأن بالاتر است.

بحث

بر اساس جست وجوهای صورت‌گرفته توسط پژوهشگر در منابع اطلاعاتی مختلف، پرسشنامه‌ی شأن ذاتی تنها ابزار اختصاصی موجود در داخل و خارج از کشور در زمینه‌ی شأن ذاتی در بیماران مختلف و ازجمله بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است. در سیاهه‌ی شأن بیمار که توسط Chochinov و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان طراحی‌شده (۱۵) و هم‌چنین مقیاس شأن نسبت داده شده که توسط Jacelon و همکاران در سالمندان طراحی‌شده (۱۷)، مفهوم شأن بیمار در ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و فقط برخی عبارات در این ابزارها، تاحدودی به شأن ذاتی مرتبط هستند. در پژوهش حاضر، ضریب تأثیر عبارات پرسشنامه، شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوای هر یک از عبارات پرسشنامه‌ی شأن ذاتی در حد قابل قبول محاسبه شد (۲۹، ٢٦-۲۰) و می‌تواند نشانه‌ی بررسی دقیق روایی محتوا و صوری عبارات پرسشنامه‌ی مذکور و نیز استفاده از روش‌های کیفی و کمی بررسی روایی پرسشنامه باشد.

در پرسشنامه‌ی شأن ذاتی طراحی‌شده در پژوهش حاضر، سه عامل شناسایی و تحت عناوین: شأن ذاتی در خانواده، شأن ذاتی در جامعه و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی نام‌گذاری شد. Chochinov و همکاران نیز سیاهه‌ی شأن بیمار را با ۵ بعد طراحی کردند که شامل: نگرانی ناشی از علایم، نگرانی وجودی، وابستگی، آرامش فکر و حمایت اجتماعی بود (۱۵). مقیاس شأن نسبت داده شده نیز توسط Jacelon و همکاران در سه بعد: خودارزشی، رفتار احترام به خود و رفتار احترام به دیگران طراحی شد (۱۷). تفاوت این نام‌گذاری‌ها می‌تواند به‌دلیل تفاوت در موضوع و محتوای پرسشنامه و هم‌چنین نوع بیماران شرکت‌کننده در پژوهش باشد. کاربرد سیاهه‌ی شأن بیمار در بیماران مبتلا به سرطان و کاربرد مقیاس شأن نسبت داده شده در افراد سالمند است و موضوع هر دو ابزار ذکر شده مربوط به شأن در ابعاد مختلف است که فقط تعداد اندکی از عبارات آن‌ها با عبارات پرسشنامه‌ی شأن ذاتی منطبق است. تفاوت دیگر، در این است که بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بودند.

شأن انسانی یا ذاتی، یک ارزش ذاتی است که به همه‌ی انسان‌ها صرفاً به‌خاطر انسان بودنشان تعلق دارد (٦). شأن انسانی به آن نوع حرمت و ارزشی گفته می‌شود که انسان از آن جهت که انسان است، از آن برخوردار است (۳۰). بنابراین، مفهوم شأن انسانی یا شأن ذاتی، ارتباط نزدیکی با حقوق پایه‌ی افراد دارد و به‌عنوان پیش شرط پایه‌ی تمامی حقوق یک فرد محسوب می‌شود (۳۲ ، ۳۱). در پژوهش حاضر، پرسشنامه‌ی شأن ذاتی اگرچه بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی و روان سنجی شده است ولی پس از انجام تحلیل عاملی، نتایج نشان داد که عبارات نهایی این پرسشنامه می‌توانند در سایر بیماران صرف‌نظر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیز کاربرد داشته باشند و به‌نوعی مرتبط با حقوق پایه و ذاتی بسیاری از بیماران هستند؛ چرا که همه‌ی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

بیماران، صرف‌نظر از ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی در درجه‌ی اول، یک انسان محسوب می‌شوند و از حقوق اولیه، فقط به‌خاطر انسان بودنشان برخوردار هستند. این ویژگی یا به‌عبارت دیگر کاربرد عمومی و غیراختصاصی بودن، از نقاط مثبت پرسشنامه‌ی شأن ذاتی در پژوهش حاضر محسوب می‌شود و استفاده از آن در سایر بیماران با بیماری‌های مختلف، باعث افزایش اعتبار آن خواهد شد. بر پایه‌ی نتایج پژوهش حاضر، پرسشنامه‌ی شأن ذاتی از پایایی بالایی برخوردار است (۳۳ ، ۲۹). پایایی سیاهه‌ی شأن بیمار طراحی‌شده توسط Chochinov و همکاران نیز با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۳ و ثبات آن از طریق آزمون مجدد (پس از ۲٤ ساعت از آزمون اول) ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۵).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که پرسشنامه‌ی شأن ذاتی، از درجات قابل قبول و بالایی از اعتبار و پایایی برخوردار است. لذا، با توجه به کمبود ابزارهای معتبر و پایا و مطابق با شرایط فرهنگی ایران، جهت اندازه‌گیری شأن ذاتی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت حمایت و بهبود درمان و مراقبت از بیماران و هدایت پژوهش‌های بعدی مرتبط با شأن بیماران مختلف سودمند باشد. به‌کارگیری این پرسشنامه در سایر مطالعات و نیز اندازه‌گیری سایر انواع روایی و پایایی این پرسشنامه مانند روایی ملاکی و آزمون مجدد پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

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

منابع

1- Pullman D. Death, dignity, and moral nonsense. J Palliat Care 2004; 20(3): 171-8.
2- Lam KK. Dignity, respect for dignity, and dignity conserving in palliative care. HKSPM Newsletter 2007; 3: 30-35.
3- Knoepffler N, O'Malley M. Human dignity: regulative principle and absolute value. J Int Bioethique 2010; 21(3): 63-89.
4- Alikhani AA. Human dignity and violence in Islam. J Polit Sci 2007; 1(3): 99-121. [In Persian].
5- Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. J Clin Nurs 2008; 17(20): 2709–2717.
6- Jacobson N. Dignity and health: a review. Soc Sci Med 2007; 64(2): 292-302.
7- Joolaee S, Nikhbakht-Nasrabadi AR, Parsa-Yekta Z. Phenomenological explanation of patient rights [dissertation]. Tehran (Iran). , Tehran University of Medical Science; 2007. [In Persian].
8- Corvera-Tindel T, Doering LV, Aqulino C, Roper J, Dracup K. The role of physical functioning and depression in quality of life in patients with heart failure. J Card Fail 2003; 9(5): 55.
9- 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.
10- Gott M, Barnes S, Parker C, et al. Dying trajectories in heart failure. Palliat Med 2007; 21(2): 95-9.
11- 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): 147–53.
12- Cortis JD, Williams A. Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. Int Nurs Rev 2007; 54(3): 263-70.
13- Walsh K, Kowanko I. Nurses' and

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

patients' perceptions of dignity. Int J Nurs Pract 2002; 8(3): 143–51.
14- Karimi R, Dehghan Nayyeri N, Sadeghi T, Mehran A. Patients dignity: a comparative study between the perspective of nurses and adolescents. Iran J Med Ethics Hist Med 2008; 1(4): 53-62. [In Persian].
15- Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. J Pain Symptom Manage 2008; 36(6): 559-571.
16- Albers G, Pasman HR, Rurup ML, De Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD. Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. Health Qual Life Outcomes 2011; 9(6): 45.
17- Jacelon CS, Dixon J, Knafl KA. Development of the Attributed Dignity Scale. Res Gerontol Nurs 2009; 2(3): 202-13.
18- LoBiondo-Wood G, Hober J. Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice, St. Louis: Mosby-Elsevier; 2006.
19- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15(9): 1277-88.
20- Heravi-Karimooi M , Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi MT, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic elder abuse questionnaire. Salmand 2010; 15(5): 7-21. [In Persian].
21- Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health-related quality of life in obstructive sleep apnoea. Eur Resp J 2002; 19(3): 499-503.
22- Yaghmaie F. Content validity and its estimation. J Med Educ 2003 3(1): 25-28.[In Persian]
23- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2006; 4(4): 1-12. [In Persian]
24- Vakili MM, Hidarnia AR, Niknami Sh. Development and psychometrics of an interpersonal communication skills scale (A.S.M.A) among Zanjan health volunteers. Hayat 2012; 18(1): 5-19. [In Persian].
25- Hyrkäs K, Appelgvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. Int J Nurs stud 2003; 40(6): 619-25.
26- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Pers Psychol 1975; 28(4): 563-75.
27- Haghdoost A. Do you want to gain a profound insight into sample size and statistical power. Iran J Epidemiol 2009; 5(1): 57-63. [In Persian]
28- Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. Arch Orofac Sci 2006; 1: 9-14.
29- Yaghmaei F. [Andazeh Giri Raftar Dar Pajouhesh ba Abzarhaye Motabar va Paya], 2nd edition. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 1388.[In Persian]
30- Rahiminejad A. Human dignity in criminal law [dissertation]. Tehran (Iran).Tarbiat Moddares University; 2007. [In Persian].
31- Buijsen M. Autonomy, human dignity, and the right to healthcare: a Dutch perspective. Camb Q Healthc Ethics 2010; 19(3): 321-8.
32- Tomasević L. Human dignity: a philosophical and theological approach. J Int Bioethique 2010; 21(3): 29-41.
33- Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric Theory. 3rd edi. USA: McGraw – Hill Education ; 2002.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

Development and psychometric properties of Inherent Dignity Questionnaire in heart failure patients

Hossein Bagheri[1], Faride Yaghmaei[*21], Tahere Ashktorab[3], Farid Zayeri[4]

[1] *Assistant Professor, Center for Health-Related Social and Behavioral Sciences research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran;*
[2] *Associate Professor, Department of Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;*
[3] *Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;*
[4] *Assistant Professor, Department of Epidemiology, Proteomix Research Center, Faculty of Allied Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Abstract

Respect for the inherent dignity of human beings means respecting their basic rights in different environments, and this has an important role in studies and discussions about health care. This study was conducted on the development and psychometric properties of the Inherent Dignity Questionnaire (IDQ) in heart failure patients.

The present study is a methodological research for designing a questionnaire. First, 22 patients with class II to IV heart failure were chosen by purposive sampling from patients of Hazrate Rasoule Akram, Imam Hossein and Shariati hospitals of Tehran, and semi-structured interviews were conducted on ethical issues until data saturation was achieved. A qualitative content analysis was carried out to analyze the interviews. Then, based on the findings obtained from the interviews, literature, and the designed questionnaires about inherent dignity, 39 items associated with inherent dignity in heart failure patients were developed. The face validity of the questionnaire was determined. To measure the content validity of the questionnaire, opinions of 12 experts were used considering Content Validity Index (CVI), Content Validity Ratio (CVR) and Lawshe table. To assess construct validity of the IDQ, exploratory factor analysis and to determine the reliability of the questionnaire, internal consistency with Chronbach's alpha coefficient and split-half method were used on 130 patients with heart failure. The data were analyzed using SPSS version 19.

Through face validity and content validity analysis, 4 out of the 39 primary items were removed, leaving 35 items. Through exploratory factor analysis, 11 items with factor loading less than 0.5 were removed and the IDQ was created with 24 items and three factors (9 items on the first factor, 8 items on the second factor and 7 items on third factor). These factors were: "inherent dignity in family", "inherent dignity in the community" and "inherent dignity in health care environments". Reliability of the Social Dignity Questionnaire (SDQ) was calculated to be 0.94 by using Cronbach's alpha coefficient, and 0.96 by using split-half method.

Results of this study showed that the IDQ is adequately valid and reliable. Therefore, using this questionnaire can be beneficial to planning support for patients and improving their treatment and care and doing further research related to dignity in different patients.

Keywords: inherent dignity, heart failure, psychometric, human rights, patient rights

[*]Email: farideh_y2002@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]