



بررسی نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی

حسین باقری^۱، فریده یغمایی^{۲*}، طاهره اشک‌تراب^۳، فرید زایری^۴

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 پروتومیکس- گروه آمار حیاتی- استادیار.

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

چکیده

مقدمه: رفتارهای مختلفی که بیماران در جهت حفظ و یا ارتقاء شأن خود انجام می‌دهند، در ایجاد حس ارزشمندی در آنان حائز اهمیت می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر 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 در سال ۱۳۹۱ بودند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی (مبتنی بر هدف) بوده و تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلابه نارسایی قلبی از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. پس از اخذ رضایت کتبی از نمونه‌ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن (DCRQ)، براساس گفته‌های بیمار تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آزمون‌های آماری پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و تی مستقل شد.

نتایج: میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $62 \pm 13/9$ می‌باشد و اکثریت آنان (۵۱/۵ درصد) بی‌سواد هستند، درآمد متوسط ماهانه کمتر از یک میلیون تومان در ماه (۹۲/۳ درصد) دارند. میانگین نمره نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن در واحدهای مورد پژوهش $3/6 \pm 0/8$ محاسبه گردید. بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد پذیرش و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد عملکرد نقش است و آزمون آماری آنالیز واریانس با $P < 0/05$ تفاوت معناداری بین میانگین نمره نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن در دو بعد ذکر شده نشان می‌دهد. آزمون آماری پیرسون، ارتباط معنی‌دار آماری بین سن با نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن نشان داد. این آزمون همچنین ارتباط معنی‌دار آماری بین دفعات بستری با نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن نشان داد. **نتیجه‌گیری:** از آنجا که نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، سطح متوسطی از نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن را از خود نشان دادند، لذا به کارگیری راهکارهایی در جهت بهبود دیدگاه و عملکرد این بیماران جهت افزایش احساس ارزشمندی در آنان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن، نارسایی قلبی، بیماری.

*نویسنده مسئول: تهران- خیابان ولیعصر- دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۷۹۶۲۴، Email: farideh_y2002@yahoo.com

ارجاع: حسین باقری، فریده یغمایی، طاهره اشک‌تراب، فرید زایری. بررسی نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی. مجله دانش و تندرستی ۱۰(۱):۵۱-۵۷، ۱۳۹۴.

مقدمه

این کم‌توجهی به مفهوم شأن بیمار، نگهداری و ارتقاء شأن بیمار از موضوعات پیچیده و با اهمیت در نظام بهداشت و درمان محسوب می‌گردد (۱۹ و ۲۱). پژوهش‌های انجام شده در کشورهای مختلف در زمینه شأن بیمار نشان‌دهنده این مطلب است که مفهوم شأن یک نگرانی جهانی می‌باشد و اکثر این پژوهش‌ها بر نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر جهت شناسایی عوامل حفظ و یا ارتقاءدهنده شأن در بخش‌ها و بیماران مختلف بیمارستان تأکید کرده‌اند (۱۴). پژوهش حاضر در نوع خود بدیع بوده و براساس بررسی صورت گرفته توسط پژوهشگر، در داخل و خارج کشور، پژوهشی در زمینه نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی صورت نگرفته است. لذا با توجه به خلاء اطلاعاتی موجود در این زمینه، انجام پژوهش حاضر، به‌عنوان یک ضرورت در نظر گرفته شد و پژوهش حاضر با هدف تعیین نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه 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 مبتلابه نارسایی قلبی بستری در بخش قلب بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی تهران در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند. در این پژوهش، نمونه‌گیری تصادفی جهت انتخاب محیط‌های پژوهش و نمونه‌گیری مبتنی بر هدف جهت انتخاب بیماران انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا لیستی از بیمارستان‌های عمومی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران، که دارای بخش قلب بودند، تهیه شد و سپس به‌طور تصادفی سه بیمارستان حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی، از این لیست انتخاب گردید و تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلابه نارسایی قلبی ($P=0/5$ ، $d=0/1$ و $\alpha=0/05$) از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. تشخیص نارسایی قلبی در تمامی شرکت‌کنندگان، براساس نظر پزشک متخصص قلب دارای سابقه کار با بیماران مبتلابه نارسایی قلبی صورت گرفت. معیار ورود به پژوهش شامل موارد زیر می‌باشند:

۱- بیماران مبتلابه کلاس II تا IV نارسایی قلبی براساس طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک (۲۴)، شامل بیماران مبتلابه 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

روند فزاینده نارسایی قلبی ناشی از عوارض بیماری‌های عفونی، التهابی، عروقی و دریچه‌ای قلب یک مشکل عمده بهداشتی محسوب می‌شود. به‌طوری‌که، با توجه به افزایش جمعیت سالمند و افزایش بقاء بیماران از بیماری‌های حاد قلبی، حدود ۵/۸ میلیون آمریکایی به بیماری نارسایی قلبی مبتلا هستند و میزان بروز سالانه این بیماری حدود ۶۶۰۰۰۰ نفر در سال تخمین زده شده است. همچنین پیش‌بینی می‌شود در ۳۰ سال آینده، این آمار دو برابر شود (۱-۴). در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده ناتوانی و مرگ به‌شمار می‌رود و با تغییر هرم سنی جامعه و پیرشدن جمعیت جوان امروز ایران، در آینده‌ای نزدیک بر شیوع فعلی آن یعنی ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر یک صد هزار نفر افزوده خواهد شد (۵ و ۶). طبق آماری که مرکز مدیریت بیماری‌ها (center Control disease for) در ایران منتشر کرده است، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور، ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است (۷).

پژوهش‌های متعدد نیز نشان داده است که بیماری نارسایی قلبی در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن موجب تخریب بیشتر نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌گردد (۸). برچسب نارسایی قلبی باعث نگرانی بیمار از ناتوانی ناشی از اندام‌های حیاتی بدن در انجام عملکرد طبیعی به‌دلیل بیماری می‌شود. کنترل علائم بیماری توسط بیماران، نیازمند ایجاد تغییرات جدی در سبک زندگی می‌باشد (و ۱۰).

با توجه به افزایش تعداد افراد مبتلابه نارسایی قلبی، نیاز به کسب اطلاعات در مورد درک بیمار از بیماری خود و راهکارهای آنان در سازگاری با بیماری، یک ضرورت محسوب می‌گردد (۱۰) و مراقبت‌های حمایتی و تسکینی، از جمله احترام به شأن بیمار (۱۱)، نقش مهمی در درمان بیمار و افزایش کیفیت زندگی آنان ایفا می‌نماید (۱۲). به همین خاطر است که بیمار مبتلابه ناتوانی عملکردی، معتقدند که بایستی تلاش کنند تا شأن خود را در زندگی روزمره حفظ نمایند. راهکارهایی که این افراد برای حفظ شأن خود استفاده می‌نمایند شامل: حفظ خودمختاری، کنترل و مشارکت در امور مربوط به زندگی فردی می‌باشد (۱۳). بایلی (۲۰۰۹) در پژوهش خود نتیجه گرفت که دیدگاه بیمار و عملکرد آنان نسبت به موقعیت‌های مختلف تقویت و یا تهدیدکننده شأن، در ایجاد حس ارزشمندی در آنان حائز اهمیت می‌باشد (۱۴). برخلاف دیدگاه‌های حفاظت‌کننده شأن که جنبه ذهنی و درونی دارند، فعالیت‌های حفاظت‌کننده شأن فعالیت‌هایی است که بیمار می‌تواند برای حفظ شأن خود انجام دهد (۱۵-۱۹).

با این وجود، مطالب در ارتباط با اینکه چگونه می‌توان شأن بیمار را حفظ و ارتقاء بخشید، محدود است (۲۰ و ۲۱). صرف‌نظر از دلایل

آزمون‌های آماری، ارتباط معنی‌داری بین نمره کل نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن و سایر ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش نشان نداد.

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

| ویژگی‌های فردی سن (سال) | فراوانی | درصد |
|---|---------|------|
| 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 |
| زیر دیپلم | ۴۴ | ۳۳/۸ |
| دیپلم | ۱۳ | ۱۰ |
| دانشگاهی | ۶ | ۴/۶ |
| وضعیت تأهل | | |
| مجرد | ۴ | ۳/۱ |
| متأهل | 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 | ۱۳/۸ |
| 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 |

همچنین پرسشنامه نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن، براساس گفته‌های بیمار *Dignity conserving repertoire questionnaire (DCRQ)* تکمیل گردید. پرسشنامه نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن، یک پرسشنامه ۴۵ سؤالی است و شامل چهار بعد: امیدواری، عملکرد مذهبی - معنوی، عملکرد نقش، خودمختاری و پذیرش می‌باشد. پرسشنامه فوق 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. فقط عبارات شماره: ۶-۴، ۱۲-۱۰، ۱۴ و ۳۶-۲۷ دارای امتیازدهی منفی است، به عبارت دیگر، در این عبارات، 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 نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن بیشتر می‌باشد. پایایی پرسشنامه نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/96$ و با استفاده از روش دونیمه کردن $r=0/98$ برآورد گردیده است (۲۵). 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، ... با نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن 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 درصد) دارای تحصیلات بی‌سواد هستند و درآمد متوسط ماهانه کمتر از یک میلیون تومان در ماه (۹۲/۳ درصد) دارند. جدول ۱ ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

میانگین نمره نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن در واحدهای مورد پژوهش $0/8 \pm 3/6$ محاسبه گردید. جدول ۲ نشان می‌دهد بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد پذیرش و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد عملکرد نقش است و آزمون آماری آنالیز واریانس با $P < 0/05$ تفاوت معناداری بین میانگین نمره نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن در دو بعد ذکر شده نشان می‌دهد (جدول ۲).

آزمون آماری پیرسون، ارتباط معنی‌دار آماری ($r = -0/330, P < 0/05$) بین سن با نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن نشان داد. این آزمون همچنین ارتباط معنی‌دار آماری ($r = -0/320, P < 0/05$) بین دفعات بستری با نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن نشان داد (جدول ۳).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات "پرسشنامه نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن" و ابعاد آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی

| متغیر | طیف نمرات پرسشنامه | طیف نمرات کسب شده | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------------------------|--------------------|-------------------|---------|--------------|
| امیدواری | ۱-۶ | ۱-۶ | ۳/۹ | ۱/۴ |
| عملکرد مذهبی- معنوی | ۱-۶ | ۱-۵/۸ | ۳/۵ | ۱/۳ |
| عملکرد نقش | ۱-۶ | ۱-۵/۹ | ۳ | ۱/۱ |
| خودمختاری | ۱-۶ | ۱-۶ | ۳/۵ | ۱/۱ |
| پذیرش | ۱-۶ | ۱-۶ | ۴ | ۱/۱ |
| نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن (نمره کل) | ۱-۶ | ۱/۲-۵/۴ | ۳/۶ | ۰/۸ |

جدول ۳- همبستگی بین ویژگی‌های فردی با نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن و ابعاد آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی

| ویژگی‌های فردی | نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن | | | | |
|----------------|---------------------------|---------------------|------------|-----------|--------|
| | امیدواری | عملکرد مذهبی- معنوی | عملکرد نقش | خودمختاری | پذیرش |
| سن | -۰/۱۸۳ | -۰/۰۶۳ | -۰/۱۹۹ | -۰/۳۴۳ | -۰/۰۲۳ |
| تعداد فرزند | -۰/۰۹۶ | -۰/۰۱۵ | -۰/۱۴۶ | -۰/۲۳۶ | ۰/۱۰۸ |
| دفعات بستری | -۰/۲۹۵ | -۰/۰۴۹ | -۰/۳۱۳ | -۰/۲۸۷ | -۰/۰۸۳ |
| شدت بیماری | ۰/۰۷۹ | -۰/۰۹۹ | ۰/۱۸۳ | ۰/۱۲۶ | -۰/۰۰۴ |

*P<۰/۰۵

بحث

در پژوهش حاضر، باتوجه به نتایج به‌دست آمده، بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، سطح متوسطی از نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن را از خود نشان دادند (نمره میانگین ۳/۶ از ۶). به عبارت دیگر، باتوجه به این که حداکثر میانگین نمره قابل اکتساب از "پرسشنامه نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن"، نمره ۶ بود، میانگین نمره شأن کسب شده، در سطح متوسط ارزیابی گردید. این‌گونه نیز می‌توان گفت که در پژوهش حاضر، دیدگاه بیماران مبتلابه نارسایی قلبی نسبت به حفظ شأن خود (امیدواری، خودمختاری، پذیرش) و همچنین فعالیت‌هایی که جهت حفظ شأن خود انجام می‌دهند (عملکرد مذهبی- معنوی، عملکرد نقش) در سطح متوسط می‌باشد. هر چند که میانگین نمره دیدگاه بیماران پژوهش حاضر نسبت به حفظ شأن خود نسبت به میانگین نمره عملکردشان در قبال حفظ شأن بالاتر بود. براساس نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، بیشترین میانگین نمره نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی مربوط به بعد پذیرش و کمترین میانگین نمره، مربوط به بعد عملکرد نقش بود.

باتوجه به این که پژوهش حاضر، برای اولین بار در دنیا و در ایران بر روی شأن بیماران مبتلابه نارسایی قلبی صورت گرفته است، لذا هیچ پژوهش مرتبطی در این زمینه در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی انجام نشده است. نتایج پژوهش حاضر، در زمینه نمره نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن، با نتایج پژوهش کوهینو و همکاران (۲۰۰۶) هم‌خوانی ندارد. پژوهش کوهینو و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد که ۸۱/۴ درصد از بیماران مبتلابه سرطان، از احساس بی‌ارزشی، ۸۳/۷ درصد از احساس نداشتن کنترل بر روی زندگی خود و ۸۳/۳ درصد از

احساس عدم توانایی در داشتن همکاری معنی‌دار و بادوام، رنج می‌بردند (۲۶). یو و همکاران (۲۰۰۸) نیز معتقدند که ناامیدی و اختلال عملکرد نقش از علایمی هستند که بیماران مبتلابه نارسایی قلبی در طول زندگی خود تجربه می‌نمایند (۹). سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل متعدد از جمله تحمیل شدن به دیگران باعث ناامیدی و تهدید شأن بیمار می‌گردد (۲۷). نادیده‌گرفتن مشکلات بیماران مبتلابه نارسایی قلبی در حیطه‌های مختلف، منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی آنان می‌شود (۲۸).

نارسایی قلبی به علت ایجاد عوارض ناتوان‌کننده، موجب تخریب نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌شود. اختلال ایجاد شده در زندگی این بیماران اثر منفی بر وضعیت درمانی بیماران می‌گذارد و می‌تواند عامل ایجاد چرخه‌ای معیوب در این بیماران محسوب می‌شود (۲۸ و ۲۹). به هر حال مشکلات جسمی و روانی در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی باعث می‌شود که این بیماران نتوانند نقش‌های معمول خود در خانواده و جامعه را در جهت حفظ شأن خود انجام دهند و چاره‌ای جز قبول و یا پذیرش مشکلات جسمی و روانی بیماری در زندگی فردی و اجتماعی ندارند. تفاوت یافته پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها می‌تواند به دلیل تفاوت در ابزار استفاده شده و جامعه پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها باشد.

در پژوهش حاضر، آزمون آماری پیرسون، ارتباط منفی و معنی‌داری بین سن و نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن نشان داد. به بیان دیگر، افزایش سن بیماران مبتلابه نارسایی قلبی می‌تواند در کاهش

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

1. Wingate S, Wiegand DLM. End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. *Critical Care Nurse* 2008;28:84-96.
2. Santos JJ, Plewka JE, Brofman PR. Quality of life and clinical indicators in heart failure: A multivariate analysis. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2009;93:159-66.
3. Loyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G. Executive summary: heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010;121:948-54.
4. Gardetto NJ. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go?. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2011;4:39-51.
5. Malek-Afzali H, Mehrabi Y. Population & Health in Iran in future decades. *Journal of Pejouhesh dar Pezeshki* 2001;26:41-7. [Persian].
6. Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. The effectiveness of applying "making sensitivity to re-admission caring model" on controlling congestive heart failure complications among hospitalized patients in tehran cardiovascular centers. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 2009;17:33-50. [Persian].
7. Rahnava Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour Kh. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *HAYAT: The Journal of Tehran Faculty of Nursing and Midwifery* 2006;12:77-86. [Persian].
8. 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:S5.
9. Yu DSF, Lee DTF, Kwong ANT, Thompson DR, Woo J. Living with chronic heart failure: A review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing* 2008;61:474-83.
10. Faith Pratt H, Nancy T, Lindsey M. The lived experience of heart failure at the end of life: A systematic literature review. *Health & Social Work* 2010;35:109-17.
11. 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.
12. Cortis JD, Williams A. Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review* 2007;54:263-70.
13. Wadensten B, Ahlstrim G. The struggle for dignity by people with severe functional disabilities. *Nursing Ethics* 2009;16:453-65.
14. Baillie L. Patient's dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46:23-37.
15. Chochinov HM. Dignity conserving care: A new model for palliative Care: Helping the Patient Feel Valued. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 2002;287:2253-60.

ارتباطات اجتماعی و افزایش احساس تحمیل شدن در آنان تأثیرگذار باشد و بالطبع تضعیف دیدگاه و تلاش آنان را جهت حفظ شأن خودشان به‌دنبال دارد. از طرفی در پژوهش حاضر مشخص گردید که بین سن و شدت بیماری ارتباط مثبت معنی‌دار وجود دارد و بالا رفتن سن باعث بیشتر شدن شدت بیماری نارسایی قلبی می‌گردد و بدتر شدن وضعیت بیماری، کاهش شأن اجتماعی و در نتیجه کاهش نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن را سبب خواهد شد.

براساس پژوهش انجام شده، افزایش سن بیماران، می‌تواند افزایش شدت بیماری را در پی داشته باشد. در نتیجه، این تغییرات باعث تغییر در نقش‌های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی شده و نهایتاً رضایت‌مندی آنها را از زندگی کاهش می‌دهد (۳۰ و ۳۱). همچنین، محدودیت‌های ایجاد شده در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، وظایف شغلی، آنان را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی آنان می‌گردد (۳۰ و ۳۲).

در پژوهش حاضر، همچنین مشخص شد که ارتباط منفی و معنی‌داری بین دفعات بستری و نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن وجود دارد. به عبارت دیگر بیمارانی که چندین بار به علت بیماری نارسایی قلبی، در بیمارستان، بستری مجدد شده بودند، نسبت با سایر بیماران، دیدگاه و عملکرد آنان در جهت ارتقای شأن خودشان ضعیف‌تر بود. در همین راستا و براساس نتایج حاصل از پژوهش‌های صورت گرفته، اختلال ایجاد شده در اثر بیماری نارسایی قلبی در زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، خطر بستری شدن مجدد و مرگ ناشی از این بیماری را افزایش می‌دهد (۳۳، ۳۴). نتایج پژوهش راهنورد و همکاران (۱۳۸۵) نیز مؤید این مطلب است و نشان می‌دهد که بین شدت بیماری، طول مدت ابتلا به بیماری، دفعات مراجعه به پزشک و بستری در بیمارستان در طول یک سال اخیر با ابعاد مختلف جسمی و روانی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۷). به عبارتی، افزایش تعداد دفعات بستری می‌تواند نشان‌دهنده افزایش شدت بیماری در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی باشد و افزایش شدت بیماری می‌تواند باعث تغییر در نقش‌های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی شده و نهایتاً رضایت‌مندی آنها را از زندگی کاهش می‌دهد (۳۰ و ۳۱).

از آنجاکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، سطح متوسطی از نشانه‌های حفاظت‌کننده شأن را از خود نشان دادند، لذا استفاده از راهکارهایی در جهت بهبود دیدگاه و عملکرد این بیماران جهت افزایش احساس ارزشمندی در آنان توصیه می‌شود. به‌کارگیری 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.

16. 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.
17. McClement SE, Chochinov HM, Hack TF, Kristjanson LJ, Harlos M. Dignity-conserving care: Application of research findings to practice. *International Journal of Palliative Nursing* 2004;10:173-9.
18. Chochinov HM. Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care. *Cancer Journal Clinical* 2006;56:84-103.
19. Lam KK. Dignity, respect for dignity, and dignity conserving in palliative care. *Hong Kong Society of Palliative Medicine* 2007;3:30-5.
20. Wainwright P, Gallagher A. Demonstrating dignity. *Nursing Standard* 2008;23:24-5.
21. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 2002;8:143-51.
22. Haghdoost 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].
23. Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences* 2006;1:9-14.
24. 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.
25. 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].
26. 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.
27. Wilson KG, Curran D, McPherson CJ. A burden to others: a common source of distress for the terminally ill. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005;34:115-23.
28. Sadeghi T, Dehghan Nayeri N. Patient dignity: review article. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2009;3:9-19. [Persian].
29. American College of Cardiology. American heart association. committee on the evaluation and management of heart failure. acc/aha guidelines of the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. *Journal of American College of Cardiology* 2001;38:2101-13.
30. 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].
31. Zambroski CH, Kenticky L. Qualitative analysis of living HF. *Heart & Lung* 2003;32:32-40.
32. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality of life measurement in chronic heart failure: Do we take account of the patient perspective?. *European Journal Heart Failure* 2005;7: 572-82.
33. Abedi HA, Yasaman-Alipour M, Abdeyazdan GH. Quality of life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers, 2010. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2011; 13:55-63.[Persian].
34. Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: Why clinicians do not seem to care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2002; 1:183-8.



Evaluation of Dignity Conserving Repertoire and its Related Factors in Heart Failure Patients

Hossein Bagheri (Ph.D.)¹, Farideh Yaghmaei (Ph.D.)^{2*}, Tahere Ashktorab (Ph.D.)³, Farid Zayeri (Ph.D.)⁴

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: The different behaviors of patients to maintain or enhance their dignity, is important to make them feel valuable. This study was conducted to investigate the dignity conserving repertoire 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 unrandomized sampling (Purposive) among patients in Hazrate Rasoolakram, Imam Hossein and Shariati Hospital of Tehran in 2013. After obtaining written and oral consent from samples, demographic questionnaire and dignity conserving repertoire questionnaire (DCRQ) completed by the patients. The data were analyzed by descriptive statistic methods and analytical statistic tests such as: Pearson correlation, One-Way ANOVA and Independent-Sample T Test.

Results: The results indicated that the average age of patients was 62 ± 13.9 year and the majority (51.5%) of them were illiterate and the average of their monthly income were less than ten million IR. Rials per month (92.3 percent). The mean score of dignity conserving repertoire was 3.6 ± 0.8 . The highest mean score were obtained for the acceptance dimension and the lowest mean score were obtained for role performance dimension. ANOVA test with $P < 0.05$ revealed a significant difference in the mean of dignity conserving repertoire score between two mentioned dimensions. Pearson statistic test with $P < 0.05$ showed significant correlation between age and dignity conserving repertoire and between hospitalization number and dignity conserving repertoire.

Conclusion: As the study showed that the patients with heart failure displayed intermediate level of dignity conserving repertoire, it seems that using strategies to improve their views and performance in order to increase their sense of value is recommended.

Keywords: Dignity conserving repertoire, Heart failure, Disease.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: F. Yaghmaei, Email: farideh_y2002@yahoo.com

Citation: Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation dignity conserving repertoire and its related factors in heart failure patients. Journal of Knowledge & Health 2015;10(1):51-57.