

Dignity of heart failure patients referred to Zanjan hospitals

*Moraveji M¹, Yaghmaei F², Bagheri H³

Abstract

Introduction: Heart failure is a major growing problem that reduces the functional capacity of patients and impaired their social life and is important in declining their sense of worth. The aim of this study was to determine dignity of patients with heart failure and its dimensions whom referred to Zanjan hospitals.

Materials & Methods: In this descriptive-correlational study, 132 patients with heart failure were selected in convenience sampling method from cardiology ward of Zanjan hospitals in 2014. In this study, reliability and validity of pervious research was accepted Data were gathered by demographic questionnaire, “Inherent Dignity Questionnaire” (IDQ) and “Social Dignity Questionnaire” (SDQ). Data analysis was conducted using SPSS/19.

Findings: The mean score of inherent dignity was 0.5 ± 5.2 , the mean score of social dignity was 0.4 ± 4.5 and the mean score of dignity in general (inherent dignity + social dignity) was 0.4 ± 4.9 . The findings showed a significant correlation between inherent dignity and social dignity in patients with heart failure ($P < 0.05$).

Conclusion: Increasing communication and family support and society increased inherent dignity and social dignity of patents with heart failure. Using appropriate strategies to maintain and promote patients’ dignity specially their inherent dignity in society and resolving their economic problems, is recommended.

Keywords: Heart failure, Inherent dignity, Social dignity.

Received: 25 June 2015

Accepted: 19 August 2015

1- Department of Nursing, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran. **(Corresponding author)**

E-mail: mahtabmoraveji@yahoo.com

2- Associate Professor, Department of Nursing, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

3- School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

شان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مراجعین به بیمارستان های زنجان

*مهتاب مروجی^۱، فریده یغمایی^۲، حسین باقری^۳

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی یک مشکل عمده رو به رشد است که باعث کاهش ظرفیت‌های عملکردی بیماران و اختلال در زندگی اجتماعی افراد می‌گردد و در کاهش حس ارزشمندی در آنان حائز اهمیت می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین شان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و ابعاد مختلف آن در مراجعین به بیمارستان های زنجان در سال ۱۳۹۲ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: در پژوهش توصیفی - همبستگی حاضر تعداد ۱۳۲ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بخش قلب بیمارستان های زنجان به صورت نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس مشخصات مورد نظر پژوهش انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی، همچنین "پرسشنامه شان ذاتی" (ICQ) (Inherent Dignity Questionnaire) و "پرسشنامه شان اجتماعی" (SDQ) (Social Dignity Questionnaire) بود. در مطالعه حاضر به روایی و پایایی ابزارها در مطالعات قبلی اکتفا شد. تحلیل داده ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره شان ذاتی $0/5 \pm 5/2$ ، میانگین نمره شان اجتماعی $0/4 \pm 4/5$ و میانگین نمره کل شان (شان ذاتی + شان اجتماعی) $0/4 \pm 4/9$ محاسبه گردید. نتایج همبستگی معنی‌دار آماری ($P < 0/05$) بین نمرات شان ذاتی و شان اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد.

نتیجه گیری: افزایش ارتباطات و حمایت‌های خانواده و جامعه به بیماران، باعث ارتقاء شان ذاتی و شان اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌گردد. لذا بکارگیری راهکارهای مختلف جهت حفظ و بهبود شان بیماران مخصوصاً شان ذاتی آنان در جامعه و رفع مشکلات اقتصادی آنان توصیه می‌شود.

کلید واژه ها: نارسایی قلبی، شان ذاتی، شان اجتماعی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۳

۱- مربی، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: mahtabmoraveji@yahoo.com

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان، زنجان، ایران.

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

مقدمه

در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ناتوانی قلب در خون‌رسانی، علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود. این علائم منجر به عدم توانایی انجام فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند. محدودیت‌های ایجاد شده در نارسایی قلبی، همچنین، عملکرد جنسی، وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی وی می‌گردد و بر رضایت و کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد (۱،۲،۳). علاوه بر این، نیاز به مصرف بعضی از داروها نظیر داروهای ادرارآور، در روابط اجتماعی بیمار اختلال ایجاد کرده و به نوعی کیفیت زندگی آنها را در بعد اجتماعی متأثر می‌سازد (۱). این بیماری در مقایسه با سایر بیماریهای مزمن موجب تخریب بیشتر نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌گردد (۴).

بر اساس پژوهش "پرسشنامه شأن ذاتی" (Inherent Dignity Questionnaire) (ICQ) و "پرسشنامه شأن اجتماعی" (Social Dignity Questionnaire) (SDQ) و همکاران (۵) زمانی که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی احساس کمبود حمایت و مراقبت می‌کنند، این احساس را پیدا می‌کنند که ارزش خود را از دست داده‌اند و احساس ناامیدی به دلیل وابستگی خودشان به کمک و خوش نیتی دیگران می‌نمایند و نگران تغییرات ناخواسته در زندگی آینده‌ی خود به دلیل شرایط بیماری نارسایی قلبی می‌شوند (۵). از طرف دیگر، Dunderdale و همکاران (۲) بیان می‌کنند که شدت و تعدد علائم بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ماهیتی تهدیدکننده داشته و احساس مرگ زود هنگام، سبب بروز ترس، نگرانی و اختلالات خلقی در آنها می‌گردد (۲). لذا، اگر غیر قابل پیش‌بینی بودن پیش‌آگهی بیماری نارسایی قلبی با برخی از سرطان‌های شایع مورد مقایسه قرار گیرد، می‌توان گفت که نارسایی قلبی واقعاً یک بیماری بدخیم و خطرناک محسوب می‌گردد (۶). به همین دلیل، احتیاج به مراقبت‌های تسکینی در این بیماران ضروری می‌باشد (۶) 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 آنها می‌باشد (۷). لذا، حفظ و رعایت شأن بیمار به عنوان یک انسان، از مهمترین اصول اخلاق حرفه‌ای و پزشکی و حقوق بیمار است و همواره می‌بایست وی را در چرخه درمان، در جایگاه انسان نگرینست و از نگاه ابزارگرایانه به او پرهیز نمود (۸). از نظرات متفاوت در زمینه جنبه‌های مختلف مفهوم شأن، دو جنبه

کلی شأن انسانی و شأن اجتماعی استنباط می‌شود. شأن انسانی یک ارزش ذاتی و جدایی‌ناپذیر است که به هر فرد تعلق دارد، قابل اندازه‌گیری و مقایسه می‌باشد (۹) در مقابل، شأن انسانی، شأن اجتماعی، قابل اندازه‌گیری و اکتساب از طریق تعاملات در رده‌های اجتماعی است (۱۰).

پژوهش‌های صورت گرفته، اکثراً بر نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر جهت شناسایی عوامل حفظ و یا ارتقاء دهنده شأن در بخش‌ها و بیماران مختلف بیمارستان (۱۱) و آزمون و ارزیابی عوامل مرتبط با شأن در فرهنگ‌های مختلف (۱۲) تأکید کرده‌اند. لذا، پژوهش حاضر پژوهش حاضر با هدف تعیین شأن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و ابعاد مختلف آن در مراجعین به بیمارستان‌های زنجان در سال ۱۳۹۲ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی بوده و جامعه مورد مطالعه آن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش قلب بیمارستان‌های زنجان "ولیعصر (عج)" و "آیت‌الله موسوی" در سال ۱۳۹۲ بودند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج بوده و تعداد ۱۳۲ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی (۳۱،۴۱) از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. معیارهای ورود در این پژوهش شامل موارد زیر بود:

۱- نارسایی قلبی بیماران شرکت‌کننده بر اساس نظر پزشک متخصص قلب تأیید گردید.

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

۳- قادر به تکلم به زبان فارسی بودند.

۴- علاقمند به شرکت در پژوهش حاضر بودند.

در صورتی که نمونه‌ها، فاقد معیارهای ذکر شده در بالا بودند و یا قادر به همکاری در هر مرحله از مطالعه نبودند، از مطالعه حذف می‌شدند. پس از اخذ مجوز انجام پژوهش و انجام هماهنگی لازم با مسئولین محیط پژوهش، هدف از انجام پژوهش برای هریک از نمونه‌ها توضیح داده شد و رضایت کتبی و شفاهی آنان جلب گردید و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی و همچنین "پرسشنامه شأن ذاتی" (Inherent Dignity Questionnaire) (ICQ) و "پرسشنامه شأن اجتماعی" (Social Dignity Questionnaire) (SDQ) بر اساس

گفته های بیمار تکمیل گردید.

"پرسشنامه شأن ذاتی"، یک پرسشنامه ۲۴ سؤالی است که توسط باقری و همکاران (۱۷) طراحی شده است و شامل سه بعد: شأن ذاتی در خانواده، شأن ذاتی در جامعه و شأن ذاتی در محیطهای درمانی می باشد. این پرسشنامه، در مقیاس شش درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) است و دامنه نمرات از ۱ تا ۶ در هر عبارت، متغیر می باشد. اکثر عبارات دارای نمره دهی مثبت هستند. به طوری که نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۶ برای گزینه کاملاً موافقم منظور گردیده است و فقط عبارات شماره ۱۳ دارای نمره دهی منفی است، به عبارت دیگر، در این عبارت، نمره 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 نشان دهنده شأن بالاتر می باشد. روایی "پرسشنامه شأن ذاتی" توسط باقری و همکاران (۱۷) از طریق روایی صوری، روایی محتوی و روایی سازه تعیین گردیده است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0/94$ و با استفاده از روش دو نیمه کردن $I = 0/96$ تأیید گردید (۱۷).

"پرسشنامه شأن اجتماعی" یک پرسشنامه ۷۷ سؤالی است که توسط باقری و همکاران (۱۷) طراحی شده است و شامل دو بعد: ارتباط و حمایت (ارتباط و حمایت خانواده، ارتباط و حمایت جامعه، ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی) و تحمیل شدن به دیگران (جسمی - روانی - اجتماعی، اقتصادی) می باشد. این پرسشنامه، در مقیاس شش درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) است و دامنه نمرات از ۱ تا ۶ در هر عبارت، متغیر می باشد. اکثر عبارات دارای نمره دهی مثبت هستند، به طوری که نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۶ برای گزینه کاملاً موافقم منظور گردیده است و فقط عبارات شماره: ۹-۷، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۳۴-۳۱، ۴۰، ۳۸، ۵۳-۵۰، ۵۹، ۶۲ و ۷۷-۶۹ دارای نمره دهی منفی هستند. به عبارت دیگر، در این عبارات، نمره 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 نشان دهنده شأن اجتماعی بالاتر می باشد. روایی پرسشنامه شأن اجتماعی توسط باقری و همکاران (۱۷) از طریق روایی صوری، روایی محتوایی و روایی سازه تعیین گردیده است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = 0/97$ و با استفاده از روش دو نیمه کردن $I = 0/99$ تأیید گردید (۱۷). در مطالعه حاضر به

روایی و پایایی تأیید شده در مطالعات قبلی اکتفا شد.

با توجه به مطالعات انجام شده، شأن بیمار شامل شأن ذاتی و شأن اجتماعی می باشد (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، لذا در پژوهش حاضر، مجموع میانگین نمرات دو پرسشنامه شأن ذاتی و شأن اجتماعی، به عنوان نمره شأن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در نظر گرفته شد. پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از روش های آماری توصیفی و آزمون آماری پیرسون با کمک نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته ها

بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۲/۳ محاسبه گردید و اکثریت آنان (۳۶/۴ درصد) بی سواد بودند. ۴۸/۵ درصد مذکر و ۵۱/۵ درصد مونث، ۹۱/۷ درصد ساکن شهر و ۸۳ درصد ساکن روستا بودند. جدول ۱ ویژگیهای فردی نمونه های پژوهش حاضر را نشان می دهد. میانگین نمره شأن ذاتی $0/5 \pm 0/4$ ، میانگین نمره شأن اجتماعی $0/4 \pm 0/4$ و میانگین نمره کل شأن (شأن ذاتی + شأن اجتماعی) $0/4 \pm 0/4$ محاسبه گردید (جدول ۲ و ۳).

در "پرسشنامه شأن ذاتی"، بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد شأن ذاتی در محیطهای درمانی و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد شأن ذاتی در جامعه است (جدول ۲). همچنین، در "پرسشنامه شأن اجتماعی"، بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد ارتباط و حمایت خانواده و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) است (جدول ۳). آزمون آماری پیرسون، همبستگی معنی دار آماری ($P < 0/05$) بین نمرات شأن ذاتی و شأن اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

درصد	فراوانی	ویژگیهای فردی
۲۵/۵	۳۱	سن (سال) کمتر از ۴۵
۲۳/۴	۳۱	۶۵-۴۵
۵۳	۷۰	بالای ۶۵
۳۶/۴	۴۸	تحصیلات بی سواد
۳۲/۶	۴۴	زیر دیپلم
۱۵/۹	۲۱	دیپلم
۱۵/۲	۲۰	دانشگاهی
۱۷/۴	۲۳	وضعیت تأهل مجرد
۵۰	۶۶	متأهل
۲۵	۳۳	همسر فوت شده
۷۶	۱۰	مطلقه
۱۲/۱	۱۶	شغل کارمند
۱۱/۴	۱۵	کارگر
۱۱/۴	۱۵	کشاورز
۴۴/۷	۵۹	خانه‌دار
۶/۸	۹	آزاد
۶/۱	۸	بازنشسته
۴۵/۵	۶۰	درآمد متوسط ماهانه خانواده (هزار تومان) کمتر از یک میلیون
۵۴/۵	۷۲	یک تا دو میلیون
۶۲/۱	۸۲	مدت زمان ابتلا به بیماری کمتر از یک سال
۳۰/۳	۴۰	۱-۵
۷/۵	۱۰	بیش از ۵ سال
۳۸	۳۷	دفعات بستری دارد
۷۲	۹۵	ندارد

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

متغیر	طیف نمرات قابل کسب از پرسشنامه	طیف نمرات کسب شده توسط نمونه‌ها	میانگین	انحراف معیار
شأن ذاتی در خانواده	۱-۶	۴-۶	۵/۲	۰/۶
شأن ذاتی در جامعه	۱-۶	۳/۴-۶	۵	۰/۶
شأن ذاتی در محیط‌های درمانی	۱-۶	۳/۷-۶	۵/۴	۰/۷
شأن ذاتی (نمره کل)	۱-۶	۴/۱-۵/۹	۵/۲	۰/۵

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات شأن اجتماعی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

متغیر	طیف نمرات قابل کسب از پرسشنامه	طیف نمرات کسب شده توسط نمونه‌ها	میانگین	انحراف معیار
ارتباط و حمایت خانواده	۱-۶	۳/۸-۵/۲	۴/۷	۰/۴
ارتباط و حمایت جامعه	۱-۶	۲/۷-۶/۷	۴/۶	۰/۶
ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی	۱-۶	۲/۳-۶/۵	۴/۵	۰/۵
تحمل شدن به دیگران (جسمی-روانی-اجتماعی)	۱-۶	۲-۵/۷	۴/۲	۰/۹
تحمل شدن به دیگران (اقتصادی)	۱-۶	۲-۶	۴	۱
شأن اجتماعی (نمره کل)	۱-۶	۳/۳-۵/۱	۴/۵	۰/۴

بحث

بر اساس نتایج بدست آمده بیشترین نمره شان ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مربوط به بعد شان ذاتی در محیط‌های درمانی و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد شان ذاتی در جامعه است. نتایج حاضر با نتایج مطالعه باقری و همکاران (۱۶) مطابقت دارد. باقری و همکاران (۱۶) نیز سطح خوبی از شان ذاتی (۴/۶) را برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گزارش نمودند. Chochinov و همکاران با انجام پژوهشی مشابه بر روی ۲۱۱ بیمار بالای ۱۸ سال و مبتلا به سرطان و بکارگیری "سیاهه شان بیمار"، میزان تهدید شان بیماران را در ۴ بعد جسمی، روانی، اجتماعی و وجودی بررسی نمودند (۲۱). میانگین نمره کسب شده در پژوهش Thompson & Chochinova (۲۰)، ۱۶ از ۲۲ محاسبه شد. به عبارت دیگر، شان بیماران در سطح ضعیف قرار داشته و مورد تهدید بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Thompson & Chochinova (۲۰) منطبق نمی‌باشد. یکی از علل این تفاوت در نتایج، می‌تواند نوع جامعه پژوهش باشد که در پژوهش حاضر جامعه پژوهش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بوده اند ولی در پژوهش Chochinov و همکاران (۲۱)، جامعه پژوهش بیماران مبتلا به سرطان در مرحله انتهایی، می‌باشد. نکته دیگر این که، ابعاد "سیاهه شان بیمار" در پژوهش Thompson & Chochinova (۲۰) شامل: جسمی، روانی، اجتماعی و وجودی می‌باشد و در پژوهش حاضر از دو پرسشنامه شان ذاتی و شان اجتماعی برای سنجش شان بیماران استفاده شده است. از طرف دیگر، علت بالا بودن نمره شان در بیماران پژوهش حاضر، شاید این نکته باشد که در فرهنگ‌های اسلامی مانند ایران، به سلامتی و بیماری به عنوان یک موهبت الهی نگاه می‌شود و همچنین، به بعد وجودی انسان یا شان ذاتی افراد و بعد خانواده به عنوان یکی از ابعاد پرسشنامه‌های شان ذاتی و شان اجتماعی اهمیت خاص داده می‌شود. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، در موقعیت‌هایی مانند بیماری، ارتباطات، احترام و حمایت‌های خانواده بیشتر می‌گردد و وجود این فرهنگ ارتقاء شان و حمایت از بیمار، باعث توسعه شان بیمار می‌گردد (۱۲، ۱۱).

Jacelon و همکاران (۳۲) نیز با استفاده از "مقیاس شان نسبت داده شده"، درک سالمندان را از شان خود بررسی نمودند. میانگین نمره شان کسب شده در این پژوهش، ۹۹ از ۱۱۵ و در سطح خوب گزارش گردید. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Jacelon و همکاران (۳۲) مورد تأیید قرار می‌گیرد. اگر چه جامعه

مورد مطالعه در پژوهش حاضر با پژوهش فوق متفاوت است ولی ابعاد ابزار اندازه‌گیری شان در این دو پژوهش با هم، هم پوشانی دارند. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دوست دارند که ارزش‌هایشان حفظ گردد و با آنها به عنوان یک انسان کامل و نه یک بیمار رفتار شود (۳۲).

بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، بیشترین نمره شان اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مربوط به بعد ارتباط و حمایت خانواده و کمترین نمره شان اجتماعی مربوط به بعد تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) بود. در پژوهش باقری و همکاران (۱۷) بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارای سطح خوبی از شان اجتماعی بودند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج سایر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه مطابقت ندارد. در این راستا، پژوهش Chochinov و همکاران (۲۱) نشان داد که ۸۷/۱ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، از احساس تحمیل شدن به دیگران، ۸۷/۱ درصد از عدم وجود ارتباط توأم با احترام و ۸۰/۳ درصد از عدم حمایت لازم از طرف جامعه رنج می‌بردند. بر اساس پژوهش شجاعی (۲۵)، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در حیطه اجتماعی و اقتصادی زندگی خود دارای بیشترین مشکلات می‌باشند. بیماران نارسایی قلبی، اغلب احساس سرباری و تحمیل شدن به نزدیکان خود و جامعه را دارند و از این جهت احساس ترس می‌نمایند (۵). هیچ یک از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی آرزوی تحمیل شدن به دیگران و سربار دیگران بودن را ندارند (۵). تحمیل شدن به دیگران در زمینه‌های مختلف در یک بیمار، یکی از منابع اصلی تهدیدکننده شان وی محسوب می‌گردد (۲۶، ۲۷، ۲۸). تفاوت نتایج پژوهش حاضر با سایر مطالعات صورت گرفته می‌تواند به علت تفاوت در جامعه پژوهش و نوع ابزار مورد استفاده در پژوهش‌های ذکر شده باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در مجموع از شان کلی در سطح خوب برخوردار بودند. در این راستا، نتایج حاضر با نتایج مطالعه باقری و همکاران (۱۷) همخوانی دارد. در ارتباط با پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه شان در سایر بیماران، Chochinov و همکاران (۲۶) در مطالعه خود نتیجه گرفتند که ۵۴ درصد بیماران اظهار داشته بودند که شان آنها مورد تهدید واقع نشده است و فقط ۷/۵ درصد آنها بیان کرده بودند که از دست دادن شان نگرانی عمده آنها محسوب می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Jacelon و همکاران (۲۳) نیز مورد تأیید قرار می‌گیرد که میانگین نمره شان کسب شده، را در سطح خوب گزارش کردند. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Chochinov و همکاران (۲۱) منطبق نمی‌باشد. در مطالعه فوق، شان بیماران در

اجتماعی، به عنوان نمره شأن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در نظر گرفته شده است. لذا وجود همبستگی مستقیم و معنی دار بین این دو متغیر می تواند به دلیل اشتراک زیاد عبارات پرسشنامه های مربوط به این دو متغیر باشد.

نتیجه گیری نهایی

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که افزایش ارتباطات و حمایت های خانواده و جامعه و احترام به بیماران از طرف خانواده، جامعه و کارکنان مراقبتی باعث ارتقاء شأن ذاتی و شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می گردد و این می تواند در مثبت شدن دیدگاه آنها و توسعه رفتارهای بیماران در جهت حفظ یا ارتقاء شأن خودشان، نقش مهمی ایفا نماید. با توجه به اهمیت نقش یکایک افراد در خانواده، جامعه و نظام بهداشتی - درمانی و تعهد آنان در حفظ و ارتقاء شأن بیماران، لذا بکارگیری راهکارهای مختلف جهت حفظ و بهبود شأن بیماران توصیه می شود. در پژوهش حاضر، عوامل متعددی می توانست بر پاسخ گوئی بیماران به عبارات پرسشنامه ها، مخصوصا عبارات مربوط به محیط درمانی و کارکنان مراقبتی، اثرگذار باشند که کنترل همه آن ها امکان پذیر نبود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره ۴۲۴۶ و تاریخ ۱۳۹۲/۰۳/۱۹ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان می باشد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و مسئولین محترم محیط انجام پژوهش و نیز از شرکت کننده ها تشکر و قدردانی می شود.

سطح ضعیف قرار داشت. شاید از علل این تفاوت در نتایج، نوع جامعه پژوهش و نوع پرسشنامه استفاده شده در مطالعه ذکر شده باشد. وجود فرهنگ های اسلامی مانند ایران و نوع نگاه به سلامتی و بیماری به عنوان یک موهبت الهی و همچنین به بعد وجودی انسان یا شأن ذاتی افراد و بعد خانواده در افزایش شأن ذاتی بیماران تأثیرگذار می باشد.

در پژوهش حاضر، شأن اجتماعی و شأن ذاتی با نمره کل شأن، همبستگی مستقیم و معنی داری داشت. به بیان دیگر، احترام به بیمار از طرف خانواده و جامعه و ارتقاء ارتباطات و حمایت های بیمار از طرف خانواده و جامعه، باعث توسعه شأن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های صورت گرفته در این زمینه همخوانی دارد. در همین راستا، Sundin و همکاران (۵) در پژوهش خود دریافتند که حمایت ها و ارتباطات اجتماعی، به عنوان یکی از جنبه های شأن اجتماعی، در احساس خوب بودن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی اثرگذار می باشد و اگر این ارتباط حمایت کننده، وجود نداشته باشد، آنها احساس تحمیل شدن به دیگران را خواهند کرد. بر اساس نظر Falk و همکاران (۲۴) بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دوست دارند که همان شبکه ارتباطی و دوستان قبل از بیماری خود را داشته باشند و ارزش هایشان حفظ گردد و با آنها به عنوان یک انسان کامل و نه یک بیمار رفتار شود. پژوهش ها نشان می دهند که تقویت شأن اجتماعی دارای اثرات مثبت بر روی شأن بیمار می باشد (۲۶، ۲۷، ۲۱).

دلیل وجود همبستگی مستقیم بین شأن اجتماعی و شأن ذاتی با نمره کل شأن در پژوهش حاضر می تواند ناشی از همپوشانی زیاد محتوای این دو متغیر باشد. همانطور که اشاره شد، در پژوهش حاضر، مجموع میانگین نمرات این پرسشنامه شأن ذاتی و پرسشنامه شأن

منابع

- 1- Zambroski CH, Kenticky L. Qualitative analysis of living HF. *Heart & Lung*. 2003; 32(1): 32-40.
- 2- 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(4): 572-582.
- 3- Pihl E, Fridlund B, Martensson J. Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure: A phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 25(1): 3-11.
- 4- 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. *Journal of Cardiac*

Failure. 2003; 9(5): 55.

5- Sundin K, Bruce E, Barremo AS. Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal of Qualitative Studies Health & Well-being*. 2010; 5(2): 5064.

6- Oleary N, Murphy NF, Oloughlin C, Tiernan E, McDonald K. A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients. *European Journal of Heart Failure*. 2009; 11(4): 406–412.

7- Chattoo S, Atkin KM. Extending specialist palliative care to people with heart failure: Semantic, historical and practical limitations to policy guidelines. *Social Science & Medicine*. 2009; 69(2): 147–153.

8- 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): 1-7.

9- Jolayi S, Nickbakhte Nosratabadi A.R, Parsa Yekta Z. [Phenomenological explanation of patient rights]. PhD Thesis in Nursing Education. Iran University of Medical Sciences and Health Services. 2007 (Persian).

10- Sadeghi T, Dehghan Nayeri N. [Dignity of the patient: review of the literature]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009; 3(1):9-19 (Persian).

11- Jacobson N. Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine*. 2007; 64(2): 292-302.

12- Baillie L. Patient's dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(1): 23–37.

13- 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(17): 2253–2260.

14- Haghdoost A.R. [Do you sense a deeper sample size and power of statistical tests your understanding]. *Journal of Epidemiology*. 2009; 5 (1): 57-63 (Persian).

15- Naing LT, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*. 2006; 1(1): 9-14.

16- Raphael C, Briscoe C, Davies J, Ian Whinnett Z, Manisty C, Sutton R, et al. Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart*. 2007; 93(4): 476-482.

17- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. [Examine factors associated with their heart failure patients: Psychometric assessment tools to protect the dignity and the dignity of the test pattern]. PhD Thesis in Nursing. Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. 2012 (Persian).

18- Rhiminezhad A. [Human dignity in criminal law]. PhD Thesis in criminal law. Tarbiat Modares University 2007 (Persian).

- 19- Lam KK. Dignity, respect for dignity, and dignity conserving in palliative care. *Hong Kong Society of Palliative Medicine*. 2007; 3(3): 30-35.
- 20- Thompson GN, Chochinova HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2008; 2(1): 49–53.
- 21- Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine*. 2006; 9(3): 666-672.
- 22- Pleschberger S. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: The residents' view. *Age and Ageing*. 2007; 36(2): 197–202.
- 23- Jacelon CS, Dixon J, Knafl KA. Development of the attributed dignity scale. *Research in Gerontological Nursing*. 2009; 2(3): 202-213.
- 24- Falk S, Wahn AK, Lidell E. Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. A qualitative study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 6(2): 192-199.
- 25- Shojae F. [Quality of Life in Patients with Heart Failure]. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences (Hayat)*. 2009; 14 (2): 5- 13. (Persian).
- 26- Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet* 2002a; 360(9350): 2026-2030.
- 27- Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: An empirical model. *Social & Science Medicine*. 2002b; 54(3): 433–443.
- 28- 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(4): 173-179.