



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

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

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری- 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 پروتئومیکس- گروه آمار حیاتی- استادیار.

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

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی یک مشکل عمده رو به رشد است که نه تنها بیماران بلکه خانواده آنان و شبکه اجتماع را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش ظرفیت‌های عملکردی بیماران و اختلال در زندگی اجتماعی افراد می‌گردد. پژوهش حاضر با هدف تعیین شأن اجتماعی 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 مبتنی بر هدف بوده و تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلابه نارسایی قلبی از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه شأن اجتماعی، براساس گفته‌های بیمار تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های آماری پیرسون، آنالیز واریانس یک طرفه و تی مستقل و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

نتایج: میانگین نمره شأن اجتماعی در واحدهای مورد پژوهش $4/3 \pm 0/7$ محاسبه گردید. بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد ارتباط و حمایت جامعه و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) است و آزمون آماری آنالیز واریانس با $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره شأن اجتماعی در دو بعد ذکر شده نشان می‌دهد. آزمون آماری پیرسون، ارتباط منفی معنی‌دار آماری بین دفعات بستری با نمره شأن اجتماعی نشان داد. این آزمون همچنین ارتباط مثبت معنی‌دار آماری بین شدت بیماری (کسر تخلیه‌ای بطن چپ) با نمره شأن اجتماعی نشان داد. **نتیجه‌گیری:** هرچند که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، از شأن اجتماعی خوبی برخوردار هستند و از ارتباط و حمایت جامعه رضایت دارند ولی از لحاظ اقتصادی احساس تحمیل شدن به دیگران می‌نمایند. لذا به‌کارگیری حمایت‌های جسمی، روانی و اقتصادی از این بیماران در جهت حفظ و ارتقاء هرچه بیشتر شأن اجتماعی در آنان پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: شأن اجتماعی، نارسایی قلبی، بیماران.

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

ارجاع: باقری حسین، یغمایی فریده، اشک‌تراب طاهره، زابری فرید. بررسی شأن اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۴؛ ۱۰(۳): ۶۸-۷۴.

مقدمه

بیماری نارسایی قلبی در حال حاضر مهم‌ترین علت ایجاد ناتوانی در انسان است (۱ و ۲) و به‌عنوان یک بیماری مدرن در قرن حاضر محسوب می‌گردد (۳ و ۴). در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده ناتوانی و مرگ به‌شمار می‌رود و با تغییر هرم سنی جامعه و پیر شدن 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 (Control disease for center) در ایران منتشر کرده است، شیوع مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور، ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است (۷).

پژوهش‌های متعدد نیز نشان داده است که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارای عملکرد جسمی ضعیف و افسردگی (۸) و سطح کیفیت زندگی پایین‌تر در مقایسه با مبتلایان سایر بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، آرتروز، آنژین ناپایدار و بیماران با سابقه سکته قلبی می‌باشند (۹ و ۱۰). این بیماری در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن موجب تخریب بیشتر نقش عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌گردد (۸).

عدم توانایی انجام فعالیت موجب می‌شود بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در انجام فعالیت‌های معمول زندگی، استقلال خود را از دست بدهند و در مراقبت از خود به دیگران وابسته شوند، لذا کیفیت زندگی خانواده این بیماران نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۱). نیازهای اجتماعی در بیماران نارسایی قلبی بار سنگینی برای بیمار محسوب می‌گردد. از لحظه‌ای که یک فرد متوجه می‌شود که دیگر درمانی برای بیماری وی وجود ندارد، در آن صورت است که فرد خودش را از دیگران و اطرافیان متفاوت در نظر می‌گیرد (۱۲).

اگر غیرقابل 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 (۱۳). به همین دلیل، احتیاج به مراقبت‌های تسکینی (Palliative care) در این بیماران ضروری می‌باشد (۱۴) 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 (۱۵). شأن اجتماعی بیماران، شامل نگرانی‌های اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است که می‌تواند باعث تقویت یا تضعیف شأن آنان گردد (۱۶-۱۹). کاربردهای شأن اجتماعی نشان می‌دهد که چگونه این نوع شأن می‌تواند به میزان کم یا زیاد و به صورت کلامی یا غیرکلامی مورد تهدید واقع شود (۲۰).

پژوهش حاضر در نوع خود بدیع بوده و براساس بررسی صورت گرفته توسط پژوهشگر، در داخل و خارج کشور، پژوهشی در زمینه شأن اجتماعی

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت نگرفته است. لذا باتوجه به خلاء اطلاعاتی موجود در زمینه شأن اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، انجام پژوهش حاضر، به‌عنوان یک ضرورت در نظر گرفته شد و پژوهش حاضر با هدف تعیین شأن اجتماعی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بخشی از یک پژوهش وسیع‌تر بوده و جامعه مورد مطالعه آن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش قلب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران [بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی] در سال ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف و براساس مشخصات مورد نظر پژوهشگر بوده و تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی ($P=0/5$ ، $d=0/1$ و $\alpha=0/05$) (۲۱ و ۲۲) از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. تشخیص نارسایی قلبی در تمامی شرکت‌کنندگان، براساس نظر پزشک متخصص قلب دارای سابقه کار با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفت. مشخصات موردنظر پژوهشگر در این پژوهش شامل موارد زیر می‌باشند:

۱) بیماران مبتلا به کلاس II تا IV نارسایی قلبی براساس طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک (۲۳)، شامل بیماران مبتلا به نارسایی قلب با طیفی از محدودیت حرکتی، از خفیف تا شدید ناشی از بیماری بودند.

۲) قادر به صحبت کردن 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 همچنین پرسشنامه شأن اجتماعی (SDQ: Social dignity questionnaire)، براساس گفته‌های بیمار تکمیل گردید. پرسشنامه شأن اجتماعی، یک پرسشنامه ۷۷ سؤالی 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) می‌باشد. این پرسشنامه، 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، به‌طوری‌که امتیاز ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۶ برای گزینه کاملاً موافقم منظور گردیده است و فقط عبارات شماره: ۹-۷، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۳۴-۳۱، ۳۸، ۴۰، ۵۳-۵۰، ۵۹، ۶۲ و ۷۷-۶۹ دارای امتیازدهی منفی هستند، به‌عبارت‌دیگر، در این عبارات، امتیاز ۱ برای کاملاً موافقم تا ۶ برای گزینه کاملاً مخالفم در نظر گرفته شده است. میانگین نمره عبارات پرسشنامه،

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

درصد	فراوانی	ویژگی‌های فردی سن (سال)
۱۰/۸	۱۴	کمتر از ۴۵
۴۵/۴	۵۹	۴۵-۶۵
۴۳/۸	۵۷	بالای ۶۵
جنس		
۶۷/۷	۸۸	مرد
۳۲/۳	۴۲	زن
تحصیلات		
۵۱/۵	۶۷	بی‌سواد
۳۳/۹	۴۴	زیر دیپلم
۱۰	۱۳	دیپلم
۴/۶	۶	دانشگاهی
وضعیت تأهل		
۳/۱	۴	مجرد
۷۶/۲	۹۹	متأهل
۱۹/۲	۲۵	همسر فوت شده
۱/۵	۲	مطلقه
شغل		
۲/۳	۳	کارمند
۱/۵	۲	کارگر
۶/۲	۸	کشاورز
۳۱/۵	۴۱	خانه‌دار
۴۴/۶	۵۸	آزاد
۱۳/۹	۱۸	بازنشسته
تعداد فرزند		
۲۰/۸	۲۷	کمتر از ۲
۴۴/۶	۵۸	۲-۵
۳۴/۶	۴۵	بیش از ۵
درآمد متوسط ماهانه خانواده (هزار تومان)		
۳۸/۵	۵۰	کمتر از ۵۰۰
۵۳/۸	۷۰	۵۰۰ هزار تا یک میلیون
۷/۷	۱۰	بیشتر از یک میلیون
محل سکونت		
۷۸/۵	۱۰۲	شهر
۲۱/۵	۲۸	روستا
دفعات بستری		
۷۵/۴	۹۸	کمتر از ۲
۱۷/۷	۲۳	۲-۵
۶/۹	۹	بیشتر از ۵
شدت بیماری (میزان کسر تخلیه‌ای بطن چپ)		
۴۰	۵۲	۴۰-۵۰٪
۵۳/۱	۶۹	۲۰-۴۰٪
۶/۹	۹	<۲۰٪

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 شأن اجتماعی با نتایج

نمره کل پرسشنامه محسوب خواهد شد و نمره بالاتر نشان‌دهنده شأن اجتماعی بالاتر می‌باشد. پایایی پرسشنامه شأن اجتماعی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/97$ و با استفاده از روش دونیمه کردن $r=0/99$ برآورد گردیده است (۲۴). 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 شأن اجتماعی 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) 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 شأن اجتماعی در واحدهای مورد پژوهش $4/3 \pm 0/7$ محاسبه گردید. جدول ۲ نشان می‌دهد بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد ارتباط و حمایت جامعه و کمترین میانگین نمره مربوط به بعد تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) است و آزمون آماری آنالیز واریانس با $P < 0/05$ ، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره شأن اجتماعی در دو بعد ذکر شده نشان می‌دهد (جدول ۲).

آزمون آماری پیرسون، ارتباط منفی معنی‌دار آماری ($P < 0/05$)، $r = -0/189$ بین دفعات بستری با نمره شأن اجتماعی نشان داد. این آزمون همچنین ارتباط مثبت معنی‌دار آماری ($r = 0/177$ ، $P < 0/05$) بین شدت بیماری (کسر تخلیه‌ای بطن چپ (LVEF: Left ventricular Ejection fraction)) با نمره شأن اجتماعی نشان داد (جدول ۳). آزمون‌های آماری، ارتباط معنی‌داری بین نمره کل شأن اجتماعی و سایر ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش نشان نداد.

بحث

در پژوهش حاضر، باتوجه به نتایج به‌دست آمده، بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، از شأن اجتماعی خوبی برخوردار بودند (نمره میانگین $4/3$ از 6). به عبارت دیگر، باتوجه به این که حداکثر میانگین نمره قابل اکتساب از "پرسشنامه شأن اجتماعی"، نمره ۶ بود، میانگین نمره شأن کسب شده، در سطح خوب ارزیابی گردید. همچنین، براساس نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، بیشترین نمره شأن اجتماعی بیماران مبتلابه نارسایی قلبی مربوط به بعد ارتباط و حمایت جامعه و کمترین نمره شأن اجتماعی مربوط به بعد تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) بود.

عدم وجود ارتباط توأم با احترام و ۸۰/۳ درصد از عدم حمایت لازم از طرف جامعه رنج می‌بردند (۲۵). براساس پژوهش شجاعی (۱۳۸۷)، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در حیطه اجتماعی و اقتصادی زندگی خود دارای بیشترین مشکلات می‌باشند (۲۶).

سایر پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه مطابقت ندارد. در ارتباط با پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه شأن در سایر بیماران، پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که ۸۷/۱ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، از احساس تحمیل شدن به دیگران، ۸۷/۱ درصد از

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

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

جدول ۳- همبستگی بین ویژگی‌های فردی با شأن اجتماعی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

ویژگی‌های فردی	شأن اجتماعی (نمره کل)	ارتباط و حمایت خانواده	ارتباط و حمایت جامعه	ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی	تحمیل شدن به دیگران (جسمی-روانی-اجتماعی)	تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی)
سن	-۰/۱۶۲	-۰/۱۰۰	-۰/۰۶۲	-۰/۱۷۷	-۰/۱۸۳	-۰/۰۷۰
تعداد فرزند	-۰/۰۰۵	۰/۱۱۵	-۰/۰۶۴	۰/۰۰۸	-۰/۲۱۸	-۰/۰۵۵
دفعات بستری	-۰/۱۸۹*	-۰/۱۰۶	-۰/۰۹۳	-۰/۱۳۹	-۰/۲۶۸	-۰/۱۲۸
شدت بیماری	۰/۱۷۷*	-۰/۰۴۶	۰/۲۵۹	۰/۱۲۷	۰/۱۰۳	-۰/۱۲۴

P<۰/۰۵*

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقویت شأن اجتماعی دارای آثار مثبت بر روی شأن بیمار می‌باشند و برعکس (۱۷، ۲۵ و ۳۱).

در پژوهش حاضر، آزمون آماری پیرسون، ارتباط منفی و معنی‌داری بین دفعات بستری و شأن اجتماعی نشان داد. به عبارت دیگر بیمارانی که چندین بار به علت بیماری نارسایی قلبی، در بیمارستان، بستری مجدد شده بودند، نسبت به سایر بیماران، از حمایت‌ها و ارتباطات اجتماعی کمتری برخوردار بودند و بیشتر احساس تحمیل شدن به دیگران می‌کردند. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاصل از سایر پژوهش‌ها هم‌خوانی دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیماری نارسایی قلبی باعث اختلال در زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شده و خطر بستری شدن مجدد و مرگ ناشی از این بیماری را افزایش می‌دهد (۳۲ و ۳۳) و بین 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 مبتلا به نارسایی قلبی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۷).

در پژوهش حاضر، همچنین مشخص شد که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین شدت بیماری (کسر تخلیه‌ای بطن چپ) و شأن اجتماعی وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش کسر تخلیه‌ای بطن چپ (بهبود بیماری)، در این بیماران باعث بهبود شأن اجتماعی آنان

بیماران نارسایی قلبی، اغلب احساس سرباری و تحمیل شدن به نزدیکان خود و جامعه را دارند و از این جهت احساس ترس می‌نمایند. هیچ یک از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی آرزوی تحمیل شدن به دیگران و سربار دیگران بودن را ندارند (۲۷). تحمیل شدن به دیگران در زمینه‌های مختلف در یک بیمار، یکی از منابع اصلی تهدیدکننده شأن وی محسوب می‌گردد (۱۶-۱۹). کاهش توانایی عملکردی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باعث اختلال شدید در فعالیت‌های روزمره زندگی، ارتباطات فامیلی، مسئولیت‌ها و فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی آنان می‌گردد (۲۸ و ۲۹). 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.

ساندین و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود دریافتند که حمایت‌ها و ارتباطات اجتماعی، به‌عنوان یکی از جنبه‌های شأن اجتماعی، در احساس خوب بودن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی اثرگذار می‌باشد و اگر این ارتباط حمایت‌کننده، وجود نداشته باشد، آن‌ها احساس تحمیل شدن به دیگران را خواهند کرد. براساس نظر فالک و همکاران (۲۰۰۷) بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دوست دارند که همان شبکه ارتباطی و دوستان قبل از بیماری خود را داشته باشند و ارزش‌هایشان حفظ گردد و با آن‌ها به‌عنوان یک انسان کامل و نه یک بیمار رفتار شود (۳۰).

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. Rahnavaad 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. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: Do gender differences exist?. *Heart & Lung* 2001;30:105-16.
10. Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2006;5:5-15.
11. Molly GY, Jhonston DW, Witham MD. Family care giving and CHF. Review and analysis. *The European Journal of Heart Failure* 2005;7:592-603.
12. Murray SA, Kendall M, Grant E, Boyd K, Barclay S, Sheikh A. Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management* 2007;34:393-402.
13. Olearly 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;11:406-12.
14. 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;69:147-53.
15. 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.
16. Chochinov HM. Dignity conserving care: A new model for palliative care: Helping the patient feel valued. *Journal of the American Medical Association* 2002;287:2253-60.
17. 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.
18. 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.
19. Chochinov HM. Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care. *Cancer Journal Clinical* 2006;56:84-103.
20. Jacobson N. Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine* 2007;64:292-302.
21. 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].
22. L Naing T, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences* 2006;1:9-14.
23. 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.

می‌گردد. در این زمینه، نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاصل از سایر پژوهش‌ها مطابقت دارد. عباسی و همکاران (۱۳۸۹) و ماسودی و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهش خود دریافتند که افزایش طول مدت بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باعث تأثیرات منفی بر حیثه‌های جسمی، روانی و اجتماعی آنان می‌گردد (۲۵ و ۳۱). شجاعی (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافت (۲۶). افزایش شدت بیماری در نتیجه افزایش سن بیماران، می‌تواند باعث تغییر در نقش‌های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی شده و نهایتاً رضایت‌مندی آنها را از زندگی کاهش می‌دهد (۲۶ و ۳۵). همچنین، محدودیت‌های ایجاد شده در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، وظایف شغلی، آنان را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی آنان می‌گردد (۲۶ و ۳۶).

هرچند که نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از شأن اجتماعی خوبی برخوردار هستند و از ارتباط و حمایت جامعه رضایت دارند ولی از لحاظ اقتصادی احساس تحمیل شدن به دیگران می‌نمایند. لذا به‌کارگیری حمایت‌های جسمی، روانی و اقتصادی از این بیماران در جهت حفظ و ارتقاء هرچه بیشتر شأن اجتماعی در آنان حائز اهمیت می‌باشد. به‌کارگیری نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت حمایت و بهبود درمان و مراقبت از بیماران و هدایت پژوهش‌های بعدی مرتبط با شأن اجتماعی در بیماران مختلف سودمند باشد.

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. Verdiani V, Ognibene A, Rutili MS, Lombardo C, Bacci F, Terreni A, et al. NT-ProBNP reduction percentage during hospital stay predicts long-term mortality and readmission in heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown, Md.)* 2008;9:694-9.
2. Damarell RA, Tieman J, Sladek RM, Davidson PM. Development of a heart failure filter for Medline: an objective approach using evidence-based clinical practice guidelines as an alternative to hand searching. *BMC Med Res Methodol* 2011;11:12.
3. Boyde M, Tuckett A, Peters R, Thompson D, Turner C, Stewart S. Learning for heart failure patients. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18:2030-9.
4. Gaddam KK, Yelamanchili P, Sedghi Y, Ventura HO. Advanced heart failure and management strategies. *Ochsner Journal* 2009;9:227-33.

24. 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". Thesis for PhD Degree in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science 2013.[Persian].
25. 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.
26. 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].
27. 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;5:5064.
28. Abbasi A, Asayesh H, Hosseini SA, Ghorbani M, Abd-Elahi AA, Rouhi GH, et al. The relationship between function performance in patients with heart failure and quality of life (QOL). *Iranian South Medical Journal (ISMJ)* 2010;13:31-40.[Persian].
29. Swenson JR, Clinch J. Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. *Journal of Psychosomatic Research* 2000;48:405-15.
30. 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;6:192-9.
31. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *Lancet* 2002a;360:2026-30.
32. 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].
33. 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.
34. Masoudi FA, Rumsfeld JS, Havranek EP, House JA, Peterson ED, Krumholz HM, et al. Age, functional capacity, and health related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 2004;10:368-73.
35. Zambroski CH, Kenticky L. Qualitative analysis of living HF. *Heart & Lung* 2003;32:32-40.
36. 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.



Evaluation of Social Dignity 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- Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, 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: Heart failure is a major growing problem that affects not only patients but also their families and social networks. It reduces the functional capacity of patients and impaired their social life. This study was conducted to investigate social dignity 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 by purposive sampling from Hazrate Rasool Akram, Imam Hossein and Shariati Hospital of Tehran, in 2013. Demographic questionnaire and Social Dignity Questionnaire (SDQ) completed by them. The data were analyzed by descriptive statistic methods and analytical statistic tests such as: Pearson correlation, One-Way ANOVA and Independent-Sample T Test and by using SPSS version 19.

Results: The mean score of social dignity was 4.3 ± 0.7 . The highest mean score calculated for social communication and support dimension and the lowest mean score, calculated for burden to others (economic) dimension. ANOVA test with $P < 0.05$ revealed a significant difference in the mean of illness related worries score between social communication and support dimension and burden to others (economic) dimension. Pearson statistic test with $P < 0.05$ showed significant correlation between hospitalization number and social dignity and between disease severity and social dignity.

Conclusion: Although the results of this study showed that patients with heart failure, have a good social dignity and are satisfied with social communication and support, but economically they feel burden to others. So, using appropriate strategies to support physical, mental and economic status of these patients in order to maintain and improve their social dignity is recommended.

Keywords: Social dignity, Heart failure, Patients.

Conflict of Interest: No

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

Citation: Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation social dignity and its related factors in heart failure patients. Journal of Knowledge & Health 2015;10(3):68-74.