

## The Effect of Post-discharge Telephone Follow-Up on the Inherent Dignity of Patients with Heart Failure

Tahereh Nikkhah<sup>1</sup>, Hossein Bagheri<sup>2\*</sup>, Mahboobeh Khajeh<sup>3</sup>, Ahmad Khosravi<sup>4</sup>

1. MSc. in Nursing, Bahar Hospital, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
2. Assistant professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
3. Assistant professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
4. Assistant Professor of Epidemiology, Center for Health Related Social and Behavioral Sciences Research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

### Article Info

Received: 2020/08/03;  
Accepted: 2020/10/09;  
Published Online: 2020/11/28

 [10.30699/sjnmf.29.2.91](https://doi.org/10.30699/sjnmf.29.2.91)

Original Article

Use your device to scan  
and read the article online



### ABSTRACT

**Introduction:** After being discharged, patients with heart failure, are exposed to the problems of disease management in the family and community, and follow-up interventions after discharging can play a significant supportive role in promoting a sense of worth in them. The purpose of this study was to investigate the effect of post-discharge telephone follow-up on the inherent dignity of patients with heart failure.

**Methods:** In this randomized clinical trial, 70 patients with heart failure referred to cardiac and cardiac care units of a hospital in an urban area of Iran were selected and assigned into two intervention and control groups using the block randomization with block size of 4. The intervention group was followed up by telephone for one month once a week with regard to drug use, symptoms, daily activities, and type of nutrition. The patients' inherent dignity was assessed using the Inherent Dignity Questionnaire (IDQ) before and after one month of the intervention. Data were analyzed using the SPSS 16.

**Results:** In this study, 70 patients with heart failure were compared in two groups of intervention and control with mean and standard age deviation of  $65 \pm 10.68$ , and  $67 \pm 13.31$  years ( $P=0.46$ ). Independent t-test showed a statistically significant difference between the groups in the mean score difference of intrinsic dignity ( $0.8 \pm 0.3$  and  $0.07 \pm 0.2$ , respectively), before and after the intervention ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** According to the results of the present study, which showed that post-discharge telephone follow-up improves the inherent dignity of patients, therefore, to maintain and promote the inherent dignity of patients with heart failure in the community, planned and systematic post-discharge follow-ups are recommended.

**Keywords:** Telephone follow-up, Post-discharge, Inherent dignity, Heart failure, Patient education

### Corresponding Information:

**Hossein Bagheri**, Assistant professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. Email: [bagheri@shmu.ac.ir](mailto:bagheri@shmu.ac.ir)

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

### How to Cite This Article:

Nikkhah T, Bagheri H, Khajeh M, Khosravi A. The Effect of Post-discharge Telephone Follow-Up on the Inherent Dignity of Patients with Heart Failure. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021; 29 (2) :91-101

## بررسی تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

طاهره نیکخواه<sup>۱</sup>، حسین باقری<sup>۲\*</sup>، محبوبه خواجه<sup>۳</sup>، احمد خسروی<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان بهار، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
۲. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
۳. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
۴. استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>مقدمه:</b> بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بعد از ترخیص، در معرض مشکلات مدیریت بیماری در محیط خانواده و جامعه قرار دارند و به کارگیری مداخلات پیگیرانه بعد از ترخیص، می تواند نقش حمایتی بسزایی در ارتقای حس ارزشمندی آنان ایفا کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر شأن ذاتی بیماران نارسایی قلبی انجام شد.</p> <p><b>روش کار:</b> در کارآزمایی بالینی تصادفی شده حاضر، تعداد هفتاد بیمار نارسایی قلبی مراجعه کننده به بخش های مراقبت های ویژه قلبی و بخش قلب بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود انتخاب شدند و بلوک تصادفی چهارتایی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شد. افراد گروه مداخله پس از ترخیص به مدت یک ماه و هر هفته یک بار درباره مصرف داروها، علائم بیماری، فعالیت های روزانه و نوع تغذیه تلفنی پیگیری شدند. در گروه کنترل، مداخله خاصی انجام نشد و اقدامات روزمره زمان ترخیص برای آنان انجام شد. داده های مربوط به شأن ذاتی بیماران قبل و بعد از اتمام یک ماه از مداخله با پرسشنامه شأن ذاتی جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.</p> <p><b>یافته ها:</b> در این مطالعه، هفتاد بیمار نارسایی قلبی در دو گروه مداخله و کنترل با میانگین و انحراف معیار سنی <math>65 \pm 10/68</math> و <math>67 \pm 13/31</math> سال با هم مقایسه شدند (<math>P=0/46</math>). آزمون آماری t مستقل از نظر تفاضل میانگین نمره قبل و بعد شأن ذاتی در دو گروه آزمون و کنترل (به ترتیب <math>0/18 \pm 0/3</math> و <math>0/07 \pm 0/2</math>) تفاوت معنی داری نشان داد (<math>P &lt; 0/001</math>).</p> <p><b>نتیجه گیری:</b> نتایج پژوهش حاضر نشان داد پیگیری تلفنی پس از ترخیص باعث ارتقای شأن ذاتی بیماران می شود؛ بنابراین، پیگیری نظام مند و برنامه ریزی شده پس از ترخیص بیماران نارسایی قلبی برای ارتقای شأن ذاتی آنان در سطح جامعه پیشنهاد می شود.</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۱۸ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۹/۰۸</p> <p><b>نویسنده مسئول:</b> <b>حسین باقری</b> استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران</p> <p><b>پست الکترونیک:</b> <a href="mailto:bagheri@shmu.ac.ir">bagheri@shmu.ac.ir</a></p> <p>برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.</p> 
<p><b>کلیدواژه ها:</b> پیگیری تلفنی، بعد از ترخیص، شأن ذاتی، نارسایی قلبی، آموزش به بیمار</p>	

### مقدمه

اغلب احساس می کنند باری روی دوش جامعه و نزدیکان خود هستند [۳]. اگر پیش بینی نشدنی بودن پیش آگهی بیماری نارسایی قلبی با برخی از سرطان های شایع مقایسه شود، می توان گفت که نارسایی قلبی واقعاً از جمله بیماری های بدخیم و خطرناک محسوب می شود [۴]. به همین دلیل، نیاز به مراقبت های تسکینی در این بیماران ضروری است [۵] و یکی

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به علت ناتوانی قلب در خون رسانی، دچار علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت می شوند [۱]. این بیماران در مقایسه با بیماران سرطانی مدت طولانی تری با ناتوانی ناشی از بیماری زندگی می کنند و مجبورند با مرگ پیش بینی نشده سازگار شوند [۲]. بسیاری از این بیماران، مخصوصاً در اواخر بیماری، دچار استرس و کنترل ضعیف علائم خود می شوند و

در صورت حمایت‌نشدن از طرف کارکنان مراقبتی، احساس خواهند کرد به دیگران تحمیل شده‌اند و تنها خواهند شد و این تنهایی باعث افزایش رنج و درد آنان خواهد شد و احساس خوب بودن و سلامتی آنان را تحت تأثیر قرار خواهد داد [۱۶]. به همین دلیل، زمانی که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی حمایت را به صورت مداوم همراه با کسب اطلاعات لازم و رفتاری توأم با شأن و خوش خلقی از کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت دریافت کنند، احساس راحتی و امید و اطمینان خواهند کرد [۱۶].

استفاده از برنامه‌های آموزشی تغییر رفتار و مداخلات پیگیرانه، مانند پیگیری تلفنی پرستار در طولانی‌مدت می‌تواند در مقایسه با روش‌های معمول و سنتی آموزشی، نتایج بالینی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را بهبود بخشد [۱۷]. مطالعات متعدد اثربخشی پیگیری تلفنی را بر کیفیت زندگی بیماران [۱۸] و افزایش امید بیماران [۱۹] و بهبود اعتماد به نفس و خلق بیماران [۲۰] نشان داده‌اند؛ ولی تاکنون درباره تأثیر پیگیری تلفنی بر شأن ذاتی بیماران، مخصوصاً بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مطالعه‌ای انجام نشده است. با توجه به اینکه آموزش حین ترخیص و پیگیری‌های بعد از آن به عنوان یکی از وظایف پرستاران در قبال بیماران خود است، به کارگیری این روش کم‌هزینه می‌تواند کارکنان درمانی و مراقبتی اعم از پزشک و پرستار را برای توجه به منشور حقوق بیماران رهنمون سازد و در نهایت، بیماران را بیش از پیش برای دریافت مراقبتی با کیفیت و اخلاقی و مبتنی بر حقوق انسانی پیش ببرد. پژوهش حاضر در نوع خود بدیع محسوب می‌شود؛ چراکه در داخل و خارج از کشور، پژوهشی در زمینه تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر شأن بیماران انجام نشده است. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفت.

## روش کار

پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی تصادفی شده با طرح موازی بود که با کد IRCT20100114003064N14 در سامانه کارآزمایی بالینی ایران ثبت شد. پس از مطالعات کتابخانه‌ای و اخذ مجوز لازم از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، تعداد هفتاد نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به صورت دردسترس و براساس معیارهای ورود

از نکته‌های درخور توجه در مراقبت‌های تسکینی تخصصی، احترام به شأن انسان‌هاست [۶].

شأن انسانی یا ذاتی نشان‌دهنده این است که همه انسان‌ها از حقوق انسانی برابر بهره می‌برند [۷] و ارتباط نزدیکی با حقوق پایه افراد دارد و به عنوان پیش شرط پایه تمامی حقوق فرد محسوب می‌شود [۸]. از این رو برای ارائه مراقبت مناسب، کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت باید ارتباطی صادقانه با بیمار برقرار کنند و به حقوق و ارزش‌های فردی و حرفه‌ای آنان احترام بگذارند [۹]. متأسفانه با توجه به بررسی‌های انجام شده، کارکنان مراقبتی اطلاعات کافی را به بیماران نمی‌دهند و بیشتر نگران کارهای روزمره بخش هستند تا صحبت با بیماران [۱۰]. این در حالی است که بیماران ترجیح می‌دهند اطلاعات واقعی مربوط به بیماری و پیش‌آگهی مربوط به آن را از کارکنان مراقبتی دریافت کنند [۱۱].

بر اساس مطالعات انجام شده، بیماران قلبی بعد از ترخیص در معرض مشکلاتی مرتبط با فعالیت‌های روزانه، فقدان آگاهی از علائم، عوارض بیماری، عوارض داروها و رژیم غذایی قرار دارند [۱۲]. در همین زمینه، Mangolian Shahrabaki و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌شان نشان دادند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ۸۵ درصد در زمینه شناخت ماهیت بیماری، ۹۲/۵ درصد در زمینه رژیم غذایی، ۹۵ درصد در زمینه رژیم دارویی، ۸۲/۵ درصد در زمینه استراحت و فعالیت جنسی و ۸۵ درصد در زمینه پیگیری درمان به آموزش نیاز دارند [۱۳]. بنابراین، مهم‌ترین اقدام برای کاهش مشکلات بیماران در ابعاد مختلف و بهبود مراقبت از آنان، حفظ ارتباط و آموزش و انجام پیگیری‌های لازم پس از ترخیص بیماران و اقدامات ضروری در این زمینه عبارت است از: آگاهی‌دادن به بیماران درباره بیماری، عوامل بروز و تشدیدکننده بیماری، تأکید بر مصرف صحیح و به موقع داروهای تجویز شده پس از ترخیص، تأکید بر جنبه‌های مراقبت از خود، آگاهی از عوامل خطر آفرین و مراجعه به موقع به پزشک برای پیگیری درمان [۱۴]. ارتباط توأم با احترام کارکنان مراقبتی با بیماران و استفاده از انواع روش‌های ارتباطی، عامل مؤثری در حفظ خودارزشی و شأن افراد محسوب می‌شود [۱۵].

بر اساس نتایج حاصل از پژوهش‌ها، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انتظار دارند که اطلاعات لازم را از کارکنان مراقبتی دریافت کنند؛ وگرنه احساس فراموش و حذف شدن در آن‌ها به وجود می‌آید [۱۶]. این بیماران معتقدند که

قرار گرفتند. پس از اخذ رضایت آگاهانه و مشخص شدن این موضوع که فرد مدنظر در مطالعه شرکت می‌کند، پژوهشگر پاکت مدنظر را به ترتیب مشخص شده برمی‌داشت و براساس گروه ثبت شده در پاکت، نوع مداخله را اختصاص می‌داد. ناگفته نماند مداخله‌گر اصلی بیماران واجد شرایط را ثبت نام می‌کرد و شرکت کنندگان را به مداخلات تخصیص می‌داد.

در تحقیق حاضر، وضعیت اقتصادی بیماران با استفاده از مجموعه‌ای از یازده متغیر دارایی‌های منزل شامل نوع مسکن، مالکیت ماشین، تلفن ثابت، تلفن همراه، تلویزیون، لپ‌تاپ، فریزر، اجاق‌گاز، ماکروویو، ماشین لباس‌شویی و ماشین ظرف‌شویی [۲۲] تعیین شد. سپس با استفاده از مدل تجزیه به مؤلفه‌های اصلی (PCA)، متغیر وضعیت اقتصادی ساخته و براساس صدک ۲۵ و ۷۵ به سه دسته ضعیف و متوسط و خوب تقسیم‌بندی شد.

### پرسشنامه شأن ذاتی (IDQ)

پرسشنامه‌ای ۲۴ سؤالی است که باقری و همکاران (۲۰۱۴) طراحی کرده‌اند و سه بُعد شأن ذاتی در خانواده (نه سؤال) و شأن ذاتی در جامعه (هشت سؤال) و شأن ذاتی در محیط‌های درمانی (هفت سؤال) را شامل می‌شود. این پرسشنامه در مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) و دامنه نمرات در گزینه‌های هر سؤال، از یک تا شش در هر عبارت متغیر است. اکثر عبارات نمره‌دهی مثبت دارند؛ به طوری که نمره یک برای گزینه «کاملاً مخالفم» تا شش برای گزینه «کاملاً موافقم» منظور شده است و فقط عبارات شماره سیزده نمره‌دهی منفی دارد. به عبارت دیگر، در این عبارت نمره یک برای گزینه «کاملاً موافقم» تا شش برای گزینه «کاملاً مخالفم» در نظر گرفته شده است. میانگین مجموع نمره عبارات پرسشنامه، نمره کل محسوب خواهد شد و کسب نمره بیشتر در هر بُعد و در کل پرسشنامه، نشان‌دهنده شأن بیشتر است؛ بنابراین، حداقل نمره قابل کسب یک و حداکثر شش است. پایایی پرسشنامه شأن ذاتی برای کل پرسشنامه  $\alpha=0/94$ ، در بُعد شأن ذاتی در خانواده  $\alpha=0/99$ ، در بُعد شأن ذاتی در جامعه  $\alpha=0/99$ ، در بُعد شأن ذاتی در محیط‌های درمانی  $\alpha=0/91$  و با استفاده از روش دونیمه کردن  $r=0/96$  برآورد شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که پرسشنامه

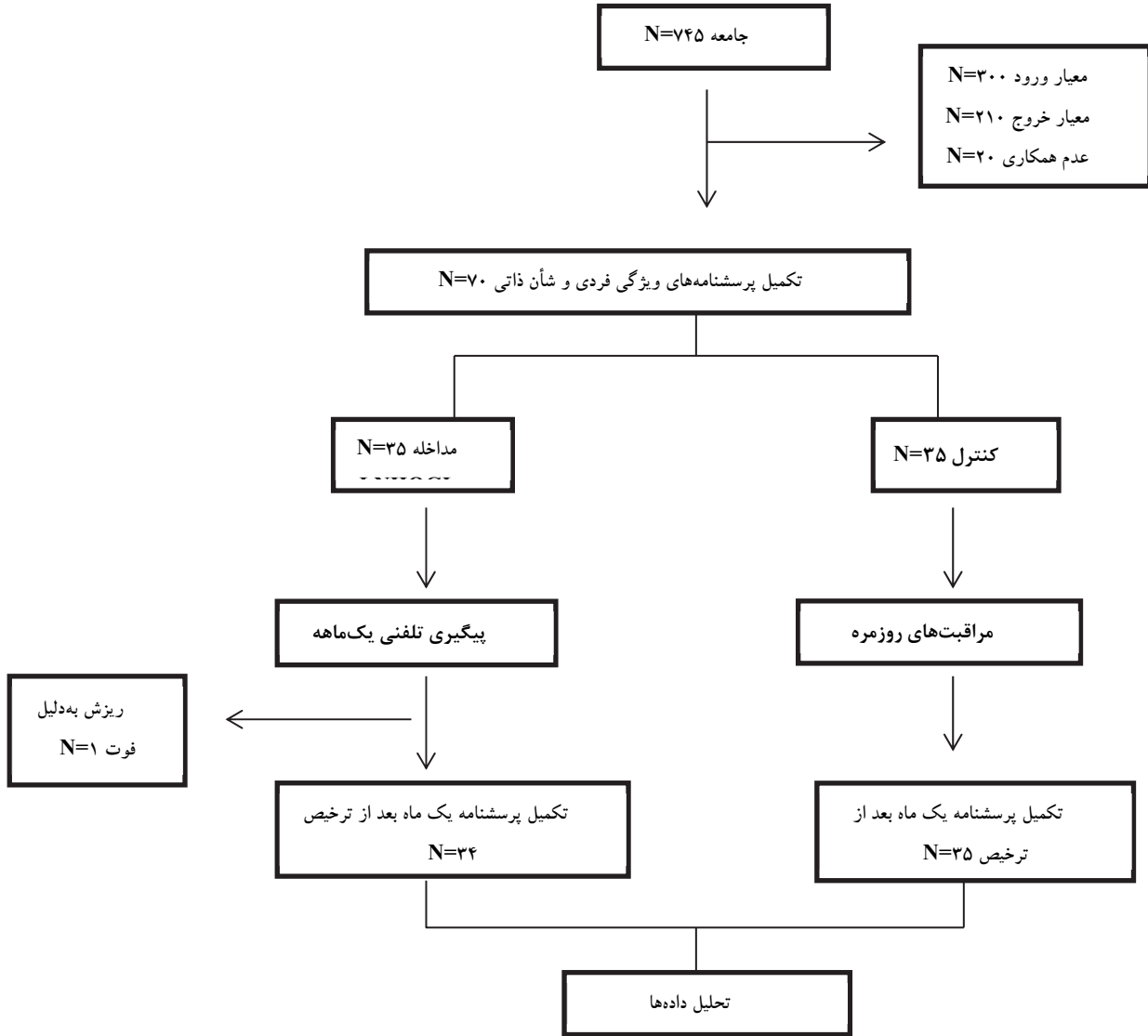
و خروج از بین بیماران مراجعه‌کننده به بخش‌های Post-CCU/CCU و قلب بیمارستان امام‌حسین (ع) شاهرود در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه گذشت حداقل یک ماه از تشخیص بیماری نارسایی قلبی، کسر تخلیه‌ای ۴۰ درصد یا کمتر [۲۱]، سن بیشتر از چهل سال و توانایی تکلم زبان فارسی و معیارهای خروج از مطالعه مصرف داروهای روان‌گردان مانند ال‌اس‌دی<sup>۱</sup> و اکستاسی<sup>۲</sup> یا ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب به تشخیص پزشک متخصص بود. براساس مطالعه Farazmand و همکاران (۲۰۱۷) [۱۹] که اختلاف بین دو میانگین را دوازده نمره برآورد کرده بودند، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ تعداد نمونه لازم برای مقایسه دو میانگین ۲۷ نفر در هر گروه برآورد شد و با توجه به نوع مطالعه و احتمال ریزش، حجم نمونه به ۳۵ نفر در هر گروه افزایش یافت.

$$N = \frac{2 \left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta} \right)^2 s^2}{d^2}$$

پس از انتخاب بیماران براساس معیارهای ورود و خروج و کسب رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی، پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها (مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، سابقه بستری، وضعیت اقتصادی و میزان کسر تخلیه بطن چپ) و پرسشنامه شأن ذاتی (IDQ) (مخفف Inherent Dignity Questionnaire) به روش راهنمای مصاحبه برای بیماران هر دو گروه تکمیل شد. سپس با استفاده از روش بلوک تصادفی چهارتایی، بیماران به دو گروه A (مداخله) و B (گروه کنترل) تقسیم شدند. همکار متدولوژیست جدول اختصاص افراد به گروه‌های مطالعاتی را با برنامه نوشته‌شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) ارائه و برای پنهان‌سازی<sup>۳</sup> ترتیب ورود بیماران و توالی گروه‌ها از روش پاکت‌های مات استفاده کرد؛ یعنی حروف A و B که نشانگر گروه درمان و کنترل بودند، براساس توالی جدول پیشگفت در هفتاد پاکت مات قرار گرفتند. این پاکت‌ها پس از بستن در، به ترتیب جدول تصادفی شماره‌گذاری شدند و در اختیار محقق

مصرف داروها، علائم بیماری، فعالیت‌های روزانه و نوع تغذیه تلفنی پیگیری شدند و به سؤالات آنان جواب داده شد. محتوای تماس‌ها درباره مشکلات بیماران در زمینه بیماری نارسایی

شأن ذاتی از درجه پذیرفتنی و فراوانی از اعتبار و پایایی برخوردار است [۲۳].



شکل ۱. نمودار کانسورت روند انتخاب مشارکت‌کنندگان

قلبی و درمان و مراقبت‌های توصیه‌شده زمان ترخیص به بیماران بود و در صورت وجود هرگونه ابهام یا سؤال بیمار درباره موضوعات مربوط به بیماری نارسایی قلبی و مراقبت‌های مربوط به آن، پژوهشگر با ارائه راه‌حل پیشنهادی برای رفع آن تلاش کرد.

درحقیقت، پژوهشگر در طول مداخله تلاش کرد تا از طریق پیگیری تلفنی پس از ترخیص، حس ارزشمندبودن را در بیماران

بیماران هر دو گروه آزمون و کنترل قبل از ترخیص طبق برنامه روزمره، آموزش‌های ضمن ترخیص شامل اطلاعاتی مانند تاریخ بازدید پزشک و توصیه‌های لازم درباره داروها و علائم بیماری و نحوه انجام فعالیت‌های روزانه و رژیم غذایی را به صورت شفاهی و انفرادی از پرستاران بخش دریافت کردند. در گروه آزمون، هریک از بیماران پس از ترخیص به صورت انفرادی به مدت یک ماه و هر هفته یک بار [۱۹] در زمینه

توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (کای دو و t مستقل و با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶) تجزیه و تحلیل و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، هفتاد بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در دو گروه مداخله و کنترل با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب  $65 \pm 10/68$  و  $67 \pm 13/31$  سال با هم مقایسه شدند ( $P=0/46$ ). مقایسه خصوصیات جمعیت‌شناختی و بالینی دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است. براساس این جدول، اختلاف معنی‌داری بین متغیرها در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشده است.

افزون‌براین، مقایسه اختلاف میانگین قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری از لحاظ میانگین نمره شأن ذاتی و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل نشان داد. نتایج مقایسه نمرات شأن ذاتی در جدول ۲ آورده شده است.

حفظ کند و ارتقا بخشد و به آنان این حس را منتقل کند که در کانون توجه پرستاران حتی پس از ترخیص هستند. زمان برقراری تماس با توافق بیماران بین ساعت هشت صبح تا هشت شب تعیین و به بیماران اجازه داده شد تا ۲۴ ساعته و در صورت نیاز، با پژوهشگر تماس بگیرند. در گروه کنترل، مداخله خاصی انجام نشد و اقدامات روزمره و معمولی زمان ترخیص برای آنان انجام شد و داده‌ها قبل و بعد از مداخله، با استفاده از ابزار گردآوری ارزیابی شد. در پایان مطالعه حاضر نیز، اطلاعات ارائه شده به گروه آزمون به صورت جزوه آموزشی تهیه شد و در اختیار هر یک از نمونه‌های گروه کنترل قرار گرفت.

بعد از اتمام یک ماه از مداخله، از طریق تماس تلفنی با بیماران هر دو گروه آزمون و کنترل درخواست شد که در زمانی معین برای تکمیل پرسشنامه به واحد قلب بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کنند و مجدداً پرسشنامه شأن ذاتی برای بیماران هر دو گروه در قالب مصاحبه تکمیل شد. در این پژوهش، امکان کورسازی بیماران باتوجه به آگاهی آنان از گروه‌ها وجود نداشت؛ ولی فرد تکمیل‌کننده پرسشنامه و تحلیلگر اطلاعات از این موضوع بی‌اطلاع بودند که کدام گروه شاهد و کدام گروه کنترل هستند. داده‌ها با استفاده از آمار

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل جمعیت‌شناختی در دو گروه مداخله و کنترل در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در

سال ۱۳۹۸

P-Value*	سال ۱۳۹۸		متغیرهای کنترل
	گروه کنترل تعداد (%) N=۳۵	گروه مداخله تعداد (%) N=۳۵	
۰/۱۶۳	۱۱ (۳۱/۴)	۶ (۱۷/۱)	زن
	۲۴ (۶۸/۶)	۲۹ (۸۲/۹)	مرد
۰/۱۷۱	۲۸ (۸۰)	۳۲ (۹۱/۴)	متاهل
	۷ (۲۰)	۳ (۸/۶)	مجرد
۰/۰۸۳	۱۰ (۲۸/۶)	۶ (۱۷/۱)	خانه‌دار
	۲۹ (۵۴/۳)	۱۷ (۴۸/۵)	شاغل
۰/۳۸۰	۶ (۱۷/۱)	۱۲ (۳۴/۳)	بازنشسته
	۳۲ (۹۱/۴)	۲۹ (۸۲/۸)	زیردیپلم
۰/۰۸۸	۲ (۵/۷)	۲ (۵/۷)	دیپلم
	۱ (۲/۹)	۴ (۱۱/۴)	دانشگاهی
۰/۰۸۸	۳۴ (۹۷/۱)	۳۰ (۸۵/۷)	بله

P-Value*	گروه کنترل	گروه مداخله	متغیرهای کنترل
	تعداد (%) N=۳۵	تعداد (%) N=۳۵	
۰/۷۰۲	۱(۲/۹)	۵(۱۴/۳)	خیر
	۲۱(۶۰)	۱۹(۵۴/۳)	ضعیف
	۷(۲۰)	۶(۱۷/۱)	متوسط
	۷(۲۰)	۱۰(۲۸/۶)	خوب
۰/۷۵۲	۲۲(۶۲/۹)	۲۵(۷۱/۴)	۴۰ تا ۳۵
	۹(۲۵/۷)	۷(۲۰)	۳۴ تا ۲۵
	۴(۱۱/۴)	۳(۸/۶)	کمتر از ۲۵

\* Chi-square ( $\chi^2$ ) test

جدول ۲. مقایسه میانگین و تفاضل میانگین نمره شأن ذاتی کل و ابعاد آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

P-Value*	مقدار t آزمون مستقل	گروه کنترل	گروه مداخله	مرحله
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
۰/۰۱	-۲/۳	۵/۱ $\pm$ ۰/۲۴	۵ $\pm$ ۰/۲۶	قبل
<۰/۰۰۱	۹/۵	۵/۲۵ $\pm$ ۰/۳۱	۵/۸ $\pm$ ۰/۲۳	بعد
<۰/۰۰۱	۱۲/۲	۰/۰۷ $\pm$ ۰/۲۵	۰/۸ $\pm$ ۰/۲۹	تفاضل قبل و بعد
۰/۷۶	-۰/۳	۵/۰۸ $\pm$ ۰/۳۴	۵/۰۶ $\pm$ ۰/۲۷	قبل
<۰/۰۰۱	۸/۲	۵/۱۴ $\pm$ ۰/۴	۵/۸۶ $\pm$ ۰/۳	بعد
<۰/۰۰۱	۹/۹	۰/۰۵ $\pm$ ۰/۲۳	۰/۸۲ $\pm$ ۰/۳۸	تفاضل قبل و بعد
۰/۲۲	-۱/۲	۵/۲ $\pm$ ۰/۲۵	۵/۱۲ $\pm$ ۰/۲۹	قبل
<۰/۰۰۱	۱۰/۴	۵/۲۹ $\pm$ ۰/۳۳	۵/۹۶ $\pm$ ۰/۱۷	بعد
<۰/۰۰۱	۱۰/۸۱	۰/۰۸ $\pm$ ۰/۲۷	۰/۸۶ $\pm$ ۰/۳۲	تفاضل قبل و بعد
<۰/۰۰۱	۱۱/۵۲	۰/۰۷ $\pm$ ۰/۲	۰/۸ $\pm$ ۰/۳	تفاضل قبل و بعد

\* Independent Sample T-Test

## بحث

درباره تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر شأن ذاتی بیماران انجام نشده است و تحقیق حاضر اولین بار در داخل و خارج از کشور انجام شد. بنابراین، نتایج این مطالعه با نتایج

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر شأن ذاتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. براساس جست‌وجوها در منابع اطلاعاتی مختلف، مطالعه‌ای



مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر سایر متغیرهای مشابه و نزدیک به مفهوم شأن ذاتی بیماران مقایسه شد. نتایج این پژوهش نشان داد که پیگیری تلفنی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مدت یک ماه پس از ترخیص باعث افزایش میانگین نمره شأن ذاتی شد. در همین زمینه، Oscalices و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان «راهنمای ترخیص و پیگیری تلفنی در درمان بیماران نارسایی قلبی» به این نتیجه رسیدند که گروه آزمون پایبندی بیشتری به مصرف دارو داشتند و پیگیری تلفنی مؤثر بود و به پیشرفت درمانی و کاهش بستری مجدد و میزان مرگ در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی منجر شد [۲۴]. Najafi و همکاران (۲۰۱۶) نیز در تحقیقشان به نتایج مشابه دست یافتند [۲۵]. افزون بر این، سایر مطالعات نشان دادند که انجام مداخلات مختلف، از جمله ارتباط با بیمار و پیگیری وضعیت بیمار به روش‌های مختلف و ارائه آموزش‌های مورد نیاز بیمار در افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران مؤثرند [۱۹، ۱۴]. از این رو، به کارگیری راهکارهای کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به منظور بهبود شأن آنان [۲۶] سودمند ارزیابی شد.

مطالعات دیگر نیز به اثرهای مثبت مداخلات آموزشی و پیگیری‌های تلفنی پس از ترخیص کارکنان مراقبتی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران نارسایی قلبی اشاره کرده‌اند. در سال ۲۰۱۵، Yu و همکاران مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر استفاده از راهنمای آموزشی و پیگیری تلفنی در پایبندی بیمار در مصرف داروها و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان دهنده اثربخشی مداخلات آموزش بهداشت و پیگیری‌های تلفنی بود. همچنین، نتیجه گرفته شد که پیگیری‌های تلفنی به طور مؤثری می‌تواند نتایج درمانی بیماران را بهبود ببخشد و به حفظ درجه‌ای از رفاه جسمی و روانی و اجتماعی در این بیماران کمک کند [۱۸]. نتایج این تحقیق با نتایج مطالعه حاضر همسوست. همچنین در سال ۲۰۱۳، McMillan و همکاران پژوهشی با هدف تعیین تأثیر مدلی مبتنی بر فرایند حل مسئله در مراقبان بیماران نارسایی قلبی بر کیفیت زندگی، دانش، خودمراقبتی و حالات خلقی بیماران در مدت پنج هفته انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین نمره افسردگی و اضطراب و کیفیت زندگی بیماران با دانش مراقبان بیمار در دو گروه مطالعه شده تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. به عبارت دیگر،

به کارگیری مداخلات مبتنی بر حل مسئله در مراقبان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر وضعیت افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی، رفتارهای خودمراقبتی بیماران و دانش مراقبان آن‌ها اثربخش نیست. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق حاضر همسو نشان نداد [۲۷]. شاید دلیل تفاوت را بتوان در این نکته دانست که در مطالعه McMillan و همکاران (۲۰۱۳) فرایند روی مراقبان بیماران انجام شد و اثر مداخله بر مراقبان بر کیفیت زندگی و دانش خودمراقبتی و حالات خلقی بیماران سنجیده؛ اما در پژوهش حاضر، مداخله روی بیماران انجام شد. در مطالعه حاضر، تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر ابعاد مختلف شأن ذاتی نیز بررسی شد و مقایسه اختلاف نمره قبل و بعد از مداخله در بُعد شأن ذاتی در خانواده، بیانگر تأثیر مثبت پیگیری تلفنی بر این بُعد بود. این امر نشان می‌داد که وقتی بیمار با حمایت کارکنان درمانی مواجه و نیازهایش پیگیری شود، بیمار احساس امنیت و بالارزش بودن در خانواده می‌کند و در ارتقای جایگاه بیمار در خانواده می‌تواند تأثیرگذار باشد و به نوبه خود در بهبود توجه خانواده از بیمار نقش مهمی ایفا کند. در این زمینه، Piamjariyakul و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که توجه خانواده به مراقبت از بیماران نارسایی قلبی بر برخی پیامدهای بالینی این بیماران مؤثر بود و باعث افزایش اعتماد به نفس، یکی از اجزای مهم شأن ذاتی شد [۱۱].

یکی از نکات مهم در مفهوم شأن ذاتی، احساس ارزشمندی در جامعه است که مطالعه حاضر تأثیر مثبت و معنی‌دار پیگیری تلفنی پس از ترخیص را بر بُعد شأن ذاتی بیمار در جامعه نشان داد. همسو با این نتیجه، Philipp و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهششان بر نقش حمایت بیماران و توجه به نیاز استقلال و امنیت آنان در جامعه در حفظ عزت نفس و کرامت بیماران تأکید و بیان کردند که کمبود عزت نفس و کرامت در بیماران، مشکلی مهم محسوب می‌شود و ناشی از نادیده گرفتن نیاز بیماران به استقلال و امنیت در جامعه است. گفتنی است ارائه حمایت و تأمین نیازهای بیماران در این زمینه به حفظ عزت نفس آنان کمک می‌کند [۲۸].

در پژوهش حاضر، نتایج تأثیر پیگیری تلفنی پس از ترخیص بر بُعد شأن ذاتی در محیط درمانی نیز معنی‌دار ارزیابی شد. در این زمینه، Cajanding و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه‌شان اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری پرستار بر کیفیت زندگی و اعتماد به نفس و حالت رفتاری بیماران مبتلا



### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پیگیری تلفنی بعد از ترخیص در سطح جامعه در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که ماهیتی مزمن دارند، موجب بهبود شأن ذاتی آنان می‌شود. بنابراین، پیگیری تلفنی برنامه‌ریزی شده و نظام‌مند کارکنان درمانی و مراقبتی، از جمله پزشکان و پرستاران پس از ترخیص بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برای حفظ و ارتقای شأن ذاتی آنان در سطح جامعه پیشنهاد می‌شود.

### سپاسگزاری

این پژوهش با رعایت حق مؤلفان و نویسندگان در استفاده از متون و منابع چاپی و الکترونیک انجام شد و حاصل پایان‌نامه‌ای در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه مصوب در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد اخلاق IR.SHMU.REC.1397.177 از کمیته اخلاق دانشگاه بود. نویسندگان مقاله بر خود واجب می‌دانند از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود در اجرای این طرح پژوهشی با شماره ۹۷۱۳۴ و نیز تمامی کارکنان بخش‌های پژوهش شده و نمونه‌های پژوهش حاضر قدردانی کنند؛ چراکه نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، حاصل همکاری صمیمانه آنان است.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

### منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

به نارسایی قلبی در فیلیپین را بررسی کردند و دریافتند که مداخلات شناختی رفتاری پرستار استراتژی مؤثری بر بهبود کیفیت زندگی و اعتماد به نفس و خلق و خوی بیماران مبتلا به بیماری قلبی است [۲۰]. همچنین Tauber-Gilmore و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیق خود، بر اهمیت و ضرورت وجود آموزش برای کارکنان به منظور اجرای صحیح برنامه‌های مراقبت از شأن بیماران را تأکید و بیان کردند که پرستاران بالینی نقش عمده‌ای در تأمین شأن بیماران در بیمارستان ایفا می‌کنند [۲۹]. شأن ذاتی یا انسانی مربوط به محدودیت انسانی هر فرد و خاصیت انسان بودن فرد است و در نظام مراقبتی درمانی بیشتر به آن اشاره می‌شود [۳۰].

صرف‌نظر از نتایج مثبت پژوهش حاضر که نشان داد پیگیری تلفنی بیماران پس از ترخیص باعث بهبود شأن ذاتی آنان در ابعاد مختلف می‌شود، از ویژگی‌های مثبت این پژوهش می‌توان به استقبال شدید بیماران به پیگیری مشکلات آنان از طریق تلفن و از راه دور اشاره کرد؛ به طوری که در صورت تأخیر در پیگیری تلفنی پژوهشگر، بیماران خود با پژوهشگر تماس می‌گرفتند و درخواست می‌کردند مشکلاتشان را مطرح و برای رفع آن راهکارهای مناسب دریافت کنند. با وجود این ویژگی‌های مثبت، نبود نیازسنجی آموزشی و مراقبتی قبل از ترخیص بیماران از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که می‌تواند بر نتایج مراقبت‌های ارائه شده برای آنان پس از ترخیص از طریق تلفن تأثیرگذار باشد. همچنین، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با کسر تخلیه حفظ شده از مطالعه حذف و فقط بیماران با کسر تخلیه کمتر یا برابر با ۴۰ درصد به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات مشابه بعدی، این نکته مدنظر قرار گیرد و پیگیری و مراقبت از راه دور آنان پس از ترخیص، براساس نیازهای آنان تنظیم و ارائه شود.

### References

1. Paul S. Hospital discharge education for patients with heart failure: What really works and what is the evidence? *Crit Care Nurse*. 2008; 28(2): 66-82. [DOI:10.4037/ccn2008.28.2.66] [PMID]
2. Dalvand H, Rassafiani M, Hosseini SA, Samadi SA, Khankeh H. Exploring the process of mothering handling training for the child with cerebral palsy at home. *Arak Med Uni J*. 2016; 18(12): 33-43.
3. Sadeghi F, Kermanshahi S, Memariyan R. The effect of discharge planning on the quality of life of school-age children with congenital heart disease undergoing heart surgery. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Faculty*. 2013; 21(1): 15-25.
4. 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. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34(4): 393-402. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2006.12.009] [PMID]
5. O'leary N, Murphy NF, O'loughlin C, Tiernan E, McDonald K. A comparative study of the palliative care

- needs of heart failure and cancer patients. *Eur J Heart Fail.* 2009; 11(4): 406-12. [DOI:10.1093/eurjhf/hfp007] [PMID]
6. 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. [DOI:10.1016/j.socscimed.2009.02.025] [PMID]
  7. Pullman D. Death, dignity, and moral nonsense. *J Palliat Care.* 2004; 20(3): 171-8. [DOI:10.1177/082585970402000309] [PMID]
  8. Buijsen M. Autonomy, human dignity, and the right to healthcare: A Dutch perspective. *Camb Q Healthc Ethics.* 2010; 19(3): 321-8. [DOI:10.1017/S0963180110000095] [PMID]
  9. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation inherent dignity and its related factors in heart failure patients. *J Knowledge Health.* 2015; 10(2): 56-62.
  10. McCabe C. Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* 2004; 13(1): 41-9. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x] [PMID]
  11. Piamjariyakul U, Smith CE, Russell C, Werkowitch M, Elyachar A. The feasibility of a telephone coaching program on heart failure home management for family caregivers. *Heart Lung.* 2013; 42(1): 32-9. [DOI:10.1016/j.hrtlng.2012.08.004] [PMID] [PMCID]
  12. Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 18(4): CD004510. [DOI:10.1002/14651858.CD004510.pub3] [PMID] [PMCID]
  13. Mangolian Shahrbabaki P, Shahnazari J, Mahmoodi M, Farokhzadian J. The effect of an educational self-care program on knowledge and performance in patients with heart failure. *Iran J Med Educ.* 2012; 11(6): 609-19.
  14. Ali-Akbari F, Khalifehzadeh A, Parvin N. The effect of short time telephone follow-up on physical conditions and quality of life in patients after pacemaker implantation. *J Shahrekord Uni Med Sci.* 2009; 11 (3) :23-28.
  15. Slettebø Å, Caspari S, Lohne V, Aasgaard T, Nåden D. Dignity in the life of people with head injuries. *J Adv Nurs.* 2009; 65(11): 2426-33. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2009.05110.x] [PMID]
  16. Sundin K, Bruce E, Barremo A-S. Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2010; 5(2): 5064. [DOI:10.3402/qhw.v5i2.5064] [PMID] [PMCID]
  17. Shojaee A, Tahrir B, Naderi N, Zareian A. Effect of patient education and telephone follow up by the nurse on the level of hope in patients suffering from heart failure. *J Nurs Educ.* 2013; 2(1): 16-26
  18. Yu M, Chan CW, Choi KC. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. *Heart Lung.* 2015; 44(5): 400-7. [DOI:10.1016/j.hrtlng.2015.05.004] [PMID]
  19. Farazmand J, Nasiripour A, Raieisi P. The effect of telephone follow-up programs after hospital discharge on hope and the quality of life in patients admitted to the coronary care unit (CCU). *J Babol Uni Med Sci.* 2017; 19(2): 41-6.
  20. Cajanding RJM. The effectiveness of a nurse-led cognitive-behavioral therapy on the quality of life, self-esteem and mood among Filipino patients living with heart failure: A randomized controlled trial. *Appl Nurs Res.* 2016; 31: 86-93. [DOI:10.1016/j.apnr.2016.01.002] [PMID]
  21. Hollenberg SM, Stevenson LW, Ahmad T, Amin VJ, Bozkurt B, Butler J, et al. 2019 ACC expert consensus decision pathway on risk assessment, management, and clinical trajectory of patients hospitalized with heart failure: A report of the american college of cardiology solution set oversight committee. *J Am Coll of Cardiol.* 2019; 74(15): 1966-2011. [DOI:10.1016/j.jacc.2019.08.001] [PMID]
  22. Emamian MH, Zeraati H, Majdzadeh R, Shariati M, Hashemi H, Fotouhi A. The gap of visual impairment between economic groups in Shahroud, Iran: A Blinder-Oaxaca decomposition. *Am J Epidemiol.* 2011; 173(12): 1463-7. [DOI:10.1093/aje/kwr050] [PMID]
  23. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Development and psychometric properties of Inherent Dignity Questionnaire in heart failure patients. *Iran J Med Ethics Hist Med.* 2014; 6(6): 33-44.
  24. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Discharge guidance and telephone follow-up in the therapeutic adherence of heart failure: Randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019; 27: e3159.
  25. Najafi M, Yekefallah L, Shahrokhi A, Javadi HR, Mohammadpoorasl A. Effect of telenursing on quality of life of patients with atrial fibrillation referred to the teaching hospitals in Qazvin. *J Qazvin Uni Med Sci.* 2016; 20(1): 56-62.
  26. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Test of Dignity Model in patient with heart failure. *Nurs Ethics.* 2018; 25(4): 532-46. [DOI:10.1177/0969733016658793] [PMID]
  27. McMillan SC, Small BJ, Haley WE, Zambroski C, Buck HG. The COPE intervention for caregivers of patients with heart failure: an adapted intervention. *J Hosp & Palliat Nurs.* 2013; 15(4). [DOI:10.1097/NJH.0b013e31827777fb] [PMID] [PMCID]
  28. Philipp R, Mehnert A, Lehmann C, Oechsle K, Bokemeyer C, Krüll A, et al. Detrimental social interactions predict loss of dignity among patients with cancer. *Support Care Cancer.* 2016; 24(6): 2751-8. [DOI:10.1007/s00520-016-3090-9] [PMID]

29. Tauber-Gilmore M, Addis G, Zahran Z, Black S, Baillie L, Procter S, et al. The views of older people and health professionals about dignity in acute hospital care. *J Clin Nurs*. 2018; 27(1-2): 223-34. [[DOI:10.1111/jocn.13877](https://doi.org/10.1111/jocn.13877)] [[PMID](#)]
30. Teymouri F AF, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life of school-age children with asthma. *J Hamadan Nurs Midwifery Faculty*. 2011; 22(3): 5-14.