

طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

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

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

نارسایی قلبی نه تنها بیماران بلکه خانواده‌ی آنان و شبکه‌ی اجتماع را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفته است. پژوهش حاضر یک پژوهش اکتشافی از نوع طراحی ابزار است. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند با ۲۲ نفر از بیماران نارسایی قلبی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران به صورت نیمه ساختار یافته مصاحبه صورت گرفت و با روش تحلیل محتوا تحلیل شد. بر اساس یافته‌های مصاحبه‌ها، متون و پرسشنامه‌های طراحی شده‌ی موجود در زمینه‌ی شأن اجتماعی، عبارات اولیه طراحی شد و روایی محتوا و سازه‌ی آن، بر روی ۱۳۰ بیمار نارسایی قلبی تعیین شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS^{۱۹} انجام شد.

با انجام روایی صوری و محتوا، از ۱۰۱ عبارت اولیه، ۱۶ عبارت حذف شد و با انجام تحلیل عاملی اکتشافی، ۲ عبارت به دلیل بارعاملی کم‌تر از ۰/۵ و ۶ عبارت به دلیل قرارگرفتن در سایر عوامل حذف شد. پنج عامل ارتباط و حمایت خانواده، ارتباط و حمایت جامعه، ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی، تحمیل شدن به دیگران (جسمی - روانی - اجتماعی) و تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی)، شناسایی شدند. پایایی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/97$ و با استفاده از روش دونیمه‌کردن $r=0/99$ برآورد شد. با توجه به اعتبار و پایایی قابل قبول پرسشنامه‌ی پژوهش حاضر، به‌کارگیری آن در برنامه‌ریزی جهت حمایت و بهبود درمان و مراقبت از بیماران و هدایت پژوهش‌های بعدی مرتبط با شأن اجتماعی می‌تواند سودمند باشد.

واژگان کلیدی: شأن اجتماعی، نارسایی قلبی، ویژگی‌های روان‌سنجی

^۱ استادیار، گروه پرستاری و مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

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

^۳ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۴ استادیار، گروه آمار حیاتی، مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

* نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۷۹۶۲۴

Email: farideh_y2002@yahoo.com

مقدمه

نارسایی قلبی یک مشکل عمده‌ی رو به رشد است که نه تنها بیماران بلکه خانواده‌ی آنان و شبکه‌ی اجتماع را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش ظرفیت‌های عملکردی بیماران و اختلال در زندگی اجتماعی افراد می‌شود (۴-۱). در افراد بالای ۶۵ سال میزان بروز این بیماری ۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت است و نزدیک به ۳۰ تا ۵۰ درصد مرگ‌ها در بیماران نارسایی قلبی به صورت ناگهانی اتفاق می‌افتد (۵). در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده‌ی ناتوانی و مرگ به شمار 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 (۶). 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 خانواده‌ی این بیماران نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۷). نیازهای اجتماعی در بیماران نارسایی قلبی بار سنگینی برای بیمار محسوب می‌شود. 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 (۸).

از آن‌جا که 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 می‌شود (۹). به همین دلیل، احتیاج به مراقبت‌های تسکینی^۱ در این بیماران ضروری است (۱۰) و یکی از اجزاء اساسی در مراقبت‌های تسکینی تخصصی، احترام به شأن و حقوق انسان‌هاست که مستقل از ملیت، نژاد، مذهب، رنگ پوست، سن، جنس یا وضعیت‌های سیاسی

اجتماعی آن‌هاست (۱۱). شأن اجتماعی بیماران، شامل نگرانی‌های اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است که می‌تواند باعث تقویت یا تضعیف شأن آنان شود (۱۵-۱۲). 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 (۱۶).

بر اساس بررسی‌های صورت گرفته توسط پژوهشگر، در داخل و خارج کشور، ابزاری جهت تعیین شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی نشده است و ابزارهای موجود به صورت غیراختصاصی در طیف وسیعی از بیماران با بیماری‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند و جهت بررسی شأن اجتماعی بیماران با بیماری خاص مانند بیماری نارسایی قلبی، ابزار مناسبی محسوب نمی‌شوند. علاوه بر این، پرسشنامه‌های موجود در فرهنگ‌هایی متفاوت با فرهنگ کشور ایران طراحی شده‌اند. در این زمینه، کریمی و همکاران در یک پژوهش پیمایشی از نوع مقطعی، دیدگاه پرستاران و نوجوانان بیمار بستری را نسبت به شأن بیمار را به وسیله‌ی یک پرسشنامه طراحی شده توسط پژوهشگران بررسی کردند. در این پرسشنامه میزان اهمیت و هم‌چنین، میزان رعایت شأن از دیدگاه پرستاران و بیماران مورد بررسی قرار گرفت (۱۷). در این پژوهش، ذکری از تحلیل عاملی صورت گرفته برای پرسشنامه و ابعاد آن نشده است. روش گردآوری اطلاعات به صورت کمی صورت بوده است و مسلماً استفاده از روش‌های کمی به تنهایی نمی‌تواند تعریف عمیقی از شأن بیمار و عوامل مرتبط با آن ارائه دهد.

Chochinov و همکاران جهت اندازه‌گیری شأن بیماران مبتلا به سرطان، سیاهه‌ی شأن بیمار^۲ را طراحی و روان‌سنجی آن را مورد بررسی قرار دادند (۱۸). سیاهه‌ی شأن بیمار یک ابزار عمومی و غیراختصاصی برای اندازه‌گیری شأن بیمار

² Patient Dignity Inventory (PDI)

¹ Palliative care

است و بیماران مبتلا به بیماری‌های متفاوت، می‌توانند دیدگاه متفاوتی نسبت به ابعاد و عوامل تأثیرگذار بر شأن داشته باشند. نتایج پژوهش Albers و همکاران، نشان داد که عبارات سیاهه‌ی شأن بیمار جامعیت ندارند و عوامل دیگری وجود دارد که بر روی شأن آن‌ها تأثیرگذار است، ولی در ابزار مورد اشاره قرار نگرفته است. این سیاهه قادر به بررسی موضوعات مرتبط با وضعیت عملکردی آنان نیست (۱۹). در پژوهش دیگری Jacelon و همکاران، مقیاس شأن نسبت داده شده^۱ را طراحی کردند (۲۰). این مقیاس فقط دارای سه بعد است و مفهوم شأن در افراد مختلف می‌تواند شامل ابعاد متفاوتی غیر از ابعاد ذکر شده در مقیاس مذکور باشد. پژوهش حاضر در نوع خود بدیع بوده و با توجه به خلاء اطلاعاتی موجود و عدم وجود ابزار مناسب در این زمینه، انجام پژوهش حاضر، به‌عنوان یک ضرورت در نظر گرفته شد و با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به بیماری نارسایی قلبی، صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش اکتشافی از نوع طراحی ابزار است. در مرحله‌ی اول، با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به اشباع داده‌ها، با ۲۲ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران، به صورت نیمه‌ساختاریافته مصاحبه صورت گرفت. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط شد. داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با روش تحلیل محتوای عرفی (قراردادی)^۲ (۲۱) تجزیه و تحلیل شد.

در مرحله‌ی دوم، بر اساس یافته‌های به‌دست آمده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

و داده‌های به‌دست آمده از متون، مقالات و پرسشنامه‌های طراحی شده موجود، عبارات اولیه‌ی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شد. در مرحله‌ی سوم، روایی صوری، محتوا و سازه‌ی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی تعیین شد. روایی صوری پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی، بر اساس نگارش، جمله‌بندی و ظاهر منطقی و جالب پرسشنامه و همچنین، نظر متخصصان در مرحله‌ی قضاوت پرسشنامه بررسی شد. به همین منظور، روش کمی تأثیر عبارت^۳ جهت بررسی میزان اهمیت هر یک از عبارات، در نظر گرفته شد. برای این کار، از ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور و صاحب‌نظران در زمینه‌ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، درخواست شد تا اهمیت هر عبارت را در یک طیف لیکرت ۵ قسمتی کاملاً مهم است [۵]، تا اندازه‌ای مهم است [۴]، به‌طور متوسط مهم است [۳]، اندکی مهم است [۲] و اصلاً مهم نیست [۱] مشخص کنند. بدین ترتیب، عبارات با نمره‌ی تأثیر کم‌تر از ۱/۵ حذف شد (۲۳، ۲۲).

روایی محتوای عبارات پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با توجه به شاخص روایی محتوای^۴ Waltz & Bausell (۲۶-۲۴)، توسط ۱۲ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور و صاحب‌نظران در زمینه‌ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سنجیده شد. در شاخص روایی محتوای والتس و باسل، ابتدا مربوط بودن هر عبارت در پرسشنامه، بر اساس شاخص سه بخشی با چهار نمره (یک تا چهار) ارزیابی شد. در صورتی که نمره‌ی مربوط بودن عبارت در پرسشنامه بیش‌تر یا مساوی ۷۹ درصد بود، عبارت در پرسشنامه حفظ شد و در صورتی که این نمره بین ۷۹-۷۰ بود، عبارت اصلاح و بازنگری شد و در صورتی که کم‌تر از ۷۰ درصد بود، عبارت حذف شد (۲۷). بر اساس این

³ Item impact method

⁴ Content Validity Index

¹ Attributed Dignity Scale

² Conventional content analysis

دسترس) و بر اساس مشخصات مورد نظر پژوهشگر انتخاب شدند، استفاده شد. جهت تعیین تعداد عبارات مربوط به هر عامل، بارعاملی^۲ هر عبارت مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش حاضر، عبارات با بارعاملی کم‌تر از ۰/۵۰ حذف شدند. پس از استخراج عوامل و عبارات قرار گرفته در هر عامل، میزان هم‌خوانی این عوامل با مفهوم و ابعاد اصلی مفهوم شأن اجتماعی بررسی شد.

در مرحله چهارم، جهت تعیین پایایی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، از جهت همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌کردن پرسشنامه استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ هم برای هر عامل و هم برای کل پرسشنامه محاسبه شد. در روش دونیمه‌کردن، نمره‌ی کل عبارات زوج و فرد محاسبه شد و سپس با آزمون همبستگی خطی پیرسون، همبستگی آن‌ها برآورد شد.

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر عبارت بودند از بیماران مبتلا به کلاس II تا IV نارسایی قلبی (بر اساس طبقه‌بندی انجمن قلب ایالات متحده) که قادر به گویش به زبان فارسی و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش باشند. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزارهای بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) نسخه‌ی ۱۹ انجام شد. قبل از انجام مصاحبه‌ها و تکمیل پرسشنامه، رضایت‌نامه‌ی کتبی و شفاهی آگاهانه، توسط بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دریافت شد.

نتایج

بر اساس تحلیل محتوای داده‌های حاصل از مصاحبه‌های انجام شده با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، عوامل مرتبط با شأن بیمار در دو درونمایه شاخص‌های بیمار/مراقبت و کفایت منابع دسته‌بندی شدند. ویژگی‌های درون فردی و تعاملات بین فردی به‌عنوان اجزای شاخص بیمار/مراقبت و نیروی انسانی و منابع محیطی به‌عنوان اجزاء کفایت منابع دسته‌بندی شد. با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از بخش کیفی پژوهش،

شاخص، وضوح و سادگی عبارات نیز مورد بررسی قرار گرفت.

جهت اندازه‌گیری روایی محتوا، هم‌چنین، از نسبت روایی محتوا^۱ طبق جدول Lawshe استفاده شد. به‌عبارت دیگر، از ۱۱ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور و صاحب‌نظران در زمینه‌ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی درخواست شد تا میزان ضرورت هر عبارت را در یک طیف لیکرت ۳ قسمتی: ضروری است [۳]، مفید است ولی ضروری نیست [۲] و ضرورتی ندارد [۱] تعیین کنند. سپس بر اساس فرمول زیر، نسبت روایی محتوای عبارات پرسشنامه‌ها محاسبه شد (۲۸).

$$\text{نسبت روایی محتوا} = \frac{\text{مقدار کل نمرات کسب‌شده در مورد پاسخ‌دهی ضروری به عبارات}}{\text{مقدار کل نمرات کسب‌شده در مورد پاسخ‌دهی به عبارات}} \quad (28)$$

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

جهت تعیین روایی سازه پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۱۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی ($P=0/5$ ، $\alpha=0/05$ و $d=0/1$) (۳۰، ۲۹) که به‌صورت غیرتصادفی (آسان یا در

² Factor loading

¹ Content Validity Ratio

مجموعاً ۸۱ درصد واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند و ۱۹ درصد واریانس باقی‌مانده توسط ۷۸ عامل باقی‌مانده تبیین می‌شود.

جهت تعیین همبستگی بین متغیرها، ماتریس عوامل دوران یافته استفاده شد و عبارات با همبستگی بالای ۰/۵ درون عامل قرار گرفتند. حداقل بارعاملی ۰/۵ در نظر گرفته شد. پس از بازنگری عامل‌های ایجاد شده در تحلیل عاملی، مشخص شد که عبارات ۶۷ و ۶۸ و ۶۹ از عامل چهارم وارد عامل ششم شده بود که در بازنگری، عامل ششم حذف شد. همچنین، عبارات ۹۷ و ۹۸ و ۹۹ از عامل سوم وارد عامل هفتم شده بود که در بازنگری، عامل هفتم حذف شد. و نهایتاً پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی با ۵ عامل شامل عامل اول با ۲۵ عبارت، عامل دوم با ۲۳ عبارت، عامل سوم با ۲۰ عبارت، عامل چهارم با ۶ عبارت و عامل پنجم با ۳ عبارت تبیین شد. در این بخش با حذف ۸ عبارت، پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی ۷۷ عبارتی ساخته شد. جدول شماره ۱، ماتریس پنج عامل دوران یافته پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی را پس از حذف عبارات با بارعاملی کم‌تر از ۰/۵، نشان می‌دهد.

مروری بر متون، مقالات و پرسشنامه‌های طراحی‌شده‌ی موجود، اطلاعات لازم برای طراحی عبارات مربوط به پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی گردآوری و ۱۰۱ عبارت اولیه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) تدوین شد.

با انجام روایی صوری و روایی محتوا، از مجموع ۱۰۱ عبارت اولیه‌ی مربوط به پرسشنامه‌ی پژوهش، تعداد ۱۶ عبارت حذف شدند و تعداد عبارات به ۸۵ عبارت رسید. سپس تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۸۵ عبارت پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی انجام گرفت. ابتدا برای بررسی کفایت نمونه‌گیری جهت استفاده از تحلیل عاملی از آزمون شاخص کیسر-مایر-الکین و آزمون کرویت بارتلر (Bartlett's test of sphericity) استفاده شد. مقدار آزمون کرویت بارتلر برابر با $۰/۰۰۰۱ < P$ معنا دار بود. ضریب کیسر-مایر-الکین برابر با ۰/۸۶ محاسبه شد. بر پایه‌ی نتایج به‌دست آمده از اجرای تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از روش مولفه‌های اصلی، و با چرخش واریماکس، ۷ عامل با ارزش ویژه‌ی بزرگ‌تر از یک استخراج شد که

جدول شماره ۱- ماتریس پنج عامل دوران یافته پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی

| عبارت | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
|--|-------|---|---|---|---|
| ۵۴- به صحبت‌های من اهمیت می‌دهند. | ۰/۹۵۶ | | | | |
| ۵۳- به گفته‌های من اعتماد دارند. | ۰/۹۵۲ | | | | |
| ۱۱۱- به من اعتماد دارند. | ۰/۹۵۱ | | | | |
| ۱۰۷- به احساسات من توجه می‌کنند. | ۰/۹۴۷ | | | | |
| ۱۱۰- با آن‌ها احساس آرامش می‌کنم. | ۰/۹۴۴ | | | | |
| ۱۰۵- حاضر به گذشت از خطاهای من هستند. | ۰/۹۴۳ | | | | |
| ۱۱۲- در صورت نقض حقوقم، از حق من دفاع می‌کنند. | ۰/۹۳۰ | | | | |
| ۱۱۳- به عقاید من اهمیت می‌دهند. | ۰/۹۲۵ | | | | |
| ۱۰۴- در غم و شادی من شریک می‌شوند. | ۰/۹۲۲ | | | | |
| ۱۰۸- مشکلات ناشی از بیماری من را درک می‌کنند. | ۰/۹۲۰ | | | | |
| ۵۲- ارتباط آن‌ها با من، احترام‌آمیز است. | ۰/۹۱۲ | | | | |
| ۶۰- ارتباط آن‌ها با من کم شده است. | ۰/۹۰۵ | | | | |
| ۱۰۶- با من همدلی نمی‌کنند. | ۰/۸۹۷ | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|-------|--|
| | | | ۰/۸۹۳ | ۵۵- به حریم شخصی من در زمان ارتباط، احترام می گذارند. |
| | | | ۰/۸۶۴ | ۵۹- موقع حرف زدن با من، نگاهم نمی کنند. |
| | | | ۰/۸۵۱ | ۱۱۶- به نیازهای معنوی من (نماز، دعا و ...) توجه می کنند. |
| | | | ۰/۸۴۸ | ۱۰۹- نسبت به کارهای من ایراد گیر شده اند. |
| | | | ۰/۸۲۴ | ۱۰۲- در صورت نیاز، در انجام فعالیت های روزمره (لباس پوشیدن، غذا خوردن، رعایت بهداشت فردی) کمک می کنند. |
| | | | ۰/۸۱۷ | ۵۸- در هنگام ارتباط، فرصت صحبت کردن به من داده نمی شود. |
| | | | ۰/۸۱۵ | ۱۰۱- در صورت تشدید علائم جسمی بیماری، کمک می کنند. |
| | | | ۰/۷۹۰ | ۵۷- حوصله ی برقراری ارتباط با من را دارند. |
| | | | ۰/۷۸۸ | ۶۱- آن ها با من ارتباط برقرار نمی کنند. |
| | | | ۰/۷۸۶ | ۱۰۳- در صورت نیاز، برای خوردن داروهایم کمک می کنند. |
| | | | ۰/۷۶۶ | ۵۶- زمان کافی برای ارتباط با من (مکالمه یا صحبت کردن) در نظر می گیرند. |
| | | | ۰/۷۵۹ | ۱۱۴- در ارتباط با مشکلات احتمالی بیماری و آینده ی آن، با من گفت و گو می کنند. |
| | | | ۰/۹۴۴ | ۳۲- ارتباط اعضای خانواده با من، احترام آمیز است. |
| | | | ۰/۹۳۶ | ۳۵- به صحبت های من اهمیت می دهند. |
| | | | ۰/۹۳۶ | ۳۳- به گفته های من اعتماد دارند. |
| | | | ۰/۹۲۴ | ۳۴- نگرانی یا مشکل خود را با من درمیان می گذارند. |
| | | | ۰/۹۲۳ | ۷۸- احساس می کنم از طرف خانواده، طرد شده ام. |
| | | | ۰/۹۲۱ | ۸۱- در صورت نقض حقوقم، از حق من دفاع می کنند. |
| | | | ۰/۹۱۵ | ۳۷- حوصله ی برقراری ارتباط با من را دارند. |
| | | | ۰/۹۱۳ | ۳۹- ارتباط اعضای خانواده با من کم شده است. |
| | | | ۰/۹۱۲ | ۸۰- نسبت به کارهای من ایراد گیر شده اند. |
| | | | ۰/۹۱۱ | ۸۸- به نیازهای معنوی من (نماز، دعا و ...) توجه می کنند. |
| | | | ۰/۹۰۹ | ۸۲- دوست ندارند با افراد جامعه ارتباط برقرار نمایم. |
| | | | ۰/۹۰۹ | ۷۹- با من همدلی می کنند. |
| | | | ۰/۹۰۴ | ۳۶- زمان کافی برای ارتباط با من (مکالمه یا صحبت کردن) در نظر می گیرند. |
| | | | ۰/۸۹۳ | ۸۳- در مواقع نیاز به تصمیم گیری در زندگی، با من همفکری و تبادل نظر می کنند. |
| | | | ۰/۸۷۷ | ۷۶- در انجام نظافت فردی (استحمام، مسواک زدن)، به من کمک می کنند. |
| | | | ۰/۸۷۳ | ۷۵- در آماده کردن غذا، به من کمک می کنند. |
| | | | ۰/۸۷۲ | ۷۷- در تهیه داروهایم، به من کمک می کنند. |
| | | | ۰/۸۷۰ | ۳۸- در هنگام ارتباط، فرصت صحبت کردن به من نمی دهند. |
| | | | ۰/۸۴۸ | ۸۴- در ارتباط با مشکلات احتمالی بیماری و آینده آن، با من گفتگو می کنند. |
| | | | ۰/۷۹۴ | ۸۵- برای تأمین هزینه های بیماری ام، به من کمک می کنند. |
| | | | ۰/۷۹۳ | ۴۰- اعضای خانواده با من ارتباط برقرار نمی کنند. |
| | | | ۰/۷۸۷ | ۸۷- در زمان بروز مشکلات احتمالی اقتصادی در زندگی، حمایت می کنند. |
| | | | ۰/۷۷۹ | ۸۶- برای تأمین هزینه های زندگی، من را حمایت می کنند. |
| | | | ۰/۹۱۹ | ۴۴- به صحبت های من اهمیت می دهند. |
| | | | ۰/۹۱۹ | ۴۲- به گفته های من اعتماد دارند. |
| | | | ۰/۹۱۷ | ۹۳- در صورت نقض حقوقم، از حق من دفاع می کنند. |
| | | | ۰/۹۱۵ | ۴۳- نگرانی یا مشکل خود را با من درمیان می گذارند. |

| | | | | |
|--|-------|-------|--|--|
| | | ۰/۹۱۳ | | ۹۰- با من همدلی می‌کنند. |
| | | ۰/۹۱۲ | | ۹۱- مشکلات ناشی از بیماری من را درک می‌کنند. |
| | | ۰/۹۰۰ | | ۹۶- زمان کافی برای ارتباط با من (مکالمه یا صحبت کردن) در نظر می‌گیرند. |
| | | ۰/۸۹۴ | | ۹۵- به حریم شخصی من در زمان ارتباط، احترام می‌گذارند. |
| | | ۰/۸۸۸ | | ۹۱- ارتباط آن‌ها با من، احترام آمیز است. |
| | | ۰/۸۸۷ | | ۹۵- به عقاید من اهمیتی می‌دهند. |
| | | ۰/۸۷۲ | | ۸۹- در صورت بروز مشکل جسمی، به من کمک می‌کنند. |
| | | ۰/۸۶۶ | | ۱۰۰- به نیازهای معنوی من (نماز، دعا و ...) توجه می‌کنند. |
| | | ۰/۸۶۵ | | ۹۷- حوصله برقراری ارتباط با من را دارند. |
| | | ۰/۸۶۵ | | ۹۸- در هنگام ارتباط، فرصت صحبت کردن به من داده نمی‌شود. |
| | | ۰/۸۵۸ | | ۹۶- در مواقع نیاز به تصمیم‌گیری در زندگی، با من همفکری و تبادل نظر می‌کنند. |
| | | ۰/۸۴۹ | | ۹۴- دوست ندارند با من ارتباط برقرار نمایند. |
| | | ۰/۸۴۴ | | ۵۰- ارتباط آن‌ها با من کم شده است. |
| | | ۰/۸۴۳ | | ۹۹- موقع حرف زدن با من، نگاهم نمی‌کنند. |
| | | ۰/۸۲۴ | | ۹۲- نسبت به کارهای من ایراد گیر شده اند. |
| | | ۰/۸۰۵ | | ۵۱- آن‌ها با من ارتباط برقرار نمی‌کنند. |
| | ۰/۷۹۱ | | | ۶۲- مراقبت از من باعث اختلال خواب اعضای خانواده‌ام شده است. |
| | ۰/۷۶۰ | | | ۶۳- مراقبت از من باعث افزایش بار کاری خانواده‌ام شده است. |
| | ۰/۶۹۷ | | | ۷۴- بخاطر بیماری‌ام، فرصت خانواده‌ام در انجام فرائض دینی در منزل یا جامعه (دعا، نماز، قرآن)، کم شده است. |
| | ۰/۶۸۴ | | | ۶۴- بیماری من باعث اضطراب خانواده‌ام شده است. |
| | ۰/۶۵۱ | | | ۷۰- بخاطر بیماری‌ام، سرگرمی خانواده‌ام (مسافرت، تفریح و ...) محدود شده است. |
| | ۰/۶۵۰ | | | ۶۵- بیماری من باعث افسردگی خانواده‌ام شده است. |
| | ۰/۹۱۰ | | | ۷۱- قدرت خرید خانواده‌ام بخاطر هزینه‌های بیماری من، کم شده است. |
| | ۰/۹۰۷ | | | ۷۲- توانایی خانواده‌ام در تأمین هزینه بیماری من کاهش یافته است. |
| | ۰/۹۰۲ | | | ۷۳- توانایی خانواده‌ام در تأمین هزینه سرگرمی (مسافرت، تفریح و ...) محدود شده است. |

کارکنان مراقبتی، به‌عنوان عوامل زیرمجموعه بعد ارتباط و حمایت و دو عامل تحمیل شدن به دیگران (جسمی، روانی، اجتماعی) و تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی)، به‌عنوان عوامل زیرمجموعه بعد تحمیل شدن به دیگران در نظر گرفته شدند. پس از انجام تحلیل عاملی، همسانی درونی کل ابزار ۲۳ عبارتی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ۱۳۰ نفری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برای کل پرسشنامه $\alpha=0/97$ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه نیز

همان‌طور که جدول شماره‌ی ۱ نشان می‌دهد در پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی پنج عامل (عامل اول با ۲۵ عبارت، عامل دوم با ۲۳ عبارت، عامل سوم با ۲۰ عبارت، عامل چهارم با ۶ عبارت و عامل پنجم با ۳ عبارت) شناسایی شد. این عامل‌ها به‌ترتیب تحت عناوین ارتباط و حمایت خانواده، ارتباط و حمایت جامعه، و ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی، تحمیل شدن به دیگران (جسمی، روانی، اجتماعی) و تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) نام‌گذاری شد. سه عامل ارتباط و حمایت خانواده، ارتباط و حمایت جامعه، و ارتباط و حمایت

محاسبه شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- همسانی درونی ابعاد پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی

| عامل | ابعاد | تعداد عبارات | ضریب آلفای کرونباخ |
|------|--|--------------|--------------------|
| ۱ | ارتباط و حمایت خانواده | ۲۵ | ۰/۹۹ |
| ۲ | ارتباط و حمایت جامعه | ۲۳ | ۰/۹۹ |
| ۳ | ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی | ۲۰ | ۰/۹۹ |
| ۴ | تحمیل شدن به دیگران (جسمی، روانی، اجتماعی) | ۶ | ۰/۸۰ |
| ۵ | تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) | ۳ | ۰/۹۸ |

۶۹ دارای امتیازدهی منفی هستند. به عبارت دیگر، در این عبارات، امتیاز ۱ برای کاملاً موافقم تا ۶ برای گزینه‌ی کاملاً مخالفم در نظر گرفته شده است. میانگین نمره‌ی عبارات پرسشنامه، نمره‌ی کل پرسشنامه محسوب خواهد شد و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی شأن اجتماعی بالاتر است.

بحث

اکثر عبارات پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی از تحلیل محتوای مصاحبه‌ها استخراج شده است و سایر عبارات از مطالعات مربوط به وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گردآوری شده است. براساس جست‌وجوهای صورت‌گرفته توسط پژوهشگر در منابع اطلاعاتی مختلف، پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی تنها ابزار اختصاصی موجود در داخل و خارج از کشور در زمینه شأن اجتماعی در بیماران مختلف و از جمله بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است و این خود از نقاط مثبت پژوهش حاضر محسوب می‌شود. Chochinov و همکاران با طراحی سیاهه‌ی شأن بیمار در بیماران مبتلا به سرطان (۱۸) و هم‌چنین، Jacelon و همکاران با طراحی مقیاس شأن نسبت داده شده در سالمندان (۲۰)، مفهوم شأن بیمار را در ابعاد مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند و فقط برخی عبارات در این

در این پژوهش، علاوه بر استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، از روش دونیمه‌کردن نیز برای تعیین پایایی پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی استفاده شد. به همین دلیل، نمره‌ی کل عبارات زوج و فرد محاسبه شد و سپس با آزمون همبستگی خطی پیرسون، همبستگی آن‌ها برآورد شد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳ - همبستگی خطی میانگین نمرات عبارات زوج با فرد پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی

| نیمه اول عبارات | نیمه دوم عبارات | |
|-----------------|---------------------------|-----------------|
| ۱ | $r = 0.99$ $P < 0.001$ | نیمه اول عبارات |
| ۱ | $r = 0.99$ $P < 0.001$ | نیمه دوم عبارات |

پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی، در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نسبتاً موافقم، نسبتاً مخالفم، مخالفم، کاملاً مخالفم) است و دامنه‌ی نمرات از ۱ تا ۶ در هر عبارت، متغیر است. اکثر عبارات دارای امتیازدهی مثبت هستند، به طوری که امتیاز ۱ برای کاملاً مخالفم تا ۶ برای گزینه‌ی کاملاً موافقم منظور شده است و فقط عبارات شماره ۷-۹، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۳۱-۳۴، ۳۸، ۴۰، ۵۳-۵۵، ۵۹، ۶۲ و ۷۷-

ابزارها، تاحدودی به شأن اجتماعی مرتبط هستند. از طرف دیگر، ابزارهای ذکر شده برای افرادی غیر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شده‌اند و می‌توانند دیدگاه متفاوتی نسبت به ابعاد و عوامل تأثیرگذار بر شأن داشته باشند. بر اساس مطالعات صورت گرفته (Albers و همکاران)، عبارات سیاهه‌ی شأن بیمار جامعیت ندارند و عوامل دیگری وجود دارد که بر روی شأن افراد تأثیرگذار هستند، ولی در این سیاهه مورد اشاره قرار نگرفته است و این سیاهه قادر به بررسی موضوعات مرتبط با وضعیت عملکردی آنان نیست (۱۹).

مقدار شاخص روایی محتوای هر یک از عبارات پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی در کل مقیاس بالای ۰/۹۰ بود که این مقدار بسیار مناسب به نظر می‌رسد (۳۱) و از طرفی نشان‌دهنده‌ی فرآیند دقیق بررسی روایی محتوی و صوری عبارات پرسشنامه مذکور و نیز استفاده از روش‌های کیفی و کمی بررسی روایی پرسشنامه است. در پژوهش Chochinov و همکاران جهت طراحی سیاهه‌ی شأن بیمار (۱۸) و هم‌چنین، پژوهش Jacelon و همکاران جهت طراحی مقیاس شأن نسبت داده شده (۲۰)، ذکری از روایی صوری و روایی محتوا و هم‌چنین، مقدار شاخص روایی محتوا نشده است. در پرسشنامه‌ی پژوهش حاضر پنج عامل ارتباط و حمایت خانواده، ارتباط و حمایت جامعه، ارتباط و حمایت کارکنان مراقبتی، تحمیل شدن به دیگران (جسمی، روانی، اجتماعی) و تحمیل شدن به دیگران (اقتصادی) شناسایی شد. در پژوهش Chochinov و همکاران نیز پس از تکمیل سیاهه‌ی شأن بیمار توسط ۲۵۳ بیمار که در مراحل انتهایی زندگی به سر می‌بردند و مراقبت‌های تسکینی را دریافت می‌کردند، پنج بعد شناسایی شد که شامل نگرانی ناشی از علائم، نگرانی وجودی، وابستگی، آرامش فکر و حمایت اجتماعی بود (۱۸). مقیاس شأن نسبت داده شده طراحی شده توسط Jacelon و همکاران شامل ۲۳ عبارت در سه بعد

خودارزشی، احترام به خود و احترام به دیگران است (۲۰). تفاوت این نام‌گذاری‌ها می‌تواند به دلیل تفاوت در موضوع و محتوای پرسشنامه و هم‌چنین، نوع بیماران شرکت کننده در پژوهش باشد. محتوای سیاهه‌ی شأن بیمار مربوط به شأن در ابعاد مختلف است که یکی از ابعاد آن مربوط به حمایت اجتماعی است و علاوه بر این، برای بیماران مبتلا به سرطان کاربرد دارد. محتوای مقیاس شأن نسبت داده شده نیز در زمینه‌ی شأن در ابعاد مختلف است که فقط بعد احترام به دیگران آن با پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی در پژوهش حاضر، تاحدودی منطبق است و برای افراد سالمند کاربرد دارد. در صورتی که محتوای پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی به‌طور اختصاصی مربوط به شأن اجتماعی بیماران است و از طرفی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بودند.

جنبه‌های بیرونی شأن متشکل از عوامل ذهنی است که برای افراد حائز اهمیت است مانند ارتباطات بین‌فردی. بنابراین، شأن ریشه در ارتباطات ما با دیگران دارد و از لحاظ اجتماعی در روابط ما نهفته است و در گفت‌وگوها و روایت داستان زندگی ما جاگرفته است (۳۲). پژوهش‌های صورت گرفته، شأن اجتماعی را شامل حریم خصوصی، حمایت اجتماعی، نگرش مراقبتی، تحمیل شدن به دیگران و نگرانی از عواقب پس از مرگ می‌دانند (۱۵-۱۲). بر اساس پژوهش‌های انجام شده، عوامل حفظ و ارتقاءدهنده‌ی شأن اجتماعی بیمار شامل حفظ حریم خصوصی (۳۷-۳۳)، حمایت‌های اجتماعی (۳۸)، ارتباطات بین‌فردی و حمایت دیگر بیماران هستند (۳۹). پژوهش‌ها هم‌چنین، عواملی مانند نحوه‌ی درست خطاب کردن بیمار (۳۸، ۳۵، ۳۴)، گوش دادن به صحبت‌های بیمار (۳۴)، دادن حق انتخاب (۳۵، ۳۴)، ایجاد حس ارزشمندی در وی (۳۴)، رفتار توأم با همدردی (۳۸) را از سایر عوامل مؤثر در حفظ خودارزشی و شأن افراد، ذکر کرده‌اند.

نتیجه گیری

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

تشکر و قدردانی

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

بیماران نارسایی قلبی انتظار دارند با آنها به‌عنوان یک انسان کامل و نه یک بیمار رفتار شود و بدانند که چه اتفاقی قرار است برایشان بیفتد و در امر مراقبت از خود مشارکت کنند و اطلاعات لازم را از کارکنان مراقبتی دریافت کنند و گرنه احساس فراموش شدن و حذف شدن در آنها پدید می‌آید (۴۰). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از این‌که بیماری و مراقبت از آنها باعث اختلال در زندگی و سلامتی افراد مراقبت‌کننده از آنها شده است، ابراز نگرانی می‌کنند و به‌خاطر مشقت‌های تحمیل‌شده به ارائه‌کنندگان، احساس گناه می‌کنند (۴۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرسشنامه‌ی شأن اجتماعی، از پایایی مناسبی برخوردار است (۴۲، ۳۱). پایایی سیاهه‌ی شأن بیمار طراحی شده توسط Chochinov و همکاران نیز با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۳ و ثبات آن از طریق آزمون مجدد (پس از ۲۴ ساعت از آزمون اول) ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۸). روان‌سنجی (روایی ساختاری و پایایی) مقیاس شأن نسبت داده شده طراحی شده توسط Jacleon و همکاران مورد بررسی قرار نگرفته است (۲۰) و لذا ذکر از سنجش پایایی ابزار با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و ثبات آن به روش آزمون مجدد نشده و به پژوهش آینده موکول شده است.

care: experiences expressed by individuals suffering from Ehlers-Danlos syndrome. *Disabil Rehabil* 2010; 32(1): 1-7.

12- Chochinov HM. Dignity conserving care: a new model for palliative Care: Helping the Patient Feel Valued. *JAMA* 2002; 287(17): 2253-60.

13- Chochinov HM, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 2002; 54(3): 433-43.

14- McClement SE, Hack TF, Kristjanson LJ, Harlos M. Dignity-conserving care: application of research findings to practice. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10(4): 173-179.

15- Chochinov HM. Dying, dignity and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006; 56(2): 84-103.

16- Jacobson N. Dignity and health: A review. *Soc Sci Med* 2007; 64(2): 292-302.

17- Karimi R, Dehghan Nayyeri N, Sadeghi T, Mehran A. Patients dignity: a comparative study between the perspective of nurses and adolescents. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2008; 1(4):53-62. [In Persian]

18- Chochinov HM, Hassard T, McClement S, et al. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36(6): 559-71.

19- Albers G, Pasman HR, Rurup ML, de Vet HCW, Onwuteaka-Philipsen BD. Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9(6): 45.

20- Jacelon CS, Dixon J, Knafl KA. Development of the attributed dignity scale. *Res Gerontol Nurs* 2009; 2(3): 202-13.

21- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.

22- Heravi-Karimooi M, Anoosheh M, Foroughan M, Sheykhi M, Hajizadeh E. Designing and determining psychometric properties of the Domestic Elder Abuse Questionnaire. *Salmand* 2010; 5(15): 7-20. [In Persian]

23- Lacasse Y, Godbout C, Series F. Health-related quality of life in obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J* 2002; 19(3): 499-503.

منابع

1- Yu DSF, Lee DTF, Kwong ANT, Thompson DR, Woo J. Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *J Adv Nurs* 2008; 61(5): 474-83.

2- Hopp FP, Thornton N, Martin L. The lived experience of heart failure at the end of life: a systematic literature review. *Health Soc Work* 2010; 35(2): 109-17.

3- Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010; 121(7): 948-54.

4- Gardetto NJ. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go? *J Multidiscip Healthc* 2011; 4: 39-51.

5- Wingate S, Wiegand DL. End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. *Crit Care Nurse* 2008; 28(2): 84-95.

6- Hekmatpou D, Mohammadi E, Allah Ahmadi F, Arefi SH, Rafie M. The effectiveness of applying "making sensitivity to re-admission caring model" on controlling congestive heart failure complications among hospitalized patients in Tehran cardiovascular centers, 2009. *J Iran Univ Med Sci* 2010; 17(75): 33-50. [In Persian]

7- Molly GY, Jhonston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *Eur J Heart Fail* 2005; 7(4): 592-603.

8- 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.

9- 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.

10- 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.

11- Berglund B, Anne-Cathrine M, Randers I. Dignity not fully upheld when seeking health

- 33- Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 2002; 8(3): 143-51.
- 34- Woolhead G, Tadd W, Boix-Ferrer JA, et al. "Tu" or "Vous"? A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Educ Couns* 2006; 61(3): 363-71.
- 35- Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs* 2008; 17(20): 2709-17.
- 36- Wadensten B, Ahlström G. The struggle for dignity by people with severe functional disabilities. *Nurs Ethics* 2009; 16(4): 453-65.
- 37- Dawood M, Gallini A. Using discovery interviews to understand the patient experience. *Nurs Manag (Harrow)* 2010; 17(1): 26-31.
- 38- Slettebø A, 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.
- 39- Baillie L. Patient's dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(1): 23-37.
- 40- Sundin K, Bruce E, Barremo AS. Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2010; 5(2): 1-10.
- 41- Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Hebert P. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale. *Med Care* 2003; 41(1): 110-8.
- 42- Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*, 3rd ed. USA: McGraw – Hill Education (India); 1994.
- 24- Yaghmaie F. Content validity and its estimation. *J Med Educ* 2003; 3(1): 25-28.
- 25- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4):1-12. [In Persian]
- 26- Vakili M, Hidarnia A, Niknami S. Development and psychometrics of an interpersonal communication skills scale (A.S.M.A) among Zanjan health volunteers. *Hayat* 2012; 18(1): 5-19. [In Persian]
- 27- Hyrkas K, Appelgvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(6): 619-25.
- 28- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personel Psychol* 1975; 28(4): 563-75.
- 29- Haghdoost A. Do you want to gain a profound insight into sample size and statistical power. *Iran J Epidemiol* 2009; 5(1): 57-63. [In Persian]
- 30- Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Arch Orofac Sci* 2006; 1: 9-14.
- 31- Yaghmaei F. [Andazeh Giri Raftar Dar Pajouhesh ba Abzarhaye Motabar va Paya], 2nd edition. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 1388.
- 32- Thompson GN, Chochinova HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008; 2(1): 49-53.

Development & psychometric properties of the social dignity questionnaire in heart failure patients

Hossein Bagheri¹, Faride Yaghmaei^{*2}, Tahere Ashktorab³, Farid Zayeri⁴

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran;

² Associate Professor, Department of Health, and Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³ Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴ Assistant Professor, Department of Biostatistics, Proteomix Research Center, and Faculty of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Heart failure not only affects the patients but also their families and social networks. This study was conducted to evaluate the development & psychometric properties of the Social Dignity Questionnaire (SDQ) in heart failure patients.

This study is an exploratory research of questionnaire design type. Twenty two patients with class II to IV heart failure (New York Heart Association Functional Classification) were chosen through purposive sampling from selected hospitals of Tehran, and semi-structured interviews were conducted with them. Qualitative content analysis was performed to analyze the interviews. The primary items were developed based on the findings obtained from the interviews, literature and designed questionnaires about social dignity. Content validity and construct validity were determined in 130 patients with heart failure. The data were analyzed using SPSS version 19.

Through face validity and content validity analysis, 16 out of 101 primary items were removed. As a result of exploratory factor analysis, 2 items with factor loading less than 0.5 were deleted, and 6 were removed due to inclusion in other factors. The following five factors were extracted: family communication and support, social communication and support, health care communication and support, burden to others (physical, emotional and social), and burden to others (economic). Reliability of the Social Dignity Questionnaire (SDQ) was calculated to be 0.97 by using Cronbach's alpha coefficient, and 0.99 by using split-half method.

Considering the acceptable validity and reliability of the questionnaire in the present study, its application can be useful in planning support for patients and improving their treatment and care. The questionnaire may also be helpful in conducting further research related to dignity in different patients

Keywords: social dignity, heart failure, psychometric properties

*Email: farideh_y2002@yahoo.com