

## تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

سهیل نجفی مهری<sup>\*</sup> MSc، حکیمه واحدپرست<sup>۱</sup> MSc، سهیلا حافظی<sup>۲</sup> MSc

عبدا... تقفی<sup>۳</sup> MSc، زهرا فارسی<sup>۴</sup> MSc، یدا... سیاوش وهابی<sup>۳</sup> MSc

<sup>\*</sup> دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

<sup>۱</sup> دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

<sup>۲</sup> دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف.** افزایش هزینه‌های درمانی، دوری از خانواده و افزایش عفونت‌های بیمارستانی منجر شده تا روز به روز مراقبت در منزل و خودمراقبتی مورد استقبال قرار گیرد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام شده است.

**مواد و روش‌ها.** این پژوهش، مطالعه کارآزمایی بالینی است. ۶۴ بیمار (۳۲ نفر گروه آزمون، ۳۲ نفر گروه شاهد) که با تشخیص انفارکتوس میوکارد در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان پذیرش شده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. آموزش خودمراقبتی در گروه مداخله انجام شد. پرسش‌نامه "کیفیت زندگی ناتینگهام" برای تعیین کیفیت زندگی قبل و بعد از برنامه آموزشی مورد استفاده قرار گرفت.

**یافته‌ها.** آزمون آماری تی مستقل ( $p > 0.17$ ) نشان داد که نمره کل و نمره ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله در دو گروه شاهد و مداخله اختلاف معنی‌داری ندارند، درحالی‌که پس از آموزش، نمره کل و نمره ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه، اختلاف معنی‌دار نشان می‌دهد ( $p < 0.005$ ). همچنین در گروه آزمون، آزمون آماری تی زوج، اختلاف معنی‌داری را در نمره کل و ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله نشان داد ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری.** کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌تواند با آموزش خودمراقبتی افزایش یابد.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش خودمراقبتی، کیفیت زندگی، انفارکتوس میوکارد

## Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction

Najafi S. M.<sup>\*</sup> MSc, Vahedparast H.<sup>1</sup> MSc, Hafezi S.<sup>2</sup> MSc, Saghafi A.<sup>3</sup> MSc, Farsi Z.<sup>4</sup> MSc, Vahabi Y. S.<sup>3</sup> MSc

<sup>\*</sup>Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Nursing & Midwifery Faculty, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran

<sup>2</sup>Payem-e-Nour University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>Nursing Faculty, Artesh University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Abstract

**Aims.** Expensiveness of medical cares, being far from family, high rate of nosocomial infections cause self-care and in-home care to be considered more than previous. So present study have been done to assess effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction

**Material & Methods.** This research is a clinical trial study. 64 patients (32 people in case group and 32 people in control group) who were admitted in coronary care unit of hospital with diagnosis of myocardial infarction were assessed. Self-care education was done in intervention group. "Nottingham quality of life" questionnaires were used for assessing quality of life before and after education program.

**Results.** Statistical independent T- test ( $P > 0.17$ ) showed that total number and quality of life number have not significant difference between two groups before intervention, while after intervention, total number and quality of life number have significant difference between two groups ( $P < 0.005$ ). Paired T-test also showed significant difference in total number and quality of life number before and after intervention ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion.** Quality of life can improve with self-care education in patients suffering from myocardial infarction.

**Keywords:** Self-care Education, Quality of Life, Myocardial Infarction

بیمارستانی منجر شده تا روز به روز مراقبت در منزل و خودمراقبتی مورد استقبال قرار گیرد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تدوین گردیده است.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است که بر روی ۶۴ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU) صورت گرفت. نمونه‌ها به روش مبتنی بر هدف انتخاب شده، سپس به طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص انفارکتوس میوکارد برای بیمار، عدم شرکت در برنامه خودمراقبتی قلبی، عدم نیاز به درمان جراحی، نداشتن ناتوانی جسمانی یا اختلال روانی و  $EF > 40$  بود. ابزار گردآوری اطلاعات را پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی ۴۱ سؤالی برای بررسی نیازهای خودمراقبتی در سه حیطه شناختی، عاطفی و عملکردی و نیز پرسش‌نامه ۳۸ سؤالی کیفیت زندگی ناتینگهام یا NHP (Nottingham Health Profile) که دربرگیرنده‌ی ۶ بُعد انرژی، درد، واکنش‌های عاطفی، خواب، انزوای اجتماعی و تحرک جسمانی تشکیل می‌داد. به‌منظور تعیین اعتبار علمی پرسش‌نامه‌ی خودمراقبتی از روش اعتبار محتوا و پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد که اعتبار و پایایی ( $r = 0/85$ ) آن مورد تأیید قرار گرفت [۱۱]. نمره‌گذاری پرسش‌نامه ناتینگهام از صفر تا ۱۰۰ است. در هر بُعد، نمره ۱۰۰ و صفر به ترتیب بهترین و پایین‌ترین میزان کیفیت زندگی است. بعد از سپری شدن دوره حاد بیماری و ثابت شدن وضعیت بیمار در بخش "فراقی" (Post CCU)، با توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت از آنها برای شرکت در تحقیق، اطلاعات گردآوری شد. در مورد گمنام بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم بیماران، اطمینان کافی به آنان داده شد. حق خروج از مطالعه برای آنان در هر زمان محفوظ بود. سؤالات مربوط به کیفیت زندگی توسط پژوهشگر برای بیمار توضیح داده شده و بیمار با توجه به وضعیت خود گزینه مناسب را انتخاب می‌نمود. سپس بر اساس نیازهای خودمراقبتی که با توجه پرسش‌نامه تعیین شده بود در گروه آزمون آموزش چهره به چهره حداقل ۲ بار و هر بار ۱۵ دقیقه در دو روز متوالی داده شد. سپس به مدت ۲ ماه پس از ترخیص بیماران هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در ابتدای ماه چهارم مجدداً فرم‌های بررسی کیفیت زندگی با مراجعه به منزل بیماران در دو گروه آزمون و شاهد تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 11.5 توسط آمار توصیفی و استنباطی با آزمون تی زوج‌شده (Paired T test)، آنالیز واریانس اندازه‌گیری تکراری (ANOVA)، تی مستقل (Independent T test)، اسپیرمن (Spearman) و پیرسون (Pearson) صورت گرفت.

### مقدمه

بیماری عروق کرونر مهم‌ترین اختلال قلبی-عروقی و عارضه‌ی سلامتی مهمی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است. در شروع قرن بیستم، اختلال قلبی-عروقی کمتر از ۱۰٪ کل مرگ و میر جهان را شامل می‌شد، این در حالی است که در اواخر این قرن بیماری‌های قلبی نزدیک به نیمی از کل مرگ و میر کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵٪ مرگ و میر کشورهای در حال توسعه را شامل می‌شود. پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ نزدیک به ۲۵ میلیون مرگ ناشی از اختلالات قلبی-عروقی در سال رخ دهد [۱] و بیماری‌های قلبی-عروقی و سکنه مغزی به ترتیب اولین و چهارمین علت ناتوانی در فهرست بیماری‌های ناتوان‌کننده باشند [۲]. طبق گزارش منتشره‌ی سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سالانه حدود ۱/۷ میلیون مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر قلب رخ می‌دهد که پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ به ۱/۱ میلیون مورد افزایش یابد. بیماری‌های قلبی-عروقی هم‌چنین یکی از علل مهم مرگ و میر در کشورهای مدیترانه‌ی شرقی و حوزه خاورمیانه به شمار می‌رود و در ایران نیز این مشکل رو به تزاید است [۳]. بیماری عروق کرونر را "اپیدمی قرن" نامیده‌اند که در ایران نیز این اپیدمی شکل گرفته است [۴]. طبق گزارش WHO در مارس ۲۰۰۲ (فروردین ۱۳۸۱) ۳۵٪ علل مرگ و میر در ایران (۹۱ هزار نفر) ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی بوده است [۵].

بیماری‌های قلبی نه تنها راحتی و سعادت بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهند بلکه ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، شغل و سطح درآمد فرد را نیز متاثر می‌سازند [۶]. بعد از تشخیص بیماری سکنه قلبی و پیشرفت بیماری به سمت وضعیت بدون علامت، اتخاذ برنامه فعالی برای بازتوانی با هدف بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد [۷]. یکی از نیازهای اساسی این بیماران نیاز آموزشی است و دادن اطلاعات روشن و کافی یکی از مسئولیت‌های مهم شاغلین در حرفه‌های مرتبط با سلامتی است [۸]. افزایش آگاهی افراد و درک آنها از عوامل خطرزای بیماری و آموزش رفتارهای پیشگیری‌کننده می‌تواند موجب ارتقای کیفیت زندگی شده و از بستری شدن مجدد آنان جلوگیری نماید [۹]. خودمراقبتی گامی ارزشمند برای افزایش آگاهی و کمک به بیماران در کسب استقلال فردی و تسهیل سازگاری آنان با بیماری خود و پیرو آن افزایش کیفیت زندگی است [۱۰]. آموزش به این بیماران می‌تواند بسیاری از پیامدها از جمله پیشگیری از بیماری، عوارض آن، کاهش در تعداد و طول مدت بستری، همکاری بیمار در امر مراقبت از خود، کاهش هزینه‌های درمانی و در نتیجه ارتقای سلامت فرد و جامعه را به دنبال داشته باشد. افزایش هزینه‌های درمانی، دوری از خانواده و افزایش عفونت‌های

## نتایج

یافته‌ها نشان دادند که ۴۸/۴۳٪ نمونه‌ها در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال، ۷۳/۳۴٪ مرد و ۸۵/۹۳٪ متأهل بودند. ۲۶/۵۶٪ تحصیلات زیردیپلم داشته و ۵۴/۶۸٪ آنان سابقه بیماری قلبی در بستگان درجه یک را ذکر نمی‌کردند. ۷۸/۱۲٪ بدون سابقه دیابت، ۶۸/۷۵٪ نیز بدون سابقه هیپرلیپیدمی بوده، ۵۱/۵۶٪ مبتلا به فشار خون بالا و ۶۰/۹۳٪ سیگاری بودند.

جدول (۱) مقایسه نمره کل کیفیت زندگی گروه‌های مورد پژوهش

آزمون ←	قبل از مداخله		پس از مداخله	Paired t test
	Mean ± SD	Mean ± SD		
↓ ابعاد	۶۱/۰۴ ± ۱۸/۶۲	۶۶/۵۸ ± ۱۵/۰۸		$p > ۰/۱۷$
شاهد				
آزمون	$p > ۰/۱۷$	$p > ۰/۱۷$		$*p < ۰/۰۱$
Independent t test				$*p < ۰/۰۰۵$

قبل و پس از مداخله

آزمون ←	قبل از مداخله		پس از مداخله	Paired t test
	Mean ± SD	Mean ± SD		
↓ ابعاد	۵۳/۴۲ ± ۳۶/۸۵	۵۳/۴۲ ± ۳۶/۸۵		$*p < ۰/۰۵$
انرژی				
درد	۵۶/۵۵ ± ۲۳/۵۴	۸۴/۷۳ ± ۱۴/۳۸		
واکنش هیجانی	۴۷/۶۶ ± ۲۵/۶۰	۷۲/۸۶ ± ۱۶/۹۲		
خواب	۴۴/۱۷ ± ۲۷/۳۵	۶۷/۸۸ ± ۲۳/۵۱		
انزوای اجتماعی	۵۳/۰۲ ± ۲۳/۶۳	۶۷/۱۸ ± ۲۰/۳۷		
حرکت جسمانی	۷۱/۰۰ ± ۲۱/۲۱	۸۶/۴۷ ± ۰۹/۸۷		

جدول (۴) مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی گروه‌های مورد پژوهش قبل از مداخله

گروه ←	شاهد		آزمون	Independent t test
	Mean ± SD	Mean ± SD		
↓ ابعاد	۶۱/۳۵ ± ۲۹/۰۹	۵۳/۴۲ ± ۳۶/۸۵		$p > ۰/۳۴$
انرژی				
درد	۶۶/۰۸ ± ۲۳/۸۳	۵۶/۵۵ ± ۲۳/۵۴		$p > ۰/۱۱$
واکنش هیجانی	۵۶/۰۳ ± ۲۶/۲۲	۴۷/۶۶ ± ۲۵/۶۰		$p = ۰/۲$
خواب	۴۹/۷۰ ± ۲۰/۴۳	۴۴/۱۷ ± ۲۷/۳۵		$p > ۰/۴$
انزوای اجتماعی	۵۶/۱۷ ± ۲۴/۵۰	۵۳/۰۲ ± ۲۳/۶۳		$p > ۰/۶$
حرکت جسمانی	۷۶/۹۲ ± ۱۷/۶۳	۷۱/۰۰ ± ۲۱/۲۱		$p = ۰/۲۳$

در خصوص متغیرهای دموگرافیک و عوامل خطر ساز قبل از مداخله در دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری دیده نشد ( $p > ۰/۰۵$ ). آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی‌داری را از نظر نمره کل و ابعاد کیفیت زندگی در هر یک از گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نداد ( $p > ۰/۰۵$ ).

جدول (۲) مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی گروه شاهد قبل و پس از مداخله

آزمون ←	قبل از مداخله		پس از مداخله	Paired t test
	Mean ± SD	Mean ± SD		
↓ ابعاد	۶۱/۳۵ ± ۲۹/۰۹	۷۷/۸۲ ± ۲۱/۱۶		$*p < ۰/۰۲$
انرژی				
درد	۶۶/۰۸ ± ۲۳/۸۳	۷۸/۵۲ ± ۱۲/۲۰		$*p < ۰/۰۱$
واکنش هیجانی	۵۶/۰۳ ± ۲۶/۲۲	۵۷/۲۹ ± ۲۰/۳۰		
خواب	۴۹/۷۰ ± ۲۰/۴۳	۵۶/۴۳ ± ۲۲/۴۹		
انزوای اجتماعی	۵۶/۱۷ ± ۲۴/۵۰	۵۸/۹۶ ± ۲۳/۰۴		
حرکت جسمانی	۷۶/۹۲ ± ۱۷/۶۳	۸۱/۳۲ ± ۱۰/۳۵		

در گروه شاهد، پس از مداخله، تفاوت مشاهده شده در نمره کسب شده به جز در ابعاد انرژی ( $p < ۰/۰۲$ ) و درد ( $p < ۰/۰۱$ ) در سایر ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار نبود ( $p > ۰/۰۵$ ) (جدول ۲). اما در گروه آزمون افزایش نمره همه ابعاد کیفیت زندگی پس از مداخله معنی‌دار بود ( $p < ۰/۰۵$ ) (جدول ۳). در گروه آزمون، حداکثر میانگین نمره ابعاد در مرحله قبل و بعد از مداخله مربوط به بُعد فعالیت جسمانی و به ترتیب ۷۱ و ۸۶/۴۷ بود. همچنین، حداقل میانگین نمره در مرحله قبل مربوط به خواب (۴۴/۱۷) و بعد از مداخله مربوط به بُعد انزوای اجتماعی (۶۷/۱۸) بود. در گروه شاهد نیز حداکثر میانگین نمره در مرحله قبل و بعد از مداخله مربوط به بُعد فعالیت جسمانی به ترتیب ۷۶/۹۲ و ۸۱/۳۲ بوده و حداقل نمره قبل و بعد از مداخله مربوط به بُعد خواب به ترتیب ۴۹/۷ و ۵۶/۴۳ بود. بعد از مداخله به جز در ابعاد انرژی و انزوای اجتماعی در سایر ابعاد کیفیت زندگی بین دو گروه، آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی‌دار نشان داد ( $p < ۰/۰۵$ ) (جدول ۵).

بین هیچکدام از متغیرهای دموگرافیک با نمره کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری دیده نشد (اسپیرمن - پیرسون،  $p > ۰/۰۵$ ). همچنین هیچ‌یک از عوامل خطر (سابقه خانوادگی بیماری قلبی، فشار خون بالا، دیابت، هیپرلیپیدمی و استعمال دخانیات) با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری نداشتند (اسپیرمن،  $p > ۰/۰۵$ ).

در گروه آزمون نمره کل کیفیت زندگی، قبل از مداخله  $۵۴/۳۰ ± ۲۰/۶۱$  بود که پس از مداخله به  $۷۵/۵۱ ± ۹/۶۳$  افزایش یافت که آزمون آماری تی زوجی این اختلاف را معنی‌دار نشان داد ( $p < ۰/۰۱$ ). اما در گروه شاهد اختلاف مشاهده شده در نمره کل کیفیت زندگی قبل و پس از دوره مداخله (به ترتیب  $۶۱/۰۴ ± ۱۸/۶۲$  نسبت به  $۶۶/۵۸ ± ۱۵/۰۸$ ) تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد ( $p > ۰/۱۷$ ). همچنین نمره کل کیفیت زندگی پس از مداخله در گروه آزمون ( $۷۵/۵۱ ± ۹/۶۳$ ) بیشتر از نمره کسب شده در گروه شاهد ( $۶۶/۵۸ ± ۱۵/۰۸$ ) بود که این تفاوت بر اساس آزمون تی نمونه‌های مستقل از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < ۰/۰۵$ ) (جدول ۱).

ملاحظه‌ای را در ابعاد کیفیت زندگی بعد از آموزش خودمراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد نشان داد. به جز در ابعاد انرژی و انزوای اجتماعی، در سایر ابعاد، کیفیت زندگی بعد از آموزش بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان داد. شارپلس (Sharples) نیز در مطالعه خود به جز در حیطه فعالیت جسمانی و انرژی در سایر ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری را گزارش نموده است [۲۲]. دهداری نیز بعد از مداخله به جز در ابعاد عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی در سایر ابعاد تفاوت معنی‌داری مشاهده کرده است [۱۱]. همچنین هاشمی‌فرد بعد از مداخله به جز در انزوای اجتماعی در سایر ابعاد در بین دو گروه اختلاف معنی‌داری را گزارش کرده است [۱۶]. در گروه آزمون در کلیه ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌دار بود و در گروه شاهد در مرحله قبل و بعد از مداخله فقط در ابعاد انرژی و درد تفاوت معنی‌دار دیده شد و در سایر ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که با یافته‌های پژوهش هاشمی‌فرد [۱۶] و دهداری [۱۱] هماهنگ است.

### نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که شدت بیماری در دو گروه شاهد و آزمون به اندازه‌ای است که هر دو گروه در جستجوی منابع اطلاعاتی و شناخت رفتارهای مؤثر هستند و از آنجایی که از احتمال گرفتگی مجدد عروق قلبی نگران بوده سعی در اتخاذ رفتارهایی دارند که از عود مجدد بیماری جلوگیری نماید، لذا به نظر می‌رسد گذشت زمان به عنوان متغیری مداخله‌گر در دو بعد از ابعاد کیفیت زندگی در گروه شاهد نیز تفاوت معنی‌داری ایجاد نموده است. با این وجود در اکثر ابعاد و نمره کل کیفیت زندگی این بیماران تفاوت معنی‌دار نبوده و بر لزوم آموزش خودمراقبتی در جهت افزایش کیفیت زندگی این بیماران تاکید می‌نماید. آموزش به بیمار و ایجاد تغییر مثبت در نگرش و عملکرد وی نه‌تنها به عنوان عاملی اصلی در تطابق با بیماری عمل می‌کند، بلکه توانایی وی را در قبول وضعیت جدید افزایش داده و از بروز مشکلات و بستری مجدد نیز پیشگیری می‌کند. بنابراین توصیه می‌شود که دست‌اندرکاران امور درمان در مورد شیوه زندگی این بیماران بعد از بیماری و برگرداندن هرچه سریع‌تر آنان به زندگی طبیعی از آموزش خودمراقبتی و پیگیری کوتاه مدت تا حد امکان استفاده کنند.

**سیاس و قدردانی:** این تحقیق تحت حمایت مالی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) انجام شده است. نویسندگان ضمن سپاس از ایشان، از مسئولین و همکاران محترم بیمارستان بوشهر و بخش مراقبت‌های ویژه و بیماران ارجمند شرکت‌کننده در تحقیق قدردانی به‌عمل می‌آورند.

**جدول ۵)** مقایسه نمره ابعاد کیفیت زندگی گروه‌های مورد پژوهش پس از مداخله

Independent t test	گروه ←	
	آزمون Mean ± SD	شاهد Mean ± SD
$p > 0/4$	۷۳/۹۵ ± ۲۶/۰۳	۷۷/۸۲ ± ۲۱/۱۶
$*p < 0/05$	۸۴/۷۳ ± ۱۴/۳۸	۷۸/۵۲ ± ۱۲/۲۰
$*p < 0/001$	۷۲/۸۶ ± ۱۶/۹۲	۵۷/۲۹ ± ۲۰/۳۰
$*p < 0/05$	۶۷/۸۸ ± ۲۳/۵۱	۵۶/۴۳ ± ۲۲/۴۹
$p = 0/13$	۶۷/۱۸ ± ۲۰/۳۷	۵۸/۹۶ ± ۲۳/۰۴
$*p < 0/04$	۸۶/۴۷ ± ۰۹/۸۷	۸۱/۳۲ ± ۱۰/۳۵

### بحث

این مطالعه به منظور بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که بیشتر بیماران در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند. حیدرنیا در مطالعه خود بیشترین شیوع سکته را در سنین ۴۵-۶۹ سال [۱۲] و دهداری در گروه سنی ۵۵-۵۹ سال گزارش می‌کند [۱۱]. بیشتر واحدهای مورد پژوهش سابقه‌ای از بیماری دیابت را ذکر نمی‌کردند. خزاعی نیز در مورد سابقه دیابت در بیماران اترواسکروز نشان داد که ۵۹٪ از بیماران مورد مطالعه دیابت نداشتند [۱۳]. در پژوهش درخشان نیز فقط ۲۲/۵٪ واحدهای مورد پژوهش سابقه دیابت داشتند [۱۴]. در این پژوهش ۶۲/۵٪ واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون و ۵۹/۴٪ در گروه شاهد، سابقه فشار خون بالا را ذکر می‌کردند. در پژوهش آزادی ۳۳٪ نمونه‌ها [۱۵] و در پژوهش درخشان ۳۸/۸٪ بیماران سابقه فشار خون داشتند [۱۴]. دهداری نیز در ۳۱/۴٪ گروه آزمون و ۳۷/۱٪ گروه شاهد سابقه فشار خون را گزارش کرده است [۱۱]. در این پژوهش اکثریت بیماران سابقه استعمال دخانیات را ذکر می‌کردند که با نتایج مطالعه دهداری که نشان داد ۶۰٪ نمونه‌های مبتلا به سکته قلبی سابقه مصرف سیگار دارند هماهنگ است [۱۱]. ولی در مطالعه حیدرنیا ۴۷٪ بیماران مورد مطالعه وی سیگاری بودند [۱۲]. از آنجایی که نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورودی انجام می‌شود، لذا تفاوت‌ها و یا مشابهت نتایج در اطلاعات دموگرافیک و یا وضعیت جسمانی در پژوهش‌ها قابل توجیه است. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کل و ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه، قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار نداشت که حاکی از همگن بودن دو گروه از نظر کیفیت زندگی است. میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه بعد از مداخله و گذشت دو ماه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری داشت، به طوری که کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای آموزش خودمراقبتی در گروه آزمون افزایش یافت که با نتایج سایر مطالعات هماهنگ است [۱۱، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱]. نتایج، افزایش قابل

## منابع

- ۱۳- خزاعی فرح. بررسی تأثیر برنامه ترخیص بر پیامدهای جسمی بیماران پس از اولین سکته بدون عارضه [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: گروه داخلی - جراحی دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۷. ص. ۱۵-۱.
- ۱۴- درخشان اشرف. بررسی میزان آگاهی بیماران مبتلا به سکته قلبی بستری در بخش های سی سی یو بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۶۸. ص. ۱۰-۱.
- ۱۵- آزادی فریبرز. بررسی تأثیر به کارگیری مدل مراقبتی مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری مراجعه کننده به بیمارستان بعثت تهران. [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۰: ۱۸-۱.
- ۱۶- هاشمی فرد طاهره. بررسی تأثیر پایداری آموزش بر کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز [پایان نامه کارشناسی ارشد] تهران: گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۳. ص. ۱۴-۱.
- ۱۷- باقری حسین. تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه های بیمارستان شریعتی و امام تهران [پایان نامه کارشناسی ارشد] تهران: گروه داخلی - جراحی دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۱. ص. ۱۰-۱.
- 18- Webster RA, Thompson DR, Davidson PM. The first 12 weeks following discharge from hospital: the experience of Gujarati south Asian survivors of acute myocardial infarction and their families. *Contemp Nurs*. 2003;15(3):288-99.
- 19- Tylor SG, Conn VS, Casay B. Cardiac rehabilitation participation and outcomes after myocardial infarction. *Rehabil Nurs*. 2004;17(2):58-62.
- ۲۰- بیگی شهلا. بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر دفعات بستری و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی بستری در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه تهران. نشریه علمی دانشگاه پرستاری و مامایی اهواز. ۱۳۷۸: ۴: ۱۵-۱۲.
- 21- Elley CR, Kerse N, Arroll B. Effectiveness of counseling patient on physical activity in general practice: Cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2003;12:739.
- 22- Sharples LD, et al. Prospective study of health related QOL before and after CABG outcomes at 5 years. *Brit Med Assoc*. 1999;81(4):347-52.
- 1- Braunwald E. Heart disease textbook of cardiovascular medicine. 7<sup>th</sup> ed. W. B. Saunders Com; 2004. p. 1-2.
- 2- Clinte CMJ, Israelsson BYA. Cost effective management program for heart failure reduce hospitalization. *Heart*. 1998;80:442-6.
- 3- Abroms WB, Berkow R. The merck manual of cardiovascular geriatric. 4<sup>th</sup> ed. Rahway, NJ: Sharp Research; 2002. p. 12.
- ۴- فخرزاده حسین، پورابراهیم رسول، اخلاقی محمدرضا. فرضیه اقتصادی بیماری های عروق کرونری در صنعت نفت ایران. طب جنوب. شهریور ۱۳۷۹؛ ۳(۱): ۴۵-۵۲.
- 5- World health organization. The world health report 2002. Reducing risks; Promoting healthy life. 2007 Mar 1. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/en>.
- 6- Woods SL, Sivarajan ES, Motzer SU. Cardiac nursing. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Philadelphia; 2004. p. 506.
- 7- Dougher JCM, et al. Comparison of three quality of life instruments in unstable angina pectoris short form (SF36) and quality of life index cardiac version. *J Clin Epidemiol*. 2000;8(44):572.
- 8- Smeltzer S, Bare B. Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 203.
- 9- Alonzo AA, Reynolds NR. The structure of emotions during acute myocardial infraction: A model for coping. *Soc Sci Med*. 1998;46(9):1099-110.
- ۱۰- باقری حسین. تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه های بیمارستان های شریعتی و امام خمینی تهران [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: گروه داخلی - جراحی دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۱. ص. ۱۰-۱.
- ۱۱- دهداری طاهره. بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۱. ص. ۱۵-۳.
- ۱۲- حیدرنیا علیرضا. طراحی مدل آموزشی بهداشت در پیشگیری از سکته مجدد برای بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب [پایان نامه دکتری] تهران: گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۳. ص. ۱۲-۳.