

## تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

طاهره توفیقیان<sup>۱</sup>، لادن نجار<sup>۲</sup>، آرش اکابری<sup>۳</sup>، محمد رضا شگرف نخعی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد آمار زیستی

<sup>۴</sup> روانپزشک، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

نشانی نویسنده مسؤل: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، گروه پرستاری، طاهره توفیقیان  
E-mail: tofighiyan260@yahoo.com

وصول: ۸۸/۹/۲۶، اصلاح: ۸۸/۱۰/۲۰، پذیرش: ۸۸/۱۱/۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** بیماری‌ها از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی هر فرد می‌باشند. از جمله مداخلات در چنین مواردی، مشاوره می‌باشد که یکی از روش‌های مناسب جهت بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن همچون سکته قلبی می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام گردید.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی است که بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه‌کننده به بیمارستان واسعی سبزوار انجام گردید که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند. بیماران به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شده و از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه ابتلا به سکته قلبی همسان‌سازی گردیدند. چهار جلسه مشاوره یک ساعته به صورت یک روز در میان در سه حیطه جسمی، روانی و اجتماعی برای گروه مداخله برگزار گردید. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. کیفیت زندگی در دو گروه یک ماه بعد توسط پرسشنامه QOL-SF36 مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ و روش‌های آماری مانند مجذور کای و تی مستقل تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین شاخص کیفیت زندگی گروه مداخله در بُعد فعالیت اجتماعی افزایش یافته بود (۵۲/۶۷±۱۸/۷۴)؛ ۸۰/۸ درصد افراد وضعیت سلامت عمومی خود را در حد متوسط بیان نموده و ۸۶/۶۰ درصد احساس بهتری داشته و کمتر دچار اضطراب و یا افسردگی بودند. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد با وجود مشاهده تفاوت در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی، این اختلاف جز در بُعد سلامت روانی ( $p=0.04$ ) معنادار نمی‌باشد. آزمون مجذور کای نشان داد که نمره کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل پس از مشاوره تفاوت آماری معناداری ندارد ( $p=0.99$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تأثیری ندارد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۶/شماره ۴ / صص ۲۱۲-۲۰۶).  
**واژه‌های کلیدی:** مشاوره فردی؛ کیفیت زندگی؛ سکته قلبی.

## مقدمه

از سال ۱۹۴۸ که سازمان بهداشت جهانی سلامت را به عنوان رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً عدم بیماری و ناتوانی مطرح کرد، به تدریج مفهوم کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع اثرگذار در زمینه بیماری، مرگ و میر، تحقیقات و درمان مورد توجه قرار گرفته است (۱). تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۹) از کیفیت زندگی چنین است: درک فرد از موقعیت زندگی خویش که تحت تأثیر سیستم فرهنگی، ارزشی و موقعیتی است که فرد در آن زندگی می‌کند. بر همین اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی متأثر از وضعیت جسمانی، روانی، میزان استقلال و روابط اجتماعی و میزان اعتقادات او است (۲). از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در سطح کیفیت زندگی هر فرد، بیماری‌ها و درمان آن‌ها می‌باشد. در این میان، سکتة قلبی به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده خود، تأثیرات منفی فراوانی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران می‌گذارد و مبتلایان به این بیماری مجبورند با مشکلات متعددی روبرو شوند که علاوه بر هزینه‌های انسانی و اقتصادی، در صورت عدم درمان و کنترل، بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر دارد (۳، ۴).

باقری و همکاران به نقل از دان می‌نویسند: ارائه-دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی اعم از پزشکان و پرستاران دریافته‌اند که در درمان بیماران نمی‌توان تنها به جنبه‌های فیزیکی بیمار توجه داشت و برای کمک به بیماران جهت دستیابی به زندگی عادی باید جنبه‌های مختلف زندگی بیماران را مدنظر قرار داد (۵). در این موارد، یکی از مداخلات مهم اجرای برنامه‌های مشاوره و بازتوانی است. محمدی و همکاران به نقل از پولاسکی و تارتو بیان می‌کنند که مددجویان مبتلا به بیماری‌های مزمن برای پیشگیری از ناتوانی، حفظ توانایی عملکردی و یا اعاده آن و بهبود کیفیت زندگی باید در این‌گونه برنامه‌ها شرکت کنند؛ مفهوم کیفیت زندگی از چنان اهمیتی

برخوردار است که اخیراً کیفیت زندگی درک شده از بیماران به‌عنوان اولین برآیند اثربخش در برنامه‌های توانبخشی قلبی سنجیده می‌شود (۲). بنابراین در برخورد با بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند سکتة قلبی، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران می‌توانند با داشتن برنامه‌های مشاوره و آموزش جهت حل موفقیت‌آمیز یک معضل و تلاش به سوی بالاترین حد سلامت بالقوه به آنان کمک کنند (۶). در این راستا تحقیقات متعددی صورت گرفته و نشان داده شده است که عوامل متفاوتی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی می‌گردد که از آن جمله می‌توان به آموزش و مشاوره اشاره کرد.

در تحقیق باقری و همکاران مشخص گردید که به کارگیری برنامه مشاوره گروهی، میزان کیفیت زندگی این بیماران را در تمامی ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، روحی، روانی و اجتماعی) افزایش می‌دهد ( $p < 0.0001$ ) (۵). نتیجه مطالعه محمدی و همکاران نیز نشان داد که گروه آزمون تحت برنامه توانبخشی که بخشی از آن مشاوره فردی بوده است، نسبت به گروه کنترل از نظر کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی و روحی از موفقیت بهتری برخوردار بودند (۲). هی گینز و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که گروه آزمون از نظر سطح کلسترول، انجام ورزش، شاخص توده بدنی، سلامت روانشناختی، توانایی عملکردی و بازگشت سریع‌تر به کار وضعیت بهتری را تجربه کرده‌اند (۷). نتایج مطالعه تجربی بوکلی و همکارانش نیز حاکی از این بود که ریسک حمله حاد قلبی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به میزان قابل توجهی کاهش یافته است (۸).

با عنایت به مطالب فوق و نظر به کمبود مطالعات مشابه در کشور و کم‌توجهی به انجام مشاوره در برنامه‌های درمانی بیماران و به منظور تأکید بر ارائه خدمات مشاوره به‌عنوان راهکاری فراروی چالش‌های بهداشتی آینده به‌خصوص اختلالات مزمن و به ویژه بیماری‌های

قلبی عروقی و نیز با توجه به این که در روش آموزش گروهی در مقایسه با روش مشاوره فردی، نیازهای آموزشی گروه بدون توجه به نیازهای اختصاصی افراد در نظر گرفته می شود، مطالعه حاضر با هدف تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام گردید.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی است که بر روی ۵۶ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش سی سی یو بیمارستان واسعی سبزوار در سال های ۸۸-۸۷ انجام گردید. نمونه پژوهش با روش مبتنی بر هدف از بین بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان واسعی سبزوار که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، در یک دوره ۱۲ ماهه انتخاب شدند. سپس بیماران به دو گروه مداخله و کنترل ۲۸ نفری تقسیم شدند. بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شرکت کننده در این پژوهش، بیمارانی بودند که بنابر تشخیص متخصص قلب و عروق دچار انفارکتوس میوکارد بدون عارضه (عدم وجود نارسایی قلبی درمان نشده، آنژین شدید و پایدار و آریتمی کنترل نشده) و تحت درمان با روش های استاندارد دارویی بوده و نامزد شرکت در برنامه مشاوره بودند. سایر معیارهای ورود به مطالعه، عدم ابتلا به عقب ماندگی ذهنی و بیماری روانی، عدم وجود اختلالات هوشیاری و اختلالات رفتاری مانند عدم تکلم و شنوایی بود.

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه بررسی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی sf-36 بود. این پرسشنامه، کیفیت زندگی را در ابعاد وضعیت سلامتی، فعالیت جسمی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی، کیفیت سلامت عمومی و کیفیت نیرو و احساسات روانی بررسی می کند. برای تعیین روایی فرم های پژوهشگر ساخته از روایی محتوا استفاده گردید. پرسشنامه کیفیت

زندگی sf-36 ابزاری استاندارد بوده و اعتماد و اعتبار آن مورد قبول می باشد (۹). بوک لی و همکاران (۲۰۰۵) (۸)، حسن پور دهکردی و همکاران (۱۰)، باقری و همکاران (۵). ابزار فوق را جهت سنجش کیفیت زندگی معتبر دانسته اند. جهت تعیین پایایی ابزار کیفیت زندگی، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی در بُعد جسمی ۹۵ درصد، بُعد روانی ۹۸ درصد، بُعد اجتماعی ۸۵ درصد و کیفیت زندگی در کل ۹۵ درصد محاسبه گردید. ضمناً پایایی پرسشنامه مذکور توسط باقری و همکاران، ۹۳ درصد محاسبه شده بود (۵).

جهت گردآوری داده ها پژوهشگران پس از گذراندن یک دوره مشاوره که مورد تأیید متخصص مربوطه قرار گرفت، با مراجعه به محیط پژوهش، ابتدا برای بیمارانی که با تشخیص احتمالی سکت قلبی به بخش مراجعه می کردند، فرم انتخاب نمونه تکمیل می شد. در صورتی که بیمار واجد شرایط انتخاب در پژوهش بود، پرسشنامه بررسی اطلاعات دموگرافیک برای وی تکمیل می شد.

در مرحله بعد طرح ریزی کلی برنامه مشاوره برای گروه مداخله انجام گردید. جلسات مشاوره جهت هر فرد ۴ جلسه مشاوره یک ساعته، به صورت یک روز در میان با محتوای مربوط به پرسشنامه کیفیت زندگی (شامل مشکلات و نیازهای نمونه ها در حیطه های جسمی، روحی، روانی و اجتماعی) تدوین شد. در جلسات مشاوره، پژوهشگر در ابتدای جلسه موضوع را مشخص نموده و پس از ارائه اطلاعات در مورد موضوع به زبانی ساده، از طریق سؤال کردن و نظرخواهی، بیمار را وارد بحث نموده و بدین وسیله نیازها و مشکلات وی در حیطه مورد بحث مشخص می گردید. سپس با همکاری و مشارکت فعال بیمار، در مورد عملکرد و شیوه درست حل مشکل و انجام اصلاحات مورد نیاز توضیحات لازم داده می شد. جلسه اول مشاوره در زمینه بیماری، درمان و عوارض آن، جلسه دوم مشاوره در زمینه عوامل خطرزای

مجذور کای با  $p=0/074$  نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر نمره کیفیت زندگی اختلاف معناداری ندارند.

در رابطه با بُعد وضعیت سلامت عمومی، ۵۳ درصد گروه مداخله وضعیت سلامتی خود را "خوب" و ۵۱/۹ درصد گروه کنترل وضعیت سلامتی خود را "نسبتاً خوب" گزارش نمودند. در مقایسه با سال قبل، ۲۸/۶ درصد گروه مداخله وضعیت سلامت خود را "مثل سال قبل" و ۴۸/۱ درصد گروه کنترل "تا حدی بدتر" می-دیدند (با بیشترین فراوانی). آزمون مجذور کای نشان داد که اختلاف آماری مشاهده شده معنادار نمی-باشد ( $p=0/80$ ).

تحلیل داده‌های مربوط به بُعد فعالیت جسمی بعد از انفارکتوس قلبی که شاخص کار و فعالیت‌های روزانه را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که ۷۸ درصد گروه مداخله و ۶۴ درصد گروه کنترل با بیشترین فراوانی دچار مشکل شده بودند. همچنین ۲۱ درصد گروه مداخله مشکلی در انجام فعالیت‌های جسمی خود ذکر نکردند. آزمون مجذور کای تفاوت آماری معناداری را در این بُعد بین دو گروه نشان نداد ( $P=0/23$ ).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دو گروه بعد از انجام مشاوره در بُعد فعالیت اجتماعی دارای تفاوت معنادار آماری نمی-باشد (جدول ۱). ولی میانگین شاخص کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در بُعد فعالیت اجتماعی بعد از انجام مشاوره افزایش نشان داد ( $52/67 \pm 18/74$ ) گروه مداخله در مقابل  $55/35 \pm 7/92$  (گروه کنترل).

تحلیل داده‌های مربوط به بُعد کیفیت سلامت عمومی کلی نشان داد که ۸۰/۸ درصد گروه مداخله و ۸۵/۷ درصد گروه کنترل با بیشترین فراوانی وضعیت سلامت عمومی خود را در حد متوسط بیان نمودند. آزمون مجذور کای با  $P=0/46$  تفاوت معناداری را بین دو گروه در این بُعد نشان نداد.

بیماری، راه‌های کنترل آن شامل عدم مصرف سیگار، کاهش چربی خون، فشار خون پایین، کاهش وزن و استرس، جلسه سوم مشاوره در زمینه رژیم غذایی و رژیم دارویی و جلسه چهارم مشاوره در مورد اجرای پیاده‌روی (شامل دفعات، مدت زمان، محدوده مجاز و فواید انجام پیاده‌روی) و همچنین فعالیت جنسی ارائه گردید. در جلسه چهارم به سؤالات بیماران پاسخ داده شد. اجرای برنامه مشاوره فردی برای کل گروه مداخله ۱۲ ماه به طول انجامید. پس از اتمام برنامه به شرکت‌کنندگان توصیه می‌گردید که راه حل‌های ارائه شده را به‌کار گیرند و در صورت داشتن هر سؤالی با پژوهشگر تماس تلفنی گرفته و راهنمایی‌های لازم را دریافت نمایند. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. در مرحله بعد یک ملاقات در منزل در انتهای ماه اول جهت هر بیمار برنامه-ریزی گردید که در این ملاقات پرسشنامه کیفیت زندگی توسط همکار پژوهشگر برای بیماران هردو گروه آزمون و شاهد تکمیل گردید.

پس از اتمام مراحل اجرای کار، داده‌های جمع-آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ و به‌کارگیری آزمون‌های آماری نظیر مجذور کای و آزمون تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین سن واحدهای پژوهش ۵۸ سال ( $58 \pm 12/90$ ) به‌دست آمد. همچنین ۶۴/۳ درصد گروه مداخله و ۷۱/۴ درصد گروه کنترل را مردان و ۳۵/۷ درصد گروه مداخله و ۲۸/۶ درصد گروه کنترل را زنان تشکیل می‌دادند. از این تعداد، ۵۶ درصد نمونه‌ها با بیشترین فراوانی متأهل بوده و ۳۴ درصد سواد خواندن و نوشتن نداشتند. اما ۷۹/۶ درصد افراد پژوهش سابقه ابتلا به سکته قلبی را ذکر نکردند.

در راستای هدف کلی تأثیر مشاوره فردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، آزمون

جدول ۱: کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	بُعد اجتماعی		بالا		متوسط		پایین		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مداخله	۴	۱۴/۳	۲۱	۷۵/۰	۳	۱۰/۷	۲۸	۱۰۰	درصد
کنترل	۰	۰/۰	۲۶	۹۲/۹	۲	۷/۱	۲۸	۱۰۰	تعداد
جمع	۴	۷/۱	۴۷	۸۳/۹	۵	۸/۹	۵۶	۱۰۰	درصد

جدول ۲: مقایسه بُعد سلامت روانی کیفیت زندگی در دو گروه مورد مطالعه

گروه	بُعد سلامت روانی		اختلال در انجام امور عادی روزانه		عدم وجود اختلال در انجام امور روزانه		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مداخله	۱۶	۵۷/۱	۱۲	۴۲/۹	۲۸	۱۰۰	درصد
کنترل	۲۶	۹۲/۹	۲	۷/۱	۲۸	۱۰۰	تعداد
جمع	۴۲	۷۵/۰	۱۴	۲۵/۰	۵۶	۱۰۰	درصد

"مؤثر بودن مشاوره فردی بر کیفیت زندگی"، به علت عدم تفاوت معنادار در مقایسه دو گروه بعد از مداخله، تأیید نشد. یافته‌های این مطالعه با نتایج تحقیقات موجود همراستا می‌باشد، به طوری که نتایج تحقیق محمدی و همکاران نیز که به منظور تعیین تأثیر توانبخشی قلبی در منزل انجام گرفت و بخشی از آن مشاوره و آموزش بود، نشان داد که توانبخشی قلبی در منزل منجر به افزایش کیفیت زندگی در بُعد جسمی، روحی - روانی گروه مداخله می‌شود هر چند تفاوت مشاهده شده جز در بُعد روانی معنادار نبود (۲). کندی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که بازتوانی سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود اما تفاوت بین دو گروه معنادار نبود (۱۳). از طرفی مطالعه باقری و همکاران نشان داد که نمره کیفیت زندگی پس از مشاوره گروهی در دو گروه اختلاف معناداری دارد (۵) ( $p=0/001$ ). اختلاف نتیجه دو پژوهش ممکن است به دلیل تفاوت در روش پژوهش باشد. در مطالعه باقری و همکاران، مشاوره به صورت گروهی انجام گردیده بود. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان‌دهنده این می‌باشد که بیماران جهت تثبیت کیفیت زندگی در یک حد طبیعی نیاز به برنامه‌های مراقبتی خاص دارند.

همچنین نتایج نشان داد که برنامه مشاوره منجر به ارتقاء معنادار سلامت روانی می‌شود. مطالعه داگمور نیز نشان داد که مداخله منجر به بهبود کیفیت زندگی در بُعد

تحلیل داده‌های مربوط به بُعد سلامت روانی و کیفیت نیرو و احساسات روانی بعد از انفارکتوس قلبی مشخص کرد که ۸۶/۶۰ درصد از بیماران مشاوره شده احساس بهتر، توان و بنیه بالاتر و اعتماد به نفس بیشتری به دنبال اجرای برنامه مشاوره فردی پیدا نموده‌اند در حالی که در گروه کنترل، ۷۸/۲۲ درصد این احساس را داشته‌اند که از نظر آماری معنادار بود ( $p=0/001$ ).

تحلیل داده‌های مربوط به مشکلات سلامت روانی که اشکال شدید در امور عادی روزانه و یا کار به علت اضطراب یا افسردگی را سنجیده بود، نشان داد که بیماران مشاوره شده بعد از ابتلاء به انفارکتوس قلبی، کمتر دچار اضطراب و یا افسردگی شده‌اند که این کاهش از نظر آماری معنادار بود ( $p=0/004$ ) (جدول ۲).

## بحث

سکته قلبی یک موقعیت تنش‌زا است که بر روی کیفیت زندگی بیماران تأثیر می‌گذارد و بیماران از طرق مختلف نظیر جستجوی اطلاعات، سعی بر آن دارند تا بر این موقعیت غلبه نمایند. مطالعات نشان داده است که آموزش و مشاوره می‌تواند در چنین مواردی باعث بهبود کیفیت زندگی بیمار گردد (۵، ۱۱، ۱۲).

با وجود تغییر در میانگین کیفیت زندگی در گروه مورد بعد از انجام برنامه مشاوره، فرضیه پژوهش مبنی بر

روحي و رواني گروه مداخله شده است اما تفاوت معنادار ( $p < 0/001$ ) در اين خصوص بين دو گروه مداخله و کنترل پس از چهار ماه به دست آمد (۱۴). لازم به ذکر است که اضطراب و افسردگی از شایع ترین عوارض سکتة قلبی می باشد که می تواند سبب ناخوشی حاد، درد، اختلال در فعالیت های روزانه، تغییر در نقش ها و تصویر ذهنی از جسم خویش و به خصوص مشکلات مادی گردد (۱۵، ۱۶).

در این مطالعه، کیفیت زندگی در بُعد فعالیت اجتماعی بعد از انجام مشاوره افزایش نشان داد اگر چه این افزایش از نظر آماری معنادار نبود. یاشیدا و همکاران (۱۷) و ایزو و همکاران (۱۸) نیز در مطالعات خود دریافتند که اجرای توانبخشی قلبی در بیماران دچار سکتة قلبی به ترتیب پس از سه ماه و یک سال بعد از مداخله منجر به ایجاد تفاوت معنادار آماری ( $p = 0/001$ ) در بُعد اجتماعی کیفیت زندگی در گروه مداخله می شود و در گروه کنترل، این بُعد کاهش نشان می دهد. شاید تفاوت در زمان سنجش کیفیت زندگی در این مطالعات با مطالعه حاضر دلیل معنادار شدن مطالعه آنان باشد. کندی و همکاران نیز در مطالعه خود تفاوت معناداری را در این بُعد بین دو گروه مورد و شاهد پیدا نکردند (۱۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بیماران مشاوره شده احساس بهتر و توان و بنیه بالاتری دارند. نتایج مطالعه باقری و همکاران نیز نشان دهنده آن بود که تفاوت معناداری در کیفیت زندگی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد پس از مشاوره ملاحظه می گردد ( $p < 0/00$ ); اصولاً بیماران احساس بهتر، توان و بنیه بالاتر و اعتماد به نفس بیشتری به دنبال اجرای برنامه های توانبخشی قلبی پیدا نموده و کیفیت زندگی آن ها ارتقاء پیدا می کند (۵) با استناد به متون و منابع معتبر احتمال می رود ساختار چند بُعدی و پیچیده و کاملاً منحصر به فرد

کیفیت زندگی از یک سو و خصوصیات، باورها و استعداد های فردی از سوی دیگر از جمله عواملی هستند که می توانند بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارند که جزء محدودیت های پژوهش محسوب شده و از کنترل پژوهشگر خارج بودند. از سوی دیگر، به نظر می رسد که تقویت یادگیری های بعد از مشاوره از طریق بازدید در منزل در طی دوره یک ماهه ترخیص بیمار از بیمارستان بر روی نتایج تأثیر می گذارد. ممکن است بیماران پس از ترخیص به تدریج توصیه های آموزشی ارائه شده را فراموش نمایند. همچنین باید در نظر داشت بیمارانی که متعاقب حمله قلبی از بیمارستان مرخص می شوند دارای اضطراب چندگانه ای در ارتباط با بیماری خود می باشند که این اضطراب مانع یادگیری مطالب آموزشی در مرحله حاد بیماری می گردد (۱۹). در مورد این مددجویان بهتر است آموزش ها در منزل به آنان ارائه شود زیرا بیمار مرحله حاد بیماری را پشت سر گذاشته و مشکلات ناشی از بیماری را بهتر لمس می کند. از این رو می تواند در برنامه های مشاوره شرکت نموده و مطالب را دریافت نماید. پیشنهاد می شود که مطالعات مشابه در مدت زمان طولانی تر و بر روی جامعه آماری بزرگ تر و با تأکید بر ملاقات ها و بازخوردهای پیگیرانه و بیشتر با بیمار انجام گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از بیماران و خانواده های محترم آنان، پرسنل محترم بخش سی سی یو بیمارستان واسعی و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به خاطر حمایت مالی از این پژوهش ابراز نمایند.

### References

1. Ross CE, Van Willigen M. Education and the subjective quality of life. *J Health Soc Behav.* 1997; 38(3): 275-97.

- ۲- محمدی فرحناز، طاهریان اکرم، حسینی محمدعلی، رهگذر مهدی. بررسی تاثیر اجرای توانبخشی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی. مجله توانبخشی، ۱۳۸۵: دوره هفتم، شماره سوم، صفحات ۱۱ تا ۱۹.
3. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK, Aitken LM. The effect of education and counseling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007; 6(2): 105-11.
- ۴- افراسیابی فر اردشیر، حسینی پرخیده، فلاحی مسعود، یغمایی فریده. موانع مشارکت بیماران مبتلا به سکته قلبی در برنامه بازتوانی قلبی. مجله توانبخشی، ۱۳۸۷: دوره نهم، شماره سوم و چهارم، صفحات ۷۵ تا ۸۱.
- ۵- باقری حسین، معاریان ربابه، الحانی فاطمه. میزان تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به درمانگاه های بیمارستانهای امام خمینی (ره) و شریعتی تهران. مجله حکیم، ۱۳۸۲: سال ۶، شماره ۴، صفحات ۸۹ تا ۹۵.
6. Bagheri H, Memarian R, Alhani F. Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patient: determined by an analysis of quality of life. *J Clin Nurs*. 2007; 16(2): 402-6.
7. Higgins HC, Hayes RL, McKenna KT. Rehabilitation outcomes Following Percutaneous Coronary Interventions. *Patient Educ Couns*. 2001; 43(3): 219-30.
8. Buckley T, McKinley S, Gallagher R, Dracup K, Moser DK, Aitken LM. The effect of education and counseling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007; 6(2): 105-11.
9. Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2: 3.
- ۱۰- حسن پور دهکردی علی، دل آرام معصومه، فروزنده نسرین، گنجی فروزان، اسدی نوغابی احمدعلی، بخشا فوزیه و همکاران. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی هاجر شهرکرد ۱۳۸۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳۸۴: دوره ۹، شماره ۳، صفحات ۷۸ تا ۸۴.
11. Westin L, Nilstun T, Carlsson R, Erhardt L. Quality of life in patients with ischemic heart disease. *Scand Cardiovasc J*. 2005; 39(1-2): 50-4.
12. Roebuck A, Furze G, Thompson DR. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *J Adv Nurs*. 2001; 34(6): 787-94.
13. Kennedy MD, Haykowsky M, Daub B, Van Lohuizen K, Knapik G, Black B. Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on quality of life and exercise tolerance in women. *Curr Control Trials Cardiovasc Med*. 2003; 4(1): 1.
14. Dugmore LD, Tipson RJ, Phillips MH, Flint EJ, Stentiford NH, Bone MF, et al. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12 month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart*. 1999; 81(4): 359-66.
- ۱۵- عسکری محمد رضا. مراقبت های ویژه در بخش های سی سی یو و آی سی یو و دیالیز. چاپ دوم، تهران، انتشارات بشری، ۱۳۸۱، صفحات ۸ تا ۱۵.
- ۱۶- برونر و سودارث. پرستاری داخلی-جراحی. ترجمه کفاشی م و گیوی م. انتشارات بشری، ۱۳۸۱: صفحه ۵.
17. Yoshida T, Yoshida K, Yamamoto C, Nagasaka M, Tadaura H, Meguro T, et al. Effects of a two-week, hospitalized phase 2 cardiac rehabilitation program on physical capacity, lipid profiles and psychological variables in patients with acute myocardial infarction. *Jpn Circ J*. 2001; 65: 87-93.
18. Izawa K, Hirano Y, Yamada S, Oka K, Omiya K, Iijima S. Improvement in physical outcomes and health-related Quality of life following cardiac rehabilitation in patients with acute myocardial infarction. *Circ J*. 2004; 68: 315-20.
- ۱۹- طاهریان اکرم، محمدی فرحناز، حسینی محمدعلی، رهگذر مهدی، فلاحی مسعود. اثر بخشی آموزش و پیگیری در منزل بر آگاهی و رفتار های بهداشتی مبتنی بر تدبیر بیماران مبتلا به سکته قلبی. پژوهش در پرستاری، ۱۳۸۶: دوره ۲، شماره ۴ و ۵، صفحات ۷ تا ۱۳.