

# بررسی تأثیر اجرای توانبخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی

\* فرحناز محمدی<sup>۱</sup>، اکرم طاهریان<sup>۲</sup>، محمد علی حسینی<sup>۳</sup>، دکتر مهدی رهگذر<sup>۴</sup>

## چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای توانبخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی ۳۸ بیمار مبتلا به سکته قلبی بدون

عارضه براساس شرایط لازم ورود به مطالعه انتخاب شده و بصورت تصادفی به دو

گروه مداخله (۱۸ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. اطلاعات با استفاده از

پرسشنامه سنجش آگاهی بیمار، کیفیت زندگی مک نیو و چک لیست کنترل و پیگیری

بیمار در منزل با روش مصاحبه و مشاهده جمع آوری گردید. گروه مداخله تحت آموزش

نظری و عملی «برنامه توانبخشی قلبی در منزل» قرار گرفت و در انتها نیز کتابچه آموزشی

ارائه شد. تداوم اجرای عملی برنامه توسط نقرات پژوهش، حین سه ملاقات در منزل به

فاصله یک، دو و سه ماه پیگیری گردید و مشاوره و راهنمایی و پیگیری تلفنی نیز انجام شد.

برای بیماران گروه کنترل، کتابچه آموزشی در انتهای پژوهش ارائه گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان دهنده افزایش کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله پس از انجام

توانبخشی قلبی در منزل نسبت به قبل از مداخله در ابعاد جسمی، روحی - روانی و کل بوده

است ( $P=0/000$ ). در بعد اجتماعی افزایش معنی داری بعد از مداخله مشاهده نگردید

( $P=0/308$ ). در گروه کنترل کاهش در میانگین‌ها در ابعاد مختلف کیفیت زندگی مشهود بود لیکن

این کاهش تنها در بعد اجتماعی معنی دار بوده است ( $P=0/009$ ). در مقایسه دو گروه، قبل از مداخله

در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. مقایسه کیفیت زندگی دو گروه بعد

از مداخله نیز فقط در بعد روحی - روانی دارای تفاوت معنی دار آماری بوده است ( $P=0/032$ ).

نتیجه‌گیری: می‌توان تفاوت میانگین قبل و بعد کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روحی - روانی و کل

در گروه مداخله را به اثر بخشی مداخله نسبت داد، لیکن فرضیه تحقیق مبنی بر تأثیر توانبخشی قلبی

در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی باتوجه به عدم تفاوت معنی دار مقایسه دو گروه

بعد از مداخله در ۳ متغیر حمایت نشد. این نتیجه را می‌توان به ماهیت پویا، ذهنی و چند بعدی

مفهوم کیفیت زندگی و نیاز به نمونه بزرگتر مطالعه و زمان طولانی‌تر برای پیگیری بیماران، نسبت داد.

کلید واژه‌ها: توانبخشی قلبی در منزل / کیفیت زندگی / سکته قلبی / پرسشنامه مک نیو

۱- دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳- کارشناس ارشد پرستاری (دانشجوی دکترای مدیریت آموزش عالی)، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۴- دکترای آمار حیاتی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۴/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۷/۳

\* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری

تلفن: ۲۲۴۱۷۹۲۱

\* E-mail: f.mohammadi@uswr.ac.ir



مقدمه

در سالهای اخیر رشد روزافزون بیماری‌های مزمن منجر به تحولات شگرفی در عرصه ارائه خدمات بهداشتی شده است. نظر به ماهیت نیازهای بهداشتی در بیماریهای مزمن، مفاهیم و الگوهای مختلفی همچون انتقال مراقبت‌های بهداشتی از بیمارستانها و کلینیکها به جامعه و منازل مورد توجه سیاستگذاران بهداشتی واقع شده است. یکی از شایعترین اختلالات مزمن، بیماریهای قلبی عروقی است. در این میان بیماری عروق کرونر<sup>۱</sup> سر دسته علل مرگ و میر در بیشتر کشورهای صنعتی می‌باشد که منجر به ناتوانی قابل توجه و کاهش بهره‌وری نیروی انسانی نیز می‌گردد (۱). حدود ۳۵ درصد از مردم آمریکا در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. برخی از آنها بطور ناگهانی و بر اثر انسداد حاد عروق کرونر یا فیبریلاسیون می‌میرند، درحالی که بقیه آنها در اثر ضعف پیشرونده فعالیت پمپ قلب به آهستگی و در عرض هفته‌ها تا سالها تسلیم مرگ می‌شوند (۲).

در ایران نیز شیوع بیماری‌های عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می‌باشد، به گونه‌ای که این بیماری ۴۶ درصد از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر، ۱۸۱/۴ می‌باشد. طبق برآوردی در سال ۱۳۸۰، روزانه ۳۱۷ نفر و سالیانه ۱۱۶ هزار نفر از بیماری‌های مزبور جان خود را از دست می‌دهند (۳). این روند تا آنجا پیش رفته است که پیش‌بینی می‌شود بیماری عروق کرونر بزرگترین عامل مرگ و میر در سال ۲۰۲۰ باشد (۴).

یکی از شایعترین بیماری‌های عروق کرونر، سکته قلبی<sup>۲</sup> است. در ایران، علاوه بر اینکه سکته قلبی اولین علت مرگ افراد بالاتر از ۳۵ سال را تشکیل می‌دهد، سن شیوع آن نیز در حال کاهش است (۵).

پولاسکی و تارتو (۱۹۹۹) بیان می‌کنند که مدد جویان مبتلا به یک بیماری مزمن یا ناتوانی، باید برای پیشگیری از ناتوانی، حفظ توانایی عملکردی و یا اعاده آن در برنامه‌های توانبخشی شرکت کنند. توانبخشی فرآیند یادگیری زندگی همراه با بیماریهای مزمن یا وضعیت‌های ناتوان‌کننده است و هدف از توانبخشی، برگشت مددجو به بالاترین حد ممکن از توانایی فیزیکی، ذهنی، اجتماعی و شغلی می‌باشد (۶).

امروزه یکی از روش‌های معمول برای بهبود کیفیت زندگی بخصوص در بیماری‌های مزمن همچون بیماریهای قلبی، توانبخشی است (۷). توانبخشی قلبی فعالیتی چند رشته‌ای با هدف تسهیل و بهبودی جسمی، روانشناختی و هیجانی به منظور توانمندسازی مددجویان در رسیدن به سطوح بالاتر سلامتی است. این امر از طریق ورزش، آرامسازی و آموزش بهداشت در عرصه بیمارستان و جامعه عملی می‌گردد. شواهد نشان‌دهنده اثربخشی برنامه‌های توانبخشی قلبی بوده،

به طوری که موجبات کاهش ۲۷ درصدی مرگ‌ومیر بعد از سکته قلبی را فراهم می‌آورد. توانبخشی قلبی شامل فعالیتهایی همچون ارزیابی جامع پزشکی، ورزش، تعدیل عوامل خطر ساز، آموزش، مشاوره و تغییر رفتار مددجوست (۸).

در سالهای اخیر بسیاری از کشورها برنامه‌های مدونی را برای رویارویی با بیماریهای قلبی عروقی تدوین نموده‌اند. به طور مثال در کره بدنال افزایش وقوع حملات قلبی از سال ۱۹۹۵ برنامه‌های توانبخشی قلبی جزء طرحهای درمانی شایع قرار گرفته است. این برنامه‌ها موجبات تأثیرات بالینی مثبت از جمله کاهش مرگ و میر، عوامل خطر ساز قلبی و رفتارهای غیر بهداشتی را فراهم آورده است. کیفیت زندگی درک شده از سوی این بیماران پارامتر مهمی در ارزشیابی برنامه‌های توانبخشی قلبی است که اثربخشی این برنامه‌ها را نیز اثبات می‌کند. کیفیت زندگی وابسته به سلامت بیانگر اثرات عملکردی ناخوشی و برآیندهای آن بر درک بیمار از جنبه‌های جسمی، روانشناختی و اجتماعی زندگی فردی است (۹). آندرهیل و وودز و فرولیچر (۲۰۰۰) نیز اظهار می‌دارند: هدف از انجام برنامه‌های توانبخشی قلبی بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی از طریق کاهش عوامل خطرزا و تکرار حادثه قلبی است (۴).

در تاریخ معاصر واژه کیفیت زندگی اولین بار توسط پیگو در کتابی درباره اقتصاد و رفاه بکار گرفته شد، پس از آن مدتها این واژه بدست فراموشی سپرده شد. پس از پایان جنگ جهانی دوم و به دنبال تعریف و بسط واژه «سلامت» توسط سازمان جهانی بهداشت باب جدیدی به این مقوله گشوده شد (۱۰). فعالیت‌های این سازمان برای ارزیابی کیفیت زندگی در اواسط سال ۱۹۸۰ شروع و منجر به شکل‌گیری پروژه ارزیابی کیفیت زندگی در مراکز مراقبت‌های بهداشتی گردید (۱۱). تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) از کیفیت زندگی چنین است: درک فرد از موقعیت زندگی خویش، که تحت تأثیر سیستم فرهنگی و ارزشی 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 اعتقادات اوست (۱۲).

بیشتر نویسندگان عقیده دارند کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی<sup>۳</sup>، ذهنی<sup>۴</sup> و پویا<sup>۵</sup> است، که با گذشت زمان و بسته به موقعیت تغییر می‌کند. این ماهیت پویای کیفیت زندگی به محققان کمک می‌کند که بتوانند با انجام تحقیقاتی درباره راهبردهای بهبود کیفیت زندگی افراد، زمینه‌های زندگی بهتری را برای آنها فراهم کنند (۱۳).

1- Coronary heart disease  
2- Myocardial infarction  
3- Multidimensional

4- Subjective  
5- Dynamic



ضعیف می‌باشد. این امر توجه سیاستگذاران بهداشتی را به موضوع جدیدی تحت عنوان توانبخشی قلبی در منزل معطوف ساخته است. برنامه توانبخشی قلبی در منزل اولین بار در سال ۱۹۸۰ معرفی شد. بررسی‌ها از پذیرش و درک بالاتر مددجویان شرکت‌کننده در برنامه‌های توانبخشی قلبی در منزل، نسبت به برنامه‌های جاری در مراکز تخصصی خبر می‌دهند (۱۸).

آندرسون و همکاران اظهار داشته‌اند، در طول سالهای ۱۹۹۰ اکثر کشورهای اروپایی با مشکلات مالی روبرو بودند به طوری که این فشارها منجر به تدوین برنامه‌های صرفه‌جویی اقتصادی در بخش هزینه‌های بهداشتی و مراقبتی گردید. یکی از این برنامه‌ها متوجه برنامه‌های توانبخشی در منازل می‌باشد. بعضی مطالعات نشان داده‌اند که بیماران می‌توانند با هزینه‌ها و اثربخشی یکسان در منازل تحت توانبخشی قرار گیرند. مطالعات دودهمه اخیر توسعه مراقبت پیشرفته در منزل را به طرز شگفت‌آوری در سوئد نشان می‌دهد به طوری که در سال ۱۹۹۸، ۱۰۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر از جمعیت، تحت پوشش اینگونه مراقبت‌ها قرار گرفته‌اند. بیشتر مشتریان این خدمات (۱۲درصد) بیماران هستند که از اختلالات گردش خون رنج می‌برند (۱۹).

امروزه توانبخشی قلبی در منزل برای بیماران، به دنبال سکته قلبی بدون عارضه به عنوان یک مدل مراقبتی در حال توسعه است چرا که از نظر شرکت کنندگان، این برنامه‌ها مناسب و سودمندتر بوده و مسئولیت تدبیر بیماری را نیز به شخص مددجو محول نموده و بدین وسیله استقلال آنها را افزایش می‌دهد (۱۷، ۹).

در این رابطه نتایج مطالعه کوهورت مقایسه‌ای در سوئد بر روی ۱۲۳ بیمار مبتلا به سکته مغزی تحت توانبخشی در بیمارستان با ۵۳ مورد تحت توانبخشی در منزل نشان داد، هزینه‌های توانبخشی در منزل به طور معنی‌داری نسبت به توانبخشی در بیمارستان کمتر می‌باشد (۱۹). همچنین جولی و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای فرا تحلیلی بر کلیه مقالات چاپ شده در زمینه توانبخشی قلبی در منزل و مراکز تخصصی نشان دادند که توانبخشی قلبی در منزل موجب کاهش بیشتر فشار خون سیستولیک و مصرف سیگار شده است. تفاوت در ظرفیت ورزش، سطح کلسترول، اضطراب و افسردگی نیز قابل توجه بود. در بیماران پس از سکته قلبی ظرفیت ورزش در گروه توانبخشی در منزل نسبت به بیماران تحت مراقبت معمول در بیمارستان به طور معناداری بالاتر بود. نتایج این مطالعه توجهات را به سوی مقرون به صرفه بودن، اثربخشی و پذیرش بیشتر توانبخشی قلبی در منزل جلب نمود (۱۸).

در استرالیا نیز هی گینز، هایز و مککنا در مطالعه‌ای مقایسه‌ای که بر روی ۴۹ بیمار قلبی تحت مراقبت معمول قلبی و پیگیری تلفنی و ۵۰

به طور کلی سه حیطه مهم در کیفیت زندگی را می‌توان به شکل زیر خلاصه کرد: بعد جسمی، روانی و اجتماعی. بعد جسمی به درک بیمار از توانایی انجام فعالیت‌های روزانه و به انرژی بیمار بستگی دارد. بعد اجتماعی به انزوا، وابستگی، روابط با خانواده و فامیل و شرایط محیط‌های اجتماعی دیگر وابسته است و بالاخره بعد روانی در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجانی است و در آن مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب مطرح می‌شود (۱۴).

مفهوم کیفیت زندگی از چنان اهمیتی برخوردار است که اخیراً کیفیت زندگی درک شده بیماران به عنوان اولین برآیند اثربخشی در برنامه‌های توانبخشی قلبی سنجیده می‌شود (۹).

به طور مثال یو و همکاران در مطالعه‌ای تجربی با دو سال پیگیری که بر روی ۲۶۹ بیمار بعد از سکته قلبی با هدف تعیین تأثیر و مقرون به صرفه بودن برنامه توانبخشی قلبی کوتاه مدت، مشتمل بر ورزش و آموزش رفتارهای بهداشتی، بر کیفیت زندگی طولانی مدت بیماران، نشان دادند که افراد تحت توانبخشی کوتاه مدت از مرحله دوم تا چهارم برنامه توانبخشی در ۶ بعد از ۸ بعد کیفیت زندگی مورد مطالعه ارتقاء قابل توجهی را نشان می‌دهند. این افراد اضطراب و افسردگی کمتر و آرامش بیشتری را تجربه کرده بودند. در گروه کنترل که تنها از یک برنامه دارویی معمول بهره می‌گرفتند، افزایش کیفیت زندگی مشهود نبود، ضمن آنکه تجربه درد نیز افزایش نشان می‌داد. نتایج کلی حکایت از مقرون به صرفه و اثربخش تر بودن برنامه کوتاه مدت توانبخشی قلبی به ویژه ارتقاء کیفیت زندگی بیماران بود (۱۵).

همچنین نتایج مطالعه‌ای تجربی در آمریکا (۲۰۰۶) بر روی بیماران قلبی حکایت از این دارد که گروه آزمون تحت برنامه توانبخشی کوتاه مدت هشت هفته‌ای شامل آموزش مددجو و انجام ورزش تحت نظارت که در بیمارستان انجام می‌پذیرفت نسبت به گروه کنترل که تنها از یک برنامه ورزشی ساده پیروی می‌کردند، از نظر کیفیت زندگی کلی، ابعاد سلامت و عملکرد روانی معنوی از موقعیت بهتری برخوردار بودند (۹).

گرچه یافته‌های مطالعات مختلف گویای این حقیقت است که بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نمی‌باشند (۱۶) و توانبخشی قلبی یکی از راهکارهای مهم در ارتقاء کیفیت زندگی است لیکن فقط ۳۰٪ از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قادر به شرکت در برنامه‌های توانبخشی قلبی در مراکز می‌باشند (۱۷). از سوی دیگر گزارشات حاکی از آن است که درک دقیق برنامه‌های توانبخشی در مراکز تخصصی و بیمارستان‌ها برای مددجویان به ویژه برای زنان و سالمندان و گروه‌های قومی کوچک بسیار



بیمار تحت توانبخشی قلبی در منزل و آموزش مشروح مراقبت شخصی مشتمل بر ورزش، تدبیر رژیم غذایی، حمایت روانی، مشاوره و سه بار بازدید در منزل، انجام گرفت، نشان دادند که گروه آزمون از نظر سطح کلاسترول، انجام ورزش، شاخص توده بدنی، سلامت روانشناختی، توانایی عملکردی و بازگشت سریعتر به کار وضعیت بهتری را تجربه کرده بودند (۸).

واریشیو (۱۹۹۳) اظهار می‌دارد به دلیل اهمیت و تحت تأثیر بودن سلامت جسمی، روحی و رفاه اجتماعی، از بیماری‌های مزمن، مفهوم کیفیت زندگی برای پرستاران از اهمیت خاص برخوردار می‌باشد. از سوی دیگر امروزه بر نقش پرستاران در زمینه ارائه خدمات بهداشتی در منزل توجه بیشتری معطوف شده است، چنانچه آموزش و بازتوانی یک وظیفه مهم و نقش انفکاک ناپذیر در حرفه پرستاری تلقی می‌گردد (۲۰).

با عنایت به مطالب فوق و نظر به کمبود مطالعات مشابه در کشور و نیز به منظور تأکید بر ارائه خدمات توانبخشی در منزل به عنوان راهکاری فرا روی چالشهای بهداشتی آینده به خصوص افزایش نرخ جمعیت سالمند و بروز اختلالات مزمن به ویژه بیماریهای قلبی عروقی، محققین برآن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف کلی تعیین تأثیر توانبخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی به اجرا در آورند.

#### روش بررسی

مطالعه حاضر یک پژوهش نیمه تجربی است که با تأکید بر رویکرد پرستاری توانبخشی انجام گرفته است. توانبخشی قلبی در منزل در این مطالعه شامل مجموعه‌ای از استراتژی‌های بکار گرفته شده توسط پرستار در جهت ارتقاء سلامتی بیماران و مشتمل بر موارد زیر بود:

الف- آموزش نظری و عملی (در مورد بیماری، عوامل خطر ساز، رژیم غذایی و دارویی و انجام ورزش پیاده روی)

ب- حمایت روانی و مشاوره‌های آموزشی حضوری

ج- سه نوبت پیگیری و نظارت حضوری برانجام برنامه‌های توانبخشی در منزل در انتهای ماه اول، دوم و سوم پژوهش

د- مشاوره، آموزش و پیگیری اجرای برنامه از طریق تماس تلفنی

و- ارجاع به مراکز درمانی در صورت لزوم (۲۱).

بیماران مبتلا به سکتة قلبی مد نظر در این پژوهش، بیمارانی بودند که بنابر تشخیص متخصص قلب و عروق و با استفاده از تست ورزش و نوار قلب دچار سکتة قلبی بدون عارضه (عدم وجود نارسایی قلبی درمان نشده، آریتمی کنترل نشده و عدم ابتلا به آنژین شدید و پایدار) و

تحت درمان با الگوهای مشابه دارویی توسط یک متخصص بوده و نامزد شرکت در برنامه توانبخشی قلبی در منزل بودند. سایر معیارهای ورود به مطالعه شامل ابراز تمایل کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در مطالعه، حداکثر بار دوم ابتلا به سکتة قلبی، مدت ابتلا حداقل یک ماه از شروع بیماری، مشخص بودن حداکثر ضربان نبض پایه براساس انجام تست ورزش، محدوده سنی ۷۰-۳۵ سال، عدم ابتلا به بیماری حرکتی محدودکننده، عدم شرکت و بهره‌مندی از خدمات و برنامه‌های توانبخشی قلبی در مراکز و منازل، سلامت روانشناختی و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی بود.

بیماران واجد شرایط با روش مبتنی بر هدف و بر حسب ویژگی‌های مورد نظر پژوهشگر از بیماران مبتلا به سکتة قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدرس کاشمر در یک دوره ۵ ماهه، انتخاب شدند و فرض شده است که بیماران این مقطع، نمونه معرفی از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان می‌باشند. بر اساس شرایط فوق پژوهشگر تعداد ۴۰ بیمار را انتخاب نموده و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داد.

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بررسی اطلاعات دموگرافیک و سنجش آگاهی بیمار از بیماری و عوامل خطرزا، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی ویژه بیماران مبتلا به سکتة قلبی «مک نیو»<sup>۱</sup> و چک لیست کنترل بیمار در منزل می‌باشد.

هافر و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسند: پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو از اعتبار محتوی<sup>۲</sup>، سازه<sup>۳</sup> و مقیاس<sup>۴</sup> مناسب برخوردار است (۲۲). اسدی لاری و همکاران (۲۰۰۳)، تامپسون و همکاران (۲۰۰۳) و باقری (۱۳۸۰) ابزار فوق را جهت سنجش کیفیت زندگی معتبر دانسته‌اند (۲۳-۲۵). ضمناً محقق جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری از روش اعتبار محتوی و صوری بر اساس منابع و نظرسنجی اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌های علوم بهزیستی و توانبخشی، علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی و تربیت مدرس استفاده نمود.

برای تعیین پایایی ابزار گردآوری اطلاعات مربوط به آگاهی و سنجش کیفیت زندگی، از روش آزمون مجدد استفاده شده است. بدین صورت که ابزارها، در دو مرحله و به فاصله زمانی ۱۵ روز، برای ۱۰ نفر مستقل از واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. پایایی ابزار سنجش آگاهی با تأکید بر ثبات درونی ابزار منجر به احتساب ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گردید. برای ارزیابی پایایی ابزار کیفیت زندگی، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، پایایی در بعد جسمی ۰/۹۵، بعد روحی روانی ۰/۹۸، بعد اجتماعی ۰/۸۵ و کیفیت زندگی در کل ۰/۹۱ محاسبه گردید.

1- Macnew

3- Construct Validity

2- Content Validity

4- Criterion Validity



شدند. بدین ترتیب کل تعداد نمونه‌ها به ۳۸ نفر (۱۸ نفر گروه آزمون و ۲۰ نفر گروه شاهد) محدود شد.

در بیماران گروه شاهد پرسشنامه‌ها در دو نوبت و به فاصله ۳ ماه تکمیل گردید و در طول پژوهش هیچگونه مداخله‌ای صورت نگرفت و آموزش‌ها بعد از تکمیل نوبت دوم پرسشنامه‌ها، برای آنان ارائه گردید. پس از اتمام مراحل اجرای کار و تکمیل ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، این اطلاعات جهت ارائه به کامپیوتر کد گذاری گردید و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار اس.پی.اس.اس نسخه ۱۱/۵ تحت ویندوز استفاده گردید.

به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از کلیه بیماران جهت حضور در مطالعه رضایتنامه کتبی اخذ و تمامی مراحل تحقیق با اولویت رعایت شرایط زمانی و مکانی پیشنهادی آنها انجام شد.

#### یافته‌ها

##### مشخصات فردی گروه مداخله و کنترل

داده‌ها نشان داد، اکثریت واحدهای پژوهش را مردان ۶۸/۴ درصد، ۶۵-۶۱ ساله ۳۰ درصد، ۷۰-۶۱ کیلوگرم ۶۵ درصد، متأهل ۹۲/۱ درصد، با سواد ۵۵/۳ درصد، بازنشسته و یا بیکار ۶۸/۴ درصد، درآمد کمتر از حد مخارج زندگی ۵۷/۹ درصد، اولین ابتلا به سکنه قلبی ۷۱/۱ درصد، سه تا شش ماه ابتلا ۵۲/۶ درصد، ابتلا به فشار خون ۷۱/۱ درصد، سابقه چربی خون بالا ۵۲/۸ درصد، عدم ابتلا به دیابت ۸۱/۶ درصد، عدم وجود مشکلات عضلانی - اسکلتی ۹۴/۷ درصد و عدم سابقه ابتلا به بیماری تنفسی ۸۱/۶ درصد تشکیل می‌دهد.

دو گروه مداخله و کنترل شرکت کننده در این مطالعه از نظر متغیرهای سن (P=۰/۱)، جنس (P=۰/۸۲۵)، وزن (P=۰/۴)، وضعیت تأهل (P=۰/۵۹۵)، میزان تحصیلات (P=۰/۲۰۳)، شرایط زیست (P=۰/۵۸۷)، شرایط شغلی (P=۰/۳۳۷)، متوسط درآمد (P=۰/۷۸۲)، محل درآمد (P=۰/۷۸۲)، تعداد دفعات سکنه قلبی (P=۰/۸۸۰)، مدت زمان گذشته از سکنه قلبی (P=۰/۳۲۱)، سابقه فشار خون بالا (P=۰/۱۱۳)، سابقه چربی خون بالا (P=۰/۱۰۷)، سابقه دیابت (P=۰/۶۸۷)، مشکلات عضلانی - اسکلتی (P=۰/۴۹۷)، بیماری‌های تنفسی (P=۰/۶۸۷) و سایر بیماری‌ها (P=۰/۵۶) همگن بوده، به عبارتی دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مخدوش کننده که می‌توانستند به نوعی بر نتایج مطالعه تأثیر داشته باشند از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند.

تحلیل داده‌های مربوط به کنترل بیماران در منزل:

تحلیل داده‌های مربوط به کنترل بیماران در منزل در طی سه نوبت

اسدی لاری و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود تحت عنوان «تطابق جمعیت ایرانی با پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو در انگلستان»، پایایی آن را ۹۵٪ محاسبه نمودند (۱۹). ضمناً پایایی پرسشنامه مذکور توسط باقری (۱۳۸۰) ۹۳٪ و والنتی (۱۹۹۶) ۹۶٪ محاسبه گردید (۲۶، ۲۱).

پس از نمونه‌گیری، پژوهشگر طی مصاحبه، مبادرت به تکمیل پرسشنامه‌ها نمود. در مرحله بعد بیماران گروه آزمون به سه گروه تقسیم شدند و جهت هر گروه ۴ جلسه آموزشی ۱ ساعته یک روز در میان با محتوای مربوط به برنامه توانبخشی قلبی در منزل (جلسه اول توضیح بیماری، عوارض آن و درمان بیماری - جلسه دوم آموزش عوامل خطرزای بیماری و راه‌های کنترل آن شامل مصرف سیگار، چربی خون بالا، فشار خون بالا، افزایش وزن و استرس - جلسه سوم آموزش رژیم غذایی و رژیم دارویی در بیماران قلبی - جلسه چهارم آموزش اجرای پیاده روی شامل دفعات، مدت زمان، طریقه کنترل نبض در محدوده مجاز و فواید انجام پیاده روی) ارائه گردید.

جلسات آموزشی در بیمارستان توسط محقق و متخصصین قلب و عروق، تغذیه و روانشناس به مدت ۴۰ دقیقه جهت مددجویان ارائه شده و سپس ۲۰ دقیقه به آنان فرصت داده می‌شد تا سئوالات خویش را عنوان نموده و تمرینات لازم توسط بیماران در حضور پژوهشگر انجام می‌شد و اشکالات آنان مرتفع می‌گردید. در آخرین جلسه براساس نتایج تست ورزش و تعیین ضریب پایه در حد مجاز توضیحات فردی ارائه شده و کتابچه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت.

در مرحله بعد سه ملاقات در منزل در انتهای ماه اول، دوم و سوم جهت بیماران برنامه‌ریزی گردید. در هر ملاقات منزل مجدداً آموزش‌ها در صورت لزوم تکرار گردیده و کنترل بیمار جهت انجام برنامه پیاده‌روی، تشویق بیمار به ادامه برنامه، انجام پیاده روی توسط بیمار در حضور پژوهشگر و رفع اشکالات بیمار در رابطه با روش صحیح انجام آن، روش صحیح کنترل نبض، کنترل علائم جسمی حین پیاده روی، حمایت روانی شامل مصاحبه و راهنمایی بیمار و ارجاع به متخصصین مربوطه در صورت نیاز انجام شده و در ضمن چک لیست کنترل بیمار در منزل توسط محقق تکمیل می‌گردید. در طول این مدت پیگیریهای تلفنی نیز به عمل آمد و شماره تلفن ضروری جهت تماس با پژوهشگر در اختیار واحدها قرار داده شد.

در آخرین ملاقات منزل، مجدداً پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و آگاهی تکمیل گردید.

لازم به ذکر است که از بین ۲۰ بیمار انتخاب شده جهت گروه آزمون، ۲ بیمار به علت عدم تمایل به ادامه شرکت در برنامه‌ها، از گروه حذف



حمایت روانی به دقیقه ( $P=0/000$ ) و کاهش دفعات ارجاع به متخصصین ( $P=0/000$ ) بود.

#### تحلیل داده‌های مربوط به میزان آگاهی

آزمون من ویتنی نشان داد میزان آگاهی بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله ( $P=0/000$ ) و در گروه کنترل ( $P=0/015$ ) دارای تفاوت آماری معنادار می‌باشد. این تفاوت در گروه مداخله مشهودتر بود. ضمناً مقایسه میزان آگاهی دو گروه قبل از مداخله معنادار ( $P=0/894$ ) نبوده ولی بعد از مداخله معنادار می‌باشد ( $P=0/000$ ).

#### تحلیل داده‌های مربوط به کیفیت زندگی

تحلیل داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به ترتیب در جداول زیر خلاصه شده است:

پیگیری حاکی از تغییر الگوی پیاده روی در نوبتهای مختلف پیگیری با استفاده از آزمون کای دو بود به طوری که پس از اجرای توانبخشی در منزل دفعات پیاده روی افزایش نشان داد ( $P=0/022$ ). آزمون آنالیز واریانس از نوع اندازه‌گیری تکراری حاکی از تفاوت معنی دار در مدت زمان پیاده روی در سه نوبت بازدید منزل بود ( $P=0/000$ ). آزمون کای دو حاکی از کاهش معنی دار ( $P=0/039$ ) در بروز علائم جسمی حین پیاده روی، بهبود شناخت و رعایت عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی ( $P=0/000$ )، بهبود شناخت و رعایت رژیم غذایی ( $P=0/000$ ) و بهبود شناخت و رعایت رژیم دارویی ( $P=0/000$ ) بود. ضمناً آزمون اندازه‌گیری تکراری نیز مؤید افزایش دفعات پیاده روی ( $P=0/01$ )، افزایش مدت زمان پیاده روی ( $P=0/000$ )، کاهش مدت زمان دریافت

جدول ۱- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی گروه مداخله قبل و بعد از انجام مداخله

| نتیجه آزمون              | مابۀ تفاوت   |         | بعد از مداخله |         | قبل از مداخله |         | زمان<br>متغیر<br>شاخص آماری     |
|--------------------------|--------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|---------------------------------|
|                          | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار  | میانگین | انحراف معیار  | میانگین |                                 |
| $t=5/58, df=17, p=0/000$ | ۸/۷۷         | ۱۱/۵۶   | ۱۰/۹۹         | ۷۰/۳۹   | ۱۲/۲۸         | ۵۸/۸۳   | کیفیت زندگی در بعد جسمی         |
| $t=4/83, df=17, p=0/000$ | ۷/۲۷         | ۸/۲۸    | ۱۱/۲۷         | ۷۱/۴۴   | ۹/۳۸          | ۶۳/۱۷   | کیفیت زندگی در بعد روحی - روانی |
| $t=1/05, df=17, p=0/308$ | ۶/۵          | ۱/۶۱    | ۹/۶۳          | ۶۱/۳۳   | ۱۱/۹          | ۵۹/۷۲   | کیفیت زندگی در بعد اجتماعی      |
| $t=5/05, df=17, p=0/000$ | ۱۸/۰۰        | ۲۱/۴۴   | ۲۸/۴۲         | ۲۰۳/۱۷  | ۲۹/۶۹         | ۱۸۱/۷۲  | کیفیت زندگی کل                  |

جدول (۱) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران در کلیه ابعاد بعد از انجام مداخله افزایش داشته است و این افزایش در ابعاد جسمی، روحی - روانی، و کیفیت زندگی کل دارای تفاوت معنی دار آماری

جدول (۱) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران در کلیه ابعاد بعد از انجام مداخله افزایش داشته است و این افزایش در ابعاد جسمی، روحی - روانی، و کیفیت زندگی کل دارای تفاوت معنی دار آماری

جدول ۲- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی گروه کنترل قبل و بعد از انجام مداخله

| نتیجه آزمون              | مابۀ تفاوت   |         | بعد از مداخله |         | قبل از مداخله |         | زمان<br>متغیر<br>شاخص آماری     |
|--------------------------|--------------|---------|---------------|---------|---------------|---------|---------------------------------|
|                          | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار  | میانگین | انحراف معیار  | میانگین |                                 |
| $t=1/42, df=19, p=0/173$ | ۵/۲۱         | ۱/۶۵    | ۱۷/۳۴         | ۶۱/۹۰   | ۱۶/۹۱         | ۶۰/۲۵   | کیفیت زندگی در بعد جسمی         |
| $t=1/35, df=19, p=0/192$ | ۵/۷۸         | ۱/۷۵    | ۱۳/۸۷         | ۶۲/۲۰   | ۱۵/۲۰         | ۶۳/۹۵   | کیفیت زندگی در بعد روحی - روانی |
| $t=2/92, df=19, p=0/009$ | ۳/۶۷         | ۲/۴     | ۱۶/۸۱         | ۵۸/۴۰   | ۱۵/۸۶         | ۶۰/۸۰   | کیفیت زندگی در بعد اجتماعی      |
| $t=1/09, df=19, p=0/287$ | ۲/۵          | ۱۰/۲    | ۴۶/۳۵         | ۱۸۲/۵   | ۴۵/۳۲         | ۱۸۵     | کیفیت زندگی کل                  |

از مداخله در گروه کنترل دیده نمی‌شود و تنها این کاهش، تفاوت معنی داری را در بعد اجتماعی نشان می‌دهد ( $P=0/01$ ).

جدول (۲) نشان می‌دهد که اگر چه به ظاهر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی کاهشی در میانگین‌ها دیده می‌شود لیکن تفاوت معنی دار آماری در میزان کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روحی روانی و کل، قبل و بعد



جدول ۳ - مقایسه ابعاد کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

| نتیجه آزمون               | کنترل        |         |       | مداخله       |         |       | گروه                           |
|---------------------------|--------------|---------|-------|--------------|---------|-------|--------------------------------|
|                           | انحراف معیار | میانگین | تعداد | انحراف معیار | میانگین | تعداد | متغیر شاخص آماری               |
| $t=0/292, df=36, p=0/772$ | ۱۶/۹۱        | ۶۰/۲۵   | ۲۰    | ۱۲/۲۸        | ۵۸/۸۳   | ۱۸    | کیفیت زندگی در بعد جسمی        |
| $t=0/189, df=36, p=0/851$ | ۱۵/۲         | ۶۳/۹۵   | ۲۰    | ۹/۳۸         | ۶۳/۱۷   | ۱۸    | کیفیت زندگی در بعد روحی- روانی |
| $t=0/235, df=36, p=0/816$ | ۱۵/۸۶        | ۶۰/۸۰   | ۲۰    | ۱۱/۹         | ۵۹/۷۲   | ۱۸    | کیفیت زندگی در بعد اجتماعی     |
| $t=0/26, df=36, p=0/796$  | ۴۵/۳۳        | ۱۸۵     | ۲۰    | ۲۹/۶۸        | ۱۸۱/۷۲  | ۱۸    | کیفیت زندگی کل                 |

جدول (۳) حاکی است که کیفیت زندگی بیماران در کلیه ابعاد و همچنین کیفیت زندگی کل بیماران دو گروه قبل از انجام مداخله تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند ( $p>0/05$ ).

جدول ۴ - مقایسه ابعاد کیفیت زندگی دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله

| نتیجه آزمون              | کنترل        |         |       | مداخله       |         |       | گروه                           |
|--------------------------|--------------|---------|-------|--------------|---------|-------|--------------------------------|
|                          | انحراف معیار | میانگین | تعداد | انحراف معیار | میانگین | تعداد | متغیر شاخص آماری               |
| $t=1/78, df=36, p=0/084$ | ۱۷/۳۴        | ۶۱/۹    | ۲۰    | ۱۰/۹۹        | ۷۰/۳۹   | ۱۸    | کیفیت زندگی در بعد جسمی        |
| $t=2/24, df=36, p=0/032$ | ۱۳/۸۸        | ۶۲/۲    | ۲۰    | ۱۱/۲۷        | ۷۱/۴۴   | ۱۸    | کیفیت زندگی در بعد روحی- روانی |
| $t=0/65, df=36, p=0/52$  | ۱۶/۸۱        | ۵۸/۴    | ۲۰    | ۹/۶۳         | ۶۱/۳۳   | ۱۸    | کیفیت زندگی در بعد اجتماعی     |
| $t=1/63, df=36, p=0/111$ | ۴۶/۳۶        | ۱۸۲/۵   | ۲۰    | ۲۸/۴۲        | ۲۰۳/۷   | ۱۸    | کیفیت زندگی کل                 |

گروه کنترل این تفاوت مشاهده نشد. هر چند که کاهش در میانگین کیفیت زندگی کل و ابعاد آن مشهود بود، به طوریکه در بعد اجتماعی این کاهش معنی دار نیز بود. از سوی دیگر مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه بعد از مداخله تنها در بعد روحی- روانی معنی دار شد.

درستین و درایتون (۲۰۰۰) می‌نویسند بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به تدریج توصیه‌های درمانی آموزش داده شده را فراموش می‌نمایند. لذا تقویت این اطلاعات مورد نیاز است (۲۷). از سوی دیگر مشخص شده تعداد رفتارهای نامناسب بهداشتی این بیماران نیز در صورت عدم پیگیری در منزل افزایش می‌یابد (۲۸).

اضطراب و افسردگی از شایعترین عوارض سکنه قلبی می‌باشد (۲۹). علل ایجاد این عوارض فردی است و می‌تواند سبب ناخوشی حاد، درد، اختلال در فعالیتهای روزانه، تغییر در نقشها و تصویر ذهنی از جسم خویش و به خصوص مشکلات مادی گردد (۳۰).

این افراد بواسطه بیماری دچار تغییرات در ارتباطات فردی و کاهش اشتیاق در برقراری ارتباطات اجتماعی می‌شوند. اساس حمایت اجتماعی ایجاد تعادل مثبت با سایرین است که به فرد حس تعلق داشتن و افزایش اعتماد به نفس را هدیه می‌بخشد (۳۱). یکی دیگر از

جدول (۴) حاکی است کیفیت زندگی بیماران دو گروه بعد از انجام مداخله در بعد روحی- روانی دارای تفاوت معنی دار آماری ( $P=0/032$ ) می‌باشد اما در بقیه ابعاد با وجود افزایشی که در کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله بعد از انجام مداخله وجود داشته است، دارای تفاوت معنی دار آماری نمی‌باشد ( $P>0/05$ ).

پیش فرض تساوی واریانسهای کیفیت زندگی در ابعاد مختلف و میزان آگاهی قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون لون بررسی گردید. ضمناً آزمون کولموگروف اسمیرنوف مؤید توزیع نرمال ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه قبل از مداخله و عدم توزیع نرمال در میزان آگاهی در دو گروه قبل و بعد از مداخله بود.

#### بحث

عدم وجود تفاوت آماری در متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه، به ویژه میزان آگاهی و کیفیت زندگی قبل از مداخله بیماران نشان داد که دو گروه از همگونی مناسب برخوردار می‌باشند. لذا می‌توان تفاوت معنی دار در کیفیت زندگی کل و ابعاد جسمی و روانی آنرا در گروه مداخله به اثر بخشی اجرای برنامه توانبخشی در منزل نسبت داد. در



توانبخشی قلبی بر کیفیت زندگی دریافتند تفاوت معنی دار پس از یکسال از شروع مداخله در کیفیت زندگی کل در دو گروه کنترل و آزمون مشهود می‌باشد (۳۸، ۳۴).

پژوهشگر با عنایت به تجربه خود در محیط پژوهش و با استناد به منابع و متون معتبر چنین احتمال می‌دهد که ساختار پیچیده، چندبعدی، پویایی و ماهیت ذهنی و کاملاً منحصر به فرد مفهوم کیفیت زندگی از یک سو و باورها، استعداد فردی بروز انزوا، نقص در روابط بین فردی و اجتماعی، تحمیل هزینه‌های کلان تشخیصی و درمانی، تضعیف موقعیت شغلی، استعداد نقص خود مراقبتی و عدم اطمینان به آینده از سوی دیگر از جمله عواملی هستند که می‌توانند در دست یابی به یافته‌های این مطالعه دخیل باشند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد با توجه به موارد یاد شده، لازم است مطالعات مداخله‌ای مشابه با نمونه‌های بزرگتر به ویژه در دامنه سنی محدودتری طراحی گردد ضمناً با توجه به ماهیت تیمی فرایند توانبخشی انجام مطالعات چند رشته‌ای بدون شک بر غنای نتایج مشابه خواهد افزود. شایان ذکر است که تشابهات و همخوانی در نتایج این مطالعه با یافته مطالعات یاد شده در فوق بیانگر این نکته بسیار مهم می‌باشد که مطالعات مشابه در آینده مدت زمانی طولانی تر با تأکید بر اندازه‌گیری مکرر متغیر کیفیت زندگی کل و ابعاد آن باشد.

#### نتیجه‌گیری

مبنای برنامه‌های توانبخشی بر آموزش، تغییر و تصحیح رفتارها و عملکرد افراد استوار است. اجرای برنامه‌های توانبخشی قلبی در منزل در واقع به نوعی تحقق برنامه‌های توانبخشی مبتنی بر جامعه می‌باشد. این برنامه‌ها می‌توانند بخش مهمی از مشکلات بیماران از جمله دوری و پراکندگی مراکز توانبخشی تخصصی، عدم تمایل و پذیرش بیماران و بالا بودن هزینه‌های برنامه‌های توانبخشی قلبی در مراکز را مرتفع سازند و همچنین ارتباط بین بخشهای مختلف درمانی را بهبود بخشند. یافته‌های این مطالعه و مقایسه آن با تجارب سایر محققین اینچنین نشان داد که ایجاد آگاهی و تعهد به اجرای دقیق برنامه توانبخشی قلبی در منزل با مدیریت پرستاران به ویژه پرستاران توانبخشی می‌تواند نقشی مؤثر در ارتقاء کیفیت زندگی این مددجویان نسبت به قبل از انجام این برنامه‌ها داشته باشد. از سوی دیگر یافته‌ها به طور ضمنی مهر تأییدی است بر نقش پرستاران در ارائه خدمات مراقبتی و بهداشتی در سطح منزل که متأسفانه خلاء آن در نظام بهداشتی کشور ما کاملاً محسوس است. بدون شک پرستاران توانبخشی می‌توانند در اثربخشی و استمرار خدمات تیم توانبخشی در منزل برای مددجویان مبتلا به اختلالات مزمن نقش حیاتی عهده‌دار گردند.

مشکلات اساسی بیماران با اختلالات مزمن، فقدان حمایت‌های مالی و مشکلات اقتصادی است که زندگی اجتماعی افراد را متأثر می‌سازد (۳۰). حمایت اجتماعی و درآمد مطلوب می‌تواند حتی با وجود مشکلات بهداشتی قابل توجه، در ارتقاء کیفیت زندگی افراد مؤثر باشد، لیکن حل این مشکل نیازمند زمان و رویکرد جامعتری نسبت به حل صرفاً مشکلات جسمی مددجوست (۳۱).

با نظر کلی به یافته‌های پژوهش و با وجود تغییرات معنی دار در میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله بعد از انجام برنامه توانبخشی فرضیه پژوهش مبنی بر «مؤثر بودن توانبخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی» بعلت عدم تفاوت معنی دار در مقایسه دو گروه بعد از مداخله، حمایت نشد. یافته‌های این مطالعه با نتایج تحقیقات موجود همراستا می‌باشد به طوریکه وارینگتون، کولاسکی و پتر (۲۰۰۲) در مطالعه خود به منظور تعیین تأثیر توانبخشی قلبی در منزل بر سلامت بیماران مبتلا به حمله قلبی دریافتند که اجرای این برنامه منجر به ارتقاء معنی دار عملکرد جسمی ( $p < 0/05$ ) در قالب ارتقاء الگو، مدت زمان و دفعات ورزش در مقایسه با شروع مداخله می‌گردد (۳۲). کندی و همکاران (۲۰۰۳) نیز در مطالعه دو گروه به منظور تعیین تأثیر توانبخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی زنان دریافتند که توانبخشی قلبی در منزل منجر به افزایش کیفیت زندگی در بعد جسمی گروه مداخله می‌شود. لیکن بین دو گروه مداخله و کنترل از این نظر تفاوت معنی دار مشاهده نشد (۳۳). در خصوص بعد روانی کیفیت زندگی نیز مطالعه داگمور و همکاران (۱۹۹۹) به منظور تعیین تأثیر توانبخشی قلبی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به حملات حاد قلبی نشان داد که این مداخله منجر به بهبود کیفیت زندگی در بعد روحی و روانی گروه مداخله شده است اما تفاوت معنی دار ( $p < 0/001$ ) در این خصوص بین دو گروه مداخله و کنترل پس از چهار ماه بدست آمد (۳۴). سکی و همکاران (۲۰۰۳) این تفاوت را پس از شش ماه اجرای توانبخشی قلبی در بیماران دچار سکته قلبی در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نمودند (۳۵). یاشیدا و همکاران (۲۰۰۱) و ایزووا و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعات خود دریافتند اجرای توانبخشی قلبی در بیماران دچار سکته قلبی به ترتیب پس از سه ماه و یکسال بعد از مداخله منجر به ایجاد تفاوت معنی دار آماری ( $p = 0/001$ ) در بعد اجتماعی کیفیت زندگی در گروه مداخله می‌شود و در گروه کنترل این بعد کاهش نشان می‌دهد (۳۶، ۳۷). کاهش در بعد اجتماعی کیفیت زندگی در مطالعه وارینگتون نیز مشهود بود (۳۲). کندی نیز در مطالعه خود تفاوت معنی داری را در این بعد بین دو گروه مداخله و کنترل پیدا نکرد (۳۳). کالیانی (۲۰۰۴) و داگمور و همکاران نیز با بررسی و تعیین تأثیر





پرسنل بیمارستان و کلیه نگرانی که در انجام این مطالعه همکاری و همراهی داشتند، ابراز نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمامی بیماران و خانواده های آنان، پزشکان، پرستاران، مدیریت و

منابع:

۱- قاضی جهانی، ب. مبانی طب داخلی سیسیل. ویرایش پنجم ۲۰۰۱، انتشارات گلبن، ۱۳۸۰، ص: ۶۴ و ۳۱۳.

۲- گایتون، آ. فیزیولوژی پزشکی. ترجمه بیگدلی، م. و دیگران، ویرایش دهم ۲۰۰۰، نشر طبیب، ۱۳۸۰، ص: ۲۲۹.

۳- نقوی، م. سیمای بیماری و مرگ و میر در هیجده استان کشور در سال ۱۳۸۰. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، نشر تندیس، ۱۳۸۲.

4- Underhill SL, Woods S, Froelicher ES. Cardiac nursing (40 Ed). Philadelphia: JB. Lippincot co, 2000.

۵- مؤمنی، ح. تأثیر آموزش و اجرای رفتارهای سلامت بر بازگشت به کار بیماران انفارکتوس میوکارد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۸۱.

6- Polaski A, Tarto S. Luckmans Care Principles and Practice of Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: W.B Saunders Co, 1996; pp: 185-186,675.

7- Davidson P, Stewart S, Elliott D, et al. Addressing The Burden of Heart Failure in Australia: the Scope for Home-Based Interventions. Journal of cardiovascular nursing 2001; 16(1):56-68.

8- Higgins H, Hayes R, Mckenna K. Rehabilitation Outcomes Following Percutaneous Coronary Interventions. Journal of Patient Education and Counseling 2001; 43:219-230.

9- Choo JE, Burke L, Pyohong K. Improved Quality of Life with Cardiac Rehabilitation for Post-Myocardial Infarction Patients in Korea. European Journal of Cardiovascular Nursing 2006(In Press)

10- Wood DS. Assessing of Quality of Life in Clinical Research: From Where Have We Come & Where Are We Go in? J Clin Epidemiol 1999; 52:355-363.

11- WHO – QoL Group. What Is Quality of Life? World Health Forum 1996; 17: 354-356

۱۲- میرخانی، م. مبانی توانبخشی. انتشارات سازمان بهزیستی، ۱۳۷۸، ص: ۷۰.

13- Raised P, Yates P. Quality of Life Experience by Patients Recovering Radiation Treatment for Cancer of the Head Neck. Journal of Cancer Nursing 2001; 24(4):255-363.

14- Cimiller J, Brennan S. Measurement of Quality of Life in Surgery. J.R. Coll, Surg. Edinb 1999; 44: 252-259.

15- Yu CM, et al. A Short Course of Cardiac Rehabilitation Program Is Highly Cost Effective in Improving Long-Term Quality of Life in Patients With Recent Myocardial Infarction or Percutaneous Coronary Intervention. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85:1915-1922.

16- Dumber MG, Grame TF. The Effect of Cardiac Caring on Health. Socieseience. Med, 1999; 40(10):1408-1415.

17- Tonbridge. (2003). Cardiac Rehabilitation and Primary Care. Available: <http://gate way proquest.com/openurl?Vrl-ver = z 39.88-2004>.

18- Jolly K, Taylor R, Lip G, Stevens A. Homebased Cardiac Rehabilitation Compared With Center Based Rehabilitation And Usual Care: A Systematic Review And Meta Analysis. International. Journal of Cardiology 2006; 111:343-351.

19- Anderson A, Levin L, Oberg B, Mansson L. Health Care and Social Welfare costs in Home-Based and Hospital Based Rehabilitation after Stroke. Scan J Caring Sci 2002; 16:386-392.

20- Varrichio C. Relevance of Life to Clinical Nursing Parctice. Seminar of Oncology Nursing 1990: 235-255

21- Salisbury C. Rehabilitation after Myocardial Infarction: The Role of the Community Nurse. Nursing Standard 1996; 10(23):49-51.

22- Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The Macnew Health Related Quality of Life Instrument: A Summary. Healt And Quality Of Life Outcaomes 2004; 2(3):346-352.

23- Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge N, Gray D. Adaptation of the Macnew Quality of Life Questionnaire after Myocardial Infarction in an Iranian Population. Health and Quality Of Life Outcomes 2003, 1:23.

24- Thompson DR. Cardiac Rehabilitation: How Can In Be Improved? Nursing Studies UK 1995: 519.

۲۵- باقری، ح. بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد. مرآه کننده در مانگاه های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. پایان نامه رشته آموزش پرستاری گرایش داخلی و جراحی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۰، ص: ۲۸.

26- Valenti L, Lim L, Heller RF, et al. An improved Questionnaire for Assessing Quality of Life after Myocardial Infarction. Quality of Life Res 1996; 5: 151.

27- Derstine JB, Drayton HS. Comprehensive Rehabilitation Nursing. W.B. Saunders Co. 2001.

۲۸- رحیمیها، ف. بهشتی، ا. علامی، م. تغییر رفتارهای سلامتی بیماران ۴-۶ ماه پس از سکته قلبی. فصلنامه پرستاری و مامایی ایران، ۱۳۷۹، شماره ۲۴، ص: ۸-۱۵.

۲۹- عسگری، م. مراقبت های پرستاری ویژه در بخش های سی سی یو، آی سی یو و دیالیز. چاپ دوم، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۸۱، ص: ۱۴-۱۴۳.

۳۰- پرونز و سودارث. پرستاری داخلی – جراحی. ترجمه کفاشی، م. گیوی، م. انتشارات بشری، ۱۳۸۰، ص: ۵.

۳۱- تایلور، ک. لیلیس، ک. لمون، پ. اصول پرستاری تایلور (مفاهیم پرستاری، بخش یک). ترجمه گروه مترجمین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۵، ص: ۳۱-۳۲.

32- Warrington D, Choloski K, Peters D. Effectiveness Home –Based Cardiac Rehabilitation for Special Needs Patients. Journal of Advanced Nursing 2003; 41(2):121-129

33- Kennedy MD, Haykowsky M, Daub B, et al. Effects of a Comprehensive Cardiac Rehabilitation Program on Quality of Life and Exercise Tolerance in Women: a Retrospective Analysis. Curr Control Trials Cardiovasc Med 2003; 4(1):1.

34- Dugmore LD, et al. Changes in Cardiovascular Fitness, Psychological Wellbeing Quality of Life and Vocational Status Following a 12 Month Cardiac Exercise Rehabilitation Programme. Heart 1999; 81:359-366.

35- Seki E, Watanabe Y, Sunuyama S, et al. Affects of Phase III Cardiac Rehabilitation Programs on Health Artery Disease. Circ Journal 2003; 67:73-77.

36- Yoshida T, Yoshida K, Yamamoto C, et al. Effects of a Two-Week, Hospitalized Phase II Cardiac Rehabilitation Program on Physical Capacity, Lipid Profiles and Psychological Variables in Patients with Acute Myocardial Infarction. Jpn Circ J 2001; 65: 87-93.

37- Izawa K, Hirano Y, Yamad S, et al. Improvement in Physical Outcomes and Health-Related Quality of Life Following Cardiac Rehabilitation in Patients with Acute Myocardial Infarction. Circj 2004; 68:315-320.

38- Caliani SE. Post Myocardial Infarction Cardiac Rehabilitation in Low Risk Patients. Results with a Coordinated Program a Cardiologic and Primary Care. Epidemiology and Prevention 2004; 57 (10): 53-59.