

تأثیر توانبخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی در بیمارستان بقیه‌الله تهران، در سال ۱۳۸۹

مهدی اسدی^۱، *اصغر مکارم^۲، فرحناز محمدی^۳، محمدعلی حسینی^۴

۱- کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۲- متخصص گوش و حلق و بینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۳- دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۴- دکترای مدیریت آموزش عالی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۰۲
 پذیرش مقاله: ۹۲/۰۷/۱۵

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* تلفن: ۲۲۱۸۰۱۳۲ (۲۱) ۹۸+

* رایانامه:

amakarem2001@yahoo.com

چکیده

هدف: هدف این تحقیق، بررسی تأثیر برنامه توانبخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی در بیمارستان بقیه‌الله، در سال ۱۳۸۹ بود.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه تجربی، ۵۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی، براساس شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند (۲۵ نفر در گروه مداخله و ۲۵ نفر در گروه کنترل). نمونه‌گیری برای گروه مداخله، به صورت پشت‌سرهم و برای گروه کنترل، به صورت تصادفی جور شده با اعضای گروه آزمایش، براساس سن و جنس و میزان تحصیلات صورت گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه دموگرافیک کیفیت زندگی مک‌نیو و مصاحبه جمع‌آوری شد. گروه مداخله، در طول ۲۰ جلسه، تحت آموزش نظری و عملی برنامه توانبخشی قلبی در بیمارستان، شامل آشنایی با سکته قلبی، عوارض و درمان آن، عوامل خطرزای بیماری و کنترل آن‌ها قرار گرفت. برای بیماران گروه کنترل نیز مداخله‌ای صورت نگرفت. برای بررسی تفاوت نمره‌های گروه مداخله و کنترل، آزمون تی زوجی و تی مستقل استفاده شده است.

یافته‌ها: کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله، پس از توانبخشی قلبی در بیمارستان افزایش یافته است و می‌توان تفاوت میانگین کیفیت زندگی، قبل و بعد از توانبخشی را به اجرای برنامه توانبخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان نسبت داد که در ابعاد جسمی ($P < 0/05$)، روحی روانی ($P < 0/05$)، اجتماعی ($P < 0/05$) و کل ($P < 0/05$) است.

نتیجه‌گیری: برنامه توانبخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: توانبخشی مبتنی بر بیمارستان، سکته قلبی، کیفیت زندگی



مقدمه

با انسداد یکی از شریان‌های کرونر که قبلاً به وسیله آرترواسکلروز تنگ شده است، جریان خون کرونری مختل می‌شود و سکتۀ قلبی (انفارکتوس میوکارد) ایجاد می‌شود. به ناحیه‌ای از قلب که فاقد جریان خون است یا جریان به قدری کم شده است که عضله نمی‌تواند فعالیت کند، اصطلاحاً ناحیه انفارکتی و به‌طور کلی آن را انفارکتوس می‌گویند. سکتۀ قلبی از عوارض شایع بیماری‌های عروق کرونر است. هر ساله در آمریکا حدود ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر دچار سکتۀ قلبی می‌شوند که ۳۰ درصد از آن‌ها، یعنی حدود ۵۰۰ هزار نفر، در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (۱). برخی محققان درباره بیماری‌های قلبی معتقدند: با پیشرفت‌های علم پزشکی و پیشگیری و فعالیت‌های بهداشتی عمومی در کشورهای پیشرفته، الگوی بیماری‌ها به تدریج دستخوش تغییر شده و بسیاری از مشکلات مربوط به بیماری‌های حاد کنترل شده است؛ اما پس از حل دشواری‌های قدیمی، مشکلات مربوط به بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، سرطان و... سر برآورده‌اند (۲). وودز (۲۰۰۰) اظهار می‌کند: انفارکتوس قلبی ناشی از طولانی شدن ایسکمی میوکارد است که باعث ایجاد صدمۀ برگشت‌ناپذیر و نکروز عضلۀ قلب می‌شود (۳). برنولد (۲۰۰۶) معتقد است بیماری‌های عروق کرونر، علت عمده ناتوانی زودرس در نیروی کار جامعه به‌شمار رفته و در بین افراد بالغ، در تمام سنین، به‌عنوان یکی از علت‌های مهم منجر به فوت محسوب می‌شود. به‌علاوه، هزینه مراقبت بهداشتی غیرمستقیم مانند درآمد کمتر، کارایی و تولید کمتر، ناتوانی و معلولیت، هزینه‌های بیمه و بیمه‌ایام اشتغال و بیماری‌های عروق کرونر، بیش از سه‌برابر هزینه مستقیم این بیماری‌هاست (۴). علاوه بر ایجاد مشکلات روحی و ناتوانی جسمی، وجود بیماری مزمن در جامعه سبب کاهش درآمد ملی و صرف هزینه‌های بسیار برای مراقبت از بیماران مبتلا به آن بیماری می‌شود. همچنین، نوعی تحمیل به خانواده به‌شمار می‌رود و مشکلات اقتصادی بسیاری به‌دنبال خواهد داشت (۵).

بیماران مبتلا به عروق کرونر، معمولاً با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند. این مشکلات عبارت است از: ۱. نداشتن تعادل بین نیاز میوکارد به اکسیژن و میزان دریافت آن که به ایجاد درد منجر می‌شود؛ ۲. تغییر در جریان خون بافتی، در نتیجه اختلال در پمپ خون؛ ۳. تحمل نکردن فعالیت، به‌سبب نامتعادلی بین اکسیژن لازم و اکسیژن فراهم‌شده؛ ۴. سازگاری فردی غیر مؤثر به‌دلیل بیماری حاد؛ ۵. اضطراب به‌علت ترس از مرگ و تغییر در وضعیت سلامتی (۳). این بیماری شخص را به بی‌ثباتی روحی و فرسودگی روانی و علائمی مانند بی‌میلی به کار و فعالیت و

زندگی دچار می‌کند (۴). همچنین، ناتوانی‌ها و ازکارافتادگی پس از ابتلا به بیماری عروق کرونر، باعث ایجاد مشکلات فراوان طبی و مالی و اقتصادی می‌شود (۵). بیماران میان‌سالی که به سکتۀ قلبی دچار می‌شوند، به این دلیل که در سنین مولد و کارآمد بودن قرار دارند، از نظر اجتماعی گروه مهمی تشکیل می‌دهند. اگر این افراد دچار معلولیت‌های ناشی از این بیماری شوند یا جان خود را از دست بدهند، ناظر آسیب‌های اجتماعی خواهیم بود (۶).

از مشکلات عمده دیگری که بیماران مبتلا به این بیماری تجربه می‌کنند، کاهش کلی کیفیت زندگی و افزایش شکایات روحی و روانی است. مفهوم کیفیت زندگی دربرگیرنده توانایی‌های بالقوه شخص (وضعیت عملکردی) و دسترسی به منابع و فرصت‌ها به‌منظور استفاده از توانایی‌ها برای پیگیری و انجام دادن علاقه‌مندی‌ها (کیفیت زندگی عینی) و به‌طور کلی، احساس رفاه (کیفیت زندگی ذهنی) است (۶). کیفیت زندگی تحت عنوان بهزیستی عمومی تعریف شده است که شامل شاخص‌های عینی و ارزیابی‌های ذهنی از رفاه، بهزیستی فیزیکی، مادی، اجتماعی و عاطفی به‌همراه وسعت رشد شخصی و فعالیت هدفمند است که همگی به‌وسیله مجموعه‌ای از ارزش‌ها سنجیده شده است. فیس و همکاران اظهار می‌دارند کیفیت زندگی از اولین شاخص‌هایی است که در زندگی بیماران مبتلا به سکتۀ قلبی در کانون توجه قرار می‌گیرد و بیشترین تأثیر را می‌پذیرد (۵).

در ایران نیز، علاوه بر اینکه سکتۀ قلبی اولین علت مرگ افراد بیش از ۳۵ سال است، سن شیوع آن در حال کاهش است (۲). سکتۀ قلبی با میزان بروز ۹۵ در ۱۰۰ هزار، ۱۴ درصد عمر از دست‌رفته کشور را سبب می‌شود؛ به‌طوری‌که روزانه، ۱۶۶ نفر در اثر سکتۀ قلبی در ایران می‌میرند (۳).

محققان عمل جراحی پیوند عروق کرونر را شایع‌ترین عمل جراحی بزرگ در حال حاضر می‌دانند که در بیشتر کشورهای غربی انجام می‌شود. دولان (۱۹۹۱) درباره پیامدهای مطلوب عمل جراحی پیوند عروق کرونر، معتقد است که ۹۰ درصد بیماران پس از جراحی، عملکرد مطلوب را باز می‌یابند و ۶۰ درصد فاقد درد آنژین‌اند. عوارض ناشی از عمل جراحی پیوند کرونر نیز درخور توجه است. کل سیستم بدن بیمارانی که عمل جراحی قلب باز را تجربه می‌کنند، از نظر فیزیکی و روانی تهدید می‌شود (۷).

زندبگلگه (۱۳۷۷) به‌نقل از درستین و درایتون (۲۰۰۰) می‌نویسد توان‌بخشی قلبی، فرایندی است که حداکثر کارایی طبی، روانی، فیزیولوژیک، اجتماعی و شغلی را متعاقب حادثۀ قلبی به فرد اعاده می‌کند و بیشترین کاربرد آن در مبتلایان به سکتۀ قلبی، بای‌پس عروق کرونر قلب و آنژیوپلاستی عروق کرونر است



خلیفه‌زاده (۱۳۷۷) تحقیقی را با عنوان «بررسی تأثیر بازتوانی بر ظرفیت جسمانی و وضعیت خلقی بیماران مبتلا به نارسایی قلب مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های سازمان تأمین اجتماعی شهر اصفهان»، انجام داده است. هدف او تعیین تأثیر برنامه بازتوانی بر وضعیت جسمانی و خلقی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بوده است. نتایج آن نشان داد افزایش ظرفیت جسمانی در گروه مداخله، پس از بازتوانی تفاوت آماری معنی‌داری را در مقایسه با گروه شاهد داشته است؛ ولی نشانه‌های ناشی از فعالیت و علائم در گروه مداخله تفاوت آماری نشان نداد. وضعیت خلقی پس از بازتوانی در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد، تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد. اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد بازتوانی سبب افزایش ظرفیت جسمانی و بهبود وضعیت خلقی بیماران می‌شود (۷).

امروزه، کیفیت زندگی به عنوان شاخصی مهم در بررسی میزان تأثیر مداخلات در بیماری‌های مختلف استفاده می‌شود. از اهداف مهم بیمار برای شرکت در برنامه بازتوانی قلبی، بهبود کیفیت زندگی است (۱۴). در داخل و خارج از کشور، تحقیقاتی که صرفاً بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی تأکید کرده باشند، محدود است و در این حیطه، نیازمند پژوهش بیشتری هستیم. با توجه به اهمیت انواع روش‌های توانبخشی قلبی و کارایی آن در نجات بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر و همچنین، تحقیقات انجام شده اندک در ایران، محقق بر آن شد که اثربخشی برنامه توانبخشی را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی بررسی کند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، تحقیقی نیمه تجربی و دوگروهه و از نوع قبل و بعد است که تأثیر برگزاری برنامه توانبخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی بررسی کرده است. جامعه پژوهش این تحقیق، تمام بیماران مبتلا به سکتة قلبی بوده است که در سال ۱۳۸۹ به بیمارستان بقیةالله تهران مراجعه کرده‌اند. در پژوهش حاضر، تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به سکتة قلبی، ۲۵ نفر در گروه مداخله و ۲۵ نفر در گروه شاهد، انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱. حداکثر برای بار دوم به سکتة قلبی مبتلا شده باشند؛ ۲. حداقل یک ماه از بیماری آنان گذشته باشد تا کیفیت زندگی تحت تأثیر قرار بگیرد؛ ۳. دارای سکتة قلبی بدون عارضه (نبود نارسایی قلبی درمان نشده و آریتمی و آنژین صدری پایدار و شدید) باشند که به تأیید متخصص قلب رسیده باشد؛ ۴. در محدوده سنی ۳۰ تا ۸۰

(۸). آندروهیل و وودز (۲۰۰۰) اظهار می‌دارند هدف از برگزاری برنامه‌های توانبخشی قلبی، بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی از طریق کاهش عوامل خطرزا و تکرار حادثه قلبی است. این برنامه‌ها شامل مجموعه‌ای از ارزیابی طبی بیمار، تجویز ورزش، تعدیل عوامل خطرزای قلبی، آموزش و مشاوره است و برای محدود کردن اثرهای فیزیولوژیک و روانی بیماری قلبی یا تثبیت یا معکوس کردن فرایند آترواسکلروز و قادر ساختن بیمار به انتخاب موقعیت‌های شغلی برنامه‌ریزی می‌شود (۹).

توانبخشی قلبی و برنامه‌های آن برای این بیماران بسیار کارآمد است و روند زندگی این بیماران را حفظ می‌کند و تداوم می‌بخشد (۱۰). توانبخشی قلبی تحولی بزرگ در درمان بیماری‌های قلب و عروق ایجاد کرده است (۱۱)؛ زیرا به افزایش ظرفیت قلب و عروق، افزایش کیفیت زندگی، کنترل بهتر عوامل خطرزای قلبی و محدود کردن عوارض بیماری و مرگ و میر منجر می‌شود (۱۲). انجمن بازتوانی امریکا تخمین زده است که در نتیجه خدمات رسانی تیم بازتوانی، هر ساله ۳۰۰ هزار امریکایی به کار خود باز می‌گردند (۱۱).

برنامه‌های توانبخشی قلبی معمولاً در ۳ تا ۴ مرحله اجرا می‌شوند. گوشه (۱۳۸۳) برنامه‌های توانبخشی قلبی را به سه مرحله تقسیم کرده است: مرحله اول، برنامه توانبخشی ورزشی فوری که در آن به آموزش بیمار و تعدیل عوامل خطرزا پرداخته می‌شود و حدود ۱۲ تا ۲۱ روز طول می‌کشد. مرحله دوم، برنامه توانبخشی ورزشی برای بیماران سرپایی که شامل فعالیت‌های ورزشی تحملی خفیف تا متوسط و به صورت پیش‌رونده بوده و ۳ بار در هفته انجام می‌شود که ۲ تا ۳ ماه، طول می‌کشد و گاه، بسته به وضعیت بیمار، ۴ تا ۶ ماه نیز ادامه می‌یابد. مرحله سوم، مرحله‌ای است با هدف رسیدن به حالت فیزیکی و خودتنظیم و حدود ۶ ماه طول می‌کشد (۱۳).

بعد از رهایی بیمار از علائم، برنامه توانبخشی فعال برای وی شروع می‌شود. در تمامی مراحل بازتوانی، اهداف تحمل فعالیت و ورزش از طریق اضافه کردن تدریجی فعالیت‌های فیزیکی به نسبت ارتقای کارایی و کفایت قلبی، در طول زمان محقق می‌شود. کارایی قلبی زمانی به دست آمده است که بیمار کار و فعالیت‌های زندگی روزمره خود را با ضربان قلب و فشارخون کمتر انجام دهد. افزایش فعالیت باید تدریجی باشد. غیرمعمول نیست که بیماری برای رسیدن سریع‌تر به اهدافش، بیشتر کوشش و فعالیت کند؛ بنابراین باید به بیماران آموزش داد در صورت بروز علائم درد قفسه سینه، تنگی نفس، ضعف، خستگی یا تپش قلب، فعالیت خود را متوقف کنند (۳).



روش ضریب هم‌بستگی پیرسون، پایایی آن را در بعد جسمی ۹۵ درصد، در بعد روحی‌روانی ۹۸ درصد، در بعد اجتماعی ۸۵ درصد و در بعد کیفیت زندگی، در کل، ۹۱ درصد محاسبه کرده است (۱۷). آزادی لاری و همکاران (۲۰۰۳)، پایایی آن را ۹۵ درصد محاسبه کرده‌اند (۱۵). باقری (۱۳۸۰) نیز در پژوهش خود با عنوان «تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی در تهران»، این ابزار را معتبر می‌داند و پایایی آن را ۹۳ درصد محاسبه کرده است (۱۸).

در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی زیر محل توجه قرار گرفته است: پس از گذراندن مراحل کسب اجازه تحقیق، به مراکز مربوط مراجعه کرده و درباره اهداف پژوهش به مسئولان توضیح داده شده است. جمع‌آوری داده‌ها با موافقت و همکاری واحدهای تحت پژوهش کسب شده است. به‌منظور رعایت قوانین و اصول اخلاقی به واحدهای تحت پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری‌شده، محرمانه تلقی شده و بدین منظور در فرم پرسش‌نامه از نوشتن نام و نام خانوادگی واحدهای تحت پژوهش خودداری و به آنان کد داده شد. تمامی واحدهای تحت پژوهش، برای شرکت در تحقیق آزاد بوده‌اند و برای تداوم شرکت در پژوهش، هیچ اجباری صورت نگرفته است. تحقیق، حافظ جان و سلامت افرادی خواهد بود که شرکت داده می‌شوند. در صورتی که شروع تحقیق یا ادامه آن موجب صدمه دیدن افراد می‌گردید، پژوهش نیز متوقف می‌شد.

پس از گذراندن مراحل تحقیق و تکمیل ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای بررسی نرمال یا غیرنرمال بودن توزیع نمره‌ها از آزمون کالموگراف اسمیرنوف استفاده شد. همچنین، به‌منظور مقایسه داده‌ها از آزمون تی زوجی و تی مستقل استفاده شده است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر صورت گرفتن مطالعه، تنها در یک بیمارستان و با تعداد نمونه‌های محدود بوده است.

یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه، در جدول ۱ نشان داده شده است و نتایج حاکی از این است که بین دو گروه، از لحاظ متغیرهای دموگرافیک، اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و همگن هستند ($P > 0.05$). داده‌های موجود در جدول ۲، در زمینه متغیر اصلی مطالعه، نشان می‌دهد که مقایسه میانگین کیفیت زندگی بین دو گروه در مرحله قبل از مداخله معنی‌دار نیست ($P > 0.05$); در حالی که در مرحله بعد از مداخله، اختلاف درباره تمامی ابعاد بین دو گروه معنی‌دار است

سال قرار داشته باشند؛ ۵. دچار بیماری حرکتی محدودکننده نباشند؛ ۶. به اختلالات روان‌شناختی و بیماری روانی شناخته‌شده مبتلا نباشند.

در این پژوهش، روش نمونه‌گیری برای گروه مداخله به صورت پشت‌سرهم (بیماران یکی پس از دیگری و به صورت پشت‌سرهم و پی‌درپی انتخاب شدند) و برای گروه کنترل از میان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان که پس از ترخیص اقدام به شرکت در برنامه توان‌بخشی نکرده بودند، به‌طور تصادفی انتخاب و با اعضای گروه مداخله براساس سن و جنس و میزان تحصیلات همگن شدند.

در پژوهش حاضر، برنامه توان‌بخشی تدوین شده به صورت زیر برای بیماران گروه مداخله اجرا شد: الف. استفاده از تردمیل در بیست جلسه و یک‌روز در میان؛ ب. استفاده از دوچرخه در بیست جلسه و یک‌روز در میان؛ پ. استفاده از الپتیکال ترینر (اسکی فضایی) در بیست جلسه و یک‌روز در میان؛ ج. ویزیت بیمار توسط متخصص تغذیه در جلسات اول و دوم و در صورت لزوم، ارائه رژیم غذایی مناسب؛ چ. ارزیابی روان‌شناختی بیمار در جلسات اول و دوم و ارائه مشاوره به‌منظور تغییر سبک زندگی و اصلاح ریسک‌فاکتورهای مربوط به بیماری‌های قلبی عروقی؛ ح. تکمیل پرسش‌نامه کیفیت زندگی در جلسه آخر (جلسه بیستم) برنامه توان‌بخشی.

ابزار گردآوری داده‌ها: در این پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها «پرسش‌نامه» بود. برای گردآوری داده‌های دموگرافیک، از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی نیز شامل ۲۷ سؤال در ابعاد مختلف جسمی و روحی‌روانی و اجتماعی در بیماران مبتلا به سکته قلبی بود که ترجمه پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی مک‌نیو است. امتیازبندی این پرسش‌نامه براساس استاندارد کیفیت زندگی مک‌نیو بوده و تمامی سؤالات هفت‌گزینه‌ای طراحی شده است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه، تأیید شده است (۱۵). گزینه‌ها با نمره‌های ۱ تا ۷ برحسب کمترین تا بیشترین امتیاز محاسبه می‌شود.

در خصوص روایی این پرسش‌نامه، آزادی لاری و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیق خود با عنوان تطابق جمعیت ایرانی با پرسش‌نامه کیفیت زندگی مک‌نیو در انگلستان، اشاره کردند که این ابزار، معیار اندازه‌گیری مهمی برای بررسی فرایند بیماری افراد است (۱۵). تامپسون و همکاران می‌نویسند: پرسش‌نامه کیفیت زندگی مک‌نیو ابزار مناسبی برای بررسی تأثیر برنامه‌های توان‌بخشی قلبی روی بیماران است و پایایی لازم را دارد (۱۶). استانیز (۱۹۹۸) برای بررسی پایایی کیفیت زندگی با استفاده از



و نشان دهنده تأثیر مداخله توان بخشی بر کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در مقایسه با بیماران گروه کنترل است ($P < 0/05$). میانگین کیفیت زندگی گروه کنترل، قبل و بعد از مداخله، در همچنین، تفاوت بین میانگین کیفیت زندگی گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله، در ابعاد جسمی، روحی روانی، اجتماعی و کل معنی دار است. مداخله حاضر باعث بهبود کیفیت زندگی

جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک آزمودنی‌ها بر اساس گروه مداخله و کنترل

نتیجه	گروه کنترل	گروه مداخله	متغیرهای دموگرافیک	
$P=0/75$ $T=0/75$	$2/58 \pm 11/25$	$55/6 \pm 12/25$	سن (۷۶ تا ۴۵ سال)	
$P=0/4$ $T=0/86$	$62/72 \pm 12/25$	$67/88 \pm 12/20$	وزن (۸۰ تا ۴۱ کیلوگرم)	
$P=0/84$ $\chi^2=0/49$	٪۸۴	٪۷۲	جنسیت	
			مرد	
$P=0/8$ $\chi^2=1/78$	٪۱۶	٪۲۸	زن	
			متاهل	
$P=0/18$ $\chi^2=1/62$	٪۸۰	٪۸۸	تاهل	
			متاهل	
$P=0/18$ $\chi^2=1/62$	٪۲۰	٪۱۲	تاهل	
			متاهل	
باتوجه به مقادیر حاصل همگن هستند.	٪۷۲	٪۶۴	تحصیلات	
			بی سواد یا کم سواد	
$P=0/74$ $\chi^2=3/2$	٪۲۸	٪۳۶	تاهل	
			با سواد	
$P=0/74$ $\chi^2=3/2$	٪۵۶	٪۴۸	اشتغال	
			شاغل	
$P=0/74$ $\chi^2=3/2$	٪۴۴	٪۵۲	اشتغال	
			بازنشسته یا بیکار	
$P=0/74$ $\chi^2=3/2$	٪۴۸	٪۴۰	مدت زمان گذشته از سکته قلبی	
			۱ تا ۳ ماه	
$P=0/74$ $\chi^2=3/2$	٪۵۲	٪۶۰	مدت زمان گذشته از سکته قلبی	
			۳ تا ۶ ماه	

جدول ۲. مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی بین دو مرحله قبل و بعد از مداخله، در هر گروه و مقایسه میانگین ابعاد بین دو گروه در مرحله قبل و بعد از مداخله، در بیماران مبتلا به سکته قلبی.

مقدار احتمال (مقایسه میانگین بین دو گروه)	مقدار احتمال (مقایسه میانگین قبل و بعد از مداخله)	میانگین بعد از مداخله	میانگین قبل از مداخله	گروه	ابعاد متغیر کیفیت زندگی
$df=48$ (قبل از مداخله) $P=0/772$ $T=0/29$	$P=0/00$ $T=58/5$ $df=24$	$78/39 \pm 10/88$	$59 \pm 12/30$	مداخله	جسمی
$df=48$ (بعد از مداخله) $P=0/008$ $T=4/78$	$P=0/183$ $T=1/2$ $df=24$	$62/39 \pm 17/34$	$60/25 \pm 16/50$	کنترل	
$df=48$ (قبل از مداخله) $P=0/824$ $T=0/189$	$P=0/00$ $T=4/38$ $df=24$	$72/56 \pm 12/37$	$66/17 \pm 11/22$	مداخله	روحی روانی
$df=48$ (بعد از مداخله) $P=0/03$ $T=2/34$	$P=0/824$ $T=2/35$ $df=24$	$65/56 \pm 12/12$	$65/17 \pm 13/22$	کنترل	
$df=48$ (قبل از مداخله) $P=0/186$ $T=2/35$	$P=0/00$ $T=5/25$ $df=24$	$78/45 \pm 9/63$	$68/32 \pm 11/9$	مداخله	اجتماعی
$df=48$ (بعد از مداخله) $P=0/04$ $T=2/35$	$P=0/09$ $T=1/25$ $df=24$	$64/61 \pm 16/81$	$62/3 \pm 13/13$	کنترل	
$df=48$ (قبل از مداخله) $P=0/28$ $T=0/796$	$P=0/00$ $T=5/05$ $df=24$	$48/25 \pm 27/42$	$86/70 \pm 29/69$	مداخله	کل
$df=48$ (بعد از مداخله) $P=0/001$ $T=0/796$	$P=0/28$ $T=2/05$ $df=24$	$83/25 \pm 36/27$	$80/70 \pm 33/29$	کنترل	



بحث

همان‌طور که اشاره شد، شرکت‌کنندگان از نظر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات همگن بودند. به عبارتی، دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر، در حد آماری همگن بودند. ممکن بود این متغیرها به‌نوعی بر نتایج مطالعه تأثیرگذار باشند. نتایج تحلیل‌های آماری نشان می‌دهد میانگین کیفیت زندگی بین دو گروه، در مرحله قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری ندارد؛ اما در مرحله بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار است. همچنین، مقایسه کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله، بین دو مرحله قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد؛ اما درباره گروه کنترل، میانگین کیفیت زندگی بین دو مرحله، اختلاف معنی‌داری نداشته است. با توجه به یافته‌های یادشده، چنین استنباط می‌شود که گروه مداخله، پس از اجرای برنامه توان‌بخشی، ارتقای معنی‌داری در کیفیت زندگی گزارش کرده است که این اثر در گروه کنترل دیده نمی‌شود. به عبارت دیگر، می‌توان گفت اجرای برنامه توان‌بخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان، موجبات رشد کیفیت زندگی را فراهم می‌سازد. یافته‌های حاضر با یافته‌های پژوهشگران دیگر همخوان و همسوست. مصطفی و همکاران (۲۰۱۲)، تأثیر بازتوانی قلبی را بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های قلبی و عروقی بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد پس از بازتوانی قلبی، کیفیت زندگی بیماران از نظر بُعد فیزیکی شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت وظایف به‌علت مشکلات فیزیکی، درد و سرزندگی، بهبود معنی‌داری یافته است (۱۴). در این مطالعه، بهبود کیفیت زندگی با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست. همچنین، کندی و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان «تأثیر برنامه توان‌بخشی قلبی بر کیفیت

زندگی بیماران شرکت‌کننده در برنامه‌های توان‌بخشی قلبی»، به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران شرکت‌کننده در برنامه، افزایش معنی‌داری در ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داده است؛ اما در گروه کنترل این تفاوت معنی‌دار نبود (۱۹). سکی و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان «تأثیر فاز سوم برنامه توان‌بخشی قلبی بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت، در بیماران سالمند مبتلا به بیماری عروق کرونر» این نتیجه به‌دست آمد که کیفیت زندگی بیماران، به‌طور کلی پس از دریافت شش ماه برنامه توان‌بخشی قلبی، نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار یافته است (۲۰). این نتیجه با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست. چنان‌که ملاحظه می‌شود، پژوهش‌های دیگر نیز نتایج این تحقیق را درباره تأثیر برنامه توان‌بخشی قلبی بر کیفیت زندگی کل بیماران مبتلا به سکتۀ قلبی، تأیید می‌کند.

نتیجه‌گیری

برنامه توان‌بخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتۀ قلبی مؤثر است. نتایج این پژوهش، به مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی برای روشن‌سازی نقش توان‌بخشی قلبی بر کیفیت زندگی این بیماران، کمک شایانی خواهد کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود برنامه توان‌بخشی قلبی در بیمارستان‌های مجهز به بخش قلب و عروق، جزئی از پروتکل درمانی بیماران محسوب شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، تأثیر برنامه توان‌بخشی قلبی مبتنی بر بیمارستان، با برنامه توان‌بخشی قلبی در منزل مقایسه شود.

در پایان، از بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش سپاسگزاریم.



منابع

- 1-Burley M. The Principles of Patient's Care. Forouzan AS. (Persian Translator) 1st ed. Tehran: Salemi Publication; 2003, pp:7-12.
- 2-Park JA, Park K. Chronic Disease and Non-Chronic Disease, Foundations of Health Services. Shojaee Tehrani H. (Persian Translator) 4th ed. Tehran: SAMT Publication; 1997,pp:5-18.
- 3-Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? Journal of clinical epidemiology. 1999;52(4):355-63.
- 4-National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association. Recommended Framework for Cardiac Rehabilitation. National Heart Foundation of Australia. 2004, pp: 5 Available at: www.heartfoundation.com.au
- 5-Phipps WJ, Cassmeyer VL. Medical-Surgical Nursing. 6th ed. Mosby, Incorporated; 1999.
- 6-Parsian N. [The investigation of quality of life of adolescents in treatment course with hemodialysis in hospitals under supervision health ministry (Persian)]. Thesis for Master of Science in Nursery Management. Tehran, University of Social Welfare and Rehabilitation; 1998, pp:57.
- 7-Khalifazadeh A, Firouznia F, Nasiri M. [The effect of rehabilitation on physical capacity and mood condition of patients with heart failure referred to welfare organizations of Esfahan(Persian)]. MS thesis in Nursing & Midwifery faculty, Isfahan Medical University 1997:81-4.
- 8-Zandbegele M. [The effect of cardiac rehabilitation on clinical manifestations and re hospitalization of patients with coronary artery bypass surgery in rey and shariati hospitals in Tehran (Persian)]. Thesis for Master of Science in Nursing. Tehran, University of Social Welfare and Rehabilitation; 1998.
- 9-Brown SC, Bechtel GA. Enhancing self-esteem among cardiac patients. Dimens Critical Care Nurse. 2000;19(5):41-50.
- 10-Pater PN, Perry G. Foundations and techniques of nursing. Salemi S, Najafi T. (Persian Translators) 6th ed. Tehran: Salemi publication; 2002:186-7.
- 11-Taylor C, lemon P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Translator groups of nursing and midwifery college of Shahid Beheshti university. (Persian translators). Tehran: Bashari publication; 2006:31-2. (Persian)
- 12-Javidi D. [Cardiac Bypass and Rehabilitation (Persian)]. Tehran: Mehr publication; 2008, pp:48.
- 13-Gousheh B. [Cardiac Rehabilitation (Persian)]. Tehran: Publications of Social welfare and rehabilitation Sciences University; 2004, pp:140-215.
- 14-Mostafavi S, Saeidi M, Heidari H. [Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program on the quality of life of patients with cardio-vascular diseases (Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2012;7(4):516-24.
- 15-Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:23.
- 16-Staahle A, Mattsson E, Ryden L, Uden A-L, Nordlander R. Improved physical fitness and quality of life following training of elderly patients after acute coronary events. A 1 year follow-up randomized controlled study. European Heart Journal. 1999;20(20):1475-84.
- 17-Staniz WS. Measuring quality of life in the evaluation of heart. Nursing Standard. 1998;12(7):36-9.
- 18-Bagheri H. [The effect of group counseling on quality of life of patients with infarctus myocard referred to clinics under supervisions of medical universities in Tehran (Persian)]. Thesis for Master of Science. Tehran, Tarbiat Modarres University; 2001, pp:28.
- 19-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: A retrospective analysis. Curr Control Trials Cardiovasc Med. 2003;4(1):1.
- 20- Seki E, Watanabe Y, Sunayama S, Iwama Y, Shimada K, Kawakami K, et al. Effects of phase III cardiac rehabilitation programs on health-related quality of life in elderly patients with coronary artery disease: Juntendo Cardiac Rehabilitation Program (J-CARP). Circ J. 2003;67(1):73-7.

Effect of Hospital Based Cardiac Rehabilitation on Quality Of Life of Patients with Myocardial Infarction, Baghiatallah Hospital 2010

Asadi M.¹, Makarem A²., Mohammadi F³., Hosseini MA.⁴

Receive date: 20/02/2013
Accept date: 07/10/2013

- 1- M.Sc. of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran.
- 2- Ear, nose and throat specialist, Assistant professor of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran.
- 3- Ph.D. in Nursing, Assistant professor of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran.
- 4- Ph.D. in Higher Education Management, Assistant professor of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran.

*Correspondent Author Address:
University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran.

*Tel: +98 (21) 22180132

*E-mail: amakarem2001@yahoo.com

- This article resulted from student's thesis.

Abstract

Objective: The purpose of this research is to investigate the effect of hospital based cardiac rehabilitation on quality of life of patients with myocardial infarction, which have referred to Baghiatallah hospital in Tehran during the year of 2010.

Materials & Methods: In this semi-experimental research, 50 patients with myocardial infarction in the form of sequential sampling for experimental group and control group in the form of matched probability group (based on age, sex and education) were divided into two groups. First group includes hospital based cardiac rehabilitation (n=25) and later control group (n=25). The information collected with demographic and MC New quality of life questionnaires .The rehabilitation program consisted of twenty session education program and cardiac rehabilitation program. To investigate the differences between experimental and control group, independent samples t-test and paired t-test were used. The education material included some information on diet, medication, coronary risk factors and explanation of the patient cardiac event and exercise.

Results: The research finding indicates the improvement in quality of life for experimental group following the application of hospital based cardiac rehabilitation, this improvement includes all dimensions such as physical (P<0.05), psychological (P<0.05), social (P<0.05) and overall (P<0.05) aspects of quality of life.

Conclusion: Since there is no meaningful differences in quality of life between experimental and control groups before the application of hospital based cardiac rehabilitation, it can be concluded that this differences derived from hospital based cardiac rehabilitation.

Keywords: Hospital based cardiac rehabilitation , Quality of life , Myocardial infarction