

تأثیر برنامه بازتوانی قلب بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

ویدا شفیع پور^{۱*}، دکتر لیلا شفیع پور^۲، هدایت جعفری^۳

۱- مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

۲- پزشک عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

۳- مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ساری، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۲۷ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: بازتوانی قلب یکی از اجزاء اساسی مراقبت از بیماران قلبی در بیمارستان و جامعه می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه بازتوانی قلب بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام پذیرفت. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه کارآزمایی بالینی با دو گروه مداخله و کنترل صورت گرفت. برای هر گروه ۳۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان مرکز قلب ساری به صورت تصادفی انتخاب شد. گروه آزمون تحت برنامه بازتوانی منزل به صورت سه بازدید در منزل، در هفته‌های ۴، ۸ و ۱۲ قرار گرفت. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های مشخصات فردی، ابزار کیفیت زندگی و کنترل رفتارهای بهداشتی بیمار در منزل جمع‌آوری گردید، سپس از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های کای دو، آنالیز واریانس و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات فردی همگن بودند. کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله، در ابعاد جسمی و روحی روانی و در کل افزایش داشت ($p < 0/001$)، همچنین مقایسه کیفیت زندگی دو گروه آزمون و کنترل، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه بازتوانی قلب در منزل می‌تواند سبب بهبودی در نتایج کیفیت زندگی این بیماران شود لذا می‌توان استفاده از روش یاد شده را در این بیماران توصیه کرد.

واژگان کلیدی: بازتوانی قلب، انفارکتوس میوکارد، کیفیت زندگی

*نویسنده مسؤل: ساری، دانشگاه آزاد واحد ساری، گروه پرستاری

Email: vidashafipour@yahoo.com

مقدمه

نیز می‌توانند بر بهبودی انفارکتوس میوکارد تأثیر بگذارند چرا که اگر بیمار قلبی خوب کنترل و درمان نشود صدمات جدی بر کیفیت زندگی وی وارد می‌شود بر این اساس باز توانی قلب نقش مهمی در بهبودی و احیای دوباره ایسکمیک قلب دارد(۱). باز توانی قلب می‌تواند در کاهش پیامدهای روانی و جسمانی انفارکتوس میوکارد مؤثر باشد(۹). برنامه‌های باز توانی اثرات سودمندی بر کاهش میزان مرگ و میر، تحمل فعالیت و ظرفیت عملکردی، رعایت رژیم غذایی، کنترل سطوح فشار خون و چربی، علائم آنژین و تنگی نفس، کاهش وزن، سیگار کشیدن، سطح استرس و نحوه برخورد با آن و عملکرد روانی دارد، این امر از طریق ورزش، آرام سازی، آموزش و مشاوره و تغییر رفتار در افراد عملی است به طوری که مطالعات نشان داده است که باز توانی قلب تا ۳۴ درصد میزان مرگ و میر و ۲۹ درصد عود مجدد انفارکتوس میوکارد را کاهش می‌دهد(۱۰،۹).

در سال‌های اخیر بسیاری از کشورها برنامه‌های مدونی در رابطه با باز توانی قلب تدوین کرده اند به‌طور مثال در کشور انگلیس برنامه‌های باز توانی قلب جزء طرح‌های درمانی شایع آن کشور قرار دارد. طبق برنامه جامعه سلامت بیماران در سال ۲۰۰۶ این کشور، افزایش فرصت حضور جامع افراد مبتلا به انفارکتوس میوکارد در برنامه‌های آموزشی بدون ارجاع به‌وسیله متخصصین سلامت، جزء اهداف نهایی این برنامه تا ۲۰۱۲ است. این برنامه‌ها موجب تأثیرات بالینی مثبت مانند کاهش مرگ و میر، تعدیل عوامل خطرزای قلب، و ترویج شیوه درست زندگی شده است(۹).

در ایران اکثر برنامه‌های باز توانی قلب، محدود به بیمارانی است که تحت عمل جراحی قلب باز قرار می‌گیرند و علیرغم اهمیت باز توانی قلبی، اطلاعات کافی و منسجمی در این باره وجود ندارد(۱۱). از طرف دیگر عدم آگاهی بیماران از وجود و محتوای برنامه‌های باز توانی و ادامه اجرای این برنامه‌ها در منزل و منوط نبودن آن تنها در مدت بستری در بیمارستان سبب گردید تا اکثر این بیماران از فواید این برنامه‌ها محروم بمانند، لذا این مطالعه با هدف

بیماری قلب و عروق از علل اصلی مرگ و ناتوانی برای زنان و مردان در جهان کنونی است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، هرساله علت مرگ ۷/۲ میلیون نفر در جهان، بیماری قلب و عروق می‌باشد(۱). این در حالی است که با پیشرفت تکنولوژی پزشکی و درمانی برای این بیماری، اگر چه می‌توان از مرگ افراد در شرایط حاد پیش‌گیری کرد، اما هنوز هم بیماری عروق کرونر قلب، علت اصلی ابتلا و مرگ و میر در جوامع صنعتی و کشورهای در حال توسعه به‌شمار می‌رود(۱، ۲). در ایران نیز شیوع بیماری‌های عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش است و در حال حاضر بیماری‌های عروق کرونر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال می‌باشد(۳). در واقع به دنبال انفارکتوس میوکارد، خطرات سلامتی ناشی از ایسکمی عروق کرونر، حیات این بیماران را تهدید می‌کند، به طوری که تشخیص بیماری یا درمان بر روی کیفیت زندگی این بیماران تأثیر گذار است، کیفیت زندگی مفهومی مهم نزد بیماران قلبی است، و به عنوان یک مفهوم چند بعدی شامل عملکرد جسمانی، روانی اجتماعی و بهبودی در نظر گرفته می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که انفارکتوس میوکارد اثرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران داشته و معمولاً بیماران با علائم آنژین یا سایر علائم قلبی، کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند(۴-۶). دانτας و همکاران بیان می‌دارند سیر بیماری مزمن بر کیفیت زندگی تأثیر گذار است و بیماران قلب و عروق نیاز حیاتی به تغییر در شیوه زندگی به دلیل کنترل علائم و کاهش پیشرفت بیماری دارند(۵). لذا امروزه یکی از روش‌های معمول برای بهبود کیفیت زندگی، به خصوص در بیماری‌های مزمن همچون بیماری‌های قلبی، باز توانی است(۷). باز توانی قلب یک مداخله چند عاملی و چند رشته‌ای با هدف سودمندی برای بیمار و خانواده بیمار از طریق ورزش، آموزش و حمایت روانی است(۸). اجرای برنامه‌های باز توانی، اثرات مفیدی بر مرگ و میر و عوارض و مشکلات ناشی از بیماری قلب دارد، به علاوه عوامل فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی

تعیین تاثیر اجرای برنامه باز توانی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی است که در بیمارستان مرکز قلب شهرستان ساری در سال ۸۸ انجام گرفت. نمونه پژوهش را ۶۰ بیمار دچار انفارکتوس میوکارد بستری در بخش‌های قلب و سی سی یو تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل قرار داشتن در رده سنی ۳۰ تا ۷۰ سال، فقدان سابقه جراحی قلب، عدم سابقه بیماری روانی شناخته شده، نداشتن مشکل حرکتی، توانایی تکلم و فهم زبان فارسی، داشتن سواد خواندن و نوشتن و سابقه سکنه قلبی بدون عارضه (عدم وجود نارسائی قلبی درمان نشده، آریتمی، آنژین شدید و پایدار) بود. سپس بیماران واجد شرایط با روش نمونه‌گیری در دسترس بر حسب ویژگی‌های مورد نظر پژوهشگر از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان مرکز قلب شهرستان ساری، در یک دوره سه ماهه انتخاب شدند. پس از توجیه بیماران و گرفتن رضایت نامه کتبی از آنان، پژوهشگر بیماران را به طور تصادفی در دو گروه آزمون ($n=30$) و کنترل ($n=30$) قرار داد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه بررسی مشخصات فردی، چک لیست پژوهشگر ساخته کنترل رفتارهای بهداشتی بیمار در منزل و پرسشنامه استاندارد سنجش کیفیت زندگی (Short form-36-SF-36) بود. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 شامل ۳۶ سوال در دو حیطه اصلی جسمی و روانی می‌باشد و در کل در برگیرنده ۸ حیطه جزئی مانند عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدن، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روان است. برای تعیین روایی ابزاری از روش اعتبار محتوی استفاده گردید و پایایی ابزار به وسیله آلفای کرونباخ در ۲۰ پرسشنامه اولیه، عملکرد جسمانی (۰/۸۸)، نقش جسمانی (۰/۸۸)، سلامت عمومی (۰/۸۲)، نشاط (۰/۸۷)، عملکرد اجتماعی (۰/۸۱)، نقش عاطفی (۰/۸۶)، سلامت روان (۰/۸۹) و در کل (۰/۸۵)

محاسبه گردید. پس از نمونه‌گیری، پرسشنامه‌ها توسط بیماران و یا با کمک پژوهشگر تکمیل گردید. هر دو گروه (آزمون و کنترل) درمان‌های پزشکی و پرستاری معمول را دریافت کردند اما بیماران گروه آزمون، علاوه بر دریافت مداخلات معمول پرستاری در برنامه‌ای بر اساس باز توانی قلب شرکت داده شدند. اجرای برنامه بدین صورت بود که در مرحله اول قبل از ترخیص به گروه آزمون، دو جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه‌ای، دو روز در هفته با محتوای مربوط به برنامه باز توانی قلب شامل توضیح بیماری و عوارض آن، آموزش عوامل خطرزای قلبی و راه‌های تعدیل آن، آموزش رژیم غذایی و دارویی، آموزش در مورد چگونگی انجام تمرینات ورزشی مثل پیاده روی (از نظر شدت، دفعات، مدت زمان) و انجام فعالیت‌های روزانه براساس نتایج تست ورزش و طریقه کنترل نبض ارائه گردید. به بیماران توضیح داده می‌شد که ورزش‌ها با تأیید پزشک متخصص قلب انجام می‌شود و مضر نیست. مکان برگزاری جلسات آموزشی کلینیک قلب بیمارستان بود و بعد از اتمام هر جلسه به بیماران اجازه داده می‌شد که سوال‌های خود را مطرح کنند. در آخرین جلسه بر اساس نتایج تست ورزش، ضربان پایه هر فرد در چک لیست بیمار ثبت و سپس کتابچه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت، در مرحله دوم، سه ملاقات در منزل در هفته‌های چهار، هشت و دوازده پس از ترخیص از بیمارستان، با بیماران صورت پذیرفت. در هر ملاقات، آموزش‌ها در مورد محتوی برنامه باز توانی برای بیماران تکرار شده و کنترل و تشویق بیماران جهت اجرای برنامه، رفع اشکالات آنان در رابطه با روش صحیح انجام آن، روش صحیح کنترل نبض، کنترل علائم جسمی حین فعالیت و پیاده‌روی و حمایت روانی انجام گردید. در ضمن چک لیست کنترل بیمار در منزل توسط محقق تکمیل گردید. به بیماران یادآوری شد که در صورت بروز هر نوع مشکل و داشتن سوال می‌توانند مشاوره تلفنی داشته باشند، در آخرین ملاقات نیز مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی توسط محقق به روش مصاحبه برای بیماران تکمیل شد. بیماران گروه کنترل نیز پرسشنامه‌ها را در دو نوبت و به

۱۸(٪۶۶)	۱۴(٪۴۵)	بالای	سطح
		دبیرستان	تحصیلات
۱۲(۳۴٪)	۱۶(٪۵۵)	پایین	
		دبیرستان	
۱۰(٪۲۵/۱)	۱۱(۳۸/۸٪)	کارمند	وضعیت
۲۰(۷۵ / ۱٪)	۱۹(۶۱/۲٪)	بازنشسته یا	شغلی
		بیکار	
۱۹(۶۹٪)	۲۱(۷۲/۵٪)	اولین بار	تعداد دفعات
۱۱(۳۱٪)	۹(۲۷/۵٪)	دومین بار	MI
۱۹(۵۵٪)	۹(۳۸٪)	کمتر از ۳	مدت زمان
		ماه	ابتلا
۱۱(٪۴۵)	۲۱(٪۶۲)	۳-۶ ماه	
۱۳(٪۲۲)	۱۴(۲۳٪)		سیگار کشیدن
۷(۱۵٪)	۹(٪۲۲/۲)		دیابت
۲۴(۸۲ / ۵٪)	۲۶(٪۸۳)		فشارخون
۱۳(٪۶۵)	۷(۳۹٪)		چربی
۲(۱۰٪)	۲(۱۱/۲٪)		سایر بیماری‌ها

فاصله سه ماه تکمیل کردند و در طول پژوهش هیچ گونه مداخله‌ای برای گروه کنترل صورت نگرفت. پس از اتمام مراحل اجرای کار، آموزش‌ها برای آنان ارائه گردید. برای گروه آزمون، گردآوری داده‌ها در دو مرحله قبل و بعد از انجام برنامه باز توانی قلب صورت گرفت این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه مطرح و با شماره ۵۲۰۸۱۸۷۰۳۱۰۰۱ ثبت گردید، سپس داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون های کای دو، آنالیز واریانس و من ویتنی و جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد.

یافته‌ها

رفتارهای بهداشتی بیماران در طول پی گیری به طور معنی داری بهبود داشته است و نتایج آماری حاکی از تغییر در الگوی پیاده روی در نوبت‌های مختلف پی گیری شد، به طوری که پس از آموزش و اجرای برنامه باز توانی دفعات پیاده روی ($p < 0/05$) و مدت زمان پیاده روی ($p < 0/01$) زیاده تر شد. علایم جسمانی بیماران مانند تنگی نفس ($p < 0/04$)، درد قفسه سینه ($p < 0/01$)، خستگی ($p < 0/01$) و تپش قلب ($p < 0/03$)، به تدریج در طی دوره‌های پی گیری کاهش پیدا نمودند و تفاوت معنی داری را نشان داد. آزمون‌های آماری نشان دادند شناخت و رعایت عوامل خطرزای قلبی مانند مصرف سیگار ($p < 0/01$)، افزایش وزن ($p < 0/04$)، فشارخون بالا ($p < 0/01$) نسبت به دوره قبل از مداخله تغییر کرده و تفاوت معنی دار در هر کدام از این عوامل نشان داده شد. رعایت رژیم غذایی مناسب ($p < 0/02$) و طرز مصرف صحیح دارو ($p < 0/1$) توسط بیماران نسبت به قبل از مداخله تفاوت معنی داری را نشان داد، هم چنین بیماران در کنترل استرس و افسردگی نسبت به قبل از مداخله بهبود داشته و از نظر دریافت حمایت روانی، نیاز کمتری را نشان دادند ($p < 0/05$) (جدول ۲).

که میانگین سن بیماران مورد بررسی $55 \pm 10/5$ سال بودند و افراد ۴۵-۵۵ سال ۴۴/۸ درصد را تشکیل دادند، اکثریت آنان را مردان با ۶۴/۵ درصد، متأهل ۹۰ درصد، سطح تحصیلات بالای دبیرستان ۵۵ درصد، بازنشسته و یا بیکار ۶۴/۵ درصد، تشکیل می دادند. ۷۰/۱ درصد برای اولین بار به انفارکتوس میوکارد مبتلا شده و ۵۳/۶ درصد سابقه ابتلای سه تا شش ماه را بیان کردند (جدول ۱). دو گروه آزمون و کنترل شرکت کننده در این مطالعه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله گر مانند سن، جنس، وزن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شرایط شغلی، تعداد دفعات ابتلا به انفارکتوس میوکارد و مدت زمان گذشته از آن، سابقه فشارخون و چربی خون بالا، و سایر بیماری‌های زمینه‌ای همگن بوده و از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند.

جدول ۱. خصوصیات کلینیکی و دموگرافیک دو گروه آزمون و کنترل

متغیرها		گروه آزمون (n = 30)	گروه کنترل (n = 30)
سن		۵۷ (۴۰-۶۵)	۵۹ (۳۹-۷۰)
جنس	زن	۱۳ (۳۳.۵٪)	۱۲ (۳۰٪)
	مرد	۱۷ (۶۶.۵٪)	۱۸ (۶۳٪)
وضعیت تاهل	متاهل	۲۲ (۸۹٪)	۲۹ (۹۵٪)
	مجرد	۸ (۱۱٪)	۱ (۵٪)

جدول ۲. نتایج آزمون های متغیرهای مورد نظر در سه نوبت بازدید منزل

مقدار p	متغیر		
	هفته ۱۲	هفته ۸	هفته ۴
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
۰/۰۵	۵۶/۷۹(۲)	۳۲/۴۳(۱/۲)	۱۱/۴۱ (۰/۷)
۰/۰۱	۵۶/۳(۵/۸)	۲۹/۵(۴/۱)	۱۹/۳(۴/۸)
۰/۰۱	۴۶(۸)	۳۴(۶/۹۸)	۱۰(۵/۶۹)
۰/۰۲	۵۴/۵۶(۲/۷۱)	۴۳/۲۸(۱/۶۷)	۲۴/۸۹(۰/۹)
۰/۰۱	۵۶/۳(۸/۹)	۴۷/۸(۸/۲)	۱۵/۱ (۳/۴)
۰/۰۰۱	۱۲/۶ (۵/۷)	۱۵/۵ (۵/۳)	۳۹/۹ (۴/۷)
۰/۰۴	۱۵ (۵/۶)	۲۲/۸۸(۶/۹۸)	۴۸(۸)
۰/۰۱	۸/۲(۰/۱)	۱۱/۲(۱/۱)	۳۳/۴(۱/۲)
۰/۰۰۱	۱۰/۶۰(۰/۲۳)	۲۱/۶۱(۰/۷۰)	۴۱/۲۸ (۰/۸۹)
۰/۰۴	۱۶(۱/۷)	۲۵/۹(۱/۸)	۴۳/۲(۱/۲)
۰/۰۰۱	۱۱/۳۹(۳/۵۷)	۳۵/۲۸(۶/۹۶)	۴۶/۹(۹/۱۰)
۰/۰۵	۱۱/۱ (۳/۶)	۱۷/۲ (۳/۲)	۳۵/۷ (۳/۸)
۰/۰۱	۱۶/۹ (۴/۸)	۲۷/۷ (۶)	۴۸/۵ (۶/۹)

بحث

یافته‌ها نشان داد اجرای برنامه باز توانی قلب در منزل سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شده است. در واقع تفاوت میانگین کیفیت زندگی قبل و بعد، در دو گروه آزمون و کنترل نشان دهنده اثربخشی این مداخله درمانی است. چوو و همکاران طی مطالعه‌ای گزارش کردند که برنامه‌های باز توانی قلب می‌تواند منجر به بهبودی در نتایج کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی شود(۱۲). اجرای برنامه باز توانی ضروری است زیرا بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به تدریج توصیه‌های درمانی آموزش داده شده را فراموش می‌نمایند، لذا پی‌گیری آموزش این موارد در منزل مورد نیاز است. با توجه به یافته‌های پژوهش، کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از اجرای برنامه باز توانی، در اکثر حیطه‌ها به جزء در حیطه اجتماعی، افزایش معنی داری را نشان داد لذا به نظر می‌رسد نقش اجتماعی کمتر تحت تأثیر مداخلات برنامه باز توانی قرار گرفته است. در همین راستا آتلانتیس و همکاران نیز گزارش کردند که دو حیطه اجتماعی و عاطفی کمتر تحت تأثیر مداخلات قرار می‌گیرند(۱۳). این در حالی است که ایزاوا و همکاران نیز طی مطالعه‌ای دریافتند، اجرای باز توانی قلب در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد در مدت زمان ۳ تا ۱۲ ماه توانسته سبب تفاوت معنی دار آماری در بعد اجتماعی

تحلیل داده‌ها مربوط به میانگین کیفیت زندگی در دو گروه نشان داد که در گروه آزمون، میانگین هر حیطه از ابعاد کیفیت زندگی، بعد از مداخله به نسبت قبل افزایش داشته است، اما در گروه کنترل این افزایش به جزء در حیطه عاطفی در بقیه ابعاد دیده نشد. هم‌چنین از نظر سطح معنی داری، حیطه‌های سلامت روان ($p = 0/005$)، نشاط بدن ($p < 0/001$)، سلامت عمومی ($p < 0/009$)، درد بدن ($p < 0/005$)، عملکرد جسمانی ($p < 0/004$)، نقش جسمانی ($p < 0/05$) و نقش عاطفی ($p < 0/05$)، تفاوت معنی داری را برای گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بعد از هفته ۱۲ نشان دادند. هم‌چنین مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه، قبل از مداخله نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیماران در کلیه ابعاد و در کیفیت زندگی کل بیماران در دو گروه آزمون و کنترل قبل از انجام مداخله، تفاوت معنی دار آماری با یکدیگر ندارند ($p = 0/691$). نتایج آماری حاکی از آن است که کیفیت زندگی بیماران در دو گروه آزمون و کنترل بعد از انجام مداخله، در کلیه ابعاد به جزء در بعد عملکرد اجتماعی و در دو بعد اصلی جسمی، روحی روانی و در کیفیت زندگی کل افزایش داشته و تفاوت معنی دار آماری داشتند ($p < 0/001$).

سبرگتزر و همکاران طی مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد و بای پس عروق کرونر گزارش کردند که آموزش بیماران در برنامه‌های پی‌گیری، باعث کاهش علائم خستگی و افسردگی در گروه مداخله شده است (۷). تمرینات ورزشی به طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی و کارکرد قلب بیماران را افزایش می‌دهد (۱۳). بیماران از نظر دفعات، طول مدت و شدت برنامه پیاده روی، تفاوت معنی‌داری را بعد از دریافت باز توانی قلبی نسبت به شروع مداخله نشان دادند، هم‌چنین میانگین بروز علائم جسمی مانند تنگی نفس، درد قفسه سینه و خستگی در طول این تمرینات کاهش یافت. در همین رابطه کوگیلا و کوپر گزارش کردند که تمرینات ورزشی منظم فشار خون را کاهش و وزن را متعادل می‌کند، هم‌چنین ۱۲ هفته اجرای فعالیت‌های جسمانی مانند پیاده روی با شدت متوسط، در برنامه باز توانی منزل، تأثیر مثبتی بر عوامل خطرزای قلبی (افزایش چربی خون) دارد (۱۷). هم‌چنین محققین اعلام داشتند، ۸ هفته برنامه باز توانی سبب افزایش مدت زمان و شدت تمرینات ورزشی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل می‌شود (۱۲). هم‌چنین بیمارانی که برنامه باز توانی را دریافت می‌کنند، در مقایسه با افرادی که آن را انجام نمی‌دهند، سریع‌تر به کار برگشته و علائم بهبود را در کیفیت زندگی و عملکرد روانی نشان می‌دهند (۴).

انفارکتوس میوکارد علت اصلی ناتوانی جسمانی، مشکلات عاطفی، پریشانی خانواده و به دنبال آن کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است. یک برنامه باز توانی قلبی موفق، بعد از انفارکتوس میوکارد، اطلاعات و آموزش لازم و کافی را به بیماران ارائه می‌دهد، تا آنان قادر به تصمیم‌گیری در مورد ضرورت تغییر شیوه زندگی و انتخاب رژیم درمانی باشند. چنین به نظر می‌رسد فواید اجرای برنامه باز توانی قلب بسته به عادات شیوه زندگی سالم دارد، اینکه مردم یاد می‌گیرند در صورت پی‌گیری برنامه (ترک سیگار، تغییر در رژیم غذایی، انجام منظم ورزش) و بهبود رفتارهای

کیفیت زندگی گروه آزمون شود (۱۴). استرس و افسردگی از عوارض شایع انفارکتوس میوکارد است یافته‌های این مطالعه نشان دادند برنامه باز توانی سبب بهبود در کیفیت زندگی در بعد سلامت روان گروه آزمون شده است در همین رابطه محققین گزارش کردند که اثرات مداخله منجر به بهبود کیفیت زندگی در بعد روحی روانی گروه آزمون در ۸ هفته دوره باز توانی شده است (۱۲). مک کارتی و کاندون با مطالعه‌ای در مورد نگرش بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در مورد تغییر شیوه زندگی گزارش کردند که استرس به عنوان یک مفهوم اصلی برآمده از گفته‌های بیماران است، آنان هم‌چنین دریافتند برنامه‌های باز توانی قلب، بیماران را در کنترل استرس و کاهش اضطراب و ترس حمایت می‌کند (۱۵).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که آموزش، کنترل و پی‌گیری رفتارهای بهداشتی مددجویان در منزل، تأثیر مثبتی بر عوامل خطرزای قلبی مانند استرس، مصرف سیگار، اضافه وزن و فشارخون بالا دارد، یعنی شناخت و رعایت عوامل خطرزای قلبی و نحوه کنترل آنها با پی‌گیری و تکرار مجدد نکات آموزشی و اصلاح شیوه زندگی، سبب گردیده تا بیماران بعد از سه دوره بازدید از منزل، استرس و افسردگی کمتر و کنترل چربی و فشارخون و کاهش وزن را نشان بدهند در همین رابطه کالیانی و همکاران با انجام مطالعه‌ای در مورد تأثیر باز توانی قلب بر کیفیت زندگی بیماران بعد از انفارکتومی میوکارد دریافتند که بعد از گذشت یکسال از شروع مداخله و پی‌گیری برنامه باز توانی، بهبودی در کیفیت زندگی و برگشت به کار در این بیماران دیده شده و هم‌چنین بیماران کاهش در مصرف سیگار، کنترل اضافه وزن و فشارخون و چربی خون بالا، افزایش در ظرفیت تمرینات ورزشی را نشان دادند (۱۶). آتلاتیس و همکارانش نیز گزارش نمودند، اجرای مداخلات ورزشی و تعدیل رفتار برای یک دوره ۲۴ هفته‌ای، سبب بهبودی کیفیت زندگی و سلامت روان، شده و به دنبال آن استرس و افسردگی در بیماران کاهش می‌یابد (۱۳).

coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International journal of nursing studies*. 2002; 39(7):745-55.

6. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: a comparison between Swedish women and men. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2005; 34(1):39-50.

7. Sebregeys EHWJ, Falger PRJ, Appels A, Kester ADM, Bar FWHM. Psychological effects of a short behavior modification program in patients with acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. A randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*. 2005; 58(5):417-24.

8. Tod A, Lacey E, McNeill F. 'I'm still waiting...': barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;40(4):421-31.

9. Barlow J, Turner A, Gilchrist M. A randomised controlled trial of lay-led self-management for Myocardial Infarction patients who have completed cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;8(4):293-301.

10. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. *European heart journal*. 2003;24(13):1273-78.

11. Afrasyabi A, Hassani B, Fallahi M, Yaghmaei F. Barrier participant Patients ' myocardial Infarction in cardiac rehabilitation program. *Rehabilitation*. 2008;9(3-4):75-81.

12. Choo J, Burke LE, Pyo Hong K. Improved quality of life with cardiac rehabilitation for post-myocardial infarction patients in Korea. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 6(3):166-71.

13. Atlantis E, Chow CM, Kirby A, Fiatarone Singh M. An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 2004; 39(2): 424-34.

14. Izawa K, Hirano Y, Yamada S, Oka K, Omiya K, Iijima S. Improvement in physiological outcomes and health-related quality of life following cardiac rehabilitation in

سلامتی چگونه این شرایط را حفظ کرده و با تداوم در اجرای آن از زندگی سالم در طولانی مدت برخوردار شوند.

نتیجه گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که آگاهی و تعهد به اجرای دقیق برنامه بازتوانی توسط پرستاران و ایجاد انگیزه در بیماران جهت مشارکت می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت زندگی این مددجویان نسبت به قبل از انجام این برنامه‌ها داشته باشد و بی شک پرستاران نقش کلیدی را در اثربخشی و استمرار ارائه خدمات بازتوانی در جامعه ایفا می‌کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به‌خاطر تأمین اعتبار و حمایت مالی در انجام این طرح، و از کلیه بیماران و پرسنل شاغل در بیمارستان که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation II.: referral and participation. *General hospital psychiatry*. 2002; 24(3):127-34.
2. Lopez V. Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007; 44(8):1304-15.
3. Dehkordi hassanpour A, Delaram M, Fourozandeh N, Gangeh F, Asadi A, Baksha F, Sadegh B. Patients ' quality of life under myocardial infarction in Hajar hospital in Shahrekord University of Medical Science in 2005, Shahrekord University of Medical Science *Journal*. 2007;9(3):78-84.
4. Bengtsson I, Hagman M, Wahrborg P, Wedel H. Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction. *International journal of cardiology*. 2004; 97(3): 509-16.
5. Dantas RAS, Motzer SA, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of

patients with acute myocardial infarction. Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society. 2004;68(4):315-20.

15. Condon C, McCarthy G. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2006;5(1):37-44.

16. Espinosa Caliani S, Bravo Navas JC, Gomez-Doblas JJ, Collantes Rivera R, Gonzalez Jimenez B, Martinez Lao M, et al.

[Postmyocardial infarction cardiac rehabilitation in low risk patients. Results with a coordinated program of cardiological and primary care]. Rev Esp Cardiol. 2004 Jan; 57(1): 53-9.

17. Coghill N, Cooper AR. The effect of a home-based walking program on risk factors for coronary heart disease in hypercholesterolaemic men. A randomized controlled trial. Prev Med. 2008 Jun; 46(6):545-51.