



تأثیر فعالیت بدنی منظم در منزل بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر

زینب امیریان^۱، معصومه همتی مسلک‌پاک^{۲*}، رستم جلالی^۳، حمیدرضا خلخالی^۴، شهیاد صالحی^۵

۱- دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، ۲- دانشگاه علوم پزشکی ارومیه- دکترای آموزش پرستاری، ۳- دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه- دکترای آموزش پرستاری، ۴- دانشگاه علوم پزشکی ارومیه- دکترای آمار حیاتی، ۵- دانشگاه علوم پزشکی ارومیه- فوق تخصص جراحی قلب.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۷/۱۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۱۶

چکیده:

مقدمه: بیماری‌های مزمن؛ از جمله بیماری‌های قلبی، اثرات نامطلوبی بر عملکرد فیزیکی، روانی، اجتماعی و به‌طور کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا دارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر فعالیت بدنی منظم در منزل بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای بر روی بیمارانی که تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر (CABG) قرار گرفته بودند، انجام شد. ۵۸ بیمار از مرکز آموزشی-درمانی سیدالشهدای شهر ارومیه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس به‌روش تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو جمع‌آوری گردید. بیماران گروه مداخله، حداقل هر نفر در ۳ جلسه تحت آموزش ورزش‌های ترکیبی قرار گرفتند و این ورزش‌ها را به مدت ۱۲ هفته در منزل انجام دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، من ویتنی و ویلکاکسون انجام شده است.

نتایج: یافته‌های مطالعه نشان‌دهنده ارتقای کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در ابعاد جسمی، عاطفی و اجتماعی بعد از انجام فعالیت فیزیکی منظم در منزل نسبت به قبل از مداخله بود ($P < 0.001$). همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی و کلیه ابعاد آن در گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: انجام فعالیت بدنی منظم در منزل اثرات مهمی بر روی ارتقای کیفیت زندگی بیماران بعد از جراحی بای‌پس عروق کرونر دارد، لذا پیشنهاد می‌شود بیماران بعد از CABG در مورد انجام فعالیت فیزیکی منظم در منزل آموزش دیده و به انجام آن تشویق شوند.

واژه‌های کلیدی: فعالیت فیزیکی منظم، کیفیت زندگی، بای‌پس عروق کرونر.

Original Article

Knowledge & Health 2013;8(2):51-56

The Effects of Regular Physical Activity at Home on Patients' Quality of Life after Coronary Artery Bypass Surgery

Zeinab Amirian¹, Masomeh Hemmati Maslakhak^{2*}, Rostam Jalali³, Hamidreza Khalkhali⁴, Shahyad Salehi⁵

1- MSc. Student of Nursing, Uremia University of Medical Sciences, Uremia, Iran. 2- Assistant Professor of Nursing, Uremia University of Medical Sciences, Uremia, Iran. 3- Assistant Professor of Nursing, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. 4- Assistant Professor of Biostatistics, Uremia University of Medical Sciences, Uremia, Iran. 5- Assistant Professor of Heart Surgery, Uremia University of Medical Sciences, Uremia, Iran.

Abstract:

Introduction: Chronic diseases such as heart diseases have adverse effects on the physical, psychological, social performance, and overall quality of life of patients. This study aimed to determine the effect of regular physical activity at home on the quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery.

Methods: This Quasi-experimental study was carried out on patients who had undergone coronary artery bypass surgeries. 58 patients from Urmia Syedolshoheda hospital were selected randomly and then allocated into two intervention and control groups randomly. Data collected with using MacNew quality of life questionnaire. Patients in intervention group were trained with combined exercises at least three times a week and performed this exercises for 12 week at home. Data were analyzed using Chi-square, Mann-Whitney and Wilcoxon testes.

Results: Findings of the study showed promotion in quality of life domains in physical, emotional and social after performance of regular physical activity at home in intervention group ($P=0.001$). A significant difference was observed between patients quality of life after regular physical activity in intervention and the control groups ($P=0.001$).

Conclusion: Regular physical activity at home has important effects on patients' promotion of quality of life after coronary artery bypass surgeries. Therefore, it is suggested that after CABG patients be trained with regular physical activity at home.

Keywords: Regular physical activity, Quality of life, Coronary artery bypass.

Conflict of Interest: No

Received: 10 October 2011

Accepted: 5 January 2013

*Corresponding author: M. Hemmati Maslakhak, Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

"کیفیت زندگی" (Quality of life) واژه‌ای جدید نیست. زندگی با کیفیت مطلوب، ریشه در اعتقادات و آموزش‌های دینی مسلمانان دارد (۱). کیفیت زندگی مربوط به درک ذهنی هر فرد از حس خوب بودن و رضایت از زندگی است (۲). در منابع مختلف پزشکی و پرستاری مفهوم کیفیت زندگی بسیار تکرار شده است. هدف از ارتقای سلامت، افزایش کیفیت زندگی است. با وجود این درک افراد از واژه "کیفیت زندگی" متفاوت است (۳). در علوم پزشکی کیفیت زندگی به دو صورت کاربرد دارد، کیفیت زندگی عمومی یا حس خوب بودن عمومی و کیفیت زندگی سلامت‌محور (Health related -quality of life) که به درک فرد از تأثیر بیماری و شرایط نامطلوب روی خوب بودن و رضایت از زندگی مربوط می‌شود (۴-۶).

یکی از مفاهیم بسیار مهم در مبتلایان به بیماری مزمن، کیفیت زندگی است (۷ و ۸). بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری‌های قلبی، اثرات نامطلوبی بر عملکرد فیزیکی، روانی، اجتماعی و به‌طور کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا دارد (۹). بیماری‌های قلبی مهم‌ترین عامل ناتوانی و مرگ‌ومیر در جهان است که سلامت جسمی، روانی و توانایی‌های خودمراقبتی فرد را تحت تأثیر قرار داده و هزینه‌های زیاد برای فرد، جامعه و مراقبین سلامتی تحمیل می‌کند. پیش‌بینی می‌شود بیماری‌های قلبی در ۲۰ سال آینده روندی صعودی خواهند داشت (۱۰). آترواسکلروز کرونر (Atherosclerosis) شایع‌ترین بیماری قلبی در ایالت متحده آمریکا است که با میزان بالای مرگ‌ومیر همراه است (۱۱) و (۱۲). طبق آمار جهانی، ایسکمی یا بیماری عروق کرونر سالانه ۷/۶ میلیون مرگ در سراسر دنیا را به خود اختصاص داده است (۱۳). بیماری عروق کرونر که همچنان به‌عنوان بیماری پیشرفته و بهبودناپذیر باقی مانده است، عامل ۲۶٪ مرگ‌های زودرس در مردان و ۱۶٪ مرگ‌های زودرس در زنان می‌باشد (۱۴).

در حال حاضر بیماری‌های قلبی عروقی نخستین علت مرگ‌ومیر در ایران به‌شمار می‌رود. شیوع بیماری‌های عروق کرونر و عوارض ناشی از آن در کشور سبب مرگ‌ومیر، ناتوانی و از کارافتادگی بخش وسیعی از نیروهای مولد کشور، به‌ویژه در بهترین سال‌های بازدهی شغلی، و در نهایت کاهش تولید و افزایش هزینه‌های درمانی شده است (۱۵).

بای‌پس عروق کرونر (Coronary artery by pass graft) یک روش اختیاری اولیه برای درمان آنژین صدری است (۱۶). هدف از بای‌پس عروق کرونر افزایش طول عمر، تسکین و برطرف کردن علائم درد قفسه سینه می‌باشد (۱۷ و ۱۸). قابل ذکر است اگرچه بعد از عمل بای‌پس عروق کرونر تأمین اکسیژن میوکارد برگشته و محدودیت‌ها در ارتباط با ایسکمی میوکارد بهبود می‌یابد، اما این عمل در برگرداندن اثرات ناخوشی همراه با بیماری کافی نیست. فعالیت فیزیکی منظم برای رسیدن به

مزایای عملکردی بای‌پس عروق کرونر و بهبود کیفیت زندگی لازم است. ورزش، علائم بیماری و محدودیت فعالیت فیزیکی را بهبود می‌بخشد و همچنین باعث ارتقای وضعیت فیزیکی، روانی و اجتماعی در بیماران بعد از جراحی بای‌پس عروق کرونر می‌شود (۱۹).

ورزش‌های بدنی به‌عنوان بخشی از بازتوانی قلبی در منزل برای اولین بار در اوایل سال ۱۹۸۰ گزارش شد و به دلیل اینکه برای بعضی بیماران انجام آن قابل قبول‌تر و راحت‌تر بود، کاربرد آن افزایش یافت. برنامه‌های بازتوانی در منزل برای بیماران با ریسک خطر کم یا متوسط به کار می‌رود (۲۰). شواهدی مبنی بر اثربخشی ورزش‌های بدنی در منزل به اندازه کافی در دسترس نمی‌باشد و از سوی دیگر این نوع بازتوانی برای بیمارانی که تمایل به شرکت در برنامه بازتوانی در مراکز بازتوانی ندارند می‌تواند مطلوب باشد (۲۱). در این رابطه نتایج مطالعه کوهورت مقایسه‌ای در سوئد بر روی ۱۲۳ بیمار مبتلا به سکنه مغزی تحت توان‌بخشی در بیمارستان و ۵۳ بیمار تحت توان‌بخشی در منزل نشان داد. هزینه‌های توان‌بخشی در منزل به‌طور معناداری نسبت به توان‌بخشی در بیمارستان کمتر است (۲۲). جولی و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای فراتحلیلی بر کلیه مقالات چاپ‌شده در زمینه توان‌بخشی قلبی در منزل و مراکز تخصصی نشان دادند که توان‌بخشی قلبی در منزل موجب کاهش بیشتر فشارخون سیستولیک و مصرف سیگار شده است (۲۰). در ارتباط با شروع، شدت، مدت، استمرار و تکرار ورزش نظرات متفاوتی وجود دارد؛ به‌طوری که تکرار ورزش از یک تا ۴ مرتبه در روز گزارش شده است، اما کاربرد میزان تأثیر و استفاده از آنها به روشنی مشخص نیست (۲۳ و ۲۴). با توجه به مطالب ذکر شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر فعالیت بدنی منظم در منزل بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای‌پس عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به‌صورت یک مطالعه مداخله‌ای، در ۴ ماه اول سال ۱۳۹۰ بر روی بیمارانی که تحت جراحی CABG در مرکز آموزشی-درمانی سیدالشهدای شهر ارومیه قرار گرفته بودند، انجام شد. ۵۸ بیمار با محدوده سنی ۴۰-۶۵ سال که حداقل ۳ ماه و حداکثر یک سال قبل تحت جراحی CABG قرار گرفته بودند، به‌صورت تصادفی از جامعه مورد مطالعه انتخاب شدند. قابل ذکر است بیماران با نارسایی علامت‌دار قلبی، فشارخون کنترل‌نشده، تنگی آئورت شدید (با تشخیص فوق تخصص جراحی قلب)، نقص اسکلتی عضلانی و اختلال روانی، از مطالعه خارج شده و نمونه‌های دیگر واجد شرایط، با استفاده از جدول اعداد تصادفی جایگزین می‌شدند. این بیماران پس از توضیح کامل و کسب رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند و سپس به‌روش تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله (در هر گروه ۲۹ نفر) قرار گرفتند. در هر دو گروه قبل از شروع

شدند. بدین ترتیب کل تعداد نمونه‌ها به ۵۶ نفر (۲۹ نفر گروه مداخله و ۲۷ نفر گروه کنترل) محدود شد. بعد از اتمام مطالعه، گروه کنترل نیز در جلسات آموزشی مشابه شرکت کردند و سی‌دی آموزشی، همچنین طناب‌های کشی بدن‌سازی تن‌آرا و بادی شپیر در اختیار آنها قرار گرفت. داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۶) و به کمک آزمون‌های آماری کای-دو، من ویتنی و ویلکاکسون در سطح معناداری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

لازم به ذکر است که این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره قرارداد ۹۰۴ در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد و توسط کمیته اخلاق دانشگاه آن را تأیید کرده است.

نتایج

اکثر نمونه‌ها مرد (۸۰/۴٪) و متأهل (۹۸/۲٪) بودند. میانگین سنی نمونه‌ها $55/96 \pm 6/01$ سال بود. همه افراد در هر دو گروه متأهل بودند و فقط در گروه کنترل ۱ نفر بیوه وجود داشت. نتایج آزمون‌های آماری من ویتنی و کای-دو نشان داد که دو گروه کنترل و مداخله، از نظر متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سابقه بیماری زمینه‌ای و سابقه بیماری قلبی در خانواده، تفاوت معنادار آماری ندارند (جدول ۱).

نتایج آزمون آماری علامت‌دار ویلکاکسون نشان داد که میانگین نمره ابعاد عاطفی، فیزیکی، اجتماعی و کیفیت زندگی کل در گروه کنترل قبل و بعد از انجام مداخله، تفاوت معنادار آماری نداشت. این در حالی است که اختلاف میانگین نمره ابعاد عاطفی، جسمی، اجتماعی و کیفیت زندگی کل در گروه مداخله قبل و بعد از انجام مداخله از نظر آماری معنادار بود (جدول ۲).

نتایج آزمون آماری من ویتنی نشان داد که اختلاف میانگین نمره ابعاد عاطفی، جسمی، اجتماعی و کیفیت زندگی کل در دو گروه کنترل و مداخله، قبل از انجام مداخله، تفاوت معنادار آماری ندارد. اما اختلاف معناداری در مورد میانگین نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد آن (عاطفی، جسمانی و اجتماعی) در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، بعد از انجام مداخله مشاهده شد (جدول ۳).

بحث

دو گروه کنترل و مداخله از نظر برخی متغیرهای زمینه‌ای و مخدوش‌کننده، تفاوت آماری معناداری نداشتند و به عبارتی دو گروه از نظر این متغیرها همگن بودند. محمدی و همکاران (۲۰۰۶) بیان کرده‌اند که عدم وجود تفاوت آماری در متغیرهای زمینه‌ای در دو گروه کنترل و مداخله، بیانگر همگونی مناسب بین گروه‌ها بوده و لذا وجود تفاوت معنادار در متغیر وابسته در گروه مداخله، ناشی از اثربخشی مداخله اجرا شده است (۲۷).

مطالعه جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه مک‌نیو استفاده شد.

پرسشنامه مک‌نیو در مجموع از ۲۷ سؤال شامل سه حیطه عاطفی (۱۲ سؤال)، فیزیکی (۱۰ سؤال) و اجتماعی (۵ سؤال) تشکیل شده است. حداکثر نمره در هر سؤال ۷ (بهترین شرایط موجود در ارتباط با کیفیت زندگی) و حداقل نمره یک (بدترین شرایط موجود در ارتباط با کیفیت زندگی) است. دامنه نمره پرسشنامه از ۲۷ تا ۱۸۹ می‌باشد. هرچه نمره به دست آمده بالاتر باشد کیفیت زندگی بهتر است. بعد از ترجمه پرسشنامه به فارسی با روش استاندارد فوروارد-بک وارد توسط پژوهشگران، اعتبار علمی پرسشنامه‌ها از طریق اعتبار محتوی و پایایی آن نیز با آزمون مجدد ($r = 0.85$) تأیید گردید. همچنین همبستگی درونی حیطه عاطفی و فیزیکی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲، حیطه اجتماعی ۰/۹۴ و برای کل حیطه‌ها ۰/۹۵ تأیید شد.

بعد از پیش‌آزمون، افراد گروه مداخله در جلسات آموزشی تشکیل شده در بیمارستان سیدالشهدا (حداقل هر نفر در سه جلسه) شرکت کردند. در این جلسات آموزشی، آموزش‌های نظری و عملی لازم در ارتباط با ورزش‌های ترکیبی شامل حرکات انعطاف‌پذیر، پیاده‌روی و مقاومتی به نمونه‌ها داده شده و در انتها سی‌دی آموزشی به آنها ارائه می‌شد. افراد گروه مداخله، به مدت ۱۲ هفته، هر هفته ۳ جلسه به صورت برنامه‌ریزی شده ورزش می‌کردند. هر جلسه ورزش با حرکات کششی با عنوان حرکات گرم کردن به مدت ۵-۱۰ دقیقه شروع می‌شد، سپس ورزش هوازی به صورت پیاده‌روی انجام می‌شد. پیاده‌روی با شدت متوسط در هفته اول به مدت ۵ دقیقه شروع شد و در هفته دوازدهم به ۲۶ دقیقه رسید. حرکات انعطاف‌پذیر سرد کردن با شدت کمتر نیز به مدت ۵-۱۰ دقیقه بعد از پایان پیاده‌روی انجام می‌شد.

جهت انجام ورزش‌های مقاومتی، کشش‌های بدن‌سازی (تن‌آرا و بادی شپیر) در اختیار بیماران قرار گرفت و ورزش‌های مقاومتی عضلات بازو، پا، ران و شکم، ۸-۱۲ بار در هر جلسه انجام می‌شد. بیماران اگر حین ورزش، تنگی نفس و درد قفسه سینه پیدا می‌کردند، استراحت کرده و با برطرف شدن علائم، فعالیت خود را از سر می‌گرفتند، ولی در صورت برطرف نشدن علائم، از ادامه فعالیت ورزشی خودداری می‌کردند. نمونه‌ها قبل و بعد از انجام فعالیت ورزشی تا نیم ساعت از غذا خوردن خودداری کرده و بعد از انجام فعالیت ورزشی نیم ساعت استراحت می‌کردند و همچنین تا یک ساعت بعد از فعالیت، از دوش گرفتن خودداری می‌کردند. قابل ذکر است که تداوم اجرای برنامه، حین سه ملاقات در منزل به فاصله یک، دو و سه ماه پیگیری گردید و مشاوره و راهنمایی تلفنی نیز انجام شد (۲۶ و ۲۵).

بعد از اتمام زمان مداخله پس‌آزمون انجام گرفت و کیفیت زندگی هر دو گروه مجدداً ارزیابی شد. قابل ذکر است که از ۲۹ بیمار انتخاب شده در گروه کنترل، ۲ بیمار به علت عدم تمایل به ادامه شرکت، از گروه حذف

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک ۵۶ بیمار تحت جراحی CABG در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه کنترل (۲۷ نفر)		گروه مداخله (۲۹ نفر)	
	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
جنس				
مرد	۲۲ (۸۱/۵)	۲۳ (۷۹/۳)		
زن	۵ (۱۸/۵)	۶ (۲۰/۷)		
میزان تحصیلات				
بی سواد	۶ (۲۲/۲)	۱۰ (۳۴/۵)		
ابتدایی و راهنمایی	۱۱ (۴۰/۷)	۱۱ (۳۷/۹)		
متوسطه	۶ (۲۲/۲)	۵ (۱۷/۲)		
دانشگاهی	۴ (۱۴/۸)	۳ (۱۰/۳)		
سابقه بیماری زمینه‌ای				
دارد	۱۰ (۳۷/۰)	۱۴ (۴۸/۳)		
ندارد	۱۷ (۶۳/۰)	۱۵ (۵۱/۷)		
بیماری قلبی در خانواده				
دارد	۸ (۲۹/۶)	۱۲ (۴۱/۴)		
ندارد	۱۹ (۷۰/۴)	۱۷ (۵۸/۶)		
میانگین سن (سال)	۵۵/۰۷ ± ۵/۹۲	۵۶/۱۹ ± ۶/۰۸		
میانگین تعداد فرزندان	۳/۲۲ ± ۱/۷۱	۳/۶۲ ± ۱/۶۵		

جدول ۲- مقایسه میانگین امتیاز ابعاد کیفیت زندگی گروه کنترل و مداخله، قبل و بعد از انجام ورزش در منزل

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
بعد عاطفی	۵۶/۹۷ ± ۱۲/۸۴	۵۸/۱۵ ± ۱۳/۲۹	۷۲/۳۲ ± ۸/۷۸	۷۳/۳۲ ± ۸/۷۸
بعد جسمانی	۴۶/۱۹ ± ۱۲/۱۱	۴۴/۶۰ ± ۱۰/۶۵	۶۱/۸۳ ± ۶/۷۵	۶۱/۸۳ ± ۶/۷۵
بعد اجتماعی	۲۳/۱۹ ± ۷/۲۵	۲۳/۲۶ ± ۵/۶۸	۲۳/۲۱ ± ۵/۱۶	۲۹/۹۷ ± ۴/۳۹
کیفیت زندگی کل	۱۲۶/۳۳ ± ۲۵/۸۶	۱۲۶/۰ ± ۲۷/۱۸	۱۲۳/۱۹ ± ۲۴/۸۹	۱۸۴/۰۱ ± ۱۷/۲۳

جدول ۳- مقایسه میانگین امتیاز ابعاد کیفیت زندگی گروه کنترل با گروه مداخله، قبل و بعد از انجام ورزش در منزل

متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله
بعد عاطفی	۵۶/۹۷ ± ۱۲/۸۴	۵۸/۱۵ ± ۱۳/۲۹	۵۸/۱۵ ± ۱۳/۲۹	۷۲/۳۲ ± ۸/۷۸
بعد جسمانی	۴۶/۱۹ ± ۱۲/۱۱	۴۴/۶۰ ± ۱۰/۶۵	۴۴/۶۰ ± ۱۰/۶۵	۶۱/۸۳ ± ۶/۷۵
بعد اجتماعی	۲۳/۱۹ ± ۷/۲۵	۲۳/۲۶ ± ۵/۶۸	۲۳/۲۱ ± ۵/۱۶	۲۹/۹۷ ± ۴/۳۹
کیفیت زندگی کل	۱۲۶/۳۳ ± ۲۵/۸۶	۱۲۳/۱۹ ± ۲۴/۸۹	۱۲۶/۰ ± ۲۷/۱۸	۱۸۴/۰۱ ± ۱۷/۲۳

بازشدن بخیه‌ها وجود دارد، لذا محدودیت حرکتی در بالاتنه پیدا کرده بودند.

یافته‌های این مطالعه بیانگر آن بود که کیفیت زندگی و هریک از ابعاد عاطفی، جسمی و اجتماعی تشکیل‌دهنده آن، در بیماران گروه مداخله بعد از انجام فعالیت منظم در منزل ارتقا یافته بود که این ارتقا از نظر آماری معنادار بود. امروزه توان‌بخشی یکی از روش‌های معمول برای بهبود کیفیت زندگی؛ خصوصاً در بیماری‌های مزمن همچون بیماری‌های قلبی است (۳۰). وارینگتون و کولاسکی و پیتر (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

یافته‌های این مطالعه نشان داد که نمره کیفیت زندگی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار آماری ندارد. درستین و درایتون (۲۰۰۰) می‌نویسند بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به تدریج توصیه‌های درمانی آموزش داده شده را فراموش می‌کنند، لذا تقویت این اطلاعات لازم است (۲۸). ازسوی دیگر مشخص شده تعداد رفتارهای نامناسب بهداشتی این بیماران نیز در صورت عدم پیگیری در منزل افزایش می‌یابد (۲۹). در مطالعه حاضر بیماران بعد از بای‌پس عروق کرونر، در مورد فعالیت و ورزش در منزل آموزش کافی دریافت نکرده و بعضی بیماران به دلیل ناآگاهی، فعالیت‌های خود را کاهش داده بودند و حتی این تصور را داشتند که با انجام ورزش‌های بالاتنه امکان

نقش پرستاران در ارائه خدمات مراقبتی و بهداشتی در سطح منزل که متأسفانه خلاً آن در نظام بهداشتی کشور محسوس است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر را از تمامی بیماران و خانواده‌های آنها، پزشکان، پرستاران، مدیریت، پرسنل و کلیه کسانی که در انجام این مطالعه همکاری و همراهی داشتند، ابراز نمایند.

References

1. The Quran, Nahl sura, verse of 97.
2. Starfield B, Riley A, Drotar D. Measuring Health-related Quality of Life in Children and Adolescents: Implications for Research and Practice. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Assoc 1998; 85-104.
3. Meeberg G. Quality of life: a concept analysis. J Adv Nurs 1993; 1(8): 32-8.
4. Rosenbaum PL, Saigal S: Measuring health-related quality of life in pediatric populations: conceptual issues. In: Spilker B, ed. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Philadelphia USA: Lippincott-Raven Publishers; 1996; 785-91.
5. Speith LE, Harris CV. Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: an integrative review. J Pediatr Psychol. 1996; 21: 175-93.
6. Alavi NM, Ghofranipour F, Ahmadi F and A. Emami A: Developing a culturally valid and reliable quality of life questionnaire for diabetes mellitus. Eastern Mediterr Health J 2007; 13(1): 177-85.
7. Huberta E, William K, Henk JG, Meyboom-de J, Betty B. Health related quality of life in patients with type I diabetes mellitus: generic & disease-specific measurement. Indian J Med Res 2007; 12: 34-42.
8. Wagner JA, Abbott G, Lett S. Age related differences in individual quality of life domains in youth with type 1 diabetes. Health Qual Life Outcomes 2004; 2(54): 1-9.
9. Safi Zadeh H, Garoosi B, Afsharpoor S. [Quality of life in hemodialysis patients (Persian)]. Payesh J 2005; 5(1): 29-35.
10. Parry M, Watt-Watson J. Peer support intervention trials for individuals with heart disease: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs 2010; 9(1): 57-67.
11. Kownator S, Cambou GP, Cacoub P, Léger P, Luizy F, Herrmann MA, Priollet P. Prevalence of unknown peripheral arterial disease in patients with coronary artery disease: Data in primary care from the IPSILON study. Archives Cardiovascular Diseases 2009; 102: 625-631.
12. Sadeghi Sherme M, Razmjoei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi Lari M, Bozorgzad P. [Effect of performance of unremitting care on quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery (Persian)]. Nurs Critical Care J 2009; 2(1): 1-6.
13. Sawatzky JA, Naimark BJ. The coronary artery bypass graft surgery trajectory: Gender differences revisited. Eur J Cardiovasc Nurs 2009; 8(4): 302-308.
14. Tahrir B, Rahmani R, Sadegi M, Ebadi A, Babatabar Darzi H, Sadeghi Sherme M. [Quality of life in patients with coronary artery diseases under treatment with drug and surgery (Persian)]. Nurs Critical Care J 2009; 2(2): 67-70.
15. Noori TM. [Third level prevention in patients who have coronary artery bypass graft (Persian)]. Tehran Nashre Maahtab 2006.

ارتقای معنادار عملکرد جسمی در قالب ارتقای الگو، مدت زمان و دفعات ورزش در مقایسه با شروع مداخله می‌گردد (۳۱). 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 (۳۲). در این مطالعه از ورزش‌های ترکیبی برای بیماران استفاده شد و به صورت هفتگی بر شدت و مدت آن افزوده می‌شد و نیز بیماران به انجام ورزش‌های صبحگاهی و استفاده از وسایل ورزشی در پارک‌ها تشویق شدند. در نتیجه بعد از ۱۲ هفته، در گروه مداخله در کیفیت زندگی کل و ابعاد آن به طور معناداری بهبودی ایجاد شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی و ابعاد آن (عاطفی، جسمانی و اجتماعی) در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، بعد از انجام فعالیت منظم در منزل ارتقا یافته و این ارتقا از نظر آماری معنادار بود. نتایج مطالعه داگمور (۱۹۹۹) نشان داد که توان‌بخشی قلبی در بیماران مبتلا به حمله حاد قلبی منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها در بعد روحی- روانی شده بود (۳۳). در مطالعه سکی و همکاران (۲۰۰۳) بعد از ۶ ماه اجرای توان‌بخشی قلبی، تفاوت معناداری در وضعیت سلامت جسمی بیماران دچار سکته قلبی در دو گروه کنترل و مداخله مشاهده شد (۳۴). نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی بعد از اجرای توان‌بخشی قلبی در منزل، در کلیه ابعاد روحی- روانی، جسمی و اجتماعی افزایش یافته و این افزایش در بعد روحی- روانی، جسمی و کیفیت زندگی کل از نظر آماری معنادار بوده است (۳۷). در مطالعه‌ای که گری و همکاران (۲۰۰۴) تحت عنوان "اثر ورزش در منزل بر ظرفیت عملکردی و کیفیت زندگی زنان با نارسایی قلبی دیاستولیک" انجام دادند، یافته‌ها کاهش قابل توجهی در علائم در ارتباط با نارسایی قلبی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل را نشان دادند و عملکرد فیزیکی و کیفیت زندگی گروه مداخله در هر چهار زیرمقیاس (جسمی، اقتصادی- اجتماعی و روانی) در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافت (۳۵). نتایج مشابه این مطالعه با مطالعات انجام شده قبلی بیانگر این واقعیت است که اجرای ورزش منظم در منزل که بخشی از برنامه بازتوانی است، ضروری به نظر می‌رسد؛ زیرا بیماران پس از ترخیص از بیمارستان به تدریج توصیه‌های درمانی آموزش داده شده را فراموش می‌کنند، لذا پیگیری آموزش این موارد در منزل مورد نیاز است.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ایجاد آگاهی و تعهد به اجرای دقیق برنامه فعالیت فیزیکی منظم در منزل می‌تواند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران بعد از بای‌پس عروق کرونر داشته باشد. از سوی دیگر یافته‌های این مطالعه مهر تأییدی است بر

16. Sjolund H, Caidahl K, Wiklund I, Albertsson P, Brandrup-Wognsen G, Karlson BW, et al. Preoperative left-ventricular ejection fraction does not influence the improvement in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Thorac Cardiovasc Surg* Aug 1998;46(4):198-206.
17. Duits AA, Boeke S, Taams MA, Passchier J, Erdman RA. Prediction of quality of life after coronary artery bypasses graft surgery: a review and evaluation of multiple recent studies. *Psychosom Med* 1997;59:257-268.
18. Zamvar V. Reporting systems for cardiac surgery. *BMJ* 2004;329:414-416.
19. Treat-Jacobson DJ, Lindquist R. Exercise, quality of life, and symptoms in men and women five to six years after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 2007;36(6):387-397.
20. Jolly KS, Taylor RH, Lip G, Stevens A. Home-based cardiac rehabilitation compared with centre-based rehabilitation and usual care: A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol* 2006;111:343-51.
21. Brubaker PH. Is home-based cardiac rehabilitation a preferred and viable option? *J Cardiopulm Rehabil* 2005;25:30-2.
22. 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.
23. Goodwin MJ, Bissett L, Mason P, Kates R, Weber J. Early extubation and early activity after open heart surgery. *Crit Care Nurse* 1999;19:18-26.
24. Shaw DK, Deutsch DT, Schall PM, Bowling RJ. Physical activity and lean body mass loss following coronary artery bypass graft surgery. *J Sport Med Phys Fit* 1991;31:67-74.
25. Donahue RP. Al. physical activity and coronary artery disease in middle aged and elderly men: The Honolulu hearts program. *Am J Pub Health* 1988;78:683-85.
26. Karapolat H, Eyigör S, Zoghi M, Yagdi T, Nalbangil S, Durmaz B. Comparison of Hospital-Supervised Exercise Versus Home-Based Exercise in Patients After Orthotopic Heart Transplantation: Effects on Functional Capacity, Quality of Life, and Psychological Symptoms. *Transplantation Proceedings* 2007;39:1586-1588.
27. Mohammadi F, Taherian A, Hoseini MA, Rahgozar M. [A survey of effect of Cardiac Rehabilitation in home on patients' quality of life in Patients with Acute Myocardial Infarction (Persian)]. *Rehabilitation* 2006;7(3):11-19.
28. Derstine JB, Drayton HS. *Comprehensive Rehabilitation Nursing*. W.B.Saunders Co. 2001.
29. Rahimiha F, Beheshti A, Alami M. [Health's behaviors changes in patients after 4-6 months of MI (Persian)]. *Iran Nurs & Midwife J* 1999;24:8-15.
30. Davidson P, Stewart S, Elliott D. Addressing the Burden of Heart Failure in Australia: the Scope for Home-Based Interventions. *Journal of cardiovascular nursing* 2001;16(1):56-68.
31. Warrington D, Choloski K, Peters D. Effectiveness Home-Based Cardiac Rehabilitation for Special Needs Patients. *J Advanced Nurs* 2003;41(2):121-129.
32. Kennedy MD, Haykowsky M, Daub 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.
33. Dugmore LD. 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.
34. Seki E, Watanabe Y, Sunuyama S. Affects of Phase III Cardiac Rehabilitation Programs on Health Artery Disease. *Circ Journal* 2003;67:73-77.
35. Gary RA, Suetta CA, Dougherty M, Rosenberg B, Cheek D, Preisser J. Home-based exercise improves functional performance and quality of life in women with diastolic heart failure. *Heart & Lung* 2004;33(4):210-18.