

بررسی عوامل مؤثر بر ارجاع به نوتوانی قلبی

شهین سالاروند^{*}، دکتر سعیدی سالاروند^۱

چکیده

مقدمه: بیماریهای قلبی عروقی علت عمده ناتوانی و مرگ در زنان و مردان است. نوتوانی قلبی سبب کاهش ماندن در بیمارستان و اعاده زودتر سلامتی و عملکرد مطلوب بیمار می شود. به طوری که بعد از ترخیص از بیمارستان فرآیند دوباره به حالت عادی برگرداندن مددجو، در خانه ادامه می یابد، هدف از آغاز نوتوانی قلبی بلافاصله بعد از حادثه میوکاردی، مقابله با اثرات منفی بهم خوردن وضع سلامتی تا افزایش آموزشهای سازگاری، همچنین وقت ایده آلی برای آغاز آموزش و حمایت روان شناختی است.

مواد و روش ها: در این مطالعه جهت بررسی ارجاع به نوتوانی قلبی از مرور متون واز جستجوی سایتهای اینترنتی و مجلات، مقالات استفاده شد و کلید واژه های مورد استفاده elderly, cardiac rehabilitation, referral, nursing بودند.

نتایج: بررسی متون، عوامل مؤثر بر ارجاع نوتوانی قلبی را نشان داد که این عوامل به طور خلاصه عبارتند از جنس بیمار، وضعیت تأهل، جنس پزشکی، مسئولیت های خانوادگی، وضعیت اشتغال، سالمندی، بیماریهای زمینه ای، قومیت و نژاد، نزدیکی به مراکز خدمات توانبخشی، نوع مشکل قلبی، وضعیت بیمه و عوامل روانی اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب، خودکفایی و حمایت اجتماعی بودند. و عوامل دیگری را که می توان در موفقیت CR مؤثر دانست که پیروی، عدم پیروی و عواملی که بیماران را در تغییرات شیوه زندگی ناتوان می کند، از آن مهم است.

بحث: موانع شرکت و پیروی در برنامه نوتوانی باید شناخته و مورد توجه قرار گیرند داده های مطالعه می توانند برای کارکنان در کمک به بیماران و خانواده هایشان در بررسی و اصلاح شیوه زندگی شان و وضعیت و فعالیت جسمانی مفید باشد، هدف نوتوانی قلبی، کمک به مددجو در رسیدن به سطح مطلوب استقلال در یک دوره کوتاه بوده، برای رسیدن به این هدف، بیماران، پرستاران و همه اعضای تیم توانبخشی باید اهداف واقع بینانه ای را براساس بررسی وضعیت بیمار تدوین نمایند. در این صورت ترکیب نوتوانی و پیشگیری ثانویه می تواند استانداردی برای مراقبت بیماران مبتلا به بیماری های قلبی کرونری باشد.

کلید واژه ها: نوتوانی قلبی، شیوه زندگی، ارجاع، خدمات توانبخشی

مقدمه

توجه به این که با افزایش سن میزان بروز آنها افزایش می یابد علت اصلی ناتوانی جسمی نیز می باشند (۲). انجمن نوتوانی قلبی کانادا در اهمیت آن بیان می کند که نوتوانی قلبی، زندگی را نجات داده، صرفه جویی در هزینه شده، کیفیت زندگی افرادی که با بیماری قلبی عروقی زندگی می کنند را افزایش می دهد (۳). امروزه با اجرای برنامه های نوتوانی قلبی، طول

کنترل بیماریهای قلب و عروق به ویژه اختلال عروق کرونر یکی از مهمترین معضلات بهداشتی در جهان به شمار می رود به طوری که حدود یک چهارم کل مرگ و میر در دنیا ناشی از مشکل قلبی - عروقی است (۱). در ایالات متحده، بیماریهای عروق کرونر قلب، علت اصلی مرگ در هر دو جنس بوده، با

E-Mail: shsalarvand@yahoo.com

* شهین سالاروند: کارشناسی ارشد پرستاری گرایش آموزش بهداشت جامعه. دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی لرستان.
۱- دکتر سعیدی سالاروند: پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

دارد که نوتوانی قلبی از افسردگی در سالمندان با بیماریهای عروق کرونر پیشگیری می‌کند (۶). یک مطالعه انجام شده بر روی زنان شرکت کننده در نوتوانی قلبی در استرالیا نشان داد که شرکت کنندگان در پایان دریافتند که برنامه بسیار سودمند بود و نه تنها فعالیت فیزیکی آنها بهبود یافت بلکه وزنشان نیز کاهش یافته است؛ برنامه همچنین به آنها کمک کرد تا بر ترس‌ها، ناکامی‌ها و مشکلات کاری و خانواده غلبه نموده و استراتژی‌هایی برای سازگاری با این موارد در پیش گیرند (۷). گزارش شده که طی ۶ ماه مطالعه بر روی بیماران دچار انفارکتوس میوکارد (MI) (Myocardial infarction)، ۵۰ درصد بیماران قلبی در پیروی از رژیم‌های غذایی تجویز شده کوتاه‌ی خواهند کرد. موانع مشارکت در برنامه نوتوانی قلبی بسته به برداشتهای فردی متفاوت بوده، ممکن است شامل مواردی مثل هزینه‌های مالی نوتوانی قلبی، عوارض جانبی رژیم دارویی، اعتماد به نفس و خود اتکایی کم، فقدان حمایت اجتماعی یا فقدان سیستم‌های حمایت مالی و یا انسانی، کمبود وقت، ترس از شکست در کارایی برنامه، انکار، اضطراب، اولویتهای فردی و سطح تحمل جسمی باشد (۸). به مددجو و خانواده وی درباره عوامل خطر قلبی آموزشهای لازم داده می‌شود که به اصلاح شیوه زندگی او کمک کرده و وضعیت و فعالیت جسمی او را بهبود می‌بخشد. با این حال اغلب برنامه‌های نوتوانی قلبی در جامعه حداقل موفقیت را دارند (۸).

در بررسی متون، عوامل مؤثر بر نوتوانی قلبی به طور خلاصه عبارتند از جنس بیمار، وضعیت تأهل، جنس پزشک، مسئولیت‌های خانوادگی، وضعیت اشتغال، سالمندی، بیماریهای زمینه‌ای، قومیت و نژاد، نزدیکی به مراکز خدمات توانبخشی، نوع مشکل قلبی، وضعیت بیمه و عوامل روانی اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب، خودکفایی و حمایت اجتماعی، تمایل به پیروی (Adherence) از برنامه، عدم تمایل به پیروی از آن و عواملی که بیماران باور دارند که آنها را در تغییرات شیوه زندگی ناتوان می‌کنند.

۱- جنس بیمار: زنان در هنگام وقوع حادثه قلبی کمتر از مردان تمایل دارند تحت درمان پزشکی قرار گیرند (۹) و علایم

ماندن در بیمارستان به خاطر سندرومهای کرونری به ۳-۵ روز رسیده (۱) که سبب کاهش ماندن در بیمارستان و اعاده زودتر سلامتی و عملکرد مطلوب بیمار می‌شود. به طوری که بعد از ترخیص از بیمارستان فرآیند دوباره به حالت عادی برگرداندن مددجو در خانه ادامه می‌یابد. هدف از آغاز نوتوانی قلبی بلافاصله بعد از حادثه میوکاردی، مقابله با اثرات منفی بهم خوردن وضع سلامتی تا افزایش آموزشهای سازگاری بوده، همچنین وقت مطلوب برای آغاز آموزش و حمایت روان شناختی است (۴). نوتوانی قلبی اهمیت داشته و هدف آن بهبود عملکرد جسمی، اجتماعی و روانی است (۵) اما مطالعات نشان داده‌اند که برنامه‌های نوتوانی قلبی در جامعه از حداقل موفقیت برخوردارند و در ایران عمر اجرای برنامه‌ای منسجم نوتوانی قلبی کمتر از یک دهه می‌باشد. پس اهمیت دارد تا با شناخت عواملی که می‌توانند بر ارجاع به نوتوانی قلبی تأثیر داشته باشند، موانع مشارکت مددجویان در این برنامه‌ها را تشخیص داده، برنامه‌ریزی لازم برای از بین بردن موانع مذکور را انجام داد. هدف این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر ارجاع به نوتوانی قلبی است که در متون توصیف شده‌اند.

مواد و روش‌ها

در این مقاله با مروری بر مطالعات انجام شده، به بررسی عوامل مؤثر بر ارجاع نوتوانی قلبی می‌پردازیم. در این روش پس از جستجوی سایتهای اینترنتی (Blackwell synergy, PubMed, proquest, Elsevier Rehabilitation nursing, Journal of advanced nursing) و مجلات (نursing, مجله علوم پزشکی مدرس) تعداد ۱۷ مقاله استخراج شدند. کلید واژه‌های مورد استفاده از این قرار بودند: Referral, Nursing, Cardiac rehabilitation

نتایج

بررسی متون نشان می‌دهد که چگونه برنامه‌های نوتوانی قلبی (CR) (Cardiac rehabilitation) جهت بهبودی شخصی که دچار حادثه قلبی شده است، اهمیت دارند. شواهد جدیدی وجود

نشان می‌دهد که عموم پزشکان در درمان بیمایهای قلبی عروقی در زنان نسبت به مردان کمتر تحت فشار قرار می‌گیرند یا پرخاشگر می‌شوند. این مطالعه به نقل از مطالعات دیگر بیان می‌کند که جنس و نژاد بیمار به‌طور مستقل بر اینکه چطور پزشک درد قفسه سینه آن بیمار را کنترل می‌کند تأثیر می‌گذارد. زنان اغلب بیشتر از بیماری مزمن رنج می‌برند و پزشکانشان آنها را کمتر جدی می‌گیرند (۹).

۲- وضعیت تأهل: مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی که الگوی ارجاع زنان به برنامه‌های توانبخشی قلبی را بعد از جراحی قلب و تمایلشان به برنامه‌های مذکور بررسی کرده است (نمونه‌ها شامل ۱۵۷ زن که از پرونده‌های بیمارستانی و مطب ۷ پزشک انتخاب شدند و ۱۲۲ نفر از آنها به نوتوانی قلبی ارجاع داده شده بودند و از میان زنان ارجاع شده به نوتوانی قلبی، ۱۰ نفر هرگز در برنامه حاضر نشدند و ۲۵ نفر آن‌طور که به آنها توصیه شده بود برنامه را پیگیری نکردند). یافته‌های این مطالعه نشان داد که از میان زنان شرکت کننده در نوتوانی قلبی ۲۵٪ تنها و ۷۱٪ با همسر یا خانواده و ۴٪ هم با افراد دیگر زندگی می‌کردند (۱۲). همچنین در مطالعه گریگوری هید و شمیزر که در مطالب فوق توضیح داده شد، یافته‌های مطالعه بر روی هر دو جنس نشان داد که از میان شرکت کنندگان در نوتوانی قلبی، ۶۴/۴٪ متأهل، ۱۷/۸٪ بیوه و ۱۱/۴٪ تنها زندگی می‌کردند و ۶/۴٪ مطلقه بودند (۹). از این آمارها می‌توان استنباط کرد که تأهل رابطه مستقیمی با ارجاع به نوتوانی قلبی دارد.

۳- وضعیت اشتغال: در مطالعه‌ای که توسط استیلر و هالت انجام شد در میان افراد شرکت کننده در CR، ۴/۳٪ بیکار بودند، ۲/۱٪ شغل پاره وقت داشته و ۶۴/۸٪ شغل تمام وقت و ۷۳/۶٪ باز نشسته و ۹/۲٪ هم ناتوان یا معلول بودند (۸).

مطالعه‌ای دیگر که توسط پلاچ (Plach) با هدف بررسی الگوهای ارجاع زنان به نوتوانی قلبی بعد از جراحی قلب و با ۱۵۷ نمونه انجام شد نشان داد که در میان ارجاع شدگان زن شاغل به CR ۲۵٪، ۲۰ ساعت در هفته یا کمتر، ۶۹٪، ۲۱ تا ۴۰ ساعت در هفته و ۶٪، ۴۱ ساعت در هفته کار می‌کردند و

و نشانه‌های بیماری قلبی آنها نسبت به علایم در مردان متفاوت است (۱۰). مطالعه‌ای توسط گریگوری هید و شمیزر (Gregory Heid and Schmeizer) با هدف مقایسه میزان ورود و ارجاع به توانبخشی قلبی در بین زنان و مردان واجد شرایط ورود به نوتوانی قلبی، با مرور ۲۰۲ چارت بیمارستانی نشان داد که مردان و زنان احتمال دارد به‌طور مساوی به نوتوانی قلبی ارجاع داده می‌شوند، اما زنان بطور معنی‌داری کمتر وارد نوتوانی قلبی شوند. در این مطالعه با سه گروه ۱۰ نفره از زنان واجد شرایط CR به این شرح مصاحبه شد گروه اول زنانی بودند که وارد برنامه نوتوانی نشده بودند و گروه دوم وارد مرحله دوم CR شده بودند و گروه سوم که مرحله دوم را به اتمام رسانیده، در مرحله سوم به برنامه نوتوانی ادامه می‌دادند. یافته‌های مطالعه مذکور نشان داد که انگیزه‌های اصلی برای ورود به CR شامل تمایل به بهبود سلامتی و قدرت توصیه پزشک بود. موانع ورود شامل نگران بودن نسبت به اعضای خانواده، مسایل ایاب و ذهاب، محدودیتهای جسمی و هزینه بودند (۱۱). زنان و به خصوص زنان سالمند احتمال دارد کمتر به برنامه نوتوانی قلبی ارجاع داده می‌شوند (۸). بسیاری از مطالعات اخیر که عوامل مربوط به شرکت بیماران در CR را مورد بررسی قرار داده‌اند عوامل مؤثر بر ورود به نوتوانی قلبی در زنان و مردان را دلایل مالی، سن و وضعیت تأهل دانسته‌اند. مطالعه‌ای نشان داد که زنان مسن‌تر در مقایسه با مردان مسن‌تر، با وجود داشتن شرح‌حالهای بالینی مشابه، کمتر وارد CR می‌شدند. آنها خاطرنشان کردند که به احتمال بیشتر پزشکان CR را به مردان بیش از زنان توصیه می‌کنند (۸). یافته‌های مطالعه‌ای که توسط استیلر و هالت (Stiller And Holt) تحت عنوان عوامل مؤثر بر ارجاع به نوتوانی قلبی، با هدف بررسی تفاوت‌های موجود در میزان ارجاع و شاخصها در میان مرد و زن (که بر روی ۲۰۳ زن و مرد که حداقل با یک تشخیص قلبی شامل MI، پیوند بای پس عروق کرونری (CABG) (Coronary artery bypass graft)، آنژیوپلاستی عروق کرونری از طریق زیر پوست (PTCA) (Percutaneous trasluminal coronary angioplasty) و آنژین صدری (Unstable angina) (UA) در بیمارستان بستری شده بودند)

کردند (۱۲).

۸- حمایت اجتماعی: درک احساسی، راهنمایی اطلاعاتی و همکاری ملموس را حمایت اجتماعی تعریف می‌شود. منبع حمایت غیر رسمی شامل حمایت همسر، همکاران، دوستان است. حمایت اثر مثبتی بر ارتقاء و حفظ سلامتی، به ویژه متعاقب یک حادثه قلبی دارد. حمایت اجتماعی ضربه‌گیر بین ناراحتی روان شناختی و سلامتی است. بنابراین حمایت اجتماعی بهبودی جسمی را افزایش داده و ناراحتی روان شناختی و مرگ و میر را کاهش می‌دهد. حوادث عمده زندگی یا از دست دادنهایی مانند مرگ همسر یا عضوی از خانواده می‌تواند بر حمایت اجتماعی و بهبودی قلبی اثر بگذارد (۱۶). در مطالعه‌ای که توسط رانکلین، لئون و چن و همکاران (Ranklin, Deleon, Chen. etal) بر روی ۳۳ سالمندان بدون همسر بعد از انفارکتوس میوکارد انجام شد، میزان حمایت اجتماعی در نوتوانی قلبی بدین شرح گزارش شده است ملاقات با افراد خانواده ۹۷٪، با دوستان ۷۹٪، و ملاقات به اتفاق دیگران (همسایه‌ها و ...) ۵۸٪ بوده است (۱۷).

۹- خود کفایی: گرس (Grace. etal) و همکاران به نقل از مطالعه تری (Terry) بر روی بیماران MI بیان کرده‌اند که سطوح بالای خودکارایی با سطح پائین ناراحتی روان شناختی هماهنگ است. همچنین در نمونه‌هایی از سالمندان با بیماریهای مزمن مختلف شامل بیماری قلبی نشان داد که سطح خود کفایی و اعتماد بنفس بالاتر، ارتباط معکوسی با علائم افسرده کننده داشته، اثرات مطلوب و مستقیمی بر نوتوانی قلبی دارد (۱۶).

۱۰- اضطراب: در یک مطالعه که بر روی بیماران MI انجام شد (نمونه‌ها شامل ۶ نفر (۴ زن و ۲ مرد) بودند). بیش از دو سوم بیماران سطوح اضطراب بالاتر از حد طبیعی داشتند. گرچه اضطراب اغلب کمتر تحقیق شده است اما شواهد اپیدمیولوژیکی قابل ملاحظه نشان می‌دهد که افراد با علامت‌شناسی اضطراب در خطر افزایشده حوادث ایسکمی مکرر و آریتمی هستند. شواهد از مطالعات آزمایشگاهی تجربی نشان داد که پاسخ روانشناسی بیش از حد به استرس ممکن

۶۱٪ هم از کل شرکت‌کنندگان بازنشسته بودند (۱۲). مشاهده می‌شود که در میان افراد ذکر شده تعداد بازنشستگان و سپس تعداد شاغلین تمام وقت بیشترین میزان را دارند.

۴- قومیت و نژاد: مطالعه‌ای نشان داد که در میان شرکت‌کنندگان به CR، ۷۸٪ قفقازی، ۶٪ آمریکایی - آفریقایی تبار، ۲٪ اسپانیایی، ۱٪ آسیایی بودند (۹). همچنین یافته‌های مطالعه دیگر نیز مؤید این بوده است که نژاد قفقازی و بعد از آن نژاد آمریکایی - آفریقایی تبار بیشترین ارجاع به CR را داشته‌اند (۸). در میان زنان مراجعه کننده به CR ۹۴٪ سفید پوست، ۴٪ سیاه، ۰٪ عرب و ۰٪ بومی آمریکا بودند (۱۳).

۵- جنس پزشکی: در مطالعه استیلر و هالت یافته‌ها نشان دادند که بیماران در صورتی که پزشکشان زن باشد به احتمال بیشتری به متخصصین ارجاع داده می‌شوند. جنس پزشکی تنها متغیری بود که در مطالعات قبلی مرتبط با بیماری قلبی بررسی نشده است. در پایان، این مطالعه خاطر نشان شد که این یافته‌ها باید با احتیاط در نظر گرفته شوند زیرا تعداد کمی از پزشکان زن در این مطالعه شرکت داشتند و این نیاز به بررسی بیشتر دارد (۹).

۶- سالمندی: در حال حاضر سالمندان با بیماری‌های همزمان مختلف، بیش از ۵۰ درصد از بیماران بستری با شرایط قلبی را تشکیل می‌دهند که می‌توانند از برنامه CR بیماران سر پایی استفاده کنند (۱۴). تبعیت از برنامه نوتوانی قلبی در سالمندان، افراد فقیر و زنان و اقلیت‌های مذهبی کم است (۱۵).

۷- نوع مشکل قلبی: در مطالعه گریگوری هید و شمیزر از تمام بیماران CABG ارجاع داده شده به نوتوانی قلبی، ۴۳٪ و از کل بیماران ارجاع داده شده PTCA ۷۴٪ درصد و از بیماران دچار MI ۷۵٪ درصد آنها در نوتوانی قلبی شرکت کردند (۱۱). مشاهده می‌شود که تعداد افراد با MI و بیماری آترواسکلروتیک قلبی بیشترین مراجعه را داشته‌اند. همچنین در مطالعه پلاچ، زنانی که تحت بای‌پس عروق کرونری قرار گرفتند، بیش از زنانی که تحت عمل جراحی دریچه قلب و CABG قرار گرفتند، جهت نوتوانی مراجعه

است مسؤل این خطر افزایشده باشد. زنان به نظر می‌رسد دوباره نسبت به مردان بعد از بروز بیماری کرونری، بیشتر در معرض خطر اضطراب هستند (۱۶) و در میان شرکت‌کنندگان در برنامه CR مردان به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان اضطراب را تجربه می‌کنند. اضطراب انجام فعالیت‌های برنامه نوتوانی قلبی را توسط مددجو به مخاطره انداخته، بنابراین نیاز به تحقیق بیشتری در این رابطه وجود دارد (۸).

۱۱- وضعیت بیمه: مطالعه استیلر و هالت نشان داد که از میان شرکت‌کنندگان در نوتوانی قلبی، آنهایی که بیمه نداشتند ۳/۵٪ شرکت‌کنندگان را تشکیل داده بودند و مابقی دارای انواع بیمه بودند (۱۶).

۱۲- تمایل به پیروی: کارآیی بسیاری از برنامه‌های سلامتی به‌طور فزاینده‌ای وابسته به رغبت اشخاص در پذیرش مسؤلیت برای آغاز و حفظ رفتارهای سلامتی است. میتچل و همکاران به نقل از جانسون و مورس (Johnson & Morse) (۱۹۹۰) بیان کردند که انتخاب استراتژی‌های سازگارانه و قضاوت متعاقب حمله انفارکتوس میوکارد وابسته به این است که بیماران آینده را چطور تصور یا پیش‌بینی کردند. در مطالعه مذکور، مصاحبه با ۱۴ نفر که از MI جان سالم به‌در بردند نشان داد که آنها احساس می‌کنند بین نقش بیمار و نقش‌هایی که قبل از حادثه قلبی داشتند، گیر افتاده‌اند. آنهایی که در قضاوت ناتوان بودند، گزارش کردند که رها کردن تلاش در جهت اصلاح شیوه زندگی، تنها روشی بود که آنها توانستند کنترل دوباره زندگی‌هایشان را به دست آورند. اقداماتی مانند پیروی از رژیم غذایی (که در طول بستری شدن شروع می‌شوند) هنگام برگشت به منزل، از سرگیری کار و کاندید شدن در فعالیت‌هایی که آنها قبل از انفارکتوس میوکارد انجام داده بودند، تغییر داده شدند. سالیوان و سالیوان (Sullivan & Sullivan) (۱۹۹۷) نقش ایثار یا بشر دوستی را در ارتقای نتایج مثبت توان‌بخشی بررسی کردند. آنها نتیجه گرفتند که «گرچه اثرات روانی فیزیولوژیک آشکار نوع دوستی شناسایی نشده‌اند، اطلاعات کیفی در دسترس نشان می‌دهند که رفتار نوع دوستانه ممکن است نتایج توان‌بخشی مثبتی را بوجود آورد» (۸).

۱۳- عدم تمایل به پیروی: رعایت نکردن ورزش فیزیکی منظم یک مشکل اساسی در تعدیل عوامل خطر است. میتچل (Mitchell) و همکاران به نقل از فرن (Frenn) و همکاران بیان می‌کنند که افرادی که در هنگام ورزش خشم را اظهار می‌کنند به احتمال کمتری یک برنامه روزانه ورزش را نگه می‌دارند. مطالعه‌ای دیگر نشان داد که اشخاص با توانایی عملکردی ضعیف و آنهایی که عادات ورزشی ضعیفی قبل از حادثه قلبی داشتند به احتمال کمتری به‌طور فعال در توان‌بخشی قلبی شرکت نمودند. محدودیت اصلی در تعلیم ورزش در توان‌بخشی قلبی، عدم رعایت شرکت‌کنندگان در طول دوره چند ماهه است (۸).

۱۴- عواملی که بیماران اعتقاد دارند که آنها را در تغییرات شیوه زندگی‌شان ناتوان می‌کند: فرن و همکاران این عوامل را بررسی کرده‌اند. برنامه‌های توان‌بخشی قلبی، سیستم‌های حمایتی، درک از خود، فقدان موانع تغییر و تجارب قبلی شیوه زندگی به عنوان اثرات مثبت برای تغییرات شیوه زندگی ذکر شده‌اند. محققین در یافته‌اند که قویترین عوامل تغییر، درک فواید همراه با نوتوانی و خود کارآیی بوده‌اند. این اعتقادات با رفتارهای ارتقاء سلامتی یکی شده، نقش عمده‌ای در تغییرات شیوه زندگی و رعایت برنامه نوتوانی بازی کرده‌اند. از طرف دیگر رابرتسون و کلر (Robertson & Keller) (۱۹۹۲)، هزینه‌های مالی، عوارض جانبی منفی و شاخص‌های فردی را به عنوان موانع تغییر شناسایی کرده‌اند (۸). در یک مطالعه که عوامل مؤثر بر ارجاع به خدمات نوتوانی قلبی در ۱۹۳۳ بیمار که از یک بیمارستان عمومی مرخص شده بودند را بررسی کرده است نشان داد عواملی که بطور مثبت با ارجاع به نوتوانی قلبی در بیماران سرپایی هماهنگی داشتند شامل سن کمتر از ۶۵ سال، شرکت قلبی در برنامه نوتوانی قلبی سرپایی، پذیرش در بیمارستانی که نوتوانی قلبی سرپایی را ارائه می‌دهد، ترخیص با تشخیص انفارکتوس میوکارد و پیوند بای پس عروق کرونری (Coronary artery bypass graft) (CABG) بودند. در مطالعه مذکور، این یافته را با یافته‌های مطالعه دیگری در یک راستا می‌داند؛ آن مطالعه نشان می‌دهد که کاتتریزاسیون، جراحی پیوند بای پس عروق کرونری، ملاقات

جراح قلب یا کاردیولوژیست و سن عوامل پیشگویی کننده ارجاع به نوتوانی قلبی در زمان ترخیص بیمارستانی بوده است، در حالی که جنس، نژاد و قومیت، بیمه بهداشتی، آنژیوپلاستی، بیماری همزمان و MI قبلی تأثیری نداشتند (۱۸).

بحث

در مطالعات بررسی شده اختلاف بین ورود به برنامه CR در هر دو جنس وجود دارد که نیاز به بررسی و برنامه ریزی بیشتر دارد. عامل دیگری از عوامل فردی وضع تاهل می باشد که ارجاع به نوتوانی قلبی در متاهلین بیشتر بوده است، که به نظر می رسد به دلیل حمایت همسر و انگیزش بیشتر در زندگی باشد. در عامل وضعیت اشتغال، به نظر می رسد تعداد بالای بازنشستگان مربوط به ریسک بالای بیماری قلبی عروقی در سنین سالمندی و در درجه دوم داشتن پشتوانه مالی باشد. در بخش قومیت و نژاد که برگرفته از متون کشورهای دیگر است در ایران هم قومیتها به گونه دیگری وجود دارند که نیازمند بررسی است. اما در این مطالعات مشاهده می شود که نژاد قفقازی بیشترین مراجعه را به نوتوانی قلبی داشته اند. در مورد نوع مشکل قلبی نیز افراد دچار MI بیشترین مراجعه را داشته، عوامل حمایت اجتماعی، خودکفایی، وضع بیمه و تمایل به پیروی از برنامه با شرکت در CR رابطه مستقیم و اضطراب، عدم تمایل به پیروی از برنامه و عواملی که بیماران اعتقاد دارند آنها را در تغییر شیوه زندگی شان ناتوان می کنند با موفقیت نوتوانی قلبی رابطه معکوس دارند. اضطراب در برنامه نوتوانی قلبی باید مورد توجه قرار گیرد تا با کاهش تردید و دادن دیدگاهی خوش بینانه و واقع گرا نسبت به بهبودی، حمایت روان شناختی و افزایش سازگاری به موفقیت آمیز بودن برنامه CR کمک نمود (۱۶).

بررسی متون نشان داد که موانع شرکت در برنامه نوتوانی و پیروی از آن باید شناخته و مورد توجه قرار گیرند. داده های مطالعه می تواند برای پرستاران در کمک به بیماران و خانواده هایشان در بررسی و اصلاح شیوه زندگی شان و وضعیت و فعالیت جسمانی مفید باشد. نوتوانی جزء جدایی ناپذیر پرستاری بوده، هدف آن کمک به مددجو در رسیدن به سطح مطلوب استقلال در یک دوره کوتاه است و برای رسیدن به این هدف، بیماران، پرستاران و همه اعضای تیم توان بخشی باید اهداف واقع بینانه ای را براساس بررسی وضعیت بیمار تدوین نمایند (۷). در این صورت ترکیب نوتوانی و پیشگیری ثانویه می تواند استاندارد برای مراقبت بیماران مبتلا به بیماری های قلبی کرونری باشد (۱).

پیشنهادها

بر اساس یافته های مطالعات ذکر شده پیشنهاد می شود که کارکنان توان بخشی قلبی، با زنان ترخیص شده از بیمارستان تماس تلفنی گرفته و سوالات آنها را پاسخ داده، سوء برداشتها را برطرف کرده، ورود به برنامه توان بخشی قلبی را تشویق کنند. لازم است کارکنان در مراکز توان بخشی نیازهای سالمندان به بازگشت به فعالیتهای طبیعی، اهمیت حمایت اجتماعی، توجه به تفاوت های جنسی و بار هزینه بالقوه برای این بیماران را تشخیص دهند. پرستاران بر ارائه آموزش به بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد درباره تغییرات مورد نیاز شیوه زندگی (مانند تغییرات رژیم غذایی و شیوه های زندگی قلب سالم) تمرکز کنند. آنها باید تشخیص دهند که تمرکز بر بیماران سالمند بازگشت به روال عادی زندگی قبلی شان است به طوری که آنها احساس کنند که بهبودی موفقیت آمیزی داشته اند.

منابع

۱- احمدی، ف و همکاران. طراحی مدل مراقبت پیگیر بر کنترل اختلال عروق کرونر. مجله علوم پزشکی مدرس. دوره ۳، شماره ۲. پائیز وزمستان ۱۳۸۰.

2-Ades Aph. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. the New England journal of medicine. Boston: 2001; 345(12):892- 903.

- 3- Kermode Scott B. Cardiac rehabilitation under-utilized .journal of medical post .Toronto 2004; 40(43): 17(1pgs).
- 4- Lwoods S; etal. Cardiac nursing. Lippincott: Williams & Wilkins; 2005:921.
- 5- Margereson c, Riley J. Cardiothoracic surgical nursing current trends in Adult care. Black well; 2003:216.
- 6- Anonymous .Cardiac rehabilitation prevents depression in older patients with CHD. Journal of Geriatric 1998; 53(9): 75(1pgs).
- 7- Anonymous. Cardiac rehab program gets women going again. Australian nursing journal 2005; 12(11): 37 (1pgs).
- 8- Mitchell R, Muggli M, Sato A. Cardiac rehabilitation: participating in an exercise program in a quest to survive .journal of rehabilitation nursing 1999; 24(6): 236- 241.
- 9- Stiller j, Holt, Melinda. Factors influencing referral of cardiac patients for cardiac rehabilitation. Journal of rehabilitation nursing 2004; 29(1): 18-22.
- 10 – Cheek D, Jensen L, Smith H. Preventing and treating: Heart disease in women. Journal of Nurse practitioner, Seattle; 2004: 4- 8.
- 11 – Gregory H, schmelzer M. Influences on women’s participation in cardiac rehabilitation. Journal of rehabilitation nursing 2004; 29(4): 116- 120.
- 12 – Plach S. Women and cardiac rehabilitation after heart surgery: patterns of referral and adherence. Journal of Rehabilitation Nursing 2002; 27(3): 104- 109.
- 13- Halm M, Penque S, Doll N, Beahrs M. Women and cardiac rehabilitation: referral and compliance patterns. Journal of Cardiovascular Nursing 1999; 13(3): 83- 92.
- 14- Scott IA, Lindsay KA, Harden HE. Utilization of outpatient cardiac rehabilitation in Queensland .MJA 2003: 341-343.
- 15- Beswick A, Rees K, West MA, RR Taylor, FC Burke, M.Griebsch Bpharm, I .etal. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. Journal of Advanced Nursing 2005; 49(5): 538- 555.
- 16- Grace SH, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation I: review of psychosocial factors. [Gen Hosp Psychiatry](#) 2002; 24(3):121-126.
- 17- Rankin S ,Deleon JF, Chen JL, Butzlaff A,Carroll DL. Recovery trajectory of unpartnered elders after myocardial infarction: analysis of daily diaries. Journal of Rehabilitation Nursing 2002; 27(3): 95- 103.
- 18-Johnson N, Fisher JB, Nagle A, Inder K,Grand Dip CE, Wiggers J. Factors Associated with referral to outpatient cardiac rehabilitation services. [J Cardiopulmonary Rehab](#) 2004; 24(3):165-170.

Assessing Factors Influencing Referral of Cardiac Patients for Cardiac Rehabilitation; a literature review

Salarvand Sh^{}, Salarvand S¹*

Abstract

Introduction: Heart diseases are the most prevalent cause of morbidity and mortality of people throughout the world. Cardiac rehabilitation is a mean for decreasing length of stay in hospital and restoration of patient after myocardial infarction. In order to dealing with consequences of disturbed health status it may be accomplished at home accompanied by patient education and psychological support plans.

Methods: This review of literature conducted by searching in Following Medical databases: Elsevier, Proquest, PUBMED, Blackwell Synergy and journals such As: Rehabilitation Nursing and Journal of Advanced Nursing with selection of articles include pertinent subjects.

Results: This literature review showed us the main factors influencing referral to cardiac rehabilitation such as: gender, marital status, ethnicity, proximity to rehabilitation centers, type of cardiac problem and insurance status. Psychological factors such as: depression, anxiety, social support and self-sufficiency were also important in the referral success cardiac rehabilitation is in Flounced by adherence to Following the scheduled plans and charging the lifestyle.

Conclusion: This lit. Review shows that the obstacles of participating in cardiac Rehabilitation programs should be known and addressed. It might be the responsibility of nurses to assist the patients and their families in modifying their life style and addressing other factors such as physical activity. Nurses and other should assist the patients to achieve a desirable level of autonomy and independence in a short period of time.

KEYWORDS: Cardiac rehabilitation ,nursing, lifestyle

* Salarvand Sh: Department Health Nursing- Aligodars-Lorestan

shsalarvand@yahoo.com

1- Salarvand S: Lorestan Health University