

موانع مشارکت بیماران سکتة قلبی در برنامه بازتوانی قلبی

اردشیر افراسیابی فر^۱، پرخیده حسنی^۲، * مسعود فلاحی خشکناپ^۳، فریده یغمایی^۴

چکیده

هدف: بازتوانی قلبی باعث افزایش کیفیت زندگی، کاهش سکتة مجدد قلبی، بهبود عملکرد جسمی و وضعیت روانی بیماران می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی موانع مشارکت بیماران سکتة قلبی در برنامه بازتوانی قلبی صورت گرفت.

روش بررسی: این مقاله گزارش بخشی از مطالعه‌ای کیفی است که به روش تئوری پایه انجام شد. هیجده نفر بیمار مبتلا به سکتة قلبی، ۳ نفر پزشک متخصص قلب و ۳ نفر پرستار بخش سی سی یو، به صورت نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب شدند. مصاحبه نیمه ساختار یافته روش اصلی جمع آوری داده‌ها بود و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها به روش تئوری پایه اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) تحلیل شد. اعتبار داده‌ها بر اساس معیارهای پیشنهادی لینکلن و گوبا تأیید گردید. یافته‌ها: اکثر بیماران در برنامه‌های بازتوانی قلبی شرکت نکرده‌اند. موانع مشارکت بیماران در برنامه‌های بازتوانی قلبی در چهار طبقه عوامل فردی، اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی و عوامل مربوط به نظام درمان و سلامت طبقه‌بندی گردید.

نتیجه‌گیری: بسیاری از موانع مشارکت بیماران در برنامه‌های بازتوانی قابل تعدیل هستند و تغییر آنها زمینه حضور بیماران را در برنامه‌های بازتوانی قلبی تسهیل نماید.

کلید واژه‌ها: بازتوانی قلبی / تئوری پایه / سکتة قلبی / موانع

- ۱- دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- ۲- دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- ۳- دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- دکترای بهداشت عمومی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۸/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۱۲/۲۶

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری
تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۶

*E-mail: fallahi@uswr.ac.irr



مقدمه

سکته قلبی علاوه بر هزینه‌های انسانی و اقتصادی (۱)، در صورت عدم درمان و کنترل، بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر دارد (۲). درمان‌های دارویی و غیر دارویی باعث کاهش عوارض بیماری و پیشگیری از حملات مجدد قلبی می‌شود (۳). یکی از مداخلات غیردارویی، باز توانی قلبی است. درمان دارویی بدون باز توانی قلبی درمانی ناقص می‌باشد (۴). باز توانی قلبی برنامه‌ای تیمی (۵) و بین رشته‌ای (۱) است که باعث افزایش کیفیت زندگی، کاهش سکته مجدد قلبی (۶)، بهبود عملکرد جسمی، بهبود وضعیت روانی و کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران (۵) می‌گردد.

علیرغم فوائد فوق‌الذکر، میزان مشارکت بیماران سکته قلبی در برنامه‌های باز توانی قلبی پایین می‌باشد (۸، ۷). در بسیاری از کشورهای اروپایی کمتر از یک سوم بیماران واجد شرایط در برنامه‌های باز توانی قلبی شرکت می‌نمایند (۵). نتایج مطالعات نشان داده‌اند در امریکا (۹) و انگلیس (۱۰) به ترتیب ۲۰-۱۰ درصد و ۲۳-۱۴ درصد بیماران سکته قلبی در برنامه‌های باز توانی قلبی شرکت می‌کنند. از طرف دیگر این کاهش مشارکت در گروه‌های آسیب پذیر مانند بیماران سالمند، بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و بیماران با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین، مشهودتر می‌باشد (۱۱-۱۳). همچنین برنامه‌های باز توانی بدون توجه به وضعیت زمینه‌ای بیماران ارائه می‌شوند (۱۴). مطالعه مروری دالی و همکاران نشان داد عواملی مانند احساس خودکارآمدی، خودانگیزی، داشتن اعتماد به نفس، حمایت اجتماعی و فوائد درک شده، مشارکت بیماران را تسهیل نموده و عواملی نظیر افزایش سن، درد سینه و نداشتن فعالیت جسمی مانع مشارکت بیماران در برنامه باز توانی می‌شوند (۷).

در ایران، بیماران سکته قلبی پس از آنکه از بیمارستان مرخص می‌شوند، در زمینه ادامه زندگی دچار سردرگمی می‌گردند (۴). همچنین برنامه توانبخشی قلبی، محدود به بیمارانی است که تحت عمل جراحی باز قرار می‌گیرند. علیرغم اهمیت توانبخشی قلبی، اطلاعات کافی و منسجمی در این باره وجود ندارد (۱۵). مطالعات انجام شده در ایران بیشتر به تأثیرات جسمی و پیامدهای روانشناختی برنامه‌های باز توانی پرداخته‌اند (۱۸-۱۶)، اما تجارب بیماران از مشارکت در برنامه‌های باز توانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. آگاهی از تجارب بیماران مبتلا به سکته قلبی در برنامه ریزی جهت افزایش مشارکت بیماران در برنامه‌های باز توانی قلبی مثرتر خواهد بود. لذا مطالعه حاضر با هدف شناخت موانع مشارکت بیماران سکته قلبی در برنامه‌های باز توانی قلبی صورت گرفت.

روش بررسی

این مقاله، گزارش بخشی از یک پژوهش گسترده کیفی است که با رویکرد گراند تئوری در سال‌های ۸۶ و ۸۷ انجام شد. بیماران مبتلا به سکته قلبی از سه بیمارستان در شهر تهران انتخاب شدند. همه آنان قادر به صحبت کردن به زبان فارسی بودند، برای اولین بار دچار سکته قلبی شده و تحت عمل جراحی پیوند کرونر قلب قرار نگرفته بودند، به بیماری مزمن دیگری مبتلا نبودند و از لحاظ روحی و روانی ثبات لازم را جهت انتقال تجارب خود داشتند. بیماران شرکت‌کننده با حداکثر تنوع از لحاظ سن، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی انتخاب شدند. علاوه بر بیماران، سه نفر پزشک متخصص قلب و سه نفر پرستار بخش قلب نیز بعنوان شرکت‌کنندگان فرعی بر اساس نمونه‌گیری نظری^۱ انتخاب شدند. نمونه‌گیری پس از کسب تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و اخذ معرفی نامه کتبی از دانشگاه شروع گردید. تمامی شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد در هنگام انتشار نتایج، کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند. زمان و مکان انجام مصاحبه (در منزل، محل کار، بیمارستان) با توافق شرکت‌کنندگان تعیین گردید. اولین شرکت‌کننده (بیمار) به صورت هدفمند انتخاب شد و نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. مصاحبه نیمه‌ساختار یافته، روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها بود. مصاحبه‌ها سئوالات راهنما داشتند که بر اساس اهداف پژوهش تنظیم شدند. سئوالات بر اساس هدف پژوهش و با سؤال کلی «آیا در کلاس‌های آموزشی و فعالیت‌های ورزشی پس از ترخیص شرکت کرده‌اید؟» آغاز گردید. سئوالات پی‌گیری کننده بر اساس اطلاعاتی که بیمار ارائه می‌کرد، مطرح گردید. مصاحبه‌ها که ۱۵ تا ۱۰۵ دقیقه به طول انجامیدند، به صورت دیجیتالی ضبط شدند. محتوای مصاحبه‌ها کلمه به کلمه دست‌نویس شد و با روش گراند تئوری اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) تحلیل گردید (۱۹). قبل از تحلیل داده‌ها چندین بار متن مصاحبه‌ها خوانده شد، تا درک کلی از آنها بدست آید. در کدگذاری باز یا سطح اول، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص شده و کدهایی به آنها اختصاص داده شد. کدهای داده شده، صحبت‌های شرکت‌کنندگان و یا کدهای تولیچی پژوهشگر بودند. سپس کدهای اصلی از لحاظ تشابه و تفاوت جهت ایجاد طبقات مقایسه گردیدند و کدهایی که معانی یکسانی داشتند، در یک طبقه قرار گرفتند. طبقات بر اساس ویژگی‌ها و ابعادشان توسعه داده شدند. در کدگذاری محوری طبقات بر اساس «پارادیم الگویی» اشتراوس و کوربین



۳-۱- باورهای شخصی: تصمیم‌گیری و مشارکت بیماران متأثر از باورهای آنها از برنامه‌های بازتوانی قلبی بود. صحبت بیمار زیر بیانگر باورهای وی از درمان و پیشگیری است:

«اگه بگن هم نمیرم، می‌خوان بمن بگن چی، اگه یک قرص بخوری باید دو تا قرص دیگه بخوری تا عارضه آن قرص از بین بره، من که اینهمه راه را می‌رم و میام، برم بگن چی. چهار روز عمر دیگه ارزش گرفتن رژیم غذایی را نداره» (مرد، ۵۷ ساله)

بعضی از بیماران بازتوانی قلبی را معادل فعالیت ورزشی می‌دانستند. یکی از بیماران گفت:

«میخوای بری اونجا با یه دستگاه پا بزنی، من روزی چند کیلومتر راه می‌رم، یک دوچرخه خریدم، می‌رفتم یک ربع نرمش می‌کردم، نیم‌ساعت با دوچرخه پا می‌زدم» (مرد، ۵۰ ساله)

۴-۱- عدم آگاهی از برنامه بازتوانی قلبی: بیماران از وجود برنامه بازتوانی قلبی، مراکز ارائه‌دهنده خدمات بازتوانی قلبی و محتوای برنامه‌ها اطلاع و آگاهی نداشتند. یکی از بیماران در این باره اظهار داشت:

«نه اصلاً من نمیدونم چیه و کسی هم چیزی بمن نگفته، تا بحال هم نرفتم، نمی‌دونم» (مرد، ۴۸ ساله)

۲- عوامل اجتماعی - فرهنگی

۲-۱- ناکافی بودن حمایت‌های بیمه‌ای: بالا بودن هزینه‌ها و عدم حمایت خدمات بیمه‌ای از برنامه‌های بازتوانی، مانع مشارکت بیماران در برنامه‌های بازتوانی قلبی می‌شود. یکی از بیماران گفت:

«رفتم مرکز...، یک دوره ۴۵ روز نوتوانی داره، برای ما آزاد بود. باید جلسه‌ای ۱۴ هزار تومان پول می‌دادم، ولی برای افرادی که عمل باز کرده بودند اجباری بود. از بیمه استفاده می‌کردن، اما ما را آزاد حساب می‌کردن» (مرد، ۵۲ ساله)

۲-۲- موانع فرهنگی آموزش فعالیت‌های جنسی: شرم و حیاء، مانع اصلی بیماران در بیان مشکلات جنسی پس از سکته قلبی بود. بیانات بیمار زیر بیانگر عدم آموزش کافی در باره فعالیت‌های جنسی پس از سکته قلبی است:

«چیزی در این مورد نگفتن، فقط دکتر سر بسته گفت مواظب باشید» (مرد، ۵۲ ساله)

کارکنان درمانی نیز به دلیل موانع فرهنگی از پرداختن به آن خوداری می‌کردند. بیانات پزشک زیر مؤید این موضوع می‌باشد:

«خیلی از مریض‌ها روشن نمیشه مسائل جنسی شون را بپرسن که

توسعه یافتند و طبقاتی که مشابه بودند با یکدیگر ترکیب و طبقات انتزاعی‌تری نمایان شدند. از آنجائیکه این مقاله، گزارش بخشی از یافته‌های یک مطالعه گراند تئوری است، طبقات ارائه‌شده در این مقاله حاصل کدگذاری باز و محوری هستند، اما در مطالعه اصلی کدگذاری انتخابی به منظور شناسایی متغیر اصلی ادامه داشت. در سراسر فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، موضوعاتی که در رابطه با مفهوم مورد مطالعه به ذهن پژوهشگر می‌رسید، به عنوان یادآور ثبت گردید. به منظور تعیین اعتبار داده‌ها از معیارهای پیشنهادی لینکولن و گوبا استفاده شد (۲۰). پژوهشگر علاوه بر اینکه تعامل نزدیک با شرکت‌کنندگان داشت، جهت افزایش مقبولیت (اعتبار) داده‌ها، از بازنگری شرکت‌کنندگان^۱، بازنگری ناظرین خارجی^۲ و از نظرات تکمیلی اساتید استفاده کرد. بازنگری توسط شرکت‌کنندگان، بازنگری ناظرین خارجی و تنوع نمونه‌گیری بیانگر تأییدپذیری^۳ داده‌ها بود.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸ نفر بیمار مبتلا به سکته قلبی (۱۴ نفر مرد و ۴ نفر زن با سطح تحصیلات بیسواد تا فوق لیسانس) به عنوان اطلاع‌دهنده اصلی مشارکت داشتند. میانگین سن بیماران ۶۲ سال (۷۸-۴۵ سال) بود. ۱۵ نفر از بیماران در برنامه بازتوانی قلبی شرکت نکرده بودند. از سه نفر بیمار شرکت‌کننده در بازتوانی قلبی، یک نفر به مدت ۴ هفته و دو نفر فقط یک جلسه (اول) شرکت کرده بودند. در مطالعه اصلی ۱۸۸ کد استخراج شد. ۲۵ کد مربوط به بازتوانی قلبی، بر اساس و تشابهات و تفاوت‌ها در چهار طبقه فردی، اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی، و عوامل مربوط به نظام درمان و سلامت قرار گرفتند (جدول ۱).

۱- عوامل فردی

۱-۱- سن: بیماران سالمند به دلایل عدم تحمل فعالیت‌های ورزشی، خستگی زودرس، سائیدگی مفصل زانو، عدم آگاهی از وجود برنامه‌های بازتوانی قلبی و عدم اطلاع رسانی کارکنان درمانی در برنامه‌های بازتوانی قلبی شرکت نکرده بوده‌اند.

۱-۲- جنس: در مطالعه حاضر، اکثر مردان و هیچ‌کدام از زنان در برنامه بازتوانی قلبی شرکت نکرده بودند، اما بررسی تفاوت جنسی نیازمند مطالعات کمی است. زنان عدم آگاهی از وجود برنامه‌های بازتوانی قلبی، مشکلات اقتصادی، ناتوانی در انجام ورزش و علائم جسمی را دلایل عدم شرکت خود بیان می‌کردند. یکی از زنان در این باره گفت:

«نمی‌تونم ورزش کنم، سعی می‌کنم پیاده‌روی کنم. زانوم درد می‌کنه، زود خسته میشم. همین می‌رم تا سرکوچه و برمی‌گردم» (زن، ۶۵ ساله)



به شرکت در چنین برنامه‌هایی نیستند. یکی از پزشکان متخصص در این باره گفت:

«در کشور ما باز توانی قلبی که اصلاً صفره، توی کشور تعدادشون به تعداد انگشتان دستان هم نمی‌رسه. این سیستم نادیده گرفته شده در حالیکه بخش عمده اثر مثبت درمان ما در نوتوانی است.»

۲-۴- دور بودن مراکز باز توانی: دور بودن مراکز باز توانی قلبی از محل زندگی و یا کار، باعث عدم شرکت آنها در برنامه‌های باز توانی می‌شود. پزشک قلب در این باره اظهار داشت:

«در دسترس بودن مراکز نوتوانی خیلی مهمه، مریض مجبور نباشه مثلاً از باقرآباد بلند شده بیاد توی مرکز قلب ...، این مسافت طولانی باعث میشه بیمار نیاد، باید مرکز نوتوانی در دسترس بیمار باشه، در کنار کار و زندگیش باشه، مریض باید راحت باشه»

یکی از بیماران نیز گفت:

«من رفتم مرکز ... خونمون توی محله .. است. خیلی برام دور بود، از خونه تا بیمارستان گاهی دو ساعت طول می‌کشید تا برسی» (مرد، ۴۵ ساله)

۳-۴- فقدان تیم باز توانی در بیمارستان: کارکنان درمانی اظهار داشتند برنامه‌های باز توانی قلبی حتی به صورت مشاوره تغذیه یا روانشناسی در بیمارستانها انجام نمی‌شود. یکی از پرستاران در این باره اظهار داشت:

«ما لیسانس تغذیه داریم، فقط موقع توزیع غذا میاد یه سرکشی میکنه، می‌ره، ولی با هیچ بیماری ارتباط نداره، بیشتر بر کیفیت غذا و توزیع آن نظارت دارن، برای حمایت روحی - روانی که باید توی بیمارستان روانشناس یا روانپزشک باشه، نداریم.»

۴-۴- تأکید بر مراقبت جسمی: دیدگاه حاکم بر سیستم خدمات درمانی، دیدگاه زیست پزشکی است که به جنبه‌های جسمی و کنترل بیماری توجه دارند و به ابعاد روانی و عاطفی بیماران کمتر توجه می‌شود. بیانات یکی از پزشکان مؤید این نکته است:

«مریضا را مثل ماشینی میدونن که میاد تعمیرگاه یه چیزیش عوض می‌کنن، بعد میرن به امان خدا، آینده آنها معلوم نیست چی میشه، آدم روح داره روان داره، بیماری که دچار سکنه شده، روند بیماریش ادامه داره»

یکی از بیماران در رابطه با خدمات ارائه شده گفت:

«دکتر فقط صبح‌ها می‌اومدن با یه تعداد دانشجو، پرستار هم می‌اومدن آمپول می‌زدن، سرم وصل می‌کردن، دوا میدادن، میگفتن آگه کاری داشتید بگید» (زن، ۶۶ ساله)

۵-۴- روزمرگی خدمات: خدمات اعم از مراقبت و آموزش به صورت

بعد از سکنه چکار کنن، خیلی از مریضا در رابطه با روابط جنسی شان سؤال نمی‌کنن، چون مسائل خصوصیه و ما هم اخلاق خودمون را داریم نمی‌تونیم بازگو کنیم.»

۳-۲- عدم آموزش همگانی: همانطور که پیش از این گفته شد، بیماران از وجود و محتوای برنامه‌های باز توانی قلبی آگاهی نداشتند و کارکنان درمانی نیز تأکید داشتند که در این زمینه آموزش همگانی کافی صورت نگرفته است. یکی از پزشکان اظهار داشت:

«توی جامعه ما در باره این برنامه‌ها اطلاع‌رسانی و تبلیغات مؤثر و کارآمد نشده، نیاز به آموزش، آموزش داده نشده که مثلاً بیمار» دنبال چربی اش باشه، دنبال فشارخونش باشه، بیشتر دنبال بدهی‌ها و وام شه»

۳- عوامل اقتصادی

۳-۱- هزینه باز توانی قلبی: عدم بضاعت مالی و ناتوانی در پرداخت هزینه‌های برنامه‌های باز توانی از موانع مشارکت بیماران بود. بیانات بیمار زیر مؤید این نکته است:

«من یه جلسه بیمارستان ... رفتم، توی برنامه‌های آنها شرکت کردم، دیگه نرفتم، گرون بود. هر جلسه ۲۰-۱۵ هزار تومان می‌خواست پول بدی، نداشتم، توانشو نداشتم» (مرد، ۵۹ ساله).

یکی از زنان نیز در این باره بیان داشت:

«بیمارستانها که آدمو درک نمی‌کنن، براشون مهم نیست، هرچه بخوان هزینه می‌کنن. بیمار وقتی میشنوه که هزینه‌اش اینقدر زیاد میشه میگه خوب من بیمار نیستم» (زن، ۵۸)

۲-۳- مشکلات آمد و شد: مسافت طولانی مرکز باز توانی با محل سکونت بیماران، نداشتن وسائط نقلیه و عدم توانایی مالی در گرفتن آژانس از جمله موانع مشارکت بیماران بود. در رابطه با مشکلات ایاب و ذهاب یکی از بیماران گفت:

«مرکز ... از خونه ما خیلی دوره، تنها که نمی‌تونیم بریم، یه نفر باید یه روز از کار و زندگیش بزنه تا ما را ببره، آگه با ماشین خودمون بریم، ترافیکه و شلوغ، جای پارک کجا پیدا میشه، با آژانس هم باید پول داشته باشی» (مرد، ۵۲ ساله).

یکی از پزشکان در زمینه سهولت دسترسی بیماران گفت:

«مریض آگه بخواد بیاد توی یک برنامه نوتوانی مرکز قلب ... شرکت بکنه، نصف روزش گرفته میشه، برای خیلی مریضا دوره، این خیلی مهمه»

۴- عوامل مربوط به نظام درمان و سلامت

۱-۴- کمبود مراکز باز توانی: کارکنان درمانی معتقد بودند مراکز باز توانی قلبی به اندازه کافی وجود ندارد و در تهران محدود به دو بیمارستان قلب و شهید رجائی است که عملاً بسیاری از بیماران قادر



یکی از بیماران گفت:

«بچه‌ها که بیرون بخش بودن، آگه چیزی نیاز داشتن بهشون اجازه میدادن بیان توی بخش، من تقریباً توی حالت نیمه خواب بودم، به پسر می‌گفتم ما چه میدونیم، فقط برید دعا کنید، به اینها نه آموزش میدن نه روحیه میدن» (مرد، ۵۵ ساله)

یکی از پزشکان قلب در رابطه با توجه به اعضای خانواده بیان داشت: «سرنوشت بیمار به خانواده بستگی داره، خانواده خیلی مهمه، با خانواده‌ها باید مشاوره بشه، توی این پروسه باید به خانواده‌ها هم توجه بشه، فراموش نشن».

۸-۴- سیستم ارجاع بیمار به مراکز بازتوانی: در سیستم درمانی، سیستم ارجاع بیماران به مراکز بازتوانی وجود نداشت. اینکه آیا پزشک یا پرستار مسئول معرفی بیمار به برنامه‌های بازتوانی است، مشخص نیست. اکثریت بیماران نیز اظهار داشتند کارکنان درمانی در رابطه با حضور در برنامه‌های بازتوانی به آنها اطلاع رسانی نکردند. یکی از بیماران در این مورد بیان داشت:

«بهم نگفتن نه پرستار نه دکتر، توی پرونده هم ننوشتن که باید برم، توی پرونده نوشتن ورزش بکن، غذاهای پرچرب نخور، غذاهای کم چرب بخور، از این حرفها توش نوشته بودن، اما نگفتن باید بری» (زن، ۶۶ ساله).

۹-۴- تعامل با کارکنان درمانی: ارتباط مناسب کارکنان درمانی در جلب اعتماد بیمار جهت مشارکت بیمار در بازتوانی قلبی تأثیر دارد. بیانات یکی از بیماران مؤید این نکته است:

«چیزهای حیاتی و اصولی که آدم انتظار داره از این بخش‌ها سرویس بگیره، نمی‌دن، اهمیتی به مریض نمی‌دن، اهمیتی به کارشون نمی‌دن» (مرد، ۵۷ ساله)

یافته‌های فوق نشان می‌دهد موانع مشارکت بیماران در برنامه‌های بازتوانی قلبی بیشتر عواملی هستند که قابل تغییر و تعدیل هستند.

جدول ۱- موانع مشارکت بیماران مبتلا به سکته قلبی در بازتوانی قلبی

عوامل فردی	عوامل اجتماعی- فرهنگی	عوامل اقتصادی	عوامل مربوط به نظام درمان و سلامت
سن	ناکافی بودن حمایت‌های بیمه‌ای	کم بودن مراکز بازتوانی قلبی	کم بودن مراکز بازتوانی قلبی
جنس	موانع فرهنگی در آموزش فعالیت‌های جنسی	هزینه بازتوانی قلبی	دور بودن مراکز بازتوانی
باورهای فردی	عدم آموزش همگانی	مشکلات آمد و شد	فقدان تیم بازتوانی در بیمارستان
عدم آگاهی			تأکید بر مراقبت جسمی
			روزمرگی خدمات
			کمبود پرستار قلب
			خدمات بیمار محور
			سیستم ارجاع بیمار به مراکز بازتوانی
			تعامل با کارکنان درمانی

روزمره و بدون توجه به تفاوت‌ها و نیازهای فردی بیماران ارائه می‌شوند. یکی از بیماران گفت:

«یه خانم پرستاری بود که یه برگه‌ای بهم داد توش نوشته بود چه بخوره چه نخوره، حمام می‌ری یه نفر در بار اول و دوم بهت کمک بکنه، پله‌ها را با احتیاط بالا و پایین می‌ری. نوشته بود تا ۴ هفته نزدیکی نباید بکنی» (مرد، ۶۱ ساله).

صحت‌های پرستار زیر بیانگر آموزش‌های روتین و عدم توجه به نیازهای فردی بیماران می‌باشد:

«موقع ترخیص یک پمفلت آموزشی توی بخش داریم که ۱۵ مورد توی آن نوشته شده، به همه بیماران سکنه قلبی میدیم، توش نوشته شده تا سه ماه کارهای خیلی سنگین نکنه، حمام با بخار زیاد نرن، زیاد توی حمام نباشن، مسائل جنسی را سریع انجام ندن، از غذاهای محرک مثل ادویه دار پرهیز بکنه، ...»

۶-۴- کمبود پرستار قلب: بازتوانی قلبی نیازمند وجود پرستاران آموزش دیده بیماران قلبی است که در این زمینه کمبود پرستار متخصص قلب وجود دارد. یکی از پزشکان متخصص قلب در رابطه با نقش پرستار قلب در تیم بازتوانی قلبی گفت:

«ما باید پرستار آموزش دیده مخصوص سی سی یو داشته باشیم، سیستم پرستاری بایستی به صورت یک سیستم جدا برای حمایت از زندگی بیماران کرونر قلب وجود داشته باشه، اینها را نداریم». یکی از پرستاران قلب نیز گفت:

«توی سی سی یو بیشترین تأثیر را پرستاران دارن، هر پرستاری نمی‌تونه پرستار بخش سی سی یو و بیماران قلبی باشه، پرستار سی سی یو بایستی توانمند باشه از نظر علمی تا مریض بهش اعتماد بکنه».

۷-۴- عدم خدمات خانواده محور: خدمات درمانی بهداشتی بیمار محور هستند و به خانواده‌ها کمتر توجه می‌شود، در حالیکه خانواده بیماران کرونر قلب نیازمند مشارکت و حمایت کارکنان درمانی هستند.



بحث

بر اساس تجارب شرکت‌کنندگان، موانع مشارکت بیماران در برنامه‌های باز توانی در چهار طبقه فردی، اجتماعی، اقتصادی و عوامل مربوط به نظام درمانی و سلامت طبقه‌بندی گردید. اکثریت بیماران سکته قلبی در باز توانی قلبی شرکت نکرده بودند. قلمقاش و همکاران اجرای برنامه فاز اول توانبخشی قلبی را در ۱۱ بیمارستان دارای بخش جراحی قلب مطالعه کردند. نتایج مطالعه نشان داد حدود ۱۰ درصد از بیمارستان‌های دارای بخش جراحی قلب، برنامه توانبخشی قلبی فاز یک را به صورت نسبتاً جامع انجام می‌دهند، درحالی‌که در بعضی از بیمارستان‌ها در حد صفر بود (۲۱). در مطالعه حاضر همانند سایر مطالعات کیفی هدف بررسی ارتباط و تأثیر متغیرها بر موضوع مورد مطالعه نمی‌باشد، اما سایر مطالعات تأثیر سن، جنس و وضعیت اجتماعی-اقتصادی بر میزان مشارکت بیماران در برنامه‌های باز توانی قلبی را نشان داده‌اند (۲۲، ۲۳). همانند مطالعات موجود، عدم آگاهی بیماران از برنامه‌های باز توانی قلبی و محاسن آن (۲۳، ۱) و باورهای آنها از برنامه‌های باز توانی (۲۴، ۲۵) مشارکت بیماران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. باورهای بیماران ممکن است بطور مستقیم و غیرمستقیم بر مشارکت بیماران تأثیر داشته باشد (۱۴). با این وجود مکسونی و کرین معتقدند که چگونگی تأثیر باورهای بیماران و فرایند تصمیم‌گیری آنان در برنامه‌های باز توانی نیازمند پژوهش‌های بیشتری می‌باشد (۲۶).

در مقایسه با پیشرفت‌هایی که در درمان بیمارهای کرونر قلبی و مراقبت‌های ویژه قلبی در ایران در طی دهه‌های گذشته صورت گرفته است، توسعه برنامه‌های توانبخشی قلبی قابل توجه نبوده است. وجود مراکز باز توانی قلبی به نحوی که بیماران امکان دسترسی به آنها را داشته باشند، بدون شک پیامدهای مثبتی را به دنبال خواهد داشت. تعداد محدود مراکز باز توانی قلبی، فقدان تیم باز توانی در بیمارستانها و عدم سیستم ارجاع بیماران واجد شرایط به مراکز باز توانی قلبی باعث می‌شوند تا بسیاری از بیماران در باز توانی قلبی شرکت نکنند. تأکید بر آموزش و مراقبت‌های معمول، بی‌توجهی به نیازهای فردی بیماران و موانع فرهنگی آموزش مسائل جنسی، از جمله چالش‌های باز توانی بیماران سکته قلبی می‌باشند. تاد و همکاران کمبود مراکز باز توانی قلبی را یکی از عوامل مهم عدم مشارکت بیماران سکته قلبی در باز توانی قلبی می‌دانند و در این باره می‌نویسند: فقدان برنامه‌ریزی، عدم سرمایه‌گذاری در گذشته و عدم تربیت پرسنل کافی باعث شده تا امروزه بسیاری از بیماران پس از سکته قلبی به برنامه‌های باز توانی دسترسی نداشته باشند (۱). از طرف دیگر امروزه به دلیل استفاده از

آزمون تشخیصی تروپونین بر تعداد بیماران تشخیص داده شده افزوده می‌شود که خود باعث افزایش متقاضیان استفاده از برنامه‌های باز توانی قلبی می‌گردد (۲۷). جایزی و همکاران در رابطه با ساختار مراکز باز توانی قلبی می‌نویسند: توزیع نامناسب جغرافیایی برنامه‌های باز توانی قلبی، مسافت‌های طولانی بین مراکز باز توانی با محل زندگی و کار بیماران، از جمله موانع مشارکت بیماران در برنامه‌های باز توانی قلبی هستند (۵). در بعضی از کشورها به منظور افزایش مشارکت بیماران نیازمند به برنامه‌های باز توانی، الگوی باز توانی باز دید منزل پیشنهاد شد (۱۳).

الگوی باز توانی باز دید منزل علاوه بر این که از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه می‌باشد، توسط پرستاران آموزش دیده جهت بیماران سالمند، بیماران مبتلا به بیمارهای مزمن، بیمارانی که بدلیل ایاب و ذهاب قادر به شرکت در برنامه‌های باز توانی بیمارستانی نیستند و بیمارانی که به نظارت کمتری نیاز دارند، قابل اجرا هستند (۱۳، ۵). پرستاران بهداشت جامعه و یا پرستاران قلب با انجام فعالیتهایی نظیر بررسی و جمع آوری اطلاعات، آموزش و حمایت روحی (۲۹)، می‌توانند نقش مهمی در برنامه‌های باز توانی جامعه محور و یا باز دید منزل داشته باشند. ریچ و همکاران تأثیر برنامه باز توانی از طریق باز دید منزل را بررسی کردند. مطالعه نشان داد آموزش بیماران در برنامه‌های باز دید منزل باعث کاهش بستری مجدد و بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۳۰).

عدم تیم باز توانی در بیمارستانها، درمان و مراقبت را به پزشکان و پرستاران محدود ساخته است. جایزی و همکاران معتقدند برنامه آموزش باز توانی قلبی در بسیاری از دانشگاه‌ها وجود ندارد. توانبخشی قلبی باید در سطوح پایه و تخصصی آموزش داده شود. همچنین خدمات تخصصی باز توانی قلبی نیازمند اتخاذ رویکرد تیمی متشکل از کاردیولوژیست، پرستار، روانشناس بالینی، متخصص تغذیه، فیزیوتراپیست و ورزشی، متخصص علوم رفتاری و فیزیولوژیست می‌باشد که بایستی تشکیل شود (۵).

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد که بایستی مورد توجه قرار گیرد. عدم همکاری دو مرکز ارائه دهنده برنامه‌های باز توانی قلبی با پژوهشگر، از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. باز توانی قلبی بیماران سکته قلبی که پیوند شریان کرونر قلب شده‌اند، نیازمند پژوهش دیگری می‌باشد. پیشنهاد می‌شود عوامل مرتبط با مشارکت در بیماران شرکت کننده در برنامه‌های باز توانی قلبی با بیمارانی که در برنامه‌های باز توانی شرکت نمی‌کنند، مقایسه گردد.



بیماران را در برنامه‌های بازتوانی قلبی تسهیل می‌نماید.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیماران، پزشکان و پرستارانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و همچنین از اساتید محترمی که در فرایند کدگذاری و اصلاح کدها، ما را یاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت انجام این مطالعه تشکر نمایند.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که عوامل مختلفی بر مشارکت بیماران در برنامه‌های بازتوانی قلبی تأثیر دارند. اکثریت بیماران در برنامه‌های بازتوانی قلبی شرکت نکرده‌اند که از مهمترین علل آنها می‌توان به عدم آگاهی بیماران از وجود و محتوای برنامه‌های بازتوانی، کمبود مراکز بازتوانی و عدم دسترسی آسان بیماران به مراکز بازتوانی قلبی اشاره کرد. بسیاری از موانع مشارکت بیماران در برنامه‌های بازتوانی قلبی قابل تعدیل هستند که تغییر آنها حضور

منابع:

- 1- Tod AM, Lacey EA, McNeill F. I'm still waiting: Barriers to accessing cardiac rehabilitation services. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(4): 421-431.
- 2- Melville MR, Packham C, Brown N, Weston C, Gray D. Cardiac rehabilitation: Socially deprived patients are less likely to attend but patients in eligible for thrombolysis are less likely to be invited. *Heart* 1999; 82(3):373-377.
- 3- Sebregts EHWJ, Falger PRJ, Bar FWHM. Risk factor modification through nonpharmacological intervention in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 4(5):425-441.
- 4- Nejatian M. [Cardiac rehabilitation decrease mortality (Persian)]. Available from: <http://www.salamatnews.com/viewNews.aspx?ID=6956&cat=1> [Nov 10 2008].
- 5- Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, Fioretti P, Mendes M, Cohen-Solal A, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: Position paper of the working group on cardiac rehabilitation and exercise physiology of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal* 2003; 24(13):1273-1278.
- 6- Dalal H, Evans PH, Campbell JL. Recent developments in secondary prevention and cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *British Medical Journal* 2004; 328(7441):693-697.
- 7- Daly J, Sindone AP, Thompson DR, Hancock K, Chang E, Davidson P. Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs: A critical literature review. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2002 17(1):8-17.
- 8- Cooper AF, Jackson G, Weinman J, Horne R. Factors associated with cardiac rehabilitation attendance: A systematic review of the literature. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16(4):541-552.
- 9- Thomas RJ, Miller NH, Lamendola C, Berra K, Hedback B, Durstine JL, Haskell W. National survey of gender differences in cardiac rehabilitation programs. Patient characteristics and enrollment patterns. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 1996; 16(6):402-412.
- 10- Bethell HJ, Turner SC, Evans JA, Rose L. Cardiac rehabilitation in the United Kingdom. How complete is the provision? *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 2001; 21(2): 111-115.
- 11- Ades PA, Waldmann ML, Gillespie C. A controlled trial of exercise training in older coronary patients. *Journal of Gerontology* 1995; 50(1):7-11.
- 12- Clark AM, Barbour RS, MacIntyre PD. Preparing for change in the secondary prevention of coronary heart disease: A qualitative evaluation of cardiac rehabilitation within a region of Scotland. *Journal of Advanced Nursing* 2002a; 39(6):589-598.
- 13- Warrington D, Cholowski K, Peters D. Effectiveness of home-based cardiac rehabilitation for special needs patients. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(2): 121-129.
- 14- Clark AM, Barbour RS, White M, MacIntyre PD. Promoting participation in cardiac rehabilitation: Patient choices and experiences. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(1):5-14.
- 15- Davoud Vand Sh.M, Elahi N, Ahmadi F, Haghghi Zadeh MH. [Effectiveness of the short-term cardiac rehabilitation programs on the rate of disease relapse, again refer and rehospitalization in patients with myocardial infarction (Persian)]. *Journal of Rehabilitation* 2008; 9(1): 17-22.
- 16- Mohammadi F, Taherian A, Hosseini MA, Rahgozar M. [Effect of home-based cardiac rehabilitation on quality of life in the patients with myocardial infarction (Persian)]. *Journal of Rehabilitation* 2006; 7(3): 11-19.
- 17- Najafiyani J. [Effects of cardiac rehabilitation on sexual dysfunction of post myocardial infarction patients (Persian)]. *Journal of Rehabilitation* 2001; 1(3):12-16.
- 18- Dehdari T, Heydarnia AR, Ramezan Khani A, Sadeghian S, Ghofrani Pour Rouchi FA, et al. [Effects of phase 3 cardiac rehabilitation programs on anxiety and quality of life in anxious patients after coronary artery bypass surgery (Persian)]. *The Journal of Tehran University Heart Center* 2007; 2(4):207-212.
- 19- Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research*. 2nd edition. Thousand Oaks, Sage Publication 1998; PP: 101-140.
- 20- Streubert HJ, Carpenter CR. *Qualitative Research in Nursing*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 1999; P: 28-29.
- 21- Ghalamghash R, Keyhani MR, Gousheh B, Bazr Afshan AR, Barzegari M, Hoseini A. [The importance of phase 1 cardiac rehabilitation and evaluation of its performance in Tehran city hospitals (Persian)]. *Journal of Medical Council of I.R.I* 2006; 24(2):123-132.
- 22- Clark AM, Sharp C, MacIntyre PD. The role of age in moderating access to cardiac rehabilitation in Scotland. *Ageing and Society* 2002; 22(4):501-515.
- 23- King KM, Humen DP, Smith HL, Phan CL, Teo KK. Predicting and explaining cardiac rehabilitation attendance. *Canadian Journal of Cardiology* 2001; 17(3):291-297.
- 24- Petrie K, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *British Medical Journal* 1996; 312(7040):1191-1194.
- 25- Gassner LA, Dunn S, Piller N. Patients' interpretation of the symptoms of myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing* 2002; 18(6):342-354.
- 26- McSweeney JC, Crane PB. An act of courage: Women's decision-making processes regarding outpatient cardiac rehabilitation attendance. *Rehabilitation Nursing* 2001; 26(4), 132-140.
- 27- Ferguson JL, Beckett GJ, Stoddart M, Walker SW, Fox KA. Myocardial infarction redefined: The new ACC/ESC definition, based on cardiac troponin, increases the apparent incidence of infarction. *Heart* 2002; 88(4):343-7.
- 28- Noy K. Cardiac rehabilitation: Structure, effectiveness and the future. *British Journal of Nursing* 1998; 7(17):1033-1040.
- 29- Salisbury C. Rehabilitation after myocardial infarction: The role of the community nurse. *Nursing Standard* 1996; 10(23):49-51.
- 30- Rich MW, Beckham V, Wittenburg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *New England Journal of Medicine* 1995; 333(18):1213-1214.