

تأثیر پیگیری بر وضعیت سلامت جسمی و روحی بیماران دچار انفارکتوس قلبی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی بوعلی اردبیل ۱۳۷۹-۸۰

غفت مظاهری^۱، دکتر سیدهاشم سزاوار^۲، دکتر عدالت حسینیان^۳، نسرین فولادی^۴

چکیده

زمینه و هدف: امروزه با تغییر سیستم ارایه مراقبت های بهداشتی، بیشتر بیماران مراقبت های حرفه‌ای و تخصصی لازم را پس از ترخیص از بیمارستان در منزل دریافت می‌کنند. هدف این مطالعه بررسی تأثیر پیگیری بر وضعیت سلامت جسمی و روحی بیماران دچار انفارکتوس قلبی بود.

روش کار: این پژوهش تجربی بر روی ۶۰ بیمار دچار انفارکتوس قلبی مراجعه کننده به مرکز آموزش درمانی بوعلی اردبیل در سال ۱۳۷۹-۸۰ انجام شد. نمونه‌های مورد بررسی بصورت مبتنی بر هدف انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری شاهد و آزمون قرار گرفتند. سپس برای گروه آزمون برنامه بازدید منزل تدوین گردید ولی برای گروه شاهد مداخله‌ای صورت نگرفت. یک هفته پس از اجرای کامل برنامه بازدید منزل، وضعیت سلامت جسمی و روحی نمونه‌های مورد بررسی در هر دو گروه توسط چک لیست نهایی و تست اسپیلبرگرویک مورد بررسی و نتایج با آزمون X^2 در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: آزمون X^2 بین ضریب قلب زمان استراحت در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نشان داد ($P < 0/05$) ولی این تفاوت بین فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، وزن، اضطراب و افسردگی در دو گروه معنی دار نبود.

نتیجه گیری: با توجه به آنکه پیگیری بر وضعیت سلامت جسمی و روحی بیماران موثر است بنابراین پرستاران می‌توانند با فعال کردن سیستم مراقبت در منزل و برنامه های بازتوانی همراه با حمایت های اجتماعی بعد از انفارکتوس قلبی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران شوند.

واژه‌های کلیدی: پیگیری بیمار، انفارکتوس قلبی، وضعیت سلامت جسمی و روحی

۱- مؤلف مسئول: مربی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲و۳- استادیار گروه قلب و عروق دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۴- مربی آموزش بهداشت دانشکده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مقدمه

امروزه با تغییر سیستم ارایه مراقبت های بهداشتی، بیشتر بیماران مراقبت های حرفه‌ای و تخصصی لازم را پس از ترخیص از بیمارستان در منزل دریافت می‌کنند و دو اصل مهم ارایه مراقبت های بهداشتی درمانی در محیط زندگی مددجویان و لزوم صرفه‌جویی در هزینه‌های بهداشتی درمانی سر لوحه سیاست های بهداشتی قرن بیست و یکم قرار گرفته است. نتایج بررسی ها و تجارب بهداشتی سالیان اخیر حاکی از آن است که ارایه مراقبت های بهداشتی مدبرانه در منازل به عنوان یکی از اماکن اقامت در جامعه، علاوه بر کاهش دوره بستری در بیمارستان ها و سایر مراکز درمانی، گام بزرگی در جهت استقلال مددجو و نهایتاً ارتقای سطح سلامت جامعه و صرفه‌جویی اقتصادی خواهد بود [۱]. همچنین وجود تعداد زیاد مددجویان در سطح جامعه که نیازمند دریافت انواع مختلفی از خدمات بهداشتی درمانی هستند و با تغییر رویکرد ارایه مراقبت های بهداشتی در سطح جامعه و نه فقط در مراکز بهداشتی درمانی تأکید بر افزایش استقلال مددجویان و کاهش اثرات بیماری و ناتوانی از طریق تقویت و تحصیل خود مراقبتی، لزوم اهمیت ارایه خدمات مراقبتی به مددجویان در منزل در میان خانواده و نزدیکان آنان را آشکار می‌سازد [۱]. انفارکتوس قلبی یکی از شایعترین بیماریها در بین بیماران بستری در بیمارستان در کشورهای صنعتی می‌باشد و حدود ۵/۱ میلیون مورد در سال گزارش شده است که حدود ششصد هزار مورد آن به مرگ ختم می‌شود [۲]. انجمن قلب آمریکا گزارش می‌دهد که سالانه ۵۰۰ هزار نفر بدلیل حملات قلبی از بین می‌روند [۳].

بیماری های عروق کرونر سیر صعودی داشته و بیشترین میزان مرگ و میر را به خود اختصاص داده است. براساس تحقیقات انجام شده حدود ۲۰-۱۵ درصد بیماران پس از انفارکتوس میوکارد طی ماه اول پس از

ترخیص به انفارکتوس دوم مبتلا شده و حدود ۱۰-۵ درصد آنان فوت می‌کنند [۱].

عوارض ناشی از انفارکتوس قلبی مواردی از قبیل مشکلات جسمی و روحی (اضطراب و افسردگی) می‌باشد. بررسی انجام شده در ۸۸۷ بیمار دچار انفارکتوس قلبی نشان می‌دهد که پس از ۷ روز ۳۲٪ بیماران دچار افسردگی خفیف و متوسط بوده‌اند و افسردگی یک عامل پیش‌گویی کننده مرگ و میر بمدت یکسال بعد از بیماری است و حمایت‌های اجتماعی باعث کاهش اضطراب می‌شود و ارتباط مستقیمی بین حمایت های اجتماعی و افسردگی بعد از بیماری وجود دارد [۴].

بررسی انجام شده در ۳۸ بیمار دچار انفارکتوس قلبی حاد که بمدت ۳ هفته بعد از ترخیص از بیمارستان پیگیری شده بودند نشان داد که این بیماران در این مدت اضطراب و افسردگی و ترس از عود بیماری را تجربه می‌کنند که باعث بدتر شدن وضعیت سلامت جسمی آنان می‌شود [۵]. بنابراین بیمار و خانواده‌اش به آموزش و مشاوره نیاز دارند و از آنجایی که بازتوانی فرآیند پویا و آگاهانه بهداشتی است که به فرد بیمار جهت دستیابی به حداکثر توانایی جسمی و روحی کمک می‌کند، بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی نیز که از عوارض جسمی و روحی ناشی از بیماری متأثر می‌شوند به بازتوانی جسمی و روحی و پیگیری نیاز دارند [۱].

بررسی انجام شده توسط Chen و همکاران نشان داد که آموزش اعضای خانواده و بیمار جهت کاهش این عوارض اهمیت داشته و باید توسط پرستاران انجام شود [۶]. نتایج تحقیقات انجام شده در مورد بیماران قلبی که در منزل تحت مراقبت قرار گرفته‌اند نشان داده است که ۹۵٪ آنان در وضعیت خوب تا عالی قرار داشته‌اند [۱]. بررسی انجام شده توسط رحمانیان و همکاران نشان داده است که مراقبت در منزل بر وضعیت سلامت بیماران تحت درمان با همدیالیز مؤثر

جلسات بازدید منزل که بمدت یک و نیم الی دو ساعت به طول می‌انجامد ابتدا بیماران معاینه فیزیکی می‌شدند و در صورت وجود مشکلات جسمی و روحی اقدامات مراقبتی مناسب بعمل می‌آمد. همچنین در بازدید اول حدود ۴۵ دقیقه در ارتباط با بیماری، داروهای مصرفی، رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی طبق دفترچه آموزشی که در این راستا تنظیم و در اختیار بیماران تحت مراقبت قرار گرفته بود آموزش های لازم داده می‌شد. در جلسات بعدی از آموزش های داده شده امتحان شفاهی بعمل می‌آمد و در خاتمه وضعیت جسمی - روحی و آموزشی بیماران در دفترچه گزارش ثبت می‌گردید و بعنوان اطلاعات پایه در بازدید های بعدی مورد استفاده قرار می‌گرفت. بعد از دو ماه و اتمام برنامه مراقبتی و بازدید منزل وضعیت سلامت جسمی و روحی افراد مورد بررسی در هر دو گروه براساس چک لیست تنظیم شده که شامل مشخصات دموگرافیک، فشار خون، وزن و تعداد ضربان قلب در زمان استراحت بود، بررسی می‌شد. همچنین جهت بررسی وضعیت روحی بیماران در هر دو گروه تست اسپیلبرگر که شامل ۴۰ سؤال در ارتباط با اضطراب پنهان و آشکار بود (اضطراب خفیف ۵۳-۰، متوسط ۱۰۷-۵۴ و اضطراب شدید ۱۶۵-۱۰۸) استفاده شد. جهت بررسی میزان افسردگی نمونه ها تست بک که شامل ۲۱ سؤال بود (افسردگی خفیف ۲۱-۰، متوسط ۲۴-۲۲ و افسردگی شدید ۶۳-۴۲) بکار گرفته شد و در نهایت بعد از جمع‌آوری داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و آزمون X^2 جهت بررسی ارتباط مشخصات دموگرافیک با اضطراب و افسردگی در دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۹۰٪ افراد در هر دو گروه مذکر و ۱۰٪ مؤنث بودند. ۳۶/۷٪ گروه شاهد و ۳۳/۳٪

بوده است [۷]. همچنین بررسی انجام شده در ۸۳ بیمار دچار انفارکتوس قلبی نشان می‌دهد که برنامه‌های بازتوانی قلبی انجام شده در منزل از طریق افزایش قدرت تحمل فعالیت های هوازی بیماران باعث بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود [۸].

پرستاران بزرگترین گروه حرفه‌ای سیستم مراقبت های بهداشتی می‌باشند و با تشریک مساعی با بیماران و خانواده های آنان می‌توانند در پیگیری و کاهش دوره بستری مؤثر باشند [۹] و مطالعات نشان می‌دهد که ۸۴٪ پزشکان و ۹۰٪ پرستاران موافق ارایه مراقبت در محل سکونت مددجویان می‌باشند و آنرا ضروری می‌دانند [۱]. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر پیگیری بر وضعیت سلامت جسمی و روحی بیماران دچار انفارکتوس قلبی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی بوعلی اردبیل در سال ۸۰-۱۳۷۹ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

در این بررسی بیماران دچار انفارکتوس میوکارد مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی بوعلی اردبیل که ساکن شهر اردبیل بودند بطور تصادفی ساده به تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه ۳۰ نفری شاهد و آزمون قرار گرفتند. نمونه‌گیری و مراقبت در منزل از مهر ماه ۱۳۷۹ تا دی ماه ۱۳۸۰ بطول انجامید. هر دو گروه بعد از بستری تحت مراقبت های معمول در بیمارستان قرار گرفتند. ولی افراد مورد بررسی در گروه آزمون قبل از ترخیص از بیمارستان ابتدا توسط ابزار بررسی وضعیت سلامت گوردون تحت بررسی و آموزش در ارتباط با مراقبت در منزل قرار می‌گرفتند و اطلاعات بدست آمده بعنوان اطلاعات پایه در طی مراقبت در منزل بکار گرفته می‌شد. برنامه بازدید مدون شامل چهار بازدید بود و دو هفته، یک ماه، یک و نیم ماه و دومه بعد از ترخیص انجام می‌گرفت. طی

جدول شماره ۲. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب فشار خون دیاستولیک (میلی‌متر جیوه)

واحد های مورد پژوهش	شاهد		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۷۰	۵	۱۶/۷	۱۱	۳۶/۷
۷۱-۸۰	۱۶	۵۳/۳	۱۲	۴۰
۸۱ و بالاتر	۹	۳۰	۷	۲۳/۳
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

$$X^2=3.07 \quad df=2 \quad P=0.21$$

جدول شماره ۳. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب ضربان قلب زمان استراحت

واحد های مورد پژوهش	شاهد		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۷۰	۸	۲۶/۷	۱۰	۳۳/۴
۷۱-۸۰	۱۲	۴۰	۱۸	۶۰
۸۱ و بالاتر	۱۰	۳۳/۳	۲	۶/۶
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

$$X^2=6.76 \quad df=2 \quad P=0.034$$

۵۳/۳٪ گروه شاهد و ۳۶/۷٪ گروه آزمون دارای وزن ۷۱-۸۰ کیلوگرم و ۲۰٪ گروه شاهد دارای وزن ۸۱ کیلوگرم و بالاتر و ۳۰٪ گروه آزمون دارای وزن زیر ۷۰ کیلوگرم بودند که تفاوت وزن بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وزن (کیلوگرم)

واحد های مورد پژوهش	شاهد		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۷۰	۸	۲۶/۷	۹	۳۰
۷۱-۸۰	۱۶	۵۳/۳	۱۱	۳۶/۷
۸۱ و بالاتر	۶	۲۰	۱۰	۳۳/۳
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

$$X^2=1.98 \quad df=2 \quad P=0.37$$

۷۳/۳٪ گروه شاهد و ۸۶/۷٪ گروه آزمون اضطراب متوسط به پایین و ۲۶/۷٪ گروه شاهد و ۱۳/۳٪ گروه آزمون اضطراب متوسط به بالا داشتند مقایسه میانگین

گروه آزمون در گروه سنی ۶۰-۵۱ و ۱۰٪ گروه شاهد و ۱۳/۳٪ گروه آزمون در گروه سنی ۷۱ و بالاتر بودند. مقایسه میانگین سنی با استفاده از آزمون T تفاوت آماری معنی‌دار را بین دو گروه نشان نداد. ۵۳/۳٪ گروه شاهد و ۶۰٪ گروه آزمون دچار انفارکتوس تحتانی و در گروه شاهد ۱۳/۴٪ و در گروه آزمون ۱۳/۳٪ انفارکتوس قدامی وسیع داشتند.

جدول شماره ۱. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب فشار خون سیستولیک (میلی‌متر جیوه)

واحد های مورد پژوهش	شاهد		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
زیر ۱۲۰	۹	۳۰	۱۸	۶۰
۱۲۱-۱۴۰	۱۵	۵۰	۹	۲۰
۱۴۱ و بالاتر	۶	۲۰	۲	۱۰
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

$$X^2=5.5 \quad df=2 \quad P=0.06$$

جدول شماره ۱ بیانگر آن است که ۵۰٪ گروه شاهد دارای فشار خون سیستولیک ۱۲۱-۱۴۰ میلی‌متر جیوه و در گروه آزمون ۶۰٪ فشارخون سیستولیک زیر ۱۲۰ میلی‌متر جیوه داشتند و ۲۰٪ گروه آزمون و ۱۰٪ گروه شاهد دارای فشار خون ۱۴۱ و بالاتر بودند. آزمون X^2 تفاوت آماری معنی‌داری بین فشار خون سیستولیک در دو گروه نشان نداد. ۴۰٪ گروه آزمون و ۵۳/۳٪ گروه شاهد دارای فشار خون دیاستولیک ۷۱-۸۰ میلی‌متر جیوه و ۱۶/۷٪ گروه شاهد دارای فشار خون دیاستولیک زیر ۷۰ میلی‌متر جیوه بودند. همچنین مقایسه میانگین فشار خون دیاستولیک بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد (جدول شماره ۲).

۴۰٪ گروه شاهد و ۶۰٪ گروه آزمون دارای ضربان قلب ۷۱-۸۰ و ۲۶/۷٪ گروه شاهد دارای ضربان قلب زیر ۷۰ و ۶/۶٪ گروه آزمون دارای ضربان ۸۱ و بالاتر بودند و انجام آزمون X^2 تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد (جدول شماره ۳).

بودند. در گروه آزمون ۶۶/۷٪ گروه سنی زیر ۶۰ سال و ۳۳/۳٪ گروه سنی ۷۱ و بالاتر دارای افسردگی خفیف بودند. آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین سن و افسردگی در دو گروه نشان نداد.

در گروه شاهد ۹۴/۷٪ افراد مذکر دارای اضطراب خفیف و در گروه آزمون ۹۱/۷٪ افراد مذکر و ۸/۳٪ افراد مؤنث دارای اضطراب خفیف بودند و انجام آزمون فیشر ارتباط معنی‌داری بین اضطراب و جنس در دو گروه نشان نداد.

بحث

امروزه با تغییر سیستم ارایه مراقبت‌های بهداشتی، بیشتر بیماران مراقبت‌های حرفه‌ای و تخصصی لازم را پس از ترخیص از بیمارستان در منزل دریافت می‌کنند. مراقبت‌های ارایه شده توسط پرستاران در منزل می‌تواند منجر به پیشگیری و کاهش دوره بستری بیماران و بستری شدن مجدد آنان و در نتیجه کاهش هزینه‌های بیمارستانی شود [۱].

در این پژوهش برنامه آموزشی - مراقبتی از طریق بازدید منزل طی چهار نوبت (دو هفته - یکماه و ۱/۵ ماه و دو ماه بعد از ترخیص از بیمارستان) اجرا گردید. نتایج پژوهش نشان داد که پس از اجرای برنامه بازدید منزل در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد میزان فشارخون سیستولیک، دیاستولیک و ضربان قلب زمان استراحت کمتر شده است.

پژوهش انجام یافته توسط رحمانیان و همکاران نشان داد که برنامه بازدید منزل مقادیر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک را در گروه آزمون کاهش داده است که از نظر آماری معنی‌دار بوده است. ولی میانگین نبض در دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی دارد [۷].

اضطراب در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد. ۵۶/۷٪ گروه شاهد و ۶۰٪ گروه آزمون دارای افسردگی خفیف بودند و ۴۳/۴٪ گروه شاهد و ۴۰٪ گروه آزمون دارای افسردگی متوسط و شدید بودند که آزمون X^2 تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین افسردگی در دو گروه نشان نداد (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵. جدول توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب میزان افسردگی

میزان افسردگی	شاهد		آزمون	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خفیف (۰-۲۱)	۱۷	۵۶/۷	۱۸	۶۰
متوسط و شدید (۲۲-۶۳)	۱۳	۴۳/۴	۱۲	۴۰
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

$X^2=0.07$ df=1 P>0.05

در گروه شاهد ۵۶٪ واحدها که دچار انفارکتوس قدامی و وسیع بودند دارای اضطراب خفیف و متوسط بودند در گروه آزمون ۷۶/۴٪ افراد مبتلا به انفارکتوس تحتانی دارای اضطراب خفیف و متوسط بودند انجام آزمون فیشر در دو گروه بین اضطراب و نوع انفارکتوس قلبی تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد. ۶۱/۵٪ گروه شاهد که انفارکتوس قدامی و وسیع داشتند دارای افسردگی شدید بودند و در گروه آزمون ۷۵٪ آنان که مبتلا به انفارکتوس تحتانی بودند دارای افسردگی شدید بودند. انجام آزمون کای دو و فیشر در دو گروه ارتباط معنی‌داری را بین افسردگی و نوع انفارکتوس قلبی نشان نداد.

در گروه شاهد ۶۰٪ آنان که در گروه سنی ۷۱-۶۱ سال بودند دارای اضطراب شدید و در گروه آزمون ۷۳/۹٪ افراد زیر ۶۰ سال دارای اضطراب خفیف و متوسط بودند انجام آزمون فیشر ارتباط آماری معنی‌داری بین سن و اضطراب نشان نداد.

۵۳٪ گروه شاهد در گروه سنی زیر ۶۰ سال و ۴۷٪ آنان در گروه سنی ۷۱ و بالاتر دارای افسردگی خفیف

کوتاه مدت بودن زمان پیگیری و تعداد جلسات مراقبت در منزل بوده است که نتوانسته بر وزن و افسردگی بیماران در گروه آزمون مؤثر باشد.

نتایج پژوهش زارع در شهر نیشابور نیز نشان داد که می‌توان بازدید منزل را به عنوان یک روش مناسب برای افزایش آپگار خانواده‌های دارای کودک معلول ذهنی بکاربرد [۱۲]. با عنایت به اینکه برنامه بازدید منزل توانسته است بعضی از عوامل جسمی و روحی را بهبود بخشد فرضیه مبنی بر مؤثر بودن پیگیری بر وضعیت سلامت جسمی و روحی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی تایید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه بازدید منزل به عنوان یک روش مهم و اساسی در مراقبت های بهداشتی درمانی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی بکار گرفته شود.

منابع

- ۱- عظیمیان جلیل. مراقبت در منزل از بیماران مبتلا به هیپرتانسیون و بیماری های عروق کرونر، خلاصه مقاله سمینار سراسری مراقبت در منزل، آبان ماه ۱۳۷۹.
- 2- Fife A, Farr E. Acute myocardial infarction. Nurs Stand. 1998 Mar; 12(26): 49-54.
- 3- Mitchell R, Muggli M, Sato A. Cardiac rehabilitation: participating in an exercise program in a quest to survive. Rehabil Nurse. 1999 Nov-Dec; 24(6): 236-9.
- 4- Frasure-Smith N, Lesprance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. Circulation. 2000 Apr; 101(16): 1919-24.
- 5- Scalvini S, Zanelli E, Domenighini D, Massarelli G, Zampini P, Giordano A, et al. Telecardiology community: a new approach to take care of cardiac patient. Boario Home-Care Investigators. Cardiologia. 1999 Oct; 44(10): 921-4.

بررسی انجام شده توسط Mitu و همکاران در ۱۳۲ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی مزمین که بمدت ۳۶ ماه پیگیری شده بودند نشان داد که ضربان قلب زمان استراحت، فشار خون سیستولیک، TPI^1 و MET^2 در هر مرحله (استراحت، فعالیت و تست ورزشی) کاهش داشته است که نتایج فوق با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد [۹].

همچنین نتایج پژوهش بیانگر آن است که میزان افسردگی در گروه آزمون پس از اجرای برنامه بازدید منزل نسبت به گروه شاهد کمتر شده است هرچند این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود.

بررسی انجام شده در ۸۸۷۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی نشان می‌دهد که انجام پیگیری بمدت یکسال همراه با حمایت های اجتماعی بعد از انفارکتوس قلبی یک عامل عمده پیش‌گویی‌کننده مرگ و میر یکسال بعد از بیماری بوده و ارتباط مستقیمی با کاهش افسردگی بیماران دارد [۸] که تا حدودی مشابه نتیجه حاصل از پژوهش حاضر می باشد. همچنین بررسی روی ۸۳ بیمار مبتلا به انفارکتوس قلبی نشان می‌دهد که پیگیری بیماران و اجرای برنامه‌های بازتوانی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۸].

بررسی Halm و همکاران تأثیر برنامه بازتوانی افراد مبتلا به بیماری های عروق کرونری را جهت پیشگیری از حوادث حاد قلبی مخصوصاً در زنان را نشان داد [۱۰].

بررسی انجام شده توسط Karoff نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌های بازتوانی قلبی باعث افزایش بازگشت به کار و کاهش میزان اضطراب بعد از انفارکتوس قلبی می‌شود [۱۱]. نتایج بیانگر آن بود که میانگین وزن در گروه آزمون کمتر شده است ولی از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار نبوده است همچنین میزان افسردگی بین دو گروه یکسان بوده است و شاید این نتایج بدلیل

1- Time Pressure Index

2- Metabolic Equivalent

- 9- Mitu F, Mitu M, Pandele GI. The role of physical training in left ventricular performance and exercise tolerance in patients with chronic myocardial infarct. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*. 1997 Jan-Jun; 101(1-2): 75-81.
- 10- Halm M, Penque S, Doll N, Beahrs M. Women and cardiac rehabilitation: referral and compliance patterns. *J Cardiovasc Nurs*. 1999 Apr; 13(3): 83-92.
- 11- Karoff M. Individual outcome - oriented cardiologic rehabilitation treatment. *MMW Fortschr Med*. 2000 Jan; 142(3 Suppl): 179-82.
- ۱۲- زارع مسعود. بررسی تأثیر برنامه‌های بازدید منزل بر آپگار خانواده‌های دارای کودک معلول ذهنی شهرستان نیشابور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ۱۳۷۶، صفحه ۳۵.

- 6- Chen WH, Yao JP. An investigation on the family support of discharged acute myocardial infarction patients. *Zhonghua Hu Li Za - Zhi*. 1997 Dec; 32(12): 683-6.
- ۷- رحمانیان قاسم، مظلوم سید رضا، امامی مقدم زهرا، ثاقبی سید احمد. تأثیر برنامه بازدید بر وضعیت سلامت بیماران تحت درمان با همودیالیز، مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی مشهد، سال اول، شماره دوم، زمستان ۷۸، صفحات ۱۰ تا ۱۶.
- 8- Ades PA, Pashkow FJ, Fletcher G, Pina IL, Zohman LR, Nestor JR. A Controlled trial of cardiac rehabilitation in the home setting using electrocardiographic and voice transtelephonic monitoring. *Am Heart J*. 2000 Mar; 139(3): 543-8.