

بررسی عوامل بازدارنده و تسهیل کننده فعالیت فیزیکی بیماران قلبی در مراکز درمانی شهر تهران

*بهشته طبرسی^۱ دکتر محبوبه صفوی^۲ ناصر ولایی^۳ ژیلا میرلاشاری^۴

چکیده

مقدمه: شیوع بیماریهای قلبی-عروقی در حال افزایش است. اهمیت فعالیت فیزیکی به عنوان یک عامل مهم در پیشگیری از عود بیماری مهم است. با توجه به اهمیت عوامل بازدارنده و تسهیل کننده فعالیت فیزیکی در بیماران قلبی، مطالعه ای با هدف تعیین عوامل مربوطه بر فعالیت فیزیکی بیماران قلبی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. روش نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای بود. جامعه پژوهش، ۴۰۰ بیمار قلبی واجد کلیه مشخصات افراد مورد پژوهش بود که به طور مستمر به مراکز درمانی مراجعه می کردند. اطلاعات توسط پرسشنامه ای در سه بخش شامل اطلاعات دموگرافیک، نوع فعالیت فیزیکی، عوامل بازدارنده و تسهیل کننده تنظیم گردید. اعتبار پرسشنامه به روش اعتبار محتوا و پایایی به روش آزمون مجدد به فاصله ۲ هفته اندازه گیری شد. سپس توسط آزمونهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد اکثریت بیماران قلبی فعالیت فیزیکی روزانه کم تا متوسط ۶۶/۸ درصد و نیز فعالیت ورزشی کم تا متوسط ۷۰/۴ درصد داشتند. در ارتباط با عوامل بازدارنده در انجام فعالیت فیزیکی ۴۱ درصد احساس کسالت و خستگی کرده و ۳۵/۷ درصد دچار تنش بودند. در رابطه با عوامل تسهیل کننده موثر بر انجام فعالیت فیزیکی از قبیل احساس تندرستی، ۶۴/۷ درصد و خودکفایی در ورزش، ۷۴/۵ درصد دچار مشکل بودند. ارتباط آماری معنی داری بین عوامل بازدارنده ($P < 0/05$) و عدم وجود عوامل تسهیل کننده ($P < 0/05$) با کاهش فعالیت فیزیکی مشاهده گردید.

بحث و نتیجه گیری: فعالیت های فیزیکی روزانه و ورزشی در بیماران قلبی پایین و جای نگرانی دارد. مهم ترین عامل مؤثر در این کاهش فعالیت، وجود عوامل بازدارنده ی احساس ناخوشی و کسالت و تنش و عدم وجود عوامل تسهیل کننده ی احساس تندرستی و خودکفایی در ورزش می باشد.

کلید واژه ها: بیماریهای قلبی-عروقی، فعالیتهای فیزیکی روزانه، ورزش، عوامل بازدارنده، عوامل تسهیل کننده.

تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۴/۲۵

دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۲/۴

^۱ - * مربی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران. (نویسنده مسئول مکاتبات)

پست الکترونیکی: Tabarsi_1383@yahoo.com

^۲ - استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی تهران

^۳ - مربی گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

^۴ - مربی گروه پرستاری کودکان و دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

مقدمه

برای انجام فعالیت فیزیکی توجه به عوامل بازدارنده و تسهیل کننده اهمیت دارد. عواملی از قبیل، احساس خوب بودن، احساس ناخوشی و کسالت، وجود تنش و احساس خودکفایی در ورزش بیش از سایر عوامل می توانند در انجام فعالیت فیزیکی مؤثر باشند. علاوه بر آن توجه به عوامل فردی نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است (برنیس و همکاران^۱، ۲۰۰۳). به دلیل تأثیر عوامل متعدد که هر یک به نوعی به صورت عوامل بازدارنده و تسهیل کننده در انجام فعالیت های بیمار مؤثرند. پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر عوامل فوق بر انجام فعالیت فیزیکی در بیماران قلبی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی است که به بررسی عوامل بازدارنده و تسهیل کننده فعالیت فیزیکی بیماران قلبی پرداخته است. در این پژوهش روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای و به صورت مراجعه مستمر بیماران قلبی به مراکز درمانی به مدت ۶ ماه انجام شد. تعداد ۴۰۰ بیمار قلبی که واجد مشخصات زیر بودند به عنوان نمونه های پژوهش انتخاب شدند: ۱- تمایل به شرکت در پژوهش ۲- داشتن سابقه بیماری حداقل ۶ ماه از زمان شروع بیماری قلبی ۳- داشتن پرونده در بیمارستانهای محل پژوهش ۴- انتخاب بیماران با خطر پایین (بدون عارضه ثانویه قلبی و یا وضعیتی بی ثبات).

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که بر اساس مطالعه متون علمی مرتبط در زمینه میزان فعالیت های مجاز، هرم فعالیت^۸، پرسشنامه تخمین میزان تحمل ورزشی مایرز و همکاران^۹ (۲۰۰۱) و دیگر شاخص های روحی-روانی از قبیل احساس تندرستی، افسردگی، ناراحتی و اضطراب که در کتب و مقالات در رابطه با بیماران قلبی وجود داشت طراحی شد. سؤالات پرسشنامه به صورت سه فرم اطلاعاتی تنظیم گردید. قسمت اول شامل خصوصیات دموگرافیک سن، جنس، سواد، تأهل، شغل، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی، شغل همسر، شاخص توده بدن^{۱۰}، نوع بیماری قلبی، مدت زمان ابتلا به بیماری، مصرف دخانیات، نحوه مراجعه به پزشک، بیماریهای همراه، نحوه ارزیابی فرد از

یکی از دلایل مهم مرگ در جوامع امروزی بیماریهای قلبی- عروقی است. نتایج پژوهش ها نشان داده است که، ۲۳ درصد از مردان و ۳۰ درصد از زنانی که دچار حمله قلبی می شوند بعد از ۶ ماه مجدداً دچار عود بیماری می گردند. فعالیت فیزیکی، خطر مرگ زودرس و بیماریهای قلبی- عروقی را کاهش می دهد (برنیس و همکاران^۱، ۲۰۰۲). همچنین کاهش تنش و ناراحتی، ایجاد انگیزه در رعایت رژیم غذایی و عدم مصرف سیگار را میتوان از اثرات مفید فعالیت فیزیکی ذکر نمود (ملکی و نوحی، ۱۳۸۱). جان و باسجامین^۲ (۱۹۶۷) نیز برقراری وضعیت مطلوب روحی- اجتماعی، اصلاح شیوه زندگی و خودکفایی را از فواید آن بیان می کنند. گزارشات حاکی از آن است که میزان مرگ و میر با ۳۰ الی ۷۰ دقیقه پیاده روی روزانه کاهش یافته و فعالیت فیزیکی مناسب می تواند میزان مرگ و میر را ۲۰ تا ۲۵ درصد کاهش دهد (کوکس^۳، ۱۹۹۷).

در راهنمای متخصصین بازتوانی قلب (۲۰۰۵)^۴، یکی از برنامه های نوتوانی در بیماران قلبی، ورزش برنامه ریزی شده و آموزش در جهت اصلاح شیوه زندگی است. این برنامه ها با توجه به حداکثر توان جسمانی بیمار و بر اساس سیستم متز^۵ (میزان اکسیژن مورد نیاز برای انجام یک فعالیت در حدود ۳/۵ میلی لیتر به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن در دقیقه) تدوین میگردد (ملکی و نوحی، ۱۳۸۱). برای پیشگیری از فشار زیاد به قلب مددجو باید فعالیت خود را به تدریج افزایش دهد (پولاسکی و تاترو^۶، ۱۹۹۶). در تایید این مطلب، فیپس و همکاران^۷ (۲۰۰۳) بیان کردند بیماران قبل از ترخیص باید توانایی انجام کار به اندازه ۳-۴ متر را داشته باشند. به طور مثال اولین فعالیتهای حرکتی بعد از یک حمله قلبی نباید بیش از ۲-۱ متر (از قبیل اصلاح صورت، شستن دست و صورت و غذا خوردن) باشد. اما بیمار به تدریج می تواند تا ۱۰ یا ۱۱ متن (از قبیل دوچرخه سواری، پیاده روی تند، شنا، حمل بار) را به خوبی تحمل کند (ملکی و نوحی، ۱۳۸۱).

- 1-Bernice et al
- 2- John & Basmajiam
- 3- Cox
- 4 - Guidance of Cardiac Rehabilitation Expert
- 5- METs
- 6-Polaski & Tatro
- 7-Phipps et al

8-The activity pyramid

9-Myers et al

10-BMI

بیماری قلبی در ۵۸/۷ درصد از نوع آنژین قلبی، ۲۸ درصد انفارکتوس میوکارد، ۱۲/۷ درصد آنژیوپلاستی عروق کرونر بود. ۱۶/۵ درصد از بیماران جراحی قلب باز و ۷ درصد جراحی دریچه قلب کرده بودند. در نظر خواهی از بیماران، ۳۳ درصد فعالیت فیزیکی خود را کم، ۴۲/۵ درصد فعالیت خود را در حد متوسط اعلام کردند، ۲۴/۵ درصد نیز فعالیت فیزیکی خود را خوب ارزیابی نمودند.

در بررسی فعالیت‌های فیزیکی روزانه، ۲۲/۳ درصد از بیماران قلبی فعالیت فیزیکی روزانه کم و ۴۴/۵ درصد فعالیت فیزیکی روزانه متوسط داشتند. فعالیت‌های ورزشی در ۲۵/۲ درصد وجود نداشته یا بسیار کم بود و در ۴۵/۲ درصد نیز در حد متوسط انجام می گرفت. ۵۸/۷ درصد از بیماران قلبی کاهش فعالیت فیزیکی خود را ناشی از وجود علائم ناراحت کننده ای از قبیل خستگی، تنگی نفس، تپش قلب و غیره اعلام نمودند.

بیش از ۵۵ سال، کمبود تحصیلات در حد ابتدایی و کمتر، متأهل و بیکار بودند و علت مراجعه ویزیت پزشک بود، اکثریت بیماران ارزیابی متوسط و کم از فعالیت خود داشتند، بعلاوه بیماران عنوان کردند که بیماری های دیگر از جمله دیابت و فشارخون و غیره و همچنین وجود علائم ناراحت کننده در حین انجام فعالیت از قبیل خستگی، تنگی نفس، درد قفسه سینه، تپش قلب با کاهش فعالیت فیزیکی روزمره در ارتباط بود (حداقل $P < 0.05$ و OR حداقل ۱/۸). همچنین این عوامل در کاهش فعالیت‌های فیزیکی ورزشی یا فقدان آن نیز موثر بودند (حداقل $P < 0.02$ و OR حداقل ۱/۸) به جز عوامل سن و مراجعه به پزشک که ارتباط معنی دار با کاهش فعالیت ورزشی نشان نداد. سایر عوامل دموگرافیک با کاهش فعالیت ورزشی مرتبط نبودند.

در رابطه با عوامل بازدارنده، ۴۱ درصد از بیماران احساس کسالت و ناخوشی را تجربه می کردند و ۳۵/۷ درصد دچار تنش بودند. مهمترین عامل بازدارنده در احساس ناخوشی و کسالت، مربوط به عامل خستگی به میزان ۴۱ درصد و بعد از آن وجود احساس بیماری به میزان ۳۳/۸ درصد بوده است. مهمترین دلیل عامل بازدارنده وجود تنش در رابطه با احساس نگرانی به میزان ۴۳/۵ درصد و احساس فشار به میزان ۴۲/۸ درصد بوده است.

همراه، نحوه ارزیابی فرد از فعالیت خود بود. در فرم شماره دو فعالیت‌های فیزیکی به دو شکل فعالیت‌های روزمره و ورزشی در درجات فعالیت کم، متوسط و خوب مورد ارزیابی قرار گرفت. فرم شماره سه نیز شامل ۲۹ سؤال بود که در دو بخش تهیه و تنظیم گردید. بخش اول در ارتباط با عوامل بازدارنده شامل احساس ناخوشی و کسالت با ۶ سؤال، وجود تنش با ۹ سؤال و بخش دوم در ارتباط با عوامل تسهیل کننده شامل داشتن احساس تندرستی با ۸ سؤال و خودکفایی در ورزش با ۶ سؤال تنظیم شد. در مقابل هر سوال چهار گزینه با ارزش کمی ۰ تا ۴ با استفاده از طیف لایکرت و با درجات اصلاً، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد طراحی شد. این اطلاعات به صورت مشاهده در پرونده و مصاحبه با بیماران در طول مدت ۶ ماه جمع آوری گردیدند. بعد از جمع آوری داده ها بر اساس نمرات کسب شده این گونه امتیازبندی گردید:

در بخش عوامل بازدارنده، سوالات مربوط به احساس کسالت ۱۲-۰ دارد، ۱۸-۱۲ کمی، ۲۴-۱۸ ندارد و در سوالات مربوط به تنش ۱۸-۰ دارد، ۲۷-۱۸ کمی ۳۶-۲۷ ندارد. در بخش عوامل تسهیل کننده، سوالات مربوط به احساس تندرستی ۱۸-۰ ندارد، ۲۷-۱۸ کمی و ۳۶-۲۷ ندارد و در سوالات مربوط به خودکفایی در ورزش ۱۲-۰ ندارد، ۱۸-۱۲ کمی و ۲۴-۱۸ دارد.

برای تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوا و جهت کسب پایایی ابزار از آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته توسط ۱۰ بیمار قلبی واجد شرایط تکمیل شد که تحلیل با آماره اسپیرمن ($r_s = 0.80$) محاسبه شد. ارتباط میان سطح فعالیت فیزیکی (خوب و کم) با مشخصات دموگرافیک، عوامل بازدارنده و تسهیل کننده با آماره کای دو و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس نقش عوامل فردی، عوامل بازدارنده و تسهیل کننده در نمونه ها تعیین و میزان واقعی آن یا تعمیم پذیری عدم فعالیت فیزیکی یا فعالیت کم با احتمال ۹۵ درصد و میزان خطای ۵ درصد در جامعه بیماران قلبی تعیین گردید.

یافته ها

شرکت کنندگان در این پژوهش با میانگین سنی $55/4 \pm 15/2$ سال و نمای سنی آنها ۴۵-۵۵ سال بود. ۵۶/۵ درصد بیماران مرد و ۴۳/۵ درصد آنها زن بودند. نوع

جدول شماره ۱: توزیع بیماران قلبی بر حسب نوع فعالیت فیزیکی و عوامل بازدارنده

عوامل بازدارنده	فعالیت روزمره		فعالیت ورزشی		P-value
	خوب	کم	خوب	کم	
احساس ناخوشی و کسالت :					
- ندارد	۳۷ (۴۸)*	۷ (۱۲/۵)	۳۳ (۴۸)	۱۴ (۲۱)	P<۰/۰۰۱
- دارد	۴۰ (۵۲)	۴۹ (۸۷/۵)	۳۶ (۵۲)	۵۴ (۷۹)	
وجود تنش :					P<۰/۰۰۵
- ندارد	۵۳ (۵۸)	۱۸ (۳۱)	۵۲ (۶۱)	۲۶ (۳۸)	P<۰/۰۰۵
- دارد	۳۸ (۴۲)	۴۰ (۶۹)	۳۳ (۳۹)	۴۲ (۶۲)	

• اعداد داخل پرانتز معرف درصد (%) است.

در رابطه با عوامل تسهیل کننده، یافته ها نشان داد ۶۴/۷ درصد احساس تندرستی^۱ نداشتند و ۷۴/۵ درصد از بیماران احساس خودکفایی^۲ در ورزش نمی کردند. بیشترین عامل عدم احساس تندرستی مربوط به احساس ترس و نبود حمایت اعضاء خانواده در انجام فعالیت با ۴۵ درصد و بعد از آن نداشتن احساس جسمی مطلوب به میزان ۴۱/۵ درصد بوده است. بیشترین عامل عدم خودکفایی در ورزش این بود که ۶۸/۲ درصد از بیماران قلبی اعتقادی به انجام ورزش در اوقات فراغت خود نداشته و ۵۷ درصد آنان نیز توانایی برنامه ریزی ورزشی برای خود را نداشتند. ارتباط میان نوع فعالیت فیزیکی و عوامل بازدارنده در جدول شماره ۱ آورده شده است و نشان میدهد ۸۷/۵ درصد از بیماران با فعالیت روزمره کم و ۷۹ درصد از بیماران با فعالیت ورزشی کم احساس ناخوشی و کسالت داشتند.

همچنین ۶۹ درصد از بیماران با فعالیت روزمره کم و ۶۲ درصد از بیماران با فعالیت ورزشی کم دچار تنش بودند و بین کاهش فعالیت فیزیکی و عوامل بازدارنده ارتباط معنی دار مشاهده شد (حداقل $P<۰/۰۵$).

در جدول شماره ۲، ارتباط میان نوع فعالیت فیزیکی و عوامل تسهیل کننده نشان داده شده است و نشانگر آن است که عدم وجود عوامل تسهیل کننده احساس تندرستی و خودکفایی در ورزش با کاهش فعالیت فیزیکی روزانه و ورزشی بیمار در ارتباط است. در حدود ۹۶ درصد از بیماران با فعالیت روزانه کم و ۹۵ درصد از بیماران با کاهش فعالیت ورزشی احساس تندرستی نمی کردند. ۹۸ درصد از بیماران با فعالیت روزمره و ورزشی کم نیز احساس خودکفایی در ورزش نداشتند (حداقل $P<۰/۰۸$).

1-Well- being
2-Self-efficacy

جدول شماره ۲: توزیع بیماری‌رانی قلبی بر حسب نوع فعالیت فیزیکی و عوامل تسهیل کننده

عوامل تسهیل کننده	فعالیت روزمره		فعالیت ورزشی		P-value
	خوب	کم	خوب	کم	
احساس تنگی نفس :					
- دارد	۹ (۱۲)*	۳ (۴)	۷ (۱۱)	۴ (۵)	P<۰/۰۸
- ندارد	۶۵ (۸۸)	۷۰ (۹۶)	۵۶ (۸۹)	۸۲ (۹۵)	
خود کفایی در ورزش :					
- دارد	۱۰ (۱۱)	۲ (۲)	۱۰ (۱۴)	۲ (۲)	P<۰/۰۰۴
- ندارد	۸۱ (۸۹)	۸۲ (۹۸)	۶۴ (۸۶)	۹۳ (۹۸)	

• اعداد داخل براکت معرف درصد (%) است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد در حدود ۶۷ درصد بیماران قلبی فعالیت روزمره کم تا متوسط و ۷۰ درصد از بیماران فاقد فعالیت ورزشی و یا فعالیت ورزشی کم تا متوسط بودند.

بعلاوه نتایج مطالعات نشان داد که بعد از یک حادثه قلبی ۵۸ درصد از بیماران قلبی در انجام فعالیت فیزیکی خود دچار مشکل هستند که ۱۳ درصد در فعالیت های سبک و ۴۵ درصد از آنان در انجام فعالیت های متوسط تا شدید مشکل عملکرد دارند. (کوکس، ۱۹۹۷) نتایج پژوهش های کینگ^۱ در سال ۲۰۰۱ نیز نشان داد که اختلال در عملکرد و فعالیت بیماران بعد از هر گونه حادثه قلبی اتفاق می افتد. نتایج بدست آمده در این پژوهش نیز از لحاظ میزان شیوع با نتایج بدست آمده سایر پژوهشهای مشابهت داشته و نشانگر درصد بالای کاهش عملکرد بعد از هر گونه حوادث قلبی می باشد.

این سؤال مطرح است که چرا فعالیت فیزیکی بیماران قلبی کاهش می یابد؟ نتایج نشان می دهد عوامل متعددی میتواند دخالت داشته باشند از جمله عوامل فردی در ارتباط با شاخصهای سن بالاتر از ۵۵ سال، تحصیلات ابتدایی و کمتر، متأهل بودن، غیر شاغل بودن، بیماریهای همراه، داشتن علائم ناراحت کننده حین انجام فعالیت و ارزیابی فرد از میزان فعالیت خود و نحوه مراجعه به پزشک که ارتباط معنی دار با کاهش فعالیت های روزانه داشتند. از طرفی این عوامل در کاهش فعالیتهای ورزشی یا فقدان آن نیز موثر بودند بجز عامل سن و مراجعه به پزشک که ارتباط معنی دار با عدم

فعالیت ورزشی و یا فعالیت ورزشی کم نشان نداد. سایر عوامل فردی مورد مطالعه از قبیل جنس، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی (نحوه تصرف واحد مسکونی، وضعیت شغلی همسر، چاقی (شاخص توده بدن)، نوع بیماری قلبی، مدت زمان ابتلا، مصرف دخانیات، نحوه فعالیت بیمار در مقایسه با قبل از بیماری، با فعالیت فیزیکی کم (روزانه و ورزشی)، ارتباطی را نشان نداده است.

برنیس و همکاران در سال ۲۰۰۳ گزارش کردند مردان نسبت به زنان قابلیت ورزش و فعالیت بیشتری داشته و سطح تحمل فعالیت آنان بیشتر است. کوکس (۱۹۹۷) نیز در پژوهش خود نتیجه گیری کرد از سرگیری فعالیت های روزمره در زنان بیش از مردان است. تناقض نتایج بدست آمده با پژوهش های سایر کشورها در رابطه با متغیر جنس و عدم ارتباط آن با فعالیت فیزیکی در کشور ایران احتمالاً به دلیل داشتن احساس مسئولیت در انجام امور روزمره زندگی، داشتن حس همکاری و نیاز به استقلال فردی در انجام امور روزانه در هر دو جنس مرد و زن و با توجه به تفاوت های فرهنگی ذکر نمود. همچنین در فرهنگ جامعه ایران توجه به برخی فعالیتهای ورزشی از جمله پیاده روی هم در مردان و هم در زنان مشاهده می گردد. در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۶ توسط ارجمند و همکاران انجام شد نتایج نشان داد تمرینات حرکتی با جنس و سن ارتباطی نداشته اما تأهل تأثیر منفی در انجام حرکات ورزشی داشته است. نتایج به دست آمده در این پژوهش نیز به این نکته اشاره دارد.

نکته قابل توجه این است در بیمارانی که مراجعه به پزشک طبق برنامه زمان بندی داشتند میزان فعالیت های روزانه کمتری مشاهده شد اما با کاهش فعالیتهای ورزشی ارتباط معنی دار مشاهده

تشکر و قدردانی

از مسئولین مراکز مورد مطالعه و کلیه افراد شرکت کننده به جهت همکاری در اجرای پژوهش صمیمانه تشکر می گردد. همچنین از جناب آقای مهندس ساعد راعی که در انجام امور آماری زحمات فراوان کشیدند و از کلیه همکاران و کسانی که در جمع آوری اطلاعات نهایت مساعدت و همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

نگردید. کریستینا و همکاران^۱ در سال ۱۹۹۹ در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مشاوره پزشکی درباره چگونگی فعالیت فیزیکی بسیار ناچیز است و مشاوره را میتوان به عنوان پیشگیری ثانویه عود مجدد بیماری مطرح ساخت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد اکثر بیماران قلبی با فعالیت کم (روزانه یا ورزشی) احساس ناخوشی و کسالت می کردند و دچار تنش بودند که ارتباط آماری معنی داری بین عوامل بازدارنده فوق و کاهش فعالیتهای فیزیکی بیمار مشاهده گردید. این نتایج با یافته های پژوهش برنیس و همکاران (۲۰۰۳) مطابقت دارد، بطوریکه در این پژوهش بیان شده است وجود تنش و عدم احساس سلامت در ۲۱/۶ درصد موجب کاهش فعالیتهای فیزیکی شده است. احساسات افراد با یکدیگر متفاوت است و این مسئله در تحمل افراد بعد از یک حادثه قلبی میتواند تأثیرگذار باشد.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که بین احساس تندرستی و خودکفایی در ورزش با فعالیت فیزیکی کم (روزانه یا ورزشی) ارتباط معنی دار وجود دارد. گایتون و جانت^۲ (۱۹۹۷) در پژوهش خود نشان دادند انجام فعالیتهای ورزشی در کاهش عود بیماری ضروری است. جهت رسیدن به این هدف، داشتن خودکفایی، احساس توانمندی و شایستگی و داشتن احساس تندرستی از عوامل اساسی و مهم به شمار می آیند. همچنین وضعیت سلامت بیماران قلبی و اصلاح خودکفایی در آنان با برنامه فعالیتی بیماران ارتباط داشته است. نتایج بدست آمده در پژوهش حاضر نیز موید این نکات می باشد.

بطور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیشترین عوامل مؤثر در کاهش فعالیت فیزیکی (روزمره و ورزشی) به ترتیب عدم خودکفایی در ورزش، عدم احساس تندرستی، احساس ناخوشی و کسالت و وجود تنش بودند. بنابراین، پیشنهاد می شود در برنامه ریزی درمانی به مشکلات روحی-احساسی بیماران قلبی توجه بیشتری داشته و برنامه های مشاوره ای را در پیگیری های درمانی این بیماران مد نظر قرار داد.

1-Cristina et al
3-Guyton & Jeanette

منابع

- جمند ط و همکاران (۱۳۷۶). بررسی میزان احساس خودکفایی بیماران قلبی- عروقی در تمرینات حرکتی و رژیم غذایی. *مجله علمی بیماریهای قلب و عروق*. ۷(۲۳) ۱۲۳۰-۱۲۲۵.
- ملکی م نوحی ف (۱۳۸۱). *برنامه جامع نوتوانی قلب و ورزش*، تهران: انتشارات ماهتاب.
- Bernice Y et al (2003). Barriers and facilitators of self-reported physical activity in cordiac ptients. ***Research in Nursing & Health***. 26 (6) 456-499.
- Cox M (1997). Exercise for coronary artery Disease: A corner stone of comprehensive treatment. ***The Physcian and Sportmedicine*** . 25 (12) 211-220.
- Cristina C W et al (1999). ***JAMA***. 82 (16) 1583-1588.
- Guidance of Cardiac Rehabilitation Expert (2005). ***Cardiac Rehabilitation***. SSM Health Care, St Louis all rights Reseved. Available from:<http://www.american heart.org>
- Guyton-K Jeanette D (1997). An evaluation of the effectiveness of cardiac education and rehabilitation on self-efficacy and activity of coronary artery disease Patients. ***The University of Tennessee***.
- John V Basmajiam S W (1967). ***Therapeutic Exercise***. Baltimore. Publisher: William& Wilkins.
- King K B (2001). Emotional and Functional Outcomes in Women With Coronary Heart Disease. ***Journal of Cardiovascular Nursing***. 15(3) 54-70.
- Myers J et al (2001). Validation of a specific activity questionnaire to estimate exercise tolerance in patients referred for exercise testing. ***American Heart Journal***. 142 (42) 1041-1046.
- Phipps WJ et al (2003). ***Medical-Surgical Nursing: Health and illness Perspectives***. 7th edition, St,Louis. Mosby an Affiliate of Elsevier Science.
- Polaski AL Tatro S E (1996). ***Luckmann's Core Principles and Practice of Medical- Sugical Nursing***. 4th edition, Philadelphia. W.B Saunders Co.