

## *Patient's Perception of Cardiac Rehabilitation after Coronary Artery Bypass Graft (CABG): A Qualitative Study*

Parand Pourghane<sup>1</sup>,  
Mohammad-Ali Hosseini<sup>2</sup>,  
Farahnaz Mohammadi<sup>3</sup>,  
Fazlollah Ahmadi<sup>4</sup>,  
Rasoul Tabari<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Faculty Member AND PhD Candidate, Department of Nursing, School of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor AND Postdoctoral Fellow of Knowledge Transfer in Cardiac Rehabilitation, Department of Rehabilitation Management, School of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Social Determinant of Health Research Center AND Department of Nursing, School of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor, School of Nursing, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

(Received May 19, 2013; Accepted August 18, 2013)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Cardiac rehabilitation is an effective strategy to reduce complications of surgery for the patients undergone coronary artery bypass graft (CABG). The aim of this study was awareness of patient perceptions of cardiac rehabilitation after CABG to get better understanding about the nature of program, and its positive and negative aspects in order to reinforce its effectiveness.

**Materials and methods:** In this conventional qualitative content analysis, the samples were 19 post-CABG operation patients participated in cardiac rehabilitation programs in Center of Cardiac Rehabilitation in Guilan, Iran. Data collection was performed through unstructured interviews and purposive sampling. Data analysis accomplished according proposed steps by Graneheim and Lundman (2004). Scientific accuracy and integrity of the data and research ethics were respected.

**Results:** The data analysis revealed 4 main categories and 11 sub categories were named as a conceptual and abstract based on their nature: stress of disease diagnosis (fear of surgery and death, concern on post-surgery disability, and high cost of treatment), in search of adoption (family support, the desire to empowerment, and religious-faith beliefs), rearrangement of life (physical fitness promotion, hope to life, and return to society), and the factors affecting to participation in cardiac rehabilitation (barriers to participation in cardiac rehabilitation and facilitators to participation in cardiac rehabilitation).

**Conclusion:** Based on patients perception that showed promote physical fitness, hope to life, and return to society, the significance of the program for patients and need to more effective strategies to facilitate their participation were confirmed.

**Keywords:** Coronary artery bypass graft, patients perception, cardiac rehabilitation, content analysis

## درک بیماران از توانبخشی قلبی بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب: یک تحقیق کیفی

پرنده پورقانع<sup>۱</sup>محمدعلی حسینی<sup>۲</sup>فرحناز محمدی<sup>۳</sup>فضلاله احمدی<sup>۴</sup>رسول تبری<sup>۵</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** توانبخشی قلبی یک راهکار مؤثر جهت کاهش عوارض ناشی از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب می‌باشد. هدف از تحقیق حاضر، آگاهی از درک عمیق بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب از برنامه توانبخشی قلبی جهت شناخت دقیق‌تر این برنامه‌ها، تقویت موارد مثبت و حذف، یا کاهش موارد منفی، به منظور اثربخشی هر چه بیشتر این برنامه بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه، یک تحقیق آنالیز محتوای کیفی قراردادی بود. نمونه‌های تحقیق، ۱۹ بیماری بودند که بعد از عمل جراحی باز عروق کرونر قلب، در برنامه‌های مرکز توانبخشی قلبی استان گیلان شرکت نموده بودند. روش انتخاب نمونه‌ها، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌های نیمه ساختارمند بود. فرایند تحلیل داده‌ها با توجه به مراحل پیشنهادی Lundman و Graneheim انجام شد. صحت علمی و استحکام داده‌ها، بررسی شد و موازین اخلاقی تحقیق، رعایت گردید.

**یافته‌ها:** نتایج آنالیز داده‌ها، به صورت چهار طبقه اصلی و یازده زیر طبقه، تعیین و بر اساس ماهیت، به صورت مفهومی و انتزاعی نام‌گذاری گردید. طبقات شامل «تنش تشخیص بیماری» با زیر طبقات ترس از عمل جراحی و مرگ، تشویش ناتوانی بعد از عمل و هزینه بالای درمان؛ «در جستجوی تطابق» با زیر طبقات حمایت خانواده، تمایل به توانمندی و باورهای مذهبی - اعتقادی؛ «باز تنظیم زندگی» با زیر طبقات ارتقای شایستگی فیزیکی، امید به زندگی و بازگشت به اجتماع و «عوامل مؤثر بر شرکت در توانبخشی قلبی» با زیر طبقات موانع شرکت در توانبخشی قلبی و تسهیل گرهای شرکت در توانبخشی قلبی بود.

**استنتاج:** بر اساس درک بیماران که بیانگر ارتقای شایستگی فیزیکی، امید به زندگی و بازگشت به اجتماع بود، اهمیت این برنامه و فراهم آوردن شرایط مطلوب جهت تسهیل شرکت بیماران، محرز می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** پیوند عروق کرونر قلب، درک بیماران، توانبخشی قلبی، تحلیل محتوا

### مقدمه

می‌باشد (۲). زمانی که مداوای طبی جهت بیماران ایسکمیک، کارساز نباشد، تنها عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب (CABG یا Coronary artery bypass graft)، ضامن بقا و سلامت این بیماران خواهد بود (۳). هر ساله، حدود ۳۵ تا ۵۰

بیماری‌های قلبی - عروقی، مهم‌ترین علت مرگ و میر و ناتوانی در جهان شناخته شده است (۱، ۲) و بیش از ۸۰ درصد این مرگ‌ها، سهم کشورهای با سطح درآمد پایین و متوسط

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای تخصصی پرستاری می‌باشد.

E-mail: mahmaimy@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** محمدعلی حسینی - تهران: اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مدیریت توانبخشی.

۱. مربی و دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۲. استادیار و دانشجوی فوق دکترای انتقال دانش در توانبخشی قلبی، گروه مدیریت توانبخشی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳. استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴. استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۵. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۴/۱۶ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۵/۲۷

هزار مورد عمل جراحی قلب در ایران (۴) و حدود ۲۷۰۰ عمل جراحی عروق کرونر قلب، در گیلان انجام می‌گردد (آمار ذکر شده توسط پژوهشگر از بیمارستان فوق تخصصی قلب و مرکز توانبخشی قلبی استان گیلان اخذ گردیده است).

با وجود اثرات مثبت این عمل روی بهبود عملکرد بیماران (۵)، این روش درمانی جراحی، با عوارض جسمانی و روانی همچون ادم ریوی، آتلکتازی (۶)، آسیب عصبی و شناختی (۷) همراه می‌باشد. یکی از مهم‌ترین اقدامات برای اثربخشی عمل جراحی قلب و کاهش عوارض ناشی از آن، توانبخشی قلبی است. توانبخشی قلبی به عنوان یک راهکار مفید، جهت بهبود کیفیت زندگی، کاهش ناتوانی و مرگ و میر (۸، ۵) و همچنین به حداکثر رساندن توانایی‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی افراد شناخته شده است (۹). سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری یا ناراحتی تعریف می‌کند (۱۰). بنابراین، می‌توان توانبخشی قلبی را -که سبب ارتقای سلامت همه جانبه بیماران بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب می‌گردد، به عنوان یک مراقبت مهم، جهت این گروه از بیماران در نظر گرفت (۱۱).

توانبخشی قلبی به عنوان یک مراقبت استاندارد پایه است (۱۲) و در سه مرحله پیشگیری اولیه، پیشگیری ثانویه و بازتوانی، با هدف ارتقای کیفیت زندگی در بعد جسمی، روحی، روانی و کاهش خطر برگشت مجدد بیماری‌های قلبی انجام می‌شود (۱۳). پرستاران، نقش‌های مهمی نظیر آموزش، حمایت و کمک به بیمار جهت مدیریت فشار روانی در مراحل مختلف توانبخشی قلبی بر عهده دارند (۱۴).

مرحله اول، که قبل از ترخیص بیمار از بیمارستان آغاز می‌شود، با بررسی نیازهای فیزیکی، روانی و اجتماعی بیمار جهت شناسایی موانع احتمالی شرکت در توانبخشی قلبی، همراه می‌باشد. در این مرحله، بیماران، توصیه‌های مرتبط با میزان مجاز فعالیت فیزیکی و جنسی، رژیم غذایی صحیح، مصرف صحیح دارو و چگونگی ترک سیگار را از متخصصین دریافت می‌دارند. همچنین در این مرحله، ظرفیت عملکردی، توانایی مراقبت از خود و میزان انگیزش بیمار جهت ادامه

درمان، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در مرحله دوم، که مربوط به زمان بعد از ترخیص می‌باشد، میزان به کارگیری توصیه‌های انجام شده، مورد بررسی قرار می‌گیرد و ورزش‌های مناسب (که حداقل، دوازده جلسه تحت نظارت متخصصین می‌باشد)، جهت بیمار شروع می‌گردد. گاهی بر اساس تمایل بیمار، این مرحله در منزل صورت می‌گیرد.

در مرحله سوم، با برگزاری مجدد جلسات آموزشی، سؤالات احتمالی پاسخ داده می‌شود و بیمار از نظر عوامل خطر ساز، نظیر بالا بودن فشار خون، چربی و قند، مورد بررسی و کنترل قرار می‌گیرد. قبل از ورود بیماران به مرحله چهارم، تیم توانبخشی، کیفیت برنامه را با ارایه پرسش‌نامه‌ای به بیماران، بررسی می‌نمایند. هدف اصلی فاز چهارم، هماهنگی پیشگیری اولیه و ثانویه و حمایت طولانی مدت از بیمار می‌باشد (۱۵).

تحقیقات نشان می‌دهند که توانبخشی قلبی، اثرات مثبتی روی بهبود عملکرد فیزیکی بعد از عمل، تسکین علایم بعد از عمل نظیر کاهش درد قفسه سینه، ضعف و خستگی (۱۲)، کاهش اضطراب، استرس و افسردگی (۱۶)، تنظیم فشار خون (۱۶، ۱۷)، حفظ استقلال بیمار (۱۶) و در نهایت، کاهش مرگ و میر (۱۷) دارد. در تحقیق Jones و همکاران، ارتقای فعالیت فیزیکی، پیشرفت بهبودی و سلامت، تغییر سبک زندگی، برگشت حس اعتماد به نفس و بهبود دانش بیماران از بیماری قلبی، به عنوان اثرات توانبخشی قلبی شناخته شده است (۱۸).

بر اساس مطالب ذکر شده، برنامه توانبخشی قلبی می‌تواند به عنوان یک قسمت مهم مراقبت بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب، در نظر گرفته شود. با وجود انجام تحقیقات زیاد در رابطه با توانبخشی قلبی، در منابع و مقالات ایرانی، به درک بیماران از توانبخشی قلبی به روش کیفی، توجه کمتری شده است. پژوهش‌ها، بیانگر اهمیت آگاهی از درک بیمار از فرایند درمان، جهت هر چه بیشتر مؤثر واقع شدن مراقبت‌ها و خدمات پیشگیری ثانویه می‌باشد (۲۰، ۱۹). پژوهش‌های کیفی با رویکرد تحلیل محتوا، به پژوهشگر، اجازه ورود به دنیای درونی مشارکت کنندگان و تعیین و تفسیر عمیق داده‌ها و

تمرینات ورزشی ساده با همراهی فیزیوتراپ، جهت بیمار آغاز شد. در تمامی مراحل انجام ورزش، نوار قلب بیمار ثبت و علائم حیاتی وی کنترل می‌گردید. همچنین آموزش‌های انجام صحیح ورزش‌های سبک در منزل، توسط فیزیوتراپ مرکز، جهت بیمار و خانواده آنان ارائه می‌شد.

هدف و سؤال پژوهش، از موارد مهم تعیین‌کننده در انتخاب روش تحقیق می‌باشند (۲۲). بر اساس سؤال اصلی تحقیق (درک بیماران از توانبخشی قلبی بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب چیست؟) و هدف کلی این پژوهش (تعیین درک بیماران از توانبخشی قلبی بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب)، روش تحقیق مناسب جهت انجام این مطالعه، روش آنالیز محتوای کیفی قراردادی در نظر گرفته شد. انتخاب آنالیز محتوای کیفی جهت انجام این مطالعه، به ماهیت سؤالات پژوهشی مربوط می‌باشد.

این مطالعه، بر اطلاع یافتن از درک بیماران از توانبخشی قلبی که با توجه به خصوصیات منحصر به فرد هر شخص - که می‌تواند تجارب مختلفی در این زمینه داشته باشند - تأکید می‌ورزد. بنابراین، به نظر می‌رسد که آنالیز محتوای کیفی، بهترین روش برای درک شرکت‌کنندگان در مطالعه، از این موضوع باشد. در این روش، ابتدا محتوای اصلی، تمایلات و معانی، جهت یافتن ارتباطات بین ایده‌ها و نظریات مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس محققان می‌توانند از میان این ارتباطات کلی، به نکات کلیدی یا درون‌مایه‌های خاص برسند (۲۳).

در این مطالعه، جهت انتخاب نمونه‌ها، از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. مشارکت‌کنندگان، ۱۹ بیمار (۱۲ مرد و ۷ زن) بودند که در محدوده سنی ۶۹-۴۲ سال قرار داشتند. داشتن تجربه توانبخشی قلبی و تمایل به بیان آن تجارب، ملاک انتخاب نمونه‌ها بود. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف شروع شد. شرکت‌کننده اول با داشتن تجربه شرکت در ۸ جلسه برنامه توانبخشی قلبی انتخاب شد و اطلاعات کسب شده از این شرکت‌کننده، به انتخاب شرکت‌کننده بعدی کمک کرد. انتخاب شرکت‌کننده بعدی، بر این مبنای استوار بود که او چقدر می‌تواند به روشن‌تر شدن سؤال پژوهش

معانی را می‌دهد (۲۱). درک عمیق بیماران از توانبخشی قلبی با روش تحقیق کیفی، می‌تواند به عنوان راهنمایی جهت برنامه‌ریزی مطلوب مورد استفاده قرار گیرد (۱۸).

هدف تحقیق حاضر، آگاهی از درک عمیق بیماران بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب، از برنامه توانبخشی قلبی به روش تحقیق کیفی، جهت شناخت دقیق‌تر این برنامه و قرار گرفتن آن به عنوان یک راهنما برای مدیران و متخصصین مسؤول بخش توانبخشی قلبی، جهت برنامه‌ریزی مطلوب با تقویت موارد مثبت و حذف، یا کاهش موارد منفی، با هدف اثربخشی هر چه بیشتر این برنامه بود.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کیفی، از نوع تجزیه و تحلیل محتوایی قراردادی (Conventional qualitative content analysis) بود که در راستای آگاهی از درک بیماران، بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب از توانبخشی قلبی، در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ در مرکز فوق تخصصی قلب دکتر حشمت و مرکز توانبخشی قلبی بیمارستان گلزار رشت در استان گیلان انجام گرفت. مرکز توانبخشی قلبی استان گیلان، واقع در شهر رشت، خدمات مختلفی را جهت بیماران قلبی فراهم می‌آورد. برنامه‌ها شامل مشاوره تغذیه‌ای، مدیریت کنترل فشار روانی، ارائه راهکارهایی جهت ترک سیگار و ورزش‌های برنامه‌ریزی شده بود. ورزش‌ها، در اتاق‌های مجهز با وسایل ورزشی مناسب، مانیتورینگ قلبی و تحت نظارت پزشک مرکز، پرستار و فیزیوتراپ انجام می‌گردید. بیمار با تجویز پزشک جراح خود به این مرکز مراجعه و در ایستگاه پرستاری پذیرش می‌شد.

در روز اول، علاوه بر آموزش‌های شفاهی توسط کادر توانبخشی قلبی، پمفلت آموزشی نیز به بیمار و خانواده آنان ارائه می‌گردید. تعداد جلسات توانبخشی قلبی بیماران، از ۱۲ تا ۳۰ جلسه (بر اساس سن بیمار، وضعیت اقتصادی و میزان بهره‌گیری او از خدمات بیمه‌ای) متفاوت بود که توسط پزشک در برگه ارجاع بیمار تعیین گردیده بود. در جلسات اولیه،

کمک نماید. این روال تا اشباع داده‌ها ادامه داشت.

همچنین در تحقیق حاضر، جهت رعایت نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، مشارکت کنندگان، طیف وسیعی از بیماران با ویژگی‌های متفاوت در متغیرهای سن، جنس، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تعداد دفعات شرکت در برنامه توانبخشی قلبی بعد از عمل CABG را در بر می‌گرفتند. بیماران، توانایی مصاحبه و همچنین تجربه شرکت در توانبخشی قلبی را داشتند. تمامی شرکت کنندگان، با تمایل در تحقیق شرکت نمودند.

روش جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌های نیمه ساختارمند بود و جمع‌آوری، تا زمان اشباع داده‌ها-زمانی که داده‌های جمع‌آوری شده، تکرار داده‌های قبلی باشد و اطلاعات جدیدی حاصل نگردد-، ادامه یافت. در نهایت، چهار درون‌مایه اصلی به دست آمد. مدت زمان مصاحبه‌ها، از ۴۵ تا ۸۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه با سؤالاتی جهت کسب اطلاعات مرتبط با تجارب بیماران از شروع بیماری قلبی و درمان‌های مربوط آغاز و بر اساس پاسخ‌های شرکت کنندگان، سؤالات بعدی جهت کسب اطلاعات بیشتر از تجارب و درک آنان از دوره بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب و شرکت در برنامه توانبخشی قلبی تنظیم گردیده بود.

برخی سؤالات مصاحبه بدین شرح بودند: «از شروع مشکل قلبی خودتان برایم بگویید»، «جراحی قلب برای شما مثل چه بود؟»، «بعد از عمل، چه اقداماتی در بیمارستان برای شما انجام شد؟»، «چطور شد که به این مرکز مراجعه کردید؟»، «آیا عوامل تشویقی برای شرکت شما در این مرکز وجود داشت؟»، «آیا برای شرکت در برنامه‌های این مرکز، مشکلاتی هم برای شما وجود داشت؟»، «به نظر شما شرکت در این برنامه‌ها، چه تغییری در شما ایجاد کرده است؟»، «چه موارد جدیدی یاد گرفتید؟»، «تجربه شما از شرکت در برنامه‌های این مرکز (اشاره به مرکز توانبخشی قلبی)، چه بود؟». بر اساس پاسخ‌ها، سؤالات بعدی با تمرکز بیشتر، جهت درک دقیق‌تر پرسیده می‌شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی و در محیطی آرام انجام گرفت.

فرایند تحلیل داده‌ها، با توجه به مراحل پیشنهادی

Lundman و Graneheim (۲۴) انجام شد:

۱- محتوای مصاحبه‌های ضبط شده، پیاده شد و مکتوبات چندین بار توسط پژوهشگران، جهت رسیدن به یک درک کلی و صحیح، بازخوانی گردید.

۲- کل مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها به عنوان واحد تحلیل لحاظ شد. منظور از واحد تحلیل، یادداشت‌هایی بود که قرار بود تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرند.

۳- کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شد. واحدهای معنایی، مجموعه‌ای از کلمات و جملات بود که از نظر محتوا با یکدیگر مرتبط بودند. این واحدها با توجه به محتوا و مفادشان، جمع‌بندی شدند و در کنار هم قرار گرفتند.

۴- سپس واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیدند و با کدها نام‌گذاری شدند.

۵- کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص، دسته‌بندی شدند.

۶- در پایان، با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده‌ها، تحت عنوان درون‌مایه مطالعه، معرفی گردید (۲۴).

صحت و استحکام مطالعه، با استفاده از معیارهای پیشنهادی Lincoln و Guba (به نقل از Streubert Speziale) و Carpenter (۲۵). پژوهشگر با شرکت طولانی مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط مشارکت کنندگان، جهت افزایش قابلیت اعتبار (Credibility) مطالعه تلاش نمود. جهت افزایش قابلیت اعتماد (Dependability) داده‌ها، تکرار گام به گام جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و بهره‌گیری از بازیینی توسط استادان راهنما، مشاورین و افراد صاحب‌نظر صورت پذیرفت. جهت افزایش معیار تأییدپذیری (Confirmability) داده‌ها، از تأیید اعضای هیأت علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان بهره گرفته شد. قابلیت انتقال

مرور، خلاصه‌سازی و بر اساس تشابه و تناسب، طبقه‌بندی شدند. معنای درونی با تحلیل و مقایسه، به صورت چهار طبقه اصلی و یازده زیر طبقه تعیین، و بر اساس ماهیتشان به صورت مفهومی و انتزاعی نام‌گذاری گردیدند. طبقات شامل «تنش تشخیص بیماری» با زیر طبقات ترس از عمل جراحی و مرگ، تشویش ناتوانی بعد از عمل و هزینه بالای درمان؛ «در جستجوی تطابق» با زیر طبقات حمایت خانواده، تمایل به توانمندی و باورهای مذهبی-اعتقادی؛ «باز تنظیم زندگی» با زیر طبقات ارتقای شایستگی فیزیکی، امید به زندگی و بازگشت به اجتماع و «عوامل مؤثر بر شرکت در توانبخشی قلبی» با زیر طبقات موانع شرکت در توانبخشی قلبی و تسهیل گره‌های شرکت در توانبخشی قلبی بود (جدول شماره ۲).

#### تنش تشخیص بیماری

بیماران منتخب برای جراحی قلب، فشارهای عاطفی، روانی و اجتماعی زیادی را قبل از عمل تجربه نموده بودند. در این تحقیق، بیشترین عوامل تنش‌زا از نظر بیماران، ترس از عمل جراحی قلب و مردن، تشویش ناتوان شدن بعد از عمل و وجود هزینه‌های بالای درمان بود.

ترس از عمل جراحی و مرگ: یافته‌ها در این تحقیق، بیانگر درک فشار روانی توسط اغلب بیماران، با آگاهی از عمل جراحی قلب بود. گزیده‌هایی از جملات بیماران بدین شرح بود:

بیمار ۶۵ ساله / مرد: «همه چیزم به هم ریخت. وحشت برم داشت. باور نمی‌کردم کارم به عمل رسیده باشه. باور نمی‌کردم. گفتم من دیگه مردنی‌ام. مگه می‌شه همه چیز اینطور پیش بیاد؟».

(Transferability) مطالعه، با تلاش جهت ارائه توصیف غنی از گزارش تحقیق، به منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه‌ها، صورت پذیرفت.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، معرفی‌نامه جهت انجام تحقیق در مراکز مورد نظر را اخذ و با ارائه آن به مسئولین بیمارستان‌های محل تحقیق در گیلان، اجازه انجام تحقیق را دریافت نمود. در این پژوهش، پس از بیان هدف پژوهش، از نمونه‌ها در صورت تمایل به شرکت در تحقیق، دعوت به عمل آمد. قبل از شروع تحقیق، پژوهشگر ضمن معرفی خود و بیان هدف تحقیق، توضیحاتی نیز مبنی بر اختیاری بودن شرکت در تحقیق، امکان انصراف از تحقیق در صورت تمایل، علت ضبط صدا و محرمانه ماندن اطلاعات و امکان در دسترس قرار دادن نتایج اطلاعات، برای نمونه‌های تحقیق، ارائه نمود.

## یافته‌ها

مشارکت کنندگان در این تحقیق، ۱۹ بیماری بودند که پس از انجام جراحی پیوند عروق کرونر قلب، تجربه شرکت در برنامه توانبخشی قلبی را داشتند. ۱۲ شرکت کننده مرد در محدوده سنی ۶۹-۴۲ سال، و ۷ شرکت کننده زن در محدوده سنی ۶۳-۵۸ سال بودند. ۱۵ نفر متأهل بودند و همسر ۴ نفر از شرکت کنندگان فوت نموده بودند. سطح تحصیلات آن‌ها، از زیر دیپلم تا فوق دیپلم بود. ۵ بیمار خانه‌دار، ۲ بیمار کارمند، ۵ بیمار دارای شغل آزاد و ۷ بیمار بازنشسته بودند (جدول شماره ۱).

از توصیف غنی و عمیق مشارکت کنندگان به طور کلی، ۱۴۷۰ کد اولیه استخراج گردید. کدها پس از چندین بار

جدول شماره ۱: مشخصات نمونه‌های تحقیق

متغیر	مرد	زن
تعداد	۱۲ نفر	۷ نفر
محدوده سنی	۶۹-۴۲ سال	۶۳-۵۸ سال
وضعیت تأهل	متأهل: ۱۱ نفر / فوت همسر: ۱ نفر	متأهل: ۴ نفر / بیوه: ۳ نفر
تحصیلات	زیر دیپلم: ۴ نفر / دیپلم: ۶ نفر / فوق دیپلم: ۲ نفر	زیر دیپلم: ۲ نفر / دیپلم: ۴ نفر / فوق دیپلم: ۱ نفر
شغل	کارمند: ۲ نفر، شغل آزاد: ۵ نفر، بازنشسته: ۵ نفر	خانه‌دار: ۵ نفر، بازنشسته: ۲ نفر

جدول شماره ۲: طبقات اصلی و زیر طبقات	
طبقات اصلی	زیر طبقات
تشخیص بیماری	ترس از عمل جراحی و مرگ تشویش ناتوانی بعد از عمل قلب
در جستجوی تطابق	هزینه بالای درمان حمایت خانواده تمایل به توانمندی باورهای مذهبی - اعتقادی
باز تنظیم زندگی	ارتقای شایستگی فیزیکی امید به زندگی بازگشت به اجتماع
عوامل مؤثر بر شرکت در توانبخشی قلبی	موانع شرکت در توانبخشی قلبی تسهیل گرهای شرکت در توانبخشی قلبی

درمانده شدم. فکر کردم دیگه همه دار و ندارم از دست دادم. چون قبلا شنیده بودم، چقدر خرج بر می‌داره. گفتم همه چیزمو هم بفروشم، باز هم نمی‌تونم پولشو جورش کنم». بیمار ۶۸ ساله / مرد: «وقتی شنیدم عمل قلب دارم، ترس عملش به طرف، اول یاد پولش افتادم، آخه تا حالا زمینمو که فروخته بودم، از پسر هم قرض گرفته بودم. دیگه نمی‌دونستم چه کار باید بکنم».

#### در جستجوی تطابق

از انگیزه‌های مهم بیماران، در تلاش آنان جهت تطابق با بیماری، تمایل به کسب مجدد توانایی، بهره‌گیری از حمایت خانواده و اعتقاد به تقدیر تعیین شده توسط خداوند، یاری و کمک خداوند و ائمه (ع) بود.

#### حمایت خانواده:

بیماران، حمایت خانواده و عشق به آنان را از علل مهم انگیزشی خود، در تلاش جهت تطابق با بیماری و داشتن زندگی طولانی‌تر در کنار آنان بیان نمودند. برخی از جملات بیماران این چنین بود:

بیمار ۶۹ ساله / مرد: «من اگر خانواده‌ام نبودند، باور کنین نه دیگه دکتر می‌رفتم، نه عمل می‌کردم، نه این جا برای توانبخشی می‌اومدم. می‌گفتم هر چه می‌خواد پیش بیاد، بیاد». بیمار ۴۲ ساله / مرد: «ببخشید، ولی همیشه می‌گفتم. آخه من جوونم، چقدر خانواده‌ام مراقبم هستن. من هم باید به کاری کنم، تا بیشتر بتونم با زن و بچه‌ام زندگی کنم. گفتن این توانبخشی، زودتر خوب می‌کنه. من هم گفتم باشه، من هم هر کاری باشه، می‌کنم تا زودتر خوب بشم».

بیمار ۶۲ ساله / زن: «من چند ساله، شوهرم فوت کرده. با تنها دختر مجردم زندگی می‌کنم که همه کارهام، غذا، کار، خریدم، اونو. به خاطر اون هم که بود، همه چیزایی را که بهم گفتن گوش کردم».

#### تمایل به توانمندی:

تمایل به توانمندی، از دیگر انگیزه‌های بیماران، در یافتن راه‌هایی جهت تطابق با بیماری بود. در ادامه گزیده‌هایی از جملات بیماران در این زمینه آمده است:

بیمار ۶۹ ساله / مرد: «وقتی دکترم گفت همه ناراحتیت مربوط به قلبته، فهمیدم دیگه واقعا رفتنی شدیم. قلبه دیگه. شوخی بردار که نیست».

بیمار ۵۸ ساله / زن: «وقتی شنیدم عمل قلب دارم، باور کنین همونجا، یک بار مردم. آخه از درد خیلی زیاد سینه و پا بعد از این عمل، از فامیل شوهرم شنیده بودم. واقعا هم همون طور بود».

بیمار ۶۸ ساله / مرد: «اولین چیزی که دکتر به من و خانمم گفت، این بود که باید رگ هام جراحی بشه. من که اسم عملو شنیدم، فکر کنم همونجا به سخته‌ای زدم. آخه واقعا از بیمارستان و اتاق عمل وحشت داشتم. فکر می‌کردم دیگه با این سنم بی‌هوش بشم، هوش نیام».

#### تشویش ناتوانی بعد از عمل:

بیمار ۶۲ ساله / زن: «همیشه می‌گفتم من اگه عمل کنم، دیگه از پا افتادم. دیگه هیچ کاری از من بر نیامد. کسی رو هم که ندارم. باید سربار دخترم بشم. عمل قلبه دیگه، شوخی نیست. معده‌ت که نیست. دستت، پات نیست، قلبه!».

بیمار ۵۸ ساله / مرد: «گفتم خوب حالا عمل کردیم. بعدش چی؟ چه باید بر سرم بیاد؟ بعد که من نمی‌تونم کاری انجام بدم. حتما باید فقط مثل یه مجسمه یه گوشه بشینم. نه توانی باقی می‌مونه. نه قدرتی».

#### هزینه بالای درمان:

بیمار ۶۴ ساله / مرد: «وقتی شنیدم همه چیز مربوط به قلبمه».

بیمار ۶۱ ساله / زن: «دوست داشتم دوباره بتونم کار کنم، ورزش کنم، راحت راه برم، اصلا از به جا نشستن متنفرم. آخه به عمر دویدم، شکر، حالا راحت راه می‌رم. کارای خونه رو تا حد زیادی انجام می‌دم. نه کارای سنگین. پیاده‌روی می‌کنم».

بیمار ۵۶ ساله / مرد: «سعی می‌کردم با انجام ورزش‌هایی که بهم گفتن، خوردن دارو هام سر وقتشون، اطلاعاتی که از دیگران می‌گیرم و این‌ها، زودتر بشم همونی که بودم. توانمو دوباره به دست بیارم. خوب بشم. نتیجه‌اش هم دیدم. خیلی قدرت بدنیم بهتر شده. دیرتر خسته می‌شم».

#### باورهای مذهبی - اعتقادی:

اکثر بیماران، با امید به کسب مجدد سلامتی و یاری گرفتن از خداوند و ائمه (ع)، در تلاش جهت تطابق با بیماری بودند. برخی از جملات بیماران به شرح زیر بود:

بیمار ۶۳ ساله / زن: «از شروع بیماریم، خودمو سپردم دست خدا و ائمه (ع)، هر وقت دلم می‌گرفت، می‌رفتم امامزاده. می‌نشستم راز و نیاز می‌کردم. سفره انداختم. این جوروی آروم می‌شدم. سبک می‌شدم».

بیمار ۶۷ ساله / مرد: مرگ و زندگی دست اونه (خداوند). اون نخواست، برگ نمی‌افته، به ما زندگی داده، هر وقت اراده کنه، می‌گیره. پس ما تلاشمونو می‌کنیم. خدا هم یاری می‌کنه».

تعداد کمی از بیماران با داشتن اعتقادات مذهبی پایین‌تر، تنها راهکار تطابقی خود را با بیماری، تلاش و همت خود و خانواده خود و پزشک معالج خویش می‌دانستند.

#### بازتنظیم زندگی

درک بیماران از برنامه توانبخشی قلبی، ارتقا شایستگی فیزیکی، امیدوار شدن به زندگی، و بازگشت مجدد به اجتماع، با شرکت در این برنامه بود.

#### ارتقای شایستگی فیزیکی:

ارتقای شایستگی فیزیکی، یکی از زیر گروه‌های کد اصلی «باز تنظیم زندگی» بود. برخی از سخنان مشارکت کنندگان به شرح زیر بود:

بیمار ۶۳ ساله / مرد: «حالا که این جا (مرکز توانبخشی

قلبی) میام، خیلی بهترم. فکر می‌کنم، بهتر از دفعه قبلیم. ورزش هاش خیلی خوب بودن. اوایل، با ورزش، کمی ناراحت می‌شدم. اما حالا دیگه دست و پاهام خشک نیستن. وقت پیاده‌روی، خیلی کمتر خسته می‌شم. راحت نفس می‌کشم، وابستگی کمتر شده».

بیمار ۶۵ ساله / مرد: «هر جلسه که میام، حس بهتری نسبت به جلسه قبل دارم. درد پا و قفسه سینه‌ام هم خیلی کم شده. فقط گاهی، خیلی کم اذیتم می‌کنه. فکر می‌کنم، دوباره دارم توانایی هامو به دست می‌آرم».

بیمار ۶۲ ساله / زن: از شروع حمله قلبی، بی‌توان شده بودم. بیچاره دخترم. همه کارامو انجام می‌داد. غذا، خرید، بیخشید کارهای بهداشتی، ولی خدا رو هزار بار شکر می‌کنم. حالا دیگه نه. خیلی از کارامو، خودم انجام می‌دم. کارای خونه. دردم شروع بشه، گاهی قرص می‌خورم. گاهی پماد می‌زنم. خودم حتی دارو گرفتم. این جا (مرکز توانبخشی قلبی) هم، چند بار تنها اومدم».

#### امید به زندگی

با بهبود وضعیت روحی - روانی بیماران، اعتماد به نفس آنان ارتقا و امید به زندگی در آن‌ها افزایش یافته بود. گزیده‌هایی از سخنان بیماران در این زمینه در ادامه آمده است:

بیمار ۵۷ ساله / زن: «روحیه‌ام بهتر شده، فکر می‌کنم دوباره زنده شدم. دوباره دارم از زندگی لذت می‌برم. فکرشو نمی‌کردم، دوباره این جوروی بشم. خیلی حس خوبی».

بیمار ۶۲ ساله / زن: «از وقتی قلبم مشکل پیدا کرد، خودمو باخته بودم. ترس از عمل، تنهایی، مردن. ولی شکر، حالا دیگه امید تازه‌ای پیدا کردم. به خودم اعتماد دارم که می‌تونم همه چیزو تحمل کنم».

بیمار ۶۸ ساله / مرد: «از خودم ناامید شده بودم. کلا افسردگی گرفته بودم. نه می‌تونستم کار کنم. نه چیزی بخورم. ولی حالا نه. حس جوونی می‌کنم. آدم وقتی چیزی نمی‌دونه، خیلی خودشو می‌بازه. از موقعی که اومدم، هر روز، حس می‌کنم دارم بهتر می‌شم. می‌تونم کار کنم. خیلی چیزها این جا بهم گفتن. قوت گرفتم. روحیه، روحیه گرفتم».

بیمار ۶۶ ساله / مرد: «همه چیزو برای خودم تموم شده



می‌دونستم. ولی واقعا حالا حس می‌کنم به زندگیم، بیشتر زنده موندنم خیلی امیدوار شدم. خوشحالم».

#### بازگشت به اجتماع:

یافته‌های تحقیق، بیانگر درک بیماران از اثرات مثبت توانبخشی قلبی در بازگشت به جایگاه شغلی خود، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و از سرگیری ارتباطات بین فردی کم‌رنگ شده بود. گزیده‌هایی از جملات بیماران از این قرار بود:

بیمار ۶۷ ساله / مرد: «از وقتی که مریض شدم، دیگه دکتر بهم اجازه کار نداده بود. آخه کارم، ساختمونی بود و دکتر گفت بهت فشار میاد. با این اوضاع، فکر کنین، دیگه کاری نمی‌کردم. یگه کلافه شده بودم. آروم و قرار نداشتم. ولی شکر، شکر، بعد از چهار، پنج جلسه که این جا اومدم، با اجازه دکترم، دوباره به کارم برگشتم. حالا نه همون جور سخت، ولی خلاصه دارم کار می‌کنم. روزیم خوب در میاد. شکر».

بیمار ۶۴ ساله / مرد: «خودم فکر می‌کنم تا هفتاد، هفتاد و پنج درصد مثل قبل از مریضیم شدم. از روزی که اومدم این جا، هر جلسه میام، شاداب‌تر و سر حال‌ترم. خیلی خوب ورزش هامون انجام می‌دم. خودم می‌رم نون و وسایل خونه می‌گیرم. حالا دیگه دوستامو، که مدتی بود ندیده بودم، می‌بینم. تو جلسات صنف هم می‌رم. تو دوره بیماریم نمی‌رفتم».

بیمار ۶۸ ساله / مرد: خوب، مغازه داشتم. کلی با مردم سرو کار داشتم. از اون وقتی (که) حالم بد شد، دیگه سر کار نرفتم. با دوستام جایی نمی‌رفتم. مهمانی، تو جمع رفتن، حوصله هیچ کدومو نداشتم. همیشه انگار ترس داشتم، وحشت، حالا دوباره قلبم می‌گیره، می‌افتم. ولی حالا دیگه نه. خیلی زیاد ترسم کم شده. تا فکرش به سراغم میاد، زود خودمو مشغول می‌کنم. همون روز اول، بهمون گفته بودن، این کارم باعث شده خیلی از کارای قبل خودمو بدون ناراحتی و با حوصله انجام بدم. فروش مغازه رو، بیرون، مهمانی».

#### عوامل مؤثر بر شرکت در توانبخشی قلبی

##### موانع شرکت در توانبخشی قلبی:

از نظر شرکت کنندگان، دغدغه تأمین هزینه، دوری راه و

شیفت ثابت صبح، از موانع شرکت آنان در برنامه توانبخشی قلبی محسوب می‌شدند.

- دغدغه تأمین هزینه: بالا بودن هزینه شرکت در برنامه توانبخشی قلبی و عدم حمایت کامل برخی از بیمه‌ها، سبب دغدغه خاطر بیماران جهت تأمین هزینه گردیده بود. در ادامه به برخی نظرات شرکت کنندگان در این زمینه اشاره شده است:

بیمار ۶۹ ساله / مرد: «خوب می‌دونم این جا برام خوبه. عمر و زیاد می‌کنه. بهتر می‌شم. ولی پولش خیلی زیاده. البته بیمه کمک می‌کنه. ولی نه همه رو. از اون اول اون قدر خرج کردم، که حالا دیگه کم آوردم».

بیمار ۶۸ ساله / مرد: «از اون اولش که قلبم شروع به خراب شدن کرد، من برایش پول خرج کردم تا حالا، خوب، آزمایش‌ها، داروها، عکس، آنژیوگرافی، عمل، حالا هم این جا. واقعا این جا دیگه پولش برام خیلی زیاده. پول ورزش‌هاش. اومدن و رفتنش، همه برام سنگینه».

- دوری راه: قرارگیری تنها مرکز توانبخشی قلبی در رشت (مرکز استان گیلان) و دوری منزل اغلب بیماران از این مرکز، از موانع حضور آنان جهت شرکت در برنامه و ادامه درمان محسوب می‌گردید. جملاتی از گفته‌های شرکت کنندگان در این باره بدین شرح بود:

بیمار ۵۸ ساله / مرد: «از رفت و آمد خسته می‌شیم. من هر روز که میام، از آستانه (از شهرهای شرق گیلان) با خانمم میایم این جا. ماشین هم که نداریم. هر دفعه، یا باید شخصی بگیریم، یا آژانس. فکر نکنم تا آخرش بیام. اگه بهم نزدیک‌تر بود، خوب، خیلی راحت‌تر بودیم».

بیمار ۶۴ ساله / مرد: «رفت و آمد خیلی برام خسته کننده ست. اکثر اوقات، تنها میام. چند کیلومتری جاده تهران زندگی می‌کنم، اطراف رشته، ولی چون ماشین ندارم، زمستونا که هوا سرده، گاهی تو اون سرما خیلی معطل می‌شم. دیر هم می‌رسم».

- شیفت ثابت صبح: وجود شیفت ثابت صبح، از دیگر موانع شرکت برخی بیماران شناخته شد. بیماران در این زمینه چنین گفتند:

بیمار ۵۸ ساله / مرد: «راهم دوره. باید یکی با من بیاد.

برخی نظرات شرکت کنندگان به شرح زیر است:  
 بیمار ۶۰ ساله/ مرد: «خانواده‌م از همون اولش تا حالا، همه جا با من هستن. دکترم برام نوشته بود. تأکید هم کرده بود، ولی مهمش، اصرار خانواده‌م بود. همیشه می‌گفتن ما هستیم. نگران پولش نباش. پسر من تا شنید، فوری دو تومن (اشاره به دو میلیون تومان) برام خونه آورد».

بیمار ۴۲ ساله/ مرد: «من به همه سفارش می‌کنم، حتما بعد از عمل بیان این جا. خیلی هوای ما رو دارن. خیلی زحمت می‌کشن. اخلاقشون، چیزایی که یاد می‌دن، ورزش هاشونو، حس می‌کنی که پشتت هستن (اشاره به حمایت). ورزشش هم مطمئنه. همیشه مراقبت هستن. وقتی دارم جایی ورزش می‌کنم که وقتی حالم بد شه، همه هستن، یا می‌دونم همه کارها، نرمش‌ها، اصولیه. مطمئن ورزش می‌کنم. این جا فقط ورزش که نیست. کلی چیزا یاد می‌گیریم. خوب، اینا کمک می‌کنه که دوست داشته باشم همه جلساتو پیام».

بیمار ۶۳ ساله/ زن: «این جا برام خیلی خوب بود، ولی یه چیزش خیلی جالب بود. دوستام، وقتی این جا با مردم دیگه هم روبه‌رو می‌شی که مشکل خودتو دارن، خیلی خوب می‌تونن باهاشون درد دل کنی. تازه، بهت دل گرمی هم می‌دن. گاهی، با هم بیرون هم می‌ریم و گشتی می‌زنیم. اصلا همین باعث شد دوباره با دوستای قدیمیم، فامیلام هم، رفت و آمد بکنم. مدتی بود، دیگه حال و حوصله نداشتم».

بیمار ۶۹ ساله/ مرد: «خوب معلومه وقتی این حد، از اوامدن راضیم، دوست دارم بتونم تا آخرش پیام. می‌دونم آقای ... که تو بیمارستان، هم تختی من بود، به خاطر پولش نیومد. اگر بیمه کمک کنه، یعنی هر چند جلسه‌ای که دکترمون نوشته، پولشو بده، خوب یک کمک بزرگیه تا مردم برای سلامتی خودشون همه جلساتو بیان».

## بحث

هدف این تحقیق، آگاهی از درک بیماران از توانبخشی قلبی بعد از جراحی پیوند عروق کرونر قلب بود. با تشخیص بیماری قلبی، بیماران دچار ترس از عمل قلب و مرگ، نگرانی

همیشه که خانمم وقت نداره. صبحه دیگه. خونه، کلی کار داره. دخترم راه دوره. پسر هم، واسه خودش، صبح‌ها هزار تا کار داره».

بیمار ۶۳ ساله/ مرد: «این جا (اشاره به مرکز توانبخشی قلبی) برام خیلی خوبه، ولی وقتش برام خوب نیست. تا حالا پسر و دوستش، گاهی هم برادرزاده‌م، مغازه رو می‌چرخوندن. خوب، دیگه بیشتر که نمی‌شه. هر روز صبح بگم، اونا برن مغازه. تا من پیام اینجا و برگردم، ظهره. فقط هم همین صبح، این جا بازه. برای من اصلا زمان خوبی نیست».

## تسهیل گره‌های شرکت در توانبخشی قلبی:

پیشرفت بهبودی و حمایت (خانواده، کادر توانبخشی قلبی، همتایان و بیمه درمانی)، از تسهیل کننده‌های مهم شرکت بیماران در برنامه توانبخشی قلبی شناخته شدند.

- پیشرفت بهبودی: بهبود جسمانی، روانی، ارتباطات بین فردی، روش تغذیه و مراقبت از خود، از تسهیل گره‌های شرکت بیماران در برنامه توانبخشی قلبی محسوب می‌گردیدند. برخی جملات بیماران در تأیید تأثیر این عوامل در ادامه آمده است:

بیمار ۶۱ ساله/ زن: «اولش نمی‌خواستم پیام. ولی وقتی اوامدم، خیلی دردم کم شده. روحیه‌م خوب شد. کسی هم خونه نباشه، می‌تونم مراقب خودم باشم. دردم گرفت، می‌دونم چه کار کنم. چی بخورم که برام خوب هم باشه. کلا روش زندگیم، همه چیز، خوردن، خوابیدن، فعالیت، همه چیزم خیلی بهتر شده».

بیمار ۶۵ ساله/ مرد: «می‌بینم چقدر بهتر شدم. مهم‌ترین چیز همینیه. وقتی بعد از عمل همیشه درد داشتم، نمی‌تونستم دو قدم بردارم. همیشه کج خلق بودم. با همه دعوا داشتم. با همه قطع رابطه کرده بودم. حالا خدا رو شکر، روز به روز بهترم. اکثر روزها با دوستام بیرون می‌ریم. آرام آرام قدم می‌زنیم. یه جا تو پارک می‌شینیم».

- حمایت (خانواده، کادر توانبخشی قلبی، همتایان و بیمه درمانی): برخورداری از حمایت خانواده، کادر توانبخشی قلبی، همتایان و بیمه درمانی، از تسهیل گره‌های مطرح شده توسط بیماران، جهت شرکت در برنامه توانبخشی قلبی بودند.

سطوح پایین تا متوسط اضطرابی، از دوره قبل تا بعد از جراحی نیز گزارش شده است (۳۳) که شاید علت تفاوت سطح اضطرابی را بتوان به تفاوت‌های شناختی و فرهنگی افراد مرتبط دانست.

#### تشویش ناتوانی بعد از عمل

تشویش مرتبط با احتمال ناتوانی بعد از عمل، از دیگر موارد نگرانی بیماران شناخته شد. ترس از سربار شدن، از پافاندن، از دست رفتن قدرت جسمی و ناتوانی در انجام امور، سبب ایجاد تشویش و نگرانی در بیماران می‌گردد. در واقع، ترس از نادانسته‌ها و احتمال رخدادهای جدید در زمان بعد از عمل، یکی از علل مهم ایجاد تشویش و نگرانی در بیماران شناخته شد. در زمان انتظار برای عمل قلب، بیماران، نگران رخ دادن اتفاقات جدید ناشی از عمل قلب، در زندگیشان هستند (۲۷). فراهم آوردن اطلاعات لازم جهت بیماران، می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین اقدامات مراقبتی، جهت بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر قلب در نظر گرفته شود (۳۵).

#### هزینه بالای درمان

هزینه بالای درمان، دیگر تجربه تنش‌زای بیماران با آگاهی از تشخیص بیماری و درمان جراحی بود. بیمارانی با درآمد پایین، همواره نگرانی‌هایی در رابطه با هزینه‌های مراقبتی خود دارند (۳۶). در تحقیق کیفی Mead و همکاران، بیماران، بالا بودن هزینه‌های درمانی و به دنبال آن، عدم توانایی پیگیری درمان را یکی از علل نگرانی‌های خود بیان نمودند (۳۷).

درون‌مایه اصلی دیگر در این تحقیق، «در جستجوی تطابق» با زیر طبقات حمایت خانواده، تمایل به توانمندی و باورهای مذهبی - اعتقادی بود. بیماران قلبی، همواره در تلاش جهت بازگرداندن وضعیت زندگی خود به مانند قبل از بیماری هستند و این تلاش، با کوشش آنان جهت تطابق، آغاز می‌شود (۳۸).

#### حمایت خانواده

در این تحقیق، بیماران، وجود حمایت خانوادگی، نظیر حمایت جسمی، روانی و اجتماعی را از عوامل مهم انگیزشی خود در تلاش جهت تطابق با بیماری بیان نمودند. حمایت خانواده، نقش مهمی جهت ایجاد انگیزه در بیمار، برای تطابق با بیماری و پیشرفت به سمت بهبودی بعد از یک حادثه قلبی

از ناتوانی بعد از عمل و عدم توان پرداخت هزینه بالای درمانی می‌شوند و با ایجاد انگیزش از سوی خانواده و بهره‌مندی از حمایت آنان و باورها و عقاید مذهبی - اعتقادی، در جستجوی کسب توانایی از دست رفته و تطابق با شرایط موجود بر می‌آیند. درک بیماران، بیانگر اثرات مثبت توانبخشی قلبی، نظیر کسب ارتقای شایستگی فیزیکی، امیدوار شدن به زندگی و از سرگیری ارتباطات بین فردی کم‌رنگ شده و بازگشت به اجتماع بود. بیانات بیماران، بیانگر وجود برخی عوامل مؤثر بر شرکت آنان در برنامه توانبخشی قلبی بود.

#### ترس از عمل جراحی و مرگ

در تحقیق حاضر، اغلب بیماران، ترس از عمل جراحی و مرگ را با آگاهی از انتخاب شدن برای جراحی قلب، تجربه نموده بودند. بیماری قلبی و جراحی قلب، به عنوان یک تجربه تهدید زندگی برای بیماران محسوب می‌شود و پذیرش جراحی قلب، برای بسیاری از بیماران دشوار می‌باشد (۲۶)، اگر چه، بیماران برای حل مشکل حاد و تهدید کننده قلبی، عمل جراحی را می‌پذیرند (۲۷). در واقع، عمل جراحی، می‌تواند یکی از تنش‌زاهای بزرگ در زندگی هر فرد در نظر گرفته شود (۲۸) و قرارگیری در موقعیت‌های ناآشنا و ناخوشایند، نگرانی از نتایج عمل، و ترس از مرگ، می‌تواند از علل ایجاد کننده این تنش باشند (۲۹).

در تحقیق کیفی Vila و همکاران، بیماران، تجربه CABG خود را همانند وضعیتی بین مرگ و زندگی بیان نمودند (۲۶). بر اساس تجارب بیماران از جراحی قلب باز در تحقیق کیفی Karlsson و همکاران، درون‌مایه مرکزی «شکندگی» استخراج گردید (۳۰). تحقیقات نشان داده است که بیمارانی با سطح اضطراب بالای قبل از عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب، سطح بالاتری از اضطراب را در زمان بعد از عمل تجربه می‌کنند (۳۱، ۳۲) و وجود استرس بالای قبل از جراحی، می‌تواند سبب بروز بیشتر عوارض بعد از عمل، تأخیر در بهبودی و همچنین، کاهش سازگاری بعد از عمل گردد (۳۳). با توجه به اثرات منفی اضطراب در بیماران قلبی، تشخیص و مدیریت مناسب آن از طرف متخصصین، ضروری است (۳۴). قرار داشتن بیماران در

پذیرش مراقبت‌ها ایفا می‌نمود. اکثر بیماران با اعتقاد به نقش اراده خداوند در زندگی و مرگ افراد، با نذر و نیاز، برپایی مراسم مذهبی در منزل و رفتن به امامزاده، به بهبودی با یاری خدا و ائمه (ع) باور داشتند. بر اساس نظر شرکت کنندگان تحقیق اخبارده، اعتقادات معنوی مثبت، سبب معنی‌بخشی به بیماری و تقویت فرد، به منظور سازگاری با فشار روانی ناشی از بیماری می‌گردد، بر شکل‌دهی فرایند سازگاری بیماران اثر می‌گذارد و می‌تواند فرد را جهت دستیابی به سطح سلامتی بالاتر، کمک نماید (۴۲).

در این تحقیق، نذر کردن و صدقه دادن، عاملی بود که بارها توسط بیماران برای کسب احساس سلامت و دستیابی به سلامت جسمی و روحی، مورد استفاده قرار می‌گرفت. بیماران با داشتن اعتقاداتی همچون، یاری‌رسانی خداوند و نقش اراده خداوند در سلامت و مرگ انسان، با رفتن به محیط‌های روحانی جهت ایجاد آرامش و سازگاری بهتر با بیماری و مشکلات زندگی می‌کوشیدند (۴۲). Newman و Pargament، نقش‌های روانشناختی تأثیرگذار مذهبی را که مردم جهت تطابق با رخداد‌های زندگی به کار می‌برند، توصیف نموده است (۴۳). قرآن کریم نیز در آیه ۴ سوره بلد، باورهای مذهبی و دینی افراد را یکی از عوامل کاهنده تأثیر فشارزاهای زندگی می‌داند.

#### باز تنظیم زندگی

«باز تنظیم زندگی» درون‌مایه اصلی دیگر در این تحقیق، با درون‌مایه‌های فرعی ارتقای شایستگی فیزیکی، امید به زندگی و بازگشت به اجتماع بود. شرکت بیماران در برنامه توانبخشی قلبی، سبب ایجاد تغییر و نوسازی نگرش و عقاید آنان نسبت به توانایی خود جهت برآورده کردن نیازهای سلامتی و گام برداشتن به سمت ارتقای کیفیت زندگی می‌گردد (۱۷).

#### ارتقای شایستگی فیزیکی

بهبود عملکرد جسمی، کاهش درد، کسب توانایی جهت پیاده‌روی کوتاه مدت و استقلال در انجام کارها، از تجربیات بیماران، با شرکت در برنامه توانبخشی قلبی بود. تحقیقات

دارد و این حمایت، می‌تواند مواردی همچون کمک به بیمار جهت انجام فعالیت‌های روزانه، پشتیبانی اقتصادی و درک و همدمی با بیمار باشد (۳۹).

در تحقیق کیفی شفیع‌پور و همکاران، مشارکت کنندگان به ضرورت حضور و همراهی خانواده در تأمین آسایش جسمی و آرامش روحی، به طور مکرر اشاره نمودند و حضور خانواده در تمام مراحل بستری، از زمان پذیرش جهت انجام جراحی تا ترخیص، سبب دلگرمی، تعلق خاطر و کسب روحیه در بیماران گردیده بود (۴۰). در این تحقیق، برخی از نمونه‌های زن، که همسرشان در قید حیات نبودند، نیاز خود را به حمایت بیشتر خانواده، کادر درمان و اجتماع ذکر می‌نمودند. در تحقیق Astin و همکاران نیز، آن گروه از بیماران زن که به تنهایی زندگی می‌کردند، نیاز خود را به حمایت و همراهی نزدیک در مراحل اولیه بهبودی، ابراز می‌داشتند (۳۹).

#### تمایل به توانمندی

در این تحقیق، تمایل به توانمندی، از دیگر انگیزه‌های بیماران در تلاش آنان جهت تطابق با بیماری بود. بیماران با پیگیری‌های درمان و شرکت در برنامه‌های توانبخشی قلبی، در تلاش جهت کسب توانایی از دست رفته و تطابق با بیماری بودند. در یک تحقیق کیفی، انگیزه بیماران از پیگیری درمان و شرکت در برنامه‌های توانبخشی قلبی، کسب توانایی فیزیکی شناخته شد (۴۱). در تحقیق کیفی دیگری با هدف تعیین تجربه بیماران بزرگسال قلبی تحت CABG، نتایج بیانگر پذیرش درمان از سوی بیماران، با انگیزه کسب مجدد توانایی از دست رفته بود (۲۷). همچنین در سایر مطالعات، برگشت به کار و فعالیت‌های روزانه در زمان کوتاه، ارتقای شایستگی فیزیکی، مقاومت در مقابل بیماری و تسکین درد، از جمله تجارب شرکت کنندگان، در نتیجه شرکت در برنامه توانبخشی قلبی بود (۴۱) و بهبود عملکرد قلبی و توانایی شرکت در اجتماع و ارتباط با دیگران، با بروز احساس توانمندی در افراد همراه بود (۱).

#### باورهای مذهبی - اعتقادی

در تحقیق حاضر، باورهای مذهبی - اعتقادی شرکت کنندگان، نقش مهمی در تطابق نمونه‌های تحقیق با بیماری و

مختلف، بیانگر اثرات مثبت توانبخشی قلبی، نظیر بهبود عملکرد فیزیکی، کاهش استرس و ارتقای کیفیت زندگی می‌باشد (۴۴، ۱۲). در تحقیق کیفی Jonez و همکاران، بیماران، به اثرات مثبت توانبخشی قلبی، نظیر پیشرفت سلامتی (۱۸) اشاره داشتند و در تحقیق کیفی Sintay، تجربه بیماران از توانبخشی قلبی، بهبودی فیزیکی و روانی، توانایی داشتن فعالیت جنسی مناسب، کسب دانش جدید و توانایی خود تنظیمی زندگی بود (۱).

#### امید به زندگی

در این تحقیق، با بهبود وضعیت روحی-روانی بیماران، اعتماد به نفس آنان ارتقا می‌یافت و از زندگی خود لذت می‌بردند و به زندگی امیدوار می‌شدند که با نتایج تحقیقات مشابه، همخوانی دارد. نشاط و سرزندگی، در بیماران شرکت کننده در برنامه توانبخشی قلبی، در تحقیق سیاوشی و همکاران گزارش گردید (۴۵) و انگیزه و امید به زندگی با شرکت در برنامه‌های توانبخشی قلبی، از تجارب نمونه‌های تحقیق Sintay بود (۱).

#### بازگشت به اجتماع

در تحقیق حاضر، بیماران، از اجبار در کاهش نقش‌ها و فعالیت‌های فردی، به واسطه مشکلات ناشی از بیماری قلبی گفته بودند. از آن جا که با کاهش نقش‌ها، فعالیت‌های ارزشمند و ارتباطات اجتماعی به علت بیماری، به طور معمول بیماران با دامنه وسیعی از احساسات منفی شامل اضطراب، عصبانیت و افسردگی مواجه می‌گردند (۴۲). تسریع در بازگشت به کار، یکی از اثرات مهم توانبخشی قلبی شناخته شده است (۴۶). نتایج تحقیق حاضر، بیانگر از سرگیری روابط بین فردی و اجتماعی در نتیجه شرکت در برنامه‌های توانبخشی قلبی بود. در تحقیقی، بازگشت به کار و فعالیت‌های روزانه (۴۱) و در تحقیق کیفی Sintay، از سرگیری و بهبود ارتباطات بین فردی از تجارب مثبت شرکت بیماران در برنامه‌های توانبخشی قلبی شناخته شده است (۱).

#### عوامل مؤثر بر شرکت در توانبخشی قلبی

##### موانع شرکت در توانبخشی قلبی:

دغدغه تأمین هزینه، دوری راه و شیفت ثابت صبح، از

موانع شرکت بیماران در برنامه توانبخشی قلبی مطرح گردیدند.  
- دغدغه تأمین هزینه:

هزینه بالای شرکت در برنامه توانبخشی قلبی، هزینه‌های جانبی دیگر و عدم برخورداری از حمایت کامل برخی بیمه‌ها، سبب دغدغه خاطر اکثر بیماران جهت تأمین هزینه و در نتیجه، به عنوان مانعی جهت شرکت آنان مطرح گردید. نتیجه مشابه، در تحقیق کیفی Dunlay و همکاران، نشان داد که مطلوب نبودن وضعیت اقتصادی و فقدان حمایت بیمه‌ای، از موانع مهم شرکت بیماران در توانبخشی قلبی می‌باشد (۴۴).

##### دوری راه:

دوری راه و دسترسی نامناسب به مرکز توانبخشی قلبی، از دیگر موانع شرکت بیماران در توانبخشی قلبی مطرح گردید. در واقع، وجود تنها مرکز توانبخشی قلبی در مرکز استان گیلان (رشت)، دسترسی به این مرکز را جهت بسیاری از بیماران ساکن در شهرستان‌ها مشکل می‌نمود. در تحقیق Chauhan و همکاران نیز، دوری منزل از مرکز توانبخشی قلبی و مشکلات ایاب و ذهاب، از موانع شرکت بیماران در توانبخشی قلبی شناخته شده است (۴۷). این ارتباط در تحقیق Dunlay و همکاران، به چشم نمی‌خورد؛ که شاید با تفاوت شرایط اقتصادی جامعه مرتبط باشد (۴۴).

##### شیفت ثابت صبح:

وجود شیفت ثابت صبح در تک مرکز توانبخشی قلبی استان گیلان، با ایجاد تداخل شغلی، از موانع شناخته شده برخی بیماران جهت شرکت در توانبخشی قلبی بوده است که با نتیجه تحقیق دیگری همخوانی دارد (۱۶). در تحقیق Banerjee و همکاران، قابل انعطاف بودن ساعات برنامه بازتوانی قلبی، از تسهیل کننده‌های شرکت در برنامه شناخته شده است (۴۸).

از آن جا که عدم شرکت بیماران قلبی در برنامه توانبخشی قلبی، یک چالش اساسی در پیشگیری ثانویه بیماری محسوب می‌گردد (۱۵)، می‌توان با تغییر و تعدیل موانع، برنامه‌ریزی مناسب و فراهم آوردن تمهیدات لازم، شاهد شرکت بیشتر و منظم‌تر بیماران باشیم.

## تسهیل گرهای شرکت در توانبخشی قلبی:

از نظر شرکت کنندگان تحقیق حاضر، پیشرفت بهبودی و برخورداری از حمایت (خانواده، کادر توانبخشی قلبی، همتایان و بیمه درمانی)، تسهیل کننده‌های مهم جهت شرکت آنان در برنامه توانبخشی قلبی بودند.

## - پیشرفت بهبودی:

پیشرفت در بهبودی جسمانی، روانی، ارتباطات بین فردی، روش تغذیه و مراقبت از خود، از تسهیل گرهای شرکت بیماران تحقیق در برنامه توانبخشی قلبی بود. در تحقیقات دیگر نیز، نتایج مشابه کسب گردیده است. بهبود محدودیت جسمی، درد بدن، نشاط و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی (۴۵)، کاهش افسردگی و اضطراب بعد از عمل جراحی عروق کرونر قلب (۴۶) بیماران، از نتایج شرکت در برنامه توانبخشی قلبی شناخته شده است.

## - حمایت (خانواده، کادر توانبخشی قلبی، همتایان و بیمه درمانی):

بیماران، دریافت حمایت از خانواده، کادر توانبخشی قلبی، همتایان و بیمه درمانی را از عوامل مهم تسهیل گر، جهت شرکت خود در برنامه توانبخشی قلبی ذکر می نمودند. نقش تسهیل گر حمایت خانواده، جهت شرکت بیماران در توانبخشی قلبی، در تحقیقات دیگر نیز به چشم می خورد (۴۸، ۳۹، ۳۶). از آن جا که حمایت خانواده، می تواند سبب امیدواری فرد به ادامه درمان گردد (۳۷)، آگاهی بیشتر خانواده از اثرات مثبت توانبخشی قلبی، انتظار حمایت از آنان را مسجل تر خواهد ساخت.

شرکت کنندگان، بهره گیری از حمایت جسمی، روانی و آموزشی کادر توانبخشی قلبی را از تسهیل گرهای شرکت در برنامه توانبخشی قلبی برشمردند. در برخی دیگر از تحقیقات کیفی انجام گرفته در این زمینه، حمایت پرسنل پرستاری (۴۸) و پرستاران تیم توانبخشی قلبی (۴۹)، از عوامل تسهیل کننده شرکت بیماران در توانبخشی قلبی شناخته شده است. همچنین، در تحقیق کیفی Banerjee و همکاران، علاقمندی بیماران به کسب اطلاعات در رابطه با میزان مجاز فعالیت فیزیکی و روش تغذیه صحیح، از تسهیل گرهای مؤثر جهت شرکت بیماران در

## توانبخشی قلبی بوده است (۴۸).

در تحقیق حاضر، بیماران به نقش تسهیل گر حمایت همتایان اشاره داشته‌اند. ارتباط با افرادی با داشتن مشکلات مشابه و احساس همدردی از سوی آنان و بهره گیری از برخی تجارب آنان، به عنوان یک عامل تسهیل گر مهم از سوی بیماران بیان گردید. در واقع، بیماران با ارتباط با افرادی با اهداف، شرایط و نیازهای مشابه و با به اشتراک گذاشتن تجارب مثبت خود، احساس همبستگی گروهی با سایر بیماران می نمایند که این موضوع، به نوبه خود می تواند یک عامل انگیزشی مهم جهت شرکت آنان در برنامه توانبخشی قلبی باشد (۵۰). نتیجه مشابه، در تحقیق کیفی شهنواری و همکاران نیز دیده شد. در این تحقیق، همبستگی گروهی بیماران که به دنبال ارتباطات، همدلی و همدردی شکل گرفته بود، به عنوان یک عامل انگیزشی مهم، جهت شرکت بیماران در برنامه توانبخشی قلبی تعیین گردید (۵۱).

از نظر بیماران تحقیق حاضر، بهره‌مندی کامل از خدمات بیمه‌ای، می تواند یک تسهیل کننده مهم جهت ادامه شرکت آنان در توانبخشی قلبی باشد. بسیاری از شرکت کنندگان ابراز می داشتند که به دلیل عدم بهره‌برداری از حمایت کامل بیمه، قادر به تکمیل دوره توانبخشی قلبی نخواهند بود. در حالی که در تحقیقی، عدم نقش حمایت بیمه در شرکت بیماران به چشم می خورد (۴۴)، که شاید علت را بتوان در تفاوت شرایط اقتصادی جستجو نمود. اما از آن جا که در اکثر جوامع، حمایت بیمه، به عنوان یک عامل تشویق کننده مهم جهت بیماران محسوب می گردد (۲۷)، از این رو جهت حفظ و تداوم بهبود تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی - که با کامل کردن مرحله دوم توانبخشی قلبی صورت می پذیرد - (۴۵)، ضرورت حمایت کافی توسط سازمان‌ها و مؤسسات بیمه گر جهت این بیماران، محرز می گردد.

با تأکید بر عوامل تسهیل کننده، می توان شاهد شرکت هر چه بیشتر بیماران در برنامه توانبخشی قلبی با هدف ارتقای کیفیت زندگی آنان بود.

هدف از این تحقیق، آگاهی از درک بیماران از توانبخشی

ضعف برنامه و در نهایت، ارتقای کیفیت برنامه توانبخشی قلبی، با هدف بهره‌برداری مطلوب‌تر بیماران به کار گیرند. با توجه به ماهیت کیفی بودن مطالعه، احتمال فراموشی برخی خاطرات و یا عدم تمایل بیماران برای بیان واقعی احساسات وجود دارد که می‌تواند محدودیتی برای تحقیق در نظر گرفته شود.

### سپاسگزاری

این مقاله، بخشی از پایان‌نامه دکترای تخصصی پرستاری می‌باشد. بدینوسیله از پشتیبانی مسئولین دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، مسئولین بیمارستان قلب و مرکز توانبخشی قلبی استان گیلان و بیماران گرامی که همکاری صمیمانه‌ای در اجرای این تحقیق داشتند، قدردانی می‌گردد.

قلبی بعد از پیوند عروق کرونر قلب بود. بر اساس درک بیماران، که نشانگر وجود اثرات مثبت توانبخشی قلبی بعد از عمل جراحی قلب نظیر ارتقای شایستگی فیزیکی، امید به زندگی و بازگشت به اجتماع بود، اهمیت اجرای این برنامه و تلاش جهت اجرای هر چه بهتر آن، با هدف شرکت منظم‌تر بیماران مشخص می‌گردد.

از نقاط قوت مطالعه حاضر، می‌توان به آگاهی از درک عمیق بیماران از توانبخشی قلبی بعد از پیوند عروق کرونر قلب اشاره نمود که نتایج تحقیق، در حیطه بالین می‌تواند به عنوان راهنمایی برای پرستاران، پزشکان و فیزیوتراپیست‌ها جهت شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف این برنامه قرار گیرد و مدیران متخصص توانبخشی قلبی، می‌توانند آن را به عنوان راهنمایی جهت تقویت نقاط قوت و کاهش یا حذف موارد

### References

- Sintay RK. Lived Experiences of Patients Undergoing Cardiac Rehabilitation. *Journal of Health Social Qualitative Section* 2011; 1(1): 58-70.
- Gersh BJ, Sliwa K, Mayosi BM, Yusuf S. Novel therapeutic concepts: the epidemic of cardiovascular disease in the developing world: global implications. *Eur Heart J* 2010; 31(6): 642-8.
- Libby P, Braunwald E, Bonow RO, Zipes DP. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Philadelphia, PA: Elsevier Science Health Science Division; 2008.
- Montazer R. Not necessary surgeries or jobber surgeries [Online]. 2012; Available from: URL: <http://tebbotahdidenarm.blogfa.com/category/16/> (Persian).
- Carnelia K, Pitetti K. The effectiveness of cardiac rehabilitation programs in females following acute myocardial infarction. *Proceedings of the 3<sup>rd</sup> Annual GRASP Symposium*; 2007 Apr 23; Wichita, KS; 2007.
- Jensen L, Yang L. Risk factors for postoperative pulmonary complications in coronary artery bypass graft surgery patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(3): 241-6.
- Royter V, Bornstein M, Russell D. Coronary artery bypass grafting (CABG) and cognitive decline: a review. *J Neurol Sci* 2005; 229-230: 65-7.
- Giannuzzi P, Saner H, Bjornstad 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. *Eur Heart J* 2003; 24(13): 1273-8.
- Shepherd F, Battye K, Chalmers E, Bala M. Improving Access to Cardiac Rehabilitation for Remote Indigenous Clients. *Proceedings of the 6<sup>th</sup> National Rural Health Conference*; 2001 Mar 4-7; Canberra, Australia; 2001.
- WHO. What is mental health? [Online]. 2007; Available from: URL: <http://www.who.int/features/qa/62/en/>
- Rajendran AJ, Manoj S, Karthikeyan D, Davis S. Cardiac rehabilitation for CABG patients in South Indian setup: A Prospective study. *IJPMR* 2004; 15: 23-33.
- Cortes O, Arthur HM. Determinants of referral to cardiac rehabilitation programs in patients with coronary artery disease: a systematic review. *Am Heart J* 2006; 151(2): 249-56.
- Simchen E, Naveh I, Zitser-Gurevich Y, Brown D, Galai N. Is participation in cardiac rehabilitation programs associated with better quality of life and return to work after coronary artery bypass operations? The Israeli CABG Study. *Isr Med Assoc J* 2001; 3(6): 399-403.
- Furze G, Dumville JC, Miles JN, Irvine K, Thompson DR, Lewin RJ. "Prehabilitation" prior to CABG surgery improves physical functioning and depression. *Int J Cardiol* 2009; 132(1): 51-8.
- Flint J. West midlands cardiac rehabilitation standards [Online]. 2010; Available from: URL: [http://www.blackcountrycardiacnetwork.nhs.uk/downloads/key\\_documents/wmcrSTAND0910%20](http://www.blackcountrycardiacnetwork.nhs.uk/downloads/key_documents/wmcrSTAND0910%20)

- %2810%29.pdf/
16. Grace SL, Abbey SE, Shnek ZM, Irvine J, Franche RL, Stewart DE. Cardiac rehabilitation II: referral and participation. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24(3): 127-34.
  17. Jackson L, Leclerc J, Erskine Y, Linden W. Getting the most out of cardiac rehabilitation: a review of referral and adherence predictors. *Heart* 2005; 91(1): 10-4.
  18. Jones MI, Greenfield S, Jolly K. Patients' experience of home and hospital based cardiac rehabilitation: a focus group study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 8(1): 9-17.
  19. Sarrafzadeh J, Nejatian M, Saebnazar S. The Necessity for a Complete Cardiac Rehabilitation Program to Achieve Better Improvement in Physical Function and Cardiac Parameters. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research* 2009; 1(4): 23-7.
  20. Wachtel TM. Community health services; cardiovascular system-diseases; nursing--research; heart--diseases-patients-rehabilitation; nursing-cross-cultural studies. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2011; 28(3): 30-6.
  21. Farooqi A, Nagra D, Edgar T, Khunti K. Attitudes to lifestyle risk factors for coronary heart disease amongst South Asians in Leicester: a focus group study. *Fam Pract* 2000; 17(4): 293-7.
  22. Seidman I. *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences*. New York, NY: Teachers College Press p. 11; 2006.
  23. French DP, Lewin RJ, Watson N, Thompson DR. Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction? *J Psychosom Res* 2005; 59(5): 315-22.
  24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
  25. Streubert Speziale HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
  26. Vila VS, Rossi LA, Costa MC. Heart disease experience of adults undergoing coronary artery bypass grafting surgery. *Rev Saude Publica* 2008; 42(4): 750-6.
  27. Ivarsson B, Larsson S, Sjoberg T. Patients' experiences of support while waiting for cardiac surgery. A critical incident technique analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 3(2): 183-91.
  28. Allred KD, Byers JF, Sole ML. The effect of music on postoperative pain and anxiety. *Pain Manag Nurs* 2010; 11(1): 15-25.
  29. Padmanabhan R, Hildreth AJ, Laws D. A prospective, randomised, controlled study examining binaural beat audio and pre-operative anxiety in patients undergoing general anaesthesia for day case surgery. *Anaesthesia* 2005; 60(9): 874-7.
  30. Karlsson AK, Johansson M, Lidell E. Fragility--the price of renewed life. Patients experiences of open heart surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4(4): 290-7.
  31. Sandau KE, Lindquist RA, Treat-Jacobson D, Savik K. Health-related quality of life and subjective neurocognitive function three months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 2008; 37(3): 161-72.
  32. Esmaeeli Douki Z, Vaezzadeh N, Shahmohammadi S, Shahhosseini Z, Ziabakhsh Tabary Sh, Ali Mohammadpour R, et al. Anxiety Before and after Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Relationship to QOL. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2011; 7(1): 103-7.
  33. Gallagher R, McKinley S. Anxiety, depression and perceived control in patients having coronary artery bypass grafts. *J Adv Nurs* 2009; 65(11): 2386-96.
  34. Koivula M, Tarkka MT, Tarkka M, Laippala P, Paunonen-Ilmonen M. Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(4): 415-27.
  35. Bergvik S, Wynn R, Sorlie T. Nurse training of a patient-centered information procedure for CABG patients. *Patient Educ Couns* 2008; 70(2): 227-33.
  36. Sambamoorthi U, McAlpine DD. Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Prev Med* 2003; 37(5): 475-84.
  37. Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstein M. Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient Educ Couns* 2010; 79(1): 69-76.
  38. Goodman H, Davison J, Preedy M, Peters E, Waters P, Persaud-Rai B, et al. Patient and staff perspective of a nurse-led support programme for patients waiting for cardiac surgery: participant perspective of a cardiac support programme. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 8(1): 67-73.
  39. Astin F, Atkin K, Darr A. Family support and cardiac rehabilitation: a comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their carer's living in the United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2008; 7(1): 43-51.
  40. Shafipour V, Mohammadi E, Ahmadi F. The Perception of Cardiac Surgery Patients on Comfortable Resources: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci* 2012; 1(2): 123-34.
  41. Shahriari M, Shahsavari H, Alimohammadi N, Rafieian M. Patients experiences of cardiac rehabilitation effects. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2007; 12(4): 125-9.



42. Akhbardeh M. Role of spiritual Beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. *Quran and Medicine* 2011; 1(1): 5-9. (Persian).
43. Newman JS, Pargament KI. The Role of Religion in the Problem-Solving Process. *Review of Religious Research* 1990; 31(4): 390-404.
44. Dunlay SM, Witt BJ, Allison TG, Hayes SN, Weston SA, Koepsell E, et al. Barriers to participation in cardiac rehabilitation. *American Heart Journal* 2009; 158(5): 852-9.
45. Siavoshi S, Roshandel M, Zareiyan A. The effect of cardiac rehabilitation care plan on the quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Cardiovascular Nursing Journal* 2012; 1(2): 38-46.
46. Sharif F, Shoul A, Janati M, Kojuri J, Zare N. The effect of cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients undergoing cardiac bypass graft surgery in Iran. *BMC Cardiovasc Disord* 2012; 12: 40.
47. Chauhan U, Baker D, Lester H, Edwards R. Exploring uptake of cardiac rehabilitation in a minority ethnic population in England: a qualitative study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010; 9(1): 68-74.
48. Banerjee AT, Grace SL, Thomas SG, Faulkner G. Cultural factors facilitating cardiac rehabilitation participation among Canadian South Asians: a qualitative study. *Heart Lung* 2010; 39(6): 494-503.
49. Mooney M, Fitzsimons D, Richardson G. "No more couch-potato!" Patients' experiences of a pre-operative programme of cardiac rehabilitation for those awaiting coronary artery bypass surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(1): 77-83.
50. Clark AM, Barbour RS, White M, MacIntyre PD. Promoting participation in cardiac rehabilitation: patient choices and experiences. *J Adv Nurs* 2004; 47(1): 5-14.
51. Shamsavari H, Shahriari M, Alimohammadi N. Motivational factors of adherence to cardiac rehabilitation. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(4): 318-24.