

## بازتوانی قلبی

راهنمای عملی برای برنامه گروهی



# بازتوانی قلبی

راهنمای عملی برای برنامه گروهی

تألیف

جولیان باث

گیل بوهین

کریستین جونز و

ایو اسکارل

ترجمه

دکتر علی اکبر نجاتی صفا

عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بخش پسیکوسوماتیک بیمارستان امام خمینی (ره)

دکتر مهدی نعلینی

مشاور پیشگیری و بازتوانی قلبی

مرکز قلب امام علی (ع)

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه



<p>عنوان و نام پدیدآور: بازتوانی قلبی: راهنمای عملی برای برنامه‌های گروهی / تألیف جولیان باث... [و دیگران]؛ ترجمه علی‌اکبر نجاتی صفا، مهدی نعلینی.</p> <p>مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند، ۱۳۹۱</p> <p>مشخصات ظاهری: ۲۳۲ ص. رقی</p> <p>شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۳۱-۰</p> <p>وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا</p> <p>یادداشت: عنوان اصلی: Cardiac rehabilitation: a workbook for use with group programmes, 2010</p> <p>موضوع: بیماران قلبی -- توانبخشی</p> <p>شناسه افزوده: باث، جولیان، Bath, Julian.</p> <p>نجاتی صفا، علی‌اکبر، ۱۳۵۰ - مترجم، نعلینی، مهدی، ۱۳۵۱ - مترجم</p> <p>رده‌بندی کنگره: RC ۶۸۲/ب ۱۳۹۱</p> <p>رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۱۲۰۳</p> <p>شماره کتابشناسی ملی: ۲۹۹۲۳۴۷</p>	<p>جولیان باث، گیل بوهین، کریستین جونز و ایو اسکارل</p> <p><b>بازتوانی قلبی: راهنمای عملی برای برنامه‌های گروهی</b></p> <p>ترجمه: دکتر علی‌اکبر نجاتی صفا</p> <p>دکتر مهدی نعلینی</p> <p>فروست: ۷۳۹</p> <p>ناشر: انتشارات کتاب ارجمند</p> <p>صفحه‌آرا: معصومه دلنواز</p> <p>طراح جلد: احسان ارجمند</p> <p>چاپ: سمارنگ، صحافی: روشنگ</p> <p>چاپ اول، اردیبهشت ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه</p> <p>شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۳۱-۰</p> <p style="text-align: center;"><a href="http://www.arjmandpub.com">www.arjmandpub.com</a></p> <p>این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p>
--	---

### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲
- شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴
- شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶
- شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴
- شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶
- شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۱۰۵۰۰ تومان

## فهرست مطالب

۹	یادداشت مترجمان.....
۱۱	درباره نویسندگان.....
۱۳	پیشگفتار.....
۱۷	<b>فصل ۱. بازتوانی قلبی چندرشته‌ای.....</b>
۱۷	تاریخچه.....
۱۸	بازتوانی قلبی.....
۱۹	آیا بازتوانی قلبی اثری دارد؟.....
۲۱	مستندات اخیر درباره اثربخشی بازتوانی قلبی.....
۲۲	بازتوانی قلبی "جامع".....
۲۴	بازتوانی قلبی جامع در گلوستترشایر.....
۲۵	استانداردها و اجزاء اصلی بازتوانی قلبی انجمن بازتوانی قلبی بریتانیا (۲۰۰۷).....
۲۷	<b>فصل ۲. برنامه بازتوانی قلبی در گلوستترشایر.....</b>
۲۷	بازتوانی قلبی در گلوستترشایر.....
۲۸	مکانی که خدمات بازتوانی قلبی ارائه می‌شود.....
۲۹	بازتوانی قلبی در گلوستترشایر چگونه است؟.....
۲۹	بازتوانی قلبی انفرادی.....
۳۰	خدمات روانشناسی انفرادی بازتوانی قلبی.....
۳۱	مشارکت در بازتوانی قلبی گلوستترشایر.....
۳۱	پیامدهای سلامتی.....
۳۲	تعالی حرفه‌ای تیم بازتوانی قلب.....
۳۳	عوامل روانشناختی.....
۳۴	اضطراب و افسردگی.....
۳۵	عوامل روانشناختی و پیامدهای سلامتی.....
۳۶	نگرش به بیماری.....
۳۸	نگرش به بیماری و رخدادهای قلبی.....
۴۱	نگرش به بیماری و بازتوانی قلبی.....
۴۳	نظریه کنترل.....
۴۳	کاربرد نظریه روانشناختی در بازتوانی قلبی.....
۴۴	اضطراب در ارزیابی.....
۴۵	نگرش به بیماری در ارزیابی.....
۴۵	بازگشت به منزل.....
۴۶	گروه بازتوانی قلبی.....
۴۹	<b>فصل ۳. برنامه ورزشی.....</b>
۴۹	تعیین سطح خطر برای انجام ورزش.....
۵۲	استفاده از اطلاعات.....

۵۴	نظارت پس از ورزش.....
۵۴	جلسات عملی ورزش.....
۵۵	محاسبه محدوده ضربان قلب حین تمرینات.....
۵۶	سازمان دهی ورزش.....
۵۷	گرم کردن.....
۵۷	ورزش با چینش مداری.....
۶۱	رهنمودهایی برای اداره کلاس.....
۶۲	تعادل عضلانی.....
۶۲	کارت‌های ورزشی.....
۶۳	سرد کردن.....
۶۳	استفاده از موسیقی.....
۶۴	برنامه‌های سالن ورزشی.....
۶۴	ورزش‌های نشسته.....

#### فصل ۴. آماده سازی برای اولین جلسه..... ۶۶

۶۶	پیشینه و آموزش پرسنل.....
۶۹	ارزیابی حین بستری.....
۷۱	دعوت بیمار.....
۷۱	سنجش پیامدها.....
۷۳	زمان بندی بازتوانی قلبی.....
۷۳	گروه‌های باز یا بسته.....
۷۴	محل‌های اجرای بازتوانی قلبی.....
۷۴	سلامتی، ایمنی و تجهیزات ضروری.....

#### فصل ۵. بیماری کرونری قلب، جنبه‌های روان شناختی و ورزش (هفته اول)..... ۷۶

۷۷	۱- معرفی برنامه بازتوانی قلبی.....
۷۹	۲- بیماری کرونری قلب و عوامل خطرساز آن.....
۸۱	درد قلبی.....
۹۳	۳- جنبه‌های روان شناختی رخداد قلبی.....
۱۰۰	۴- رویکرد تعیین هدف و حرکت گام به گام.....
۱۰۸	۵- برنامه ورزش.....

#### فصل ۶. ورزش‌های هوازی و استرس (هفته دوم)..... ۱۱۴

۱۱۴	۱- ورزش: چه نوع ورزشی و به چه میزان؟.....
۱۱۸	۲- تمرینات ورزشی.....
۱۱۸	۳- استرس و بیماری رگ‌های کرونر قلب.....

#### فصل ۷. گرم کردن، سرد کردن، درد قلبی و فشار خون (هفته سوم)..... ۱۳۴

۱۳۴	۱. گرم کردن و سرد کردن.....
۱۴۰	۲. تمرینات ورزشی.....
۱۴۰	استراحت کوتاه برای صرف چای یا قهوه.....
۱۴۰	۳. درد قلبی.....

**فصل ۸. فعالیت‌هایی که باید از آن‌ها خودداری کرد، ایجاد تغییراتی در زندگی و کلسترول (هفته چهارم)..... ۱۵۶**

۱. فعالیت‌هایی که اکنون باید از آن‌ها خودداری کرد..... ۱۵۶
- چه فعالیت‌هایی برداشتن وزنه سنگین محسوب می‌شوند؟..... ۱۵۸
۲. تمرینات ورزشی..... ۱۵۹
- استراحت کوتاه برای صرف چای یا قهوه..... ۱۵۹
۳. آرام‌سازی ذهن و بدن..... ۱۵۹
- آرام‌سازی ذهنی..... ۱۶۲
- برخی نکات برای آرام‌سازی ذهنی موفقیت‌آمیز..... ۱۶۲
- آرام‌سازی اتونریک..... ۱۶۳
۴. ایجاد تغییرات در زندگی..... ۱۶۴
۵. کلسترول..... ۱۷۳
- کلسترول چیست؟..... ۱۷۴

**فصل ۹. ورزش به اندازه کافی یا بیش از حد؟ رژیم غذایی و بیماری کرونری قلب (هفته پنجم)..... ۱۷۹**

۱. ورزش به اندازه کافی یا بیش از حد؟..... ۱۷۹
۲. تمرینات ورزشی..... ۱۸۱
- استراحت برای چایی و قهوه..... ۱۸۱
۳. رژیم غذایی و بیماری کرونری قلب..... ۱۸۱
- چربی‌های اشباع و چربی‌های ترانس..... ۱۸۶
- چربی‌های تک غیر اشباع..... ۱۸۷
- میوه‌ها و سبزیجات..... ۱۸۸

**فصل ۱۰. سودمندی‌های ورزش منظم و ایجاد بیشترین میزان بهبودی در شما (هفته ششم)..... ۱۹۵**

۱. سودمندی‌های ورزش منظم..... ۱۹۵
۲. تمرینات ورزشی..... ۱۹۷
- استراحت کوتاه برای صرف چای یا قهوه..... ۱۹۷
۳. ایجاد بیشترین میزان بهبودی در شما..... ۱۹۷

**فصل ۱۱. آمادگی جسمانی، داروهای قلبی و آینده! (هفته هفتم)..... ۲۰۸**

۱. چگونه همواره آمادگی جسمانی داشته باشیم..... ۲۰۸
۲. تمرینات ورزشی..... ۲۱۴
۳. درمان دارویی..... ۲۱۵
- مهارکننده‌های - ایس..... ۲۲۰
۴. آینده..... ۲۲۳

**ضمیمه‌ها..... ۲۲۸**

**منابع..... ۲۳۰**





## یادداشت مترجمان

بیماری‌های قلبی یکی از دلایل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در جهان و ایران محسوب می‌شوند. اگر چه در سال‌های اخیر امکانات بسیار خوبی برای درمان این بیماری‌ها در کشور فراهم شده است اما در مورد پیشگیری اولیه و ثانویه و بازتوانی این بیماری‌ها کارهای کمتری انجام شده است. مداخلاتی مانند بازتوانی قلبی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران و بازگشت ایشان به زندگی عادی نقش بسیار مهمی دارند. با توجه به اینکه در زمان آغاز ترجمه این کتاب منبع مناسب و کاربردی به زبان فارسی برای بازتوانی قلبی وجود نداشت تصمیم گرفتیم که این کتاب را ترجمه کنیم. این کتاب به عنوان راهنمای درمانگران نوشته شده است. شیوه نگارش کتاب به زبانی ساده است و برای پزشکان، روان‌شناسان، پرستاران، کارشناسان پزشکی و ورزشی و فیزیوتراپی قابل استفاده است. نکته قابل توجه در مورد کتاب، توجه نویسندگان به مباحث نظری روان‌شناسی سلامت و به ویژه فرایند تغییر بوده است. فصل اول کتاب به تاریخچه و نیز مرور مستندات علمی برای اثربخشی بازتوانی قلبی اختصاص دارد. در فصل دوم کتاب ویژگی‌های یک مرکز بازتوانی قلبی به صورت مفصل شرح داده شده و برای کسانی که قصد تأسیس یک مرکز بازتوانی قلبی را دارند می‌تواند راهنمای خوبی باشد. فصل سوم به برنامه‌های ورزشی به عنوان یکی از اجزای اصلی بازتوانی قلبی می‌پردازد و چارچوبی علمی برای آن ارائه می‌دهد. فصل چهارم درباره ارزیابی‌ها و ملاحظات لازم قبل از شروع برنامه بازتوانی برای بیماران است. فصل پنجم تا یازدهم کتاب نیز به شرح جلسات هفت‌گانه برنامه بازتوانی گروهی اختصاص دارد. شرح جلسات به شیوه‌ای نوشته شده که حالت یک راهنمای عملی دارد و حتی چارچوبی کلی برای جملاتی که باید در حین جلسه بیان شود را به زبانی که مستقیماً بیماران را مورد خطاب قرار می‌دهد، ارائه می‌کند.

منابع و ادبیات علمی زیادی درباره بازتوانی قلبی وجود دارد که برخی از آن‌ها ممکن است تفاوت‌هایی با شیوه‌های معرفی شده در این کتاب داشته باشند، اما اصول کلی بازتوانی قلبی در اکثر منابع یکسان است. ویژگی ممتاز این کتاب سادگی و کاربردی بودن مطالب آن است و می‌تواند به عنوان یک دست‌نامه مفید

برای کسانی که در مراکز بازتوانی قلبی فعالیت می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرد. در طول ترجمه کتاب سعی کردیم در هر بخشی که ابهامی وجود داشت با نویسندگان کتاب تماس و از ایشان راهنمایی بگیریم. در برخی قسمت‌ها نیز توضیحاتی به عنوان پی‌نوشت مترجم اضافه شده است. امیدواریم که کتاب حاضر بتواند به بهبود روند مراقبت از بیماران قلبی کمک نماید.

در پایان باید از دوست و همکار گرامی جناب آقای دکتر محسن ارجمند مدیر محترم انتشارات ارجمند، که در انتشار دانش روان‌پزشکی و روان‌شناسی در کشور سهم بسزایی دارند، به دلیل انتشار این کتاب سپاسگزاری نمایم.

**دکتر علی اکبر نجاتی صفا**

**دکتر مهدی نعلینی**

## درباره نویسندگان

**آقای جولیان باث<sup>۱</sup>**، استاد روان‌شناسی سلامت در بیمارستان سلطنتی گلوسترشایر است که بیش از ۱۰ سال تجربه کار بازتوانی قلبی دارد. وی همچنین تجربه کار در بخش‌های کلیه، دیابت و روماتولوژی را دارند. ایشان دارای دانش، مهارت و تجربه وسیعی در حوزه روان‌شناسی سلامت از جمله عضویت در هیئت علمی، چاپ کتاب و مقالات پژوهشی و تدریس و آموزش برای متخصصان سلامت و دانشجویان دوره دکتری است.

**خانم گیل بوهین<sup>۲</sup>**، روان‌شناس بالینی و همکار مرکز بازتوانی قلبی گلوسترشایر است. وی علاوه بر مشارکت در برنامه گروهی بازتوانی قلبی چند رشته‌ای، به صورت انفرادی نیز با بیماران قلبی کار می‌کند. ایشان از سال ۱۹۹۹ که دوره دکترای خود را به پایان رسانده‌اند با گروه‌های متنوعی از بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی و روانی در سطوح اولیه و ثانویه ارائه خدمات کار کرده‌اند. از جمله می‌توان به ارائه خدمات روان‌شناختی برای بزرگسالان در سنین دوران کار در سطح مراقبت‌های اولیه و در واحدهای انکولوژی، طب تسکینی، سکته مغزی، سالمندان و بیماران کلیوی اشاره نمود.

**خانم کریستین جونز<sup>۳</sup>**، متخصص پرستاری بازتوانی قلبی با حدود ۲۰ سال تجربه کار با بیماران قلبی شامل ۵ سال فعالیت در سمت کنونی خود در گلوسترشایر است. ایشان علاوه بر ارائه خدمات بازتوانی قلبی به عنوان پرستار رابط برای بیماران دارای دفیبریلاتور بازگرداننده درون قلبی<sup>۴</sup> نیز فعالیت می‌کند و علاقه خاصی به آریتمی‌ها دارد.

**خانم ایو اسکارل<sup>۵</sup>**، در طول ۷ سال گذشته به عنوان فیزیوتراپیست فعالیت داشته‌اند که ۵ سال آن به همکاری با گروه بازتوانی قلبی اختصاص داشته است. اخیراً ایشان به عنوان عضو هیئت علمی رشته ورزش و فعالیت فیزیکی در دانشگاه

---

1. Julian Bath  
2. Gail Bohin  
3. Christine Jones  
4. Implantable Cardioverter Defibrillator  
5. Eve Scarle

گلوسترشایر برگزیده شده‌اند. ایشان علاقه زیادی به آموزش تمرینات ورزشی به بیماران ارجاعی دارد و نقشی اساسی در راه اندازی سیستم ارجاع بیماران قلبی و بیماران معرفی شده از سوی پزشکان عمومی برای ورزش درمانی در دانشگاه داشته است. وی سابقه کار در باشگاه‌های ورزشی و کلوب‌های سلامت و آموزش تمرینات ورزشی همراه با موسیقی و نیز تدوین راهنماهای ورزشی را دارد.

## پیشگفتار

هدف اصلی این کتاب روشن است: فراهم آوردن چارچوبی عملی برای یک تیم چند رشته‌ای جهت اجرای برنامه گروهی بازتوانی قلبی<sup>۱</sup>. از نظر تاریخی برنامه‌های بازتوانی قلبی تا کنون با ساختارهای متفاوتی ارائه می‌شده‌اند، از برنامه‌هایی که تنها مبتنی بر ورزش هستند تا برنامه‌های مبتنی بر تیم‌های چند رشته‌ای که حداقل چهار نوع تخصص در آن مشارکت می‌کنند. این برنامه‌ها برای درمان مشکلات مختلفی مانند بیماری کرونری قلب<sup>۲</sup>، بیماران دریچه‌ای و بیماران دارای دفیبریلاتور بازگرداننده درون قلبی<sup>۳</sup> (ICDs) مورد استفاده قرار می‌گیرند.

این کتاب به توصیف مدیریت درمان بیماری کرونری قلب با استفاده از برنامه بازتوانی قلبی گروهی در گلوسترشایر<sup>۴</sup> می‌پردازد (با این وجود انطباق محتوای این برنامه برای استفاده در سایر بیماران قلبی نیز امکان پذیر است). مطالب کتاب به زبانی ساده برای فراگیری و اجرای یک برنامه هفت هفته‌ای نوشته شده و برای استفاده کارکنان آموزش دیده گروه بازتوانی مانند پرستاران قلبی، متخصصان ورزش، روان‌شناسان و متخصصان تغذیه مناسب است.

هدف دیگر کتاب فراهم آوردن دیباچه‌ای سودمند با موضوع بازتوانی قلبی است. به همین منظور ما تاریخچه‌ای کوتاه در مورد شکل‌گیری بازتوانی قلبی در بریتانیا و مباحثی درباره شواهد تایید کننده و نیز نقش آن در مدیریت درمانی بیماری کرونری قلب ارائه نموده‌ایم. برنامه ملی خدمات برای بیماری‌های کرونری قلب<sup>۵</sup> در ماه مارس سال ۲۰۰۰ چاپ شد. این برنامه اهداف ۱۰ ساله دولت را برای بهبود پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی افراد مبتلا به بیماری‌های کرونری قلب مشخص می‌کند. معیار مربوط به بازتوانی قلبی در این برنامه (فصل هفتم) بیان

---

1. Cardiac Rehabilitation  
2. Coronary Heart Disease  
3. Implantable Cardioverter Defibrillator  
4. Gloucestershire  
5. The National Service Framework for Coronary Heart Disease

می‌کند که همه افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب، پیش از ترخیص از بیمارستان باید برای شرکت در برنامه‌های پیشگیری ثانویه و بازتوانی قلبی دعوت شوند (دپارتمان سلامت، ۲۰۰۰). هدف این برنامه‌ها کاهش خطر مشکلات قلبی بعدی و افزایش میزان بازگشت کامل به زندگی عادی است. با این حال شیوه ارائه خدمات در نقاط مختلف بریتانیا با هم متفاوت است و شامل برنامه‌هایی است با محتوای صرفاً ورزشی تا برنامه‌های "جامع" چند رشته‌ای که از آموزش ورزش، رویکردهای تغییر رفتار و حمایت و آموزش‌های روان‌شناختی بهره می‌برند. افرادی که این خدمات جامع را در بریتانیا ارائه می‌دهند نیز تنوع زیادی دارند، مثلاً پرستاران، پزشکان، روان‌شناسان، فیزیوتراپیست‌ها، متخصصان ورزش و متخصصان تغذیه ممکن است در این تیم‌ها مشارکت داشته باشند. علاوه بر این مدل ارائه خدمات نیز از استانی به استان دیگر فرق می‌کند و در حال حاضر هیچ "دست‌نامه"<sup>۱</sup> تایید شده‌ای برای ارائه خدمات بازتوانی قلبی در بریتانیا وجود ندارد. یکی از دلایلی که برخی برنامه‌های بازتوانی قلبی فاقد جنبه‌های آموزشی و تغییر رفتار هستند ماهیت پیچیده و زمان‌بر بودن طراحی و اجرای چنین برنامه‌هایی است. یکی از اهداف این کتاب به حداقل رساندن زمان طراحی و آماده‌سازی لازم برای ایجاد و ارائه خدمات بازتوانی قلبی است. همچنین این کتاب اطلاعات و شیوه‌هایی را ارائه می‌دهد که تخصص‌های مختلف مرتبط با سلامت با اطمینان می‌توانند از آن استفاده نمایند.

بیشتر مطالب کتاب به شرح هفت جلسه هفتگی اختصاص دارد که به عنوان برنامه بازتوانی قلبی در گلوسترشایر اجرا می‌شود. "مدل گلوسترشایر" برای بازتوانی قلبی یکی از انواع مدل‌هایی است که در بریتانیا ارائه می‌شود و به همین دلیل نباید به آن به عنوان کامل‌ترین مدل نگریست. با این وجود امیدواریم که ساختار جلسات که به توصیف برنامه می‌پردازد بتواند برای متخصصان مختلف سلامت که قصد دارند یک برنامه بازتوانی قلبی را با هر مدلی ایجاد کنند، سودمند باشد. چالش اصلی ما ارائه مطالب به شیوه‌ای قابل درک و با جزئیات کامل بوده است که متخصصان رشته‌های مختلف سلامت را قادر به ارائه خدمات مناسب سازد. برنامه ورزشی را می‌توان به صورت مجزا نیز ارائه داد، اما این بخش در

برنامه جامع ما به طور کامل در بخش آموزشی و تغییر رفتاری ادغام شده است و همراه با مفاهیمی مانند حرکت گام به گام، تعیین هدف و ایجاد تغییر ارائه می‌شود. همچنین جنبه‌های آموزشی و تغییر رفتاری برنامه به نحوی ارائه شده‌اند که می‌توان آن‌ها را به یک برنامه ورزشی که از قبل وجود داشته اضافه نمود.

علاوه بر شرح جلسات، فصل‌های مقدماتی کتاب تاریخچه بازتوانی قلبی در بریتانیا، شواهد مهم اثربخشی بازتوانی قلبی و چارچوب کلی برنامه بازتوانی گلوسترشایر (و امکانات لازم برای آن) را مرور می‌نماید و کاربرد عملی ورزش در برنامه‌های بازتوانی قلبی و نظریه‌های روان‌شناختی مهم و مطرح در برنامه را مورد بحث قرار می‌دهد.

طراحی جلسات که در این کتاب ارائه می‌شود نتیجه تجارب ۱۶ ساله ما در مرکز بازتوانی قلبی گلوسترشایر است. برنامه گروهی بازتوانی قلبی چند رشته‌ای در گلوسترشایر در ۱۵ سال گذشته تغییرات قابل ملاحظه‌ای (به دلیل ظهور شواهد علمی جدید) داشته است و منابع علمی که طی برنامه به بیماران معرفی می‌شود نیز تغییر کرده است. اگرچه در این سال‌ها همواره جزوهای آموزشی در اختیار بیماران قرار می‌گرفت، اما ادبیات علمی مدون در مورد فراگرفتن نحوه ارائه خدمات بازتوانی قلبی برای توانمندسازی کارکنان تازه وارد خیلی محدود بوده است. نیاز به تدوین یک "دست‌نامه" برای برنامه گروهی بازتوانی قلبی در گلوسترشایر سال‌هاست که احساس می‌شود اما منابع کافی برای تدوین آن در دسترس نبود. بسیاری از برنامه‌های بازتوانی قلبی وابسته به وزارت بهداشت، بودجه‌های محدودی دارند و همین موضوع تدوین دست‌نامه آموزشی برای بازتوانی قلبی را مشکل می‌سازد و معمولاً بدون این دست‌نامه تاسیس و راه‌اندازی برنامه‌های جدید بازتوانی برای افراد سخت خواهد بود. امیدواریم که این کتاب خلاء موجود را پر کرده، دست‌نامه‌ای برای ارائه خدمات گروهی بازتوانی قلبی چند رشته‌ای فراهم آورده باشد. همچنین امید داریم که کتاب به عنوان دیباچه‌ای سودمند مورد استفاده فراگیران و دانشجویان بهداشت، روان‌شناسی بالینی، فیزیوتراپی، پرستاری، کاردرمانی و کارکنان پزشکی قرار گیرد.

تعداد زیادی از متخصصان سلامت در طول ۱۶ سال گذشته در برنامه بازتوانی

قلبی گلوسترشایر مشارکت داشته‌اند و بسیاری از آن‌ها در شکل‌گیری برنامه به نحوی که در حال حاضر وجود دارد و در این کتاب شرح داده شده نقش داشته‌اند. به طور ویژه، خانم دکتر لوییز ایرل<sup>۱</sup> نقش محوری در این فرایند داشته‌اند. وی نخستین کسی بود که برنامه را راه‌اندازی کرد و تا سال ۲۰۰۵ به حضور مستقیم خود در بازتوانی قلبی در گلوسترشایر ادامه داد. اگر مشارکت ایشان در برنامه بازتوانی قلبی نبود احتمالاً این کتاب نمی‌توانست منتشر شود. باید از اثرگذاری و دستاوردهای دکتر ایرل تشکر نماییم. همچنین باید از سایر همکاران متخصص که فعالانه ما را مورد حمایت و راهنمایی قرار دادند از جمله پروفیسور ماری جانستون<sup>۲</sup>، پروفیسور باب لوین<sup>۳</sup>، پروفیسور سوزان میچی<sup>۴</sup>، دکتر کارن رادهام<sup>۵</sup>، دکتر مارک پترسون<sup>۶</sup> و دکتر دیوید لیندسی<sup>۷</sup> تشکر کنیم. همچنین از اعضای سابق و کنونی تیم بازتوانی قلبی گلوسترشایر یعنی جولیا هریسون<sup>۸</sup>، آلیسون اندرسن<sup>۹</sup>، جن هاردینگ<sup>۱۰</sup>، آن مک آرلی<sup>۱۱</sup> (و تیم متخصصان تغذیه) و مگی گالاشر<sup>۱۲</sup> که همگی در شکل‌گیری این برنامه در یک دهه گذشته و پیش‌تر از آن نقش داشته‌اند سپاسگزاری می‌نماییم.

- 
1. Louise Earll
  2. Marie Johnston
  3. Bob Lewin
  4. Susan Michie
  5. Karen Rodham
  6. Mark Peterson
  7. David Lyndsay
  8. Julia Harrison
  9. Alison Anderson
  10. Jan Harding
  11. Ann McArley
  12. Maggie Gallacher



# فصل ۱

## بازتوانی قلبی چندرشته‌ای<sup>۱</sup>

این فصل مقدماتی به شکل خلاصه دلایل استفاده از بازتوانی قلبی<sup>۲</sup> در کنترل بیماری رگ‌های کرونر را بررسی می‌کند و اینکه چگونه این دلایل موجب تبدیل برنامه‌های بازتوانی صرفاً ورزشی به برنامه‌های جامع چندرشته‌ای که امروزه در بریتانیا رایج است، شده است.

### تاریخچه

تا سال ۲۰۰۵ بیماری رگ‌های کرونر قلب<sup>۳</sup>، به عنوان علت مرگ سالیانه بیش از ۱۱۰۰۰۰ نفر تنها در انگلیس، در رأس علل مرگ در بریتانیا تبدیل شده بود (وزارت بهداشت، ۲۰۰۵). هر سال حدود ۲۷۵۰۰۰ نفر دچار سکته قلبی<sup>۴</sup> یا حمله قلبی شده و علاوه بر آن بیش از ۱/۴ میلیون نفر از درد قلبی رنج می‌بردند (وزارت بهداشت، ۲۰۰۵). در حال حاضر حدوداً از هر پنج مورد مرگ در مردان و از هر شش مورد مرگ در زنان یک مورد به علت بیماری رگ‌های کرونر قلب اتفاق می‌افتد (بنیاد قلب بریتانیا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). در مقررات خدمات ملی<sup>۶</sup> برای بیماری رگ‌های کرونر قلب که در ماه مارس ۲۰۰۰ سال منتشر شد، اهداف دولت در بهبود مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری رگ‌های کرونر در طول دوره‌ای ۱۰ ساله تعیین گردید (وزارت بهداشت، ۲۰۰۰). بر مبنای این قوانین، ۱۲ استاندارد برای بهبود پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی بیماران رگ‌های کرونر قلب مشخص شد و دستیابی مطمئن و راحت به خدمات با کیفیت بالا مد نظر قرار گرفت. یکی از این خدمات،

1. Multidisciplinary cardiac rehabilitation
2. Cardiac Rehabilitation
3. Coronary Heart Disease
4. Myocardial Infarction
5. British Heart Foundation
6. National Service Framework

بازتوانی قلبی است و فصل ۷ از مقررات خدمات ملی با عنوان "بازتوانی قلبی"، استاندارد ملی برای بازتوانی بیماران مبتلا به بیماری رگ‌های کرونر را مشخص می‌سازد (استاندارد ۱۲):

مراکز ملی خدمات بهداشتی<sup>۱</sup> باید مراحل یا سامانه‌هایی تأیید شده را برای مراقبت افراد مبتلا به بیماری رگ‌های کرونر قلب به کار گیرند به طوری که بیماران قبل از ترخیص از بیمارستان به برنامه پیشگیری ثانویه و بازتوانی چندرشته‌ای قلب دعوت شوند. هدف این برنامه کاهش خطر مشکلات قلبی بیماران در آینده و افزایش بازگشت آنها به زندگی کامل و طبیعی خواهد بود. (وزارت بهداشت، ۲۰۰۰)

### بازتوانی قلبی

سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۳ بازتوانی قلبی را به این صورت تعریف کرد:

مجموعه اقداماتی که برای تأثیر مطلوب بر عوامل زمینه ساز بیماری و نیز حصول بهترین شرایط ممکن جسمی، روانی و اجتماعی بیماران ضروری است به طوری که آنها با تلاش خود بتوانند جایگاه تا حد امکان طبیعی خویش را در جامعه حفظ کرده و یا دوباره به دست آورند. بازتوانی نباید به عنوان یک شکل یا مرحله درمانی مجزا در نظر گرفته شود بلکه باید به عنوان بخشی از خدمات پیشگیری ثانویه با آن ادغام گردد.

(سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳)

لزوم "ادغام در خدمات پیشگیری ثانویه" که در تعریف بازتوانی قلبی توسط سازمان بهداشت جهانی ذکر شده، امروزه به عنوان یک روند عادی در مراکز بازتوانی قلبی پذیرفته شده است. حرکت در جهت ارائه کمک به افراد برای

---

1. NHS trusts  
2. World health organization

بازگشت به "شرایط قلبی زندگی‌شان"، پیشبرد بازتوانی چندرشته‌ای قلب را تسهیل نموده است (دوسلدورف<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). در بازتوانی قلبی چند رشته‌ای، تیمی متشکل از پرستاران، متخصصان ورزش، روانشناسان، متخصصان تغذیه و سایر کارکنان بهداشتی به کار گرفته می‌شوند تا همزمان درمان طبی، آموزش، مشاوره، تمرینات ورزشی، اصلاح عوامل خطر ساز و پیشگیری ثانویه را فراهم آورند (تامسون و دبونو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). مقررات خدمات ملی در تعریف بازتوانی قلبی برای بیماری رگ‌های کرونر قلب، در بیان اهداف خود این موارد را تایید و تعریف قلبی سازمان بهداشت جهانی را با ادغام مبحث تغییر شیوه زندگی و اعتماد به نفس افراد ارتقاء می‌دهد:

توانمندسازی مردم در دستیابی به تغییراتی که می‌خواهند در شیوه زندگی خود بدهند و کسب مجدد اعتماد به نفسشان به طوری که بتوانند از بهترین شرایط ممکن سلامت جسمی، ذهنی و هیجانی لذت ببرند و بنابراین تا هر اندازه که ممکن است به زندگی کامل و طبیعی باز گردند.

(وزارت بهداشت، ۲۰۰۰)

### آیا بازتوانی قلبی اثری دارد؟

متاآنالیزهای اثربخشی برنامه‌های بازتوانی قلبی در اواخر دهه ۱۹۸۰ نشان دادند که بازتوانی قلبی با کاهش مرگ قلبی و نیز مرگ به همه دلایل همراه است (اوکانر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ الدریدج<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۸). یک دهه بعد، گزارشی دانشگاهی از مرکز بازنگری و انتشارات علمی مرکز ملی خدمات بهداشتی یورک<sup>۵</sup> چنین بیان کرد که بازتوانی قلبی می‌تواند "بهبودی را ارتقاء بخشد، بیماران را در دستیابی و حفظ بهتر سلامتی توانمند سازد و خطر مرگ را در بیماران قلبی کاهش دهد". هنگامی که اثر بازتوانی قلبی در دهه ۱۹۹۰ به اثبات رسید، تعداد برنامه‌های بازتوانی در کشور چند برابر شد و اهمیت افزایش مشارکت در آنها به یک اولویت تبدیل

---

1. Dusseldorf  
2. Thompson and De Bono  
3. O'Connor  
4. Oldridge  
5. York NHS center for reviews and dissemination

گردید. یک کارآزمایی تصادفی با گروه شاهد<sup>۱</sup> توسط ویر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در گلوسترشایر<sup>۳</sup> نشان داد که مداخله‌های ساده، مقرون به صرفه و مبتنی بر تئوری (در این مورد یک دعوت نامه بر مبنای مدل تغییر رفتار بهداشتی: نظریه رفتار برنامه ریزی شده)<sup>۴</sup> می‌توانند با افزایش مشارکت در بازتوانی قلبی، بیماران بیشتری را برای بهره برداری از این برنامه‌ها توانمند سازند. با این وجود آمارهای بریتانیا در همین زمان نشان می‌دهند که تنها حدود ۲۳٪ از کل بیماران سکته قلبی در برنامه‌های بازتوانی قلبی وارد می‌شوند و این مقدار در بیماران که جراحی پیوند سرخرگ‌های کرونر<sup>۵</sup> کرده‌اند کمی بیشتر است "میزان مشارکت بین ۳۳٪ و ۵۶٪" (به تل<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). مشارکت در برنامه‌های بازتوانی قلبی نیز مشکلاتی را در پی داشت به طوری که تنها یک سوم بیماران، شرکت در برنامه‌های ورزشی را شش ماه پس از جلسات گروهی خود ادامه می‌دادند (دالی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). یافته‌های ثابتی که در پژوهش‌های مختلف به عنوان موانع شرکت در بازتوانی قلبی به دست آمده‌اند شامل عدم ارجاع از سوی پزشک، جنس مؤنث، سن بالاتر، سطح سواد پایین‌تر، داشتن ظرفیت کارکردی<sup>۸</sup> پایین و انجام آنژیوپلاستی در مقایسه با پیوند سرخرگ‌های کرونر بوده است (دالی و همکاران، ۲۰۰۲؛ ترنر<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

بازتوانی قلبی از طریق کاهش میزان بستری مجدد در بیمارستان و بهتر شدن وضعیت اشتغال پس از ترخیص، سبب صرفه جویی مالی می‌شود (پل<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷). با این وجود با گسترش برنامه‌های مراقبت ثانویه به ویژه تجویز فراگیر استاتین‌ها<sup>۱۱</sup> و سایر داروهای قلبی، شواهد اثربخشی بازتوانی قلبی زیر سوال رفت. وست<sup>۱۲</sup> در سال ۲۰۰۲ استدلال کرد که چون کارآزمایی‌های جدید اندکی وجود دارد، در حال حاضر شواهد برای اثربخشی بازتوانی قلبی به دنبال سکته قلبی حاد کافی نیست. او

- 
1. Randomised controlled trial
  2. Weyer
  3. Gloucestershire
  4. Theory of planned behaviour
  5. Coronary artery bypass graft
  6. Bethell
  7. Daly
  8. Functional capacity
  9. Turner
  10. Pell
  11. Statins
  12. West

اظهار داشت که چون روش‌های درمان در بخش‌های مراقبت ویژه تغییر یافته، ممکن است کارآزمایی‌های قدیمی مربوط به دهه ۱۹۸۰ ارزش خود را از دست داده باشند. او به خصوص استدلال کرد که تجویز دارو و استفاده زودرس از لیزکننده‌های لخته یا "لخته شکن‌ها"<sup>۱</sup> (که اگر در چند ساعت اول پس از سکت قلبی داده شود می‌تواند آسیب قلب را محدود نماید)، منجر به این شده که اثربخشی بازتوانی قلبی کاهش یابد. یک کارآزمایی تصادفی چند مرکزی با گروه شاهد در ۱۴ بیمارستان در مورد مشارکت بیماران در بازتوانی قلبی "جامع" در مقابل "مراقبت‌های معمول" نشان داد که از نظر مرگ و میر، رخدادهای قلبی بعدی، کیفیت زندگی، اضطراب یا افسردگی بین دو گروه تفاوتی یافت نشد (وست، ۲۰۰۲). تنها در بیماران بازتوانی قلبی تفاوت‌های اندکی مانند نیاز کمتر به مصرف نیترات‌های طولانی اثر و تمایل بیشتر به فعالیت‌های ورزشی مشاهده شد. همچنین بیماران شرکت کننده در برنامه‌های بازتوانی قلبی این برنامه‌ها را در مجموع مفید ارزیابی کردند.

### مستندات اخیر درباره اثربخشی بازتوانی قلبی

یک پژوهش متاآنالیز که به وسیله کلارک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) انجام شد، نظرات وست<sup>۳</sup> در مورد ماهیت تقریباً ناکارآمد بازتوانی قلبی را که به دنبال پیشرفت‌های اخیر در درمان دارویی پیشگیری ثانویه مطرح شده بود، به چالش کشاند. کلارک با بازنگری ۶۳ کارآزمایی تصادفی با گروه شاهد شامل بازتوانی قلبی صرفاً ورزشی، بازتوانی قلبی جامع و بازتوانی قلبی آموزشی (بدون ورزش) از سال ۱۹۶۶ تا ۲۰۰۴ مشخص کرد که بازتوانی قلبی در پیگیری دو ساله، مرگ و میر را تا ۴۷٪ کاهش می‌دهد، سکت قلبی بعدی را در طی دوره متوسط ۱۲ ماهه تا ۱۷٪ کم می‌کند و کیفیت کارکرد زندگی را بهبود می‌بخشد (کلارک و همکاران، ۲۰۰۵). به علاوه کلارک دریافت که میزان کاهش مرگ و میر بین کارآزمایی‌های قدیمی‌تر از ۱۹۸۰ و کارآزمایی‌های جدیدتر تفاوت معنی داری ندارد. این موضوع، چالش‌هایی که پیرامون فقدان اثربخشی برنامه‌های بازتوانی قلبی در پی کاربرد درمان‌های دارویی

---

1. Clot-busting  
2. Clark  
3. West

پیشگیری ثانویه مطرح شده بود را مورد تردید قرار داد. کلارک اظهار داشت اگرچه فواید بین سه نوع بازتوانی که در این مطالعه بررسی شدند تفاوتی نداشت اما این نوع مطالعه مروری به ما اجازه نمی‌دهد که "فواید افزون‌تر مربوط به اجزاء مختلف هر مداخله را مشخص کنیم" (کلارک و همکاران، ۲۰۰۵) و بنابراین به ما امکان قضاوت در مورد اینکه کدام جنبه‌های بازتوانی قلبی مهم یا "فعال" هستند را نمی‌دهد. کلارک سه نوع مختلف از بازتوانی قلبی را در در متاآنالیزش بررسی کرد: برنامه‌هایی که آموزش و مشاوره درباره عوامل خطر ساز بیماری رگ‌های کرونر<sup>۱</sup> را با برنامه‌های ورزشی نظارت شده ادغام کرده بودند؛ برنامه‌هایی که شامل آموزش یا مشاوره عوامل خطر ساز و بدون بخش ورزشی بودند؛ و برنامه‌هایی که تنها برنامه ورزشی سازمان یافته داشتند (کلارک و همکاران، ۲۰۰۵). به هر حال کلارک در مطالعه‌اش گستره‌ای از مدل‌ها، دفعات و شدت‌های متفاوت در جنبه‌های آموزش، مشاوره و ورزش در برنامه‌های بازتوانی قلبی را مشخص کرد.

متاآنالیز جدید تری به وسیله لیندن<sup>۲</sup> (لیندن و همکاران، ۲۰۰۷) به بررسی نتیجه پژوهش‌هایی پرداخت که در آن‌ها از برنامه‌های بازتوانی قلبی دارای مداخلات روانشناسی استفاده شده بود. لیندن به این نکته پی برد که در میان ۲۳ مطالعه انجام شده، وجود "درمان‌های روانشناختی کاملاً مشخص و جداگانه" به عنوان بخشی از مراقبت بیمار، منجر به کاهش مرگ و میر به میزان ۲۷٪ طی حداقل دو سال اول شده و در پیگیری درازمدت، کاهش بروز مجدد حوادث را در مقایسه با مراقبت معمول به دنبال دارد. اما این نتایج فقط در مورد مردان به دست آمد و زنان از فواید مربوط به کاهش مرگ و میر بهره‌امند نبودند. این مطالعه به فراخوانی برای تحقیقات بیشتر درباره تفاوت پیامدهای بازتوانی قلبی با توجه جنسیت بیماران منجر شد. همچنین تاکید دوباره‌ای بر اهمیت وجود تیم‌های چند رشته‌ای مشارکت کننده برای ارائه برنامه‌های بازتوانی "جامع" قلبی بود.

### بازتوانی قلبی "جامع"<sup>۳</sup>

دلالت<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۴) در توصیف تحول بازتوانی قلبی، تفاوت بین بازتوانی

---

1. Coronary risk factors  
 2. Linden  
 3. Comprehensive Cardiac Rehabilitation  
 4. Dalal

قلبی "فقط ورزشی" و بازتوانی قلبی "جامع" را در سال ۲۰۰۴ مشخص کردند. بازتوانی قلبی جامع به صورت تمرینات ورزشی، رویکرد تغییر رفتار، آموزش و حمایت روانشناختی توصیف شده است. در بازتوانی قلبی جامع، حفظ طولانی مدت فعالیت فیزیکی و تغییر شیوه زندگی "با پیگیری ساختارمند به منظور مهار عوامل خطر ساز مطرح در پیشگیری ثانویه همراه است" (دلال و همکاران، ۲۰۰۴). با این وجود بررسی‌های گسترده درباره خدمات بازتوانی قلبی که در ده سال گذشته در بریتانیا انجام شده (به تل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۰۷؛ به رودی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ لوین<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۸) تفاوت‌های گسترده‌ای را درباره شیوه بازتوانی "جامع" قلب، از لحاظ اینکه چگونه، توسط چه کسانی و برای چه کسانی ارائه می‌شود، نشان داده است. به تل با بررسی ۲۳۶ مرکز بازتوانی قلبی که امکان بررسی اطلاعاتشان را فراهم کردند، نشان داد که ۱۹۴ مرکز پرستار را در برنامه‌هایشان به کار گرفته بودند در حالی که تنها در ۳۷ برنامه روانشناس در ارائه بازتوانی قلبی شرکت داشت (به تل و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعه قدیمی‌تر لوین و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد هرچند ۷۰٪ برنامه‌های بازتوانی قلبی در تیم خود ۵ یا بیش از ۵ تخصص مراقبت سلامتی معرفی می‌کردند، تنها در تعداد کمی از آن‌ها پزشکان (۱۶٪)، روانشناسان (۹٪) یا کارشناسان آموزش سلامت (۶٪) با بیماران صحبت می‌کردند یا هر گونه مشارکت دیگری در برنامه‌های بازتوانی قلبی داشتند. به رودی و همکاران (۲۰۰۶) در پیمایش نمونه‌ای تصادفی از ۲۸ برنامه بازتوانی قلبی در انگلیس گزارش کردند که هماهنگ کنندگان مراکز، عمده‌ترین کمبود در ارائه خدمت را، فقدان روانشناس (۵۷٪) و به دنبال آن فقدان فیزیوتراپ (۴۳٪) می‌دانستند. این اطلاعات وقتی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که یافته‌های متاآنالیز لیندن و همکاران (۲۰۰۷) نیز در نظر گرفته شود که در آن کاهش مرگ و میر مردان طی دو سال پس از رویداد قلبی، در صورت ارائه درمان‌های روانشناختی علاوه بر مراقبت‌های معمول به عنوان بخشی از بازتوانی قلبی، نشان داده شد. به طور کلی اطلاعات بیانگر آن است که بازتوانی قلبی در بریتانیا می‌تواند چندرشته‌ای توصیف شود اما توزیع کارکنان بهداشتی در برنامه‌های مختلف بازتوانی قلبی همسان نیست

---

1. Bethell  
2. Brodie  
3. Lewin

که نهایتاً کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

### بازتوانی قلبی جامع در گلوستترشایر

بازتوانی قلبی جامع نظیر آنچه که در گلوستترشایر ارائه می‌شود شامل تیمی چند رشته‌ای<sup>۱</sup> متشکل از پرستار، متخصص ورزش و روانشناس است که در تمام جلسه در برنامه‌ای هفت هفته‌ای برای بازتوانی شرکت می‌کنند (بازتوانی قلبی گلوستترشایر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). دسترسی به متخصص تغذیه نیز به عنوان بخشی از خدمات تیم چند رشته‌ای فراهم شده است. نتایج این برنامه نشان داده که بازتوانی قلبی جامع، هنگامی که چند رشته‌ای و کامل انجام شود می‌تواند بر گستره‌ای از پیامدهای سلامتی موثر باشد (باث<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). اطلاعات متناقض مربوط به پیامد سلامتی (کلارک و همکاران، ۲۰۰۵؛ وست<sup>۴</sup> و ۲۰۰۴) و تفاوت‌های گسترده در ساختار برنامه‌های بازتوانی قلبی جامع، این سوال را پدید می‌آورد که کدام اجزاء خاص برنامه بازتوانی قلبی باعث اثربخشی آن می‌شوند. یافته‌های متآنالیزها می‌تواند برطرف کننده نتایج ضد و نقیضی درباره اثربخشی برنامه‌های بازتوانی قلبی باشد چون برخی برنامه‌ها اثربخش بوده و برخی دیگر اینگونه نبوده اند (میچی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). در متآنالیزهای بررسی اثر بازتوانی قلبی معمولاً گروه‌های متفاوتی از بیماران با هم بررسی می‌شوند. به این ترتیب اگرچه مطالعاتی وجود دارند که بیمارانی که جراحی پیوند سرخرگ‌های کرونر روی آن‌ها انجام شده را در کنار بیماران مبتلا به بیماری رگ‌های کرونر طی بازتوانی قلبی جامع بررسی کرده‌اند (انگبلام<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ سکی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ ساگمو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ ساندین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ مطالعه مراقبت قلب وستولد<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳)، اما بیشتر مطالعات تنها بیماران سکته قلبی را بررسی نموده‌اند. به علاوه اگر جنبه‌های خاصی از بازتوانی قلبی چند رشته‌ای فراموش شوند یا به خوبی ارائه نشوند طبیعی است که اثر بازتوانی قلبی کمتر خواهد بود. علیرغم این که دولت

- 
1. Multidisciplinary team
  2. Cardiac Rehabilitation Gloucestershire
  3. Bath
  4. Michie
  5. Engblom
  6. Seki
  7. Stagmo
  8. Sundin
  9. Vestold Heartcare Study



مقابله با عوامل روانشناختی و اجتماعی را از اهداف مهم بازتوانی قلبی تشخیص داده است (وزارت بهداشت، ۲۰۰۰)، این عوامل اغلب در برنامه‌های بازتوانی قلبی به طور ضعیف مورد غفلت واقع می‌شوند (لوین، ۱۹۹۸). در فصل ۲ عوامل مهم روانشناختی موثر در بازتوانی قلبی با جزئیات بیشتری مورد بحث قرار خواهند گرفت.

در حالی که در برخی مراکز معتبر، حداقل سه متخصص بهداشتی مختلف در طول دوره برنامه بازتوانی قلبی مشارکت می‌کنند (بازتوانی قلبی گلوسترشایر، ۲۰۰۴)، ممکن است سایر برنامه‌های بازتوانی قلبی که به عنوان "جامع" توصیف می‌شوند بر مبنای راهنمای بالینی ارائه شده NSF برای بیماری رگ‌های کرونر قلب نباشند. به رودی و همکاران (۲۰۰۶) اظهار داشتند که بسیاری از برنامه‌های کنونی با معیارهای راهنمای بالینی شبکه بین دانشگاهی اسکاتلند برای بازتوانی قلبی<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) که وجود معادل ۶/۲ نفر کارکنان تمام وقت برای هر ۵۰۰ بیمار را لازم دانسته، انطباق ندارند. انجمن بازتوانی قلبی بریتانیا<sup>۲</sup>، نهاد ملی شناخته شده بازتوانی قلبی در بریتانیا، در تدوین استانداردها و اجزاء اصلی بازتوانی قلبی در سال ۲۰۰۷ از راهنمای بالینی شبکه بین دانشگاهی اسکاتلند اقتباس کرده و حضور روانشناس، متخصص تغذیه را جزء ضروری تیم‌های بازتوانی قلبی در کنار سایر افراد مانند وجود کارکنان پایش و اداری دانسته است.

### **استانداردها و اجزاء اصلی بازتوانی قلبی انجمن بازتوانی قلبی بریتانیا (۲۰۰۷)**

انجمن بازتوانی قلبی بریتانیا در تدوین مجموعه‌ای از استانداردهای ضروری و اجزاء اصلی خدمات بازتوانی قلبی، بیان می‌کند که دستیابی به این استانداردها می‌تواند "چالشی بزرگ برای بسیاری از مراکز" باشد. با این وجود یکی از اهداف و مأموریت‌های این سازمان فراهم ساختن امکان همسان سازی مراکز بازتوانی قلبی با اجزاء اصلی و ضروری در سراسر بریتانیا است به نحوی که بتواند از "تمامیت بازتوانی قلبی" حمایت نماید.

---

1. Scottish Intercollegiate Guideline Network  
2. British Association for Cardiac Rehabilitation

انجمن بازتوانی قلبی بریتانیا شش استاندارد را برای بازتوانی قلبی تعیین کرده است:

۱. وجود یک فرد هماهنگ کننده که مسئولیت کلی مرکز بازتوانی قلبی را به عهده دارد.
۲. وجود تیم اصلی بازتوانی قلبی متشکل از کارکنان کارآموده حرفه‌ای با مهارت و صلاحیت مناسب برای ارائه خدمات
۳. وجود سامانه‌ای استاندارد برای ارزیابی نیازهای تک تک بیماران
۴. وجود امکان ارجاع و دستیابی به جمعیت بیماران هدف
۵. وجود سامانه ثبت و ارائه اطلاعات به مرکز ملی پایش بازتوانی قلبی<sup>۱</sup> (انجمن بازتوانی قلبی بریتانیا)
۶. وجود بودجه مناسب برای تأمین کامل هزینه خدمات بازتوانی قلبی

رعایت این شش استاندارد در خدمات بازتوانی قلبی برای دستیابی به گواهی‌نامه «برنامه بازتوانی کامل» ضروری است و بانک اطلاعات انجمن بازتوانی قلبی بریتانیا (اشاره شده در استاندارد ۵)، ضمن جمع‌آوری اطلاعات برنامه‌ها، اثربخشی آن‌ها را کنترل خواهد نمود. این استانداردها همراه با شش بخش اصلی و مشخص بازتوانی قلبی (شیوه زندگی؛ آموزش؛ کنترل عوامل خطر ساز؛ روانی-اجتماعی؛ دارو درمانی محافظت کننده قلب و تجهیزات قابل کاشت؛ و راهبردهای مدیریت درازمدت) افق ارائه خدمات هماهنگ و منسجم بازتوانی قلبی در سراسر بریتانیا را ترسیم نموده است.

## فصل ۲

### برنامه بازتوانی قلبی در گلوسترشایر

بخش اول این فصل به معرفی برنامه گروهی بازتوانی قلبی گلوسترشایر می‌پردازد؛ بخش دوم در مورد برخی از موضوعات مهم که بیمار ممکن است به دنبال یک رخداد قلبی تجربه کند و نیز برخی از نظریه‌های روانشناختی که به ما کمک می‌کند تا این موضوعات را درک و برنامه بازتوانی قلبی را طراحی نماییم، بحث می‌کند.

#### بازتوانی قلبی در گلوسترشایر

از سال ۱۹۹۲ خدمات بازتوانی قلبی گلوسترشایر آغاز به کار کرد این خدمات تقریباً بر مبنای برنامه مدیریت درد قلبی<sup>۱</sup> که در آن زمان در ادینبورگ اجرا می‌شد (لویس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۵)، تدوین گردید. هدف فعلی برنامه، پاسخگویی به نیازهای افراد دارای بیماری رگ‌های کرونر قلب در گلوسترشایر است که به دنبال رخداد‌های قلبی نیازمند بازتوانی هستند. خدمات فعلی این مرکز به بیمارانی ارائه می‌شود که دارای سابقه سکته قلبی<sup>۳</sup> (MI)، سندرم حاد کرونر<sup>۴</sup> (ACS)، جراحی پیوند سرخرگ کرونر<sup>۵</sup> (CABG) یا مداخله کرونری از راه پوست<sup>۶</sup> (PCI)، بیمارانی مبتلا به درد قلبی تازه تشخیص داده شده و بیمارانی درجه‌ای قلب باشند. هدف مدون مرکز- که اهداف مقررات خدمات ملی (NSF) برای بازتوانی قلبی در CHD را منعکس می‌کند- عبارت است از:

1. Angina Management Programme
2. Lewin
3. Myocardial infarction
4. Acute Coronary Syndrome
5. Coronary Artery Bypass Graft
6. Percutaneous Coronary Intervention

کمک به بیماران تا حدی که به زندگی کامل و طبیعی برگردند، دوباره اعتماد به نفسشان را به دست آورند و بتوانند هر گونه تغییری را که می‌خواهند، در شیوه زندگی خود به وجود آورند. بازتوانی قلبی باید آن‌ها را توانمند سازد که از بیشترین سلامت جسمی، ذهنی، و هیجانی و بهترین کیفیت زندگی ممکن لذت ببرند.

(وزارت بهداشت، ۲۰۰۰)

### مکانی که خدمات بازتوانی قلبی ارائه می‌شود

بازتوانی قلبی در گلوستترشایر هم به صورت انفرادی و هم به شکل گروهی انجام می‌شود. معمولاً به بیماران مبتلا به بیماری‌های کرونر قلب، برنامه بازتوانی قلبی گروهی پیشنهاد می‌شود، درحالی که به بیماران دریچه‌ای قلب (یا به ندرت بیماری‌هایی که پیوند قلب داشته‌اند) ارزیابی انفرادی و حمایت انفرادی از سوی یکی از اعضاء تیم بازتوانی پیشنهاد می‌شود. در سال ۹-۲۰۰۸ هر هفته ۱۱ گروه بازتوانی قلبی در شش محل متفاوت در گلوستترشایر مشغول فعالیت بوده‌اند. برای آن که بیماران بتوانند دسترسی ساده‌تری به خدمات داشته باشند، محل تمام این برنامه‌ها در سطح جامعه تعیین شده است و گروه‌ها در مراکز تفریحی، مطب پزشکان خانواده<sup>۱</sup>، یا مراکز جامعه نگر<sup>۲</sup> برپا می‌شوند. یافته‌های گزارش ارزیابی فن آوری بهداشت<sup>۳</sup> ۲۰۰۴ (بسویک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴)، میزان ارجاع بیماران واجد شرایط برای بازتوانی قلبی را در سطح کشور ۶۷-۴۵٪، و میزان مشارکت در برنامه‌های سرپایی<sup>۵</sup> را ۲۷-۴۱٪ تخمین می‌زند. میزان مشارکت محلی در گلوستترشایر از میانگین کشوری فراتر رفته است (۵۴٪ کسانی که در سال ۷-۲۰۰۶ ارجاع شدند، واقعاً مشارکت کردند). این موضوع تا حدی به دلیل دسترسی بیشتر به گروه‌های بازتوانی قلبی در سراسر این استان است.

۱. [در خدمات بهداشت ملی بریتانیا به پزشکان ارائه دهنده خدمات عمومی GP یا general practitioner گفته می‌شود که هر کدام به ساکنین ناحیه‌ای مشخص ارائه خدمت می‌نمایند و در این کتاب برای سهولت، پزشک خانواده ترجمه شده است. مترجم]

2. Community centers  
3. Health Technology Assessment Report  
4. Beswick  
5. Outpatient programmes

### **بازتوانی قلبی در گلوسترشایر چگونه است؟**

به تمام بیماران ساکن در گلوسترشایر که سابقه سکته قلبی، سندرم حاد کرونر، CABG، آنژیوپلاستی یا درد قلبی تازه تشخیص داده شده دارند یک جلسه ارزیابی ۴۵ دقیقه‌ای با یکی از اعضای تیم بازتوانی قلبی پیشنهاد می‌شود. در این جلسه ارزیابی ضمن مشخص کردن عوامل خطر ساز انفرادی بیماران، رابطه آنها به عنوان عوامل ایجاد کننده و گسترش دهنده بیماری کرونر قلب به بیماران توضیح داده می‌شود. همچنین بیماران در این ارزیابی به شرکت در برنامه‌های گروهی بازتوانی دعوت می‌شوند. بیمارانی که به شرکت در برنامه‌های گروهی تمایل ندارند، می‌توانند به حمایت انفرادی یک به یک از سوی روانشناس، پرستار قلب یا فیزیوتراپیست تیم بازتوانی قلبی دسترسی داشته باشند. خدمات بازتوانی قلبی در گلوسترشایر، به افراد دارای بیماری کرونر قلب که دچار رخداد قلبی شده‌اند، یک برنامه گروهی هفت هفته‌ای ارائه می‌دهد. بیماران در هفت هفته اول یک جلسه دوساعته در هفته دارند و سپس برای دو جلسه پیگیری در هفته هشتم و ماه هشتم پس از انتهای برنامه هفت هفته‌ای مراجعه می‌کنند. تیمی چند رشته‌ای شامل پرستار قلب، متخصص ورزش، و روانشناس، برنامه را ارائه می‌دهند. محتوای برنامه بر تغییر شیوه زندگی شامل ورزش، رژیم غذایی و کنترل استرس متمرکز است که با جزئیات از فصل پنجم به بعد شرح داده شده است.

### **بازتوانی قلبی انفرادی**

بنا به برخی دلایل ممکن است برنامه گروهی برای تمام بیماران بازتوانی قلبی مناسب نباشد (مثلاً بعضی بیماران به برنامه‌های گروهی علاقه ندارند، یا شاید اضطراب، افسردگی یا سایر مشکلات سلامتی مانع شرکت آنها در برنامه گروهی شود). به بیمارانی که نمی‌خواهند یا نمی‌توانند در برنامه گروهی شرکت کنند، خدمات انفرادی بازتوانی قلبی پیشنهاد می‌شود. در خدمات انفرادی، بیماران به یک ویزیت اولیه سرپایی با یکی از اعضای تیم بازتوانی دعوت می‌شوند. اگر شرکت در این جلسه ویزیت سرپایی برای بیمار در بیمارستان میسر نباشد، ویزیت تلفنی یا در بعضی موارد ویزیت در مطب پزشک خانواده محله پیشنهاد خواهد شد. بر اساس دلیلی که بیمار برای عدم حضور در برنامه گروهی عنوان می‌کند، این ملاقات

می‌تواند با روانشناس، پرستار قلب، فیزیوتراپیست یا متخصص تغذیه ترتیب داده شود. در این مرحله ارجاع فرد به خدمات روانشناختی انفرادی بازتوانی قلبی<sup>۱</sup> میسر است.

### خدمات روانشناسی انفرادی بازتوانی قلبی

مقررات خدمات ملی برای بیماری کرونری قلب بیان می‌کند که درصد کوچکی از بیماران قلبی از "مداخله‌های روانشناختی تخصصی‌تر مثل درمان‌های شناختی رفتاری" بهره می‌برند (وزارت بهداشت، ۲۰۰۰). در سال ۲۰۰۳ خدمات روانشناختی انفرادی بازتوانی قلبی در گلوسترشایر ایجاد شد تا به عنوان جایگزین و یا به عنوان بخشی از برنامه گروهی بازتوانی، امکان برگزاری جلسات انفرادی برای بیماران بازتوانی قلبی را فراهم نماید. به این ترتیب امکان مداخلات روانشناختی کوتاه مدت و مبتنی بر شواهد مهیا گردد. این خدمات از سوی روانشناسان بالینی یا روانشناسان سلامت با هدف ارتقاء بهبود جسمی و هیجانی و با توجه به موارد زیر ارائه می‌شود:

- کاهش فشار روانی و افزایش سطح درک بیماری کرونری قلب با روش اصلاح تصورات نادرست درباره قلب یا نگرش نامناسب به بیماری<sup>۲</sup> که می‌تواند به اضطراب، افسردگی یا تطابق ضعیف پس از رخداد قلبی منجر شود.
- فراهم آوردن زمان مناسب و محیطی خصوصی برای کاوش عمیق‌تر مشکلات بیماران با استفاده از تکنیک‌های مختلف روانشناختی از جمله رویکردهای شناختی-رفتاری که با هدف افزایش انگیزه و مشارکت در درمان انجام می‌شود.
- ارائه مداخلات روانشناختی مبتنی بر شواهد برای اختلالات افسردگی، اضطراب و هراس
- افزایش اطمینان خاطر بیماران در مورد توانایی خود برای کنترل بیماری کرونری قلب به وسیله تقویت پیام‌های مثبت مدیریت بیماری توسط خود فرد که در برنامه‌های گروهی بازتوانی قلبی ارائه می‌شود.

---

1. Individual CR Psychology Service  
2. Illness perceptions