نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول ، شماره ۳ ، پاییز ۱۳۹۱

Cardiovascular Nursing Journal
1(3), Autmn 2012

www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر اجرای برنامه بازتوانی قلبی فازیک بر اضطراب و افسردگی بیماران سندرم حاد کرونری

صدیقه عارفی[۱]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه
*معصومه ذاکری مقدم[۲]، کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی
شهرزاد غیاثوندیان[۳]، دکترای آموزش پرستاری
حمید حقانی[۴]، کارشناس ارشد آمار

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه بازتوانی قلبی فاز یک بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری اجرا گردید.

زمینه. عوامل روانشناختی متعددی از جمله اضطراب و افسردگی، در پیش آگهی، سیر بهبودی و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری نقش دارند. برنامه های بازتوانی قلبی جزئی مهم از طرح مراقبتی برای اکثر بیماران قلبی می باشند.

مواد و روش ها. این پژوهش یک کارآزمایی بالینی غیر تصادفی و دو گروهی بود. برای هر گروه، ۴۴ نفر از بیماران سندرم حاد کرونری و دارای شرایط لازم ورود به مطالعه، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه آزمون در چهار جلسه آموزشی برنامه بازتوانی قلبی شامل آشنایی با عوامل خطرزای بیماری قلبی، رژیم غذایی و دارویی، روش های پیشگیری از اضطراب و افسردگی، آموزش و انجام تمرینات ورزشی شرکت کردند و در انتها نیز کتابچه آموزشی ارائه شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری و پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) استفاده شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تی زوجی و مستقل و مجذور کای دو تست دقیق فیشر) و با استفاده از نرم افزار SPSS/۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها. بر اساس یافته های پژوهش، قبل از مداخله، بین دو گروه از نظر مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بیماری و اضطراب و افسردگی تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد. بعد از اجرای مداخله، نتایج نشان داد که بین میانگین سطح اضطراب و افسردگی دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود دارد که حاکی از کاهش سطح اضطراب و افسردگی بیماران در گروه آزمون بود ($P\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری. بر اساس یافته ها، برنامه بازتوانی قلبی فاز یک موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری شد. لذا می توان این برنامه را به عنوان یک روش مؤثر در برنامه اجرایی مراقبت های پرستاری از بیماران سندرم حاد کرونری قرار داد.

کلید واژه ها: اضطراب و افسردگی، بازتوانی قلبی فاز یک، سندرم حاد کرونری

۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲- عضو هیات علمی گروه آموزشی پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک:zakerimo@tums.ac.ir
۳- استادیار گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴- عضو هیات علمی گروه آموزشی آمار حیاتی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

مقدمه

شایع ترین علت مرگ و میر و ناتوانی در جوامع مختلف (لیودجونز و همکاران، ۲۰۱۱) و از جمله ایران (محمد حسنی و همکاران، ۲۰۱۰) بیماری های قلبی عروقی است. افزایش شیوع بیماری های قلبی به ویژه سندرم حاد کرونری با عوارض و مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای افراد مبتلا به آن همراه شده است که می تواند موجب تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی مبتلایان گردد. از مهم ترین مشکلات روانشناختی که بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری با آن مواجه هستند اضطراب و افسردگی، خشم، خصومت و عدم حمایت اجتماعی می باشد. بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری در طی بستری، سطوح متفاوتی از اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند. حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری علائم اضطراب را گزارش می کنند (هافمن، ۲۰۰۸) که علت آن می تواند به خاطر بستری شدن در بیمارستان، ترس از مرگ، انتظار جراحی قلب، شناختن شخصی که در گذشته با همین بیماری مرده است، سکته مجدد و به طور کلی ترس از ندانسته ها و ناشناخته ها باشد. افسردگی نیز، در ۲۰ تا ۴۵ درصد بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری گزارش شده است (باقریان، ۲۰۱۰ و هریدج و همکاران، ۲۰۰۵) و یکی از عوامل بازدارنده درمان بیماران قلبی به شمار می رود؛ زیرا افسردگی بعد از حمله قلبی اغلب بدون تشخیص باقی می ماند و موجب عدم پذیرش بیماری شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می دهد (لین، ۲۰۰۲ و بندتو، ۲۰۰۶). در ضمن بروز اضطراب و افسردگی به دنبال حمله قلبی سبب تشدید و طولانی شدن بیماری، تداخل در امر درمان و بالاخره تأخیر در بهبودی و بستری شدن های مکرر می گردد (هاروارد، ۲۰۰۶).

اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری حائز اهمیت است و تأثیر بسیار منفی بر پیش آگهی و سیر بهبودی بیماران دارد. بنابراین، اقدامات اساسی جهت غربالگری و کاهش میزان عوارض روانشناختی بیماران، ضروری به نظر می رسد. برنامه بازتوانی قلبی به عنوان یکی از مداخلات غیر دارویی در بیماران قلبی قابل اجرا است و هدف آن پیشگیری از بروز مجدد حملات قلبی و بستری شدن مجدد بیماران با بیماری عروق کرونر است (استفن، ۲۰۰۹) و منجر به کاهش چشمگیر در میزان مرگ و میر اختصاصی ناشی از بیماری قلبی می شود. این امر توسط تعدیل عوامل خطرساز بیماری عروق کرونر و نیز رفتارهای بهداشتی میسر می گردد (نزرکو، ۲۰۰۸). برنامه های بازتوانی قلبی، لازم است بلافاصله بعد از حادثه عروق کرونری و در زمان بستری بیمار در بیمارستان آغاز گردد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۴) و هدف از آن، مقابله با اثرات منفی بیماری و ایجاد انگیزه در بیمار جهت ادامه فعالیت ها و تغییر سبک زندگی بعد از ترخیص و افزایش تطابق با بیماری است (وودز، ۲۰۱۰).

با وجود اهمیت برنامه بازتوانی قلبی فاز یک در ارتقاء سلامت بیماران قلبی، تنها حدود ۱۰ درصد از بیمارستان های کشور، برنامه بازتوانی قلبی فاز یک را به صورت جامع انجام می دهند (قلمقاش و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، تعداد محدود مراکز بازتوانی، فقدان تیم بازتوانی در بیمارستان ها و عدم سیستم ارجاع بیماران واجد شرایط به مراکز بازتوانی قلبی باعث می شود بسیاری از بیماران در برنامه های بازتوانی قلبی شرکت نکنند (افراسیابی فر و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعه حاضر به منظور بررسی تأثیر ارائه برنامه بازتوانی قلبی فاز یک، بر میزان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی غیر تصادفی و دو گروهی می باشد که در آن تأثیر برنامه بازتوانی قلبی فاز یک بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارانی بود که با تشخیص سندرم حاد کرونری برای اولین بار در بخش های مراقبت ویژه و داخلی قلب بیمارستان های امام خمینی و شریعتی بستری شدند. جهت انتخاب نمونه های پژوهش محدودیت سنی در نظر گرفته نشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تأیید سندرم حاد کرونری توسط متخصص قلب و عروق، تمایل شرکت در مطالعه، نداشتن بیماری روحی و روانی، توانایی درک مکالمه به زبان فارسی و سواد خواندن و نوشتن؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم همکاری یا فوت بیمار در طول مطالعه و ابتلاء به عوارض تهدید کننده زندگی بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه سه قسمتی بود. در قسمت اول، اطلاعات دموگرافیک شامل (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، کفایت درآمد، شغل و BMI) و در قسمت دوم، سؤالات مرتبط با بیماری شامل (نوع بیماری، سابقه خانوادگی بیماری، سابقه ابتلاء به بیماری زمینه ای) توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. قسمت سوم، پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) بود که از یک پرسشنامه ۱۴ سوالی، شامل دو مقیاس اضطراب (۷ سوال) و افسردگی (۷ سوال) تشکیل می شد. در مجموع از هر قسمت ۲۱ امتیاز کسب می گردید. برای هر دو زیر مقیاس، نمرات در دامنه صفر تا ۷ عادی یا طبیعی، ۸ تا ۱۰ خفیف، امتیازهای ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته شدند. این پرسشنامه یکی از ابزارهای مناسب جهت شناسایی اختلالات روان شناختی در بیماران پس از مشکلات قلبی می باشد و روایی و پایایی ترجمه فارسی آن توسط علی منتظری (۱۳۸۲) بررسی شده است (a=۰/۷۸) برای تعیین روایی علمی پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و محتوای آموزشی، از روش روایی صوری و روایی محتوا استفاده شد و نظرات اصلاحی ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی گروه پرستاری مراقبت ویژه دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ و اعمال گردید.

نحوه انتخاب نمونه ها به شیوه نمونه گیری در دسترس صورت گرفت و بیماران به روش تخصیص تصادفی در یکی از گروه های کنترل (۴۴ نفر) یا آزمون (۴۴ نفر) قرار گرفتند. همسان سازی در گروه ها بر اساس مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بیماری انجام گردید. پژوهشگر پس از اخذ مجوز لازم از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و هماهنگی

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

با معاونت پژوهشی بیمارستان های امام خمینی و شریعتی، در بخش سی سی یو و داخلی قلب این مراکز حضور یافت و از بیماران واجد شرایط رضایت نامه آگاهانه کسب نمود و به بیماران اطمینان داد در هر زمانی می توانند از مطالعه خارج شوند. پس از این مرحله، در روز دوم بستری، پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک، اضطراب و افسردگی بیمارستانی، توسط نمونه های پژوهش در هر دو گروه کنترل و آزمون، تکمیل شد. در زمان اجرای برنامه بازتوانی قلبی، گروه کنترل، مراقبت های معمول شامل درمان های دارویی و روتین بخش را دریافت کرد و گروه آزمون علاوه بر دریافت مراقبت های معمول در برنامه بازتوانی قلبی فاز یک شرکت کرد. این برنامه شامل دو بخش، به شرح زیر بود:

الف) آموزش به بیمار: جلسات آموزشی شامل چهار جلسه آموزش فردی چهره به چهره به مدت ۲۰ دقیقه همراه با ارائه کتابچه آموزشی بود. جلسه اول شامل آشنایی مختصر با ساختمان قلب و بیماری سندرم حاد کرونری، علائم و نشانه های بیماری، آموزش و تعدیل عوامل خطرزا و جلسه دوم در رابطه با سیر بیماری و درمان، رژیم دارویی (آشنایی با داروها، اثرات و عوارض جانبی آنها) و رژیم غذایی در بیماران قلبی بود. در جلسه سوم در رابطه با روش های کنترل اضطراب و پیشگیری از افسردگی، روش های پیشگیری و کنترل بیماری (آموزش پیشگیری از درد قفسه سینه و اقدامات مناسب در هنگام بروز درد قفسه سینه)، صحبت شد. در جلسه چهارم، به آموزش در مورد فعالیت فیزیکی و آمادگی برای بازگشت به زندگی عادی، انواع ورزش های مجاز برای این گروه از بیماران، دفعات و مدت زمان مفید ورزش، نحوه کنترل نبض در حین انجام تمرینات ورزشی پرداخته شد.

ب) انجام تمرینات بدنی تحت نظارت پس از هر جلسه آموزشی و تشویق به انجام فعالیت های معمول توسط بیمار: تمرینات ورزشی در سطح پایین شامل ورزش های دامنه حرکتی گروه های عضلانی بزرگ، بالابردن کتف، تمرینات تنفسی عمیق، ورزش های دامنه حرکتی مچ پا به صورت فعال و پیاده روی بود. در پایان روز پنجم بستری و پس از اتمام مداخله و رفع سوالات بیماران، پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی در هر دو گروه کنترل و آزمون تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده¬ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید. برای تعیین تفاوت معنی دار بین میانگین سن دو گروه، از آزمون آماری تی مستقل و برای تعیین وجود تفاوت معنی دار بین دو گروه از نظر متغیرهای کیفی دموگرافیکی از آزمون کای دو استفاده شد. برای تعیین وجود تفاوت معنی دار میان نمرات اضطراب و افسردگی بیماران در مرحله قبل و بعد در دو گروه، از آزمون آماری تی مستقل و تی زوجی استفاده شد.

یافته ها

نتایج این مطالعه در رابطه با متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد از مجموع ۸۸ بیمار مورد بررسی، به طور کلی ۶۲/۵ درصد مرد و ۳۷/۵ درصد زن بودند. میانگین سن کل شرکت کنندگان در مطالعه حاضر ۶/۲۲±۵۸/۰۳ سال بود و اکثر آنها (۸۰/۰۷ درصد) متأهل بودند. بیشترین درصد شرکت کنندگان دارای تحصیلات راهنمایی و متوسطه (۵۵/۷ درصد) بودند. از نظر وضعیت اشتغال، بیشتر واحدهای مورد پژوهش دارای شغل آزاد (۲۰/۵ درصد) و اکثر زنان، خانه دار بودند. بیشترین درصد شرکت کنندگان (۶۳/۶ درصد) درآمد در سطح متوسط و ۴۸/۹ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای اضافه وزن بودند. نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۵۰ درصد) با تشخیص انفارکتوس میوکارد با قطعه ST بالا رفته بستری شده بودند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش در دو گروه سابقه خانوادگی حمله قلبی (۶۷ درصد) نداشتند و بیشتر بیماران دارای سابقه فشار خون بالا (۵۴/۵ درصد) بودند. بین دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات مربوط به بیماری تفاوت معنی داری وجود نداشت. به عبارت دیگر، دو گروه با هم همگن بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی دو گروه آزمون و کنترل به لحاظ برخی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر		گروه کنترل		گروه آزمون		نتیجه آزمون
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	۰/۸۲
جنسیت	زن	۱۶	۳۶/۴	۱۷	۳۸/۶	
	مرد	۲۸	۶۳/۶	۲۷	۶۱/۴	
وضعیت تأهل	متأهل	۳۷	۸۴/۱	۳۴	۷۷/۳	۰/۷۱
	مجرد	۲	۴/۵	۳۳	۶/۸	
	همسر فوت شده	۵	۱۱/۴	۷	۱۵/۹	
وضعیت تحصیلات	ابتدایی	۱۵	۳۴/۱	۱۳	۲۹/۵	۰/۸۱
	راهنمایی و متوسطه	۲۳	۵۲/۳	۲۶	۵۹/۱	
	فوق دیپلم و بالاتر	۶	۱۳/۶	۵	۱۱/۴	
علت بستری	UA	۱۰	۲۲/۷	۹	۲۰/۵	۰/۶۷
	STEMI	۴۵/۵	۲۴	۵۴/۵		
	NSTEMI	۱۴	۳۱/۸	۱۱	۲۵	

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

در گروه کنترل، قبل از مداخله، ۴۳/۲ درصد افراد اضطراب و ۲۹/۵ درصد افراد افسردگی در حد متوسط داشتند که این میزان بعد از مداخله به ۴۵/۵ و ۴۰/۹ درصد رسید. همچنین، در گروه آزمون، قبل از مداخله، ۴۰/۹ درصد افراد اضطراب و ۳۱/۸ درصد، افسردگی در حد متوسط داشتند که بعد از مداخله به ۲۲/۷ و ۱۸/۲ درصد رسید.

جدول شماره ۲ مقایسه میانگین نمرات اضطراب و افسردگی هر گروه را قبل و بعد از مداخله نشان می دهد. قبل از مداخله، در میانگین نمره های اضطراب و افسردگی، اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. اما بعد از مداخله، مقایسه میانگین نمرات اضطراب و نمرات افسردگی بیماران در گروه کنترل و آزمون تفاوت معنادار را نشان داد ($P\leq ۰/۰۵$). قبل از مداخله، میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل ۳/۳۸±۱۱/۱۵ و در گروه آزمون ۳/۵۸±۱۱/۳۴ بود که این میزان بعد از مداخله به ۴/۱۴±۱۲/۲۲ و ۲/۷۳±۸/۵۶ رسیده است. نتیجه آزمون آماری تی زوجی که جهت مقایسه هر یک از گروه ها قبل و بعد از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان می دهد بین سطح اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد ($P=۰/۳$)، در حالی که بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف آماری معنی داری وجود دارد ($P=۰/۰۰۲$)، یعنی اجرای برنامه بازتوانی قلبی فاز یک توانســـته است سطح اضطراب بیماران را کاهش دهد. همچنین، قبل از مداخله، میانگین نمره افسردگی در گروه کنترل ۳/۷۷±۱۰/۷۲ و در گروه آزمون ۳/۰۲±۷/۸۶ بود که بعد از مداخله، میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون به ۳/۰۲±۷/۸۶ کاهش یافت که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($P\geq ۰/۰۰۱$)، در گروه کنترل نیز میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله به ۱۰/۷۲ افزایش یافت که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ($P=۰/۰۹۵$) ولی این اختلاف در جهت افزایش میانگین سطح افسردگی بوده است.

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمرات اضطراب و افسردگی دو گروه قبل و بعد از کارآزمایی بالینی

خرده مقیاس		قبل از کارآزمایی بالینی		بعد از کارآزمایی بالینی		سطح معنی داری در آزمون تی زوجی
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	کنترل	۱۱/۱۵	۳/۳۸	۱۲/۲۲	۴/۱۴	۰/۳
	آزمون	۱۱/۳۴	۳/۵۸	۸/۵۶	۲/۷۳	۰/۰۰۲
سطح معنی داری در آزمون تی مستقل		۰/۴۲		۰/۰۰۶		
افسردگی	کنترل	۹/۵۴	۴/۲۷	۱۰/۷۲	۳/۷	۰/۰۹۵
	آزمون	۹/۹۵	۴/۰۷	۷/۸۶	۳/۰۲	۰/۰۰۱
سطح معنی داری در آزمون تی مستقل		۰/۸۵		۰/۰۰۰		

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی بازتوانی قلبی فاز یک بر میزان اضطراب و افسردگی بیماران سندرم حاد کرونری انجام شده. نتایج پژوهش نشان داد که بیشتر واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه قبل از مداخله، اضطراب و افسردگی با شدت متوسط داشتند. یافته های این مطالعه با نتایج تحقیقات موجود هم راستا می باشد، به طوری که نتایج تحقیق باقریان سرارودی و همکاران (۲۰۱۰) نیز که به منظور تعیین شیوع اضطراب و افسردگی و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام گرفت، نشان داد بروز علائم اضطراب به دنبال سکته قلبی، ۴۲ درصد و بروز علائم افسردگی بیش از ۴۵ درصد می باشد. اضطراب و افسردگی بعد از سندرم حاد کرونری امری شایع بوده (عرب و همکاران، ۲۰۱۲ و میلانی و همکاران، ۲۰۰۹) و عواقبی مانند افزایش مرگ و میر و پیروی ضعیف از دستورات دارویی و قطع درمان به دنبال دارد (ورســـزتر و گراند، ۲۰۰۸). تمام این مطالعات بیانگر اهمیت اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی و لزوم توجه به اقدامات غربالگری و درمان آن در این دسته از بیماران می باشد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

همچنین نتایج مداخله نشان داد که برنامه بازتوانی قلبی فاز یک بر امتیازات کلی اضطراب و افسردگی بیماران سندرم حاد کرونری تأثیر مثبت داشته است، به طوری که میانگین سطح اضطراب و افسردگی بیماران در گروه کنترل و آزمون بعد از بازتوانی قلبی فاز یک به نفع گروه آزمون اختلاف معناداری نشان داد که حاکی از کاهش میانگین سطح اضطراب و افسردگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل اســـت. با توجه به این که واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه از نظر متغیرهای زمینه ای همسان بودند، لذا می توان نتیجه گرفت که کاهش میزان اضطراب در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل از اجرای برنامه بازتوانی قلبی فاز یک ناشی می شود. این نتایج همسو با نتایج مطالعه اسدی نوقابی و همکاران (۱۳۸۷) است که ذکر می کند اجرای فاز یک بازتوانی قلبی در بیماران نامزد جراحی بای پس عروق کرونر سبب کاهش اضطراب این بیماران شده است. همچنین، نتایج این مطالعه، پژوهش لاویه در سال ۲۰۱۱ با عنوان تأثیر تمرینات ورزشی بر ریسک فاکتورهای روانی را تأیید می کند که نشان می دهد بعد از مداخله، در وضعیت روانی بیماران (اضطراب، افسردگی و خصومت) اختلاف معنی داری مشاهده شده است (P≤۰/۰۵). فریتاس و همکاران (۲۰۱۱) پژوهشی تحت عنوان "ارزیابی اثربخشی برنامه بازتوانی قلبی کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و اضطراب و افسردگی" انجام دادند که نتایج نشان داد مداخلات بازتوانی قلبی کوتاه مدت بر امتیازات کیفیت زندگی و اضطراب و افسردگی بیماران تأثیر مثبت نشان داده و در گروه مداخله به طور قابل ملاحظه ای میزان اضطراب و افسردگی کاهش (P≤۰/۰۰۱) و کیفیت زندگی بیماران نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است (P≤۰/۰۰۱). این امر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

به طور کلی، نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که اجرای برنامه بازتوانی قلبی فاز یک شامل آموزش عوامل خطرزا و بیماری و انجام تمرینات ورزشی در سطح پایین پس از تشخیص سندرم حاد کرونری در مقایسه با مراقبت معمول که در بیمارستان انجام می شود، می تواند باعث کاهش میزان اضطراب و افسردگی در این بیماران گردد. در این راستا، موسوی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود مطرح نموده اند که ارائه اطلاعات و آموزش های مناسب از طرف پرستار و سایر اعضای تیم بهداشتی، در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی مؤثر است. هافمن و همکاران (۲۰۰۶) نیز در مطالعه ای با هدف بررسی نقش درمان افسردگی و اضطراب در بیماران پس از سکته قلبی نشان دادند که درمان افسردگی و اضطراب هر دو، در کاهش علائم بالینی بیمارانی که ۷۲ ساعت پس از سکته حاد قلبی طی ارزیابی انجام شده، علایم افسردگی و اضطراب را گزارش کردند، مؤثر واقع شده است.

نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاکی از شـــیوع بالای اضطراب و افسردگی در بیماران ســـندرم حاد کرونری بود. از آنجا که این عوامل مانعی در بهبود بیماری تلقی می شود و می تواند بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذارد و میزان مرگ و میر را در این بیماران افزایش دهد، لذا پیشنهاد می گردد وضعیت اضطراب و افسردگی در بیماران بررسی گردد و بر مبنای نتایج، اقدامات درمانی مناسب انجام شود؛ ضمن این که اجرای برنامه بازتوانی قلبی فاز یک در برنامه درمانی بیماران مبتلا به ســـندرم حاد کرونری مورد توجه قرار گیرد. در این زمینه نقش پرستاران بسیار مهم است. پرستاران به دلیل داشتن تجارب لازم در ارائه مراقبت ها و آموزش های ضروری به بیمار و اجرای برنامه هایی از قبیل برنامه بازتوانی قلبی فاز یک، می توانند در بهبود عوارض روان شناختی و کاهش پیامدهای نامطلوب بیماران بسیار مؤثر باشند.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی مسئولان محترم بیمارستان های مورد مطالعه و کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه که محققین را در انجام این مطالعه یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می شود.

منابع

Afrasiabi far A. Hasani P. Falahi.Kh M. Yaghmai F.2008. Barriers in Cardiac Rehabilitation in haeart attack patients. Iranian Journal of Rehabilitation.9(4).75-81.

Arab M, Ranjbar H, Hoseyn rezaii H, Khoshab H.2012. Assessment of the depression and anxiety in patients with acute coronary artery disease. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 4(4).197 - 202

Asadi N.A, Shaban M, Faghih zade S, asadi M.2008. Effects of first phase cardiac rehabilitation on anxiety of patients hospitalized for coronary artery bypass graft. J tehran Univ Med Sci .14(3).5-13.

Bagherian R, Maroofi M, Fatolah Gol M, Saneie S. Coping strategies among post myocardial infarction patients with anxiety symptoms.2010.J Babol Univ Med Sci;12(3):50-7.[in Persian].

Bagherian R, Maroofi M, Fatolah Gol M, Zare F. Prevalence of anxiety, depression and Coping styles in myocardial infarction patients hospitalized in Isfahan hospitals.2010.J Mazandaran Univ Med Sci;20(77):35-43.[in Persian].

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

Benedetto, M. Lindner, H. Hare, D. Kent, S. 2006. Depression following acute coronary syndromes: A comparison between the Cardiac Depression Scale and the Beck Depression Inventory II. Journal of Psychosomatic Research.60, 13–20.
Freitas D, Haida A. Bousquet M. Richard L. Maurie`ge P. Guiraud T.2011. Short-term impact of a 4-week intensive cardiac rehabilitation program on quality of life and anxiety-depression. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 54 .132–143.
Ghalamghash R,Keyhani MR,Gousheh B,Bazr Afshan AR,Barzegari M,Hoseini A.2006.The importance of phase1 cardiac rehabilitation and evaluation of its performance in Tehran city hospitals.Journal of Medical Council of I.R.I. 24(2):123-132.[in Persian].
Harvard Men's Health Watch.2006. Mind and body: Do music, imagery, touch, or prayer improve cardiac care? Harvard Men s Health Watch, 11(5), 6-7.
Herridge, M. L., Stimler, C. E., Southard, D. R., King, M. L., & King, M. L.2005. Depression screening in cardiac rehabilitation: AACVPR Task Force Report. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 25, 11-13.
Huffman J.C, Smith F.A, Blais M.A, Januzzi J.L, Gregory L. Fricchione., 2008. Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. J Psychosom Res; 65,PP: 557-563.e
Huffman JC, Smith FI, Blis MA, Beiser ME, Januzzi JL, Fricchione GL. 2006. Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. Am J Cardiol; 98(3):319-24.
Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. 2002. The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. Br J Health Psychol; 7, PP: 11–21.
Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY.2002. In-hospital symptoms of depression do not predict mortality 3 years after myocardial infarction. Int J Epidemiol. 31, 1179-1182.
Lavie C, Milani R, O'Keefe J, Lavie T.2011. Impact of Exercise Training on Psychological Risk Factors. Progress in Cardiovascular Diseases. 53 .464–470
Liod- Jones, D., et al. 2011. Heart diseas and stroke statistics update: a report from the american heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee. Circulate, Jan 27 (3) p: 181
Milani RV, Lavie CJ. 2007, Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. Is J Med; 120:799–806
Mohammad Hasani MR, Farahani B, Zohouri A, Panahi Azar SH.2010.Self care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. Iranian J Critical Care Nursing. 3: 87-91.
Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Garvandi S. 2003. The Hospital Anxiety and Depression scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. Health Qual life outcomes; 1: 14-21.
Mousavi S, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaie F.2011.The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman. Iranian journal of nursing research.21(6).29-37..[in Persian].
Nazarko L. 2008. Cardiology: cardiac rehabilitation. Nur Residential Care. 10:439-442.
Smeltzer, C.S., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H., 2010. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 12th Ed. United States of America: Philadelphia,Lippincott Williams & Wilkins
Stephens, M. 2009. Cardiac Rehabilitation. American Family Physician, 80(9)1.955-959.
Williams M.A. 2004. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Guideline for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. 4th ed. Champaign: Human Kinetics. 1-84.
Worcester M, Grande M. (2008). The role of cardiac rehabilitation in infl uencing psychological outcomes Stress and Health 24: 267–277.
Woods, S., 2010. Cardiac nursing 4th ed Philadelphia. Lippincot.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

Cardiovascular Nursing Journal
1(3), Autmn 2012

نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول ، شماره ۳ ، پاییز ۱۳۹۱

www.journal .icns.org.ir

The effect of first phase cardiac rehabilitation programs on anxiety and depression in acute coronary syndrome patients

Sedighe Arefi[1] **MSc**
Masume Zakerimoghadam[2] **MSc**
Shahrzad Ghiasvandian[3] **Ph.D**
Hamid Haghani[4] **MSc**

Abstract

Aim. The aim of this study was to determine the effect of first phase cardiac rehabilitation programs on anxiety and depression in acute coronary syndrome (ACS) patients.

Background. Anxiety and depression are psychological factors influencing the prognosis, recovery, and adherence to treatment in patients with ACS. Cardiac rehabilitation programs are an important part of the care plan is arranged for the majority of heart patients.

Method. This clinical trial study was conducted on 88 ACS patients with regard to the inclusion criteria. The subjects were randomly divided to experimental (n=44) and control (n=44) groups. The experimental group participated in four educational sessions of cardiac rehabilitation program, which included familiarity with risk factors of heart disease, nutrition and drugs recommendations, stress and depression reduction methods and exercises training. Information booklet was given at the end of the sessions. Data were collected by demographic and disease-related questionnaires and Persian version of Hospital Anxiety Depression Score (HADS). The data were analyzed by SPSS software version 16.0 and descriptive and analytic statistical tests (Independent t-test and Chi-square and Fisher's exact test).

Finding. The findings showed that there was no statistically significant relationship of demographic and disease-related information with anxiety and depression scores before study**.** There was significant statistical difference between two groups in the mean of anxiety and depression score after intervention ($P \geq 0.0001$).

Conclusion. According to the finding, the first phase cardiac rehabilitation programs is effective in reducing anxiety and depression in ACS patients; Therefore, it can be an effective way to plan nursing care of patients with ACS.

Keywords: Anxiety and depression, First phase cardiac rehabilitation, Acute coronary syndrome

1- Master of Science in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehrsan, Iran.
2-Master of Science in Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author), email:zakerimo@tums.ac.ir
3- Assistant Professor of Medical Surgical Nursing , School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4- Master of Science in Statistics, Faculty of Management & Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]