

تأثیر برنامه راه انداختن زود هنگام بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش CCU

محمد رضا عسگری^۱ (Ph.D)، حسنعلی جعفرپور^۲ (M.Sc)، محسن سلیمانی^{۱*} (Ph.D)، راهب قربانی^۳ (Ph.D)، رحیمه اسکندریان^۴ (M.D)، ایرج جعفری پور^۵ (M.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، گروه پرستاری داخلی و جراحی

۲- دانشگاه علوم پزشکی بابل، بیمارستان آیت الله روحانی، گروه پرستاری

۳- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و گروه پزشکی اجتماعی

۴- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، گروه داخلی

۵- دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه قلب و عروق

چکیده

سابقه و هدف: بیماری انفارکتوس میوکارد یکی از شایع ترین علت مرگ و میر در جهان می باشد، انفارکتوس میوکارد به علت بروز عوارض متعدد و محدود کردن فعالیت جسمی و ناتوانی، سبب بروز درجات مختلفی از افسردگی در بیماران می شود. تحقیق حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه راه انداختن زود هنگام بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU) طراحی شده است.

مواد و روش ها: این تحقیق یک کارآزمایی بالینی بوده که بر روی ۳۸ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد در بخش CCU بیمارستان شهید بهشتی بابل انجام گردید. نمونه ها به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون طی ۱۲-۱۸ ساعت پس از بستری، بر اساس یک برنامه مشخص از بستر خارج شدند. گروه کنترل بر اساس برنامه مراقبتی روتین یعنی پس از ۴۸ ساعت از زمان بستری از بستر خارج شدند. افسردگی بیماران با استفاده از پرسش نامه افسردگی بیمارستانی (HADS) در طی ۱۸-۱۲ ساعت اول پذیرش (قبل مداخله) و ۷۲ ساعت پس از پذیرش (بعد مداخله) سنجیده شد.

یافته ها: میانگین سطح افسردگی بعد از مداخله (روز سوم) در گروه آزمون ۳/۲ و در گروه کنترل ۸/۲ بود. نتایج آزمون T مستقل نشان داد که سطح افسردگی بعد از مداخله دو گروه دارای تفاوت معنی داری بود ($P < 0.001$). نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه راه انداختن زود هنگام در کاهش افسردگی بیماران موثر بوده است، لذا استفاده از این راه کار در برنامه درمان و مراقبت بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد پیشنهاد می شود.

واژه های کلیدی: افسردگی، انفارکتوس میوکارد، راه انداختن زود هنگام، بخش مراقبت ویژه قلبی.

می باشند. تخمین زده می شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی هم چنان سردهسته بیماری ها در سراسر جهان خواهند

مقدمه

بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ در جهان

مدت بی‌حرکتی، و سن بستگی دارد [۸]. اولین و جدی‌ترین اثر کاهش حرکت و استراحت در بستر بر سیستم قلبی عروقی، افزایش بار قلب، افت فشار خون وضعیتی، و ترومبوز وریدی است [۹]. هم‌چنین دوره‌های کوتاه استراحت در بستر (به مدت ۲ تا ۵ روز) نه تنها ظرفیت عمل‌کردی عضلانی را کاهش می‌دهد، بلکه باعث کاهش حجم عضلانی و قدرت عضلات و تغییر در توزیع مایعات بدن می‌شود [۱۰]. استراحت و بی‌حرکتی طولانی مدت ممکن است منجر به عوارض خاصی شود که فرآیند بهبودی و ترخیص بیمار را طولانی نماید [۵].

استراحت در بستر، عمل‌کرد عاطفی افراد را نیز در شرایط ویژه و حاد تحت تأثیر قرار می‌دهد. بی‌حرکتی ممکن است منجر به واکنش‌های عاطفی و رفتاری، اختلالات حسی و تغییرات در سازگاری شود. متداول‌ترین تغییرات عاطفی شامل: افسردگی، تغییرات رفتاری، اختلال در خواب و بیداری، و اختلال در سازگاری می‌باشند. مددجوی بی‌حرکت به علت تغییراتی که در نقش، خودپنداری، و سایر عوامل ایجاد می‌شود، افسرده می‌گردد. افسردگی ممکن است به دلیل نگرانی در مورد سلامتی فعلی و آتی، اقتصاد و نیازهای خانوادگی بروز پیدا کند [۸]. از علل دیگر بروز افسردگی در این بیماران این است که ابتلا به این بیماری‌های تهدیدکننده حیات، و متعاقب آن بستری شدن در یک بخش مراقبتی ویژه در بیمارستان غالباً به طور غیر منتظره و ناگهانی بدون هیچ‌گونه اخطار و هشدار اتفاق می‌افتد و هیچ زمانی را برای بیماران و خانواده‌هایشان در اختیار قرار نمی‌دهد تا مهیا و آماده این رویداد باشند [۱۱].

با طولانی شدن دوره استراحت، فرد احساس پوچی و بی‌ارزشی می‌کند و اعتماد به نفس وی کاهش می‌یابد. عدم تحرک، واکنش‌ها و پاسخ‌های روحی را نسبت به تنیدگی‌های روزانه زندگی افزایش می‌دهد. به دلیل کاهش تحریکات حسی و تغییر فرایندهای فکری، فرد بی‌تفاوت و فاقد احساس می‌شود. هم‌چنین در طول مدت عدم تحرک، بیماران اغلب با اختلال در چرخه خواب و بیداری مواجه‌اند و کمیت و کیفیت خواب آن‌ها دچار اختلال می‌شود [۹]. ضمناً بی‌حرکتی

بود که کارایی مفید افراد را به علت از کارافتادگی و مرگ زودرس کاهش می‌دهند [۱]. در آغاز قرن بیستم بیماری‌های قلبی عروقی مسئول ۱۰ درصد کل مرگ‌ها در جهان بوده است، اما در آغاز قرن بیست و یکم بیماری‌های قلبی عروقی مسئول ۵۰ درصد مرگ‌ها در کشورهای توسعه یافته و ۲۵ درصد مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی سالانه ۲۵ میلیون نفر را از بین خواهند برد [۲]. در حال حاضر در ایران، بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر بوده و حدود ۴۶ درصد مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند [۳].

در بین بیماری‌های قلبی عروقی، انفارکتوس حاد میوکارد یکی از شایع‌ترین آن‌ها می‌باشد. این بیماری یک وضعیت اورژانس پزشکی می‌باشد که باید در اسرع وقت پس از رسیدن به بالین بیمار درمان را شروع کرد. اهداف درمانی در انفارکتوس حاد میوکارد در جهت به حداقل رساندن آسیب میوکارد و اندازه ناحیه، حفظ عمل‌کرد میوکارد و پیشگیری از بروز عوارض می‌باشد. به حداقل رساندن آسیب میوکارد به وسیله کاهش دادن نیاز میوکارد به اکسیژن و افزایش عرضه اکسیژن با داروها، تجویز اکسیژن، و استراحت در بستر انجام می‌گیرد [۴].

استراحت در بستر یک مداخله معمول برای بیماران بدحال می‌باشد. استراحت در بستر باعث کاهش بار کاری قلب و اجتناب از اختلال در پرفیوزن میوکارد و ترمیم آن می‌شود و به عنوان یک راه‌کار مراقبتی و درمانی برای بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد توصیه شده است [۵].

استراحت طولانی مدت در بستر، به استراحت مطلق بیش از ۶ تا ۲۰ ساعت گفته می‌شود [۶]. استراحت طولانی مدت در بستر با وجود داشتن فواید برای این بیماران، دارای عوارضی نیز می‌باشد. استراحت در بستر به عنوان یک آیتم درمانی و مراقبتی، دارای اثرات سیستمیک و موضعی می‌باشد که لازم است مورد بررسی قرار گیرد [۷]. وقتی کاهش در حرکت وجود داشته باشد، هر سیستمی از بدن در معرض خطر آسیب قرار دارد. شدت آسیب به سلامتی کلی بیمار، درجه و

بیماران، سبب کاهش ماندن بیمار در بیمارستان و کاهش بارکاری پرستاران می‌گردد [۱۶].

در حال حاضر، بسیاری از محققان به این نتیجه رسیده‌اند که اجرای برنامه‌های فعالیتی توسط بیماران باعث بهبود آمادگی بدنی و فکری، کاهش خطر سکت قلبی مجدد، کاهش ضربان قلب و فشار خون سیستولیک و مقدار مصرف اکسیژن عضله قلب در حال استراحت، افزایش ظرفیت فعالیت هوازی، تغییرات مربوط به عوامل خطرزای قلبی، و در نتیجه کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش احساس خوش‌بینی در بیماران می‌شود [۱۷]. چون بیماران دارای وضعیت متناسب‌تر و قوی‌تر می‌شوند و انتظار می‌رود که با وظایف روزانه محوله راحت‌تر کنار بیایند و این امر باعث کاهش افسردگی و کاهش بیماری مزمن رفتاری و منجر به افزایش استقلال می‌شود [۱۸]. به دلایل فوق، شرکت در برنامه بازتوانی قلبی احساس عدم کفایت را کاهش می‌دهد، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد، علائم عدم تحمل فعالیت را کاهش می‌دهد، سرعت پیشرفت بیماری قلبی را کم می‌کند، حوادث قلبی مجدد را کاهش می‌دهد، از عوارض وخیم‌تر بیماری جلوگیری می‌نماید، و بقای بیماران را افزایش می‌دهد [۱۹]. برخی مطالعات نشان داده است که زود راه انداختن بیمار می‌تواند سبب کاهش ۱۵ درصدی در میزان مرگ و میر این بیماران شود. به دلایل مذکور، امروزه برنامه‌های زود راه انداختن اخیراً توسط پرستاران (به‌عنوان قسمتی از برنامه بازتوانی قلبی در بیمارستان) توسعه یافته است. این برنامه‌ها نه تنها وضعیت جسمی و قلبی را بهبود می‌دهند، بلکه وضعیت روحی بیمار را قبل از ترخیص از بیمارستان می‌توانند بهتر نمایند [۶].

با وجود این که اثرات مثبت شروع زودهنگام برنامه‌های بازتوانی و فعالیت‌های بدنی در کاهش بروز عوارض و بهبود روحیه بیماران بستری در برخی موقعیت‌های بالینی ثابت شده است [۲۰-۲۲]، اما تأثیر راه انداختن زودهنگام بیماران با انفارکتوس حاد میوکارد در طول بستری در بیمارستان هنوز هم به طور دقیق مشخص نیست، گرچه این امر از نظر بالینی اهمیت زیادی دارد. با توجه به این‌که بیماران مبتلا به

طولانی مدت یا استراحت در تخت می‌تواند بر الگوهای سازگاری معمولی تأثیر بگذارد و مددجو ممکن است کناره‌گیر و غیرفعال شود [۸].

بنابراین، انفارکتوس میوکارد به علت بروز غیر منتظره و محدود کردن فعالیت جسمانی بیمار، به صورت ثانویه موجب بروز افسردگی می‌شود. شیوع علائم افسردگی به دنبال انفارکتوس میوکارد حاد، ۳۱ درصد گزارش شده است [۱۲]. هم‌چنین نتایج مطالعات نشان می‌دهد ۱۳/۶ درصد از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد بستری در بیمارستان دچار افسردگی شدید می‌شوند که پس از یک‌سال نیز ادامه دارد [۱۳].

در سال‌های اخیر مسایل روان‌شناسی و روان‌درمانی مورد توجه بسیاری قرار گرفته است. چرا که انسان امروز بیش از هر چیز از اختلالات و مشکلات روانی رنج می‌برد. در این راستا تدابیر و مداخلات زیادی مورد توجه قرار گرفته است. یکی از راه‌هایی که روان‌شناسان برای پیشگیری و درمان مشکلات روانی معرفی می‌کنند، نقش فعالیت‌های بدنی در ارتقاء وضعیت بهداشت روانی می‌باشد [۱۴]. نظر به این‌که انواع گوناگونی از احساس‌ها و عواطف ناخوشایند مانند اضطراب، افسردگی، و انکار پس از سکت قلبی بروز می‌کند، اعتقاد بر این است که یک برنامه نوتوانی قلبی می‌تواند به این بیماران کمک می‌کند تا چگونگی برخورد با این احساس‌ها را فراگیرند [۱۵].

از نظر تاریخی، از سال ۱۹۰۰ بیماران با تشخیص انفارکتوس قلبی به مدت ۶ الی ۸ هفته به طور کامل استراحت در تخت داشته‌اند و تا سال ۱۹۶۰ این روند جهت بهبودی میوکارد ادامه داشت. امروزه بر خلاف گذشته توصیه می‌شود که جهت خنثی کردن اثرات منفی استراحت در تخت، بیمار حتی در روز اول پس از وقوع بیماری، تحت نظارت و به صورت کنترل شده شروع به فعالیت نماید [۱۰]. از مزایای برنامه زود راه انداختن بیماران، این‌که می‌توانند موجب افزایش آسایش و راحتی بیماران گردد [۵]. به‌علاوه زود راه انداختن

جامعی را در این زمینه در ایران انجام دادند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که HADS روایی و پایایی لازم را برای کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی دارا می‌باشد [۲۳].

ملاحظات اخلاقی لازم در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت، بدین ترتیب که نمونه‌گیری پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان و اجازه مسئولین بیمارستان و بخش CCU شروع شد. محقق با مراجعه به بخش مربوطه، بیمارانی که شرایط مناسب برای ورود به مطالعه را داشتند، به‌عنوان نمونه انتخاب می‌نمود. محقق پس از معرفی خود به نمونه‌ها، در ارتباط با اهداف تحقیق، روش کار، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، و محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها توضیحات کافی می‌داد. به سوالات آن‌ها پاسخ مناسب داده می‌شد و سپس رضایت کتبی از آن‌ها جهت شرکت در مطالعه اخذ می‌گردید.

کلیه بیماران هر دو گروه طی ۱۸-۱۲ ساعت اول پذیرش پرسش‌نامه HADS را تکمیل می‌کردند و افرادی که سواد کافی نداشتند و یا بی‌سواد بودند با کمک همکار طرح که از تخصیص افراد در گروه‌های جداگانه اطلاعی نداشتند تکمیل می‌شد. این پرسش‌نامه پس از ۷۲ ساعت از پذیرش مجدداً تکمیل می‌گردید.

در گروه آزمون، برنامه زود راه انداختن بیمار به صورت زیر انجام می‌شد:

مرحله اول: در این مرحله بیمار پس از ۱۸-۱۲ ساعت از پذیرش در بیمارستان، از حالت خوابیده به حالت نشسته قرار می‌گرفت. پس از کنترل فشار خون و ضربان قلب، در صورت عدم وجود اختلال همودینامیک و آریتمی با نظارت مستقیم محقق، بیمار پاهای خود را کنار تخت به مدت ۵ دقیقه آویزان می‌کرد، و مجدداً به حالت خوابیده برمی‌گشت.

مرحله دوم: حداقل سه ساعت پس از مرحله اول و استراحت در تخت، بعد از کنترل فشار خون و ضربان قلب، در صورت عدم وجود اختلالات همودینامیک و آریتمی با نظارت مستقیم محقق، بیمار پس از آویزان کردن پاها، در صورت عدم بروز مشکلات (کاهش فشار خون، آریتمی، درد قفسه‌سینه، و

انفراکتوس حاد میوکارد در هفته اول در معرض خطر بالایی از مرگ و میر قرار دارند، و تعیین اثرات نسبی راه انداختن بیمار به عنوان قسمتی از درمان اولیه آن‌ها اهمیت دارد [۶]، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای را با هدف «تعیین تأثیر برنامه راه انداختن زودهنگام بر میزان افسردگی بیمارانی مبتلا به انفراکتوس میوکارد بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی (CCU)» انجام دهیم تا اثر این برنامه را در این موقعیت بالینی بررسی نماییم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی (با شماره ثبت کارآزمایی بالینی IRCT201201138717N1) می‌باشد که در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. در این مطالعه، تعداد ۳۸ بیمار سکته قلبی بخش CCU بیمارستان شهید بهشتی بابل که شرایط مناسب برای ورود به مطالعه (شامل: سن کم‌تر از ۷۵ سال، عدم وجود اختلال همودینامیک، عدم وجود بلوک دهلیزی بطنی درجه دو و سه، عدم وجود عوارض قلبی، عدم وجود اختلالات روانی حاد و اختلالات حرکتی) را داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد حجم نمونه
$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$
 با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حداقل ۲۴ نفر برآورد شده بود، اما برای دقت بیشتر تا رسیدن به ۳۸ نفر (۱۹ نفر در گروه آزمون و ۱۹ نفر در گروه کنترل) نمونه‌گیری ادامه یافت. در این مطالعه بیماران به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ضمناً برای کنترل متغیرهای سن و جنس از طرح بلوک‌های تصادفی شده استفاده شد.

در این پژوهش، گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه انجام گرفت. پرسش‌نامه شامل دو بخش: اطلاعات دموگرافیک بیمار (شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات، وزن، سابقه بیماری، نوع سکته قلبی، سطح سکته قلبی بیمار)، و پرسش‌نامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) بود. در ارتباط با روایی و پایایی پرسش‌نامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)، کاویانی و همکاران (۲۰۰۹) مطالعه

میزان ۲۰ قدم رفت و ۲۰ قدم برگشت) قدم می‌زد و پس از آن به تخت خود برمی‌گشت.

مرحله هشتم: حداقل سه ساعت پس از مرحله قبلی، این مرحله مثل مرحله هفتم تکرار می‌شد و در صورت عدم مشکل، بیمار از نظر حرکتی در وضعیت استراحت نسبی قرار می‌گرفت.

در گروه کنترل، راه انداختن بیماران طبق برنامه روتین بخش، ۴۸ ساعت پس از پذیرش بیماران و با کمک و نظارت محقق به صورت ذیل انجام می‌شد. بیماران در روز سوم، در صورت عدم مشکل ابتدا از تخت به صندلی کنار تخت منتقل می‌شدند و بر روی صندلی به مدت ۱۰-۵ دقیقه می‌نشستند. در صورت عدم مشکل، به مدت ۱۰-۵ دقیقه کنار تخت قدم می‌زدند و سپس به تخت خود بر می‌گشتند. این کار دو بار در روز تکرار می‌شد و بیمار در طی روز در تخت خود استراحت می‌کرد. در روز چهارم پس از پذیرش، بیمار در صورت عدم مشکل ابتدا کنار تخت به مدت ۱۵ دقیقه قدم می‌زد، در صورت عدم مشکل به مدت ۱۵ دقیقه در محیط بخش قدم می‌زد، اگر مشکلی نداشت استراحت نسبی برقرار می‌شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده گردید. با استفاده از جداول فراوانی مطلق و نسبی داده‌های پژوهش توصیف، دسته‌بندی، و مقایسه شدند. با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های کلموگراف اسمیرنوف (جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها) و T مستقل (جهت بررسی اختلاف بین میانگین‌ها)، تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح معنی‌داری ($P < 0.05$) انجام شد.

نتایج

شرکت‌کنندگان در این تحقیق شامل ۳۸ بیمار با تشخیص انفارکتوس میوکارد بودند که در دو گروه آزمون و گروه کنترل قرار داشتند. جدول ۱ نشان می‌دهد که این دو گروه از نظر جنس، سن، سطح تحصیلات، و سابقه بیماری جور بودند و اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.

تنگی نفس)، از تخت پایین می‌آمد و به مدت پنج دقیقه بر روی صندلی کنار تخت می‌نشست و سپس به تخت برمی‌گشت و استراحت می‌کرد.

مرحله سوم: ۲۴ ساعت پس از پذیرش بیمار، بعد از کنترل فشار خون و ضربان قلب، در صورت عدم وجود مشکلات (کاهش فشار خون، آریتمی، درد قفسه‌سینه، و تنگی نفس)، تحت نظارت مستقیم محقق به مدت ۱۰ دقیقه بر روی صندلی کنار تخت می‌نشست و سپس به تخت خود برمی‌گشت.

مرحله چهارم: حداقل سه ساعت پس از مرحله سوم، تحت نظارت و کنترل مستقیم محقق، در صورت عدم وجود مشکلات (کاهش فشار خون، آریتمی، درد قفسه‌سینه، و تنگی نفس) به مدت ۱۰ دقیقه کنار تخت خود می‌ایستاد و قدم می‌زد و مجدداً به تخت خود برمی‌گشت و مانیتورینگ می‌شد. مرحله پنجم: حداقل سه ساعت بعد از مرحله چهارم، پس از کنترل علائم حیاتی و عدم وجود مشکلات (کاهش فشار خون، آریتمی، درد قفسه‌سینه، و تنگی نفس)، تحت نظارت مستقیم محقق ابتدا به مدت ۵ دقیقه کنار تخت قدم می‌زد و سپس تحت نظارت مستقیم محقق به مدت ۱۰ دقیقه در داخل بخش مراقبت ویژه قلبی در حد تحمل (به میزان ده قدم رفت و ده قدم برگشت) قدم می‌زد و پس از آن به تخت خود برمی‌گشت.

مرحله ششم: ۴۸ ساعت پس از پذیرش، بیمار در صورت عدم وجود مشکلات (کاهش فشار خون، آریتمی، درد قفسه‌سینه، و تنگی نفس)، تحت نظارت مستقیم محقق ابتدا کنار تخت به مدت ۵ دقیقه قدم می‌زد و سپس به مدت ۱۰ دقیقه تحت نظارت مستقیم محقق در داخل بخش مراقبت ویژه قلبی در حد تحمل (به میزان ده قدم رفت و ده قدم برگشت) قدم می‌زد و پس از آن به تخت خود برمی‌گشت.

مرحله هفتم: حداقل سه ساعت پس از مرحله ششم، تحت نظارت مستقیم محقق در صورت عدم مشکل (کاهش فشار خون، آریتمی، درد قفسه‌سینه، و تنگی نفس)، به مدت ۱۵ دقیقه در داخل بخش مراقبت ویژه قلبی در حد تحمل (به

در راستای اهداف تحقیق، یافته‌های حاصله در جداول شماره ۲ و ۳ آورده شده است. جدول ۲، در ارتباط با توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح افسردگی در زمان قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد که اکثریت گروه آزمون (۷۳ درصد) و گروه کنترل (۶۹ درصد) در زمان قبل از مداخله (روز اول) دارای سطح افسردگی طبیعی بودند. هم‌چنین در زمان بعد از مداخله (روز سوم)، اکثریت گروه آزمون (۸۹ درصد) و گروه کنترل (۵۳ درصد) دارای سطح افسردگی طبیعی بودند.

در گروه کنترل ۵/۹ بود. نتایج آزمون T مستقل نشان می‌دهد که سطح افسردگی قبل از مداخله دو گروه دارای تفاوت معنی‌داری نمی‌باشد ($P=0/71$).

میانگین سطح افسردگی بعد از مداخله (روز سوم) در گروه آزمون ۳/۲ و در گروه کنترل ۸/۲ بود. نتایج آزمون T مستقل نشان می‌دهد که سطح افسردگی بعد از مداخله دو گروه دارای تفاوت معنی‌داری است ($P<0/001$).

تفاوت سطح افسردگی در زمان قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون ۲/۲ و در گروه کنترل ۲/۴ - می‌باشد. نتایج آزمون T مستقل نشان می‌دهد که تفاوت سطح افسردگی در زمان قبل و بعد از مداخله دو گروه آزمون و کنترل دارای تفاوت معنی‌داری می‌باشد ($P=0/001$).

جدول ۳، در ارتباط با میانگین سطح افسردگی در زمان قبل و بعد از مداخله و تغییرات آن نشان می‌دهد که میانگین سطح افسردگی قبل از مداخله (روز اول) در گروه آزمون ۵/۴

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس مشخصه‌های دموگرافیک

P value	کنترل		آزمون		متغیرهای دموگرافیک	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
0/721	74	14	68	13	مذکر	جنس
	26	5	32	6	مونت	
0/721	52	10	58	11	کمتر مساوی ۶۰ سال	سن
	47	9	42	8	بیشتر از ۶۰ سال	
0/904	84	16	90	17	دیپلم و کمتر از آن	سطح تحصیلات
	16	3	10	2	بالتر از دیپلم	
0/18	26	5	22	4	دیابت	سابقه بیماری
	42	8	10	2	هیپرتانسیون	
	0	0	10	2	سکته قلبی	
	32	6	58	11	سایر موارد	

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح افسردگی در زمان قبل و بعد از مداخله

گروه	زمان		قبل از مداخله (روز اول)				بعد از مداخله (روز سوم)			
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سطح افسردگی										
طبیعی	14	73	13	69	17	89	10	53		
خفیف	2	11	5	26	2	11	3	16		
متوسط	2	11	1	5	0	0	5	26		
شدید	1	5	0	0	0	0	1	5		
جمع	19	100	19	100	19	100	19	100		
میانگین و انحراف معیار	5/4±4/4		5/9±3/3		3/2±2/9		8/2±3/9			

جدول ۳. میانگین افسردگی واحدهای مورد پژوهش در زمان قبل و بعد از مداخله و تغییرات آن

P value	کنترل	آزمون	گروه
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	سطح افسردگی
۰/۷۱	۵/۹±۳/۳	۵/۴±۴/۴	افسردگی قبل از مداخله (روز اول)
< ۰/۰۰۱	۸/۲±۳/۹	۳/۲±۲/۹	افسردگی بعد از مداخله (روز سوم)
۰/۰۰۱	-۲/۴±۴/۳	۲/۲±۳/۴	تفاوت میزان افسردگی در زمان قبل و بعد از مداخله

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی، بستری شدن در بخش های ویژه قلبی، بیمار را با چالش هایی مانند عوارض جسمی و روانی ناشی از خود بیماری و بی حرکتی ناشی از برنامه درمانی مواجه می کند [۴]. برای پیشگیری از بروز این عوارض راه کارهای مختلف دارویی و غیردارویی انجام می گیرد. از جمله راه کارهای غیردارویی برای پیشگیری از بروز این عوارض می توان به برنامه باز توانی و راه انداختن زودهنگام بیمار بعد از انفارکتوس میوکارد جهت کاهش ناتوانی و استقلال هرچه زودتر وی اشاره نمود. برنامه باز توانی و راه اندازی زودهنگام بیمار باعث دستیابی سریع تر بیمار به استقلال و هم چنین کاهش افسردگی و اضطراب متعاقب بیماری می گردد.

در ارتباط با توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب جنس، اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون (۶۸ درصد) و در گروه کنترل (۷۴ درصد) مذکر بودند. در تحقیقی که توسط عسگری و همکاران (۲۰۱۰) با عنوان بررسی عوامل خطر در مبتلایان به انفارکتوس میوکارد بستری در بیمارستان فاطمیه دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام گردید، اکثریت بیماران مورد مطالعه مرد بودند [۲۴]. بسیاری از محققان ذکر می کنند که شیوع آنزیم صدری ناپایدار در زنان و شیوع انفارکتوس میوکارد در مردان بیش تر است [۲۵]. کلاتسی (۲۰۰۰) معتقد است که تأثیرات هورمون های استروژنیک، واضح ترین توجیه برای تفاوت های زیست شناختی وابسته به جنس در تظاهرات بیماری های عروق کرونر قلب است [۲۶].

در ارتباط با توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن، اکثریت واحدهای مورد پژوهش در

گروه آزمون (۴۲ درصد) و در گروه کنترل (۵۳ درصد) در سنین بین ۵۱-۶۰ بودند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون ۵۷/۱ و در گروه کنترل ۶۳ می باشد. در مطالعه اشک تراب (۲۰۰۸) میانگین سنی گروه آزمون ۵۷/۹۱ سال و میانگین سنی گروه کنترل ۵۹/۱۵ سال بود [۲۷]. به طور کلی شانس بروز آترواسکلروز با افزایش سن بیشتر می شود، به طوری که در مردان سن بالای ۴۵ سال و در زنان در سن بالای ۵۵ سال (به علت خاصیت حفاظتی استروژن)، بیماری عروق کرونر معمولاً بروز می کند [۲۸]. نکته مهم قابل توجه در این مطالعه کاهش سن ابتلا به انفارکتوس میوکارد در جامعه مورد مطالعه (بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شهر بابل) می باشد. ابتلا به حوادث حاد کرونری در سنین کم تر از ۵۰ سال در این مطالعه ۱۶ درصد بوده است که با توجه به سن ابتلای بیماری عروق کرونر در جوامع آمریکایی و اروپایی که بیش از ۵۵ سالگی می باشد، آمار به دست آمده در زمینه کاهش سن مبتلایان به انفارکتوس میوکارد شهر بابل بسیار نگران کننده است و توجه به اهمیت پیشگیری اولیه را به طور جدی مطرح می سازد.

در ارتباط با هدف پژوهش مبنی بر مقایسه میانگین میزان افسردگی بیماران مبتلا به MI در دو گروه راه انداختن زودهنگام و گروه کنترل در زمان قبل و بعد از مداخله، نتایج نشان داد که بین میانگین میزان افسردگی قبل از مداخله دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P=0/71$)، اما بین میانگین میزان افسردگی بعد از مداخله دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<0/001$). تفاوت سطح افسردگی در زمان قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون ۲/۲ و در گروه

بهبود ببخشد. مستقل بودن به‌طور مؤثر، رابطه قوی با کاهش بروز افسردگی دارد. در جمعیت سالم، این که فعالیت جسمی افسردگی را کاهش دهد قابل پذیرش می‌باشد اما این که با قطع فعالیت، افسردگی کاهش یابد واضح و روشن نیست [۳۴].

نتایج تحقیقات دیگر نیز اثرات مثبت ورزش را در بیماران افسرده نشان داده‌اند. افسردگی با سطح پایین پیام‌رسانی عصبی سروتونین و نوراپی‌نفرین در ارتباط است و ورزش یا تحریک سیستم عصبی خودمختار سمپاتیک، غلظت این پیام‌رسان‌های عصبی را بالا می‌برد [۳۵]. در حین انجام فعالیت‌های بدنی، تولید یک ماده شیمیایی در بدن به نام سروتونین بیش‌تر می‌شود. کاهش سروتونین در بدن با افسردگی ارتباط دارد و در واقع داروهای ضدافسردگی نیز در جهت افزایش این ماده در بدن عمل می‌کنند. از طرفی با ورزش، تولید اندورفین، اپی‌نفرین، و سیروتونین‌ها نیز افزایش می‌یابند. این مواد به‌طور طبیعی باعث بالا بردن سطح هوشیاری و روحیه عمومی فرد می‌شوند و احساس انرژی و شادابی بیش‌تری را برای انجام کارهای روزمره زندگی به شخص می‌دهند [۳۶].

بر اساس نظریه آرون‌بک افراد به دلیل افکار منفی خود دچار افسردگی می‌شوند. بک معتقد است افسردگی با سه دیدگاه منفی ارتباط دارد: دیدگاه منفی نسبت به خود، دنیا و آینده. بخش مربوط به دنیا، به گونه‌ای از دنیا اشاره دارد که فرد با آن در ارتباط است یا به عبارت دیگر موقعیت‌های که وی با آن‌ها رو به رو است [۳۷]. راه‌انداختن زود هنگام و شروع سریع‌تر برنامه بازتوانی که توأم با فعالیت بدنی می‌باشد می‌تواند سبب احساس شادابی در بیمار شود و بدین ترتیب دیدگاه وی را نسبت زندگی و آینده بهبود بخشد.

با توجه به عوارض افسردگی و تأثیر مثبت راه‌انداختن زود هنگام در جلوگیری از بروز این عوارض، پرستار می‌تواند با راه‌انداختن زود هنگام بیماران و شروع سریع‌تر برنامه بازتوانی، تا حدود زیادی به بیماران در جهت بهبودی سریع‌تر و ارتقاء کیفیت زندگی کمک نماید.

کنترل ۲/۴- می‌باشد که در دو گروه تفاوت معنی‌داری بود ($P=0/001$).

در مطالعه فیضی (۲۰۰۹) با عنوان بررسی تأثیر بازتوانی قلبی و تن آرامی بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سندرم ایکس قلبی انجام داد به این نتیجه رسید که افسردگی گروه آزمون از نظر آماری کاهش معنی‌داری داشته است [۲۹]. هم‌چنین در مطالعه یلفانی و همکاران (۲۰۱۲) با عنوان بررسی اثرات برنامه توان‌بخشی ورزشی بر کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب بیماران قلبی بعد از بای‌پس عروق کرونر انجام داد به این نتیجه رسید که افسردگی گروه مداخله کاهش آماری معنی‌داری داشته است [۳۰]. مطالعه ربیعی و همکاران (۲۰۰۱) در ارتباط با بررسی بازتوانی قلبی، ظرفیت عملی و وضعیت روانی بیماران بعد از سکت قلبی همسو با مطالعه ما بوده است و نتایج نشان داد که افسردگی در هفته صفر و ۳ و ۶ و ۱۲ دارای اختلاف معنی‌دار بود [۳۱]. هم‌چنین نتایج مطالعه شریف و همکاران (۲۰۰۶) در ارتباط با بررسی تأثیر توان‌بخشی قلبی بر اضطراب و افسردگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر همسو با مطالعه ما بود و نشان داد که افسردگی در گروه مداخله از نظر آماری دارای کاهش معنی‌دار بوده است [۳۲].

به‌طور کلی، فعالیت بدنی و ورزش می‌تواند به کاهش کوتاه و بلندمدت در استرس، افزایش مکانیسم‌های سازگاری، کاهش اضطراب و افسردگی و خصومت، و افزایش سلامت عمومی کمک کند، به گونه‌ای که بازتوانی قلبی و ورزش درمانی باعث کاهش ۵۰-۷۰ درصدی علائم اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر می‌شود [۳۳]. مکانیسم‌های قابل قبول زیادی وجود دارند که تأثیر زود راه‌انداختن را در بهبود وضعیت روحی روانی نشان می‌دهند، اولاً این که زود راه‌انداختن می‌تواند ناتوانی جسمی را کاهش دهد و نتیجتاً منجر به کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود، ثانیاً زود راه‌انداختن و فعالیت جسمی با اثر روی غلظت اندورفین و منوآمین می‌تواند اثرات روانی روی خلق بگذارد، ثالثاً زود راه‌انداختن می‌تواند خودپنداری را در بیمار

[1] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-1504.

[2] Douglas P, Libby P, Bonow R. Braunwald eugene braunwald's heart disease. a text book of cardiovascular medicine. 15th ed. Philadelphia: Saunders; 2005.

[3] Biranvand M, Aghelehashi AA, Kolahi H. Characteristics and final diagnosis of patients with a primary diagnosis of acute coronary syndrome. *J Babol Univ Med Sci* 2008; 10: 76-82. (Persian).

[4] Asgari M R, Soleimani M. Comprehensive book: Intensive care nursing in CCU, ICU and dialysis wards. 23th ed. Tehran: boshra 2013. (Persian).

[5] Herkner H, Thoenissen J, Nikfarjam M, Koreny M, Laggner AN, Mullner M. Short versus prolonged bed rest after uncomplicated acute myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 775-781.

[6] Cortes OL, Villar JC, Devereaux PJ, DiCenso A. Early mobilization for patients following acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis experimental studies. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 1496-1504.

[7] Winkelman C. Bed rest in health and critical illness. *AACN Adv Crit Care* 2009; 20: 254-266.

[8] Perry P. Fundamental of nursing. Translate by: Salemy S, Najafy T, KHatony AR, KHademian Z, Nasiriany KHadige, Alinia SHahrokh. 6th ed. Tehran: Salemy Jamenehgar 2007. (Persian).

[9] Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamental of nursing: the art & Science of: nursing care. Translate by: Safory Baiat Z, Barahimi N, Jafary S, Bolorch F. 6th ed. Tehran: Hakim hidagy 2010. (Persian).

[10] Woods S, Sivarajan F, Motzer S. Cardiac nursing. Philadelphia: Lippincott; 2000, chapter 30.

[11] Horn EV, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimens Crit Care Nurs* 2000; 19: 40-49.

[12] Bagherian R, Maroofi M, Fatolah Gol M, Zare F. Prevalence of anxiety, depression and coping styles in myocardial infarction patients hospitalized in Isfahan hospitals. *J Mazand Univ Med Sci* 2010; 20: 37-45. (Persian).

[13] Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Bjelland I, Rokne B. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 651-659.

[14] Sedaghati P, Khalaji H, Kozechyan H. Effect of regular physical activity on anxiety level of the second and third trimester of pregnancy. *Harakat* 2005; 24: 115-128. (Persian).

[15] Mandeghar M, Langeroudi M, Farhadipannah M. *Cardiology News*. 1st ed. Tehran: Publications Negaryneh; 2007.

[16] Kaul P, Newby LK, Fu Y, Mark DB, Califf RM, Topol EJ, et al. International differences in evolution of early discharge after acute myocardial infarction. *Lancet* 2004; 363: 511-517.

[17] Khalدران A, Hamidi J. Effects of aerobic exercise training on cardiac function in MI patients. *Harkat* 2000; 4: 5-20. (Persian).

[18] McKelvie RS, Teo KK, McCartney N, Humen D, Montague T, Yusuf S. Effects of exercise training in patients with congestive heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1995; 25: 789-796.

[19] Davoodvand S, Elahi N, Haghighizadeh M. Effectiveness of short-term cardiac rehabilitation on clinical manifestations in post-MI patients. *Hayat* 2009; 15: 66-73. (Persian).

[20] Farmanbar R, Chinikar M, Gozalian M, Baghaie M, Roshan Z, Moghadamnia M. The effect of post coronary angiography bed-rest time on vascular complications. *J Teh Univ Heart Ctr* 2008; 4: 225-228.

[21] Höglund J, Stenstrand U, Tödt T, Johansson I. The effect of early mobilisation for patient undergoing coronaryangiography; a pilot study with focus on vascular complications and back pain. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2011; 10: 130-136.

[22] Doyle BJ, Konz BA, Lennon RJ, Bresnahan JF, Rihal CS, Ting HH. Ambulation 1 hour after diagnostic cardiac catheterization: a prospective study of 1009 procedures. *Mayo Clin Proc* 2006; 81: 1537-1540.

[23] Kaviani H, Syfvyran H, Sharifi V, Kaninia A. Reliability and validity of the hospital anxiety and depression scale (HADS): patients with depression and anxiety Iran. *Tehran Univ Med J* 2009; 67: 379-385. (Persian).

از محدودیت‌های این پژوهش این‌که به علت شرایط خاص انجام این پژوهش از نظر محدودیت در مدت زمان جمع‌آوری اطلاعات و انجام مطالعه، امکان پیگیری و بررسی میزان افسردگی بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان و طولانی مدت وجود نداشت، لذا پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات جامع‌تری انجام شده و میزان افسردگی را حداقل تا ۶ ماه بعد از بروز انفارکتوس میوکارد و ترخیص بیمار از بیمارستان بررسی نماید تا بتوان مقایسه و تصویر بهتری از تأثیر طولانی مدت مداخله مورد نظر ارائه داد.

با توجه به یافته‌های به دست آمده از این مطالعه، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که راه انداختن زودهنگام در کاهش میزان افسردگی بیماران موثر می‌باشد، لذا بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان پیشنهاد کرد که پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه قلبی استفاده از این روش آسان و ارزان را در موقعت بالینی برای مراقبت از بیماران قلبی مبتلا به انفارکتوس میوکارد جهت کاهش بروز عوارض روانی مورد توجه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله از نتایج پایان‌نامه آقای حسنعلی جعفرپور دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه دانشگاه علوم پزشکی سمنان استخراج شده است. مطالعه در غالب طرح تحقیقاتی مصوب شماره ۳۸۹ در دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام شده است، لذا پژوهشگران از تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سمنان به‌خاطر اجازه انجام پژوهش و حمایت مالی، صمیمانه تشکر و سپاس‌گزاری می‌کنند. هم‌چنین از پرسنل محترم بخش CCU بیمارستان شهید بهشتی بابل که در خلال جمع‌آوری اطلاعات نهایت همکاری را با پژوهشگران داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود. هم‌چنین از کلیه بیماران قلبی که در این پژوهش شرکت کرده‌اند سپاس‌گزاری می‌کنیم.

منابع

anxiety in heart patients after coronary artery bypass grafting. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2012; 19: 39-44. (Persian).

[31] Rubaie K, Bshtam M, Mirzaei H, Saeidi M, Sadeghi M. Cardiac rehabilitation, functional capacity and psychological status of patients after myocardial infarction. *Urmia Med J* 2001; 15: 92-99. (Persian).

[32] Sharif F, Scholl A, Jannati M, Zare N, Kojoor J. Impact of cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery hospitals of Shiraz university of medical sciences. *Rehabilitation* 2011; 12: 8-13. (Persian).

[33] Milani RV, Lavie CJ, Cassidy MM. Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events. *Am Heart J* 1996; 132: 726-732.

[34] Cumming TB, Collier J, Thrift AG, Bernhardt J. The effect of very early mobilisation after stroke on psychological well-being. *J Rehabil Med* 2008; 40: 609-614.

[35] Nadery A, Alaei HA, Sharifi MR, Hosseini M. Short-term and medium-term effects of exercise on desire to morphine in rats Iranian. *Iran J Basic Med Sci* 2006; 9: 272-280. (Persian).

[36] Castile V. *Physiology of Sport and Physical Activity*. 5th ed. Tehran: Institute publishing mobtakeran; 2005.

[37] Sararoudi RB, Marofi M, Fathollah Gul M, Zare F. Prevalence of anxiety, depression and coping styles in hospitalized stroke patients in 13 hospitals in Isfahan. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2010; 20: 37-44. (Persian).

[24] Asgari M, Alhani F, Anousheh M. Risk factors for hospitalization in patients with myocardial infarction fatemiyeh Semnan university of medical sciences. *J Nurs* 2010; 23: 16-18. (Persian).

[25] Moloudi AR, Kalhori M, Hoseini Z, Rawshani D. epidemiology of acute coronary syndrome in Kermanshah. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2006; 10: 252-257. (Persian).

[26] Klutzy A, Armstrong M. Sex based differences in cases of hospitalization for coronary heart disease. *Perman J* 2000; 4: 15-20.

[27] Ashkrab T, Neyshabory M, Pyravnd MA, Magd HM. The effect of bed rest on the reduction of vascular complications in coronary angiography patients hospital taleghani Shahid Beheshti university of medical sciences and health services. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2008; 18: 38-30. (Persian).

[28] Smeltzer S, Bare B, Hinkle J. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 8th Ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.

[29] Feizi A, Khalkhali H, Dehghani M, Sheikhi S, Ghadery Ch. Effects of cardiac rehabilitation and relaxation on anxiety and depression in patients with cardiac syndrome X and educational center in Urmia university of medical sciences. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012; 10: 555-564. (Persian).

[30] Yalfani A, Nazem F, Aryan RS, Jorghe M. Effects of exercise rehabilitation program on quality of life, depression and

Effects of early mobilization program on depression of patients with myocardial infarction hospitalized in CCU

Mohammad Reza Asgari (Ph.D)¹, Hasanali Jafarpour (M.Sc)², Mohsen Soleimani (Ph.D)^{*1}, Raheb Ghorbani (Ph.D)³, Rahimeh Askandarian (M.D)⁴, Iraj Jafarypour (M.D)⁵

1 - Dept. of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Allied Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2 - Dept. of Nursing, Ayatollah Rouhani Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3 - Research Center for Social Determinant of Health and Dept. of Community Medicine, Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

4 - Dept. of Medicine, Faculty of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

5 - Dept. of Cardiovascular, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

(Received: 18 Jan 2014; Accepted: 22 Oct 2014)

Introduction: Myocardial infarction (MI) is the most common causes of mortality in the world. Due to multiple complications and limiting physical activity and disability, myocardial infarction can cause varying degrees of depression in patients. This study was performed to determine the effect of patients early mobilization program on the depression of patients with MI hospitalized in CCU.

Materials and Methods: This study was a clinical trial that was performed on 38 patients with myocardial infarction in the cardiac care unit of Babol Shahid Beheshti hospital. Samples were selected using purposive sampling and are randomly allocated into experimental and control groups. The test group got out of bed based on a specific program within 12-18 hours after admission. The control group got out of bed based on routine care program within 48 hours after admission. Patients' depression was measured by Hospital Depression Scale (HADS) within 18-12 hours of admission (pre-intervention) and 72 hours after admission (post-intervention).

Results: The mean level of depression after the intervention (day three) was in the test group 3.2 and in the control group 8.2. Mann-Whitney test results showed that there was a significant difference ($P < 0.001$) between the level of depression post intervention in two group.

Conclusion: Results of the study showed that early mobilization was effective to reduce patients depression, therefore the use of this approach is suggested in the treatment and care program of patients with acute myocardial infarction.

Keywords: Depression, Myocardial infarction, Early mobilization, CCU

* Corresponding author. Fax: +98 23 33354191 Tel: +98 9122977445
soli257@yahoo.com

How to cite this article:

Asgari M, Jafarpour H, Soleimani M, Ghorbani R, Jafaripour I, Askandarian R. Effects of early mobilization program on depression of patients with myocardial infarction hospitalized in CCU. koomesh. 2015; 16 (2) :175-184

URL http://koomeshjournal.semums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-270-3&slc_lang=fa&sid=1