



۱۱۴۱۷۷



دانشگاه اصفهان

دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

گروه تربیت بدنی

پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی تربیت بدنی و علوم ورزشی

اثربخشی یک دوره توانبخشی ورزشی بر میزان اضطراب، افسردگی و شکایات

جسمانی بیماران CABG

استادان راهنما:

دکتر سید محمد مرندی

دکتر حسین مولوی

استادان مشاور:

دکتر کتایون ربیعی

دکتر محسن میر محمد صادقی

تعمیرات مدرک علمی
مستند مدرک

پژوهشگر:

زهرا اسدی سامانی

۱۳۸۸ / ۴ /



دی ماه ۱۳۸۷

۱۱۴۸۷۷



دانشگاه اصفهان

دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی

گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی

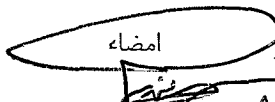


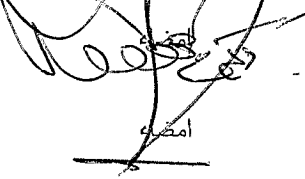
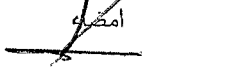
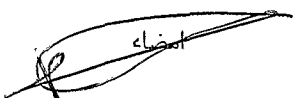
پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته ی تربیت بدنی و علوم ورزشی

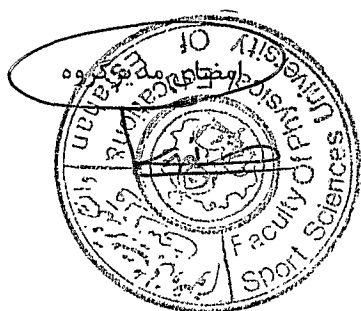
خانم زهرا اسدی سامانی تحت عنوان

اثربخشی یک دوره توانبخشی ورزشی بر میزان اضطراب، افسردگی و

شکایات جسمانی بیماران CABG

در تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۱۰ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

- | | | |
|---|--------------------------|--|
|  | با مرتبه ی علمی استادیار | ۱- استاد راهنمای پایان نامه دکتر سید محمد مرنندی |
|  | با مرتبه ی علمی استاد | ۲- استاد راهنمای پایان نامه دکتر حسین مولوی |
|  | با مرتبه ی علمی مربی | ۳- استاد مشاور پایان نامه دکتر کتایون ربیعی |
|  | با مرتبه ی علمی استادیار | ۴- استاد مشاور پایان نامه دکتر محسن میر محمد صادقی |
|  | با مرتبه ی علمی دانشیار | ۵- استاد داور داخل گروه دکتر عباسعلی گائینی |
|  | با مرتبه ی علمی استادیار | ۶- استاد داور خارج از گروه دکتر وحید ذوالاکتاف |



کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات،
ابتکارات و نوآوری های ناشی از تحقیق
موضوع این پایان نامه متعلق به دانشگاه
اصفهان است.

خداوند:

تو نیازمند به پاس من نیستی بلکه پاسگذاری از تو نیاز روحی من است. خدایا روزها، لحظه ها و ساعت
هایی بر من گذشت که جز من و تو کسی بر آنها آگاه نیست.
یاریم کن تا از غیر تو تقاضای کمک نکنم و فهمی ده تا درک کنم اگر در سخت ترین بحران های روحی و
جسمی در کنارم نبودی هرگز موفق نمی شدم.

من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق:

پاس فراوان تقدیم به اساتید راهنمای بزرگوارم جناب آقای دکتر سید محمد مرندی و جناب
آقای دکتر حسین مولوی که بسیار از آنها آموختم.

و

پاس فراوان تقدیم به اساتید مشاور کرامت قدرم خانم دکتر کتایون ربیعی و جناب آقای
دکتر محسن میرمحمد صادقی که حضورشان موجب فخر و مباهات من بود.

بر خود واجب می دانم که از زحمات و تلاشهای کارکنان بخش بازتوانی قلب مرکز تحقیقات صدیقه طاهره اصفهان، به ویژه

خانم دکتر سمانه مصطفوی و سرکار خانم پروانه حق شناس که در راستای اجرای دوره توانبخشی ورزشی و گردآوری اطلاعات،

ایجناب ریاری نمودند تقدیر و تشکر نمایم.

همچنین از همکاری شرکت دل آسای اصفهان که امکان برقراری ارتباط با آزمودنی ها را ایجاد نمودند بسیار سپاسگذارم.

صمیمانه ترین و خالصانه ترین سپاس ها تقدیم به دوستان عزیزم سرکار خانم ریحانه عمرو، فاطمه کاظمی نسب و الهام بیابانی که هرگز

مهربانیان را از من دریغ نکردند.

تقدیم:

به تمامی کسانی که دوستان دارم،

و

به مهربانترین، صبورترین، فداکارترین و کرامت‌دوستاندارترین

دارایی زندگی ام **مادر**

چکیده

نارسایی قلبی، بیماری ناتوان کننده ای است که تعداد زیادی از افراد را متاثر می نماید. بنابر مطالعات انجام شده شیوع ابتلا به بیماری قلبی در ایران ۵۰ درصد افزایش یافته و ادامه این روند موجب پیدایش بحران کاهش سن بیماران قلبی خواهد شد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی دو ماه توانبخشی ورزشی بر میزان اضطراب، افسردگی و شکایات جسمانی بیماران CABG است.

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات نیمه تجربی می باشد و طرح تحقیق پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را بیمارانی تشکیل دادند که در یکی از بیمارستان های شهر اصفهان تحت عمل جراحی کنارگذر آئورتی (CABG) قرار گرفته بودند. از میان این بیماران ۳۰ نفر از افرادی که به مرکز تحقیقات قلب و عروق مراجعه کردند در گروه توانبخشی قرار گرفتند و ۳۰ نفر از سایر بیماران نیز گروه کنترل را تشکیل دادند. آزمودنی های گروه توانبخشی ورزشی به مدت هشت هفته، هر هفته سه جلسه ی ۹۰ دقیقه ای به انجام فعالیت پرداختند و بیماران گروه کنترل در این مدت هیچ فعالیت بدنی مؤثر از دیدگاه محقق را تجربه نمودند. در ابتدا و انتهای دوره توانبخشی بیماران پرسشنامه زونک و بک را تکمیل نمودند و از این طریق نمره اضطراب و شکایات جسمانی و افسردگی آنها محاسبه شد.

نتایج به دست آمده نشان داد که به دنبال دو ماه توانبخشی ورزشی کاهش معناداری در میزان اضطراب بیماران گروه توانبخشی در مقایسه با گروه کنترل حاصل شد. همچنین کاهش در میزان افسردگی و شکایات جسمانی بیماران نیز دیده شد اما این کاهش از لحاظ آماری معنادار نبود ($P < 0/05$).

بحث: از فعالیت بدنی و توانبخشی ورزشی می توان به عنوان یک روش درمانی مفید و مؤثر در جهت تعدیل و کاهش عوارض روانی پس از عمل جراحی عروق کرونری بهره گرفت.

واژه های کلیدی: توانبخشی ورزشی، اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، بیماران CABG

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول طرح تحقیق	
۱-۱	مقدمه
۲-۱	شرح و بیان مساله پژوهشی
۳-۱	اهمیت و ارزش تحقیق
۴-۱	اهداف تحقیق
۱-۴-۱	هدف کلی
۲-۴-۱	اهداف فرعی
۵-۱	فرضیه های تحقیق
۶-۱	پیش فرض های تحقیق
۷-۱	تعریف واژه های کلیدی
۱-۷-۱	تعاریف نظری
۲-۷-۱	تعاریف عملیاتی
۸-۱	محدودیت های تحقیق
۱-۸-۱	محدودیت های محقق خواسته
۲-۸-۱	محدودیت های ناخواسته
فصل دوم پیشینه تحقیق	
۱-۲	مقدمه
۲-۲	مبانی نظری تحقیق
۳-۲	بیماری های عروق کرونری
۱-۳-۲	تعریف بیماریهای عروق کرونری
۲-۳-۲	آترواسکلروزیس (تصلب شرایین)
۳-۳-۲	عوامل افزایش دهنده خطر بیماری های عروق کرونری
۵-۳-۲	تلفات ناشی از بیماری های قلبی
۶-۳-۲	طبقه بندی فعالیت بیماران قلبی
۴-۲	اضطراب

عنوان	صفحه
۱-۴-۲. تعریف اضطراب	۲۲
۲-۴-۲. اضطراب و بیماری قلبی - عروقی	۲۳
۵-۲. افسردگی	۲۴
۱-۵-۲. تعریف افسردگی	۲۴
۲-۵-۲. افسردگی و بیماری قلبی - عروقی	۲۶
۶-۲. شکایات جسمانی	۲۷
۱-۶-۲. تعریف شکایات جسمانی	۲۷
۷-۲. عوامل مؤثر در سرعت بخشیدن به مرگ قلبی و راهکارهای پیشگیری از آن	۲۹
۸-۲. توانبخشی قلبی	۳۰
۱-۸-۲. تاریخچه توانبخشی قلبی	۳۱
۲-۸-۲. خدمات توانبخشی قلبی	۳۲
۳-۸-۲. کسانی که به برنامه ی توانبخشی قلبی نیاز دارند	۳۳
۸-۴-۲. مراحل توانبخشی	۳۳
۹-۲. توانبخشی ورزشی	۳۶
۱-۹-۲. فواید توانبخشی ورزشی	۳۷
۱۰-۲. پیشگیری ثانویه	۳۸
۱-۱۰-۲. اصلاح سبک زندگی و مدیریت عوامل خطرزا	۳۸
۱۱-۲. توانبخشی و ایمنی	۴۰
۱۲-۲. توانبخشی و کاهش هزینه ها	۴۱
۱۳-۲. توانبخشی قلبی و بیماران CABG	۴۱
۱-۱۳-۲. جراحی کنار گذر آئورتی کرونری	۴۲
۲-۱۳-۲. وضعیت بیماران پس از عمل جراحی	۴۲
۳-۱۳-۲. استراتژی ها و شواهد	۴۳
۱۴-۲. مروری بر تحقیقات انجام شده	۴۴
۱-۱۴-۲. مروری بر تحقیقات انجام شده در خارج از کشور	۴۴
۲-۱۴-۲. مروری بر تحقیقات انجام شده در داخل کشور	۵۴
۳-۱۴-۲. مروری بر پایان نامه های انجام شده در داخل کشور	۵۸

صفحه	عنوان
۵۹	۴-۱۴-۲. جمع بندی تحقیقات.....
فصل سوم روش شناسی تحقیق	
۶۱	۱-۳. مقدمه.....
۶۱	۲-۳. روش تحقیق.....
۶۲	۳-۳. متغیرهای تحقیق.....
۶۲	۱-۳-۳. متغیرهای مستقل.....
۶۲	۲-۳-۳. متغیروابسته.....
۶۲	۳-۳-۳. متغیر های کنترل.....
۶۲	۴-۳. آزمودنی ها و شیوه انتخاب آنها.....
۶۲	۵-۳. آزمون های اجرا شده.....
۶۳	۶-۳. مراحل اجرای آزمون.....
۶۳	۷-۳. ابزار جمع آوری داده ها.....
۶۳	۱-۷-۳. پرسشنامه.....
۶۴	۲-۷-۳. قد سنج سکا.....
۶۴	۳-۷-۳. ترازوی سکا.....
۶۴	۴-۷-۳. فشار سنج جیوه ای.....
۶۵	۵-۷-۳. دستگاه های ورزشی.....
۶۵	۸-۳. جلسه تمرینی.....
۶۵	۱-۸-۳. گرم کردن.....
۶۵	۲-۸-۳. برنامه اصلی.....
۶۶	۳-۸-۳. سرد کردن.....
۶۶	۹-۳. روشهای آماری.....
فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری داده ها	
۶۷	۱-۴. مقدمه.....
۶۸	۲-۴. توصیف آماری عوامل تحقیق.....
۷۸	۳-۴. بررسی فرضیه های تحقیق.....
۷۸	۱-۳-۴. فرضیه ۱.....

عنوان	صفحه
۲-۳-۴. فرضیه ۲.....	۸۱
۳-۳-۴. فرضیه ۳.....	۸۳
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری	
۱-۵. مقدمه.....	۸۶
۲-۵. تفسیر یافته های مربوط به میزان اضطراب بیماران پس از توانبخشی ورزشی.....	۸۶
۳-۵. تفسیر یافته های مربوط به میزان افسردگی بیماران پس از توانبخشی ورزشی.....	۸۸
۴-۵. تفسیر یافته های مربوط به میزان شکایات جسمانی بیماران پس از توانبخشی ورزشی.....	۹۰
۵-۵. بحث و نتیجه گیری.....	۹۱
۶-۵. کاربردهای عملی مطالعه.....	۹۱
۶-۵. پیشنهادهای مطالعاتی.....	۹۲
پیوست ۱. رضایت نامه.....	۹۳
پیوست ۲. پرسشنامه مشخصات بیوگرافیک.....	۹۴
پیوست ۳. پرسشنامه SAS.....	۹۵
پیوست ۴. پرسشنامه Beck.....	۹۶
پیوست ۵. تفاهم نامه انجام طرح تحقیقاتی مشترک با شرکت دل آسای اصفهان.....	۹۶
منابع و مآخذ.....	۱۰۲

فهرست جدول ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲. سطح کلسترول.....	۱۶
جدول ۲-۲. سطح فشار خون.....	۱۸
جدول ۱-۴. شاخص های توصیفی برای متغیر های کمی در گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۶۸
جدول ۲-۴. جنسیت آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۶۹
جدول ۳-۴. میزان تحصیلات آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۶۹
جدول ۴-۴. سابقه شغلی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۰
جدول ۵-۴. شغلی فعلی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۰
جدول ۶-۴. مسکن آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۱
جدول ۷-۴. استعمال دخانیات آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۱
جدول ۸-۴. شیوع هایپرلیپید آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۲
جدول ۹-۴. شیوع پرفشارخونی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۲
جدول ۱۰-۴. شیوع بیماری ریوی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۳
جدول ۱۱-۴. شیوع بیماری دستگاه گوارشی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۳
جدول ۱۲-۴. شیوع بیماری کلیوی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۴
جدول ۱۳-۴. شیوع بیماری غددی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۴
جدول ۱۴-۴. شیوع بیماری دستگاه اسکلتی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۵
جدول ۱۵-۴. شیوع بیماری قلبی- عروقی آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۵
جدول ۱۶-۴. شیوع بیماری اعصاب آزمودنی ها در دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۷۶
جدول ۱۷-۴. آزمون همبستگی متغیرهای وابسته پژوهش با برخی عوامل فرعی.....	۷۷
جدول ۱۸-۴. آزمون نرمال بودن متغیر های وابسته تحقیق.....	۷۸
جدول ۱۹-۴. آزمون لوین در ارتباط با اضطراب.....	۷۸
جدول ۲۰-۴. تحلیل کواریانس تاثیر متغیرهای عضویت گروهی و هایپرلیپید، پرفشارخونی و ابتلا به بیماری دستگاه گوارشی بر میزان اضطراب.....	۷۹
جدول ۲۱-۴. میانگین های تعدیل شده پس آزمون اضطراب دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل.....	۸۰
جدول ۲۲-۴. آزمون غیر پارامتری مان ویتنی یو.....	۸۱
جدول ۲۳-۴. آزمون لوین در ارتباط با افسردگی.....	۸۱

جدول ۴-۲۴. تحلیل کواریانس تاثیر متغیرهای عضویت گروهی و هایپرلیپید، پرفشارخونی و ابتلا به بیماری دستگاه گوارشی بر میزان افسردگی.....	۸۲
جدول ۴-۲۵. آزمون لوین در ارتباط با شکایات جسمانی.....	۸۳
جدول ۴-۲۶. تحلیل کواریانس تاثیر متغیرهای عضویت گروهی و هایپرلیپید، پرفشارخونی و ابتلا به بیماری دستگاه گوارشی بر میزان شکایات جسمانی.....	۸۴

فهرست شکل ها

صفحه	عنوان
۱۲	شکل ۱-۲. عروق کرونری قلب
۸۰	شکل ۱-۴. میانگین های تعدیل شده پس از آزمون اضطراب دو گروه توانبخشی ورزشی و کنترل

فصل اول

طرح تحقیق

۱-۱. مقدمه :

پیشرفت تکنولوژی در زمینه های مختلف موجب شده تا انسان جهت انجام فعالیتهای روزانه به جای استفاده از اعضای بدن خود از ماشین کمک بگیرد. توسعه ی صنعت و ماشینی شدن زندگی از یک طرف و عدم آشنائی با اثرات حرکات بدنی از طرف دیگر انسان را در معرض کم تحرکی شدید قرار داده است (مکینون^۱ و همکاران ۱۹۸۷، پایگاه جامع اطلاع رسانی پزشکان ایران ۱۳۸۷^۲).

یافته های اولیه ی تحقیقات سازمان بهداشت جهانی (WHO^۳) حاکی از آن است که عدم فعالیت یا زندگی بی تحرک یکی از ده علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در کل جهان می باشد. در کشورهای مختلف بین ۶۰ تا ۸۵ درصد بالغین تحرک کافی برای بهبود سلامتی شان ندارند. زندگی بی تحرک باعث افزایش تمام علل مرگ و میر می باشد. به گونه ای که، هر ساله حدود دو میلیون مرگ به علت فقدان فعالیت بدنی^۴ در جهان اتفاق

۱ Mackinnon

۲ [http:// www.RTEB.com](http://www.RTEB.com)

۳ World Health Organization

۴ Physical Activity

می افتد. فقر حرکتی خطر بیماریهای قلب و عروق^۱، دیابت^۲ و چاقی^۳ را دو برابر می کند و به طور مشخصی باعث افزایش خطر سرطان روده^۴، پر فشار خونی^۵، پوکی استخوان^۶، افسردگی^۷ و اضطراب^۸ می شود (پایگاه جامع اطلاع رسانی پزشکان ایران ۱۳۸۷).

در این فصل تلاش می گردد تا مطالبی درباره شرح و بیان مساله، اهمیت و ارزش تحقیق، اهداف تحقیق، تعریف واژه های کلیدی و محدودیت های پژوهش حاضر آورده شود.

۱-۲. شرح و بیان مساله پژوهشی :

نارسایی قلبی^۹، بیماری ناتوان کننده ای است که تعداد زیادی از افراد را متاثر می نماید. در کشورهای صنعتی اختلالات قلبی علت اصلی ناخوشی^{۱۰} و مرگ^{۱۱} می باشد، به گونه ای که ۵۰ درصد از موارد مرگ و میر را تشکیل می دهد. در ایالت متحده ی امریکا ۱۴ میلیون نفر از بیماری عروق کرونر یا سایر بیماریهای قلبی رنج میبرند و علت اصلی مرگ و میر زنان و مردان امریکایی است (مکلوی^{۱۲} و همکاران ۱۹۹۵، ویبوتی^{۱۳} و همکاران ۲۰۰۶، فیلیپ^{۱۴} ۲۰۰۱).

در استرالیا این بیماری ۴۰ درصد عامل مرگ و میر می باشد و رایج ترین مشکل سلامتی برای مردم این کشور بیماری قلبی - عروقی است. همچنین بیماری عروق کرونری رایج ترین علت مرگ در افراد میانسال، و سکه^{۱۵} مهم ترین عامل ناتوانی افراد مسن است (تونکین^{۱۶} ۲۰۰۲).

در سال ۱۹۱۰، ده درصد مرگ و میر مردم جهان به علت بیماری قلبی - عروقی بوده است. اما در سال ۲۰۰۰ این میزان به ۵۰ درصد افزایش یافت و پیش بینی می شود در سال ۲۰۲۰ به ۷۵ درصد برسد. همچنین ۳۵ درصد جمعیت کشورهای در حال توسعه ی صنعتی از فشارخون بالا که یک عامل مهم در بیماری های قلب و مغز

۱ Cardiovascular Disease

۲ Diabet Melitus

۳ Obesity

۴ Colon Cancer

۵ Hypertension

۶ Osteoprosis

۷ Depression

۸ Anxiety

۹ Heart Failure

۱۰ Morbidity

۱۱ Mortality

۱۲ Mekelvie

۱۳ Vibhuti

۱۴ Philip

۱۵ Heart Attack

۱۶ Tonkin

می باشد، رنج می برند. در حالیکه ۲۵ درصد آنان از بیماری خود، بی اطلاع هستند و ۵۰ درصد هرگز به طور قطعی درمان نمی شوند. در کشور ما ایست قلبی^۱ با ۸۷/۹ درصد، شایع ترین علت فوت ساکنین تهران گزارش شده است (باشگاه خبرنگاران دانشجویی ایران^۲ ۱۳۸۶).

با وجود چنین آمار تکان دهنده ای در مبحث پیشگیری و درمان این بیماری ضعیف عمل می شود. اگر بخواهیم رویکرد جامعی از درمان داشته باشیم باید چهارجنبه ی جسمی^۳، روانی^۴، اجتماعی^۵ و معنوی^۶ را مد نظر قرار دهیم. زیرا این بیماری علاوه بر اینکه جسم را معلول می کند، باعث افسردگی فرد و به هم ریختگی روحیه وی نیز می شود (باشگاه خبرنگاران دانشجویی ایران^۲ ۱۳۸۶).

افسردگی در ۴۰ تا ۶۵ درصد بیماران مبتلا به سکتة ی قلبی رخ می دهد، همچنین تا حدود ۲۰ درصد افرادی که مبتلا به بیماری قلبی هستند اما سابقه ی سکتة ی قلبی ندارند، به وسیله ی کلینیک های تشخیص افسردگی شناسایی شده اند. افسردگی میان افرادی که بیماری قلبی دارند، مهم است زیرا به صورت تنگاتنگی مرتبط با وخیم تر شدن وضعیت بیمار می باشد. به عنوان مثال، بیمار سکتة ی قلبی که از افسردگی رنج می برد، سه تا چهار برابر بیشتر احتمال مرگ در شش ماه پس از سکتة ی قلبی نسبت به بیمار بدون افسردگی دارد. بیمارانی که پس از عمل جراحی قلب دچار افسردگی می شوند، احتمال بیشتری دارد که در طی پنج سال پس از عمل جراحی از مشکلات مربوط به بیماری رنج ببرند، به نحوی که پیشرفت تنگ شدن عروق یا سخت شدن شریانها^۷ در بین افراد افسرده سریع تر از سایر بیماران می باشد (الهندی^۸ و همکاران).

از سوی دیگر مقالات منتشر شده از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۰ و همچنین مقالات منتشر شده در سالهای اخیر بیان کرده اند، اضطراب نیز علاوه بر افسردگی یک عامل خطر ساز^۹ دیگر برای پیشرفت بیماری عروق کرونری است. به گونه ای که خطر مرگ ناگهانی از اضطراب دو تا سه برابر بیشتر از مرگ مرتبط با استعمال دخانیات است (کابزانسکی^{۱۰} و همکاران ۱۹۹۸، هیلچی^{۱۱} ۱۹۹۴).

۱ Cardiac Arrest

۲ Iran Student Correspondent Association

۳ Physical

۴ Mental

۵ Social

۶ Spiritual

۷ Atherosclerosis

۸ Elhendy

۹ Risk Factor

۱۰ kubzansky

۱۱ Hilchey

توانبخشی قلبی^۱ یک برنامه‌ی نظارت شده پزشکی است که به بیماران قلبی جهت بهبود یافتن سریع و بهتر شدن عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی کمک می‌نماید. هدف این برنامه ثابت نگه داشتن، کم کردن و یا حتی معکوس نمودن پیشرفت بیماری است. بدین وسیله خطر بیماری قلبی و مرگ کاهش می‌یابد. این برنامه به عنوان یکی از روشهای مفید برای درمان بیماران قلبی محسوب می‌شود (انجمن قلب آمریکا- توانبخشی قلبی^۲ ۲۰۰۸، مکنیون ۱۹۸۷، مرکز پزشکی مایمونیدس^۳ ۲۰۰۶).

برخی از اهداف برنامه‌ی توانبخشی قلبی عبارتند از:

۱. کاهش اثرات جسمی و روانی بیماری قلبی
 ۲. محدود نمودن خطر انفارکتوس^۴ مجدد و مرگ ناگهانی
 ۳. فرو نشاندن علائم قلبی
 ۴. به تعویق انداختن یا معکوس نمودن تصلب شرایین به وسیله‌ی بنیاد نهادن برنامه‌ی جهت تمرینات ورزشی، آموزشی^۵، مشاوره‌ی^۶ و دگرگونی عوامل خطرزا
 ۵. قرارگیری مجدد بیمار قلبی در وضعیت عملکرد موفق در خانواده و جامعه (وییهوتی^۷ ۲۰۰۶).
- اثر بخشی تمرینات بازتوانی از چهار هفته، هشت هفته، دوازده هفته و یا حتی شش ماه تا یک سال با تاکید بر بهبود توان هوازی مورد بررسی قرار گرفته است. با این حال تلاش برای آنکه کدام یک از الگوهای مداخله مفیدتر است، همچنان ادامه دارد. برنامه‌ی توانبخشی قلبی جهت برطرف شدن نیازهای بیمار طراحی می‌شود، بنابراین با توجه به وضعیت بیمار متفاوت خواهد بود. برخی بیماران شش ماه و یا بیشتر به این برنامه نیاز دارند تا پیامونند چگونه وضعیت قلبی خود را مدیریت نموده و رویه‌ی سلامتی خود را توسعه دهند. بیشتر برنامه‌ها فقط سه ماه طول می‌کشند، اما برخی تا یک سال ادامه دارد (انجمن قلب آمریکا- توانبخشی قلبی ۲۰۰۸).
- فعالیت ورزشی بخش مهمی از برنامه‌ی بازتوانی قلب و فاز دوم آن می‌باشد، که نه تنها برای قلب مفید است بلکه می‌تواند به کاهش افسردگی و اضطراب ناشی از بیماری قلبی کمک نماید (سازمان قلب نیوزلند^۷ ۲۰۰۸).
- مطالعات نشان می‌دهند که فعالیت ورزشی سه بار در هفته می‌تواند خطرات قلبی از جمله افسردگی و سایر اختلالات روانی را کاهش دهد (بومگاردنر^۱ ۲۰۰۷).

۱ Cardiac Rehabilitation

۲ American Heart Association-Cardiac Rehabilitation

۳ Maimonides Medical Center

۴ Infraction

۵ Educational

۶ Counseling

۷ Heart Foundation of New Zealand