

راهبردهای سیاست‌گذاری برای بهبود مشارکت زنان جهت بازتوانی قلبی

معصومه صادقی^۱، مرضیه نجفی^۲، مرجان جمالیان^۳، محمد مهدی هادوی^۴، حمید روح افزا^۵، صفورا یزدخواستی^۶،
ندا درستکار^۷، زهرا تیموری جروکانی^۸

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

بیماری‌های قلبی - عروقی، یکی از عوامل اصلی مرگ و میر سالانه در کشور شناخته می‌شود. اگرچه در دهه‌های گذشته تمرکز اصلی بر کاهش مرگ‌ومیر حاد ناشی از این بیماری‌ها بوده است، امروزه توجه جهانی به مرحله‌ی پس از ترخیص بیماران، یعنی بازتوانی قلبی، معطوف شده است. در این بین شواهد مطالعه ای مقطعی حاکی از نابرابری جنسیتی در بهبودی پس از بیماری‌های قلبی - عروقی است. به این صورت که زنان به‌میزان کمتری نسبت به مردان به برنامه‌های بازتوانی، ارجاع شده و دسترسی می‌یابند. حتی در صورت مشارکتشان، شاخص‌های بازتوانی برای آنان به‌طور معناداری ضعیف‌تر است. این شکاف هم در دسترسی به خدمت و هم در نتایج بازتوانی قابل مشاهده است. در این راستا، این خلاصه سیاستی با تمرکز بر یافته‌های پژوهش و از طریق برگزاری پنل خبرگان، پنج راهبردی پیشنهادی برای حل مسئله مشارکت زنان در برنامه بازتوانی قلبی زنان ارائه و تحلیل و تبیین نمود. از جمله «اصلاح فرآیند ارجاع از طریق آموزش و آگاهی‌بخشی به پزشکان و کادر درمان»؛ «به‌کارگیری فناوری و توسعه برنامه‌های بازتوانی از راه دور (تله‌ریهاب)»؛ «طراحی مشوق‌های مالی و بیمه‌ای هدفمند برای زنان کم‌درآمد»؛ «استقرار مراکز بازتوانی محلی با دسترسی آسان»؛ و «انعطاف‌پذیرسازی برنامه‌ها برای پاسخگویی به نیازهای ویژه زنان شاغل و مادر». دستیابی به اثربخشی این راهکارها، ارتقاء سلامت زنان و بهینه سازی پیامدهای اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها و جامعه نیازمند هماهنگی فرابخشی، برنامه‌ریزی هوشمند و عدالت‌محور، در سیاست‌گذاری سلامت است.

واژگان کلیدی: بازتوانی قلبی؛ سیاست‌گذاری سلامت؛ زنان؛ نظام ارجاع؛ تله‌ریهاب

ارجاع: صادقی معصومه، نجفی مرضیه، جمالیان مرجان، هادوی محمد مهدی، روح افزا حمید، یزدخواستی صفورا، درستکار ندا، تیموری جروکانی زهرا. **راهبردهای سیاست‌گذاری برای بهبود مشارکت زنان جهت بازتوانی قلبی.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۳۹): ۱۵۳۲ - ۱۵۳۶.

توصیف مسأله

بیماری‌های قلبی - عروقی، یکی از علل اصلی مرگ و میر در زنان ایرانی است؛ با این حال مشارکت آنان در برنامه‌های بازتوانی قلبی، به‌طور معناداری کمتر از مردان است. این مسئله نه تنها منجر به پیامدهای سلامت ضعیف‌تر برای زنان می‌شود، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم نظام سلامت را نیز افزایش می‌دهد (۱-۳).

چنین شکاف عمیق جنسیتی در دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بازتوانی قلبی، چالشی پنهان و سیستماتیک است. به این صورت که زنان بیش از نیمی از بار بیماری‌های قلبی را متحمل می‌شوند، اغلب در سنین بالاتری دچار سکت قلبی می‌شوند، با عوامل خطر متفاوت و گاه شدیدتری مانند دیابت و فشارخون مواجهند، بار اصلی مسئولیت‌های خانوادگی و مراقبتی را به عهده

- ۱- استاد بیماری‌های قلب و عروق، مرکز تحقیقات بازتوانی قلبی، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- پزشک، مرکز تحقیقات مداخلات تهاپی قلب، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- کارشناس ارشد، بیمارستان تحقیقاتی درمانی قلب شهید چمران، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- پزشک متخصص طب ورزشی، مرکز تحقیقات بازتوانی قلبی، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- روانپزشک، مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۶- کارشناس پژوهشی، مرکز تحقیقات بازتوانی قلبی، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۷- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات بازتوانی قلبی، پژوهشکده قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۸- استادیار الکتروفیزیولوژی بالینی قلب، گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر چمران، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: zari.t.j@gmail.com

بخش شامل تحلیل آسیب‌پذیری‌های بالقوه و احتمالی بود. سپس، الزامات اجرایی هر گزینه به عنوان پیش‌نیازهای عینی برای عملیاتی کردن راهبرد مطرح شد. موانع اجرایی برای هر گزینه و با آگاهی از محدودیت‌ها و امکانات نظام سلامت تحلیل شد و موانع و الزامات فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هم در نظر گرفته شد.

۴. تحلیل ذینفعان: در این مرحله، تحلیل ذینفعان برای هر گزینه سیاستی پیشنهادی انجام شد. در این تحلیل، نقش، نفوذ، منافع و میزان حمایت یا مقاومت هر یک از ذینفعان کلیدی از جمله ارائه دهندگان خدمات سلامت، بیماران، بیمارستان‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت و شرکت‌های فناوری مشخص و ارائه گردید.

۵. اولویت‌بندی گزینه‌ها: با ترکیب نتایج تحلیل ماتریس سیاست و تحلیل ذینفعان، گزینه‌ها به لحاظ «عملی بودن»، «تأثیرگذاری» و «قابل پذیرش بودن» ارزیابی و در بازه‌های زمانی کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت با هدف ارائه یک نقشه راه عینی مطرح شدند.

۶. تدوین راهکارهای عملیاتی و ارائه توصیه‌های نهایی: در نهایت، بر اساس تحلیل‌های مراحل قبل، برای هر گزینه سیاستی، راهکارهای اجرایی مشخص پیشنهاد شد. این سند برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکترای تخصصی رشته قلب و عروق مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.MED.RDC.1399.702 است.

یافته‌ها

جدول ۱، تحلیل گزینه‌های سیاستی برای افزایش مشارکت زنان در برنامه‌های بازتوانی قلبی و جدول ۲: تحلیل ذینفعان و اجرای گزینه‌های سیاستی برای افزایش مشارکت زنان در برنامه‌های بازتوانی قلبی را بیان می‌کند.

بحث

یافته‌های مطالعه‌ی مقطعی نشان داد، اگرچه زنان بیش از نیمی از بار بیماری‌های قلبی را متحمل می‌شوند، به میزان کمتری نسبت به مردان در برنامه‌های بازتوانی ارجاع شده شرکت می‌کنند یا آن را به پایان می‌رسانند. حتی در صورت مشارکت، نتایج حاصل از بازتوانی آنان در شاخص‌های کلیدی از قبیل بهبود پروفایل چربی، کنترل قند خون و ارتقای کیفیت زندگی، به‌طور معناداری ضعیف‌تر است. این مسأله وضعیت سلامت نیمی از جمعیت را با مشکل مواجه می‌کند و با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی برای خانواده و جامعه همراه است؛ بر این اساس طبق متد گفته شده در این سند، برای حل مسأله بازتوانی قلبی ضعیف‌تر زنان، گزینه‌های سیاستی از جمله «آموزش و آگاهی‌بخشی به پزشکان و کادر درمان برای ارجاع بدون سوگیری

دارند و از حمایت اجتماعی کمتری در فرآیند بهبودی برخوردارند. همچنین، تظاهرات غیرمعمول علائم قلبی در زنان گاه منجر به تشخیص دیر هنگام یا عدم درک فوریت شرایط توسط خود بیمار و حتی نظام درمانی می‌شود (۱، ۲). از سوی دیگر، ساختار غالب برنامه‌های بازتوانی که بر اساس نیازها و الگوهای مردانه طراحی شده‌اند ممکن است با زندگی، مسئولیت‌ها و ترجیحات بسیاری از زنان همخوانی نداشته باشد. در چنین شرایطی زنان کمتر ارجاع می‌شوند، با موانع بیشتری برای مشارکت مواجهند، برنامه‌های موجود ممکن است برای آنان چندان مناسب نباشد، و در نهایت، از مزایای کامل مداخلات حیاتی محروم می‌مانند. نتیجه این محرومیت، عود بیماری، ناتوانی بیشتر و کاهش کیفیت زندگی زنان، هدررفت سرمایه‌گذاری نظام سلامت و تحمیل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سنگین‌تر بر خانواده و جامعه است (۲، ۴، ۵). پرداختن به این مسأله، ضرورت عدالت بهداشتی برای نیمی از جمعیت، بازدهی اقتصادی و ضرورتی راهبردی برای ارتقای اثربخشی نظام سلامت را در بر دارد. سیاست‌گذاری آگاهانه در این حوزه و طراحی مداخلات هدفمند، بهره‌مندی برابر زنان از برنامه‌های بازتوانی قلبی، ارتقاء سلامت و بهینه‌سازی منابع را به دنبال دارد.

روش اجرا

در این خلاصه‌ی سیاستی، گزینه‌های سیاستی پیشنهادی مبتنی بر شواهد برای بهبود مشارکت زنان برای بازتوانی قلبی بر مبنای یافته‌های مطالعه‌ی مقطعی (۲) تدوین شد. مراحل به صورت زیر است:

۱. شناسایی و استخراج چالش‌های سیاست‌گذاری: در ابتدا با تمرکز بر یافته‌های مطالعه‌ی مقطعی برای بررسی اثر بازتوانی قلبی بر عوامل خطر قلبی-عروقی و چالش ارجاع کمتر زنان برای بازتوانی، جلسه متخصصان حوزه‌ی سلامت، قلب و اجتماعی با هدف ارائه و تحلیل راهبردهای سیاستی هماهنگ شد.

۲. تولید گزینه‌های سیاستی اولیه: پس از شناسایی چالش‌های محوری، با استفاده از روش «بارش فکری» و مشورت با خبرگان مرتبط، پنج گزینه سیاستی کلیدی برای مقابله با این چالش‌ها پیشنهاد شد.

۳. تحلیل گزینه‌های سیاستی با استفاده از ماتریس تحلیل سیاست: پس از تدوین گزینه‌های سیاستی اولیه، هر یک از این گزینه‌ها به‌صورت نظام‌مند و با استفاده از رویکرد تحلیلی ساختارمند ارزیابی شدند. این فرایند با طراحی و تکمیل ماتریس تحلیل سیاست برای هر گزینه انجام شد؛ به این صورت که برای هر گزینه، ابتدا مزایا و فرصت‌های احتمالی ناشی از اجرای موفق آن شناسایی و ارائه شد. این مزایا طبق ادبیات نظری و تجارب متخصصان مشارکت‌کننده در پیل استخراج شدند. در ادامه، معایب و ریسک‌های مرتبط با هر گزینه ارائه و ثبت گردید. این

جدول ۱. تحلیل گزینه‌های سیاستی برای افزایش مشارکت زنان در برنامه‌های بازتوانی قلبی

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرایی	موانع اجرایی	اثرات مثبت	اثرات منفی
آموزش و آگاهی‌بخشی به پزشکان و کادر درمان برای ارجاع بدون سوگیری جنسیتی	برگزاری کارگاه‌های آموزشی، تدوین پروتکل‌های ارجاع متناسب با شرایط افراد	مقاومت در برابر تغییر رفتار، کمبود زمان کادر درمان	افزایش نرخ ارجاع زنان، کاهش شکاف مشارکت	هزینه‌های آموزشی، نیاز به نظارت مستمر
توسعه برنامه‌های بازتوانی غیر حضوری (تله‌ریهاب)	زیرساخت فناوری اطلاعات، آموزش بیماران و کادر درمان	محدودیت دسترسی به اینترنت، مقاومت فرهنگی	افزایش دسترسی برای زنان روستایی یا شاغل، کاهش هزینه‌های حمل و نقل	نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه، چالش‌های نظارتی
ارائه مشوق‌های مالی و بیمه‌ای برای زنان کم‌درآمد	همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر، طراحی بسته‌های حمایتی	محدودیت بودجه دولتی، چالش‌های اداری	کاهش بار مالی بر زنان، افزایش انگیزه مشارکت	افزایش هزینه‌های دولت، امکان سوءاستفاده
ایجاد مراکز بازتوانی محلی با دسترسی آسان	احداث یا تجهیز مراکز محلی، جذب نیروی متخصص	کمبود امکانات در مناطق محروم، چالش‌های لجستیکی	کاهش موانع حمل و نقل، افزایش پذیرش فرهنگی	هزینه‌های ساخت و نگهداری زیاد
طراحی برنامه‌های بازتوانی انعطاف‌پذیر برای پاسخگویی به نیازهای ویژه زنان شاغل و مادر	بازنگری در برنامه‌های فعلی، آموزش مربیان	مقاومت مدیریتی، نیاز به منابع اضافی	تسهیل مشارکت زنان شاغل یا دارای فرزند	افزایش حجم کاری کادر درمان

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و اجرای گزینه‌های سیاستی برای افزایش مشارکت زنان در برنامه‌های بازتوانی قلبی

گزینه‌های سیاستی	ذینفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذینفعان	محدوده زمانی	اقدامات تسهیل‌کننده
آموزش و آگاهی‌بخشی به پزشکان و کادر درمان برای ارجاع بدون سوگیری جنسیتی	پزشکان، پرستاران، مدیران بیمارستان	مثبت تا خنثی (وابسته به حمایت سازمانی)	کمبود زمان، حجم کاری زیاد	کوتاه‌مدت (۶-۱۲ ماه)	ارائه گواهی آموزش مداوم، انگیزش مالی
توسعه برنامه‌های بازتوانی غیر حضوری (تله‌ریهاب)	بیماران، ارائه دهندگان خدمات، شرکت‌های فناوری	مثبت (دسترسی بهتر)	نگرانی‌های امنیت داده، شکاف دیجیتالی	میان‌مدت (۱-۲ سال)	توسعه پلتفرم ملی، آموزش دیجیتال
ارائه مشوق‌های مالی و بیمه‌ای برای زنان کم‌درآمد	بیماران، سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت	مثبت (کاهش بار بیماری)	محدودیت بودجه، تورم	بلندمدت (۲-۳ سال)	بودجه‌ریزی هدفمند، نظارت بر تخصیص
ایجاد مراکز بازتوانی محلی با دسترسی آسان	جامعه محلی، شوراهای شهر، دانشگاه‌ها	مثبت (اشتغال‌زایی، سلامت عمومی)	کمبود نیروی متخصص در مناطق دورافتاده	میان‌مدت تا بلندمدت	مشارکت بخش خصوصی، بسیج منابع محلی
طراحی برنامه‌های بازتوانی انعطاف‌پذیر برای پاسخگویی به نیازهای ویژه زنان شاغل و مادر	زنان شاغل، مادران، مربیان بازتوانی	مثبت (تعادل کار-زندگی)	افزایش هزینه‌های عملیاتی	کوتاه‌مدت (۳-۶ ماه)	بازنگری پروتکل‌ها، استخدام نیروی اضافی

جنسیتی»، «توسعه برنامه‌های بازتوانی غیرحضوری (تله‌ریهاب)»، «ارائه مشوق‌های مالی و بیمه‌ای برای زنان کم‌درآمد»، «ایجاد مراکز بازتوانی محلی با دسترسی آسان»، و «طراحی برنامه‌های بازتوانی انعطاف‌پذیر مثل ساعت‌های منعطف، حضور کودکان و موارد مشابه» پیشنهاد شد.

برای اجرای هر یک از گزینه‌های پیشنهادی بایستی چالش‌های عملیاتی و فرهنگی آنان شناسایی و مدنظر قرار گرفته شوند. در این خصوص، آموزش کادر درمان، نیازمند تغییر نگرش و همراهی سازمان‌های بالادستی است. برنامه‌های بازتوانی غیرحضوری

(تله‌ریهاب) با وجود پتانسیل مناسب، ممکن است در مناطق محروم با مشکل دسترسی به اینترنت و سواد دیجیتال مواجه شوند. مشوق‌های مالی نیز می‌تواند بار مالی قابل‌توجهی بر نظام سلامت وارد کند و نیازمند طراحی برنامه‌ریزی شده برای جلوگیری از سوءاستفاده است. ایجاد مراکز محلی راهکار مطلوبی است، اما در کوتاه‌مدت به دلیل محدودیت بودجه و نیروی انسانی امکان‌پذیر نیست. برنامه‌های بازتوانی انعطاف‌پذیر ویژه زنان شاغل و مادر نیز ممکن است با مقاومت مدیریتی مواجه شوند. با توجه به شرایط موجود و اولویت سلامت زنان، آموزش و آگاهی‌بخشی به پزشکان و کادر درمان برای

برنامه‌های بازتوانی غیرحضوری (تل‌ریهاب) پیشنهادی عملی و کم‌هزینه است. در اولویت دوم، ارائه مشوق‌های مالی برای زنان محروم و کم‌درآمد و انعطاف‌پذیری برنامه‌های بازتوانی بایستی مورد توجه قرار گیرد. در نهایت، ایجاد مراکز بازتوانی محلی با دسترسی آسان سرمایه‌گذاری بلندمدت ضروری در نظام سلامت کشور است. هماهنگی بین وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر، دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های مردم‌نهاد می‌تواند موفقیت این سیاست‌ها را تضمین کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری تخصصی رشته‌ی قلب و عروق با کد ۳۹۹۶۲۴ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است.

ارجاع بدون سوگیری جنسیتی و توسعه‌ی برنامه‌های بازتوانی غیرحضوری (تل‌ریهاب)، به‌عنوان گزینه‌های کم‌هزینه و با تأثیر سریع‌تر در اولویت قرار می‌گیرند. این دو گزینه می‌توانند در کوتاه‌مدت شکاف ارجاع و دسترسی را کاهش دهند. در میان‌مدت، ارائه‌ی مشوق‌های مالی و بیمه‌ای برای زنان کم‌درآمد، و طراحی برنامه‌های بازتوانی انعطاف‌پذیر می‌توانند مشارکت زنان در برنامه‌های بازتوانی را تسهیل کنند. ایجاد مراکز بازتوانی محلی با دسترسی آسان نیز، راهبردی بلندمدت و زیرساختی است و بایستی در برنامه‌های توسعه‌ی منطقه‌ای در نظر گرفته شود.

نتیجه‌گیری

برای کاهش شکاف جنسیتی در بازتوانی قلبی، سیاست‌گذاری بایستی چندبعدی و مرحله‌ای باشد. در اولویت اول، آموزش و آگاهی‌بخشی به پزشکان و کادر درمان برای ارجاع بدون سوگیری جنسیتی و توسعه

References

1. de Melo Ghisi GL, Kim W-S, Cha S, Aljehani R, Cruz MMA, Vanderlei LCM et al. Women's cardiac rehabilitation barriers: results of the international council of cardiovascular prevention and rehabilitation's first global assessment. *Can J Cardiol* 2023; 39(11): S375-S383.
2. Najafi M, Teimouri-Jervekani Z, Jamalians M, Roohafza H, Paknahad MH, Hadavi MM, et al. Gender differences in cardiac rehabilitation participation and outcomes: an 18-year retrospective study in Iran. *The Egypt Heart J* 2024; 76(1): 133.
3. Firoozabadi MG, Mirzaei M, Grace SL, Vafaeinasab M, Dehghani-Tafti M, Sadeghi A et al. Sex differences in cardiac rehabilitation barriers among non-enrollees in the context of lower gender equality: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord* 2023; 23(1): 329.
4. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. *Curr Probl Cardiol* 2010; 35(2): 72-115.
5. Samayoa L, Grace SL, Gravely S, Scott LB, Marzolini S, Colella TJF. Sex differences in cardiac rehabilitation enrollment: a meta-analysis. *Can J Cardiol* 2014; 30(7): 793-800.

Policy Strategies to Improve Women's Participation in Cardiac Rehabilitation

Masoumeh Sadeghi¹, Marziyeh Najafi², Marjan Jamalian³, Mohammadmahdi Hadavi⁴,
Hamidreza Roohafza⁵, Safoura Yazdekhasti⁶, Neda Dorostkar⁷, Zahra Teimouri-Jervekani⁸

Policy Brief

Executive Summary

Cardiovascular diseases are recognized as the leading cause of annual mortality in the country. Although in past decades the main focus has been on reducing acute mortality from these diseases, today global attention has shifted to the post-discharge phase of patients, namely cardiac rehabilitation. Meanwhile, cross-sectional study evidence indicates gender inequality in recovery from cardiovascular diseases. In this way, women are referred to and have access to rehabilitation programs at a lower rate than men. Even if they participate, rehabilitation indicators are significantly weaker for them. This gap is visible in both access to services and rehabilitation outcomes. In this regard, this policy brief, focusing on research findings and holding an expert panel, presented, analyzed, and explained five suggested strategies to address the issue of women's participation in cardiac rehabilitation programs. These include: "reforming the referral process through education and awareness-raising for physicians and healthcare staff"; "using technology and developing remote rehabilitation programs (telerehab)"; "designing targeted financial and insurance incentives for low-income women"; "establishing easily accessible local rehabilitation centers"; and "flexibilizing programs to meet the specific needs of working women and mothers." Achieving the effectiveness of these strategies, promoting women's health, and optimizing social and economic outcomes for families and society requires cross-sectoral coordination, smart planning, and equity-oriented planning in health policymaking.

Keywords: Cardiac Rehabilitation; Health Policymaking; Women; Referral System; Telerehab

Citation: Sadeghi M, Najafi M, Jamalian M, Hadavi M, Roohafza H, Yazdekhasti S, Dorostkar N, Teimouri-Jervekani Z. **Policy Strategies to Improve Women's Participation in Cardiac Rehabilitation.** J Isfahan Med Sch 2026; 43(839): 1532- 6.

1- Professor of Cardiology, Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2. MD, Interventional Cardiology Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. MSc, Chamran Cardiovascular Medical and Research Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4. MD, Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5. Psychiatrist, Isfahan Cardiovascular Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

6. BS, Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

7. MSc, Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

8. Assistant Professor, Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Zahra Teimouri-Jervekani, Assistant Professor, Cardiac Rehabilitation Research Center, Cardiovascular Research Institute, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: zari.t.j@gmail.com