Original Article

Comparison of quality of life before and after the therapeutic interventions in patients with acute coronary syndrome

Rahnama Z[1], Taghadosi M[2,3*], Mazochi M[4]

1- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
3- Ph.D Candidate, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I. R. Iran.
4- Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R Iran.

Received April 19, 2014; Accepted September 27, 2014

Abstract:

Background: Improving the quality of life (QOL), as the most important goal of therapeutic interventions, is considered in the chronic diseases. This study aimed to evaluate the outcomes of different treatments on QOL in patients with acute coronary syndrome.
Materials and Methods: This cohort study was performed, using the convenience sampling, on 167 patients hospitalized with acute coronary syndrome in Kashan Shahid-Beheshti hospital during 2013-2014. Under the supervision of a cardiologist and based on the standard protolab, the QOL of the patients who were received a drug therapy, angioplasty or bypass graft was evaluated before and two months after receiving the treatments using the short form-36 (SF-36) tools.
Results: One-hundred and sixty-seven patients (mean age, 56.5± 10.22) were studied. Among them 50.3% were female. Angioplasty and drug therapy had positive effects on the mental health and bodily pain dimensions and increased the total score for QOL. Moreover, drug therapy had a positive impact on the social activity dimension (P=0.01). Coronary artery bypass graft improved the role playing dimension (P=0.005). No significant difference was found in QOL among the three groups: drug therapy; angioplasty and coronary artery bypass graft (P=0.67).
Conclusion: Different therapeutic interventions improve the QOL in the acute coronary syndrome and can have a positive effect on some life dimensions of patients.

Keywords: Quality of life, Acute coronary syndrome, Angioplasty**,** Coronary artery bypass graft

* **Corresponding Author.**
Email: taghadosi_1345@yahoo.com
Tel: 0098 913 363 4439
Fax: 0098 31 5554 6633

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, December, 2014; Vol. 18, No 5, Pages 440-447

Please cite this article as: Rahnama Z, Taghadosi M, Mazochi M. Comparison of quality of life before and after the therapeutic interventions in patients with acute coronary syndrome. ***Feyz*** 2014; 18(5): 440-7.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخلات درمانی در مبتلایان به سندروم حاد کرونری

زهرا رهنما [۱]، محسن تقدسی [۲و۳*]، مجید مازوچی [۴]

خلاصه:

سابقه و هدف: بهبود کیفیت زندگی مهمترین هدف مداخلات درمانی در بیماری‌های مزمن قلمداد می‌گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین نتایج استفاده از روش‌های درمانی مختلف بر کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم حاد کرونری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه گروهی حاضر بر روی مبتلایان به سندروم کرونری حاد بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۹۲ با نمونه‌های در دسترس انجام شد. کیفیت زندگی بیمارانی که طبق معیارهای درمانی با نظر متخصص قلب، تحت یکی از روش‌های درمانی دارویی، آنژیوپلاستی یا پیوند عروق قرار گرفتند، با استفاده از پرسشنامه SF36 (Short-form 36) قبل و دو ماه بعد از دریافت درمان‌های فوق ارزیابی شد.

نتایج: تعداد ۱۶۷ بیمار با میانگین سنی ۱۰/۲۲±۵۶/۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند و ۵۰/۳ درصد آنها زن بودند.آنژیوپلاستی و درمان دارویی، نمره ابعاد سلامت عمومی، درد بدنی و نمره کل کیفیت زندگی بیماران را افزایش داد. درمان دارویی نیز بر بعد فعالیت اجتماعی تاثیر مثبت داشت (P=۰/۰۱). پیوند عروق کرونر بعد ایفای نقش را بهبود بخشید (P=۰/۰۰۵) ولی موجب بهبود کیفیت کلی زندگی دو ماه پس از درمان نشد. در مقایسه کیفیت کلی زندگی سه گروه درمانی دارویی، آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد (P=۰/۶۷).

نتیجه‌گیری: درمان‌های مختلف سندروم حاد کرونری در کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده و می‌توانند در بهبود بعضی از ابعاد آن نقش مثبت داشته باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، سندرم حاد کرونر، آنژیوپلاستی، پیوند عروق کرونر

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره هجدهم، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۳، صفحات۴۴۷-۴۴۰

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونری، از مهمترین علل مرگ و ناتوانی در سراسر جهان به شمار می‌روند [۱] و هر ساله منجر به مرگ و میر عده کثیری در سراسر جهان می‌شود [۲]. با نوآوری‌های جدید در زمینه بازسازی عروق و استفاده از داروها، طیف وسیعی از درمان‌ها برای بیماری‌های کرونری در دسترس قرار گرفته‌اند که در پیشگیری از مرگ و میر بواسطه بیماری‌های مذکور موثر می‌باشند. از طرف دیگر، ابتلا به بیماری‌های عروق کرونر ممکن است تاثیری منفی در روال زندگی عادی بیمار گذاشته و بیماران با محدودیت‌هایی در زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی مواجه شوند [۴،۳].

یکی از محدودیت‌های مهم، ناتوانی قلب در خون رسانی و بروز علایم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود. این علایم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند که بر رضایت و کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد. هم‌چنین، محدودیت‌های ایجاد شده وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی وی می‌گردد [۵]. کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف ذهنی و عینی است و از منظر سازمان بهداشت جهانی عبارت است از درک هر فرد از موقعیت خود در زندگی، با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی- اجتماعی که در آن زندگی می‌کند [۶]. عوامل متعددی شامل سن، جنس، بیماری‌های مزمن، سلامت روانی، سبک زندگی و درآمد کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۸،۷]. کیفیت نامطلوب زندگی در بیماران قلبی به‌طور عمده به‌علت بروز علائم متعدد فیزیکی وابسته به بیماری است. هم‌چنین، شدت و تعدد علایم بیماری برای این بیماران ماهیتی تهدید کننده داشته و احساس قریب الوقوع بودن مرگ سبب بروز اختلالات خلقی می‌گردد [۹]. اضطراب، ترس، نگرانی و اختلالات خلقی در نهایت سبب عدم بهره‌مندی از کیفیت زندگی مطلوب در این بیماران می‌شود. در مطالعات قبلی، نوع درمان به‌کار گرفته شده اثرات متفاوتی در کیفیت زندگی بیماران داشته است؛ به-

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۳] دانشجوی دکترای تخصصی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[۴] استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

*** نشانی نویسنده مسئول:**

گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تلفن: ۰۹۱۳ ۳۶۳۴۴۳۹ **دورنویس:** ۰۳۱ ۵۵۵۴۶۶۳۳

پست الکترونیک: taghadosi_1345@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۳۰ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۳/۷/۵

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

طوری‌که در برخی مطالعات، اعمال تهاجمی تاثیر مطلوب‌تری در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته است. در مطالعه جاوید پیوند عروق کرونر در مقایسه با آنژیوپلاستی تاثیر مطلوب‌تری در کیفیت زندگی بیماران داشته است [۱۰]، ولی در مطالعه VanDomburg و همکاران، کیفیت زندگی بیماران تحت درمان آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر تفاوت معنی‌داری نداشته است [۱۱]. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری، متعاقب درمان‌های ارائه شده لازم و ضروری می‌باشد [۱۴-۱۲]. هدف از مطالعه حاضر بررسی مقایسه‌ای اثرات روش‌های درمانی مختلف شامل درمان دارویی، آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر بر کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم حاد کرونری می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه گروهی بر روی مبتلایان به سندروم حاد کرونری مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۹۲ انجام شد. حجم نمونه در هر گروه ۵۵ نفر تعیین گردید. معیارهای ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۳۵ تا ۷۰ سال، نداشتن اختلالات شناختی و افسردگی، عدم سابقه آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر، عدم سابقه سکته قلبی، نداشتن عفونت یا التهاب (بیش از یک هفته) بعد از درمان، عدم ابتلا به بیماری سرطان، نارسایی حاد و مزمن کلیوی و بیمای مزمن انسدادی. و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: عدم امکان پیگری بیماران به‌علت فوت، مهاجرت و غیره و عود بیمار قلبی مانند سکته قلبی مجدد و ارائه مداخلات درمانی جدید. پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان با کد (۱۶۷۹ /۲۹/۵/۱/ب) تائید شد و از همه شرکت کنندگان رضایت آگاهانه اخذ شد. بر اساس نتایج آنژیوگرافی و نظر متخصص قلب بیماران بر اساس نوع درمان تقسیم شدند و کیفیت زندگی بیماران در دو مرحله، ابتدا؛ هفته اول پذیرش بیمار در بیمارستان (به محض ثابت شدن علایم حیاتی و آمادگی بیمار) و سپس دو ماه پس از مداخله درمانی با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سوالی SF36 مورد سنجش قرار گرفت. این پرسشنامه عمومی جهت سنجش کیفیت زندگی عمومی با روایی ۰/۹۵ و پایایی ۰/۹ مورد تایید است [۱۵]. پرسشنامه مذکور حاوی ۳۶ سوال است که ۸ حوزه سلامت عمومی، اختلال در ایفای نقش به‌علت محدودیت‌های جسمی، عملکرد جسمی، درد بدنی، عملکرد روانی، فعالیت اجتماعی، سلامت روان، سر زندگی و نشاط را بررسی می‌کند. نمرات با جمع کردن آیتم‌ها با یکدیگر در یک حوزه و تقسیم کردن نتیجه به دامنه نمرات و سپس تغییر نمرات به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ به‌دست آمد. هرچه نمره به ۱۰۰ نزدیک‌تر بود نمایانگر وضعیت عملکرد و سلامتی بهتری بود. این پرسشنامه به‌صورت عددی از ۰ تا ۱۰۰ تحلیل شد؛ به این صورت که۰ تا ۲۵ کیفیت زندگی نامطلوب، ۲۶ تا ۵۰ متوسط، ۵۱ تا ۷۵ خوب و ۷۶ تا۱۰۰ عالی ارزیابی گردید [۱۷،۱۶]. جهت تحلیل داده‌های به‌دست آمده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، جداول و نمودارها و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری مجذور کای، تی زوجی و آنالیز واریانس یک طرفه با تکرار مشاهدات استفاده شد. مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

از بین ۱۶۷ بیمار وارد شده در مطالعه، ۵۵ نفر تحت درمان دارویی، ۵۶ نفر تحت درمان با آنژیوپلاستی و ۵۶ نفر تحت عمل پیوند عروق کرونر قرار گرفتند. در طول مطالعه یک نفر در گروه آنژیوپلاستی و یک نفر در گروه پیوند عروق کرونر فوت نمودند. ۵۰/۳ درصد بیماران زن بود و میانگین سنی بیماران شرکت کننده ۱۰/۲۲±۵۶/۵ سال بود (جدول شماره ۱). سنجش کیفیت زندگی با آزمون آنالیز واریانس یک طرفه در سه گروه درمانی قبل از مواجهه نشان داد که فقط در بعد درد بدنی تفاوت وجود دارد (جدول شماره ۲). در ابتدای مطالعه میانگین نمره عملکرد جسمی سه گروه یکسان بود و بعد از درمان در گروه آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر کاهش دیده شد که معنی‌دار نبود (جدول شماره ۳). تفاوت قابل توجهی در میانگین نمره بعد اختلال ایفای نقش قبل و بعد از درمان در گروه آنژیوپلاستی و دارو درمانی ملاحظه نشد، ولی روش درمانی پیوند عروق کرونر در این بعد تاثیر مثبت داشت. تفاوتی ما بین میانگین نمره بعد نشاط، سلامت روان و عملکرد روانی در سه گروه ملاحظه نگردید. بیماران گروه درمان دارویی در بعد فعالیت اجتماعی بهبود نشان دادند (P=۰/۰۱). به‌علاوه، درمان دارویی و آنژیوپلاستی بر ابعاد سلامت عمومی و درد بدنی تاثیر داشت. با توجه به مقادیر به‌دست آمده برای نمره کل، کیفیت زندگی در بیماران گروه دریافت کننده دارو و آنژیوپلاستی افزایش یافت و بهبودی در روش پیوند عروق کرونر در سطح ضعیف‌تری مشاهده گردید (جدول شماره ۴).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ۱- توزیع متغیرهای دموگرافیک در بیماران گروه‌های مختلف مطالعه

متغیر زمینه‌ای	سطوح متغیر	دارو درمانی	*PTCA	*CABG	جمع کل	آزمون آماری
جنس	مرد	۲۸(۵۰/۹)	۲۵(۴۵/۵)	۲۹(۵۲/۷)	۸۲	P=۰/۷۳
	زن	۲۷(۴۹/۱)	۳۰(۵۴/۵)	۲۶(۴۷/۳)	۸۳	
سن	میانگین	۵۶/۷۶۳۶	۵۸/۰۱۸۲	۵۴/۷۰۹۱	۵۶/۵	P=۰/۲۳
	انحراف معیار	۱۰/۱۹	۱۰/۰۱	۱۰/۳۷	۱۰/۲۲	
	فاصله اطمینان	(۵۹/۵۲ و ۵۴/۰۱)	(۶۰/۷۲ و ۵۵/۳۱)	(۵۷/۵ و ۵۱/۹۱)	(۵۸/۰۶ و ۵۴/۹۲)	
وضعیت تاهل	مجرد	۲(۳/۶)	۴(۷/۳)	۳(۵/۵)	۹	P=۰/۷۰
	متاهل	۵۳(۹۶/۴)	۵۱(۹۲/۷)	۵۲(۹۴/۵)	۱۵۶	
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۲۹(۵۲/۷)	۱۷(۳۰/۹)	۸(۱۴/۵)	۵۴	P=۰/۰۰۱
	متوسطه	۲۰(۳۶/۴)	۳۶(۶۵/۵)	۴۱(۷۴/۵)	۹۷	
	دانشگاهی	۶(۱۰/۹)	۲(۳/۶)	۶(۱۰/۹)	۱۴	
شغل	شاغل	۱۴(۲۵/۵)	۱۵(۲۷/۳)	۲۲(۴۰)	۵۱	P=۰/۳۶
	بازنشسته	۱۶(۲۹/۱)	۱۴(۲۵/۵)	۹(۱۶/۴)	۳۹	
	خانه دار	۲۵(۴۵/۵)	۲۶(۴۷/۳)	۲۴(۴۳/۶)	۷۵	
تعداد فرزندان	میانگین	۳/۶۵	۳/۰۵	۳/۰۲	۳/۲۴	P=۰/۰۸
	انحراف معیار	۱/۸۷	۱/۷۵	۱/۳۱	۱/۶۷	
	فاصله اطمینان	(۴/۱۶ و۳/۱۵)	(۳/۵۳ و۲/۵۸)	(۳/۳۷ و۲/۶۶)	(۳/۵ و ۲/۹۸)	

* Percutaneous transluminal coronary angioplasty
* Coronary artery bypass grafting

جدول شماره ۲- کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم حاد کرونری در ابتدای مطالعه

ابعاد کیفیت زندگی	گروه	$\overline{X} \pm SD$	آماره آزمون (f)اماره	مقدار احتمال P
سلامت عمومی	دارو درمانی	۱۶/۸۷± ۵۰/۲۹	۱/۱۱	۰/۳۳
	PTCA*	۱۳/۰۱±۵۳/۹۳		
	CABG*	۱۴/۹۵±۵۶/۶۷		
اختلال در ایفای نقش به علت محدودیت های جسمی	دارو درمانی	۳۳/۰۹±۴۲/۰۷	۰/۴۳	۰/۶۵
	PTCA	۳۳/۹۳±۳۹/۸۰		
	CABG	۲۳/۶۱±۳۴/۸۰		
عملکرد جسمی	دارو درمانی	۴۷/۲۱±۳۰/۲۳	۰/۴۰	۰/۶۷
	PTCA	۴۰/۸۹±۲۹/۹۴		
	CABG	۴۷/۲۴±۳۰/۱۴		
درد بدنی	دارو درمانی	۵۰/۸۸±۲۵/۸۵	۳/۴۴	۰/۰۳
	PTCA	۴۸/۹۳±۲۷/۰۱		
	CABG	۶۷/۶۴±۲۰/۸۴		
عملکرد روانی	دارو درمانی	۲۸/۴۳±۴۰/۳۱	۰/۷۱	۰/۴۹
	PTCA	۲۲/۶۲±۳۶/۳۵		
	CABG	۳۷/۰۴±۴۴/۱۲		
فعالیت اجتماعی	دارو درمانی	۵۵/۵۱±۱۹/۵۱	۰/۴۵	۰/۶۳
	PTCA	۵۹/۸۲±۲۱/۶۲		
	CABG	۶۰/۵۸±۲۴/۹۴		
سلامت روان	دارو درمانی	۵۵/۱۸±۱۷/۳۸	۰/۵۷	۰/۵۶
	PTCA	۵۹/۱۴±۱۵/۴۹		
	CABG	۵۴±۲۱/۴۰		
سر زندگی و نشاط	دارو درمانی	۵۲/۰۶±۲۰/۳۴	۰/۶۷	۰/۵۱
	PTCA	۵۷/۸۶±۱۸/۷۲		
	CABG	۵۴/۴۴±۱۹/۳۹		
نمره کل کیفیت زندگی	دارو درمانی	۴۶/۵۸±۲۱/۶۵	۰/۲۰	۰/۸۱
	PTCA	۴۷/۱۴±۱۷/۳۲		
	CABG	۵۰/۱۵±۱۹/۱۲		

* Percutaneous transluminal coronary angioplasty, * Coronary artery bypass grafting

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ۳- تعیین کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم حاد کرونری دو ماه پس از درمان در گروه‌های مطالعه

ابعاد کیفیت زندگی	گروه	$\overline{X} \pm SD$	آماره آزمون اماره (f)	مقدار احتمال P
سلامت عمومی	دارو درمانی	۵۷/۲۱±۱۶/۴۳	۰/۲۷	۰/۷۶
	*PTCA	۵۹/۴۶±۱۴/۲۹		
	*CABG	۵۶/۳۹±۱۳/۷۰		
اختلال در ایفای نقش به علت محدودیت های جسمی	دارو درمانی	۴۳/۳۸±۴۲/۳۳	۰/۶۰	۰/۵۵
	PTCA	۴۷/۳۲±۳۸/۶۹		
	CABG	۵۶/۶۴±۴۸/۳۶		
عملکرد جسمی	دارو درمانی	۴۸/۱۰±۳۰/۰۹	۱/۳۱	۰/۲۷
	PTCA	۳۶/۷۸±۲۸/۴۲		
	CABG	۳۹/۱۶±۲۶/۳۰		
درد بدنی	دارو درمانی	۶۷/۸۷±۲۷/۹۷	۰/۸۹	۰/۴۱
	PTCA	۷۶/۸۷±۲۱/۹۹		
	CABG	۷۰/۹۷±۲۹/۹۹		
عملکرد روانی	دارو درمانی	۳۲/۳۵±۳۸/۰۴	۰/۵۸	۰/۵۶
	PTCA	۳۵/۷۱±۳۸/۴۱		
	CABG	۴۴/۴۴±۳۹/۶۱		
فعالیت اجتماعی	دارو درمانی	۶۲/۵۰±۲۲/۲۰	۰/۶۲	۰/۵۳
	PTCA	۶۲/۹۵±۲۱/۶۵		
	CABG	۵۶/۲۵±۲۰/۲۲		
سلامت روان	دارو درمانی	۵۶/۸۲±۱۶/۸۵	۱/۰۹	۰/۳۴
	PTCA	۵۹/۲۰±۱۲/۸۳		
	CABG	۵۲/۴۴±۱۵/۰۸		
سر زندگی و نشاط	دارو درمانی	۵۳/۹۷±۲۰/۶۲	۰/۳۳	۰/۷۲
	PTCA	۵۶/۹۶±۱۴/۱۰		
	CABG	۵۳/۰۶±۱۷/۱۶		
نمره کل کیفیت زندگی	دارو درمانی	۵۲/۷۷±۲۰/۹۱	۰/۰۵	۰/۹۴
	PTCA	۵۴/۴۱±۱۵/۱۲		
	CABG	۵۳/۷۱±۱۹/۶۸		

*Percutaneous transluminal coronary angioplasty
* Coronary artery bypass grafting

بحث

بر اساس نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر، دو روش درمانی دارویی و آنژیوپلاستی منجر به بهبود بیشتری در کیفیت کلی زندگی بیماران نسبت به روش جراحی پیوند عروق کرونر می‌گردد که در مقایسه با نتایج مطالعات پیشین شباهت‌ها و تناقض‌هایی دارد. بر اساس نتایج مطالعه Rumsfeld و همکاران در آمریکا بر دو روش درمانی آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر، تفاوت معنی‌داری در نمرات بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی، مشاهده نگردید [۱۸]. Van Domburg و همکاران در هلند در یک مطالعه با طول مدت پیگیری یک سال نشان دادند که تفاوتی ما بین کیفیت زندگی گروه بیماران آنژیوپلاستی و گروه بیماران پیوند عروق کرونر وجود ندارد [۱۱]. مطالعه Cohen و همکاران بر روی ۱۸۰۰ بیمار با طول مدت پیگیری یک ماهه نشان داد که تفاوتی بین نمره کل کیفیت زندگی در گروه درمانی پیوند عروق کرونر نسبت به گروه درمانی آنژیوپلاستی وجود ندارد [۱۹]. نتایج مطالعه جاوید و همکاران بر روی ۱۶۸۰ بیمار حاکی از بهبود کیفیت زندگی در گروه پیوند عروق کرونر نسبت به گروه آنژیوپلاستی بود [۱۰].

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ۴- نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه برای مقایسه تغییرات ایجاد شده در کیفیت زندگی بیماران در سه گروه درمانی به تفکیک ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی	گروه	تفاوت میانگین قبل و بعد از مداخله	آماره آزمون اماره (f)	مقدار احتمال P
سلامت عمومی	دارو درمانی	۶/۹۱	۲/۴۴	۰/۰۹
	*PTCA	۵/۵۳		
	*CABG	-۰/۲۷		
اختلال در ایفای نقش به‌علت محدودیت های جسمی	دارو درمانی	۱۰/۲۹	۲/۴۳	۰/۰۹
	PTCA	۱۳/۳۹		
	CABG	۳۳/۳۳		
عملکرد جسمی	دارو درمانی	۰/۸۹	۱/۲۵	۰/۲۹
	PTCA	-۴/۱۰۷		
	CABG	-۸/۰۷		
درد بدنی	دارو درمانی	۱۶/۹۸	۳/۹۹	۰/۰۲
	PTCA	۲۷/۹۴		
	CABG	۳/۳۳		
عملکرد روانی	دارو درمانی	۳/۹۲	۰/۵۹	۰/۵۵
	PTCA	۱۳/۰۹		
	CABG	۷/۴۰۷		
فعالیت اجتماعی	دارو درمانی	۶/۹۸	۲/۰۸	۰/۱۳
	PTCA	۳/۱۲		
	CABG	-۴/۳۳		
سلامت روان	دارو درمانی	۱/۶۴	۰/۳۹	۰/۶۷
	PTCA	۰/۰۵		
	CABG	-۱/۵۵		
سرزندگی و نشاط	دارو درمانی	۱/۹۱	۰/۴۲	۰/۶۵
	PTCA	-۰/۸۹		
	CABG	-۱/۳۸		
نمره کل کیفیت زندگی	دارو درمانی	۶/۱۹	۰/۳۹	۰/۶۷
	PTCA	۷/۲۶		
	CABG	۳/۵۵		

* Percutaneous transluminal coronary angioplasty
* Coronary artery bypass grafting

یک گروه دیگر از محققین طی یک دوره پیگیری شش ماهه دریافتند که کیفیت زندگی در گروه درمانی پیوند عروق کرونر نسبت به گروه درمانی آنژیوپلاستی بهتر است [۲۰]. در یک مطالعه دیگر نشان داده شده است که تفاوت معنی‌داری در کیفیت زندگی دو گروه درمان دارویی و آنژیوپلاستی وجود ندارد [۲۱]. Christopher نیز بیان می‌کند که تفاوت معنی‌داری بین میزان بیماری‌زایی و کیفیت زندگی، درمان دارویی و روش‌های تهاجمی بازسازی عروق دیده نمی‌شود [۲۲] که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. در مطالعه ما نشان داده شد که درمان دارویی و PTCA بر ابعاد سلامت عمومی و درد بدنی تاثیر مثبت داشته است، در صورتی‌که در مطالعه Li و همکاران در طی دوره شش ماهه بعد از درمان، بهبود نمره در هر ۸ بعد کیفیت زندگی بیماران گزارش شده است [۱۷] که می‌توان این تناقض‌ها را به‌دلیل عوامل متعدد موثر بر روی کیفیت زندگی مانند سن، جنس، استرس، سبک زندگی، سطح تحصیلات و درآمد، فرهنگ، شرایط جغرافیایی، مذهب، مهارت پزشک و پرسنل و تجهیزات بیمارستانی توجیه کرد [۲۴،۲۳]. به‌علاوه، طول زمان پیگیری و تعداد افراد شرکت کننده نیز در نتایج به‌دست آمده تاثیر گذارند. Kim و همکاران با مقایسه روش درمانی دارویی و آنژیوپلاستی نشان دادند که نمره کل کیفیت زندگی گروه درمان شده آنژیوپلاستی بالاتر از درمان دارویی است [۲۵]. روش‌های درمان تهاجمی مانند آنژیوپلاستی و پیوند عروق کرونر، علی‌رغم اینکه روش‌های درمان پر خطرتری

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

نسبت به درمان‌های غیر تهاجمی مانند درمان دارویی هستند، ولی به‌علت اینکه منجر به برگشت سریع خون‌رسانی به عضله قلب می‌گردند، تاثیر مطلوب‌تری در درمان بیماران مذکور دارند [۹]. طول زمانی کوتاه پیگیری از عوامل موثر در نتایج به‌دست آمده است. همان‌طور که یافته‌های این مطالعه نیز نشان می‌دهد، بهبود کیفیت زندگی در ابعاد جسمی بسیار مطلوب‌تر از ابعاد روانی بوده است و بعد روانی دو ماه بعد از درمان، تفاوت چشمگیری نسبت به قبل درمان نداشته است و تفاوت معنی‌داری نیز بین سه گروه مشاهده نشد. با این حال، در مطالعه‌ای بر روی بیماران در دوره شش ماهه بعد از درمان در چین، در نمره عملکرد روانی، سلامت روان، سر زندگی و نشاط بهبود مشاهده گردید [۱۷]. مطالعات و بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سندروم حاد کرونری علاوه بر کاهش فعالیت فیزیکی به‌علت کم شدن بازده قلبی، با طیفی از اختلالات روحی روانی مانند اضطراب، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس روبرو هستند که تمامی این عوامل تاثیر شگرفی در کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گذارد [۹،۱۱،۲۱]. بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی تحت درمان‌های تهاجمی و غیر تهاجمی به‌علت مشکلات روحی و کاهش اعتماد به نفس و ترس از فعالیت فیزیکی ممکن است به کندی صورت گیرد و بیماران تا ماه‌ها از عوارض روانی ناشی از بیماری رنج برده و محدودیت در فعالیت جسمی و فعالیت‌های اجتماعی را به‌دنبال دارد [۱۱]. با توجه به اینکه بیماری عروق کرونری تاثیر جدی بر کیفیت زندگی و سلامت روان دارد، طراحی مداخلات مراقبتی و پرستاری با توجه به روش‌های درمانی منجر به سازگاری بیماران خواهد شد. با در نظر کیفیت زندگی قبل و بعد از درمان‌های ایسکمی می‌توان میزان احتیاجات مراقبتی، میزان بستری احتمالی و عوارض بیماری و اقدامات مورد نیاز برای بیمار را برآورد کرد. نقش بازتوانی نیز در این بیماران دارای اهمیت ویژه می‌باشد. با توجه به طول کوتاه این مطالعه به‌دلیل محدودیت زمانی، پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای با همین ساختار در طول زمانی شش ماهه و یک ساله انجام گیرد و با توجه به تفاوت تجهیزات و امکانات پزشکی موجود بین شهرهای کوچک و بزرگ انجام مطالعه مشابه در کلان شهرها نیز لازم است.

نتیجه‌گیری

مداخلات درمانی بر روی مبتلایان به سندروم حاد کرونری می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی شود و ابعاد مختلفی از کیفیت زندگی را ارتقاء بخشد. مطلوب است با توجه به شرایط بیمار، از بین روش‌های درمانی موجود بهترین گزینه برای افزایش کیفیت زندگی بیماران انتخاب شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید. در ضمن این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد و طرح تحقیقاتی با شماره ۹۲۵۲ دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد.

References:

[1] Natarajan A, Samadian S, Clark S. Coronary artery bypass surgery in elderly people. ***Postgrad Med J*** 2007; 83(977): 154–8.

[2] Zhao Z, Winget M. Economic burden of illness of acute coronary syndromes: medical and productivity costs. ***BMC Health Serv Res*** 2011; 11: 35.

[3] Celiński R. The influence of undertaken invasive or medical treatment on the quality of life of patients with acute coronary syndrome. ***Pol Merkur Lekarski*** 2008; 25(148): 320-5.

[4] Ali Ghaleiha A, Emami F, Naghsh Tabrizi B, Ali Hassani A. A Survey on the Frequency of Depression and Anxiety in the Patients with Acute Coronary Syndrome. ***Sci J Hamadan Univ Med Sci*** 2011; 17(4): 43-49. [in Persian]

[5] Giugliano RP, Braunwald E. The Year in Non ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndrome. ***J Am College Cardiol*** 2011; 58(22): 2342-54.

[6] [No authors listed]. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). ***Qual Life Res*** 1993; 2(2): 153-9.

[7] Jiang Y, Hesser JE. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. ***Health Qual Life Outcomes*** 2008; 6: 49.

[8] Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health related quality of life in elderly in Tehran, Iran. ***BMC Public Health*** 2008; 8: 323.

[9] Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. ***Circulation*** 2012; 123(4): e18-e209.

[10] Javaid A, Steinberg DH, Buch AN, Corso PJ, Boyce SW, Pinto Slottow TL, et al. Outcomes of coronary artery bypass grafting versus percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents for patients with multivessel coronary artery disease. ***Circulation*** 2007; 116(11 Suppl): I-200-I-6.

[11] Van Domburg RT, Daemen J, Morice MC, de Bruyne B, Colombo A, Macaya C , et al. Short- and long-term health related quality-of-life and anginal status of the Arterial Revascularisation Therapies Study part II, ARTS-II; sirolimus-eluting stents for

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

the treatment of patients with multivessel coronary artery. ***Euro Intervention*** 2010; 5(8): 962-7.
[12] Tung HH, Chen CY, Lin KC, Chou NK, Lee JY, Clinciu DL, et al. Classification and regression tree analysis in acute coronary syndrome patients. ***World J Cardiovasc Dis*** 2012; 2: 177-83.
[13] Spertus JA, Dewhurst T, Dougherty CM, Nichol P. Testing the effectiveness of converting patients to long-acting antianginal medications: The Quality of Life in Angina Research Trial (QUART). ***Am Heart J*** 2001; 141(4): 550-8.
[14] Morgan MW, Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O'Rourke K, et al. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. ***J Gen Intern Med*** 2000; 15(10): 685-93.
[15] Montazerghaem H, Asar O, Safaei N. Assessing patient's quality of life after open hart surgery in bandar abbass, Iran. ***Med J Hormozgan Univ*** 2011; 15(4): 254-9. [in Persian]
[16] Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. ***Hayat*** 2008; 14(2): 5-1. [in Persian]
[17] Li R, Yan BP, Dong M, Zhang Q, Yip GWK, Chan CP, et al. Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. ***Int J Cardiol*** 2012; 155(1): 90-6.
[18] Rumsfeld JS, Magid DJ, Plomondon ME, Sacks J, Henderson W, Hlatky M, et al. Health-related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary bypass surgery in high-risk patients with medically refractory ischemia. ***J Am College Cardiol*** 2003; 41(10): 1732-8.
[19] Cohen DJ, Van Hout B, Serruys PW, Mohr FW, Macaya C, Den Heijer P, et al. Quality of life after PCI with drug-eluting stents or coronary-artery bypass surgery. ***N Eng J Med*** 2011; 364(11): 1016-26.
[20] Nehrir B, Rahmani Ramezan MNJ, Ebadi A, Babatabar DH, Feyzi F, Sadeghi M. Comparing the life quality of coronary artery disease patients after treatment with coronary bypass artery disease and percutaneous coronary intervention. ***Kowsar Med J*** 2009; 14(3): 175-8. [in Persian]
[21] Pfisterer M, Buser P, Osswald S, Allemann U, Amann W, Angehrn W, et al. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs optimized medical treatment strategy. ***JAMA*** 2003; 289(9): 1117-23.
[22] Christopher P. Revascularisation for everyone? ***Eur Heart J*** 2004; 25(17): 1471–2.
[23] Nedjat S, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R, Montazeri A. Quality of life among an Iranian generalpopulation sample using the World Health Organization'squality of life instrument (WHOQOL-BREF). ***Int J Public Health*** 2011; 56(1): 55-61.
[24] Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources، and social support as determinants of mental health among young adults. ***Quality Life Res*** 2004; 13(1): 161-70.
[25] Kim J, Henderson RA, Pocock SJ, Clayton T, Sculpher MJ, Fox KA. Health-related quality of life after interventional or conservative strategy in patients with unstable angina or non ST-segment elevation myocardial infarction: one-year results of the third Randomized Intervention Trial of unstable Angina (RITA-3). ***J Am College Cardiol*** 2005; 45(2): 221-8.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]