نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal, 2(4), Winter 2014

مقاله پژوهشی اصیل

زندگی دوباره پس از آنژیوپلاستی: یک مطالعه کیفی

عاطفه اله بخشیان[۱]، دانشجوی دکترای پرستاری
هادی حسنخانی[۲]، دکترای پرستاری
*** عیسی محمدی[۳]، دکترای پرستاری**
وحید زمانزاده[۴]، دکترای پرستاری
صمد غفاری[۵]، فوق تخصص قلب و عروق

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف تبیین درک و تجربه بیماران ایرانی از زندگی بعد از آنژیوپلاستی انجام شد.

زمینه. با توجه به شیوع بالای بیماری عروق کرونر و افزایش روز افزون شمار مبتلایان به این بیماری در ایران، و همچنین، فراگیر شدن پروسیجرهای درمانی، همچون آنژیوپلاستی جهت درمان آن و چالش های متعددی که ابعاد مختلف زندگی بیماران را در دوران بعد از درمان تحت تاثیر قرار می دهد، درک عمیق از تجارب این بیماران، نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی آنها دارد.

روش کار. این مطالعه با رویکرد تحقیق کیفی و با روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. مشارکت کنندگان شامل ۲۰ بیمار تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر بودند. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه های بدون ساختار و با نمونه گیری هدفمند شروع شد و تا اشباع داده ها ادامه یافت. تحلیل داده ها به طور مستمر و همزمان با جمع آوری داده ها انجام شد.

یافته ها. در طی فرایند تحلیل داده ها، ۴ درون مایه "تولد دوباره، فرصت دوباره"، "تجدید نظر در نحوه زندگی"، "تصمیم به اصلاح شیوه زندگی"، و "استفاده از منابع حمایتی اجتماعی در دسترس"، بیانگر تجربه و ابعاد درک بیماران از زندگی بعد از آنژیوپلاستی بود.

نتیجه گیری. نتایج این مطالعه درک ما را از تجارب این بیماران ارتقاء می دهد و این، به نوبه خود می تواند مراقبین سیستم سلامت را برای حمایت بیماران و برنامه ریزی برای ارتقاء مراقبت و مشاوره منحصر به فرد و مبتنی بر شناخت نیازهای واقعی بیماران راهنمایی کند.

کلیدواژه ها: آنژیوپلاستی عروق کرونر، تحلیل محتوای کیفی

۱ دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳ دانشیار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: mohamade@modares.ac.ir
۴ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۵ استاد، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

بیماری عروق کرونر یکی از مشکلات عمده در سراسر جهان است (اسکیج و یتس، ۱۹۹۹؛ گازیانو و همکاران، ۲۰۱۰؛ لوپز و همکاران، ۲۰۰۷). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، این بیماری عمده ترین عامل مرگ و میر در جهان می باشد (پترسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ آمار سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۱). در ایران نیز این بیماری مسئول نزدیک به ۵۰ درصد مرگ و میر سالیانه است (حسین و همکاران، ۲۰۱۰؛ معافی و همکاران، ۲۰۱۱؛ سالاری فر و کاظمینی، ۲۰۰۷؛ عباسی و همکاران، ۲۰۱۲). یکی از مهمترین و پیشرفته ترین دستاوردهای دانش پزشکی، فناوری مداخله کرونری از طریق جلدی، یا آنژیوپلاستی است که به عنوان شیوه ای نوین و بی رقیب برای درمان بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر جایگزین جراحی بای پس عروق کرونر شده است (گریس و همکاران، ۲۰۰۸). امروزه این روش به عنوان یک روش کم خطر، اقتصادی و کم تهاجم تر در مقایسه با جراحی، چهره ارائه مراقبت قلبی را تغییر داده است (لاوک و همکاران، ۲۰۰۹)، به طوری که تنها در آمریکا سالانه بیش از ۶۵۰۰۰۰ نفر تحت پروسیجرهای آنژیوپلاستی و تعبیه استنت قرار می گیرند (پترسون و همکاران، ۲۰۱۰). در ایران نیز اگرچه آمار دقیقی در دست نیست، اما با شیوع روزافزون تعداد مبتلایان به بیماری عروق کرونر، روزانه تعداد زیادی از بیماران به مداخلات جراحی (آنژیوپلاستی و جراحی بای پس عروق کرونر) نیاز پیدا می کنند (طالبی زاده، ۲۰۰۹).

در ایران، بیماران تحت عمل جراحی آنژیوپلاستی، یک روز قبل از انجام جراحی بستری می شوند و برای یک دوره یک تا دو روزه بستری هستند. روند ترخیص زودهنگام، باعث هراس بیماران در مورد برآورده نمودن نیازهای سلامتی خود در منزل می گردد. این روند همچنین موجب می شود اعضاء تیم مراقبت سلامتی به خصوص پرستاران زمان کمتری برای بررسی نیازهای متنوع بیماران در دوران بهبودی و درک تجارب بیماران و چگونگی فرایند تطابق بیماران با وضعیت کنونی شان داشته باشند (محمد حسنی و همکاران، ۲۰۱۰). بر اساس مطالعات، پاسخ های منفی این بیماران به تشخیص بیماری عروق کرونر و انجام اقدامات درمانی تهاجمی، از قبیل آنژیوپلاستی و تعبیه استنت، شامل احساس منفعل بودن، طرد شدن، عدم اطمینان، استرس روانی، ناامیدی، ترس، اضطراب، افسردگی و فقدان کنترل بر وضعیت سلامت فردی و جسمی است (گولنیاک و همکاران، ۱۹۹۷؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ رنی و همکاران، ۲۰۱۱؛ گاوو، ۱۹۹۲؛ آستین و همکاران، ۲۰۰۵).

بعد از انجام آنژیوپلاستی، چالش پیش روی بیماران شامل مدیریت علائم بعد از عمل، مشکلات سلامتی بعد از ترخیص مثل عوارض طولانی مدت، تغییرات سبک زندگی و بازگشتن به زندگی عادی و ایفای نقش ها است (اسکیج و ییتس، ۱۹۹۹). به علاوه، علی رغم گسترش، استقبال و اثربخشی آنژیوپلاستی، متاسفانه این پروسیجر نمی تواند سیر آترواسکلروز را در بیمار متوقف کند و به تدریج تنگی های دیگری در عروق سالم و تنگی مجدد در عروق باز شده ایجاد می شود (آندرئولی، ۲۰۰۷؛ عبادی و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات مختلف نشان می دهد که ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران تحت آنژیوپلاستی، در یک دوره دو ساله پیگیری بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر، آنژین راجعه، انفارکتوس میوکارد، مرگ یا تکرار پروسیجر آنژیوپلاستی را تجربه کرده اند (کاستراتی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاواناگ و همکاران، ۲۰۰۴؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). این در حالی است که میزان قابل توجهی از عودها و عوارض ناشی از این بیماری می تواند قابل کاهش و اجتناب باشد (کاندون و مک کارتی، ۲۰۰۶).

کمک به بیماران جهت تطابق با تغییرات سبک زندگی و اصلاح عوامل خطر قابل تعدیل بیماری می تواند در پیشگیری از عود مجدد بیماری و عوارض آن نقش مهمی داشته باشد (رویل، ۲۰۰۵؛ چارلسون و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین، آموزش و مشاوره مراقبین سیستم سلامتی می تواند باعث ایجاد انگیزه در بیماران برای اصلاح سبک زندگی شود، اما سوال این است که آیا آموزش ها و دستورالعمل های استاندارد به تنهایی می توانند برای تشویق بیماران در تغییر الگوی زندگی به منظور پیشگیری از تشدید بیماری و مرگ و میر و ناتوانی موثر باشند؟

با توجه به اینکه آموزش های مرسوم فعلی عموما بر تعدیل عوامل خطر شناخته شده تمرکز دارند و نه بر تجارب منحصر به فرد و واقعی بیماران از بیماری، و با توجه به اینکه تمایل بیماران برای به کارگیری راهبردهای پیشگیری به احتمال زیاد تحت تاثیر درک آنها از وضعیت شان قرار می گیرد (برگمن و برترو، ۲۰۰۱؛ کارنر و همکاران، ۲۰۰۲؛ ویلز و کینمانت، ۲۰۰۱)، و همچنین، با توجه به اینکه عوامل روانی اجتماعی به عنوان اجزاء مهم تاثیر گذار در ایجاد عوارض، و عدم پایبندی به تغییرات توصیه شده در سبک زندگی مطرح هستند (بوسلی و استوارت، ۱۹۹۹)، آگاهی از تجارب بیماران می تواند به ارتقاء آموزش و مشاوره منحصر به فرد هر بیمار کمک کند تا بیماران به عنوان اعضاء فعال در روند بازتوانی مشارکت داشته باشند (جنسن و پترسون، ۲۰۰۳).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

آگاهی اعضاء تیم مراقبت سلامت درباره این که چگونه بیماران، بیماری، درمان و نیازهای متعاقب آن را در محدوده زندگی خود درک می کنند و با آن تطابق می یابند، بسیار مهم است. درک عمیق از تجربیات زندگی می تواند برای هدایت مداخله ها، پیشرفت و توسعه فرایندهای مراقبتی بیمارمحور و بالاخره بهبود نتایج بیمار بسیار موثر باشد (روسی، ۲۰۱۰). با وجود این، مطالعات کیفی اندکی با تمرکز بر روی تجارب بیماران بعد از انجام آنژیوپلاستی صورت گرفته است (گولنیاک و همکاران، ۱۹۹۷؛ گولنیاک و همکاران، ۱۹۹۸؛ گاوو، ۱۹۹۲؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۰)، همچنین، با توجه به شیوع بالای بیماری عروق کرونر و افزایش روز افزون شمار مبتلایان به این بیماری در ایران، اهمیت عوامل فرهنگی اجتماعی و زمینه ای در ابتلا به بیماری عروق کرونر و تشدید آن (بوت و فریدمن، ۱۹۸۷؛ سیم و همکاران، ۱۹۶۴؛ بانکر و همکاران، ۲۰۰۳)، طولانی بودن بیماری، مشکلات تحمیل شده به وسیله بیماری به بیمار و همچنین، فراگیر شدن پروسیجرهای درمانی همچون آنژیوپلاستی جهت درمان این بیماران و چالش های متعددی که ابعاد مختلف زندگی این بیماران را در دوران بعد از درمان تحت تاثیر قرار می دهد، درک عمیق از تجارب این بیماران، نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی آنها دارد. بنابراین، این مطالعه با هدف تبیین درک و تجربه بیماران ایرانی از زندگی بعد از آنژیوپلاستی انجام شد.

مواد و روش‌ها

برای دستیابی به هدف پژوهش، مطالعه ای کیفی با رویکرد تحلیل محتوای کیفی مرسوم (conventional) انجام شد. تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق، به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده های متنی است که از طریق فرایند طبقه بندی منظم، منجر به شناسایی درون مایه ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن می شود (هسیه و شانون، ۲۰۰۵). این رویکرد، انتخاب مناسبی برای کشف تجارب روزمره درباره احساسات و هیجانات انسان است (اسپزیال و همکاران، ۲۰۱۱).

شرکت کنندگان مطالعه کیفی بر اساس تجارب دست اول شان در مورد یک فرایند اجتماعی فرهنگی یا پدیده مورد توجه انتخاب می شوند (اسپزیال و همکاران، ۲۰۱۱). مشارکت کنندگان در این مطالعه دارای ویژگی های ذیل بودند: آگاهی از بیماری خود و پروسیجر انجام شده (آنژیوپلاستی عروق کرونر)، حداقل سن ۱۸ سال، قادر به برقراری ارتباط به زبان فارسی یا آذری و تحمل مصاحبه، و گذشت حداقل یک ماه از انجام آنژیوپلاستی.

شرکت کنندگان در این مطالعه، ۱۳ مرد و ۷ زن بین سنین ۳۷ تا ۷۰ سال بودند. فرایند نمونه گیری از تیر تا بهمن ۱۳۹۲ ادامه یافت. مصاحبه ها بین ۲۵ دقیقه تا ۱/۵ ساعت بود. جهت تعمیق یافته ها در چهار مورد، با مشارکت کنندگان مصاحبه مجدد انجام شد که مجموعا تعداد مصاحبه ها به ۲۴ مصاحبه افزایش یافت. مکان انجام مصاحبه ها به وسیله خود مشارکت کنندگان انتخاب می شد که در محل زندگی، محل کار، بیمارستان یا مطب پزشک معالج بود. نمونه گیری هدفمند بر اساس تجربه پدیده مورد نظر که آنژیوپلاستی عروق کرونر بود انجام شد. روش جمع آوری داده ها مصاحبه، از نوع نیمه ساختار یافته چهره به چهره و عمیق بود و با موافقت افراد شرکت کننده ضبط شد تا در مراحل بعدی برای تحلیل به کار روند. در ابتدا، مصاحبه به صورت باز شروع شد تا داده های غنی از شرکت کنندگان به دست آید و ضمن حفظ جریان مصاحبه، متناسب با هدف پژوهش از جهت دهی مصاحبه توسط محقق ممانعت گردید. نمونه گیری تا اشباع داده ها، یعنی تا زمانی که مقوله ها اشباع شوند، ادامه یافت. سوال اصلی این مطالعه " معنی زندگی پس از آنژیوپلاستی برای شما چیست؟" بود که پرسش هایی همچون "لطفا راجع به زندگی تان پس از انجام آنژیوپلاستی و تغییراتی که در آن ایجاد شده صحبت کنید"، و "یک روز معمول زندگی خود را چگونه می گذرانید؟" پیگیری می شد. همچنین، بر حسب ضرورت، سوالات پیگیری کننده نظیر "لطفا بیشتر توضیح دهید"، "لطفا یک مثال بزنید"، "اگر در این مورد خاطره ای دارید، بیان کنید"، "وقتی می گویید ... منظورتان چیست؟"، "در این مورد چه احساسی داشتید؟" و ... استفاده می شد. حین انجام مصاحبه ها، پژوهشگر واکنش ها، احساسات و عواطف مشارکت کنندگان را تحت نظر داشت و در صورت لزوم، یادداشت برداری می کرد و پس از بازنویسی مصاحبه ها، این یادداشت ها را در حاشیه متن مصاحبه ها می نوشت. تمام مصاحبه ها پس از چندین بار شنیده شدن، به فاصله کوتاهی، توسط پژوهشگر کلمه به کلمه بازنویسی می شد. در این مطالعه از مصاحبه ۱۶ به بعد، داده یا کد جدیدی حاصل نشد و کدهای قبلی تکرار گردید، اما برای اطمینان بیشتر چهار مصاحبه دیگر هم انجام شد و اطلاعات جدیدی که منجر به کدگذاری و تشکیل طبقات جدید گردد حاصل نشد.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

برای تحلیل داده از روش تحلیل محتوای کیفی مرسوم استفاده شد (هسیه و شانون، ۲۰۰۵). تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها انجام شد. متن مصاحبه ها بارها بازخوانی شدند. متن داده ها با استفاده از نرم افزار Max-QDA، نسخه ۱۰ مورد تحلیل قرار گرفت. داده ها به واحدهای معنایی تبدیل و به دفعات، بازبینی و سپس کدگذاری شدند، تا افکار، ایده ها و معانی نهفته در آن آشکار شود. در این راستا، وقایع و موضوعاتی که نشانه پدیده بوده یا جانشین آن می شدند نام گذاری یا کدگذاری شد، که هر یک به منزله یک مفهوم بود. نام گذاری کدها از کلمات مشارکت کنندگان (کدهای زنده)، پژوهشگر ساخته یا برگرفته از زمینه بود.

پس از استخراج کدهای اولیه، مواردی که از نظر مفهومی شباهت داشتند یا معنای مرتبط به هم داشتند در یک گروه قرار داده شدند که همان طبقات بودند و برای نام گذاری هر طبقه، از مفاهیمی که معرف کدهای هر طبقه بود و دارای انتزاع بیشتری بود، استفاده شد. این روند تحلیل واحدها ادامه یافت تا طبقات فرعی و اصلی ظهور یابند. سپس با تامل دقیق و عمیق و مقایسه طبقات با یکدیگر، درون مایه ها کشف شدند (جدول شماره ۱). فرایند تجزیه و تحلیل به وسیله افزودن هر مصاحبه و تغییر در طبقات، ادامه یافت.

جهت انجام پژوهش، مجوز کمیته منطقه ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز کسب شد. به تمام افراد شرکت کننده اطلاعات مورد نیاز جهت شرکت در مصاحبه داده شد. فرم رضایتنامه کتبی از تمام شرکت کنندگان اخذ شد. به شرکت کنندگان اطمینان خاطر از محرمانه بودن تمام اطلاعات داده شد.

جدول شماره ۱: یک نمونه از روند تحلیل داده ها

داستان	کد	طبقات	درونمایه
"من احساس می کنم که یه بیمار خوشبخت تری بودم که مشکلم با آنژیو برطرف شد، در صورتی که خیلی از هم سن و سالای من کارشون به عمل قلب باز کشید، برای من و تمام افرادی که این مشکل رو دارن نجات بخش بوده خیلی از اقوام من با این مشکل قلبی رفتن، ولی آنژیو هست که زندگی رو دوباره بر میگردونه، این ارزشمنده"	احساس خوشبختی به دنبال حل شدن مشکل با آنژیوپلاستی، احساس نجات یافتن به وسیله آنژیوپلاستی، خوشحالی از نرفتن زیر عمل جراحی قلب، احساس برگشت مجدد به زندگی	نجات یافتن با	تولد دوباره
""آنژیو پلاستی زندگیمو عوض کرد، منو نجات داد، خیلی بهم کمک کرد".	احساس نجات یافتن بوسیله آنژیوپلاستی		
"من ارزش زندگیمو بعد از آنژیو فهمیدم، به خودم گفتم حالا که یه فرصت دوباره بهم داده شده باید تو زندگیم هدف داشته باشم."	پی بردن به ارزش زندگی هدف گذاری در زندگی به دنبال به دست آوردن فرصت دوباره زندگی	فرصت دوباره	
"حالا که یه فرصت دیگه بهم داده شده، برای یک زندگی طبیعی و سالم، باید برنامه ریزی کنم که من میخوام اینجوری کنم."	برنامه ریزی برای زندگی سالم به دنبال به دست آوردن فرصت دوباره زندگی		

ارزیابی دقت تحقیق کیفی با معیارهای مقبولیت یا قابلیت اعتبار، قابلیت ثبات، قابلیت تائید و انتقال پذیری انجام می شود (اسپزیال و همکاران، ۲۰۱۱). در این تحقیق، ابتدا محققین تفکرات خود در مورد پاسخ هائی که انتظار شنیدن آنها از مشارکت کنندگان را داشتند ثبت کردند و در طی تحقیق سعی نمودند از تاکید بر این موارد اجتناب ورزند (پولیت و تاتانو، ۲۰۰۹). در این مطالعه سعی شد با حضور کافی در محیط پژوهش، از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان مختلف و جمع آوری داده ها در مکان های مختلف (تلفیق) و به اشتراک گذاشتن کدگذاری ها و متن با اساتید و شرکت کنندگان قابلیت اعتبار داده ها افزایش یابد. در این تحقیق، محققین مشارکت کنندگان را از شهرهای مختلف (تبریز، اصفهان، تهران) انتخاب کردند تا قابلیت انتقال را ایجاد کند. همچنین، سعی شد تا روش تحقیق مورد استفاده به دقت و تفصیل بیان شود، به گونه ای که خوانندگان، قادر به پیگیری فرایند تحقیق حاضر باشند. برای تناسب، از روش نمونه گیری با حداکثر تنوع، یعنی انتخاب مشارکت کنندگان از لحاظ تعداد دفعات آنژیوپلاستی، مدت زمانی که از انجام آنژیوپلاستی گذشته است، سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات و شغل استفاده شد. یک نمونه از روند تحلیل داده ها در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

یافته ها

مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. شرکت کنندگان، بین ۳۷ تا ۷۰ سال سن داشتند و میانگین سنی آنها، ۵۶/۴۶ سال بود. همچنین، مدتی که از آنژیوپلاستی می گذشت بین ۳ ماه تا ۱۰ سال با میانگین ۴/۷ سال بود. طی فرایند تحلیل داده ها، از توصیف های غنی و عمیق مشارکت کنندگان، ۳۴۸ کد اولیه استخراج شد. این کدها پس از چند بار مرور، خلاصه سازی، و بر اساس تشابه و تناسب طبقه بندی شدند. در مجموع، معنای درونی آن ها با تحلیل و مقایسه، به صورت چهار درون مایه اصلی شناسایی و نامگذاری شدند. این درون مایه ها شامل "تولد دوباره، فرصت دوباره"، "تجدید نظر در نحوه زندگی"، "تصمیم به اصلاح شیوه زندگی"، و "استفاده از منابع حمایتی اجتماعی در دسترس" بودند.

جدول شماره ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
زن	(۳۷)۷
مرد	(۶۵)۱۳
وضعیت تاهل	
متاهل	(۸۰)۱۶
بیوه	(۱۰)۲
مطلقه	(۵)۱
مجرد	(۵)۱
شغل	
کارمند	(۳۰)۶
خانه دار	(۲۰)۴
بازنشسته	(۳۰)۶
آزاد	(۲۰)۴
سطح تحصیلات	
ابتدایی	(۱۵) ۳
زیر دیپلم	(۲۰) ۴
دیپلم	(۳۵) ۷
لیسانس	(۲۵) ۵
فوق لیسانس و بالاتر	(۵) ۱

تولد دوباره، فرصت دوباره

این درون مایه بیانگر احساس و درک بیماران از نجات بخشی آنژیوپلاستی و بازگشت به زندگی است که از دو زیر درون مایه "نجات و بازگشت به زندگی" و "فرصت دوباره" استخراج شده است.

نجات و بازگشت به زندگی. درک نجات بخش بودن آنژیوپلاستی یکی از درون مایه های مهم بود که از بیان تجارب مشارکت کنندگان استخراج گردید. در پی تشخیص بیماری عروق کرونر و درک خطر این بیماری، که به عنوان یک بیماری تهدید کننده

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

حیات محسوب می شود، انجام آنژیوپلاستی به عنوان یک رویداد نجات دهنده تلقی می شود. بیماران به دنبال مواجهه با یک بیماری مهلک، آنژیوپلاستی را نجات بخش می دانند و از بازگشتن به زندگی و رهایی از چنگال مرگ احساس خوشبختی می کنند. به دنبال این رویداد و مواجهه، بیماران اغلب علی رغم احساس وجود بیماری به علت از بین رفتن علایم حاد بیماری احساس راحتی و سلامت بیشتری را بیان می کنند:

"آنژیو یه وسیله بسیار بسیار خوبه بسیار... یعنی چطور بگم؟ آنژیو می ره تو بدن شما، شما بهتر می دونین، خیلی کار کرده، اگه کاری نکرده بود خوب حالم اینطوری نبود. فنر قطعا اون جایی که بسته بوده باز کرده، نجات بخشه..." بیمار دیگر در این زمینه چنین می گوید: "اون موقع فکر کردم همه چی تموم شد، مردم. ولی وقتی آنژیو شدم احساس کردم به زندگی برگشتم".

فرصت دوباره. نجات بخشی آنژیوپلاستی به منزله فرصتی برای بیماران درک و تجربه می شود که به واسطه آن، شانس زندگی دوباره را به دست آورده اند. یکی از بیماران زن با سن ۶۱ سال درباره درک و تجربه خود چنین می گوید: "راحت شدم، ... واقعا عمر دوباره است. یه تولد دیگه است که خدا به آدم یه فرصت دوباره میده".

تجدید نظر در نحوه زندگی

تجربیات مشارکت کنندگان نشان می دهد که آنژیوپلاستی یک شانس دوباره به آنها داده است که موجب پی بردن به ارزش هدیه گران بهای زندگی و به دنبال آن تعمق و بازنگری در اهداف زندگی شده است و به بیماران کمک می کند تا فرصتی را که با رهایی از چنگال مرگ به آنها داده شده است مغتنم بشمارند و با نگاهی تازه، زندگی را دوباره ببینند و برای سالم زیستن هدف گذاری کنند.

درک ارزش زندگی. درک زندگی دوباره منجر به پی بردن بیماران به ارزش زندگی می شود و آنان سعی می کنند از فرصتی که برای زندگی مجدد به آنها داده شده استفاده کنند، که منجر به تجدید نظر در نحوه زندگی و هدف گذاری شان در زندگی می گردد. یکی از بیماران مرد با سن ۵۱ سال گفت: "من ارزش زندگیمو بعد از آنژیو فهمیدم، به خودم گفتم حالا که یه فرصت دوباره بهم داده شده باید تو زندگیم هدف داشته باشم و برای یه زندگی سالم برنامه ریزی کنم".

توجه بیش از پیش به سلامتی. در شرایطی که بیماران خود را در مرز بین مرگ و زندگی می بینند و با به دست آوردن فرصتی دوباره به آغوش زندگی باز می گردند، سعی می کنند تا با تمام قوا از این هدیه بی همتای الهی محافظت کنند و قدردان آن باشند و با تعدیل، از رفتارهای غلط گذشته که سلامت شان را به مخاطره می اندازد دوری کنند. یکی از مشارکت کنندگان در این مورد چنین می گوید: "...، حالام که یه فرصت دیگه بهم داده شده باید قدرشو بدونم ... خوب دیگه اون کارایی که می کردم که به سلامتیم ضربه می زد، مثلا سیگار نکشم، حرص و جوش نخورم، غذامو رعایت کنم ...". بیمار دیگر در این مورد چنین می گوید: "اون موقع قبل از آنژیوپلاستی زندگیم خیلی بی برنامه بود، بی تحرک بودم، رژیممو رعایت نمی کردم، ولی الان نه دیگه، باید خیلی مراقب سلامتیم باشم، پیاده روی کنم، رژیممو رعایت کنم ...".

تصمیم به اصلاح شیوه زندگی

در رویارویی با بیماری مهلک، احساس نجات بخشی و بازگشت به زندگی، بیمار از سبک غلط زندگی که آن را علت ایجاد بیماری می داند احساس پشیمانی می کند و سعی در جبران شیوه غلط زندگی گذشته و ایجاد تغییرات مثبت و برگزیدن یک زندگی سالم دارد.

پشیمانی از سبک زندگی گذشته. اکثر بیماران در سبک زندگی قبل از بیماری شان تامل می کنند و با به دست آوردن اطلاعات و وجود پیش دانسته های قبلی در مورد عوامل ایجاد کننده بیماری، از اینکه در گذشته شیوه زندگی غلطی را دنبال کرده و با رفتارهای نادرست خود باعث ایجاد بیماری شده اند احساس پشیمانی و ندامت می کنند و در صدد جبران اشتباهات گذشته بر می آیند. بیماران با تعمق و تامل بر زندگی شغلی و خانوادگی، رفتارهای غلط مثل استعمال دخانیات، و استرس های قابل اجتناب در زندگی روزمره که می توانسته اند آنها را مهار، کنترل و از اثر سوء آنها بر ابتلا و پیشرفت بیماری بکاهند، به این نتیجه می رسند که رفتارهای غلط گذشته، آنها را در این موقعیت قرار داده است و بنابراین، در این شرایط و زمینه، تصمیم به دوری از عوامل خطر درک شده در ایجاد بیماری و ایجاد تغییرات مثبت در سبک زندگی خود می گیرند.

یکی از مشارکت کنندگان که در شغل خود، قبل از ابتلا به بیماری، شرایط پر استرسی را تجربه کرده بود، استرس های شغلی را منبع ایجاد و تشدید بیماری می داند و در این مورد می گوید: "من قبلا مدیر بودم، وقتی بیماری اومد رفتم استعفا دادم. دیدم که با روحیم

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

سازگار نیست، مشکلات که بالا میره آدم عصبی میشه، فشار و قند بالا می ره، متاسفانه دیر عمل کردم، قبل از اینکه به بیماری دیابت که یه کم ریشه اش عصبیه مبتلا بشم. اگه به وقتش استعفا می دادم دیابت نمی گرفتم و اگه دیابت نداشتم، صد در صد بیماری قلبی هم نمی گرفتم". بیمار دیگر در این مورد می گوید: "اینجوری بگم، فقط می گم، خودمون کردیم، گریه لازم نداره، خودم مواظب نبودم، مثلا اون ماسکی که جلوی گرد و خاک رو می گیره، خیلی ساده قابل تهیه هست اونو نمی خریدیم، می گفتم هیچی نمی شه، حتی من این دیدگاه رو داشتم کارگر جماعت اگه روزی صد گرم خاک بخوره اون وقت خسته شده و کار کرده، من تا قبل از بیماریم این دیدگاهو داشتم، ولی الان قطعا اون دیدگاه رو ندارم".

تعهد و انضباط برای تغییر در سبک زندگی. تامل و تعمق بیماران در مورد عوامل ایجاد کننده بیماری، و احساس پشیمانی از رفتارهای غلط گذشته که منجر به بروز بیماری شده است، باعث می شود تا با درک ارزش گوهر والای زندگی و با درک این واقعیت که خطر بیماری باز هم در کمین شان است، با ایجاد انضباط و تعهد در زندگی نسبت به هدف شان که اصلاح سبک زندگی برای پیشگیری از پیشرفت و عود بیماری است، اقدام کنند. یکی از مشارکت کنندگان در این باره می گوید: "... همین اعصاب، دوری از دخانیات، رژیم غذایی و یک زندگی طبیعی و سالم، باید برنامه ریزی کنه که من میخوام اینجوری کنم و پایبند باشه بهش که من می خوام اینجوری باشم. من می خوام چنین زندگی رو برنامه ریزی کنه، من نشستم فکر کردم گفتم سیگار منو برای بار دوم روانه بیمارستان کرد... نتیجه گرفتم که حماقت خودم بوده، پس اومدم نشستم کلاهمو قاضی کردم که یه زندگی سالم و هدفدار داشته باشم".

یکی از مشارکت کنندگان در مورد ترک عادت های غلط و ایجاد انضباط در زندگی اش چنین می گوید: "بعد عمل یه سری اهداف آدم تو زندگیش ترتیب میده که من باید اینجوری زندگی کنم. اهدافی که خودش برای خودش درست می کنه یه چیزای منضبط تری پیش میاد که باید چجوری بگم به اونام فکر می ده، فرضا من ساعت ۷ –۸ میرفتم بانک یه نیم ساعت دیر می رفتم ولی الان ۲ ماهه میگم نه من باید ساعت ۷ چی؟ سرکارم حاضر باشم و ۲:۳۰ از بانک بیام خونه. یعنی باعث شده منضبط تر باشین؟ بله. دیگه چی؟ اون دفعه اول که من سرسری گرفتم چوبشو تو دفعه دوم خوردم ... یعنی ارزش زندگیمو بعد از آنژیوی دوم فهمیدم".

استفاده از منابع حمایتی اجتماعی در دسترس

نیاز به حمایت در بیماران پس از مواجهه با موقعیت بیماری، گذر از دوران حاد در دوران بهبودی پس از آنژیوپلاستی و بازگشت به زندگی بعد از آنژیوپلاستی در بیماران بسیار بارز است. در تمام گفتگوهای انجام شده با بیماران در مراحل مختلف بیماری و درمان، بیماران از وجود حامی در کنار خود صحبت می کنند که در شرایط مختلف نوع و نحوه حمایت ها متفاوت است.

اتکاء به خانواده (مهمترین منبع کسب حمایت). حمایت نزدیکان فرد بیمار مخصوصا همسر بیمار از اولین مراحل تشخیص و درمان بیماری کاملا مشهود است. اکثر بیماران در مرحله حاد و بحرانی آغاز علایم بیماری به حمایت خانواده متکی هستند و گاهی به خاطر وخامت شرایط جسمی و ناتوانی در مراجعه سریع به مراکز درمانی، خانواده را ناجی خود می دانند. در این مرحله، اکثر بیماران از حمایت اطرافیان برای رساندن سریع بیمار به مرکز درمانی، یافتن مرکز درمانی مناسب، یافتن بهترین پزشک برای انجام آنژیوپلاستی بهره مند می شوند. پس از طی شدن مراحل اولیه و بحرانی بیماری و انجام آنژیوپلاستی نیز در سازگار شدن بیمار با شرایط جدید و محدودیت های ایجاد شده ناشی از بیماری، خانواده نقش بسیار مهم و به سزایی دارد. در این میان، آگاهی خانواده از بیماری و سیر آن و درمان، در نحوه و میزان حمایت آنها از بیمار تاثیر بسیار مثبتی دارد. در افرادی که نزدیکان آنها در حوزه سلامت تحصیل و کار می کنند یا آگاهی از نوع بیماری و علایم بیماری، درمان و تغییرات سبک زندگی بیشتر است، میزان حمایت در تمام مراحل، بهتر و بیشتر وجود دارد. مشارکت کننده ای در این مورد چنین می گوید: "دخترام ...، اونا خیلی مراقبم هستن، غذامو به مادرشون میگن چطوری درست کنه، داروهامو تذکر می دن، برا وقت دکترم اونا بیشتر حواسشون هست". بیمار دیگر می گوید: "دخترم خیلی بهم می رسه، مراقبمه، چی بخورم؟ نخورم؟ داروهامو...".

اکثر بیماران حمایت و مراقبت خانواده را در کمک به خود برای سازگار شدن با شرایط جدید و بیماری خود بسیار مهم تلقی می کنند. در این بین، درک و حمایت همسر بیمار به عنوان نزدیک ترین شخص به وی نقش بسیار مهمی در پذیرش موقعیت و سازگار شدن با وضعیت جدید و تبعیت از تغییرات سبک زندگی ایفا می کند. یکی از بیماران در این مورد چنین می گوید: "بعد از آنژیو یه نوع حالتایی هست تو خونواده، مواظبت می کنن، مواظبم هستن، مثلا می ریم تفریح گردش، فوری برا من یه کاپشن میارن که تو اینو بپوش سرما نخوری. به سینت سرما میزنه، نه اینکه ترحم باشه ها نه، و من هم راضیم". بیمار دیگر در مورد نگرانی و مراقبت خانواده

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

چنین می گوید: "خونوادم خیلی نگران من هستن. از نظر عاطفی خوبن. نگرانم میشن. همین سیگارو می کشم خیلی گوشزد می کنن. به فکرم هستن. تحت فشار نمی ذارن".

اتکاء و استفاده از حمایت همتایان. یکی از منابع مهم حمایتی برای بیماران در زندگی پس از آنژیوپلاستی همتایان فرد یعنی کسانی هستند که در شرایط مشابه وی به سر می برند. بیماران سعی می کنند با تکیه بر تجارب همتایان شان و کسب اطلاعات و آگاهی از آنها طی شدن مسیر پر نشیب و فراز زندگی پر چالش خود را در رسیدن به حد مطلوب و قابل قبول سلامت طی کنند. خیلی اوقات مشاهده افرادی که سالها با شرایط مشابه بعد از آنژیوپلاستی زندگی نسبتا طبیعی داشته اند به عنوان یک منبع امید و آرامش برای بیماران آنها را به آینده امیدوار می کند و عدم اطمینان و ترس شان را کم می کند و به ایشان در سازگاری با شرایط جدیدشان کمک می کند. یکی از مشارکت کنندگان در مورد تاثیر مثبت همتایان بر روند بهبودی و کسب توانایی ها پس از آنژیوپلاستی چنین می گوید: "حالا مریضیم که ... کسایی رو می بینه که شبیه خودش آنژیو شدن، حالا دو ماه از این جلوترن، چه جوری دارن ورزش می کنن، اینم می تونه اونطوری فعالیت کنه، از نظر روحی براش یه اطمینانی ایجاد می کنه ...".

در طی حضور در مطب ها و بیمارستان ها و مراکز بازتوانی، تبادل اطلاعات و تجارب، صمیمیت و دوستی، یکی از موارد بارزی است که بین همتایان به چشم می خورد. به نظر می رسد درک تجارب مشترک، شرایط سنی مشابه و مشکلات و چالش های مشابه عامل مهمی در نزدیک شدن بیماران به هم باشد.

بحث

این مطالعه، اولین مطالعه از نوع خود در ایران است که نشان دهنده تجارب بیماران ایرانی از زندگی بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر می باشد. یافته های این مطالعه شامل درون مایه ها یا مفاهیمی است که در ارتباط با یکدیگر، درک و تجارب واقعی بیماران را از زندگی بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر به تصویر می کشد، به طوری که معنا یا درک بیماران از زندگی بعد از آنژیوپلاستی شامل طیفی از تجارب شامل احساس نجات یافتن، باز تعریف اهداف زندگی و تغییر نگرش نسبت به زندگی و تصمیم برای اصلاح شیوه زندگی و اتکاء و استفاده از منابع حمایتی در دسترس می باشد.

بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر، آنژیوپلاستی را نقطه تحول در زندگی خود حس و درک می کنند، به طوری که بعد از مواجهه با یک بیماری مهلک، فرصت دوباره زندگی را به آنها بخشیده است و در پی این فرصت دوباره برای ادامه زندگی، در اهداف خود نسبت به آینده تجدید نظر می کنند و در صدد اتخاذ تصمیماتی برای داشتن یک زندگی سالم هستند. این یافته با یافته های مطالعه پترسون و همکاران (۲۰۱۰) هماهنگ است. همچنین، در مطالعه برگمن و برترو (۲۰۰۳) که بر روی بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد انجام شد، از دیدگاه بیماران، زمان بعد از ترخیص از بیمارستان، زمانی بود که آنها به دنبال یافتن راهی سالم تر و بهتر برای زندگی بودند. ترک دخانیات، اصلاح رژیم غذایی و کاهش استرس های محیطی از جمله برنامه های بیماران بود. همچنین، مطالعه نورکوال و همکاران (۲۰۰۸) بر روی بیماران بعد از انفارکتوس حاد میوکارد، نیز یافته های این مطالعه را حمایت می کند. به علاوه، نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد، هر چه بیماران درک بهتری از تهدید بیماری داشته باشند، انگیزه برای تغییرات سبک زندگی در آنها بیشتر است. آستین و همکاران (۲۰۰۹) هم در مطالعه خود بر روی بیماران بعد از آنژیوپلاستی، نشان دادند که درک بهتر از خطر ایجاد شده توسط بیماری، انگیزه بیشتری برای ایجاد تغییرات در سبک زندگی بعد از آنژیوپلاستی به دنبال دارد. یافته های مطالعه کاندون و مک کارتی (۲۰۰۶) در مورد تغییرات سبک زندگی پس از انفارکتوس میوکارد نیز نشان می دهد که مشارکت کنندگان عادت های غلط سبک زندگی را به عنوان عامل ایجاد کننده بیماری درک کرده اند و بروز بیماری به عنوان عامل انگیزشی جهت ایجاد تغییرات مثبت و اصلاح شیوه زندگی توسط آنها درک و تجربه شده است.

زندگی پس از آنژیوپلاستی با چالش های متعددی در ابعاد مختلف زندگی بیماران همراه است. مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر اتکاء به حمایت های خانواده و همتایان و نقش حمایتی آنها را یکی از مهمترین عوامل تسهیل کننده روند بهبودی و سازگاری با شرایط جدید زندگی و چالش های همراه با آن می دانستند. نتایج مطالعات دیگر در این زمینه نیز نتایج مطالعه حاضر را حمایت می کند (کریستوفرزون و همکاران، ۲۰۰۷؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ نجفی و امامی، ۲۰۱۳).

این یافته ها با ادراکات و تجارب مشابه و مشترک از بیماران در مطالعات مختلف، علیرغم انجام آنها در زمان های متفاوت و جوامع مختلف با امکانات و فرهنگ کاملا متفاوت، همگرایی دارد. این همگرایی احتمالا به دلیل ماهیت اثرات مشترک بیماری و پیامدهای

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

این مداخله درمانی بر کیفیت زندگی و حل مشکلات حاد بیماران می باشد. با توجه به نتایج مطالعه به نظر می رسد اصلاح درک بیماران از خطر ناشی از بیماری و همچنین، ماهیت آنژیوپلاستی که یک پروسیجر برای تسکین علایم بیماری است و نه درمان قطعی بیماری، نه تنها می تواند در ایجاد انگیزه برای تغییرات مثبت در سبک زندگی موثر باشد، بلکه بیماران را قادر می سازد تا در تصمیم گیری در مورد جنبه های مختلف که زندگی شان را تحت تاثیر قرار می دهد درگیر شوند.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان می دهد درک بیماران از آنژیوپلاستی در بردارنده درون مایه ها یا ابعادی متفاوت مثل احساس نجات یافتن و باز تعریف اهداف زندگی، تلاش برای اصلاح شیوه زندگی و اتکاء و استفاده از منابع حمایتی در دسترس می باشد. این نتایج، درک ما را از تجارب این بیماران ارتقاء می دهد و این به نوبه خود می تواند مراقبین سیستم سلامت را برای حمایت بیماران و برنامه ریزی برای ارتقاء مراقبت و مشاوره منحصر به فرد بیماران راهنمایی کند تا با تقویت جنبه های مثبت ادراکات بیماران، زمینه را برای ارتقاء مشارکت آنها در روند مدیریت بیماری شان فراهم کند و به ایشان در جهت سازگاری با چالش های ناشی از رویارویی با بیماری، کمک و مشاوره لازم را ارائه دهند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از کلیه مشارکت کنندگان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز اعلام می دارند.

منابع

Abbasi SH et al. 2012. Gender differences in the risk of coronary artery disease in Iran. Iranian journal of public health, 41, 36.

Andreoli T, Benjamin IJ, Griggs R, Wing E.. 2007. Andreoli and Carpenter's Cecil essentials of medicine, 8 th ed, Saunders.

Astin F, Closs S, MC lenachanJ, Hunter S,Preistly C. 2009. Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality? Journal of advanced nursing, 65, 72-83.

Astin F,Jones K,Thompson D. 2005. Prevalence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 34, 393-401.

Bergman E, Bertero C. 2001. Youcan do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. Journal of advanced nursing, 36, 733-741.

Bergman E, Bertero C. 2003. 'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2, 303-310.

Blum A, Blum C. 2009. Coronary artery disease: Are men and women created equal? Gender medicine, 6, 410-418.

Booth-Kelvey SFreidman H. 1987. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. Psychological bulletin, 101, 343.

Bunker S, et al. 2003. " Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. Medical Journal of Australia, 178,.۲۷۶-۲۷۲

Buselli E, Seuvart M. 1999. Influence of psychosocial factors and biopsychosocial interventions on outcomes after myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing, 13, 60-72.

Charlson M, et al. 2002. Improving health behaviors and outcomes after angioplasty: using economic theory to inform intervention. Health education research, 17, 606-618.

Condon C,MCcarthy G. 2006. Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing, 5, 37-44.

Ebadi A, Moradian T, Feizi F,Asiabi M. 2011. Comparison of hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment. Iranian journal of cririal care nursing, 4, 97-102.

Gaw B. 1992. Motivation to change life-style following PTCA. Dimensions of critical care nursing, 11, 68-73.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Gaziano T, et al. 2010. Growing epidemic of coronary heart disease in low-and middle-income countries. Current problems in cardiology, 35, 72-115.
Gilbert J, Brboud J, Zeinman B. 2004. Meta-analysis of the effect of diabetes on restenosis rates among patients receiving coronary angioplasty stenting. Diabetes Care, 27, 990-994.
Grace A, Adams D, Trifa F. 2008. Why physicians favor use of percutaneous coronary intervention to medical therapy: a focus group study. J Gen Intern Med, 23, 1458-63.
Gulniak M, Bleily A, Perino B, Keoch V. 1997. Patients' responses to the angioplasty experience: a qualitative study. American Journal of Critical Care, 6, 25-32.
Gulniak M, Bleily A, Perino B, Keoch V. 1998. Recovery patterns and lifestyle changes after coronary angioplasty: the patient's perspective. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 27, 253-262.
Hosseinzadeh T, Paryad E. Kazemnejad E. 2011. Predictors of diet self efficacy in coronary artery disease patients. The journal of nursing and midwifery faculty guilan medical university, 20(64): 8-13.
Hsieh HF, Shanon SE.. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research, 15, 1277-1288.
Jensen BO, Petersson K. 2003. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. Patient education and counseling, 51, 123-131.
Karner A,Goransson ABergdahl B. 2002. Conceptions on treatment and lifestyle in patients with coronary heart disease—a phenomenographic analysis. Patient education and counseling, 47, 137-143.
Kastrati A, et al. 2005. Sirolimus-eluting stent or paclitaxel-eluting stent vs balloon angioplasty for prevention of recurrences in patients with coronary in-stent restenosis. JAMA: the journal of the American Medical Association, 293, 165-171.
Kavangah CA, et al. 2004. Localdrug delivery in restenosis injury: thermoresponsive co-polymers as potential drug delivery systems. Pharmacology & therapeutics, 102, 1-15.
Kristofferson M, Lofmark R,Carlsson M. 2007. Striving for balance in daily life: experiences of Swedish-women and men shortly after a myocardial infarction. Journal of clinical nursing, 16, 391-401.
Lauck S, Jonson J, Partner P. 2009. Self care behaviour and factors associated with patient outcomes following same day discharge percutaneous coronary intervention. European journal of cardiovascular nursing, 8, 190-199.
Lopez V, Poon CY, Way Y. 2007. Physical, psychological and social recovery patterns after coronary artery bypass graft surgery: A prospective repeated measures questionnaire survey. International journal of nursing studies, 44(8),1304-1315.
Moafi S, Zolaktaf V, Rabiei K, Hashemi M. 2011. Effects of home-based exercise rehabilitation on quality of life after coronary artery bypass graft and PCI early post-discharge. Zahedan Journal ofResearch in Medical Sciences, 13, 25-30.
Mohammadhasani M, Farahani B, Zohour A, Panahiazar SH. 2010. Self care ability based on orem's theory in individuals with coronary artery disease. Iranian journal of crirical care nursing, 3, 87-91.
Najafi Gezelgeh T, Emami A. 2013. Strategies for recreating normal life: Iranian coronary heart disease patients' perspectives on coping strategies. Journal of clinical nursing, 23(15-16). 2151-2161.
Norekval T, et al. 2008. The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. European Journal of Cardiovascular Nursing, 7, 80-87.
World health statistics, 2011, World Health Organization.
Peterson JC, et al, 2010. Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 39, 105-115.
Polit DF,Ttano C, 2009. Essentials of nursing research, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
Renee T, Robyn G, Judith D, 2011. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions.Heart & Lung: The journal of acute and critical care, 40(3), 185-192.
Reol RM, 2005, Will drug-eluting stents replace coronary artery bypass surgery? Texas Heart Institute Journal, 32, 323.
Rossi L, 2010. Recovery from a coronary event: underestanding the nature of the patient's journey. doctor of philosophy, boston.
Salarifar M, Kazemeini S, 2008. Prevalence of Coronary Artery Disease and related risk factors in first degree relatives of patients with premature CAD; Tehran Heart Center. Tehran University Medical Journal (TUMJ), 65(1), 49-54.
Skaggs BG, Ytes BC, 1999, Quality of life comparisons after coronary angioplasty and coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 28, 409-417.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR, 2011. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative, Lippincott Williams & Wilkins.

Syme SL, Hyman MM, Enterine PE, 1964. Some social and cultural factors associated with the occurrence of coronary heart disease. Journal of chronic diseases, 17**,** 277-289.

Talebizadeh N, Mirzazadeh A, 2009. epidemiologic model of ischemic heart disease in iran. payesh, 8**,** 163.

Wiles R, Kinmonth A, 2001, Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. Patient education and counseling, 44**,** 161-169.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal, 2(4), Winter 2014

Original Article

Second life after angioplasty: a qualitative study

Atefeh Allahbakhshian[1], Ph.D Candidate
Hadi Hasankhani[2], Ph.D,
*** Eesa Mohammadi[3], Ph.D,**
Vahid Zamanzadeh[4], Ph.D
Samad Ghaffari[5], MD

Abstract

Aim. The aim of this study is to clarify the perception and experience of life in Iranian patients after angioplasty.

Background. Regarding the high prevalence of coronary artery disease and increasing number of patients in Iran, and widespread use of medical procedures such as angioplasty for the treatment and due to multiple challenges during the post-treatment which affect different dimensions of lives of patients, an in-depth understanding of the experiences of patients plays a significant role in improving the quality of their lives.

Method. Qualitative approach with content analysis method was used to conduct the study. Purposeful sampling was used to recruit 20 patients who had experienced angioplasty. Data were collected through semi-structured interviews. The interviews were analyzed using qualitative content analysis method.

Findings. During the process of data analysis, four themes reflected the experience and dimensions of life in patients after angioplasty, which included "rebirth, another opportunity", "revising lifestyle", "deciding to modify lifestyle" and "the use of available social support resources".

Conclusion. The results of this study will enhance our understanding of patients' experiences and this, in turn, can guide health care system to support patient care and planning to promote care and unique counseling programs along with understanding of the real needs of the patients.

Keywords: Coronary angioplasty, Qualitative content analysis

1 Ph.D candidate, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2 Assistant Professor, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
3 Associate Professor, Medical Sciences Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: mohamade@modares.ac.ir
4 Associate Professor, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
5 Professor, Department of Cardiology, Cardiovascular Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]