نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۱

Cardiovascular Nursing Journal
1(2), Summer 2012

www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی «بای پس» عروق کرونر و آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال از راه پوست

فاطمه بهرام نژاد[۱]، دانشجوی دکترای آموزش پرستاری
یونس محمدی[۲]، دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی و آمار زیستی
* احمد علی اسدی نوقابی[۳]، دانشجوی دکترای پرستاری
هادی سیف[۴]، کارشناسی ارشد بیهوشی
محسن امینی[۵]، کارشناس پرستاری
بهاره شهبازی[۶]، دانشجوی کارشناسی پرستاری

خلاصه

هدف. هدف از انجام این مطالعه مقایسه کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونرو آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال از راه پوست، قبل،سه، شش و دوازده ماه پس از عمل بود.

زمینه. آنژیوپلاستی ترانس لومینال و پیوند بای پس عروق کرونر از روشهای درمانی رایج در بیماری عروق کرونر می باشند. به‌دنبال آنژیوپلاستی ترانس لومینال، بیمار تنها یک روز در بیمارستان بستری می شود و نسبت به پیوند بای پس عروق کرونر هزینه های کمتری پرداخت می کند، اما باید دید که آیا بین کیفیت زندگی افراد در این دو گروه اختلافی وجود دارد.

روش کار. این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی چهار مرحله‌ای آینده نگر بر روی ۱۱۵ بیمار با عمل آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال و ۱۲۶ بیمار تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در فاصله سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای ۴۰ سؤالی با پرسش‌هایی درباره مشخصات دموگرافیک، اطلاعات بیماری و کیفیت زندگی واحد های مورد مطالعه بود. در تحلیل داده‌ها از آزمون های آماری تی تست، کای دو، آزمون دقیق فیشر و آزمون فریدمن استفاده شد.

یافته ها. نتایج پژوهش نشان داد هر دو گروه پس از عمل، افت کیفیت زندگی داشته اند ($p\leq ۰/۰۰۱$). اما کیفیت زندگی در هر دو گروه تحت مطالعه در فاصله سه، شش و دوازده ماه بعد از عمل با هم اختلاف آماری معنی داری داشته است ($p\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری. لازم است تیم درمان، بیماران و خانواده هایشان را پس از انجام هر کدام از این عمل‌ها حمایت کنند و آموزشهای لازم در این دوران را به بیماران بدهند و آنها را تشویق به پیگیری وضعیت بیماری خود نمایند.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، عمل جراحی بای پس عروق کرونر، آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال

۱ـ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲ـ دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳ـ مربی، عضو هیات علمی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول): پست الکترونیک: asadi8906@gmail.com
۴ـ کارشناسی ارشد بیهوشی، مربی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵ـ کارشناس آموزش و پژوهش واحد فوریت‌های ۱۱۵، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۶ـ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

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

مقدمه

بیماری های قلبی عروقی از علل اصلی مرگ و میر در جهان می باشند. در کشورهای پیشرفته سالیانه ۵۰ درصدمرگ ها یا ۵ میلیون از ۱۲ میلیون مرگ، ناشی از بیماریهای قلبی عروقی می باشند. در ایران مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی عروقی در فاصله سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۸۵ از ۲۷ درصد به ۳۷ درصد رسیده است (افضلی و همکاران،۲۰۰۸). در صورت عدم پاسخگویی به درمان دارویی، آنژیوپلاستی کرونری از راه پوست (PTCA) [1] و بای پس عروق کرونر (CABG) [2] از مؤثرترین روشهای درمانی این بیماری می‌باشند (ووهربرگ، ۱۹۹۹). CABG از سال ۱۹۷۴ و PTCA از سال ۱۹۸۱ در درمان بیماریهای عروق کرونر استفاده می شوند (بارکیت و همکاران،۲۰۰۳). در سال ۱۹۹۹ تخمین زده شده است که ۵۷۱۰۰۰ مورد CABG و یک میلیون PTCA انجام گرفته است (هافمن و همکاران، ۲۰۰۳). معمولاً به‌دنبال PTCA، بیمار تنها یک روز در بیمارستان بستری می شود و هزینه کمتری را نسبت به سایر روشهای تهاجمی از جمله CABG پرداخت می کند، اما نیاز است این بیماران در طی ۵ سال اول پس از ترخیص برای پیگیری های بعدی به مرکز درمانی مراجعه کنند (اشترلد و همکاران، ۲۰۰۱). CABG، یکی از پروسیجرهای جراحی استاندارد در درمان بیماریهای عروق کرونر است و در ۶۰ درصداز بیماریهای عروق کرونر از این روش درمانی استفاده می‌شود (سرویز و همکاران، ۲۰۱۰). این روش ها علاوه بر این که نقش مهمی در تسکین آلام و درد بیماران دارند و باعث افزایش بقا می‌شوند (دیجک و همکاران، ۲۰۰۰)، باعث بهبود کیفیت زندگی افراد نیز می گردند (لاپونن و همکاران،۲۰۰۸). در دهه های اخیر برای تعیین مؤثر بودن مداخلات در درمان بیماریهای عروق کرونر به بررسی کیفیت زندگی این بیماران پس از درمان می پردازند (استوود و همکاران، ۲۰۱۰).

بیماری به‌عنوان یک بعد فیزیکی به دلیل ناتوانی که به‌دنبال دارد کیفیت زندگی فرد را (جسمی و روحی) تحت تأثیر قرار می دهد و این که درمان بیماری، کیفیت زندگی را افزایش یا کاهش می دهد باید بررسی شود (نصیری و همکاران،۲۰۰۹). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که شامل وضعیت فیزیکی، روانی و اجتماعی می شود، یک احساس خوب بودن است که از رضایت و عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند ناشی می‌شود. کیفیت زندگی به عنوان یک پیامد مهم و پاسخ بیمار به بیماری، درمان یا پاسخ به یک فرایند خاص شناخته شده است (بصام پور، ۲۰۰۴). طی دو دهه گذشته علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن به صورت یک هدف درآمده است. باری (۲۰۰۹) می نویسد طی ۱۰ سال گذشته تحقیقات زیادی انجام گرفته است تا کیفیت زندگی بیماران قلبی را تعیین کند؛ کاهش کیفیت زندگی این بیماران به اثبات رسیده است. پاسکولی و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند تغییر یا عدم تغییر سبک زندگی در تعیین کیفیت زندگی بیماران پس از PTCA نقش اساسی دارد.

تغییر کیفیت زندگی به مدت زمانی که از انجام پروسیجر می گذرد بستگی ندارد، بلکه به عوامل متعددی همچون جنس (در زنان، پس از PTCA کیفیت زندگی پایین تر است)، سن، آنژین ناپایدار، دیابت ملیتوس، تعداد رگ های درگیر و وجود ترومبوز بستگی دارد (فورتیسکو،۲۰۰۳). رودریگوئز (۲۰۰۲) می نویسد بیمارانی که تحت PTCA بوده اند با توجه به تغییر زندگی خود، احساس ضعف و محدودیت بیشتر نسبت به بیماران تحت CABG دارند و نگرانی این افراد نسبت به آینده بیشتر است. پژوهشگر در خصوص مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت CABG و PTCA قبل از عمل و در دوره‌های پس از عمل در ایران پژوهشی مشاهده نکرد. لذا بر آن شد تا تحقیقی با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت عمل PTCA و CABG قبل، سه، شش و دوازده ماه بعد از عمل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دهد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه از نوع پیگیری طولی و کوهورت به‌صورت آینده نگر در فاصله سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ است که جمعیت مورد مطالعه آن بیماران تحت عمل PTCA یا CABG در بیمارستان منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. مجموعاً تعداد ۲۰۰ بیمار بر اساس معیارهای ورود به پژوهش مشخص شدند: کاندید عمل CABG یا PTCA، بیماران کمتر از ۶۵ سال، بیماران بدون بیماری مزمن جسمی و روانی، بیماران دارای سواد خواندن و نوشتن یا در حال زندگی با فردی که دارای سواد خواندن و نوشتن است، بیماران با داشتن دسترسی به تلفن و عدم داشتن پیس میکر. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر ۴۰ سوال بود که شش سوال آن در رابطه با مشخصات دموگرافیک، پنج سوال مربوط به بیماری و ۲۹ سوال دیگر به کیفیت زندگی واحدهای تحت مطالعه اشاره می کرد که با مصاحبه، خودگزارش‌دهی و مشاهده تکمیل شد. این پرسشنامه دارای سه بخش جسمی، روانی و اجتماعی است و ابزاری استاندارد است که در داخل کشور بارها در پژوهشهای متعدد به کار برده شده، بومی سازی شده و روایی و پایایی آن سنجیده شده است.

پس از کسب رضایت نامه از مسئولین دانشکده و مسئولین بیمارستان و بخش، پژوهشگر به بیمارستان مراجعه نمود و پس از توضیح

1- Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA)
2- Coronary Artery Bypasses Graft (CABG)

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

عنوان و اهداف پژوهش، رضایت نامه کتبی مبنی بر شـرکت در پژوهش از بیماران اخذ نمود. به بیماران توضیح داده شد که هر زمان تمایل داشته باشند میتوانند از مطالعه خارج شوند وعدم همکاری آنها برای ادامه انجام طرح رابطه درمانی وی با پزشک معالج و مرکز درمانی را تحت تأثیر قرار نمیدهد. پرسشنامه قبل از عمل توسط بیمار پر می شـد و اطلاعات مربوط به بیماری از پرونده تکمیل می گردید. سپس سه، شـش و دوازده ماه پس از عمل فرمی به همراه یک پاکت تمبر شده و یک نامه شامل آموزشهای لازم برای تکمیل فرم برای بیماران ارسال می شد. اگر شرکت کننده فرم را دریافت نکرده بود مجدداً برایش ارسال می گردید. در صورتی که فرد در مدت یک ماه به دنبال پیگیری تلفنی پرسشنامه را تکمیل نمی کرد از مطالعه حذف می شـد. در طول مطالعه، شماره تماس پژوهشگر در اختیار بیماران قرار داده شد و به آنها گفته شد در صورت بروز هر گونه مشکل یا داشتن سوال می توانند با وی تماس بگیرند. همچنین، به آنها توضیح داده شد در صورتی که نیاز به گرفتن وقت از پزشک معالج داشتند می توانند با پژوهشگر تماس بگیرند تا وی برای آنها وقت بگیرد. داده ها با کمک آزمون‌های آماری تی تست، کای دو، آزمون دقیق فیشر، ویلکاکسون و آزمون فریدمن و با نرم افزار SPPS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

یافته ها نشان داد میانگین سنی بیماران تحت CABG و PTCA به ترتیب ۵۲/۸۸ و ۵۱/۶۵ سال بود. همچنین،در ۳۹/۷ درصد از واحدهای مورد پژوهش از زمان تشـخیص تا زمان عمل CABG آنها بین یک تا شش‌ماه و در ۴۵/۲ درصدافراد کمتر از یک ماه از زمان بیماری آنها می گذشت. مشخصات دموگرافیک واحدها به تفکیک در جدول شـماره ۱ ذکر شده است. بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت PTCA قبل و سه ماه پس از عمل نشان داد کیفیت زندگی قبل از عمل و سه ماه بعد از عمل در بیماران PTCA اختلاف آماری معنی دار داشته است و میانگین امتیاز کیفیت زندگی،سه ماه بعد از عمل نسبت به میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل از عمل کاهش داشته است (P=۰/۰۴). همچنین، یافته ها نشان داد قبل از عمل، اکثریت بیماران PTCA دارای کیفیت زندگی متوسط بوده اند که این وضعیت در مرحلهٔ شش ماه بعد از PTCA مطلوب شده است. اختلاف کیفیت زندگی قبل از عمل و شش ماه بعد از عمل در بیماران PTCA معنی دار بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی، شش ماه بعد از عمل نسبت به میانگین کیفیت زندگی قبل از عمل افزایش یافته بود (p≤۰/۰۰۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی و مطلق مشخصات دموگرافیک واحدهای تحت پژوهش در دو گروه CABG و PTCA

متغیر	نوع عمل	CABG تعداد (درصد)	PTCA تعداد (درصد)
سن (سال)	کمتر از ۴۰	۶(۴/۸)	۱۰ (۸/۷)
	۴۰-۵۰	۴۳ (۳۴/۱)	۴۱ (۳۵/۷)
	۵۰-۶۰	۵۲ (۴۱/۳)	۶۲ (۳۵/۹)
	بالاتر از ۶۰	۲۵ (۱۹/۸)	۲ (۱/۷)
جنس	مرد	۱۰۴ (۸۲/۵)	۸۲ (۷۱/۳)
	زن	۲۲ (۱۷/۵)	۳۳ (۲۸/۷)
تأهل	مجرد	۲ (۱/۶)	۲ (۱/۷)
	متاهل	۱۲۴ (۹۸/۴)	۱۱۳ (۹۸/۳)
وضعیت اشتغال	کارگر	۹ (۲۳)	۱۱ (۹/۶)
	کارمند	۴۶ (۳۶/۵)	۲۹ (۲۵/۲)
	آزاد	۳۳ (۲۶/۲)	۴۳ (۳۷/۴)
	بیکار	۱ (۰/۸)	۳ (۲/۶)
	خانه دار	۱۷ (۱۳/۵)	۲۹ (۲۵/۲)

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

در بررسی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش، قبل از عمل با یکسال بعد از عمل، دیده شد کیفیت زندگی در هر دوی این مراحل نسبتاً مطلوب بوده اســت و اختلاف آماری معنی داری بین آنها مشاهده نشــد (P/۱۱۴ =۰). همچنین، یافته ها نشان داد که کیفیت زندگی اکثر بیماران تحت CABG (۶۵/۱ درصد) قبل از عمل در سطح نسبتاً مطلوب بود در حالی که کیفیت زندگی ۳۶ نفر (۴۰ درصد) آنها سه ماه بعد از عمل در حد نامطلوب ونسبتاً مطلوب قرار داشت. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد قبل از عمل و سه ماه بعد از عمل تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی این بیماران وجود نداشــت (P=۰/۶۹۶). اما تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی بیماران در شش‌ماه و یکسال بعد از عمل با قبل و سه ماه بعد از عمل وجود داشت (p≤۰/۰۰۱). به‌طور کلی آزمون آماری فریدمن نشان داد کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG در چهار مرحله قبل از عمل، سه، شش و دوازده ماه بعد از عمل با هم اختلاف آماری معنی داری داشته است (p≤۰/۰۰۱). مقایســه کیفیت زندگی افراد تحت عمل CABG و PTCA نشان داد قبل و سه ماه بعد از عمل اختلاف معنی داری بین دو گروه از نظر کیفیت زندگی وجود نداشت (P=۰/۲۱۱). اما کیفیت زندگی واحدها در دو گروه تحت عمل شش ماه بعد از عمل با هم اختلاف معنی داری داشت و میانگین کیفیت زندگی بیماران در گروه PTCA بیشتر از گروه تحت عمل CABG بود (p≤۰/۰۰۱). یک سال بعد از عمل، کیفیت زندگی افراد تحت عمل CABG در سطح بهتری از کیفیت زندگی افراد تحت عمل PTCA بود و با هم اختلاف معنی داری داشتند (p≤۰/۰۰۱) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی در گروه PTCA و CABG

نوع عمل	کیفیت زندگی	نامطلوب	نسبتا مطلوب	مطلوب
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
CABG	قبل	۲۹ (۲۳)	۸۲ (۶۵/۱)	۱۵ (۱۱/۹)
	سه ماه بعد	۳۶ (۴۰)	۳۶ (۴۰)	۱۸ (۲۰)
	شش ماه بعد	۱۰ (۱۲/۸)	۱۸ (۲۳/۱)	۵۰ (۴۶/۱)
	دوازده ماه بعد	۰ (۰)	۱ (۱/۴)	۲۵ (۳۴/۲)
PTCA	قبل	۲۵ (۲۷/۱)	۷۵ (۶۵/۲)	۱۵ (۱۳)
	سه ماه بعد	۴۰ (۴۸/۲)	۳۲ (۳۸/۶)	۱۱ (۱۳/۲)
	شش ماه بعد	۱۰ (۱۳/۹)	۲۳ (۳۱/۹)	۳۸ (۵۲/۸)
	دوازده ماه بعد	۲۲ (۳۴/۴)	۳۴ (۵۳/۱)	۸ (۱۲/۵)

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد قبل و سه ماه بعد از عمل تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران تحت CABG و PTCA وجود نداشت. قبل از درمان بیماری ایسکمیک قلبی، به دلیل آترواســکلروز و کاهش ذخیره خون در ماهیچه های قلبی، علایمی همچون دردهای آنژینی متناوب، کاهش ذخیره خون در ماهیچه ها، آریتمی و کاهش فعالیت‌های فیزیکی فرد وجود دارد و فرد توانایی حاضر شــدن در محیط کار خود را ندارد که به دنبال آن از نظر روانی افت می کند (دانگون و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین، با توجه به نتایج، کیفیت زندگی بیماران در شــش ماه پس از عمل PTCA نســبت به CABG بالاتر بوده اســت. ریو و همکارانش معتقدند کیفیت زندگی افراد تحت عمل CABG به‌علت افســردگی بعد از عمل تحــت تأثیر قرار می گیرد (ریو و همــکاران، ۲۰۰۳). باز و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند در صورتی کیفیت زندگی افراد پس از عمــل CABG افزایش پیدا می کند که فرد طول مدت کمی را پس از عمل در بیمارستان بستری باشد. آنها معتقدند که تنها انجام عمل CABG منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد پس از عمل نمی شود، بلکه کنترل اضطراب و اســترس قبل و بلافاصله چند روز پس از عمل نقش مهمی را در بهبود کیفیت زندگــی افراد در بلند مدت دارد. اما مرسیر (۲۰۰۸) می گوید کیفیت زندگی بیماران قبل از عمل CABG پایین است و کیفیت زندگی این بیماران از روزهای نخستین پس از عمل به دلیل تسکین علایم و حمایت روحی و روانی، به‌خصوص در بعد روانی و جسمی بهبود پیدا می کند و به مرور با گذشت زمان و با بهبود فعالیتهای فیزیکی متعاقباً بعد روانی فرد تقویت می شود. در نتیجه، افزایش امید به زندگی در فرد ایجاد می شود که خود منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد می گردد. کاونســکی و همکاران (۲۰۰۸) در بررســی کیفیت زندگی زنان یائسه تحت عمل جراحی CABG به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی زنان شش ماه و یکسال پس از عمل CABG با هم تفاوت معنی داری دارد و با گذشت زمان کیفیت زندگی این زنان بهبود پیدا می کند. بارناسون و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند تنها زمانی عمل CABG منجر به افزایش کیفیت زندگی می شود که علایم فیزیکی بیماری ایسکمی قلبی، به خصوص خستگی را بهبود بخشد یا کاهش دهد. برارسون و

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

همکاران(۲۰۰۲) معتقدند که طی پنج‌سال پس از عمل، در حدود سه پنجم از بیماران تحت عمل CABG دارای کیفیت زندگی بالایی میشوند. آنها دلیل این امر را توجه فرد و خانواده به سلامتی وی ذکر می کنند. پیگیری و کنترل روند بیماری توسط فرد باعث افزایش کیفیت زندگی در بلند مدت می شود. آنها معتقدند در کوتاه مدت به‌دلیل عوارض عمل و عوارض بیماری، همچنین اضطراب فرد پس از عمل در خصوص نتیجه عمل، طول مدت بستری در بیمارســتان و پرداخت هزینه های عمل و بیمارستان، معمولاً کیفیت زندگی فرد در سطح پایینی است. ماستریگت و همکارانش در مطالعه ای در سال ۲۰۱۰ بیان کردند هر چه زودتر بیمار از بیمارستان ترخیص شود کیفیت زندگی اش افزایش پیدا می کند.فوورینو و همکاران در سال(۲۰۰۷) نشان دادند کیفیت زندگی بیماران یکسال پس از عمل CABG افزایش پیدا می کند. مارکو ونیوز (۲۰۰۷) معتقدند افزایش یا کاهش کیفیت زندگی پس از عمل CABG بستگی به جنس، شدت بیماری و شرایط خانوادگی افراد دارد.

همان طور که مشخص است نتایج برخی از پژوهش‌های فوق با نتیجه پژوهش حاضر هم خوانی دارند و معتقدند که در ماه‌های اول پس از عمل CABG کیفیت زندگی افراد در سطح پایینی است و در طولانی مدت کیفیت زندگی آنها افزایش پیدا می کند. بویلر و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند کیفیت زندگی افراد با PTCA، به دلیل تنگی مجدد عروق و نیــاز به تکرار دوباره این عمل تغییری نمی کند و در بسیاری از موارد اگر فرد، بیماری زمینه ای همچون دیابت هم داشته باشد پس از عمل ممکن است کیفیت زندگی وی کاهش پیدا کند. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. همان طور که از نتایج پیدا است تنها در سه ماه پس از عمل کیفیت زندگی کاهش پیدا کرده بود و پس از آن در طی شــش و دوازده ماه پس از عمل PTCA کیفیت زندگی افزایش پیدا کرده است.اشترلد و همکاران (۲۰۰۱) معتقدند تنها یک تا دو هفته پس از PTCA کیفیت زندگی فرد پایین است و این مدت زمانی است که هنوز فرد احساس درد در قفسه سینه، ضعف و خســتگی، کوتاهی تنفس را دارد و پس از آن با رفع این علایم کیفیت زندگی فرد افزایش پیدا می کند. حتی اگر پس از اولین بار عمل PTCA نیاز به باز کردن مجدد عروق باشد، کیفیت زندگی فرد کاهش پیدا نمی کند. فرتسکیو و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند افزایش یا کاهش کیفیت زندگی پس از عمل به عوامل متعددی همچون داشتن بیماری زمینه ای، وضعیت روانی قبل از عمل، جنس فرد، درگیری چند رگ، وجود یا عدم وجود ترومبوز بستگی دارد و مدت زمان پس از عمل ارتباطی به کیفیت زندگی ندارد. به اعتقاد میلارد و همکاران (۲۰۰۰) در شش‌ماه اول پس از عمل PTCA ۴۰تا ۵۰ درصدآنها نیاز مجدد به تکرار این عمل دارند و همین امر کیفیت زندگی آنها را تحت الشعاع قرار می دهد. آرتور و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند کیفیت زندگی افراد پس از PTCA بستگی به مدت زمانی که فرد در لیست انتظار برای انجام این عمل بوده است دارد و هر قدر مدت زمان بین تشخیص بیماری تا زمان عمل کمتر باشد کیفیت زندگی فرد پس از عمل سریع تر افزایش پیدا می کند و مدت طولانی تری نیز بالا باقی می‌ماند.

آنچه که از نتایج این تحقیق بر می آید این است که روشهای CABG و PTCA در تغییر کیفیت زندگی افراد با بیماریهای عروق کرونر مؤثرند اما این که کدام یک واقعاً مؤثرتر اســت یا ســایر عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران چیست نیاز به تحقیق بیشتری دارد. پژوهشگر، مطالعه ای که کیفیت زندگی این دو عمل را با هم مقایسه کند، نیافت. از آنجایی که این مطالعه نیاز به پیگیری داشت دارای محدودیتهایی نیز بود. در مراحل اولیه که بیماران در بیمارستان بستری بودند، مشکلات بسیار کمتر و قابل چشم پوشی بود. تنها مشکل موجود، کم حوصلگی بعضی از بیماران بود که برای رفع آن در فرصت های مناسب پرسشهای لازم به عمل می آمد. در مراحل بعد پژوهشگر با محدودیت‌هایی همچون تغییر آدرس و تلفن بعضی از بیماران، کوتاهی در ارسال پرسشنامه، کم حوصلگی بعضی از بیماران در جواب دادن یا ارسال پرسشنامه، فوت برخی از بیماران و عدم کنترل عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مواجه بود. پژوهشگر امیدوار است در پژوهش‌های بعدی که در این زمینه انجام می شود با تدبیر صحیح محدودیت‌های این گونه پژوهش‌ها کمتر شود.

نتیجه گیری

از آنجایی که بیماریهای عروق کرونر شایع ترین بیماری در سراسر جهان می باشند لذا توجه به کنترل، پیشگیری و درمان آنها مسئله مهمی برای تیم درمانی و نظام سلامت هر جامعه ای می باشد. علاوه بر درمانهای دارویی در این بیماریها، درمانهای تهاجمی و نیمه تهاجمی همچون PTCA و CABG نیز کاربرد زیادی دارند. در صورت اداره صحیح بیماران پس از این رویه هامی توان کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء داد و به افزایش بقاء آنها کمک کرد. پژوهشگر احتمال می دهد عواملی همچون ضعف و درگیری بعد فیزیکی و روحی افراد قبل از عمل، استرس و اضطراب، ترس از مرگ، نگرانی در خصوص آینده و دلواپسی هزینه‌های ترخیص از عواملی هستند که در کیفیت زندگی افراد پس از عمل CABG و PTCA تأثیر می گذارند. با این وجود نیاز به پژوهش‌های بیشتری در این زمینه وجود دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشــگاه علوم پزشــکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شــماره قرارداد ۲۶۴۳مورخ ۱۳۸۴/۹/۱۳ می باشد که بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، ریاســت و معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری-مامایی که تسهیلات انجام آن را فراهم نمودند و هم چنین از تمامی بیماران وخانواده‌های آنها که با صبر و حوصله با ما همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

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

منابع انگلیسی

Arthur AH., Smith KH., Natarajan DH. (2008) Quality of life at referral predicts outcome of elective coronary artery angiogram. International Journal of Cardiology126, 32–36.

Barakate MS., Hemli JM., Hughes CF., Bannon PG., Horton MD. (2003) Coronary artery bypasses grafting (CABG) after initially successful per coetaneous Tran's luminal coronary angioplasty (PTCA): a review of 17 years experience. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 23,179-186.

Bari A. (2009) Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multi vessel disease. N Engl j Med 335,217-225.

Barnson S., Zimmerman L., Nieveen J., Schulz P., Miller C., Rasmussen D.(2008) The Relationships between Fatigue and Early Postoperative Recovery Outcomes over Time in Elderly Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery Patients. Heart Lung 37, 245–256.

Baz N., Middel B., Dijk J., Boonstera P., Reijneveld S. (2009) Coronary artery bypass graft (CABG) surgery patients in a clinical pathway gained less in health-related quality of life as compared with patients who undergo CABG in a conventional-care plan. Journal of Evaluation in Clinical Practice 15, 498–505.

Boulliera A., Walters-Laportea E., Hamonb M., Tailleux A., Amant C., Amouyel PH. (2000) Anti-oxidized LDL auto antibodies, LDL immune complexes concentrations and restenosis after percutaneous trans luminal coronary angioplasty. Clinica Chimica Acta 299, 129–140.

Brosson B., Bernstin S., Brooks H., Weko L. (2002) Quality of life of patients with chronic stable angina before and four years after coronary revascularization compared with a normal population. Heart Lung87, 140-145.

Covinsky K., LinF., Bittner V., Hlatky M., Knight S., Vittinghoff E. (2008) Health-related Quality of Life Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Post-menopausal Women. J Gen Intern Med 23, 1429–1434.

Dijk D., Nierich A., Efting F., Buskens E., Nathoe H., Jansen E., et al. (2000) The Octopus Study: rationale and design of two randomized trials on medical effectiveness, safety, and cost-effectiveness of bypass surgery on the beating heart. Control Clin Trials 21,595-609.

Donghoon Ch., Hwang K., Lee Y., Kim Y. (2009) Ischemic heart diseases: Current treatments and future. Journal of Controlled Release 140, 194–202.

Eastwood A., Doering L., Dracup K., Evangelista L., Hays A. (2010) Health-related quality of life: The impact of diagnostic angiography. JHEART & LUNG 3(4), 67-78.

Echterld A., Eldreren TH., Kamp L. (2001) Hoe goal disturbance coping and chest pain relate to quality of life: A study among patients waiting for PTCA. Quality of life research J 10,487-501.

Favaratoa M., Hueb W., Boden W, Lopes N., Nogueiraa C., Takiutia M., et al. (2007) Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: A comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial International Journal of Cardiology116, 364-370.

Fortescue E., Kahn K., Bates D. (2003) Major adverse outcomes after per coetaneous Tran's luminal coronary angioplasty: a clinical prediction rule. Journal of Clinical Epidemiology 56, 17–27.

Hoffman S., Tenbrook J., Wolf M., Pauker S., Salem D, MD, Wong J. (2003) A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Comparing Coronary Artery Bypass Graft With Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: One- to Eight-Year Outcomes. J Am Coll Cardiol 41(8), 88-98.

Loponen P., Luther M., Wistback J., Nissinen J., Sintonen H., Tarkka M. (2008) Postoperative delirium and health related quality of life after coronary artery bypass grafting. SCJ 42, 337-344.

Mastrigt G., Joore M., Nieman F., Severens J., Maessen G. (2010) Health-related quality of life after fast-track treatment results from a randomized controlled clinical equivalence trial .Qual Life Res 19, 631–642.

Maillard L., Hamon M., Khalife K., Gabriel Steg PH., Beygui F., Guermonprez GL., et al. (2000) Comparison of Systematic Stinting and Conventional Balloon Angioplasty During Primary Per coetaneous Trans luminal Coronary Angioplasty for Acute Myocardial Infarction JACC 35(7),210-215.

Mercier D. (2008) The Influence of Wait Times on Uncertainty and Quality of Life in Patients Awaiting Coronary Artery Bypass Grafting in Nova Scotia. Dalhousie University Halifax.

Pasquali SK., (2003) Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization. American Heart journal 145,445-451.

Rodriguez A. (2002) Three year Follow up of the randomized trial of PTCA versus CABG.J.AM cardiol271, 117-184.

Ruo B., Rumsfeld J., Hlatky M., Liu H., Browner W., Whooley M. (2003)Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life: The Heart and Soul Study. JAMA 90, 215–221.

Serruys P., Urger F., Sousa E., Jatene A., Bonnier R., Brand M., Schonberger B., Buller N. (2010) Comparison of coronary artery bypass surgery and stenting for the treatment of multi vessel e disease. N Engl J Med 344, 1117-1125.

Wahrborg C. (1999) Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. European Heart Journal 20, 653–658.

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

منابع فارسی

افضلی آ، مسعودی ر، اعتمادیفر ش، مرادی م، مقدسی ج. (۱۳۸۹)، تأثیر برنامه هایآرام سازی بر اضطراب بیماران تحت آنژیوگرافی قلبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. ۱۱(۳):۸۴-۹۳.

بصام پور ش.(۱۳۸۶)، آموزش نیازهای مراقبتی بیماران تحت آنژیوگرافی عروق کرونر و خانواده آنها. مجله زندگی. ۱(۲):۱۸-۲۲.

نصیری م، رحیمیان ب، لاریجانی م، نوروزی م.((۱۳۸۹، بررسی نیازهای آموزشـــی و کیفیت زندگی بیماران با انفارکتوس میوکارد مزمن ارجاع داده شده به بیمارستان امام سجاد(ع). مجله دانشکده پرستاری ارومیه.۶(۳): ۱۵۰-۱۴۵.

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

Comparative study on quality of life in patients after Percutaneous TransluminalCoronary Angioplasty and Coronary Artery Bypass Graft surgery

Fatemeh Bahramnezhad [1]Ph.D Candidate
Younes Mohammadi [2]Ph.D Candidate
*Ahmad Ali AsadiNoghabi[3] Ph.D Candidate
Hadi Seif [4]MSc
Mohsen Amini [5]BSc
Bahareh Shahbazi [6]BSc

ABSTRACT

Aim. The aim of this study was to compare the quality of life (QOL) in patients after coronary artery bypass graft surgery (CABG) and percutaneous transluminal coronary angioplasty(PTCA), before surgery and three, six and twelve months after surgery.

Background. CABG and PTCA are common treatments in coronary artery disease (CAD). After PTCA the patient is hospitalized only for one day and pays less than CABG, but it is not obvious whether there is any difference between the quality of life in these two groups.

Method. This prospective cohort study was conducted on 241 patients (115 PTCA and 126 CABG patients) who were hospitalized in Tehran University of Medical Sciences hospitals between 2004-2006. The data were collected by questionnaire including 40 questions regarding demographic data, disease information and quality of life. The data were analyzed by statistical tests including T- test, Fisher's exact test, Wilcoxon and Friedman.

Findings. The findings showed that both groups had reduction in the quality of life ($P \leq 0.001$), but the QOL had statistically significant difference in both groups three, six and twelve months after surgery ($P \leq 0.001$).

Conclusion. Patients and their families need to be supported and trained by health care team after performing each of these surgeries and encouraged to follow up their disease status.

Key words: Coronary Artery BypassGraft, Percutaneous TransluminalCoronary Angioplasty, Quality of life

1- Ph.D candidate of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2-Ph.D candidate of Epidemiology&Bio-Statistics,Facultyof Public Health ,Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3-Ph.D candidate, Department of Critical Care Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) e-mail: asadi8906@gmail.com
4- Master of Science in Anesthesia, Department of Medical- Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- Bachelor of Science in Nursing, 115 Emergency departments of education and research, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
6- Bachelor of Science in Nursing (student), Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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