

بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی «بای پس» عروق کرونر و آنژیوپلاستی کرونی 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 کرونر و آنژیوپلاستی کرونی 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. به دنبال 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 کرونی 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 پرسش هایی درباره مشخصات دموگرافیک، اطلاعات بیماری و کیفیت زندگی واحد های مورد مطالعه بود. در تحلیل داده ها 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 ($p \leq 0.001$). 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 ($p \leq 0.001$).

نتیجه گیری: لازم است تیم درمان، بیماران و خانواده هایشان را پس از انجام هر کدام از این عمل ها حمایت کنند و آموزش های 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 کرونی ترانس لومینال

۱- دانشجوی دکترای آموزش پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- 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

۴- کارشناسی ارشد بیهوشی، مربی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵- کارشناس آموزش و پژوهش واحد فوریت های ۱۱۵، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۶- دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

**مقدمه**

بیماری های قلبی عروقی از علل اصلی مرگ و میر در جهان می باشند. در کشورهای پیشرفته سالیانه ۵۰ درصد مرگ ها یا ۵ میلیون از ۱۲ میلیون مرگ، ناشی از بیماری های قلبی عروقی می باشند. در ایران مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی در فاصله سال های 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) و بای پس عروق کرونر (CABG) از مؤثرترین روشهای درمانی این بیماری می باشند (وهربرگ، ۱۹۹۹). CABG از سال ۱۹۷۴ و PTCA از سال ۱۹۸۱ در درمان بیماری های 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 به دنبال 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 بیماری های عروق کرونر است و در ۶۰ درصد از بیماری های عروق کرونر از این روش درمانی استفاده می شود (سرویز و همکاران، ۲۰۱۰). این روش ها علاوه بر این که نقش مهمی در تسکین آلام و درد بیماران دارند و باعث افزایش بقا می شوند (دیجک و همکاران، ۲۰۰۰)، باعث بهبود کیفیت زندگی افراد نیز می گردند (لاپون و همکاران، ۲۰۰۸). در دهه های اخیر برای تعیین مؤثر بودن مداخلات در درمان بیماری های عروق کرونر به بررسی کیفیت زندگی این بیماران پس از درمان می پردازند (استوود و همکاران، ۲۰۱۰).

بیماری به عنوان یک بعد فیزیکی به دلیل ناتوانی که به دنبال 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 می شود. 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 علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های 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 دوره های پس از عمل در ایران پژوهشی مشاهده نکرد. لذا بر آن شد تا تحقیقی با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG و PTCA قبل، سه، شش و دوازده ماه بعد از عمل در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دهد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه از نوع پیگیری طولی و کوهورت به صورت آینده نگر در فاصله سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ است که جمعیت مورد مطالعه آن بیماران تحت عمل CABG یا PTCA 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، خود گزارش دهی 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)



عنوان و اهداف پژوهش، رضایت نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش از بیماران اخذ نمود. به بیماران توضیح داده شد که هر زمان تمایل داشته باشند میتوانند از مطالعه خارج شوند و عدم 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 شد و اطلاعات مربوط به بیماری از پرونده تکمیل می گردید. سپس سه، شش و دوازده ماه پس از عمل فرمی به همراه یک پاکت تمپر 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 شد. در طول مطالعه، شماره تماس پژوهشگر در اختیار بیماران قرار داده شد و به آنها گفته شد در صورت بروز هرگونه 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 آزمون های آماری تی تست، کای دو، آزمون دقیق فیشر، ویلکاکسون و آزمون فریدمن و بانرم افزار SPSS 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 تشخیص تا زمان عمل CABG آنها بین یک تا شش ماه و در ۴۵/۲ درصد افراد کمتر از یک ماه از زمان بیماری آنها می گذشت. مشخصات دموگرافیک واحدها به تفکیک در جدول شماره 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 ($P=0/04$). همچنین، یافته ها نشان داد قبل از عمل، اکثریت بیماران PTCA دارای کیفیت زندگی متوسط بوده اند که این وضعیت در مرحله 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 ($p \leq 0/001$).

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

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

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 است و اختلاف آماری معنی داری بین آنها مشاهده نشد ($P=0/114$). 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 و نسبتاً 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 نداشت ($P=0/696$). اما تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی بیماران در شش ماه و یکسال بعد از عمل با قبل و سه ماه بعد از عمل وجود داشت ($P\leq 0/001$). به طور 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 ($P\leq 0/001$). مقایسه 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 ($P=0/211$). 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 ($P\leq 0/001$). 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 ($P\leq 0/001$) (جدول شماره ۲).

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

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

بحث

یافته های 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 آترواسکروز و کاهش ذخیره خون در ماهیچه های قلبی، علایمی همچون دردهای آنژینی متناوب، کاهش ذخیره خون در ماهیچه ها، آریتمی و کاهش فعالیت های فیزیکی فرد وجود دارد و فرد توانایی حاضر شدن 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 شش ماه پس از عمل PTCA نسبت به CABG بالاتر بوده است. ریو و همکارانش معتقدند کیفیت زندگی افراد تحت عمل CABG به علت افسردگی بعد از عمل تحت تأثیر قرار می گیرد (ریو و همکاران، ۲۰۰۳). باز و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند در صورتی کیفیت زندگی افراد پس از عمل 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 استرس قبل و بلافاصله چند روز پس از عمل نقش مهمی را در بهبود کیفیت زندگی 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، به خصوص در بعد روانی و جسمی بهبود پیدا می کند و به مرور با گذشت زمان و با بهبود فعالیت های 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. کاونسکی و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی 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 ایسکمیک قلبی، به خصوص خستگی را بهبود بخشد یا کاهش دهد. برارسون و



همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که طی پنج سال 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 به دلیل عوارض عمل و عوارض بیماری، همچنین اضطراب فرد پس از عمل در خصوص نتیجه عمل، طول مدت بستری در بیمارستان 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. فووریو و همکاران در سال (۲۰۰۷) نشان دادند کیفیت زندگی بیماران یکسال پس از عمل CABG افزایش پیدا می کند. مارکوونیوز (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 پژوهش های فوق با نتیجه پژوهش حاضر هم خوانی دارند و معتقدند که در ماه های 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 نیاز 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 شش و دوازده ماه پس از عمل PTCA کیفیت زندگی افزایش پیدا کرده است. اشتلرد 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 خستگی، کوتاهی تنفس را دارد و پس از آن با رفع این علائم 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 شش ماه اول پس از عمل PTCA ۴۰ تا ۵۰ درصد آنها 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 می ماند.

آنچه که از نتایج این تحقیق بر می آید این است که روش های CABG و PTCA در تغییر کیفیت زندگی افراد با بیماری های عروق کرونر مؤثرند اما این که کدام یک واقعاً مؤثرتر است یا سایر عوامل تأثیر گذار 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 پرسش های 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 پژوهش های بعدی که در این زمینه انجام می شود با تدبیر صحیح محدودیت های این گونه پژوهش ها کمتر شود.

نتیجه گیری

از آنجایی که بیماری های 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 درمان های دارویی در این بیماریها، درمان های تهاجمی و نیمه تهاجمی همچون CABG و PTCA نیز کاربرد زیادی دارند. در صورت اداره صحیح بیماران پس از این رویه هائی 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 هزینه های ترخیص از عواملی هستند که در کیفیت زندگی افراد پس از عمل CABG و PTCA تأثیر می گذارند. با این وجود نیاز به پژوهش های بیشتری در این زمینه وجود دارد.

تشکر و قدردانی

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



منابع انگلیسی

- Arthur AH., Smith KH., Natarajan DH. (2008) Quality of life at referral predicts outcome of elective coronary artery angiogram. *International Journal of Cardiology* 126, 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., Boonster 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 Lung* 87, 140-145.
- Covinsky K., Lin F., 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., Elderen 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* 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 Cardiology* 116, 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., Guermontprez GL., et al. (2000) Comparison of Systematic Stenting 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 cardiol* 271, 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., Unger 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.

منابع فارسی

- افضلی آ، مسعودی ر، اعتمادیفر ش، مرادی م، مقدسی ج. (۱۳۸۹)، تأثیر برنامه های آرام سازی بر اضطراب بیماران تحت آنژیوگرافی قلبی. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. ۱۱(۳): ۸۴-۹۳.
- بصام پور ش. (۱۳۸۶)، آموزش نیازهای مراقبتهای 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 آموزشی و کیفیت زندگی بیماران با انفارکتوس میوکارد مزمن ارجاع داده شده به بیمارستان امام سجاد^(ع). مجله دانشکده پرستاری ارومیه. ۶(۳): ۱۵۰-۱۴۵.



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

Fatemeh Bahramnezhad ¹Ph.D Candidate
Younes Mohammadi ²Ph.D Candidate
*Ahmad Ali AsadiNoghabi³ Ph.D Candidate
Hadi Seif⁴MSc
Mohsen Amini ⁵BSc
Bahareh Shahbazi ⁶BSc

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.

Keywords: Coronary Artery Bypass Graft, Percutaneous Transluminal Coronary 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, Faculty of 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