

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد از عمل آنژیوپلاستی در افراد با بیماری عروق کرونر

خورشید مبصری^۱، کارشناس ارشد پرستاری
* رحیم خدایاری زرنق^۲، دکترای سیاستگذاری سلامت

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی قبل و بعد از عمل آنژیوپلاستی در افراد با بیماری عروق کرونر در بیمارستان های آموزشی شهر تهران انجام گرفت.

زمینه. با توجه به افزایش موارد استفاده از روش درمانی آنژیوپلاستی، توجه به کیفیت زندگی افراد با بیماری عروق کرونر که تحت عمل آنژیوپلاستی قرار می گیرند بسیار مهم است.

روش کار. در این مطالعه توصیفی مقایسه ای، ۴۷۳ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ با روش نمونه گیری تصادفی طبقه بندی شده مورد بررسی قرار گرفتند. کیفیت زندگی واحدهای پژوهش، قبل، و یک و سه ماه بعد از عمل آنژیوپلاستی با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه استاندارد SF-36 اندازه گیری و مقایسه شد. پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در این مطالعه برای تحلیل داده ها از آزمون های علامت زوج نمونه (ویلکاکسون)، کروسکال والیس و من ویتنی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته ها. یک و سه ماه پس از آنژیوپلاستی، کیفیت زندگی به طور کلی و در ابعاد هشت گانه نسبت به قبل از آنژیوپلاستی به طور معنی داری افزایش یافت ($P \leq 0/0001$). همچنین، رابطه بین همه متغیرهای دموگرافیک بیماران (سن، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، محل سکونت، وضع سکونت و نوع بیمه) به جز جنس با کیفیت زندگی معنادار بود ($P \leq 0/0001$).

نتیجه گیری. آنژیوپلاستی همه ابعاد کیفیت زندگی را بهبود می بخشد و می تواند به عنوان یک روش درمانی بسیار موثر در درمان بیماری عروق کرونر قلبی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، بیماری عروق کرونر، آنژیوپلاستی

۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران
۲ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، قطب علمی آموزش مدیریت سلامت ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: rahimzarnagh@gmail.com

مقدمه

بیماری عروق کرونر به عنوان اصلی ترین علت بیماری و ناتوانی در ایران (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۳)، و همچنین، به عنوان مسئول نزدیک به ۵۰ درصد مرگ ها شناخته شده است (حتمی و همکاران، ۲۰۰۷). مداخلات کرونری از راه پوست (Percutaneous Coronary Intervention Surgery) که شامل آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال از طریق پوست (PTCA) و کاشت استنت می باشد، روش معمول جهت درمان بیماری های عروق کرونر با مکانیسم باز نگه داشتن شریان های کرونر مسدود شده محسوب می شوند (هانگ و چن، ۲۰۱۰). آنژیوپلاستی عروق کرونر به عنوان شیوه ای نوین، کم خطر، اقتصادی و کم تهاجم تر برای درمان بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر جایگزین جراحی بای پس عروق کرونر (CABG) شده است (لاک، جانسون و پارتتر، ۲۰۰۹). کیفیت زندگی قبل و بعد از پروسیجرهای درمانی می تواند نشان دهنده کیفیت مراقبت های سلامتی و قسمتی از برنامه درمان محسوب می شود و همچنین، اطلاعاتی درباره وضعیت سلامتی این بیماران فراهم می کند (امیریان و همکاران، ۱۳۹۳؛ شینی جابری و همکاران، ۱۳۹۳).

کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف عینی و ذهنی است و سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی، در قلمرو فرهنگ و ارزش های جامعه، و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است (ابدی برگوویچ و همکاران، ۲۰۱۰؛ فالسارلا و همکاران، ۲۰۱۲). در سراسر دنیا از جمله ایران مطالعات متعددی به بررسی جنبه های مختلف کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری های قلبی عروقی پرداخته اند که در آن ها نوع درمان به کار گرفته شده اثرات متفاوتی بر کیفیت زندگی داشته است. به عنوان مثال، بر اساس نتایج مطالعه جاوید و همکاران (۲۰۰۷)، کوهن و همکاران (۲۰۱۱)، و وونگ و چیر (۲۰۰۹)، آنژیوپلاستی تاثیر کاملا مطلوب در ارتقای کیفیت زندگی نداشت، ولی در مطالعه وین تراب (۲۰۰۸) و سلینسکی (۲۰۰۸) افزایش قابل ملاحظه در کیفیت زندگی بعد از آنژیوپلاستی گزارش شد. در ایران نیز مطالعه درویش پور و همکاران (۱۳۹۵) که با هدف مقایسه کیفیت زندگی افراد با بیماری قلبی عروقی، قبل از آنژیوپلاستی و یک تا ۳ ماه بعد از آن با استفاده از پرسشنامه Mac New در بیمارستان حشمت رشت انجام شد نشان داد آنژیوپلاستی موجب ارتقای کیفیت زندگی این بیماران می شود (درویش پور و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین، مطالعه نحیر و همکاران (۱۳۸۸) در یکی از بیمارستان های شهر تهران نشان داد آنژیوپلاستی و درمان دارویی در مقایسه با بای پس عروق کرونر باعث افزایش کیفیت زندگی می شود، در حالی که مطالعه رهنما، تقدسی و مازوچی (۱۳۹۳) که بر روی مبتلایان به سندرم کرونری حاد مراجعه کننده به مرکز درمانی شهید بهشتی کاشان انجام شد نشان داد که بای پس عروق در مقایسه با آنژیوپلاستی تاثیر مطلوب تری بر کیفیت زندگی دارد.

نتایج متناقض مطالعات، انجام این مطالعه را ضروری می سازد. آنژیوپلاستی به عنوان یک مداخله درمانی در افراد با بیماری عروق کرونر بسیار معمول شده است، و بنابراین، توجه به کیفیت زندگی این افراد لازم است. این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی افراد با بیماری عروق کرونر، قبل و بعد از عمل آنژیوپلاستی در بیمارستان های آموزشی شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی مقایسه ای بر روی افراد با بیماری عروق کرونر در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشگاه علوم پزشکی تهران) های در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ انجام شد. تعداد ۵۰۰ فرد واجد شرایط شرکت در مطالعه با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای از پنج منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران (از هر منطقه، یک بیمارستان که در آن عمل آنژیوپلاستی صورت می گیرد وارد نمونه شد) انتخاب شدند و از هر بیمارستان، به طور میانگین ۱۰۰ بیمار به شکل تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. ویژگی های واحدهای پژوهش شامل تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر؛ سن ۳۵ تا ۸۵ سال؛ فقدان بیماری عمده دیگر (از قبیل سکنه مغزی و مشکلات حرکتی)؛ و در دسترس بودن بیماران، قبل و یک تا سه ماه بعد از آنژیوپلاستی بودند. طرح پژوهشی توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران تایید شد. رضایت آگاهانه که شامل هدف تحقیق، تاکید بر حفظ اطلاعات شخصی بیمار، روش انجام پژوهش، علت انتخاب نمونه مورد نظر، امکان انصراف از مطالعه در صورت عدم تمایل، و فواید و آسیب های احتمالی شرکت در پژوهش بود، از شرکت کنندگان در پژوهش اخذ گردید. کیفیت زندگی بیماران در زمان بستری، و یک و سه ماه بعد از عمل آنژیوپلاستی به صورت حضوری یا تلفنی با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سوالی SF-36 توسط محقق و کمک پژوهشگران سنجیده شد. این پرسشنامه قبلا

توسط معتمد و همکاران (۱۳۸۲) برای کارکنان دانشگاه شیراز، توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت سالم بالای ۱۵ سال شهر تهران، و توسط محمدپور و همکاران (۱۳۸۶) برای جمعیت سالم بالای ۴۰ سال استان مازندران تعیین اعتبار شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است.

پرسشنامه ویژگی های دموگرافیک برای جمع آوری اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، محل سکونت، وضعیت سکونت و نوع بیمه استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی حاوی ۳۶ سوال است که ۸ حوزه سلامت عمومی، اختلال در ایفای نقش به علت محدودیت های جسمی، عملکرد جسمی، درد بدنی، عملکرد روانی، فعالیت اجتماعی، سلامت روان، سرزندگی و نشاط را بررسی می کند. نمرات با جمع کردن نمره گویه ها در هر حوزه و تقسیم کردن نتیجه به دامنه نمرات و سپس تغییر نمرات به مقیاس صفر تا ۱۰۰ به دست آمد. هرچه نمره به ۱۰۰ نزدیکتر باشد نمایانگر وضعیت عملکرد و سلامتی بهتر است. نمره حاصل از این پرسشنامه به صورت عددی در دامنه صفر تا ۱۰۰ تحلیل می شود؛ به این صورت که نمره صفر تا ۲۵، نشان دهنده کیفیت زندگی نامطلوب؛ نمره ۲۶ تا ۵۰، نشان دهنده کیفیت زندگی متوسط؛ نمره ۵۱ تا ۷۵، نشان دهنده کیفیت زندگی خوب؛ و نمره ۷۶ تا ۱۰۰، نشان دهنده کیفیت زندگی عالی است (لی و همکاران، ۲۰۱۲). بعد از به دست آوردن نمرات، برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد. همچنین، با توجه به اینکه تعداد نمونه ها از هزار مورد کمتر بود از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این دو آزمون نشانگر نرمال بودن توزیع داده ها بود. بنابراین، برای آزمون فرضیه بین متغیرهای مورد نظر از آزمون غیر پارامتری علامت زوج نمونه (ویلکاکسون) استفاده شد. برای بررسی رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد کیفیت زندگی از آزمون های غیر پارامتری کروسکال والیس و من ویتنی، بسته به نوع متغیرها استفاده گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۵۰۰ بیمار شرکت داده شدند که به دلیل ریزش نمونه ها، تحلیل داده ها بر روی ۴۷۳ نفر با میانگین سنی ۳۵ تا ۸۵ سال انجام شد. تعداد ۲۲ بیمار به خاطر عدم امکان پیگیری ناشی از همکاری نکردن، یک نفر به دلیل فوت، سه نفر به علت تغییر شماره تماس، و یک نفر به دلیل اندیکاسیون عمل جراحی قلب باز از مطالعه خارج شدند. جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک جامعه مورد مطالعه را نشان می دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس		شغل	
زن	۲۵۷ (۵۴/۳)	آزاد	۱۱۱ (۲۳/۵)
مرد	۲۱۶ (۴۵/۷)	کارمند	۷۶ (۱۶/۱)
سن (سال)		بیکار	۲۱ (۴/۴)
۵۰ و کمتر	۲۶ (۵/۵)	خانه دار	۱۷۸ (۳۷/۶)
۵۱-۶۰	۱۹۳ (۴۰/۸)	بازنشسته	۸۷ (۱۸/۴)
۶۱-۷۰	۲۱۵ (۴۵/۵)	سطح تحصیلات	
۷۱-۸۰	۶ (۱/۳)	بی سواد	۱۳۷ (۲۹)
بیشتر از ۸۰	۳۳ (۷)	سیکل و متوسطه	۱۴۶ (۳۰/۹)
وضعیت تاهل		دیپلم	۹۰ (۱۹)
مجرد	۶۶ (۱۴)	دانشگاهی	۱۰۰ (۲۱/۱)
متاهل	۴۰۷ (۸۶)	محل سکونت	
نوع بیمه		روستا	۸۹ (۱۸/۸)
سلامت همگانی	۱۷۹ (۳۷/۸)	شهر	۳۸۴ (۸۱/۲)
تامین اجتماعی	۲۱۴ (۴۵/۲)	وضعیت سکونت	
نیروهای مسلح	۵۹ (۱۲/۵)	استیجاری	۱۱۶ (۲۴/۵)
تکمیلی و سایر	۲۱ (۴/۴)	شخصی	۳۴۱ (۷۲/۱)
		سایر	۱۶ (۳/۴)

بر اساس نتایج، بیشترین درصد نمونه‌ها در گروه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال (۴۵/۵ درصد)، زن (۵۴/۳ درصد)، متاهل (۸۶ درصد)، خانه دار (۳۷/۶ درصد)، شهرنشین (۸۱/۲ درصد) و دارای منزل شخصی (۷۲/۱ درصد) بودند. جدول شماره ۲ مقایسه کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه، قبل از عمل آنژیوپلاستی، و یک و سه ماه بعد از آن را به تفکیک ۸ بعد کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه SF-36، قبل و بعد از عمل آنژیوپلاستی

نتیجه آزمون تی زوج	قبل از عمل		ابعاد کیفیت زندگی
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
df=۴۷۲, t=-۳۹/۳۷۵, P=۰/۰۰۰	۶۳/۶۵ (۱۲/۳۸)	۳۳ (۱۲/۷۰)	سلامت عمومی
df=۴۷۲, t=-۴۵/۴۷۸, P=۰/۰۰۰	۹۱/۵۲ (۱۳/۳۴)	۹ (۱۴/۲۴)	کارکرد جسمی
df=۴۷۲, t=-۳۲/۵۶۶, P=۰/۰۰۰	۸۱/۷۷ (۲۹/۹۹)	۱۴/۷۵ (۲۷/۴۸)	اختلال در ایفای نقش ناشی از محدودیت جسمی
df=۴۷۲, t=-۳۹/۳۶۰, P=۰/۰۰۰	۸۸/۷۹ (۱۶/۵۳)	۲۷/۹۱ (۲۵/۷۲)	درد جسمی
df=۴۷۲, t=-۵۰/۰۸۱, P=۰/۰۰۰	۸۸/۵۸ (۲۴/۸۵)	۹/۳۱ (۲۱/۱۰)	اختلال در ایفای نقش ناشی از محدودیت روانی
df=۴۷۲, t=-۴۵/۴۷۸, P=۰/۰۰۰	۸۴/۰۹ (۱۸/۰۶)	۱۵/۱۴ (۲۰/۸۱)	عملکرد اجتماعی
df=۴۷۲, t=-۴۸/۵۱۹, P=۰/۰۰۲	۶۷/۲۶ (۱۹/۴۷)	۳۳/۶۲ (۱۵/۷۵)	بهبودی روانی
df=۴۷۲, t=-۳۶/۳۳۹, P=۰/۰۰۷	۶۹/۱۰ (۱۵/۹۵)	۳۰/۶۱ (۱۳/۵۵)	سرزندگی و نشاط
df=۴۷۲, t=-۵۴/۴۱۵, P=۰/۰۰۰	۷۹/۳۵ (۱۲/۵۶)	۲۱/۶۷ (۱۳/۳۹)	نمره کل

برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد و با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها از آزمون غیر پارامتری علامت زوج نمونه (ویلکاکسون) برای مقایسه کیفیت زندگی قبل از عمل آنژیوپلاستی، و یک و سه ماه بعد از آن استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین کیفیت زندگی بیماران قبل از عمل آنژیوپلاستی، و یک و سه ماه بعد از آن، در همه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ($P \leq 0/001$). میانگین کیفیت زندگی کل نیز از ۲۱/۶۷ با انحراف معیار ۱۳/۳۹ در زمان قبل از عمل آنژیوپلاستی، به ۷۹/۳۵ با انحراف معیار ۱۲/۵۶ بعد از عمل افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود ($P \leq 0/001$). همچنین، در این مطالعه مشخص شد که کیفیت زندگی بیماران با متغیرهای سن، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، محل، وضعیت سکونت و نوع بیمه افراد رابطه معنی‌دار آماری دارد ($P \leq 0/001$).

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، روش درمانی آنژیوپلاستی منجر به بهبود کیفیت زندگی در همه ابعاد کیفیت زندگی و در نتیجه، موجب ارتقای هر دو بعد جسمی و روحی می‌شود که در مقایسه با نتایج مطالعات پیشین شباهت‌ها و تناقض‌هایی دارد. درویش پور و همکاران (۱۳۹۵) بیان می‌کنند آنژیوپلاستی منجر به بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت آنژیوپلاستی عروق کرونر می‌شود. بر اساس نتایج مطالعه رهنما، تقدسی و مازوچی (۱۳۹۳)، آنژیوپلاستی نمره همه ابعاد کیفیت زندگی به جز عملکرد روانی، سرزندگی و نمره کل کیفیت زندگی بیماران را افزایش می‌دهد. نتایج این مطالعه به جز در ابعاد بهبودی روانی و نشاط بیماران، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. مطالعه کوهن و همکاران (۲۰۱۱) که بر روی ۱۸۰۰ بیمار با طول مدت پیگیری یک، شش و دوازده ماهه در دو گروه آنژیوپلاستی و عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد، نیز نشان داد که نمره کل کیفیت زندگی بیماران تحت آنژیوپلاستی افزایش یافت. نتایج مطالعه وونگ و چپیر (۲۰۰۹) نیز حاکی از افزایش نمره همه ابعاد کیفیت زندگی و کیفیت بر اساس دو پرسشنامه SAQ و SF-36 در طول یک ماه بود. نتایج مطالعه سلینسکی و همکاران (۲۰۰۸) بر روی ۲۱۰ بیمار تحت درمان طبی و تهاجمی و با سنجش کیفیت زندگی توسط پرسشنامه SF-36 نشان دهنده افزایش نمره کل کیفیت زندگی در افراد تحت درمان تهاجمی بود.

مطالعه وین تراب و همکاران (۲۰۰۸) در زمینه بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با مداخلات کرونری از راه پوست و درمان طبی در پیگیری ۳ و ۳۶ ماهه حاکی از بهبود وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی بیماران آنژیوپلاستی داشت و با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعه نحریر و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با جراحی بای پس عروق کرونر در طول شش ماه مطلوب تر از گروه تحت درمان با آنژیوپلاستی بوده است که با نتایج مطالعه حاضر تناقض دارد. در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی افراد یک الی سه ماه بعد از عمل، دوباره اندازه گیری شد که این می تواند از محدودیت های مطالعه حاضر باشد.

در مطالعه بهرام نژاد و همکاران (۲۰۱۲) که در آن، کیفیت زندگی ۱۱۵ بیمار تحت آنژیوپلاستی و ۱۲۶ بیمار تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر با استفاده از یک پرسشنامه ۴۰ سوالی سنجیده شد، کیفیت زندگی بیماران تحت آنژیوپلاستی و بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر، سه ماه بعد از عمل کاهش، و شش و دوازده ماه بعد افزایش یافته بود که نتیجه این مطالعه نیز با مطالعه حاضر که بهبود کیفیت زندگی سه ماه بعد از عمل را نشان داد همخوانی ندارد.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد بین همه ابعاد کیفیت زندگی بیماران، قبل از عمل در هنگام بستری در بیمارستان، و یک الی سه ماه بعد از عمل آنژیوپلاستی تفاوت آماری معنی دار وجود دارد. بر این اساس، ارائه برنامه های مدون آموزشی برای اصلاح سبک زندگی، اطلاع رسانی درباره عوامل خطر ساز بیماری های قلبی عروقی و علایم هشدار دهنده این بیماری ها در سطح جامعه پیشنهاد می شود. همچنین، ارائه مراقبت پیگیرانه از بیماران بعد از عمل، و توجه ویژه به عوامل مختلف اجتماعی اقتصادی بیماران می تواند به افزایش و حفظ سطح کیفیت زندگی آنها منجر شود.

هم چنین برای پژوهش های بعدی بررسی کیفیت زندگی افراد با بیماری عروق کرونر؛ در طولانی مدت و به صورت مطالعات طولی؛ بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت عمل آنژیوپلاستی که سابقه آنژیوپلاستی قبلی دارند؛ ارائه بسته های آموزشی بعد از عمل به بیماران در هنگام ترخیص و بررسی تاثیر آن بر کیفیت زندگی؛ مطالعه ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سایر عوامل زمینه ای موثر بر کیفیت زندگی بیماران قلبی؛ ارزیابی تاثیر بیماری های زمینه ای شایع همچون دیابت بر کیفیت زندگی بیماران تحت آنژیوپلاستی؛ استفاده از پرسشنامه های مختص بیماری های قلبی در کنار سایر ابزارها و مقایسه نتایج آنها؛ انجام مطالعه فوق در سطح ملی و تحلیل و مقایسه نتایج مناطق مختلف کشور؛ و بررسی کیفی تجارب بیماران بعد از عمل آنژیوپلاستی و تحلیل عمیق نحوه سبک زندگی آنها بعد از عمل پیشنهاد می گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد با کد ۹۲۰۰۲۹۲۲۱ می باشد که مورد تصویب شورای آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران قرار گرفته است.

منابع فارسی

- امیریان زینب و همکاران (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی بیماران شهری و روستایی پس از جراحی بای پس عروق کرونر. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ۱۸(۴): ۳۳-۲۲۶.
- بهرام نژاد و همکاران (۱۳۹۱). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر و آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال از راه پوست. نشریه پرستاری قلب و عروق ۱(۲): ۱۵-۸.
- رهنما زهرا، تقدسی محسن، مازوچی مجید (۱۳۹۳). مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخلات درمانی در مبتلایان به سندروم حاد کرونری. ماهنامه علمی پژوهشی فیض. ۱۸ (۵): ۴۷۳-۴۴۰.
- درویش پور آذر و همکاران (۱۳۹۵). مقایسه کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی قبل و بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۲۶ (۱۳۷): ۲۱۰-۲۰۶.

- شینی جابری پریسا و همکاران (۱۳۹۳). کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر. مجله علمی پزشکی جندی شاپور ۱۳ (۵): ۵۴۵-۵۵۵.
- محمدپور ر، اکبری خ، محمدپور ف (۱۳۸۶). آیا نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روا و پایاست؟ چهارمین کنگره ملی اپیدمیولوژی. ارومیه: ۴۱-۴۲.
- معتمد نیلوفر، آیت اللهی سید علیرضا، زارع نجف، صادقی حسن آبادی علی (۱۳۸۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ۳۶ گویه ای سنجش سلامت عمومی در کارکنان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۰ (۳۸): ۳۸-۴۶.
- منتظری علی، گشتاسبی آریتا، وحدانی نیا مریم سادات (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-۳۶. نشریه پایش؛ ۵ (۱): ۴۹-۵۶.
- نحیر بتول و همکاران (۱۳۸۸). مقایسه کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری پس از درمان جراحی بای پس و مداخله از راه پوست. مجله پزشکی کوثر. ۱۴ (۳): ۷۸-۱۷۵.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۳). طرح سلامت و بیماری در ایران.

منابع انگلیسی

- Avdibegović, Z. Selimbašić, M. Hasanović, A. Delić. (2010) Coping styles and quality of life in war veterans with PTSD. *J European Psychiatry* 25, 329- 336.
- Boulliera A, et al, (2000) Anti-oxidized LDL auto antibodies, LDL immune complexes concentrations and restenosis after percutaneous trans luminal coronary angioplasty. *Clinica Chimica Acta* 299, 129-140.
- Celiński R. (2008) The influence of undertaken invasive or medical treatment on the quality of life of patients with acute coronary syndrome. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego* 25, 320-325.
- Cohen DJ, et al. (2011) Quality of Life after PCI with Drug-Eluting Stents or Coronary-Artery Bypass Surgery. *N Engl J Med* 364, 1016-1026.
- Falsarella GR, Coimbra IB, Neri AL, Barcelos CC, Costallat LT, Carvalho OM, et al. (2012) Impact of rheumatic diseases and chronic joint symptoms on quality of life in the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 54, 77-82.
- Javid A, et al. (2007) Outcomes of coronary artery bypass grafting versus percutaneous coronary intervention with drug-eluting stents for patients with multivessel coronary artery disease. *Circulation* 116 (11 Suppl); I-200-I-6.
- Hatmi ZN, Tahvildari S, Gafarzadeh-Motlag A and Sabouri-Kashani A. (2007) Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: A population based survey. *BMC Cardiovasc Disord.* 32, 1-5.
- Huang, Y. H., and C. H. Chen. (2010) Nursing experience providing care for back pain following percutaneous coronary intervention. *The journal of nursing* 57, Suppl: 75-80.
- Lauck S, Jonson J, Partner P. (2009) Self care and factors associated with patient outcomes following same day discharge percutaneous coronary intervention. *European journal of cardiovascular nursing* 8, 190-199.
- Li R, Yan BP, Dong M, Zhang Q, Yip GWK, Chan CP, et al. (2012) Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. *Int J Cardiol* 155, 90-96
- Stuart J, et al (1996). Quality of Life, Employment Status, and Angina Symptoms after Coronary Angioplasty or Bypass Surgery." *Circulation* 94, 135-142
- Weintraub, W. S, et al. (2008) Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *New England Journal of Medicine* 359, 677-68.
- Wong MS, Chair SY. (2009) Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: longitudinal study. *Int J Nurs Stud*; 44, 1334-1342

Original Article

Comparison of the quality of life before and after angioplasty in people with coronary artery disease (CAD)

Khorshid Mobasseri¹, MSc
* Rahim Khodayari-Zarnaq², Ph.D

Abstract

Aim. The aim of this study was to compare quality of life (QoL) before and after angioplasty in people with coronary artery disease.

Background. The quality of life among people with CAD who undergo angioplasty treatment is of great interest because of the increasing number of patients receiving this treatment modality.

Method. In this descriptive analytical study, 473 patients with CAD admitted to all teaching hospitals of medical sciences universities located in Tehran were recruited through stratified random sampling over the years 2015-16. Quality of life in patients was measured before angioplasty, and one month and three months after angioplasty using SF-36 questionnaire. Reliability of this questionnaire has been reported in previous studies as 0.77-0.90 (Cronbach's alpha coefficient). Data were analyzed by Wilcoxon, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests in SPSS version 23.

Findings. The results showed that angioplasty has increased the mean score of quality of life in total and also, in all dimensions, one and three months after surgery ($P \leq 0.0001$). The relationship of quality of life with all demographic variables (age, marital status, occupation, education level, place of residence, conditions of residence and type of insurance) was statistically significant except for gender.

Conclusion. The angioplasty is well able to improve the quality of life in different dimensions in the short term. Angioplasty can be recommended as a procedure with strong and positive effect on the health conditions and quality of life in people with CAD.

Keywords: Quality of life, Coronary artery disease, Angioplasty

1 Master of Science in Nursing, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

2 Assistant professor, Tabriz Health Services Management Research Center, Iranian Center of Excellence in Health Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
(*Corresponding author) email: rahimzarnagh@gmail.com