

## کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی مبتلایان به بیماری‌های ایسکمی قلب شهر کاشان

محسن تقدسی<sup>۱</sup> - حمیدرضا گیلانی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** بیماری‌های ایسکمیک قلب، شایع‌ترین بیماری‌های قلبی و مهم‌ترین علت مرگ و میر در تمام دنیا می‌باشد که بر روی کیفیت زندگی مبتلایان تأثیر می‌گذارد. این بیماری مشکلات زیادی را برای بیماران و هزینه بالایی را برای جامعه به دنبال دارد و از طرفی اغلب مطالعات کیفیت زندگی عمومی را بررسی کرده بودند. این مطالعه به منظور تعیین کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی مبتلایان به بیماری‌های ایسکمیک قلب مراجعه‌کننده به مراکز درمانی کاشان در سال ۱۳۸۶ انجام شد.

**روش:** این مطالعه از نوع مقطعی است که در کلیه مراجعین به مراکز درمانی (۵۰۰ نفر) که بر اساس نتایج آنژیوگرافی، درگیری عروق کرونر و یا بر اساس معیارهای کلینیکی و پاراکلینیکی تشخیص قطعی انفارکتوس داشته و یا کسانی که سابقه عمل‌های جراحی باز یا بسته قلبی داشتند و در حال حاضر تحت مراقبت و درمان قرار گرفتند انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها برای کیفیت زندگی عمومی فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) و برای کیفیت زندگی اختصاصی از پرسشنامه یا شاخص آنژیینی سیتل (SAQ) استفاده شد. داده‌های به دست آمده با شاخص‌های توصیف و با تست کای دو و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین سنی افراد  $60/5 \pm 12/5$  سال بود. از ۵۰۰ بیمار  $55/8\%$  آن‌ها مرد بودند. بیشتر بیماران سابقه سکته قلبی قبلی داشتند. اکثر بیماران کیفیت زندگی متوسط و خوب داشتند. بیمارانی که تحت CABG قرار گرفته بودند کیفیت زندگی بهتری نسبت به PTCA داشتند. میانگین کیفیت زندگی عمومی بر اساس فرم کوتاه  $112/5 \pm 24$  یعنی در سطح خوب و بر اساس شاخص آنژیینی سیتل  $59/8 \pm 9/14$  یعنی در سطح خوب بود. عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شامل بیماری‌های زمینه‌ای، بیماری قلبی، سن بالا، عدم آموزش کافی، تحصیلات، دفعات سکته قلبی و جنسیت بود.

**نتیجه‌گیری:** سطح کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی در بیماران خوب ارزیابی شدند. آمادگی بیماران سکته قلبی و آنژیینی بهتر از بیمارانی بود که تحت ترمیم عروق کرونر قرار گرفته بودند. همچنین لزوم توجه بیشتر و دادن آموزش کافی به بیماران سن بالا، دارای بیماری‌های زمینه‌ای و نوع بیماری‌های قلبی، دفعات سکته قلبی بیشتر و خانم‌ها را نشان می‌دهد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، SAQ، SF-36، بیماری‌های ایسکمیک قلب، انفارکتوس میوکارد، CABG، PTCA

۱ - عضو هیأت علمی گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان  
پست الکترونیکی: taghadosi\_1345@yahoo.com

۲ - عضو هیأت علمی گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

## مقدمه

به دنبال آن ظرفیت جسمی افراد کاهش پیدا می‌کند، کیفیت زندگی نیز متأثر از آن تغییر می‌کند (۷). در واقع کیفیت زندگی، درک فردی منحصر به فرد است و راهی جهت بیان احساس فرد در مورد وضعیت سلامت یا جنبه‌های دیگر زندگی فردی که فقط از طریق تعیین عقاید بیمار با استفاده از ابزارهای استاندارد تعیین می‌گردد، می‌باشد (۸). آموزش بهداشت در زمینه عوامل خطر قابل تغییر و سبک زندگی و نیز تغییر نگرش بیماران نسبت به وضعیت خود برای آغاز رفتارهای ارتقادهنده سلامتی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با آموزش بیمار درباره بیماری او و درمان‌های موجود، بیماران را به نحو بهتری قادر هستند بیماری خود را کنترل نموده، زندگی خود را طولانی و کیفیت زندگی را بهتر کنند (۵). آمارها در سطح جهانی نشان می‌دهد که اعمال جراحی قلب معمول‌ترین نوع جراحی قفسه سینه را تشکیل می‌دهد (۹). یکسری روش‌های تهاجمی برای درمان بیماری‌های کرونری قلب انجام می‌گیرد که دو نوع مهم آن‌ها شامل آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال از راه پوست (PTCA) و پیوند کنازگر کرونری (CABG) می‌باشد. تعداد اعمال جراحی بای‌پس کرونری در ایالات متحده از ۱۸۰۰۰۰ مورد در سال ۱۹۸۳ به ۳۰۰۰۰۰ مورد در سال ۱۹۹۳ رسیده است (۱۰).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که درصد مرگ و میر برای هر دو جراحی PCI<sup>۵</sup> و CABG یکسان است (۱۱). مطالعه‌ای نشان داد که کیفیت زندگی در زمان‌های مختلف در بیماران مبتلا به IHD<sup>۶</sup> متفاوت است. در زمان قبل از آنژیوپلاستی نمره فرد بر اساس SAQ<sup>۷</sup>،  $57/4 \pm 12/6$  و ۱ الی ۲ ماه پس از آنژیوپلاستی مجدداً کیفیت زندگی با نمره  $72/1 \pm 14$  و  $76/4 \pm 14/5$  ارتقا یافته است. یعنی پس از باز کردن عروق کرونری، رفع ایسکمی و کاهش حملات ایسکمی قلب کیفیت زندگی افراد ارتقا پیدا کرده است. عواملی که بر روی کیفیت زندگی این افراد مؤثر بوده عبارت از جنسیت، تعداد حملات آنژین در هفته و ماه، مدت درد و سن افراد بوده است (۱۲). همچنین در افرادی که ۶ و ۱۲

بیماری‌های ایسکمیک قلب، شایع‌ترین بیماری‌های قلبی و مهم‌ترین علت مرگ و میر در تمام دنیا می‌باشد که بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا تأثیر می‌گذارد. این بیماری مشکلات زیادی را برای بیماران و هزینه بالایی را برای جامعه به دنبال دارد. بر اساس آخرین آمارهای وزارت بهداشت بیماری‌های قلبی و عروقی در رأس علل مرگ و میر کشور قرار دارند. این بیماری رایج‌ترین علت مرگ و میر ناگهانی و علت عمده مرگ مردان و زنان بالای ۲۰ سال می‌باشد. همچنین یکی از هر ۵ مرگ در سال ۲۰۰۸ تخمین زده شده است همچنین در این سال،  $13/200/000$  آمریکایی به CHD<sup>۱</sup> مبتلا بوده‌اند که از این تعداد  $7/800/000$  نفر<sup>۲</sup> سکنه قلبی را تجربه کرده‌اند و  $6/800/000$  نفر مبتلا به آنژین بودند و  $865/000$  نفر سکنه قلبی جدید یا عودکننده را تجربه کردند و  $184/757$  نفر فوت شده‌اند (۳-۱). آمارها در سطح جهانی نشان می‌دهد که بیماری‌های قلبی - عروقی ۲۳٪ کل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند. در میان کشورهای پیشرفته از  $7/2$  میلیون مرگ گزارش شده در سال به بیماری شریان کرونری بیشترین علت را به خود اختصاص داده‌اند به طوری که از هر سه مرد و هر چهار زن یک نفر در اثر ابتلا به این بیماری از بین می‌روند (۴). انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ بیماری قلبی سبب ۴۰٪ مرگ‌ها در سراسر جهان باشند و نیز برآورد می‌شود که در این سال بیماری ایسکمیک قلبی در رأس ۱۵ علت بار جهانی بیماری‌ها قرار گیرد. در ایران نیز بیماری‌های ایسکمیک قلبی اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال محسوب می‌شوند. در بین بیماری‌های ایسکمیک قلب آنژین صدری ناپایدار تقریباً خطرناک‌ترین حالت است زیرا مرگ و میر آن بسیار بالاست (۵). با توجه به انبوهی از شواهد که نشان دهنده وجود رابطه میان سبک زندگی افراد و بیماری‌های ایسکمیک قلبی است ضرورت تأکید بر تعدیل سبک زندگی به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری‌ها کاملاً برجسته و قابل توجه است (۶). کیفیت زندگی یکی از بخش‌های اثرپذیر در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد می‌باشد که با توجه به اینکه متعاقب حملات ایسکمی قلب، ظرفیت قلبی و

3 - Percutaneous Transluminal Coronary Angiography

4 - Coronary Artery Bypass Graft

5 - Percutaneous Coronary Intervention

6 - Ischemic Heart Disease

7 - Seattle Angina Quotation

1 - Coronary Heart Disease

2 - Myocardial Infarction

حداقل دو ماه از تشخیص قطعی بیماری ایسکمی قلبی آن‌ها گذشته و در حال حاضر مشکل حادی نداشتند، هوشیار و حاضر به پاسخگویی سؤالات بودند و در ۲-۱ ماه گذشته بستری نشدند. داده‌ها با پرسشنامه فرم کوتاه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی عمومی و پرسشنامه یا شاخص آنژینی سیتل SAQ برای سنجش کیفیت زندگی اختصاصی استفاده شد (۹۰۸). بر اساس SAQ نمره کمتر از ۳۰ کیفیت زندگی اختصاصی پایین، ۵۰-۳۱ متوسط، ۷۰-۵۱ خوب و بیشتر از ۷۰ کیفیت زندگی خیلی خوب تلقی شد و بر اساس SF-36 نمره کمتر از ۳۸ کیفیت زندگی عمومی پایین، ۷۶-۳۸ متوسط، ۱۱۵-۷۷ خوب و بیشتر از ۱۱۵ خیلی خوب نمره‌دهی شد. سپس با شاخص‌های مرکزی و پراکندگی توصیف و با تست کای دو و فیشر و آزمون همبستگی پیرسون و رتبه اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

از ۵۰۰ بیمار مورد بررسی، ۲۷۹ نفر (۵۵/۸٪ مرد) و میانگین سنی  $60/5 \pm 12/5$  بود. ۹۳/۶٪ افراد متأهل بودند. ۶۰/۳٪ دچار انفارکتوس میوکارد و ۹۳٪ یک و بیش از یک ریسک فاکتور داشتند. از نظر شغلی به ترتیب ۳۴/۲٪ خانه دار، ۲۳/۴٪ آزاد و بقیه در مشاغل به ترتیب کارگر، کارمند و کشاورز بودند. ۶۵/۸٪ افراد تعداد فرزندان ۴ و یا بیشتر داشتند. از نظر تحصیلی ۴۲/۴٪ در حد خواندن و نوشتن، ۲۸/۲٪ دیپلم، ۲۲/۲٪ بیسواد بودند. بیشترین مدت درد آنژینی بین ۱۵-۶ دقیقه (۹۴/۸٪) بوده و بیشترین تعداد ریسک فاکتورهای آن‌ها به ترتیب: یک ریسک فاکتور (۳۵/۸٪)، دو ریسک فاکتور (۳۷/۲٪)، سه یا بیشتر (۲۲/۲٪) بود. فقط ۴/۸٪ افراد بدون ریسک فاکتور بودند. از نظر وضعیت فعلی بیماری قلبی به ترتیب ۶۰/۳٪ سکته قلبی، ۲۶/۲٪ آنژیوپلاستی (تحت درمان)، ۸/۷٪ پیوند عروق کرونر و ۴/۸٪ آنژین صدری داشتند. ۳۰/۶٪ بیماران کیفیت زندگی اختصاصی متوسط و ۴۱/۸٪ کیفیت زندگی خوب و ۲۷/۹٪ کیفیت زندگی خیلی خوب داشتند، در صورتی که ۶/۹٪ بیماران کیفیت زندگی عمومی متوسط، ۴۵/۴٪ خوب و ۴۷/۲٪ کیفیت زندگی خیلی خوب داشتند. اغلب بیماران از کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی متوسط و خوب برخوردار بودند و هیچ‌کدام از افراد کیفیت زندگی پایین نداشتند. در بررسی همبستگی نتایج بین دو آزمون کیفیت زندگی SAQ

ماه بعد از آنژیوپلاستی کیفیت زندگی آن‌ها مقایسه شد تفاوتی با هم نداشتند. از طرفی کسانی که CABG شده بودند نسبت به افرادی که PTCA شده بودند پس از ۶ و ۱۲ ماه بعد، کیفیت زندگی بهتری نشان دادند ولی کیفیت زندگی آن‌ها با گذر زمان تغییری پیدا نکرد (۱۳). همچنین نداشتن دیابت و افزایش تعداد حملات درد، دریافت آموزش، وضعیت تاهل، جنسیت، تحصیلات، شغل، وضعیت بیمه و تعداد فرزندان بر روی کیفیت زندگی مؤثر بوده است (۱۶-۱۴) مطالعه دیگری نشان داد که عامل تعداد حملات بر روی کیفیت زندگی مؤثر بوده است. کسانی که هر روز آنژین داشتند نمره  $39/9 \pm 18/7$ ، آن‌هایی که هفتگی دچار آنژین می‌شدند نمره  $44/4 \pm 19/4$ ، افرادی که ماهانه دچار آنژین می‌شدند نمره  $53/7 \pm 18/4$  و کسانی که فاقد آنژین بودند نمره  $78/8 \pm 18/6$  گرفته که با  $p < 0/001$  این تفاوت معنادار می‌باشد (۱۷). همچنین مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۳ نشان داد که تمام بیماران مبتلا به ایسکمی مقاوم به درمان طبی هستند و بیماران تحت درمان به PCI به احتمال زیاد دچار آنژین می‌شوند و نیاز به تکرار جراحی دارند. CABG بیشتر تهاجمی است و باید اثرات ذهنی و عصبی بای پس قلبی عروقی توجه داشت (۱۱). با وجود پیشرفت‌های جدید در مراقبت‌های پزشکی و دسترسی به راه‌های مختلف درمانی، توجه به کیفیت زندگی افزایش یافته و انتظار مشارکت بیشتر بیماران در تصمیم‌گیری‌ها نیز افزایش یافته است. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و افزایش روز افزون بیماران مبتلا به ایسکمی قلب در کاشان و مشخص نبودن کیفیت زندگی در آن‌ها به خصوص کیفیت زندگی اختصاصی، مطالعه‌ای جهت تعیین کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی مبتلایان به IHD در مراکز درمانی کاشان در سال ۸۷-۱۳۸۶ انجام شده است.

## روش مطالعه

این مطالعه از نوع مقطعی در مراجعین به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. ابتدا لیست کلیه بیماران قلبی اخذ گردید، سپس تمام افرادی (۵۰۰ نفر) که بر اساس نتایج آنژیوگرافی، درگیری عروق کرونر و یا بر اساس معیارهای کلینیکی و پاراکلینیکی تشخیص قطعی انفارکتوس داشته و یا کسانی که سابقه عمل PTCA و CABG داشتند و در حال حاضر تحت مراقبت و درمان قرار گرفتند و

زندگی عمومی در افرادی که ریسک فاکتوری نداشتند ۲/۲۹٪ خوب و ۶۶/۷٪ خیلی خوب بودند و با افزایش تعداد ریسک فاکتورها کیفیت زندگی خیلی خوب کاهش و کیفیت زندگی خوب و متوسط افزایش پیدا کرد و با (p=۰/۰۰۱) با افزایش تعداد ریسک فاکتورها، کیفیت زندگی عمومی کاهش پیدا کرد (جدول شماره ۳) افرادی که بازسازی عروق کرونر داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند و با p<۰/۰۰۱ معنادار بود و کیفیت زندگی در بیمارانهای زمینهای قلبی مختلف یکسان نیست (p<۰/۰۰۱).

و SF-36 با p=۰/۸۶۷ و p=۰/۰۰۱، همچنین همبستگی بین سطوح کیفیت زندگی در دو روش مثبت و معنادار گردید (p=۰/۰۰۱) اسپیرس و (p=۰/۰۰۱). همچنین وضعیت کیفیت زندگی اختصاصی در افرادی که هیچ ریسک فاکتوری نداشتند، اغلب خوب و خیلی خوب بود ولی با افزایش تعداد ریسک فاکتور به تدریج کیفیت زندگی خیلی خوب کاهش و کیفیت زندگی متوسط افزایش پیدا کرده و با (p<۰/۰۰۱) کیفیت زندگی با افزایش تعداد ریسک فاکتورها رابطه آماری معناداری نشان می‌دهد (جدول شماره ۲). کیفیت

**جدول ۱- مقایسه شاخص‌های آماری کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی در مبتلایان به IHD**

کیفیت زندگی	سطوح وضعیت بیماری قلبی	تعداد	میانگین و انحراف معیار	% حدود اطمینان	حداقل	حداکثر
SAQ	پیوند عروق	۴۰	۵۲/۵۵±۹/۹	۴۹/۳۷-۵۵/۷۲	۴۲	۷۱
	آنژیوپلاستی	۱۲۰	۵۱/۶۳±۸/۹	۵۰/۰۱-۵۳/۲۶	۳۴	۷۶
	سکته قلبی	۲۷۷	۶۱/۸۹±۱۴/۹	۶۰/۱۳-۳۶/۶۶	۳۹	۹۴
	آنژین صدری	۲۲	۵۹/۷۳±۱۳/۵	۵۳/۷۵-۶۵/۷۱	۴۴	۸۶
	کل	۴۵۹	۵۸/۲۹±۱۳/۹	۵۷/۰۱-۵۹/۵۷	۳۴	۹۴
SF-36	پیوند عروق	۴۰	۱۰۴/۷±۱۸/۷	۹۸/۷-۱۱۰/۷	۸۲	۱۳۶
	آنژیوپلاستی	۱۲۰	۹۹/۹۴±۲۰/۶	۹۶/۲-۱۰۳/۶۷	۵۴	۱۴۴
	سکته قلبی	۲۷۷	۱۱۶/۴۱±۲۰/۶	۱۱۳/۶-۱۱۹/۲	۵۵	۱۵۶
	آنژین صدری	۲۲	۱۰۹/۹۷±۲۵/۸	۹۸/۵۳-۱۲۱/۴	۶۹	۱۴۵
	کل	۴۵۹	۱۱۰/۷۷±۲۳/۷	۱۰۸/۶-۱۱۳/۹	۵۴	۱۵۶

**جدول ۲- توزیع فراوانی کیفیت زندگی بر اساس SF-36 و SAQ بر حسب عوامل خطر در مبتلایان IHD**

تعداد ریسک فاکتورها	کیفیت زندگی	ابزار		
		متوسط	خوب	خیلی خوب
بدون ریسک فاکتور	SAQ	۳ (۱۲/۵)	۸ (۳۳/۳)	۱۳ (۵۴/۱)
	SF-36	۱ (۴/۱)	۷ (۲۹/۲)	۱۶ (۶۶/۷)
۱ ریسک فاکتور	SAQ	۲۷ (۱۵/۱)	۵۷ (۳۱/۸)	۹۵ (۵۳/۱)
	SF-36	۲ (۱/۱)	۵۱ (۲۸/۵)	۱۲۶ (۷۰/۴)
۲ ریسک فاکتور	SAQ	۵۳ (۲۸/۵)	۱۰۴ (۵۵/۹)	۲۹ (۱۵/۶)
	SF-36	۱۰ (۵/۴)	۸۷ (۴۶/۸)	۸۹ (۴۷/۸)
۳ ریسک فاکتور	SAQ	۷۰ (۶۳/۱)	۴۰ (۳۶/۰)	۱ (۰/۹)
	SF-36	۲۱ (۱۸/۹)	۸۲ (۷۳/۹)	۸ (۷/۲)
جمع	SAQ	۱۵۳ (۳۰/۶)	۲۰۹ (۴۱/۸)	۱۳۸ (۲۷/۶)
	SF-36	۳۴ (۶/۸)	۲۲۷ (۴۵/۴)	۲۳۹ (۴۷/۸)

جدول ۳- توزیع فراوانی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی با وضعیت بیماری ایسکمی قلبی و در مبتلایان به IHD

جمع	خیلی خوب	خوب	متوسط	کیفیت زندگی SAQ	
				ابزار	وضعیت بیماری قلبی
۲۲ (۱۰۰)	۷ (۳۱/۸)	۸ (۳۶/۴)	۷ (۲۱/۸)	SAQ	آنژین صدری
۲۲ (۱۰۰)	۸ (۳۶/۴)	۱۱ (۵۰)	۳ (۱۳/۶)	SF-36	
۲۷۷ (۱۰۰)	۹۴ (۳۳/۹)	۱۰۸ (۳۹)	۷۵ (۲۷/۱)	SAQ	سکته قلبی
۲۷۷ (۱۰۰)	۱۵۰ (۵۴/۲)	۱۱۸ (۴۲/۶)	۹ (۳/۲)	SF-36	
۱۲۰ (۱۰۰)	۴ (۳/۳)	۷۰ (۵۸/۳)	۴۶ (۳۸/۳)	SAQ	آنژیوپلاستی
۱۲۰ (۱۰۰)	۳۶ (۳۰)	۶۲ (۵۱/۷)	۲۲ (۱۸/۳)	SF-36	
۴۰ (۱۰۰)	۲ (۵)	۱۶ (۴۰)	۲۲ (۵۵)	SAQ	پیوند عروق قلبی
۴۰ (۱۰۰)	۱۲ (۳۰)	۲۸ (۷۰)	۰ (۰)	SF-36	
۴۵۹ (۱۰۰)	۱۰۷ (۲۳/۳)	۲۰۲ (۴۴/۰)	۱۵۰ (۳۲/۷)	SAQ	جمع
۴۵۹ (۱۰۰)	۲۰۶ (۴۴/۹)	۲۱۹ (۴۷/۷)	۳۴ (۷/۴)	SF-36	

### بحث

کیفیت زندگی در زمان‌های مختلف در بیماران مبتلا به IHD متفاوت است. در زمان قبل از آنژیوپلاستی نمره فرد بر اساس SAQ  $57/4 \pm 12/6$  و ۱ و ۲ ماه بعد از آنژیوپلاستی مجدداً کیفیت زندگی با نمره  $73/1 \pm 14$  و  $76/4 \pm 14/5$  ارتقا یافته است. همچنین نشان داد که پرسشنامه SAQ ابزار با اعتبار بالا و حساسیت خوبی برای سنجش کیفیت زندگی می‌باشد (۱۲). Dempster (۲۰۰۰) در مطالعه اندازه‌گیری سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در افراد با IHD با استفاده از ۳ روش اندازه‌گیری کیفیت زندگی و مطالعه ناتینگهام نشان داد که قابل اعتمادترین و حساس‌ترین روش ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی فرم SF-36 می‌باشد. جهت بررسی اختصاصی کیفیت زندگی پس از سکته قلبی، باید از پرسشنامه آنژین Seattle استفاده گردد. همچنین نشان داد که در ارزیابی ۱۰ مطالعه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از SF-36 استفاده کردند. مشهورترین و پرصرف‌ترین مقیاس اندازه‌گیری سلامت عمومی افراد بوده است. همچنین نشان داد ۱۰ ابزار جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران IHD وجود دارد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها پرسشنامه SAQ یا پرسشنامه تعیین کیفیت زندگی Seattle می‌باشد (۱۸).

نتایج نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی بر اساس معیار SAQ،  $59/8 \pm 14/9$  با حداقل نمره ۳۴ و حداکثر نمره ۹۴/۴ بود. کیفیت زندگی بیماران؛ اکثریت خوب و خیلی خوب بود. نتایج سنجش کیفیت زندگی بر اساس SF-36 نشان داد که میانگین نمره  $112/5 \pm 24$  با حداقل نمره ۵۴ و حداکثر نمره ۱۵۶ بود. ۹۲٪ بیماران مبتلا به IHD کیفیت زندگی خوب و متوسطی نشان دادند. هیچ‌کدام از بیماران کیفیت زندگی بد نداشتند. همچنین نتایج نشان داد به طور کلی میانگین نمرات کیفیت زندگی بر اساس SAQ به ترتیب در بیماران سکته قلبی  $61/89 \pm 14/9$  بیماران آنژینی  $59/73 \pm 13/5$ ، CABG  $52/55 \pm 9/5$  و PTCA  $51/63 \pm 8/5$  کاهش نشان می‌دهد. همچنین بر اساس SF-36 میانگین نمرات در بیماران سکته قلبی  $116/4 \pm 20/6$ ، آنژین  $109/97 \pm 25/8$  CABG  $104/7 \pm 18/7$  و PTCA  $99/94 \pm 20/6$  کاهش مشاهده شد که این کاهش در هر دو ابزار با همدیگر هم‌خوانی دارند یعنی نمرات به دست آمده از هر دو ابزار در بیماران با بیماری‌های زمینه‌ای قلبی نتایج یکسانی نشان دادند. Saldana (۲۰۰۳) نشان داد که

است چون هر تفاوت معناداری ممکن است به انتخاب روش ترمیم عروق مؤثر واقع شود (۲۰). در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ که توسط Sth و همکاران انجام شد، ۱۸۳ بیمار که تحت عمل بای‌پس قرار گرفته بودند انتخاب شده و نتایج نشان داد که پس از اجرای برنامه‌های بازتوانی که آموزش در آن سهم عمده‌ای دارا بود، در حیطه عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و محدودیت نقش جسمی تفاوت معناداری بین دو گروه (شاهد و بیمار) دیده شد (۹). تعداد اعمال جراحی بای‌پس عروق کرونر در ایالات متحده از ۱۸۰۰۰۰ مورد ۱۹۸۳ به ۳۰۰۰۰۰ مورد در سال ۱۹۹۳ رسیده است (۱۰). و همچنین در ایران روز بروز بر تعداد این بیماران افزوده می‌شود و بیشتر روی کیفیت زندگی عمومی توجه شده به خصوص بیماران جراحی شده و مبتلایان به انفارکتوس میوکارد که این مطالعه لزوم توجه به کیفیت زندگی عمومی و خصوصی را نشان می‌دهد.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد کیفیت زندگی عمومی بیماران در محدوده خوب و متوسط قرار دارد ولی کیفیت بر اساس معیار SAQ اکثریت خوب و خیلی خوب می‌باشد. کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی در بیماران به ترتیب کاهش نشان داد: بیماران سکته قلبی، آنژین صدری، CABG و PTCA و این کاهش با هر دو ابزار هم‌خوانی نشان می‌دهد. همچنین در این مطالعه و سایر مطالعات استفاده از SAQ و SF-36 مناسب‌ترین ابزار تعیین کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌باشد. با افزایش تعداد ریسک فاکتورهای زمینه‌ای بیماران قلبی، کیفیت زندگی آن‌ها کاهش معناداری نشان داد. بیمارانی که بازسازی عروقی (CABG) شدند، کیفیت زندگی عمومی بهتری نسبت به بیمارانی که تحت درمان PTCA بودند، نشان دادند ولی کیفیت زندگی اختصاصی آن‌ها تغییرات زیادی نشان نداد. که لزوم توجه بیشتری به این بیماران را نشان می‌دهد.

### تشکر و قدردانی

با تشکر از معاونت پژوهشی دانشگاه جهت تأمین هزینه طرح تحقیقاتی ۸۵۳۴ همچنین مبتلایان به IHD که با کمک آن‌ها این مطالعه صورت گرفت.

نتایج نشان داد که با افزایش تعداد ریسک فاکتورهای در بیماران مبتلا به IHD کیفیت زندگی بر اساس SAQ رابطه عکس نشان داده است. یعنی با افزایش تعداد ریسک فاکتورها کیفیت زندگی خیلی خوب کاهش و کیفیت زندگی متوسط افزایش نشان داده و با  $p < 0/001$  این تفاوت معنادار شد. کیفیت زندگی عمومی بر اساس SF-36 با افزایش تعداد ریسک فاکتورها تفاوت معناداری نشان داد. با افزایش تعداد ریسک فاکتور، کیفیت زندگی خیلی خوب کاهش و کیفیت زندگی متوسط و خوب افزایش نشان داده است که این تفاوت با  $p < 0/001$  معنادار است. باقیانی مقدم (۱۳۸۵) نشان داد بیماران دیابتی که عوامل خطر داشتند، نسبت به آن‌هایی که نداشتند از میانگین نمره کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. همچنین کسانی که سیگار می‌کشیدند میانگین کیفیت زندگی ۲۹/۵۷ و کسانی که سیگار نمی‌کشیدند ۲۳/۱۹ بود که با  $p < 0/02$  تفاوت معنادار شد (۱۹).

نتایج نشان داد که افرادی که بازسازی عروق CABG کرونر داشتند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند و این تفاوت با  $p < 0/001$  معنادار بود. به خصوص این تغییرات در کیفیت زندگی عمومی، بهبود بیشتری نسبت به کیفیت زندگی بر اساس SAQ نشان داد. Borkon (۲۰۰۲) با استفاده از SAQ پس از PTCA (۲۵۲ نفر) و CABG (۲۲۳ نفر) وضعیت سلامتی ۶ و ۱۲ ماه پس از پروسیجرها، تجزیه و تحلیل شده و نشان دادند که ۲۵٪ از بیمارانی که PTCA و ۱٪ از بیمارانی که CABG شده بودند در طول مطالعه نیاز به مداخله داشتند ( $p < 0/001$ ) همچنین نتایج نشان داد که بهبود آنژین بعد از CABG بهتر از PTCA است ( $p < 0/001$ ) (۱۳). John (۲۰۰۳) به انجام مطالعه‌ای در مورد مقایسه کیفیت زندگی و سلامت بیماران مبتلا به ایسکمی مقاوم به درمان طبی با خطرپذیری بالا بعد از تداخلات کرونری زیرجلدی در مقابل بیمارانی که جراحی بای‌پس کرونر انجام داده‌اند، نتایج نشان داد که بیماران تحت درمان با PCI به احتمال خیلی زیاد دچار آنژین می‌شدند و احتیاج به تکرار جراحی دارند. کیفیت زندگی وابسته به سلامت (HRQL) بیماران PCI در مقابل CABG علی‌رغم درصد مرگ و میر مشابه بدتر است. از طرف دیگر CABG بیشتر تهاجمی است و باید به اثرات ذهنی و عصبی بای‌پس قلبی عروقی توجه داشت. در نتیجه HRQL بعد از CABG و PCI دارای اهمیت

## منابع

- 1 - Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and suddarth textbook of medical surgical nursing. 11st ed. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2008.
- 2 - Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet* 1990 Jul 21;336(8708):129-33.
- 3 - Phipps WJ, Marek JE, Manahan FD, Neighbor S, Sands JK, Green OJ, editors. Medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 7th ed. St. Louis: Mosby, 2003.
- 4 - Azadi F, Mohammadi E. Effects of Partnership Care Model on quality of life of coronary Artery disease patients. *Iranian Journal of Nursing Research* 2006;2(1): 23-29. [in Persian]
- 5 - Shidfar M, shojaezade D, hossini M, Asasi N, Majlesi F, Naze S. Survay the Knowledge attitude and life style in patients with unstable Angaina huspitali of medical sciences Zed in Mashhad universty of medical sciences huspitas. *Payesh journal* 1381; 7(2):49-61.
- 6 - Goldman L, Bennett JC, editors. Cecil textbook of medicine. 21st ed. Philadelphia : W.B. Saunders, 2000.
- 7 - Rooh Afza H, Saeidi M, sadegi M, Bashtam M, Rabiee K. The effect of a cardiac rehabilitation on psychological streses. *Journal of Research In Medical Sciences*. 2003; 3(8): 97-94. [in Persian]
- 8 - Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994 Aug 24-31; 272(8): 619-26.
- 9 - Sth HJ, Taylor R, tchell A. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QL, and SEIQoL. *Heart* 2000 Oct; 84(4): 390-4.
- 10 - Taylor C, Lillis C, LeMone P. Fundamentals of nursing: the art & science of nursing care. Philadelphia: Lippincott, 2001 p: 638 708-710.
- 11 - Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, editors. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill, 2001.
- 12 - Saldana G, Soloria S. Coronary artery angioplasty quality of life Seattle angina questionnaire. *Rev max cardial. Spanish* 2003; 14(3): 94-97.
- 13 - Borkon AM, Muehlebach GF, House J, Marso SP, Spertus JA. A comparison of the recovery of health status after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass. *Ann Thorac Surg*. 2002 Nov; 74(5): 1526-30.
- 14 - McColl E, Eccles MP, Rousseau NS, Steen IN, Parkin DW, Grimshaw JM. From the generic to the condition-specific?: Instrument order effects in Quality of Life Assessment. *Med Care*. 2003 Jul; 41(7): 777-90.
- 15 - Mayou R, Bryant B,Turner R. Quality of life in non-insulin-dependent diabetes and a comparison with insulin-dependent diabetes. *J Psychosom Res*. 1990; 34(1): 1-11.
- 16 - Hunt JO, Hendrata MV, Myles PS. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 2000 Nov-Dec; 29(6): 401-11.
- 17 - Darcy L, Green P, John A. The relationship between angina frequency and patients quality of life. Spertus University of ssour- Kansas city, 2004. 23-25.
- 18 - Dempster M, Donnelly M. Measuring the health related quality of life of people with ischemic hrart disease. *Heart*. 2000; 83(6): 641-4.
- 19 - Baghianimoghadam MH, Afkha Ardakani M, Mazloo SS, Saaidizadeh M. quality of life in diabetes type ii patients in yazd. *journal of shahid sadoughi university of medical sciences and health services* 2006; 4(14): 49-54. [in persian]
- 20 - Rumsfeld JS, Magid DJ, Plomondon ME, Sacks J, Henderson W, Hlatky M, et al. Health-related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary bypass surgery in high-risk patients with medically refractory Ische. *J Am Coll Cardiol*. 2003 May 21; 41(10):1732-8.

## The general and specific quality of life in patients with Ischemia in Kashan

Taghadosi<sup>1</sup> M (MSc.) - Gilasy<sup>2</sup> HR (MSc.).

**Introduction:** Heart ischemic diseases are the most common heart problems and the most important cause of death, all over the world which affect the patients' quality of life. These diseases involve many problems for patients and cost a lot for the society. Most of conducted studies in this regards, have assessed the general quality of life. The present study, therefore, was design to assess general and specific quality of life of patients with heart ischemic diseases in Kashan.

**Method:** Recruiting a cross-sectional study design, 500 patients were selected to participate in the study among who were admitted to one of Kashan's health centers, diagnosed with myocardial infarction (based on their clinical and para-clinical criteria), had coronary arteries complications (based on angiography) or had a history of PTCA or CABG operation and were under treatment. Data were collected using SF-36 Index (short form) for assessing general quality of life and SAQ index to assess the specific quality of life. The data were analyzed using K2 and Fisher statistics test.

**Results:** The results showed that the average age was  $60.5 \pm 12.5$  years old. %55.8 of participants were male. Most of the participants had a history of heart attack. Quality of life was mostly moderate and good. The patients with a history of CABG had better quality of life than patients undergone PTCA. The average of general quality of life was  $112.5 \pm 24$  (interpreted as good) and  $59.8 \pm 14.9$  for specific quality of life (interpreted as good). Sex, history of heart disease, older age, insufficient education, educational level, heart attacks rates and having a history of diseases had impact on their quality of life.

**Conclusion:** General and specific quality of life, were demonstrated to be good in participants which was better in patients who had experienced heart attacks and angina than those undergone angioplasty. The study calls for more attention and education to patients with older age, suffering from other diseases, more pervious heart attacks and females.

**Key words:** Quality of life, SAQ, SF-36, Heart ischemic diseases, Myocardial infarction, CABG, PTCA

---

1 - Correspondent author: Faculty member, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

**e-mail:** taghadosi\_1345@yahoo.com

2 - Faculty Member, Kashan University of Medical Science, Kashan, Iran.