بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری

زهرا طاهری خرامه[1]، مجیده هروی کریموی[2*]، ناهید رژه[2]، علی منتظری[3]، ابراهیم حاجی‌زاده[4]

۱. دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی،گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
۴. گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

نشریه پایش
سال سیزدهم شماره سوم خرداد - تیر ۱۳۹۳ صص ۳۵۵-۳۴۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۳/۲۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ اسفند ۹۲]

چکیده

آنژین صدری با داشتن ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده، همراه با علایم خاص و نیز عدم تحمل فعالیت بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر منفی می‌گذارد. کیفیت زندگی از عوامل پیش بینی‌کننده وقوع ناتوانی و مرگ در این بیماران است. پژوهش حاضر با هدف تعیین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری و عوامل مؤثر برآن در قم انجام شده است. در این مطالعه ۲۰۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری بستری یا سرپایی مراجعه‌کننده به دو مرکز آموزشی درمانی منتخب شهر قم در سال۱۳۹۱ به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها کیفیت زندگی عمومی فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) و پرسشنامه اطلاعات فردی و کلینیکی بود. نتایج نشان داد بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد کارکرد اجتماعی با میانگین ۵۹ و کمترین نمره مربوط به بُعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی با میانگین ۳۳/۱۲ بود. نمره کیفیت زندگی زنان در تمام خرده مقیاس‌ها، به طور معنی‌دار پایین‌تر از مردان بود. بر اساس نتایج تحلیل کواریانس (ANCOVA) بین شدت بیماری و تمام زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی به جز سلامت روان و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت ($P<۰/۰۱$). همچنین در بررسی رابطه کیفیت زندگی و نوع درمان پس از حذف اثر سایر متغیرها، ارتباط معکوس معنی دار بین بای پس عروق کرونر و سلامت روان وجود داشت ($P=۰/۰۰۲$). با توجه به نتایج مطالعه، تمرکز و توجه بیشتر در مراقبت‌های پرستاری، جهت ارتقای و بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، آنژین صدری، عوامل مرتبط

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، نرسیده به طالقانی، کوچه شهید رحمت رحیم‌زاده، پلاک ۶، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد
تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

مقدمه

امروزه بیماری‌های قلب و عروق علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی در کل دنیا از در جوامع بشری محسوب می‌شود. تخمین زده می‌شود که حدود ۸۱ میلیون آمریکایی مبتلا به یکی یا بیشتر از بیمارهای عروق کرونری هستند[۱]. در ایران نیز این بیماری‌ها اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال هستند[۲]. برآوردها نشان می‌دهد که بار بیماری در یک سال به علت بیماری‌های قلبی عروقی در کشور بالغ بر ۱/۵ میلیون سال است، یعنی در مجموع ۱/۵ میلیون سال (۱۰/۴ درصد از کل) از سال‌های زندگی در کشور به علت مرگ و میر و ناتوانی حاصل از بیماری‌های قلبی عروقی از دست می‌رود[۳]. درمیان بیماری‌های ایسکمیک قلبی، مبتلایان به آنژین صدری درصد کثیری از بیماران را تشکیل می‌دهند. این بیماری با احساس فشردگی و درد قفسه سینه در نتیجه عدم تعادل عرضه خون و تقاضای اکسیژن به دنبال تنگی عروق کرونر به وسیله ضایعه آترواسکلرتیک مشخص می‌شود[۴]؛ و با داشتن ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده، همراه با علایم خاص، آنژین و نیز عدم تحمل فعالیت بر کیفیت زندگی این بیماران تاثیر منفی می گذارد[۵]. علاوه بر بار بالینی و اقتصادی، این بیماری کیفیت زندگی وابسته به سلامتی را در بیماران مبتلا مورد تهدید قرار داده و اهمیت بررسی سطح کیفیت زندگی را در این بیماران آشکار می‌سازد[۶]. کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت عبارت است از شرایطی که درآن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی و اقتصادی فرهنگی معنوی و جنسی احساس رضایت می نماید. آنچه نهایتاً به دنبال یک درمان دارویی و یا جراحی برای بیمار حاصل می شود و باقی می‌ماند بهترین و اساسی‌ترین معیار برای قضاوت میزان تأثیر آن درمان است[۷]. بررسی کیفیت زندگی بیماران آنژین صدری، با توجه به افزایش روزافزون این بیماری و اثرات بر کل شیوه زندگی بیمار اهمیت بسیاری دارد. ابزارهای مختلفی به منظور بررسی کیفیت زندگی در دسترس هستند. رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزار استاندارد عمومی موجود در این زمینه، پرسشنامه "فرم کوتاه ۳۶ سوالی" (SF-36) است که با استفاده از آن، می‌توان طیف وسیعی از زیرمجموعه‌های کیفیت زندگی را به خوبی ارزیابی کرد. این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی استاندارد شده است و به نظر می‌رسد با شرایط فرهنگی اجتماعی ایران سازگاری بیشتری داشته باشد[۸]. همچنین پرسشنامه SF-36 در مطالعات بسیار زیادی بر روی بیماران قلبی به عنوان ابزاری پایا مورد استفاده قرار گرفته است[۹]. مطالعاتی در این زمینه توسط پژوهشگران، در کشورهای مختلف دنیا انجام شده است[۱۲-۹]، ولی در ایران مطالعات محدودی به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی پرداخته است. در یک مطالعه در سال ۸۹ به دلیل نمره‌دهی نامناسب و گزارش کیفی نمرات کیفیت زندگی به جای کمی، امکان مقایسه وجود ندارد[۱۳]. مطالعاتی نیز به بررسی کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته‌ی قلبی و جراحی قلب انجام شده است[۱۵-۱۴]. ضروری به نظر می‌رسد که جهت روشن شدن ابعاد مختلف کیفیت زندگی در این بیماران بر اساس تعاریف متعدد تحقیقاتی انجام گیرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری و عوامل مؤثر بر آن انجام پذیرفته است تا بتوان با کسب آگاهی و دانش در زمینه کیفیت زندگی این بیماران همگام با اجرای برنامه مراقبتی نسبت به ارتقای آن اهتمام ورزید.

مواد و روش کار

مطالعه توصیفی ـ تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به آنژین پکتوریس بستری یا سرپایی مراجعه‌کننده به دو مرکز آموزشی درمانی منتخب شهر قم بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار تعیین حجم نمونه بر اساس مطالعه پایلوت با در نظر گرفتن کیفیت زندگی ۴۸ درصد، دقت ۸ درصد و توان آزمون ۹۵ درصد ۱۵۰ نفر برآورد گردید. تعداد ۲۰۰ بیمار دارای سن بیش از ۱۸ سال به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. سایر شرایط ورود به مطالعه، توانایی تکلم به زبان فارسی، گذشت حداقل ۱ ماه از تشخیص قطعی بیماری، مبتلا نبودن به بیماری شناخته شده روانی و اختلالات شناختی و رضایت جهت شرکت در انجام پژوهش بود. پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهد و ارائه آن به مسئولان مراکز آموزشی درمانی، مجوزهای مورد نیاز را برای اجرای مطالعه اخذ نمود و پس از بیان اهداف، از بیماران منتخب رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه گرفته شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و اطلاعات به صورت محرمانه حفظ شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود که توسط پرسشگر و به روش مصاحبه تکمیل شد. بخش اول مربوط به مشخصات فردی شامل سوالاتی متغیر های جمعیت شناختی ـ اجتماعی و اقتصادی سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، نژاد، مذهب، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف سیگار،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

سابقه بیماری جسمانی، سابقه بیماری قلبی در خانواده و بستگان درجه یک، وزن، قد، مدت ابتلا به بیماری قلبی، تعداد دفعات بستری، سابقه آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و جراحی قلب، کسر تخلیه-ای و طبقه‌بندی عملکردی آنژین (براساس CCS classification) بود. همچنین جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار عمومی اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که از آن می‌توان برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گروه‌های جمعیتی سالم و بیمار استفاده کرد. نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت است که عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، دردجسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور متناسب با سؤالات، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد که بر حسب نیاز آن سؤال از دو گزینه (بله، خیر) الی شش گزینه (در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت‌ها، هیچ وقت) را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌دهند. پرسشنامه SF-36 توسط وار در سال ۱۹۹۲در کشور آمریکا طراحی شده[۱۶] و در بیش از ۵۰ کشور دنیا از جمله ایران توسط دکتر منتظری به زبان فارسی ترجمه و مورد تطبیق فرهنگی قرار گرفته است و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است[۱۷]. داده‌های این مطالعه توسط نرم افزار SPSS v.16 با استفاده ازآزمون‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، آزمون تحلیل کواریانس و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران ۱۱/۲۴±۵۹/۴۶ بود و ۵۷ درصد از ایشان را زنان تشکیل می‌دادند. ۸۷ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه ساکن شهر و ۱۳ درصد آنها ساکن روستا بوده‌اند. ۶۳ درصد شرکت‌کنندگان از نژاد فارس، ۳۱ درصد ترک و ۶ درصد سایر بوده‌اند. ۸۷ درصد شرکت‌کنندگان ایرانی و ۱۳ درصد غیر ایرانی بوده‌اند. تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه مسلمان و شیعه بودند. از نظر تحصیلات بیشتر بیماران (۴۰/۵ درصد) بی‌سواد بودند. یافته‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های فردی و بیماری نیز در جدول ۲ قابل مشاهده است. میانگین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری در ابعاد عملکرد جسمی ۴۶/۵، سلامت عمومی ۴۷/۴۵، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی ۳۳/۱۲، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی۴۱، درد جسمی۴۱/۱۵، کارکرد اجتماعی۵۹، نشاط ۴۰/۸۲ و سلامت روان ۴۷/۱۰ بوده است که میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس‌های مربوط به آن در جدول ۲ نمایش داده شده‌است. بر اساس نتایج به دست آمده بیماران مورد مطالعه در بُعد کارکرد اجتماعی بیشترین نمره و در بُعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی کمترین نمره را داشتند (جدول شماره ۲). کیفیت زندگی بر حسب جنسیت افراد تفاوت‌هایی نشان داد و به طور کلی کیفیت زندگی زنان به طور معنی‌دار در تمام ابعاد کیفیت زندگی پایین‌تر از مردان بود (جدول شماره ۲). آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) در بررسی رابطه بین شدت آنژین و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آنژین صدری نتایج نشان داد در تمام ابعاد کیفیت زندگی با افزایش کلاس بیماری، میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی کاهش می‌یافت و با حذف اثر متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال، سطح تحصیلات، سابقه‌ی مصرف سیگار، تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت روان و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی با کلاس بیماری ارتباط معنی‌دار داشت ($P<0/01$) (جدول شماره ۳). در بررسی رابطه کیفیت زندگی و نوع درمان پس از حذف اثر سایر متغیرها، ارتباط معکوس معنی دار بین بای پس عروق کرونر و سلامت روان وجود داشت ($P=0/002$) اما رابطه سایر درمان‌ها (آنژیو پلاستی و درمان دارویی) با هیچ یک از ابعادکیفیت زندگی معنی دار نبود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

جدول ۱: مشخصات فردی و کلینیکی نمونه های مورد مطالعه

	تعداد (درصد)
گروه‌های سنی (سال) ۱۱/۲۴ ±۵۹/۴۶	
۴۴-۲۵	۱۷(۸/۵)
۶۴-۴۵	۱۱۷(۵۸/۵)
۸۵-۶۵	۶۶(۳۳)
جنسیت	
مرد	۸۵(۴۲/۵)
زن	۱۱۵(۵۷/۵)
وضعیت تأهل	
متأهل	۳۳۴(۶۶/۸)
مجرد	۱۳۰(۲۶)
جدا شده	۳۶(۷/۲)
همسر مرده	۲۵(۱۲/۵)
وضعیت اشتغال	
خانه دار	۱۰۳(۵۱/۵)
بازنشسته	۳۰(۱۵)
بیکار	۳۷(۱۸/۵)
کارگر	۲۰(۱۰)
کارمند	۸(۴)
روحانی	۲(۱)
میزان تحصیلات	
بیسواد	۸۱(۴۰/۵)
ابتدایی	۶۴(۳۲)
راهنمایی	۲۳(۱۱/۵)
متوسطه	۲۵(۱۲/۵)
دانشگاهی	۷(۳/۵)
وضعیت سکونت	
مالک	
مستاجر	
محل زندگی	
شهر	۱۷۴(۸۷)
روستا	۲۶(۱۳)
وضعیت اقتصادی	
کافی	۱۰۶(۵۳/۵)
ناکافی	۹۳(۴۶/۵)
مصرف سیگار	
بلی	۱۸(۹)
ترک کرده	۳۳(۱۶/۵)
خیر	۱۴۹(۷۴/۵)
ملیت	
ایرانی	۱۹۶(۹۸)
غیرایرانی	۴(۲)
قومیت	
فارس	۱۲۶(۶۳)
ترک	۶۲(۳۱)
سایر	۱۲(۶)
تعداد بستری	
کمتر از سه بار	۲۱(۱۰/۵)
بیشتر از سه بار	۳۰(۱۵)
مشخصات پزشکی	
فشار خون	۱۰۳(۵۱/۵)
دیابت	۷۸(۳۹)
هیپرلیپیدمی	۹۵(۴۷/۵)
سابقه خانوادگی بیماری قلبی	۸۱(۴۰/۵)
سابقه آنژیوگرافی	۱۲۴(۶۲/۳)
سابقه آنژیوپلاستی	۳۲(۱۶)
سابقه عمل جراحی قلب	۱۶(۸)
سابقه سکته قلبی	۳۰(۱۵)
Funetional class	
I	۵۹(۲۹/۵)
II	۸۹(۴۴/۵)
III	۵۰(۲۵)
IV	۲(۱)
سیستوال میانگین (انحراف معیار)	
ضربان قلب	۱۲۶/۳۴(۱۵/۸۴)
کسر تخلیه ای	۵۳(۴/۶)
تعداد بستری	۲/۲۴± ۲/۱۶
مدت زمان بیماری قلبی	۳/۴۷± ۳/۳۸

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی برحسب جنسیت

	میانگین (انحراف‌معیار)	مرد M(SD)	زن M(SD)	P-value
عملکرد جسمی	۴۶/۵۰ (۲۵/۰۷)	۵۷/۷۶ (۲۶/۲۹)	۳۸/۱۷ (۲۰/۵۸)	۰/۰۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی	۳۳/۱۲ (۳۱/۴۹)	۴۰/۸۸ (۳۴/۲۵)	۲۷/۳۹ (۲۸/۰۹)	۰/۰۰۳
درد جسمی	۴۱/۱۵ (۲۲/۶۸)	۵۰ (۲۲/۹۹)	۳۴/۶۰ (۲۰/۱۸)	۰/۰۰۰۱
سلامت عمومی	۴۷/۴۵ (۱۹/۶۴)	۵۷/۱۷ (۱۹/۵۲)	۴۰/۲۶(۱۶/۴۳)	۰/۰۰۰۱
نشاط	۴۰/۸۲ (۲۱/۱۳)	۵۰/۶۴ (۲۰/۱۴)	۳۳/۵۶ (۱۸/۸۵)	۰/۰۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۵۹ (۲۲/۷۶)	۶۴/۸۵ (۲۱/۵۲)	۵۴/۶۷ (۲۲/۷۸)	۰/۰۰۲
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۴۱ (۳۴/۶۸)	۵۱/۳۷ (۳۴/۳۳)	۳۳/۳۳ (۳۳/۰۳)	۰/۰۰۰۱
سلامت روان	۴۷/۱۰ (۱۹/۶۲)	۵۳/۲۷ (۱۹/۹۵)	۴۲/۵۳ (۱۸/۱۴)	۰/۰۰۰۱

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی بر حسب کلاس بیماری با استفاده از تحلیل کواریانس

کیفیت زندگی	کلاس I M(SD)	کلاس II M(SD)	کلاس III M(SD)	کلاس IV M(SD)	P-value
عملکرد جسمی	۶۰ (۲۷/۵۶)	۴۴/۳۵ (۲۲/۱۹)	۳۳/۴۷ (۱۷/۴۴)	۱۰ (۱۴/۱۴)	۰/۰۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی جسمی	۴۸/۰۳ (۳۷/۳۶)	۳۰ (۲۷/۷۶)	۲۲/۸۲ (۲۱/۶۱)	۰ (۰)	۰/۰۰۱
درد جسمی	۵۶/۲۷ (۲۴/۳۲)	۴۰/۳۵ (۱۹/۰۵)	۲۵/۲۱ (۱۶/۸۳)	۲۰ (۱۴/۱۴)	۰/۰۰۰۱
سلامت عمومی	۵۴/۲۱ (۲۰/۱۳)	۴۶/۷۶(۱۹/۰۸)	۴۰/۵۴ (۱۷/۵۱)	۲۷/۵۰(۳/۵۳)	۰/۰۱
نشاط	۴۸/۷۲ (۲۰/۶۸)	۳۹/۱۱ (۲۰/۹۷)	۳۳/۹۱ (۲۰/۵۷)	۳۵ (۱۴/۱۴)	۰/۰۰۴
عملکرد اجتماعی	۶۸/۶۲ (۲۱/۷۰)	۵۷/۲۰ (۲۲/۷۷)	۵۰/۲۷ (۲۲/۴۳)	۴۳/۷۵ (۸/۸۳)	۰/۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۴۹/۶۷ (۳۸/۵۱)	۳۸/۰۳ (۳۴/۹۴)	۳۱/۸۸ (۲۳/۲۶)	۱۶/۶۶ (۲۳/۵۷)	۰/۱۲۵
سلامت روان	۴۹/۹۶ (۲۲/۳۴)	۴۶/۸۲ (۱۷/۷۰)	۴۱/۷۳ (۲۰/۴۵)	۴۰ (۲۲/۶۲)	۰/۳۱

(CCS classification)

کلاس I، تنگی نفس یا درد سینه تنها در فعالیت های شدید

کلاس II، تنگی نفس یا درد سینه در رابطه با فعالیت های طولانی تر یا سخت تر از حد معمول

کلاس III، تنگی نفس یا درد سینه با فعالیت های معمول روزانه

کلاس IV، تنگی نفس یا درد سینه در حالت استراحت

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران مورد مطالعه در بعد اجتماعی مشکلات کمتر ولی در بعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. در ایران یک مطالعه به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی پرداخته است ولی به‌دلیل تغییر مقیاس‌های آن مطالعه، نمره دهی نامناسب و نیز ارائه یافته‌ها به صورت کیفی به جای کمی امکان مقایسه وجود ندارد[۱۲]. اما در مقایسه مقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران با کیفیت زندگی نرم جامعه در مطالعه دکتر منتظری، کیفیت زندگی در تمام ابعاد کاهش نشان می‌دهد. در مطالعه‌ی دسوت در برزیل بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری نیز بیشترین و کمترین نمره‌ی کیفیت زندگی در بیماران به ترتیب مربوط به بُعد کارکرد اجتماعی با میانگین ۸۶ محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی با میانگین ۵۷ است[۱]. فایلد نیز در مطالعه‌ی بیشترین نمره‌ی کیفیت زندگی را حتی سه ماه بعد از سندرم کرونری حاد کارکرد اجتماعی عنوان می‌کند[۱۸]. شاید بتوان علت بالا بودن کیفیت زندگی در بعد اجتماعی به متاهل بودن اکثر نمونه‌های مورد پژوهش نسبت داد. حضور همسر به عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می‌دهد، می‌تواند بر سلامت و عملکرد فرد خصوصا در بعد اجتماعی تأثیرگذار باشد[۱۹]. در مورد پایین بودن کیفیت زندگی در بعد جسمی، بیماران آنژین صدری به دلیل درد قفسه سینه ناشی از بیماری در بعد جسمی با مشکلاتی رو به رو هستند. سن بالا و بیماری همراه از دیگر مواردی هستند که در عملکرد بیماران در بعد جسمی تاثیر منفی گذاشته و آن‌ها را دچار مشکل می‌کند. به‌طور کلی میانگین ابعاد کیفیت زندگی در مطالعه‌ی ما پایین است. پایین بودن کیفیت زندگی می‌تواند ناشی از عوامل مختلف بسیاری از جمله وضعیت اجتماعی اقتصادی، افسردگی و غیره باشد. افرادی که از عوامل تسهیل‌کننده بیشتری مثل انعطاف پذیری، حمایت اجتماعی و اقتصادی مناسبی برخوردارند، سریع‌تر با بیماری‌شان سازگار می‌شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

می‌گذارد[۲۰]. یافته‌ها حاکی از آن است که در تمام ابعاد کیفیت زندگی به‌طور معنی‌دار کیفیت زنان پایین تر از مردان است. اوریزار و جیمیسون در مطالعه خود نشان دادند که کیفیت زندگی در زنان پایین‌تر از مردان است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد [۲۲-۲۱]. به‌طور مشابهی پراگودپول جنسیت زن را به‌عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده منفی کیفیت زندگی عنوان کرد[۲۳]. اگرچه در مطالعه‌ی دکتر منتظری کیفیت زندگی زنان نرم جامعه کمتر از مردان گزارش شده است اما در بیماران مورد مطالعه‌ی ما این تفاوت مشهودتر است. تفاوت بارز کیفیت زندگی زنان و مردان به وضوح معلوم نیست[۲۴]. ولی بعضی از پژوهشگران معتقدند عوامل و روانشناختی و یا درک متفاوت زنان از علایم بیماری و مقیاس‌های سلامت در آن نقش دارند[۲۵] و بعضی معتقدند ممکن است به دلیل شاید به دلیل افسردگی، بیماری همراه و حمایت اجتماعی باشد[۲۹-۲۶]. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین شدت بیماری با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت، به این صورت که با افزایش کلاس بیماری کیفیت زندگی بیماران کاهش پیدا کرد و این ارتباط در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت روان و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی با کلاس بیماری معنی‌دار بود. نتایج پژوهش بلودجونز و همکاران نشان داد بین شدت آنژین و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود دارد[۳۰]. جونگر و همکاران شدت بیماری را مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در میان متغیرهای مورد مطالعه دانسته‌اند که در تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیرگذار است[۳۱]. دارسی نیز در تحقیقی که در کشور آمریکا، شدت علائم آن‌ها و میزان محدودیت‌های فیزیکی ناشی از این علائم مهم‌ترین تعیین کننده کیفیت زندگی در بیماران آنژیوپلاستی (PTCA) بیان نمود [۳۲]. براساس یافته‌های این پژوهش در بررسی رابطه کیفیت زندگی و نوع درمان، تنها ارتباط معکوس معنی‌دار بین بای پس عروق کرونر (CABG) و سلامت روان وجود داشت. نتایج مطالعه‌ی جان نشان داد که بیماران تحت درمان با آنژیوپلاستی به احتمال خیلی زیاد دچار آنژین می شدند و احتیاج به تکرار جراحی دارند. کیفیت زندگی وابسته به سلامت (HRQL) بیماران PTCA در مقابل CABG به‌رغم درصد مرگ و میر مشابه بدتر است. از طرف دیگر CABG بیشتر تهاجمی است و باید به اثرات ذهنی و عصبی بای پس قلبی عروقی توجه داشت[۳۳]. بورکون نشان داد که بهبود آنژین بعد از CABG بهتر از PTCA است و ۲۵ درصد از بیمارانی که PTCA و ۱ درصد از بیمارانی که CABG شده بودند در طول مطالعه نیاز به مداخله داشتند[۳۴]. با توجه به تعداد محدود نمونه بیماران مطالعه‌ی ما در گروه‌های آنژیوپلاستی و بای پس عروق کرونر امکان مقایسه به صورت مناسب وجود نداشت و انجام مطالعه مقایسه‌ای با حجم نمونه‌ی بالاتر پیشنهاد می‌گردد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به انجام مطالعه به صورت مقطعی اشاره کرد لذا توصیه می‌شود بررسی طولی کیفیت زندگی در همین گروه از بیماران انجام شود. نمونه‌گیری غیر تصادفی و حجم محدود نمونه‌ها نیز در این مطالعه قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر (بیماران قلبی چند استان) می‌تواند در ارتقای این محدودیت مؤثر باشد. متغیرهای بسیار دیگری نیز مانند حمایت اجتماعی، اضطراب، افسردگی و علائم قلبی نیز وجود دارد که در مطالعه‌ی ما مورد بررسی قرار نگرفته است و انجام مطالعاتی در این زمینه می‌تواند یافته‌های جامع‌تری در اختیار پژوهشگران بگذارد. با توجه به اینکه عوامل بسیار متنوعی می‌تواند برکیفیت زندگی این بیماران تأثیر بگذارد، پیشنهاد می‌شود پژوهش کیفی در مورد چگونگی درک کیفیت زندگی در بیماران قلبی انجام گیرد. همچنین انجام تحقیقاتی با استفاده از ابزارهای اختصاصی در این گروه از بیماران انجام توصیه می‌شود. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، کیفیت زندگی بیماران آنژین صدری در حد مطلوبی قرار نداشت و با توجه به تغییراتی که در ابعاد مختلف کیفیت زندگی این گروه از بیماران ایجاد می‌شود، لازم است پرستاران در ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی به تمام ابعاد توجه کنند. شناخت، ارزیابی و درمان علایم و مشکلات بیماری و کنترل برخی متغیرهای قابل اصلاح، در برنامه‌ریزی مراقبت موثر از بیماران می‌تواند در کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشد.

سهم نویسندگان

زهرا طاهری خرامه: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله

مجیده هروی‌کریموی: مدیریت مشترک پایان‌نامه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله

ناهید رژه: مدیریت مشترک پایان نامه

علی منتظری: مدیریت مشترک پایان‌نامه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله

ابراهیم حاجی زاده: مدیریت مشترک پایان‌نامه، تحلیل داده‌ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه زهرا طاهری خرامه به راهنمایی دکتر مجیده هروی بوده است. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند، به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مدیران و پرسنل محترم بیمارستان‌های شهید بهشتی و حضرت ولی‌عصر و بیماران قلبی شرکت‌کننده در این پژوهش، اعلام می‌دارند.

منابع

1. Dessotte CA, Dantas RA, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2011;19:1106-13

2. Vahidian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnezhad A. Assesing risk factors of coronary heart disease. 3th Iran- Arab (Middle East) Cardiovascular Congress, 2009

3. Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR,Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction 2011;15:264-72

4.www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/SymptomsDiagnosisofHeartAttack/ Angina-Pectoris_UCM_437515_Article.jsp, 2012

5. María Dueñas, Alejandro Salazar, Begoña Ojeda and Inmaculada Failde. Health related quality of life in coronary patients, recent advances in cardiovascular risk factors, Prof. Mehnaz Atiq (Ed.), ISBN: 978-953-51-0321-9, InTech, Available 2012.from: http://www.intechopen.com/books/recent-advances-in-cardiovascularrisk- factors/health-related-quality-of-life-in-coronary-patients

6. Yılmaz E, Eser E, Şekuri C, Kültürsay H. The psychometric properties of the Turkish version of Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS). Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;11:386-401

7. MCDowell I, Praught E. Survey measurements of emotional well- being: the health opinion survey and the Bradburn scale compared. Canadian Journal of Public Health1985; 76: 250-4

8. Najafi M, Sheikhvatan M, Montazeri A, Sheikhfathollahi M. Reliability of World Health Organization's Quality of Life-BREF versus Short Form 36 Health Survey questionnaires for assessment of quality of life in patients with coronary artery disease. Journal of Cardiovascular Medicine (Hagerstown) 2009; 10:316-21

9. María Dueñas, Alejandro Salazar, Begoña Ojeda and Inmaculada Failde. Health Related Quality of Life in Coronary Patients, Recent Advances in Cardiovascular Risk Factors, Prof. Mehnaz Atiq (Ed.) 2012, ISBN: 978-953-51-0321-9, InTech, Available from: http://www.intechopen.com/books/recent-advances-in-cardiovascularrisk- factors/health-related-quality-of-life-in-coronary-patient

10. Borrás X, Garcia-Moll X, Gómez-Doblas JJ, Zapata A, Artigas R; Stable angina in Spain and its impact on quality of life. The AVANCE registry. Revista Española de Cardiología 2012; 65:734-41

11. Bainey KR, Norris CM, Gupta M, Southern D, Galbraith D, Knudtson ML, Graham MM. Altered health status and quality of life in South Asians with coronary artery disease. American Heart Journal 2011; 162:501-6

12. Hayes DK, Greenlund KJ, Denny CH, Neyer JR, Croft JB, Keenan NL. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in health-related quality of life among people with coronary heart disease, 2007. Preventing Chronic Disease 2011; 4: 78

13. Taghadosi M, Gilasy HR. The general and specific quality of life in patients with Ischemia in Kashan. Institutes for Journalism & Natural Resources 2008; 3:39-46

14. Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR,Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction. Pajoohandeh 2011; 15:264-72

15. Babaee J, Keshavarz M, Haidarnia A, Shayegan M. Effect of a Heahth education Program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Acta Medica Iranica 2007; 45:69-74

16. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51:903-12

17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life *Research* 2005; 14: 875-82

18. Failde II, Soto MM. Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. BMC Public Health 2006; 6:18-28

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

19. Christian A, Cheema AF, Smith SC, Mosca L. Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. Quality of Life Research 2007;16:363-73
20. Shell GA, Kris CH. Psychosocial Issue, Outcomes, and Quality of life. Oncology Nursing 4th ed. St Louis: Mosby a Harcourt health sciences company 2001; 948-70
21. Urizar GG, Sears SF. Psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality of life among Hispanic cardiac patients in South Florida. Journal of Behavioral Medicine, 2006; 29:255-68
22. Jamieson M, Wilcox S, Webster W, Blackhurst D, Valois RF, Durstine L. Factors influencing health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients. Progress in Cardiovascular Nursing 2002; 17:124-131
23. Pragodpol P, Ryan C. Critical review of factors predicting health-related quality of life in newly diagnosed coronary artery disease patients. Cardiovascular Nursing 2013;28:277-84
24. Van Jaarsveld C, Sanderman R, Ranchor A, Ormel J, van Veldhuisen D, Kempen G: Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: a prospective study. Journal of Clinical Epidemiology 2002; 55:1105-12
25. Gilliam ML, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: a focus-group approach. Contraception Journal 2004:70:299-305
26. Brink E, Grankvist G, Karlson BW, Hallberg LR: Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. Quality of Life Research 2005; 14:749-57
27. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY: Mortality and quality of life12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. Psychosomatic Medicine 2001; 63:221-30
28. Jamieson M, Wilcox S, Webster W, Blackhurst D, Valois RF, Durstine L. Factors influencing health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients. Progress in Cardiovascular Nursing 2002; 17:124-131, 154
29. Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, Reynolds NR, Dujardin JP, Homan JE, Stern SL: Gender differences in quality of life among cardiac patients. Psychosomatic Medicine 2004; 66:190-7
30. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics-V2010 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, 2010
31. Juenger J, Schellbery D, Kraemer S, Haunstetter A. Health related quality of life in patients with conestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart 2002; 87: 235-41
32. Darcy L, Green P, John A. The relationship between angina frequency and patients' quality of life. Spertus University of missour- Kansas City, USA 2004
33. John SR, David J.M. Mary E.P. Jerome S, William H, Mark H. Heart-Related quality of life after percutaneous coronary Intervention versus CABB in high-risk patient with medically refractory Ischemia, JACC (Journal of the American College of Cardiology) 2003; 41: 1732-8
34. 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. The Annals of Thoracic Surgery 2002; 74: 1526-30

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

ABSTRACT

Quality of life in patients with angina pectoris

Zahra Taheri Kharame [1], Majideh Heravi-Karimooi [2*], Nahid Rejeh [2], Ali Montazeri [3], Ebrahim Hajizadeh [4]

1. School of Paramedical Sciences, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
2. Elderly Care Research Center- Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
3. Mental Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
4. Departments of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Payesh 2014; 13: 347-355
Accepted for publication: 16 June 2013
[EPub a head of print-15 March 2014]

Objective (s): Angina pectoris greatly affects quality of life. The aim of this study was to examine quality of life and related factors in patients with angina pectoris.
Methods: This was a cross-sectional study of 200 patients with angina pectoris attending a teaching hospital in Qom Iran, in 2012. The Short Form Health Survey (SF-36) was used to measure quality of life. Data were analyzed using the SPSS 16 performing descriptive statistical tests, Pearson correlation coefficient, independent t-test and ANCOVA.
Results: Higher scores observed for social functioning (mean =59.0), while it was lowest for role limitation due to physical problems (mean =33.12). Female participants had lower quality of life, and these differences were statistically significant for all subscales ($p<0.05$). All quality of life subscales except mental health and role limitation due to emotional problems had significant correlation with functional class. Mental health had negatively significant correlation with coronary artery bypass surgery (P=0.002).
Conclusion: The findings indicated that gender and functional class might worsen quality of life in angina pectoris patients. It seems that more nursing care is needed for this subgroup of angina patients.

Key Words: Angina pectoris, Quality of life, related factors.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1393.13.3.10.0]

[*] Corresponding author: Department of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
Tel: 66418590
E-mail: hearavi@shahed.ac.ir