

کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر

پریسا شینی جابری^۱، شهرام براز^۲، سمیرا بیرانوند^۳، ماریا مکوندی^۴

چکیده

زمینه و هدف: امروزه عمل قلب باز از شایعترین درمانها برای بیماریهای کرونری قلب است که می تواند عوارض خطرناکی را بدنبال داشته باشد و کیفیت زندگی این بیماران را مختل کند. باتوجه به اهمیت کیفیت زندگی افراد و شیوع روزافزون بیماریهای قلبی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی قبل و بعد جراحی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر در شهر اهواز انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی - تحلیلی که در بیمارستان نفت اهواز (سال ۱۳۹۲) انجام شد، یکصد بیمار کاندید جراحی پیوند عروق کرونر بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36، روز قبل از جراحی و سه ماه بعد از آن جمع آوری و با نرم افزار SPSS و آزمون های t زوجی و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: کیفیت زندگی این بیماران سه ماه پس از جراحی، بطور معناداری بهبود یافت ($P < 0/001$). علاوه بر این، به جز در بعد سلامت روانی ($P = 0/32$)، در سایر ابعاد کیفیت زندگی، افزایش معنی داری مشاهده گردید ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: علیرغم اینکه جراحی بای پس عروق کرونر تقریباً تأثیر مثبتی بر ابعاد کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر داشته است، با این حال، در بعد روحی و روانی این بیماران تغییرات معنی داری مشاهده نشد که نیاز به بررسی بیشتر جهت شناسایی علل آن و نیز یافتن راه حل اثربخش دارد.

کلید واژگان: کیفیت زندگی، جراحی بای پس عروق کرونر، بیماران.

۱- مربی گروه پرستاری و مامایی.

۲-استادیار گروه پرستاری.

۳- کارشناس ارشد پرستاری.

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی.

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۲- مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران.

۳- بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد، لرستان، ایران.

۴- دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، واحد علوم تحقیقات، اهواز، ایران.

نویسنده مسؤول:

شهرام براز؛ مرکز تحقیقات مراقبت

بیماریهای مزمن، دانشکده پرستاری و

مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی

شاپور، اهواز، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۶۰۶۶۸۴۹

Email:

shahrambaraz@ajums.ac.ir

مقدمه

باشد که می‌تواند منجر به اختلال در ریتم قلب و متابولیسم، عدم تعادل آب و الکترولیت ها، افزایش فشار خون، شکسته شدن پروتئین ها، تأخیر در فرآیند بهبود زخم، افزایش احتمال بروز عفونت، ممانعت از عملکرد و سازگاری مؤثر فردی و عود عوارض قلبی شود (۸). با توجه به مطالب ذکر شده، اهمیت و توجه ویژه به بیماران کاندیدای جراحی پیوند عروق کرونری و نیز بررسی کیفیت زندگی این افراد الزامی و ضروری می‌باشد (۶).

کیفیت زندگی یکی از بخش های اثرپذیر در بیماران مبتلا به مشکلات قلبی- عروقی بوده و ناشی از حملات ایسکمی قلب است که در آن ظرفیت قلبی و جسمی افراد کاهش پیدا می‌کند (۹). بنابر تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۹، کیفیت زندگی به درک افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات و استانداردها برمی‌گردد (۱۰). عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است که از آن جمله می‌توان به بهداشت و سلامت جسم و روان، خانواده، روابط شخصی، عملکرد نقشی، فعالیت‌های تفریحی، شرایط اجتماعی، اقتصادی و مذهبی، و سازگاری با شرایط و محیط زندگی اشاره کرد (۱۱). در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری، شروع بیماری به منزله اختلال در مسیر طبیعی زندگی می‌باشد. بعلاوه، برخی مطالعات اختلالات خواب را از مشکلات مزمن این بیماران ذکر کرده اند و بیان داشته‌اند بیماران که اختلالات خواب دارند در مقایسه با هم‌تایانشان که اختلالات خواب ندارند، کیفیت زندگی نامطلوب تری دارند (۱۲ و ۱۳).

مطالعاتی که در زمینه کیفیت زندگی بیماران با عمل بای پس عروق کرونری قبل و بعد از جراحی انجام شده، تضادهایی را در نتایج نشان می‌دهد. منجم زاده و همکاران و نیز بابایی و همکاران در مطالعه خود بیان داشته اند که

بیماری های قلبی مهم ترین علت مرگ و میر در تمام دنیا می باشند که بر روی کیفیت زندگی مبتلایان تأثیر می گذارند. این بیماری‌ها مشکلات زیادی را برای بیماران و هزینه بالایی را برای جامعه به دنبال دارد. براساس آخرین آمارهای وزارت بهداشت، بیماری‌های قلبی- عروقی در رأس علل مرگ و میر کشور قرار دارند. بیماری‌های ایسکمیک قلب رایج ترین علت مرگ و میر ناگهانی و علت عمده مرگ مردان و زنان بالای ۲۰ سال می‌اشد (۱)؛ بطوری که براساس آمارهای اعلام شده توسط سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) و مرکز کنترل بیماری‌ها (Center of Diseases Control and Prevention)، در سال ۲۰۰۸ در حدود ۱۷/۳ میلیون نفر در جهان بر اثر بیماری قلبی- عروقی درگذشته اند که این میزان، ۳۰٪ از کل مرگ و میرها را شامل شده است و نیمی از این افراد، مبتلا به بیماری عروق کرونری (Coronary Heart Disease) بوده اند. هم چنین پیش بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، نزدیک به ۲۳/۶ میلیون نفر در اثر ابتلا به بیماری قلبی- عروقی فوت خواهند کرد (۲ و ۳).

آمارها در سطح جهانی نشان می‌دهد اعمال جراحی قلب، رایج ترین نوع جراحی قفسه سینه را تشکیل می‌دهند (۴). از جمله روش‌های تهاجمی که برای درمان بیماری‌های کرونری قلب انجام می‌گیرد، پیوند بای پس عروق کرونری قلب (Coronary Artery Bypass Graft) می‌باشد (۵). در ایران، جراحی پیوند عروق کرونری ۶۰٪ از کل جراحی‌های قلب و عروق را به خود اختصاص می‌دهد. گرچه این روش جراحی با هدف افزایش بقاء و کیفیت زندگی در بیماران انجام می‌گردد (۶)، اما حوادثی همچون انفارکتوس میوکارد، دیس ریتمی و خونریزی نیز می‌تواند از پیامدهای این روش باشد (۷). هم چنین هر عمل جراحی از جمله جراحی باز قلب با اضطراب و افسردگی همراه می

های جراحی مردان، زنان و قلب بیمارستان بزرگ نفت اهواز طبق فرمول

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

($d=0/01$ و $\alpha=0/05$: جهت تعیین حجم نمونه)

بصورت نمونه‌گیری در دسترس، از بین لیست بیمارانی که منتظر عمل جراحی بودند، انتخاب گردیدند.

پس از تصویب طرح در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه و کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه جندی شاپور اهواز، میزان کیفیت زندگی بیماران کاندید جراحی بای پس عروق کرونر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، به وسیله پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF-36 در زمان های روز قبل از عمل جراحی و سه ماه بعد از آن سنجیده شد. معیارهای ورود شامل: سن بالای ۱۸ سال، نداشتن سابقه ای از اختلالات روانشناختی و عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، و معیار خروج شامل بروز مشکلات جسمی و روانی- اجتماعی به هر علتی (نظیر تصادف و یا مرگ یکی از نزدیکان) جز عمل بای پس عروق کرونر بود.

طبق برنامه زمانی که بیمارستان از قبل به بیماران جهت پذیرش آن ها اعلام داشت، بیماران از ساعت ۹ الی ۱۱ صبح روز قبل از عمل بستری شدند. پس از انجام مراحل تشکیل پرونده و بستری شدن بیمار، محقق در حدود ۱ ساعت بعد از بستری بیمار، با کسب رضایت از وی و بیان اهداف مطالعه، پرکردن پرسشنامه را قبل از جراحی انجام داد. همچنین، سه ماه پس از جراحی، هنگامی که بیماران برای معاینه توسط متخصص و دریافت نسخه دارویی جدید به کلینیک قلب بیمارستان مذکور مراجعه کردند، پرسشنامه کیفیت زندگی مجدداً تکمیل شد.

بیماران پس از جراحی قلب از وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی خویش رضایت دارند (۱۴ و ۱۵)؛ این در حالی است که Bradshaw و همکاران و هم چنین Marwick و همکاران کیفیت زندگی این بیماران را ضعیف توصیف کرده اند (۱۶ و ۱۷).

از سویی، یکی از اهداف اعضای تیم درمان از جمله پرستاران، کاهش صدمات ناشی از جراحی، حفظ و ارتقای سلامتی بیماران است. بعلاوه، پرستاران بزرگ ترین گروه تیم بهداشتی- درمانی می‌باشند که بیشترین ارتباط را با بیمار داشته و مسئول مراقبت شبانه روزی از وی است. پرستاران در امر بازتوانی این بیماران نیز نقش بسزایی را ایفا می کنند. بنابراین لازم و ضروری به نظر می رسد که پرستاران از وضعیت کیفیت زندگی بیماران آگاهی داشته باشند تا بتوانند آن ها در ارتقاء سطح سلامتی و بازگشت به حداکثر توانایی خویش یاری رسانند (۷).

با توجه به شیوع روزافزون بیماری های قلبی- عروقی حتی در میان جوانان، اهمیت کیفیت زندگی این بیماران، و نیز وجود تضادهایی در زمینه اثربخشی عمل بای پس کرونر بر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در مبتلایان، پژوهشگران برآن شدند تا مطالعه حاضر را با هدف "مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونری قلب قبل و پس از جراحی" در شهر اهواز انجام دهند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی - مقطعی آینده نگر (Prospective, descriptive design) از نوع همبستگی است که در مدت شش ماه (فروردین تا شهریور ماه) در سال ۱۳۹۲ بر روی بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونری قلب انجام شد. در این مطالعه ۱۰۰ بیمار کاندید جراحی بای پس عروق کرونر بستری در بخش

یافته‌ها

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، ۱۰۰ بیمار تحت جراحی بای پس عروق کرونری شرکت داشتند که ۲۶ نفر را زنان و ۷۴ نفر را مردان تشکیل می دادند. از نظر سنی، میانگین سنی نمونه‌های مطالعه ۵۵/۴۹ سال (میانگین و مد = ۵۵ سال) بود که جوان‌ترین آنها ۲۳ سال و مسن‌ترین آنان ۷۴ سال سن داشتند. سایر خصوصیات دموگرافیک در جدول ۱ نشان داده شده است.

هم چنین، شایع‌ترین بیماری‌های همراه در میان نمونه‌های تحت مطالعه، بیماری‌های هایپرلیپیدمی و دیابت ملیتوس بودند که به ترتیب ۵۷٪ و ۵۱٪ از افراد به این بیماری‌ها مبتلا بودند (جدول ۲).

نتایج حاصل از آنالیز داده‌ها نشان داد که میانگین (\pm انحراف معیار) نمرات کل کیفیت زندگی شرکت کنندگان قبل و سه ماه پس از جراحی به ترتیب برابر با $(179/94 \pm 202/33)$ و $(202/75 \pm 2373/25)$ می باشد. با مقایسه نمرات میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی قبل از عمل و سه ماه بعد از آن، اختلاف معنی دار کیفیت زندگی این بیماران مشخص شد. با این حال، تنها در بعد نقش سلامت روانی در ایجاد محدودیت فعالیت تفاوت آماری مشاهده نشد. میانگین، انحراف معیار و سطح معناداری مربوط به ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی و نمره کلی آن در جدول ۳ نمایش داده شده است.

یافته‌های بدست آمده نشان داد کیفیت زندگی ۹٪ از بیماران قبل از جراحی در سطح ضعیف و ۸۱٪ در سطح متوسط قرار داشت. سه ماه پس از جراحی، کیفیت زندگی هیچ کدام از شرکت کنندگان در سطح ضعیف نبود؛ ۹۶٪ در سطح متوسط و تنها ۴٪ در سطح خوب بودند. جدول ۴ سطوح مختلف کیفیت زندگی را نشان می دهد.

ابزار پژوهش شامل یک پرسشنامه دو قسمتی متشکل از فرم اطلاعات جمعیت شناختی (شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، سطح درآمد ماهانه، مصرف سیگار، بیماری‌های زمینه‌ای، طول مدت ابتلا به بیماری و نوع بیمه درمانی) و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. پرسشنامه SF-36 دارای هشت بعد عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان می‌باشد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری "همخوانی داخلی" و آزمون روایی با استفاده از روش "مقایسه گروه‌های شناخته شده" و "روایی همگرایی" مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل "همخوانی درونی" نشان داد بجز مقیاس نشاط (۶۵٪) سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۷۷٪ تا ۹۰٪ برخوردارند. آزمون آماری "مقایسه گروه‌های شناخته شده" نشان داد این ابزار توانایی افتراق زیر گروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن می‌باشد و در تست "روایی همگرایی"، تمامی ضرایب همبستگی بیش از ۰/۴ بدست آمدند (۱۸). معیار نمره دهی سؤالات کیفیت زندگی بر اساس مقیاس لیکرت (عالی، خیلی خوب، خوب، نسبتاً بد، و بد) است (۶). امتیاز در نظر گرفته شده برای هر سؤال از صفر تا صد می باشد. بدین صورت که امتیاز صفر بیانگر وضعیت بد، امتیاز ۲۵ برای وضعیت نسبتاً بد، نمره ۵۰ برای وضعیت خوب، نمره ۷۵ برای وضعیت خیلی خوب و نمره ۱۰۰ بیانگر وضعیت عالی فرد بوده و در سؤالات منفی، نمره سؤالات برعکس داده شد. در نهایت، نمره کل کیفیت زندگی بر اساس سه مقیاس بد، متوسط و خوب دسته بندی شد.

داده‌ها پس از جمع آوری، توسط نرم افزار SPSS ورژن ۲۰ و با استفاده از آمارهای توصیفی، t زوجی و ضریب همبستگی در سطح معنادار P کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک نمونه های پژوهش

ویژگی	تعداد (%)	ویژگی	تعداد (%)
سطح تحصیلات		سابقه اعتیاد	
ابتدایی	۲۰٪	هرگز	۸۹٪
سیکل	۲۵٪	اکنون	۸٪
دبیرستان	۱۶٪	در گذشته	۳٪
دیپلم	۲۹٪	وضعیت شغلی	
دانشگاهی	۱۰٪	کارمند	۵۳٪
وضعیت اقتصادی		بازنشسته	۸٪
ضعیف	۳۹٪	آزاد	۲۰٪
متوسط	۳۷٪	خانه دار	۱۹٪
قوی	۲۴٪	نوع بیمه	
سابقه مصرف سیگار		شرکت نفت	۶۱٪
هرگز	۶۱٪	تأمین اجتماعی	۱۸٪
اکنون	۲۱٪	خدمات درمانی	۱۷٪
در گذشته	۱۸٪	آزاد	۴٪

جدول ۲: فراوانی بیماری های زمینه ای در نمونه های پژوهش به تفکیک جنسیت

بیماری های همراه	جنسیت	تعداد	فراوانی کلی (%)
دیابت	زن	۱۳	۵۱٪
	مرد	۳۸	
هایپرتانسیون	زن	۹	۳۸٪
	مرد	۲۹	
هایپرلیپیدمی	زن	۱۳	۵۷٪
	مرد	۴۴	
نارسایی کلیوی	زن	۲	۵٪
	مرد	۳	
انفارکتوس میوکارد	زن	۱۰	۳۱٪
	مرد	۲۱	
سکته مغزی	زن	۲	۸٪
	مرد	۶	

جدول ۳: مقایسه میزان کیفیت زندگی بیماران قبل و سه ماه پس از جراحی قلب (تعداد=۱۰۰)

P	میانگین (± انحراف معیار)	ابعاد
<۰/۰۰۱	۳۷۵/۲۵ (۷۳/۸۹±)	قبل
	۴۳۹/۷۵ (۷۵/۰۵±)	بعد
۰/۰۰۴	۵۲۸ (۱۳۸/۰۴±)	قبل
	۵۸۶/۷۵ (۱۳۶/۰۷±)	بعد
۰/۳۲۳	۳۷۹ (۷۲/۴۴±)	قبل
	۴۳۹/۲۵ (۶۸/۷۴±)	بعد
<۰/۰۰۱	۱۱۴/۵۰ (۲۷/۷۹±)	قبل
	۱۳۰/۵۰ (۲۹/۴۲±)	بعد
<۰/۰۰۱	۱۵۱/۷۵ (۴۹/۹۰±)	قبل
	۲۰۸/۵۰ (۴۴/۴۱±)	بعد
<۰/۰۰۱	۲۲۴ (۵۳/۶۴±)	قبل
	۲۳۱/۲۵ (۴۸/۸۹±)	بعد
<۰/۰۰۱	۷۶/۷۵ (۳۵/۰۴±)	قبل
	۱۲۹/۵۰ (۴۰/۸۸±)	بعد
<۰/۰۰۱	۱۷۹/۵۰ (۳۶/۹۹±)	قبل
	۲۰۳/۷۵ (۴۵/۱۳±)	بعد
<۰/۰۰۱	۲۰۲۵/۷۵ (۱۷۹/۹۴±)	قبل
	۲۳۷۳/۲۵ (۲۰۲/۳۳±)	بعد

جدول ۴: سطوح کیفیت زندگی شرکت کنندگان به تفکیک ابعاد هشتگانه (تعداد=۱۰۰)

ابعاد	ضعیف	متوسط	خوب
سلامت عمومی	قبل	٪۷۲	٪۱۹
	بعد	٪۳۱	٪۶۷
سلامت جسمی	قبل	٪۶۱	٪۴
	بعد	٪۷۲	٪۶
سلامت روانی	قبل	٪۷۲	٪۲۱
	بعد	٪۴۱	٪۵۷
عملکرد اجتماعی	قبل	٪۷۱	٪۱۶
	بعد	٪۴۰	٪۵۱
محدودیت جسمی	قبل	٪۲۱	٪۰
	بعد	٪۶۷	٪۱
محدودیت عاطفی	قبل	٪۴۲	٪۵۳
	بعد	٪۳۱	٪۶۵
درد بدنی	قبل	٪۳۴	٪۰
	بعد	٪۳۹	٪۴۷
نشاط و سرزندگی	قبل	٪۷۹	٪۱۲
	بعد	٪۳۷	٪۵۱
کیفیت زندگی کل	قبل	٪۸۱	٪۰
	بعد	٪۹۶	٪۴

بحث

نتایج یافته های ما در این مطالعه توصیفی - تحلیلی که بر روی ۱۰۰ بیمار کاندید جراحی بای پس عروق کرونر در زمان های قبل از عمل و سه ماه پس از آن انجام گرفت نشان می دهد سطح کیفیت زندگی اکثریت بیماران در زمان قبل از عمل در سطح متوسط قرار داشت و تعداد کمی از بیماران دارای کیفیت زندگی ضعیف بودند. با این حال، در ابعاد محدودیت جسمی و درد بدنی اکثر بیماران در سطح ضعیفی قرار داشتند (به ترتیب ٪۷۹ و ٪۶۶ افراد). تنها در بعد محدودیت عاطفی، بیش از نیمی از بیماران (٪۵۳) در

سطح خوبی قرار داشتند و در سایر ابعاد این میزان در محدوده متوسط قرار داشت. بنابراین، می توان گفت اگر چه بیماران از نظر محدودیت جسمی و درد بدنی در سطح ضعیفی قرار داشتند، اما در کل کیفیت زندگی آنان در سطح متوسط قرار داشت. در مطالعه حاجی آبادی در سال ۱۳۸۲ که به بررسی تأثیر عمل CABG بر جنبه های مختلف کیفیت زندگی سه ماه پس از عمل پرداخته بود، کیفیت زندگی بیش از پنجاه درصد بیماران (٪۵۹) ۲۴ ساعت قبل

بعد سلامت ذهنی تغییر معناداری در سه ماه پس از عمل نداشت (۲۲ و ۱۹،۲۱)، همراستا و با نتایج مطالعات فیاضی و همکاران، و منتظر قائم و همکاران که بیان کردند میزان سلامت روانی بیماران سه ماه پس از جراحی افزایش معنادار داشته است (۶ و ۲۰)، در تضاد است. شاید دلیل این اختلاف را بتوان این گونه توجیه کرد که سطح سلامت روانی اکثریت نمونه های پژوهش حاضر قبل از جراحی در محدوده متوسط و حدود ۲۱٪ نیز در وضعیت خوب قرار داشت. هم چنین اکثریت نمونه های مطالعه ما تحت پوشش خدمات درمانی شرکت نفت بودند و هیچ گونه هزینه ای را جهت درمان خود پرداخت نکردند؛ که این عدم نگرانی در خصوص پرداخت هزینه جراحی می تواند از نظر روانی، آرامش و راحتی را برای بیمار در پی داشته باشد. در مطالعه Myles و همکاران کیفیت زندگی بیماران سه ماه پس از جراحی بهبودی معنی داری را نشان داده بود که نتایج با مطالعه حاضر همسو می باشد (۲۳). نتایج پژوهش Falcoz و همکاران در فرانسه (سال ۲۰۰۶) نیز نشان داد که کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی CABG دو سال پس از عمل نسبت به قبل از آن افزایش معنادار داشته است (۲۴). در بررسی Kattainen و همکاران در فنلاند (در سال ۲۰۰۵) کیفیت زندگی بیماران شش ماه پس از جراحی افزایش معناداری نسبت به قبل از عمل داشت اما در پیگیری یکساله هیچ گونه تفاوت معناداری را مشاهده نکردند (۲۵).

نتیجه گیری

با استناد به نتایج حاصل از پژوهش حاضر می توان گفت جراحی CABG تأثیر مثبتی را بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری عروق کرونر داشته و موجب بهبود و ارتقای وضعیت کیفیت زندگی آنان داشته است. با این حال، گرچه یافته های این مطالعه و بررسی های دیگر ارتقای کیفیت زندگی جسمی این بیماران را نشان داده اند، اما هم چنان در

از جراحی در سطح متوسط قرار داشت که با نتایج این مطالعه هم راستا می باشد (۱۹).

از نظر بررسی کیفیت زندگی بیماران در زمان سه ماه پس از جراحی، یافته های پژوهش ما نشان دادند که سطح کلی کیفیت زندگی اکثریت بیماران (۹۶٪) در سطح متوسط و تنها ۴٪ از آنان دارای کیفیت زندگی خوب بودند؛ که البته هیچ کدام از واحدهای مورد مطالعه در محدوده ضعیف قرار نداشتند. در ابعاد سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت عاطفی و نشاط و سرزندگی، بیش از نیمی از بیماران در وضعیت خوبی قرار داشتند. در مطالعه حاجی آبادی، سه ماه پس از جراحی، کیفیت زندگی اکثر بیماران (۴۶/۵٪) خوب، ۴۰/۸٪ در سطح متوسط و ۱۲/۷٪ در سطح ضعیف قرار داشت که با یافته های ما در تضاد می باشد (۱۹). شاید بتوان دلیل این اختلاف را تأثیر سایر عوامل بر کیفیت زندگی از جمله وضعیت اقتصادی، بیماری های زمینه ای و حتی شرایط روحی- روانی نمونه ها هنگام تکمیل پرسشنامه بیان کرد؛ بطوری که در مطالعه ما اکثریت نمونه ها دارای حداقل دو بیماری زمینه ای بودند.

با مقایسه کیفیت زندگی این بیماران قبل از عمل و سه ماه پس از آن، کیفیت زندگی بیماران سه ماه پس از جراحی بطور معناداری بهبود یافت ($P < 0/001$). این یافته با نتایج مطالعات حاجی آبادی (۱۹) و فیاضی و همکاران (۲۰)، هم راستا می باشد.

با مقایسه ابعاد هشتمگانه کیفیت زندگی در این دو زمان نیز، به جز در بعد سلامت روانی، در سایر ابعاد افزایش معنی داری در میزان کیفیت زندگی نمونه های مطالعه نشان داده شد. در بعد سلامت روانی، گرچه نمره میانگین سه ماهه نسبت به قبل از عمل افزایش یافته بود اما این میزان از نظر آماری تغییر معناداری را نشان نداد ($P = 0/323$). این نتیجه با یافته های حاصل از پژوهش های حاجی آبادی،

Sandau و همکاران، و Laponen و همکاران که در آن

است. در آخر بر خود واجب می دانیم از بیماران و خانواده های آنها جهت شرکت در مطالعه، مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان بزرگ نفت جهت اجازه و همکاری در جمع آوری اطلاعات، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه جندی شاپور اهواز برای تصویب و حمایت مالی این طرح و نیز از کلیه افرادی که در این مطالعه با ما همکاری نمودند، سپاس و قدردانی نماییم.

بعد روحی و روانی، این بیماران دارای مشکلاتی می باشند که لزوم بررسی های بیشتر جهت شناسایی علت یا علل این مسئله و نیز یافتن راه حل اثربخش برای آن را می طلبد.

قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز (شماره طرح: ۹۱.س.۲۷ و کد اخلاق: ETH_92S.9)

منابع

- 1-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]
- 2-Center of diseases control and prevention (CDC). Atlas heart disease and stroke. Available at: <http://cdc.gov/dhdsp/atlas/heartstroke-atlas/Index-html/> Accessed Dec 13, 2011.
- 3-World Health Organization (WHO). Cardiovascular disease (CVD). Available at: http://who.int/mediacenter/factsheets/fs_317/Index-html/ Accessed Dec 13, 2011.
- 4-Seth HJ, Taylor R, Schell A. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF- 36, QLI, QL, and SEIQoL. Heart Journal 2000 Oct; 84(4): 390-4.
- 5-Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001.
- 6-Montazer Ghaem H, Asar O, Safaei N. Assessing patient's quality of life open heart surgery in Bandar Abbass, Iran. Journal of Hormozgan University of Medical Sciences 2011; 15(4):254-9. [In Persian]
- 7-Brunner LS, Smeltzer SCOC, Bare BG, Janice L. Hinkle PD, Kerry H, "et al". Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- 8-Asadi Noghahi AA, Shaban M, Faghihzadeh S, Asadi M. Effect of phase 1 cardiac rehabilitation program on the anxiety level of patients undergoing CABG surgery. Hayat J 2008; 14(4): 5-13. [In Persian]
- 9-Roohafza H, Saeidi M, Sadegi M, Bashtam M, Rabiee K. Effects of a cardiac rehabilitation course on psychological stresses in an Iranian population. Journal of Research in Medical Sciences 2003; 3(8): 97-94. [In Persian]
- 10-WHOQOL Group. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of assessment. Geneva :World Health Organization; 1996. P, 5.
- 11-Matsuo M, Nagasawa J, Yoshino A, Hiramatsu K, Kurashiki K. Effects of Activity Participation of the Elderly on Quality of Life. Yonago Acta medica 2003; 46: 17-24.
- 12-Ehsani M, Baghaei M, Chehrzad M, Kazemnejad E. Investigating effective factors on sleep quality in Coronary Artery Bypass Graft Patients in Rasht. Holistic nursing and midwifery journal 2002 – 2003; 13(46-47): 5-12. [In Persian]
- 13-Redeker NS, Ruggiero JS, Hedges C. Sleep is related to Physical Function and Emotional Well-being after Cardiac Surgery. Nurs Res 2004; 53(3): 154-162.
- 14-Babae J, Keshavarz M, Haidarnia A, Shayegan M. Effect of a Health education Program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Acta Media Iranica 2007; 45: 69-74. [In Persian]
- 15-Najmzadeh Z. Quality of life after coronary artery bypasses grafting in woman. The 5th congress of Iranian society cardiac surgeon; 2007; Tehran, Iran. [In Persian]
- 16-Bradshaw PJ, Jamrozik KD, Gilfillan IS, Thompson PL. Asymptomatic long-term Survivors of coronary artery bypass surgery enjoy a quality of life equal to the general Population. Am Hear J 2006; 151: 537-544.

- 17-Marwick TH, Zuchowski C, Lauer MS, Secknus MA, Williams J, Lythe BW. Functional status and quality of life in patients with heart failure undergoing Coronary bypass surgery after assessment of myocardial viability. *J Am Coll Cardiol* 1999; 33: 750-758.
- 18-Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdani-Nia M. Translation, reliability and validity of the SF-36 Persian standard instrument. *Payesh J* 2005; 5(1): 49-56. [In Persian]
- 19-Hajjabadi F. Survey on Effect of Coronary Artery Bypass Graft Surgery on Quality of Life of Patients with Coronary Artery Diseases. *J Mashhad Nursing and Midwifery Faculty* 2008; 19: 58-64. [In Persian]
- 20-Fayazi S, Sayadi N, Gheybizadeh M. Comparison of quality of life before and after Open Heart Surgery. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2011; 13(7): 1-4. [In Persian]
- 21-Sandau KE, Lindquist RA, Treat-Jacobson D, Savik K. Health-related quality of life and subjective neurocognitive function three months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* 2008; 37(3): 161-72.
- 22-Loponen P, Luther M, Wistbacka JO, Korpilahti K, Laurikka J, Sintonen H, "et al". Quality of life during 18 months after coronary artery bypass grafting. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007; 32(1): 77-82.
- 23-Myles PS, Hunt JO, Fletcher H, Solly R, Woodward D, Kelly S. Relation between quality of recovery in hospital and quality of life at 3 months after cardiac surgery. *Anesthesiology* 2001; 95(4): 862-7.
- 24-Falcoz PE, Chocron S, Laluc F, Puraveau M, Kaili D, Mercier M, "et al". Gender analysis after elective open heart surgery: a tow-year comparative study of quality of life. *ANN Thorac Surg* 2006; 81:1637-1643.
- 25-Kattainen E, Sintonen H, Kettunen R, Meriläinen P. Health-related quality of life of coronary artery bypasses grafting and percutaneous transluminal coronary artery angioplasty patients: 1-year follow-up. *Int J Technol Assess Health Care* 2005 spring; 21(2): 172-9.

A Study on the Quality Of Life in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients

Parisa Sheini Jaberi¹, Shahram Baraz^{2*}, Samira Beiranvand³, Maria Makvandi⁴

1-Lecturer of Nursing

2-Assistant Professor of Nursing

3-Lecturer of Nursing

4-Student of Clinical Psychologist

1-Student Research Committee,
Ahvaz Jundishapur University of
Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2-Chronic Disease Care Research
Center, Nursing and Midwifery
School, Ahvaz Jundishapur
University of Medical Sciences,
Ahvaz, Iran.

3-Hospital of Shohadye
Khorramabad, Lorestan, Iran.

4-Ahvaz Branch, Islamic Azad
University, Ahvaz, Iran.

Corresponding author:

Shahram baraz; Chronic Disease
Care Research Center, Nursing
and Midwifery School, Ahvaz
Jundishapur University of Medical
Sciences, Ahvaz, Iran.

Tel: +989166066849

Email:

shahrambaraz@ajums.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Today, Coronary Artery Bypass Graft (CABG) is one of the most common treatments for coronary heart diseases that can cause serious side effects, and disrupt the quality of life. Considering the importance of quality of life and the increasing prevalence of cardiovascular diseases, this study was performed to compare quality of life before and after surgery in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery in Ahvaz, Iran.

Subjects and Methods: This cross-sectional study was conducted in Naft Hospital, Ahvaz in 2013, in which 100 patients underwent the coronary artery bypass graft surgery were selected as simple sampling. The data were collected using SF-36 questionnaire in a day before and three months after surgery, and analyzed by SPSS 20, t-test and correlation coefficient.

Results: Three months after surgery, the patient's quality of life was significantly improved ($P < 0.001$). In addition, except in mental health dimension ($P = 0.32$), in other aspects of quality of life, a significant increase was observed ($P < 0.05$).

Conclusion: Despite the positive effects of CABG surgery on quality of life in patients with coronary artery disease, the psychological aspects did not show significant improvement. Further studies are needed to identify the causes and propose effective solutions.

Keywords: Quality of Life, Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery, Patients.

Please cite this paper as:

Sheini Jaberi P, Baraz Sh, Beiranvand S, Makvandi M. A Study on the Quality Of Life in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patients. *Jundishapur Sci Med J* 2014;13(5):545-555

Received: Dec 28, 2013 Revised: Feb 26, 2014 Accepted: April 27, 2014