

تغییرات کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه

مدینه جاسمی^۱، وحید زمان زاده^۲، حمداله علی نژاد^۳

مقاله پژوهشی

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال دوم، شماره ۲ و ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۲، صفحات ۴۵-۵۰

چکیده

زمینه و هدف: عمل جراحی پیوند عروق کرونر یکی از روش‌های درمانی بیماری‌های قلبی-عروقی است که طی چند دهه اخیر گسترش زیادی یافته و هزینه‌های هنگفتی را به دنبال داشته است. مطالعه حاضر به بررسی تغییرات یک ساله کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر پرداخت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۶۰ نفر بیمار تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه در سال ۸۹-۱۳۸۸ به شیوه مبتنی بر هدف انتخاب شدند و به مدت یک سال مورد بررسی قرار گرفتند. کیفیت زندگی بیماران در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی قبل از جراحی، شش ماه و یک سال پس از جراحی از طریق پرسش‌نامه محقق ساخته برگرفته از SF36 (Short form-36) بررسی گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر سطح متوسط ابعاد کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه بود. بررسی کیفیت زندگی در سه فاصله زمانی حاکی از ارتقای بعد جسمی ($P = 0/002$)، بعد روانی ($P < 0/001$) و نیز افزایش معنی‌دار نمره کلی کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه بود ($P = 0/004$). در بعد اجتماعی، تفاوت معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از مطالعه فوق نشان دهنده افزایش معنی‌دار نمره کلی کیفیت زندگی بیماران در طی پیگیری یک ساله بود.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، پیوند عروق کرونر، نوتوانی

نویسنده مسؤول:

مدینه جاسمی

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پست الکترونیک:

jasemi_master@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۷/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۱۶

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی طی دهه‌های اخیر رشد چشمگیری داشته‌اند؛ به گونه‌ای که امروزه جزء شایع‌ترین علل مرگ و میر انسان‌ها در سراسر جهان محسوب می‌گردند. این میزان در بین کشورهای در حال توسعه، رشد روزافزونی دارد؛ به طوری که در کشورهای فوق، بیماری‌های قلبی-عروقی در صدر علل مرگ و میر قرار داشته^۱ و طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO) این شرایط حداقل تا سال ۲۰۲۰ میلادی حفظ خواهد گردید. طبق مطالعات صورت گرفته، بیشترین میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در خاورمیانه، آفریقا و آسیای جنوبی و بیشتر در مردان زیر ۴۰ سال می‌باشد.^۲ بر اساس همین آمار، بیماری‌های قلبی-عروقی در سال ۲۰۰۲ میلادی تلفاتی بالغ بر ۲۵ میلیون نفر به همراه داشته است.^۳

در کشور ما نیز بیماری‌های قلبی-عروقی شیوع بالایی داشته^۴ و با ۳۵-۳۰ درصد مرگ و میر همراه می‌باشد؛ به گونه‌ای که سالانه ۱۵۰۰۰۰ ایرانی بر اثر این بیماری جان می‌سپارند.^۵ نکته مهم در مورد بیماری‌های

قلبی-عروقی در ایران، افزایش روزافزون همراه با کاهش سن ابتلا می‌باشد. چنانچه بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران در سال ۲۰۰۵ حدود ۴۱/۳ درصد بوده است و پیش‌بینی می‌گردد این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۴۴ درصد برسد.^۶

تعداد زیادی از بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند و تحت عمل پیوند عروق کرونر قرار می‌گیرند.^۷ عمل جراحی یاد شده هزینه‌های بالایی را بر سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌نماید. در کشور آمریکا هر ساله حدود ۳۰۰ هزار مورد عمل CABG (Coronary artery bypass graft) انجام می‌شود که هزینه هر عمل جراحی در حدود ۳۰۰۰۰ دلار برآورد شده است.^۸ در ایران نیز طبق آمار وزارت بهداشت در سال ۱۳۷۸ شمسی، حدود ۵۰۰ میلیارد تومان سالانه صرف هزینه درمان این دسته از بیماران می‌گردد.^۹ مطالعات انجام گرفته بر روی کارایی این روش درمانی نشان داده است که این روش در کاهش علائم ایسکمیک بیماران و افزایش طول عمر آنان مؤثر می‌باشد.^۵

این دسته از بیماران و به موازات آن وضعیت خدمات نوتوانی و سیستم پیگیری بیماران را به نمایش گذاشته و زمینه‌ساز اقدامات بعدی باشد.

مواد و روش‌ها

در این تحقیق طولی که طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ در بیمارستان امام خمینی^(۳) ارومیه انجام گرفت، محققان ابتدا با مطالعه پایلوت و محاسبه انحراف معیار و میانگین و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، دقت 0.06 و $S^2 = 4/41$ ، ۶ نفر را به عنوان حجم نمونه جهت انجام مطالعه برآورد کردند. شرایط ورود به پژوهش شامل عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن یا زندگی با افراد دارای توانایی خواندن و نوشتن و توانایی برقراری ارتباط بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت از بستری شدن جهت انجام عمل جراحی اورژانسی، عمل جراحی پیوند عروق کرونر همراه تعویض دریچه به صورت هم‌زمان بود.

به این ترتیب و با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۶۶ بیمار واجد شرایط از روی لیست منتظران اعمال جراحی انتخابی عروق کرونر به شیوه مبتنی بر هدف و پس از ارایه اطلاعات کافی در خصوص اهداف پژوهش، دادن اطمینان مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت‌نامه کتبی جهت انجام مطالعه انتخاب شدند و کیفیت زندگی آنان با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته (تلفیقی از دو پرسش‌نامه) بررسی شد. ۶ ماه و یک سال پس از عمل جراحی CABG نیز کیفیت زندگی بیماران حین مراجعه به مرکز درمانی و یا طی تماس تلفنی و در صورت رضایت با مراجعه به منزل بیمار بررسی گردید. پرسش‌نامه مورد استفاده ترکیبی از پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF36 (Short form-36) و سؤالات مختص بیماران تحت جراحی عروق کرونر و در حوزه درد آئزینی، میزان مصرف نیتروگلیسرین زیرزبانی، عملکرد فیزیکی و میزان درک از سلامتی عمومی بود و از دو قسمت مشخصات دموگرافیک و سؤالات مرتبط با بررسی سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی تشکیل شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی کلی شامل ۵۲ سؤال بود که بر اساس میانگین امتیازات، کیفیت زندگی افراد دارای امتیاز ≥ 148 مطلوب و افراد دارای امتیاز < 148 به صورت نامطلوب گزارش گردید.

بعد جسمی دربردارنده ۳۰ سؤال (۱۱ سؤال در رابطه با عملکرد جسمی، ۶ سؤال در رابطه با درد و ناراحتی، ۴ سؤال در رابطه با فعالیت‌های روزانه، ۳ سؤال در رابطه با فعالیت‌های جنسی و ۶ سؤال در رابطه با کیفیت خواب) بود. بر اساس امتیازات به دست آمده در این بعد افراد دارای امتیاز ≥ 78 کیفیت زندگی مطلوب و افراد دارای امتیاز < 78 کیفیت زندگی نامطلوب داشتند. در بعد روانی که دربردارنده ۱۰ سؤال در خصوص اطلاعاتی در رابطه با وضعیت روحی- روانی بود افراد دارای امتیاز ≥ 29 به عنوان دارنده کیفیت زندگی مطلوب و افراد دارای امتیاز < 29 به عنوان دارنده کیفیت زندگی نامطلوب در نظر گرفته شدند.

بعد اجتماعی نیز شامل ۱۲ سؤال (۶ سؤال درباره ارتباط با نزدیکان و ۶ سؤال در خصوص ارتباط با همسر و اقوام و دوستان صمیمی) بود و

البته توجه به شاخص‌هایی مانند کاهش درد، شدت بیماری‌زایی یا کاهش میزان مرگ و میر به تنهایی برای تعیین اثربخشی یک رویه درمانی کافی نبوده و بررسی وضعیت کلی سلامتی فرد در جنبه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی ضروری است.^{۱۱} وضعیت کلی سلامتی که سازمان جهانی بهداشت به آن توجه کرده است تحت عنوان کیفیت زندگی مطرح می‌گردد.^۴ کیفیت زندگی ابزار بسیار ارزشمندی برای بررسی اثرات جسمی، روحی و اجتماعی بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مزمن می‌باشد.^{۱۱} ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مقوله‌ای بسیار مهم و یکی از هدف‌های اساسی روش‌های درمانی است.^{۱۲} در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن قلبی- عروقی نیز یکی از هدف‌های انجام عمل CABG، ارتقای کیفیت زندگی می‌باشد.^۱

البته باید توجه داشت که رویه جراحی CABG در صورتی که همراه با آموزش‌های لازم مختص این دوره صورت گیرد ارتقای کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت.^{۱۳} چنانچه نتایج به دست آمده از تحقیقات مختلف حاکی از آن است که استفاده از شیوه فوق به تنهایی اگرچه بر بهبود علائم ایسکمیک مؤثر است، اما ابعاد مختلف کیفیت زندگی را چندان ارتقا نمی‌بخشد؛^۴ چرا که عمل جراحی CABG از یک سو با توجه به تهاجمی بودن و همراه داشتن استرس، زمینه‌ساز ایجاد تغییرات ناخوشایند در کیفیت زندگی بیماران تحت معالجه می‌گردد و از سوی دیگر با پیوند عروق جدید خطر بالای آترواسکلروز را به همراه دارد؛ به گونه‌ای که در ۵۰ درصد بیماران طی ۵ سال اول بعد از عمل، آترواسکلروز رخ می‌دهد. امروزه برای کاهش خطرات متعاقب عمل جراحی CABG در کشورهای پیشرفته، برنامه‌های متنوعی از جمله دارودرمانی، مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی و برنامه‌های تعدیل سبک زندگی مانند فعالیت، رژیم غذایی، قطع سیگار و کاهش استرس^{۱۴} و نیز برنامه‌های نوتوانی جهت کاهش میزان مرگ و میر، ارتقای کیفیت زندگی، کاهش وزن و فشار خون بیمارانی که استفاده قرار می‌گیرد.^{۱۵} در این بین، حضور پرستاران در برنامه‌های نوتوانی جهت ارایه مراقبت و آموزش حیاتی است و در بازگشت بیماران به زندگی، ارتقای کیفیت زندگی آنان و کاهش هزینه‌های بستری نقش اساسی دارد.^{۱۶}

اما متأسفانه برخلاف کشورهای پیشرفته مجهز به مراکز پیگیری طولانی مدت و ارایه دهنده برنامه‌های نوتوانی و آموزشی،^{۱۷} در کشور ما تعداد و حجم پوشش مراکز بازتوانی برای بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بسیار اندک بوده و این مراکز تنها برای مدت کوتاهی این بیماران را تحت حمایت خود قرار می‌دهند؛ این در حالی است که برنامه‌های یاد شده در اثربخشی عمل جراحی CABG و تأثیر آن بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران نقش حیاتی دارد. پس توجه ویژه به مقوله فوق و ارایه تدابیر لازم از سوی مسئولین در این خصوص ضروری می‌باشد. البته بدیهی است اتخاذ هرگونه تصمیم در این زمینه، بدون آگاهی از وضعیت موجود چندان اثربخش نخواهد بود. بنابراین مطالعه حاضر سعی داشت با بررسی تغییرات کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG در دوره‌ای یک ساله، وضعیت موجود

کیفیت زندگی بود؛ به گونه‌ای که نمره کلی کیفیت زندگی بیماران پس از یک سال نسبت به زمان پذیرش و شش ماه اولیه پس از جراحی افزایش معنی‌داری داشت ($P = 0/004$). مقایسه درون گروهی آزمون Scheffe بیانگر اختلاف معنی‌دار و $P < 0/050$ میانگین‌ها در ابعاد روانی، جسمی کیفیت زندگی بود (جدول ۳). در بررسی مشخصات دموگرافیک بیماران شرکت کننده در مطالعه و ارتباط آن با کیفیت زندگی، تنها سطح تحصیلات بیماران با کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($P = 0/030$)؛ به گونه‌ای که همراه با افزایش سطح تحصیلات، نمره کیفیت زندگی بیماران نیز به طور معنی‌داری افزایش یافت (جدول ۴).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران جراحی عروق کرونر بستری در

بیماران استان امان شمینی ^(۵) (ارومیه)	
مشخصات فردی	تعداد (درصد)
جنس	مرد ۲۸ (۴۶/۷)
	زن ۳۲ (۵۳/۳)
سن (سال)	< 50 ۱۴ (۲۳/۴)
	۵۰-۷۰ ۳۸ (۶۳/۳)
تحصیلات	> 70 ۸ (۱۳/۳)
	زیر دیپلم ۳۶ (۶۰/۰)
تاهل	دیپلم ۱۰ (۱۶/۶)
	بالتر از دیپلم ۱۴ (۲۳/۴)
	متاهل ۵۶ (۹۳/۳)
سابقه بستری (سال)	مجرد ۴ (۶/۷)
	کمتر از ۳ ۶ (۱۰/۰)
	۱-۳ ۴۸ (۸۰/۰)
	بیش از ۳ ۶ (۱۰/۰)

تقسیم‌بندی امتیازات آن به دو صورت ≥ 41 مطلوب و < 41 نامطلوب گزارش گردید.

پایایی ابزار فوق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۱ محاسبه گردید. روایی آن نیز با استفاده از روایی محتوا و اعمال نظرات ۱۱ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز انجام گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از ۶۶ بیمار انتخاب شده، ۶ نفر (۴ مرد و ۲ زن) در طی مراحل تحقیق از ادامه مطالعه منصرف شدند. از ۶۰ بیمار مورد بررسی، ۵۳/۳ درصد زن بودند و اکثر نمونه‌ها (۶۳/۳ درصد) در فاصله سنی ۷۰-۵۰ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلات، ۶۰ درصد نمونه‌ها دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم بودند. ۹۳/۳ درصد نمونه‌های مورد پژوهش متأهل و ۸۰ درصد سابقه ۱ تا ۳ سال بیماری را داشتند (جدول ۱).

در بررسی تعیین نمرات مربوط به کیفیت زندگی، میانگین نمره کلی کیفیت زندگی و نیز حیطه‌های روانی و جسمی قبل از جراحی در سطح نامطلوبی قرار داشت (جدول ۲). برای بررسی تغییرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در سه فاصله زمانی از آزمون آنالیز واریانس استفاده گردید. بررسی کیفیت زندگی در بعد جسمی در سه فاصله زمانی حاکی از تغییرات معنی‌دار و بهبود کیفیت زندگی بیماران شرکت کننده در مطالعه بود ($P = 0/002$). بررسی تغییرات در بعد روانی نیز حاکی از افزایش معنی‌دار نمرات طی گذر زمان بود ($P < 0/001$)، اما در بعد اجتماعی بررسی‌ها تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P = 0/680$).

نتایج به دست آمده در بررسی نمره کلی کیفیت زندگی نشان دهنده بهبود

جدول ۲: نتایج آنالیز واریانس نمرات کیفیت زندگی بیماران جراحی عروق کرونر مین بستری و ۶ ماه و یک سال پس از ترخیص

P	میانگین \pm انحراف معیار	قبل از جراحی، ۶ ماه و ۱ سال بعد	ابعاد مختلف کیفیت زندگی
۰/۰۰۲	$48/62 \pm 3/48$	قبل از جراحی	بعد جسمی
	$76/46 \pm 7/34$	۶ ماه پس از ترخیص	
	$94/32 \pm 5/67$	۱ سال پس از ترخیص	
$< 0/001$	$21/67 \pm 2/46$	قبل از جراحی	بعد روانی
	$34/41 \pm 3/78$	۶ ماه پس از ترخیص	
	$38/46 \pm 3/56$	۱ سال پس از ترخیص	
۰/۶۸۰	$45/05 \pm 4/19$	قبل از جراحی	بعد اجتماعی
	$47/36 \pm 2/02$	۶ ماه پس از ترخیص	
	$46/76 \pm 4/34$	۱ سال پس از ترخیص	
۰/۰۰۴	$131/25 \pm 3/77$	دوران بستری	کیفیت کلی زندگی
	$174/81 \pm 4/42$	۶ ماه پس از ترخیص	
	$186/37 \pm 4/11$	۱ سال پس از ترخیص	

جدول ۳: مقایسه درون گروهی ابعاد کیفیت زندگی در سه مرحله قبل از جراحی، ۶ ماه و ۱ سال بعد

P	۱ سال بعد از		P	قبل از		P	۶ ماه بعد از		فواصل زمانی
	توخیس	میانگین ± انحراف معیار		توخیس	میانگین ± انحراف معیار		توخیس	میانگین ± انحراف معیار	
۰/۰۰۱	۹۴/۳۲ ± ۵/۶۷	۷۶/۴۶ ± ۷/۳۴	۰/۰۰۱	۹۴/۳۲ ± ۵/۶۷	۴۸/۶۲ ± ۳/۸۴	۰/۰۰۸	۷۶/۴۶ ± ۷/۳۴	۴۸/۳ ± ۶۲/۴۸	بعد جسمی
۰/۰۰۳	۳۸/۴۶ ± ۳/۵۶	۳۴/۴۱ ± ۳/۷۸	۰/۰۰۱	۳۸/۴۶ ± ۳/۵۶	۲۱/۶۷ ± ۲/۴۶	۰/۰۴۲	۳۴/۴۱ ± ۳/۷۸	۲۱/۶۷ ± ۲/۴۶	بعد روانی
۰/۱۴۲	۴۷/۷۶ ± ۴/۳۴	۴۷/۳۶ ± ۲/۰۲	۰/۶۱۰	۴۶/۷۶ ± ۴/۳۴	۴۵/۰۵ ± ۴/۱۹	۰/۱۳۰	۴۷/۳۶ ± ۲/۰۲	۴۵/۰۵ ± ۴/۱۹	بعد اجتماعی

موسوی و همکاران نیز بیانگر وضعیت عاطفی بهتر بیماران پس از جراحی و کاهش استرس و افسردگی در آنها بود که با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد.^{۱۳} در خصوص بعد اجتماعی، بررسی یک ساله تغییر معنی‌داری را نشان نداد؛ به گونه‌ای که میزان ارتباط بیمار با نزدیکان و همسر و افراد نزدیک خانواده تفاوت معنی‌داری نداشت. مطالعه اقتدار و همکاران در تبریز نیز حاکی از عدم تغییر بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیماران بود که با نتایج مطالعه فوق همخوانی دارد.^{۱۱} همچنین مطالعه شجاعی در تهران نیز تغییر معنی‌داری را در کیفیت زندگی بیماران قلبی نشان نداد.^{۱۲} بعد اجتماعی بیماران تحت جراحی قلب، بعد مهمی از زندگی آنها را تشکیل می‌دهد که ارتباط مستقیمی با عملکرد فیزیکی، حضور فرد در اجتماع و وضعیت اقتصادی وی داشته و سایر ابعاد زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که موارد ذکر شده اهمیت توجه بیشتر به این بعد را در جهت ارتقای هرچه بیشتر کیفیت زندگی این گروه از بیماران مشخص می‌سازد.

در خصوص ارتباط مشخصات دموگرافیک با کیفیت زندگی به جز شاخصه سطح تحصیلات، در هیچ یک از متغیرهای جنس، سن، تأهل و سابقه بستری بیماران مورد مطالعه با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی‌دار آماری یافت نشد. مطالعه صورت گرفته در همدان نیز بیانگر عدم ارتباط وضعیت تأهل و جنس با کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بود؛^{۱۳} این در حالی است که مطالعه موسوی و همکاران نتیجه عکس در پی داشت و ضمن تأکید بر ارتباط معنی‌دار جنس و کیفیت زندگی، اختلال در بعد عاطفی، وجود افسردگی و اضطراب بیشتر و کیفیت پایین‌تر زندگی در زنان تحت جراحی پیوند عروق کرونر را عنوان کرد.^{۱۳} شاید دلیل این تفاوت را بتوان ناشی از روش مطالعه، حجم نمونه، تفاوت‌های فرهنگی و نوع ابزار به کار رفته دانست.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش فوق ضمن بیان نقش سازنده جراحی پیوند عروق کرونر در ارتقای کیفیت زندگی بیماران استفاده‌کننده از این شیوه درمانی، بیانگر سطح نامطلوب کیفیت زندگی کلی و نیز حیطه‌های روانی و جسمی قبل از جراحی در بیماران تحت مطالعه می‌باشد که این امر ضرورت اتخاذ تدابیر لازم مانند فراهم‌سازی برنامه‌های تعدیل سبک زندگی و نوتوانی، مداخلات روان‌شناختی و اجتماعی را جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران فوق مطرح می‌سازد. از محدودیت‌های مطالعه فوق، تعداد محدود بیماران تحت مطالعه و زمان محدود پیگیری بود. پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای طولی با مدت زمان پیگیری طولانی‌تر و حجم نمونه بالاتر صورت گیرد.

جدول ۴: مقایسه نمره کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی عروق

P	میانگین نمره کیفیت زندگی		مشخصات فردی
	میانگین ± انحراف معیار	جنس	
۰/۶۸۰*	۱۲۸/۰۵ ± ۴/۲۹	مرد	جنس
	۱۳۰/۲۲ ± ۵/۷۸	زن	
۰/۷۲۰*	۱۲۹/۴۳ ± ۴/۷۳	مرد	تاهل
	۱۳۱/۲۴ ± ۳/۶۴	زن	
۰/۸۳۰**	۱۳۳/۵۲ ± ۴/۵۹	< ۵۰	سن (سال)
	۱۲۹/۸۷ ± ۵/۴۵	۵۰-۷۰	
	۱۲۹/۶۲ ± ۴/۰۸	> ۷۰	
۰/۰۳۰**	۱۲۵/۶۷ ± ۳/۸۵	زیر دیپلم	تحصیلات
	۱۳۰/۳۲ ± ۳/۵۶	دیپلم	
	۱۳۲/۹۵ ± ۴/۴۱	بالتر از دیپلم	
۰/۶۳۰*	۱۲۹/۷۲ ± ۴/۸۳	۱-۳	سابقه بستری (سال)
	۱۳۰/۲۶ ± ۳/۴۱	بیش از ۳	

*آزمون تی مستقل؛ **آزمون آتالیز واریانس

بحث

یافته‌های حاصل از مطالعه فوق نشان دهنده ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی قلب و افزایش معنی‌دار نمره کلی کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه در طی پیگیری یک ساله بود. نتایج حاصل از پژوهش یک ساله Lukkarinen و Hentinen در کشور فنلاند در خصوص کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی CABG نیز بهبود کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه را نشان داد،^۲ همچنین van Hattum و همکاران نیز طی پیگیری ده ساله در بیماران تحت عمل جراحی CABG، کیفیت بهتر زندگی آنان را گزارش کردند.^{۱۸} در خصوص بررسی تک‌تک ابعاد کیفیت زندگی، نتایج مطالعه فوق حاکی از تفاوت معنی‌دار و بهبود کیفیت زندگی در بعد جسمی و کاهش دفعات درد و عملکرد فیزیکی بهتر بیماران در طی مطالعه بود. مطالعه Karlsson و همکاران نیز حاکی از بهبود وضعیت جسمی و کاهش دفعات درد بیماران تحت مطالعه بود.^{۱۹} مطالعه Brorsson و همکاران نیز نتایج مشابهی در پی داشت و مصرف کمتر قرص‌های نیتروگلیسرین و عملکرد فیزیکی بهتر بیماران را گزارش کرد^۲ که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در خصوص بعد روانی، نتایج مطالعه فوق بیانگر بهبود و ارتقای بعد عاطفی در بیماران تحت مطالعه و کاهش معنی‌دار اضطراب و افسردگی آنان بود. مطالعه Karlsson و همکاران نیز بهبود شرایط عاطفی بیماران تحت جراحی عروق کرونر را نشان داد.^{۱۹} همچنین مطالعه صورت گرفته توسط

سیاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با شماره ۸۷/۸۶۶ می‌باشد بدین وسیله نویسندگان مقاله از حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی و نیز همکاری تمامی بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش گروه تحقیق را یاری کردند و از کلیه همکاران و مسؤولین محترم بیمارستان امام خمینی^(ره) تشکر و سپاسگزاری می‌نمایند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

سهم تمامی نویسندگان در تدوین مقاله یکسان می‌باشد.

References

1. Ho SE, Noor Siah AA, Zaidah Z, Teoh KH, Gurbinder JS, Ismail MS, et al. Quality of life amongst post coronary artery bypass patients at the national heart institute, Malaysia. *Med and Health* 2010; 5(2): 77-85.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364(9438): 937-52.
3. Lukkariinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nurs Res* 2006; 55(1): 26-33.
4. Bahramnezhad F, Mohammadi Y, Asadi AA, Seif H, Amini M, Shahbazi B. Comparative study on quality of life in patients after Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty and Coronary Artery Bypass Graftsurgery. *Cardiovascular Nursing Journal* 2012; 1(2): 8-15. [In Persian].
5. Babae G, Keshavarz M, Heidarnia A, Shayegan M. Effect of a health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta Medica Iranica* 2007; 45(1): 69-75.
6. Seyam SH, Heidarnia AR, Sadat Tavafian S. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *J Birjand Univ Med Sci* 2012; 19(6): 33-41. [In Persian].
7. Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P. Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? *Patient Educ Couns* 2006; 62(1): 111-7.
8. Eastwood GM. Lifestyle pattern change in males following percutaneous transluminal coronary angioplasty/intracoronary stenting. *International Journal of Nursing Practice* 2001; 7(2): 131-7.
9. MohammadiZeidi E, Heidarnia AR, Hajizadeh E. Study the lifestyle in patients with heart disease. *Daneshvar* 2005; 13(61): 49-65. [In Persian].
10. Fayyazi S, Sayadi N, Gheybizadeh M. Comparison of quality of life before and after open heart surgery. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(9): 98-100.
11. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia MS. Translate, reliability, validity of SF36 instrument. *Payesh* 2005; 5(1): 49-56. [In Persian].
12. Wyrwich KW, Fihn SD, Tierney WM, Kroenke K, Babu AN, Wolinsky FD. Clinically important changes in health-related quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease: an expert consensus panel report. *J Gen Intern Med* 2003; 18(3): 196-202.
13. Mosavi S, Sabzevari S, Abbaszadeh A, Hasannakhaee F. The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(21): 29-38. [In Persian].
14. Arora R, Sowers JR, Saunders E, Probstfield J, Lazar HL. Cardioprotective strategies to improve long-term outcomes following coronary artery bypass surgery. *J Card Surg* 2006; 21(2): 198-204.
15. Cobb SL, Brown DJ, Davis LL. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *J Am Acad Nurse Pract* 2006; 18(1): 31-9.
16. Martin CG, Turkelson SL. Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21(2): 109-17.
17. Paez KA, Allen JK. Cost-effectiveness of nurse practitioner management of hypercholesterolemia following coronary revascularization. *J Am Acad Nurse Pract* 2006; 18(9): 436-44.
18. VanHattum ES, Tangelder MJ, Lawson JA, Moll FL, Algra A. The quality of life in patients after peripheral bypass surgery deteriorates at long-term follow-up. *J VascSurg* 2011; 53(3): 643-50.
19. Karlsson I, Berglin E, Larsson PA. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery--a longitudinal study. *J AdvNurs* 2000; 31(6): 1383-92.
20. Brorsson B, Bernstein SJ, Brook RH, Werko L. Quality of life of chronic stable angina patients 4 years after coronary angioplasty or coronary artery bypass surgery. *J Intern Med* 2001; 249(1): 47-57.
21. Eghtedar S, Moghadasian S, Ebrahimi H, Pourzare N, Mousavi SM, Jasemi M. Quality of life in women with breast cancer from research center hematology and oncology University of Medical Sciences. *Nursing and Midwifery Journal* 2008; 3(12): 11-8. [In Persian].
22. Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2008; 14(2): 5-13. [In Persian].
23. Jarge M, Yalfani A, Nazem F, Jarge M. Survey on the efficacy of cardiac rehabilitation programs on anxiety and depression control in coronary artery bypass grafting patients. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2012; 11(3): 293. [In Persian].

The changes of life quality in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery; during one year

Madineh Jasemi¹, Vahid Zamanzadeh², Hamdollah Hasankhani³

1. PhD Student of Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
2. Associate Professor of Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.
3. Assistant Professor of Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2013; 2(1,2): 45-50

ABSTRACT

Background and Objective: Coronary artery bypass graft (CABG) surgery is one of the treatment methods for heart diseases developed and followed enormous costs recently. The present study assessed the changes of life quality in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery in year.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 60 patients undergoing coronary artery bypass graft surgery of Uremia Emam Khomeini hospital, Iran, during 2009-2010. They were selected based on purposive sampling. Quality of life in patients in three parts of physical, social and psychological domains was evaluated before surgery and six months and one year after surgery by a researcher-made questionnaire (according SF36). The data were analyzed by SPSS 13, ANOVA and t tests.

Results: The finding showed that the intermediate level of patients' life quality domains. Assessing the patients' life quality in three times showed that statistically significant improvement in the physical ($P = 0.002$) and psychological ($P < 0.001$) domains except the social dimension ($P = 0.680$). Total score of life quality increased significantly ($P = 0.004$).

Conclusion: The results of study indicated that total score of patients' life quality increased significantly during a year.

Keywords: *Quality of life, coronary artery bypass graft, rehabilitation*

Correspondence:

Madineh Jasemi
Tabriz University of
Medical Sciences

Email:

jasemi_master@yahoo.com

Received: 6/4/2013
Accepted: 6/6/2013

Please cite this article as: Jasemi M, Zamanzadeh V, Hasankhani H. One year follow-up. Changes of quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery; One year follow-up. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2013; 2(1,2): 45-50.