

بررسی کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر

فاطمه بهرام‌نژاد^۱، احمدعلی اسدی نوقابی^۲، هادی سیف^۳، یونس محمدی^۴

چکیده

مقدمه: یکی از شایع‌ترین روش‌های درمانی در بیماران با بیماری‌های ایسکمیک قلبی عمل بای پس عروق کرونر است. که منجر به افزایش بقا در افراد می‌شود. به منظور بررسی کیفیت زندگی افراد پس از این عمل جراحی مطالعه‌ای با هدف «تعیین کیفیت زندگی بیماران تحت عمل بای پس عروق کرونر قبل، سه، شش و دوازده ماه پس از عمل» انجام شد.

روش: این پژوهش یک مطالعه طولی روندی چهار مرحله‌ای آینده‌نگر بود که بر روی ۱۲۶ بیمار تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در فاصله سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۶ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه‌ای شامل ۴۰ سؤال که ۶ سؤال در ارتباط با مشخصات دموگرافیک، ۵ سؤال مربوط به اطلاعات بیماری و ۲۹ سؤال مربوط به کیفیت زندگی (جسمی و روانی) واحدهای مورد مطالعه بود. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS v.16 و آزمون‌های آماری تی‌تست، کای‌دو، آزمون دقیق فیشر، ویلکاکسون و تست فریدمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد کیفیت زندگی افراد تحت پژوهش بعد از عمل افت داشته است. میانگین امتیاز دریافتی افراد تحت عمل بای پس عروق کرونر در مراحل قبل، سه، شش و دوازده ماه بعد از عمل به ترتیب ۶۰/۰۸۷ و ۵۶/۳۷۳ و ۵۷/۶۷۹ و ۹۰/۷۵ به دست آمد. همچنین یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی این افراد قبل، سه، شش و دوازده ماه پس از عمل با هم اختلاف معناداری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: از آنجایی که کیفیت زندگی افراد تا سه ماه پس از عمل بای پس عروق کرونر در حد پایینی است لازم است تیم درمان بیماران و خانواده آن‌ها را آموزش دهند و بیماران را در این مدت زمان تحت حمایت روحی و جسمی قرار دهند.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، بیماری ایسکمیک قلبی، بای پس عروق کرونر

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۴

- ۱ - دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۲ - مربی، هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: asadi8906@gmail.com
- ۳ - کارشناسی ارشد بیهوشی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴ - دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

باعث کاهش مرگ و میر و تسکین دردهای آنژی می‌شود و کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد (۱۴). بیماری به عنوان یک بعد فیزیکی به دلیل ناتوانی که به دنبال دارد کیفیت زندگی فرد را (هم جسمی و هم روحی) تحت تأثیر قرار می‌دهد و این که درمان بیماری کیفیت زندگی را افزایش یا کاهش می‌دهد باید بررسی شود (۲). در میان اعضای تیم سلامت و درمان پرستاران یکی از اعضای مهم در کمک به بهبود و اصلاح کیفیت زندگی هستند (۱۵). در ایران نیز مانند سایر نقاط دنیا تحقیقات زیادی در خصوص کیفیت زندگی در بیماران با بیماری‌های ایسکمیک عروق کرونر انجام شده است و نتایج ضد و نقیضی در این زمینه موجود است اما پژوهشگر موفق به یافتن پژوهشی که کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG را در یک پروسه زمانی طولانی مدت مثلاً برای یک یا دو سال مورد بررسی قرار داده باشد نشد لذا بر آن شد تا پژوهشی با هدف «تعیین کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG قبل، سه، شش و دوازده ماه بعد از عمل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران» انجام دهد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه از نوع پیگیری طولی روندی در فاصله سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۴ بود. جمعیت مورد مطالعه بیماران تحت عمل جراحی CABG در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. با توجه به نتایج مطالعات و انتخاب ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۵٪ تعداد نمونه‌ها ۶۵ نفر تعیین شد. ولی با توجه به طول مدت پیگیری موارد (یک سال)، پیش‌بینی شد که تعداد زیادی از نمونه‌ها از مطالعه خارج شوند لذا ۱۲۶ نفر حجم نمونه انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: افراد زیر ۶۵ سال که اولین بار تحت عمل جراحی CABG قرار گرفته‌اند، داشتن تلفن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و یا زندگی با فردی که سواد خواندن و نوشتن دارد، عدم داشتن اختلال هوشیاری، عدم داشتن بیماری مزمن جسمی و روانی، عدم داشتن پیس‌میکر، داشتن تمایل برای شرکت در پژوهش بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۴۰ سؤال که ۶ سؤال در رابطه با مشخصات دموگرافیک، ۵ سؤال مربوط به بیماری و ۲۹ سؤال مربوط به کیفیت زندگی (بعد جسمی و روانی) واحدهای تحت مطالعه بود که با

مطالعات نشان می‌دهد تا سال ۲۰۲۰ میلادی بیماری‌های قلبی-عروقی اولین علت ناتوانی در افراد می‌باشند (۱). بیماری‌های قلبی-عروقی در ایران نیز به صورت یک مشکل اجتماعی در آمده‌اند، به طوری که مرگ و میر ناشی از این بیماری ۶/۴ مرگ در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است (۲). در حال حاضر ۳۵٪ کل مرگ و میر در ایران ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی است (۳). در بیماران با تنگی و بیماری‌های عروق کرونر یکی از درمان‌های رایج بای‌پس عروق کرونر (CABG=Coronary Artery Bypass Graft) است (۴). این روش شایع‌ترین نوع عمل جراحی در بیماری‌های عروق کرونر است (۵) که از سال ۱۹۶۸ در این بیماران مورد استفاده قرار گرفته و امروزه یکی از درمان‌های استاندارد و رایج بیماری‌های عروق کرونر است (۶). تقریباً ۶۰٪ همه بیماران با بیماری‌های ایسکمیک عروق کرونر تحت عمل CABG قرار می‌گیرند (۷). این روش علاوه بر این که نقش مهمی را در تسکین آلام و درد بیماران دارد و باعث افزایش بقا می‌شود (۸) همچنین منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد نیز می‌شود (۹). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که شامل وضعیت فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌باشد. یک احساس خوب بودن است که رضایت و عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند ناشی می‌شود. کیفیت زندگی به عنوان یک پیامد مهم و پاسخ بیمار به بیماری درمان یا پاسخ به یک فرایند خاص شناخته شده است (۱۰). در بیماران تحت عمل CABG نیز تغییر کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم این عمل است (۱۱). طی دو دهه گذشته علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف درآمده است. Bari می‌نویسد در طی ۱۰ سال گذشته تحقیقات زیادی انجام گرفته تا کیفیت زندگی بیماران قلبی را تعیین کند و کاهش کیفیت زندگی این بیماران به اثبات رسیده است (۱۲). دهداری و همکاران نیز معتقدند اضطراب و استرس پس از عمل باعث کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌شود (۱۳). این در حالی است که محققینی همچون Loponen معتقدند عمل CABG به طور قابل توجهی

یافته‌ها

در ابتدای مطالعه و قبل از عمل حجم نمونه ۱۲۶ نفر بود، سه ماه بعد ۹۰ نفر، شش ماه بعد از عمل ۷۸ نفر و یک سال بعد از عمل تعداد ۷۳ نفر باقی ماندند. یافته‌ها نشان داد اکثر واحدهای تحت پژوهش در گروه سنی ۵۰ تا ۶۰ سال قرار دارند. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ ذکر شده‌اند (جدول شماره ۱). در بررسی وضعیت سلامت روانی قبل از عمل یافته‌ها نشان داد بعضی اوقات ۴۲/۱٪ از واحدها دچار اضطراب، ۳۱/۷٪ نگران طول عمر، ۳۱٪ افسردگی، ۳۴/۹٪ زودرنجی و تحریک‌پذیری، ۴۴/۴٪ فکر عواقب بیماری، ۳۴/۱٪ نگران بدتر شدن وضعیت بیماری می‌شوند. وضعیت جسمی بیماران قبل از عمل در جدول شماره ۲ به تفکیک ذکر شده است (جدول شماره ۲). یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی اکثر بیماران ۸۲ نفر (۶۵/۱٪) قبل از عمل در سطح نسبتاً مطلوب بود در حالی که کیفیت زندگی ۳۶ نفر (۴۰٪) آن‌ها سه ماه بعد از عمل در حد نامطلوب و نسبتاً مطلوب قرار داشت. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد قبل از عمل و سه ماه بعد از عمل تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی این بیماران وجود نداشت ($p=0/696$) اما تفاوت معناداری در کیفیت زندگی بیماران در شش و یک سال بعد از عمل با قبل و سه ماه بعد از عمل وجود داشت ($p<0/001$). به طور کلی آزمون آماری فریدمن نشان داد کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG در چهار مرحله قبل از عمل، سه، شش و دوازده ماه بعد از عمل با هم اختلاف آماری معناداری داشته است ($p<0/001$) (جدول شماره ۳). همچنین یافته‌ها نشان داد هیچ یک از بیماران از سبک زندگی عالی قبل از عمل و در فاصله‌های سه، شش، و یک سال بعد از عمل نداشتند.

مصاحبه و خود گزارش‌دهی و مشاهده تکمیل شد. این ابزار استاندارد است و در داخل کشور بارها در پژوهش‌های متعدد به کار برده و بومی‌سازی شده و روایی و پایایی آن سنجیده شده است. این پرسشنامه به صورت عددی از صفر تا ۱۰۰ تحلیل شده است. ۰ تا ۲۵ کیفیت زندگی نامطلوب، ۲۵ تا ۵۰ متوسط، ۵۰ تا ۷۵ مطلوب و ۷۵ تا ۱۰۰ عالی بود.

بعد از توضیح عنوان و اهداف پژوهش رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش از بیماران اخذ شد و به آن‌ها توضیح داده شد که هر زمان تمایل داشته باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند و عدم همکاری آن‌ها برای ادامه انجام طرح رابطه درمانی وی با پزشک معالج و مرکز درمانی را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. پرسشنامه قبل از عمل توسط بیمار پر می‌شد و اطلاعات مربوط به بیماری از پرونده تکمیل شده، سه و شش و دوازده پس از عمل فرمی به همراه یک پاکت تمپر شده و یک نامه شامل آموزش‌های لازم برای تکمیل فرم برای بیماران ارسال می‌شد. اگر شرکت‌کننده فرم را دریافت نکرده بود مجدداً برایش ارسال می‌شد. در صورتی که فرد در مدت یک ماه به دنبال پیگیری تلفنی پرسشنامه را تکمیل نمی‌کرد از مطالعه حذف می‌شد. در طول مطالعه پژوهشگر شماره تماس خود را در اختیار بیماران قرار داده و به آن‌ها گفته شد در صورت بروز هرگونه مشکل و یا داشتن سؤال می‌توانند با وی تماس بگیرند. همچنین به آن‌ها توضیح داده شد در صورتی که نیاز به گرفتن وقت از پزشک معالج داشتند می‌توانند با پژوهشگر تماس بگیرند و وی برای آن‌ها وقت می‌گیرد.

داده‌ها با کمک آزمون‌های آماری تی‌تست، کای‌دو، آزمون دقیق فیشر، ویلکاکسون و تست فریدمن و با نرم‌افزار SPSS v.16 تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱ - توزیع فراوانی مشخصات زمینه‌ای واحدهای تحت پژوهش

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
سن (سال)	<۴۰	۴/۸
	۴۰-۵۰	۳۴/۱
	۵۰-۶۰	۴۱/۳
وضعیت تأهل	>۶۰	۱۹/۸
	متاهل	۱/۶
وضعیت تحصیلی	مجرد	۹۸/۴
	بی‌سواد	۲۲
	ابتدایی	۲۷
	دبیرستان	۴۲/۱
شغل	دانشگاه	۱۴
	کارگر	۲۳
	کارمند	۴۶
	شغل آزاد	۲۳
	بی‌کار	۱
خانه‌دار	۱۷	۱۳/۵

جدول ۲- توزیع فراوانی مشکلات جسمی قبل از عمل CABG واحدهای تحت پژوهش

پاسخ‌ها	هیچ وقت		ندرتاً		کمتر مواقع		گاهی اوقات		بیشتر مواقع		تقریباً همیشه		همیشه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
علائم جسمی														
درد قلبی	۱۵	۱۱/۹	۱۳	۱۰/۳	۲۳	۱۸/۳	۳۸	۳۰/۲	۳۴	۲۷	۲	۱/۶	۱	۰/۸
احساس ناراحتی	۱۵	۱۱/۹	۸	۶/۳	۳۴	۲۷	۳۷	۲۹/۴	۲۹	۲۳	۲	۱/۶	۱	۰/۸
احساس ضعف و خستگی	۱۹	۱۵/۱	۱۱	۸/۷	۱۹	۱۵/۱	۵۴	۴۲/۹	۱۷	۱۳/۵	۵	۴	۱	۰/۸
اختلال در خواب شبانه	۳۵	۲۷/۸	۲۱	۱۶/۷	۲۱	۱۶/۷	۲۶	۲۰/۶	۱۸	۱۴/۳	۵	۴	۰	۰
مشکل در روابط جنسی	۵۴	۴۲/۹	۲۸	۲۲/۲	۹	۷/۱	۳۰	۲۳/۸	۴	۳/۲	۱	۰/۸	۰	۰
درد قفسه سینه	۱۵	۱۱/۹	۱۶	۱۲/۷	۲۱	۱۶/۷	۴۹	۳۸/۹	۲۱	۱۶/۷	۳	۲/۴	۱	۰/۸

جدول ۳- توزیع فراوانی کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG در چهار مرحله

مرحله	قبل از عمل		۳ ماه بعد از عمل		۶ ماه بعد از عمل		یک سال بعد از عمل		نتیجه آزمون
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کیفیت زندگی									
نامطلوب	۲۹	۲۳	۳۶	۴۰	۱۰	۱۲/۸	۱	۱/۴	Friedman test $\chi^2=153/709$ df=3 p<0/001 معنادار است
نسبتاً مطلوب	۸۲	۶۵/۱	۳۶	۴۰	۱۸	۲۳/۱	۲۵	۳۴/۲	
مطلوب	۱۵	۱۱/۹	۱۸	۲۰	۵۰	۶۴/۱	۴۷	۶۴/۴	
جمع	۱۲۶	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۷۸	۱۰۰	۷۳	۱۰۰	
میانگین	۶۰/۰۸۷	۵۶/۳۷۳	۵۷/۶۷۹	۹۰/۷۵					
انحراف معیار	۱۷/۲۹۴	۲۲/۴۰	۲۳/۲۰۹	۱۲/۸۴۷					

بحث

همان‌گونه که یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی بیماران تحت عمل CABG در چهار مرحله قبل از عمل، سه، شش و دوازده ماه بعد عمل با هم اختلاف آماری معناداری داشته است ($p < 0/001$). ابتدا کیفیت زندگی آن‌ها بعد از عمل تا شش ماه اول سیر نزولی داشته و یک سال بعد از عمل ارتقای قابل توجهی داشته است. و همکاران معتقدند کیفیت زندگی افراد تحت عمل CABG به علت افسردگی بعد از عمل تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۵). در صورتی کیفیت زندگی افراد پس از عمل CABG افزایش پیدا می‌کند که فرد طول مدت کمی را پس از عمل در بیمارستان بستری باشد. آن‌ها معتقدند که تنها انجام عمل CABG منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد پس از عمل نمی‌شود بلکه کنترل اضطراب و استرس قبل و بلافاصله چند روز پس از عمل نقش مهمی را در بهبود کیفیت زندگی افراد در بلند مدت دارد (۱۶). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد زیرا در مطالعه حاضر نیز ۴۰٪ بیماران سه ماه بعد از عمل نیز کیفیت زندگی در سطح نامطلوب و نسبتاً مطلوبی داشته‌اند. کیفیت زندگی بیماران قبل از عمل CABG پایین است و این بیماران از روزهای نخستین پس از عمل به دلیل تسکین علائم و حمایت روحی و روانی کیفیت زندگی‌شان به

خصوص در بعد روانی و جسمی بهبود پیدا می‌کند و به مرور با گذشت زمان با بهبود فعالیت‌های فیزیکی متعاقباً بعد روانی فرد تقویت شده و به دنبال آن افزایش امید به زندگی در فرد ایجاد می‌شود که خود این عوامل منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (۱۷). Covinsky و همکاران در بررسی کیفیت زندگی زنان یائسه تحت عمل جراحی CABG به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی زنان شش ماه و یک سال پس از عمل CABG با هم تفاوت معناداری دارد و با گذشت زمان کیفیت زندگی این زنان بهبود پیدا کرده بود (۱۹). همچنین تنها زمانی عمل CABG منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود که علائم فیزیکی بیماری ایسکمی قلبی به خصوص خستگی را بهبود بخشیده و یا کاهش دهد (۲۰). در طی ۵ سال پس از عمل در حدود سه پنجم از بیماران تحت عمل CABG دارای کیفیت زندگی بالایی می‌شوند توجه فرد و خانواده، پیگیری و کنترل روند بیماری توسط فرد باعث افزایش کیفیت زندگی در بلند مدت می‌شود، در کوتاه مدت به دلیل عوارض عمل و عوارض بیماری همچنین اضطراب فرد پس از عمل در خصوص نتیجه عمل، طول مدت بستری در بیمارستان و پرداخت هزینه‌های عمل و بیمارستان معمولاً کیفیت زندگی فرد در سطح پایینی است (۲۱). Maastricht و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند

پژوهش‌های بعدی کیفیت زندگی این بیماران پس انجام برنامه‌های آموزشی نوتوانی مورد بررسی قرار گیرد. البته از آنجایی که این مطالعه نیاز به پیگیری داشت دارای محدودیت‌هایی نیز بود از جمله در مراحل اولیه که بیماران در بیمارستان بستری بودند مشکلات بسیار کمتر و قابل چشم‌پوشی بود. تنها مشکل موجود، کم حوصلگی بعضی از بیماران بود که برای رفع آن در فرصت‌های مناسب پرسش‌های لازم به عمل می‌آمد. در مراحل بعد پژوهشگر با محدودیت‌هایی همچون تغییر آدرس و تلفن بعضی از بیماران، عدم و یا کوتاهی در ارسال پرسشنامه، کم حوصلگی بعضی از بیماران در جواب دادن یا ارسال پرسشنامه، فوت برخی از بیماران، عدم کنترل عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مواجهه بود.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که در هر رویکرد درمان توجه به کیفیت زندگی افراد مهم بوده، لازم است تیم درمان به خصوص پرستاران که ارتباط تنگاتنگی را با بیماران دارند نسبت به کیفیت زندگی (جسمی و روحی) آن‌ها توجه داشته و راه‌کارهایی جهت افزایش آن داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۲۶۴۳ مورخ ۱۳۸۴/۹/۱۳ می‌باشد که بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و ریاست و معاونت محترم پژوهشی دانشکده که تسهیلات انجام آن را فراهم نمودند و همچنین از تمامی بیماران و خانواده‌های آنان که حاضر به همکاری شدند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

هر چه زودتر بیمار از بیمارستان ترخیص شود کیفیت زندگی‌اش افزایش پیدا می‌کند (۲۲). افزایش یا کاهش کیفیت زندگی پس از عمل CABG بستگی به جنس، شدت بیماری و شرایط خانوادگی افراد دارد (۲۷). در مطالعه حاضر کیفیت زندگی افراد تحت پژوهش تا ۶ ماه پس از عمل وضعیت مطلوبی نداشتند و در پایان یک سال کیفیت زندگی آن‌ها به سطح مطلوب رسیده است همان‌طور که از نتایج پژوهش‌های حاصل نیز بر می‌آید زمان مشخصی را برای این که کیفیت زندگی افراد در آن زمان به حد مطلوب می‌رسد وجود نداشت. با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده پژوهشگر احتمال می‌دهد عواملی همچون ضعف و درگیری بعد فیزیکی و روحی افراد قبل از عمل، استرس و اضطراب، ترس از مرگ، نگرانی در خصوص آینده و دلواپسی هزینه‌های ترخیص از عواملی هستند که در کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند. پژوهشگر احتمال می‌دهد عواملی همچون شدت، طول مدت بیماری و عوارضی که بر جای گذاشته است می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. شاید حمایت‌های خانوادگی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی فرد از عوامل تأثیرگذار باشند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است پژوهشگر احتمال می‌دهد که شاید در ماه‌های پس از عمل چون هنوز کاملاً علائم بیماری و عوارض آن برطرف نشده است همین امر منجر به اضطراب فرد شده و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. البته پژوهشگر پیشنهاد می‌کند با توجه به نتایج ضد و نقیض مطالعات در خصوص تغییرات کیفیت زندگی افراد پس از عمل CABG مطالعه‌ای در خصوص عوامل تأثیرگذار در بهبود کیفیت زندگی افراد پس از عمل CABG در فاصله سه، شش و دوازده ماه انجام شود و همچنین پیشنهاد می‌شود در

منابع

- 1 - Hasanpour Dehkordi A, Delaram M, Forouzandeh N, Ganji F, Asadi Noughabi AA, Bakhsha F, Sadeghi B. A study on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to shahrekord Hagar hospital. Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 2007; 9(3): 78-84.
- 2 - Nasiri M, Rahimian B, Larijani M, Norozi M. The study educational needs and quality of life of patients with chronic myocardial infarction referred to Hospital Imam Sajjad (AS) Ramsar. Journal of School Nursing, Urmia. 2009; 6(3): 145-150.

- 3 - Salim Zadeh H, Eftekhari H, Asasi N, Salari far M, Dorosti A. Nutritional risk factors and ischemic heart disease. *Journal of School Health and Research Institute*. 2004; 2(4): 1-14.
- 4 - Ascarelli A, Francone M, Cannata D, Cannavale A, Carbone L, Passariello R. Role of multidetector CT in the evaluation of coronary artery bypass grafts. *Imaging Med*. 2010; 2(1): 77-86.
- 5 - Eagle A, Guton R. ACC/AHA Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of the American College of Cardiology*. 1999; 34: 1263-1341.
- 6 - Serruys P, Morice M, Kappetein P, Colombo A, Holmes D, Mack M, et al. Percutaneous Coronary Intervention versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Severe Coronary Artery Disease. *The New England Journal of Medicine*. 2009; 360: 961-973.
- 7 - Serruys P, Urger F, Sousa E, Jatene A, Bonnier R, Brand M, Schonberger B, Buller N. Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. *N Engl J Med*. 2010; 344: 1117-25.
- 8 - Dijk D, Nierich A, Efting F, Buskens E, Nathoe H, Jansen E, et al. The Octopus Study: rationale and design of two randomized trials on medical effectiveness, safety, and cost-effectiveness of bypass surgery on the beating heart. *Control Clin Trials*. 2000; 21: 595-609.
- 9 - Lopenon P, Luther M, Wistback J, Nissinen J, Sintonen H, Tarkka M. Postoperative delirium and health related quality of life after coronary artery bypass grafting. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2008; 42: 337-344.
- 10 - Bassam Pour Sh. self care training needs of patients undergoing coronary artery bypass surgery and their families. *Life Magazine*. 2004; 1(2): 18-22.
- 11 - Lau DA. Quality study of coronary artery Bypass Graft surgery in Asian in California Ph.D, University of California, Sanfrancisco, 2009.
- 12 - Bari A. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease. *N Engl J Med*. 2009; 335: 217-25.
- 13 - Dehdari T, Heidamia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *Indian J Med Res*. 2009; 129: 603-608.
- 14 - LoPonen P, Luther M, Korpilahti K, Wistbacka J, Huhtala H, Laurikka J, Tarkka M. HR QOL after coronary artery bypasses grafting and percutaneous coronary intervention for stable angina. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2009; 43: 94-99.
- 15 - Fox F, Hoogwerf B, Czajkowski S, Lindquist R, Campeau C, Hickey A. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft: Results from the POST CABG Trial. *CHEST*. 2004; 126: 478-489.
- 16 - Ruo B, Rumsfeld J, Hlatky M, Liu H, Browner W, Whooley M. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life: The Heart and Soul Study. *JAMA*. 2003; 290: 215-221.
- 17 - Baz N, Middel B, Dijk J, Boonster P, Reijneveld S. Coronary artery bypass graft (CABG) surgery patients in a clinical pathway gained less in health-related quality of life as compared with patients who undergo CABG in a conventional-care planjep. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009; 15: 498-505.
- 18 - Mercier D. The Influence of Wait Times on Uncertainty and Quality of Life in Patients Awaiting Coronary Artery Bypass Grafting in Nova Scotia. Dalhousie University Halifax, 2008.
- 19 - Covinsky K, Lin F, Bittner V, Hlatky M, Knight S, Vittinghoff E. Health-related Quality of Life Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Post-menopausal Women. *J Gen Intern Med*. 2008; 23: 1429-34.

- 20 - Barnson S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Miller C, Rasmussen D, The Relationships between Fatigue and Early Postoperative Recovery Outcomes over Time in Elderly Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgery Patients. *Heart Lung*. 2008; 37: 245-256.
- 21 - Brosson B, Bernstin S, Brooks H, Weko L. Quality of life of patients with chronic stable angina before and four years after coronary revascularisation compared with a normal population *Heart Lung*. 2002; 87: 140-145.
- 22 - Mastrigt G, Joore M, Nieman F, Severens J, Maessen G. Health-related quality of life after fast-track treatment results from a randomized controlled clinical equivalence trial. *Qual Life Res*. 2010; 19: 631-642.
- 23 - Markou A, Noyez L. Will cardiac surgery improve my quality of life? Visual analogue score as a first step in preoperative counseling. *Neth Heart J*. 2007; 15: 51-4.
- 24 - Falcoz P, Chocron S, Stoica L, Kaili D, Puyraveau M, Mrceir M, Etieven G. Open heart surgery: One-Year Self-Assessment of quality of life and functional outcome. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2003; 76: 1598-604.
- 25 - Al-Ruzzeh S, Athanasion T, Mangoush O, Wray J, Modine T, George S, Amrani M. Cardiovascular medicine Predictors of poor mid-term health related quality of life after primary isolated coronary artery bypass grafting surgery. *Heart Lung*. 2005; 91: 1557-1562.
- 26 - Favaratoa M, Hueb W, Boden W, Lopes N, Nogueiraa C, Takiutia M, Goisa A, Borgesa J Favarato D. Quality of life in patients with symptomatic multi vessel coronary artery disease: A comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. *International Journal of Cardiology*. 2007; 116: 364-70.
- 27 - Markou A, Noyez L. Will cardiac surgery improve my quality of life? Visual analogue score as a first step in preoperative counseling. *Neth Heart J*. 2007; 15: 51-4.

Quality of life in the patients with coronary bypass graft

Bahramnezhad¹ F (MSc.) - Asadi Noughabi² AA (Ph.D) - Sief³ H (MSc.) - Mohammadi⁴ Y (MSc.).

Introduction: Coronary artery bypass graft (CABG) surgery is common in the between patients with Ischemic heart disease. It makes an improvement of quality of life in these patients. The aim was to investigate of the quality of life between patients with CABG.

Methods: This research is a descriptive-analytic study which was done in the 126 persons with CABG in the hospitals related to Tehran University of Medical sciences. The sampling method was simple random type and the quality of life (Q O L) measured in 4 stages, the first in the beginning of the study and in 3, 6 and 12 months after surgery. Data gathering tools included 3 questionnaire: the first for obtaining general information, second in regarded ill situation and third for measuring the QOL. Data were analyzed statistically by *t*-test, χ^2 , Fisher's exact test, Wilcoxon Test and Friedman test with using SPSS V. 16.

Results: In the first one year follow up. The mean score of CABG group were 60.087, 56.373, 57.679 and 90.75. According to the findings of the study, the quality of life of patients with CABG was improved in one year duration. Results also showed that quality of life of these people before, three, six and twelve months after the operation was a significant difference ($P < 0.001$).

Conclusion: Since the quality of life of patients three months after CABG is low and the treatment team need to teach their families and patients at this time backed to the emotional and physical.

Key words: Quality of life, ischemic heart disease, coronary artery bypasses graft

1 - Ph.D Candidate in Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Corresponding author: Instructor, Faculty Member of Nursing and Midwifery Faculty of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: asadi8906@gmail.com

3 - MSc. Anesthesiology in Nursing School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Ph.D Candidate, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran