

ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان شهید چمران اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۹-۱۳۹۰

زهرا شفیعی*، سیما بابایی**، عبدالله نظری***

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به افزایش شیوع جراحی پیوند عروق کرونر و نقش برجسته خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و همچنین پیش آگهی و عود این بیماری، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان در سال‌های ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش مقطعی از نوع همبستگی، ۱۱۰ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر مراجعه کننده به کلینیک بازتوانی قلب بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان به روش هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله پرسشنامه‌های کیفیت زندگی SF-36 و خودکارآمدی عمومی (GSF) جمع‌آوری گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نمره کلی خودکارآمدی در واحدهای مورد پژوهش (۱۰/۳) ۲۱/۲۳ و نمره کلی کیفیت زندگی در آنها (۱۶/۱) ۶۰/۰۶ بود. نتایج مطالعه نشان داد که بین نمره خودکارآمدی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم وجود داشت که این بدان معنی است که با افزایش خودکارآمدی، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد و برعکس.

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود ارتباط معنادار بین نمره خودکارآمدی و کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه، شایسته است پرستاران با طراحی و اجرای مداخلات مناسب، زمینه را برای بهبود خودکارآمدی این بیماران فراهم کرده و از این طریق به ارتقای کیفیت زندگی این افراد کمک نمایند.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، کیفیت زندگی، جراحی پیوند عروق کرونر

زمینه و هدف

ترومای بیماری‌های قلبی عروقی بیشترین آمار مرگ و میر را به خود اختصاص داده و تا سال ۲۰۲۰، همچنان عامل اولیه مرگ و میر در دنیا خواهد بود. بطوری که حدود ۵۲٪ علت مرگ و میر در ایالات متحده و ۴۸٪ در اروپا مربوط به این بیماری‌ها

نویسنده پاسخگو: زهرا شفیعی

تلفن: ۰۳۱۱-۶۸۱۵۸۹۳

E-mail: shafiee-z@skums.ac.ir

* کارشناس ارشد گروه پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، بیمارستان کاشانی شهرکرد

** دانشجوی دکتری گروه پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان الزهراء اصفهان

*** کاردان فوریت‌های پزشکی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۰۹/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۲/۰۱

بیماری عروق کرونر، رعایت برنامه درمانی و اطمینان فرد از توانایی برای تطابق با تغییرات ایجاد شده در زندگی است.^{۱۷} در ایران در قالب مطالعات مختلف به بررسی کیفیت زندگی در بیماران قلبی آن هم به صورت پراکنده‌ای پرداخته شده است.^{۱۸، ۱۹} ضمناً تحقیقاتی نیز راجع به خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر انجام شده است.^{۲۰} ولی در هیچ مطالعه‌ای به بررسی ارتباط کیفیت زندگی با خودکارآمدی پرداخته نشده است. بنابراین با توجه به افزایش نیاز به جراحی قلب و همچنین اهمیت شناخت تأثیر عوامل مختلف از جمله کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت جراحی قلب، مطالعه حاضر با هدف "تعیین کیفیت زندگی و خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر و تعیین ارتباط بین این دو متغیر" انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی، در طی سال ۱۳۹۰ بر روی بیماران قلبی که در بیمارستان شهید چمران شهر اصفهان تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار گرفته بودند و به کلینیک بازتوانی بیمارستان شهید چمران مراجعه می‌کردند، انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل علاقمندی به شرکت در مطالعه، هوشیاری کامل، داشتن محدود سنی ۷۵-۱۸ سال، آشنایی با زبان فارسی، انتخابی بودن عمل جراحی (یعنی عمل جراحی به صورت اورژانسی در این افراد انجام نمی‌شد)، انجام جراحی پیوند عروق کرونر برای اولین بار و گذشت حداقل یک ماه از زمان جراحی بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به اختلالات عصبی، مغزی - عروقی، ابتلا خویشاوندان درجه یک به بیماری‌های صعب‌العلاج طی شش ماه گذشته، ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی، ادراری - تناسلی، تنفسی و اختلالات تیروئیدی، همچنین تحت درمان با داروهای روانپزشکی، داشتن سابقه هرگونه جراحی بزرگ غیر قلبی، سابقه مصرف مواد مخدر و یا مشروبات الکلی طی دو ماه گذشته بود. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس و مبتنی بر هدف از بین بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به تحقیق مشابه^{۲۰} و با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ با توجه به مشخصات نمونه، حدود ۱۱۰ نفر محاسبه شد. اطلاعات گردآوری شده، با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه به دست آمد. بخش اول پرسشنامه شامل سؤالاتی درباره مشخصات جمعیت شناختی مانند: سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، سطح درآمد، طول مدت

می‌باشد.^۱ تعداد بسیار زیادی از بیماری‌های عروق کرونر که به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند، تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار می‌گیرند.^۲ این جراحی رایج حدود ۳۵ سال است که در جهان پزشکی انجام می‌پذیرد.^۳ شیوع انجام عمل پیوند عروق کرونر ۲۶/۷۹٪ در آمریکای شمالی، ۰/۷۲٪ در آسیا، ۱۷/۹۴٪ در اروپای غربی و ۱۸/۱۴٪ در بقیه جهان می‌باشد. در ایران نیز ۶۰ درصد از کل اعمال جراحی قلب باز، جراحی بای پاس عروق کرونر می‌باشد.^۴

انسان‌ها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند، بلکه خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند. بیماری به عنوان یک بعد فیزیکی به دلیل ناتوانی که به دنبال دارد کیفیت زندگی فرد را (جسمی و روحی) تحت تأثیر قرار می‌دهد و این موضوع که درمان بیماری، کیفیت زندگی را افزایش یا کاهش می‌دهد، باید بررسی شود.^۵

طی دو دهه گذشته علاقه‌مندی 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 طی ۱۰ سال گذشته تحقیقات زیادی انجام گرفته است تا کیفیت زندگی بیماران قلبی را تعیین کند.^۶ از طرف دیگر طول مدت و شدت بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی - عروقی به اندازه‌ای است که کیفیت زندگی افراد مبتلا را دستخوش تغییرات محسوسی می‌کند. عوامل متعددی بر کاهش کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است، چرا که کیفیت زندگی امری ذهنی بوده و تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر فرهنگ، محیط فیزیکی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، بیماری، حوادث درمان‌ها و ... قرار می‌گیرد.^{۷، ۸} یکی از این عوامل مهم و مؤثر که در تحقیقات پرستاری در مورد آن بحث شده است، خودکارآمدی (Self-efficacy) است.^۹ خودکارآمدی یکی از سازه‌های اصلی نظریه شناختی - اجتماعی (Social-cognitive Theory) است و به معنای اطمینان خاطر فرد از توانایی‌های خود در انجام رفتار خاص می‌باشد.^{۱۰}

شواهد موجود نشان می‌دهد که خودکارآمدی با کیفیت زندگی سایر بیماران،^{۱۱-۱۴} مرتبط است. خودکارآمدی یا کارآیی شخصی به عنوان یک عامل مؤثر بر کیفیت زندگی به درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تأکید دارد.^{۱۵} از طرف دیگر بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر، نیازمند تغییرات وسیع در سبک زندگی هستند و به مراقبت‌های وسیعی نیاز دارند.^{۱۶} علاوه بر این، اساس درمان

پژوهش را توضیح داده و بعد از آن که آنان برای پاسخ‌گویی اعلام آمادگی کردند، پرسشنامه توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با آنان تکمیل شد، همچنین برای دستیابی به بعضی از اطلاعات، به پرونده بیماران مراجعه شد. برای رعایت نکات اخلاقی، موارد زیر مورد توجه قرار گرفت (۱) ارائه معرفی‌نامه کتبی از طرف دانشگاه به بیمارستان و اخذ موافقت مسئولین (۲) اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان (۳) منظور کردن کد مخصوص برای هر بیمار در پرسشنامه و تکمیل پرسشنامه به صورت بدون نام و رعایت محرمانه ماندن اطلاعات.

نمونه‌گیری این مطالعه در حدود ۵ ماه و نیم به طول انجامید. پس از اتمام نمونه‌گیری، تجزیه و تحلیل داده‌ها با بکارگیری نرم افزار SPSS (نسخه ۱۸) صورت گرفت و به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش اکثر واحدهای مورد پژوهش (۴۴/۴ درصد) در محدوده سنی ۵۹-۵۰ سال قرار داشتند، مذکر ۶۵/۵ درصد، متأهل ۸۵/۵ درصد، بی‌سواد ۴۰/۹ درصد، دارای وضعیت اقتصادی متوسط ۴۹/۱ درصد، دارای شغل آزاد ۴۱/۸ درصد و دارای سابقه مصرف داروهای قلبی ۶۴/۵ درصد بودند. ۳۸/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش (۳۵ نفر) مبتلا به دیابت، ۴۲/۶ درصد (۳۹ نفر) مبتلا به چربی خون بالا و ۴۸/۵ درصد (۴۴ نفر) مبتلا به پرفشاری خون بودند. در این پژوهش بین دو گروه مرد و زن از نظر متغیر سن ($P < 0/001$) و وضعیت تأهل ($P < 0/001$) اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت. به این ترتیب که زنان بیشتر غیر متأهل و دارای میانگین سنی بالاتری نسبت به مردها بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران پس از جراحی قلب مشاهده می‌شود.

همچنین نتایج جداول ۲ و ۳ نیز نشان می‌دهد که بین سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و مدت زمان سپری شده از بیماری قلبی با کیفیت زندگی و خودکارآمدی ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بطوری که مردان، افراد با سن پایین‌تر، متأهل، شاغل، دارای وضعیت اقتصادی بهتر و داری سطح تحصیلات بالاتر، دارای کیفیت زندگی و خودکارآمدی بهتری بودند. همچنین با افزایش مدت زمان ابتلا به بیماری، کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران کاهش پیدا کرد ($P < 0/05$).

بیماری، سابقه مصرف داروهای قلبی و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان بود. بخش دوم آن شامل پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 می‌باشد. این پرسشنامه، ۸ بعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند که دارای ۳۶ گزینه می‌باشد.

هر یک از مؤلفه‌ها شامل: مؤلفه مربوط به سلامت عمومی ۵ سؤال، عملکرد جسمانی ۱۰ سؤال، سلامت روانی ۵ سؤال، عملکرد اجتماعی ۲ سؤال، درد ۲ سؤال، محدودیت نقش جسمانی ۴ سؤال، محدودیت نقش روانی ۳ سؤال، نشاط و سرزندگی ۴ سؤال می‌باشد. سؤالات این پرسشنامه به طریقه بسته جواب و بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده است. نمرات مؤلفه‌های هشت گانه بین صفر تا ۱۰۰ بود. نمره ۱۰۰ وضعیت ایده‌آل را نشان داده و نمره صفر بدترین وضعیت موجود را در هر بعد نشان می‌دهد. این پرسشنامه دارای پایایی و روایی بین المللی است و در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ترجمه و پایایی و روایی آن بررسی و تأیید شد.^{۱۱} برای تعیین پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن $\alpha = 0/87$ به دست آمد.

بخش سوم آن شامل پرسشنامه خودکارآمدی عمومی [General Self Efficacy (GSE)] می‌باشد. این پرسشنامه، شامل ۱۰ سوال است که خودکارآمدی را بر اساس گرایش آزمودنی‌ها می‌سنجد. آزمودنی‌ها، میزان توافقشان را با هر گویه در طیف لیکرت چهارتایی از «کاملاً مخالفم» با نمره ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ۴ نشان می‌دهد پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ قرار گرفته است نمره بالا در این آزمون نشان دهنده خودکارآمدی قوی در فرد است.

این پرسشنامه در ایران توسط نظامی و همکارانش به شکل فارسی برگردانده شد و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای آن $\alpha = 0/85$ به دست آمد. این پرسشنامه همچنین در مطالعه دهداری و همکارانش (۲۰۰۸) برای سنجش سطح خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی قلب مورد استفاده قرار گرفت.^{۲۰} برای تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی در این مطالعه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن $\alpha = 0/86$ به دست آمد.

روش جمع‌آوری اطلاعات به این ترتیب بود که پژوهشگر با توجه به هماهنگی‌های انجام شده قلبی با بیماران، شخصاً هر روز به بیمارستان مراجعه نموده و پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش که واجد شرایط بودند، هدف از انجام

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی و خودکارآمدی در واحدهای مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰

متغیر	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	عملکرد جسمانی	۶۲/۹۵	۱۱/۵
	محدودیت نقش جسمانی	۵۹/۵۳	۱۵/۶
	درد	۵۹/۱	۱۶
	محدودیت نقش روانی	۵۹/۶	۱۶/۵
	سلامت عمومی	۶۲/۳	۱۹/۲۳
	عملکرد اجتماعی	۵۸/۵	۱۸/۵
	نشاط	۶۰/۲	۲۲/۹
	سلامت روانی	۵۷/۳	۱۶
	نمره کلی کیفیت زندگی	۶۰/۰۶	۱۶/۱
خودکارآمدی	نمره کلی	۲۱/۲۳	۱۰/۳

جدول ۲ - ارتباط سن و مدت زمان سپری شده از بیماری قلبی با خودکارآمدی و کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰

متغیر	خودکارآمدی		کیفیت زندگی	
	ضریب احتمال	مقادیر احتمال	ضریب احتمال	مقادیر احتمال
سن	۰/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۸	<۰/۰۰۱
مدت زمان سپری شده از بیماری	۰/۱۹	۰/۰۴	۰/۲۱۴	۰/۰۲

جدول ۳ - ارتباط متغیرهای کیفی با خودکارآمدی و کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰

متغیرها	تعداد	خودکارآمدی		کیفیت زندگی	
		انحراف معیار ± میانگین	مقادیر احتمال	انحراف معیار ± میانگین	مقادیر احتمال
جنس	۳۸	۲۱/۱۲ ± ۱۴/۶	<۰/۰۰۱	۵۲/۸ ± ۱۵/۶	<۰/۰۰۱
زن	۷۲	۳۰/۶۴ ± ۱۵/۳		۷۶/۷ ± ۱۶/۱۲	
مرد	۱۶	۱۷/۴۶ ± ۲۰/۵	<۰/۰۰۱	۴۳/۶۷ ± ۲۱/۷	<۰/۰۰۱
وضعیت	۹۴	۲۷/۱۶ ± ۱۴/۲		۶۷/۹ ± ۱۳/۸	
تنها (مجرد، مطلقه، بیوه)	۴۵	۱۷/۲۳ ± ۱۵/۲	<۰/۰۰۱	۴۳/۳ ± ۱۶/۰۲	<۰/۰۰۱
تاهل	۲۹	۲۱/۸ ± ۱۷/۹		۵۴/۵ ± ۱۷/۱	
متاهل	۱۹	۲۵/۴۴ ± ۱۹/۳		۶۳/۶ ± ۱۸/۳	
سطح	۱۳	۲۹/۴ ± ۱۸/۶		۷۳/۵ ± ۱۶/۴	
بی سواد	۴	۳۲/۶۴ ± ۲۰/۱		۸۱/۶ ± ۱۹/۸	
تحصیلات	۳	۱۹/۵ ± ۱۷/۹	<۰/۰۰۱	۴۸/۷ ± ۱۸/۸	<۰/۰۰۱
پایان ابتدایی	۱۳	۳۰/۶ ± ۱۸/۴		۷۶/۵ ± ۱۷/۴	
راهنمایی	۴۶	۳۲/۲۸ ± ۱۷/۱		۸۰/۷ ± ۱۶/۸	
دیپلم	۲۱	۱۸/۵۶ ± ۱۶/۶		۴۶/۴ ± ۱۵/۷	
عالی	۱۶	۲۱ ± ۱۷/۷		۵۲/۵ ± ۱۶/۷	
کارگر	۱۱	۱۷/۳۶ ± ۱۹/۴		۴۳/۴ ± ۱۸/۴	
کارمند	۳۲	۱۸/۵۲ ± ۱۷/۱	<۰/۰۰۱	۴۶/۳ ± ۱۶/۳	<۰/۰۰۱
آزاد	۵۴	۲۵/۴ ± ۱۸/۶		۶۳/۵ ± ۱۷/۶	
خانۀ دار	۲۴	۳۲/۳۲ ± ۱۷/۴		۸۰/۸ ± ۱۶/۴	
بازنشسته					
از کار افتاده					
میزان					
بد					
متوسط					
درآمد					
خوب					

جدول ۴- جدول ضرایب همبستگی پیرسون و ارتباط خودکارآمدی با کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰

متغیر	عملکرد جسمانی	محدودیت نقش جسمانی	درد	محدودیت نقش روانی	سلامت عمومی	عملکرد اجتماعی	نشاط	سلامت روانی	نمره کلی کیفیت زندگی
خودکارآمدی	$r = 0/801$	$r = 0/806$	$r = 0/744$	$r = 0/709$	$r = 0/782$	$r = 0/770$	$r = 0/859$	$r = 0/462$	$r = 0/847$
	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$

r = ضریب احتمال

P = مقدار احتمال

همچنین مطالعه حاضر نشان داد، سن با کیفیت زندگی و خودکارآمدی پس از جراحی ارتباط آماری معنی‌داری داشت، به طوری که با افزایش سن در واحدهای مورد پژوهش، کیفیت زندگی و خودکارآمدی در آنها کاهش یافت و افراد جوان‌تر، از کیفیت زندگی و خودکارآمدی بهتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعات O' Neil و همکارانش و Komorovsky و همکارانش مطابقت داشت.^{۲۳،۲۲}

همچنین Brink و همکارانش در سال ۲۰۰۹ در طی تحقیقی گزارش کردند، مبتلایان با سنین پایین‌تر از ۶۰ سال، خودکارآمدی به مراتب بهتری نسبت به افراد پیرتر داشته‌اند.^{۲۴} با افزایش سن، شدت بیماری قلبی افزایش می‌یابد، بنابراین انتظار می‌رود که خودکارآمدی کاهش یابد از طرف دیگر افراد جوان‌تر، هم توانایی بیشتری برای مراقبت از خود دارند و همچنین با بازگشت به کار وضع روحی بهتری خواهند داشت در حالی که افراد مسن اکثراً بازنشسته هستند.

در مورد جنس، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که مردان دارای کیفیت زندگی و همچنین خودکارآمدی بهتری نسبت به زنان بودند که با نتایج مطالعات دهداری و همکارانش و همچنین Emery و همکارانش مطابقت دارد.^{۲۵،۲۶} همانطور که بیان شد در این مطالعه زنان دارای سنین بالاتری بودند و همچنین بیشتر از مردان به صورت تنها زندگی می‌کردند. این عوامل احتمالاً دلیلی بر خودکارآمدی نامطلوب زنان نسبت به مردان پس از جراحی می‌باشد. همچنین نتایج مطالعه Penkofer و همکارانش در سال ۲۰۰۵ نشان دهنده این بود که از جمله دلایل پایین بودن خودکارآمدی در زنان نسبت به مردها می‌توان به مراجعه زنان در سنین بالاتر، دارا بودن بیماری‌های زمینه‌ای بیشتر، شریان‌های کرونر باریک‌تر و رجوع دیر هنگام برای جراحی، اشاره کرد.^{۲۶}

همانطور که گفته شد بین دو گروه مرد و زن از نظر متغیر سن و وضعیت تأهل اختلاف معناداری وجود داشت که این موضوع خود می‌توانست بر روی نمره کیفیت زندگی و خودکارآمدی مؤثر باشد، زیرا از نتایج مطالعه مشخص شد که زن‌ها دارای میانگین سنی بالاتری نسبت به مردها بودند و همچنین بیشتر از مردها در گروه غیرمتاهلین بودند و همانطور که بیان شد، افراد با میانگین سنی بالاتر و غیرمتاهل دارای کیفیت زندگی و خودکارآمدی نامطلوب‌تری بودند، لذا برای کنترل این موضوع از آنالیز کوواریانس برای کنترل وضعیت تأهل و سن استفاده شد و مشاهده شد که بعد از کنترل این دو متغیر باز هم رابطه معناداری بین جنس و کیفیت زندگی و همچنین خودکارآمدی بیماران مشاهده شد ($P < 0/001$) که این مطلب خود گویای تأثیر کلی جنس بر روی کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران بود.

یافته‌های مربوط به هدف اصلی پژوهش "تعیین ارتباط کیفیت زندگی و خودکارآمدی بعد از عمل در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر" در جدول ۴ خلاصه شده است. چنان چه از نتایج این جدول مشخص شده است، بین نمره کیفیت زندگی با خودکارآمدی رابطه مستقیم وجود داشت ($r = 0/847$ و $P < 0/001$)، که این بدان معنی است که با افزایش نمره کیفیت زندگی، خودکارآمدی افزایش می‌یابد و برعکس.

بحث

در مطالعه حاضر، ارتباط کیفیت زندگی و خودکارآمدی در ۱۱۰ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر، بررسی شد. نتایج مطالعه ما نشان داد که با افزایش کیفیت زندگی، خودکارآمدی افزایش می‌یابد و نویسنده که با نتایج مطالعات Middleton و همکارانش مطابقت دارد.^{۱۳}

مطالعه Komorovsky و همکارانش و همچنین Emery و همکارانش مطابقت داشت.^{۲۵،۲۰}

یکی از دلایل کیفیت زندگی و خودکارآمدی نامطلوب‌تر در بیمارانی که مدت زمان طولانی‌تری از ابتلا آنان به بیماری سپری شده، می‌توان به این مورد وابسته دانست که علائم بیماری و عوارض ناشی از آن، به مرور زمان محدودیت‌هایی در روند زندگی عادی بیماران ایجاد نموده و در نتیجه کیفیت زندگی و خودکارآمدی آنان را متأثر می‌سازد.

Brink و همکارانش نیز در تحقیق خود ارتباط معنی‌دار و معکوسی بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی یافتند. آنان معتقدند با افزایش مدت ابتلا به بیماری، بیماران مشکلات بیشتری را تجربه کرده و کیفیت زندگی نامطلوب ذکر کردند.^{۲۴}

نتیجه‌گیری

در نهایت باید بیان کرد که حفظ و ارتقای کیفیت زندگی و خودکارآمدی، در بهبودی و بازگشت هر چه سریع‌تر بیماران به زندگی عادی و کاهش عوارض و پیشگیری از عود مجدد بیماری قلبی نقش مهمی دارد، بنابراین کادر بهداشتی باید در این زمینه آموزش‌های لازم را هنگام بستری شدن و پس از ترخیص از بیمارستان به بیماران بدهند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، لازم است به بیماران مسن‌تر، بی‌سواد و کم‌سواد، افراد غیر شاغل، متأهل و نیز دارای وضعیت اقتصادی پایین‌تر و همچنین افرادی که مدت زمان بیشتری سابقه ابتلاء به بیماری قلبی داشته‌اند، آموزش‌های مناسب و لازم ارائه شده و بر انجام آن نیز تأکید شود تا نهایتاً از عود مجدد این بیماری در آنان پیشگیری گردد و در ارتقای کیفیت زندگی و خودکارآمدی آنان مؤثر باشد.

همچنین باتوجه به مقطعی بودن این مطالعه و نظر به اینکه کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مرور زمان تغییر می‌کنند پیشنهاد می‌گردد خودکارآمدی و کیفیت زندگی این بیماران در قالب یک مطالعه طولی نیز بررسی شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمامی همکاران و شرکت‌کنندگان در مطالعه تقدیر و تشکر کنند.

در مورد وضعیت تأهل نتایج مطالعه حاکی از آن بود که متأهلین دارای کیفیت زندگی و خودکارآمدی بهتری نسبت به مجردها بودند که این یافته با نتایج مطالعه‌ای Eales و همکارانش و همچنین Tsay و Healstead در مورد مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه مطابقت دارد.^{۲۸،۲۷} دهقان‌زاده و همکارانش از قول Taylor و همکارانش بیان می‌کنند، خانواده نقش بسیار مهمی در فراهم کردن حمایت اجتماعی برای مددجو برای برخورد با استرس ناشی از بیماری و سازگاری با آن را دارد.^{۲۹}

در مورد سطح تحصیلات نتایج مطالعه حاکی از آن بود که افراد دارای سطح تحصیلات بالاتر دارای کیفیت زندگی و خودکارآمدی به مراتب بهتری نسبت به افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر بودند که این یافته با نتایج مطالعه O' Neil و همکارانش و Emery و همکارانش مطابقت دارد.^{۲۵،۲۲} سطح تحصیلات، با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و نگرش، در سلامت و بیماری و نیز سایر جنبه‌های مختلف زندگی مؤثر بوده و در بسیاری از تحقیقات مورد توجه قرار گرفته است.

در رابطه با شغل مشخص شد که شاغلین دارای کیفیت زندگی و خودکارآمدی بهتری نسبت به افراد بیکار بودند که با نتایج مطالعه Komorovsky و همکارانش مطابقت دارد.^{۳۳} که این موضوع احتمالاً به خاطر درگیر شدن با مسائل کاری و کاهش استرس و اضطراب ناشی از بیماری و از طرف دیگر فراهم نمودن یک منبع حمایت مالی برای مددجویان بوده است.

همچنین در این مطالعه مشخص شد که افراد دارای وضعیت اقتصادی بهتر دارای کیفیت زندگی و خودکارآمدی بهتری نسبت به افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر بودند که با نتایج مطالعه O' Neil و همکارانش مطابقت دارد. آنها بیان می‌کنند که درآمد، یک عامل محیطی مهم و مرتبط با وضعیت سلامت و عملکردی افراد است و درآمد پایین‌تر، با سطح سلامت پایین‌تر و محدودیت‌های عملکردی بیشتر همراه می‌باشد.^{۱۹}

این مطالعه، رابطه معنی‌داری را بین مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی با کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران نشان داد، به طوری‌که افرادی که مدت زمان کوتاه‌تری از ابتلا آنها به بیماری قلبی سپری شده بود، نسبت به افرادی که مدت زمان طولانی‌تری از ابتلا آنها به بیماری قلبی گذشته بود، کیفیت زندگی و همچنین خودکارآمدی بهتری داشتند که با نتایج

Abstract:

Relationship between Self Efficacy and Quality of Life in Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Isfahan Chamran Hospital, 2010-2011

Shafiei Z. ^{}, Babaee S. ^{**}, Nazari A. ^{***}*

(Received: 23 Nov 2013 Accepted: 21 April 2014)

Introduction & Objective: Due to the growth in the prevalence of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery and the significant role of self efficacy on the quality of life and prognosis and relapse of cardiac disease, the present study was designed to determine the relationship between self efficacy and quality of life of patients undergoing CABG hospitalized in Isfahan Chamran hospital between 2010-2011.

Materials & Methods: This was a cross-sectional correlational study. Our sample consisted of 110 patients who had referred to Shahid Chamran Rehabilitation Center and had undergone CABG surgery. Data was collected by General Self Efficacy (GSF) and Quality of Life (SF-36) Questionnaires and they were analyzed by using independent t-test, analysis of variance and regression analysis by SPSS 18.

Results: The overall score of the self efficacy in the subjects was 21.23 (10.3) and that of quality of life was 60.06 (16.1). Our results showed that there was a direct relationship between the self efficacy and quality of life, which this means that by self efficacy enhancement, quality of life increases and vice versa.

Conclusions: Considering the significant correlation between self efficacy and quality of life in this study, it is suggested that nurses design and execute appropriate interventions to promote these patients' self efficacy, and in this way help to improve these patients' quality of life.

Key Words: Self Efficacy, Quality of Life, Coronary Artery Bypass Graft Surgery

* *MSC of Nursing Group, Assistant Professor of Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord Kashani Hospital, Shahrekord, Iran*

** *Ph.D Student of Nursing Group, Assistant Professor of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan Alzahra Hospital, Isfahan, Iran*

*** *Associated of Emergency Medical Technician Intermediate, Isfahan Emergency Medical Services, Isfahan, Iran*

References:

1. Williams MA. American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. Guideline for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. 4 ed. Champaign: Human Kinetics, 2004: 25.
2. Deyrimejian M, Karam N, Saleme P. Preoperative patient education for open heart patients: A source of anxiety? *Patient Educ Couns*. 2006; 62(1): 111-7.
3. Smeltzer Sc, Bare BG, Hinkle J, Cheever K. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 12ed, 2010: 756.
4. Babaee 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 medica Iranica*. 2007; 45 (1): 69-74.
5. Nasiri M, Rahimian B, Larijani M, Norouzi SH. The study of educational needs and quality of life in patients with chronic myocardial infarction patients in Ramsar Sajad Hospital. *The Journal of Nursing and Midwifery*. 2008; 6(3): 145-50.
6. Bari A. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multi vessel disease. *Nursing Engl J Med*. 2009; 335: 217-225.
7. Dehdari T, Hashemifard T, Heidarnia AR, Kazemnejad A. The longitudinal effects of health education on health-related quality of life in patients with coronary artery bypass surgery. *Medical Science Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2005; 15(1): 41-46.
8. WIKIPEDIA. Quality of life. (online) Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Quality_of_life. (Accessed 1 May 2011).
9. Robinson-Smith G, Pizzi ER. Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabil Nurs*. 2003; 28(2): 48.
10. Akin S, Can G, Durna Z, Aydinler A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2008 Dec; 12(5): 449-56.
11. Kohno Y, Maruyama M, Matsuoka Y, Matsushita T, Koeda M, Matsushima E. Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. *Psychooncology*. 2010 Jan; 19(1): 71-6.
12. Robinson-Smith G. Self-efficacy and quality of life after stroke. *J Neurosci Nurs*. 2002; 34(2): 91-8.
13. Middleton J, Tran Y, Craig A. Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007 Dec; 88(12): 1643-8.
14. Rafii F, Naseh L, Yadegary MA. Relationship between Self-efficacy and Quality of Life in Ostomates. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2012; 25(76): 64-76.
15. Iskender M. The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Soc Behav Personal*. 2009; 37(5): 711-20.
16. Behrouzifar S, Zenouzi Sh, Nezafati MH, Esmaili H. Factors affecting the patients' quality of life after coronary artery bypass graft. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery Iran of Medical Sciences*. 2009; 22(57): 31-41.
17. Pignay-Demaria V, Lespérance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault Louis P. Depression and Anxiety and Outcomes of Coronary Artery Bypass Surgery. *Ann Thorac Surg*. 2003; 75: 314-21.
18. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Anxiety, self efficacy expectation and social support in patients after coronary angioplasty and coronary bypass. *Iranian J Publ Health*. 2008; 37(4): 119-25.
19. Seyam S, Heidarnia AR, Tavafian SS. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *Journal of Birjand University of Medical Sciences (supplementary: cardiovascular)*. 2013; 19 (6): 33-41.
20. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Anxiety, self efficacy expectation and social support in patients after coronary angioplasty and coronary bypass. *Iranian J Publ Health*. 2008; 37(4): 119-25.
21. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14 (3): 875-82.
22. O'Neil A, Berk M, Davis J, Stafford L. Cardiac self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health*. 2013; 5(9): 6-14.
23. Komorovsky R, Desideri A, Rozbowski P, Sabbadin D, Celegon L, Gregori D. Quality of life and behavioral compliance in cardiac rehabilitation patients: a longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45: 979-85.
24. Brink E, Alsen P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C. General self efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology Health & Medicine*. 2012; 3 (17): 346-55.
25. Emery CH, Frid D, Engebreston TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK and et al. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66: 190-7.
26. Penkofer S, Ferrans CE, Fink N, Barrett ML, Holm K. Quality of life in women following coronary artery bypass graft surgery. *Nurs Sci Q*; 2005. 18(2): 177-183.
27. Eales CJ, Noakes TD, Stewart AV, Becker P. Predictors of the successful outcome of one-year

- survivors of CABG. *Cardiovasc J South Africa*; 2005. 16(1): 29-35.
28. Tsay S L, Healstead M. Self-care, self-efficacy, depression and quality of life among patients recovering hemodialysis in Taiwan. *International J of Nursing Studies*. 2002; 39: 245-51.
29. DehghanzadehShadi, Baghaei Mojgan, Zakerifard Tahereh, Kazemnejad Ehsan. Comparison of quality of life between CHF patients and Healthy People in shahrsht. *Journal of Guilan nursing and midwifery schools*. Summer and autumn 2002; 12(24-45): 5-11.

Archive of SID