مقایسه‌ی کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از جراحی بای پس عروق کرونر در بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان در سال ۱۳۹۵

عزیز الله مجاهد: استادیار و متخصص وانشناسی بالینی، دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. aziz_mojahed@yahoo.com
***معصومه بزی**: دانشجوی روان شناسی بالینی، مقطع کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران (*نویسنده مسئول). masoomehbazzi@gmail.com
چنگیز آزادی احمد آبادی: استادیار و متخصص جراحی عروق، دکتری تخصصی جراحی قلب و عروق، بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان، زاهدان، ایران. dr.changiz_azadi@yahoo.com
علی عباسی مندی: دانشجوی پرستاری، مقطع کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. a.abasi87@ymail.com
ناهید شهرکی: دانشجوی پرستاری، مقطع کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. shahraki.nani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۱/۹ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: بیمارانی که تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر قرار می‌گیرند ممکن است کیفیت زندگی آن‌ها دچار تغییراتی شود که یکی از پیامدهای مهم این عمل جراحی می‌باشد، بنابراین بررسی کیفیت زندگی بخش مهمی از فرآیند درمان می باشد. لذا، این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از جراحی بای پس عروق کرونر در بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان در سال ۱۳۹۵ انجام شده است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که به صورت قبل و بعد بر روی ۱۱۰ نفر از بیماران کاندید عمل جراحی بای پس عروق کرونر که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، در سال ۱۳۹۵ انجام شده است. داده‌ها توسط پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (SF-36) وبر و شربون در دو مرحله قبل از عمل و سه ماه بعد از عمل جمع آوری گردیده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شده است.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران ۱۰/۵۶± ۵۵/۳۵ سال بود. شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای بین واحدهای پژوهش دیابت بود که ۳۸/۱۸ درصد واحدهای پژوهش مبتلا به این بیماری بودند. نتایج آزمون مانوا نشان داد که کیفیت زندگی قبل و بعد از عمل جراحی بای پس عروق کرونر در حد معنی‌داری متفاوت می‌باشد به طوری که کیفیت زندگی و مولفه‌های کارکرد جسمی، اختلال سلامت جسمی، اختلال سلامت هیجانی، کارکرد اجتماعی و درد نسبت به قبل از عمل افزایش معنی‌داری یافته است ($p< ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران با بیماری عروق کرونر بعد از جراحی بای پس عروق کرونر افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد فراهم کردن امکاناتی جهت انجام کمک‌های مددکاری و مشاوره‌ای و حمایت‌های عاطفی، بعد از عمل جراحی بای پس عروق کرونر به صورت حضوری یا تلفنی در این بیماران جهت بهبود کیفیت زندگی تاثیر گذار باشد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، بای پس عروق کرونر، جراحی

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در تمام دنیا می‌باشند به‌طوری‌که بر اساس آمارهای اعلام شده توسط سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) و مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (Center of Control and Prevention) در سال ۲۰۰۸ حدود ۱۷/۳ میلیون نفر در سراسر جهان بر اثر این بیماری‌ها در گذشته‌اند که این میزان، ۳۰٪ از کل مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص داده است و نیمی از این افراد، به بیماری عروق کرونر (Coronary Disease Artery) مبتلا بوده‌اند (۱). تا سال ۲۰۲۰، همچنان عامل اولیه مرگ‌ومیر در دنیا خواهند بود. آمار جهانی نشان می‌دهد که حدود ۵۲٪ علت مرگ‌ومیر در آمریکا و ۴۸٪ در اروپا مربوط به این بیماری‌ها می‌باشد (۲)؛ همچنین پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی، حدود ۲۳/۶ میلیون نفر در اثر ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی فوت خواهند کرد (۳). بر اساس آخرین آمارهای وزارت بهداشت، بیماری‌های قلبی -عروقی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

در رأس علل مرگ‌ومیر کشور قرار دارند که بر روی کیفیت زندگی مبتلایان تأثیر می‌گذارند. این بیماری‌ها مشکلات زیادی را برای بیماران و هزینه‌ی بالایی را برای جامعه به دنبال دارد (۲).

از روش‌های متنوعی در درمان بیماری‌های عروق کرونری استفاده می‌شود که یکی از این روش‌ها عمل جراحی بای پس عروق کرونر (Coronary Artery Bypass Graft) که شایع‌ترین عمل جراحی عروق کرونر است و منجر به کاهش مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری می‌شود (۴, ۵). حدود ۶۰٪ بیمارانی که از بیماری عروق کرونر رنج می‌برند تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۶). با توجه به پیش رفت در زمینه‌ی تکنیک‌های مختلف درمان بیماری عروق کرونر و کاهش مرگ‌ومیر بیماران، بسیاری از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند ممکن است که برخی از اختلالات از جمله: کاهش اعتماد به نفس، عدم اعتماد کافی برای انجام فعالیت های روزانه زندگی، اضطراب و افسردگی را تجربه کنند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان خواهد شد؛ و عدم توجه به این مسائل بعد از عمل جراحی هزینه‌های گزافی را به دولت و جامعه تحمیل خواهد کرد (۷).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که مشتمل بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد. یک احساس خوب بودن است که رضایت و عدم رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند، ایجاد می‌شود. این مفهوم به‌عنوان پیامدی مهم و پاسخ بیمار به بیماری، درمان و یا پاسخ به موقعیت‌های خاص شناخته می‌شود. بیمارانی که تحت عمل جراحیCABG قرار می‌گیرند ممکن است کیفیت زندگی آن‌ها دچار تغییراتی شود که یکی از پیامدهای مهم این عمل جراحی می‌باشد (۸)، بنابراین بررسی کیفیت زندگی بخش مهمی از فرآیند درمان می‌باشد (۹). بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در نقاط مختلف جهان بهبود کیفیت زندگی را پس از جراحی CABG تایید کرده‌اند (۱۰-۱۲). بابایی در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ در تهران انجام داد، گزارش کرد که کیفیت زندگی بیماران پس از CABG بهبود یافته است و در صورت ارائه یک برنامه آموزشی به بیماران و پیگیری پس از جراحی می‌توان کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء بخشید (۴). این در حالی است که در برخی مطالعات کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی قلب باز به صورت نامطلوبی توصیف گردیده است (۱۰، ۱۱). بیماری به‌عنوان یک بعد فیزیکی به دلیل ناتوانی که به دنبال دارد کیفیت زندگی فرد را (جسمی، روحی و اجتماعی) تحت تأثیر قرار می‌دهد و این‌که درمان بیماری کیفیت زندگی را افزایش یا کاهش می‌دهد باید بررسی شود. کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص ارزشمندی برای تعیین وضعیت سلامتی توسط پژوهشگران علوم پزشکی و بهداشت شناخته می‌شود. با در نظر گرفتن اهمیت کیفیت زندگی و توجه به افزایش انجام عمل جراحی CABG و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و ارزیابی کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص مهم در این بیماران این مطالعه با هدف تعیین مقایسه کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از جراحی قلب باز در بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان در سال ۱۳۹۵ انجام شده است.

روش کار

۱۱۰ بیمار کاندید جراحی CABG مراجعه‌کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب شهر زاهدان در سه ماهه اول ۱۳۹۵ برای این مطالعه توصیفی-تحلیلی انتخاب شدند. نمونه‌گیری به روش در دسترس و با توجه به اعمال معیارهای ورود و خروج انجام شد. معیارهای ورود شامل: انجام جراحی CABG برای اولین بار، سن بالای ۱۸ سال، عدم سابقه اختلالات روان‌شناختی، عدم مصرف داروهای مؤثر بر سیستم اعصاب و روان و معیارهای خروج شامل: بروز مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی به هر علتی (تصادف، مرگ نزدیکان) به‌جز عمل CABG بود. طبق برنامه‌ی زمانی معین بیمارستان، بیماران ساعت ۹ الی ۱۱ صبح روز قبل از عمل بستری می‌شدند. پس از تشکیل پرونده و بستری شدن، پژوهشگر حدود یک ساعت پس از بستری بیمار، با اخذ رضایت آگاهانه و توضیح اهداف مطالعه اقدام به تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه نمود. همچنین سه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

ماه بعد از جراحی بیماران جهت ویزیت متخصص به درمانگاه قلب بیمارستان مراجعه نمودند که پرسش‌نامه‌ها مجدداً تکمیل گردید.

ابزار پژوهش مشتمل بر دو قسمت بود: الف) فرم اطلاعات جمعیت شناختی شامل (سن، جنس، میزان تحصیلات، مصرف مواد مخدر، بیماری‌های همراه و تعداد گرفت) و ب) پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36.

این پرسش‌نامه توسط وبر و شربون شکل گرفته است. این مقیاس شامل ۳۶ گویه و از هشت مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیرمقیاس های این پرسش‌نامه عبارتند از: کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. همچنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی دیگر به دست می‌آید که عبارتند از: ۱- زیر مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسم، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، درد و سلامت عمومی. ۲- زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش به خاطر سلامت هیجان، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت زیر می‌باشد که در آن نمره بالا نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالا و نمره پایین نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین می‌باشد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است.

منتظری و همکاران با استفاده از روش تحلیل گویه و محاسبه ضریب همبستگی بین گویه‌های هر مقیاس با نمره کل مقیاس روایی و پایایی این پرسش‌نامه را تایید کرده‌اند (۱۲). به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی ابتدا از آزمون آلفای کرونباخ و کودر ریچاردسون برای بررسی پایایی پرسش‌نامه‌ها و آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد. سپس متناسب با فرضیات تحقیق از آزمون MANOVA به‌منظور مقایسه ابعاد کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از عمل جراحی بای پس کرونر و از آزمون آنالیز واریانس دوطرفه به‌منظور بررسی تأثیر متغیرهای سن و جنس بر کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از عمل جراحی استفاده شد. P<۰/۰۵ به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد. تمامی محاسبات آماری توسط نرم‌افزار SPSS 16 صورت پذیرفته است.

یافته‌ها

در این پژوهش توصیفی- تحلیلی، ۱۱۰ بیمار تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر قرار گرفتند که ۷۸ بیمار (۷۰/۹۰ درصد) مرد و ۳۲ بیمار (۲۹/۱۰ درصد) زن بودند. اکثر واحدهای پژوهش در محدوده سنی ۷۰-۶۵ سال بودند و میانگین سنی بیماران ۱۰/۵۶±۵۵/۳۵ بود. وضعیت تحصیلات بیماران به این صورت بود که ۵۰ درصد بیماران بی‌سواد، ۳۲ درصد تحصیلات ابتدایی، ۶ درصد تحصیلات سیکل و دیپلم، ۲ درصد تحصیلات فوق‌دیپلم و ۴ درصد تحصیلات لیسانس داشتند. سایر اطلاعات جمعیت شناختی در جدول ۱ نشان داده شده است.

همچنین مشخص گردید که شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای بین واحدهای پژوهش دیابت نوع یک می‌باشد که ۳۸/۱۸ درصد واحدهای پژوهش مبتلا

جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

متغیر		درصد
جنسیت	زن	۲۹/۰۹
	مرد	۷۰/۹۱
سن	۳۵-۴۰	۳/۶۳
	۴۵-۵۰	۱۰/۹۰
	۵۰-۵۵	۲۸/۱۸
	۵۵-۶۰	۳۳/۶۶
	۶۵-۷۰	۲۳/۶۳
تحصیلات	بیسواد	۵۰
	ابتدایی	۳۲
	سیکل	۶
	دیپلم	۶
	فوق دیپلم	۲
	لیسانس	۴

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

جدول ۲- فراوانی بیماری های زمینه ای و مصرف سیگار بین واحدهای پژوهش به تفکیک جنسیت

بیماری زمینه ای	جنسیت	تعداد	فراوانی کلی (٪)
دیابت	مرد	۲۵	۳۸٪/۱۸
	زن	۱۷	
فشار خون	مرد	۱۹	۲۹٪/۰۹
	زن	۱۳	
چاقی	مرد	۲۰	۳۰٪/۰۰
	زن	۱۳	
مصرف سیگار	مرد	۲۶	۳۲٪/۷۲
	زن	۱۰	

جدول ۳- مقایسه میانگین تغییرات سبک زندگی و ابعاد آن قبل و سه ماه بعد از عمل جراحی

متغیرها	میانگین و انحراف معیار		p
	قبل عمل	بعد عمل	
کیفیت زندگی	۲/۳۷±۰/۲۴	۰/۱۶±۲/۵۴	<۰/۰۰۱*
کارکرد جسمی	۰/۴۵±۱/۹۸	۰/۲۵±۲/۷۳	<۰/۰۰۱*
اختلال سلامت جسمی	۰/۴۰±۱/۲۳	۰/۲۲±۱/۹۲	<۰/۰۰۱*
اختلال سلامت هیجانی	۰/۳۸±۱/۲۱	۰/۲۲±۲/۷۸	<۰/۰۰۱*
انرژی/خستگی	۰/۶۶±۳/۳۵	۰/۲۷±۳/۳۲	<۰/۳۲۳
بهزیستی هیجانی	۰/۶۰±۳/۲۷	۰/۵۲±۳/۳۷	<۰/۲۳۴
کارکرد اجتماعی	۰/۷۶±۲/۹۹	۰/۴۵±۳/۱۸	<۰/۰۰۱*
درد	۰/۸۳±۲/۴۴	۰/۶۶±۲/۸۸	<۰/۱۳
سلامت عمومی	۰/۵۱±۳/۳۴	۰/۹۲±۳/۳۵	<۰/۱۳

(*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵)

به این بیماری بودند. مصرف سیگار بین واحدهای پژوهش برابر با ۳۲/۷۲ درصد بود. اطلاعات بیماری‌های زمینه‌ای و مصرف سیگار در جدول ۲ نشان داده شده است.

نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره سبک زندگی، کارکرد جسمی، اختلال سلامت جسمی، اختلال سلامت هیجانی و کارکرد اجتماعی نسبت به قبل از عمل به صورت معنی‌داری افزایش یافته است (p<۰/۰۰۱).

در ابعاد خستگی/انرژی، سلامت عمومی، درد و بهزیستی هیجانی به ترتیب تفاوت آماری مشاهده نشد (p<۰/۳۲۳، p<۰/۱۳، p<۰/۱۳ و p<۰/۲۳۴). نتایج مقایسه ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از عمل جراحی بای پس کرونر در جدول ۳ نشان داده شده است.

یافته‌های مطالعه نیز نشان داد که دو متغیر سن و جنسیت بر نتایج به دست آمده از کیفیت زندگی و ابعاد آن تأثیر آماری معنی‌داری دارد (p<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی قبل و سه ماه بعد از عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه مشخص شد که میزان ابتلای مردان به بیماری عروق کرونر نسبت به زنان بیشتر است. مطالعات مختلف انجام شده نتایج ضد و نقیضی در ارتباط با مقایسه‌ی میزان ابتلای مردان و زنان به بیماری‌های قلبی عروقی را گزارش کرده‌اند. مطالعات بادی و چن نشان داده‌اند که بیست درصد میزان مرگ‌ومیر در بین مردان انگلیسی بیماری عروق کرونر می‌باشد. همچنین مشخص شده است که مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر زنان کشورهای توسعه‌یافته و غربی بیماری عروق کرونر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

است (۱۳، ۱۴). همچنین یافته‌های مطالعات پاتل و سینکوویچ نشان می‌دهد با توجه به اینکه زنان نسبت به مردان از خدمات بهداشتی درمانی بیشتر استفاده می‌کنند اما میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری عروق کرونر در زنان نسبت به مردان بیشتر است (۱۵، ۱۶). این در حالی است که فیاضی و تقی پور در ایران میزان ابتلای مردان به بیماری عروق کرونر را نسبت به زنان بیشتر گزارش کرده‌اند که این یافته با نتایج مطالعه حاضر انجام مطابقت دارد (۱۷، ۱۸).

نتایج این مطالعه نشان داد که بازه سنی بین ۶۰-۵۵ سال بیشترین فراوانی بیماری عروق کرونر را دارد.

یافته‌های مطالعه‌ی جمعیت شناختی کاواناق نشان داد که سطح تحصیلات پایین با ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری عروق کرونر ارتباط دارد (۱۹). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که که ۵۰٪ بیماران کاندید عمل جراحی CABG بی‌سواد می‌باشند که یکی از علل پایین بودن سطح تحصیلات بیماران این منطقه

می‌تواند محرومیت و عدم دسترسی کافی به سیستم آموزشی باشد.

با توجه به اهمیت بیماری‌های زمینه‌ای در بروز بیماری عروق کرونر، در این مطالعه مشخص شد که شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای بین واحدهای پژوهش به ترتیب دیابت، مصرف دخانیات، چاقی و فشار خون می‌باشد. مطالعات مختلف به بررسی ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری عروق کرونر پرداخته‌اند که گزارش میزان ابتلای بیماران به بیماری‌های زمینه‌ای در هر مطالعه متفاوت است. منتظرقائم در مطالعه خود نشان داده است که ۵۰٪ بیماران کاندید جراحی قلب باز مبتلا به دیابت و ۶۰٪ مبتلا به فشار خون می‌باشند (۶). مهم‌ترین ریسک فاکتورهای قابل تعدیل و مرتبط با سبک زندگی در بیماران با بیماری‌های قلبی-عروقی که در مطالعات مشخص‌شده‌اند، عبارت‌اند از: فشارخون، دیابت، چاقی، دیس لیپیدمی، بی‌تحرکی و مصرف سیگار (۱۹) که در این مطالعه هم برخی ریسک فاکتورهای مرتبط به‌عنوان شایع‌ترین عوامل مرتبط با بیماری عروق کرونر گزارش شدند که نیازمند آموزش‌های لازم برای کاهش این ریسک فاکتورها می‌باشد.

نتایج به دست آمده از مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی و تک تک ابعاد زندگی قبل و بعد از عمل جراحی بای پس عروق کرونر نشان داد که ابعاد کارکرد جسمی، اختلال سلامت جسمی، اختلال سلامت هیجانی و کارکرد اجتماعی و کل کیفیت زندگی سه ماه بعد از عملCABG به طور معنی‌داری افزایش یافته است که این نتایج با مطالعات هانت، بالداسار، رهنما و فیاضی مطابقت دارد (۱۷، ۲۰، ۲۱)؛ اما ابعاد انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، درد و سلامت عمومی تفاوت معنی‌داری نداشت که با نتایج مطالعات بهرام نژاد و منتظرقائم هم سو نمی‌باشد (۲، ۶).

در پژوهش اسماعیلی و همکاران کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی قلب و عروق در بیماران شهرستان ساری مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه اکثریت بیماران (۷۵٪) کیفیت زندگی خود را خوب توصیف نمودند که همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد (۲۲). بهرام نژاد و همکارانش در پژوهشی به بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر و آنژیوپلاستی کرونری ترانس لومینال از راه پوست پرداختند که نتایج نشان داد هر دو گروه قبل و سه ماه پس از عمل، افت کیفیت زندگی داشته‌اند که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد (۲۳). مرسیر مطرح می‌کند که کیفیت زندگی بیماران قبل از عمل CABG پایین است و کیفیت زندگی این بیماران از روزهای نخستین پس از عمل به دلیل تسکین علائم و حمایت روحی و روانی، به‌ویژه در بعد روانی و جسمی بهبود پیدا می‌کند و به مرور با گذشت زمان و با بهبود فعالیت های فیزیکی بیمار متعاقباً جنبه روانی فرد تقویت خواهد شد. در نتیجه، افزایش امید به زندگی در فرد ایجاد شده که خود منجر به بهبود کیفیت زندگی فرد می‌گردد (۲۴). بارناسون و همکارانش گزارش کردند که زمانی عمل CABG منجر به افزایش کیفیت زندگی می‌شود که علائم فیزیکی بیماری ایسکمی قلبی، به خصوص خستگی را بهبود بخشیده یا کاهش

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

دهد (۲۵). برارسون و همکارانش در پژوهش خود گزارش کردند که در طی پنج سال بعد از عمل CABG، تقریباً ۶۰٪ از بیماران کیفیت زندگی‌شان ارتقا می‌یابد. دلیل این امر توجه فرد و خانواده او به سلامتی می‌باشد. همچنین پیگیری و کنترل روند بیماری توسط فرد باعث افزایش کیفیت زندگی در بلند مدت شده (۲۶). فوویتو و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش کردند کیفیت زندگی بیماران یک سال پس از عمل CABG افزایش پیدا می‌کند (۲۷). چینایان معتقدند افزایش یا کاهش کیفیت زندگی پس از عمل CABG بستگی به جنس، شدت بیماری و شرایط خانوادگی افراد دارد (۲۸). ابعاد بهبود نیافته‌ی کیفیت زندگی مربوط به حیطه سلامت روانی بیماران می‌باشد که می‌توان به برخی عوامل مرتبط با سلامت روانی از جمله سطوح پایین تحصیلات، درآمد کم، عدم پیگیری و یا پیگیری ناکافی و آموزش ناکافی به بیماران در هنگام ترخیص و بعد از عمل جراحی اشاره کرد. سیام و همکارانش در مطالعه خود ارتباط آماری معنی‌دار سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، مدت زمان ابتلا به بیماری و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری قلبی را با کیفیت زندگی بیماران متعاقب عمل CABG گزارش کرد و بر اهمیت توجه به این عوامل تأکید می‌کند (۲۹) که در مطالعه حاضر نیز با توجه به پایین بودن سطح تحصیلات بیماران و همچنین درآمد کم ایشان می‌توان عدم بهبود کیفیت زندگی در ابعاد حیطه روان را توجیه کرد، اما همچنان نیازمند مطالعات بیشتر و مقایسه عوامل مرتبط بیشتر با حیطه سلامت روان می‌باشد. کانام و همکارانش، عوامل اقتصادی را در کیفیت زندگی مؤثر می‌دانند و معتقدند که درآمد، یک عامل محیطی مهم بوده که با وضعیت سلامت و عملکرد فرد ارتباط دارد و درآمد پایین، با سطح تحصیلات پایین و محدودیت‌های عملکردی بیشتری همراه است (۳۰).

ازآنجایی‌که این پژوهش نیاز به پیگیری بیماران داشت دارای محدودیت‌هایی نیز بود. از جمله در مراحل اولیه که بیماران در بیمارستان در دسترس بودند، مشکلات بسیار کم بود؛ اما بی‌حوصلگی برخی بیماران، تغییر آدرس و تلفن، عدم تکمیل و یا تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، فوت برخی بیماران و عدم کنترل بر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. لذا، پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های بعدی که در این زمینه انجام شود با تدبیر صحیح محدودیت‌های این پژوهش کمتر شود.

آنچه از نتایج این پژوهش استنباط می‌شود این است که عمل CABG در تغییر کیفیت زندگی افراد با بیماری‌های عروق کرونری مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سه ماه بعد از عمل جراحی بای پس عروق کرونر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بهبود یافته است؛ این درحالی است که با توجه به بهبود کیفیت زندگی برخی مؤلفه‌های کیفیت زندگی از جمله سلامت عمومی و بهزیستی هیجانی که مؤلفه‌های سلامت روانی می‌باشند، بهبود نیافته است که مستلزم بررسی‌های بیشتر جهت کشف عوامل مرتبط با آن و ارائه راهکارهای مناسب برای بهبود این بعد از کیفیت زندگی می‌باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان با شماره تصویب ۱۲۵۵۳۲۴ در پایگاه ثبت اطلاعات پایان‌نامه‌ها و رساله‌های تحصیلات تکمیلی کشور می‌باشد که بدین‌وسیله نویسندگان مقاله از حمایت‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان و نیز همکاری تمامی بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش، پژوهشگران را همراهی کردند و از کلیه همکاران و پرسنل محترم بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان تقدیر و تشکر می‌نمایند.

منابع

1.Shafiei Z, Babaee S, Nazari A. Relationship between Mood State and Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. Iran J Nurs; 2013.26(83):57-67.

2. Bahramnezhad F, Asadi Noughabi A, Sief H, Mohammadi Y. Quality of life in the patients with

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

elevation myocardial infarction. Wiener Klinische Wochenschrift; 2006.118(2):52-7.

17.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.

18. Taghipour H, Naseri M, Safiarian R, Dadjoo Y, Pishgoo B, Mohebbi H, et al. Quality of life one year after coronary artery bypass graft surgery. Iran Red Crescent Med J; 2011.13(3):171.

19. Kavanagh A, Bentley RJ, Turrell G, Shaw J, Dunstan D, Subramanian S. Socioeconomic position, gender, health behaviours and biomarkers of cardiovascular disease and diabetes. Soc Sci Med; 2010.71(6):1150-60.

20. Baldassarre FG, Arthur HM, DiCenso A, Guyatt G. Effect of coronary artery bypass graft surgery on older women's health-related quality of life. Heart & Lung: J Acute Critic Care; 2002.31(6):421-31.

21. Hunt JO, Hendrata MV, Myles PS. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung: J Acute Critic Care; 2000.29(6):401-11.

22. Esmaeili Z, Ziabakhsh Tabari S, Vazezzadeh N, Mohamadpour RA. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Grafting in. J Mazandaran Uni Med Sci; 2007.17(61):170-4.

23. Bahramnezhad F. Comparative study on quality of life in patients after Percutaneous TransluminalCoronary Angioplasty and Coronary Artery Bypass Graftsurgery. Cardiovascul Nurs J; 2012.1(2):8-15.

24. Mercier D. The Influence of Wait Times on Uncertainty and Quality of Life in Patients Awaiting Coronary Artery Bypass Grafting in Nova Scotia: ProQuest; 2009.

25. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Miller C, Hertzog M, et al. Relationships between fatigue and early postoperative recovery outcomes over time in elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung: J Acute Critic Care; 2008.37(4):245-56.

26. Brorsson B, Bernstein SJ, Brook RH, Werkö L. Quality of life of patients with chronic stable angina before and four years after coronary revascularisation compared with a normal population. Heart; 2002.87(2):140-5.

27. Favarato ME, Hueb W, Boden WE, Lopes N, da Rocha Nogueira CRS, Takiuti M, et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: a comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II trial. Int J Cardiol; 2007.116(3):364-70.

28. Chinnaiyan KM, Abidov A, Al-Mallah M, Raff GL, Marcovitz PA, Grines CL. Effect of Gender on Management of Suspected Coronary Artery Disease After Coronary CT Angiography.

coronary bypass graft. Iran J Nurs Res. 2012;7(26):34-41.

3. M J, V Z, H A. Changes of quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery One year follow-up. Medical-Surgical Nursing Journal; 2013.2(1):50-45.

4.Babaee G, Keshavarz M, Shayegan AHM. 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.

5. Rumsfeld JS, Ho PM, Magid DJ, McCarthy M, Shroyer ALW, MaWhinney S, et al. Predictors of health-related quality of life after coronary artery bypass surgery. Anna Thoracic Surg; 2004.77(5):1508-13.

6. Montazer Ghaem SH, Asar O, Safaei N. Assessing patient's quality of life after open hart surgery in Bandar Abbass, Iran. Hormozgan Med J; 2012.15(4):254-9.

7. Rahimi A, Taghipour H, Ebadi A, Pourebrahimi M. Comparing patients' quality of life before and after Coronary Artery Bypass Graft surgery (CABG). J Criti Care Nurs;2014.7(3):194-9.

8.Lau SYD. A quality study of coronary artery bypass graft (CABG) surgery in Asians in California, 2003–2005: University of California, San Francisco; 2009.

9.Loponen P, Luther M, Wistbacka J-O, Nissinen J, Sintonen H, Huhtala H, et al. Postoperative delirium and health related quality of life after coronary artery bypass grafting. Scandinav CardiovasculJ; 2008.42(5):337-44.

10. 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 Heart J; 2006.151(2):537-44.

11. Marwick TH, Zuchowski C, Lauer MS, Secknus MA, Williams MJ, Lytle BW. Functional status and quality of life in patients with heart failure undergoing coronary bypass surgery after assessment of myocardial viability. J Am Colleg Cardiol; 1999.33(3):750-8.

12Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36 :(Translation and validation study of the Iranian version. 2006.

13. Body R. Emergent diagnosis of acute coronary syndromes: Today's challenges and tomorrow's possibilities. Resuscitation; 2008.78(1):13-20.

14. Chen JH, Huang HH, Yen DHT, Wu YL, Wang LM, Lee CH. Different clinical presentations in Chinese people with acute myocardial infarction in the emergency department. J Chine Med Assoc; 2006.69(11):517-22.

15. Patel H, Rosengren A, Ekman I. Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference? Am Heart J; 2004.148(1):27-33.

16. Sinkovič A, Marinšek M, Svenšek F. Women and men with unstable angina and/or non-ST-

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

Am Heart Assoc; 2009.
29. Seyam S, Heidarnia AR, sadat Tavafian S , Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. 2013.
30. Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. Rehabilit Nurs; 1999.24(5):192-200.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]

Comparisons of patients' quality of life before and after coronary artery bypass graft surgery in Ali Ibn Abi Talib Hospital in Zahedan in 2016

Azizollah Mojahed, PhD, Assistant Professor of Clinical Psychology, School of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. aziz_mojahed@yahoo.com
***Masoomeh Bazi**, MSc Student in Clinical Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, School of Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad university, Zahedan branch, Zahedan, Iran (*Corresponding author). masoomehbazzi@gmail.com
Changiz Azadi Ahmadabadi, MD, Assistant Professor of Cardiovascular Surgery, Department of Cardiology, School of Medicine, Ali Ibn Abi Talib Hospital, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. dr.changiz_azadi@yahoo.com
Ali Abbasi Mendi, MSc Student in Nursing, Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. a.abasi87@ymail.com
Nahid Shahraki, MSc Student in Nursing, Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. a.abasi87@ymail.com & shahraki.nani@gmail.com

Abstract

Background: Nearly 60% of patients suffering from coronary artery disease undergoing Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery. Patients undergoing CABG surgery may change their quality of life, which is one of the major implications of this surgery. So surveying the quality of life is an important part of the treatment process. Therefore, this study was conducted with the aim of comparing the quality of life of patients before and after CABG in Ali ibn Abitalib hospital in Zahedan in 2016.

Methods: This is a cross-sectional study that was carried out before and after CABG surgery on 110 candidates of CABG who were selected by convenience sampling in Ali Ibn Abi Talib Hospital in 2016. Data were collected by Quality of Life Questionnaire (SF-36) in two stages before surgery and three months after surgery. Data analysis was done by using descriptive and analytical statistics tests in SPSS version 20 software.

Results: The mean age of patients was 55.55±10.56 years. The most common comorbid disease among subjects was diabetes 18.38% of whom suffered from it. The results of MANOVA showed that quality of life before and after coronary artery bypass graft surgery is significantly different, so that quality of life and components of physical functioning, physical health disorder, emotional health disorder and social function versus before surgery showed significant increase ($p<0.001$).

Conclusion: The results of this study showed that the quality of life of patients with coronary artery disease increases after CABG surgery. It seems that provision of facilities for providing counseling and emotional support after a CABG surgery in person or phone, these patients will have an impact on improving quality of life.

Keywords: Quality of life, Coronary artery bypass graft, Surgery

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.22287043.1397.25.3.1.8]