Quality of life in patients candidate for coronary artery bypass graft surgery in Zanjan

Bahrami-Eyvanekey Z[*1], Ramezani-BadrF[2]

Abstract

Introduction and purpose: Coronary artery disease is a common chronic disease which has significant effects on various aspects of health including quality of life. The aim of this study was to assess quality of life among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.

Materials and Methods: Tis descriptive cross-sectional study was done among 64 hospitalized patients suffering from coronary artery disease and willing to undergo coronary artery bypass graft surgery at Ayatollah Mosavi hospital in Zanjan. Data were collected by demographic and Mcnew quality of life questionnaires one day prior to the surgery. data were analyzed by SPSS software version 16.

Findings: participants consist of 44 male and 20 female with mean age of 58.78 (SD+9.4) years old. Findings showed that quality of life in patients was relatively good. Women had significantly lower quality of life than men.

Conclusion: Considering important effect of coronary artery disease on patients' quality of life, health care providers should plan to improve quality of life in this group of patients.

Keywords: Chronic diseases, Health, coronary artery disease, coronary artery bypass graft

Received: 2016/04/25 Accepted: 2016/09/10

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

1 Master science in nursing, Abhar School of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
(**Corresponding Author):E-mail:** zeinab.bahrami32@gmail.com
2 Assistant professor of nursing, Abhar School of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

بررسی کیفیت زندگی بیماران نامزد جراحی بای پس عروق کرونر در شهر زنجان

زینب بهرامی ایوانکی[1]*، فرهاد رمضانی بدر[2]

تاریخ دریافت مقاله: ۶/ ۲/ ۱۳۹۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۲۰/ ۶/ ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه و هدف : بیماری عروق کرونر به عنوان شایعترین بیماری مزمن، داری اثرات قابل توجه بر جنبه های مختلف سلامتی بوده؛ و قادر است کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تاثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران نامزد جراحی بای پس عروق کرونر انجام شده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی تعداد ۶۴ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر که در مرکز آموزشی درمانی آیت الله موسوی شهر زنجان بستری و کاندید جراحی بای پس عروق کرونر بودند وارد مطالعه شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو بود. اطلاعات در روز قبل از جراحی جمع آوری و سپس از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر شامل ۴۴ مرد و ۲۰ زن با میانگین سنی ۹/۴±۵۸/۷۸ بود. یافته های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در واحد های مورد پژوهش در وضعیت متوسط بود. زنان به صورت معنی داری کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان بودند.

نتیجه گیری: با توجه به تاثیر بیماری عروق کرونر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این گروه از بیماران برنامه ریزی نمایند.

کلید واژه ها: بیماری مزمن، سلامتی، بیماری عروق کرونر، بای پس عروق کرونر

۱.کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری ابهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
(نویسنده مسؤول). پست الکترونیکی: zeinab.bahrami32@gmail.com
۲.استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ابهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

مقدمه

بیماری عروق کرونر شایع ترین و جدی ترین بیماری مزمن تهدید کننده حیات و شایع ترین علت بستری شدن بزرگسالان در بیمارستان است(۱).طیف بالینی بیماری عروق کرونر از ایسکمی خاموش تا آنژین پایدار مزمن، آنژین نا پایدار، انفارکتوس حاد میوکارد،کاردیومیوپاتی ایسکمیک و مرگ ناگهانی قلبی متغیر است(۲). طبق گزارش انجمن قلب آمریکا در سال ۲۰۰۹، تعداد ۷۸۵۰۰۰ آمریکایی برای اولین بار مبتلا به سکته قلبی شده و تعداد ۴۷۰۰۰۰ نفر نیز دچار حملات مجدد سکته قلبی شده اند(۳). سازمان جهانی بهداشت بر این واقعیت اذعان دارد که همه گیری جدید، بیماری عروق کرونر است(۱).طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، در شرق مدیترانه ۵۴٪ از مرگ و میر های ناشی از بیماری های غیر واگیر مربوط به بیماری قلبی عروقی بوده است. مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی از ۴۹٪ در کشور عمان تا ۱۳٪ در کشور سومالی متغیر است(۴). در ایران بیماری عروق کرونر به عنوان اپیدمی قرن عامل اصلی مرگ، ناتوانی و معلولیت با هزینه درمانی بالا است(۱).طبق برآوردی که در سال ۱۳۸۸ انجام شده است میزان مرگ و میر سالانه به علت بیماری های ایسکمیک قلبی در جمعیت بالای ۴۰ سال کشور ۱۴ در هزار نفر می باشد(۵).

علائم اصلی در بیماری عروق کرونر شامل تنگی نفس و درد قفسه سینه(آنژین) است. جهت درمان بیماری عروق کرونر، روش های درمانی مختلفی نظیر دارودرمانی، مداخله کرونری از راه پوست و جراحی بای پس عروق کرونر وجود دارد(۶)؛ که یکی از روش های معمول در درمان بیماری عروق کرونر، جراحی بای پس عروق کرونر می باشد. این نوع جراحی در بیمارانی با درگیری سه رگ از عروق کرونر، درگیری شریان کرونر اصلی چپ، کاهش عملکرد بطن چپ و بیماران دیابتی، درمان انتخابی است(۷)؛ به طوری که از ۱۲/۴ میلیون آمریکایی که در سال مبتلا به بیماری عروق کرونر می گردند، ۵۵۳۰۰۰ نفر تحت جراحی بای پس عروق کرونر قرار می گیرند. در ایران نیز درصد قابل توجهی از جراحی قلب باز مربوط به جراحی بای پس عروق کرونر می باشد؛ به طوری که در مرکز قلب تهران، سالانه ۳۰۰۰ جراحی بای پس عروق کرونر انجام می گیرد(۸).

آنژین از طریق ایجاد درد، شرایط سلامتی ضعیف، نقص در فعالیت، کاهش توانایی برای مراقبت از خود می تواند باعث کاهش در کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر شود(۹). این باور وجود دارد که علاوه بر شدت بیماری، همراهی سایر بیماری ها نظیر دیابت، فشار خون و چاقی با بیماری عروق کرونر باعث کاهش کیفیت زندگی در این گروه از بیماران می شود(۱۰). موریل و همکاران در مطالعه خود که در سال ۲۰۱۰ با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قبل از انجام مداخلات تهاجمی از راه پوست انجام دادند، نتایج نشان داد که در زنان و بیمارانی که علاوه بر بیماری عروق کرونر بیماری های دیگر نظیر دیابت، فشار خون و چاقی دارند، کیفیت زندگی نقص بیشتری دارد (۱۰). به دلیل گستردگی مفهوم کیفیت زندگی، تعریف واحدی از آن ارائه نشده است. از نظر کینگز و هیندز، کیفیت زندگی برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود است که در ارتباط با عوامل فرهنگی، عقاید و باورهای وی تعیین می شود(۱۱). دورماز و همکاران در مطالعه خود با هدف بررسی عوامل

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

موثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، نشان دادند که عواملی از قبیل تاهل، شرایط اقتصادی، انفارکتوس میوکارد قبلی، داشتن مشکل در فعالیت روزانه، عوامل تعیین کننده اصلی کیفیت زندگی در بیمارن مبتلا به بیماری عروق کرونر می باشند(۱۲).

با توجه به این که بیماری عروق کرونر یک بیماری پیشرونده است و عوامل متعدد بیرونی و درونی بر بهبود و تشدید آن موثر می باشند طبعا این خصوصیات بر کیفیت زندگی بیماران اثر گذاشته و توجه به این شاخص مهم جزء اهداف اساسی درمان و مراقبت به شمار می رود. سنجش کیفیت زندگی بیماران نه تنها ابزار موثر بودن مداخلات درمانی است بلکه روشی برای تجزیه و تحلیل هزینه اثر بخشی این مطالعات نیز می باشد(۱۳)؛ علی هذا با توجه به گستردگی مفهوم کیفیت زندگی و تغییر پذیری آن بر اساس عوامل متعدد جسمی روانی و اجتماعی و همچنین اهمیت این مقوله در بیماران مبتلا به بیماری های عروق کرونر به ویژه بیماران نیازمند به جراحی بای پس عروق کرونر به دلیل شدت علائم و نشانه ها و روند مراقبت و درمان آنها انجام این پژوهش که مطالعه مشابه آن در زنجان انجام نشده است ضروری به نظر می رسد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر که نامزد جراحی بای پس عروق کرونر می باشند و مقایسه کیفیت زندگی نمونه ها در رابطه با برخی مشخصات فردی نمونه های مورد پژوهش انجام شده است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. نمونه های پژوهش ۶۴ نفر از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نیازمند به جراحی بای پس عروق کرونر بودند؛ که از طریق نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند. جامعه پژوهش بیمارستان آموزشی آیت الله موسوی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو(Mcnew)بود؛ که در روز قبل از جراحی و زمانی که واحد های پژوهش در بیمارستان بستری می شدند ، توسط آنها تکمیل می گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو اختصاصا برای تعیین کیفیت زندگی بیماران قلبی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۷ سئوال بوده و در سه خرده مقیاس: عملکرد هیجانی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی بیماران قلبی را می سنجد. چهارده سئوال پرسشنامه در حوزه عملکرد فیزیکی، چهارده سئوال در حوزه عملکرد هیجانی و سیزده سئوال در حوزه عملکرد اجتماعی است. چگونگی تقسیم بندی سئوالات به گونه ای است که هر سئوال می تواند در یک، دو و یا هر سه حوزه قرار گیرد. بدین ترتیب نمره فرد در حوزه عملکرد فیزیکی با محاسبه میانگین نمرات چهارده سئوال در همان حوزه، در عملکرد هیجانی با محاسبه میانگین نمرات چهارده سئوال مربوط به عملکرد هیجانی و در عملکرد اجتماعی نیز با محاسبه میانگین نمرات سیزده سئوال در حوزه عملکرد اجتماعی حاصل میگردد نمره نهایی نیز با محاسبه میانگین نمره تمام سئوالات محاسبه می شود. هر کدام از سئوالات پرسشنامه دارای معیار ۷ درجه ای شامل: ۱-همیشه ۲-بیشتر اوقات ۳-در حد قابل ملاحظه ۴-بعضی وقتها ۵-خیلی کم ۶- بندرت ۷-اصلا، می باشد که در

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

آن ۱ بیانگر کیفیت زندگی پایین و ۷ بیانگر بالاترین حد کیفیت زندگی می باشد؛ همچنین به منظور بیان وضعیت کیفیت زندگی بیماران به صورت کیفی، میانگین نمرات بین ۷-۵، خوب، میانگین نمرات کیفیت زندگی بین ۵-۳ ،متوسط و میانگین نمرات کیفیت زندگی بین ۳-۱، ضعیف در نظر گرفته شد. روایی ابزار علاوه بر تایید آن در مطالعات قبلی از طریق روایی محتوا مورد بررسی قرار گرفت، همچنین پایایی ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ محاسبه شد. معیار های ورود شامل: ۱- داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه ۲- تشخیص جراحی بای پس عروق کرونر جهت درمان ۳- داشتن آگاهی به زمان، مکان و شخص و معیار های خروج شامل: ۱- داشتن نقایص گفتاری و شنیداری ۲- سوء مصرف مواد مخدر و داروهای موثر بر روان ۳- تشخیص اختلالات روان نظیر افسردگی. ۴- همراه بودن سایر جراحی ها با جراحی بای پس عروق کرونر نظیر جراحی ترمیم دریچه. تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون آماری تی مستقل جهت مقایسه کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در ارتباط با ویژگی های فردی نمونه های مورد پژوهش انجام شد.

یافته ها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی واحد های مورد پژوهش ۹/۴±۵۸/۷۸ بود؛ ۷۳/۴٪ واحد های مورد پژوهش در گروه سنی ۶۵-۳۵ قرار داشتند. ۶۸/۸٪ واحد های مورد پژوهش مرد بودند. ۸۷/۵٪ واحد های مورد پژوهش متاهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۵۶/۲٪ افراد شرکت کننده بی سواد بودند.۶۷/۲٪ افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر ابتلا به یک، دو و یا هر سه مورد از بیماری های زمینه ای شامل دیابت ، فشار خون و هیپرلیپیدمی را ذکر نمودند. ۳۲/۸٪افراد ابتلا به دیابت، ۳۹/۱٪ ابتلا به فشار خون بالا و ۲۱/۹٪ افراد ابتلا به هیپر لیپیدمی را گزارش نمودند. یافته های پژوهش در رابطه با وضعیت کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در واحد های مورد پژوهش نشان داد که اکثر واحد های مورد پژوهش در نمره کل کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن از وضعیت متوسط برخوردار بودند. جدول ۱ نیز میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن را در واحد های مورد پژوهش نشان می دهد.

یافته های حاصل از مطالعه نشان داد در مقایسه کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در رابطه با ویژگی های فردی نمونه های پژوهش بین زنان و مردان اختلاف معنا دار مشاهده شد به طوری که کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در زنان پایین تر از مردان بود. از نظر وضعیت تاهل نیز کیفیت زندگی در افراد متاهل بالاتر از افراد مطلقه/بیوه بود. در بقیه مشخصات دموگرافیک از نظر نمره کل کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن اختلاف معنادار بین گروه های وجود نداشت. جدول ۲ در رابطه با مقایسه کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در ارتباط با ویژگی های دموگرافیک واحد های مورد پژوهش می باشد.

یافته های حاصل از مطالعه نشان داد که بین افراد مبتلا و غیر مبتلا به دیابت و فشار خون از نظر نمره کل کیفیت زندگی اختلاف معنادار بین گروه ها وجود نداشت ولی افراد مبتلا به هیپرلیپیدمی به صورت معنا داری($P<۰/۰۵$) دارای کیفیت زندگی پایین تری از افراد غیر مبتلا به هیپرلیپیدمی بودند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

جدول۱: میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در واحد های مورد پژوهش

	نمره کل	عملکرد هیجانی	عملکرد فیزیکی	عملکرد اجتماعی
میانگین	۴/۶۶	۴/۷۸	۴/۶۶	۴/۸۱
انحراف معیار	۰/۸۱	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۹۱

جدول ۲: مقایسه کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در رابطه با ویژگی های دموگرافیک نمونه های مورد پژوهش

ویژگی دموگرافیک / کیفیت زندگی	جنس				p-value	گروه سنی				p-value	ابتلا به بیماری زمینه ای				p-value	تاهل				p-value
	مرد		زن			میانسال		سالمند			مبتلا		غیر مبتلا			متاهل		مطلقه/بیوه		
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD		M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
نمره کل کیفیت زندگی	۴/۸۷	/۶۷ ۰	/۱۸ ۴	/۹۱ ۰	۰۰۱ ۰/	/۶۱ ۴	/۹۸ ۰	/۷۹ ۴	۰/۶	/۵۸ ۰	/۵۵ ۴	/۸۶ ۰	/۸۷ ۴	/۶۸ ۰	/۱۵ ۰	/۷۶ ۴	۰/۸	/۹۵ ۳	۰/۵۱	۰/۰۰۸
عملکرد هیجانی	۵/۰۱	/۸۴ ۰	/۲۹ ۴	/۰۵ ۱	۰۰۵ ۰/	/۷۱ ۴	/۱۴ ۱	/۰۳ ۵	/۷۲ ۰	/۳۸ ۰	/۶۹ ۴	/۰۶ ۱	/۹۸ ۴	/۰۷ ۰	/۲۵ ۰	۴/۹	/۹۵ ۰	/۹۹ ۳	۰/۷۲	۰/۰۱
عملکرد فیزیکی	۴/۸۷	/۸۷ ۰	/۲۰ ۴	/۰۶ ۱	/۰۱ ۰	/۶۹ ۴	۱/۲	/۶۹ ۴	/۶۸ ۰	/۹۷ ۰	/۵۲ ۴	/۰۴ ۱	/۹۵ ۴	/۷۸ ۰	/۱۰ ۰	/۷۶ ۴	/۹۹ ۰	/۹۸ ۳	۰/۴۹	۰/۰۳
عملکرد اجتماعی	۵/۰۸	/۸۱ ۰	/۲۱ ۴	/۸۶ ۰	۰۰۰ ۰/	/۷۸ ۴	۱/۱	/۹۸ ۴	/۷۶ ۰	/۵۹ ۰	/۶۷ ۴	/۹۵ ۰	/۰۹ ۵	/۷۹ ۰	/۰۸ ۰	/۸۹ ۴	/۹۳ ۰	/۲۳ ۴	۰/۵۸	۰/۰۵

M= میانگین

Sd = انحراف معیار

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قبل از جراحی بای پس عروق کرونر در شهر زنجان انجام شده است. یافته های حاصل از مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در واحد های مورد پژوهش در وضعیت متوسط می باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت واحد های مورد پژوهش با میانگین سنی۹/۴±۵۸/۷۸ ، در گروه سنی ۶۵-۳۵ قرار داشتند. در مطالعه محمد حسنی اکثریت واحد های مورد پژوهش در گروه سنی ۵۹-۵۰ سال قرار داشتند(۱). در مطالعه نجفی نیز ۴۸/۴۳٪ واحد های مورد پژوهش در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند(۱۴). ایمانی پور و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که اکثریت واحد های مورد پژوهش کمتر از ۷۰ سال سن داشتند(۱۵). نتیجه مطالعه حاضر و مطالعات مشابه حاکی از این است که بیماری عروق کرونر بیشتر در سنین میانسالی بروز نموده و باید در رسیدگی های بهداشتی این گروه سنی بیشتر مورد توجه بوده و از نظر وجود بیماری عروق کرونر و عوامل زمینه ساز آن مورد بررسی دقیق تر قرار گیرند تا از صرف هزینه های بالا و عوارض جبران ناپذیر آن در آینده که با پیشرفت بیماری تحمیل می شود جلوگیری به عمل آید.

در پژوهش حاضر اکثر افراد شرکت کننده مرد(۶۸/۸٪) بودند. در سایر مطالعات انجام شده در زمینه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نیز اکثر بیماران (۸۰-۶۰٪) مرد بودند(۱۶-۱۵و۱). یافته ها حاکی از این است که مردان بیشتر در معرض ابتلا به بیماری عروق کرونر می باشند. با توجه به این که اکثر افراد شرکت کننده در پژوهش حاضر در سنین ۶۵-۳۵ سال قرار داشتند و در این محدوده سنی به دلیل آثار حفاظتی استروژن در زنان، شیوع بیماری قلبی عروقی در آنها کمتر است(۱۷)، می توان بالا بودن تعداد مردان در پژوهش حاضر را توجیه نمود.

در مطالعه حاضر اکثر افراد شرکت کننده بی سواد بودند. در مطالعه دورماز اکثریت واحد های مورد پژوهش تحصیلات ابتدایی داشتند(۱۲). در مطالعه محمد حسنی و همکاران ۴۱/۷٪ نمونه های مورد پژوهش تحصیلات ابتدایی داشتند(۱). در مطالعه صادقی شرمه و همکاران نیز اکثریت واحد های مورد پژوهش دارای تحصیلات سیکل بودند(۱۱). به نظر می رسد بیماری های مزمن از قبیل بیماری عروق کرونر در افراد داری سطوح تحصیلی پایین بیشتر مشاهده می شود. سطح تحصیلات با ایجاد تغییراتی اساسی در آگاهی و نگرش، همواره در سلامت و بیماری و نیز سایر جنبه های مختلف زندگی موثر بوده و همچنین در بسیاری از تحقیقات به عنوان عامل موثر بر کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است(۱۸). مطالعات نشان می دهد در افرادی که سطوح تحصیلی پایین دارند، اضطراب قبل از جراحی بای پس عروق کرونر بالاتر می باشد(۱۹) و اضطراب نیز یکی از فاکتور های مهم در تعیین کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر است(۲۰).

در پژوهش حاضر اکثر افراد شرکت کننده در پژوهش ابتلا به یک، دو و یا هر سه عامل زمینه ساز بیماری عروق کرونر شامل دیابت، فشار خون بالا و هیپرلیپیدمی را ذکر نمودند. مطالعات نشان داده اند که وجود دیابت به عنوان یک عامل خطر در رابطه با عوارض و طول دوره بهبودی پس از جراحی بای پس عروق کرونر می

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

باشد(۲۱). در مطالعه حاضر بین افراد مبتلا و غیر مبتلا به دیابت و فشار خون بالا از نظر کیفیت زندگی اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد ولی افراد مبتلا به هیپر لیپیدمی کیفیت زندگی پایین تری از افراد غیر مبتلا به هیپر لیپیدمی داشتند. به نظر می رسد افراد مبتلا به فشار خون بالا و دیابت، درمان کافی در زمینه بیماری زمینه ای خود دریافت و با بیماری زمینه ای خود سازگار شده اند. در مطالعه نجفی و همکاران هیچ یک از عوامل خطر با کیفیت زندگی رابطه معنا دار نداشت(۱۴). سیمپسن و پایلوت در مطالعه خود با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیابتی و غیر دیابتی بعد از انفارکتوس میوکارد حاد، نشان دادند که دیابت به عنوان عامل تعیین کننده مستقل برای کیفیت زندگی و وضعیت عملکردی در این بیماران مطرح نمی باشد(۲۲).

در مورد وضعیت کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش یافته ها نشان داد که در واحد های مورد پژوهش میانگین نمره کل کیفیت زندگی۴/۶۶±۰/۸۱ ، میانگین نمره عملکرد هیجانی۴/۷۸±۰/۹۶، میانگین نمره عملکرد فیزیکی۴/۶۶±۰/۹۷ و میانگین نمره عملکرد اجتماعی ۴/۸۱±۰/۹۱ بود. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که نمره کل کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در واحد های مورد پژوهش در وضعیت متوسط می باشد که نشان از تاثیر بیماری عروق کرونر بر کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش است. بیماری عروق کرونر تمام جنبه های سلامت فرد را تحت تاثیر قرار می دهد و بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دارای کیفیت زندگی پایین تری نسبت به افراد غیر مبتلا به این بیماری می باشند(۱۲). عوامل متعددی از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، وجود بیماری زمینه ای و بسیاری عوامل دیگر می توانند بر کیفیت زندگی این افراد موثر باشند. موریل و همکاران در مطالعه خود نشان دادندکه کیفیت زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر داری نقص می باشد(۱۰).

در مقایسه کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در رابطه با مشخصات فردی نمونه های مورد پژوهش، یافته ها نشان داد که بین نمره کل کیفیت زندگی زنان و مردان اختلاف معنا دار وجود داشت($P<۰/۰۵$) و زنان از کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان برخوردار بودند. کریستوفرزون و همکاران در مطالعه خود که با هدف مقایسه ی تطابق، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بین زنان ومردان انجام دادند، نشان دادند که زنان در یک ماه بعد از انفارکتوس میوکارد از کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان برخوردارند(۲۳) مطالعات نشان می دهند که زنان در یک سال بعد از انفارکتوس میوکارد (به عنوان یکی از انواع بیماری های عروق کرونر) از حمایت اجتماعی پایین تری نسبت به مردان برخوردار هستند. زنان دیر تر از مردان برای درمان بیماری خود به پزشک مراجعه می کنند و تمایل کمتری دارند که اطرافیان خود را در مورد مشکلات سلامتی خود نگران کنند(۲۴).

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر بیان کننده این است که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در سطح متوسط می باشد. توجه به وضعیت کیفیت زندگی در این گروه از بیماران توسط پرستاران باعث می شود تا برنامه ریزی برای مراقبت، اقدامات پرستاری و برنامه ریزی ترخیص این بیماران به گونه ای باشد که در جهت بهبود کیفیت زندگی در آنها باشد. با توجه به تعداد کم نمونه های مورد پژوهش که می تواند باعث کاهش تعمیم پذیری یافته های حاصل از مطالعه شود، اگر چه در مطالعه حاضر طبق داده های دموگرافیک، واحد های مورد پژوهش طیف وسیعی از افراد را شامل می شدند، پیشنهاد می شود تا پژوهش

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

حاضر با تعداد نمونه بیشتر انجام شود بـه عـلاوه در پژوهشـی بـه بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران کاندید جراحـی بـای پس عروق کرونر پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

در پایان بر خود لازم می دانم از پرسنل زحمـتکش بخـش هـای قلب و ICU جراحی قلب بیمارستان آیـت الله موسـوی زنجـان و بیماران محترم که همکاری کامل با تیم تحقیق داشتند بـه جهـت همکاری های صمیمانه ایشان کمال تشکر را داشته باشم.

▪ *References*

1- Mohammad Hasani MR,Farahani B, Zohour A, PanahiAzar Sh. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *IJCCN*. 2010; 3(2): 87-91(in persian)

2- Carpenter A, Losscalzo G. Cecil Essentiols of medicine.BrojerdiM,HeidariSafa M, Rakhshankhah A, Ghazi-Jahani B.(Persian translator).fifth ed.Tehran:Golban;2001:(64)3-(86)3(in Persian)

3- Avazeh A, Jahanpour F, Mehrpoor G, Hajiesmaeili MR, vahedian-azimi A, Naderi A, J and et all. Effect of Progressive Muscle Relaxation Technique on the Self-Esteem of Myocardial Infarction patients: A Randomized Controlled Clinical Trial Study. *Nursing journal of vulnerable*. 2015;2(3):69-78

4- Cardiovascular disease.[internet].available from: http://www.emro.who.int/helth-popics/cardivascolar diseases

5- Talebizadeh N, Haghdost a, Mirzazadeh A. model of ischemic heart disease epidemiology in Iran.*Paiesh*.2009;8(2):163-70(in persian)

6- Nehrir B, Rahamni R, Mokhtari Noori J,Ebadi A, Babatabar Darzi H,Sadeghi M. Comparing the life quality of coronary artery disease patients after treatment with coronary bypass artery disease and percutaneous coronary intervention. Kowsar Medical Journal.2009;14(3):175-178

7- Ebadi A, Kalantar Motamedi MH, Moradyan T. A comparison of laboratory findings in coronary artery bypass surjury with and without cardiopulmonary bypass. *Yafteh*.2012;4:121-129

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

8- Asadi noughabi A, Shaban M, Faghihzadeh S,Asadi S. Effect of cardiac rehabilitation programs on anxiety in patients with coronary artery bypass surgery. *Hayat*.2008;(3):5-13

9- McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B and et al. Randomized Controlled Trial ofaPsychoeducation Program for the Self-Management of Chronic Cardiac Pain. *J Pain Symptom Manage*. 2008;36:126-140

10- Moriel G, RoscaniM G, MatsubaraL S, Ramos Cerqueira A, BeatrizBojikianMatsubaraB. Quality of Life in Patients with Severe and Stable Coronary Atherosclerotic Disease. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(6):691-697

11- SadeghiSharmeh M, Razmjoei N, Ebadi A, Najafimehri S, Asadilari M, Bozorgzad P. Effect of follow-up care model on quality of life after coronary artery bypass graft surgery. IJCCN. 2009; 2(1): 1-6(in Persian)

12- Durmaz T, Ozdemir O, Akyunak-ozdemir B, Keles T, Akarbayram N, Bozkurt E. Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease.*Turk J Med Sci*. 2009; 39 (3): 343-351

13- KhayamNekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. *IJME*. 2010; 10(2): 148-153(in Persian)

14- Najafi SM, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z, Vahabi YS. Effect of self -care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. *IJCCN*. 2008; 1(1): 35-39(in Persian)

15- Imanipor M, Basamporsh, Bohrani n. relationship between pereoperation variables of coronary artery bypass surgery and time of extubation.*" Hayat" journal of faculty of nursing and midwifery, Tahran university of medical sciences*.2006;12(1):5-16(in Persian)

16- SpadotiDantas RA, Motzer SA, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypassgraftsurgery .*international journal of nursing studies*.2002;39:745-755

17- Smeltzer SC, Bera BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner &Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing.Cardiology. Asgari MR, Soleimani M(Persian translator).11thed Tehran: Boshra; 2008:147(in persian)

18- Shojaei F. quality of life in patient with heart feilor. *" Hayat" journal of faculty of nursing and midwifery, Tehran university of medical sciences*.2008;14(2):5-13(in Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]

19- EsmaeeliDouki Z, Vaezzadeh N, ShahmohammadS,Shahhosseini Z, ZiabakhshTabary SH, Ali Mohammadpour R andet al. Anxiety Before and after Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Relationship to QOL. *MEJSR*.2011; 7 (1): 103-108

20- Tung H, Hunter A, Wei J. Coping, anxiety and quality of life after coronary artery bypass graft Surgery.*JAN*. 2008; 61(6): 651-663

21- Miller C, Zimmerman L, Barnason S. Nieveen J. Impact of an early recovery management intervention on functioning in postoperative coronary artery bypass patients with diabetes. *Heart Lung*.2007;36:418–430

22- Simpson E, Pilote L.Quality of life after acute myocardial infarction: A comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health and Quality of life Outcome.*2005;3(80):1-6

23- Kristofferzo ML, Löfmark R, Carlsson M. Perceived coping, social support, and quality of life 1 month after myocardial infarction: A comparison between Swedish women and men. *Heart Lung* 2005;34(1):39-50

24- Kristofferzon ML, lofmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and social support. *JAN.2003*; 44(4):360–374

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.21859/jgn.2.4.95]