

بررسی ارتباط کیفیت زندگی و خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تهران

مرجان روشن قیاس^۱، محمد صاحب الزمانی^۲، حجت الله فراهانی^۳، پرنیان ادهمی مقدم^۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری گرایش آموزش داخلی جراحی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ دانشیار، دکتری تخصصی مدیریت آموزشی، گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ استادیار، دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ دانشجوی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: ارتقای کیفیت زندگی یکی از فاکتورهای اصلی تعیین کننده اثربخشی جراحی های بای پس عروق کرونر به شمار می رود. خودکارآمدی زمینه را برای بهبود بیماری، پیشگیری از عود و افزایش کیفیت زندگی فراهم می کند. هدف از مطالعه حاضر، بررسی ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر بود.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی همبستگی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۲۵۵ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان های تأمین اجتماعی شهر تهران انجام شد. گردآوری داده ها از طریق ۳ پرسش نامه شامل داده های دموگرافیک، سنجش کیفیت زندگی مک نیو و پرسش نامه خودکارآمدی عمومی انجام گرفت. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون های آماری t مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون از طریق نرم افزار SPSS-v22 تحلیل شد.

یافته ها: ۱۲/۸ درصد نمونه های پژوهش دارای کیفیت زندگی ضعیف بودند و ۷۸/۱ درصد آنان وضعیت متوسط داشتند. وضعیت خودکارآمدی ۷۷/۶ درصد متوسط و ۲۲/۴ درصد بالا بود. نتایج نشان داد که همبستگی مثبت و معنی داری بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی وجود داشت ($r=0/327, p=0/001$). بر اساس نتایج مدل رگرسیونی، ۱۵ درصد کیفیت زندگی و ۲۳ درصد خودکارآمدی افراد بر اساس متغیرهای دموگرافیک قابل تبیین بود ($p<0/05$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اکثر نمونه های پژوهش دارای کیفیت زندگی و خودکارآمدی متوسط بودند و بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی ارتباط معنی داری وجود داشت. بر این اساس، لازم است مداخلات آموزشی توسط کادر بالینی برای ارتقای خودکارآمدی بیماران طراحی و اجرا شود و از این طریق زمینه برای بهبود کیفیت زندگی آنان فراهم آید.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، خودکارآمدی، جراحی پیوند عروق کرونر.

مقدمه

مداخلات پیشگیرانه، مرگ سالیانه ناشی از این بیماری ها به ۲۴/۸ میلیون نفر خواهد رسید (۱، ۲). نتایج مطالعات نشان می دهند که ۸۳ میلیون آمریکایی از بیماری های قلبی عروقی رنج می برند و در این میان سهم بیماری های عروق کرونر ۱۷ میلیون نفر است (۳). شیوع بیماری های قلبی عروقی در اکثر کشورهای جهان از جمله چین، پاکستان، هند و ایران در حال افزایش است (۴-۶). این افزایش در ایران ۲۰ الی ۴۰ درصد

بیماری های قلبی و عروقی علت اصلی مرگ در سراسر جهان به شمار می روند و سالانه ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ می کشند. پیش بینی ها نشان می دهند که در صورت عدم انجام

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تیریزدانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران،

محمد صاحب الزمانی (email: m_samani@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۴/۲۵

برآورد شده است (۷). در کشور ایران بیماری‌های عروق کرونر به عنوان علت اصلی مرگ و میر در میان افراد بالای ۳۵ سال به شمار می‌رود. عامل ۳۹/۳ درصد از مرگ‌ها در ایران وابسته به این گروه از بیماری‌ها است (۸، ۹). شیوع بیماری‌های عروق کرونر و عوارض ناشی از آن سبب مرگ‌ومیر، ناتوانی و از کارافتادگی بخش وسیعی از نیروهای مولد به‌ویژه در سال‌های بازدهی شغلی و در نهایت کاهش تولید و افزایش هزینه‌های درمانی می‌شود (۱۰).

علیرغم توسعه روش‌های درمانی مختلف برای بیماری‌های عروق کرونر، جراحی همچنان به عنوان یکی از گزینه‌های اصلی به شمار می‌رود (۱۱). جراحی پیوند عروق کرونر قلب همچنان به عنوان یکی از بهترین گزینه‌های درمان این بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد، در حالی که سایر روش‌های درمانی نیاز به جراحی را به میزان زیادی کاهش داده‌اند (۱۲). جراحی بای پس عروق کرونر در ایران نیز بالاترین آمار را میان اعمال جراحی قبل به خود اختصاص داده و سالانه ۴۰ هزار مورد از این نوع جراحی در کشور صورت می‌گیرد (۱۳). این در حالی است که جراحی مذکور برای بیماران استرس‌زا بوده و وضعیت بیمار بعد از جراحی کاملاً به اثربخشی جراحی بستگی دارد. آمادگی بیمار برای جراحی و همچنین توانمندی وی برای برخورد با شرایط ویژه بعد از عمل جراحی از نکات حائز اهمیت در این زمینه است که در سالیان اخیر توجه محققین زیادی را به خود جلب کرده است (۱۴).

اثربخشی جراحی پیوند عروق کرونر در افزایش امید به زندگی بیماران و کاهش علائم بیماری‌های قلبی عروقی غیر قابل انکار است (۱۵). با این حال تنها افزایش کمی طول عمر حائز اهمیت نیست و برای بسیاری از افراد کیفیت زندگی در اولویت قرار دارد. بیماری‌های عروق کرونر می‌توانند شرایط مزمنی را برای افراد ایجاد کنند که کیفیت زندگی آنان را متاثر می‌کند (۱۶). تصمیم‌گیری در زمینه اقدام به جراحی، شرایط استرس‌زا قبل از انجام مداخله، شرایط روحی و جسمی در زمان جراحی و ریکاوری و همچنین ادامه زندگی با شرایط جدید و محدودیت‌های ایجاد شده می‌توانند کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهند (۱۷). کیفیت زندگی برآیند مجموعه‌ای از شرایط جسمی و روانی است که تعیین‌کننده مطلوبیت کلی افراد از زندگی کردن است. به دلیل ماهیت ذهنی این مفهوم، پنداشت افراد از وضعیت خودشان و همچنین سایر مولفه‌های محیطی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند میزان کیفیت زندگی افراد را تعیین کند (۱۸).

علاوه بر مولفه‌های فوق، فاکتورهای دیگری نیز در میزان کیفیت زندگی افراد تاثیرگذار هستند. در این میان می‌توان به میزان توانمندی افراد بر اساس دیدگاه خودشان اشاره کرد. این مفهوم توسط بندورا (Bandura) تحت عنوان خودکارآمدی معرفی شد (۱۹). خودکارآمدی یکی از سازه‌های اصلی نظریه شناختی-اجتماعی (Social cognitive theory) است و بیانگر اعتماد به نفس فرد نسبت به توفیق در انجام کارهای خاص است (۲۰). خودکارآمدی افراد تعیین‌کننده میزان کیفیت اهداف و استراتژی‌های آنان برای تحقق آن اهداف است. همچنین در زمینه سلامتی، خودکارآمدی بیانگر توانایی افراد در انجام رفتارهای سالم برای دستیابی به هدف مطلوب است (۲۱). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که تنش‌های ناشی از جراحی پیوند عروق کرونر می‌تواند خودکارآمدی افراد در انجام امور روزانه را تحت تاثیر قرار دهد (۲۲). علاوه بر این پیامدهای ذهنی خودکارآمدی با بهبود بیماری و همچنین کیفیت از زندگی افراد بعد از دوران بیماری ارتباط دارد (۲۳). نتایج پژوهش‌های صورت گرفته نشان می‌دهند که کیفیت زندگی با خودکارآمدی در میان بیماران سرطانی، بیماران دارای سرطان دهانه رحم و بیماران دیابتی ارتباط دارد (۲۶-۲۴). همچنین پژوهش‌های صورت گرفته ارتباط معنی‌دار میان کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر را نیز تایید کرده است (۲۷). در ایران، مطالعه صورت گرفته بر روی ۱۶۵ نفر از افراد مبتلا به ایدز نشان داد که بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۸). همچنین پژوهشی در اصفهان با هدف بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر در بیمارستان شهید چمران انجام شد. نتایج این بررسی نشان داد که بین نمره خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۲۹).

شهر تهران به عنوان پایتخت کشور، پرجمعیت‌ترین شهر ایران است و بر اساس آخرین آمارهای رسمی حدود ۱۵ درصد از کل جمعیت کشور را در خود جای داده است. همچنین عواملی نظیر آلودگی هوا، استرس و فشارهای روانی شرایط را برای ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی در این شهر مستعد کرده است (۳۰). لذا با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی و عروقی و پیامدهای مثبت خودکارآمدی بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی بر

روی بیماران بستری در بیمارستان های تامین اجتماعی شهر تهران انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۵ بر روی بیماران قلبی که در بیمارستان های تامین اجتماعی تهران (شامل بیمارستان میلاد و بیمارستان شهید لواسانی) تحت عمل جراحی قلب قرار گرفتند، انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل علاقه مندی به شرکت در مطالعه، برخورداری از هوشیاری کامل، قرار داشتن در محدوده سنی ۷۷-۳۰ سال، آشنایی با زبان فارسی، انتخابی بودن عمل جراحی (یعنی عمل جراحی بصورت اورژانسی بر روی این افراد انجام نمی شد) و انجام جراحی پیوند عروق کرونر برای اولین بار با گذشت حداقل یک ماه از زمان جراحی بود. معیارهای خروج از پژوهش بی ثباتی در وضعیت پزشکی و ناتوانی در دادن پاسخ به سوالات پرسشنامه و همچنین درگیری و ابتلا به دیگر عوارض پس از عمل بود. نمونه ها با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ به میزان ۲۵۵ محاسبه شد. اطلاعات با بهره گیری از پرسشنامه طراحی شده در سه قسمت مجزا جمع آوری شد. بخش اول پرسشنامه شامل سؤالاتی درباره مشخصات جمعیت شناختی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سطح درآمد، طول مدت بیماری و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان بود. بخش دوم آن پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو (Mc New) با ۲۷ سؤال بود که از سه حیطه عاطفی (۱۲ سؤال)، فیزیکی (۱۰ سؤال) و اجتماعی (۵ سؤال) تشکیل شده است. حداکثر نمره در هر سؤال ۷ (بهترین شرایط موجود در ارتباط با کیفیت زندگی) و حداقل نمره یک (بدترین شرایط موجود در ارتباط با کیفیت زندگی) است. دامنه نمره پرسشنامه از ۲۷ تا ۱۸۹ است. هر چه نمره به دست آمده بالاتر باشد، کیفیت زندگی بهتر است. در پژوهش انجام شده در اصفهان از ابزار SF-36 برای بررسی کیفیت زندگی بیماران استفاده شده است. علیرغم اینکه ابزار مذکور کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را مورد بررسی قرار می دهد، با این حال این ابزار به صورت عمومی در مورد بیماری های مختلف کاربرد دارد (۳۱). این در حالی است که بیماری های مختلف شرایط متفاوت جسمی و ذهنی را ایجاد می کنند که قابل تمایز است. این امر سبب شده که امروزه ابزارهای تخصصی برای بررسی کیفیت زندگی افراد در گروه های

بیماری مختلف توسعه یابد. در این میان می توان به ابزار سنجش کیفیت زندگی مک نیو اشاره کرد. این ابزار به صورت تخصصی برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی توسعه یافته است (۳۲). یکی از الزامات اصلی در انتخاب ابزار پژوهش، تعیین ابزار متناسب با هدف سنجش است که دقت یافته های پژوهش را تعیین می کند (۳۳). پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو توسط مک نیو و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. از دیدگاه هافر، پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو جهت بررسی فعالیت های روزانه و عملکرد فیزیکی، احساسی و اجتماعی بیماران قلبی یک ابزار معتبر است و آنچه را که باید اندازه گیری شود را می سنجد (۳۳). روایی و پایایی نسخه انگلیسی، هلندی، فارسی، آلمانی و اسپانیایی این ابزار تایید شده است (۳۳). روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار توسط اسدی لاری و همکارانش تایید شده است (۳۴). همچنین در این مطالعه همبستگی درونی حیطه عاطفی و فیزیکی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲، حیطه اجتماعی ۰/۹۴ و برای کل حیطه ها ۰/۹۵ تأیید شد.

بخش سوم ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (General self-efficacy) است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال است که خودکارآمدی را بر اساس گرایش آزمودنی ها می سنجد. آزمودنی ها میزان توافقشان را با هر گویه در طیف لیکرت چهارتایی از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۴ نشان می دهند. این پرسشنامه در مطالعه دهداری و همکارانش برای سنجش سطح خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی قلب مورد استفاده قرار گرفت و روایی و پایایی آن تعیین شد (۳۵). برای تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی در این مطالعه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۶ به دست آمد. روش جمع آوری اطلاعات به این ترتیب بود که پژوهشگران با توجه به هماهنگی های انجام شده قبلی با بیماران شخصاً هر روز به بیمارستان مراجعه کردند و پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش که واجد شرایط بودند، هدف از انجام پژوهش را توضیح دادند و بعد از آن که آنان برای پاسخگویی اعلام آمادگی می کردند، پرسشنامه از طریق مصاحبه با آنان تکمیل می شد. همچنین برای دستیابی به بعضی از اطلاعات به پرونده بیماران مراجعه شد. برای رعایت نکات اخلاقی معرفی نامه کتبی از طرف دانشگاه به بیمارستان ها ارائه شد و موافقت مسئولین اخذ شد. رضایت آگاهانه تمامی شرکت کنندگان جلب شد و به منظور حفظ محرمانگی و بی نام ماندن اطلاعات کد مخصوص برای

گذشت. در زمینه عادات، ۲۱/۲ درصد عادات نامناسبی نداشتند، ۹/۴ درصد قلیان، ۴/۷ درصد الکل، ۱۵/۳ درصد مواد مخدر و ۴۹/۴ درصد سیگار مصرف می‌کردند. ۴/۷ درصد افراد سابقه فشارخون بالا، ۳۷/۶ درصد دیابت و ۱۰/۶ درصد چربی خون بالا داشتند. ۸۷/۱ درصد بیماران سابقه بستری قبلی داشتند و ۵۶/۵ درصد بیش از سه مرتبه در بیمارستان بستری شده بودند.

وضعیت کیفیت زندگی و خودکارآمدی نمونه‌های پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. کیفیت زندگی ۳۳ نفر (۱۲/۹ درصد) از بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب ضعیف و ۲۲۲ نفر (۸۷/۱ درصد) متوسط بود. همچنین یافته‌ها نشان داد، خودکارآمدی ۱۹۸ نفر از افراد (۷۷/۶ درصد) در سطح متوسط برآورد شده است.

نتایج همبستگی متغیرهای کیفیت زندگی و ابعاد آن با خودکارآمدی در جدول ۲ نشان داده شده است. باتوجه به یافته‌های گزارش شده، ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی وجود داشت ($p=0/001$)، یعنی با افزایش نمرات خودکارآمدی بیماران تحت عمل پیوند عروق

هر بیمار در پرسش‌نامه درج شد. پس از اتمام نمونه‌گیری و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، تحلیل داده‌ها با به کارگیری نرم افزار SPSS-v22 صورت گرفت. به منظور دست یابی به اهداف پژوهش، از آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

از میان ۲۵۵ نفر مشارکت کننده در این پژوهش، ۵۲/۲ مردان تشکیل داده بودند. تقریباً نیمی از واحد های پژوهش (۴۷/۱ درصد) در محدوده سنی ۵۱-۶۰ سال قرار داشتند. ۶۹/۴ درصد افراد زیر دیپلم و بی‌سواد بودند و سهم افراد با تحصیلات دانشگاهی تنها ۹/۴ درصد بود. متاهلین (۸۹/۴ درصد)، شاغلین حرفه‌های آزاد (۴۲/۴) و افراد دارای وضعیت اقتصادی متوسط (۸۰ درصد) بیشترین سهم را به خود اختصاص دادند. در مجموع ۸۵/۹ درصد افراد شرکت کننده در این پژوهش را سرپرستان خانوار تشکیل دادند. ۷۵/۳ درصد از نمونه‌ها با همسر و فرزندان زندگی می‌کردند و ۸۲/۷۴ درصد از آنان کمتر از یک سال از زمان تشخیص بیماری آنها می-

جدول ۱. وضعیت کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان تهران سال ۱۳۹۴

متغیر		کیفیت زندگی		خودکارآمدی	
سطح	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
ضعیف	۳۳	۱۲/۹	۰	۰	۰
متوسط	۲۲۲	۸۷/۱	۱۹۸	۷۷/۶	
بالا	۰	۰	۵۷	۲۲/۴	
مجموع	۲۵۵	۱۰۰	۲۵۵	۱۰۰	

جدول ۲. بررسی همبستگی بین خودکارآمدی با کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان تهران سال ۱۳۹۴

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
کیفیت زندگی و خودکارآمدی	۲۵۵	۰/۳۲۷	۰/۰۰۱
بعد عاطفی و خودکارآمدی	۲۵۵	۰/۲۶۴	۰/۰۰۱
بعد فیزیکی و خودکارآمدی	۲۵۵	۰/۲۵۲	۰/۰۰۱
بعد اجتماعی و خودکارآمدی	۲۵۵	۰/۲۵۲	۰/۰۰۱

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیونی برای تبیین و پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی پیوند عروق براساس متغیرهای جمعیت شناختی آنها

مدل	R	R ^۲	R ^۲ تبدیل شده	F	سطح معنی داری
۱	۰/۳۰	۰/۱۵	۰/۱۲	۲/۳۶	۰/۰۰۲

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیونی برای تبیین و پیش‌بینی خودکارآمدی بیماران تحت جراحی پیوند عروق براساس متغیرهای جمعیت شناختی آنها

مدل	R	R ^۲	R ^۲ تبدیل شده	F	سطح معنی داری
۱	۰/۴۷	۰/۲۳	۰/۱۶۵	۳/۷۷	۰/۰۰۱

و همکارانش در سال ۱۳۹۰ مطالعه‌ای با عنوان بررسی اثرات برنامه توان بخشی ورزشی بر کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب بیماران قلبی بعد از بای پس عروق کرونر در همدان انجام دادند.

یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین ظرفیت ورزشی و شاخص توده بدن افراد شرکت کننده به طور معنی‌داری ($p < 0/001$) بعد از اتمام برنامه توان بخشی در مقایسه با قبل بهبود پیدا کرده است. درصد فراوانی افسردگی و اضطراب با شدت بالا در بیماران مورد مطالعه قبل از برنامه توان بخشی ورزشی ۲۵ درصد و ۳۱/۶ درصد بود که به طور معنی‌داری ($p < 0/001$) پس از پایان برنامه کاهش یافت (۱۱/۶ درصد و ۸/۴ درصد). نتایج پژوهش فوق نشان دهنده ارتقا سطح کیفیت زندگی زنان و مردان شرکت کننده پس از انجام و تکمیل برنامه توان بخشی قلبی نسبت به قبل از برنامه توان بخشی در هر یک از ابعاد جسمانی، عاطفی، اجتماعی بود. اما میزان بهبود و کاهش سطح اضطراب، پس از پایان برنامه اختلاف معنی‌داری در بین زنان و مردان را نشان نداد (۱۸).

نتایج این مطالعه نشان داد خودکارآمدی ۷۷/۶ درصد از افراد متوسط و ۲۲/۴ درصد بالا بود. این در حالی است که سلیمیان و همکارانش در بررسی ۱۵۱ بیمار تحت جرای پیوند عروق کرونر در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران دریافتند که وضعیت خودکارآمدی ۴۹ درصد از افراد در سطح خوب بوده است (۳۶). مک کانل و همکارانش در سال ۲۰۱۲ در مطالعه ای با عنوان بررسی کیفیت زندگی و خودکارآمدی در بازتوانی بیماران بالای هفتاد سال به دنبال حمله انفارکتوس میوکارد و جراحی پیوند عروق کرونر در آمریکا دریافتند که بازتوانی قلبی موجب ارتقاء خودکارآمدی بیماران تحت عمل جراحی پیوند کرونر شده است (۱۹). لین و همکاران سال ۲۰۱۲ در پژوهش خود در چین به این نتیجه رسیدند که ارتقاء خودکارآمدی موجب افزایش پیامد مثبت توان بخشی مانند عمق بیشتر فعالیت بیماران بعد از عمل جراحی CABG به صورت طولانی مدت شده و نیز پذیرش عمل CABG در بیماران با خطر بالا مانند بیماران دیابتی را بیشتر می‌کند (۲۰). نتایج کارآزمایی بالینی صورت گرفته در ایران نشان داد که آموزش به وسیله همتایان بیماران می‌تواند خودکارآمدی آنان را تا دو برابر نسبت به سایر افراد افزایش دهد (۲۰).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین خودکارآمدی با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($p = 0/001$). یعنی با افزایش نمرات خودکارآمدی بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر کیفیت زندگی آنها بهبود می‌یابد. در ابعاد مختلف

کرونر کیفیت زندگی آن ها بهبود می‌یافت. همچنین بین خودکارآمدی و ابعاد عاطفی ($p = 0/001$)، فیزیکی ($p = 0/001$) و اجتماعی ($p = 0/001$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

برای بررسی نقش متغیرهای جمعیت شناختی در تبیین کیفیت زندگی و خودکارآمدی از رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد متغیرهای جمعیت شناختی نمونه های مورد پژوهش ۱۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی را در این بیماران تبیین می‌کند که مقدار آن معنی‌دار است ($p = 0/002$). در این راستا نتایج نشان داد که کیفیت زندگی تنها با متغیرهای وضعیت اشتغال ($p = 0/008$) و وضعیت تاهل ($p = 0/005$) ارتباط معنی‌دار داشته است. نتایج آزمون آماری نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دارای شغل آزاد و متاهل از سایر بیماران بهتر بود.

نتایج رگرسیون چندگانه برای بررسی نقش متغیرهای جمعیت شناختی در تبیین در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته‌های گزارش شده در این جدول نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیت شناختی نمونه های مورد پژوهش ۲۳ درصد از واریانس خودکارآمدی را در این بیماران تبیین می‌کنند که مقدار آن معنی‌دار است ($p = 0/001$). یافته‌های حاصل از آزمون‌های آماری نشان داد که بین خودکارآمدی و متغیرهای سن ($p = 0/014$)، میزان تحصیلات ($p = 0/021$)، وضعیت اقتصادی خانواده ($p = 0/001$)، وضعیت مراقبت از نمونه‌های پژوهش ($p = 0/005$)، عادات نامناسب نمونه‌های پژوهش ($p = 0/001$)، سابقه بستری ($p = 0/020$)، دفعات بستری ($p = 0/002$) و میزان LDL ($p = 0/002$) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت، در حالی که چنین ارتباط معنی‌داری میان خودکارآمدی و سایر متغیرها مشاهده نشد.

بحث

در مطالعه حاضر ارتباط کیفیت زندگی و خودکارآمدی در ۲۵۵ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر بررسی شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی ۱۲/۹ درصد ضعیف و ۸۷/۱ درصد متوسط بود. همسو با نتایج این پژوهش، مطالعه حاتمی پور با عنوان بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلب در سال ۱۳۸۴ بود که یافته‌های آن نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش کیفیت زندگی نامطلوب در ابعاد جسمی، فعالیت های روانی، اقتصادی و کیفیت کلی زندگی داشتند و در بعد سلامت عمومی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب برخوردار بودند ($p = 0/001$) (۱۷). یلفانی

کیفیت زندگی نیز بین خودکارآمدی و بعد عاطفی ($p=0/001$) و بعد فیزیکی ($p=0/001$) و بعد اجتماعی ($p=0/001$) ارتباط معنی‌دار آماری دیده شد، بدین صورت که با افزایش خودکارآمدی ابعاد عاطفی، فیزیکی و اجتماعی کیفیت زندگی بهبود می‌یافت. همسو با این مطالعه، شفیع و همکارانش در اصفهان در مطالعه‌ای بر روی بیماران تحت پیوند جراحی عروق کرونر دریافتند که بین نمره خودکارآمدی با کیفیت زندگی بیماران رابطه مستقیم وجود دارد ($p<0/01$, $r=0/847$) (۲۱). ارتباط معنی‌دار میان خودکارآمدی و کیفیت زندگی در سایر مطالعات و در زمینه بیماری‌های سرطان، دیابت، ایدز و قلبی عروقی تایید شده است (۲۸-۲۴).

نتایج این مطالعه نشان داد بین کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال نمونه‌های پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($p=0/001$)، بدین صورت که کیفیت زندگی بیماران دارای شغل آزاد از بیماران با مشاغل دیگر بهتر بود. استقلال بیشتر افراد دارای مشاغل آزاد می‌تواند دلیلی برای کیفیت زندگی بالاتر میان آنان باشد. تفاوت کیفیت زندگی بر اساس وضعیت اشتغال افراد در سایر مطالعات تایید شده است (۲۹، ۳۷). همچنین بین کیفیت زندگی و وضعیت تاهل نمونه‌های پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت ($p=0/005$) و کیفیت زندگی بیماران متاهل از بیماران غیرمتاهل بهتر بود. یافته‌های این مطالعه با یافته‌های سیام و همکارانش در رشت و همچنین یافته‌های شفیع در اصفهان همسو است (۲۹، ۳۸).

نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که بین خودکارآمدی و متغیرهای دموگرافیک نظیر سن ($p=0/014$)، میزان تحصیلات ($p=0/021$)، وضعیت اقتصادی خانواده ($p=0/001$)، وضعیت مراقبت از نمونه‌های پژوهش ($p=0/005$)، عادات نامناسب نمونه‌های پژوهش ($p=0/001$)، سابقه بستری ($p=0/02$)، دفعات بستری ($p=0/002$) و میزان LDL ($p=0/02$) ارتباط معنی‌داری وجود دارد، بدین معنی که بیشترین میزان خودکارآمدی در بین بیماران سنین بین ۵۱-۶۰ سال، بیماران با تحصیلات دانشگاهی و وضعیت اقتصادی خوب بود. خودکارآمدی بیماران که مراقب نداشتند، بهتر از آن‌هایی که مراقب داشتند، بود. همچنین بیماران که عادات نامناسب (نظیر مصرف سیگار، الکل، قلیان و مواد مخدر) نداشتند، خودکارآمدی بهتری داشتند.

افزایش سن با محدودیت‌های چشمگیری همراه است که می‌تواند خودکارآمدی افراد را کاهش دهد. ارتباط بین خودکارآمدی و سن افراد در سایر مطالعات تایید شده است

(۲۹، ۳۶). خودکارآمدی افراد متناسب با افزایش سطح تحصیلات آنان بهبود یافت. خودکارآمدی در زمینه مراقبت از خود شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها و الگوهای رفتاری است که عموماً قابل آموختن است. با افزایش سطح تحصیلات و آگاهی فرد انتظار می‌رود که توانمندی‌های وی در این زمینه بهبود یابد. یافته‌های این قسمت با نتایج مطالعات صورت گرفته در کشور همسو است (۳۹). همچنین در این مطالعه مشخص شد که افراد با وضعیت اقتصادی بهتر دارای خودکارآمدی بهتری نسبت به افراد با وضعیت اقتصادی پایین‌تر بودند که با نتایج مطالعه انیل 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 بیشتری همراه است (۴۰).

نتایج این پژوهش نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی و خودکارآمدی در اکثر نمونه‌های مورد بررسی در سطح متوسط قرار دارد که بیانگر نیاز به مداخلات اثربخش برای بهبود وضعیت موجود است. همچنین نتایج آزمون‌های آماری بیانگر ارتباط مثبت و معنی‌دار میان کیفیت زندگی و خودکارآمدی بود و بر این اساس می‌توان انتظار داشت با بهبود خودکارآمدی افراد، کیفیت زندگی آنان ارتقا یابد. لذا غنی‌سازی محتواهای آموزشی در برنامه‌های آموزش بیمار، توجه بیشتر کادر بالینی به توانمندسازی بیماران در زمان بستری و ترخیص و همچنین استفاده از امکانات بالقوه در این زمینه نظیر آموزش توسط همتایان، سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها) و سایر ذی‌نفعان توصیه می‌شود. پژوهش حاضر به صورت مقطعی و بر روی بیماران بستری در بیمارستان‌های تامین اجتماعی در شهر تهران انجام شد؛ لذا با توجه به مقطعی بودن و محدودیت نمونه پژوهش، تعمیم یافته‌ها به استان تهران و کشور ایران مقدور نیست و در این راستا توصیه می‌شود مطالعاتی با نمونه بزرگ‌تر، در محیط گسترده‌تر و به صورت طولی برای بررسی این متغیرها طراحی و انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از سازمان تامین اجتماعی و کارکنان بیمارستان‌های میلاد و شهید لواسانی شرکت کنندگان در مطالعه تقدیر و تشکر کنند.

REFERENCES

1. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

2. Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Netherlands: Elsevier Health Sciences; 2014.
3. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:e2-220.
4. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries. *Curr Probl Cardiol* 2010;35:72-115.
5. Braunwald E, Nicholls M. Leaders in Cardiovascular Medicine. Eugene Braunwald MD: an icon of the 20th century still going strong. *Eur Heart J* 2015;36:1350-1.
6. Zahra PM, Azizollah AS, Masoud R, Hamed S, Mehrdad H, Ebrahim E. Coronary artery disease in critical patients of Iran. *J Pak Med Assoc* 2012;62:1282-5.
7. Gholipour M, Tabrizi A. Prevalence of cardiovascular disease risk factors among the Sharif University of Technology students. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing* 2012;1:48-56.
8. Roohafza H, Talaei M, Sadeghi M, Mackie M, Sarafzadegan N. Association between acute and chronic life events on acute coronary syndrome: a case-control study. *J Cardiovasc Nurs* 2010;25:E1-7.
9. Heydari A, Ahrari S, Vaghee S. The relationship between self-concept and adherence to therapeutic regimens in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2011;26:475-80.
10. Abdullah MM, Gyles CL, Marinangeli CP, Carlberg JG, Jones PJ. Cost-of-illness analysis reveals potential healthcare savings with reductions in type 2 diabetes and cardiovascular disease following recommended intakes of dietary fiber in Canada. *Front Pharmacol* 2015;6:167.
11. Surrena H. Handbook for Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
12. Woods SL. Cardiac nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
13. Siavoshi S, Roshandel M, Zareiyan A, Ettefagh L. The effect of cardiac rehabilitation care plan on the quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Cardiovasc Nurs* 2012;1:38-46.
14. McKinley S, Fien M, Riegel B, Meischke H, Aburuz ME, Lennie TA, et al. Complications after acute coronary syndrome are reduced by perceived control of cardiac illness. *J Adv Nurs* 2012;68:2320-30.
15. Hueb W, Lopes N, Gersh BJ, Soares PR, Ribeiro EE, Pereira AC, et al. Ten-year follow-up survival of the Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS II): a randomized controlled clinical trial of 3 therapeutic strategies for multivessel coronary artery disease. *Circulation* 2010;122:949-57.
16. Nashef SA, Roques F, Sharples LD, Nilsson J, Smith C, Goldstone AR, et al. EuroSCORE II. *Eur J Cardiothorac Surg* 2012;41:734-44; discussion 744-5.
17. Hokkanen M, Järvinen O, Huhtala H, Tarkka MR. A 12-year follow-up on the changes in health-related quality of life after coronary artery bypass graft surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2014;45:329-34.
18. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. Hoboken: John Wiley & Sons; 2013.
19. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. London: Macmillan; 1997.
20. Varaei S, Shamsizadeh M, Cheraghi MA, Talebi M, Dehghani A, Abbasi A. Effects of a peer education on cardiac self-efficacy and readmissions in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized-controlled trial. *Nurs Crit Care* 2017;22:19-28.
21. Kang Y, Yang IS. Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *J Clin Nurs* 2013;22:2465-73.
22. Lapiere TK, Cleary K, Kidd J. Exercise self-efficacy, habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. *Cardiopulm Phys Ther J* 2009;20:5-11.
23. Tung HH, Lien RY, Wei J, Cliniciu DL, Lee JY, Huang HC. The role of adherence in the relationship between self-efficacy and self-management in diabetic patients undergoing CABG in Taiwan. *Heart Asia* 2012;4:114-9.
24. Kale ED, Akoit EE, editors. Relationship between self-efficacy and quality of life on cancer patient who undergo chemotherapy in gynecologic polyclinic of prof. Dr. WZ Johannes Kupang Hospital. *Proceeding (International Conference 2017)*; 2017.
25. Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T, Alivernini F, Laurentiis M, Botti G, et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. *Oncotarget* 2017;8:36800-11.

26. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethn Dis* 2014;24:349-55.
27. Thomson P, Howie CA, Chung ML. The Effects of Self Efficacy and Social Support on Quality of Life of Patients and Family Caregivers After Coronary Artery Bypass Grafting. *Am Heart Assoc*; 2015.
28. Moridi H, Farsi F, Forghani N, Farokhinezhad P. Analysis of the relationship between self-efficacy and quality of life in HIV positive patients in Shiraz. *Adv Environ Biol* 2014;657-64.
29. Shafiei Z, Babae S, Nazari A. Relationship between self-efficacy and quality of life in coronary artery bypass graft surgery in Isfahan Chamran Hospital, 2010-2011. *Iran J Surg* 2014;22:64-72.
30. Kermani M, Dowlati M, Jonidi Jafari A, Rezaei Kalantari R, Sadat Sakhaei F. Effect of Air Pollution on the Emergency Admissions of Cardiovascular and Respiratory Patients, Using the Air Quality Model: A Study in Tehran, 2005-2014. *HDQ* 2016;1:137-46.
31. Papou A, Hussain S, McWilliams D, Zhang W, Doherty M. Responsiveness of SF-36 Health Survey and Patient Generated Index in people with chronic knee pain commenced on oral analgesia: analysis of data from a randomised controlled clinical trial. *Qual Life Res* 2017;26:761-6.
32. Ribera A, Permanyer-Miralda G, Alonso J, Cascant P, Soriano N, Brotons C. Is psychometric scoring of the McNew Quality of Life after Myocardial Infarction questionnaire superior to the clinimetric scoring? A comparison of the two approaches. *Qual Life Res* 2006;15:357-65.
33. Höfer S, Turk-Adawi K, Oldridge N. The MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire: Updated reference data for users. *Eur J Pers Cent Healthc* 2016;4:221-9.
34. Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:23.
35. 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. *Iran J Public Health* 2008;37:119-25.
36. Salimian S, Esmaili R, Dabirian A, Mansoorin S, Anboohi SZ. The survey of factors related to self-efficacy based on Orem's theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014. *Adv Nurs Midwifery* 2015;25.
37. MR MH, Farahani B, Zohour A, Sh PA. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *IJCCN* 2010;3:15-26.
38. Seyam S, Heidarnia AR. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *J Birjand Univ Med Sci* 2013;19:33-41.
39. Khezerloo S, Feizi A. A survey of relationship between perceived self-efficacy and self-care performance in diabetic patients referring to Urmia Diabetes Center. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012;10:373.
40. O'Neil A, Berk M, Davis J, Stafford L. Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. 2013.