

ارتباط اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونری

فاطمه نیکو^۳

علیرضا افشانی^۲

مهربان پارسا مهر^۱

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب و افسردگی می‌تواند منجر به پیامدهای جسمی یا روانی و کاهش کیفیت زندگی بیماران گردد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد. **روش بررسی:** مطالعه حاضر یک طرح پیمایشی بود که به صورت مقطعی انجام شد. نمونه پژوهش ۱۰۲ نفر از بیمارانی بودند که جراحی بای پس را در بیمارستان قلب الزهراء شیراز انجام داده بودند. بیماران با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. داده‌ها با پرسشنامه استاندارد شده اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) و پرسشنامه کیفیت زندگی جهانی (WHOQOL-BREF) جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی، تی تست و رگرسیون چندگانه سلسله‌مراتبی در نرم افزار spss نسخه ۲۰ انجام شد. **یافته‌ها:** بین افسردگی و اضطراب با کیفیت زندگی رابطه‌ی منفی و معنادار ($p < 0/001$) وجود داشت. همچنین کیفیت زندگی با جنس ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/033$)، میزان درآمد ($p < 0/001$) و شغل ($p < 0/001$) ارتباط آماری معنی‌داری داشت. تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی چندگانه نیز نشان داد که متغیرهای اجتماعی جمعیت شناختی ۱۴/۳ درصد و متغیرهای بالینی ۷۰/۴ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرده‌اند. **نتیجه‌گیری کلی:** با توجه به فراوانی اضطراب و افسردگی در این بیماران و اثرات سوء افسردگی و اضطراب بر پیامد درمان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، انجام اقدامات غربالگری و درمانی مناسب برای این بیماران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، جراحی پیوند عروق کرونر

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۱۸

^۱ دانشجویار دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

^۲ دانشجویار دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.

^۳ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. (نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۷۱۳۷۱۳۳۰۵۰

Email: Nikoofatemeh@gmail.com

مقدمه

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، جنبه هایی از زندگی را مد نظر قرار می دهد که بیشتر تحت تأثیر بیماری یا سلامت می باشند. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بستگی به میزان تأثیرپذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از یک بیماری یا درمان آن دارد. در این تعریف بر ذهنیت فرد و چند بعدی بودن کیفیت زندگی تأکید می شود^(۱). کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن با تغییرات نامناسب همراه است؛ به طوری که اکثر بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود در پاره‌ای از ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال و کاستی می شوند. یکی از دلایل توجه روزافزون به اندازه گیری کیفیت زندگی این بیماران، شیوع بالای بیماری های مزمن است. دو تحقیق بزرگ در آمریکا نشان داده است که نارسایی قلب بیشتر از سایر بیماری های مزمن شایع، باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران شده و با افزایش شدت بیماری کیفیت زندگی بیماران بدتر می شود^(۲).

Pender رفتار سبک زندگی را الگوی فعالیت های داوطلبانه روزمره زندگی می داند که تأثیری مهم بر وضعیت سلامت فرد داشته و از عوامل جمعیت شناختی، روانشناختی، محیطی و اجتماعی نشأت گرفته است^(۳). با توجه به تغییر الگوی زندگی مردم در سرتاسر جهان، به نظر می رسد تا سال ۲۰۲۰ بیماریهای قلبی بر بیماریهای عفونی پیشی گرفته و عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی بشر خواهد شد. در ایران نیز طبق آماري که مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ منتشر کرده است، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است^(۴).

درمانهای مختلف بیماریهای قلبی - عروقی با هدف بهبود وضعیت جسمی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت صورت می گیرند. تعداد بسیار زیادی از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر که به درمان های دارویی پاسخ نمی دهند، تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار می گیرند. انجام عمل پیوند عروق کرونر، به میزان ۲۶/۷۹

درصد در آمریکای شمالی، ۷۲ درصد در آسیا، ۹۴/۱۷ درصد در اروپای غربی، و ۱۴/۱۸ درصد در سایر نقاط جهان رو به افزایش است. در ایران نیز ۶۰ درصد از کل اعمال جراحی قلب باز، جراحی بای پاس عروق کرونر می باشد^(۵). جراحی پیوند عروق کرونر مانند سایر انواع اعمال جراحی برای بیمار استرس زا بوده و اضطراب و افسردگی از جمله اختلالات شایع و مهم این دسته از بیماران است که نقش غیر قابل انکاری در عملکرد اجتماعی، از سرگیری کار و فعالیت روزانه و کیفیت زندگی دارد^(۶). میزان شیوع افسردگی در بیماران قلبی عروقی ۲ تا ۳ برابر جمعیت عمومی (۳۰ تا ۴۵ درصد) است و با میزان افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری های کلیوی، دیابت و سرطان برابری می کند^(۷). مشخص شده است که افراد با درجاتی از اضطراب و افسردگی حتی با درجاتی یکسان از آنژین صدری و آترواسکلروزیس، درد قفسه سینه بیشتری را در مقایسه با افراد غیر افسرده و مضطرب مبتلا به این بیماری، تجربه می کنند^(۸). همچنین اضطراب و افسردگی مهمترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هستند و حتی تأثیر آن بر کیفیت زندگی از جنبه های جسمی، مثل کسر تخلیه ای بطن چپ، آنژین صدری و دیگر بیماریهای مزمن بیشتر گزارش شده است^(۹). افسردگی وضعیت ناتوان کننده‌ای است که در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دیده می شود. این اختلال در بیست درصد بیماران مبتلا به بیماریهای عروق کرونر گزارش شده و ارتباط معناداری با افزایش مرگ و میر و عوارض بیماری های قلبی - عروقی داشته است^(۱۰). بطور کلی اضطراب و افسردگی باعث نقص و اشکال در مکانیسم های سازگاری، توانایی تطابق با تغییرات سبک زندگی و پیگیری درمان و رژیم دارویی می شود؛ به گونه‌ای که وضعیت کار و زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار داده و می تواند دردهای آنژین صدری را افزایش دهد^(۸). بنابراین شناخت این اختلالات و مدیریت صحیح آن می تواند موجب بهبود سیر بیماری و بعد از عمل، ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و کاهش

هزینه های درمانی آنان گردد. با وجود شیوع بالای اضطراب و افسردگی در این بیماران، فقط تعداد کمی از آنها بعد از درمان تحت درمان روانپزشکی هستند و حمایت روانی- اجتماعی مناسب دریافت می کنند. از طرفی با وجود مطالعات زیاد در مورد بیماری های قلبی، پژوهش های کمی در مورد وضعیت روانی و جامعه شناختی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بعد از عمل جراحی انجام شده است. لذا هدف این مطالعه تعیین رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران عروق کرونر پس از جراحی بای پس است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه پیمایشی و از نوع مقطعی است. جامعه آماری مطالعه، شامل همه بیمارانی بود که در بهار سال ۹۳، سه ماه از عمل جراحی قلب پیوند عروق کرونر آنان گذشته بود و جهت معاینه های بعدی به کلینیک قلب و عروق بیمارستان خیریه قلب الزهراء شیراز مراجعه می کردند.

برای گرد آوری داده ها از روش نمونه گیری در دسترس استفاده گردید. پس از کسب رضایت از بیمارانی که جهت پیگیری وضعیت سلامت خود بعد از عمل به درمانگاه مراجعه می کردند، بیماران واجد شرایط بر حسب معیار های ورود (عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب، سه ماه از عمل جراحی آنان گذشته باشد، تمایل بیمار به شرکت در پژوهش) و خروج از مطالعه (عدم همکاری بیمار، سکته قلبی یا مغزی بیماران بعد از ترخیص، ابتلای فرد به بیماریهای شناخته شده روانی، بیماریهای مزمن) انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند (پاسخگویان در صورت داشتن سواد کافی پرسشنامه را تکمیل می کردند. اما از آنجا که اکثر بیماران بی سواد یا کم سواد بودند. پرسشنامه به روش مصاحبه توسط پرسشگر تکمیل شد).

جمع آوری اطلاعات پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی و درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و ارائه آن

به بیمارستان قلب الزهراء، با استفاده از پرسشنامه ای متشکل از سه بخش انجام گرفت. بخش اول: سوالات مربوط به اطلاعات فردی و جمعیت شناختی بیماران بود. بخش دوم: سوالات مربوط به مقیاس استاندارد شده اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) (Hospital Anxiety and Depression Scale) که پرسشنامه ای چهارده سؤالی است که هفت سؤال آن مربوط به بررسی اضطراب و هفت سؤال مربوط به بررسی افسردگی است. در مجموع از هر قسمت ۲۱ امتیاز کسب می شود. نقاط برش آن، امتیاز صفر تا هفت به معنای سالم بودن (بدون علائم بالینی)، هشت تا ده اضطراب یا افسردگی خفیف و امتیاز یازده تا بیست و یک اضطراب یا افسردگی شدید (بالینی) برای هر دو زیرمقیاس در نظر گرفته شده است. استفاده از این پرسشنامه برای پیش بینی استرس و اضطراب در بیماران قلبی مفید است. این پرسشنامه توسط کاویانی و همکاران به منظور استفاده در جمعیت بالینی، هنجارسازی و اعتباریابی شده است. برای تعیین روایی آن از روایی صوری، محتوایی و همزمان مبنی بر معیار بیرونی استفاده شده است و پایایی آن با محاسبه آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس افسردگی ($\alpha=0.70$) و زیر مقیاس اضطراب ($\alpha=0.85$) بوده است^(۱۰). در پژوهش حاضر پایایی آن با محاسبه آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس افسردگی ($\alpha=0.77$) و زیر مقیاس اضطراب ($\alpha=0.84$) تعیین گردید. بخش سوم: مقیاس کیفیت زندگی (World Health Organization Quality Of Life-Brief) (WHOQOL-BREF) دارای ۲۶ سؤال است که در ۵ مؤلفه تنظیم شده است. این مؤلفه ها شامل: سلامت عمومی (General Health)، سلامت جسمی (Physical Health)، سلامت روانی (Mental Health)، روابط اجتماعی (Social Relationship) و سلامت محیط زندگی (Environmental Domain) می باشند. دو سؤال اول وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند. برای هر سؤال پنج گزینه

سال قرار داشتند. ۵۲/۹٪ از بیماران مرد، ۴۷/۱٪ زن، ۵۲٪ از بیماران اعضای خانواده شان سابقه‌ی بیماری قلبی (سکته قلبی، عمل جراحی قلب و یا مرگ ناگهانی) نداشتند. ۹۱/۲٪ متأهل، ۷۵/۵٪ مدت ۱-۵ سال سابقه تشخیص بیماری را داشته‌اند. اکثر پاسخگویان ۶۵/۷٪ از سطوح تحصیلی پایین (بی سواد، ابتدایی و راهنمایی) و افراد با تحصیلات دانشگاهی، کمترین فراوانی ۳۴/۳٪ را به خود اختصاص داده بودند. ۳۸/۲٪ خانه دار، ۸۳/۳٪ دارای منزل شخصی و اکثر آنان ۷۳/۵٪ در شهر اقامت داشتند. ۷۲/۵٪ بدون درآمد و درآمد پایین، ۸۹/۲٪ تحت پوشش بیمه درمانی بودند. نتایج حاصل از بررسی ارتباط میان عوامل فردی-اجتماعی واحدهای مورد پژوهش با کیفیت زندگی نشان داد که؛ ارتباط آماری معنی داری بین جنس، شغل، درآمد و تحصیلات با مؤلفه‌های کیفیت زندگی وجود دارد. در این مطالعه بین سن بیمار، وضعیت تأهل، داشتن بیمه درمانی، محل اقامت، نوع مسکن بیمار، مدت ابتلا به بیماری قلبی و سابقه خانوادگی بیماری با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

طرح ریزی شده است (مقیاس لیکرت عالی، خیلی خوب، خوب، نسبتاً بد، بد) و نمره گذاری گزینه‌ها از یک تا پنج می‌باشد. امتیاز یک، نشانگر وضعیت بد و امتیاز پنج نشانگر وضعیت عالی بیمار بود و در سؤالات منفی نمره گذاری معکوس صورت می‌گرفت. Rowland و همکاران در ژنو و Heyfans و همکاران در تایوان، در مطالعات خود میزان ضریب همبستگی به دست آمده را $r=0/91$ گزارش کردند^(۱۱). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد شده است. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از اعتبار محتوا استفاده شد و اعتماد (پایایی) آن آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰، آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی تست، ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۰۲ بیمار در محدوده‌ی سنی ۴۵ تا ۷۵ سال، با میانگین سنی $58/6 \pm 8/11$ مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۰٪ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۵۶-۶۵

جدول شماره ۱: ارتباط کیفیت زندگی با عوامل فردی و اجتماعی واحدهای مورد پژوهش

| نتیجه آزمون | آزمون آماری | درصد | تعداد | ویژگی‌های اجتماعی-جمعیت شناختی |
|-------------|-------------------------|------|-------|--------------------------------|
| ۰/۵۹۲ | $r = -0/054$ | ۳۶/۳ | ۳۷ | ۴۵-۵۵ |
| | | ۴۰/۲ | ۴۱ | ۵۶-۶۵ |
| | | ۲۳/۵ | ۲۴ | ۶۶-۷۵ |
| ۰/۰۰۱ | $t=4/19$ $df=100$ | ۵۲/۹ | ۵۴ | مرد |
| | | ۴۷/۱ | ۴۸ | زن |
| ۰/۸۹۳ | $r = -0/013$ | ۷۵/۵ | ۷۷ | ۱-۵ |
| | | ۲۴/۵ | ۲۵ | ۶-۱۰ |
| ۰/۲۶۹ | $t = 1/062$ $df=100$ | ۴۸ | ۴۹ | دارد |
| | | ۵۲ | ۵۳ | ندارد |
| ۰/۰۹۷ | $t = 1/678$ | ۹۱/۲ | ۹۳ | متأهل |
| | | ۸/۸ | ۹ | بی همسر بر اثر فوت |
| ۰/۰۳۳ | $t = -2/21$ $df=100$ | ۶۵/۷ | ۶۷ | زیر دیپلم |
| | | ۳۴/۳ | ۳۵ | دیپلم و بالاتر |

| | | | | | |
|-------|----------------------|------|----|------------|---|
| ۰/۰۰۱ | t = -۳/۶۶ df=۱۰۰ | ۳۸/۲ | ۳۹ | خانه دار | وضعیت اشتغال غیره (کارمند، کارگر، کشاورز، آزاد، بازنشسته) |
| | | ۶۱/۸ | ۶۳ | | |
| ۰/۴۲۱ | t = ۰/۶۷۴ df=۱۰۰ | ۱۶/۷ | ۱۷ | استیجاری | نوع مسکن شخصی |
| | | ۸۳/۳ | ۸۵ | | |
| ۰/۱۰۸ | t = -۰/۱۹۵ df=۱۰۰ | ۷۳/۵ | ۷۵ | شهر | محل اقامت روستا |
| | | ۲۶/۵ | ۲۷ | | |
| ۰/۰۰۴ | F= ۴/۱۱۰ | ۵/۲۷ | ۲۸ | بدون درآمد | میزان درآمد زیر ۳۰۰ هزار تومان بین ۳۰۰ هزار تا ۶۰۰ هزار تومان بین ۶۰۱ هزار تا یک میلیون تومان بالای یک میلیون تومان |
| | | ۱۳/۷ | ۱۴ | | |
| | | ۳۱/۴ | ۳۲ | | |
| | | ۱۹/۶ | ۲۰ | | |
| ۰/۷۱۳ | t = ۰/۱۳۶ df=۱۰۰ | ۸۹/۲ | ۹۱ | دارد | برخورداری از خدمات بیمه درمانی |
| | | ۱۰/۸ | ۱۱ | ندارد | |

همچنین میزان افسردگی و اضطراب زنان در سه سطح بالاتر از مردان بود. به طوری که ۲۵٪ زنان در مقایسه با مردان، اضطراب و افسردگی شدید داشتند (جدول شماره ۲).

بر اساس یافته های تحقیق، ۶۳/۷٪ از بیماران از نظر میزان اضطراب و ۷۱/۶٪ از نظر افسردگی سالم (بدون علائم بالینی) بودند. ۱۲/۷٪ از بیماران دارای علائم بالینی (شدید) اضطراب بوده و ۱۴/۷٪ افسردگی شدید داشتند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سطوح اضطراب و افسردگی بیماران

| متغیر | جنس | بدون علائم بالینی | | علائم خفیف | | علائم بالینی (شدید) | | جمع |
|---------|------------|-------------------|------|------------|------|---------------------|------|-----|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| اضطراب | مرد | ۴۴ | ۸۱/۵ | ۹ | ۱۶/۷ | ۱ | ۱/۹ | ۵۴ |
| | زن | ۲۱ | ۴۳/۸ | ۱۵ | ۳۱/۳ | ۱۲ | ۲۵ | ۴۸ |
| افسردگی | مرد | ۴۴ | ۸۱/۵ | ۷ | ۱۳ | ۳ | ۵/۶ | ۵۴ |
| | زن | ۲۹ | ۶۰/۴ | ۷ | ۱۴/۶ | ۱۲ | ۲۵ | ۴۸ |
| اضطراب | کل بیماران | ۶۵ | ۶۳/۷ | ۲۴ | ۲۳/۵ | ۱۳ | ۱۲/۷ | ۱۰۲ |
| افسردگی | کل بیماران | ۷۳ | ۷۱/۶ | ۱۴ | ۱۳/۷ | ۱۵ | ۱۴/۷ | ۱۰۲ |

خوردار بودند. ۱۴/۶ درصد از زنان از کیفیت زندگی نامطلوب بر خوردار بودند (جدول شماره ۳).

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در این مطالعه ۸۵/۵۳ بود. ۶۴/۷ درصد از بیماران کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی داشتند. مردان نسبت به زنان از کیفیت زندگی بالاتری بر

جدول شماره ۳: مقایسه نمرات کیفیت زندگی بیماران به تفکیک جنس

| متغیر | جنس | سطوح | | نا مطلوب | | نسبتاً مطلوب | | مطلوب | | جمع |
|-------------|------------|-------|------|----------|------|--------------|------|-------|------|-------|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| کیفیت زندگی | مرد | ۰ | ۰ | ۳۳ | ۶۱/۱ | ۲۱ | ۳۸/۹ | ۵۴ | ۱۰۰ | درصد |
| | زن | ۸ | ۱۶/۷ | ۳۳ | ۶۸/۸ | ۷ | ۱۴/۶ | ۴۸ | ۱۰۰ | تعداد |
| | کل بیماران | ۸ | ۷/۸ | ۶۶ | ۶۴/۷ | ۲۸ | ۲۷/۵ | ۱۰۲ | ۱۰۰ | تعداد |

زندگی (کل مقیاس) همبستگی منفی (معکوس) و معنی داری وجود دارد. هرچه میزان اضطراب و افسردگی بیماران بعد از عمل جراحی بیشتر باشد کیفیت زندگی نامطلوب تری دارند. (جدول شماره ۴).

همبستگی مورد به مورد خرده مقیاس های کیفیت زندگی و متغیرهای روانشناختی (اضطراب و افسردگی) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که بین متغیرهای اضطراب ($p < .001$) و افسردگی ($p < .001$) با همه مؤلفه های کیفیت زندگی و کیفیت

جدول شماره ۴: ماتریس همبستگی پیرسون اضطراب و افسردگی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران

| مقیاس کیفیت زندگی | سلامت عمومی | | سلامت جسمی | | محیط زندگی | | روابط اجتماعی | | سلامت روحی | | کیفیت زندگی کل | |
|-------------------|-------------|--------|------------|--------|------------|--------|---------------|--------|------------|--------|----------------|--------|
| | p | r | p | r | p | r | p | r | p | r | p | r |
| اضطراب | ۰/۰۰۱ | -۰/۵۰۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۸۱ | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۴۳ | ۰/۰۰۱ | -۰/۲۵۱ | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۸۸ | ۰/۰۰۱ | -۰/۷۴۰ |
| افسردگی | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۷۷ | ۰/۰۰۱ | -۰/۷۵۰ | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۸۳ | ۰/۰۰۱ | -۰/۶۲۴ | ۰/۰۰۱ | -۰/۷۵۶ | ۰/۰۰۱ | -۰/۸۱۶ |

واریانس کیفیت زندگی داشته اند. در مرحله دوم متغیرهای عوامل بالینی توانسته اند ۷۰/۴ درصد واریانس متغیر از کیفیت زندگی را تبیین کنند. این دو متغیر با اطمینان ۹۹٪ می توانند در کنار دیگر متغیرها تغییرات مربوط به کیفیت زندگی این نمونه پژوهشی را تبیین نمایند. در تبیین این یافته استدلال می شود که کیفیت زندگی بیمار بیشتر تابع خصوصیات روانشناختی بیمار است تا زمینه اجتماعی و ساختاری؛ بنابراین افسردگی و اضطراب بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی دارند (جدول شماره ۵).

به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش بین در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران، در مرحله اول متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی بیماران و در مرحله دوم متغیر عوامل بالینی (اضطراب و افسردگی) وارد مدل شدند، نتایج ضریب رگرسیون نشان داد که متغیرهای وارد شده در مرحله اول توانسته اند ۱۴/۳ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین کنند. از میان متغیرهای این دسته، میزان درآمد ($p < .001$)، تحصیلات ($p < .033$) و متغیر جنس ($p < .001$) سهم معنی داری در تبیین

جدول شماره ۵: رگرسیون چندگانه تأثیر متغیرهای مستقل بر میزان کیفیت زندگی بیماران

| مرحله | متغیر | β | t | P | R^2 | Adj R ^۲ | F | P |
|-------|-------------|---------|---------|---------|-------|--------------------|---------|-------|
| ۱ | میزان درآمد | ۰/۳۷۵ | ۳/۷۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۵۱ | ۰/۱۴۳ | ۱۷/۸۴۰ | ۰/۰۰۱ |
| | تحصیلات | ۰/۲۱۲ | ۲/۱۶۸ | ۰/۰۳۳ | | | | |
| | جنس | -۰/۳۸۹ | -۴/۲۲۴ | ۰/۰۰۱ | | | | |
| ۲ | افسردگی | -۰/۸۱۶ | -۱۴/۱۲۲ | **۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۰ | ۰/۷۰۴ | ۱۲۱/۱۷۶ | ۰/۰۰۱ |
| | اضطراب | -۰/۷۴۰ | -۳/۸۷۲ | **۰/۰۰۱ | | | | |

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با استفاده از رویکردی روانی-اجتماعی، با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد. اکثر بیماران مورد مطالعه از نظر سطح افسردگی (۷۱/۶) و اضطراب (۶۳/۷) بدون علائم بالینی (سالم) بودند. اما میزان اضطراب و افسردگی زنان در تمامی سطوح بیشتر از مردان بود. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در این مطالعه ۸۵/۵۳ تعیین گردید. نقاط برش برای تعیین کیفیت زندگی مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب انجام گردید. ۶۴/۷ درصد افراد کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، ۲۷/۵ درصد افراد کیفیت زندگی مطلوب، ۷/۸ درصد افراد کیفیت زندگی نامطلوب داشتند. این یافته با نتیجه مطالعه Cutshall همخوانی دارد^(۱۲). آنها گزارش نمودند ۸/۵٪ افراد کیفیت زندگی نامطلوب دارند. اما با نتایج مطالعه منجمد و همکاران همخوانی ندارد. در مشاهدات آنان ۱۳/۵٪ بیماران کیفیت زندگی نامطلوب داشتند^(۱۳).

با توجه به یافته های تحقیق ارتباط معنی داری بین جنس و ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد. به گونه ای که مردان در تمام مؤلفه ها میانگین نمرات بیشتری نسبت به زنان داشته اند. نتایج این فرضیه با یافته های Eales و همکاران، منتظر قائم و همکاران، معینی و همکاران، شفیع و همکاران و Mallik و همکاران، هماهنگی دارد^(۱۴-۱۸). آن ها در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که نمره کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان بوده و زنان عملکرد جسمی و اجتماعی پایین تر و سلامت روانی بدتری نسبت به مردان داشته اند. بر اساس مطالعات انجام شده مردان حمایت اجتماعی بالاتری از سوی اطرافیان (همسر و فرزندان) دریافت می کنند که بر کاهش اضطراب و افسردگی آنان تأثیر دارد. علاوه بر این، چون زنان خود را عمدتاً ارائه دهنده مراقبت می دانند از حق طبیعی خود در دریافت مراقبت در دوران بهبودی پس از جراحی بای پاس چشم پوشی و بلافاصله

فعالیت های خود را از سر می گیرند؛ در حالیکه کمک و مساعدت در امور خانه داری به آنان ضروری است. اما مردها معمولاً در زندگی روزمره خود مسئولیت انجام این گونه فعالیت ها را ندارند. بر اساس مشاهدات رشیدی و همکاران، نرخ افسردگی در زنان مبتلا به سکت قلبی نسبت به مردان، بالاتر می باشد^(۱۹). هم چنین با توجه به برخی شواهد، عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی، فرهنگی، شرایط جسمی و استفاده از سبک های مقابله ای متفاوت به عنوان عوامل احتمالی هستند که تحت تأثیر جنسیت قرار دارند^(۲۰). برخی ویژگیهای روانی و اجتماعی مردان از جمله کنترل بهتر استرس، حضور بیشتر در اجتماع و تعاملات اجتماعی بیشتر، تطبیق عاطفی و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر بعد از بروز رویداد قلبی، علت برخورداری آنها از خودکارآمدی عمومی مطلوبتر نسبت به زنان بوده در نتیجه از سلامت جسمی و روحی بیشتری برخوردار هستند^(۲۱). به عقیده پژوهشگر (تجربیات مصاحبه با بیماران) مردها بیشتر وقت خود را در بیرون از منزل (شاغل بودن و...) می گذرانند در نتیجه روابط اجتماعی بالاتر داشته و حمایت های اجتماعی و مالی بالاتری دریافت می کنند. از طرفی مردانی که بازنشسته هستند فرصت کافی برای پرداختن به علایق شخصی و استراحت دارند؛ در حالی که زنان اکثراً خانه دار هستند و حتی در زمان بیماری نیز از آنان انتظار می رود از اطرافیان (همسر، نوه و فرزندان) خود مراقبت، محبت و حمایت نمایند که این مسئله باعث اختلال در شرایط جسمی و روحی و در نتیجه نامطلوب شدن کیفیت زندگی آنان می گردد.

همچنین بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر در مؤلفه های سلامت عمومی، محیط زندگی و کیفیت زندگی رابطه معنی داری مشاهده شد. در بیشتر متغیرها افراد دارای سطح تحصیلی دیپلم به بالا، کیفیت زندگی بهتری نسبت به بقیه داشتند. این نتایج با یافته های حسینی زاده و همکاران، شفیع و همکاران، سیام و همکاران و منتظر قائم و دیگران

خانه دار دارند. این نتایج با یافته‌های Ozaras و همکاران همخوانی ندارد^(۲۴). اما با یافته‌های Tully و همکاران و حسینی زاده و همکاران^(۲۱،۲۵) همخوانی دارد. آنها به این نتیجه رسیده‌اند که نوع شغل تفاوت معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی بوجود می‌آورد. نتایج این پژوهش نشان داد که متغیر اضطراب با تمامی ابعاد کیفیت زندگی و همچنین کیفیت کل همبستگی منفی و معنی داری دارد. نتایج آزمون این فرضیه با یافته‌های عبادی و همکاران، و Székely و همکاران هماهنگی دارد^(۲۶،۱۰). آنها ضمن پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که اضطراب و استرس فرد از جهتی خود عامل مؤثری در تشدید علائم و از جهت دیگر بر طبق دور باطلی که ایجاد می‌کنند باعث افزایش افکار ناکارآمد می‌شوند. در واقع بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر می‌توانند به علل مختلف دچار اضطراب شوند. از جمله می‌توان به ترس از جراحی، ترس از عدم کنترل درد و مرگ و عدم اطمینان از کامل و درست انجام شدن درمان مورد نظر اشاره کرد. در نتیجه اضطراب موجب اختلال در رفتار خودمراقبتی بیمار شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می‌دهد، زمینه تأخیر در روند بهبودی بیمار را پدید آورده و احتمال عود بیماری را دوباره افزایش می‌دهد. همچنین یافته‌ها نشان داد که متغیر افسردگی با تمامی ابعاد کیفیت زندگی و همچنین کیفیت کل همبستگی منفی و معنی داری دارد. یعنی هر چه افسردگی بالاتر باشد کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. نتایج آزمون این فرضیه با یافته‌های Yohannes و همکاران، شریف و همکاران و Compare و همکاران همخوانی دارد^(۲۷-۲۹). به طور کلی درمان بیماری عروق کرونر، رعایت برنامه درمانی است. علیرغم اهمیت این موضوع، بیماران افسرده، تمایل کمتری به رعایت برنامه‌های مربوط به رژیم غذایی، ورزش، کاهش استرس و افزایش حمایت‌های اجتماعی دارند^(۱۰). اضطراب و افسردگی، باعث تأثیرات منفی بر پیامد درمان بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود. افسردگی و فقدان همدردی، کیفیت زندگی را از لحاظ

همخوانی داشته است^(۱۵،۱۷،۲۱،۲۲). در این رابطه می‌توان به نقش افزایش آگاهی‌های عمومی و به دنبال آن تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای بهداشتی افراد در اثر افزایش میزان تحصیلات اشاره نمود که در ارتقاء سطح سلامت و کیفیت زندگی مطلوب‌تر دخالت عمده دارد. به عبارت دیگر تحصیلات پایین با نداشتن آگاهی نسبت به درمان و سلامتی در ارتباط است که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران گردد. بنظر می‌رسد که سطح تحصیلات بالاتر می‌تواند توانمندی فرد جهت دستیابی به آگاهی‌های لازم در مورد ماهیت بیماری قلبی، علائم، نشانه‌ها و نحوه کنترل آن را افزایش دهد؛ بنابراین ممکن است بیمارانی که دارای سطح تحصیلات بالاتری هستند روند بیماری قلبی را بهتر درک نمایند و راهکارهای مناسب و سبک زندگی مطلوب‌تری برای کسب بهبودی سریعتر انتخاب کنند.

در ارتباط با متغیر متوسط درآمد ماهیانه نیز نتایج حاکی از این بود که درآمد بالاتر با کیفیت زندگی مطلوب‌تر مرتبط می‌باشد. وضعیت اقتصادی مطلوب بیماران موجب سهولت دسترسی آنها به خدمات بهداشتی درمانی و امکان مراقبت بهتر می‌شود. در نتیجه بیماران با درآمد بالاتر دغدغه‌های مالی کمتر و درگیری‌های روحی- روانی و جسمی کمتری برای کسب درآمد و تامین مخارج سنگین درمان خود خواهند داشت. در همین راستا رضایی و همکاران در مطالعه خود بر بیماران سرطانی، سیام و همکاران و شفیعی و همکاران به همین نتیجه دست یافتند^(۱۷،۲۲،۲۳). آنان عوامل اقتصادی را در کیفیت زندگی مؤثر می‌دانند و معتقدند که درآمد، یک عامل محیطی مهم است که با وضعیت سلامت و عملکرد فرد ارتباط دارد و درآمد پایین‌تر، با سطح سلامت پایین‌تر و محدودیت‌های عملکردی بیشتر همراه می‌باشد. همچنین افراد شاغل (بخصوص شاغل آزاد و کارمندان نسبت به کارگران) نسبت به افراد بیکار اضطراب و افسردگی کمتری داشتند. شاید دلیل آن این باشد که شاغلین، وضعیت اقتصادی بهتری نسبت به افراد بیکار و زنان

عادی و کاهش عوارض و پیشگیری از عود مجدد بیماری قلبی نقش مهمی دارد؛ بنابراین شناخت مشکلات روانی بیماران و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان، عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه های درمانی تیم روانشناختی به طور جدی تر در سطح بیمارستانها می طلبد. از طرفی تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت کننده و آموزش بیماران توسط کادر بهداشتی، برای سازگاری با انواع مشکلات روانی و روش های تغییر رفتارهای سلامتی از جمله دریافت حمایت های عاطفی، تغییر باورها و نگرشها، فعالیت در محیط های اجتماعی، اتخاذ راهبردهای مقابله ای سالم و تغییر سبک زندگی در جهت ارتقا سلامت و کیفیت زندگی پس از درمان ضروری است. همچنین با توجه به مقطعی بودن این مطالعه که قدرت تعمیم پذیری آن را کاهش می دهد و نظر به این که وضعیت خلقی و کیفیت زندگی با مرور زمان تغییر می کند پیشنهاد می شود وضعیت خلقی و کیفیت زندگی این بیماران در قالب یک مطالعه طولی نیز بررسی شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مسئولین و پرسنل مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کلینیک قلب و عروق بیمارستان الزهراء و کلیه بیماران محترمی که با وجود بیماری و شرایط سخت خود با علاقه ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند سپاسگزاری می شود.

ذهنی و جسمی دچار آسیب می کند. در این زمینه، می توان استدلال نمود که افسردگی با کاهش خودکارآمدی بیمار برای انجام منظم یک رفتار خاص، میل به انجام رفتار، تداوم و پیگیری آن رفتار را طی زمان کاهش می دهد که سرانجام افت کیفیت زندگی را به دنبال دارد. در تبیین دیگری، افراد افسرده در انتظار پیامدهای مطلوب نیستند و موانع و خودمدیریتی بیماری را همانند چالش های غیر قابل کنترل می بینند و در نتیجه کیفیت زندگی نامطلوب تری خواهند داشت. همچنین بیماران با علائم افسردگی از سبک های مقابله ای خوش بینانه و حمایت جویانه کمتر استفاده می کنند. افرادی که با چنین دیدگاهی نسبت به تغییر خوش بین نیستند از تلاش به منظور دریافت کمک و حمایت دیگران (سبک مقابله ای حمایت جویانه) امتناع می ورزند. در نهایت بر اساس نتایج این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده اضطراب و افسردگی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر است که تاثیر قابل توجهی بر نتایج جراحی بای پس، از جمله فرایند بهبودی، توانایی انجام فعالیت های روزانه، بازگشت به کار و کیفیت زندگی بیماران بر جای می گذارد. از جمله محدودیت های این پژوهش، حجم نمونه نسبتاً کوچک، عدم همکاری برخی از بیماران برای ادامه مصاحبه، مقطعی بودن مطالعه و عدم کنترل دقیق وضعیت روانشناختی بیماران قلبی بوده است. حفظ و ارتقای وضعیت روحی و کیفیت زندگی، در بهبودی و بازگشت هر چه سریع تر بیماران به زندگی

فهرست منابع

1. Mousavi Sardashti M, Keshavarz H, Ansari E. [Study of the Relationship of Emotional Support and Quality of Life of the Elderly in Shahr-e-Kord 2013]. *J Health Syst Res* 2014; 10(1):58-66. Persian
2. Stewart S, Blue L. Improving outcomes in chronic heart failure: a practical guide to specialist nurse intervention: John Wiley & Sons; 2008. P. 11.
3. Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level, and academic performance of College of Nursing students in Kuwait. *Nurs Health Sci*. 2007;9(2):112-9.
4. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. [An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure]. *Hayat*. 2006;12(1):77-86. Persian

5. Babae 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 Med Iran*. 2007;45(1):69-74. Persian
6. Gallagher R, McKinley S. Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Am J Crit Care*. 2007;16(3):248-57.
7. Celano CM, Huffman JC. Depression and cardiac disease: a review. *Cardiol Rev*. 2011;19(3):130-42.
8. Höfer S, Benzer W, Alber H, Ruttman E, Kopp M, Schussler G, et al. Determinants of health-related quality of life in coronary artery disease patients: a prospective study generating a structural equation model. *Psychosomatics*. 2005;46(3):212-23.
9. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2004;66(6):802-13.
10. Ebadi A, Moradian ST, Feyzi F, Asiabi M. [Comparison of the hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment]. *Journal of Critical Care Nursing*. 2011;4(2):97-102. Persian
11. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. [The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006;4(4):1-12. Persian
12. Cutshall SM, Wentworth LJ, Engen D, Sundt TM, Kelly RF, Bauer BA. Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension in cardiac surgical patients: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16(2):92-5.
13. Monjamed Z, Mehran A, Peimani T. [The quality of life in diabetic patients with chronic complications]. *Hayat*. 2006;12(1):55-66. Persian.
14. Eales C, Noakes T, Stewart A, Becker P. Predictors of the successful outcome of one-year survivors of coronary artery bypass surgery. *Cardiovasc J S Afr*. 2004;16(1):29-35.
15. Montazer Ghaem S, Asar O, Safaei N. [Assessing patient's quality of life after open heart surgery in Bandar Abbas, Iran]. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2012;15(4):254-9. Persian
16. Moeini M, Naseri N, Zargham-Boroujeni A. [Lived experiences of women with ischemic heart disease]. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;17(2):137-42. Persian
17. Shafiei Z, Babae S, Nazari A. [Relationship between Mood State and Quality of Life in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery]. *IJN*. 2013; 26 (83) :57-67. Persian
18. Mallik S, Spertus JA, Reid KJ, Krumholz HM, Rumsfeld JS, Weintraub WS, et al. Depressive symptoms after acute myocardial infarction: evidence for highest rates in younger women. *Arch Intern Med*. 2006;166(8):876-83.
19. Rashidi H, Fardad F, Ghaderian B, Shahbazian HB, Latifi M, Karandish M, et al. [Prevalence of metabolic syndrome and its predicting factors in type 2 diabetic patients in Ahvaz.]. *Jundishapur Sci Med J*. 2012; 11(2): 163-75. Persian
20. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúgica: Guanabara Koogan; 2005.
21. Hoseinzadeh T, Paryad A, Asiri Sh, Kazemnezhad Leili E. [Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients]. *Holistic Nursing And Midwifery Journal*. 2012; 67(22): 1-8. Persian
22. Seyam S, Heidarnia AR. [Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013;19(6):33-41. Persian
23. Rezaei R, Saat SS, Haji HF, Sharifnia S, Nazari R. [Quality Of Life In Gynecologic Cancer Patients Before And After Chemotherapy]. *Journal of Babol University of Medical Science*. 2011; 13(4): 78-84. Persian
24. Özaras G, Özyurda F. Quality of life and influencing factors in patients with a gynaecologic cancer diagnosis at Gazi University, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11(5):1403-8.
25. Tully PJ, Baker RA, Turnbull D, Winefield H. The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *J Behav Med*. 2008;31(4):281-90.

26. zékely A, Balog P, Benkö E, Breuer T, Székely J, Kertai MD, et al. Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery—a 4-year follow-up study. *Psychosom Med.* 2007;69(7):625-31.
27. Yohannes AM, Doherty P, Bundy C, Yalfani A. The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *J Clin Nurs.* 2010;19(19-20):2806-13.
28. Sharif F, Shoul A, Janati M, Kojuri J, Zare N. [The effect of cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patients undergoing cardiac bypass graft surgery in Iran]. *BMC Cardiovasc Disord.* 2012;12(1): 8-13. Persian
29. Compare A, Zarbo C, Manzoni GM, Castelnuovo G, Baldassari E, Bonardi A, et al. Social support, depression, and heart disease: a ten year. *literature review. Frontiers in Psychology* 2013, V4, 384.

Relationship between Anxiety and Depression with Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft

¹Parsamehr M., PhD.

²Afshani A., PhD.

³*Nikoo F., MS.

Abstract

Background & Aim: Anxiety and depression could lead to physical or psychological consequences and reduce the quality of life of patients. The present study was carried out to determine the relationship between anxiety and depression with quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft.

Material & Methods: It was a cross-sectional study. The sample consisted of 102 patients who had been undergone coronary artery bypass graft (CABG) in Azahra hospital of Shiraz city. The patients were recruited by convenience sampling method. Data was collected by standardized hospital anxiety and depression scale (HADS) and global Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) and analyzed by statistical tests of Pearson correlation, t-test and hierarchical multiple regression using SPSS-PC (v. 20).

Results: There was a significantly negative relationship among depression and anxiety with quality of life ($P < 0.001$). Quality of life was also significantly associated with sex ($p < 0/001$), educational level ($p < 0/033$), income ($p < 0/001$) and occupational status ($p < 0/001$). Hierarchical multiple regression analysis showed that the sociodemographic variables (step1) have explained %14/3 and clinical variables (step2) explained %70/4 of the variance of the quality of life.

Conclusion: Regarding the frequency of anxiety and depression among these patients and its negative impact on treatment outcome and quality of life of patients with coronary artery diseases, performing appropriate screening and therapeutic approaches for this group of patients is suggested.

Keywords: Quality of life, Anxiety, Depression, Coronary Artery Bypass Graft

Received: 8 March 2015

Accepted: 8 Jun 2015

¹ Associate Professor, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran.

² Associate Professor, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran.

³ Master degree in Sociology, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran. (Corresponding author).
Tel: +98 07137133050 Email: Nikoofatemeh@ymail.com