

بررسی عوامل مرتبط با آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی در مواجهه با علایم بالینی منجر به بستری آنها در بیمارستان‌های شهر ارومیه

معصومه اکبری^۱، میرحسین محمدزاده^۲، محبوبه رجب پور^۳، افسانه عظیم پور^۴

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۸۸/۱/۲۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: سالانه ۱۷-۱۵ میلیون نفر در جهان و حدود ۷۰ درصد مرگ‌ها در کشور ما در اثر بیماری‌های قلبی است. هر کس با توجه به میزان آگاهی که از علایم بالینی اولیه سکته قلبی دارد، آن‌ها را تفسیر و برای رفع آن‌ها اقدام می‌کند. این تحقیق با هدف بررسی عوامل مرتبط با آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی در مواجهه با علایم بالینی منجر به بستری آن‌ها انجام گردید.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی - زمینه‌ای و تحلیلی از ۱۴۸ بیمار بستری مبتلا به سکته حاد قلبی در بیمارستان‌های شهر ارومیه است که با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گردیده و داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: اکثریت نمونه‌ها با میانگین سنی بالای ۵۰ سال، دارای ۵ فرزند با مصرف داروهای قلبی و دیابتی و گوارشی بودند. در ارتباط با سواد و مدت زمان صرف شده برای مراجعه به پزشک ($P < 0/018$)، تجربه حمله قلبی و سن ($P = 0$) و بیماری‌های همراهی که قابل کنترل می‌باشند، رابطه معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0/03$). اکثریت نمونه‌ها (۷۹/۱ درصد) در مورد علایم اولیه حملات قلبی اطلاعی نداشته‌اند. (۵۱/۴۹ درصد) اولین مراجعه خود را جهت گرفتن درمان پزشک عمومی اعلام کرده‌اند. اکثریت نمونه‌ها علت تاخیر در گرفتن درمان را عدم آگاهی از علایم حملات قلبی ذکر نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به کمی آگاهی بیماران مبتلا به سکته قلبی و مراجعه دیر و نادرست آن‌ها به مراکز درمانی مرتبط با بیماری‌های قلبی به مدیران و برنامه ریزان رسانه‌های گروهی و آموزشی توصیه می‌گردد که در ارتباط با افزایش آگاهی عمومی مردم تلاش بیشتری نمایند.

کلید واژه‌ها: آگاهی، سکته حاد قلبی، علایم بالینی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره دوم، ص ۸۰-۷۲، تابستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان دانشکده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، تلفن: ۶-۰۹۴-۳۴۴۰۰۹۴

Email: akbariazad20042003@yahoo.com

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ کارشناس آمار و مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ کارشناس پرستاری

مقدمه

ریتم‌هایی به صورت فیزیولوژیک وجود دارد که نسبت به تغییرات محیط (شب و روز) ترشحات غدد درون ریز و تاثیر آن‌ها بر ارگان حیاتی بدن مثل قلب را تحت الشعاع قرار می‌دهند. بیماری عبارت از ناموزونی در ریتم‌های بیولوژیک. شواهدی وجود دارد که ارتباطی بین ریتم‌های شبانه روزی و بیماری‌های جسمی و روحی را نشان می‌دهد. تولدها و مرگ و میر بیشتر در شب و در ساعات اولیه صبح رخ می‌دهد. تشخیص و درمان بعضی بیماری‌ها با مطالعه ریتم‌های بیولوژی ۲۴ ساعته امکان دارد. چون بیماری‌ها الگوی ریتم شبانه روزی را تغییر می‌دهند. مقدار درجه حرارت، فشار خون، یافته‌های آزمایشگاهی و حتی نمونه‌های بیوپسی برحسب زمان بیولوژیک فرق می‌کنند. در افرادی که فعالیت روزانه و خواب شبانه دارند غلظت هورمون‌های آدرنال در خون و ادرار در شب پایین است و صبح زود به بالاترین مقدار خود می‌رسد (۹). با توجه به تجربیات پژوهش‌گر به نظر می‌رسد بسیاری از بیماران بستری با تشخیص سکته حاد قلبی به علت نداشتن آگاهی لازم از علائم منجر به سکته به موقع به بیمارستان مراجعه نمی‌کنند و درمان آن‌ها به سختی صورت می‌گیرد و با توجه به این‌که در کشور ما در این مورد تحقیقی صورت نگرفته است پژوهشگر بر آن شد تا تحقیق فوق را انجام دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی زمینه‌ای و تحلیلی می‌باشد که در آن عوامل مرتبط با آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی در مواجهه با علائم بالینی منجر به بستری آن‌ها مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. این تحقیق با روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با تعداد نمونه ۱۴۸ نفر بیمار بستری انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه بیماران بستری با تشخیص انفارکتوس حاد قلبی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی که بخش‌های سی.سی.یو را دارند که شامل:

میزان مرگ و میر ناشی از سکته قلبی در ایالت متحده حدود ۳۰ درصد است و نیمی از مرگ و میرها قبل از رسیدن به بیمارستان اتفاق می‌افتد. میزان مرگ و میر پس از پذیرش در بیمارستان ۳۰ درصد بوده و از هر ۲۵ بیماری که از بیمارستان مرخص می‌شوند یک نفر در طی نخستین سال بعد از سکته قلبی جان می‌سپارد (۱). سن بالای ۶۰ سال از عوامل مهم تعیین پیش آگهی سکته حاد قلبی است (۲). مطالعه فرامینگهام در مورد قلب شواهدی نشان می‌دهد که ۵۰ درصد مردان و ۶۳ درصد زنان به طور ناگهانی از بیماری قلبی و عروقی بدون علاج پیشین فوت می‌کرده‌اند. بیماران ممکن است همچنین مضطرب و بی‌قرار باشند، آن‌ها سرد، رنگ پریده و پوست مرطوب دارند. سرعت ضربان قلب و نفسشان ممکن است سریع‌تر از حد طبیعی باشد. که این علائم ناشی از تحریک سیستم عصبی سمپاتیک بوده و گاهی حتی بین علائم سکته قلبی و آنژین قلبی نمی‌توان افتراق داد (۳). بیش از ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی در آمریکا مبتلا به چاقی بوده‌اند. هر سال حدود ۲۲۰۰۰۰ نفر در اثر سکته حاد قلبی می‌میرند بدون این‌که حتی در بیمارستان بستری شوند (۴). علائم بالینی قبل از حمله حاد قلبی می‌تواند شامل: درد سینه، درد پشت یا کرختی، درد گردن، درد فک، درد در شانه راست و چپ، درد دست‌ها، درد اپی گاستر و دیس پنه، تنفس کوتاه، احساس فشار در سینه، تعریق، تهوع و استفراغ باشد (۵). در یک سکته قلبی جریان خون ناکافی قلب به سرعت منجر به ایسکمی در فضاهای آسیب دیده می‌شود (۶). ادامه ایسکمی به بیست دقیقه و بیشتر می‌تواند منجر به مرگ بافت شود که به این فرایند حمله حاد قلبی می‌گویند (۷). این بافت می‌تواند تمام بطن چپ را درگیر کند و عملکرد بطن چپ مختل و نارسایی قلب و افزایش مرگ و میر را به دنبال داشته باشد (۸). زنان نسبت به مردان به درد حساس‌ترند و اضطراب تحمل درد را کم می‌کنند. در بدن انسان

یافته‌ها

از تعداد کل ۱۴۸ بیمار بررسی شده، ۳۸ نفر (۲۵/۷ درصد) زن و ۱۱۰ نفر (۷۴/۳ درصد) مرد بودند که از این تعداد ۱۴۶ نفر (۹۸/۶ درصد) متأهل، ۱ نفر مجرد (۰/۷ درصد) و یک نفر مطلقه (۰/۷ درصد) بودند. ۴۸ نفر از کل بیماران (۳۲/۴ درصد) بی‌سواد و ۱۰۰ نفر (۵۲/۷ درصد) باسواد بودند. ۸ نفر (۵/۴ درصد) در گروه سنی زیر ۴۰ سال و ۳۴ نفر (۲۳ درصد) در گروه سنی ۴۰-۵۰ سال، ۴۱ نفر (۲۷/۷ درصد) در گروه سنی ۵۰-۶۰ سال و ۶۴ نفر (۴۳/۲ درصد) در گروه سنی بالای ۶۰ سال قرار داشته‌اند. میانگین درآمد بیماران ۲۷۵+۱۳۲/۲۴۴ هزار تومان می‌باشد. میانگین تعداد فرزندان تقریباً پنج فرزند محاسبه شد که بیشترین فراوانی ۳ فرزند (۴/۱۸ درصد) می‌باشد. ۷۶ نفر (۵۱/۴ درصد) سابقه مصرف دارو را ذکر کرده‌اند که عمدتاً داروهای قلبی عروقی، دیابتی و گوارشی بوده است. (۷۱ درصد) بیماران مورد بررسی به ترتیب با پسر، همسر و دختر خود به بیمارستان مراجعه کرده بودند. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش (۴۸/۶۴ درصد) وجود فشار خون بالا، مصرف سیگار (۳۹/۱۸)، سابقه فامیلی (۳۳/۷۸ درصد)، بالا رفتن قطعه ST در نوار قلبی، دیابت (۲۸/۳۸ درصد)، چربی خون بالا (۲۵/۶۸ درصد) را ذکر نموده‌اند. کم‌ترین میزان وجود سکتة قلبی در قسمت تحتانی قلب (۳/۳۸ درصد) می‌باشد. ۹۱ نفر (۶۲/۳ درصد) از بیماران برای اولین بار با تشخیص حمله قلبی بستری شده بودند و ۵۵ نفر (۳۷/۳ درصد) تجربه بستری شدن با حمله قلبی بیش از دو بار را ذکر کرده‌اند. تنها (۱/۱ درصد) اولین مراجعه خود جهت گرفتن درمان تماس با اورژانس ۱۱۵ بوده است. تعداد ۳۲ نفر (۲۱/۶ درصد) از بیماران با علائم حملات قلبی آشنا بودند و ۱۱۶ نفر (۷۸/۴ درصد) اصلاً در این مورد آگاهی نداشتند. تعداد (۷۹/۸ درصد) از نمونه‌های پژوهش در اولین اقدام درمانی خود به پزشک عمومی اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه نموده‌اند. ۲/۷ درصد بیماران به متخصص داخلی، ۱۷/۵ درصد به

بیمارستان‌های طالقانی، امام خمینی، امام رضا(ع)، شهید عارفیان، آذربایجان، شفا و صولت شهر ارومیه که در فاصله اول تیر ماه تا آخر شهریور ماه در بیمارستان با تشخیص سکتة حاد قلبی بستری شده بودند. حجم نمونه‌ها از میان این بیماران از فرمول برآورد نسبت در جامعه ($p=0/4$) استفاده شده است. و جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون‌های t -test ($p<0/05$) و (X^2) و رگرسیون استفاده شده است. نمونه‌های پژوهش، بیمارانی هستند که با تشخیص سکتة حاد قلبی در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر ارومیه در مدت نمونه‌گیری بستری بوده‌اند. محیط پژوهش کلیه بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر ارومیه که دارای بخش ویژه بودند می‌باشد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای چند قسمتی مشتمل بر مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و علائم بالینی مرتبط با سکتة حاد قلبی، میزان آگاهی نمونه‌های مورد پژوهش از علائم کلینیکی مرتبط با سکتة حاد قلبی و عملکرد بیماران مبتلا به سکتة حاد قلبی در مواجهه با علائم بالینی مرتبط با قلب به صورت یک سوال باز مشخص شده است، اولین مراجعه بیمار به چه پزشکی بوده است و زمان وقوع و بروز حملات سکتة قلبی چه موقع بوده است می‌باشد. پرسش‌نامه تنظیمی پس از تایید استاد راهنما جهت تعیین روایی از اعتبار محتوا و اعمال نظر تعدادی از اعضاء هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه استفاده شده است و از نظر پایایی نیز در دو مرحله پرسش‌نامه در اختیار ده نفر از بیماران مبتلا به سکتة حاد قلبی قرار گرفته و تایید گردید. پس از کسب اجازه از مسئولان بیمارستان و بیماران در اختیار بیماران قرار گرفت. به منظور تحقق اهداف پژوهش جهت تعیین میزان ارتباط مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش از آمارهای استنباطی (کای دو و رگرسیون) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ۱۳ استفاده گردید.

زمان صرف شده یک ساعت و ۳۰ دقیقه است. در رابطه با ارتباط بین متغیرهای مورد پژوهش جدول زیر بدست آمدند. طبق جدول شماره ۱، اکثریت ۱۱۶ (۷۸/۳ درصد) نفر از کل بیماران علت تاخیر برای گرفتن درمان را عدم آگاهی، (۸/۱ درصد) دوری راه، (۴/۷ درصد) نبودن وسیله نقلیه، (۲ درصد) دیر رسیدن اورژانس، (۱/۴ درصد) ترافیک، (۱/۴ درصد) نبودن جا در بیمارستان، (۱/۴ درصد) نداشتن همراه، (۰/۷ درصد) ارتباط درد سینه به درد معده، (۰/۷ درصد) نداشتن درد، (۰/۷ درصد) انتقال از بیمارستانی به بیمارستان دیگر و (۰/۷ درصد) خوابیدن ذکر کرده‌اند. لازم به ذکر است فقط سه مورد از بیماران در ابتدای بروز حمله با اورژانس ۱۱۵ تماس گرفته بودند. از نظر ارتباط بین متغیرهای تحقیق نتایج زیر بدست آمده است:

درمانگاه‌های اطراف محل زندگی خود مراجعه نموده‌اند. ۱۴۸ نفر از بیماران بستری با تشخیص سکته حاد قلبی به‌وسیله پرشش‌نامه و مصاحبه مورد بررسی قرار گرفتند. علائم مشاهده شده در بیماران قبل از ایجاد حمله حاد سکته قلبی به‌ترتیب شامل: ۱۱۶ نفر (۷۸/۴ درصد) تعریق، ۱۵ نفر (۷۷/۷ درصد) درد سینه، ۷۲ نفر (۴۸/۶ درصد) احساس فشار در سینه، ۶۹ نفر (۴۶/۶ درصد) درد پشت، ۶۷ نفر (۴۵/۳ درصد) درد در شانه چپ، ۶۶ نفر (۴۴/۶ درصد) تنفس کوتاه، ۶۴ نفر (۴۳/۲ درصد) استفراغ، ۵۷ نفر (۳۸/۵ درصد) تهوع، ۵۵ نفر (۳۷/۲ درصد) درد شانه راست، ۴۸ نفر (۳۲/۴ درصد) دیس پنه، ۳۶ نفر (۲۴/۳ درصد) درد گردن، ۲۸ نفر (۱۸/۹ درصد) درد اپی گاستر، ۱۰ نفر (۶/۸ درصد) درد فک و ۸ نفر (۵/۴ درصد) درد سینه و کرختی را اعلام نموده‌اند. بیشترین ساعت وقوع حمله در ساعت ۷ صبح و ۹ شب اتفاق افتاده است (۱۳/۱۳±۶/۸۴). میانگین مدت زمانی که از شروع حمله تا گرفتن اولین درمان صرف شده بود ۸ ساعت و ۳۶ دقیقه می‌باشد و میانه

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی و ارتباط تجربه قلبی حمله قلبی با بیماری‌های همراه در بیماران مبتلا به سکته‌های قلبی

تعداد کل	تجربه قلبی				بیماری‌های همراه	ردیف	
	تعداد	درصد	دارد	ندارد			
			تعداد	درصد			
۱۰/۸۱	۱۶	۱۴/۵۵	۸	۸/۶	۸	بیماری ندارد	۱
۲۸/۳۸	۴۲	۲۹/۰۹	۱۶	۲۷/۹۶	۲۶	دیابت	۲
۳۹/۱۸	۵۸	۳۰/۹	۱۷	۴۴/۰۸	۴۱	سیگار	۳
۳۳/۷۸	۵۰	۲۵/۴۵	۱۴	۳۸/۷	۳۶	سابقه فامیلی	۴
۴۸/۶۴	۷۲	۵۶/۳۶	۳۱	۴۴/۰۸	۴۱	فشار خون بالا	۵
۲۵/۶۸	۳۸	۲۷/۲۷	۱۵	۲۴/۷۳	۲۳	چربی خون بالا	۶
۳۱/۰۸	۴۶	۳۰/۹	۱۷	۳۱/۱۸	۲۹	همراه بالا رفتن قطعه ST بالا	۷
۹/۵	۱۴	۱۲/۷۲	۷	۷/۵۳	۷	بدون بالا رفتن قطعه ST بالا	۸
۳/۳۸	۵	۱/۸۱	۱	۴/۳	۴	سکته قلبی در قسمت تحتانی	۹

باسوادی و بی سوادی و زمان مراجعه برای گرفتن درمان از نتایج به دست آمد اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش (۵۲/۷ درصد) از قشر باسواد بوده اند و از تعداد کل مراجعه کنندگان با سکتة حاد قلبی تفکیک باسواد و بی سواد بر حسب دقایق مراجعه پس از سکتة حاد قلبی درج گردیده است. که نتایج آزمون کای دو ارتباط معنی داری را نشان می‌دهد ($P < 0.01$).

از نتایج به دست آمده از جدول شماره (۱) ارتباط بین تجربه قلبی حمله قلبی با بیماری‌های همراه آزمون T-Test ارتباط معنی داری ($P < 0.00$) میان این دو متغیر مشاهده گردید و در مورد ارتباط بین تجربه قلبی حمله قلبی با سیگار کشیدن و فشار خون بالا در نتیجه آزمون رگرسیون رابطه معنی داری مشاهده گردید ($P < 0.003$).

از بررسی بدست آمده طبق جدول شماره (۲) ارتباط میان

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی و ارتباط بین بیماران مبتلا به سکتة حاد قلبی با سواد و بی سواد و زمان مراجعه جهت درمان به مراکز درمانی

زمان سواد	۵ دقیقه اول		۱۰		۱۵		۲۰		۳۰		۴۵		۶۰		۹۰	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی سواد	۴	۵/۷۱	۴	۵/۷۱	۵	۷/۱۴	۷	۱۰	۱۴	۲۰	۱۵	۲۱/۴۲	۲۵	۳۵/۷۱	۲۷	۳۸/۵۷
با سواد	۵	۶/۴۱	۹	۱۱/۵۴	۱۶	۲۰/۵۱	۱۶	۲۰/۵۱	۳۵	۴۴/۸۷	۳۸	۴۸/۷۲	۴۶	۵۸/۹۷	۴۸	۶۱/۵۴

تعداد کل بی سواد = $70 = 47/3\%$ تعداد کل با سواد = $78 = 52/7\%$ با آزمون کای دو ($P < 0.018$)

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی و ارتباط تجربه حمله قلبی و سن در بیماران با سکتة حاد قلبی

کل بیماران	تجربه قلبی حمله قلبی						سن	ردیف
	دارد		ندارد					
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۵/۴	۸	۰	۰	۸/۷	۸	کمتر از ۴۰ سال	۱	
۲۳/۱	۳۴	۲۰	۱۱	۲۵	۲۳	۴۰-۵۰ سال	۲	
۲۷/۹	۴۱	۳۶/۳۶	۲۰	۲۲/۸۳	۲۱	۵۱-۶۰ سال	۳	
۴۳/۵	۶۴	۴۳/۶۴	۲۴	۴۳/۴۷	۴۰	۶۰ سال به بالا	۴	
۱۰۰	۱۴۷	۱۰۰	۵۵	۱۰۰	۹۲	جمع		

ارتباط افزایش سن با داشتن سابقه حمله قلبی به شدت معنی دار است. ($P < 0$)

۵۰ سال (۸۰ درصد) می‌باشد که ارتباط شدید معنی‌داری میان سن و تجربه قبلی حملات قلبی وجود دارد ($P < 0/01$).

در این جدول در ارتباط با افزایش سن و تجربه قبلی حملات قلبی هرچه سن بالاتر رفته تجربه قبلی حملات قلبی بیشتر بوده بیشترین میزان تجربه حملات قلبی مربوط به سنین بالای

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی و ارتباط بین وضعیت زمان مراجعه بیماران با سکته حاد قلبی و تجربه قبلی سکته قلبی

ردیف	تجربه	زمان		۵ دقیقه		۱۰		۱۵		۲۰		۳۰		۴۵		۶۰		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱	بدون تجربه قبلی سکته قلبی	۶	۶/۵	۷	۷/۶	۱۲	۱۲	۱۳	۱۳	۱۴/۱	۱۳	۲۷	۲۹/۲	۳۰	۳۲/۴	۴۴	۴۷/۵	
۲	با تجربه قبلی سکته قلبی	۳	۵/۵	۶	۶	۹	۹	۱۱	۱۱	۱۶/۵	۱۰	۱۸/۳	۲۲	۴۰/۱	۲۳	۴۱/۹	۲۷	۴۹/۲

کوچک نژادی می‌باشد (۱۱). تولمن و دراکوپ (۲۰۰۵) در پژوهشی متوجه شدند بیشترین درصد ابتلا در افراد بالای ۶۰ سال بوده است (۱۲). در پژوهش حاضر اکثریت نمونه‌های پژوهش شده در گروه سنی بالای ۵۰ سال، با مصرف نادرست داروهای قلبی، دیابت و گوارشی بوده‌اند که می‌تواند زمینه ساز حملات قلبی و عروقی بوده باشند. طبق اظهار مرکز آمار ایران متوسط کل هزینه‌های خالص ماهانه در خانوارهای شهری در استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۵ مبلغ ۵۵۸۹۷۹۵ ریال و در خانوارهای روستایی ۴۰۲۸۵۹۹ ریال اعلام شده است (۱۳). در این پژوهش میانگین درآمد ماهانه $275 \pm 132/244$ هزار ریال اعلام گردیده که از متوسط درآمد اعلام شده در سال ۱۳۸۵ کم‌تر می‌باشد که می‌تواند ناشی از پایین بودن سطح اقتصادی نمونه‌های مورد پژوهش باشد. طبق جدول شماره (۱) آزمون T-test در همه موارد بین حملات قلبی و بیماری‌های همراه و آزمون رگرسیون بین تجربه قبلی حمله قلبی با سیگار کشیدن و فشار خون بالا ارتباط معنی‌داری نشان می‌دهد ($P < 0/003$). بیماری‌های همراه موجود

در این جدول ارتباط بین زمان مراجعه بیماران با سکته حاد قلبی و تجربه قبلی سکته قلبی را نشان می‌دهد در نمونه‌های مورد پژوهش هرچه تجربه قبلی سکته بیشتر بوده سریع‌تر به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند. و نتیجه آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری را ثابت می‌نماید ($P < 0/02$).

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش اکثریت نمونه‌های پژوهش را آقایان (۷۴/۳ درصد)، متأهل (۹۸/۶ درصد)، باسواد (۵۲/۷ درصد) در گروه سنی بالای ۵۰ سال (۷۰/۹ درصد) با میانگین درآمد ماهانه ۲۷۵۰۰۰۰ ریال دارای سه فرزند (۱۸/۴ درصد) و اکثراً داروهای مربوط به بیماری‌های قلبی، دیابتی و گوارشی مصرف می‌کرده‌اند (۵۱/۴ درصد). فاکتورهایی که احتمال مرگ و میر را در بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی افزایش می‌دهند سن پیری است (۱۰). گوف و همکارانش (۱۹۹۸) دریافتند در میان مردم آمریکا مشکل عمومی آگاهی در سطوح پایین اجتماعی، اقتصادی و گروه‌های

قلبی و مراجعه به پزشک اختلاف معنی‌داری یافت نشد. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر و با عنایت به این‌که اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش از علایم حملات قلبی اطلاع نداشته‌اند، مراجعه آن‌ها به مراکز غیر تخصص قلب دور از انتظار نمی‌باشد. اکثریت نمونه‌ها (۷۸/۴ درصد) علایم تعریق و (۷۷/۷ درصد) علایم درد سینه را قبل از بروز حمله قلبی داشته‌اند. گولد برگ و همکاران ۳۵ درصد وجود تعریق را در نمونه‌های خود اعلام و وجود درد سینه در هر دو جنس زن و مرد مشترکاً اعلام کرده‌اند (۱۴).

بیشترین ساعت وقوع حمله قلبی در ساعت ۷ صبح و ۹ شب اتفاق افتاده است. بران والد (۲۰۰۵) می‌نویسد: آنالیز تعداد بسیاری از بیماران با تشخیص سکته قلبی نشان داد که چرخه شبانه روزی برای زمان شروع سکته قلبی با حداکثر بروز حوادث بین ۶ صبح تا ۱۲ ظهر بوده است (۱۵). در پژوهش حاضر با تبعیت از فیزیولوژی بدن بیشترین ساعت وقوع حملات قلبی صبح می‌باشد که جهت پیشگیری نیاز مبرم به برنامه ریزی جهت آگاهی عمومی در جوامعی که بیشتر مستعد ابتلا به سکته قلبی حاد هستند می‌باشد. میانگین مدت زمان صرف شده از شروع حمله تا گرفتن اولین درمان ۸ ساعت و ۳۶ دقیقه بوده است. ادامه ایسکمی به بیست دقیقه و بیشتر می‌تواند منجر به مرگ بافت شده و در نتیجه سکته حاد قلبی را ایجاد نماید (۷). از میان نمونه‌های پژوهش شده اکثریت نمونه‌ها (۷۸/۳ درصد) علت تاخیر خود جهت گرفتن درمان را عدم آگاهی از علایم حملات قلبی اعلام نموده‌اند. تایلور و همکاران (۲۰۰۵) میزان تاخیر حضور در بیمارستان را ۱۰/۲ ساعت و علت تاخیر نمونه‌های مورد پژوهش خود را احتمال رفع علایم ایجاد، جستجو برای پیدا کردن پزشک مشاور، اضطراب و نسبت دادن به مشکلات عضلانی اعلام نموده‌اند (۱۶). خان و همکاران (۲۰۰۷) نیز میزان تاخیر حضور در بیمارستان را بیش از ۶ ساعت از شروع حمله تا حضور در بیمارستان اعلام نموده‌اند و بیش از ۱/۳ نمونه‌ها دیر در بیمارستان حاضر شده

اکثریت (۴۸/۶ درصد) فشار خون بالا (۳۹/۲ درصد) مصرف سیگار را ذکر کرده‌اند. وجود فشار خون بالا و مصرف سیگار زمینه ساز بیماری‌های قلبی و عروقی در اکثر بیماران مبتلا به سکته حاد قلبی می‌باشند که در ارتباط با عوامل مستعدکننده بیماری‌های قلبی و عروقی مثل کشیدن سیگار و فشار خون بالا برنامه‌های آموزش همگانی باید تدوین گردد (۱۴). اکثریت نمونه‌ها (۶۲/۲ درصد) اولین بار بستری شدن با تشخیص سکته قلبی حاد در بیمارستان را داشته‌اند. اکثریت نمونه‌های پژوهش (۷۸/۴ درصد) اصلاً در مورد علایم اولیه حملات قلبی اطلاع نداشتند. خان و همکاران (۲۰۰۶) میزان آگاهی در میان نمونه‌های پژوهش را ۴۲ درصد یافته‌اند (۱۵). با توجه به این‌که بستری بیشتر از یک بار برای افراد می‌تواند در ارتباط با علایم اولیه حملات قلبی آموزش دهنده باشد اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش اولین بار بستری شدن با تشخیص سکته قلبی حاد را داشته‌اند که می‌تواند از نظر سنجش میزان آگاهی در مورد علایم اولیه حملات قلبی پاسخ‌های صحیحی بدست دهد. در بررسی به عمل آمده اکثریت نمونه‌ها از علایم اولیه حملات قلبی آگاهی نداشته‌اند. اطلاع رسانی خوب توسط رسانه‌های گروهی و برنامه ریزی صحیح توسط مراکز بهداشتی و درمانی در ارتباط با برنامه ریزی برای پیشگیری ثانویه و تهیه اطلاعات ضروری برای آموزش همگانی و همچنین آموزش مشاوره در بیماران مسن‌تر با ریسک بالای بیماری‌های قلبی توصیه می‌شود. اکثریت نمونه‌های پژوهش ۷۹/۸ درصد در ابتدای مراجعه برای درمان به پزشک عمومی حاضر در بخش اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه نموده‌اند. با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد با دقت به این‌که دسترسی به پزشک متخصص قلب در تمام شبانه روز امکان پذیر نیست افراد مبتلا به سکته قلبی حاد ناچاراً به درمانگاه‌های بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی که شبانه روزی بوده‌اند مراجعه و از درمان توسط پزشک عمومی بهره برده‌اند و در نتیجه آزمون‌های به عمل آمده بین تجربه قلبی حمله

بودند (۱۷). در بررسی حاضر میزان تاخیر حضور در بیمارستان در میان بیماران مورد بررسی زیاد می‌باشد که می‌تواند ناشی از عدم آگاهی، دوری راه، عدم دسترسی به وسیله نقلیه، احتمال بهبودی و دیر رسیدن اورژانس، قبول نکردن بیمارستان، نداشتن همراه و تشخیص نادرست پزشک باشد که توسط نمونه‌های پژوهش اظهار گردیده است. نکته قابل توجه این‌که میزان تماس با اورژانس در کم‌ترین درصد اعلام شده که می‌تواند ناشی از این مسأله باشد که نسبت به توانایی اورژانس ۱۱۵ آگاهی عمومی کم بوده و یا اعتماد کافی به عملکرد اورژانس به علت عدم اقدامات به موقع اورژانس وجود ندارد، که نیاز به اطلاع رسانی بیشتر می‌باشد. در مورد علت تاخیر در گرفتن درمان لازم هنگام مواجهه با علایم بالینی حمله حاد قلبی بیشترین میزان عدم آگاهی از چگونگی حملات قلبی بوده است که می‌توان با برنامه ریزی‌های لازم از طریق رسانه‌های همگانی و آموزش و پرورش این آگاهی را ارتقا داد. از آنچه به دست آمد مشخص گردید که افراد مورد تحقیق اکثریت از قشر باسواد بوده‌اند و هرچه میزان تحصیلات بالاتر رفته زودتر جهت گرفتن درمان اقدام کرده‌اند ($P < 0.01$) و دو متغیر کشیدن سیگار و فشار خون بیشترین میزان را در میان نمونه‌های پژوهش داشته‌اند و هر چه سن بالاتر رفته تجربه حملات قلبی بیشتر شده به طوری که رابطه معنی‌دار در این مورد مشاهده گردید ($P < 0.00$). همچنین میزان آگاهی در نمونه‌های پژوهش از علایم اولیه حملات قلبی در سطح پایینی بوده که منجر به تاخیر حضور در بیمارستان و گرفتن درمان‌های لازم و بستری شدن در

بیمارستان گردیده که بدین ترتیب فرضیه پژوهش تایید می‌گردد. در نتیجه برنامه ریزی برای پیشگیری ثانویه و تهیه اطلاعات ضروری برای آگاهی دادن مردم لازم می‌باشد.

ارائه راهکار و پیشنهاد

با توجه به مخاطب زیاد صدا و سیما پیشنهاد می‌شود: جهت بالا بردن آگاهی عمومی مردم برنامه‌های بیشتری در ارتباط با معرفی علایم حملات قلبی و تمایز این علایم با دیگر علایم مشابه در برنامه‌های شبکه استانی ترتیب دهند. با گذاشتن بحث‌های کارشناسی از طریق رسانه‌ها و گنجاندن مطالبی در این زمینه در کتاب‌های درسی و بررسی علل حملات قلبی جهت پیشگیری از این حملات برنامه ریزی لازم انجام گردد. توانایی اورژانس ۱۱۵ به اطلاع مردم برسد. با سپاس فراوان از درگاه احدیت که اگر الطاف بی‌درغش نبود. توان تحقیق را نمی‌یافتیم. با تشکر از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آقای دکتر بهنیا که با حمایت خود مرا در انجام این تحقیق یاری فرمودند. این تحقیق با حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه انجام شده است.

References:

۱. قارونی م. بیماری‌های قلبی و عروقی هاریسون و سیسیل. تهران، اندیشه رفیع، ۱۳۸۳. ص ۱۶۳.
۲. پژوهشی م. معاینات بالینی و روش گرفتن شرح حال. ترجمه وفا طباطبایی، شاهین سینا، نرگس خطیبی. تهران، سماط، ۱۳۸۷. صفحات ۲۱-۳۱۹.

۳. لیلیان شولتیس برونر، دوریس اسمیت سودارث. پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث قلب و عروق و خون. ترجمه ملیحه امینی و صدیقه عاصمی و ژاله مهد علیها. تهران، نشر سالمی، ۱۳۸۲. صفحات ۶-۱۴۰.
4. Crawford PA. Cardiology subspecialty consults. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P.70-83.

5. Bajzer CT. Acute myocardial infarction. Clev Clin J Med 2003;5; 64-81.
6. Hargrove B A, Hel HU. Medical surgical nursing. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins;2005. P. 137-8.
7. Ledbetter M, Wilhelm T, Gomer L, Ferguson J. Medical surgical nursing. Mosby: W.B. Saunders Co; 2007. P.750.
8. Ignatavicius DD, Workman L. Medical surgical nursing. Mosby: W.B. Saunders Co; 2002. P.790.
9. معماریان ر. کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری. تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸، ص ۱۳۵.
10. Black J, Hokanson HJ. Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes. Mosby: W.B. Saunders Co; 2005. P.1712.
11. Gooff DC Jr. Sellers DE, McGovern PG. Knowledge of heart attack symptoms in a population survey in the United States: the react trial. rapid early action for coronary treatment. Arch Intern Med 1998; 158 (21): 2329-38.
12. Tullmann DF, Dracup K. Knowledge of heart attack symptoms in older men and women at risk for acute myocardial infarction. J Cardiopulm Rehabit 2005; 25(1):40-2.
۱۳. گزارش عملکرد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۸۵، صفحات ۶-۷.
14. Goldberg R, Goff D, Cooper L, Luepker R, Zapka J, Bittner V, et al. Age and sex differences in presentation of symptoms among patients with acute coronary disease: the react trial, rapid early action for coronary treatment. Coron Artery Dis 2000; 11: 399-407.
15. Zipes PL, Bonow BO. Braunwalds heart disease. 7th Ed. Philadelphia: Elsevier; 2005. P.1154-5.
16. Thylor DM. Factors that impact upon the time to hospital presentation following the onset of chest pain. Emerg Med Australias 2005; 17(3):204-11.
17. Khan MS. High prevalence of knowledge of symptoms of acute myocardial infarction in Pakistan and its contribution to delayed presentation to the hospital. BMC Pub Health 2007; 7(1):284.