Original Article

A survey on the knowledge and performance of patients' companions about primary measures in patients with acute coronary syndrome

Dianati M[1], Akbari H[2], Karimian M[1]*

1- Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
2- Department of Statistics and Public Health, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Received: 2021/03/15 | Accepted: 2021/08/24

Abstract

Background: Patient's companions in the early minutes of symptoms plays an important role in the prognosis of the disease and its mortality in acute coronary syndrome. This study aimed to determine the knowledge and performance of patients' companions about primary measures in patients with acute coronary syndrome referred to Kashan Shahid Beheshti Hospital in 2020.
Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 400 companions of patients with acute coronary syndrome referred to Shahid Beheshti Hospital in Kashan in 2020 who were selected by continuous sampling method. Level of knowledge and performance of the companions was collected using researcher-made questionnaires with the guidance of the researcher. The collected data were analyzed using Chi-Square and Exacta Fisher and Pearson Correlation Coefficients tests.
Results: The results showed that average age of the samples was 40.42±11.67 years. Most of the studied companions were female (62.9%), housewives (52.7%) and first-degree relatives (93.5%). Most of them (40.5%) were under diploma and mostly lived in urban areas (89.1%). Knowledge of most of the participants in the study about the necessary initial measures in the face of patients with acute coronary syndrome at a good level (54.3%) ,but performance level was undesirable (36.1%). There was a significant relationship between knowledge and performance of the companions (r=0.043) (P=0.005). Also, there was a significant relationship between knowledge and performance of the companions with their age and educational level.
Conclusion: Despite the good knowledge level of the studied units, their performance in dealing with patients was at an undesirable level.

Keywords: Knowledge, Performance, Patients' companions, Acute coronary syndrome

***Corresponding Author.**
Email: monirekarimian20@gmail.com
Tel: 00989132627529
Fax: 00983155546633

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, October, 2021; Vol. 25, No 4, Pages 1109-1117

Please cite this article as: Dianati M, Akbari H, Karimian M. A survey on the Knowledge and performance of patients' companions about primary measures in patients with acute coronary syndrome. ***Feyz*** 2021;25(4):1109-17 .

بررسی سطح آگاهی و عملکرد همراهان در زمینه اقدامات اوّلیه در مواجهه با بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری

منصور دیانتی[1]، حسین اکبری[2]، ماه‌منیر کریمیان[3*]

خلاصه

سابقه و هدف: چگونگی عملکرد همراهان بیمار در سندروم حادّ کرونری در دقایق اوّلیه بروز علائم نقش مهمّی در پیش‌آگهی بیماری و مرگ‌ومیر ناشی از آن دارد. هدف از این مطالعه تعیین آگاهی و عملکرد همراهان از اقدامات اوّلیه و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به سندروم حادّ کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۹۹ بود.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی، ۴۰۰ نفر از همراهان بیماران با سندروم حادّ کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۹، به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. اطلاعات مربوط به سطح آگاهی و نحوه عملکرد همراهان در دقایق اوّلیه بروز سندروم، با استفاده از پرسشنامه‌های محقق‌ساخته جمع‌آوری گردید. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون‌های آماری کای‌اسکوئر، دقیق فیشر و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد میانگین سنّ نمونه‌های مورد بررسی ۱۱/۶۷±۴۰/۴۲ سال بود. اکثر همراهان مورد مطالعه زن (۶۲/۹ درصد)، خانه‌دار (۵۲/۷ درصد) و از اقوام درجه یک بیمار (۹۳/۵ درصد) بودند. تحصیلات اکثر آن‌ها (۴۰/۵ درصد) زیر دیپلم بود و بیشتر در محدوده شهری (۸۹/۱ درصد) زندگی می‌کردند. میزان آگاهی اکثر همراهان شرکت‌کننده در این مطالعه در سطح خوب (۵۴/۳٪ درصد) بود، اما سطح عملکرد بیشتر آن‌ها در حدّ نامطلوب (۳۶/۱ درصد) بود. بین آگاهی و عملکرد، رابطه معنی‌دار بود (r=۰/۱۴۳) (P=۰/۰۰۵). همچنین بین آگاهی و عملکرد همراهان با سن و سطح تحصیلات‌شان ارتباط معنی‌دار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: علی‌رغم آگاهی خوب نمونه‌ها، عملکرد بیشتر آن‌ها در مواجهه با بیماران نامطلوب بود.

واژگان کلیدی: آگاهی، عملکرد، همراهان بیمار، سندروم حادّ کرونر

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره بیست و پنجم، شماره ۴، مهر-آبان ۱۴۰۰، صفحات ۱۱۱۷-۱۱۰۹

مقدمه

بیماری‌های قلبی- عروقی یکی از علل عمده مرگ‌ومیر در سطح جهان بوده، یک‌سوم کلّ مرگ‌ومیرها را در جهان به خود اختصاص می‌دهند [۱]. در کشورهای پیشرفته بیماری‌های قلبی - عروقی علت ۵۰ درصد از مرگ‌ها بوده، در مجموع ۴۰ درصد از مردان و ۲۰ درصد از زنان ساکن در این کشورها به بیماری‌های قلبی - عروقی مبتلا هستند [۲]. طبق آمار، در کشور ایران نیز رتبه اوّل مرگ مربوط به بیماری‌های قلبی - عروقی است [۳]. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که میزان مرگ و ابتلا به این گروه از بیماری‌ها در جهان در حال رشد است و پیش‌بینی می‌شود در صورت عدم اجرای مداخلات مؤثر، میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن افزایش یابد [۴،۳].

سندروم حادّ کرونری یک موقعیت اورژانسی با مشخصه شروع ناگهانی و حادّ ایسکمی میوکارد است که در صورت عدم درمان سریع ممکن است منجر به مرگ میوکارد شود [۵]. مدیریت و مراقبت زودهنگام پیش‌بیمارستانی در حمله قلبی بسیار مهم و کمک‌کننده است. این درحالی است که بسیاری از موارد حمله قلبی در حضور خانواده بیمار اتفاق می‌افتند و تقریباً در تمام موارد حمله یا ایست قلبی، شاهدانی از جمله همکاران، خانواده و یا افراد دیگر حضور داشته‌اند و خواسته یا ناخواسته قسمت مهمّی از این مراقبت‌ها توسط این افراد غیرحرفه‌ای یا همراهان عادی که هنگام بروز حمله قلبی اطراف بیمار هستند، انجام می‌شود. آن‌ها با دانش حداقلی می‌توانند حمله قلبی را تشخیص دهند، درخواست کمک کنند و اقدامات اوّلیه را انجام دهند [۸-۶]. برای کمک به شخصی که دچار حمله قلبی شده، آگاهی از فرآیند بیماری و علائم اوّلیه بسیار مهم است. شناسایی علائم و نشانه‌های حمله قلبی و انجام اقدامات فوری و تماس با اورژانس برای اطمینان از دریافت به‌موقع مراقبت‌های اورژانسی می‌تواند شانس بقای این بیماران را افزایش دهد [۹]. براساس مطالعات درصورتی‌که آگاهی افراد از علائم و عوامل خطرساز بیماری‌های عروق کرونر افزایش یابد، عملکرد آن‌ها در کمک به سندروم حادّ عروق کرونری نیز بهبود می‌یابد [۱۱،۱۰]. در حمله قلبی اطلاع به مرکز فوریت‌های اورژانس از مهم‌ترین اقداماتی

۱. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲. دانشیار، گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

*۳. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** بخش مراقبت‌های ویژه، بیمارستان شهید بهشتی کاشان، ایران **تلفن:** ۰۹۱۳۲۶۲۷۵۲۹ **دورنویس:** ۰۳۱۵۵۵۴۶۶۳۳

پست الکترونیک: monirekarimian20@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۰/۶/۲

است که باید توسط افراد حاضر در محل انجام شود؛ به‌طوری‌که اگر اوّلین تماس بیمار یا همراهان، با اورژانس باشد، شانس بقا تا رسیدن به بیمارستان و بقا تا ترخیص به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد [۱۲]. علاوه‌بر تشخیص علائم و تماس مناسب و به‌موقع، بعضی از مداخلات اوّلیه نیز برای این بیماران بسیار حیاتی هستند. از جمله این اقدامات می‌توان به دادن وضعیت مناسب به بیمار، گرفتن شرح‌حال، استفاده از اکسیژن در صورت موجود بودن، گذاشتن قرص زیرزبانی نیتروگلیسیرین (TNG) برای بیمار و دادن ۳ عدد آسپرین ۱۰۰ میلی‌گرمی جویدنی اشاره کرد. همچنین اجتناب از خوراندن مایعات و مواد غذایی به بیمار، حفظ آرامش و دورکردن افراد مضطرب از محل، ارزیابی پیوسته بیمار و در صورت لزوم شروع عملیات احیا (CPR: Cardiopulmonary resuscitation) اقداماتی هستند که بسته به موقعیت می‌توان برای آن‌ها انجام داد [۱۳]. نتایج یک مطالعه نشان داد که انجام عملیات احیای قلبی - ریوی برای بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری توسط افراد حاضر در محلّ حادثه (قبل از رسیدن تیم اورژانس) باعث افزایش بقای بیماران شده است [۱۴]. هرچند در این زمینه یک مطالعه انجام شده است [۶]، ولی با توجه به اهمیت موضوع و افزایش روزافزون تعداد این بیماران در کشور و مراجعان به بیمارستان از یک‌سو و تغییرات سریع در میزان دسترسی عموم مردم به شبکه‌های اجتماعی و تغییرات احتمالی در سطح آگاهی آن‌ها ضرورت انجام مطالعه در این زمینه احساس گردید. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین آگاهی و عملکرد همراهان بیماران از اقدامات اوّلیه در مبتلایان به سندروم حادّ کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۹ طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، مقطعی و از نوع همبستگی بود که بر روی همراهان بیمارانی که دچار سندروم حادّ کرونری شده بودند و در طول سال ۱۳۹۹ به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. در این مطالعه تعداد ۴۰۰ نفر از همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونر واجد معیارهای ورود با روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. معیارهای ورود در این مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۸ سال تمام و رضایت از شرکت در مطالعه، حضور داشتن بر بالین بیمار هنگام بروز حمله قلبی و معیارهای خروج نیز شامل انصراف از پاسخگویی به سؤالات و تکمیل ناقص پرسشنامه بودند. حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه [۶] فراوانی آگاهی و عملکرد ضعیف همراهان بیماران عروق کرونر مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های قلب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران به ترتیب ۶/۳ و ۴۸/۳ درصد بود که با درنظرگرفتن اطمینان ۹۵٪ و دقت ۳٪ برای سنجش آگاهی و دقت ۵٪ برای سنجش (e) حداقل نمونه لازم برای سنجش آگاهی ۲۵۲ و برای سنجش عملکرد ۳۸۴ محاسبه شد که در این مطالعه با توجه به امکانات موجود ۴۰۰ نمونه در نظر گرفته شد.

$$n_{\circ} = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2},$$

1-P=0.95 z=1.96

پس از اخذ مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق (IR.KAUMS.NUHEPM.REC.1399.042) پژوهشگر از بخش اورژانس بیمارستان، لیست بیماران مراجعه‌کننده با تشخیص سندروم حادّ کرونری را که در اورژانس بستری بودند یا به بخش‌های دیگر منتقل شده بودند، استخراج کرد. پژوهشگر پس از حضور در بالین بیمار به همراهان این بیماران که در لحظه وقوع حمله قلبی در کنار بیمار بوده‌اند، دسترسی پیدا کرد و در ملاقات حضوری با آن‌ها توضیح کافی در مورد اهداف تحقیق داده شد. سپس رضایت آگاهانه از همراهان، اخذ شد و براساس معیارهای ورود، انتخاب و وارد مطالعه شدند و اطلاعات موردنیاز توسط پرسشنامه محقق‌ساخته جمع‌آوری گردید. در ضمن برای جمع‌آوری اطلاعات ابتدا توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل‌کردن پرسشنامه به آن‌ها داده شد و فرصت کافی برای تکمیل پرسشنامه توسط همراهان داده شد و هنگام تکمیل پرسشنامه یکی از اعضای تیم تحقیق جهت رفع هرگونه ابهام در دسترس همراه موردنظر قرار داشت. پرسشنامه مورداستفاده در این تحقیق شامل سه بخش مشخصات فردی همراهان، بخش مربوط به میزان آگاهی و بخش مربوط به اقدامات انجام‌شده (عملکرد) توسط همراهان هنگام بروز علائم سندروم حاد کرونری بود. بخش اول پرسشنامه مشخصات فردی و اجتماعی همراهان بیماران دچار سندروم حاد کرونری شامل سن، جنس، شغل، نسبت با بیمار، میزان تحصیلات و محل سکونت بود. بخش بعدی این پرسشنامه جهت سنجش سطح آگاهی همراهان در دو حیطه آگاهی از علائم حمله قلبی و آگاهی از اقدام اوّلیه مناسب در مواجهه با بیمار دچار حمله قلبی تدوین شده و شامل ۲۰ سؤال بود. در این بخش از پرسشنامه سؤال‌های شماره ۱ تا ۸ برای اندازه‌گیری میزان آگاهی همراهان از علائم حمله قلبی و سؤال‌های ۹ تا ۲۰ برای اندازه‌گیری میزان آگاهی آن‌ها از عملکرد مناسب در هنگام مواجهه با بیمار دچار حمله قلبی در نظر گرفته شده بود. پاسخ این سؤالات در قالب سه گزینه بله، خیر و نمی‌دانم بود. به انتخاب گزینه «صحیح»

امتیاز یک و به گزینه «غلط» و «نمی‌دانم» امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. کلّ امتیازات کسب‌شده این قسمت بین صفر تا ۲۰ بود. در کل با توجه به امتیازات کسب‌شده از این بخش، آگاهی همراهان در سه سطح ضعیف (۶-۰)، متوسط (۱۳-۷) و خوب (۲۰-۱۴) تقسیم‌بندی شد. جهت تعیین روایی پرسشنامه، پس از نظرسنجی از تعداد ۱۱ نفر از خبرگان با رشته‌ی تخصصی پرستاری دارای مدرک دکترا و فوق‌لیسانس که حداقل ۵ سال سابقه کار داشتند، شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا سنجیده شد که برای سؤالات مربوط به آگاهی همراهان در رابطه با اقدامات اوّلیه در سندروم حادّ کرونری شاخص روایی محتوا (CVI: Content validity index) و نسبت روایی محتوا (CVR: Content validity ratio) به‌ترتیب ۹۸/۴٪ و۹۳/۷٪ محاسبه شد. پایایی پرسشنامه از طریق کودر ریچارسون ۲۱ محاسبه و با ضریب ۰/۷۲ تأیید گردید. بخش سوم پرسشنامه جهت سنجش عملکرد همراهان موردمطالعه هنگام بروز سندروم حادّ کرونری (حمله قلبی) در قالب ۱۳ سؤال تنظیم شده بود. پاسخ سؤالات ۱ تا ۷ به‌صورت دو گزینه بله و خیر بود. به گزینه «صحیح» امتیاز یک و به گزینه «غلط» امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. سؤال ۸ پنج گزینه داشت که به گزینه «صحیح» (گزینه اوّل) امتیاز یک و به «سایر گزینه‌ها» امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. سؤال ۹، ۱۰ و ۱۱ سه گزینه داشت. در سؤال ۹ گزینه صحیح می‌توانست «گزینه اوّل یا گزینه سوم» باشد که به هر کدام از آن‌ها که جواب داده شده بود، امتیاز یک و به گزینه «وسط» امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. در رابطه با سؤالات ۱۰ و ۱۱ به گزینه اوّل (گزینه صحیح) امتیاز یک و به گزینه دوم یا گزینه سوم (غیرقابل ارزیابی) امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. سؤالات ۱۳-۱۲ در صورتی توسط همراه پاسخ داده می‌شد که بیمار در ادامه سیر علائم بیهوش شده بود و در صورت پاسخ به گزینه صحیح امتیاز یک و به بقیه گزینه‌ها امتیاز صفر تعلق می‌گرفت. بنابراین کلّ امتیازات کسب‌شده این ابزار بین صفر تا ۲۶ بود و با توجه به مجموع امتیازات، عملکرد در دو سطح نامطلوب (۱۶ و کمتر) و مطلوب (۱۷ به بالا) تقسیم‌بندی شدند. تعیین روایی این بخش از پرسشنامه نیز با نظرسنجی از تعداد ۱۱ نفر از متخصصان شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا به‌ترتیب ۹۹/۵٪ و ۹۳/۷۵٪ به‌دست آمد. پایایی پرسشنامه از طریق کودر ریچارسون ۲۱ محاسبه و (۰/۶۸) تعیین گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها وارد SPSS نسخه ۱۶ شد و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و انجام آزمون‌های مربوطه تحلیل شدند. در این مطالعه از آزمون‌های آماری کای‌اسکوئر و دقیق فیشر برای تحلیل متغیرهای کیفی استفاده شد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون و تعیین ضریب توافق کاپا برای همبستگی تک‌متغیر استفاده شد. سطح معناداری ($P<$ ۰/۰۵) در نظر گرفته شد.

نتایج

با توجه به ناقص بودن ۱۵ مورد از پرسشنامه‌ها، در کل اطلاعات مربوط به ۳۸۵ پرسشنامه تکمیل‌شده تجزیه‌وتحلیل شدند. در رابطه با مشخصات فردی نتایج نشان داد که دامنه سنی همراهان ۱۸ تا ۸۰ سال با میانگین ۱۱/۶۷±۴۰/۴۲ بود. اکثر همراهان موردمطالعه زن (۶۲/۹ درصد)، خانه‌دار (۵۲/۷ درصد) و از اقوام درجه یک بیمار (۹۳/۵ درصد) بودند. تحصیلات اکثر آن‌ها (۴۰/۵ درصد) زیردیپلم بود و اکثراً در محدوده شهری (۸۹/۱ درصد) زندگی می‌کردند. دیگر نتایج نشان داد که در این مطالعه سطح آگاهی ۵۴/۳ درصد از همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری خوب، ۴۳/۹ درصد دارای سطح متوسط و ۱/۸ درصد ضعیف بود. همچنین عملکرد ۶۳/۹ درصد از جامعه مورد پژوهش در سطح نامطلوب و عملکرد ۳۶/۱ درصد در سطح مطلوب بود. در رابطه با سطح آگاهی و عملکرد همراهان از اقدامات اوّلیه در بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری برحسب مشخصات فردی و شغلی همراهان از آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد که سطح آگاهی باتوجه به سن و تحصیلات به‌ترتیب با $P<$۰/۰۰۱ و $P=$۰/۰۴۹ اختلاف معنی‌دار است؛ ولی سطح آگاهی برحسب جنس، محلّ سکونت، شغل، محلّ کار و نسبت با بیمار، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- سطح آگاهی همراهان از علائم و اقدامات اوّلیه برحسب مشخصات فردی

متغیر	وضعیت	سطح آگاهی						*P*.value
		ضعیف		متوسط		خوب		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۳	۱/۲	۱۰۱	۴۱/۸	۱۳۸	۵۷	۰/۲۴۸
	مرد	۴	۲/۸	۶۸	۴۷/۵	۷۱	۴۹/۷	
سن	۲۹ سال و کمتر	۱	۱/۴	۴۸	۶۶/۶	۲۳	۳۱/۸	<۰/۰۰۱
	۳۰-۴۹	۳	۱/۳	۹۳	۳۹/۶	۱۳۹	۵۹/۱	
	۵۰ سال وبیشتر	۳	۳/۸	۲۸	۳۵/۹	۴۷	۶۰/۳	
تحصیلات	بی‌سواد	۲	۱۲/۵	۷	۴۳/۸	۷	۴۳/۸	۰/۰۴۹

	زیر دیپلم	۴	۲/۶	۷۴	۴۷/۴	۷۸	۵۰
	دیپلم و فوق‌دیپلم	۱	۰/۷	۵۵	۴۱	۷۸	۵۸/۲
	لیسانس	۰	۰	۲۸	۴۳/۱	۳۷	۵۶/۹
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۰	۰	۵	۳۵/۷	۹	۶۴/۳
محلّ سکونت	شهر	۶	۱/۷	۱۵۰	۴۳/۷	۱۸۷	۵۴/۵
	روستا	۰	۰	۷	۳۵	۱۳	۶۵
	حومه شهر	۱	۴/۵	۱۲	۵۴/۵	۹	۴۰/۹
شغل	خانه‌دار	۳	۱/۵	۸۸	۴۳/۳	۱۱۲	۵۵/۲
	کارگر	۱	۲/۹	۱۴	۴۱/۲	۱۹	۵۵/۹
	کارمند	۱	۲/۲	۱۶	۳۵/۶	۲۸	۶۲/۲
	آزاد	۲	۲/۵	۴۶	۵۲	۴۰	۴۵/۵
	بازنشسته	۰	۰	۵	۳۳/۳	۱۰	۶۶/۷
محلّ کار	مراکز درمانی	۰	۰	۱	۵۰	۱	۵۰
	مراکز غیردرمانی	۷	۱/۸	۱۶۸	۴۳/۹	۲۰۸	۵۴/۳
نسبت با بیمار	درجه یک	۷	۱/۹	۱۵۷	۴۳/۶	۱۹۶	۵۴/۴
	فامیل	۰	۰	۱۰	۵۵/۶	۸	۴۴/۴
	دوست و آشنا	۰	۰	۲	۳/۳۳	۴	۶۶/۷
	غریبه	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰

	۰/۵۰
	۰/۷۳۹
	۰/۹۷۰
	۰/۸۶۶

همچنین در رابطه با آگاهی همراهان موردمطالعه از علائم بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری، بیشتر آن‌ها احساس درد و ناراحتی در قفسه سینه (۹۳/۸٪) و تنگی نفس (۸۰ ٪) را از جمله علائم این سندروم می‌دانستند. این درحالی بود که تنها ۳۷/۱٪ علامت درد و ناراحتی در چانه و گردن را نیز از علائم این سندروم می‌دانستند (جدول شماره ۲). همچنین دیگر نتایج نشان داد که ۱۴/۵ درصد از مشارکت‌کنندگان از هر ۶ علامت اصلی سندروم حادّ کرونری شامل قفسه سینه، درد در بازو و شانه، درد یا ناراحتی در فک و گردن، درد یا ناراحتی پشت، احساس تنگی نفس و ضعف و سرگیجه آگاهی داشتند.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی آگاهی همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری از علائم آن

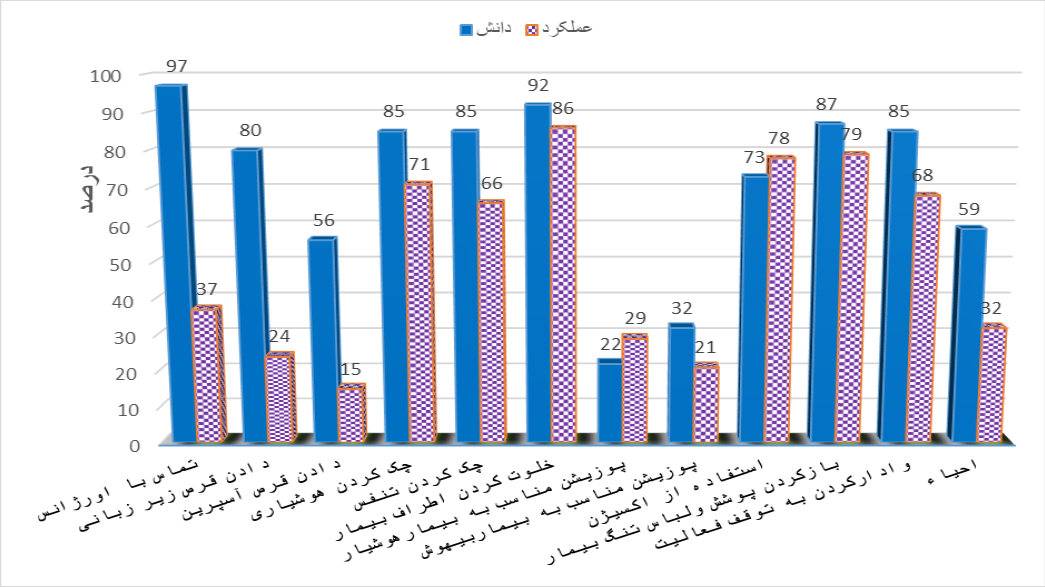
علائم بیماری	جواب صحیح (درصد) تعداد	جواب غلط (درصد) تعداد
درد و ناراحتی در قفسه سینه	۳۶۱(۹۳/۸)	۲۴(۶/۲)
تنگی نفس	۳۰۸(۸۰)	۷۷(۲۰)
تعریق سرد فراوان	۲۹۰(۷۵/۳)	۹۴(۲۴/۴)
درد و ناراحتی در بازو و شانه	۲۸۰(۷۲/۷)	۱۰۵(۲۷/۳)
درد و ناراحتی در پشت	۲۲۷(۷۱/۹)	۱۰۸(۲۸/۱)
تهوع و یا استفراغ	۱۸۵(۴۸/۱)	۲۰۰(۵۱/۹)
ضعف، سرگیجه ناگهانی و یا غش‌کردن ناگهانی	۱۸۰(۴۶/۸)	۲۰۵(۵۳/۲)
درد و ناراحتی در چانه، گردن	۱۴۳(۳۷/۱)	۲۴۲(۶۲/۹)

در رابطه با چگونگی عملکرد همراهان نتایج نشان داد که تنها عملکرد ۳۶/۱ درصد از آن‌ها در سطح مطلوب بود و بقیه (۶۳/۹ درصد) عملکرد مطلوبی در مواجهه با بروز سندروم حادّ کرونری در بیماران نداشتند. همچنین در رابطه با سطح عملکرد همراهان موردمطالعه (دو سطح مطلوب و نامطلوب) برحسب تحصیلات و سنّ آن‌ها آزمون کای دو به‌ترتیب با $P<۰/۰۰۱$ و $P=۰/۰۲۷$ اختلاف معنی‌داری را نشان داد؛ ولی بین سطح عملکرد با جنس، محلّ سکونت، شغل، محلّ کار و نسبت با بیمار، اختلاف آماری معنی‌دار وجود نداشت. در مورد رابطه بین آگاهی و عملکرد همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری در برخورد با حمله قلبی بیمارشان نتایج نشان داد که ۳۰/۴ درصد از همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری از نظر سطح آگاهی، متوسط ولی از لحاظ عملکرد، در سطح نامطلوب بودند؛ اما ۲۲/۳ درصد از هر دو جنبه در سطح خوب بودند. آزمون همبستگی اسپیرمن رابطه معنی‌داری بین سطح آگاهی

و عملکرد همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری نشان داد (r=۰/۱۴۳) و ضریب توافق کاپا بین آگاهی و عملکرد همراهان نیز برابر با ۰/۰۹۷ (P= ۰/۰۳۵) بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- همبستگی بین سطح آگاهی و عملکرد همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری از اقدامات مناسب در برخورد اوّلیه با بیمار

عملکرد	آگاهی			جمع
	ضعیف (۶-۰) (درصد) تعداد	متوسط (۱۳-۷) (درصد) تعداد	خوب (۲۰-۱۴) (درصد) تعداد	(درصد) تعداد
نامطلوب (۱۶ و کمتر)	۶(۱/۶)	۱۱۷(۳۰/۴)	۱۲۳(۳۱/۹)	۲۴۶(۶۳/۹)
مطلوب (۱۷به بالا)	۱(۰/۳)	۵۲(۱۳/۵)	۸۶(۲۲/۳)	۱۳۹(۳۶/۱)
جمع	۷(۱/۸)	۱۶۹(۴۳/۹)	۲۰۹(۵۴/۳)	۳۸۵(۱۰۰)
ضریب همبستگی اسپیرمن	r=۰/۱۴۳ (P=۰/۰۰۵)			



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی آگاهی و عملکرد همراهان از اقدامات اوّلیه در برخورد با بیماران دچار سندروم حادّ کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۹

نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد که در اکثر موارد عملکرد همراهان در مقایسه با دانش آن‌ها پایین‌تر است. بارزترین اختلاف آن‌جایی است که ۹۷/۴ درصد از همراهان می‌دانستند که باید بیمار را با آمبولانس به بیمارستان برسانند اما در عمل ۶۳/۶ درصد از همراهان بیماران خود را با خودرو شخصی به بیمارستان رسانده بودند.

بحث

هدف از مطالعه حاضر، تعیین آگاهی و عملکرد همراهان از اقدامات اوّلیه و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به سندروم حادّ کرونری مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۹ بود. طبق نتایج به‌دست‌آمده، سطح آگاهی ۵۴/۳ درصد از شرکت‌کنندگان مورد پژوهش در سطح خوب بود. در مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۱) نیز آگاهی اعضای خانواده در مواجهه با حمله قلبی بیمار در سطح خوب (۶۰/۳ درصد) گزارش شد [۶]. در بخش آگاهی از علائم تعداد کمی از آن‌ها (حدود ۱۴/۵ درصد) از تمام ۶ علامت اصلی سندروم حادّ کرونری آگاهی داشتند. در این رابطه نتایج مطالعات Abdo Ahmed و همکاران (۲۰۲۰) در مالزی، Kim و همکاران (۲۰۱۶) در کره جنوبی، مطالعه Awad و

همکاران (۲۰۱۴) در کویت و مطالعه Khan و همکاران (۲۰۱۷) در کشور امارات هم‌سو با این مطالعه نشان داد که اکثر پاسخ‌دهندگان درد قفسه سینه و تنگی نفس را به‌عنوان علائم حمله قلبی می‌شناختند. از سوی دیگر ۱۱/۵ درصد از افراد شرکت‌کننده در مالزی و ۱۰/۹ درصد از افراد در کره‌جنوبی و ۸/۵ درصد از شرکت‌کنندگان در کویت از پنج علائم شایع قلبی آگاهی داشتند؛ با این تفاوت که در این مطالعات «احساس درد یا ناراحتی در قفسه سینه» و «احساس ناراحتی در پشت» با هم ادغام شده بود [۱۸-۱۵]. در مطالعه‌ای در ایالات متحده، آگاهی کامل از پنج تا از علائم شایع قلبی ۵۴ درصد گزارش شده است که نسبت به نتایج این پژوهش و مطالعات فوق تفاوت قابل‌توجهی است [۱۹]. این تفاوت می‌تواند ناشی از برنامه‌های آموزشی، نقش رسانه‌ها و سامانه‌های بهداشتی - درمانی و یا دیگر عوامل جامعه‌شناختی باشد. در این پژوهش درمورد وجود ارتباط بین سطح آگاهی با سن و سطح تحصیلات، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت؛ اما تفاوت آماری معنی‌داری بین سطح آگاهی با دیگر مشخصات فردی دیده نشد. در همین راستا مطالعه وان‌هوسر و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین سن و تحصیلات با نمره آگاهی از علائم حمله قلبی را نشان داد، به‌طوری‌که میزان دانش در جمعیت با سطح تحصیلات پایین‌تر و مسن‌تر کمتر بود [۲۰]. در مطالعه Quah و همکاران نیز افراد با تحصیلات پایین، کمترین دانش را در مورد آگاهی از علائم قلبی داشتند [۲۱]. اما در مطالعاتی همچون مطالعه Abdo Ahmed و مطالعه حیدری و همکاران از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری بین سطح آگاهی با تحصیلات و سن وجود نداشت [۲۲،۶]. در مطالعه کوآه و همکاران رابطه معنی‌داری بین سطح آگاهی و شغل مشاهده شد، به‌طوری‌که افراد بازنشسته و بیکار کمترین سطح آگاهی را از علائم قلبی داشتند [۲۱] که با نتایج این مطالعه متفاوت است. بخش دیگری از نتایج این مطالعه نشان داد که علی‌رغم آگاهی خوب اکثر همراهان از اقدامات مطلوب در مواجهه با سندروم حادّ کرونری، عملکرد حدود دو سوم (۶۳/۹ درصد) آن‌ها نامطلوب بود. هرچند اکثر همراهان در زمینه اقداماتی چون کنترل وضعیت هوشیاری و تنفس، اکسیژن‌تراپی، بازکردن پوشش‌های تنگ بیمار و استراحت‌دادن به بیمار عملکرد مناسب داشتند، ولی عملکرد آنان در دادن پوزیشن مناسب به بیمار، استفاده از قرص آسپرین یا پرل نیتروگلیسیرین و همچنین تماس با اورژانس فوریت‌های پزشکی ۱۱۵ مناسب نبود. در مطالعه تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) نیز شایع‌ترین رفتار مطلوب استراحت دادن به بیمار و شایع‌ترین رفتار نامطلوب عدم تماس با اورژانس ۱۱۵ و عدم استفاده از قرص زیرزبانی ذکر شده است [۲۳] که در راستای نتایج مطالعه حاضر است. یکی از عملکردهای مطلوب و مورد انتظار از همراهان در این پژوهش احیای قلبی - ریوی پایه برای بیمار در صورت لزوم بود. در این خصوص از ۲۲ نفر همراه بیمار که شاهد ارست قلبی - تنفسی بیمار بودند، ۷ نفر (۳۲ درصد) اقدام به ماساژ قلبی و تنفس مصنوعی کرده بودند. در مطالعه دیگری که توسط دیانتی و همکاران (۱۳۹۳) در شهرستان کاشان انجام شد، نتایج مطالعه نشان داد که میزان انجام احیای قلبی - ریوی توسط همراهان بسیار کم و ناچیز (۳/۶ درصد) بوده است [۲۴] که علت را می‌توان جامعه مورد پژوهش دانست، زیرا در آن مطالعه احیای قلبی - ریوی در بیماران مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است و در این مطالعه تنها گروه کوچکی از بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در مطالعه حیدری و همکاران نیز تعداد اندکی از اعضای خانواده اقدام به احیای قلبی - ریوی برای بیماران خود کرده بودند [۶]. این آمار در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته اختلاف قابل‌توجهی دارد. در مطالعه Ghose و همکاران در اسکاتلند این میزان را از مجموع ۷۹۲۸ ایست قلبی خارج بیمارستانی، ۵۲ درصد گزارش کرده‌اند [۲۵]. در مطالعه Gräsner و همکاران میزان احیای قلبی و ریوی همراهان در کشورهای اروپایی بین ۱۵ تا ۶۰ درصد بوده که این میزان در اسپانیا و آلمان کمتر و در سوئد بیشتر بوده است [۲۶]. شاید پایین‌بودن سطح احیا در جامعه را بتوان به عواملی چون آموزش‌ندیدن عموم افراد در سطح جامعه، ترس از انتقال بیماری و یا ترس از آسیب‌زدن بیشتر به فردی که دچار ارست قلبی و تنفسی شده است، نسبت داد که انجام احیا را تحت‌تأثیر قرار داده، باعث می‌شود که افراد منتظر بمانند تا افراد حرفه‌ای سر صحنه حاضر شوند. از سوی دیگر نتایج این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری را بین سطح عملکرد با سن و تحصیلات نشان داد. اما بین سطح عملکرد با شغل و جنسیت همراهان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. هم‌راستا با این نتایج در مطالعه فرشیدی و همکاران و Lund-Kordahl و همکاران نیز بین سطح آموزش و عملکرد ارتباط معنی‌داری وجود داشت [۲۸،۲۷]. اما در مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۳) بین سن، سطح تحصیلات و جنس واحدهای موردپژوهش با سطح عملکرد آن‌ها در مواجهه با حمله قلبی بیمارشان تفاوت معنی‌داری نبود [۶]. دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که هرچند عملکرد همراهان بیماران مبتلا به سندروم حادّ کرونری نسبت به آگاهی آن‌ها از اقدامات اوّلیه در کمک به این بیماران پایین است، اما آزمون همبستگی اسپیرمن بین آگاهی و عملکرد همراهان مورد پژوهش از نظر آماری همبستگی مثبت نشان داد. هم‌راستا با این نتایج در مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۱) نیز ارتباط آماری معنی‌داری بین آگاهی و عملکرد اعضای

خانواده در برخورد با حمله قلبی مشاهده شد (r=۰/۱۶۴) (P=۰/۰۰۴) [۶]. نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد که سطح دانش و عملکرد در بعضی از موارد بسیار نزدیک هستند و در مواردی مانند تماس با اورژانس ۱۱۵، دادن قرص زیرزبانی و دادن آسپیرین هرچند آگاهی بالا بود، ولی در عمل بسیاری از همراهان اقدامی نکرده بودند. احتمالاً ترس، اضطراب و استرس همراهان هنگام بروز سندروم و فشار دیگر همراهان می‌تواند در تصمیم آن‌ها به کمک‌دادن مناسب و عمل به دانش تأثیر بگذارد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم امکان مشاهده مستقیم نحوه عملکرد همراهان بیماران سندروم حادّ کرونری هنگام روبه‌رو شدن با بروز سندروم حادّ کرونری در بیمار خود بود و با توجه به این‌که چگونگی عملکرد از خود همراهان پرسیده شده ممکن است با عملکرد واقعی آن‌ها در هنگام حمله قلبی منطبق نباشد.

نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر نشان داد که آگاهی اکثر همراهان بیماران سندروم حادّ کرونری از علائم و اقدامات مناسب هنگام روبه‌رو شدن با بروز سندروم حادّ کرونری در بیمار خود در سطح خوب بود، ولی عملکرد بیشتر آن‌ها در مواجهه با این سندروم نامطلوب است. همچنین سطح آگاهی و عملکرد برحسب سن و سطح تحصیلات اختلاف معنی‌داری داشت. از سوی دیگر بین آگاهی و عملکرد آن‌ها همبستگی مثبتی وجود داشت. اما در بعضی از موارد مانند تماس با اورژانس و دادن قرص زیرزبانی نیتروگلیسرین بیشتر آن‌ها به دانش خود عمل نکرده بودند. به‌نظر می‌رسد باتوجه به اهمیت شیوع بالای سندروم حادّ کرونری و نقش اقدامات اوّلیه توسط همراهان در جلوگیری از عوارض آن، برخی اقدامات برای توانمندسازی آحاد مردم جامعه ضروری است. همچنین هیچ‌گونه تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود نداشت.

تشکر و قدردانی

محققان برخود لازم می‌دانند از مدیریت و پرسنل درمانی بخش‌های اورژانس،CCU1، CCU2 ، طبی ۴ و پست‌کت و پستICU بیمارستان شهید بهشتی کاشان و همراهان شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

Refrences

[1] Mohseni J, Kazemi T, Maleki MH, Beydokhti H. A systematic review on the prevalence of acute myocardial infarction in Iran. ***Heart views,*** 2017 Oct;18(4):125.

[2] 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*** cardiovascular disorders. 2012;12(1):1-7.

[3] Saadat S, Yousefifard M, Asady H, Jafari AM, Fayaz M, Hosseini M. The most important causes of death in Iranian population; a retrospective cohort study. ***Emergency***. 2015;3(1):16. [in Persian]

[4] Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. ***lancet***. 2012;380(9859:2095-128.

[5] Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Wolters kluwer, india Pvt Ltd; 2018 Aug 30.

[6] Heydari H, Farhaninia M, Safdari M, Haghani H. The relationship between knowledge and family members' performance in confront with patient's heart attack. ***Icns***, 2012;1(3):24-30. [in Persian]

[7] Rawles JM. Quantification of the benefit of earlier thrombolytic therapy: five-year results of the Grampian Region Early Anistreplase Trial (GREAT). ***JACC,*** 1997 Nov 1;30(5):1181-6

[8] Glass GF, Brady WJ. Bystander intervention in out-of-hospital cardiac arrest. ***JAMA,*** 2019;2(3):e191008-e.

[9] Fang J, Luncheon C, Ayala C, Odom E, Loustalot F. Awareness of heart attack symptoms and response among adults—United States, 2008, 2014, and 2017. ***MMWR,*** 2019;68(5):101.

[10] Li X, Zhang Y, Wang M, Lv X, Su D, Li Z, et al. The prevalence and awareness of cardiometabolic risk factors in Southern Chinese population with coronary artery disease. ***The Scientific World Jl***, *2013*.

[11] Almalki MA, AlJishi MN, Khayat MA, Bokhari HF, Subki AH, Alzahrani AM, et al. Population awareness of coronary artery disease risk factors in Jeddah, Saudi Arabia: a cross-sectional study. ***Int J Gen Med*** 2019; 12:63.

[12] Nehme Z, Andrew E, Cameron P, Bray JE, Meredith IT, Bernard S, et al. Direction of first bystander call for help is associated with outcome from out-of-hospital cardiac arrest. ***Resuscitation.*** 2014;85(1):42

[13] Merchant RM, Topjian, AA, Panchal AR, Cheng A, Aziz K, Berg KM, et al. Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. ***Circulation***, 142(16_Suppl_2), S337-S357

[14] Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, Weeke P, Hansen CM, Christensen EF, et al. Association of

national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. ***Jama.*** 2013;310(13):1377-84.
[15] Abdo Ahmed AA, Mohammed Al-Shami A, Jamshed S, Fata Nahas AR, Mohamed Ibrahim MI. Public Awareness of and Action towards Heart Attack Symptoms: An Exploratory Study. ***Int. J. Environ. Res. Public Health.*** 2020;17(23):8982.
[16] Kim H-S, Lee H, Kim K, Park H-K, Park K-S, Kang GW, et al. The general public's awareness of early symptoms of and emergency responses to acute myocardial infarction and related factors in South Korea: a national public telephone survey ***J. Epidemio,*** 2016:JE20150074.
[17] Awad A, Al-Nafisi H. Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey. ***BMC public health***:1-11(1)14;2014.
[18] Khan NS, Shehnaz SI, Guruswami GK, Ibrahim SAM, Mustafa SAJ. Knowledge of warning signs, presenting symptoms and risk factors of coronary heart disease among the population of Dubai and Northern Emirates in UAE: a cross-sectional study. ***Nepal J Epidemiol***, 2017;7(2):670.
[19] Mahajan S, Valero-Elizondo J, Khera R, Desai NR, Blankstein R, Blaha MJ, et al. Variation and disparities in awareness of myocardial infarction symptoms among adults in the United States. ***JAMA***, 2019;2(12):e1917885-e.
[20] Van Hooser JC, Rouse KL, Meyer ML, Siegler AM, Fruehauf BM, Ballance EH, et al. Knowledge of heart attack and stroke symptoms among US Native American Adults: a cross-sectional population-based study analyzing a multi-year BRFSS database. ***BMC public health***, 2020;20(1):40
[21] Quah JLJ, Yap S, Cheah SO, Ng YY, Goh ES, Doctor N, et al. Knowledge of signs and symptoms of heart attack and stroke among Singapore residents. BioMed research international. 2014;2014
[22] Ahmed AAA, AL-Shami AM, Jamshed S, Nahas ARF. Development of questionnaire on awareness and action towards symptoms and risk factors of heart attack and stroke among a Malaysian population. ***BMC public Health***, 2019;19(1):1300
[23] Taghizadeh-valdi T, Kazemnezhad Leili E.Treatment seeking behavior and related factors in patients with acute coronary syndrome. ***J Holist Nurs Midwifery,*** 2016;26(2):38-48[in Persian].
[24] Dianati M, Assari-Maraghi A, Paravar M ,Gilasi HR. Bystander's cardiopulmonary resuscitation rate and related factors in Kashan, Iran in 2014. ***FEYZ***, 2015;19(4):341-8[[in Persian].
[25] Ghose R, Lyon R, Clegg G, Gray A. Bystander CPR in south east Scotland increases over 16 years. ***Resuscitation,*** 2010;81(11):1488-91.
[26] Gräsner J-T, Herlitz J, Koster R, Rosell-Ortiz F, Stamatakis L, Bossaert L. AS29 Bystander CPR by lay-people in Europe.***Resuscitation,*** 2011(82):S8.
[27] Farshidi H, Rahimi S, Abdi A, Salehi S, Madani A. Factors associated with pre-hospital delay in patients with acute myocardial infarction. ***Iran Red Crescent Med J,*** 2013;15(4):312. [in Persian]
[28] Lund-Kordahl I, Mathiassen M, Melau J, Olasveengen TM, Sunde K, Fredriksen K. Relationship between level of CPR training, self-reported skills, and actual manikin test performance an observational study. ***Int J Emerg Med,*** 2019 Dec;12(1):1-8.