Original Article

Seeking treatment behaviors for acute myocardial infarction symptoms in patients referred to Kashan Shahid Beheshti Hospital 2006-7

Dianati M[1]*, Adib-Hajbaghery M[1], Taghadosy M[1], Akbari H[2]

1- Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran

2- Department of Statistics and Public Health, Faculty of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I.R. Iran

Received September 9, 2009; Accepted May 29, 2010

Abstract:

Background: The time spend for prehospital action and the type of seeking treatment behaviors of MI patients are important. The present study was conducted to answer seeking treatment behaviors at patients with myocardial infarction (MI) in Kashan Shahid Beheshti Hospital.

Materials and Methods: A cross-sectional case study was conducted on 280 patients with MI during 2006-7. Data were gathered using a questionnaire including 7 questions related to the demographic characteristics of subjects, the time of manifestation of symptoms, the hospitalization history, the initial perception of symptoms, the patient's seeking treatment behaviors and methods using to come to the hospital. The patient's behaviors were categorized in two groups of appropriate and inappropriate.

Results: From a total of 280 samples 73.8% were men (mean age: 61.37±13.34 years) and 26.4% were female (mean age: 67.21±9.97 years). The most revealed behaviors were rest (42.5%), self medication (34.3%) and calling the Emergency Medical Service (22.85%), using sublingual TNG (20.5%), respectively. Only 107 patients had appropriate seeking treatment behaviors. On the other hand, 60 patients displayed inappropriate treatment behaviors. A combination of appropriate and inappropriate seeking treatment behaviors have also reported by 113 patients.

Conclusion: A considerable number of the patients with MI demonstrated inappropriate seeking treatment behavior. Public education would be helpful to reduce the prevalence of the inappropriate behaviors.

Keywords: Myocardial infarction, Seeking treatment behaviors, Delay

* **Corresponding Author.**
Email: mandianati@yahoo.com
Tel: 0098 913 363 3291
Fax: 0098 361 555 6633

Conflict of Interests: *No*

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Summer 2010; Vol 14, No 2, Pages 133-139

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-07-13]

بررسی رفتارهای درمان طلبی بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال‌های ۸۶-۱۳۸۵

منصور دیانتی[1*]، محسن ادیب حاج باقری[2]، محسن تقدسی[1]، حسین اکبری[3]

خلاصه

سابقه و هدف: زمان سپری شده تا رسیدن به بیمارستان و نوع واکنش اولیه برای افرادی که از انفارکتوس حاد میوکارد رنج می برند، اهمیت دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین رفتارهای درمان طلبی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به انفارکتوس حاد میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مقطعی روی ۲۸۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸٦ انجام گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ای که خصوصیات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سابقه بستری، زمان بروز علائم، شدت درد، برداشت اولیه ذهنی بیماران از درد و علائم خود، رفتارهای درمان طلبی هنگام مواجه شدن با علائم، نحوه مراجعه به بیمارستان و زمان رسیدن به اولین مرکز درمانی بودند، جمع آوری گردید و این رفتارها به دو دسته مطلوب و نامطلوب تقسیم شدند.

نتایج: تعداد ۷۳/٦ درصد از نمونه‌ها مرد با میانگین سن ۱۳/۳٤±٦۱/۳۷ و ۲٦/٤ درصد زن با میانگین سن ۹/۹۷±٦۷/۲۱ سال بودند. شایع-ترین رفتارها در جمعیت مورد مطالعه به ترتیب استراحت (٤۲/۵ درصد)، مصرف خود سرانه داروها (۳٤/۳ درصد)، تماس با ۱۱۵ (۲۲/۸۵ درصد) و قرار دادن قرص زیر زبانی (۲۰/۵ درصد) بود. در کل تعداد ۱۰۷ نفر رفتارهای مطلوب، ٦۰ نفر رفتارهای نامطلوب و ۱۱۳ نفر هم ترکیبی از هر دو دسته رفتار را داشتند.

نتیجه گیری: بیشتر مبتلایان به انفارکتوس میوکارد حداقل یک رفتار نامطلوب هنگام بروز علائم داشته‌اند که می‌تواند اثرات زیان باری در پی آمد بیماری داشته باشد. راهکارهای آگاهی بخش افراد در خطر، به احتمال زیاد می تواند نقش موثری در این رابطه ایفا نمایند.

واژگان کلیدی: انفارکتوس حاد میوکارد، رفتارهای درمان طلبی، تاخیر

فصلنامه علمی - پژوهشی فیض، دوره چهاردهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹، صفحات ۱۳۹-۱۳۳

مقدمه

در حال حاضر بیماری‌های عروق کرونر اولین عامل مرگ و میر در کشورهای پیش رفته می‌باشند [۱]. بررسی‌های انجام شده گزارش می‌دهند که هر ساله ۱/۵ میلیون آمریکایی دچار انفارکتوس میوکارد می‌شوند و ۵۰۰ هزار نفر از آنها در اثر آن می-میرند [۲]. با افزایش اختلالات عروق کرونری تا سال ۲۰۱۰ این بیماری‌ها به عنوان اولین عامل مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه نیز محسوب می‌گردند [۳].

مرگ و میر زودرس (در ۳۰ روز اول) ناشی از انفارکتوس حاد میوکارد در حدود ۳۰ درصد است و علی‌رغم بهبود خدمات فوریت‌های پزشکی بیش از ۵۰ درصد آن قبل از رسیدن به بیمارستان رخ می‌دهد [٤]. بنابراین زمان و نوع واکنش اولیه برای افرادی که از انفارکتوس حاد میوکارد رنج می‌برند، اهمیت دارد و می‌تواند در سرنوشت آنها نقش تعیین کننده داشته باشد. شواهد نشان می‌دهد که میزان ناخوشی و مرگ در بیمارانی که انفارکتوس حاد میوکارد را تجربه کرده‌اند و در ۲ ساعت اول درمان استاندارد را دریافت کرده‌اند، فوق العاده کاهش می‌یابد [۵،۳،۱]. در سال-های اخیر درمان‌هایی که خون‌رسانی عروق کرونر را مجددا برقرار می‌کنند تا آسیب‌هایی ناشی از انفارکتوس حاد میوکارد کاهش یابد، گسترش یافته‌اند؛ این درمان‌ها شامل استفاده از روش‌های دارویی مثل ترومبولیتیک‌ها، عوامل ضد انعقاد و ضد پلاکت و روش‌های مکانیکی از قبیل آنژیوپلاستی، جراحی بای پس عروق کرونری و استنت گذاری عروق کرونر می‌باشند و هرچه وقفه بین شروع علائم و زمانی که دارو تجویز می‌شود کاهش یابد، نتیجه بهتری حاصل می‌شود [۵]. یک مطالعه در استرالیا نشان می‌دهد که اگر درمان تا ۱ ساعت از شروع علائم آغاز گردد، مرگ و میر به

[1] مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[2] دانشیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[3] مربی، گروه آمار و بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نشانی نویسنده مسوول:**

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تلفن: ۰۹۱۳۳٦۳۳۲۹۱ **دورنویس:** ۰۳٦۱ ۵۵۵٦٦۳۳

پست الکترونیک: mandianati@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۱۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۸۹/۳/۸

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-07-13]

میزان ٤٥ درصد کاهش می‌یابد و در صورتی که درمان بعد از ۳ ساعت از شروع علائم آغاز شود، مرگ و میر ۲۳ درصد کاهش می‌یابد [٦]. مطالعه دیگری در آمریکا نشان داد که فقط ۵ درصد بیماران درمان‌های خون‌رسانی مجدد در ظرف ساعت اول بعد از شروع علائم را دریافت کرده‌اند و اکثر بیماران با تاخیر به بخش اورژانس می‌رسند. این تاخیر جهت درمان در هر مرحله‌ای طی انتقال بیمار به بیمارستان یا بعد از ورود به بخش اورژانس می‌تواند اتفاق بیافتد؛ اما اغلب این تاخیر مربوط به دوره قبل از رسیدن بیمار به بیمارستان است. هر چند زمان بین آغاز علایم و شروع درمان در میزان بقای بیماران نقش دارد، بعضی از بیماران ساعت‌ها و یا حتی روزها منتظر می‌مانند تا بلکه علایم برطرف شوند. و درصدد کمک گرفتن از مراکز درمانی بر نمی‌آیند [۵]. علایم کلاسیک سکته قلبی شامل احساس فشار ناراحت کننده در قفسه صدری یا درد در قفسه صدری که چند دقیقه طول می‌کشد، سرگیجه، غش، تهوع، تعریق و تنگی نفس می‌باشند. درد ممکن است به شانه‌ها و گردن و بازوها انتشار یابد. اکثر مردم به خاطر اینکه معمولا ناراحتی قلبی را تجربه نکرده‌اند، فکر نمی‌کنند که این علایم مربوط به بیماری‌های قلبی باشد [۳]. در واکنش به این علایم بیماران ممکن است رفتارهایی از قبیل انکار علائم، مشورت با بستگان، انتظار بیشتر به امید رفع خود به خود علایم و ملاحظه به زحمت افتادن بستگان، و درمان خودسرانه به علت عدم آگاهی از ماهیت علایم و اهمیت آنها را از خود بروز دهند [٦،٥]. به نظر می‌رسد نوع رفتارهای درمان طلبی بیماران و نحوه برخورد آنها با علائم خود نقش مهمی در پی‌گیری و مراجعه به موقع به بیمارستان خواهد داشت. از آنجایی که رفتار درمان طلبی بیماران با توجه به فرهنگ‌های مختلف و مقاطع متفاوت زمانی می‌تواند تغییر کند و با توجه به اهمیت مراجعه زود هنگام مبتلایان به اختلالات عروق کرونر، شروع درمان‌های مناسب و تاخیر مشهود بسیاری از بیماران به مراکز درمانی و همچنین جهت شناخت بهتر عوامل و موانع رسیدن بیماران به بیمارستان، محققان بر آن شدند تا مطالعه ای را با هدف تعیین رفتارهای درمان طلبی و عوامل مرتبط به آن در مبتلایان به انفارکتوس حاد میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸٦ انجام دهند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی بر روی تعداد ۲۸۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد که طی سال‌های ۸٦-۱۳۸۵ به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه کرده و تشخیص بیماری آنها توسط متخصص قلب داده شده بود، انجام گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ای که خصوصیات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سابقه بستری، زمان بروز علائم، شدت درد، برداشت اولیه ذهنی بیماران از درد و علائم خود، رفتارهای درمان طلبی هنگام مواجه شدن با علائم، نحوه مراجعه به بیمارستان و زمان رسیدن به اولین مرکز درمانی بودند، جمع‌آوری گردیدند. پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل و پاسخ‌های بیماران در آن ثبت گردید. جهت بررسی شدت درد از معیار دیداری (VAS) صفر تا ده استفاده شد؛ به این صورت که بیماران شدت درد خود را بر روی ستونی ۱۰ سانتی متری که قاعده آن صفر و راس آن عدد ۱۰ قرار داشت بر حسب اعداد صفر تا ۱۰ ثبت می‌کردند عدد صفر به منزله نداشتن درد و عدد ۱۰ به منزله داشتن شدیدترین درد تجربه شده بود). در این معیار شاخص۳-۰ به عنوان درد خفیف، ۷-٤ درد متوسط و ۱۰-۸ درد شدید تلقی می‌شد [۷]. روایی پرسشنامه توسط ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی و متخصصین قلب و عروق تایید شده و پایایی آن با روش آزمون مجدد (به فاصله یک هفته) بررسی شد که حدود ۰/۹ برآورد گردید. در این پژوهش رفتارهایی مانند استراحت و خودداری از فعالیت، تماس با شماره تلفن مرکز اورژانس ۱۱۵، قراردادن قرص زیر زبانی، استفاده از اکسیژن در صورت موجود بودن در منزل به عنوان رفتارهای مطلوب و مراجعه به اورژانس توسط بستگان، تماس یا مراجعه به مطب پزشک و ... به عنوان رفتارهای نامطلوب تلقی شدند [۸]. اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون مجذور کای و در موارد ضروری با استفاده از آزمون دقیق فیشر تحلیل گردیدند. سطح معنی‌دار بودن p در این آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۸۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند و از این تعداد ۲۰٦ نفر (۷۳/٦ درصد) مرد با میانگین سن ۱۳/۳٤±٦۱/۳۷ سال و ۷٤ نفر (۲٦/٤ درصد) زن با میانگین سن ۹/۹۷±٦۷/۲۱ سال بودند. دامنه سنی نمونه‌ها ۲٤ تا ۹۲ سال بود. ۲۱۷ نفر (۷۷/۵ درصد) از افراد مورد مطالعه در شهر یا حومه شهر و ٦۳ (۲۲/۵ درصد) نفر در روستا زندگی می‌کردند. از کل افراد مورد مطالعه ۱۹۵ نفر (٦۹/٦ درصد) درد شدید، ٦۵ نفر (۲۳/۲ درصد) درد متوسط و ۲۰ نفر (۷/۱ درصد) درد خفیف قفسه صدری را تجربه کرده بودند. به طور کلی چهار مورد از شایع‌ترین رفتارها در نمونه مورد مطالعه به ترتیب استراحت (٤۲/۵)، مصرف خود سرانه داروها (گیاهی، مسکن، آنتی اسید و غیره) به منظور مقابله با درد (۳٤/۳ درصد)، تماس با شماره تلفن مرکز اورژانس ۱۱۵ (۲۲/۸۵

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-07-13]

درصد) و قرار دادن قرص زیر زبانی (۲۰/۵ درصد) بود (جدول-های شماره ۱). در زنان هر چند رفتارهایی مانند تماس و مراجعه به مطب، مصرف قرص زیر زبانی، نوشیدن آب قند و یا خوردن غذا نسبت به مردان بیشتر بود، ولی این تفاوت‌های رفتاری با مردان در هیچ کدام از رفتارها معنی‌دار نبود. مصرف مواد مخدر نیز فقط در ۹ نفر (٤/٤ درصد) از مردان گزارش گردید؛ هر چند از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۰٦۸). در کل، تعداد ۱۰۷ نفر (۳۸/۲۰ درصد) از بیماران فقط رفتارهای مطلوب داشتند و ٦۰ نفر (۲۱/٤۳ درصد) از بیماران تمامی رفتارهای درمان جویانه‌ای را که بروز دادند رفتارهای نامطلوب بود (جدول های شماره ۲).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نوع رفتار انجام گرفته در هنگام بروز علائم بیماری در مبتلایان به انفارکتوس حاد میو کارد بر حسب جنس افراد

	نوع رفتار	جنس			P
		مرد (n=۲۰٦) تعداد (درصد)	زن (n=۷٤) تعداد (درصد)	جمع (n=۲۸۰) تعداد (درصد)	
رفتارهای مطلوب	استراحت و خودداری از فعالیت	۸۳ (٤۰/۳)	۳٦ (٤۸/٦)	۱۱۹ (٤۲/۵)	۰/۲۱۲
	تماس با شماه تلفن مرکز اورژانس۱۱۵	٤٦ (۲۲/۳)	۱۸ (۲٤/۳)	٦٤ (۲۲/۸۵)	۰/۷۲٦
	قراردادن قرص زیر زبانی	۳۸ (۱۸/۵)	۲۰ (۲۷)	۵۸ (۲۰/۷)	۰/۱۱۸
	استفاده از اکسیژن در صورت موجود بودن در منزل	۰	۲ (۲/۷)	۲ (۰/۷)	۰/۰٦۹
	مراجعه به اورژانس توسط بستگان	۳۸ (۱۸/۵)	۱۵ (۲۰/۳)	۵۳ (۱۸/۹)	۰/۷۳۱
رفتارهای نا مطلوب	تماس یا مراجعه به مطب پزشک	۲٤ (۱۱/٦۵)	۹ (۱۲)	۳۳ (۱۱/۸)	۰/۹۰۷
	تماس با دوستان و مشورت به آنها	۱۰ (٤/۸۵)	۸ (۱۰/۸)	۱۸ (٦/۳)	۰/۰۹۵
	خوردن غذا یا آب قند	۲۸ (۱۳/٦)	۱۷ (۲۳)	٤۵ (۱٦)	۰/۰۵۹
	ماساژ قفسه صدری	۱۵(۷/۳)	٤ (۵/٤)	۱۹ (٦/۸)	۰/۵۸۲
	مصرف دارو (مسکن، گیاهی، قلبی و یا آنتی اسید)	٦۸ (۳۳)	۲۸ (۳۷/۸)	۹٦ (۳٤/۳)	۰/٤۵۳
	پیاده رفتن به بیمارستان	٦ (۲/۹)	۱ (۱/۳۵)	۷ (۲/۵)	۰/٤٦۱
	استعمال مواد مخدر	۹ (٤/٤)	۰	۹ (۳/۲)	۰/۰٦۸
	تاخیر انداختن مراجعه به مدت چندین ساعت و یا روز	۱٤ (٦/۸)	٦ (۸)	۲۰ (۷/۱)	۰/۷۰۷
	ورزش و فعالیت شدید برای تسکین درد	۱۱ (۵/۳)	۱ (۱/۳۵)	۱۲ (٤/۳)	۰/۱۹۳
	سایر(دوش گرفتن، استفراغ عمدی)	۳ (۱/۵)	۰	۳ (۱/۵)	۰/۵٦۸

جدول شماره ۲-فراوانی رفتارهای مطلوب و نامطلوب حین بروز علائم در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد

رفتارهای بیماران حین بروز علائم	تعداد بیماران	درصد
رفتارهای مطلوب (حداقل یک رفتار یا بیشتر)	۱۰۷	۳۸/۲۱
رفتارهای نامطلوب (حداقل یک رفتار یا بیشتر)	٦۰	۲۱/٤۳
ترکیبی از رفتارهای مطلوب و نامطلوب	۱۱۳	٤۰/۳٦
جمع بیماران	۲۸۰	۱۰۰

در رابطه با چگونگی مراجعه به بیمارستان، بیشترین فراوانی مربوط به خودرو شخصی با رانندگی فردی دیگر (بستگان، همسایه‌ها و یا آژانس) با تعداد ۱۸۰ نفر (٦٤/۳ درصد) و پس از آن آمبولانس با تعداد ٦۸ نفر (۲٤/٤ درصد) بود. از نظر سطح تحصیلات، ٤٦/٤ درصد از افراد مورد مطالعه بی سواد بودند. پژوهش حاضر نشان داد فراوان‌ترین برداشت اولیه از علائم "درد قلبی" با ٤۸/۹ درصد بوده است؛ از طرف دیگر از کل افراد مورد مطالعه ۱۷٦ نفر (٦۲/۹ درصد) هیچ‌گونه سابقه علائم مشابه را در زندگی ذکر نکرده، ولی ۱۰٤ نفر (۳۷/۱ درصد) حداقل یک بار نشانه‌های مشابهی داشته‌اند و به خاطر آن به پزشک مراجعه کرده بودند. برداشت اولیه از علائم در ۸۵ نفر (٦۲ درصد) از آنهایی که سابقه بستری به علت علائم مشابه را در بیمارستان یا دیگر مراکز درمانی داشته‌اند، قلبی

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-07-13]

بود؛ در حالی که تنها ۵۲ نفر (۳۸ درصد) از افرادی که این علائم را تجربه نکرده بودند، در مرحله اول تصور مشکل قلبی را از علائم داشتند و آزمون آماری این اختلاف را معنی‌دار نشان داد (P<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نوع برداشت افراد مورد مطالعه از علت احتمالی علائم خود

		نوع برداشت ذهنی بیمار لز علائم					
		قلبی	سرماخوردگی و تنفسی	گوارشی	عصبی عضلانی	جمع	
سابقه بستری به علت مشابه	دارد	۸۵ (٦٢)	۱۰ (۱۷/۹)	۷(۱۲/۷)	۲(٦/۲۵)	۱۰٤ (٪۳۷/۱)	P<۰/۰۰۱
	ندارد	۵۲ (۳۸)	٤٦ (۸۲/۱)	٤۸(۸۷/۳)	۳۰(۹۳/۷۵)	۱۷٦(٪٦۲/۹)	
جمع		۱۳۷ (٤۸/۹)	٥٦ (۲۰)	٥٥ (۱۹/٦٥)	۳۲(۱۱/٤٥)	۲۸۰ ٪۱۰۰	

بحث

یافته‌های این تحقیق نشان داد که رفتارهای مطلوب تنها در حدود یک سوم از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد صورت می‌گیرند. رفتارهای نادرست بیماران هنگام روبرو شدن با علائم خود می‌تواند در تاخیر تصمیم آنها به مراجعه به بیمارستان و پی آمد بیماری تاثیر مهمی ایفا کند [۳]. این مطالعه نشان داد که در زنان مجموعا ۷٤ رفتار نامطلوب (به طور میانگین به ازای هر نفر یک رفتار نامطلوب) بروز نموده، در حالی که تعداد رفتارهای نامطلوب در مردان ۱۸۸ مورد و نسبت به تعداد کل مردان ۹۱ درصد بود. در برخی از تحقیقات نیز گزارش شده است که رفتارهای درمان طلبی در زنان مبتلا به حمله قلبی منجر به تاخیر بیشتر آنها در مراجعه به بیمارستان نسبت به مردان شده است [۱۱-۹]. تاخیر در مراجعه یک رفتار نامطلوب است که خود حاصل مجموعه‌ای از رفتارهای دیگر بوده که منجر به اتلاف وقت می‌گردند. در مطالعه Isaksson و همکارانش که بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۳ در سوئد ٦٥٤۲ بیمار را مورد بررسی قرار دادند، اختلاف قابل توجهی در نوع علائم و مدت زمان تاخیر قبل از بیمارستان بین دو جنس مشاهده نشده است [۱۲]. در این مطالعه فراوان‌ترین رفتار در مردان پس از بروز علائم انفارکتوس حاد میوکارد، به ترتیب استراحت و مصرف خود سرانه داروهایی از قبیل آنتی‌اسید، داروهای قلبی و مسکن‌های ضد التهاب غیر استروئیدی بوده و در ضمن ۹ نفر از مردان مورد مطالعه به دنبال بروز علائم مبادرت به مصرف مواد مخدر نموده بودند که در هیچ کدام از زنان گزارش نگردید. در مطالعه افراسیابی و حسن زاده نیز اولین اقدام بیماران پس از بروز علائم در هر دو جنس، استراحت (۳۳ درصد) و بعد از آن مصرف مسکن (۲۸ درصد) بوده است [۱]. در این مطالعه اکثر بیماران (٦٤/۳ درصد) توسط خودرو شخصی و با رانندگی یک نفر دیگر (بستگان و یا آژانس) به مرکز درمانی و یا اورژانس مراجعه کرده بودند و آمبولانس دومین روش (۲٤/٤ درصد) انتقال بود. از طرف دیگر در مطالعه تقدسی و همکاران که ۵ سال قبل از این مطالعه و در همین مرکز انجام شده است، میزان انتقال بیماران مبتلا به آنفارکتوس حاد میوکارد توسط آمبولانس، ۱٤/۵ درصد گزارش شده است [۱۳]. از این نظر مطالعه حاضر افزایش ۹/۹ درصد را نشان می‌دهد و ممکن است ناشی از رشد آگاهی بیماران در این زمینه یا بهبود سامانه فوریت‌های پزشکی شهرستان باشد. Wu و همکاران بیان کرده‌اند که در چین استفاده از آمبولانس نقش مهمی در رسیدن به موقع بیماران به مراکز درمانی ایفا می‌نماید [۱٤]. مطالعه Thorn و همکاران نیز در مورد زمان رسیدن بیماران مبتلا به STEMI (انفارکتوس همراه با بالا رفتن قطعه ST) به CCU نشان داد که ٦۲ درصد از بیماران توسط سامانه خدمات فوری پزشکی به اورژانس منتقل شده‌اند که نسبت به مطالعه حاضر تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد [۱۵]؛ البته در مواقعی که مسافت بین محل بروز علائم و بیمارستان کوتاه باشد شاید تماس با سامانه فوریت‌های پزشکی و انتقال توسط آمبولانس وقت‌گیرتر از مراجعه مستقیم به بیمارستان باشد. در رابطه با برداشت ذهنی اولیه از بروز علائم، به ویژه درد قفسه صدری، مطالعه نشان داد که فراوان‌ترین برداشت ذهنی افراد مورد مطالعه از علائم، درد (حمله) قلبی با ٤۸/۹ درصد و بعد از آن سرماخوردگی با ۲۰ درصد بوده و گمان مشکلات گوارشی و عصبی-عضلانی به ترتیب در رتبه های سوم و چهارم از برداشت‌های ذهنی افراد بوده‌اند. در مطالعه افراسیابی راد در شهر تبریز نیز تصور ذهنی از درد سینه در بیماران ٤٥ درصد مشکل قلبی و ۱۱ درصد سرما خوردگی ذکر گردیده‌اند [۱]. برداشت اولیه از علائم نقش بسیار مهمی در رفتار درست درمان طلبی از جانب بیمار محسوب می‌گردد و تا حد زیادی به سطح آگاهی افراد از علائم معمول قفسه صدری دارد؛ اگر بیماران تصور درد قلبی از ناراحتی قفسه صدری داشته باشند، زودتر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. این امر ضرورت آموزش صحیح را به آحاد جامعه نشان می‌دهد [۱٦]. Kenyon و همکارانش در نتیجه‌گیری از تحقیقی که با هدف بررسی عوامل روان‌شناختی موثر در تاخیر بیماران مبتلا به AMI (انفارکتوس حاد میوکارد) انجام

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-07-13]

داده‌اند، می‌نویسند پاسخ‌های متفاوت افراد به احساسات و عواطف درونی و تشخیص درست این علائم درونی نقش بسیار مهمی در رفتارهای درمان طلبی و عاقبت کار بیماران مبتلا به AMI دارد [۱۷]. Dracup و همکاران در تشریح چهار چوب پنداشتی "Leventhal" که در رابطه با رفتار افراد حین یک بیماری ارائه گردیده است، می‌گویند دو دسته محرک داخلی و محیطی برای رفتارهای سازگارانه در پاسخ به تهدید فرد از جانب یک بیماری وجود دارند. محرک داخلی تحت تاثیر ویژگی‌های فردی بیمار مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و تاریخچه پزشکی وی قرار دارد و محرک محیطی تحت تاثیر پیام-هایی است که از جانب اطرافیان و پزشک دریافت می‌کند [۱۸]. از کل افراد مورد مطالعه در این تحقیق، تعداد ۲۰۶ نفر (۷۳/۶ درصد) مرد و ۷٤ نفر (۲٦/٤ درصد) زن بودند. در تمامی مطالعات شیوع انفارکتوس در مردان نسبت به زنان حداقل دو برابر بوده است. این نسبت جنسی با مطالعه قبلی تقدسی و همکاران در همین مرکز که به ترتیب ٦۹ درصد و ۳۱ درصد گزارش شده است هم‌خوانی دارد [۱۳]. از نظر سطح تحصیلات اکثر افراد مورد بررسی (٤٦/٤ درصد) بی‌سواد بودند. بعضی از مطالعات [۱۳،۱٤،۱۹،۲۰] نشان داده‌اند افزایش سطح تحصیلات با کاهش تاخیر بیماران به عنوان یکی از رفتارهای بسیار مطلوب ارتباط مستقیم داشته است. در مطالعه حاضر هر چند فراوانی رفتار در افراد بی سواد و تحصیل کرده تا حدی متفاوت بود، ولی این تفاوت معنی‌دار نبود. معنی‌دار نشدن تفاوت رفتارها نسبت به تحصیلات از نظر آماری می‌تواند ناشی از عدم وجود مواد آموزشی مربوطه در سیستم آموزش عمومی کشور باشد. در مطالعه Sari و همکاران در استانبول ترکیه تحصیلات تا کلاس نهم یا کمتر با افزایش تاخیر در مراجعه به بیمارستان همراه بوده است [۱۰]. از طرف دیگر ۳۷/۱ درصد از افراد شرکت کننده در این مطالعه قبلا حداقل یک بار به علل علائم مشابه بستری شده بودند و بقیه افراد چنین سابقه‌ای را ذکر نکرده بودند و آزمون آماری نیز تفاوت معنی‌داری در برداشت اولیه افراد از علائم در گروهی که سابقه علائم مشابه داشته‌اند با آنهایی که چنین علائمی را نداشتند، نشان داد. این موضوع نشان دهنده تاثیر تجربه در یادگیری و برداشت درست از علائم است که خود طبق نظر "Leventhal" به عنوان یک "محرک داخلی" در انتخاب رفتار درست بیماران تاثیر مستقیم خواهد داشت [۱۸]. Sari و همکاران نیز گزارش داده‌اند که برخلاف بعضی از مطالعات دیگر، افرادی که در مطالعه آن‌ها سابقه‌ی اختلالات عروق کرونری داشته‌اند تاخیر کمتری را در مراجعه به بیمارستان داشته‌اند؛ همچنین این نویسندگان بیان می‌دارند که "شاید اطلاعات قبلی و مشاوره با پزشک یا تجربیات بالینی در این رفتار موثر بوده است." [۱۰]. در مطالعه Wu و همکاران تنها سابقه انفارکتوس حاد در رسیدن به هنگام بیمار به بیمارستان (بدون تاخیر) موثر بوده، در حالی که سابقه آنژین صدری و یا CAD (اختلالات عروق کرونری) تفاوت چندانی در تاخیر نشان نداده است [۱٤]. Dempsey و همکاران نیز در مطالعه‌ای به منظور بررسی تصمیم‌گیری زنان برای مراقبت خواهی حین بروز علائم AMI چنین نتیجه می‌گیرند: گرچه بیماران به سرعت علائم خود را غیر طبیعی دانسته‌اند، ولی تنها پس از به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی و رفتارهای خود درمانی متعدد، این علائم را جدی گرفته و مراجعه می‌کنند [۹]؛ شاید این تفاوت‌ها ناشی از اهمیت بیشتر بیماران مورد مطالعه در این پژوهش نسبت به بیماری خود پس از جدی شدن موضوع و ترس از مرگ پس از واقف شدن از بیماری خود باشد.

نتیجه گیری

با توجه به وجود رفتارهای نامطلوب و روش نامناسب انتقال در بعضی از بیماران، و اینکه اکثر بیماران یک رفتار نامطلوب هنگام بروز علائم داشتند، لزوم آگاهی دادن به افراد در معرض خطر و یا انجام بررسی‌های بیشتر در این زمینه را نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که هزینه‌های این تحقیق را تامین کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین، از کلیه بیماران شرکت کننده در پژوهش که با سعه صدر به سوالات پرسشنامه پاسخ داده و ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر به عمل می‌آید.

References:

[1] Afrasiabi Rad A, Hassanzadeh Salmasi. The effect of delay in time from onset of acute chest pain to admission to coronary care unit in patients with acute myocardial infarction. ***Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services*** 2003; 56: 22-6. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-07-13]

[2] Zerwic JJ, Ryan CJ. Delays in seeking MI treatment. ***Am J Nurs*** 2004; 104(1): 81-3.
[3] Noureddine S, Arevian M, Adra M, Puzantian H. Response to signs and symptoms of acute coronary syndrome: differences between Lebanese men and women. ***Am J Crit Care*** 2008; 17(1): 26-35.
[4] Kasper Dennis L, Fauci A, Braunwald E. Harrison's principles of internal medicine. 16th ed. New York: Mac Grow–Hill; 2005. p.1425-30 &1448-50.
[5] Crumlish CM, Bracken J, Hand MM, Keenan K, Ruggiero H, Simmons D. When time is muscle. ***Am J Nurs*** 2000; 100(1): 26-33.
[6] Dracup K, McKinley SM, Moser DK. Australian patients delay in response to heart Attacke Symptoms. ***Med J Aust*** 1997; 166(5): 233-6.
[7] Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. ***Emerg Med J*** 2001; 18(3): 205-7.
[8] Smeltzer SC, BARE BG, Hinkle JL, Cheerer KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 880-912.
[9] Dempsey SJ, Dracup K, Moser DK. Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. ***Heart Lung*** 1995; 24(6): 444-56.
[10] Sari I, Acar Z, Ozer O, Erer B, Tekbaş E, Uçer E, et al. Factors associated with prolonged prehospital delay in patients with acute myocardial infarction. ***Türk Kardiyol Dern Arş*** 2008; 36(3): 156-62.
[11] Banks AD, Dracup K. Are there gender differences in the reasons why African Americans delay in seeking medical help for symptoms of an acute myocardial infarction? ***Ethn Dis*** 2007; 17(2): 221-7.
[12] Isaksson RM, Holmgren L, Lundblad D, Brulin C, Eliasson M. Time trends in symptoms and prehospital delay time in women vs. men with myocardial infarction over a 15-year period. The Northern Sweden MONICA Study. ***Eur J Cardiovasc Nurs*** 2008; 7(2): 152-8.
[13] Taghadosi M, Seyedi M, Mosavi GhA. Assesment of delayed treatment in patients with acute myocardial infarction at Kashan Shaheed Beheshtee Hospital during 2003-2005. ***Feyz, Kashan University of Medical Sciences & Health Services*** 2007; 11(3): 45-51. [in Persian]
[14] Wu Y, Zhang Y, Li YQ, Hong BL, Huang CX. Factors associated with the extent of care-seeking delay for patients with acute myocardial infarction in Beijing. ***Chin Med J*** 2004; 117(12): 1772-7.
[15] Thorn S, Attali P, Boulenc JM, Gladin M, Monassier JP, Roul G, et al. Delays of treatment of acute myocardial infarction with ST elevation admitted to the CCU (coronary care unit) in Alsac. ***Arch Mal Coeur Vaiss*** 2007; 100(1): 7-12.
[16] Rosenfeld AG, Lindauer A, Darney BG. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. ***Am J Crit Care*** 2005; 14(4): 285-93.
[17] Kenyon LW, Ketterer MW, Gheorghiade M, Goldstein S. Psychological factors related to prehospital delay during acute myocardial infarction. ***Circulation*** 84(5); 1969-76.
[18] Dracup K, McKinley S, Riegel B, Mieschke H, Doering LV, Moser D K. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. ***J Cardiovasc Nurs*** 2006; 21(3): 186-93.
[19] Kazerani H. Epidemiologic Study of Patients with Acute Myocardial Infarction Admitted in Shahid Beheshti Hospital of Kermanshah during 1998-1999. ***Journal of Ilam University of Medical Sciences*** 2006; 14(3): 40-4. [in Persian]
[20] Sagharvanian MS, Sayed nozadi M, Hasanzade M. The relationship between delay time and sociodemographic characteristics of patients with myocardial infarction. ***Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences*** 2003; 79(46): 64-59. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2025-07-13]