۲۴
نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱
Cardiovascular Nursing Journal
1(3), Autmn 2012
www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط آگاهی و عملکرد اعضاء خانواده در مواجهه با حمله قلبی بیمار

حشمت اله حیدری[۱]، کارشناس ارشد پرستاری
*** مرحمت فرهانی نیا[۲]، کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه**
محمد تقی صفدری[۳]، کارشناس ارشد بیهوشی
حمید حقانی[۴]، کارشناس ارشد آمار

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف تعیین عملکرد اعضاء خانواده به هنگام مواجهه با حمله قلبی بیمار و ارتباط آن با آگاهی ایشان در این زمینه انجام شد.
زمینه. حمله حاد قلبی از شایع ترین، جدی ترین و کشنده ترین بیماری ها است. این بیماری به سرعت در سطح جهان و ایران در حال افزایش است و از مهم ترین عوامل مرگ به شمار می رود. عملکرد افرادی که در دقایق اولیه با بیمار مبتلا به حمله قلبی سرو کار دارند در پیش آگهی بیماری، مرگ و زندگی وی اهمیت ویژه ای دارد.
روش کار. این مطالعه از نوع همبستگی-توصیفی بود. تعداد ۳۰۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران مبتلا به حمله قلبی بستری در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، واحدهای پژوهش را تشکیل دادند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و به روش نمونه گیری مستمر گردآوری شد. روایی ابزار از طریق اعتبار محتوی و پایایی آن در قسمت آگاهی، از طریق آزمون مجدد و در بخش عملکرد، از طریق همسانی درونی (۹۲/.) تعیین گردید.
یافته ها. یافته‌ها نشان دهنده سطح خوب آگاهی، ولی عملکرد ضعیف واحدهای مورد پژوهش در مواجهه با بیماران مبتلا به حمله قلبی بودند. همچنین، بین عملکرد و آگاهی واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنادار وجود داشت ($p=۰/۰۰۴$)؛ اما بین آگاهی و عملکرد با سطح تحصیلات، سن، و جنس ارتباط معناداری وجود نداشت.
نتیجه گیری. علی رغم سطح خوب آگاهی واحدهای مورد پژوهش، هیچ کدام از آنان عملکرد خوبی در مواجهه با بیماران حمله قلبی نداشتند. لذا پیشنهاد می شود آموزش عموم مردم در مورد چگونگی مواجهه با بیماران حمله قلبی بیشتر و به صورت ملموس تر انجام گیرد و پژوهش های بیشتری در این زمینه انجام شود تا بتوان راهکارهای مناسب جهت ارتقاء سطح آگاهی و عملکرد اعضاء خانواده و افراد جامعه در این مورد را توسعه داد.

کلید واژه ها: حمله قلبی، عملکرد، آگاهی

۱- عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
۲- عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*مولف مسئول)
۳- عضو هیأت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴- عضو هیأت علمی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

مقدمه

بیماری عروق کرونر مهم ترین علت مرگ در آمریکا و در تمام جهان (تازیلاس و تازیلاس ۲۰۱۰، حسینیان، امانی و همکاران ۱۳۸۷، جعفری و همکاران، ۱۳۸۸) و حمله حاد قلبی از شایع ترین، جدی ترین، و کشنده ترین آنها است. عملکرد افرادی که در دقایق اولیه با بیمار قلبی سروکار دارند در پیش آگهی بیماری، مرگ و زندگی بیمار اهمیت ویژه ای دارد (گیتی، ۱۳۸۴). اقدام سریع در کمک به بیمار برای رسیدن به نتایج مطلوب بسیار ضروری است (مندر باکا، ۲۰۰۵)؛ زیرا باعث درمان مناسب، حفظ جریان خون و در نهایت، پیشگیری از مرگ عضله قلب می شود (وزارت بهداشت آمریکا، ۲۰۰۳). در حقیقت، فرایند تخریب عضله قلب بسیار وابسته به زمان و سرعت عملکرد است (زانگ و همکاران، ۲۰۰۷). هر ساله در آمریکا بیش از ۵۰ درصد از ۱/۲ میلیون بیماری که از حمله قلبی رنج می برند، قبل از رسیدن به بیمارستان یا در بخش اورژانس در ساعت اول حمله علائم می میرند و تعداد زیادی دچار عوارض و ناتوانی شدید می گردند که این موارد، با درمان به موقع قابل پیشگیری است (جرج و همکاران، ۲۰۰۶).

بیماری های قلب و عروق (سکته قلبی و انسداد عروق) به عنوان دومین عامل، ۴۰ تا ۵۰ درصد علت مرگ در ایران را پس از حوادث ترافیکی به خود اختصاص داده است (جهانبخش و همکاران، ۱۳۸۸). تعداد زیادی از این موارد در حضور خانواده بیمار و ۲۰ درصد باقیمانده در اماکن عمومی (جایی که سایر مردم حضور دارند) اتفاق می افتند، به این معنی که تمام موارد حمله و ایست قلبی شاهدانی، از جمله همکاران، خانواده یا افراد دیگر داشته اند (گیتی، ۱۳۸۴).در همین رابطه، نقوی در کتاب سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور می نویسد، ۴۰ درصد تمام مرگ هایی که به علت حمله قلبی در ایران روی می دهد در بیمارستان و ۶۰ درصد آنها در خارج از بیمارستان و اغلب در کنار اعضاء خانواده روی می دهند (نقوی ۱۳۸۲). با توجه به این که اولین چاره درمانی در افرادی که دچار حمله قلبی می شوند انجام اقدامات سریع و صحیح اولیه درمانی برای آنها است، و کاهش فاصله بین شروع علائم و اقدام جهت درمان مناسب باعث کاهش مرگ و عوارض بیماری می گردد (راشن و همکاران، ۲۰۱۲)، و نیز با عنایت به این نکته که تأخیر قبل از بیمارستان مانع تشخیص و اقدام درمانی مناسب می گردد (گاف و همکاران، ۲۰۰۷)، لذا اهمیت انجام این اقدامات توسط هر فردی از افراد جامعه محرز می باشد. به کرات مشاهده شده است که خانواده و همراهان بیمار، بدون انجام اقدامات مناسب و عملکرد صحیح، بیمار مبتلا به حمله قلبی را به اورژانس می رسانند که این امر می تواند باعث صدمات جبران ناپذیری به بیمار گردد. لذا، این پژوهش با هدف تعیین عملکرد و آگاهی اعضاء خانواده بیماران مبتلا به حمله قلبی به هنگام مواجهه با حمله قلبی بیمارشان انجام شد. آگاهی از ضعف ها و مشکلات می تواند انگیزه ای جهت برطرف کردن آنها باشد. چنانچه اسمیت و مارلین به نقل از گاس و کرنی معتقدند داشتن اطلاعات و آگاهی از دانسته های افراد برای کمک به آنها بسیار مهم است؛ زیرا درک نیاز به آموزش به انگیزه ای قوی در داوطلب شدن برای برنامه هایی از قبیل آموزش نحوه برخورد با بیماران حمله قلبی می باشد (اسمیت و مارلین، ۲۰۰۰).

مواد و روش ها

این مطالعه، مقطعی و از نوع همبستگی توصیفی بود، که بر روی خانواده بیمارانی که بیمار آنها در سال ۸۶ دچار حمله قلبی شده و به یکی از بیمارستان های قلب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرده بودند انجام گرفت. تعداد ۳۰۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند. نمونه گیری به روش مستمر انجام گرفت. روش انجام کار به این صورت بود که پس از کسب اجازه از دانشگاه علوم پزشکی ایران و مراجعه و ارائه معرفی نامه به مسئولین بیمارستان های مورد نظر، همراهان بیمارانی که بیمار آنها دچار حمله قلبی شده و در یکی از بخش های سی سی یو، قلب یا اورژانس بیمارستان مستقر بودند و از زمان شروع علائم حمله قلبی تا زمان تحویل بیمار به مراکز درمانی خود به تنهایی نگهداری و انتقال بیمار را به عهده داشتند ، انتخاب شدند. پژوهشگر پس از معرفی خود و توضیح در مورد اهداف پژوهش و جلب رضایت واحدهای پژوهش و اخذ فرم رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش و نیز دادن اطمینان در مورد محرمانه باقی ماندن اطلاعات و عدم نیاز به ذکر نام و نشانی از طرف واحدهای مطالعه، اقدام به جمع آوری داده ها نمود. این پژوهش در بخش های سی سی یو، قلب و اورژانس بیمارستان های قلب شهید رجائی و مجتمع آموزشی درمانی حضرت رسول اکرم (ص) شهرستان تهران انجام شد.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته بود که به طور مستقیم توسط همراهان واجد شرایط تکمیل می شد. این پرسشنامه از سه بخش الف، ب و ج تشکیل شده بود. در قسمت الف ابزار، مشخصات فردی و اجتماعی (سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات و نوع وابستگی با بیمار) نمونه های پژوهش مورد سؤال قرار گرفت. قسمت ب پرسشنامه حاوی ده سؤال سه گزینه ای بود، که جهت تعیین سطح عملکرد نمونه های مورد پژوهش در مواجهه با بیماران حمله قلبی (هدف اول پژوهش) تدوین شده بودند. در صورت انتخاب گزینه صحیح، امتیاز یک، و در غیر این صورت امتیاز صفر برای آن سوال در نظر گرفته می شد، که کل امتیازات کسب شده این قسمت از ابزار، بین ۱۰-۰ بود. سپس با توجه به میزان امتیازات کسب شده از کل نمره، عملکرد به سه سطح ضعیف (کسب نمره ۳-۰)، متوسط (کسب نمره ۶-۴) و خوب (کسب نمره ۱۰-۷) تقسیم بندی شد.قسمت ج پرسشنامه نیز حاوی ده سؤال سه گزینه ای بود، که جهت تعیین آگاهی نمونه های مورد پژوهش نسبت به شناخت علائم حمله قلبی تدوین شده بودند، که در صورت انتخاب گزینه صحیح امتیاز یک و در غیر این صورت امتیاز صفر برای آن سوال در نظر گرفته می شد. کل امتیازات کسب شده این قسمت از ابزار نیز بین ۱۰-۰ امتیاز بود که با توجه به میزان امتیازات کسب شده و نظر مشاور آمار، آگاهی نیز به سه سطح ضعیف (کسب نمره ۳-۰)، متوسط (کسب نمره ۶-۴) و خوب (کسب نمره ۱۰-۷) تقسیم بندی شد.

جهت تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. به این منظور، مقالات مرتبط، منابع و نشریات مشابه مورد مطالعه قرار گرفت و با استفاده از نظرات اساتید صاحب نظر ابزار مورد استفاده تنظیم گردید و جهت تعیین پایایی آن در قسمت ب از روش همسانی درونی استفاده شد. در این مورد، ضریب آلفا کرونباخ (۰/۹۲) محاسبه گردید و در قسمت ج پرسشنامه، از آزمون مجدد استفاده شد.

پس از گردآوری اطلاعات، داده ها، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. علاوه بر تعیین فراوانی، از آزمون های آماری آنالیز واریانس، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی ارتباط متغیرها استفاده گردید.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

یافته ها

در این پژوهش،۵۸درصد نمونه ها مرد و ۴۲ درصد زن بودند. محدوده سنی نمونه ها از ۱۸ تا ۸۰ سال با میانگین سنی ۴۲/۹ سال و انحراف معیار ۱۶/۹ سال بود. همچنین، ۱۳/۷ درصد نمونه ها سواد خواندن و نوشتن، ۹/۳ درصد تحصیلات راهنمایی، ۳۰/۳ درصد تحصیلات دبیرستان یا دیپلم، ۲۰ درصد فوق دیپلم، ۶ درصد تحصیلات لیسانس و ۴ درصد آنها تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر داشتند. علاوه بر این، ۲۸ درصد از همراهان شغل آزاد داشتند، ۲۹/۳ درصد خانه‌دار، ۱۲/۷ درصد بیکار، و ۲۹ درصد کارمند بودند. از نظر نسبت همراهان با بیمار، ۱۵/۱ درصد همسر، ۲۵/۳ درصد دختر، ۵ درصد خواهر، ۲۹/۷ درصد پسر، ۵ درصد پدر، ۶/۷ درصد مادر و ۹/۷ درصد نسبت برادری با بیماران دچار حمله قلبی داشتند.

جدول شماره ۱مربوط به توزیع فراوانی نمونه ها بر حسب سطح آگاهی و عملکرد است و نشانگر آن است که ۵۱/۷ درصد از جامعه مورد پژوهش دارای سطح عملکرد متوسط و ۴۸/۳ درصد از جامعه مورد پژوهش دارای عملکرد ضعیف بودند و هیچ کدام از نمونه های مورد پژوهش عملکرد خوب نداشتند. جهت بررسی ارتباط بین سطح عملکرد و سن با استفاده از آنالیز واریانس میانگین عملکرد در سطوح مختلف سنی با هم مقایسه گردید. این آزمون نشان داد که بین میانگین های عملکرد در گروه های مختلف سنی از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد. جهت بررسی ارتباط بین میزان عملکرد و جنس با استفاده از آزمون تی مستقل، میانگین عملکرد در دو جنس با هم مقایسه گردید. این آزمون نشان داد که بین میانگین های عملکرد در دو جنس از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جهت بررسی ارتباط بین سطح عملکرد و سطح تحصیلات با استفاده از آنالیز واریانس میانگین عملکرد در سطوح مختلف تحصیلی با هم مقایسه گردید. این آزمون نشان داد که بین میانگین های عملکرد در سطوح مختلف تحصیلی از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد.

همچنین، توزیع فراوانی نمونه های مورد پژوهش بر حسب سطح آگاهی نشانگر آن بود که ۶۰/۳ درصد از جامعه مورد پژوهش دارای سطح آگاهی خوب، ۳۳/۳ درصد دارای آگاهی متوسط و ۶/۳ درصد از آنها دارای سطح آگاهی ضعیف هستند. جهت بررسی ارتباط بین سطح آگاهی و سن با استفاده از آنالیز واریانس، میانگین آگاهی در سطوح مختلف سنی با هم مقایسه گردید. این آزمون نشان داد که بین میانگین های آگاهی در گروه های مختلف سنی از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد. نتایج در ارتباط با میزان آگاهی و جنس نشان داد که بیشترین درصد سطح آگاهی خوب (۶۴/۳ درصد) مربوط به خانم ها است. با استفاده از آزمون تی مستقل میانگین آگاهی در دو جنس با هم مقایسه گردید. این آزمون نشان داد که بین میانگین های آگاهی در دو جنس از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد. جهت بررسی ارتباط بین میزان آگاهی و سطح تحصیلات با استفاده از آنالیز واریانس میانگین آگاهی در سطوح مختلف تحصیلی با هم مقایسه گردید. این آزمون نشان داد که بین میانگین های آگاهی در سطوح مختلف تحصیلی از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول شماره ۲ مربوط به ارتباط بین آگاهی و عملکرد اعضاء خانواده به هنگام مواجهه با حمله قلبی بیمارشان است و نشان می دهد که بیشترین درصد سطح آگاهی خوب (۵۴/۷ درصد) مربوط به نمونه هایی است که دارای سطح عملکرد متوسط هستند و کمترین درصد سطح آگاهی خوب (۸۲ درصد) مربوط به گروه هایی است که دارای سطح عملکرد ضعیف هستند.

برای بررسی وجود یا عدم وجود همبستگی بین میزان آگاهی و عملکرد واحدهای مورد پژوهش، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین آگاهی و عملکرد از نظر آماری همبستگی مثبت وجود دارد ($p\leq ۰/۰۵$)

بحث

یافته های این پژوهش نشان داد که عملکرد نمونه های مورد پژوهش در مواجهه با حمله قلبی بیمارشان، در حد متوسط و ضعیف بود و هیچکدام از نمونه های مورد پژوهش عملکرد خوب نداشتند. کارت و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود مشاهده کردند که افراد در مواجهه با بیماران حمله قلبی عملکرد مطلوبی ندارند. همچنین، نتایج مطالعه آدام و همکاران (۲۰۰۰) مشابه نتایج این پژوهش بود. در پژوهش حاضر، سن، جنس و سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی دار با سطح عملکرد آنها در مواجهه با حمله یافته ها نشان داد بین آگاهی و عملکرد واحدهای مورد پژوهش از نظر آماری همبستگی مثبت وجود دارد که مشابه نتایج مطالعه دیگری در ایران بود (شهابی نژاد و همکاران، ۱۳۷۳)، در حالی که سانتو و همکاران (۲۰۰۰) در پژوهش خود گزارش کردند که ارتباط معنی داری بین عملکرد و آگاهی واحدهای مورد پژوهش در مواجهه با بیماران حمله قلبی وجود ندارد (سانتو و همکاران، ۲۰۰۰).

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد واحدهای مورد پژوهش سطح آگاهی خوب، ولی عملکرد ضعیف و متوسط در برخورد با بیماران حمله قلبی داشتند و بین آگاهی و عملکرد آنها همبستگی وجود داشت. از این یافته می توان چنین استنباط کرد که اگر آگاهی افراد جامعه با شیوه مناسب و ملموس ارتقاء یابد می تواند نقش به سزایی در افزایش عملکرد آنها در مواجهه با بیماران حمله قلبی داشته باشد. با عنایت به اهمیت و نقش کمک رسانی و مدیریت خانواده بیماران حمله قلبی و افراد جامعه در این امر حیاتی، ضرورت دارد که این مهم

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

به اطلاع رسانه های عمومی به خصوص رسانه های تصویری و کادر درمان (پزشکان و پرستاران) جهت آموزش درست افراد جامعه به منظور بالا بردن سطح عملکرد همراه با آگاهی رسانده شود. همچنین، برای کمک به بیماران حمله قلبی و انجام اقدامات اولیه خارج از مراکز درمانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید با برگزاری کلاس های آموزشی، نحوه برخورد با بیماران دچار حمله قلبی را به صورت عملی و ملموس در سطح جامعه (مدارس، ادارات، مراکز بهداشتی و ...) نهادینه کند تا خانواده ها و مردم جامعه بتوانند در صورت لزوم به بیماران حمله قلبی به نحو مطلوب کمک کنند و در بسیاری از موارد از مرگ و ناتوانی آنان جلوگیری نمایند.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی سطح آگاهی و عملکرداعضاء خانواده بیماران مبتلا به حمله قلبی

سطح آگاهی	فراوانی (درصد)	سطح عملکرد	(درصد) تعداد
ضعیف	۱۹ (۶/۳)	ضعیف	۱۴۵ (۴۸/۳)
متوسط	۱۰۰ (۳۳/۳)	متوسط	۱۵۵ (۵۱/۷)
خوب	۱۸۱ (۶۰/۳)	خوب	۰ (۰)
جمع	جمع	(۱۰۰)۳۰۰	۳۰۰ (۱۰۰)

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی عملکرد اعضاء خانواده بیماران مبتلا به حمله قلبی بر حسب سطح آگاهی

آگاهی / عملکرد	ضعیف (۳-۰)	متوسط (۶-۴)	خوب (۱۰-۷)	جمع
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
ضعیف (۳-۰)	۱۱ (۵۷/۹)	۵۲ (۵۲)	۸۲ (۴۵/۳)	۱۴۵ (۴۸/۳)
متوسط (۶-۴)	۸ (۴۲/۱)	۴۸ (۴۸)	۹۹ (۵۴/۷)	۱۵۵ (۵۱/۷)
جمع	۱۹ (۱۰۰)	۱۰۰ (۱۰۰)	۱۸۱ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)
نتایج ازمون ضریب همبستگی پیرسون	(p=۰/۰۰۴)(r= ۰/۱۶۴)			

قلبی بیمارشان نداشت که با نتایج برخی پژوهش های همکاران مشابه بود (ماندرباکا و همکاران، ۲۰۰۵، آدام و همکاران، ۲۰۰۰). اما در مطالعه کارت و همکاران، بین متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات با عملکرد واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی دار وجود داشت.

یافته ها نشان داد که سطح آگاهی واحدهای مورد پژوهش به هنگام مواجهه با حمله قلبی بیمارشان در حد خوب بود در حالی که اسمیت و همکاران (۲۰۰۳) در مطالعه خود شاهد سطح پایین آگاهی در نمونه های مورد پژوهش خود در مواجهه با بیماران حمله قلبی بودند و کارت و همکاران (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود همین نتیجه را گرفتند. در این پژوهش سن، جنس و سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی داری با سطح آگاهی آنها در مواجهه با حمله قلبی بیمارشان نداشت، که مشابه نتایج اسمیت و همکاران و اسگانیان و همکاران بود (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۳؛ اسگانیان و همکاران، ۲۰۰۲). اما نتایج مطالعه دیگری نشان داد بین سن و سطح تحصیلات با آگاهی واحدهای مورد پژوهش ارتباط مستقیم وجود دارد، به طوری که با افزایش سن و میزان تحصیلات افراد میزان آگاهی آنان نیز بیشتر بوده است (آدام و همکاران، ۲۰۰۰).

همچنین، بر اساس نتایج پژوهش فقط ۱۳ درصد خانواده بیماران حمله قلبی برای انتقال بیمار خود به بیمارستان از اورژانس ۱۱۵ کمک گرفته بودند که این با نتایج پژوهش سایر محققین در نقاط دیگر جهان موافق بود، از جمله مطالعه ای که در گلاسکو درسال ۲۰۰۰ انجام گرفت و طی آن مشاهده شد که فقط ۲۵ درصد بیماران حمله قلبی با اورژانس فوریت های پزشکی تماس حاصل کرده بودند (لسلی و همکاران، ۲۰۰۰)، و به همین ترتیب، جانسون و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعه خود شاهد تماس ۳۲ درصد بیماران حمله قلبی با اورژانس فوریت های پزشکی بودند. این بررسی همچنین نشان داد کم سوادی بیمار، شروع درد قلبی هنگام شب، انتظار بی مورد برای بهبود خود به خودی درد، نسبت دادن درد به علل غیر قلبی و اهمیت ندادن به آن، شایع ترین علل تأخیر در مراجعه بیماران قلبی به بیمارستان است که این امر مشابه نتیجه تحقیق سایر پژوهشگران در نقاط دیگر دنیا است (براون و همکاران، ؛ پاتن دن و همکاران، ۲۰۰۲؛ جانسون و همکاران، ۲۰۰۴ و زد و همکاران، ۲۰۰۴).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد و طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران سابق با کد ۴۳۴/پ می باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه، دانشکده پرستاری و مامایی، شرکت کنندگان در پژوهش و همه کسانی که به نحوی در انجام پژوهش مشارکت داشته اند، قدردانی می گردد.

منابع انگلیسی

Brown AL, Mann NC, Daya M, Goldberg R, Meischke H, Taylor J, et al. Demographic, belief and situational factors influencing the decision to utilize emergency medical services among chest pain patients. Circulation (2000) 102:173–8. Rapid early action for coronary treatment (REACT) study.

Canto G, Shlipak W, et al., Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. JAMA 283, 2000; pp: 3223–3229.

George A. et al.2006, Reducing Delay in Seeking Treatment by Patients WithAcute Coronary Syndrome and Stroke: A Scientific Statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. Circulation. Journal of American Heart Association July 11, 168-182.

Johansson I, Stromberg A, Swahn E. Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. J Cardiol Nurs 2004; 19:5–12.

Kurt J. Greenlund D, Nora L. Keenan P, Wayne H, Giles M, 2001.Public recognition of major signs and symptoms of heart attack: seventeen states and the US Virgin Islands

Leslie W, Urie A, Hooper J2000. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. Heart; 84:137–41.

Manderbacka K.2005. Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. Eur J Public Health15, 634-639

Osganian S, Zapka J, Feldman H, Et al 2002 Use of emergency medical services for suspected acute cardiac ischemia among demographic and clinical patient subgroups: the REACT trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment. Prehosp Emerg Care 6; pp: 175–185

Pattenden J, Watt I, Lewin R, Stanford N2002. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: qualitative study. BMJ; 324:1006.

Roshen C Maharaj, Heike Geduld, Lee A Wallis.2012 .Door-to-needle time for administration of fibrinolytics in acute myocardial infarction in Cape Town. SAMJ .April, Vol. 102, No. 4 .241-244.

Ruston M, Clayton J, Calnan M, Masiá R, Marrugat J.1998. Patients' action during their cardiac event: qualitative study exploring differences and modifiable factors. BMJ; 316:1060–5.

Smith K, Cameron P, Meyer A and McNeil J. 2003.Knowledge of heart attack symptoms in a community survey of Victoria, Emerge Med 14,; pp: 255–260.

Smith E, Marilyn S. The shattering consequences of C. P. R nursing, 2000; Vol; 22, pp34-41

Tziallas V, TziallasD. 2010. Support of family afterwards from Infarction of Myocardium. Health Science Journal. Volume 4, Issue 4.

U.S. Depatrtment of Health & Human S ervices.2003.Act in Time to Heart Attack Signs. National Institutes of HealthHandout .National Heart, Lung, and Blood Institute. April

Zed P, Abu-Laban RB, Cadieu TM, et al. 2004 .Fibrinolytic administration for acute myocardial infarction in a tertiary ED: factors associated with an increased door-to-needle time. Am J Emerg Med; 22:192–196.

Zhang Qing-tan, Hu Da-yi, Yang Jin-gang, Zhang Shou-yan, Zhang Xin-quan and Liu Shu-shan. 2007. Public knowledge of heart attack symptoms in Beijing residents Chinese Medical Journal; 120(18):1587-1591

منابع فارسی

امانی، فیروز. حاجی زاده، ابراهیم. حسینیان، عدالت. ۱۳۸۶. برآورد میزان بقا در بیماران مبتلا به سکته قلبی حاد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان. جلد ۹، شماره ۲ (پیاپی ۲۶).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

جعفری، هدایت. شفیع پور، ویدا. مختارپور، راضیه. رهنما، نیلوفر. اسمعیلی، روانبخش. نصیری، ابراهیم. ۱۳۸۸. بررسی برخی عوامل خطر و عوامل تسریع کننده حمله قلبی و علل تأخیر در مراجعه بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در مرکز قلب مازندران مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران دوره نوزدهم، شماره ۷۴-۷۳، آذر و دی ۶۹.

گیتی، افسانه. پرستاری فوریت¬ها. تهران. نشر بشری، ۱۳۸۴، ص۱۷۶و ص ۱۷۸.

جهانبخش، سعید. تدینی، معصومه. رقیه، سلمان¬پور. جهانبخش، الهه. ۱۳۸۸. رابطه درجه حرارت هوا با سکته قلبی در شهرستان اهر. فصل نامه جغرافیای طبیعی، سال دوم، شماره ۵.

نقوی، محسن. سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور در سال ۱۳۸۲. تیر ماه ۱۳۸۴.

شهابی نژاد، مریم. ۱۳۷۳. بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان کارشناسی پرستاری سال آخر در مورد عملیات احیاء قلبی تنفسی در پرستاری و مامایی وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی شهر تهران. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

حسینیان، عدالت. امانی، فیروز. حاجی زاده، ابراهیم. حبیب زاده، شـــهرام. ۱۳۸۷. بقای یک ساله بیماران بستری شده در CCU با سکته قلبی حاد در مرکز آموزشی درمانی بوعلی. مجله علمی پژوهشـــی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره هشتم، شماره چهارم، زمستان. ۳۸۰-۳۷۶.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]

Cardiovascular Nursing Journal
1(3), Autmn 2012

نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره اول ، شماره ۳ ، پاییز ۱۳۹۱

www.journal .icns.org.ir

The relationship between knowledge and family members' performance in confront with patient's heart attack

Heshmatolah Heydari[1] **MSc**
***Marhamat Farhaninia**[2] **MSc**
Mohammadtaghi Safdari[3] **MSc**
Hamid Haghani[4] **MSc**

Abstract

Aim. The aim of this study was to determine the family members' performance in confront with patient's heart attack and its relationship with their knowledge in this filed.

Background. Heart attack is one of the most common, serious and fatal diseases. It is growing rapidly worldwide and is the most leading cause of mortality. The performance of people who deal with the heart attack patients in the early minutes, is important in prognosis of disease and his/her life and death .

Method. This correlational descriptive study was conducted on 300 family members of patients with heart attacks who hospitalized in teaching hospitals of Iran University of Medical Sciences. Data were collected by a questionnaire and continuous sampling. Validity of questionnaire was confirmed by content validity and its reliability were confirmed by test-retest and by internal consistency (0.92).

Findings. The findings showed that there was good level of knowledge, but poor performance of the subjects in confront with patient's heart attack. There was statisticaly significant correlations between performance and the knowledge (p=0.004), but no significant correlations between performance and the knowledge with level of education, age and gender.

Conclusion. Despite of good level of knowledge in target community, none of them have good performance in the confront with heart attack patients; therefore it is recommended to educate the public on how to deal with heart attack patients and to perform more studies in this field in order to offer appropriate strategies to promote the knowledge and performance of family members and individuals in society.

Keywords: Heart attack, Performance, Knowledge

1- Master of Science in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2-Master of Science in Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author)
3- Master of Science in Anesthesia, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4-Master of Science in Statistics, Faculty of Management & Medical information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-09]