

فرآیند تصمیم‌گیری جستجوی کمک پزشکی بیماران سکته قلبی در هنگام شروع علائم

اردشیر افراسیابی¹ - دکتر پرخیده حسنی² - دکتر مسعود فلاحی خشک‌ناب³ - دکتر فریده یغمایی⁴

چکیده

مقدمه: تأخیر در جستجوی درمان‌های پزشکی یکی از موانع عمده شروع به موقع درمان‌های پزشکی می‌باشد. عوامل متعددی بر تصمیم‌گیری بیماران با علائم سکته جهت جستجوی درمان در هنگام شروع علائم تأثیر دارد، اما فرآیند تصمیم‌گیری آن‌ها به خوبی مشخص نمی‌باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی فرآیند تصمیم‌گیری بیماران سکته قلبی جهت جستجوی درمان در هنگام شروع علائم و قبل از بستری شدن در بیمارستان می‌باشد.

روش کار: چگونگی تصمیم‌گیری جستجوی کمک پزشکی در 19 نفر از بیماران با علائم حاد سکته قلبی قبل از بستری شدن در بیمارستان، با روش پژوهشی گراند تئوری مورد مطالعه قرار گرفت. تمرکز مطالعه حاضر از زمان شروع علائم تا زمان تصمیم‌گیری بیمار در درخواست کمک پزشکی است. با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته، داده‌ها جمع‌آوری گردید و به طور هم‌زمان از طریق مقایسه مداوم تحلیل شد.

یافته‌ها: درک کنترل شخصی به عنوان متغیر اصلی فرآیند تصمیم‌گیری جستجوی درمان در بیماران با علائم سکته قلبی از یافته‌های این مطالعه نمایان شد. متغیر اصلی دارای دو سطح فردی و تعاملی و پنج طبقه (مرحله) اصلی بنام‌های آگاهی یافتن از علائم جسمی، ارزیابی شخصی، خود اقامی، احساس تهدید، و مشاوره با دیگران می‌باشد که در نهایت منجر به رفتار جستجوی درمان پزشکی می‌شود. تصمیم‌گیری اولیه بیمار برای کاهش علائم باعث اقداماتی نظیر خود درمانی می‌شود که زمان تصمیم‌گیری جستجوی درمان پزشکی را به تأخیر می‌اندازد. سن، جنس، سطح تحصیلات، و آگاهی از علائم سکته قلبی بر زمان تصمیم‌گیری بیماران تأثیر داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: بیماران با علائم سکته قلبی جهت شروع درمان پزشکی با تأخیر تصمیم‌گیری می‌نمایند و این امر مبتنی بر میزان درک کنترل شخصی است. بیماران و افراد در معرض خطر نیازمند آموزش بیشتری درباره این که چگونه و چرا باید سریعاً اقدام به جستجوی درمان پزشکی نمایند، می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: تصمیم‌گیری، سکته حاد قلبی، کمک پزشکی، گراند تئوری

پذیرش مقاله: 1387/12/22

دریافت مقاله: 1387/9/11

- 1 - دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
 - 2 - دکتری پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (نویسنده مسؤول)
- آدرس:** تهران، خیابان شریعتی، روبروی حسینیه ارشاد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
پست الکترونیکی: afrasiabifar@yahoo.com
- 3 - دکتری پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
 - 4 - دکتری بهداشت عمومی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مقدمه

تأخیر بیماران سکته قلبی در جستجوی درمان‌های پزشکی (1) از دهه 1960 مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (2). تشخیص به موقع بیماری و شروع هر چه سریع‌تر اقدامات درمانی، باعث کاهش مرگ و میر بیماران (3 و 4)، بهبود قابل توجه عملکرد قلب (5)، و بهبود پیش‌آگهی و سیر بیماری می‌گردد (6-8). با وجود شواهد بالینی فوق‌الذکر، تأخیر بیماران موضوع مهمی در بسیاری از کشورها می‌باشد (9). اگر چه مطالعات انجام شده، زمان‌های تأخیر متفاوتی را گزارش کرده‌اند، اما نتایج تمامی آن‌ها بیانگر این واقعیت می‌باشد که اکثریت بیماران سکته قلبی در هنگام شروع علائم با تأخیر به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند (10-12) و حدود 50٪ بیماران بیش از 4 ساعت پس از شروع علائم به بیمارستان‌ها مراجعه کرده‌اند (13). مطالعات انجام شده در ایران نیز میانگین زمان مراجعه بیماران به بخش اورژانس را از زمان شروع علائم بین 6/72-4/96 ساعت گزارش کرده‌اند (14 و 15).

عوامل مختلفی از جمله عوامل فردی، اجتماعی، سن، جنس، سابقه ابتلا به بیماری کرونر قلبی (16 و 17)، متغیرهای بالینی، و تفاسیر بیماران از علائم بیماری (18) توسط پژوهشگران مورد مطالعه قرار گرفته است، اما نتایج مختلف و گاه متناقضی در این زمینه گزارش شده است (19). به عنوان مثال بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که شدت درد سینه (20) و آگاهی بیماران از علائم سکته قلبی (16) تأثیری بر تأخیر بیماران ندارد، در حالی که در مطالعات مشابه شدت درد سینه و آگاهی داشتن بیماران منجر به کاهش زمان تأخیر شده است (21 و 22). همچنین نتایج مطالعات مداخله‌ای که به منظور کاهش زمان تأخیر انجام شده‌اند، نشان داده است که اقدامات صورت گرفته بر کاهش زمان تأخیر تأثیری نداشته‌اند (23 و 24). یکی از عوامل مهم در جستجوی درمان، زمان و چگونگی تصمیم‌گیری بیماران می‌باشد. به عبارت دیگر زمانی که بیمار اقدام به جستجوی درمان‌های پزشکی می‌نماید، بر درمان و پیامدهای آن تأثیر دارد (1 و 25). مرور مطالعات موجود نشان می‌دهد که در مقایسه با عوامل تأثیرگذار، فرآیند تصمیم‌گیری بیماران کمتر مورد توجه قرار گرفته است. تصمیم‌گیری بیمار در جستجوی

درمان‌های پزشکی فرآیندی پیچیده‌ای است که نیازمند مطالعات بیشتری در زمینه شناخت معنا و مفهوم بیماران از بیماری و نشانه‌های آن، افکار، احساسات، اعمال آن‌ها در هنگام شروع علائم بیماری، و اثرات متقابل عوامل تأثیرگذار (6)، و همچنین هم‌خوانی علائم با تفکرات، ایده‌ها، و تجارب قبلی بیمار (1) می‌باشد. از آنجایی که تصمیم‌گیری مفهومی شناختی و ذهنی است، روش‌های پژوهش کیفی نسبت به روش‌های کمی در درک تصمیم‌گیری بیماران مفیدتر می‌باشد. در مطالعه حاضر، فرآیند تصمیم‌گیری بیماران به روش گراند تئوری مورد مطالعه قرار گرفته است که به منظور شناخت چگونگی معنا کردن علائم و نشانه‌های بیماری توسط بیماران، رفتار بیماران و نیز کنش متقابل بیماران با محیط‌های فیزیکی و اجتماعی، روش مناسبی می‌باشد. بر اساس دیدگاه کنش متقابل، چگونگی تفسیر بیماران از علائم بیماری و کنش متقابل افرادی که با بیمار در ارتباط هستند، بر فرآیند تصمیم‌گیری آن‌ها در جستجوی روش‌های درمانی تأثیر دارد (26). شناخت چگونگی فرآیند شناختی بیماران که منجر به تصمیم‌گیری بیماران و رفتارهای مقلبه‌ای می‌شود، می‌تواند منجر به کاهش زمان تأخیر بیماران به مراکز درمانی و در نتیجه کاهش عوارض بیماری شود. لذا مطالعه حاضر، با هدف بررسی فرآیند تصمیم‌گیری جستجوی درمان پزشکی در بیماران مبتلا به سکته قلبی از هنگام شروع بیماری و قبل از بستری شدن در بیمارستان انجام گرفته است.

روش کار

مطالعه حاضر با رویکرد گراند تئوری در سال‌های 1386-1387 انجام شد. گراند تئوری هنگامی که اطلاعات اندکی درباره یک مفهوم وجود دارد، روش مناسبی می‌باشد (27). بیماران مبتلا به سکته قلبی از سه بیمارستان در شهر تهران انتخاب شدند. همه بیماران قادر به صحبت کردن به زبان فارسی بودند، برای اولین بار دچار سکته قلبی شده بودند، تحت عمل جراحی پیوند کرونر قلب قرار نگرفته بودند، به بیماری مزمن دیگری نیز مبتلا نبودند، و از لحاظ روحی و روانی ثبات لازم را جهت بیان تجارب خود داشتند. مطالعه با نمونه‌گیری هدفمند شروع شد و بر اساس نمونه‌گیری نظری تا اشباع داده‌ها

تعامل نزدیک با شرکت‌کنندگان داشت. بازنگری توسط شرکت‌کنندگان و بازنگری توسط ناظرین خارجی انجام شد و از نظرات تکمیلی اساتید استفاده گردید. بازنگری توسط شرکت‌کنندگان، بازنگری ناظرین خارجی و تنوع نمونه‌گیری بیانگر تأییدپذیری داده‌ها بود.

مطالعه حاضر پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه انجام شد. پس از بیان اهداف پژوهش، تمامی شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در این مطالعه شرکت کردند. به آن‌ها اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج کلیه اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و بر خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری تأکید شد.

یافته‌ها

متغیر اصلی که نشان دهنده چگونگی تصمیم‌گیری بیماران جهت جستجوی کمک پزشکی می‌باشد، تحت عنوان درک کنترل شخصی نام‌گذاری شده است. درک کنترل شخصی بدین معنا است که تا زمانی که بیمار احساس می‌کند که علایم بیماری قابل کنترل بوده و خود قادر به کنترل آن‌ها است، جستجوی درمان‌های پزشکی را به تأخیر می‌انداخت و زمانی که احساس می‌کند که به دلایل مختلفی مثل عدم پاسخ به اقدامات خود مراقبتی، تشدید و تداوم نشانه‌ها، علایم خارج از کنترل شخصی او می‌باشد، درخواست کمک نموده و درمان‌های پزشکی را جستجو می‌کرد. متغیر مرکزی خود شامل پنج طبقه (مرحله) در دو سطح فردی و تعاملی می‌باشد (شکل شماره 1).

آگاهی یافتن از علایم جسمی

در این مرحله شرکت‌کنندگان از وجود علامت یا علایم غیرطبیعی در بدن خود آگاه می‌شوند که شایع‌ترین آن‌ها درد سینه یا احساس ناراحتی در ناحیه سینه بوده است. تنگی نفس، ضعف، خستگی، غش، تعریق سرد، تهوع، احساس خفگی از جمله علایمی بودند که شرکت‌کنندگان تجربه کرده بودند. علایم جسمی دارای ویژگی‌هایی مثل شدت، مدت زمان، تکرار، عوامل تشدیدکننده و تخفیف دهنده علایم، محل احساس علایم، انتشار علایم می‌باشد که هر کدام دارای ابعادی نیز

ادامه یافت. شرکت‌کنندگان با حداکثر تنوع از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، و وضعیت اجتماعی - اقتصادی انتخاب شدند. مصاحبه نیمه ساختار یافته، روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها بوده است. مصاحبه‌ها دارای سؤالات راهنما بودند که بر اساس اهداف پژوهش تنظیم گردیده بود. هر یک از مصاحبه‌ها، با سؤال باز آغاز شد. سؤالات پیگیری کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد، جهت روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه، مطرح می‌شد. سؤالات مصاحبه‌های بعدی بر اساس طبقات استخراج شده تنظیم می‌شد. مصاحبه‌ها 105-15 دقیقه طول کشید و بر روی نوار دیجیتالی ضبط می‌شد، و به روش کدگذاری Strauss و Corbin تحلیل گردید (27). محتوای مصاحبه‌ها کلمه به کلمه دست‌نویس شد و بلافاصله تحلیل گردید. قبل از تحلیل داده‌ها چندین بار متن مصاحبه‌ها خوانده شد، تا درک کلی از آن‌ها به دست آید. در کدگذاری باز یا سطح اول، مفاهیم مرتبط با مطالعه مشخص شدند و کدهایی به آن‌ها اختصاص داده شد. کدهای داده شده، یا صحبت‌های شرکت‌کنندگان بود و یا کدهای تلویحی پژوهشگر بودند. سپس کدهای اصلی از لحاظ تشابه و تفاوت جهت ایجاد طبقات مقایسه گردیدند و کدهایی که معانی یکسانی داشتند، در یک طبقه قرار گرفتند و طبقات بر اساس ویژگی‌ها و ابعادشان توسعه داده شدند. در کدگذاری محوری، روابط طبقات با زیر طبقات مشخص شد و طبقات بر اساس پارادایم زمینه و شرایطی که در آن بیماران جهت جستجوی کمک پزشکی تصمیم‌گیری می‌نمایند، راهبردهایی که تصمیم‌گیری بیماران را تسهیل نموده یا به تأخیر می‌اندازد و پیامدهای راهبردها اتخاذ شده، توسعه یافتند. در کدگذاری انتخابی، طبقه اصلی که در واقع فرآیند اصلی روانی اجتماعی تصمیم‌گیری بیماران جهت جستجوی درمان‌های پزشکی را توصیف می‌کند، بر اساس میزان آثار آن در سایر طبقات و تأثیر در ارتباط طبقات با یکدیگر انتخاب شد که در این مطالعه درک کنترل شخصی متغیر اصلی می‌باشد. در سراسر فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، محتوایی که در رابطه با مفهوم مورد مطالعه به ذهن پژوهشگر می‌رسید، به عنوان یادآور ثبت شد. به منظور تعیین اعتبار داده‌ها (Rigour) از معیارهای پیشنهادی Lincoln و Guba استفاده شد (28). جهت افزایش مقبولیت، پژوهشگر مشارکت کافی و

انتساب علایم به علل غیر قلبی مانع جستجوی درمان تا زمان تشدید علایم می‌شود. صحبت‌های زیر مربوط به مردی است که بیانگر احساس ذهنی وی از احساس کنترل شخصی با وجود علایم جسمی باشد و تا زمان تشدید علایم به مشکل قلبی توجه نکرده است:

«صبح آومدم سرکار، مشغول کار بودم، داشتم کار می‌کردم، متوجه شدم همچی حال نامناسبه، اهمیتی ندادم و کارم کردم، بعدش هم رفتیم صبحانه خوردیم، نمی‌دانستم قلبمه، سابقه‌ای اصلاً نداشتیم، چند ساعت بعد یه دفعه حس کردم این قسمت سینه‌ام (اشاره به سمت چپ روی قلب می‌کند) می‌سوزه، دیگه فهمیدم که یه خبرهای هست».

انتساب به علل قلبی: تعداد کمی از شرکت‌کنندگان، علایم را مربوط به قلب می‌دانستند. کسانی که دارای سابقه سکنه قلبی در خانواده بودند، و یا از علایم سکنه قلبی آگاهی داشتند، زودتر از بیمارانی که از ابتدا علایم قلبی را منتفی می‌دانستند جهت درمان پزشکی اقدام کرده بودند. خانمی که همسرش قبلاً دچار سکنه قلبی شده بود، در این باره گفت:

«خودم می‌دونستم که علایم سکنه است چون دیدم بودم، شوهرم سکنه کرده بود، به بچه‌هام گفتم منو ببرید دکتر، چون عرق سرد بهم نشست، در جا متوجه شدم، دیدم فشار می‌آد به سینم، به دو تا کتفم فشار می‌آد، خودم فهمیدم سکنه است».

مردان نسبت به زنان دیرتر اقدام به جستجوی درمان پزشکی کرده بودند. صحبت‌های یکی از مردان مؤید این نکته است:

«خیس عرق بودم، یه قرص نیتروگلیسرین خوردم، یکی دیگه خوردم، گفتم شاید خوب بشه، دیدم جواب نمی‌ده، فهمیدیم که باید برم بیمارستان».

خود اقدامی

خود اقدامی مرحله‌ای است که بیمارانی پس از ارزیابی علایم، خود جهت تسکین نشانه‌ها اقدام کرده بودند. 5 نفر اقدام به خود درمانی مثل خوردن شربت آنتی اسید، مصرف مسکن، قرص زیر زبانی نیتروگلیسرین، مصرف داروهای گیاهی کرده بودند. بیانات زیر بیانگر خود درمانی توسط برخی از شرکت‌کنندگان می‌باشند:

«بلند شدم یه قرص استاموفن و شربت معده خوردم (ش3)، یه قرص نیتروگلیسرین و 2 تا قرص

می‌باشند. بعضی از شرکت‌کنندگان یک یا چند علامت را تجربه کرده بودند. بیانات زیر نشان دهنده تجارب برخی از شرکت‌کنندگان در رابطه با طبقه «آگاهی یافتن از علایم جسمی» می‌باشد:

«یه دفعه حس کردم اینجام (اشاره به سمت چپ قفسه سینه) درد می‌گیره. (ش8)، دیدم به بالای قفسه سینه فشار می‌آد. (ش12)، توی قفسه سینه‌ام احساس می‌کردم که تحت فشارم و نقش کشیدن‌ام سخت شده (ش13)، درد زد به پشتم (ش16)».

ارزیابی شخصی

ارزیابی علایم که مرحله دوم می‌باشد به معنای تفسیر ذهنی بیماران از علایم جسمی می‌باشد. بیماران در هنگام شروع علایم، آن‌ها را به شیوه‌های مختلفی ارزیابی کرده و بر اساس ارزیابی خود، پاسخ و رفتارهای مختلفی نشان داده بودند. ارزیابی علایم ممکن است به دو شیوه انتساب علایم به علل غیر قلبی و انتساب به علل قلبی باشد. شیوه‌های ارزیابی به صورت خطی نیست بلکه به صورت چرخه‌ای است که با گذشت زمان، بیمار ممکن است ارزیابی متفاوتی داشته باشد. بدین صورت که بیمار از ابتدا ممکن است وجود مشکل غیر قلبی را انکار نموده اما با گذشت زمان و تداوم آن، علایم را به عنوان نشانه‌های قلبی ارزیابی نماید و یا بر عکس از ابتدای شروع علایم، آن‌ها را نشانه قلبی ارزیابی نموده، اما به دلیل اقداماتی که جهت کاهش علایم انجام داده است، علایم از بین رفته و به همین دلیل مشکل قلبی را منتفی بداند.

انتساب به علل غیر قلبی: هیچ کدام از شرکت‌کنندگان خود را در معرض خطر ابتلا به سکنه قلبی نمی‌دانستند. انکار یکی از شایع‌ترین پاسخ بیماران به علایم بیماری بوده است و علی‌رغم وجود علایم جسمی، بسیاری از آن‌ها وجود بیماری قلبی را انکار کرده بودند. بعضی از آن‌ها از طریق تداوم فعالیت‌ها و یا بی‌توجهی به نشانه‌های بیماری از جستجوی درمان‌های پزشکی امتناع کرده بودند. شرکت‌کنندگانی که بیش از دو ساعت از زمان شروع علایم، تأخیر کرده بودند، علایم را به مشکلات غیر قلبی مثل ناراحتی معده، فشار فیزیکی بیش از حد، بی‌خوابی، مشکلات ریوی، فشارهای عصبی نسبت داده بودند. مردی در این باره گفت:

«من احساس کردم شاید درد معده باشه، چون ناشتا بودم، اصلاً فکر نمی‌کردم قلبم باشه».

«دیدم درده جواب نمی‌ده، بچه‌ها را صدا زدم گفتم منو سریع ببرین بیمارستان، (ش 12). فکر کردم کارم تمومه، این قدر درده شدید بود، به هیچی جواب نمی‌داد (ش 4)».

مشاوره با دیگران

مرحله مشاوره با دیگران و درخواست کمک بر تصمیم‌گیری بیماران تأثیر داشته است. تعداد کمی از بیماران، بلافاصله پس از شروع علائم از دیگران درخواست کمک کرده بودند. بیماران مسن و بیماران با تحصیلات بالا نسبت به بیماران با تحصیلات پایین زودتر درخواست کمک پزشکی کرده بودند. در این مطالعه تمامی زنان پس از شروع علائم، بلافاصله از همسر یا فرزندان خود، درخواست کمک کرده بودند، در حالی که این امر در بسیاری از مردان پس از تلاش‌های خود مراقبتی و عدم تسکین علائم صورت گرفته است. یکی از زنان در این باره گفت:

«به دفعه دیدم از اینجا (اشاره به ناحیه شانه چپ) از سینه، قفسه سینه به بالا فشار می‌اد، پسر بزرگم خونه بود، گفتم من ببر بیمارستان، منو برداشتن بردند بیمارستان (ش 6)».

از آنجایی که شروع علائم بیماری بیشتر زمانی بوده است که بیماران در منزل یا محل کار بوده‌اند، اطرافیان در تصمیم‌گیری بیماران تأثیر داشته‌اند. شرکت‌کنندگان به ترتیب از اعضای خانواده، همکار، و کارکنان فوریت‌های پزشکی درخواست کمک کرده بودند. در بعضی از شرکت‌کنندگان عامل تصمیم‌گیری جستجوی درمان اطرافیان خصوصاً همسر بوده است که این موضوع عمداً درباره مردان صادق بوده است. یکی از مردان در این باره گفت:

«فکر نمی‌کردم درد قلبی است، گفتن رنگت خیلی پریده، باید بریم درمانگاه، گفتم درمانگاه نمی‌رم، چیزی‌ام نیست، گوش نکردن، رفتن یواشکی زنگ زدن اورژانس، اورژانس اومد (ش 8)».

خواب خوردم (ش 7)، به لیوان آب غوره استفاده کردم. ش 12»

علاوه بر خود درمانی، بیماران جهت کاهش علائم، اقداماتی نظیر «نشستن، دراز کشیدن، نوشیدن آب سرد، ماساژ محل احساس درد» انجام داده بودند، اما اقدام به جستجوی درمان پزشکی نکرده بودند.

«اومدم روی صندلی نشستم (ش 8)، خودمو رسوندم به یه آبسردکن، یه مقدار آب خنک خوردم (ش 5)».

کاهش یا حذف علائم جسمی به دنبال اقداماتی که بیمار آن انجام داده بودند، یکی از عوامل تأخیر در تصمیم‌گیری بیماران جهت جستجوی درمان‌های پزشکی بوده است. مردی در این باره گفت:

«توی اداره بودم دیدم سمت چپ سینه‌ام درد می‌گیره به مقدار روی صندلی نشستم، درده ساکت شد، رفتم منزل، پیاده رفتم تا منزل، فکر نمی‌کردم دردم درد قلبه (ش 8)».

احساس تهدید

مرحله احساس تهدید ممکن است در هنگام تشدید علائم، و یا به دنبال عدم تأثیر تلاش‌های خود اقدامی باشد. احساس تهدید بستگی به شدت علائم داشته است. تعدادی از شرکت‌کنندگان از ابتدای شروع علائم دچار ترس و اضطراب شده بودند. صحبت‌های زیر نشان‌دهنده پاسخ‌های روانی برخی از بیماران در هنگام شروع علائم و تأثیر آن‌ها بر تصمیم‌گیری بیماران جهت درمان پزشکی می‌باشد:

«یه عرق بسیار سردی از پیشانی‌م ریخت، ترسیدم داد زدم و خانمم اومد. (ش 1)، احساس کردم که خطریه. (ش 2)، نگران بودم، گفتم دارم می‌میرم. (ش 6)، درد عجیبی داشتم، چیز عجیبی بود، بد جوری بی‌تابم کرده بود (ش 3)».

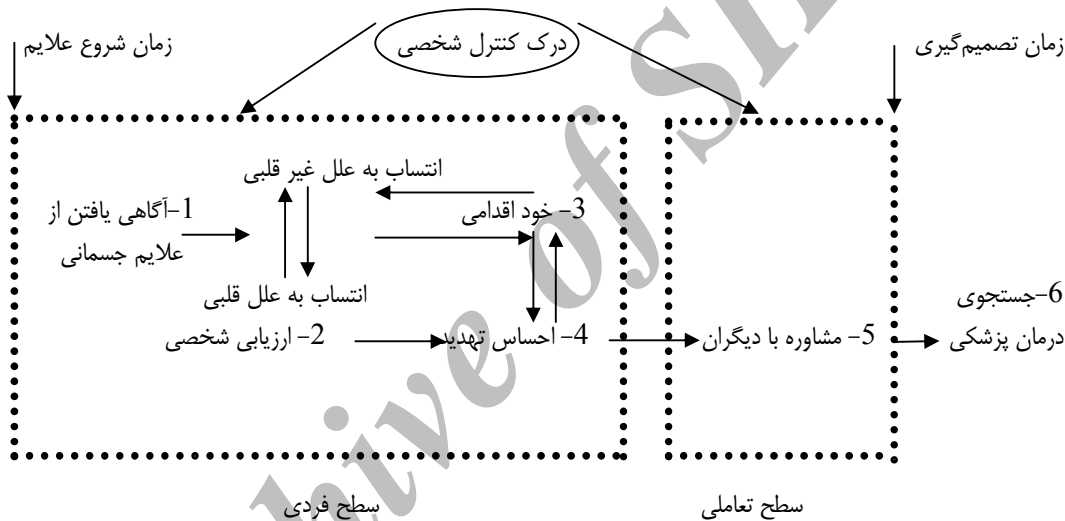
درک عدم کنترل علائم پس از خود درمانی باعث ایجاد ترس و درخواست کمک از دیگران و در نتیجه تسریع تصمیم‌گیری جهت جستجوی درمان‌های پزشکی در برخی از شرکت‌کنندگان شده است:

مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول 1 نشان داده شده است.

جدول 1: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

جنس: مرد: 15 نفر، زن: 4 نفر	فرد تصمیم‌گیرنده جهت درمان پزشکی: خود بیمار: 3 نفر، اعضای خانواده یا دیگران: 16 نفر
میانگین سن بیماران 62 سال (45-78 سال)	میانگین زمان تصمیم‌گیری از آغاز علائم 5/7 ساعت (حد اقل 0/5 ساعت حداکثر 48 ساعت)
وضعیت تاهل: دارای همسر: 16 نفر، بیوه: 2 نفر، مطلقه: 1 نفر	خود درمانی قبل از جستجوی کمک پزشکی: 5 نفر
تحصیلات: بیسواد- فوق لیسانس	محل شروع علائم: در منزل: 9 نفر، محل کار: 7 نفر، مکان‌های عمومی: 3 نفر
روش مراجعه به بیمارستان: با آمبولانس: 11 نفر، با وسیله شخصی: 8 نفر	

شکل 1: فرآیند تصمیم‌گیری جستجوی درمان‌های پزشکی در هنگام شروع علائم



بحث

یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به درک فرآیند تصمیم‌گیری بیماران با علائم سکته قلبی در جستجوی درمان پزشکی و تبیین واقعیت‌های موجود در تجارب آن‌ها کمک نماید. هر چند در مطالعات کیفی هدف تعمیم‌پذیری یافته‌ها نمی‌باشد، اما در مطالعه حاضر جمع‌آوری اطلاعات تا زمان اشیاع داده‌ها و عدم استخراج داده‌های جدید ادامه یافت. متغیر اصلی فرآیند تصمیم‌گیری جهت جستجوی درمان در بیماران با علائم سکته قلبی که از یافته‌های این مطالعه نمایان شده است، تحت عنوان درک کنترل شخصی، نام‌گذاری شده است که دارای دو بعد فردی و تعاملی است که با الگوی خود تنظیمی (self-regulation model) قابل بحث می‌باشد.

بر اساس الگوی خود تنظیمی، مواجهه با تهدید سلامتی و خودکنترلی آن دارای سه مرحله شکل‌گیری ساختار ذهنی، انتخاب راهبردهای مقابله‌ای، و ارزیابی نتایج راهبردها می‌باشد. مرحله اول شامل تشخیص علائم، علل بروز بیماری، درمان و پیامدهای بیماری می‌باشد (29). در این مطالعه اکثریت شرکت‌کنندگان خود را در معرض خطر ابتلا به سکته قلبی نمی‌دانستند و در مراحل اولیه، علائم جسمی را ناشی از مشکلات غیر قلبی می‌دانستند که با یافته‌های مطالعات موجود، هم‌خوانی دارد (21 و 30). علاوه بر این، عدم احساس تهدید مشکل قلبی و احساس توانایی شخصی در کنترل علائم موجود، باعث تأخیر تصمیم‌گیری بیماران در جستجوی درمان‌های پزشکی شده است. غفلت، بی‌توجهی و انکار علائم، خود درمانی، شایع‌ترین پاسخ

نشانه‌های سکتته قلبی همراه با توانایی سایر افراد مثل همسر، فرزندان، دوستان و همکاران در تأیید تشخیص علائم بیماری، تأثیر مهمی در تسریع فرآیند تصمیم‌گیری و کاهش زمان تأخیر دارد (1).

در مطالعه حاضر، اگر چه زنان زودتر از مردان اقدام به جستجوی درمان پزشکی کرده‌اند، اما مطالعات مشابه یافته‌های متناقضی درباره تفاوت زنان و مردان گزارش کرده‌اند. عدم وجود تفاوت میان زنان و مردان (33)، درخواست کمک زودتر زنان نسبت به مردان (36)، تأخیر طولانی‌تر زنان نسبت به مردان (37)، و وجود تفاوت‌های نژادی میان زنان (38) در جستجوی کمک‌های پزشکی از جمله آن‌ها می‌باشد. در مطالعه حاضر به دلیل کم بودن تعداد زنان نمی‌توان به طور یقین قضاوت کرد و این موضوع نیاز به مطالعات بیشتری دارد. یکی از دلایل احتمالی این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت‌های فرهنگی باشد که در ایران بسیاری از والدین سالمند با فرزندان زندگی می‌کنند و جهت انتقال به مراکز درمانی به کمک همسر یا فرزندان خود وابسته هستند. به همین دلیل جستجوی درمان در آن‌ها ممکن است زودتر صورت گیرد. عدم تمایل زنان به نگران کردن و ایجاد تنش در اعضای خانواده از جمله عوامل تأخیر زنان در سایر مطالعات بوده است (1، 36 و 37). کم بودن تعداد زنان در مقایسه با مردان از محدودیت این مطالعه می‌باشد و با توجه به تفاوت‌های روان‌شناختی میان زنان و مردان، فرآیند تصمیم‌گیری در آن‌ها به مطالعات بیشتری نیاز می‌باشد.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که تصمیم‌گیری جستجوی درمان پزشکی در بیماران با علائم سکتته قلبی فرآینده پیچیده‌ای است که مبتنی بر احساس ذهنی بیمار از کنترل علائم جسمی می‌باشد و تا زمانی که بیمار احساس می‌کند که توانایی کنترل علائم را دارد، جستجوی درمان‌های پزشکی را به تأخیر می‌انداخت. کنترل شخصی به عنوان متغیر اصلی فرآیند تصمیم‌گیری بیماران از داده‌های مطالعه حاضر نمایان شده است که دارای دو بعد فردی و تعاملی است و پنج طبقه اصلی آگاهی یافتن از علائم جسمانی، ارزیابی شخصی، خود

بیماران در هنگام آگاهی یافتن از وجود علائم جسمی بوده است. این واکنش‌ها حتی در بیمارانی که به اعتقاد خود آن‌ها یک یا چند عامل خطرزای ایجاد کننده بیماری قلبی را داشتند، وجود داشته است. اگر چه انکار به عنوان شایع‌ترین مکانیسم دفاعی ممکن است باعث کاهش ترس و اضطراب بیمار در مراحل اولیه بیماری گردد، اما باعث تأخیر در جستجوی اقدامات درمانی (31) می‌گردد. در حقیقت درک کنترل شخصی باعث گردیده است تا بسیاری از شرکت‌کنندگان با وجود آگاهی داشتن از علائم قلبی، اقدام به خود درمانی نمایند که همان مرحله راهبردهای مقابله‌ای در الگوی خود تنظیمی می‌باشد. سناریوی ارزیابی علائم، اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای و ارزیابی تأثیر راهبردها بر اساس فرضیات شناختی در بیمارانی که علائم سکتته قلبی را تجربه کرده بودند، در بسیاری از مطالعات نیز گزارش شده است (1 و 32). نتایج بعضی از مطالعات نیز نشان داده‌اند که سابقه قبلی سکتته قلبی (31 و 33)، آگاهی از علائم و ارزیابی آن‌ها به عنوان علائم قلبی به تنهایی جهت جستجوی درمان‌های پزشکی (1 و 6) کافی نمی‌باشد، بلکه رفتار بیماران در تصمیم‌گیری جستجوی درمان‌های پزشکی بیشتر ماهیت روان‌شناختی و اجتماعی دارد (31). از آنجایی که مطالعه حاضر محدود به بیمارانی بوده است که برای اولین بار سکتته قلبی کرده بودند، تأثیر سابقه قبلی ابتلا به سکتته قلبی بر فرآیند تصمیم‌گیری جستجوی درمان به مطالعات بیشتری نیاز دارد. درک تهدید بستگی به میزان احساس آسیب‌پذیری فرد در ابتلا به بیماری قلبی و احتمال بروز آسیب جسمی (34) دارد. اکثر شرکت‌کنندگان مطالعه حاضر پس از انجام فعالیت‌های خود مراقبتی و عدم پاسخ طولانی مدت به اقدامات انجام شده، از لحاظ روان‌شناختی دچار احساس ناتوانی شخصی در کنترل علائم و در نتیجه ترس و اضطراب شده بودند. احساس تهدید منجر به درخواست کمک از دیگران یا جستجوی درمان‌های پزشکی توسط بیمار شده است. در این مطالعه بسیاری از شرکت‌کنندگان قبل از مراجعه به مراکز درمانی با افراد اطراف خود مثل اعضای خانواده و یا همکاران مشورت کرده بودند که با مطالعه Alonza هم‌خوانی دارد (35). بروز علائم در منزل یا محیط کار، و تعامل اعضای خانواده و یا همکاران تأثیر مهمی در فرآیند تصمیم‌گیری و کاهش زمان تأخیر در جستجوی کمک‌های پزشکی دارد. بر اساس تعامل کنش متقابل، توانایی بیماران در برچسب زدن به علائم و

است در منزل می‌باشد، آموزش به اعضای خانواده می‌تواند منجر به اقدامات مناسب اعضای خانواده در هنگام بروز علایم و کوتاه‌تر نمودن زمان تصمیم‌گیری بیماران شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که در این پژوهش شرکت نمودند، همچنین از اساتید محترمی که در فرآیند کدگذاری و اصلاح کدها، ما را یاری نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌شود. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت انجام این مطالعه تشکر نمایند.

اقدامی، احساس تهدید، مشاوره با دیگران آن را توصیف می‌کنند.

نتایج این مطالعه نشان داد که احساس ذهنی بیماران در کنترل شخصی علایم توسط خودشان، بر فرآیند تصمیم‌گیری آن‌ها در جستجوی درمان‌های پزشکی قبل از بستری شدن در بیمارستان تأثیر دارد. بنابراین، به منظور تسهیل تصمیم‌گیری، بیماران بایستی از علایم سخته قلبی، اقدامات مناسبی که باید انجام دهند، آگاهی داشته باشند. علاوه بر این آموزش همگانی به خصوص به افرادی که در معرض خطر ابتلا به بیماری کرونر قلب قرار دارند، می‌تواند زمان تصمیم‌گیری و جستجوی درمان‌های پزشکی را کاهش دهد. از آنجایی که بروز علایم ممکن

منابع

- 1 - Dracup K, Moser DK, Eisenberg M, et al. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science & Medicine* 1995; 40(3):379-92.
- 2 - Nouredine S, Adra M, Arevian M, et al. Delay in seeking health care for acute coronary syndromes in a Lebanese sample. *Journal of Transcultural Nursing* 2006; 17(4): 341-348.
- 3 - ISIS-2. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both or neither in 17187 cases of suspected acute myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology* 1988; 12(6):3A-13A.
- 4 - Zijlstra F, de Boer MJ, Hoorntje JC, et al. A comparison of immediate coronary angioplasty with intravenous streptokinase in acute myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine* 1993; 328(10): 680-4.
- 5 - Koren G, Weiss AT, Hasin Y, et al. Prevention of myocardial damage in acute myocardial ischemia by early treatment with intravenous streptokinase. *The New England Journal of Medicine* 1985; 313(28):1384-1389.
- 6 - Thuresson M, Jarlov MB, Lindahl B, et al. Thoughts, actions, and factors associated with prehospital delay in patients with acute coronary syndrome. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2007; 36(6):398-409.
- 7 - Rosenfeld AG. Treatment-Seeking delay among women with acute myocardial infarction. *Nursing Research* 2004; 53(4):225-236.
- 8 - Pattenden J, Watt I, Lewin RJP, et al. Decision making processes in people with symptoms of acute myocardial infarction: Qualitative study. *British Medical Journal* 2002; 324(7344): 1006.
- 9 - Grines CL, DeMaria AN. Optimal utilization of thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: Concepts and controversies. *Journal of the American College of Cardiology* 1990; 16(1): 223-31.
- 10 - Dracup K, Moser D, McKinley S, et al. An international perspective on the time to treatment for acute myocardial infarction. *Journal of Nursing Scholarship* 2003; 35(4): 317-323.
- 11 - Al-Hassan MA, Omran SM. The effects of health beliefs on health care-seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11(1): 13-20.
- 12 - Løvlien M, Schei B, Hole T. Prehospital delay, contributing aspects and responses to symptoms among Norwegian women and men with first time acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 6(4): 308-313.
- 13 - Moser DK, Kimble LP, Alberts MJ, et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. A scientific statement from the AHA Council on Cardiovascular Nursing and Stroke Council. *Circulation*. 2006; 114(2): 168-182.
- 14 - Ibrahizadeh, K., Mirzaiepour F., determination of time to thrombolytic therapy after acute myocardial infarction. (unpublished dissertation), Kerman Medical sciences university, 2003, 23.

- 15 - Dostkami H, Mazaheri A. Admission method in patients of myocardial infarction, *Journal of Ardabil medical sciences university*. 2006; 6(4): 240-244.
- 16 - Dracup K, Moser DK. Beyond sociodemographics: Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart& Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 1997; 26(4): 253-62.
- 17 - Meischke H, Eisenberg MS, Larsen MP. Prehospital delay interval for patients who use emergency medical services: The effects of heart related medical conditions and demographic variables. *Annals of Emergency Medicine*. 1993; 22(10): 1597-601.
- 18 - Ruston A, Clayton J, Calnan M. Patients' action during their cardiac event: Qualitative study exploring differences and modifiable factors. *British Medical Journal*. 1998; 316(7137): 1060-4.
- 19 - Horne R, James D, Petrie K, et al. Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction. *Heart*. 2000; 83(4): 388-393.
- 20 - Hofgren K, Bondestam E, Johansson FG, et al. Initial pain course and delay to hospital admission in relation to myocardial infarct size. *Heart& Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 1988; 17(3): 274-80.
- 21 - McKinley S, Moser DK, Dracup K. Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart& Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2000; 29(4): 237-47.
- 22 - Johansson I, Stromberg A, Swahn E. Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction. *Heart& Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2004; 33(5): 291-300.
- 23 - Luepker RV, Raczyński JM, Osganian S, et al. Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acute coronary heart disease: The rapid early action for coronary treatment (REACT) Trial. *The Journal of the American Medical Association*. 2000; 284(1): 60-7.
- 24 - Herlitz J, Blohm M, Hartford M, et al. Follow-up of a 1-year media campaign on delay times and ambulance use in suspected acute myocardial infarction. *European Heart Journal*. 1992; 13(2): 171-7.
- 25 - Weaver WD. Time to thrombolytic treatment: Factors affecting delay and their influence on outcome. *Journal of the American College of Cardiology*. 1995; 25(7): 3-9.
- 26 - Alonzo AA. An illness behavior paradigm: A conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. *Social Science& Medicine*. 1984; 19(5): 499-510.
- 27 - Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research*. 2nd edition. Thousand Oaks, Sage Publication, 1998; p:101-140.
- 28 - Streubert HJ, Carpenter CR. *Qualitative Research in Nursing*. 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999; p: 28-29.
- 29 - Leventhal H, Nerentz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Singer J, editors. *A handbook of psychology and health*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum Associates, 1984. p219-52.
- 30 - MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach, *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2006; 5(4): 280-288.
- 31 - Dempsey SJ, Dracup K, Moser DK. Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction, *Heart& Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 1995; 24(6): 444-56.
- 32 - Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, et al. Illness representation after acute myocardial infarction: Impaction in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13(2): 136-145.
- 33 - Carney R, Fitzsimons D, Dempster M. Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2002; 1(4): 237-242.
- 34 - Leventhal H, Diefenbach M., Leventhal EA. Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interaction. *Cognitive Therapy Research*. 1992; 16(2): 143-63.
- 35 - Alonzo AA. Acute myocardial infarction and posttraumatic stress disorder: The consequences of cumulative adversity. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1999; 13(3): 33-45.
- 36 - Ashton KC. How men and women with heart disease seek care: The delayed experience. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 1999; 14(2): 53-74.
- 37 - Higginson R Women's help-seeking behaviour at the onset of myocardial Infarction. *British Journal of Nursing*. 2008; 17(1): 10-14.

38 - McSweeney JV, Lefler LL, Fischer EP, et al. Women's prehospital delay associated with myocardial infarction: Does race really matter?. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 22(4): 279-285.

Archive of SID