

A Survey on the Knowledge and Attitude of Family Carers of Patients with Coronary Artery Diseases about Primary CPR in Outpatient Hospital

Alikhani F, Mahdaviseresht R*, Hasankhani H, Davoodi A, Lakdizaji S

Department of Medical- Surgical, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989141039969, E-mail:mahdaviseresht@gmail.com

Received: Dec 8, 2018

Accepted: Apr 7, 2019

ABSTRACT

Background & objectives: Cardio-Pulmonary arrest may occur at any time and any place. Nearly 70% of cases with cardiac arrest occur at home or outside the hospital without access to experienced people for cardiopulmonary resuscitation (CPR). So if people and family members of patients with heart problems (bystanders) have the ability to perform primary CPR, they can save lives in the golden hour. This study was conducted to evaluate the knowledge and attitude of family carers of patients with coronary artery disease about CPR.

Methods: This cross- sectional study was conducted on 110 family carers of patients with coronary artery disease at cardiac care units of Tabriz hospitals. The samples were selected by convenience sampling method and data were collected through a researcher-made questionnaire of knowledge and attitude. Data were analyzed by SPSS software version 21.

Results: The knowledge of most participants was undesirable (56.3%). The highest and lowest levels of knowledge were related to "facing with disease" and "time of chest cardiac massage", respectively. In terms of attitude, most participants (52.1%) had a negative attitude toward resuscitation, and most (79.1%) believed that the patient should survive as much as possible.

Conclusion: According to inadequate knowledge and negative attitude of most participants, the community-based education courses with a simple language is recommended to increase the awareness and develop a positive attitude toward CPR in families of patients with coronary artery disease .

Keywords: Knowledge, Attitude, Cardio-pulmonary Resuscitation, Family Caregiver, Coronary Artery Disease

بررسی آگاهی و نگرش مراقبین خانوادگی بیماران عروق کرونری در مورد احیای قلبی- ریوی پایه خارج بیمارستانی

فرامرزی علیخانی، رقیه مهدوی سرشت*، هادی حسنخانی، عارفه داودی، سیما لک دیزجی

گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۱۰۳۹۹۶۹ ایمیل: mahdaviseresht@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ایست قلبی- ریوی در هر زمان و مکانی روی می‌دهد. حدود ۷۰ درصد از ایست های قلبی در منزل یا مکان های خارج از بیمارستان بدون دسترسی به افراد مجرب اتفاق می‌افتد. اعضای خانواده اگر توانایی احیای قلبی- ریوی را داشته باشند، می توانند در زمان طلایی از مرگ مغزی پیشگیری کنند. این مطالعه با هدف تعیین آگاهی و نگرش مراقبین خانوادگی بیماران عروق کرونری در مورد احیای قلبی- ریوی انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که روی ۱۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران عروق کرونری بخش های قلب شهر تبریز انجام گرفت. نمونه ها با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه های محقق ساخته آگاهی (۳۰ سوال) و نگرش (۱۳ سوال) در مورد احیای قلبی- ریوی را تکمیل کردند. داده های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی در نرم افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: میزان آگاهی اکثر مشارکت کنندگان (۵۶/۳٪) نامطلوب بود. بیشترین میزان آگاهی مربوط به حیطه «مواجهه با بیماری» و کمترین مربوط به حیطه «زمان ماساژ قفسه سینه» بود. از نظر نگرش، بیشتر شرکت کنندگان (۵۲/۱٪)، نگرش منفی نسبت به احیا داشتند و بیشتر آنها (۷۹/۱٪) معتقد بودند بیمار بایستی تا حد امکان زنده بماند.

نتیجه گیری: باتوجه به آگاهی نامطلوب و نگرش منفی بیشتر مشارکت کنندگان، ضرورت برگزاری دوره های آموزشی جامعه شمول با زبان ساده تر و ملموس تر جهت افزایش آگاهی و نگرش مثبت و ایجاد تمایل به انجام احیا در خانواده های بیماران عروق کرونری توصیه می گردد.

واژه های کلیدی: آگاهی، نگرش، احیای قلبی- ریوی پایه، مراقبین خانوادگی، بیماری عروق کرونری

پذیرش: ۹۸/۱/۱۸

دریافت: ۹۷/۹/۱۷

مقدمه

با پیشرفت تکنولوژی در تمامی ابعاد زندگی بشر و تغییر در الگوهای رفتاری و زندگی مردم، زمینه برای بسیاری از بیماری های مزمن از جمله بیماری های قلبی- عروقی مساعد گشته است (۱). بیماری های قلبی- عروقی یکی از شایع ترین بیماری ها است که انتظار می رود تا سال ۲۰۳۰ اصلی ترین علت مرگ و میر در سراسر جهان باشد (۲). خونرسانی خود قلب

توسط عروق کرونر تامین می شود. چنانچه قلب در اثر اختلالات این عروق دچار هیپوکسی و عوارض مربوطه شود در دسته بیماری های عروق کرونری طبقه بندی می شود. از جمله مهمترین و رایج ترین بیماری های این دسته می توان به انسداد عروق کرونری و آنژین و سکته قلبی ناشی از آن اشاره کرد (۳). با وجود پیشرفت های سریع تشخیصی و درمانی هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی

می‌شوند فوت می‌کنند و دو سوم آنها که زنده می‌مانند، هرگز بهبودی کامل نمی‌یابند و به زندگی عادی بر نمی‌گردند. همچنین این بیماری‌ها، هزینه هنگفتی را بر نظام‌های بهداشتی درمانی کشورها تحمیل می‌کنند (۴). در این راستا مطالعات نشان داده است که بیش از ۳ میلیون مرگ ناگهانی در اثر بیماری‌های قلبی در سرتاسر دنیا اتفاق می‌افتد (۵). لذا ایست قلبی خارج بیمارستانی^۱ (OHCA)، یکی از علل عمده منجر به مرگ در بزرگسالان می‌باشد که در ۹۲ درصد از موارد منتهی به فوت بیمار می‌شود (۴). اکثر افراد دچار ایست قلبی خارج بیمارستانی (۸۵-۷۰٪) یک علت زمینه‌ای قلبی دارند (۶) که با احیای به موقع، قابل برگشت است. احیای قلبی ریوی مغزی^۲ (CPCR) شامل اقداماتی است که با هدف بازگرداندن اعمال حیاتی دو عضو مهم قلب و مغز انجام می‌شود. این اقدامات شامل بررسی و تشخیص سریع ایست قلبی و اطلاع به سیستم اورژانس ۱۱۵، شروع سریع احیای قلبی با ماساژ قفسه سینه، باز کردن راه هوایی و دادن تنفس مصنوعی و مرحله آخر دفیبریلاسیون سریع (قابل انجام توسط امدادگران حرفه‌ای) می‌باشد (۷). بر اساس گزارش انجمن قلب ایالات متحده، شروع سریع احیای قلبی ریوی و دفیبریلاسیون در عرض ۶-۴ دقیقه بعد از ایست قلبی به همراه شروع سریع حمایت‌های پیشرفته حفظ حیات، میزان بقا و پیامدهای بلند مدت را حدود ۱۱ درصد افزایش می‌دهد (۸).

متأسفانه با وجود گذشت نزدیک به پنجاه سال از شروع عملیات احیای قلبی ریوی، میزان مرگ و میر بعد از ایست قلبی بالا گزارش شده است (۹). مشکل اصلی در حفظ جان بیماران با انجام احیای قلبی ریوی، فقدان آگاهی و مهارت کافی افراد عادی جامعه در مورد اقدامات لازم و مناسب برای بیمار است. از آن جایی که تقریباً ۷۰ درصد موارد ایست قلبی در خانه

یا مکان‌های خارج از بیمارستان که امکان دسترسی به وسایل پیشرفته و افراد مجرب برای اجرای احیای قلبی-ریوی وجود ندارد اتفاق می‌افتد، افراد عادی جامعه و اعضای خانواده بیماران دارای مشکلات قلبی اگر توانایی انجام احیای قلبی-ریوی پایه را داشته باشند، می‌توانند در زمان طلایی اول با انجام احیا از مرگ مغزی، پیشگیری کرده و جان بیمار را نجات دهند (۱۰، ۱۱). از آنجایی که اولین راهکار درمانی در افرادی که دچار حمله قلبی می‌شوند انجام اقدامات سریع و صحیح اولیه درمانی برای آنها است، کاهش فاصله بین شروع علائم و اقدام جهت درمان مناسب باعث کاهش مرگ و عوارض بیماری می‌گردد (۱۲). همچنین با توجه به این نکته که تأخیر قبل از بیمارستان مانع تشخیص و اقدام درمانی مناسب می‌گردد (۱۳، ۱۴، ۱۵)؛ لذا اهمیت انجام این اقدامات توسط هر فردی از افراد جامعه محرز می‌باشد. خانواده‌ها می‌توانند اولین کسانی باشند که به بیمار نیازمند احیای قلبی-ریوی کمک کرده و زمان را حفظ نمایند (۱۶، ۱۷). براساس تحقیقات، احیای قلبی ریوی توسط همراهان می‌تواند میزان بقا را تقریباً ۲ تا ۴ برابر افزایش دهد (۱۸).

جهت تعیین اقدامات موثر برای اجرای احیای قلبی-ریوی، میزان آگاهی و نگرش اعضای خانواده بیمار که در موقعیت مناسبی برای انجام اقدامات ضروری برای موارد احتمالی اورژانسی هستند، لازم به نظر می‌رسد. با توجه به شیوع بالای بیماری‌های قلبی و عروقی در جامعه ما و نقش اساسی خانواده‌های این بیماران در هنگام وقوع ایست قلبی، تحقیق در زمینه آگاهی و نگرش خانواده‌ها در خصوص احیای قلبی-عروقی بیماران با اختلالات قلبی ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین آگاهی و نگرش مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری‌های عروقی کرونری در مورد احیای قلبی-ریوی پایه انجام گرفت.

¹ Out-of-Hospital Cardiac Arrest

² Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation

روش کار

در این مطالعه مقطعی، تعداد ۱۱۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران عروق کرونر بخش‌های قلب بیمارستان‌های شهید مدنی، ارتش و عالی‌نسب تبریز به صورت نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود خانواده‌ها به مطالعه عبارت بودند از: فردی از خانواده که مسئولیت درمانی و مراقبتی بیمار را عهده دار باشد؛ داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال؛ توانایی برقراری ارتباط و عدم سابقه بیماری‌های جسمی جدی یا اختلال روانی شناخته‌شده. همچنین بیمارانی که براساس تشخیص متخصص مربوطه و مستندات پرونده، مبتلا به بیماری عروق کرونری بودند وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلاء به بیماری‌های مزمن، صعب‌العلاج، معلولیت و یا داشتن بیماری قلبی در فرد مراقب خانوادگی، سوء مصرف مواد و عدم تمایل برای شرکت در مطالعه بودند.

حجم نمونه بر اساس نرم افزار Gpower و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۵٪، سطح معناداری ۰/۰۵، فاصله اطمینان ۹۵٪ و اندازه اثر ۰/۳ براساس مطالعه حیدری و همکاران (۱۹)، ۹۳ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ۱۰٪ احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه ۱۱۰ نفر تعیین گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود: بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک مراقبت کننده که شامل ۱۱ سوال در مورد سن، جنس، تاهل، میزان تحصیلات، شغل، نوع رابطه با بیمار، سابقه مراقبت از بیمار، سابقه آموزش نظری در مورد احیا، سابقه آموزش عملی در مورد احیا، تعداد دفعات مشاهده عملیات احیا و تعداد دفعات شرکت در عملیات احیا و همچنین مشخصات دموگرافیک بیمار شامل سن، جنس، تاهل، میزان تحصیلات، شغل، نوع اختلال قلبی، سابقه ایست قلبی و بستری طول مدت بیماری بود.

بخش دوم شامل پرسشنامه آگاهی بود که دانش مراقبت کننده را از احیای قلبی-ریوی پایه خارج بیمارستانی اندازه‌گیری می‌کرد. این ابزار که با استفاده از مطالعه ماریو^۱ (۲۰۱۵) و متون مرتبط دیگر تنظیم گردید (۲۰)، دارای ۳۰ گویه است که در چهار مرحله میزان آگاهی افراد را نسبت به احیای قلبی ریوی می‌سنجد: در مواجهه با بیماری که پاسخ نمی‌دهد (۱۴ گویه)، زمان بررسی بیمار (۲ گویه)، زمان ماساژ قفسه سینه (۶ گویه) و زمان احیا (۸ گویه). برای هر سوال سه گزینه بله، خیر و نمی‌دانم در نظر گرفته شد. به جواب صحیح نمره یک و بقیه جواب‌ها نمره صفر تعلق گرفت. محدوده نمرات از صفر تا ۳۰ بود و نمرات پایین‌تر از ۱۵ نشان‌دهنده آگاهی نامطلوب، ۲۲-۱۵ نسبتاً مطلوب و بالاتر و مساوی ۲۲ آگاهی مطلوب در نظر گرفته شد.

بخش سوم، پرسشنامه نگرش بود. این پرسشنامه محقق ساخته و دارای ۱۳ گویه بود که هر گویه در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۰) طراحی شد. مشارکت کننده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از گویه‌های پرسشنامه مشخص می‌کرد. نمره کلی پرسشنامه از ۱۳ تا ۵۲ متغیر بود. نمره بالاتر از ۳۲/۵ (حد وسط) به عنوان نگرش مثبت و نمره ۳۲/۵ و پایین‌تر به عنوان نگرش منفی در نظر گرفته شد.

به منظور تعیین روایی ابزارها از روایی محتوا به روش کیفی استفاده شد که در اختیار ۱۰ نفر صاحب نظر پرستاری در زمینه احیای قلبی قرار داده شد. بر اساس نظرات آنان اصلاحات لازم صورت گرفت. جهت تعیین پایایی ابزارهای مورد استفاده از روش آلفای کرونباخ و جهت بررسی تکرارپذیری از آزمون مجدد استفاده شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه آگاهی ۰/۷۸ و برای پرسشنامه نگرش، ۰/۷۶ محاسبه گردید. همچنین با انجام آزمون و بازآزمون روی ۲۰ نفر با فاصله دو هفته،

¹ Mario

پایایی از بعد تکرارپذیری تعیین شد که برای پرسشنامه آگاهی $r=0.73$ و برای پرسشنامه نگرش $r=0.71$ تعیین شد.

جهت گردآوری داده‌ها، پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ابتدا اهداف پژوهش، شرح داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات، توسط پژوهشگر به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. فرم رضایت آگاهانه توسط افراد واجد شرایط تکمیل و پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. در مورد مراقبین خانوادگی بی سواد نیز پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه با مراقبین توسط پژوهشگر تکمیل شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل شدند و با استفاده از فراوانی مطلق، فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار، میزان آگاهی مراقبین خانوادگی و چگونگی نگرش آنان گزارش گردید.

یافته‌ها

از نظر مشخصات فردی- اجتماعی، اکثر شرکت‌کنندگان زن ($57/2\%$)، متأهل ($47/3\%$) و ساکن شهر ($67/3\%$) بودند. میانگین سنی آنها $41/3 \pm 13/4$ سال بود. تعداد ۳۳ نفر (30%) از مراقبت‌کنندگان، فرزند بیمار بودند. وضعیت بیمار در ۴۴ نفر (40%) از مراقبت‌کنندگان، خوب گزارش شد (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی- اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری

متغیر	زیرگروه	تعداد	درصد
جنس	مرد	۵۲	۴۲/۹
	زن	۵۸	۵۷/۲
سن (سال)	۱۸-۳۵	۵۳	۴۸/۲
	۳۶-۵۵	۴۳	۳۹/۱
	بیشتر از ۵۵	۱۴	۱۲/۷
میانگین و انحراف معیار			
نسبت با بیمار	همسر	۱۰	۹/۱
	خواهر و برادر	۲۱	۱۹/۲
	مادر	۱۱	۱۰/۰
	پدر	۱۷	۱۵/۵
	فرزند	۳۳	۳۰/۰
	عروس و داماد	۱۵	۱۳/۱
	نوه	۳	۲/۲
وضعیت بیمار	خوب	۴۴	۴۰/۰
	نسبتاً خوب	۲۳	۲۰/۹
	نسبتاً بد	۲۷	۲۴/۵
	وخیم و خیلی وخیم	۱۶	۱۴/۵
وضعیت اقتصادی	خرج با دخل برابر	۴۷	۴۲/۷
	خرج بیش از دخل	۵۳	۵۸/۲
	دخل بیش از خرج	۱۰	۹/۱

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات آموزشی مراقبین خانوادگی بیماران عروق کرونری در مورد احیای قلبی ریوی پایه

متغیر	زیرگروه	تعداد	درصد
مدرک تحصیلی	بی سواد	۱۵	۱۳/۶
	خواندن و نوشتن	۳۲	۲۹/۱
	زیر دیپلم	۹	۸/۲
	دیپلم	۳۰	۲۷/۳
	تحصیلات دانشگاهی	۲۴	۲۱/۸
سابقه‌ی شرکت در کلاس احیا	سخنرانی	۲۷	۲۷/۱
	بلی	۵	۱۴/۳
	فیلم	۳	۸/۶
	عملی	۷۵	۶۸/۲
	خبر	۳	۶/۱
مشاهده عملیات احیا	واقعی	۴۶	۹۳/۹
	بلی	۶۱	۵۵/۵
	فیلم‌ها	۳	۲/۷
	خبر	۱۴	۱۲/۷
	کتاب	۳۵	۳۱/۸
منبع کسب اطلاعات	کلاس‌های آموزشی	۴۶	۴۱/۸
	تلویزیون	۵	۴/۶
	سایت بیمارستان	۷	۶/۴
	هیچ کدام		

از نظر آموزشی ۳۲ نفر (۲۹/۱٪) از نمونه‌ها دارای سواد خواندن و نوشتن بوده و ۳۵ نفر (۳۱/۸٪) سابقه گذراندن کلاس‌های آموزشی احیا را داشتند. تعداد ۴۹ نفر (۴۴/۵٪) گزارش کردند که عملیات احیا را مشاهده کرده‌اند. منبع کسب اطلاعات در ۴۶ نفر (۴۱/۸٪) از مراقبت‌کنندگان، تلویزیون بود. تنها ۳ نفر (۲/۷٪) از مشارکت‌کنندگان، منبع کسب اطلاعات خود را «پزشک بیمار» گزارش کردند (جدول شماره ۲). نتایج نشان داد میزان آگاهی ۶۲ نفر (۵۶/۳٪) از مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونری نسبت به احیای قلبی-ریوی به طور کلی در حد نامطلوب بود (جدول شماره ۳). فراوانی گویه-های آگاهی مراقبین خانوادگی نشان داد که در حیطه «در صورت مواجهه با بیماری که پاسخ نمی‌دهد»، میزان آگاهی نسبت به بقیه حیطه‌ها بیشتر بود. تعداد ۷۹ نفر (۷۱/۸٪) گزارش کردند که «سعی می‌کنند به بیمار نزدیک شوند حتی اگر خطرناک باشد» و ۷۵ نفر (۶۸/۲٪) نیز با گزینه «مطمئن می‌شوم که

وضعیت بی‌خطری برای نزدیک شدن دارم» موافق بودند.

در حیطه دوم پرسشنامه یعنی «زمان بررسی بیمار»، نتایج نشان داد که ۶۳ نفر (۵۷/۳٪) از شرکت‌کنندگان، بیمار را از لحاظ جواب دادن به تحریکات بررسی و ۵۳ نفر (۴۸/۲٪)، گردن بیمار را کنترل می‌کنند. ۸۲ نفر (۷۴/۵٪) نیز اعلام کردند در صورتی که بیمار نبض نداشته باشد، از یک نفر می‌خواهند تا به ۱۱۵ زنگ بزند.

فراوانی گویه‌ها در حیطه «زمان ماساژ یا فشار بر قفسه سینه»، نشان داد که آگاهی مراقبین خانوادگی در این بعد کمتر می‌باشد؛ به طوری که ۴۵ نفر (۴۰/۹٪) از مشارکت‌کنندگان از اینکه نباید بازوهای خود را موقع ماساژ قلب خم کنند و ۶۵ نفر (۵۹/۱٪) نیز از تعداد صحیح ماساژها در دقیقه که باید به قلب وارد کنند، اطلاعی نداشتند.

آگاهی مراقبت‌کنندگان در حیطه «زمان انجام احیا»، نیز نشان داد ۵۷ نفر (۵۱/۸٪) افراد از تعداد ماساژها

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میزان آگاهی اکثر خانواده‌های بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونری نسبت به احیای قلبی-ریوی، پائین بود. در این راستا مراقبین در صورت مواجهه با بیماری که پاسخ نمی‌دهد، آگاهی بالایی داشتند. اکثریت افراد گزارش کردند که سعی می‌کنند به بیمار نزدیک تر شوند حتی اگر خطرناک باشد و او را از لحاظ جواب دادن به تحریکات بررسی کنند. بیشتر آنها بیان کردند در صورتی که بیمار نبض نداشت سریعاً فشار یا ماساژ قلبی را شروع می‌کنند. چن^۱ و همکاران، در مطالعه‌ای به بررسی میزان آمادگی افراد عادی نسبت به انجام احیا و موانع عدم اجرای آن در کشور چین پرداختند. اکثر افراد گزارش کردند که تمایل به انجام احیای قلبی-ریوی را در مورد اعضای خانواده خود دارند. به علاوه نتایج نشان داد آگاهی آنها در صورت مواجهه با بیماری که بیهوش شده و به تحریکات پاسخ نمی‌دهد، رضایت‌بخش بود (۲۱). در مطالعه دیگری که توسط کانستاد^۲ و همکاران در کشور نروژ انجام شد، نتایج نشان داد ۷۴ درصد از مشارکت‌کنندگان از آگاهی مطلوبی برای انجام احیای قلبی-ریوی توسط شاهدین بر عضو خانواده بیمار خود برخوردار بودند (۲۲). همچنین نتایج مطالعه حیدری و همکاران نشان داد که سطح آگاهی اعضای خانواده مورد پژوهش به هنگام مواجهه با حمله قلبی بیمارشان در حد خوب بود (۱۹) در حالی که اسمیت^۳ و همکاران در مطالعه خود، آگاهی نمونه‌های مورد پژوهش خود در مواجهه با بیماران حمله قلبی را در سطح پایین گزارش کردند (۲۳). گرین لوند^۴ و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که افراد در مواجهه با بیماران حمله قلبی از آگاهی مطلوبی برخوردار نبودند (۲۴). به نظر می‌رسد مطالعاتی که

و تعداد تنفسی که باید ارایه بدهند، اطلاعی نداشتند. ۵۲ نفر (۴۷/۳٪) از مراقبت‌کنندگان بیان کردند که زمان در انجام ماساژ قلبی نقشی ندارد و ۵۸ نفر (۵۲/۷٪) اعلام کردند که ماساژ را تا زمان رسیدن اورژانس ادامه می‌دهند.

جدول ۳. توزیع فراوانی سطح آگاهی مراقبین خانوادگی نسبت به احیای قلبی ریوی پایه

آگاهی	تعداد	درصد
نامطلوب (<۱۵)	۶۲	۵۶/۳
نسبتاً مطلوب (۱۵ - ۲۲)	۲۷	۲۴/۵
مطلوب (> ۲۲)	۲۱	۱۹/۲
جمع	۱۱۰	۱۰۰
میانگین	۱۸/۶۱ ± ۵/۰۲	

در رابطه با نگرش مراقبین خانوادگی نسبت به احیای قلبی عروقی، ۵۷ نفر (۵۲/۱٪)، نگرش منفی نسبت به انجام احیا داشتند، به طوری که ۵۹ نفر (۵۳/۶٪) از افراد معتقد بودند که بیمار در مراحل آخر زندگی باید تا حد امکان زنده بماند. ۴۳ نفر (۳۹/۱٪) نیز عدم وجود اعتماد به نفس را در عدم شروع احیای قلبی، موثر گزارش کردند. تعداد ۴۰ نفر (۳۶/۴٪) موافق بودند که ترس از آسیب بیشتر به فردی که دچار ایست قلبی شده، انجام احیا را تحت تاثیر قرار می‌دهد و ۴۵ نفر (۴۰/۹٪) از شرکت‌کنندگان، شروع احیا در بیماران مسن را دشوار می‌دانستند. تنها ۳۲ نفر (۲۹/۱٪)، موافق گذراندن دوره یادگیری احیا بودند (جدول ۴).

جدول ۴. توزیع فراوانی نگرش مراقبین خانوادگی نسبت به احیای قلبی ریوی پایه

نگرش	تعداد	درصد
مثبت (۲۶-۵۲)	۵۳	۴۸/۹
منفی (۰-۲۵)	۵۷	۵۲/۱
جمع	۱۱۰	۱۰۰
میانگین	۲۲/۶ ± ۵/۸	

¹ Chen

² Kanstad

³ Smith

⁴ Greenlund

در سال‌های قبل انجام شده نسبت به مطالعات اخیر، آگاهی پایینی در این زمینه نشان داده اند که می‌تواند ناشی از این امر باشد که در سال‌های اخیر بیشتر به امر احیا و آموزش آن تاکید شده است. اگرچه در جامعه پژوهشی ما هنوز نتوانسته به حد مطلوب برسد.

در مطالعه کنونی اکثریت مراقبین خانوادگی گزارش کردند که اگر بیمار نبض نداشت، از یک نفر می‌خواهند تا به ۱۱۵ زنگ بزند. این یافته همسو با مطالعه چن و همکاران می‌باشد که در آن اکثریت مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که در صورت مشاهده فردی که دچار ایست قلبی- تنفسی شده با اورژانس تماس می‌گیرند و بلافاصله خود اقدام به ماساژ قلبی می‌نمایند (۲۱). همچنین در مطالعه جوهانسون^۱ و همکاران، فقط ۲۵ درصد بیماران حمله قلبی با اورژانس فوریت‌های پزشکی تماس حاصل کرده بودند (۲۵). این یافته‌ها می‌تواند در نتیجه عواملی چون کم سوادی مراقب، شروع درد قلبی هنگام شب، انتظار بی‌مورد برای بهبود خود به خودی درد، نسبت دادن درد به علل غیر قلبی و اهمیت ندادن به آن، باشد. تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از آن باشد که امروزه جامعه پژوهشی مطالعه حاضر با نقش اورژانس ۱۱۵ در ارائه خدمات فوری آشنایی بیشتری دارند. همچنین، یافته‌ها نشان داد مراقبت‌کنندگان از نحوه انجام ماساژ قفسه سینه، آگاهی مطلوبی نداشتند. در مطالعه چن و همکاران نیز مشارکت‌کنندگان دانش کافی در مورد نحوه انجام احیای قلبی- ریوی توسط شاهدین نداشتند (۲۱). در مطالعه حیدری و همکاران نیز اعضای خانواده عملکرد ضعیفی در انجام احیا نشان دادند (۱۹). دانش ناکافی مراقبت‌کنندگان در انجام احیا می‌تواند به این دلیل باشد که اگرچه مراقبت‌کنندگان تمایل به انجام احیای قلبی- ریوی را

دارند، اما به دلیل کمبود آموزش صحیح این پروسیجر به مراقبت‌کنندگان و نبود برنامه مدون و جامع در این خصوص، اطلاعات لازم برای انجام صحیح احیا را ندارند.

نتایج مطالعات مختلف که به بررسی تأثیر آموزش بر آگاهی افراد غیرحرفه‌ای در زمینه احیاء قلبی- ریوی پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که آموزش موجب افزایش آگاهی و عملکرد افراد نسبت به احیای قلبی- ریوی می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که آموزش احیاء قلبی- ریوی به همراهان بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در افزایش آگاهی و عملکرد آنها تأثیرگذار می‌باشد. لذا گنجاندن این برنامه آموزشی در برنامه درمانی بیماران مبتلا به اختلالات قلبی- عروقی به ویژه بیمارانی که وضعیت بیماری وخیم‌تری دارند، می‌تواند میزان مرگ ناشی از عدم احیای پیش‌بیمارستانی را کاهش دهد.

در رابطه با نگرش افراد شرکت‌کننده نتایج مطالعه نشان داد که اکثر مشارکت‌کنندگان، نگرش منفی نسبت به انجام احیا داشتند. به طوری که اکثریت مراقبت‌کنندگان عدم وجود اعتماد به نفس را در شروع نکردن احیای قلبی موثر، گزارش کردند. این یافته همسو با برخی مطالعات انجام شده می‌باشد. چن و همکاران گزارش کردند که مشارکت‌کنندگان اغلب از اعتماد به نفس کافی برای انجام احیا برخوردار نبودند. آنها اغلب از این می‌ترسیدند که نتیجه احیای قلبی- ریوی موفقیت‌آمیز نباشد (۲۱). همچنین در مطالعه حاضر، اکثریت موافق بودند که ترس از آسیب زدن بیشتر به فردی که دچار ایست قلبی شده، انجام احیا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دابی^۲ و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که نداشتن اعتماد و ترس از آسیب دیدن بیمار از دلایل اصلی عدم انجام احیای قلبی- ریوی در افرادی بود که با فرد دچار ایست قلبی- ریوی مواجه

² Dobbie

¹ Johansson

می‌شدند (۲۴). یافته دیگر مطالعه حاضر این بود که اکثریت مراقبت‌کنندگان گزارش کردند گذراندن دوره‌های یادگیری احیا تاثیر زیادی در تصمیم‌گیری برای انجام احیا دارد. این یافته در مطالعات دیگر نیز تکرار شده است (۱۹،۸).

در این مطالعه با وجود اینکه اکثریت معتقد بودند که بیمار در مراحل آخر باید تا حد امکان به هر نحو زنده بماند و وجود اعتماد به نفس را در شروع احیای قلبی موثر گزارش کردند اما در کل نگرش منفی نسبت به انجام احیا داشتند که این امر ممکن است از آگاهی نامطلوب مشارکت‌کنندگان در احیا باشد.

از آنجایی که این مطالعه توسط ابزار خودگزارش‌دهی بصورت کمی جمع‌آوری شده که احتمالاً قابلیت تفسیر محدودی دارد، بهتر است از مطالعات کیفی هم در این زمینه استفاده گردد. همچنین در این مطالعه تنها آگاهی و نگرش بررسی شده و عملکرد مشارکت‌کنندگان بررسی نشده است.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات آگاهی اغلب مراقبت‌کنندگان خانوادگی در مورد احیای قلبی-

ریوی در وضعیت نامطلوب قرار داشت و نگرش اغلب آنها نسبت به احیا، منفی بود. با عنایت به اهمیت و نقش کمک‌رسانی و مدیریت خانواده بیماران عروق کرونری در امر احیای قلبی-ریوی، ضرورت دارد که این مهم به اطلاع رسانه‌های عمومی به‌خصوص رسانه‌های تصویری و کادر درمان رسانده شود تا نحوه برخورد با بیماران دچار حمله قلبی به صورت عملی و ملموس با برگزاری کلاس‌های آموزشی، در سطح جامعه نهادینه شود تا خانواده‌ها و مردم جامعه بتوانند در صورت لزوم به بیماران حمله قلبی به نحو مطلوب کمک نمایند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1396.935 می‌باشد. پژوهشگران برخود لازم می‌دانند از مسئولین محترم بیمارستان‌ها و کلیه شرکت‌کنندگانی که در انجام هرچه بهتر این پژوهش نقش داشتند، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری نمایند.

References

- 1- Pramparo P, Montano CM, Barceló A, Avezum A, Wilks R. Cardiovascular diseases in Latin America and the Caribbean: the present situation. *Prevention and Control*. 2006;2(3):149-57.
- 2- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006;3(11):e442.
- 3- Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Heart disease and stroke statistics-2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2009;121(7):948-53.
- 4- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(4):e18-e209.
- 5- Boriani G, Valzania C, Diemberger I, Biffi M, Martignani C, Bertini M, et al. Potential of non-antiarrhythmic drugs to provide an innovative upstream approach to the pharmacological prevention of sudden cardiac death. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2007;16(5):605-23.
- 6- McNally B, Robb R, Mehta M, Vellano K, Valderrama AL, Yoon PW, et al. Out-of-hospital cardiac arrest surveillance- cardiac arrest registry to enhance survival (CARES), United States,

- October 1, 2005–December 31, 2010. Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries. 2011;60(8):1-19.
- 7- Nolan JP. High-quality cardiopulmonary resuscitation. *Current Opinion in Critical Care*. 2014;20(3):227-33.
- 8- Chen SQ. Advances in clinical studies of cardiopulmonary resuscitation. *World Journal of Emergency Medicine*. 2015;6(2):85.
- 9- Talikowska M, Tohira H, Finn J. Cardiopulmonary resuscitation quality and patient survival outcome in cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2015;96:66-77.
- 10- Park IS, Kim EJ, Sohn HS, Kang SH. Factors influencing the return of spontaneous circulation of patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of Digital Convergence*. 2013;11(9):229-38.
- 11- Barbash IJ, Kahn JM. Organizational approaches to improving resuscitation effectiveness. *Journal of Critical Care Clinics*. 2015;31(1):76-165.
- 12- Fonarow GC, Zhao X, Smith EE, Saver JL, Reeves MJ, Bhatt DL, et al. Door-to-needle times for tissue plasminogen activator administration and clinical outcomes in acute ischemic stroke before and after a quality improvement initiative. *JAMA*. 2014;311(16):1632-40.
- 13- Leslie W, Urie A, Hooper J, Morrison C. Delay in calling for help during myocardial infarction: reasons for the delay and subsequent pattern of accessing care. *Heart*. 2000;84(2):137-41.
- 14- Shidfar M, Shojaizadeh D, Hosseini M, Assasi N, Majlesi F. Knowledge, attitude and lifestyle of patients with unstable angina in Mashad, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2004;2(3):65-82.
- 15- Köberich S, Lohrmann C, Mittag O, Dassen T. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure—a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(11-12):1643-55.
- 16- Kim HS, Kim HJ, Suh EE. The effect of patient-centered CPR education for family caregivers of patients with cardiovascular diseases. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2016;46(3):463-74.
- 17- Soltaninejad A. Family caregivers' quality of life: the case of schizophrenia and affective disorders (a mixed method study). Doctor of Philosophy Dissertation. Zur Erlangung des Akademischen Grades; 2017.
- 18- Herlitz J, Ekström L, Wennerblom B, Axelsson A, Bång A, Holmberg S. Effect of bystander initiated cardiopulmonary resuscitation on ventricular fibrillation and survival after witnessed cardiac arrest outside hospital. *Heart*. 1994;72(5):408-12.
- 19- Heydari H, Farhaninia M, Safdari M, Haghani H. The relationship between knowledge and family members' performance in confront with patient's heart attack. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012;3(1):24-30.
- 20- Dixe MdACR, Gomes JCR. Knowledge of the Portuguese population on basic life support and availability to attend training. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015;49(4):0640-49.
- 21- Chen M, Wang Y, Li X, Hou L, Wang Y, Liu J, et al. Public knowledge and attitudes towards bystander cardiopulmonary resuscitation in China. *BioMed Research International*. 2017;ID 3250485:1-7.
- 22- Kanstad BK, Nilsen SA, Fredriksen K. CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation*. 2011;82(8):1053-59.
- 23- Smith KL, Cameron PA, Meyer A, McNeil JJ. Knowledge of heart attack symptoms in a community survey of Victoria. *Emergency Medicine Australasia*. 2002;14(3):255-60.
- 24- Greenlund KJ, Keenan NL, Giles WH, Zheng ZJ, Neff LJ, Croft JB, et al. Public recognition of major signs and symptoms of heart attack: seventeen states and the US Virgin Islands, 2001. *American Heart Journal*. 2004;147(6):1010-16.
- 25- Johansson I, Strömberg A, Swahn E. Ambulance use in patients with acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004;19(1):5-12.