

دانشگاه یزد

دانشکده علوم اجتماعی

گروه جامعه‌شناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی

عنوان:

سبب‌شناسی اجتماعی - روانی تاخیر برای کمک‌جویی در فاز پیش از  
بیمارستان در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد در شهر یزد

استاد راهنما:

دکتر ابراهیم مسعود نیا

استاد مشاور:

دکتر محمد حسین سلطانی

پژوهش‌ونگارش:

فاطمه دشتی

اسفند ۱۳۸۸

تقدیم به:

پدر و مادر و همسر عزیزم که همواره همراهم بوده اند.

## تقدیر و تشکر:

شکر و سپاس تنها خداوندی را سزااست که نعمت اندیشیدن و پژوهش را در وجود آدمیان خلق کرد.

و بعد از آن درود و سپاس خود را نثار کسانی می‌کنم که در مسیر تحصیل اینجانب و در راه انجام این پژوهش، صبورانه و بزرگووارانه یاریم کردند.

بویژه از استاد راهنمای گرانقدر و ارجمند جناب آقای دکتر ابراهیم مسعود نیا و همچنین از استاد مشاور بزرگووارم جناب آقای دکتر محمد حسین سلطانی که در طول دوران انجام این تحقیق راهنمایی‌های لازم را ارائه دادند سپاس ویژه دارم و از خداوند بزرگ، توفیق روزافزون ایشان را در راه نشر علم و خدمت به جامعه خواستارم.

همچنین از اساتید بزرگووار دوران تحصیلم در گروه جامعه شناسی آقایان دکتر مسعود حاجی زاده میمنندی، دکتر اکبر زارع شاه آبادی، دکتر مهربان پارسامهر، دکتر سید علیرضا افشانی، دکتر سید محسن سعیدی مدنی و دیگر اساتید محترم که از محضر ایشان کسب فیض نمودم، سپاسگزارم.

از کارمندان و مسئولان محترم دانشگاه بویژه خانم‌ها تقی‌زاده، دهجی، سپهری، حائری و آقای حسینی تشکر می‌کنم.

از کارمندان قسمت ایثارگران دانشگاه یزد به‌ویژه سرکارخانم تابان و از سرکارخانم دکتر سیده مهدیه نماینده مسئول محترم تحقیقات بیمارستان تخصصی قلب افشار تشکر می‌کنم که در تکمیل هر چه بهتر پرسشنامه‌هایم مرا یاری کرده‌اند.

درخاتمه از همکلاسی ارجمندم سرکارخانم فائزه دیوبند که بیدریغ و صمیمانه، مرا در انجام این تحقیق یاری کرد سپاسگزاری می‌کنم.

## چکیده:

هدف: مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین عوامل اجتماعی - روانی و تاخیر در کمک جویی در فاز پیش از بیمارستان در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد در شهر یزد انجام شد. این مطالعه، در پرتو مدل اجتماعی - رفتاری آندرسن انجام گرفت.

روش: این تحقیق در قالب طرح پیمایشی و بصورت مقطعی انجام شد. داده های این مطالعه، از ۱۰۰ نفر بیمار با علائم انفارکتوس میوکارد که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند جمع آوری شد. ابزار جمع آوری داده ها عبارت بودند از: پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ)، پرسشنامه نگرش نسبت به کمک جویی (ATSPH) و پرسشنامه افشای علائم (DTQ).

یافته‌ها: نتایج نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای ادراک بیماری و تاخیر ارزیابی ( $p < 0/01$ )، تاخیر کل ( $p < 0/05$ ) وجود داشت. ولی رابطه بین نگرش نسبت به کمک جویی و افشای علائم با تاخیر، معنادار نبود. متغیر محل اقامت در میانگین نمره تاخیر رفتاری ( $p < 0/01$ ) تاخیر ارزیابی ( $p < 0/05$ ) و تاخیر کل ( $p < 0/01$ ) تفاوت معنی داری ایجاد کرده است. متغیر سابقه بیماری بستگان درجه اول تفاوت معنی داری در میانگین نمره تاخیر ارزیابی ( $p < 0/01$ ) و تاخیر کل ( $p < 0/01$ ) ایجاد کرد.

نتایج حاصل از اجرای رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه در زمینه تاخیر در ارزیابی نشان داد که متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی ۲۱/۵ درصد از واریانس متغیر تاخیر در ارزیابی را تبیین کردند. از بین این متغیرها، محل اقامت، سابقه بیماری خانواده و فاصله تا مراکز درمانی، سهم معنی داری در تبیین واریانس تاخیر در ارزیابی داشتند. از میان متغیرهای مدل اجتماعی - رفتاری آندرسن، مؤلفه‌های مربوط به سازه نگرش، توانستند ۳۸ درصد از تغییرات متغیر تاخیر در ارزیابی را پیش‌بینی کنند. در اینجا تنها متغیر شناخت، سهم معنی داری در تبیین واریانس تاخیر در ارزیابی داشت. مؤلفه‌های سازه افشا توانستند ۲۳ درصد از واریانس متغیر تاخیر در ارزیابی را پیش‌بینی کنند در این میان، تنها متغیر واکنش، سهم معنی داری در تبیین واریانس تاخیر در

ارزیابی داشت. مولفه‌های مربوط به سازه ادراک بیماری، توانستند ۴ درصد از تغییرات متغیر تاخیر در ارزیابی را پیش‌بینی کنند. در این میان هیچ کدام از متغیرها سهم معنی‌داری در تبیین واریانس نداشتند. متغیرهای مدل اجتماعی - رفتاری آندرسن ۶۵ درصد از واریانس تاخیر در ارزیابی علائم انفارکتوس میوکارد را تبیین کردند. در ارتباط با تاخیر رفتاری، نتایج رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه نشان داد متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی توانستند ۷ درصد از واریانس متغیر تاخیر رفتاری را تبیین کنند. تنها متغیر محل اقامت، سهم معنی‌داری در تبیین واریانس تاخیر رفتاری داشت. از متغیرهای مدل اجتماعی - رفتاری اندرسن، مولفه‌های مربوط به سازه نگرش، توانستند ۶۵ درصد از تغییرات متغیر تاخیر رفتاری را پیش‌بینی کنند. مولفه‌های مربوط به سازه افشا توانستند ۰/۰۹ درصد از واریانس متغیر تاخیر رفتاری را پیش‌بینی کنند، در این میان تنها متغیر واکنش، سهم معنی‌داری را در تبیین واریانس تاخیر رفتاری داشت.

مولفه‌های مربوط به سازه ادراک بیماری، توانستند ۴ درصد از تغییرات متغیر تاخیر رفتاری را پیش‌بینی کند. در این سازه، تنها مولفه‌های خط زمانی حاد/مزمن، کنترل شخصی، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی، سهم معنی‌داری در تبیین واریانس تاخیر رفتاری داشتند. متغیرهای مدل اجتماعی - رفتاری آندرسن ۶۹/۰۹ درصد از واریانس تاخیر رفتاری علائم انفارکتوس میوکارد را تبیین کردند.

نتایج این مطالعه، یافته‌های پژوهش‌های پیشین درباره این که افراد دارای درآمد بالاتر، سن کمتر، میزان تحصیلات بالاتر و شغل بالاتر، تاخیر کمتری در مراجعه برای کمک جویی دارند را مورد تردید قرار داده است.

نتیجه‌گیری: این مطالعه، تاثیر یک سازه از مدل اجتماعی - رفتاری اندرسن، یعنی ادراک بیماری و نیز متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناسی محل اقامت و سابقه بیماری را بر تاخیر در کمک‌جویی در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد نشان داد.

واژگان کلیدی: تاخیر در کمک جویی، انفارکتوس میوکارد، افشای علائم، نگرش نسبت به

کمک‌جویی، ادراک بیماری.

صفحه	عنوان
	<b>فصل اول: کلیات تحقیق</b>
۱	۱-۱- بیان مساله
۴	۲-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق
۵	۳-۱- اهداف تحقیق
۶	۴-۱- فرضیات تحقیق
۶	۵-۱- تعریف مفهومی متغیرهای تحقیق
۶	۱-۵-۱- متغیرهای مستقل
۶	۱-۱-۵-۱- متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی: (سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه خانواده، شغل، محل اقامت، سابقه بیماری قلبی خود فرد، سکتة قلبی، عمل جراحی قلب ویامرگ ناگهانی پدر و برادر (زیر ۵۰ سال) یا خواهر و مادر (زیر ۵۵ سال)، سابقه پرفشاری خون، فاصله محل سکونت تا بیمارستان)
۷	۱-۵-۱-۲- شاخص های مربوط به بیماری: (کیفیت ارزیابی بیمار از علائم بیماری، افشای علائم، نگرش نسبت به کمک جویی)
۸	۱-۵-۲- متغیرهای وابسته: (تاخیر ارزیابی، تاخیر رفتاری، - تاخیر کل)
۱۱	<b>فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تجربی تحقیق</b>
۱۱	۱-۲- بخش نخست: مروری بر مفاهیم و پیشینه تجربی موضوع
۱۱	۱-۲-۱- مقدمه
۱۳	۱-۲-۲- تعریف مفاهیم
۱۳	۱-۲-۱-۲- افشا
۱۳	۱-۲-۲-۱- ادراک بیمار از بیماری اش (تظاهرات بیماری)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱۴	۲-۱-۲-۳-نگرش نسبت به کمک جویی
۱۴	۲-۱-۲-۴-تاخیر در کمک جویی
۱۵	۲-۱-۲-۵-آنژین صدری:(درد قلبی چیست؟علائم شایع،محل درد قلبی، علل درد قلبی، عوامل خطرآفرین قلب، تشخیص، اقدامات درمانی اولیه، اقدامات درمانی در بیمارستان، پیشگیری، علل کم اهمیت درد سینه، علل اورژانسی درد سینه علائم سکته قلبی قبل از وقوع، چه حالتی را می توان سکته قلبی نامید؟)
۲۹	۲-۱-۳-مروری بر مطالعات انجام شده
۲۹	۲-۱-۳-۱-مطالعات داخلی
۳۴	۲-۱-۳-۲-تحقیقات خارجی
۳۵	۲-۲-بخش دوم: مدل نظری تحقیق
۳۵	۲-۲-۱-مقدمه
۳۵	۲-۲-۲-مدل باور تندرستی ( نظریه باور سلامت)
۳۹	۲-۲-۳-تئوری رفتار برنامه ریزی شده
۴۰	۲-۲-۴-مدل ساختاری رفتار بیماری
۴۲	۲-۲-۵-مدل خود گردانی
۴۴	۲-۲-۶-تئوری رفتار اجتماعی
۵۰	۲-۲-۷-مدل نظری نهایی پژوهش
	<b>فصل سوم:روش تحقیق</b>
۵۲	۳-۱-روش

صفحه	عنوان
۵۲	۲-۳- آزمودنی ها
۵۲	۳-۱-۳- جامعه آماری
۵۲	۳-۱-۴- حجم نمونه
۵۲	۳-۴- روش نمونه گیری
۵۲	۳-۵- ابزار اندازه گیری
۵۲	۳-۶- اعتبار ابزار اندازه گیری
۵۲	۳-۷- پایایی ابزار اندازه گیری
۵۳	۳-۸- سنجه ها
۵۳	۳-۸-۱- مشخصه های اجتماعی - جمعیت شناختی
۵۳	۳-۸-۲- مقیاس افشای علائم
۵۴	۳-۸-۳- مقیاس ادراک بیماری
۵۵	۳-۸-۴- مقیاس نگرش
۵۵	۳-۸-۵- تاخیر بیمار
۵۶	۳-۹- روش های آماری
	<b>فصل چهارم: یافته های تحقیق</b>
۵۸	۴-۱- بخش نخست: توصیف داده ها
۷۶	۴-۲- بخش دوم: تجزیه و تحلیل داده ها
۷۶	۴-۲-۱- اعتبار ساختاری و پایایی درونی مقیاس ها
۸۹	۴-۲-۲- آزمون فرضیه ها



صفحه	عنوان
	<b>فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری</b>
۱۰۸	۱-۵- بحث و نتیجه گیری
۱۱۴	۲-۵- پیشنهادات برای محققان بعدی
۱۱۵	۳-۵- مشکلات و محدودیت های تحقیق
۱۱۶	فهرست منابع
	پیوست

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۵۸	جدول (۱-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس نوع مسکن
۵۸	جدول (۲-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس نوع اقامت
۵۹	جدول (۳-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس درجه مسکن
۵۹	جدول (۴-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس سابقه بیماری قلبی اطرافیان
۶۰	جدول (۵-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس جنس
۶۰	جدول (۶-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس تحصیلات
۶۱	جدول (۷-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس گروه سنی
۶۱	جدول (۸-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس میزان درآمد
۶۲	جدول (۹-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس نوع شغل
۶۳	جدول (۱۰-۴) توزیع پاسخهای پاسخگویان به مقیاس چند بعدی نگرش
۶۶	جدول (۱۱-۴) توزیع پاسخهای پاسخگویان به مقیاس چند بعدی افشا
۶۸	جدول (۱۲-۴) توزیع پاسخهای پاسخگویان به مقیاس چند بعد ادراک بیماری
۷۱	جدول (۱۳-۴) توزیع پاسخهای پاسخگویان به مقیاس چند بعدی نگرش
۷۳	جدول (۱۴-۴) توزیع پاسخهای پاسخگویان به مقیاس چند بعدی افشا
۷۴	جدول (۱۵-۴) توزیع پاسخهای پاسخگویان به مقیاس چند بعدی ادراک بیماری
۷۶	جدول (۱۶-۴) تحلیل عامل مولفه های اصلی مقیاس افشای علائم
۷۹	جدول (۱۷-۴) مولفه های افشای علائم همراه با مقدار واریانس تبیین شده و مقدار آلفای هر بعد
۸۱	جدول (۱۸-۴) تحلیل عامل مولفه های اصلی مقیاس ادراک بیماری
۸۵	جدول (۱۹-۴) تحلیل عامل مولفه های اصلی مقیاس نگرش نسبت به بیماری

## فهرست جداول

صفحه	عنوان
۸۹	جدول (۲۰-۴) همبستگی پیرسون بین سن و تاخیر در کمک جویی
۸۹	جدول (۲۱-۴) همبستگی پیرسون بین درآمد و تاخیر در کمک جویی
۹۰	جدول (۲۲-۴) همبستگی پیرسون بین میزان تحصیلات فرد و تاخیر در کمک
۹۰	جدول (۲۳-۴) آزمون t بین محل اقامت و تاخیر در کمک جویی
۹۱	جدول (۲۴-۴) آزمون t بین جنس و تاخیر در کمک جویی
۹۲	جدول (۲۵-۴) آزمون t بین نوع شغل و تاخیر در کمک جویی
۹۳	جدول (۲۶-۴) آزمون t بین داشتن سابقه بیماری فرد و تاخیر در کمک جویی
۹۳	جدول (۲۷-۴) آزمون t بین داشتن سابقه بیماری در خانواده و تاخیر در کمک جویی
۹۴	جدول (۲۸-۴) آزمون t بین داشتن فشار خون و تاخیر در کمک جویی
۹۴	جدول (۲۹-۴) همبستگی پیرسون بین فاصله تا مراکز درمانی و تاخیر در کمک جویی
۹۵	جدول (۳۰-۴) همبستگی پیرسون بین ادراک و ابعاد آن و تاخیر و ابعاد آن
۹۷	جدول (۳۱-۴) همبستگی پیرسون بین افشا و ابعاد آن و تاخیر و ابعاد آن
۹۸	جدول (۳۲-۴) همبستگی پیرسون بین نگرش و ابعاد آن و تاخیر و ابعاد آن
۱۰۰	جدول (۳۳-۴) رگرسیون پیش بینی متغیر تاخیر در ارزیابی
۱۰۲	جدول (۳۴-۴) رگرسیون پیش بینی متغیر تاخیر رفتاری
۱۰۴	جدول (۳۵-۴) رگرسیون پیش بینی متغیر تاخیر کل

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۵۸	نمودار (۱-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس نوع مسکن
۵۸	نمودار (۲-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس نوع اقامت
۵۹	نمودار (۳-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس درجه مسکن
۵۹	نمودار (۴-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس سابقه بیماری قلبی اطرافیان
۶۰	نمودار (۵-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس جنس
۶۰	نمودار (۶-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس تحصیلات
۶۱	نمودار (۷-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس گروه سنی
۶۱	نمودار (۸-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس میزان درآمد
۶۲	نمودار (۹-۴) توزیع پاسخگویان بر اساس نوع شغل

# فصل اول:

## کلیات تحقیق

## ۱-۱- بیان مسئله

انفارکتوس میوکاردیال<sup>۱</sup> (MI) از شایع ترین عوامل مرگ ومیر در اکثر کشورها از جمله کشور ماست (سلطانی، ۱۳۸۰، ۱۰). هنوز خیلی از بیماران انفارکتوس میوکارد فاصله شروع نشانه‌ها و آغاز درمانشان، طولانی است و تاخیر در مراجعه به بیمارستان به صورت مشکل لاینحلی باقی مانده است (ساغروانیان، ۱۳۸۲: ۴۶).

تاخیر در مراجعه برای درمان، خصوصا در مورد بیماری‌های قلبی و عروقی، عملی آسیب رسان است که ممکن است به مرگ بیمار، منجر شود.

امروزه انجمن قلب آمریکا پیشنهاد می‌کند برای پیشگیری از حملات قلبی و مرگ ناگهانی باید به مردم آگاهی‌های کافی داد و در عین حال آموزش داد که چطور با شروع علائم حملات قلبی هرچه سریعتر با اورژانسهای شهر خود تماس حاصل نمایند. حملات قلبی، بسیار تهدید کننده حیات بوده و موجب مرگ ناگهانی می‌شوند. روی هر ثانیه باید حساب کرد.

سکته قلبی ناشی از تنگ شدن تدریجی رگهای قلب بوده و پیامد یک روند مزمنی است که زمینه آن از سال‌ها پیش فراهم شده و عوامل خطرزای مختلفی نیز آنها را تشدید کرده است (جاوید، ۱۳۸۳: ۳۳).

براساس نتایج بدست آمده از تحقیقات انجام شده، مسلم گردیده چنانچه عوامل خطرزا سریعتر برطرف شوند عوارض آن بهبود خواهند یافت ولی در صورت بی توجهی به آن، بستر چربی-آهکی، درمویرگ، بتدریج پیشرفت کرده که بدین ترتیب مویرگ را تنگ و یا به کلی مسدود می‌کند که باعث قطع جریان خون می‌شود و بافت‌های ماهیچه قلب در اثر نرسیدن خون از بین می‌رود که سکته قلبی نامیده می‌شود (همان).

طبق نتایج به دست آمده از تحقیقات علم پزشکی و آزمایشات، سالیان دراز می‌توان از بروز سکته قلبی در اکثر قریب به اتفاق افراد جلوگیری کرد و یا آن را به تعویق انداخت. جلوگیری از بروز سکته قلبی از دو طریق امکان پذیر است: ۱- پیشگیری‌های اولیه: به وسیله آزمایشات متوالی و متعدد، کلیه تدابیری که برای برطرف کردن عوامل خطرزا اتخاذ می‌شوند، پیشگیری‌های اولیه نامیده می‌شوند.

۲- معالجات پزشکی: که عبارتند از تشخیص پزشکی زمینه‌های اولیه سکته قلبی. نتایج مثبت به دست آمده از کشورهای آمریکا، فنلاند، آلمان، ایتالیا، اسپانیا، استرالیا و دانمارک ثابت کرده است که کاهش

---

1 -myocardial infarction

قابل توجه سکته‌های قلبی و فوت ناشی از آن نتیجه برطرف کردن عوامل خطرزا از جمله تاخیر در مراجعه برای درمان بوده است (همان، ۳۷).

تدابیری که برای برطرف کردن عوامل خطرزا اتخاذ می‌شوند (پیشگیری‌های اولیه) در حیطه تخصص پزشکان قلب و عروق است ولی ما در این پژوهش سعی کردیم به تبیین رابطه بعضی از عوامل اجتماعی و روانی با تاخیر در مراجعه برای درمان در بیماران با درد سینه (تشخیص درد قلبی) پردازیم.

عوامل متعددی زیادی بر تاخیر در مراجعه برای درمان نقش دارند ولی در این رساله سعی شده با توجه به اهمیت متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان درآمد ماهیانه خانواده، محل اقامت، نوع شغل، وضعیت تاهل، بیماری قلبی بستگان درجه اول (سکته قلبی، عمل جراحی قلب و یا مرگ ناگهانی پدر و برادر (زیر ۵۰ سال) و یا خواهر و مادر (زیر ۵۵ سال)، سابقه پرفشاری خون، میزان تحصیلات و عوامل روانی - اجتماعی مانند ترس و نگرانی بیمار از افشای علایم در بین اطرافیان، ارزیابی بیمار از علایم بیماری و اشتباه بیمار (نسبت دادن این علائم به یک مشکل جزئی) و نگرش بیمار نسبت به کمک جویی این موارد را مورد پژوهش قرار دهیم.

به طور کلی در این مطالعه، بررسی عوامل موثر بر تاخیر پیش از بیمارستان مورد تحقیق است. پژوهش‌های پیشین درباره علل افزایش مرگ و میرهای ناشی از تاخیر در کمک‌جویی بر طیفی از عوامل مانند متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان درآمد ماهیانه خانواده، محل اقامت، نوع شغل، وضعیت تاهل و...) تاکید داشتند اما پژوهش‌ها درباره نقش روانی - اجتماعی در تاخیر در کمک‌جویی، خصوصا در کشور ما ناچیز است.

البته واضح است که هدف این پژوهش حل مشکلات نیست ولی فرض ما این است که بسیاری از این مشکلات، ریشه روانی - اجتماعی دارند که ما به بررسی این عوامل که با ایجاد تاخیر در مراجعه بیماران انفارکتوس میوکاردیال باعث ایجاد مشکلاتی می‌شوند می‌پردازیم.

همچنان که در تحقیقی که توسط محمد حسین سلطانی و... در دانشکده پزشکی و خدمات درمانی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۸۰ انجام شده نشان داده است که از مهم‌ترین عوامل پیشرفته در زمینه مراقبت از بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد، تجویز داروهای حل‌کننده لخته خون کرونر<sup>۱</sup> است که

هر چه سریع‌تر این مواد به بیماران داده شود، نتیجه بخش‌تر است (سلطانی و دسین و اعیان، ۱۳۸۰: ۱۰-۱۳).

این پژوهش به دنبال آنست که رابطه یاعدم رابطه، بین متغیرهایی نظیر سن، جنس، پایگاه اقتصادی و اجتماعی، میزان تحصیلات، ارزیابی بیمار از علایم بیماری و... را با تاخیر در مراجعه بیماران برای درمان در فاز پیش از بیمارستان، نشان دهد.

این تحقیق در پنج فصل گنجانده شده است. فصل اول، کلیات تحقیق، شامل بیان مسئله، اهمیت و ضرورت تحقیق و اهداف تحقیق، فرضیات تحقیق، تعریف مفهومی متغیر های تحقیق، است. فصل دوم شامل دو بخش است که در بخش نخست مبانی نظری و پیشینه تجربی تحقیق، شامل مقدمه و تعریف مفاهیم است. در بخش دوم از فصل دوم مدل نظری تحقیق، شامل مقدمه و مدل‌های نظری تحقیق است. در فصل سوم روش تحقیق بیان شده است که در آن، روش، آزمودنی‌ها، جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار اندازه‌گیری، اعتبار ابزار اندازه‌گیری، پایایی ابزار اندازه‌گیری و سنج‌ها آمده است. در فصل چهارم یافته‌های تحقیق، آمده است که در بخش نخست آن توصیف داده‌ها و در بخش دوم تجزیه و تحلیل داده‌ها آورده شده است. در فصل پنجم بحث و نتیجه‌گیری بیان شده است. در پایان پژوهش، فهرست منابع و پیوست‌ها آورده شده است.



## ۱-۲- اهمیت و ضرورت انجام تحقیق:

بسیاری از افراد گمان می‌کنند که آنچه سلامت آن‌ها را تامین می‌کند صرفاً رعایت نکات بهداشتی و بهره‌مندی از تغذیه غنی و سرشار از مواد مورد نیاز بدن است. علاوه بر آن می‌دانند که عوامل وراثتی نیز می‌تواند در این میان موثر باشد.

لیکن با یک نگاه دقیق به وضعیت جامعه و واقعیت‌های موجود در آن در می‌یابیم که این عوامل تنها بخش اندکی از نیازهای سلامت انسان و جامعه را هدف قرار می‌دهد. آمار نشان می‌دهد که نقش سیستم بهداشت و درمان در ارتقای سلامت حداکثر ۲۵٪ است (شریعتمدار، ۱۳۸۷)

بمراجعه به بیمارستان‌های قلب در سراسر کشور، از جمله بیمارستان تخصصی قلب افشار و مشاهده بخش‌های مملو از بیماران، بخش‌های سی‌سی‌یو<sup>۱</sup> بیمارستان با نوبت‌های طولانی اهدای قلب، مطب‌های مملو از بیماران در انتظار ویزیت، در ذهن هر انسانی این سوال ایجاد می‌شود که آیا همه این مسایل گریز-ناپذیر است و آیا راه حلی برای کاهش این مشکلات نیست؟

با توجه به شیوع انفارکتوس میوکارد و اهمیت شناخت و تشخیص به موقع و زود هنگام آن و این که عدم رسیدگی به موقع می‌تواند موجب عوارض ناگواری، به ویژه دیس ریتمی‌های قلبی و یا در مراحل پیشرفته‌تر باعث مرگ شود. (تقدسی و دیگران، ۱۳۸۳: ۱) لازم است بیان شود که اکثر بیماران که دچار اولین حمله قلبی خود شده‌اند بهبود می‌یابند، اما تاخیر در درمان، غالباً مرگ‌بار خواهد بود. بسیاری از افراد گمان می‌کنند که آن چه سلامت آن‌ها را تامین می‌کند صرفاً رعایت نکات بهداشتی و عوامل وراثتی است، در صورتی که شرایط اجتماعی - اقتصادی در طول زندگی بر سلامت انسان تاثیر بسیاری دارد (شریعتمدار، ۱۳۸۷). عوامل موثر بر سلامتی به سه گروه عمده تقسیم می‌شوند: الف) عوامل و شرایط محیطی، اجتماعی و اقتصادی جامعه ب) خدمات بهداشتی، درمانی و کیفیت ارائه آن‌ها ج) شیوه زندگی و رفتارهای بهداشتی آن‌ها (کازم زاده، ۱۳۸۷).

می‌دانیم که عوامل اجتماعی و روانی مانند حلقه‌های یک زنجیر به هم متصل شده‌اند و ارتباط آن‌ها با سلامت جسم و روان انسان، غیر قابل انکار است، هر مشکل اجتماعی، علاوه بر پدید آوردن پیامدهای خاص

خود، باعث تشدید آسیب‌های دیگر نیز می‌شود. با عنایت به پیشرفت روز افزون علم پزشکی و رهیافت‌های گوناگون آن در زمینه درمان بسیاری از بیماری‌ها، ذکر این نکته به نظر می‌رسد که در هم تنیدگی مسایل اجتماعی - روانی و پزشکی، روز به روز اهمیت خود را بیشتر نشان می‌دهد و در واقع ریشه و علت بسیاری از بیماری‌ها را باید در زمینه‌های اجتماعی و روانی آن‌ها جستجو کرد و در این میان با توجه به تاکید بر این نکته که همیشه پیشگیری موثرتر از درمان است، به بررسی عوامل اجتماعی موثر بر تاخیر در مراجعه برای درمان بیماری‌های قلبی که از بیماری‌های شایع در شهر یزد است پرداخته‌ایم. چون مراجعه برای درمان در ابتدای احساس علائم به وسیله بیماران، به میزان قابل توجهی از سکتته و مرگ و میر ناشی از آن جلوگیری می‌کند (والش<sup>۱</sup> و دیگران: ۲۰۰۴) و مزایای مراجعه بدون تاخیر با افزایش تاخیرها از زمان بروز علائم کاهش می‌یابد (همان).

### ۱-۳- اهداف تحقیق:

پژوهش حاضر در راستای دو هدف کلی و اختصاصی انجام شده است:

۱-هدف کلی: تبیین رابطه بین عوامل اجتماعی - روانی و تاخیر در کمک جویی در فاز پیش از بیمارستان در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد<sup>۲</sup> شهر یزد است.

۲-اهداف اختصاصی:

-تبیین رابطه بین متغیرهای اجتماعی- جمعیت شناختی: جنس، سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه خانواده، شغل، محل اقامت، سابقه بیماری قلبی خود فرد، سکتته قلبی، عمل حراحی قلب و یا مرگ ناگهانی پدر و برادر (زیر ۵۰سال) و یا خواهر و مادر (زیر ۵۵سال)، سابقه پرفشاری خون، فاصله محل سکونت تا بیمارستان و تاخیر در مراجعه برای درمان در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد.

-تبیین رابطه بین افشای<sup>۳</sup> علائم و تاخیر در کمک جویی در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد.

-تبیین رابطه بین ارزیابی بیمار از علائم بیماری<sup>۴</sup> و تاخیر در کمک جویی<sup>۵</sup> در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد.

---

1-walsh

2- myocardial infarction

3-disclosure

4-perception

5-delay in seeking

-تبیین رابطه بین نگرش نسبت به کمک‌جویی<sup>۱</sup> و تاخیر در کمک‌جویی در بیماران با علائم انفارکتوس میوکارد.

#### ۱-۴- فرضیات (سئوالات پژوهشی):

۱- بین متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی: جنس، سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه خانواده، شغل، محل اقامت، سابقه بیماری قلبی خود فرد، سکتة قلبی، عمل حجاجی قلب و یا مرگ ناگهانی پدر و برادر (زیر ۵۰ سال) و یا خواهر و مادر (زیر ۵۵ سال)، سابقه پرفشاری خون، فاصله محل سکونت تا بیمارستان و تاخیر در کمک‌جویی، رابطه وجود دارد.

۲- بین افشای علایم و تاخیر در کمک‌جویی، رابطه وجود دارد.

۳- بین کیفیت ارزیابی بیمار از علایم بیماری و تاخیر در کمک‌جویی، رابطه وجود دارد.

۴- بین نگرش نسبت به کمک‌جویی و تاخیر در کمک‌جویی، رابطه وجود دارد.

#### ۱-۵- تعریف مفهومی متغیرهای تحقیق:

۱-۵-۱- متغیرهای مستقل:

۱-۵-۱-۱- شاخص‌های جمعیت شناختی:

سن: تعداد روزها و ماه‌ها و سال‌هایی که از تولد شخص می‌گذرد را سن می‌گویند و منظور از سن در این تحقیق، سن تقویمی پاسخگو می‌باشد. به عبارتی از پاسخگو می‌پرسیم چند سال دارید. سنجش این متغیر در حد فاصله‌ای است. از آن جا که حداقل سن در این تحقیق ۵۱ سال و حداکثر ۷۲ سال بوده است و در نتیجه پراکندگی نسبتاً زیاد می‌باشد برای به دست آوردن توزیع سنی، آن را به سه گروه زیر ۴۱-۵۱، ۵۲-۶۱ و ۶۲ سال و بالاتر تقسیم کردیم.

وضعیت تاهل: تاهل به معنای زناشویی کردن، زن گرفتن، دارای عیال و اولاد شدن است. (عمید، ۱۳۷۱: ۳۷۰) البته این معنای زناشویی برای زنان نیز صادق است: مرد گرفتن، دارای شوهر و فرزند شدن.

سطح تحصیلات: منظور، مقاطع تحصیلی است که فرد، گذرانده و دارای مدرک قبولی آن دوره و مقطع است و منظور از سطح تحصیلات در این تحقیق، این متغیر در سطح ترتیبی با ۷ گزینه بی‌سواد، ابتدایی، راهنمایی، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر سنجیده شده است.

میزان درآمد خانواده: شامل درآمد نقدی و غیر نقدی اعضای شاغل خانوار و درآمدهای متفرقه (نظیر حقوق بازنشستگی) می‌باشد. در تعریف دیگری، درآمد خانوار مجموعه عایداتی است که فرد در نتیجه سهم شدن در فعالیتهای تولید به دست می‌آورد. (قدیری اصل، ۱۳۷۸: ۲۶۷). در این تحقیق، میزان درآمد خانواده با سه گزینه بالا، متوسط، پایین، سنجیده‌ایم.

شغل: شغل عبارتست از کسب و پیشه ای که فرد از طریق آن مخارج زندگی خود را تامین می‌کند. در این پژوهش بعد از جمع‌آوری اطلاعات راجع به نوع شغل بیمار، به دسته بندی کشاورز، کارگر، آزاد، کارمند، بازنشسته، رسیدیم.

نوع مسکن: منزل و مسکنی که فرد در آن زندگی می‌کند و در این پژوهش، دسته بندی منزل شخصی، استیجاری، سازمانی به کار گرفته شده است.

#### ۱-۵-۱- شاخص های مربوط به بیماری:

- افشای علایم: هرگونه احساسی که فرد نسبت به از برملا شدن یا افشای اسرار

بیماری‌اش دارد مانند این که ممکن است یک بیمار بخواهد در مورد جزئیات بیماری‌اش بارها و بارها صحبت کند و یا فرد دیگری از افشای بیماری‌اش حتی در نزد اطرافیانش، احساس اضطراب، ناراحتی، هراس کند (اصرار به صحبت، اکراه از صحبت، واکنش هیجانی) (مولر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

- کیفیت ارزیابی بیمار از علایم بیماری (ادراک بیماری):

واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان مشاهده علائم بیماری نظیر ترس و اضطراب، درجه‌ای که بیمار فکر می‌کند درمان اتخاذ شده از سوی وی می‌تواند بیماری‌اش را کنترل کند، باورهای بیمار درباره نتایج احتمالی که بیماری وی می‌تواند بر جنبه‌های زندگی وی داشته باشد، باورهای بیمار درباره مدت زمانی که بیماری وی طول می‌کشد، باورهای بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری، باور بیمار درباره توانایی او در کنترل بیماری، باور بیمار درباره چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری وی.