****



**دانشگاه علوم پزشکی اردبیل**

**دانشکده پزشکی**

**پايان ‌نامه جهت اخذ درجة دکترای حرفه ای رشته پزشکی**

**عنوان**

**بررسی سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل از تابستان 1398 تا آخر بهار 1399**

**نگارش:**

**سهند رضائی**

**استاد راهنما:**

***دکتر بیژن زمانی***

**استاد مشاور:**

***دکتر سعید صادقیه اهری***

**مرداد 1399**

شماره پایان نامه:

0799

**تشکر و قدردانی**

حمد و سپاس مخصوص خدایی است که جهان را پر از نشانه آفرید برای پی بردن به عظمت خودش و توفیق مطالعه ی پدیده های علمی را با توجه به درک محدود ما بر ما عنایت فرمود. اکنون که باید آغازی بر یک پایان بنگارم بر خود لازم می دانم که از استاد محترم جناب آقای دکتر بیژن زمانی بخاطر راهنمایی های ارزنده شان در راستای انجام این پروژه نهایت تقدیر و تشکر را نمایم. در اینجا لازم می دانم از زحمات استاد گرامی جناب آقای دکتر سعید صادقیه اهری بخاطر کمک های ارزشمند قدردانی نمایم.

تقدیم

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

خدای را بسی سپاس که از روی کرم، پدر و مادری فداکار نصیبم ساخته تا در سایه ی درخت پر بار وجودشان بیاسایم و از ریشه ی آنها شاخ و برگ گیرم واز سایه ی وجودشان در راه کسب دین و دانش بهره گیرم.

والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم چرا که این دو موجود مقدس پس از پروردگار، مایه هستی ام بوده اند، دستم را گرفتند ودر این وادی پر فراز و نشیب زندگی ، چگونه راه رفتن را به من آموختند.

آموزگارانی که برایم زندگی و انسان بودن را معنا کردند.

حال این برگ سبزی است تحفه ی درویش تقدیم به آستان آنان.....

**فهرست مطالب**

**عنوان صفحه**

چکیده ......................................................................................................................................................1

[**فصل اول**](#_Toc48494431) : [**مقدمه**](#_Toc48494432)

[1-1 مقدمه 4](#_Toc48494433)

[2-1 بیان مساله 5](#_Toc48494434)

[3-1 تعریف واژه ها 6](#_Toc48494435)

[4-1 اهداف 10](#_Toc48494436)

[1-4-1 هدف کلی مطالعه 10](#_Toc48494437)

[2-4-1 اهداف اختصاصی 10](#_Toc48494438)

[3-4- 1 سوالات/ فرضیات 12](#_Toc48494439)

[**فصل دوم**](#_Toc48494440) : [**بررسی متون**](#_Toc48494441)

[1-1-2 اتیولوژی 17](#_Toc48494442)

[2-1-2 عوامل خطر 17](#_Toc48494443)

[3-1-2 علائم بالینی 18](#_Toc48494444)

[4-1-2 معاینه و سمع قلب 18](#_Toc48494445)

[5-1-2 تشخیص 19](#_Toc48494446)

[1-5-1-2 تغییرات EKG 19](#_Toc48494447)

[2-5-1-2 آنزیم های قلبی 20](#_Toc48494448)

[3-5-1-2 Imaging 21](#_Toc48494449)

[6-1-2 درمان 22](#_Toc48494450)

[1-6-1-2 درمان اولیه در اورژانس 22](#_Toc48494451)

[3-6-1-2 درمان های اصلی 24](#_Toc48494452)

[3-6-1-2 PCI اولیه 24](#_Toc48494453)

[4-6-1-2 فیبرینولیز تراپی 24](#_Toc48494454)

[2-2 بررسی متون 25](#_Toc48494455)

[**فصل سوم**](#_Toc48494456) : [**مواد و روش کار**](#_Toc48494457)

[1-3 نوع مطالعه 33](#_Toc48494458)

[2-3 جامعه مورد مطالعه 33](#_Toc48494460)

[معیارهای ورود به مطالعه: 33](#_Toc48494461)

[3-3 روش نمونه گیری 34](#_Toc48494462)

[4-3 روش گرد آوری اطلاعات 34](#_Toc48494463)

[5-3 ملاحظات اخلاقی 35](#_Toc48494464)

[6-3 روش تجزیه و تحلیل داده ها 36](#_Toc48494465)

[**فصل چهارم** :](#_Toc48494467)[**نتایج**](#_Toc48494468)

[1-4 توزیع جنسی بیماران 39](#_Toc48494469)

[2-4 میانگین سنی بیماران 40](#_Toc48494470)

[3-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و سن 41](#_Toc48494471)

[4-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و جنس 42](#_Toc48494472)

[5-4 رابطه بین فعالیت فیزیکی بیماران و سطح تحصیلات 43](#_Toc48494473)

[6-4 رابطه بین BMI و جنسیت 44](#_Toc48494474)

[7-4 رابطه بین بیماری های زمینه ای و جنسیت 45](#_Toc48494475)

[8-4 رابطه بین مصرف نمک و جنسیت 46](#_Toc48494476)

[9-4 رابطه بین مصرف نمک و سطح تحصیلات 47](#_Toc48494477)

[10-4 مصرف مواد مخدر در بیماران 48](#_Toc48494478)

[11-4 مصرف الکل در بیماران 49](#_Toc48494479)

[12-4 میانگین خواب بیماران 50](#_Toc48494480)

[13-4 رابطه میزان خواب و محل سکونت 51](#_Toc48494481)

[14-4 رابطه میزان خواب و سن 52](#_Toc48494482)

[15-4 نوع روغن مصرفی براساس محل سکونت 53](#_Toc48494483)

[16-4 مصرف سیگار در بیماران 54](#_Toc48494484)

[**فصل** **پنجم** : **بحث** **و نتیجه گیری**](#_Toc48494485)

[1-5 بحث و نتیجه گیری 58](#_Toc48494487)

[2-5 محدودیت ها 63](#_Toc48494488)

[3-5 نتیجه گیری 64](#_Toc48494489)

[4-5 پیشنهادات 65](#_Toc48494490)

[**منابع**](#_Toc48494491)

**ضمایم**

[چک لیست مطالعه 71](#_Toc48494493)

**فهرست جداول**

جدول 1-4 توزیع جنسی بیماران.........................................................................................40

جدول 2-4 میانگین سنی بیماران.........................................................................................41

جدول 3-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و سن..................................................................42

جدول 4-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و جنس...............................................................43

جدول 5-4 رابطه بین فعالیت فیزیکی بیماران و سطح تحصیلات........................................44

جدول 6-4 رابطه بین BMI و جنسیت................................................................................45

جدول 7-4 رابطه بین بیماری های زمینه ای و جنسیت........................................................46

جدول8-4 رابطه بین مصرف نمک و جنسیت.......................................................................47

جدول 9-4 رابطه بین مصرف نمک و سطح تحصیلات........................................................48

جدول 10-4 مصرف مواد مخدر در بیماران..........................................................................49

جدول 11-4 مصرف الکل در بیماران...................................................................................50

جدول 12-4 میانگین خواب بیماران.....................................................................................51

جدول 13-4 رابطه میزان خواب و محل سکونت.................................................................52

جدول 14-4 رابطه میزان خواب و سن................................................................................53

جدول15-4 نوع روغن مصرفی............................................................................................54

جدول 16-4 مصرف سیگار در بیماران.................................................................................55

**فهرست علایم اختصاری**

**MET:** **Metabolic Equivalent of Task**

**MI: myocardial infraction**

**بررسی سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل از تابستان 1398 تا آخر بهار 1399**

**چکیده**

**زمینه: ميزان بروز آنژين صدري، سكته قلبي حاد و مرگ ناگهاني، از نظر اپيدميولوژیكي مورد بررسي قرار گرفته است که بر اساس عوامل خطر، سن، جنس و نژاد در سطوح فردي و بر اساس كشورها، مناطق جغرافيايي و طبقات اجتماعي در سطوح جمعيتي و در طول زمان متفاوت مي باشند**

**مطالعه حاضر با هدف بررسی سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل از تابستان 1398 تا آخر بهار 1399 انجام شد.**

**هدف:  تعیین سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل**

**مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی جامعه آماری بیمارانی بود که با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل ازتابستان 1398 تا اخر بهار 99 مراجعه کرده اند. حجم نمونه 245 نفر بود.**

**نتایج: از تعداد 245 بیماری که وارد مطالعه شدند 170 نفر(3/67%) مرد و 95 مورد (7/32%) زن بودند. میانگین سنی مردان 1/63 سال با انحراف معیار 7/21 و میانگین سنی زنان 3/64 با انحراف معیار 3/20 بود. در ارتباط با فعالیت فیزیکی 151 بیمار (6/61%) فعالیت فیزیکی کم داشت تحلیل آماری به روش Chi-Square نشان داد به طرز معنی داری اکثریت بیماران در جامعه ما فعالیت فیزیکی کم دارند. در مورد رابطه بین BMI و جنسیت میانگبن BMI در مردان 3/29 و زنان 2/34 بود.تحلیل های آماری نشان داد که میزان مصرف نمک در بین دو جنس تفاوت معنی داری ندارد .در رابطه با مصرف سیگار در بیماران از 245 بیماری که وارد مطالعه شدند 125 نفر مصرف سیگار داشتند 6/66% مردان(P/Y 1/22( و 7/18 % از زنان(P/Y 2/15) مصرف سیگار داشتند. تحلیل آماری به روش Chi-Square نشان داد تفاوت معنی داری در مورد مصرف سیگار بین دو جنس وجود دارد. میانگین خواب روزانه مردان 45/6 ساعت و زنان 1/7 ساعت بود. از لحاظ آماری رابطه ای بین جنسیت و خواب وجود نداشت.در رابطه با نوع روغن مصرفی 71 نفر(47%) از بیماران ساکن مناطق شهری روغن اشباع شده و 80 نفر(53%) از روغن اشباع نشده استفاده می کردند. در مورد مناطق روستایی نشین غالبیت روغن مصرفی با روغن اشباع شده بود که 80 نفر (1/85%) روغن اشباع شده مصرف می کردند.** **29 مرد (5/17%) و 7 زن (7/8%) مواد مخدر (تریاک) مصرف می کردند. 13 نفر از مردان (8/7%) و 4 نفر از زنان (5%) مصرف متادون داشتند. در مورد مصرف ترامادول هم در کل 6/3 درصد بیماران مصرف ترامادول داشتند.** **41 نفر از مردان به طور متوسط 07/0 پیک روزانه مصرف الکل داشتنند.6 نفر از زنان به طور متوسط 03/0 پیک روزانه مصرف الکل داشتند. تحلیل های آماری نشان داد که تفاوت معنی داری در مورد جنسیت و مصرف الکل وجود دارد.هر پیک الکل معادل 50 سی سی در نظر گرفته شد.**

**نتیجه گیری: 29 مرد (5/17%) و 7 زن (7/8%) تریاک مصرف می کردند. از طرفی طبق مطالعه انجام شده توسط امانی و همکاران میزان مصرف تریاک در سطح کشور حدود 1 درصد است که نشان دهنده آمار بالا در بیماران STEMI است. بی تحرکی و اضافه وزن در بیماران قلبی شیوع بالایی دارد. روغن مصرفی غالب در بیماران روغن اشباع شده می باشد که این امر در مناطق روستایی نشین پررنگ تر است.**

**کلمات کلیدی: بیماری ایسکمی قلبی، سبک زندگی، سکته قلبی**

#

# فصل اول

# مقدمه

# 1-1 مقدمه

بيماري هاي قلبي عروقي شايع ترين علت مرگ در بيشتر كشورهاي جهان از جمله ايران و مهمترين عامل از كار افتادگي است(1). با وجود پيشرفت هاي سريع تشخيصي و درماني هنوز یک سوم بيماراني كه دچار سكته قلبي مي شوند فوت مي كنند و دو سوم آنها كه زنده مي مانند، هرگز بهبودي كامل نمي يابند و به زندگي عادي بر نمي گردند. اين بيماري ها، هزينه هنگفتي را بر نظام هاي بهداشتي درماني كشورها تحميل مي كنند(2). با اين همه، بيماري هاي قلبي عروقي یكي از قابل پيشگيري ترين بيماري هاي غير واگير انسان به شمار مي آيند روگر و همکاران، ميزان بروز آنژين صدري، سكته قلبي حاد و مرگ ناگهاني، از نظر اپيدميولوژیكي مورد بررسي قرار گرفته است که بر اساس عوامل خطر، سن، جنس و نژاد در سطوح فردي و بر اساس كشورها، مناطق جغرافيايي و طبقات اجتماعي در سطوح جمعيتي و در طول زمان متفاوت مي باشند(3). بيماري هاي عروق كرونر باعث مورتاليتي، موربيديتي و ناتواني در جمعيت ايران مي گردند و تقريبا عامل 50 درصد تمام مرگ ها در سال محسوب مي شوند(4).در حالي كه ميزان مرگ و ميرناشي از بيماري هاي كرونر قلبي برحسب سن دركشورهاي توسعه يافته درحال كاهش است، شواهدي وجود دارد كه نشان مي دهد اين بيماري در ايران رو به افزايش مي باشد، به طوري كه ميزان آن بين 20 تا 45 درصد افزايش يافته است. به نظر مي رسد تغييرات ايجاد شده در سبك زندگي مانند مصرف زياد غذاهاي فراوري شده و غني از چربي هاي اشباع شده، سطح پائين فعاليت فيزیکی همراه با افزايش شيوع چاقي و ديابت نوع دو منجر به افزايش پيشرونده در شيوع عوامل خطر بيماري هاي قلبي عروقي و بيماري هاي كرونر قلبي دركشورهاي توسعه يافته شده است (5). مطالعاتي كه بر روي جمعيت بزرگسال تهران انجام شد شيوع بالاي سندرم متابولیكي و عوامل خطر بيماري هاي قلبي عروقي مخصوصا پرفشاري خون، ميزان بالاي كلسترول تام، پائين بودن كلسترول با دانسيته بالا (HDL) بالا بودن نسبت دور كمر به هيپ را نشان مي دهد(6). بيماري عروق كرونر كي فرآيند مزمن است كه از دوران جواني شروع مي شود و به تدريج پيشرفت مي كند.

# 2-1 بیان مساله

 عوامل خطر مستقل بيماري قلبی عروقی شامل تاريخچه فاميلي ابتلاي زودرس، مصرف سيگار، ديابت، پرفشاري خون و بالا بودن چربي خون، سبك زندگي بي تحرك، افزايش سن، جنس و چاقي مي باشد(7). بر اساس مطالعه مورد شاهدي در 52 كشور، 9 عامل خطر شامل سيگاركشيدن، سطوح غيرطبيعي ليپيدخون، پرفشاري خون، ديابت، چاقي شكمي، فقدان يا كمبود فعاليت فيزیكي، مصرف كم ميوه جات و سبزيجات در طول روز، مصرف زياد الكل و شاخص هاي رواني اجتماعي كه به آساني قابل اندازه گيري و قابل اصلاح هستند، عامل بيش از 90 درصد سكته حاد قلبي اوليه محسوب مي شوند (8).مطالعات مداخله اي نشان داده اند كم كردن عوامل خطر باعث كاهش ميزان بيماري هاي كرونر قلبي، سكته مغزي و ديگر بيماري هاي قلبي عروقي خواهد شد (9).امروزه اکثر مطالعات در پیشگیری از بیماری های قلبی تغییر سبک زندگی و یا Life style (سبک زندگی) را توصیه می کنند.(10). Life style (سبک زندگی) به معنای شیوه زندگی خاص یک فرد، گروه، یا جامعه است که می‌تواند به علایق، نظرات،رفتارهاو جهت گیری رفتاری یک فرد، گروه یا فرهنگ اشاره کند به عبارت بهتر مجموعه عادات غذایی ، نوع زندگی ، میزان فعالیت ورزشی و... Life style (سبک زندگی) ماست(11). از جمله عادت های مضرر برای سلامت قلب که امروزه ثابت شده است استعمال سیگار است. افراد سیگاری در معرض ریسک بالاتری نسبت به بروز بیماری های قلبی و عروقی قرار دارند.(12). با توجه به شيوع بالاي بيماري هاي قلبي عروقي در ايران و مرگ و مير ناشي از اين بيماري ها، و از طرفی رشد بیماری های قلبی در کشورمان مطالعه حاضر با هدف بررسی سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال 1399 انجام خواهد شد.

# 3-1 تعریف واژه ها

**MI: Myocardial Infarction :** عبارت از مرگ سلولی دائم و غیرقابل برگشت در بخشی از عضله قلب (میوکارد) است که به علت ازبین‌رفتن جریان خون و وقوع یک ایسکمی شدید در آن قسمت از قلب روی می‌دهد(12).

**ST-elevation MI**: انفاركتوس حاد ميوكارد به علل انسدادي توسط elevation در سگمان ST در EKG تشخيص داده مي شود(13).

**HDL:** یکی از مولکول‏ های چربی خون از نوع لیپوپروتئین است که قسمت اعظم آن پروتئین (50 درصد) و قسمت کمتر آن را کلسترول و تری ‏گلسیرید تشکیل می ‏دهد و کار عمده آن انتقال کلسترول از بافت ‏ها و هدایت آن به سمت کبد است (14).

**MET**: **معادل سوخت و ساز کار** : Metabolic Equivalent of Task (MET) یا صرفاً **معادل سوخت و ساز** (: Metabolic equivalent)، مقیاسی فیزیولوژیکی است که بیانگر هزینهٔ انرژی مربوط به فعالیت‌های فیزیکی است و به صورت نسبتی از میزان سوخت و ساز (و در نتیجه نسبت مصرف انرژی) در طی یک فعالیت فیزیکی خاص، در مقایسه با یک نسبت متابولیک مرجع است که بر حسب قرار داد برابر 5/3 ml O2•kg−۱•min−۱ یا معادل زیر در نظر گرفته می‌شود:

 MET همچنین به صورت 2/58 W/m2 (18/4 Btu/h·ft2),تعریف می‌شود که برابر است با انرژی تولید شده در هر واحد سطح مربوط به فردی متوسط که در حالت استراحت است. محدوده سطح یک فرد متوسط برابر با 8/1 m2 (19 ft2) می‌باشد. نسبت متابولیک معمولاً بر حسب واحد سطح کل سطح بدن بیان می‌شود (ANSI/ASHRAE) استاندارد .

در اصل، MET، نسبت متابولیکی حالت استراحت (RMR) در نظر گرفته می‌شد که در طی نشستن آرام به دست می‌آمد. مقادیر MET مربوط به فعالیت‌ها از 9/0 (در حالت خواب) تا ۲۳ (دویدن با سرعت 5/22 [کیلومتر بر ساعت](https://fa.wikipedia.org/wiki/%DA%A9%DB%8C%D9%84%D9%88%D9%85%D8%AA%D8%B1_%D8%A8%D8%B1_%D8%B3%D8%A7%D8%B9%D8%AA) یا 4/17 مایل) را شامل می‌شود.

|  |  |
| --- | --- |
| **فعالیت بدنی** | **متابولیزم** |
| **فعالیت با شدت کم** | **کمتر از ۳** |
| خواب | 9/0 |
| تماشای تلویزیون | 0/1 |
| نوشتن، تایپ‌کردن و کارهای پشت میز | 8/1 |
| راه‌رفتن، ۲٫۷ کیلومتر بر ساعت، سطح زمین، چرخش، خیلی آهسته | 3/2 |
| راه رفتن، ۴ کیلومتر بر ساعت | 9/2 |
| **فعالیت با شدت متوسط** | **۳ تا ۶** |
| دوچرخه‌سواری، ثابت، ۵۰ وات، با تلاش خیلی کم | 0/3 |
| راه رفتن ۴٫۸ کیلومتر بر ساعت | 3/3 |
| حرکات نرمشی، کارهای خانه، تلاش و کوشش کم و متوسط، عمومی | 5/3 |
| راه رفتن ۵٫۵ کیلومتر بر ساعت | 6/3 |
| دوچرخه‌سواری، < ۱۶ کیلومتر بر ساعت، برای فراغت و آسایش، راه‌رفتن با آرامش | 0/4 |
| دوچرخ‌سواری، ثابت، ۱۰۰ وات، تلاش کم | 5/5 |
| فعالیت زناشوئی | 8/5 |
| **فعالیت‌های شدید** | **بیشتر از ۶** |
| آهسته دویدن، عمومی | 0/7 |
| حرکات نرمشی (مانند بالا و پائین رفتن، درازنشست، بارفیکس‌زدن، بالا پریدن), سنگین، تلاش شدید | 0/8 |
| دویدن یا درجا زدن | 0/8 |
| طناب‌بازی | 0/10 |

# 4-1 اهداف

# 1-4-1 هدف کلی مطالعه

 بررسی سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل از تابستان 1398 تا آخر بهار 1399

# 2-4-1 اهداف اختصاصی

1. . تعیین میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن
2. تعیین میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس
3. تعیین میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات
4. تعیین میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت
5. تعیین میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن
6. تعیین میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس
7. تعیین میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات
8. تعیین میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت
9. تعیین میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن
10. تعیین میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس
11. تعیین میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات
12. تعیین میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت
13. تعیین میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن
14. تعیین میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس
15. تعیین میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات
16. تعیین میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت
17. تعیین رابطه بین بیماری زمینه ای و جنسیت در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل

# 3-4- 1 سوالات/ فرضیات

1. میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن چقدر است؟
2. میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس چقدر است؟
3. میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات چقدر است؟
4. میزان فعالیت فیزیکی در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت چقدر است؟
5. میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن چگونه است؟
6. میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس چگونه است؟
7. میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات چگونه است؟
8. میزان مصرف نمک در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت چگونه است؟
9. میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن چقدر است؟
10. میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس چقدر است؟
11. میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات چقدر است؟
12. میزان مصرف دخانیات در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت چقدر است؟
13. میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سن چقدر است؟
14. میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک جنس چقدر است؟
15. میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک سطح تحصیلات چقدر است؟
16. میزان مصرف اوپیوم در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل به تفکیک محل سکونت چقدر است؟
17. رابطه بین بیماری زمینه ای و جنسیت در بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل چگونه است؟

# فصل دوم

# بررسی متون

#

بیماری های عروق کرونر از خطرناک ترین و در عین حال شایع ترین بیماری هایی هستند که حیات بشری را تهدید می کنند. سکته قلبی ناشی از نکروز قسمتی از عضله قلب درپی اختلال خون رسانی می باشد و غالبا در اثر انسداد عروق کرونر به علت آترواسکلروز و یا آمبولی رخ می دهد. (۱۲) بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلب در دو گروه بزرگ قرار می گیرد: بیماران مبتلا به آنژین پایدار و بیماران مبتلا به ACS

گروه دوم نیز از بیماران مبتلا به آنفارکتوس حاد میوکارد (MI) به همراه صعود قطعه ST در ECG (STEMI) و بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار (UA) و بیماران مبتلا به MI بدون صعود قطعه ST (NSTEMI) تشکیل شده است.(13) هنگامی که بیماری با علایم مشکوک به ایسکمی حاد میوکارد مراجعه می کند، جهت تشخیص مناسب و درمان از بیماران الکتروکاردیوگرام ۱۲ اشتقاقی گرفته می شود، که تمایز بین بیماران دچار صعود قطعه ST و بیماران بدون صعود قطعه ST را امکان پذیر می سازد. از شاخص های سرمی قلبی نیز جهت افتراق NSTEMI و UA استفاده می شود.(13)

**1-1-2 اتیولوژی**

شایع ترین علت UA و NSTEMI وجود تنگی آترواسکلروتیک در عروق کرونر است که می تواند در اثر پارگی یا اضافه شدن یک ترومبوز به این پلاک باعث تنگی بحرانی شود. علت STEMI انسداد یا قطع کامل یکی از عروق کرونری به مدت بیش از ۲۰ دقیقه و نکروز عضله قلب است که شایعترین علت آن سوار شدن ترومبوز روی پلاک آترواسکلروتیک است. سایر علل آن عبارتند از اسپاسم، واسکولیت ها، مصرف کوکایین و به ندرت آمبولی که می تواند ناشی از AF یا میگزوم دهلیز جب باشد و علل نادرتر نیز دیسکسيون آئورت و MVP می باشد.(13)

**2-1-2 عوامل خطر**

به دو گروه عوامل خطر قابل تغییر و عوامل خطر غير قابل تغییر تقسیم می شوند: عوامل خطر غير قابل تغییر شامل جنس مذکر ، سن بالا ، سابقه خانوادگی و آترواسکلروز هستند و عوامل خطر قابل تغییر شامل افزایش فشار خون، دیس لیپیدمی، دیابت، استعمال دخانیات، چاقی، فعالیت بدنی ناکافی و هیپر انسولینمی می باشند. (۱۲)

**3-1-2 علائم بالینی**

 درد شایعترین شکایت بیماران STEMI می باشد. درد عمیق واحشایی است. درد تیپیک رترواسترنال با کیفیت فشارنده و می تواند از ناف تا TMJ باشد درد به زیر ناف انتشار نمی یابد ولی احتمال دارد به بالای فک انتشار یابد و با فعالیت شروع می شود و با TNG و استراحت بهتر نمی شود و بیش از ۳۰دقیقه طول می کشد. درد در بیشتر مواقع به بازو انتشار می یابد. این درد در اوایل صبح بیشتر است چون فعالیت سمپاتیک و چسبیدن پلاکت در اوایل صبح بیشتر است. از علایم دیگر تعریق شدید و فراوان، اضطراب ،ضعف، تهوع و استفراغ را می توان نام برد. (8و13)

**4-1-2 معاینه و سمع قلب**

در بدو مراجعه اغلب معاینه نرمال است. اگر MI آنتریور باشد، به علت تحرک سیستم سمپاتیک در ۲۵ درصد موارد بیماران تاکی کاردی و بالا رفتن مختصر فشار خون دارند. اگر MI تحتانی باشد در ۵۰ درصد موارد به علت تحریک واگ برادی کاردی و هایپوتانسیون رخ می دهد. تب نیز ممکن است در معاینه وجود داشته باشد. در سمع ممکن است S3 و S4 سمع شود که S3 بدخیم است ولی صدای S4 موقتی و خوشخیم است و علت آن گشاد شدن بطن به علت ایسکمی است. ممکن است به علت پریکاردیت friction rub بشنویم. در مواردی که LBBB داریم پروگنوز بدتر است و در این حالت paradoxical S2 spiring سمع می گردد که بدترین پیش آگهی را دارد.

**5-1-2 تشخیص**

راه های تشخیص MI شامل موارد زیر است

1. شرح حال تیپیک و معاینه
2. تغییرات EKG
3. . آنزیم های قلبی
4. .Imaging

**1-5-1-2 تغییرات EKG**

در ساعات نخست مرحله حاد انسداد کامل شریان موجب صعود قطعه ST می شود. که اکثر بیماران به سمت STEMI پیشرفت می کنند. بالارفتن قطعه ST در لید های تحتانی به اندازه ۱mm و در لیدهای قدامی به اندازه ۲mm را مثبت در نظر می گیریم. در صورت وجود این حالت بیمار STEMI در نظر گرفته می شود. (15) در UA و NSTEMI نزول قطعه ST بیش از ۱mm از خط ایزوالکتریک که حداقل به اندازه 0.08 ثانیه طول بکشد و معکوس شدن موج T وجود دارد، که برای افتراق این دو آنزیم ها قلبی ارزیابی می شود و در صورت بالا بودن آنزیم های قلبي NSTEMI مطرح می باشد. (۱۳)

**2-5-1-2 آنزیم های قلبی**

پروتئین های خاصی با نام نشانگر های سرمی قلبی به میزان وسیعی از عضله قلب نکروتیک به دنبال STEMI به خون رها می شود. اولین ماده ای که بعد از MI در خون افزایش می یابد، میوگلوبین است که البته اندازه گیری آن ارزش تشخیصی ندارد. ۲ دسته تغییرات آنزیمی وجود دارد که شامل CKو CTn می باشد.

1.کراتین فسفوکیناز(کراتین کیناز یا CK)

سه نوع دارد و نوعی که در قلب است و به آن CKMB گفته می شود .عواملی که CKMB را افزایش می دهند شامل MI، میوکاردیت ، DC shock، جراحی قلبی و آنژیوگرافی می باشند. CK حدودا 4 تا ۸ ساعت بعد از MI بالا می رود و بعد از 48 تا ۷۲ ساعت نرمال می شود و اگر بعد از 3 روز هچنان بالا بماند نشانه ادامه آنفارکت است.

۲.کاردیاک تروپونین cTn

دو نوع دارد و این آنزیم ها می توانند ۷ تا ۱۰ روز پس از MI بالا باقی بمانند و سطح آنها به تدریج پایین می آید. cTn نسبت به CKMB اختصاصی تر است و مار کر انتخابی برای تشخیص MI طی چند روز گذشته می باشد. (8)

**3-5-1-2 Imaging**

اکوکاردیوگرافی یک روش غیر تهاجمی است که با استفاده از امواج صوتی بی ضرر برای انسان دیسکینزی اختلال عملکرد و حرکت بطن را نشان می دهد. اما نمی تواند ایسکمی حاد را از ضایعات قبلی افتراق دهد. ضمنا می تواند وجود انفارکتوس بطن راست ، آنوریسم بطنی، افيوژن پریکارد و ترومبوز بطن راست را نشان دهد و همچنین میزان VSD و نارسایی میترال را که دو عارضه مهم MI می باشد، تعیین کند. اسکن تکنزیوم یا تالیوم که این روش نیز نمی تواند ضایعات جدید در MI حاد را از ضایعات قدیمی افتراق دهد چون هر دو حالت cold spot داریم. MRI با قدرت تفکیک بالا می تواند انفارکتوس قلبی را به طور دقیق نشان دهد. (۸)

**6-1-2 درمان**

بیشترین میزان مرگ ومیر بیماران MI در 24 ساعت اول و مخصوصا در ساعت اول است. مهمترین علت مرگ قبل از رسیدن به بیمارستان، آریتمی است و شایعترین آریتمی VF است که اغلب در ساعت اول است. شایعترین علت مرگ در هنگام بستری در بیمارستان HF است. بیشترین اتلاف زمانی که می تواند سبب مرگ بیمار شود، تصمیم بیمار برای مراجعه یا عدم مراجعه است. (۱3)

**1-6-1-2 درمان اولیه در اورژانس**

1.اولین کار تجویز آسپرین جویدنی ( 160-325 میلی گرم) است (آسپرین به سرعت از مخاط دهان جذب می شود و از تجمع پلاکتی جلو گیری می کند). سپس آسپرین باید با دوز ۷۵ میلی گرم در روز ادامه یابد.

٢. اگر بیمار هایپوکسی دارد و O2sat وی کمتر از ۹۰ درصد است اکسیژن می دهیم.

٣.در صورت درد TNG زیر زبانی تا ۳ دوز که اگر موثر نبود نیتروگلیسیرین IV تجویز می کنیم. در افت فشار خون و مصرف سیلدنافیل در ۲۶ ساعت اخیر وجود علائم MI سمت راست استفاده از نیترات ممنوع است. در صورت افت فشار خون ناگهانی و شدید به دنبال مصرف نیترات، آتروپین وریدی تجویز می کنیم چون TNG پاراسمپاتومیمتیک است.. مرفین (اگر با TNG درد کاهش نیابد می توان 2-4 میلی گرم تجویز کرد و می توان هر 5 دقیقه آن را تکرار کرد. مورفین یک داروی واگوتون است بنابراین یکی از عوارض آن افت فشار خون است. برای درمان آن پا را بالا می بریم و در صورت عدم بهبودی نرمال سالین تجویز می کنیم. عارضه دیگر، برادیکاردی و بلوک قلبی مخصوصا در MI خلفی تحتانی است که از اگر ضربان به زیر 55 برسد 0.05 میلی گرم آتروپین وریدی تجویز می کنیم.

.**2-6-1-2 بتابلوکر**

ابتدا فرم وریدی (متورال) را جهت کاهش درد تزریق می کنیم. ۱۵ دقیقه بعد از آخرین دوز IV می توان دوز خوراکی را آغاز کرد. اثرات بتابلوکر عبارتند از کاهش نیاز به اکسیژن ، کاهش وسعت ناحيه آنفارکت، کاهش درد ،کاهش بروز MI بعدی، کاهش مرگ و میر داخل بیمارستانی. بهترین بتابلوکر که می توان تجویز کرد متورال یا اسمولول است. (۱3)

**3-6-1-2 درمان های اصلی**

مهمترین کار Reperfusion است که فقط در کسانی انجام می شود که STE حداقل به میزان ۲mm در کلید مجاور پره کوردیال و ۱mm در ۲ لید اندامی دارند و آنزیم های قلبی بالا باشند. در یک سوم موارد رگ بسته شده خود به خود باز می شود. جهت Reperfusion در اورژانس می توان فیبرینولیز دارویی یا PCI انجام داد. اگر امکانات PCI وجود نداشت فیبرینولیز دارویی می کنیم وگرنه PCI انجام می دهیم چون عارضه کمتری دارد و بقا را بیشتر می کند.

**3-6-1-2 PCI اولیه**

بهترین اقدام برای افزایش طول عمر بیمار کاهش MI بعدی و عوارض PCI ، MI اولیه می باشد. زمانی که بیمار به اورژانس می رسد تا زمانی که PCI انجام می شود، باید کمتر از یک و نیم ساعت باشد. ( ۸)

**4-6-1-2 فیبرینولیز تراپی**

زمانی که بیمار به اورژانس می رسد تا زمانی که ترومبولیتیک تزریق شود باید کمتر یا مساوی ۳۰ دقیقه باشد. هر چه دارو زودتر استفاده شود پیش آگهی بهتر است و بهترین زمان ۳۰ دقیقه است. اگر ترومبولیتیک طی ۱۰ ساعت اول پس از شروع علایم تزریق شود، بیشترین تاثیر را دارد و اثرات مفید آن تا ده سال پس از تزریق باقی می ماند. (۱۳)

# 2-2 بررسی متون

1. در مطالعه کریمی و همکاران که با عنوان تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی انجام شد. این مطالعه کارآزمایی شاهددار تصادفی شده بود که بر روی 80 نفر از بیماران دچار سکته قلبی در مناطق شهری بندرعباس انجام شد. بیماران به روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. بیماران گروه آزمون در یک مداخله آموزشی 4 جلسه‌ای منطبق با نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده شرکت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای مشتمل بر 3 بخش مشخصات فردی، پرسشنامه استاندارد سبک زندگی و پرسشنامه خودساخته مبتنی بر سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بود. روایی آن با استفاده از روش‌های روایی محتوایی و پایایی آن با استفاده از روش‌های آزمون- بازآزمون و آلفای کرونباخ تعیین شد. قبل از مداخله، یک ماه و سه ماه بعد از اتمام مداخله آموزشی، پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای­اسکوئر، RMANOVA و رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان (5/5±70) سال و 67% آنان مرد بودند. در مراحل یک ماه و سه ماه پس از مداخله، نمرات سبک زندگی گروه آزمون افزایش معناداری را در مقایسه با گروه شاهد نشان داد (001/0 > p). همچنین در مراحل یک ماه و سه ماه پس از مداخله نمرات سازه‌های نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده، قصد رفتاری و رفتار) در گروه آزمون افزایش معناداری در مقایسه با گروه شاهد داشت (001/0 > p). نتیجه‌حاصل این شد که برنامه آموزشی طراحی‌شده بر مبنای الگوی نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده قادر است نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک‌شده و قصد رفتاری بیماران سکته قلبی را در مورد اتخاذ سبک زندگی سالم تغییر داده و باعث بهبود تمامی ابعاد سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی شود. لذا پیشنهاد شد اثربخشی مداخلات آموزشی مبتنی بر این نظریه برای اصلاح سبک زندگی سایر بیماران نیز موردبررسی قرار گیرد.(15)
2. در مطالعه کامیاب و همکارن که با عنوان الگوی تغییرات سنی اولین سکته قلبی حاد در رفسنجان، طی سال‌های 1382 تا 1391: آیا سن کاهش یافته؟انجام شد . این مطالعه به‌صورت مقطعی بر روی 1247 پرونده بیمار مبتلا به اولین سکته قلبی حاد انجام گردید. در این مطالعه، جنس، استعمال دخانیات، سابقه فامیلی بیماری قلبی-عروقی، سابقه دیابت، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک، تری‌گلیسرید، HDL (High-density lipoprotein)، (Low-density lipoprotein) LDL و کلسترول تام خون به‌عنوان متغیر مستقل و سن اولین سکته قلبی حاد به‌عنوان متغیر وابسته بررسی شدند. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل و رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میانگین سن اولین سکته قلبی حاد در این بیماران 00/14±54/60 سال بود. طی سال‌های بررسی میانگین سن اولین سکته قلبی حاد به‌طور معناداری حدود 9 سال افزایش یافته بود. مدل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد جنس مرد ، سابقه مصرف سیگار ، سابقه خانوادگی مثبت و تری‌گلیسرید خون بالا در کاهش میانگین سنی اولین سکته قلبی حاد تأثیر معناداری دارند. نتیجه‌ ای شد که با وجود افزایش میانگین سنی سکته قلبی حاد در این مطالعه، غربالگری افراد پرخطر از جمله مردان، افراد با سابقه مصرف سیگار، سابقه خانوادگی مثبت و افزایش چربی خون از لحاظ وجود عوامل خطر مربوط به این بیماری می‌تواند در کنترل وقوع آن در افراد جوان مفید واقع شود.(16)
3. در مطالعه محمدی و همکاران که با عنوان بررسي سبك زندگي بيماران قلبي و عروقي انجام شد. در اين پژوهش با 44 بيمار مبتلا به بيماري هاي قلبي و عروقي كه به علت سكته در بخش CCU بستري شده بودند- و از طريق كلي شماري در طول يك ماه انتخاب گرديدند- مصاحبه شد. پرسشنامه سبك زندگي از 6 قسمت اطلاعات دموگرافيك، سابقه پزشكي، تغديه، مصرف سيگار، ورزش و استرس تشكيل شده بود. در پايان داده هاي پژوهش به كمك آزمون كاي اسكوئر، رگرسيون و تست فيشر مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت. 3/52 درصد بيماران زن و 7/47 درصد آن ها مرد هستند. ميانگين سني 46 سال با انحراف معيار 4/15± سال است. شايع ترين ريسك فاكتورها در بيماران به ترتيب عبارتند از: كم تحركي (6/84 درصد)، مصرف قرص هاي ضد بارداري خوراكي (3/52 درصد)، فشار خون بالا (50 درصد)، شاخص توده بدن بيش تر از 25 (8/47 درصد)، مصرف سيگار (7/47درصد)، سابقه خانوادگي بيماري (6/38 درصد)، اعتياد (6/38درصد) و استرس (5/20 درصد)، شايع ترين حوادث استرس زا بين بيماران احساس فشار كاري 7/47 درصد، مرگ عضو نزديك خانواده 9/90 درصد، نارضايتي شغلي 3/27 درصد، دلواپسي و اضطراب3/77درصد، تندخويي9/65 درصد و تغيير وضع مالي 8/56 درصد است. در كل از نظر وضعيت سبك زندگي 5/95 درصد بيماران در معرض خطر متوسط قرار داشتند. نتايج اين تحقيق بر اهميت و فوريت اقدامات مداخله اي براي تغيير در سبك زندگي تاكيد کرد.(17)
4. در مطالعه کاظمی و همکاران که با عنوان تغييرات ده ساله مورتاليتي و عوامل خطر بيماريهاي قلبي در بيماران مبتلا به انفاركتوس حاد ميوكارد در بيرجند پرداخت تمام پرونده‏هاي بيمارستاني افرادي كه با تشخيص انفاركتوس حاد ميوكارد در طي سالهاي 1373 تا 1382 در بيمارستانهاي ولي عصر (عج) و امام رضا (ع) بيرجند بستري شده بودند، مورد بررسي قرار گرفت. جهت انجام تحقيق، پرسشنامه‏اي حاوي اطلاعات مورد نياز تنظيم و توسط دو پرستار آموزش ديده و زير نظر متخصص قلب و عروق تكميل گرديد. : از 918 بيمار بستري‌شده با تشخيص انفاركتوس ميوكارد، 84 نفر (1/9%) فوت كرده بودند. روند تغييرات مورتاليتي در طي اين 10 سال، نشانگر كاهش تدريجي ميزان مرگ و مير داخل بيمارستاني بود (از 7/14% در سال 1373 به 6% در سال 1382) . در اين مطالعه از كل بيماران، 319 نفر (7/34%) فاقد عامل خطر بودند و 599 نفر (3/65%) حداقل يك عامل خطر داشتند. نتايج بررسي روند تغييرات در شيوع عوامل خطر در بيماران، نشانگر افزايش در شيوع همه عوامل بود؛ افزايش شيوع دو عامل هيپرلپيدمي (2/18% در سال 1373، 1/30% در سال 1382، 001/0<P) و سيگار (2/18% در سال 1373، 5/23% در سال 1382، 03/0=P) در طي اين ده سال از نظر آماري معني‏دار بود.(21)
5. در مطالعه صباحی و همکاران که با عنوان ارزیابی مقایسه ای عوامل خطر زا در ابتلا به بیماری های عروق کرونر انجام شد 73 نفر بیمار بستری در بخش قلب بیماران امام خمینی مشهد انتخاب و عوامل خطر زای ابتلا به بیماری های عروق کرونر مورد سنجش قرار گرفت. ، پرسشنامه‏ای حاوی اطلاعات مورد نیاز تنظیم و توسط دو پرستار آموزش دیده و زیر نظر متخصص قلب و عروق تکمیل گردید؛ اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمونهای آماری t و Chi-Square در سطح 05/0= مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‏ها: از 918 بیمار بستری‌شده با تشخیص انفارکتوس میوکارد، 84 نفر (1/9%) فوت کرده بودند. روند تغییرات مورتالیتی در طی این 10 سال، نشانگر کاهش تدریجی میزان مرگ و میر داخل بیمارستانی بود (از 7/14% در سال 1373 به 6% در سال 1382) . در این مطالعه از کل بیماران، 319 نفر (7/34%) فاقد عامل خطر بودند و 599 نفر (3/65%) حداقل یک عامل خطر داشتند. نتایج بررسی روند تغییرات در شیوع عوامل خطر در بیماران، نشانگر افزایش در شیوع همه عوامل بود؛ افزایش شیوع دو عامل هیپرلپیدمی (2/18% در سال 1373، 1/30% در سال 1382، 001/0< P) و سیگار (2/18% در سال 1373، 5/23% در سال 1382، 03/0=P) در طی این ده سال از نظر آماری معنی‏دار بود. (22)

6- در مطالعه دیویس و همکاران که با عنوان بررسی تغییر سبک زندگی پس از MI در بیماران انجام شد 1000 بیمار آسیای جنوبی که MI تجربه کرده و جان سالم به درد برده بودند وارد مطالعه شدند و به مدت 16 هفته پیگیری شدند. میانگین سنی بیماران 3/61 سال بود و 598 بیمار را زنان و 402 نفر را مردان تشکیل می دادند. یافته ها حاکی از آن بود که 91% بیماران اعتقاد داشتند که می بایست سبک زندگی خود را عوض کنند و به بیماری خود توجه بیشتری کنند. در طی بررسی ها 81% بیماران مصرف نمک روزانه را به کمتر از 5 گرم کاهش داده بودند. کاهش مصرف غذاهای با چربی بالا در 84 % درصد بیماران دیده شد . تنها 29% از بیماران سیگاری ، سیگار را ترک کردند.(23)

#

# فصل سوم

# مواد و روش کار

# 1-3 نوع مطالعه

این مطالعه در دانشکده پزشکی گروه **قلب و عروق** دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است که از **تیر** ماه سال **1398** تا **خرداد** ماه **1399** به طول انجامیده و نوع مطالعه **توصیفی تحلیلی مقطعی** میباشد. **این مطالعه با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1399.092 به ثبت رسیده است.**

# 2-3 جامعه مورد مطالعه

در این مطالعه مقطعی جامعه آماری بیمارانی بود که با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل ازتابستان 1398 تا اخر بهار 99 مراجعه کرده اند.

حجم نمونه بر اساس فرمول زیر 245 نفر بود.

 

 P=0.8

 Q=1-p=0.2

 D=0.05

# معیارهای ورود به مطالعه:

1. داشتن MI که طبق تشخیص متخصص قلب STEMI باشد
2. بهبودی بیمار پس از MI جهت توانایی در کسب اطلاعات و پر کردن پرسشنامه

معیار خروج از مطالعه :

1. عدم رضایت بیمار
2. عدم رضایت بستگان درجهه یک در صورت انتوبه بودن یا هشیار نبودن بیمار

# 3-3 روش نمونه گیری

با توججه به نوع مطالعه که مقطعی و محاسبه شیوع است از فرمول محاسبه حجم نمونه برای مطالعات مقطعی استفاده شد.245 نفر از بیمارانی که با STEMI مراجعه کرده و دارای معیار های ورود به مطالعه بودند وارد مطالعه شدند.

# 4-3 روش گرد آوری اطلاعات

. شیوه اخذ اطلاعات بیماران به روش چک لیست از پیش تعبیه شده بود.جهت تعیین میزان فعالیت از روش MET استفاده شد. : **معادل سوخت و ساز کار** : Metabolic Equivalent of Task (MET) یا صرفاً **معادل سوخت و ساز** (: Metabolic equivalent)، مقیاسی فیزیولوژیکی است که بیانگر هزینهٔ انرژی مربوط به فعالیت‌های فیزیکی است و به صورت نسبتی از میزان سوخت و ساز (و در نتیجه نسبت مصرف انرژی) در طی یک فعالیت فیزیکی خاص، در مقایسه با یک نسبت متابولیک مرجع است که بر حسب قرار داد برابر 5/3 ml O2•kg−۱•min−۱ یا معادل زیر در نظر گرفته می‌شود:



عدد کمتر از 3 معادل فعالیت کم. عدد بین 3 تا 6 معادل فعالیت متوسط و 6 به بالا معادل فعالیت زیاد در نظر گرفته شد.

در مورد مصرف نمک بر اساس تعریف WHO میزان حداکثر نمک در افراد سالم 6 گرم در روز و در بیماران قلبی عروقی 4 گرم در روز می باشد(19).

# 5-3 ملاحظات اخلاقی

- با توجه به کدهای اخلاقی مصوب از سوی کمیته اخلاق کشوری ، این مطالعه شامل کدهای ۷ و ۱۷ از کدهای مذکور بدین صورت باشد:

کد ۷- نحوه ارائه گزارش یا اعلام نتیجه تحقیقات می باید متضمن رعایت حقوق مادی و معنوی عناصر ذیربط (آزمودنی ، پژوهشگر، پژوهشی و سازمان مربوطه) باشد.

کد ۱۷- محقق موظف است که اطلاعات مربوط به آزمودنی را بعنوان راز تلقی و آن را افشاء ننموده و ضمنا شرایط عدم افشاء. آن را نیز فراهم کند، مگر آنکه در این مسیر محدودیتی داشته باشد که در این صورت باید قبلا آزمودنی را مطلع نماید.

# 6-3 روش تجزیه و تحلیل داده ها

نتایج حاصل برای متغیرهای کمی به‌صورت میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی طبقه‌ای به‌صورت درصد بیان می‌گردد. برای تجزیه و تحلیل داده‏ها از آزمون‏های تی مستقل، کای دو استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‏ی 24 بود.

**7-3 جدول متغیر ها**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام متغير | مستقل | وابسته | کمی | کیفی | تعريف کاربردي | مقیاس |
| پیوسته | گسسته | اسمی | رتبه‌ای |
| جنس | \* |  |  |  | \* |  | براساس فنوتیپ بیمار | مونث/ مذکر |
| سن | \* |  |  | \* |  |  | براساس سن تقویمی | سال |
| تحصیلات | \* |  |  |  |  | \* | آخرین مدرک تحصیلی | بی سواد/ابتدایی/راهنمایی/دبیرستان / دانشگاهی |
| محل سکونت | \* |  |  |  | \* |  | بر اساس اقامت در مناطق شهری یا مناطق مناطق روستایی | مناطق شهری / مناطق مناطق روستایی |
| BMI | \* |  | \* |  |  |  | وزن تقسیم بر مجذور قد | Kg/m2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| بیماری زمینه ای | \* |  |  |  | \* |  | بیماری مزمن مثل کنسر، کلیوی و ... | دارد / ندارد |
| مصرف سیگار ، الکل و سایر دخانیات | \* |  |  |  | \* |  | اعتیاد به هر گونه مواد مخدر | دارد / ندارد |
| میزان خواب | \* |  |  | \* |  |  | میزان متوسط خواب در 24 ساعت | ساعت |
| میزان کار | \* |  |  | \* |  |  | میزان متوسط کار در 24 ساعت | ساعت |
| نوع روغن مصرفی | \* |  |  |  | \* |  | روغن غالب مصرفی |  |

#

#

# فصل چهارم

# نتایج

# 1-4 توزیع جنسی بیماران

بر اساس جدول 1-4 از تعداد 245 بیماری که وارد مطالعه شدند 165 نفر(3/67%) مرد و 80 مورد (7/32%) زن بودند. طبق تحلیل های آماری به روش Chi-Square رابطه معنی داری بین جنسیت و بروز MI دیده شد به طوری که MI در مردان بیشتر رخ می دهد.

جدول 1-4 توزیع جنسی بیماران

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| P value | درصد | تعداد | جنس |
| 001/0 | 3/67 | 165 | مرد |
| 7/32 | 80 | زن |
| 100 | 245 | کل |

# 2-4 میانگین سنی بیماران

میانگین سنی مردان 1/63 سال با انحراف معیار 7/21 و میانگین سنی زنان 3/64 با انحراف معیار 3/20 بود.بر اساس جدول 2-4 علی رغم اینکه سن زنان بالاتر بود ولی تحلیل های آماری به روش T-test تفاوت معنی داری را نشان نداد.

جدول 2-4 میانگین سنی بیماران

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| P value | انحراف معیار | میانگین سن | جنس |
| 625/0 | 7/21 | 1/63 | مرد |
| 3/20 | 3/64 | زن |
| 2/22 | 7/68 | کل |

# 3-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و سن

در ارتباط با فعالیت فیزیکی بیماران از معیار MET که در فصل اول توضیح داده شده استفاده شد. بر اساس جدول 3-4 بیماران از لحاظ فعالیت فیزیکی به 3 گروه با فعالیت فیزیکی کم ، متوسط و زیاد بر اساس مقالات مشابه (22) تقسیم شدند. از تعداد کل بیماران 151 نفر فعالیت فیزیکی کم داشتند ، 59 نفر فعالیت فیزیکی متوسط داشتند و 35 بیمار فعالیت فیزیکی زیاد داشتند. جهت سهولت در تحلیل سن و فعالیت فیزیکی، بیماران ب 3 دسته سنی 30 تا 50 ، 51تا 70 و بالای 70 سال تقسیم شدند.تحلیل آماری به روش T-test نشان داد به طرز معنی داری اکثریت بیماران در جامعه ما فعالیت فیزیکی کم دارند.

جدول 3-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و سن

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| درصد | بالای 70 | درصد | 51تا 70 | درصد | سن 30 تا 50 | درصد | تعداد کلی | فعالیت فیزیکی |
| 2/12 | 30 | 0/38 | 93 | 4/11 | 28 | 6/61 | 151 | کم |
| 0/7 | 17 | 4/11 | 28 | 7/5 | 14 | 1/24 | 59 | متوسط |
| 0 | 0 | 7/5 | 14 | 5/8 | 21 | 3/14 | 35 | زیاد |
| 01/0 | 01/0 | 7/0 | 03/0 | P Value |

# 4-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و جنس

طبق جدول 4-4 در ارتباط با رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و جنسیت بیماران نیز بر اساس رتبه بندی MET بیماران به سه گروه فعالیت فیزیکی کم متوسط و زیاد تقسیم شد که تحلیل آماری به روش Chi-Square نشان داد از لحاظ آماری تعداد بیماران با فعالیت فیزیکی زیاد در مردان بیشتر است.(P=0.01)

جدول 4-4 رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و جنس

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | درصد | زن | درصد | مرد | فعالیت فیزیکی |
| 1/0 | 5/67 | 54 | 8/58 | 97 | کم |
| 1/0 | 2/21 | 17 | 4/25 | 42 | متوسط |
| 01/0 | 3/11 | 9 | 8/15 | 26 | زیاد |

# 5-4 رابطه بین فعالیت فیزیکی بیماران و سطح تحصیلات

در مورد رابطه بین فعالیت فیزیکی بیماران و سطح تحصیلات طبق جدول 5-4 ، 37 مورد بی سواد ، 81 نفر تحصیلات ابتدایی و راهنمایی ، 84 نفر دیپلم و 35 نفر لیسانس و 8 نفر تحصیلات فوق لیسانس و دکتری داشتند. تحلیل های آماری به روش Chi-Square نشان داد که در مورد تحصیلات فوق لیسانس و دکتری ،لیسانس ،دیپلم وابتدایی و راهنمایی به طور معنی داری بیماران دارای فعالیت فیزیکی کم بودند.

جدول 5-4 رابطه بین فعالیت فیزیکی بیماران و سطح تحصیلات

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| درصد | فوق لیسانس و دکتری | درصد | لیسانس | درصد | دیپلم | درصد | ابتدایی و راهنمایی | درصد | بی سواد | فعالیت فیزیکی  |
| 5/2 | 6 | 8/11 | 29 | 4/22 | 55 | 8/18 | 46 | 2/6 | 15 | کم |
| 8/0 | 2 | 5/2 | 6 | 3/9 | 23 | 5/6 | 16 | 9/4 | 12 | متوسط |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 4/2 | 6 | 8/7 | 19 | 1/4 | 10 | زیاد |
| 01/0 | 01/0 | 03/0 | 03/0 | 6/0 | P value |

# 6-4 رابطه بین BMI و جنسیت

بر اساس جدول 6-4 در مورد رابطه بین BMI و جنسیت میانگبن BMI در مردان 3/29 و زنان 2/34 بود. تحلیل های آماری به روش T-test نشان داد که تفاوت معنی داری بین BMI و جنسیت وجود دارد به طوری که BMI در زنان بالاتر است.

جدول 6-4 رابطه بین BMI و جنسیت

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| P value | میانگین انحراف از معیار | میانگین | BMI |
| 001/0 | 2/9 | 3/29 | مرد |
| 1/10 | 2/34 | زن |

# 7-4 رابطه بین بیماری های زمینه ای و جنسیت

بر اساس جدول 7-4 در مورد رابطه بین بیماری های زمینه ای و جنسیت بیماری های زمینه ای نظیر DM، بیماری کلیوی ، بیماری کبدی ،کنسر، HLP و HTN که وارد مطالعه شدند.119 نفر (1/72%) از مردان و 63 نفر (7/87%) از زنان HTN داشتند. 85 نفر از مردان( 5/51%) و 54 نفر از زنان (5/67 %) بیماری کبدی داشتند. 64 نفر از مردان(7/38%) و 38 نفر از زنان (5/47%) بیماری کلیوی داشتند. تحلیل آماری به روش Chi-Square نشان داد در مورد بیماری زمینه ای و جنسیت ارتباط معنی داری وجود ندارد.

جدول 7-4 رابطه بین بیماری های زمینه ای و جنسیت

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| در صد | DM | در صد | کلیوی | در صد | کبدی | در صد | کنسر | در صد | HLP | در صد | HTN | جنس |
| 2/41 | 68 | 7/38 | 64 | 5/51 | 85 | 3/7 | 12 | 3/53 | 88 | 1/72 | 119 | مرد |
| 2/66 | 53 | 5/47 | 38 | 5/67 | 54 | 6/8 | 7 | 2/71 | 57 | 7/78 | 63 | زن |
| 6/0 | 9/0 | 5/0 | 9/0 | 6/0 | 7/0 | P value |

# 8-4 رابطه بین مصرف نمک و جنسیت

بر اساس جدول 8-4 در مورد رابطه بین مصرف نمک و جنسیت بیماران بنا به میزان توصیه شده WHO مبتنی بر مصرف نمک به سه گروه با مصرف کم( کمتر از 4 گرم در روز ) ، متوسط( بین 4تا 6 گرم در روز ) و زیاد ( بیشتر از 6 گرم در روز ) نمک تقسیم شدند. تحلیل های آماری به روش Chi-Square نشان داد که رابطه معنی داری بین مصرف نمک و جنسیت وجود ندارد.

جدول8-4 رابطه بین مصرف نمک و جنسیت

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | درصد | زن | درصد | مرد | میزان مصرف نمک |
| 7/0 | 5/22 | 18 | 2/21 | 35 | کم |
| 9/0 | 0/30 | 24 | 7/29 | 49 | متوسط |
| 9/0 | 5/47 | 38 | 1/49 | 81 | زیاد |

# 9-4 رابطه بین مصرف نمک و سطح تحصیلات

بر اساس جدول 9-4 در مورد رابطه بین مصرف نمک و سطح تحصیلات در گروهی که مصرف کم نمک داشتند 5 نفر (2 %) بی سواد ، 11 نفر (5/4%) ابتدایی و راهنمایی ، 17 نفر (9/6%) دیپلم ، 15 نفر (2/6%) لیسانس و 5 نفر (2%) فوق لیسانس و دکتری بودند. در گروهی که مصرف متوسط نمک داشتند 12 نفر (9/4 %) بی سواد ، 21 نفر (5/8%) ابتدایی و راهنمایی ، 26 نفر (7/10%) دیپلم ، 12 نفر (9/4%) لیسانس و 2 نفر (8/0%) فوق لیسانس و دکتری بودند. در گروهی که مصرف زیاد نمک داشتند 20 نفر (2/8 %) بی سواد ، 49 نفر (20%) ابتدایی و راهنمایی ، 41 نفر (7/16%) دیپلم ، 8 نفر (3/3%) لیسانس و 1 نفر (4/0%) فوق لیسانس و دکتری بودند.نتیجه کلی با توجه به تحلیل آماری به روش Chi-Square این شد با افزایش سطح تحصیلات میزان مصرف نمک در بیماران کاهش می یابد.

جدول 9-4 رابطه بین مصرف نمک و سطح تحصیلات

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| در صد | فوقلیسانسودکتری | در صد | لیسانس | در صد | دیپلم | در صد | ابتداییوراهنمایی | در صد | بیسواد | مصرفمیزاننمک |
| 0/2 | 5 | 2/6 | 15 | 9/6 | 17 | 5/4 | 11 | 0/2 | 5 | کم |
| 8/0 | 2 | 9/4 | 12 | 7/10 | 26 | 5/8 | 21 | 9/4 | 12 | متوسط |
| 4/0 | 1 | 3/3 | 8 | 7/16 | 41 | 0/20 | 49 | 2/8 | 20 | زیاد |
| 05/0 | P value |

# 10-4 مصرف مواد مخدر در بیماران

جهت مقایسه میزان مصرف مواد مخدر در بیماران تعداد بیمارانی که مصرف مواد مخدر داشتند محاسبه شدند. بر اساس جدول10-4 ، 29 مرد (5/17%) و 7 زن (7/8%) تریاک مصرف می کردند. از طرفی طبق مطالعه انجام شده توسط امانی و همکاران میزان مصرف تریاک در سطح کشور حدود 1 درصد است(18).13 نفر از مردان (8/7%) و 4 نفر از زنان (5%) مصرف متادون داشتند.در مورد آمار مصرف متادون در ایران ، اعداد و ارقام قابل استنادی در دسترس نبود. در مورد مصرف ترامادول هم در کل 6/3 درصد بیماران مصرف ترامادول داشتند. از لحاظ آماری در مورد تریاک و متادون رابطه معنی داری با MI دیده شد. طبق تحلیل های آماری به روش Chi-Square در مورد مصرف ترامادول رابطه معنی داری وجود نداشت.

جدول 10-4 مصرف مواد مخدر در بیماران

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | درصد | کل | درصد | تعداد زنان | درصد | تعداد مردان | نوع ماده مخدر |
| 01/0 | 6/14 | 36 | 7/8 | 7 | 5/17 | 29 | تریاک |
| 01/0 | 3/7 | 18 | 5 | 4 | 8/7 | 13 | متادون |
| 9/0 | 6/3 | 9 | 5/2 | 2 | 2/4 | 7 | ترامادول |

# 11-4 مصرف الکل در بیماران

بر اساس جدول 11-4 در رابطه با مصرف الکل در بیماران میزان مصرف الکل به تعداد پیک در سال از بیماران پرسیده شد و میانگین روزانه مصرف الکل به پیک محاسبه شد.41 نفر از مردان به طور متوسط 07/0 پیک روزانه مصرف الکل داشتنند.6 نفر از زنان به طور متوسط 03/0 پیک روزانه مصرف الکل داشتنند. تحلیل های آماری به روش Chi-Square نشان داد که تفاوت معنی داری در مورد جنسیت و مصرف الکل وجود دارد. لازم به ذکر است هر پیک الکل معادل 50 سی سی در نظر گرفته شد.

جدول 11-4 مصرف الکل در بیماران

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | میانگین مصرف روزانه به پیک | درصد | دارد | مصرف الکل |
| 03/0 | 07/0 | 8/24 | 41 | مرد |
| 03/0 | 5/7 | 6 | زن |
| 06/0 | 1/19 | 47 | کل |

# 12-4 میانگین خواب بیماران

بر اساس جدول 12-4 میانگین خواب روزانه مردان 45/6 ساعت و زنان 1/7 ساعت بود. از لحاظ آماری رابطه ای بین جنسیت و خواب به روش T-test وجود نداشت.

جدول 12-4 میانگین خواب بیماران

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | انحراف از معیار | میانگین | میزان خواب | جنسیت |
| 5/0 | 66/4 | 45/6 | مرد |
| 96/3 | 1/7 | زن |
| 76/4 | 66/6 | کل |

# 13-4 رابطه میزان خواب و محل سکونت

بر اساس جدول 13-4 در رابطه با میزان خواب و محل سکونت میانگین خواب بیماران مناطق شهریی 79/7 با انحراف معیار 39/4 بود. میانگین خواب بیماران مناطق مناطق روستایییی 13/6 با انحراف معیار 96/3 بود. تحلیل های آماری به روش T-test نشان داد که بیماران ساکن مناطق شهری به طور معنی داری خواب بیشتری دارند.

جدول 13-4 رابطه میزان خواب و محل سکونت

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | انحراف از معیار | میانگین | میزان خواب | محل سکونت |
| 05/0 | 39/4 | 79/7 | مناطق شهری |
| 96/3 | 13/6 | مناطق مناطق روستایی |
| 76/4 | 66/6 | کل |

# 14-4 رابطه میزان خواب و سن

بر اساس جدول 14-4 در مورد رابطه میزان خواب و سن بیماران گروه سنی 30 تا 50 سال میانگین 1/8 ساعت خواب داشتند. گروه سنی 51 تا 70سال 4/6 ساعت خواب داشتند و گروه سنی بالای 70 سال 9/5 سال کالری داشتند . تحلیل های آماری به روش T-test نشان داد با افزایش سن خواب بیماران کاهش پیدا می کند.

جدول 14-4 رابطه میزان خواب و سن

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | انحراف از معیار | میانگین(ساعت) | میزان خواب | سن |
| 05/0 | 9/3 | 1/8 | 30-50 |
| 4/4 | 4/6 | 51-70 |
| 5/3 | 9/5 | بالای 70 |

# 15-4 نوع روغن مصرفی براساس محل سکونت

بر اساس جدول 15-4 رابطه با نوع روغن مصرفی 71 نفر از بیماران ساکن مناطق شهری روغن اشباع شده و 80 نفر از روغن اشباع نشده استفاده می کردند. در مورد بیماران ساکن مناطق مناطق روستایی غالبیت روغن مصرفی با روغن اشباع شده بود. تحلیل های آماری به روش Chi-Square نشان داد به طوری معنی داری بیماران ساکن مناطق شهری از روغن اشباع نشده و بیماران ساکن مناطق مناطق روستایی از روغن اشباع شده استفاده می کنند.

جدول15-4 نوع روغن مصرفی

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P value | درصد | روغن اشباع نشده | درصد | روغن اشباع شده | نوع روغن مصرفی  | محل سکونت |
| 03/0 | 0/53 | 80 | 0/47 | 71 | مناطق شهری |
| 9/14 | 14 | 1/85 | 80 | مناطق مناطق روستایی |

# 16-4 مصرف سیگار در بیماران

بر اساس جدول 16-4 در رابطه با مصرف سیگار در بیماران از 245 بیماری که وارد مطالعه شدند 125 نفر مصرف سیگار داشتند. از این میان 110 مورد را مردان و 15 مورد را زنان تشکیل می دادند. به عبارتی 6/66% مردان 7/18 % از زنان مصرف سیگار داشتند. تحلیل آماری به روش Chi-Square نشان داد تفاوت معنی داری در مورد مصرف سیگار بین دو جنس وجود دارد.

جدول 16-4 مصرف سیگار در بیماران

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| جنس | تعداد افراد سیگاری | درصد | میانگین مصرف به P/Y | P value |
| مرد | 110 | 6/66 | 1/22 | 01/0 |
| زن | 15 | 7/18 | 2/15 |
| کل | 125 | 0/51 | 2/21 |

#

# فصل پنجم

# بحث و نتیجه گیری

# 1-5 بحث

با تغییر سبک زندگی مردم در دوره اخیر و کاهش فعالیت و افزایش وزن و مشکلات عدیده ای پیش آمده در جامعه ما آمار مشکلات قلبی و عروقی روز به روز در حال افزایش است. مطالعه در مورد سبک زندگی و مصرف دخانیات و مواد مخدر و ارتباط آن با سکته قلبی از آنجا شکل گرفت که در سال های اخیر در جمعیت بیمارانی که با مشکل MI جهت آنژیوگرافی کاندید آنژیوگرافی می شدند آمار مصرف مواد مخدر و االکل رو به افزایش بود. این نگرانی از وضعیت سلامت مردم مارا بر آن داشت که با طرح مطالعه ای به بررسی سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل بپردازیم. از تعداد 245 بیماری که وارد مطالعه شدند 170 نفر(3/67%) مرد و 95 مورد (7/32%) زن بودند میانگین سنی مردان 1/63 سال با انحراف معیار 7/21 و میانگین سنی زنان 3/64 با انحراف معیار 3/20 بود. علی رغم اینکه سن زنان بالاتر بود ولی تحلیل های آماری به روش T-test تفاوت معنی داری را نشان نداد.. طبق تحلیل های آماری به روش Chi-Square رابطه معنی داری بین جنسیت و بروز MI دیده شد به طوری که MI در مردان بیشتر رخ می دهد. در مطالعه کریمی و همکاران که با عنوان تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی انجام شد نیز اکثریت با مردان بود و میانگین سنی مردان کمتر بود . این یافته در کامیاب و همکارن که با عنوان الگوی تغییرات سنی اولین سکته قلبی حاد در رفسنجان، طی سال‌های 1382 تا 1391 در مورد سن مردان 65 و زنان 69 بود .مطالعات دیگر نیز تقریبا همین ادعا را دارند که میانگین سنی MI را زنان و مردان در حدود 50 تا 60 سال تشکیل می دهند که عموما اکثریت با مردان است.

در ارتباط با فعالیت فیزیکی بیماران از معیار MET که در فصل اول توضیح داده شده استفاده شد. بیماران از لحاظ فعالیت فیزیکی به 3 گروه با فعالیت فیزیکی کم ، متوسط و زیاد تقسیم شدند. از تعداد کل بیماران 151 نفر فعالیت فیزیکی کم داشتند ، 59 نفر فعالیت فیزیکی متوسط داشتند و 35 بیمار فعالیت فیزیکی زیاد داشتند. جهت سهولت در تحلیل سن و فعالیت فیزیکی، بیماران ب 3 دسته سنی 30 تا 50 ، 51تا 70 و بالای 70 سال تقسیم شدند.تحلیل آماری نشان داد به طرز معنی داری اکثریت بیماران در جامعه ما فعالیت فیزیکی کم دارند.

در مطالعه محمدی و همکاران که با عنوان بررسي سبك زندگي بيماران قلبي و عروقي انجام شد. در اين پژوهش با 44 بيمار مبتلا به بيماري هاي قلبي و عروقي وارد مطالعه شد. پرسشنامه سبك زندگي از 6 قسمت اطلاعات دموگرافيك، سابقه پزشكي، تغديه، مصرف سيگار، ورزش و استرس تشكيل شده بود.. 52.3 درصد بيماران زن و 47.7 درصد آن ها مرد بودند. ميانگين سني 46 سال با انحراف معيار ±15.4 سال است. شايع ترين ريسك فاكتورها در بيماران به ترتيب عبارتند از: كم تحركي (84.6 درصد) بود. به نظر می رسد عامل کم تحرکی در جامعه ما یک عامل مستعد کننده مسایل و مشکلات قلبی می باشد که نیاز ضروری بجهت اصلاح دارد. در ارتباط با رابطه فعالیت فیزیکی بیماران و جنسیت بیماران نیز بیماران به سه گروه فعالیت فیزیکی کم متوسط و زیاد تقسیم شد که تحلیل های آماری نشان داد از لحاظ آماری تعداد بیماران با فعالیت فیزیکی زیاد در مردان بیشتر است، به عبارتی کم تحرکی در بین زنان این جامعه بیداد می کند. این نکته در مطالعه محمدی و همکاران به وضوح بیان شده است که کم تحرکی در بین زنان بسیار شایع تر است.در مطالعه آنانتا و همکاران(20) که به Life style (سبک زندگی) بیماران پس از سکته قلبی و مغزی در فرانسه پرداخته اند مشخص شد میانگین سن بیماران سکته های قلبی در مطالعه 5/57 بوده است که به طور چشمگیری با مطالعه ما تفاوت دارد که احتمالا به دلیل Life style (سبک زندگی) بهتر در فرانسه باشد. در مورد تحرک فیزیکی بیمارن قبل از بروز سکته میزان تحرک بیماران معمولا کمتر از یک ساعت ورزش در هفته بود (5/56%) که در کل آمار تحرک این بیماران بیشتر از مطالعه ما بود.

در مورد رابطه بین مصرف نمک و جنسیت بیماران بنا به میزان توصیه شده WHO مبتنی بر مصرف نمک به سه گروه با مصرف کم ، متوسط و زیاد نمک تقسیم شدند. تحلیل های آماری نشان داد که رابطه معنی داری بینن مصرف نمک و جنسیت وجود ندارد. در مطالعه کریمی و همکاران نیز همین نتیجه حاصل شد. نکته ای که باید بدان توجه کرد این است مصرف نمک در جامعه ما هنوز بسیار بیشتر از میزان توصیه شده WHO (که در واقع زیر 5 گرم است) می باشد. در مورد رابطه بین مصرف نمک و سطح تحصیلات نتیجه کلی با توجه به تحلیل آماری این شد با افزایش سطح تحصیلات میزان مصرف نمک در بیماران کاهش می یابد که این امر در مطالعه محمدی و همکاران نیز صادق است. در مطالعه آنانتا و همکاران در مورد مصرف نمک بیماران به دو گروه زیر 5 گرم و بالای 5 گرم نمک تقسیم شدند. که 56% افراد نمک زیر 5 گرم روزانه مصرف داشتد. نکته جالب اینکه بیماران پس از سکته قبلی، 3 ماه پیگیری شدند و مصرف نمک در آنها بررسی شد ، نتیجه اینکه 74% بیماران مصرف نمک روزانه خود را به کمتر از 5 گرم رسانده بودند که این امر در مطالعه ما موثر نشد.

جهت مقایسه میزان مصرف مواد مخدر (تریاک) در بیماران تعداد بیمارانی که مصرف تریاک داشتند محاسبه شدند. 29 مرد (5/17%) و 7 زن (7/8%) تریاک مصرف می کردند. از طرفی طبق مطالعه انجام شده توسط امانی و همکاران میزان مصرف تریاک در سطح کشور حدود 1 درصد است.(18) متاسفانه در هیچ مطالعه ما نتوانستیم اعداد و ارقامی جهت مقایسه پیدا کنیم و به آمار رسمی وزارت بهداشت مراجعه کردیم که در آنجا هم آمار مصرف تریاک حدود 1 تا 5 درصد جامعه در سطح جامعه است. این اختلاف فاحش در مطالعه ما قابل تامل است. اگرچه معمولا در آمار وزارت بهداشت مصرف کنندگان وابسته به تریاک وارد آمار می شوند و بسیاری از مصرف کنندگان به صورت تفننی مصرف می کنند و فقط با اعتماد به پزشک خود مصرف خود را اعلام می کنند اما باز هم چنین درصد بالای مصرف کنندگان جای تامل دارد. در مطالعه آنانتا و همکاران به مصرف الکل و دارو های بنزودیازپینی بیشتر پرداخته شده بود تا تریاک و اپیوم که قابل مقایسه از این لحاظ با مطالعه ما نبود. در رابطه با نوع روغن مصرفی 71 نفر(47%) از بیماران ساکن مناطق شهری روغن اشباع شده و 80 نفر(53%) از روغن اشباع نشده استفاده می کردند. در مورد مناطق روستایی نشین غالبیت روغن مصرفی با روغن اشباع شده بود که 80 نفر (1/85%) روغن اشباع شده مصرف می کردند. این یافته در مطالعه کامیاب و همکاران هم تایید شد. در مورد مصرف دخانیات در رابطه با مصرف سیگار در بیماران از 245 بیماری که وارد مطالعه شدند 125 نفر مصرف سیگار داشتند. از این میان 110 مورد را مردان با P/Y 1/22 و 15 مورد را زنان باP/Y 2/15تشکیل می دادند. به عبارتی 6/66% مردان 7/18 % از زنان مصرف سیگار داشتند.. از این میان 110 مورد را مردان و 15 (18%) مورد را زنان تشکیل می دادند. در مطالعه محمدی و همکاران نیز 7/47 % بوود که گرچه پایین تر از مطالعه ماست ولی عدد قابل توجهی هست. این آمار در مطالعه آنانتا و همکاران 6/67 % بود که به نظرمی رسد سیگار در جوامع مختلف تقریبا آمار یکسان و صد البته تاثیر زیادی بر بروز سکته قلبی دارد.

2-5 محدودیت ها

* عدم همکاری برخی بیماران
* در این مطالعه 35 نفر در زمان مطالعه فوت کرده بودند و پرسشنامه ها به طور کاملا دقیق طبق اسناد موجود در بایگانی و تماس با بستگان درجه یک کامل شد
* عدم وجود گروه شاهد
* عدم همکاری برخی بیماران در رابطه با شرح حال مصرف مواد مخدر

# 3-5 نتیجه گیری

رابطه معنی داری بین جنسیت و بروز MI دیده شد به طوری که MI در مردان بیشتر رخ می دهد. تحلیل آماری نشان داد به طرز معنی داری اکثریت بیماران در جامعه ما فعالیت فیزیکی کم دارند. این یافته در مطالعه محمدی و آنانتا و همکاران هم دیده شد. BMI بیماران آمار بالاتر از میانگین جامعه نشان دادند. تفاوت معنی داری بین BMI و جنسیت وجود دارد به طوری که BMI در زنان بالاتر است. که در مطالعه محمدی و همکاران نیز به این نکته اشاره شده بود. مصرف نمک در بیماران بالاتر از سطح تعیین شده توسط WHO بود. با افزایش سطح تحصیلات میزان مصرف نمک در بیماران کاهش می یافت. در مورد مصرف سیگار 6/66% مردان 7/18 % از زنان مصرف سیگار داشتند که طبق مطالعه محمدی و آنانتا و همکاران آمار بالایی را شامل می شود و با بروز MI رابطه دارد.

29 مرد (5/17%) و 7 زن (7/8%) مواد مخدر (تریاک) مصرف می کردند. از طرفی طبق مطالعه انجام شده توسط امانی و همکاران میزان مصرف تریاک در سطح کشور حدود 1 درصد است. این درصد بالای مصرف تریاک در مطالعه ما مشاهده شد. 13 نفر از مردان (8/7%) و 4 نفر از زنان (5%) مصرف متادون داشتند.در مورد آمار مصرف متادون در ایران ، اعداد و ارقام قابل استنادی در دسترس نبود. در مورد مصرف ترامادول هم در کل 6/3 درصد بیماران مصرف ترامادول داشتند.

# 4-5 پیشنهادات

توصیه می شود مطالعه ای دارای گروه شاهد جهت مقایسه پارامتر ها با جامعه طراحی شود.

#

# منابع

#

1. Ikeda A, Iso H, Toyoshima H, Fujino Y, Mizoue T, Yoshimura T, Study Group. Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study. BMC public health. 2007;7(1):73.
2. Atkins DL, Everson-Stewart S, Sears GK, Daya M, Osmond MH, Resuscitation Outcomes Consortium Investigators. CLINICAL PERSPECTIVE. Circulation. 2009;119(11):1484-91.
3. Azizi F, Salehi P, Etemadi A, Zahedi-Asl S. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. Diabetes research and clinical practice. 2003;61(1):29-37.
4. Azizi F, Ghanbarian A, Madjid M, Rahmani M. Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population: Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS), 1999–2000. Journal of human hypertension. 2002 (5):305-12.
5. Cannon CP, Shah S, Dansky HM, Davidson M, Brinton EA, Stepanavage M, Liu SX, Gibbons P, Ashraf TB, Zafarino J. Safety of anacetrapib in patients with or at high risk for coronary heart disease. New England Journal of Medicine. 2010;363(25):2406-15.
6. Dabiran S, Maghsoodloo M, Nabaei B. Evaluation of survival rate and effective factors in acute myocardial infarction patients in Emam Hospital (Year 2000). Tehran University Medical Journal TUMS Publications. 2002;60(4):347-53.
7. Daryani A, Berglund L, Andersson Å, Kocturk T, Becker W. Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. Ethnicity & disease. 2005;15(2):213-20.
8. de Koning L, Malik VS, Kellogg MD, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Sweetened beverage consumption, incident coronary heart disease, and biomarkers of risk in men. Circulation. 2012;125(14):1735-41.
9. Moser DK, McKinley S, Riegel B, Doering LV, Meischke H. Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. Psychosomatic Medicine. 2011;73(9):803-9.
10. Everett BM, Cook NR, Magnone MC, Bobadilla M, Kim E. Sensitive cardiac troponin T assay and the risk of incident cardiovascular disease in women with and without diabetes mellitus: the Women's Health Study. Circulation. 2011;123(24):2811-8.
11. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine.
12. Gurbel PA, Chaudhary R, Tran H, Bliden KP, Navarese EP, Tantry US. 5919 Heightened thrombogenicity in women with myocardial infraction no obstructive coronary artery disease: the difference between the sexes. European Heart Journal. 2018;39(suppl\_1):ehy566-5919.
13. Takagawa J, Zhang Y, Wong ML, Sievers RE, Kapasi NK. Myocardial infarct size measurement in the mouse chronic infarction model: comparison of area-and length-based approaches. Journal of applied physiology. 2007;102(6):2104-11.
14. Papademetriou V, Lovato L, Tsioufis C, Cushman W, Applegate WB. Effects of high density lipoprotein raising therapies on cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus, with or without renal impairment: The action to control cardiovascular risk in diabetes study. American journal of nephrology. 2017;45(2):136-45.
15. کریمی و همکاران. تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر سبک زندگی بیماران دچار سکته قلبی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران.
16. کامیاب, میرزایی, دبیران. الگوی تغییرات سنی اولین سکته قلبی حاد در رفسنجان، طی سال‌های 1382 تا 1391: آیا سن کاهش یافته؟. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان.
17. محمدي زيدي عيسي, حيدرنيا عليرضا, حاجي زاده ابراهيم. بررسي سبك زندگي بيماران قلبي و عروقي.‎
18. پور اقدم و همکاران . بررسی الگوی مصرف مواد مخدر در مراجعین به مرکز اجباری نگهداری و درمان و کاهش آسیب معتادین ارومیه در سال 1394. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.‎
19. Donfrancesco C, Lo Noce C, Russo O, Minutoli D. Abstract P352: Trend of Salt Consumption in Italy From 2008 to 2018: Preliminary Results of the Cuore Project. Circulation. 2020;141(Suppl\_1):AP352-.
20. Deijle IA, Van Schaik SM, Van Wegen EE, Weinstein HC, Kwakkel G. Lifestyle interventions to prevent cardiovascular events after stroke and transient ischemic attack: systematic review and meta-analysis. Stroke. 2017;48(1):174-9.
21. كاظمي طوبي, شريف زاده غلامرضا. تغييرات ده ساله مورتاليتي و عوامل خطر بيماريهاي قلبي در بيماران مبتلا به انفاركتوس حاد ميوكارد در بيرجند (1373 تا 1382).‎
22. Ng R, Sutradhar R, Yao Z, Wodchis WP, Rosella LC. Smoking, drinking, diet and physical activity—modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease. International journal of epidemiology. 2020;49(1):113-30.
23. Davis D, Jones I, Johnson M, Howarth M, Astin F. ‘I don’t do it for myself, I do it for them’. A grounded theory study of South Asians’ experiences of making lifestyle change after myocardial infarction. Journal of Clinical Nursing. 2020 .

# ضمائم

# چک لیست مطالعه

سن: جنس:

فعالیت فیزیکی: کم[ ]  متوسط [ ]  کافی[ ]

تحصیلات:

بی سواد [ ]  ابتدایی و راهنمایی [ ]  دیپلم [ ]  لیسانس [ ]  فوق لیسانس و دکتری[ ]

محل سکونت : مناطق شهری[ ]  مناطق مناطق روستایی [ ]

BMI:

بیماری زمینه ای: DM [ ]  HTN [ ]  بیماری کلیوی [ ]  سایر.............

مصرف سیگار: P/Y

میزان مصرف نمک:

مصرف تریاک: دارد[ ]  مقدار:... ندارد[ ]

مصرف الکل : دارد [ ]  مقدار:... ندارد[ ]

مصرف سایر دارو های مخدر مثل ترامادول و ... : دارد[ ]  ندارد[ ]

میزان خواب: ... ساعت در شبانه روز

میزان کار در شبانه روز:... ساعت

نوع روغن مصرفی: جامد [ ]  مایع[ ]

بسمه تعالي

فرم رضايت آگاهانه شرکت درطرح تحقيقاتي

**نام واحد:**

**تاريخ تکميل:**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان طرح پژوهشي:****بررسی سبک زندگی بیماران مراجعه کننده با st-elevation MI به بیمارستان امام خمینی اردبیل**  | **نام مجري يا مجريان طرح:** **سهند رضایی** |
| **معرفي پژوهش** | **نکته مهم: محقق محترم در تکمیل این فرم مخاطب شما مورد آزمودنی شمااست لذا ادبیات ساده و روان استفاده شود.** |
| **مزايا** |  |
| **عوارض احتمالی** |  |
| **جبران عوارض احتمالی** |  |
| **نمونه گيري،دارودرماني يا ساير خدمات(ذکرشود)** |  |
| **محرمانه بودن** | شرکت تمام بیماران در این مطالعه و اطلاعاتی که در طول انجام این مطالعه جمع آوری خواهد شد کاملا محرمانه باقی خواهد ماند |
| **پاسخگويي به پرسشها** | در طول انجام این مطالعه تمام بیماران فرصت پرسش سوالات خود پیرامون این مطالعه و دارو های مورد استفاده و تمامی مسائل مرتبط با بیماری خود را دارند |
| **حق انصراف درخروج ازمطالعه** | شرکت من درمطالعه کاملاً اختياري است وآزاد خواهم بود که از شرکت درمطالعه امتناع نموده يا هرزمان مايل بودم بدون آنکه تغييري درنحوه رفتار پزشک درمانگر يا نحوه درمان ومراقبت ازبيماري اينجانب ايجاد شود ازپژوهش مذکور خارج شوم. |
| **((رضايت))**اينجانب با آگاهي کامل ازموارد فوق رضايت ميدهم که به عنوان يک فرد مورد مطالعه درپژوهش به سرپرستي شرکت نمايم .کليه اطلاعاتي که از من گرفته ميشود ونيز نام من محرمانه باقي خواهد ماند ونتايج تحقيقات به صورت کلي ودرقالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر ميگردد ونتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام ومشخصات فردي عرضه خواهد گرديد وهمچنين برائت پزشک يا پزشکان اين طرح را ازکليه اقدامات مذکور دربرگه اطلاعاتي درصورت عدم تقصير درارائه اقدامات اعلام ميدارم.اين موافقت مانع ازاقدامات قانوني اينجانب درمقابل (نام واحد ذکر گردد) درصورتي که عملي خلاف وغير انساني انجام شود نخواهد بود.**امضاء واثر انگشت فرد مورد پژوهش**  **نام و نام خانوادگي وامضاء شاهد**  **امضاء پژوهشگر****آدرس و شماره تماس بیمار حتما ذکر گردد:** |



**A study of the lifestyle of patients referred to Imam Khomeini Hospital in Ardabil with st-elevation MI in 2020**

**Abstract**:

**Background:** The access rate of angina pectoris, acute myocardial infarction and sudden death has been investigated epidemiologically, that they are different according to the risk factors, age, sex and origin at the individual level and they’re also different based on countries, geographical regions and caste at the demographic level during the time. The purpose of this study is to evaluation patient's lifestyle that have referred to Imam Khomeini Hospital, Ardabil, in 2020.

 **Aim:** To determine patient’s lifestyle with st-elevation MI that have referred to Imam Khomeini Hospital, Ardabil.

**Matherials and Methods:** In this cross-sectional study the statistical population was patients with st-elevation MI that have referred to Imam Khomeini Hospital from Summer 2019 to the end of spring 2020. the sample size was 245 people.

**Results**: Among 245 patients in this study 170 (67.3%) of them were men and 95 (32.7%) were women. the mean age of men was 63/1 by 21.7 standard deviation and women mean age was 64.3 by 20.3 standard deviation. as a matter of physical activity 151 patients (61.6%) had low degree of physical activity, in other words statistical analysis by chi-square techniques demonstrated that the majority of the patients in our society have a low-grade of physical activity. regarding the association between BMI and mean sex BMI was 29.3 in men and 34.2 in women. Statistical analysis has demonstrated that there is no significant difference in salt consumption between the sexes.concerning cigarette smoking among 245 patients indicates that 125 people has consumed cigarette, 66.6% of men (22.1p/y) and 18.7% of women (15.2p/y). statistical analysis by chi-square techniques shown that in cigarette consumption there is a significant difference between the sexes.The average daily sleeping in men is 6.25 hours a day and it is 7.1 hours in women. statistically there is no affiliation between sex and the sleep. About the type of the consumable oil 71 (47%) of urban patients used saturated oil and 80 (53%) of them used unsaturated oil. and about rural areas dominant of the consumable oil was filled by saturated one, thus 80 (85.1%) of them used saturated oil. 29 men (17.5%) and 7 women (8.7%) consumed drugs (opium). 13 (7.8%) of men and 4 (5%) of women has consumed methadone. and about tramadol consumption, generally 3.6% of patients consumed tramadol. On average, 41 men consumed 0.07 noggin (shot of alcohol) on a daily basis and it was 0.03 in women. statistical analysis has shown that there is a significant difference between sex and alcohol consumption. Each noggin is considered equivalent to 50cc .

**Conclusion**: 29 men (17.5%) and 7 women (8.7%) consumed opium . In other words according to the study by Amani and the other co-workers opium consumption rate is about 1% nationwide, that indicates it’s high statistic in STEMI patients. motionless and overweight have a high prevalence in heart disease patients. The form of dominant consumable oil in these patients is saturated oil that is more conventional in rural areas.

 **Keywords**: cardiac ischemia disease, life-style, cardiac infarction



**Ardabil University of Medical sciences**

**Faculty of Medicine**

**A Thesis submitted for Doctorate Degree in Medicine**

**A study of the lifestyle of patients referred to Imam Khomeini Hospital in Ardabil with st-elevation MI in 2020**

**by**

**Sahand Rezaei**

**Supervisor**

**Dr. Bijan Zamani**

**Advisor**

 **Dr. Saeid Sadeghie Ahari**

**August 2020**

**Thesis No**

**0799**