

بررسی مقایسه‌ای درد قفسه صدري و علايم باليني سندرم کرونري حاد در زنان و مردان بستري در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونري

*هادی رنجبر^۱، منصور عرب^۲، زهرا ترابی^۳، مهناز حکمی^۴، محمد دریا بیگی^۵

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۹۱/۳/۳

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۹۱/۱/۲۸

چکیده

سابقه و هدف: سندرم کرونري حاد مجموعه‌ای از نشانه‌ها را به همراه دارد که می‌تواند به دلیل ساختار بدنی یا تفاوت‌های روانی و فرهنگی در مردان و زنان بروز متفاوتی داشته باشد. بررسی درد قفسه صدري و علايم باليني سندرم کرونري حاد در زنان و مردان بستري در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونري مورد مقایسه قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی بود، خصوصیات درد و علايم باليني سندرم کرونري حاد در بیماران بستري در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونري مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه پژوهش کلیه بیمارانی بودند که با تشخیص سندرم کرونري حاد بستري شده بودند و پس از تایید تشخیص توسط پزشک متخصص معیارهای ورود به پژوهش را داشتند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه و مقیاس درد مک‌گیل بود. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون مربع کای، تی مستقل و محاسبه نسبت شانس و فاصله اطمینان و به وسیله نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: درد تجربه شده در زنان بیشتر از مردان و شانس حس درد در محل‌هایی غیر از قفسه سینه در آنها بیشتر بود. زن بودن شانس تجربه تپش قلب، بی‌اشتهایی، تهوع، سوء هاضمه، تنگی نفس و تعریق را افزایش می‌داد. شانس استفراغ در مردان بیشتر بود در حالی که احساس نفخ، سسکسه، غش، سرگیجه و احساس اضطراب در دو جنس مشابه بود.

بحث و نتیجه‌گیری: زنان علايم متفاوت‌تری را نسبت به مردان گزارش کرده بودند که اهمیت توجه بیشتر به زنان در زمان برخورد با این علايم را نشان می‌دهد.

کلمات کلیدی: درد سینه، زن، مرد، سندرم کرونري حاد، نشانه‌ها، عوامل مربوط به جنس

مقدمه

(۱). اصطلاح ACS به این دلیل به کار می‌رود که اختلال‌های عروق کرونري مکانیزم‌های پاتوفیزیولوژیک مشترکی دارند که ماهیت اضطرابی مشکل و نیاز به تشخیص سریع جهت رسیدن به حداکثر نتایج درمانی مطلوب را منعکس می‌نماید (۲). بیماران مبتلا به ACS ممکن است نشانه‌های غیر اختصاصی را برای هفته‌ها یا ماه‌ها قبل

سندرم کرونري حاد (ACS) شامل جمعیت گسترده و ناهمگونی از بیماران می‌شود که از بیماران با ناراحتی سینه، تغییرات غیر اختصاصی نوار قلب و بیومارکرهای طبیعی تا بیماران با بالارفتگی قطعه ST، انفارکتوس میوکارد و شوک کاردیوژنیک گسترده است

۱- مری، ایران، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی - جراحی (* نویسنده مسئول)
تلفن: ۰۹۱۳۱۹۵۱۰۲۰۴ آدرس الکترونیک: hadiranjbar@kmu.ac.ir

۲- مری، ایران، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی - جراحی
۳- پژوهشگر، ایران، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمارستان شفا
۴- پژوهشگر، ایران، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمارستان شفا
۵- پژوهشگر، ایران، کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، بیمارستان شفا

که از چه چیزی بیشتر می‌ترسند جواب آنها سرطان سینه است، در حالی که مرگ بر اثر سکته قلبی ۱۰ برابر بیشتر از سرطان سینه در بین زنهاست (۹). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که به دلیل نامشخصی زنان مبتلا به ACS تاخیر بیشتری نسبت به مردان در پیگیری مراقبت‌های سلامتی دارند (۲).

هرچند زنان بیشتر از مردان از مراقبت‌های بهداشتی استفاده می‌کنند اما اغلب در تشخیص و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی با مشکل مواجه‌اند، یکی از دلایل بروز این مشکل این است که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و خود زنان در شناسایی علائم زودرس ACS مشکل دارند (۹). روزنفلد و همکارانش بر اساس نتایج مطالعه شان به این نتیجه رسیدند که مشکل در تفسیر شدت نشانه‌ها فاکتور پیش بینی کننده تاخیر در پیگیری مراقبت درمانی در زنان است (۱۶). یک توضیح ممکن در مورد تاخیر زنان ممکن است این باشد که شاید زنان نشانه‌های ACS را همانند مردان تجربه نمی‌کنند، بنابراین این امکان وجود دارد که زنان در پذیرش بیماری قلبی مشکل داشته باشند و مانند مردها نسبت به پیگیری آن اقدام نکنند (۱۷). در بسیاری از مطالعات انجام شده بر روی علائم ACS به تفاوت مردان و زنان توجهی نشده و آنچه بیشتر به عنوان علائم ACS می‌شناسیم بر اساس مطالعات انجام شده بر روی مردها می‌باشد (۲). از بین نشانه‌های بیماری‌های قلبی درد قفسه سینه بیشتر به عنوان نشانه اولیه شناخته شده است، هر چند ممکن است دلایل مختلفی داشته باشد که یکی از آنها بیماری‌های قلبی و عروقی است (۱۸). الگوی درد و نحوه تفسیر آن در بین زنان و مردان بسیار متفاوت است، بیش از یک مدل برای تفاوت تفسیر درد در زنان و مردان پیشنهاد شده است. فاکتورهای مختلفی از قبیل فاکتورهای بیولوژیک، فرهنگی، فردی و انتظارات نقشه‌ی مورد بحث قرار گرفته‌اند (۱۴). مدل بیولوژیک این گونه فرض می‌کند که وجود هورمون استروئید باعث تفاوت در مسیرهای انتقال درد می‌شود (۱۹). در مدل انتظارات نقشه‌ی بر هویت زنان به عنوان "مراقب طراحی شده" خانواده تاکید شده است و معتقد است ایفای نقش مراقبتی در خانه سبب ساز ایجاد تفاوت احساس درد در زنان و مردان می‌گردد (۱۴). با وجود تمام این تفاوت‌ها بسیاری از پزشکان معتقدند که بسیاری از دردهای سینه در زنان منشأ قلبی ندارد که این خود زمینه ساز به وجود آمدن مشکلاتی در تشخیص بیماری در زنان می‌شود (۲۰).

از رخداد قلبی تجربه کنند، این موارد، شامل: خستگی، کوتاهی نفس، اختلال‌های گوارشی، اضطراب و ناراحتی سینه می‌باشند (۳). این باور نیز وجود دارد که بیماری که از درد شکایت نداشته باشد دچار ایسکمی نیست در حالی که وجود ایسکمی با ایجاد آریتمی‌های تهدید کننده حیات همراه است (۴).

هدف از درمان در بیماران مبتلا به ACS پیگیری یا به حداقل رساندن آسیب قلبی و جلوگیری از بروز علائم است، رسیدن به این هدف با تزریق ترومبولیتیک‌ها یا انجام سریع آنژیوپلاستی امکان پذیر است (۵). مداخله سریع برای درمان بیمارانی که از سندرم کرونری حاد رنج می‌برند به دلیل نیاز به انجام ترومبولیز و شروع اقدام‌ها جهت کاهش آریتمی‌های کشنده ضروری است (۶). با این وجود بیمارانی که علائم و نشانه‌هایی را تجربه می‌کنند اغلب در شروع درمان خود تاخیر دارند (۷). متاسفانه تاخیر در حد چند ساعت نیز تاثیر قابل توجهی بر امید به زندگی بیماران می‌گذارد (۸)، به طوری که یک تاخیر نیم ساعته باعث کاهش یک‌سال از امید به زندگی بیمار می‌گردد (۷). همچنین افرادی که با تاخیر درمان را پیگیری کنند انتخاب‌های درمانی کمتری خواهند داشت و اغلب ناتوانی و مرگ و میر در آنها بیشتر است (۲). گزارش‌های مختلف نشان داده‌اند که زنان عوارض بیشتری را نسبت به مردان پس از سکته قلبی حاد تجربه می‌کنند (۹). وضعیت سلامتی زنان پس از رخداد‌های قلبی - عروقی ضعیف‌تر از مردان است (۱۰). شاید این مسئله به دلیل تفاوت در زمان شروع درمان بین زنان و مردان باشد که در برخی از مطالعات نیز گزارش شده است (۱۱). تاخیر مراجعه زنان به اورژانس بیشتر است و اشتباه‌های تشخیصی نیز در آنها بیشتر رخ می‌دهد (۱۲).

بیماری‌های عروق کرونر علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان هستند (۱۳). سندرم کرونری حاد هم در مردان و هم در زنان اتفاق می‌افتد و علت عمده مرگ و میر در آنها است (۱۴). مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی در زنان بیشتر از مجموع مرگ و میر ناشی از سرطان سینه، تخمدان و رحم است (۹). بیماری‌های قلبی و عروقی در زنان تا پس از منوپوز به تاخیر می‌افتند اما پس از آن به شدت زیاد می‌شوند و مرگ و میر در زنان حتی بیشتر از مردان می‌شود (۱۵). با این وجود زنان کمتر احتمال می‌دهند که بر اثر بیماری قلبی از دنیا بروند، زمانی که از زنان سؤال می‌شود

مردان بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونری به بررسی دقیق این اختلاف‌های پرداخت.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش توصیفی - مقطعی که در سال ۱۳۸۹ و ۹۰ انجام شد خصوصیات درد و علائم بالینی سندرم کرونری حاد در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه پژوهش را کلیه بیمارانی تشکیل می‌دادند که در نوار قلبی خصوصیات سندرم کرونری حاد را داشته و تشخیص به تایید پزشک متخصص رسیده بود. خصوصیات ورود به مطالعه شامل: ۱- وجود تشخیص قطعی سندرم کرونری حاد توسط پزشک متخصص ۲- داشتن وضعیت پایدار فیزیولوژیک جهت پاسخ دادن به سوال‌ها ۳- توانایی صحبت کردن و درک کامل زبان فارسی ۴- سن ۳۰ سال و بالاتر ۵- عدم اعتیاد به الکل ۶- نداشتن بیماری عضلانی - اسکلتی یا گوارشی در زمان ایجاد بیماری قلبی و ۷- نداشتن بیماری‌های روحی و روانی ۸- عدم کاهش سطح هوشیاری و بیهوشی در زمان ظهور علائم. پس از شرح اهداف پژوهش و گرفتن رضایت آگاهانه از بیماران ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک، چک لیست نشانه‌ها و پرسش‌نامه تغییر یافته درد مک گیل برای بیماری‌های قلبی استفاده شد. پرسش‌نامه در حضور پژوهشگر تکمیل شد تا در صورت وجود ابهام برای بیمار بتواند پاسخ‌گو باشد. زمان انجام مصاحبه پس از پایدار شدن بیمار و در روز دوم یا سوم بستری بود.

پرسش‌نامه مورد استفاده در مطالعه نیکروان و همکاران مورد استفاده قرار گرفته و روایی ابزار باروش اعتبارمحتوی و پایایی آن با استفاده از روش ثبات درونی و با آلفای ۰/۸۶ تایید شده است. پرسش‌نامه شامل سه بخش اطلاعات دموگرافیک، چک لیست نشانه‌ها و پرسش‌نامه تغییر یافته درد مک گیل بود. تعداد نمونه بر اساس فرمول محاسبه فرمول تحقیق‌های توصیفی با انتخاب ضریب ۰/۵٪ محاسبه و تعداد نمونه در هر گروه ۴۰۰ نفر محاسبه گردید. با استفاده از آماره‌های توصیفی (جدول فراوانی برای داده‌های اسمی و میانگین، انحراف معیار و میانه برای داده‌های عددی) همچنین آماره‌های تحلیلی مانند مربع کای برای داده‌های اسمی و مقایسه میانگین تی مستقل

توافق کلی بر وجود تفاوت بین تظاهرات بالینی سندرم کرونری حاد وجود ندارد، برخی مطالعات بین زنان و مردان تفاوت‌های قابل توجهی را پیدا کرده‌اند در حالی که برخی دیگر وجود این تفاوت را رد کرده‌اند. با این وجود اطلاعات محدود و غیر قابل اتکایی در مورد این تفاوت وجود دارد. برخی مطالعات از نتایج خود اینطور نتیجه گرفته‌اند که زنان علائم بیشتری را نسبت به مردان نشان می‌دهند (۲۱). برخی مطالعات تظاهرات بالینی کاملاً متفاوتی را در بین زنان و مردان توصیف نمودند (۲۲)، زنان تهوع، استفراغ و عوارض گوارشی بیشتری را نشان دادند در حالی که در هر دو گروه افراد مبتلا به بیماری قلبی بدون درد به صورت یکسان وجود داشت و تنگی نفس شایع‌ترین علامت در بیماران بدون درد دو گروه بود (۲۳). نحوه بروز درد نیز در بین مردان و زنان متفاوت گزارش شده است، شکایت از درد گردن، پشت، فک و حالت تهوع در مردان کمتر از زنان بود در حالی که تنگی نفس، درد دست و تعریق در مردان بیشتر از زنان گزارش شده بود (۲۴)، (۲۵). در زنان دردهای پیشرونده که استراحت بهبود می‌یابد بیشتر است (۲۶). زنان درد بیشتری را در هنگام فعالیت‌های روزمره نشان می‌دهند در حالی که درد حین ورزش در مردان بیشتر است (۲۷). در مطالعه نیکروان در سال ۱۳۸۶ تفاوت در الگوی درد مشاهده نشد اما تظاهرات بالینی مشاهده شده در دو گروه کاملاً متفاوت بود (۲۸). شناخت تفاوت‌های زنان و مردان در علائم بیماری‌های قلبی می‌تواند در تشخیص زودرس و درمان کمک‌کننده باشد (۱۳). از آنجا که کمبود آگاهی در زمینه علائم یکی از دلایل اصلی تاخیر بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونری است (۲۹). پرستاران آگاه در این زمینه می‌توانند با آموزشی که در این زمینه می‌دهند نقش موثری در کاهش این تاخیر داشته باشند. امروزه نقش پرستار علاوه بر مراقبت و اقدام‌های درمانی مناسب انجام بررسی‌های خاص و ارزیابی بروز علائم و نشانه‌هایی است که زندگی بیماران را تهدید می‌کند. با توجه به اهمیت شناخت علائم و نشانه‌های بیماری‌های قلبی برای انجام تشخیص سریع و شروع اقدام‌های درمانی منطقی به نظر می‌رسد که در صورت وجود تفاوت در بین زنان و مردان این تفاوت‌ها به طور دقیق شناسایی شده و برای گروه‌های دخیل در امر مراقبت به خصوص پرستاران تبیین شوند. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه درد و علائم بالینی سندرم کرونری حاد در زنان و

است. ۴۸/۸ درصد زنان و ۵۴/۳ درصد مردان درد را دوره‌ای توصیف کرده بودند ($\chi^2 = 2/732, P = 0/43$). میانگین شدت درد گزارش شده $7/21 \pm 2/19$ در مقیاس ۱۰ درجه‌ای مک‌گیل از کمترین تا شدیدترین درد تجربه شده بود. شدت درد در زنان $7/90 \pm 1/86$ و در مردان $7/52 \pm 2/46$ از ۱۰ بود آزمون تی مستقل نشان داد که زنان درد را با شدت بیشتری گزارش کرده بودند ($t = 2/40$) ($P = 0/01, CI = 0/068 - 0/67$). در زنان و مردان بیشترین روش مورد استفاده برای تسکین درد روش دارویی بود اما زنان بیشتر از روش دارویی برای تسکین درد استفاده کرده بودند ($\chi^2 = 20/07, P = 0/00$). ۲۱۱ نفر از مردان (۵۲/۸ درصد) فقط درد شدید را تجربه کرده بودند این در حالی بود که ۱۴۸ نفر از زنان یعنی ۳۷ درصد فقط درد را گزارش کرده بودند ($P = 0/00, OR = 0/52, CI = 0/39 - 0/69$). ۵۳ مرد (۱۳/۳ درصد) و ۷ زن (۱/۸ درصد) گزارش کردند که درد شدیدی نداشتند ($P = 0/00, OR = 0/11, CI = 0/05 - 0/26$). ۱۲۱ نفر از مردان (۳۰/۳ درصد) و ۶۵ نفر از زنان (۱۶/۳ درصد) گزارش کردند که درد را در خارج از قفسه سینه خود داشتند ($P = 0/00, OR = 0/44, CI = 0/31 - 0/62$).

برای داده‌های کمی استفاده شد همچنین نسبت شانس با فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای نسبت بروز هر علامت در زنان نسبت به مردان محاسبه گردید. با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها ۰/۵۰ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پایان نمونه‌گیری این پژوهش که در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ انجام گرفت ۴۰۰ مرد و ۴۰۰ زن مورد مصاحبه قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش $58/38 \pm 11/04$ سال بود (به ترتیب $58/61 \pm 11/97$ برای زنان و $58/15 \pm 10/03$ برای مردان، $P = 0/554, CI = 0/07 - 1/99$). بیشتر افراد متأهل (۸۴/۶ درصد)، ۷۴/۵ درصد زنان خانه‌دار و ۳۱/۸ درصد مردان بازنشسته بودند. ۶۰/۶ درصد افراد تحصیلات زیر دیپلم داشتند و ۷۸/۳ درصد آنها اولین تجربه سکته قلبی را گزارش می‌کردند.

محل و خصوصیات درد در دو گروه در جدول ۱ و ۲ مقایسه شده

جدول ۱- مقایسه محل بروز درد در دو جنس و نسبت شانس آن در زنان نسبت به مردان

محل درد	زن		مرد		نتیجه آزمون آماری (مربع کای)	OR	۹۵٪CI
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
چانه	۱۰۲	۲۵/۵	۳۳	۸/۳	$\chi^2 = 42/426, P = 0/00$	۳/۸۰	۲/۴۹-۵/۸۰
جلوی گردن	۱۷۰	۴۲/۵	۷۲	۱۸	$\chi^2 = 58/897, P = 0/00$	۳/۳۶	۲/۴۳-۴/۶۵
بازوی راست	۴۰	۱۰	۵۶	۱۴	$\chi^2 = 3/030, P = 0/05$	۰/۶۸	۰/۴۴-۱/۰۵
دست راست	۲۶	۶/۵	۵۷	۱۴/۳	$\chi^2 = 12/919, P = 0/00$	۰/۴۱	۰/۲۵-۰/۶۸
زیربغل راست	۶	۱/۵	۱۸	۴/۵	$\chi^2 = 6/186, P = 0/013$	۰/۳۲	۰/۱۲-۰/۸۲
جلوی سینه	۲۰۶	۵۱/۵	۲۱۹	۵۴/۸	$\chi^2 = 0/848, P = 0/357$	۰/۸۷	۰/۶۶-۱/۱۵
زیربغل چپ	۱۵۵	۳۸/۸	۱۱۳	۲۸/۳	$\chi^2 = 9/898, P = 0/002$	۱/۶۰	۱/۱۹-۲/۱۶
بازوی چپ	۲۰۸	۵۲	۱۶۵	۴۱/۳	$\chi^2 = 9/287, P = 0/00$	۱/۵۴	۱/۱۶-۲/۰۴
دست چپ	۱۸۸	۴۷	۱۲۵	۳۱/۳	$\chi^2 = 20/830, P = 0/00$	۱/۹۵	۱/۴۶-۲/۶۰
ابی‌گاستر	۶۴	۱۶	۴۷	۱۱/۸	$\chi^2 = 3/02, P = 0/08$	۱/۴۳	۰/۹۵۴-۲/۱۴
پهلوی راست	۳۳	۸/۳	۱۵	۳/۸	$\chi^2 = 7/181, P = 0/007$	۲/۳۰	۱/۲۳-۴/۳۲
پهلوی چپ	۳۹	۹/۸	۱۵	۳/۸	$\chi^2 = 11/43, P = 0/001$	۲/۷۷	۱/۵۰-۵/۱۱
پشت گردن	۱۲۲	۳۰/۵	۴۱	۱۰/۳	$\chi^2 = 50/551, P = 0/00$	۳/۸۴	۲/۶۱-۵/۶۵
پشت	۲۶۹	۶۷/۳	۱۶۲	۴۰/۵	$\chi^2 = 57/591, P = 0/00$	۳/۰۱	۲/۲۶-۴/۰۲
کمر	۱۴	۳/۵	۵	۱/۳	$\chi^2 = 42/426, P = 0/00$	۲/۸۶	۱/۰۲-۸/۰۳

جدول ۲- مقایسه خصوصیات درد در دو جنس و نسبت شانس آن در زنان نسبت به مردان

خصوصیت درد	زن		مرد		نتیجه آزمون آماری (مربع کای)	OR	۹۵٪CI
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
ضربان‌دار	۱۲۰	۳۰	۸۶	۲۱/۵	$\chi^2 = 7/558, P = 0/006$	۱/۵۶	۱/۱۳-۲/۱۵
تیر کشیدن	۲۲۲	۵۵/۵	۱۷۱	۴۲/۸	$\chi^2 = 133/00, P = 0/00$	۱/۶۷	۱/۲۶-۲/۲۰
تیز مثل فروبردن چاقو	۱۳۹	۳۴/۸	۱۰۴	۲۶	$\chi^2 = 7/24, P = 0/007$	۱/۵۱	۱/۱۱-۲/۰۵
فشارنده	۲۹۷	۷۴/۳	۲۱۹	۵۴/۸	$\chi^2 = 33/213, P = 0/00$	۲/۳۸	۱/۷۶-۳/۲۱
سوزاننده	۲۵۰	۶۲/۵	۲۱۸	۵۴/۵	$\chi^2 = 6/186, P = 0/013$	۱/۳۹	۱/۰۴-۱/۸۴
سنگین و له کننده	۳۱۴	۷۸/۵	۳۰۶	۷۶/۵	$\chi^2 = 0/459, P = 0/498$	۱/۱۲	۰/۸۰-۱/۵۶
حساس به لمس	۱۴۰	۳۵	۸۹	۲۲/۳	$\chi^2 = 15/913, P = 0/00$	۱/۸۸	۱/۳۷-۲/۵۷
شکافنده و پاره کننده	۴۴	۱۱	۶۷	۱۶/۸	$\chi^2 = 5/534, P = 0/01$	۰/۶۱۴	۰/۴۰-۰/۹۲

تظاهرات بالینی و درد سندرم کرونری حاد بین مردان و زنان وجود دارد. در پژوهش‌های قبلی نیز این تفاوت‌ها تا حدودی روشن شده بودند (۲، ۳، ۱۳، ۱۸، ۳۰، ۳۱). نتایج نشان داد که زنان درد بیشتری را تجربه کرده بودند در حالی که در پژوهش انجام شده توسط شریف نیا و همکاران و نیکروانو همکاران تفاوتی بین شدت درد زنان و مردان مشاهده نشد (۲۸، ۳۲) و برخی پژوهش‌های دیگر بر خلاف پژوهش حاضر شدت درد زنان را کمتر گزارش کرده بودند (۳۳، ۳۴). در پژوهش Kosuge در سال ۲۰۰۶، ۵۲ درصد مردان درد خود را بسیار شدید گزارش کرده بودند در حالی که این درصد در بین زنان ۳۸ درصد بود (۳۴). در پژوهش DeVon و همکاران نیز مردان درد بیشتری را گزارش کرده بودند (۳۳). شدت درد گزارش شده اغلب ممکن است تحت تاثیر عوامل متعددی قرار بگیرد که زمینه‌های فرهنگی آن بسیار اهمیت دارد. در پژوهش‌های انجام شده در محل‌های مختلف شدت درد مردان و زنان با هم تفاوت داشته است. در پژوهش‌های قبلی انجام شده در ایران تفاوتی در شدت درد گزارش شده کمتر مشاهده شده است. در پژوهش قبلی که در شهر کرمان انجام شده بود زنان درد بیشتری را گزارش کرده بودند که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت اما در پژوهش حاضر این اختلاف معنی‌دار بود (۳۱). شاید بالاتر بودن حجم نمونه در پژوهش حاضر به کشف این اختلاف کمک کرده باشد. بهتر است از آنجا که درد یک موضوع شخصی است و تحت تاثیر عوامل روانی و اجتماعی متعددی قرار می‌گیرد در برخورد با بیماران مراجعه

سرفه کردن در مردان بیشتر از زنان بود (۱۷ در برابر ۱۵/۵ درصد) با این وجود اختلاف معنی‌دار نبود ($P = 0/56, OR = 0/89, CI = 0/61 - 1/30$). احساس تپش قلب در زنان بیشتر بود $43/3$ درصد در برابر $37/3$ درصد با این وجود اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($P = 0/08, OR = 1/28, CI = 0/96 - 1/70$). درصد مردان تاری دید را گزارش کردند $2/30$ ($P = 0/00, OR = 2/30, CI = 1/70 - 3/10$). درصد زنان $10/5$ درصد مردان بی‌اشتهایی ($P = 0/00, OR = 2/16, CI = 1/44 - 3/23$) مردان استفراغ ($P = 0/00, OR = 1/86, CI = 1/27 - 2/70$) و 53 درصد زنان و $20/5$ درصد مردان تهوع را تجربه کرده بودند ($P = 0/00, OR = 0/437, CI = 3/20 - 5/97$). زنان بیشتر از مردان سوء هاضمه را گزارش کرده بودند ($P = 0/01, OR = 1/41, CI = 0/71 - 1/88$). نفخ، سسکسه، غش، سرگیجه و احساس اضطراب تقریباً در دو گروه برابر بود. در دو جنس تقریباً برابر بود. 58 درصد زنان و $42/3$ درصد مردان احساس ترس از مرگ را تجربه کرده بودند ($P = 0/00, OR = 1/88, CI = 1/42 - 2/49$). تنگی نفس در زنان بیشتر از مردان بود ($P = 0/00, OR = 1/76, CI = 0/59 - 2/32$). همچنین تعریق نیز در زنان بیشتر از مردان بود ($P = 0/00, OR = 1/39, CI = 1/05 - 1/84$). درصد در برابر 51 درصد و $1/39$ درصد ($P = 0/01, OR = 1/39, CI = 1/05 - 1/84$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت‌های قابل توجهی در

کننده با درد سینه به این نکته توجه ویژه‌ای شود.

در پژوهش حاضر احتمال حس درد در محلی غیر از قفسه سینه در زنان بیشتر بود. در پژوهش شریف‌نیا و همکاران شانس تجربه درد مرتبط با سکت قلبی در نواحی فک، گردن، گلو، شانه و کتف چپ در زنان بیشتر از مردان بود (۳۲). در پژوهش حاضر شانس تجربه درد در چانه، گردن، زیر بغل چپ، دست چپ، پهلوها و کمر در زنان بیشتر و شانس تجربه درد در زیر بغل و دست راست در مردان بیشتر بود. در پژوهش Dey و همکاران در سال ۲۰۰۹ تفاوت در درد چانه و گردن در زنان مشاهده شد و در سایر محل‌ها تفاوتی گزارش نگردید (۱۳). در پژوهش‌های قبلی نیز درد مردان را بیشتر در قفسه سینه و درد زنان را همراه با درد در محل‌های دیگر گزارش کرده‌اند (۲، ۱۳، ۱۸، ۲۲، ۳۵). در پژوهش انجام شد توسط Bosner و همکاران در سال ۲۰۰۹ درد فشاردهنده در مردان بیشتر گزارش شده بود (۱۸) و در پژوهش نیکروان و همکاران و سبزواری و همکاران تفاوتی در الگوی درد مشاهده نشد (۲۸، ۳۱). در پژوهش حاضر اما شانس تجربه درد به صورت حس شکافتن در مردان بیشتر و حس درد فشارنده و شبیه چاقو خوردن در زنان بیشتر بود. شاید نتوان دلیل تفاوت در محل احساس درد را مشخص نمود اما می‌بایست به این نکته توجه داشت که پژوهش‌های انجام شده و توصیف‌های معمول از درد قفسه سینه بیشتر از پژوهش‌هایی است که بر روی مردان انجام شده است (۲). از آنجا که این اتفاق نظر وجود دارد که درد مهم‌ترین علامت تشخیصی برای بیماری‌های عروقی قلب است لذا تکیه و توجه ویژه‌ای می‌بایست بر این اختلاف‌های در

درک از درد در زنان صورت پذیرد.

در پژوهش حاضر درصد مردانی که تنها درد را گزارش کرده بودند به مراتب بیش از زنان بود. زن بودن شانس تجربه تپش قلب، بی‌اشتهایی، تهوع، سوء هاضمه، تنگی نفس و تعریق را افزایش می‌داد. شانس استفراغ در مردان بیشتر بود در حالی که احساس نفخ، سسکسه، غش، سرگیجه و احساس اضطراب در دو جنس مشابه بود. وجود علائم غیر اختصاصی در زنان در پژوهش‌های متعددی بیشتر از مردان گزارش شده است. در پژوهش شریف‌نیا و همکاران شانس احساس اضطراب و سسکسه در زنان بیشتر بود (۳۲) اما در پژوهش نیکروان و همکاران، استفراغ، تنگی نفس، خستگی و اضطراب در زنان بیش از مردان و سسکسه، تعریق زیاد و غش در مردان بیشتر گزارش شده بود (۲۸). در پژوهش مجیدی و همکاران خستگی، سبکی سر، سرگیجه، تهوع، ترس و سوء هاضمه در مردان و عرق کردن و سرفه در زنان بیشتر گزارش شده بود (۳۰). این اختلاف در نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که می‌بایست توجه بیشتری بر کشف علائم اختصاصی و آموزش گرفتن شرح حال دقیق از بیماران وجود داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با توجه به اهمیت تشخیص و درمان سریع و موثر سندرم کرونری حاد می‌بایست اعضای تیم سلامتی و مردم از تفاوت در نشانه‌ها و خصوصیات درد در دو جنس آگاه باشند. لذا پژوهش‌های بیشتر در این زمینه همچنین قرار دادن نتایج پژوهش‌های مرتبط در برنامه‌های آموزشی کارکنان تیم سلامت و جامعه توصیه می‌شود.

References

- Scirica BM. Acute coronary syndrome: emerging tools for diagnosis and risk assessment. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55(14): 1403-15.
- Chen W, Woods SL, Wilkie DJ, Puntillo KA. Gender differences in symptom experiences of patients with acute coronary syndromes. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30(6): 553-62.
- Graham MM, Westerhout CM, Kaul P, Norris CM, Armstrong PW. Sex differences in patients seeking medical attention for prodromal symptoms before an acute coronary event. *Am Heart J* 2008; 156(6): 1210-6 e1.
- Adams MG, Pelter MM, Wung SF, Taylor CA, Drew BJ. Frequency of silent myocardial ischemia with 12-lead ST segment monitoring in the coronary care unit: are there sex-related differences? *Heart Lung* 1999; 28(2): 81-6.
- Brunner LS, Smeltzer SCOC. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 11th ed[Trans]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 8(1): 26-33.
- Dracup K, McKinley S, Riegel B, Moser DK, Meischke H, Doering LV, et al. A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2(6): 524-32.

- 8- Zahn R, Schiele R, Gitt AK, Schneider S, Seidl K, Voigtlander T, et al. Impact of prehospital delay on mortality in patients with acute myocardial infarction treated with primary angioplasty and intravenous thrombolysis. *Am Heart J* 2001; 142(1): 105-11.
- 9- Patel H, Rosengren A, Ekman I. Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference? *Am Heart J* 2004; 148(1): 27-33.
- 10- Giannoglou GD, Antoniadis AP, Chatzizisis YS, Damvopoulou E, Parcharidis GE, Louridas GE. Sex-related differences in the angiographic results of 14,500 cases referred for suspected coronary artery disease. *Coron Artery Dis* 2008; 19(1): 9-14.
- 11- Takakuwa KM, Shofer FS, Hollander JE. The influence of race and gender on time to initial electrocardiogram for patients with chest pain. *Acad Emerg Med* 2006; 13(8): 867-72.
- 12- Boccardi L, Verde M. Gender differences in the clinical presentation to the emergency department for chest pain. *Ital Heart J* 2003; 4(6): 371-3.
- 13- Dey S, Flather MD, Devlin G, Brieger D, Gurfinkel EP, Steg PG, et al. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the Global Registry of Acute Coronary Events. *Heart* 2009; 95(1): 20-6.
- 14- Granot M, Goldstein-Ferber S, Azzam ZS. Gender differences in the perception of chest pain. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27(2): 149-55.
- 15- Sheifer SE, Escarce JJ, Schulman KA. Race and sex differences in the management of coronary artery disease. *Am Heart J* 2000; 139(5): 848-57.
- 16- Rosenfeld AG. Women's risk of decision delay in acute myocardial infarction: implications for research and practice. *AACN Clin Issues* 2001; 12(1): 29-39.
- 17- Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung ML. Gender differences in reasons patients delay in seeking treatment for acute myocardial infarction symptoms. *Patient Educ Couns* 2005; 56(1): 45-54.
- 18- Bosner S, Haasenritter J, Hani MA, Keller H, Sonnichsen AC, Karatolios K, et al. Gender differences in presentation and diagnosis of chest pain in primary care. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 79.
- 19- Bradshaw H, Miller J, Ling Q, Malsnee K, Ruda MA. Sex differences and phases of the estrous cycle alter the response of spinal cord dynorphin neurons to peripheral inflammation and hyperalgesia. *Pain* 2000; 85(1-2): 93-9.
- 20- Carmin CN, Ownby RL, Wiegartz PS, Kondos GT. Women and non-cardiac chest pain: gender differences in symptom presentation. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11(4): 287-93.
- 21- Herlitz J, Karlson BW, Wiklund I, Bengtson A. Prognosis and gender differences in chest pain patients discharged from an ED. *Am J Emerg Med* 1995; 13(2): 127-32.
- 22- Norris CM, Hegadoren KM, Patterson L, Pilote L. Sex differences in prodromal symptoms of patients with acute coronary syndrome: a pilot study. *Prog Cardiovasc Nurs* 2008; 23(1): 27-31.
- 23- Milner KA, Funk M, Richards S, Wilmes RM, Vaccarino V, Krumholz HM. Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1999; 84(4): 396-9.
- 24- Goldberg R, Goff D, Cooper L, Luepker R, Zapka J, Bittner V, et al. Age and sex differences in presentation of symptoms among patients with acute coronary disease: the REACT Trial. Rapid Early Action for Coronary Treatment. *Coron Artery Dis* 2000; 11(5): 399-407.
- 25- Goldberg RJ, O'Donnell C, Yarzebski J, Bigelow C, Savageau J, Gore JM. Sex differences in symptom presentation associated with acute myocardial infarction: a population-based perspective. *Am Heart J* 1998; 136(2): 189-95.
- 26- Vodopituz J, Poller S, Schneider B, Lalouschek J, Menz F, Stollberger C. Chest pain in hospitalized patients: cause-specific and gender-specific differences. *J Womens Health (Larchmt)* 2002; 11(8): 719-27.
- 27- Sheps DS, Kaufmann PG, Sheffield D, Light KC, McMahon RP, Bonsall R, et al. Sex differences in chest pain in patients with documented coronary artery disease and exercise-induced ischemia: Results from the PIMI study. *Am Heart J* 2001; 142(5): 864-71.
- 28- Nikravan M, Moradi F, Maleki M, AlaviMajd H, Zohari-Anboohi S. Comparing clinical manifestations of myocardial infarction (MI) between men and women at CCUs of hospitals affiliated to Shaheed Beheshti Medical University. 16(58): 45-9. [Persian]
- 29- Dracup K, McKinley S, Riegel B, Mieschke H, Doering LV, Moser DK. A nursing intervention to reduce prehospital delay in acute coronary syndrome: a randomized clinical trial. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 21(3): 186-93.
- 30- Majidi SA, Moghadam-nia MT, Sharifi M. Comparison of Signs and Symptoms Associated with Acute Coronary Syndrome in Male and Female Patients. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences* 2011; 20(80): 60-66; 20(80): 60-6. [Persian]
- 31- Sabzevari S, Mohammadlilzade S, Bagherian B, Mirzaee F. Comparison of signs and symptoms of myocardial infarction and unstable angina in male and female hospitalized patients in coronary care units of Kerman Medical University hospital, 2004-2005. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2007; 17(57): 42-9. [Persian]
- 32- Sharif-Nia S-H, Haghdoost A, Nazari R, Rezaii R, Saatsaz S, Seyyedi-Andi S-J. Difference in Clinical Symptoms of Myocardial Infarction between Men and Women. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2011; 4(1): 33-8. [Persian]
- 33- DeVon HA, Ryan CJ, Ochs AL, Shapiro M. Symptoms across

- the continuum of acute coronary syndromes: differences between women and men. *American Journal of Critical Care* 2008; 17(1): 14-25.
- 34- Kosuge M, Kimura K, Ishikawa T, Ebina T, Hibi K, Tsukahara K, et al. Differences Between Men and Women in Terms of Clinical Features of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction. *Circulation Journal* 2006; 70(3): 222-6.
- 35- Arslanian-Engoren C, Patel A, Fang J, Armstrong D, Kline-Rogers E, Duvernoy CS, et al. Symptoms of men and women presenting with acute coronary syndromes. *The American journal of cardiology* 2006; 98(9): 1177-81.