نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal
2(2), Summer 2013
www.journal .icns.org.ir

مقاله پژوهشی اصیل

# بررسی اپیدمیولوژیک بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستان های جهرم در سال ۱۳۹۱

سارا شهسواری اصفهانی[۱]، دانشجوی دکترای پرستاری
فریده نظری[۲]، کارشناس پرستاری
*مهدی کریم یار جهرمی[۳]، کارشناس ارشد پرستاری
میترا صادقی[۴]، کارشناس پرستاری

**خلاصه**

**هدف.** هدف این مطالعه بررسی خصوصیات اپیدمیولوژیکی بیماران قلبی عروقی بستری در بخش های قلب و سی سی یو بیمارستان های جهرم بود.

**زمینه.** بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران و مهمترین عامل از کار افتادگی هستند. بیماری های قلبی عروقی یکی از قابل پیشگیری ترین بیماری های غیر واگیر انسان به شمار می آیند.

روش کار: در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۲۳۹۲ پرونده مربوط به بیماران بستری شده از اول فروردین تا پایان اسفند ماه ۱۳۹۱ با تشخیص اولیه بیماری های قلبی عروقی در بیمارستان های جهرم مورد بررسی قرار گرفت. داده ها با استفاده از چک لیست دو قسمتی از پرونده ها استخراج گردید. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم اطلاعات مربوط به انواع مختلف بیماری های قلبی عروقی، عوامل خطر، مدت زمان بستری و پیامد بیماری بود. یافته ها با استفاده از آمار نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها.** از تعداد ۲۳۹۲ بیمار، ۵۳/۲ درصد زن و ۴۶/۸ درصد مرد بودند. همچنین، ۹۹ درصد بیماران متاهل و ۶۱/۲ درصد بومی بودند. میانگین سنی نمونه ها ۱۲/۵±۶۰ سال و اکثریت در محدوده سنی ۸۳-۴۲ سال قرار داشتند. شایع ترین بیماری قلبی آنژین صدری و شایع ترین بیماری عروقی فشار خون بالا بود. در بین بیماران قلبی، ۵۳/۸ درصد بیماران به دلیل حمله قلبی ناگهانی، ۵/۸ درصد به دلیل آریتمی های قلبی، ۵/۱ درصد به دلیل نارسایی احتقانی قلب، ۳/۵ درصد به دلیل سکته قلبی و ۰/۵ درصد به دلیل آنژین صدری فوت نموده بودند و در بین بیماری های عروقی، ۸/۳ درصد به دلیل ترمبوز سیاهرگ های عمقی و ۲/۳ درصد به دلیل فشار خون بالا فوت نموده بودند.

**نتیجه گیری.** با کنترل عوامل خطری مانند فشار خون بالا، کشیدن سیگار، سطوح بالای کلسترول خون و وزن زیاد می توان تا حد زیادی از بروز بیماری های قلبی عروقی پیشگیری نمود.

**کلیدواژه ها:** اپیدمیولوژی، بیماری قلبی عروقی

۱-دانشجوی دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۲- کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۳- کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران (*نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Mahdikarimyar310@gmail.com
۴-دانشجوی دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]

## مقدمه

بیماری های قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ در بیشتر کشـــورهای جهان از جمله ایران و مهمترین عامل از کار افتادگی است. با وجود پیشرفت های سریع تشخیصی و درمانی هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می شوند فوت می کنند و دو سوم آنها که زنده می مانند، هرگز بهبودی کامل نمی یابند و به زندگی عادی بر نمی گردند. این بیماری ها، هزینه هنگفتی را بر نظام های بهداشتی درمانی کشورها تحمیل می کنند. با این همه، بیماری های قلبی عروقی یکی از قابل پیشگیری ترین بیماری های غیر واگیر انسان به شمار می آیند (روگر و همکاران، ۲۰۱۲).

میزان بروز آنژین صدری، سکته قلبی حاد و مرگ ناگهانی، از نظر اپیدمیولوژیک مورد بررســـی قرار گرفته است که بر اساس عوامل خطر، سن، جنس و نژاد در سطوح فردی و بر اساس کشورها، مناطق جغرافیایی و طبقات اجتماعی در سطوح جمعیتی و در طول زمان متفاوت می باشند (ویرتانم و همکاران، ۲۰۱۲). بیماری های عروق کرونر باعث مورتالیتی، موربیدیتی و ناتوانی در جمعیت ایران می گردند و تقریبا عامل ۵۰ درصد تمام مرگ ها در سال محسوب می شـــوند(حاتمی و همکاران، ۲۰۰۷). در حالی که میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های کرونر قلبی برحسب سن درکشورهای توسعه یافته درحال کاهش است، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد این بیماری در ایران رو به افزایش می باشد، به طوری که میزان آن بین ۲۰ تا ۴۵ درصد افزایش یافته است. به نظر می رسد تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی مانند مصرف زیاد غذاهای فراوری شده و غنی از چربی های اشباع شده، سطح پائین فعالیت فیزیکی همراه با افزایش شیوع چاقی و دیابت نوع دو منجر به افزایش پیشرونده در شیوع عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی و بیماری های کرونر قلبی درکشورهای توسعه یافته شده است (حدائق و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعاتی که بر روی جمعیت بزرگسال تهران انجام شد شیوع بالای ســـندرم متابولیک و عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی مخصوصا پرفشـــاری خون، میزان بالای کلسترول تام، پائین بودن کلسترول با دانسیته بالا (HDL) و بالا بودن نسبت دور کمر به هیپ را نشان می دهد (عزیزی و همکاران، ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳).

بیماری عروق کرونر یک فرآیند مزمن است که از دوران جوانی شروع می شود و به تدریج پیشرفت می کند. عوامل خطر مستقل این بیماری شامل تاریخچه فامیلی ابتلای زودرس، مصرف سیگار، دیابت، پرفشاری خون و بالا بودن چربی خون، سبک زندگی بی تحرک، افزایش سن، جنس و چاقی می باشد (اورت و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس مطالعه مورد شاهدی در ۵۲ کشور، ۹ عامل خطر شامل سیگار کشیدن، سطوح غیرطبیعی لیپیدخون، پرفشاری خون، دیابت، چاقی شکمی، فقدان یا کمبود فعالیت فیزیکی، مصرف کم میوه جات و سبزیجات در طول روز، مصرف زیاد الکل و شاخص های روانی اجتماعی که به آسانی قابل اندازه گیری و قابل اصلاح هستند، عامل بیش از ۹۰ درصد سکته حاد قلبی اولیه محسوب می شوند (یاسوف و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعات مداخله ای نشان داده اند کم کردن عوامل خطر باعث کاهش میزان بیماری های کرونر قلبی، سکته مغزی و دیگر بیماری های قلبی عروقی خواهد شد (اورتگا و ماترسون، ۲۰۱۱). با توجه به شیوع بالای بیماری های قلبی عروقی در ایران و مرگ و میر ناشی از این بیماری ها، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت اپیدمیولوژک بیماران قلبی عروقی بستری در بخش های قلب و CCU بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام گردید.

## مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، نمونه گیری به صورت سرشماری شامل بررسی ۲۳۹۲ پرونده مربوط به بیماران بستری شده از اول فروردین تا پایان اسفند ماه ۱۳۹۱ با تشخیص اولیه بیماری های قلبی عروقی در بیمارستان های مطهری و پیمانیه جهرم مورد انجام گرفت. بررسی این پرونده ها، پس از تأیید کمیته پژوهشی دانشکده پرستاری و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم و کسب اجازه از مسئولین مربوطه انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها یک چک لیست دو قسمتی بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم اطلاعات مربوط به انواع مختلف بیماری های قلبی عروقی (آنژین صدری، انفارکتوس میوکارد و ...)، عوامل خطر (بالا بودن چربی خون، پرفشاری خون، دیابت، مصرف سیگار، استرس و ...)، مدت زمان بستری و پیامد بیماری (ترخیص، انتقال یا فوت) بود. جهت تدوین چک لیست، از منابع معتبری چوت کتاب و مقالات مختلف در این زمینه و نظر متخصصین قلب و عروق استفاده گردید و کلیه عوامل مؤثر در این زمینه، در چک لیست گنجانده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته ها

در بررسی ۲۳۹۲ مورد، ۵۳/۲ درصد زن و ۴۶/۸ درصد مرد بودند. همچنین، ۹۹ درصد افراد بستری متاهل و ۶۱/۲ درصد بومی بودند. میانگین سنی نمونه ها ۱۲/۵±۶۰ سال و اکثریت نمونه ها در محدوده سنی ۴۲ تا ۸۳ سال قرار داشتند. میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان ۱/۶۵±۳/۵ روز بود.

در این مطالعه شایع ترین بیماری عروقی فشار خون بالا (۹۱/۷ درصد) بود و ۱۰/۶ درصد از نمونه ها هم دیابت غیروابسته به انسولین داشتند.شایع ترین عامل خطر، فشـــار خون بالا (۴۸/۲درصد) بود و پس از آن، دیابت (۲۴/۶ درصد)، هایپر لیپیدمی (۱۲/۳ درصد)، استعمال دخانیات (۹/۸ درصد) و سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری های قلبی عروقی (۵/۱ درصد) قرار داشت. شایع ترین علمل خطر

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]

در مردان به ترتیب پرفشاری خون (۴۵/۶ درصد)، دیابت (۲۰/۸ درصد)، استعمال دخانیات (۲۰ درصد)، هایپرلیپیدمی (۸/۶ درصد) و سابقه خانوادگی (۵ درصد)، و در زنان، پرفشاری خون (۴۹/۹ درصد)، دیابت (۲۷/۱ درصد)، هایپرلیپیدمی (۱۴/۹ درصد)، سابقه خانوادگی (۵/۲ درصد) و استعمال دخانیات (۲/۷ درصد) بود. از کل بیماران بستری، ۹۷/۶ درصد ترخیص شدند و میزان مرگ و میر داخل بیمارستانی ۵۵ نفر (۲/۳ درصد) بود که از این تعداد ۳۱ نفر مرد (۲/۸ درصد) و ۲۴ نفر زن (۱/۹ درصد) بودند.
در بیماران قلبی، ۵۳/۸ درصد به دلیل حمله قلبی ناگهانی، ۵/۸ درصد به دلیل آریتمی های قلبی، ۵/۱ درصد به دلیل نارسایی احتقانی قلب، ۳/۵ درصد به دلیل سکته قلبی و ۰/۵ درصد به دلیل آنژین صدری فوت نموده بودند و در بین بیماری های عروقی، ۸/۳ درصد به دلیل ترمبوز سیاهرگ های عمقی (DVT) و ۲/۳ درصد به دلیل فشار خون بالا فوت نموده بودند.

جدول شماره ۱: مقایسه بروز انواع مختلف بیماری های قلبی در مردان و زنان بستری در بخش های قلب در سال ۱۳۹۱

| بیماری های قلبی | تعداد | درصد | تعداد کل | درصد کل |
|---|---|---|---|---|
| **آنژین صدری** | | | ۱۶۱۴ | ۶۷/۴۷ |
| **زن** | ۹۷۱ | ۷۰/۷۷ | | |
| **مرد** | ۶۴۳ | ۵۷/۵ | | |
| **نارسایی احتقانی قلب** | | | ۳۲۲ | ۱۳/۴۶ |
| **زن** | ۱۴۲ | ۱۱/۲ | | |
| **مرد** | ۱۸۰ | ۱۶/۱ | | |
| **سکته قلبی** | | | ۳۱۳ | ۱۳/۰۹ |
| **زن** | ۱۰۶ | ۸/۳ | | |
| **مرد** | ۲۰۷ | ۱۸/۴۹ | | |
| **حمله ناگهانی قلبی** | | | ۲۷ | ۱/۱۳ |
| **زن** | ۱۷ | ۱/۳ | | |
| **مرد** | ۱۰ | ۰/۹ | | |
| **آریتمی** | | | ۱۱۶ | ۴/۸۵ |
| **زن** | ۵۵ | ۴/۳ | | |
| **مرد** | ۶۱ | ۴/۴۴ | | |

## بحث

بیماری های قلبی عروقی اپیدمی زمان ما محسوب می شوند و مهمترین بیماری در جهان می باشند که باعث موربیدتی، مورتالیتی، ناتوانی و افزایش هزینه های درمانی تا سال ۲۰۲۰ خواهند گشت (گازینو، ۲۰۰۵). این بیماری مزمن تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی بیماران دارد. در این مطالعه شایع ترین بیماری های قلبی و عروقی، آنژین صدری (۶۳/۳ درصد) و فشار خون بالا (۹۱/۷ درصد) بودند. تعداد زنان بستری به دلیل بیماری های قلبی عروقی بیشتر از مردان و تعداد افراد متاهل بیشتر از مجردها بود. آمار دقیقی از شیوع آنژین صدری در ایران یافت نشد، ولی این آمار در کشور آمریکا نشان می دهد تقریباً یک نفر از هر ۴۲ نفر (۲/۳۵ درصد) یا ۶/۴ میلیون نفر مبتلا به این بیماری می باشند. در بین آمریکایی های سنین ۴۰ تا ۷۴ سال، شیوع آنژین صدری برحسب سن در زنان بیشتر از مردان است (لیودجونز و همکاران، ۲۰۰۹)، گرچه داده های مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها (۲۰۰۷) نشان داد در سال ۲۰۰۵ مردان (۵/۵ درصد) شیوع بالاتری از آنژین صدری و بیماری های کرونر قلبی نسبت به زنان (۳/۴ درصد) داشتند. در مطالعه حدائق و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی ۵۹۸۴ فرد ۳۰ سال به بالا در تهران انجام شد، شیوع بیماری کرونر قلبی ۲۱/۸ درصد بود و در زنان نسبت به مردان شیوع بالاتری داشت (۲۲/۳ درصد در مقابل ۱۸/۸ درصد) و شیوع آنژین صدری ۱۰/۷ درصد بود (بر اساس پرسشنامه

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]

آنژین رز) و در افراد ۶۵ سال به بالا شیوع آنژین بیشـــتر بود (۶۲ درصد) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد و بعد از اینکه شیوع آن بر اساس انطباق سنی سنجیده شد، زنان به طور قابل ملاحظه ای شیوع بیشتری از آنژین صدری نسبت به مردان داشتند (۱۱/۵ درصد در مقابل ۸/۹ درصد و P<۰/۰۰۱). در این مطالعه شیوع پرفشاری خون و استعمال سیگار نیز به طور معنی داری درنمونه هایی که بیماری کرونر قلبی داشتند بیشتر بود.

در مطالعه دیگری که درشهر اصفهان انجام شد، شـــیوع بیماری کرونر قلبی در افراد ۳۰ تا ۷۹ سال ۱۹/۴ درصد بود که در بین خانم ها نسبت به آقایان شیوع بیشتری داشـــت (۲۱/۹ درصد در مقابل ۱۶ درصد و P<۰/۰۰۱) (روگر و همکاران، ۲۰۱۲). شیوع بالای بیماری های کرونر قلب در زنان ایرانی ممکن است به دنبال شیوع بالای سندرم متابولیک در زنان در مقایسه با مردان باشد (۴۲ درصد در مقابل ۲۴ درصد و P<۰/۰۰۱) (عزیزی و همکاران، ۲۰۰۳). در کشور ایران، معمولا سطح فعالیت فیزیکی در زنان کمتر از مردان است و افزایش وزن و چاقی در بین زنان شایع تر است (دریانی و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه حاتمی و همکاران (۲۰۰۷) نیز کاهش فعالیت فیزیکی در بین زنان بیشتر بود. مطالعه دیگری که برروی ۱۰۷ زن مهاجر ایرانی و ترکیه ای و ۵۰ زن سوئدی انجام شد نشان داد که در زنان ایرانی و ترکیه ای نمایه توده بدنی و قطر دور کمر بیشتر بود و نسبت دور کمر به هیپ، سطح بالای تری گلیسرید و سطح پایین HDL کلسترول نسبت به زنان سوئد بیشتر بود. در این مطالعه زنان ایرانی و ترکیه ای سنگین تر از زنان سوئدی و شیوع بالاتری از چاقی شکمی، پروفایل چربی نامطلوب و درجه بالایی از بی تحرکی فیزیکی در اوقات فراغت داشتند که ممکن است آنها را مستعد بروز دیابت و بیماری های قلبی عروقی آترواسکلروتیک نماید (دریانی و همکاران، ۲۰۰۵). در یک مطالعه متاآنالیز که درمورد مقایسه شیوع آنژین در زنان با مردان در ۳۱ کشور انجام شد از بین ۱۹۹۴۹۴ زن، ۱۳۳۳۱ مورد و از بین ۲۰۱۸۲۱ مرد، ۱۱۵۱۱ مورد آنژین گزارش شد که نشان داد شیوع آنژین در زنان کمی بیشتر از مردان است (همینگوای و همکاران، ۲۰۰۸).

مطالعه حاضر نشان می دهد که پرفشاری خون و آنژین صدری دو بیماری با شـــیوع بالا در شهرستان جهرم می باشند، به طوری که پرفشاری خون در زنان ۴۹/۹ درصد و در مردان ۴۵/۶ درصد بود. همچنین، ۴۱/۷ درصد نمونه ها فشار خون سیستولیک بالاتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه و ۳۴/۴ درصد فشار خون دیاســـتولیک بالاتر از ۹۰ میلی متر جیوه داشتند. این یافته ها با نتایج دیگر مطالعات بسیار متفاوت می باشد، به طوری که در مطالعه حاتمی و همکاران (۲۰۰۷) که بر روی ۱۳۸۱ زن و ۱۶۱۹ مرد انجام شد (جمعا ۳۰۰۰ زن و مرد)، ۱۳/۷ درصد فشار خون سیستولیک بالای ۱۴۰ و ۹/۱ درصد فشار خون دیاستولیک بالای ۹۰ میلی متر جیوه داشتند و در این مطالعه شیوع پرفشاری خون (فشار خون بیش از ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه) در زنان بیشتر از مردان و در گروه سنی ۵۶ تا ۶۵ سال بیشتر بود. در مطالعه صراف زادگان و همکاران (۱۹۹۹) در اصفهان هم ۸۶۲۴ مرد و زن ۱۹ سال به بالا مورد مطالعه قرار گرفتند که در کل، ۱۸ درصد (۸/ درصد مردان و ۱۹/۴ درصد زنان) پرفشاری خون سیستمیک داشتند.

در این مطالعه شیوع بالایی از چاقی، هایپرلیپیدمی و دیابت در بین افراد مبتلا به فشار خون در مقایسه با افرادی که فشار خون نداشتند وجود داشت. در مطالعه ای که بر روی ۸۴۹۱ مرد و زن ۲۰ تا ۶۹ سال در تهران انجام شد ۲۲ درصد پرفشاری خون داشتند (۲۳ درصد زنان در مقابل ۲۰ درصد مردان، P=۰/۰۱) (عزیزی و همکاران، ۲۰۰۲)، ولی در مطالعه ای که کازرانی (۲۰۰۶) در کرمانشـــاه انجام داد فشار خون بالا (۳۳ درصد) در مردان شایع تر از زنان بود. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات دیگر کشورهای آسیایی نیز بسیار متفاوت می باشد. در مطالعه ای که درمورد شیوع پرفشاری خون و سکته مغزی درکشورهای آسیایی انجام شد نشان داد میزان شیوع پرفشاری خون بین ۱۵ تا ۳۵ درصد متغیر است و پرفشاری خون و سکته مغزی در افراد نسبتا جوان (یا در سنین پائین تر) اتفاق می افتد. این مطالعه عوامل خطر پرفشاری خون را وزن زیاد، زندگی بی تحرک، مصرف زیاد الکل، طبقه اجتماعی بالا، مصرف زیاد نمک، دیابت و استعمال زیاد سیگار در بیشتر کشورهای آسیایی ذکر می کند، در حالی که در استرالیا، نیوزلند و ژاپن، طبقه اجتماعی پائین عامل خطر پرفشاری خون و سکته مغزی می باشد (دیکنینگ و همکاران، ۲۰۱۲). در ایران بر اساس طرح سلامت و بیماری، ۱۴ درصد افراد ۱۲ تا ۶۹ سال فشار خون بالا داشتند و در همین بررسی مشخص گردید که ۳۴ درصد افراد ۳۵ تا ۶۹ ساله در کل استان ها و ۳۸ درصد در تهران فشار خون بالا داشتند (سینگ و همکاران، ۲۰۰۰).

علی رغم شیوع بالای آنژین صدری و پرفشاری خون در این مطالعه، میزان مرگ و میر داخل بیمارستانی ۲/۳ درصد بود که در مقایسه با مطالعات مشابه بسیار پائین می باشد، به طوری که در مطالعه کازرانی این میزان ۷/۵ ٪ بود (سینگ و همکاران، ۲۰۰۰). در مطالعه دیگری در مقایسه مرگ و میر داخل بیمارستانی مردان و زنان پس از انفارکتوس میوکارد، مرگ و میر زنان ۱۶/۷ درصد و مردان ۱۱/۵ درصد گزارش شده است. وضعیت مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی در استان خراسان رضوی نیز نشان داد در سال ۱۳۸۴ در کل گروه های سنی معادل ۳۴/۶ درصد می باشد که در دو جنس به ترتیب معادل ۴۴/۵ و ۵۵/۴ درصد برای زنان و مردان می باشد (میرمیران و همکاران، ۲۰۰۱).

علیرغم افزایش پرفشاری خون و آنژین صدری در بیماران، کاهش میزان مرگ و میر داخل بیمارستانی نشان می دهد که این بیماران درمان مناسب بیشتری دریافت کرده اند، بنابراین، از مرگ آنها پیشگیری شده است و مؤید تلاش موثر کادر درمانی برای بیماران قلبی می باشد. همچنین، کاهش میزان مرگ و میر ممکن است با افزایش شیوع پرفشاری خون تشخیص داده شده، مرتبط باشد یا افزایش

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]

آگاهی بیماران و درمان مناسب آنها منجر به پیشرفت هایی در کاهش مرگ و میر بیماران با فشار خون بالا شده باشد. مطالعه ای که کارن و همکاران (۲۰۰۸) بر روی ۱۲ میلیون نفر جمعیت مبتلا به پرفشاری خون در کانادا در سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ انجام دادند مرگ و میر ناشی از پرفشاری خون از ۱۱/۳ در ۱۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۵ به ۹/۶ در ۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۵ رسید که کاهش نسبی ۱۵/۵ درصد داشت و این کاهش در مردان، بیشتر از زنان بود (۲۲/۲- درصد در مقابل ۷/۳- درصد، P<۰/۰۰۱). تقریباً ۶۰ درصد از تمام مرگ ها ناشی از بیماری های کرونر قلبی می باشد که خارج از بیمارستان اتفاق می افتد. بنابراین، مشکل به نظر می رسد که بتوان تخمین با ارزش و دقیقی از روند مرگ ناگهانی ناشی از بیماری کرونر قلبی در داخل و خارج بیمارستان به دست آورد (ورتانین و همکاران، ۲۰۱۲).

در پژوهش حاضر میانگین مدت زمان بستری در بیمارستان ۱/۶۵±۳/۵ روز و میانه ۳ روز و میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۱۲/۵±۶۰ سال بود که با مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر همخوانی دارد، به طوری که در انگلستان میانگین طول اقامت در بیمارستان به دلیل آنژین صدری ۵/۵ روز و میانه ۳ روز و میانگین سن بیماران ۶۷ سال و در استرالیا میانگین طول اقامت در بیمارستان ۴/۱ روز و آمار بستری شدگان به دلیل آنژین صدری در بیمارستان های عمومی ۵/۸ در هر ۱۰۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۱ بوده است (واندربوم و همکاران، ۲۰۱۰).

در این مطالعه شایع ترین عوامل خطر، فشار خون بالا و پس از آن دیابت و هایپرلیپیدمی بود و شیوع آنها در زنان بیش از مردان بود. مطالعات، همراهی عوامل روانی- اجتماعی مانند خصومت، افسردگی، پایین بودن حمایت اجتماعی، ایزولاسیون اجتماعی، عدم ثبات (امنیت) شغلی و عدم توانمندی را با بروز بیماری های کرونر قلبی در زنان گزارش کرده اند (ایکر، ۱۹۹۸).

در مطالعه حاتمی و همکاران (۲۰۰۷) هم میزان شیوع پرفشاری خون و دیس لیپیدمی در زنان بیشتر از مردان بود. در مطالعه صراف زادگان (۱۹۹۹) هم هایپرکلسترولمی، افزایش نمایه توده بدنی و پرفشاری خون به طور قابل ملاحظه ای در زنان (۴۱ درصد) بیشتر از مردان (۳۲ درصد) بود، در حالی که بالا بودن تری گلیسرید و استعمال زیاد سیگار در بین مردان بیشتر بود. تنها عاول خطری که در مردان شیوع بالاتری نسبت به زنان داشت استعمال دخانیات (سیگار) بود (۲۰ درصد در مقابل ۲/۷ درصد) که مقایسه آن با نتایج مطالعات دیگر نشان می دهد که میزان افراد سیگاری در این مطالعه کمتر می باشد. در مطالعه کازرانی (۲۰۰۶) در کرمانشاه مصرف سیگار ۴۵ درصد گزارش شده است که همراه با فشارخون بالا در مردان شایع تر بوده است و در مطالعه دبیران و همکاران (۲۰۰۲) هم ۴۷ درصد افراد تحت مطالعه سیگاری بودند.

شناسایی عوامل خطر وسیله ای برای کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی از طریق کاهش عوامل خطر قابل اصلاح و تصمیمات درمانی بهتر از طریق تعیین دقیق تر وضعیت تمام عوامل خطر می باشد. کاهش عوامل خطر اقدام بالینی اولیه برای کاهش مورتالیتی و موربیدیتی بیماری های قلبی عروقی می باشد. مطالعات اپیدمیولوژیک به وضوح نشان داده اند که پرفشاری خون، استعمال دخانیات و دیس لیپیدمی، اصلی ترین عوامل خطر بیماری های عروق کرونر قلب می باشند که به صورت سینرژیک عمل می نمایند (منت، ۲۰۰۹). بنابراین، با افزایش شیوع عوامل خطر بیماری کرونر قلبی و با افزایش هزینه ها، شناسایی و درمان افرادی که در معرض خطر هستند یک اولویت ملی محسوب می شود (کانون و همکاران، ۲۰۱۰؛ واندرلیند و همکاران، ۲۰۱۱).

در این مطالعه ۵۳/۸ درصد بیماران به دلیل حمله قلبی ناگهانی فوت نموده بودند که این میزان در زنان در مقایسه با مردان بیشتر بوده است. مرگ ناگهانی یکی از تظاهرات شایع گرفتاری عروق قلب است و بیش از ۵۰ درصد بیماران که با مرگ ناگهانی فوت می کنند هیچ سابقه ای از علائم قلبی نداشته اند (آتکیندز و همکاران، ۲۰۰۹). در کل، نیمی از مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی قبل از رسیدن به بیمارستان به صورت ناگهانی رخ می دهد که مرگ های ناگهانی در زنان کمتر از مردان بوده است و در مردان نیز با افزایش سن کمتر می شود. در مطالعه انجام شده در کشورهای دیگر درصد مرگ های ناگهانی قلبی بدون سابقه بیماری های قلبی عروقی اگرچه در زنان نسبت به مردان بیشتر بوده است، در ۵۷ درصد مردان و ۶۴ درصد زنانی که به صورت ناگهانی فوت نموده اند هیچ مدرکی برای وجود بیماری های قلبی عروقی قبلی وجود نداشته است (یاسوف، ۲۰۰۴).

در مطالعه حاضر بیشترین افراد تحت مطالعه را متأهلین (۹۹ درصد) تشکیل می دادند. تأهل به عنوان عامل اجتماعی مهم در ارتباط با مرگ و میر شناخته شده است. مطالعات در مورد این مسئله در ایالات متحده، کشورهای اروپایی و ژاپن نشان داده اند که خطر مرگ و میر برای اشخاص مطلقه یا مجرد ۱/۲ تا ۲/۵ برابر بیشتر از افراد متأهل است. در مطالعه ای که در ژاپن بر روی ۹۴۰۶۲ مرد و زن ۴۰ تا ۷۹ ساله انجام شد نشان داد مردانی که هرگز ازدواج نکرده بودند در معرض خطر بیشتر مرگ و میر در اثر بیماری های قلبی عروقی قرار داشتند (آیکدا و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین، در مردانی که طلاق گرفته بودند خطر مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی در مقایسه با مردان متأهل به طور متوسط بالاتر بود، اما این روند در مورد زنان مشاهده نشد (هرلیتز و همکارن، ۲۰۱۰). تحقیقات دیگر نشان دادند که «کیفیت ازدواج» به طور معنی داری با بقای چهار ساله در مردان و زنان مبتلا به نارسائی قلبی مرتبط بوده است (کیویماکی و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه حاضر هم نشان می دهد علیرغم اینکه تعداد افراد متأهل بستری شده بیشتر بوده است، ولی میزان مرگ و میر کمتر بوده است.

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]

## نتیجه گیری

آترواسکلروز پدیده ای است که از کودکی آغاز می شود و تا چندین دهه بدون علامت می باشد. بررسی های اپیدمیولوژی با شناساندن عوامل خطر کمک می کنند تا بتوان با اتخاذ راهبردهای مناسب از خطر بیماری های قلبی عروقی کاست. با توجه به اهمیت بیماری و نیز عوامل خطرساز بیماری های قلبی عروقی، پیشگیری از شیوع آن امری است همه جانبه که می بایست علاوه بر مردم که نقش اساسی دارند دستگاه های اجرایی با مشارکت و همکاری همه جانبه در این زمینه فعالیت نمایند. در این مطالعه آنژین صدری و پرفشاری خون از شـــیوع بالایی برخوردار بودند و هر دو بیماری با کنترل عوامل خطر و با تغییر و اصلاح سبک و شیوه زندگی قابل پیشگیری و قابل درمان می باشند. بنابراین، با کنترل عوامل خطری مانند فشار خون بالا، عدم استعمال سیگار، کاهش سطح کلسترول خون و وزن می توان تا حد زیادی از بروز بیماری های قلبی عروقی پیشـــگیری نمود. همچنین، جهت تغییر در سبک زندگی، تشویق افراد به مصرف غذاهای سالم، محدود کردن مصرف الکل، کنترل فشار خون، ترک سیگار و اجتناب از استرس و اهمیت دادن به ورزش توصیه می گردد. پیشنهاد می شود طرح «قلب سالم» با هدف ترویج فرهنگ سلامت و شناسایی و کنترل بیماران قلبی در شهرستان جهرم اجرا گردد و شهروندان با سن ۳۵ تا ۴۰ سال از نظر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی مورد مطالعه قرار گیرند و برای افراد سالم و در معرض خطر، برنامه های پیشگیری و برای مبتلایان برنامه پیگیری دارویی درمانی اجرا گردد.

## تقدیر و تشکر

از پرسنل محترم بخش های سی سی یو و قلب بیمارستان ها مطهری و پیمانیه دانشگاه علوم پزشـــکی جهرم، که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی داریم.

## منابع

Ai Ikeda, Hiroyasu.et al.( 2007) Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. BMC Public Health. 7:73.

Atkins, D. etal.(2009). Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in children the resuscitation outcomes consortium epistry–cardiac arrest. Circulation. 119(11), 1484-1491.

Azizi, F. etal.( 2003). Prevalence of metabolic syndrom in an urban population:Tehran lipid and glucose study . Diabetes research and clinical practice .61(1): 29-37.

Azizi, F.etal. (2002).Distribution of blood pressure and prevalence of hypertension in Tehran adult population : Tehran lipid and glucose study 1999-2000; Journal of Human Hypertension.16(5) : 305-12.

Cannon, C. P.etal. (2010). Safety of anacetrapib in patients with or at high risk for coronary heart disease. New England Journal of Medicine.363(25), 2406-2415.

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Prevalence of heart disease- United Sataes, 2005. Morbidity, Mortality, WKLY Rep.56(6): 113-8. [Med line].

Dabiran, S.etal. (2000). Evaluation of survival rate and effective factors in acute myocardial infarction patients in Emam Hospital .Tehran University Medical Journal. 60 (4) :347-353.

Daryani, A. et al. (2005). Risk factors for coronary heart disease among immigrant women from Iran and Turkey, compared to women of Swedish ethnicity. Ethn Disspring. 15(2):213-20.

De Koning, Lawrence. et al.( 2012) «Sweetened beverage consumption, incident coronary heart disease, and biomarkers of risk in men clinical perspective.» Circulation. 125(14): 1735-1741.

Eaker, ED. (1998). Psychosocial risk factors for coronary heart disease in women. Cardiology Clinic. 16:103-11.

Everett, B. (2011). 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. 123(24), 2811-2818.

Gazino, JM. & Braunwald, Eugene.( 2005). Heart disease: A text book of cardiovascular medicine

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]

.7. Philadelphia: WB. Saunders Company. P.7.
Hadaegh, F. (2009). Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran Lipid and Glucose Study . Health Journal. 15(1).
Hatami, ZN.(2007). Prevalence of coronary artery disease risk factors in Iran: A population based survey. Cardiovascular Disorders . 7:32.
Hemingway, H.( 2008). Prevalence of angina in women versus men. Circulation. 117 : 1526- 1536.
Herlitz, J. (2010). Epidemiology of cardiac arrest outside and inside hospital: Experiences from registries in Sweden. SIGNA VITAE, 5(Suppl. 1), 44-45.
Karen ,Tu. et al.( 2008 ). Mortality among patients with hypertension from 1995 to 2005 : A population – based study . CMAJ . 178(11):1436 – 1440.
Kazerani, H. (2006). «Epidemiology of acute myocardial infarction patients admitted to hospital.» Journal of Ilam University of Medical Sciences. 14(3): 40-46.
Kivimäki, Mika.& Ichiro, Kawachi. (2013). «Need for more individual-level meta-analyses in social epidemiology: example of job strain and coronary heart disease.» American Journal of Epidemiology. 177.1 (1-2).
Lioyd-Jones, D. et al. (2009). Heart disease and stroke statistics, 2009 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 119(3): e21-181.
Mente, A.etal. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. Archives of Internal Medicine. 169(7), 659-669.
Mirmiran, P. et al.( 2001). Measurement of total energy requirement in adults : Prospective Tehran lipid and glucose study .Journal of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences.6 : 157-66[in Farsi].
Ortega,L.M. & Materson,B.J.(2011).Hypertension in peritoneal dialysis patients:Epidemiology, pathogenesis, and treatment. Journal of the American Society of Hypertension.5(3), 128-136.
Roger, Véronique. L. et al.( 2012) «Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2012 update: A report from the American Heart Association.» Circulation. 125(1):188.
Sarrafzadegan, N. (1999). Prevalence of hypertension and associated risk factors in Isfahan,Islamic Republic of Iran . East Mediterenian Health Journal .5(5): 992-1001.
Singh, R.B. et al. (2000). Hypertension and stroke in Asia : Prevalence, control and strategies in developing countries for revention . Journal of Human Hypertension . 14(10/11):749-763.
Vander, Bom. et al. (2010). «The changing epidemiology of congenital heart disease.» Nature Reviews Cardiology. 8.1 50-60.
Vander, Linde. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American College of Cardiology, 58(21), 2241-2247.
Vasccarion, V. & Parsons, B.( 1999). Sex – based differences in early mortality after myocardial infarction. New England Journal of Medicin.341:217- 225.
Virtanen, Marianna. et al. (2012). «Long working hours and coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis.» American Journal of Epidemiology. 176(7): 586-596.
Yasuf, S.et al. (2004) .Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries(The INTER HEART Study) : case- control study . Lancet. 364: 937-52.

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]

Cardiovascular Nursing Journal
2(2), Summer 2013

نشریه پرستاری قلب و عروق
دوره دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۲

www.journal .icns.org.ir

# Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012- 2013

**Sara Shahsavari1 , Ph.D Candidate**
**Farideh Nazari2 , BSc**
***Mahdi Karimyar Jahromi3 , MSc**
**Mitra Sadeghi4, BSc**

## Abstract

**Aim**. The aim was to describe epidemiologic characteristics of cardiovascular patients admitted to Jahrom hospitals.

**Background**. Cardiovascular disease is the most common cause of death in most countries including Iran. It is the major cause of disability. Cardiovascular disorders are counted as one of the most preventable, noncomunicable illnesses in human.

**Method**. In this retrospective descriptive study, 2392 medical records of patients admitted to the hospital in 2012-2013 with a primary diagnosis of cardiovascular diseases were studied. Data were obtained from a checklist with two parts, the first part included demographic information and the second part was about different types of heart disease, cardiovascular risk factors, and duration of hospitalization and outcome of the disease. The data were analyzed using SPSS statistical software.

**Findings**. According to the findings, 53.2% of patients were female, and 46.8% were male. Of the patients, 99% were married and 61.2% were native. The mean age of the sample was 60±12.5 and the majority were in the age range of 42-83 years. The most common cardiovascular disease were angina and hypertension, **respectively**. Among patients with heart disease, 53.8% died of a sudden heart attack, 5.8% due to cardiac arrhythmias, 5.1% due to congestive heart failure, 3.5% of acute myocardial infarction and 0.5% due to angina. In patients with vascular disease, 8.3% died due to deep vein thrombosis and 2.3% died due to hypertension.

Conclusion. With controlling risk factors such as hypertension, smoking, high blood cholesterol and body weight, it is possible to greatly prevent the risk of cardiovascular disease.

**Keywords**: Epidemiology, Cardiovascular disease

1- Ph.D Candidate, Faculty Member of Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2- Bachelor of Science in Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3- Master of Science in Nursing, Faculty member of Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
(corresponding Author) E-mail: mahdi_karimyar@yahoo.com
4- Bachelor of Science in Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

[ Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-16 ]