

The Impact of Family Visits on the Level of Anxiety in Patients with Angina Pectoris Hospitalized in Intensive Care Units

Bashti S¹, Aghamohammadi M*², Heidarzadeh M³

¹ - Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

² - PhD, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

³ - PhD, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989144515378 E-mail: m.agamohammadi@arums.ac.ir

Received: Jul 18, 2016

Accepted: Sep 6, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: The presence of patient's family in critical care units in Iran is banned and the patient is alone in these wards. One reason for this is thought to increase patient's anxiety is a result of his/her family's presence in bedside. This study aimed to determine the impact of family visits on the level of anxiety in patients with angina pectoris hospitalized in cardiac intensive care unit, Iran

Methods: This study was an after and before quasi-experimental research with a control group. The study population included all patients with angina pectoris admitted to the CCU of martyr Rajai Hospital in Gachsaran and had no history of psychiatric disorders or psychotropic drugs abuse. A total of 60 patients were selected by convenience sampling method from the study population. Scheduled visits twice a day, each time 1 hour used in 30 patients eligible for the study and their anxiety before and at the end of the intervention was measured by the Spielberger Questionnaire. In the control group, routine prohibited visits were followed and the level of patients' anxiety was measured 12 and 72 hours after admission. Finally, the level of anxiety in two intervention and control groups was compared using independent and paired t-test.

Results: The results showed that 3 days after hospitalization anxiety was reduced in both groups but this reduction is statistically significant in the intervention group ($p=0.004$).

Conclusion: Scheduled visit method is a good way to reduce anxiety in patients with Angina pectoris hospitalized in cardiac intensive care unit, so it may be replaced for banned visiting in intensive care units.

Keywords: Anxiety, Visits, Scheduled Visits, Cardiac Care Unit.

تاثیر ملاقات خانواده بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به آنژین قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی

سمیه باشتی¹، معصومه آقامحمدی^{2*}، مهدی حیدرزاده³

1. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

2. دکتری پرستاری، استادیار و عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

3. دکتری پرستاری، استادیار و عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

* نویسنده مسئول. تلفن: 09144515378 ایمیل: m.agamohammadi@arums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: در ایران حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه ممنوع بوده و بیمار به تنهایی در این بخش بستری می‌شود. یکی از دلایل این مساله تصور بر افزایش اضطراب بیمار در نتیجه حضور خانواده بر بالین وی می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر ملاقات خانواده بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به آنژین قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی بیمارستان شهید رجایی گچساران انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی قبل و بعد با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به آنژین قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی بیمارستان شهید رجایی گچساران که هوشیار بوده و تاریخچه بیماری‌های روانی یا مصرف داروهای روانگردان نداشتند تشکیل می‌دادند. تعداد 60 بیمار به صورت در دسترس از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. روش ملاقات برنامه ریزی شده به صورت دو بار در روز و هر بار به مدت 1 ساعت روی 30 نفر از بیماران حائز شرایط مطالعه اعمال و اضطراب آنها قبل و در پایان مداخله توسط پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر سنجیده شد. در گروه کنترل، روش ملاقات ممنوع که روتین بخش مراقبت ویژه قلبی بیمارستان شهید رجایی گچساران است اعمال و اضطراب بیماران 12 و 72 ساعت پس از بستری اندازه گیری شد. در نهایت میزان اضطراب بیماران دو گروه مداخله و کنترل با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل و تی زوجی مقایسه گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد که در هر دو گروه، میزان اضطراب بیمار سه روز پس از بستری شدن کاهش یافته بود که این کاهش در گروه ملاقات برنامه ریزی شده در مقایسه با گروه ملاقات ممنوع از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/004$).

نتیجه گیری: روش ملاقات برنامه ریزی شده شیوه مناسبی برای کاهش اضطراب بیماران مبتلا به آنژین قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی است، لذا می‌تواند جایگزین روش ملاقات ممنوع در بخش‌های ویژه گردد.

واژه های کلیدی: اضطراب، ملاقات ممنوع، ملاقات برنامه ریزی شده، بخش مراقبت ویژه قلبی

دریافت: 95/4/28

پذیرش: 95/6/16

مقدمه

بستری شدن در بخش مراقبت ویژه، تنش بزرگی از نظر جسمی و روانی به بیمار وارد می‌کند (1). ناآشنا بودن محیط، تاثیر بیماری بر روش زندگی و ایفای نقش، درد قفسه سینه و ترس از پیش آگهی بیماری از جمله عوامل ایجادکننده اضطراب در بخش مراقبت ویژه قلبی بیان شده است.

اگرچه اضطراب می‌تواند واکنش طبیعی به تشخیص یک بیماری جدی باشد، اما اضطراب شدید و طولانی در بیماران قلبی، خوش خیم محسوب نمی‌شود (2)، چرا که می‌تواند منجر به اختلال در تصویر ذهنی، کاهش اعتماد به نفس، تغییر در ایفای نقش، وابستگی، اشکال در مراقبت از خود (3)، افزایش مرگ

مارکو¹ و همکاران نشان می‌دهد 84 درصد از پرستاران عقیده دارند حضور اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه، انجام برخی از مراقبت‌ها و درمان‌ها را دچار مشکل کرده و موجب عدم رضایت و افزایش درد بیماران می‌شود. با این حال، مقالات منتشر شده در سال‌های اخیر ضمن رد اثرات مغایر و منفی ملاقات، اثرات سودمندی نیز از حضور خانواده در کنار بیماران مطرح می‌کنند (10). به همین دلیل امروزه شاهد هرچه بیشتر شدن تمایل به رفع ممنوعیت ملاقات در اینگونه بخش‌ها هستیم. طبق آمار منتشر شده در سال 2013، سیاست ملاقات بدون محدودیت در 70 درصد بخش‌های مراقبت ویژه کشور سوئد، 32 درصد بخش‌های مراقبت ویژه امریکا، 23 درصد بخش‌های مراقبت ویژه فرانسه، 22 درصد بخش‌های مراقبت ویژه انگلستان، 14 درصد بخش‌های مراقبت ویژه هلند، 3/3 درصد بخش‌های مراقبت ویژه بلژیک و 2 درصد بخش‌های مراقبت ویژه ایتالیا اجرا می‌شود (11). در ایران، سیاست ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه از سال 1962 تاکنون بدون تغییر مانده (12) و نزدیک به 40 سال است که در مورد مقررات ملاقات بازنگری صورت نگرفته است و سال‌هاست که در بخش مراقبت ویژه محدودیت ملاقات اعمال می‌شود (13). بر اساس متون منتشر شده، مساله ملاقات بیمارستانی در نقاط مختلف دنیا به اشکال گوناگونی اجرا می‌شود (14) که عمدتاً به سه شکل می‌باشد (15,16): سیاست ملاقات ممنوع یا محدود² که طی آن خانواده اجازه حضور در بخش مراقبت ویژه را نداشته و ملاقات بیمار از پشت شیشه انجام می‌گیرد. سیاست ملاقات بدون محدودیت یا باز³ که در آن

و میر، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی، افزایش نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌ها (4)، انکار و افسردگی شود (5). مطالعات نشان می‌دهند بیماران قلبی که اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند در مقایسه با بیماران دارای اضطراب پائین، 5 برابر بیشتر به ایسکمی، سکتة مجدد، افزایش ضربان قلب و فیبریلاسیون بطنی مبتلا می‌شوند (6). به علاوه، روند بهبود بیماری در گروه اول به مراتب طولانی‌تر از گروه دوم می‌باشد (7). یکی از عوامل تنش‌زای روانی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه دور بودن از اعضای خانواده و مساله کمبود زمان ملاقات است (8)، زیرا خانواده بخش مهم و اساسی سلامت هر فرد بوده و می‌تواند نقش بسزایی در احساس سلامتی بیمار داشته باشد. امروزه محیط مراقبت شامل بیماران و خانواده بوده و مراقبت جامع، مراقبت از خانواده و بیمار را دربر می‌گیرد (9)، اما بنا به دلایلی همیشه این تداوم در مشارکت خانواده امکان‌پذیر نبوده و خانواده از بیمار دور نگه داشته می‌شود. در بخش مراقبت ویژه به دلیل ساختار و فلسفه آن، حضور اعضای خانواده ممنوع بوده و ملاقات‌ها به شدت محدود می‌گردند (10). در حال حاضر تقریباً در کلیه بیمارستان‌های آموزشی ایران این محدودیت‌ها اعمال می‌شود که از جمله علل آن باور خاص پرستاران در خصوص تاثیر حضور خانواده بر افزایش عفونت می‌باشد. به علاوه به اعتقاد آنان حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه موجب وقفه در استراحت بیمار شده و موجب تغییرات فیزیولوژیکی مانند افزایش ضربان قلب، آریتمی، افزایش فشارخون و اضطراب در بیماران می‌شود. نتایج مطالعه

¹ Marco

² Restricted Visiting Policy

³ Open Visiting or Unrestricted Visiting Policy

اعضای خانواده بدون هیچ گونه محدودیت از نظر زمان ملاقات، طول مدت ملاقات، تعداد افراد ملاقات کننده و سن افراد ملاقات کننده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه را ملاقات می‌کنند و در نهایت سیاست ملاقات با محدودیت نسبی یا ملاقات انعطاف‌پذیر که بر اساس آن محدودیت نسبی از نظر زمان ملاقات، طول مدت ملاقات، تعداد و سن افراد ملاقات کننده اعمال می‌گردد و به نوعی حد واسط ملاقات باز و ممنوع می‌باشد (17). هرچند سیستم‌های متنوعی در مواجهه با ملاقات و اصول آن وجود دارد، اما با ورود نظریه و اصول اعتباربخشی در سیستم بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران، در نظر گرفتن ملاقات به عنوان یکی از نیازهای غیردرمانی بیماران، نوعی ایجاد تغییر از دیدگاه بیماری محور به دیدگاه بیمار محور می‌باشد. اصل بیمار محور بودن مراقبت در حقیقت مدنظر قرار دادن ترجیحات و نیازهای بیماران و احترام به ارزش‌های آنهاست (18). علیرغم اینکه ملاقات، تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی است برنامه ملاقات از بیماران در بخش‌های مختلف بیشتر وابسته به قوانین بیمارستان‌هاست که توجهی به عوامل فردی یا نوع بیماری ندارند (19). بعلاوه مطالعات نشان می‌دهد که راهبرد ملاقات محدود هیچ‌گونه پایه علمی ندارد (10). ضمن اینکه بافت مذهبی سنتی کشور ایران باعث شده موضوع ملاقات از بیماران یک وظیفه انسانی توأم با اجر و پاداش معنوی تلقی گردد (19). تاکید بر سیاست‌های ملاقات منعطف از یک طرف و مطالعات ضد و نقیضی که در زمینه تاثیر ملاقات بر اضطراب بیماران وجود دارد (20, 21, 22, 23, 24) از طرف دیگر، محقق را بر آن داشت تا با تعیین سطح اضطراب بیماران قلبی در دو روش ملاقات ممنوع و برنامه ریزی شده روش

مناسب تری را در مورد سیاست‌های مربوط به ملاقات کنندگان ارائه دهد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی و جامعه پژوهش تمامی بیماران مبتلا به آنژین قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی بیمارستان شهید رجایی گچ ساران بودند که از بین آنها 60 بیمار که حائز شرایط ورود به مطالعه نظیر تشخیص بیماری آنژین قلبی توسط پزشک، احتمال بستری بیش از 24 ساعت در بخش ویژه، هوشیاری به زمان و مکان و شخص، عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم استفاده از داروهای روانگردان بودند به صورت در دسترس به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند.

برای جمع آوری داده‌ها از یک پرسشنامه دو قسمتی استفاده گردید. بخش اول مربوط به اطلاعات فردی اجتماعی و بیماری (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل و سابقه بستری) و بخش دوم، پرسشنامه اضطراب موقعیتی اسپیلبرگر¹ بود. این پرسشنامه شامل 20 سوال است که نمره بین 80-20 را می‌توان کسب نمود. نمره 80 بیانگر اضطراب خیلی شدید، 80-60 اضطراب شدید، 60-59 اضطراب متوسط و 39-20 اضطراب خفیف می‌باشد. این پرسشنامه یک پرسشنامه معتبر است که به کرات در پژوهش‌های داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته است. به طور مثال مهرام در سال 1373، روایی و پایایی آن را بررسی و تائید نموده است (25). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در مطالعه اسدی نوقابی و همکاران 91% گزارش شده است (26). نحوه انجام کار به این صورت بود که پژوهشگر پس از تائید عنوان توسط شورای پژوهشی دانشکده و اخذ تائیدیه کمیته

¹ Spielberger

گروه ملاقات ممنوع و برنامه‌ریزی شده با هم مقایسه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از SPSS-16 و روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (کای دو، تی مستقل و تی زوج) استفاده گردید. پژوهشگر پس از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق و معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی و هدف از انجام پژوهش را بیان نمود. قبل از پاسخ دهی، فرم رضایتمندی به بیماران داده شد و به آنها اطمینان داده شد که شرکت یا عدم شرکت آنها در مطالعه تأثیری بر روند درمان آنها نخواهد داشت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه در هر دو گروه مذکر و متاهل بوده و سابقه بستری در بیمارستان را داشتند. همچنین میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه ملاقات برنامه‌ریزی شده 66/9 سال و در گروه ملاقات ممنوع 64/63 سال بود. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین سنی در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ($p=0/77$) (جدول 1). مقایسه میانگین نمرات اضطراب دو گروه قبل و بعد از مداخله نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین آنها بود، به طوری که قبل از انجام مداخله، میانگین نمره اضطراب بیماران در گروه ملاقات برنامه‌ریزی شده $80/33 \pm 21/97$ و در بیماران تحت ملاقات ممنوع $79/87 \pm 19/67$ و بعد از مداخله، میانگین نمره اضطراب بیماران در گروه ملاقات برنامه‌ریزی شده $66/90 \pm 15/9$ و در گروه ملاقات ممنوع $75/07 \pm 18/35$ بود که آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه هم قبل ($p=0/93$) و هم بعد از مداخله ($p=0/07$) نشان نداد (جدول 2).

اخلاق دانشگاه، توسط معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به مرکز درمانی شهید رجایی گچساران معرفی شد و پس از توضیح در خصوص اهداف پژوهش به مسئولین مرکز و جلب رضایت و همکاری آنان شروع به نمونه‌گیری کرد. در ابتدای نمونه‌گیری، با تک تک نمونه‌ها در مورد اهداف تحقیق صحبت شد و رضایت آنان جلب گردید. به منظور یکسان‌سازی شرایط مطالعه و جلوگیری از تأثیر محیط بر شرکت‌کننده‌ها، ابتدا 30 بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی که معیارهای ورود به مطالعه و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند و تحت ملاقات ممنوع طبق سیاست بیمارستان بودند انتخاب و اضطراب آنها طی 12 ساعت اول بستری و 48 ساعت پس از آن مورد ارزیابی قرار گرفت. در ادامه 30 نفر دیگر بستری در همین بخش که حائز شرایط ورود به مطالعه بودند، پس از آگاهی از اهداف مطالعه به عنوان گروه مداخله، انتخاب شدند. ابتدا پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر در 12 ساعت اول بستری این بیماران، توسط پژوهشگر پر شد و سپس روش ملاقات برنامه‌ریزی شده به مدت 48 ساعت برای آنها اعمال گردید. برای این منظور قبل از شروع ملاقات، محقق از بیمار در خصوص فرد یا افرادی از اعضای خانواده که با آنها احساس راحتی بیشتری داشته و تمایل به حضور آنها در بالین خود داشت سوال کرد و پس از مشخص شدن افراد مورد نظر بیمار، به ملاقات کنندگان در خصوص اصول ارتباط و روش ملاقات به صورت چهره به چهره آموزش داده و سپس دو بار در روز و هر بار به مدت یک ساعت (ساعت 3-2 و 8-7 عصر) به آنها اجازه داده شد تا بیمار خود را ملاقات کنند. پس از 48 ساعت، اضطراب بیمار مجدداً سنجیده شد. در نهایت میزان اضطراب بیماران قبل و بعد از مداخله در هر گروه و بین دو

مداخله در مراحل قبل و بعد از ملاقات برنامه ریزی شده نشان دهنده کاهش بارز نمره اضطراب بیماران از 80/33 به 66/90 بود که نتایج آزمون تی زوجی نیز معنی دار بودن این تفاوت را تأیید کرد ($p=0/004$).

چنانچه در جدول 3 مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب بیماران قبل از مداخله در گروه تحت ملاقات ممنوع بعدی (48 ساعت بعد از اولین بررسی) به $75/07 \pm 18/35$ تقلیل یافت که این کاهش از نظر آماری معنی دار نبود ($T=2/07$ و $p=0/19$) در حالی که نتیجه بررسی گروه

جدول 1. مشخصات فردی- اجتماعی شرکت کنندگان در مطالعه به تفکیک گروه ها

P-Value	گروه ملاقات ممنوع (کنترل)		گروه ملاقات برنامه ریزی شده (آزمون)		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
0/79	60/0	18	53/3	16	مرد
	40/0	12	7/46	14	زن
0/61	96/7	29	90	27	متاهل
	3/3	1	10	3	مطلقه
0/99	36/7	11	33/33	10	ابتدایی
	26/7	8	23/33	7	راهنمایی
	23/33	7	26/7	8	دبیرستان
	13/27	4	16/64	5	عالی
0/29	3/3	1	20	6	بیکار
	43/3	13	43/3	13	خانه دار
	33/3	10	16/7	5	آزاد
	0	0	10	3	کارگر
0/08	20	6	10	3	کارمند
	60	18	83/3	25	دارد
	40	12	16/7	5	ندارد
	3/3	1	0	0	<40
0/77	26/7	8	23/3	7	40-50
	70	21	76/7	23	>50
					سن (سال)

جدول 2. مقایسه میانگین نمرات اضطراب شرکت کنندگان در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

آزمون تی مستقل	گروه ملاقات ممنوع (کنترل) (n = 30)		گروه ملاقات برنامه ریزی شده (آزمون) (n = 30)		اضطراب
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T=0/087 p=0/93	19/67	79/87	21/97	80/33	قبل از مداخله
T=1/84 p=0/07	18/35	75/07	15/9	66/90	بعد از مداخله

جدول 3. مقایسه میانگین نمرات اضطراب شرکت کنندگان در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

آزمون تی زوج	گروه ملاقات ممنوع (کنترل) (n = 30)		گروه ملاقات برنامه ریزی شده (آزمون) (n = 30)		اضطراب
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T=2/07 p=0/19	18/35	75/07	19/66	79/87	قبل از مداخله
T=3/16 p=0/004	15/91	66/90	21/97	80/33	بعد از مداخله

بحث

مطالعه حاضر که با هدف تعیین تأثیر ملاقات خانواده بر اضطراب بیماران قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی انجام گرفت نشان داد که در هر دو گروه ملاقات برنامه‌ریزی شده (گروه مداخله) و ملاقات ممنوع (گروه کنترل)، نمرات اضطراب بیماران بعد از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش یافته است که این کاهش در گروه کنترل، مختصر و جزئی و در گروه مداخله بارز و بود و آزمون‌های آماری مورد استفاده نیز بیانگر تفاوت معنی‌دار بین نمرات اضطراب قبل و بعد در گروه مداخله و عدم تفاوت معنی‌دار بین نمرات اضطراب در بررسی اولیه و 48 ساعت بعد از آن در گروه کنترل بود.

مطالعه عظیمی لولتی و همکاران که با هدف تأثیر ملاقات خانواده یا دوستان بر شاخص‌های فیزیولوژیک و خوشی بیماران مبتلا به سکت قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی انجام گرفت نشان داد که بعد از دوره ملاقات، بیماران به طور مشخصی افزایش حس خوشی و کاهش سطح اضطراب را نشان دادند (20). همچنین اورلن¹ در مطالعه خود که به منظور مقایسه سطح اضطراب و رضایتمندی همسران بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در دو روش ملاقات آزاد و چهار بار در روز روی 53 نفر انجام داد به این نتیجه رسید که همسران بیماران متعلق به گروه ملاقات آزاد سطح اضطراب کمتر و رضایتمندی بیشتری نسبت به گروه ملاقات محدود داشتند (21). نتایج مطالعه حاضر و مطالعات ذکر شده نشان می‌دهد که ملاقات خانواده می‌تواند در کاهش اضطراب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه تأثیرگذار باشد و هرچقدر زمان ملاقات افزایش یابد، تأثیرات

بیشتری را بر سطح اضطراب بیماران ایجاد خواهد داشت. با این وجود مطالعاتی نیز هستند که تأثیر ملاقات را بر اضطراب بیماران بستری در بخش‌های ویژه قابل ملاحظه نمی‌دانند، نظیر مطالعه صلواتی و همکاران که با هدف تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی انجام شد و نتایج نشان داد که ملاقات برنامه‌ریزی شده، تغییرات مهمی در شاخص‌های قلبی-عروقی از لحاظ بالینی ایجاد نمی‌کند (22). همچنین مطالعه گربر² که روی سه گروه از بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی با روش‌های ملاقات مختلف از نظر زمانی انجام گرفت حاکی از نبود تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه از نظر نمره اضطراب بود (23). مهرانژاد و همکاران نیز در مطالعه خود نتایج مشابهی را گزارش کردند (24) که مخالف نتایج مطالعه حاضر و مطالعات همسو با آن است. این تفاوت‌ها شاید به دلیل اختلاف در برنامه ملاقات خانواده باشد، به طوری که در مطالعاتی که قبل از ملاقات، در خصوص اصول ملاقات و نحوه برخورد خانواده با بیمار بستری، با همراه بیمار صحبت شده و آموزش‌های لازم ارائه گردیده و یا از همراهان مورد علاقه بیمار برای ملاقات او استفاده شده، کاهش میزان اضطراب اتفاق افتاده است.

توجه به محدودیت‌های زیر در تفسیر نتایج مطالعه، قابل اهمیت است. از جمله این محدودیت‌ها، عدم معرف بودن نمونه‌های پژوهش به دلیل عدم انتخاب تصادفی آنها بود، بنابراین نتایج این مطالعه قابلیت تعمیم به بیماران مبتلا به آنژین قلبی بستری در تمام بخش‌های مراقبت ویژه را ندارد.

² Gerber¹ Orlen

بیماران باشد. بنابراین تجدید نظر در قوانین سخت بخش‌های ویژه در ارتباط با ممنوعیت ملاقات و آموزش پرستاران در جهت کمک گرفتن از اعضای خانواده برای همراهی و ایجاد آرامش در بیمار دارای اهمیت زیادی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه مصوب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1394.58 می‌باشد که با کد IRCT2015110524898N1 در سامانه مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل، پرسنل محترم بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان شهید رجایی گچساران و بیماران قلبی بستری در آن مرکز و خانواده آنها، تشکر نمایند.

همچنین، نتایج مطالعه می‌تواند تحت تاثیر متغیرهای مداخله‌گری نظیر آگاهی نمونه‌ها از بیماری آنژین قلبی، زمینه‌های تحصیلی و اجتماعی و زمان انجام ملاقات با اقدامات انجام شده برای بیماران قرار گیرد.

لازم است تحقیقات آینده، روی تفاوت‌های فردی در پاسخ‌های فیزیولوژیک و روانی ملاقات خانواده در بین بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه متمرکز شوند. همچنین به منظور تعیین اهمیت یافته‌های بالینی بهتر است مطالعات دیگری با تعداد نمونه بیشتر و روی نمونه‌های تصادفی انجام گیرد.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر آن است که اجرای برنامه ملاقات محدود بدون اینکه روی فعالیت‌های مراقبتی پرستاران تاثیر بگذارد می‌تواند بر وضعیت اضطراب بیماران قلبی موثر بوده و روش مناسبی در کاهش اضطراب

References

- 1- Ingram P, Sinclair L, Edwards T. The safe removal of central venous catheters. *Nursing standard*. 2006;20(49):42-6.
- 2- Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Caracciolo A. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *Journal of geriatric psychiatry*. 1991.
- 3- Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catoire J, de Tinténac A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive care medicine*. 2002;28(10):1389-94.
- 4- Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gauden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of internal medicine*. 2001;161(15):1849-56.
- 5- Livesay S, Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, Hickey JV. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *Journal of nursing care quality*. 2005;20(2):182-9.
- 6- Salehi S, Safavi M, Vafaie M. Level of anxiety and its correlation with some individual characteristics in patients with myocardial infarction in hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006). *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2008;18(2):121-5.
- 7- Besharat M, Pourang P. The relationship between coping styles and psychological adaptation in the recovery process: patients with coronary heart disease. *Tehran University of Medical Sciences*. 2008;66(8).
- 8- Schlenker E. *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach*. *Nursing and Health Care Perspectives*. 1999;20(3):152-.
- 9- Abbas-Zadeh A, Abazry F, Amin M. Psychosocial needs of hospitalized patient's family in intensive care unit. *Mashhad Journal of Nursing and Midwifery Faculty*. 2000;1378(2):7-13.

- 10- Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall M, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nursing in critical care*. 2006;11(1):33-41.
- 11- Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C, Group OS. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive care medicine*. 2013;39(12):2180-7.
- 12- Tayebi Z, Dehghan-Nayeri N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. *Nursing in critical care*. 2014;19(3):117-25.
- 13- Noordermeer K, Rijpstra TA, Newhall D, Pelle AJ, van der Meer NJ. Visiting policies in the adult intensive care units in the Netherlands: Survey among ICU directors. *ISRN Critical Care*. 2012;2013.
- 14- Rahmani R, Motahedian Tabrizi E, Rahimi A. To assess the effect of planed meeting on the physiologic indicators of the patients who suffer from Acute Coronary Syndrome. *Journal of Critical Care Nursing*. 2013;6(1):57-64.
- 15- Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2010;39(2):137-46.
- 16- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA*. 2004;292(6):736-7.
- 17- Herbert V. Open visiting policy: beliefs and attitudes of intensive care clinicians 2012.
- 18- Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiologica*. 2010;76(2):89-90.
- 19- Zarea K, Negarandeh R, Dehghan-Nayeri N, Rezaei-Adaryani M. Nursing staff shortages and job satisfaction in Iran: Issues and challenges. *Nursing & health sciences*. 2009;11(3):326-31.
- 20- AzimiLolaty HA, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Golzarodi T, Charati JY. The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. *Complementary therapies in clinical practice*. 2014;20(3):147-51.
- 21- Orlen CA. Visitation in the intensive care unit: satisfaction with limited and unlimited visiting hours and anxiety levels of patients':submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in the graduate school of the Texas Woman's University wives1993.
- 22- Salavati M, Najafvandzadeh Kh, Oshvandi Sh, Homayonfar AR, Soltanian. The Effects of Programmed Visiting on Physiological Indexes in CCU Patients. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2012; 20 (3):43-53.
- 23- Gerber DL. The effect of visitation on adult intensive care unit patients:submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philsofhy in the graduate school of the Texas Woman's University; 1996
- 24- Mehrnejad N, Ganji T, Ardeshiri M, Fathi P. Theeffect of family presence at the bedside on serum cortisol levels and physiological indexes in patients hospitalized in intensive care unit. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;2(4):36-42
- 25- Mahram B. Validity of Spielberger State-trait Anxiety Inventory (STAI) in Mashhad City, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran, 1994.[Persian]
- 26- Asadi-Noghabi AA, Shaban M, Faghieh-zadeh S, Asadi M. Effect of Phase 1 cardiac program rehabilitation on anxiety of patients candidates for coronary bypass surgery. *Hayat*. 2008; 14(3): 5-13. [Persian]