

بررسی تاثیر ملاقات برنامه ریزی شده بر اضطراب و افسردگی بیمارستانی بیماران سندرم حاد کرونری بستری در بخش مراقبت های ویژه قلبی در بیمارستان بقیه الله (عج)

Effect of scheduled visiting on hospital anxiety and depression of hospitalized acute coronary syndrome patient in cardiac care unit in Baqiyatallah hospital

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۰/۲۹

Ahmadian R.MSc[✉], Rahmani R.PhD
Rahimi A.PhD, Motahedian E.MSc

رزا احمدیان یزدی[✉]، رمضان رحمانی^۱
ابوالفضل رحیمی^۲، الهه متحیدیان^۳

Abstract

Introduction: Anxiety and depression are common disorders among acute coronary syndrome patients while hospitalizing in the cardiac care unit. In this respect, that, in such a ward, visiting is usually restricted. This study has been implemented to investigate the effect of planned visiting on hospital anxiety and depression in acute coronary syndrome patients, hospitalized in the cardiac care unit.

Method: This is a quasi-experimental study on 72 patients with acute coronary syndrome admitted to the cardiac care unit of Baqiyatallah Hospital in Tehran. The samples were selected with purposeful sampling method and randomly divided into case and control groups. Planned visiting program includes three times visiting a day in the experimental group versus a routine visiting in the control group. The results have been collected through Hospital Anxiety and Depression Questionnaire in the first and third days of hospitalization in both groups.

Results: The mean of anxiety score in the case group significantly decreased in the third day in comparison with the first day ($p=0.021$) but in the control group, the mean of anxiety score in the third day in comparison with the first day was not significant ($p=0.102$). The mean score of depression in the case group decreased in the third day of hospitalization compared with the first day ($p=0.38$) but in the control group, the mean of depression score increased in the third day of hospitalization compared with the first day ($p=0.402$). These changes were not significant in both groups.

Discussion: The results of this research indicated the positive effect of planned visiting in comparison with the restricted visiting on decreasing hospital anxiety and depression in cardiac patients. Therefore, the implementation of such visiting programs is recommended to these patients to achieve the better and faster care and results.

Key words: Planned visiting, cardiac care unit, anxiety, depression

چکیده

مقدمه: اضطراب و افسردگی از مشکلات شایع بیماران سندرم کرونری حاد به هنگام بستری در بخش مراقبت های ویژه قلبی است. با توجه به اینکه معمولاً در این بخش ها محدودیت ملاقات اعمال می شود این مطالعه با هدف تعیین تاثیر ملاقات برنامه ریزی شده بر اضطراب و افسردگی این بیماران انجام شده است.

روش: این پژوهش از نوع نیمه تجربی است که بر روی ۷۲ بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی در بیمارستان بقیه الله (عج) انجام گرفت. نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس مبتنی بر هدف به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. برنامه ملاقات برنامه ریزی شده عبارت بود از اجرای سه نوبت ملاقات در روز در گروه آزمون، در مقابل یک نوبت ملاقات روتین برای گروه شاهد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) روز اول و سوم بستری جمع آوری گردید.

نتایج: میانگین نمره اضطراب در گروه آزمون به طور معناداری در روز سوم بستری نسبت به روز اول کاهش یافت ($P=0/021$). در گروه شاهد میانگین نمره اضطراب کلی در روز سوم نسبت به روز اول تغییر معناداری را نشان نداد ($p=0/102$).

میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون، در روز سوم بستری نسبت به روز اول کاهش یافت ($P=0/38$) ولی در گروه شاهد نمره افسردگی در روز سوم بستری نسبت به روز اول افزایش یافته بود ($P=0/402$). این تغییرات در هر دو گروه معنادار نبود.

بحث: نتایج این تحقیق بیانگر تاثیر مثبت ملاقات برنامه ریزی شده در مقابل ملاقات محدود در کاهش سطح اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران قلبی است بنابراین اجرای چنین برنامه های ملاقاتی در این بخش ها به منظور دستیابی به نتایج مراقبتی و بهبودی بهتر و سریعتر این بیماران توصیه می شود.

کلید واژه ها: ملاقات برنامه ریزی شده، بخش مراقبت ویژه قلبی، اضطراب، افسردگی

✉ **Corresponding Author:** Critical care nursing group, Baqiyatallah University of Medical sciences, Tehran, Iran
E-mail: ahmadianroza@yahoo.com

✉ گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۲- گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
۳- گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

مقدمه

سندرم کرونری حاد (ACS)^۱ وضعیتی اورژانسی است که با ایسکمی حاد و ناگهانی عضله قلب مشخص می‌شود و در صورت عدم انجام مداخلات سریع می‌تواند منجر به مرگ میوکارد گردد. این سندرم طیفی از اختلالات را شامل: آنژین ناپایدار (UA)^۲ و سکته قلبی در بر می‌گیرد. این اختلال تهدید کننده حیات، مهمترین علت نیاز به انجام اقدامات اورژانسی و بستری شدن در بیمارستان، در امریکا است.

در حال حاضر ۸۲/۶ میلیون نفر امریکایی از بیماری‌های قلبی رنج می‌برند و بیش از ۸ میلیون نفر امریکایی به انفارکتوس قلبی مبتلا شده‌اند. این بیماری با ۳۴٪ فراوانی همچنان اولین علت مرگ در امریکا به حساب می‌آید. به گزارش انجمن قلب امریکا ۴۰/۵٪ جمعیت امریکا به بیماری‌های قلبی مبتلا هستند و سالانه حدود ۱۶۵ بلیون دلار در امریکا به طور مستقیم و یا غیر مستقیم صرف درمان بیماران قلبی می‌شود. (لیبر^۲، ۲۰۱۱)

بر اساس آمارهای ارائه شده توسط وزارت بهداشت، در ایران نیز ۱۵ میلیون نفر به بیماری‌های قلبی - عروقی مبتلا هستند. این بیماری‌ها اولین علت مرگ و میر در جامعه ایران بوده (طالبی زاده، ۱۳۸۸) و روزانه ۳۰۰ نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت می‌کنند که سالانه حدود ۱۱۰ هزار مورد می‌باشد (غفاری، ۱۳۹۰).

این بیماران در مرحله حاد نیاز به مراقبت‌های ویژه داشته و بسته به شدت بیماری، مدتی در بخش مراقبت ویژه تحت نظر قرار می‌گیرند. این بخش متشکل از یک واحد تخصصی پزشکی و پرستاری است که در آن مطابق موازین و مقررات علمی و با استفاده از تجهیزات، تاسیسات، امکانات و تکنولوژی پزشکی و داروهای لازم، درمان و مراقبت از بیمارانی که مبتلا به انفارکتوس میوکارد و عوارض حاد قلبی کشنده هستند، انجام می‌گیرد. در این بخش بیماران هوشیار بوده و محیط بخش مراقبت ویژه قلبی می‌تواند به عنوان عامل شدید استرس زا و زیان آور روانی مطرح شود (بیرقی، ۱۳۸۴). طی سال‌های اخیر مرگ و میر بیماران دچار سکته قلبی با تاسیس بخش‌های ویژه تا حدی کم شده است ولی

بیمارانی که برای بار اول در بخش مراقبت ویژه قلبی بستری می‌گردند با وجود شرایط بی ثبات جسمی و روانی دچار اضطراب می‌شوند که علت آن عدم آگاهی از مشکلاتی است که برایشان پیش خواهد آمد، نحوه زندگی بعد از سکته و بستری شدن در محیطی پر از استرس و دستگاه‌های پیچیده، برخورد با پرستارانی که خود با کمترین واکنش بیماران نسبت به درمان یا ماهیت بیماری دچار اضطراب می‌شوند نیز مزید بر علت است (بصام پور، ۱۳۸۴).

در این راستا کنل اوزر^۴ و همکارانش (۲۰۰۹) بیان می‌دارند که ۳۴٪ بیماران بستری در این بخش‌ها استرس شدیدی را تجربه می‌کنند و ۵۷/۱ درصد استرسی در حد مرزی گزارش کرده اند، همچنین در بررسی دیگری که توسط بیرقی و همکارانش بر روی ۵۰ بیمار بستری در بخش قلب انجام گرفت وی شیوع علائم افسردگی و اضطراب را در بیماران قلبی به ترتیب ۴۷٪ و ۶۸٪ گزارش کرد. این آمارها بیانگر شیوع بالای اضطراب و افسردگی در بیماران بستری در بخش‌های ویژه قلبی است.

پژوهش‌ها بیانگر این واقعیت هستند که خطر حوادث عروق کرونر در مبتلایان به سکته قلبی که سطح اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند، ۳ تا ۵ برابر بیش از بیماران غیرمضطرب است، همچنین بروز حوادث قلبی در بیماران سکته قلبی که اضطراب دارند، بلافاصله پس از سکته و چند ماه بعد از آن افزایش می‌یابد. تحقیقات نشان داده است که سطوح بالای اضطراب، خطر مرگ ناگهانی را تا سه برابر افزایش می‌دهد (حمیدی، ۱۳۸۶). افسردگی نیز یک عکس العمل معمول در مقابل بیماری‌های جدی مانند بیماری‌های قلبی می‌باشد. در مطالعه ای که توسط طلایی و همکارانش در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت شیوع افسردگی در جمعیت مبتلا به حوادث قلبی - عروقی ۸۱٪ و میزان ابتلا به افسردگی در بیماران دچار آنژین صدری بستری شده در بیمارستان تقریباً ۱/۵ برابر جمعیت عادی جامعه گزارش شده است. افسردگی چه از نوع اختلال باشد و چه علامتی بوده ولی به حد اختلال نرسیده باشد،

میزان مرگ و میر و ناخوشی حوادث قلبی - عروقی را به دو برابر افزایش می دهد.

براساس مطالعه هرنان^۵ و همکارانش (۲۰۰۱) افسردگی در بیماران حاد کرونری با مرگ و میر و عوارض بالاتری مخصوصاً در طولانی مدت همراه است همچنین فریزر^۶ و همکارانش بیان می دارند که افسردگی متعاقب بستری شدن در بیمارستان به دنبال سکتة قلبی می تواند پیش بینی کننده میزان مرگ و میر ۶ تا ۱۸ ماهه بعد از سکتة قلبی باشد. بر اساس این مطالعه شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران حاد کرونری بسیار بالا می باشد و این عوارض می تواند بر پیش آگهی بیماری تاثیر سوئی داشته باشد ولی متأسفانه کمتر به این عوارض توجه شده و در بسیاری از موارد این مسائل نادیده گرفته می شوند. با توجه به موارد ذکر شده همواره درمان اختلالات روانپزشکی همراه با بیماری قلبی راهکار مناسبی در جهت بهبود پیش آگهی و کاهش طول مدت بستری این بیماران بوده است. در مطالعه ای که توسط باقریان و همکارانش (۱۳۹۰) بر روی یکصد بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه انجام گرفت محقق به این نتیجه دست پیدا کرد که با توجه به خصیصه های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران این افراد بیشتر از مکانیسم های سازگاری حمایت جوینده که دارای عناصری از رویکرد هیجان مدار می باشد برای کاهش اضطراب و افسردگی ایجاد شده متعاقب بیماری استفاده می نمایند. در این راستا پژوهش کیفی انجام گرفته توسط احمدی (۲۰۰۶) نشان می دهد که توجه به مفاهیمی چون برقراری ارتباط موثر و انسانی و تقویت گوش دادن به بیمار می تواند از طریق کمک به این مکانیسم سازگاری، تاثیر زیادی بر کاهش این استرس ها داشته باشد. یکی از راه های برقراری ارتباط در بخش ویژه قلبی ایجاد و افزایش امکان ملاقات بیمار با بستگان و افراد مورد علاقه وی می باشد. در حال حاضر سه روش ملاقات در جوامع مختلف به کار برده می شود:

۱- ملاقات محدود ۲- ملاقات آزاد ۳- ملاقات برنامه ریزی شده (انعطاف پذیر)

- ملاقات محدود معمولاً به وسیله سیاست های بیمارستان تعیین شده و توسط تعدادی افراد ثابت با یک میزان زمان خاص انجام می شود.

- در ملاقات آزاد به خانواده ها اجازه داده می شود که بیمار را در هر ساعت از شبانه روز که بیمار یا خانواده وی بخواهند ملاقات کنند.

- ملاقات برنامه ریزی شده یا انعطاف پذیر، لفظی بین نهایت یک ملاقات کاملاً آزاد و یک ملاقات کاملاً محدود است (کوک ۲۰۰۶، ۷).

در مطالعه ای که توسط گنزالس^۸ و همکارانش (۲۰۰۴) بر روی بیماران بخش های مراقبت ویژه انجام گرفت این بیماران ۳۵ تا ۵۵ دقیقه ملاقات را برای ۳ تا ۴ بار در روز و معمولاً با تعداد افراد حداکثر ۳ نفر ترجیح می دادند و این بیانگر تمایل بیماران به افزایش تعداد دفعات ملاقات است.

با وجود تمایل بیماران به افزایش تعداد دفعات ملاقات و نیز وجود انجام مطالعات مختلفی که در زمینه تاثیر ملاقات بر بیماران بستری در بخش های ویژه انجام گرفته همچنان اختلاف نظرهایی وجود دارد و بعضی از افراد اعتقاد دارند که حضور اعضای خانواده به طور آزاد بر بالین بیمار باعث سلب آرامش و استراحت بیمار می شود اما در مطالعه ای که توسط جنیفر ام^۹ و همکارانش (۲۰۰۹) انجام گرفت وی ابراز داشت که ملاقات آزاد می تواند تاثیر مثبتی بر روی خانواده بیماران داشته و می تواند موجبات حمایت روحی، روانی بیمار را فراهم کرده و باعث ایجاد احساس امنیت در بیماران شود. همچنین بررسی ها نشان داده است که ملاقات آزاد می تواند به طور معناداری باعث کاهش میزان اضطراب و سطح هورمون محرک تیروئید و نیز کاهش میزان فشارخون در بیماران گردد.

در مطالعه دیگری که توسط لی و همکارانش (۲۰۰۸) بر روی ۱۰۶ بیمار مبتلا به بیماری کرونری قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه انجام گرفت مشاهده شد که افزایش در تعداد دفعات ملاقات به طور معنی داری باعث کاهش در سطح اضطراب بیماران می شود. به طوری که گروه دریافت کننده ملاقات محدود با یک بار

در روز و در ۲۳/۹٪ واحدها یک ساعت ملاقات در روز اعمال می‌شد و در برخی موارد این ملاقات از پشت پنجره انجام می‌گرفت. در حالی که وی در این مطالعه به نقل از جیانین^{۱۴} بیان می‌دارد که سیاست ملاقات آزاد فرانسه در ۲۳٪ واحدهای ویژه، در انگلیس در ۵۰٪ موارد و در ۷۰٪ موارد در سوئد برقرار می‌باشد. با توجه به وجود نظرات موافق و مخالف و نیاز به بررسی بیشتر در زمینه تاثیر ملاقات بر وضعیت روانی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بر آن شدیم تا این پژوهش را با هدف تعیین تاثیر ملاقات برنامه ریزی شده بر وضعیت اضطراب و افسردگی بیمارستانی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی انجام دهیم.

روش

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهه است که بر روی ۷۲ بیمار مبتلا به سندرم کرونری حاد بستری در دو بخش مراقبت ویژه قلبی در بیمارستان بقیه‌الله (عج) تهران انجام شده است. معیارهای ورود شامل: داشتن تشخیص پزشکی ابتلا به ACS، نداشتن سابقه مشکلات اضطرابی و افسردگی مرضی شناخته شده، محدوده سنی ۳۵-۶۵ سال، فراهم بودن امکان ملاقات از طرف خانواده، عدم ابتلا به بیماری‌های تیروئیدی، عدم وجود سابقه بستری قلبی در CCU، هوشیار و آگاه به زمان، مکان و شخص، برقراری ارتباط کلامی و عدم اعتیاد به مواد مخدر در نظر گرفته شد. نمونه‌های این مطالعه که اغلب از نظامیان و یا خانواده‌های آنان بود به وسیله نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو بخش مراقبت قلبی مجزا در دو گروه آزمون و شاهد تحت مطالعه قرار گرفتند، جهت جلوگیری از تاثیر برنامه مداخله بر نتایج بیماران بستری در بخش سی سی یو یک بیمارستان به عنوان گروه آزمون و بیماران بستری در بخش سی سی یو دو به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. تعداد نمونه با توجه به مطالعات قبلی و با استفاده از نمودار آلمن ۳۶ نفر در هر گروه محاسبه شد. مداخله مورد

ملاقات در روز علائم خفیفی از اضطراب را نشان دادند در حالی که سطح اضطراب در گروه دریافت کننده دو بار ملاقات در روز، در حد نرمال بود ($p=0/05$). ولی در هر دو گروه آزمون و شاهد علائم خفیفی از افسردگی بدون وجود تفاوت معنا دار آماری مشاهده شد. نیزهانترا^{۱۵} در مطالعه خود که در سال ۲۰۱۰ در انگلستان انجام داد بیان می‌کند که افزایش زمان ملاقات می‌تواند باعث کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بیماران بستری در بخش ویژه شود. فوماگالی^{۱۱} و همکارانش (۲۰۰۶) در یک مطالعه پیگیر دوساله بر روی ۲۲۶ بیمار، نتیجه گرفتند که افزایش تعداد دفعات ملاقات علاوه بر کاهش عوارض قلبی-عروقی باعث کاهش در سطح اضطراب و هورمون‌های تیروئیدی می‌شود.

در مطالعه دیگری که توسط ویت کامب^{۱۲} (۲۰۱۰) در یک بیمارستان نظامی انجام گرفت وی به این نتیجه دست یافت که کاهش محدودیت ملاقات می‌تواند با افزایش در میزان رضایت بیمار و خانواده وی و نیز کاهش میزان اضطراب در بیمار همراه باشد. لازور و بان^{۱۳} (۱۹۹۸) معتقدند که افزایش ارتباط و ملاقات نه تنها تاثیر منفی ندارد بلکه باعث آرامش بیشتر و افزایش رضایت بیمار شده و به کاهش درد و متعادل شدن پارامترهای همودینامیک او کمک می‌کند. همچنین برخی بررسی‌ها نشان داده است که واکنش در برابر ورود ملاقاتی باعث افزایش متوسط فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بیماران می‌گردد. با وجود موارد ذکر شده، مطالعات انجام گرفته در کشور ما حاکی از این واقعیت می‌باشد که علیرغم افزایش آگاهی در مورد نقش فعال خانواده‌ها در مراقبت از بیمار و نیز افزایش شناخت پرسنل بیمارستان در مورد حقوق و توانایی‌های بیماران برای تصمیم‌گیری آگاهانه، قوانین سختی برای ملاقات در بخش‌های ویژه گذاشته شده است. از جمله مطالعه ای که توسط حق بین و همکارانش (۲۰۰۹) در ۷۱ بخش مراقبت ویژه در استان فارس انجام گرفت، نشان داد که در ۳۹/۴٪ واحدها ملاقات ممنوع، در ۱۵/۵٪، ۱/۵ تا ۲ ساعت

برای اجرای طرح، دشواری‌هایی در زمینه رفت و آمد ملاقاتی‌ها اشاره نمود که تا حد ممکن سعی در رفع این مسائل شد. از جمله سعی شد ساعت ملاقات در زمان‌هایی تنظیم شود که علاوه بر کمتر بودن بار کاری پرسنل، شرایط زمانی و ترافیکی بهتری نیز برای حضور اعضای خانواده وجود داشته باشد. پس از کسب رضایت کتبی از بیماران شرکت کننده در هر دو گروه مداخله انجام و اطلاعات جمع آوری شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی با توجه به نوع مطالعه و نوع متغیرها از آزمون تی، (t-test) و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های مورد پژوهش $۵۷/۲ \pm ۸/۲$ سال بود که ۴۲ نفر (۵۸/۳ درصد) مذکر و ۳۰ نفر (۴۱/۷ درصد) مونث بودند همچنین ۶۱ نفر (۸۴/۷ درصد) متاهل و ۱۱ نفر (۱۵/۳ درصد) همسر خود را از دست داده بودند. با توجه به همسان سازی‌های اعمال شده در دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک قبل از مداخله تفاوت معناداری از نظر آماری مشاهده نشد.

در رابطه با وضعیت اضطراب بیماران و تغییرات آن، نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در گروه آزمون میانگین نمره اضطراب بیماران پس از مداخله کاهش یافته است و آزمون آماری تی زوجی این اختلاف را معنا دار نشان داد ($P=۰/۰۲۱$). در گروه شاهد میانگین نمره اضطراب کلی در روز سوم نسبت به روز اول مطالعه، تفاوت آماری معنا داری را نشان نداد ($P=۰/۱۰۲$).

نظر (ملاقات برنامه ریزی شده محقق) در این تحقیق شامل: سه نوبت ملاقات در گروه آزمون در ساعت‌های ۱۱ تا ۱۱:۴۵ صبح و ۱۴ تا ۱۶ و ۱۹ تا ۱۹:۴۵ توسط یک تا سه نفر از افراد مورد درخواست و انتخابی از بستگان درجه یک بیمار بود. در گروه شاهد برنامه ملاقات به صورت برنامه روتین بیمارستان یعنی یک نوبت در روز در ساعت ۱۴ تا ۱۶ پیاده شد. اطلاعات مورد نیاز پس از کسب رضایت از هر دو گروه جهت شرکت در مطالعه، با استفاده از ابزار زیر جمع آوری شد. پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) این ابزار یک پرسشنامه چهارده سوالی شامل دو مقیاس اضطراب و افسردگی است. که هفت سوال مربوط به اضطراب و هفت سوال مربوط به افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد و در مجموع از هر قسمت ۲۱ امتیاز کسب می‌شود. امتیاز صفر تا هفت به معنای سالم بودن، هشت تا ده اختلال بینابینی و امتیازهای یازده و بالاتر اختلال بیمارگونه در نظر گرفته می‌شوند. استفاده از این پرسشنامه برای پیش بینی استرس و اضطراب در بیماران قلبی مفید است و اعتبار و اعتماد علمی ترجمه فارسی آن در سال ۱۳۸۳ توسط علی منتظری بررسی و تایید شده است.

از جمله مشکلاتی که پژوهشگر در این تحقیق با آنها مواجه بود می‌توان به مسائلی مانند وضعیت روانی - عاطفی، فرهنگی و مذهبی، اجتماعی و اقتصادی واحدهای مورد پژوهش، تفاوت در قدرت تطابق و سازگاری افراد و تجربه آنها از اضطراب، مقاومت برخی از پرستاران شاغل در این بخش‌ها در مقابل اجرای برنامه ملاقات برنامه ریزی شده و آماده سازی شرایط

جدول ۱- مقایسه تغییرات و اختلاف اضطراب بیمارستانی در دو گروه آزمون و شاهد بر حسب زمان اندازه گیری

گروه	زمان اندازه گیری	میانگین نمره	انحراف معیار	سطح معناداری	آزمون t
آزمون	اضطراب روز اول	۹/۴۱۶۷	۵/۷۶۳۸	۰/۰۲۱	-۲/۴۱۵
	اضطراب روز سوم	۷/۴۱۶۷	۴/۴۶۱۷		
شاهد	اضطراب روز اول	۸/۴۱۶۷	۵/۵۱۵۵	۰/۱۰۲	-۱/۶۸۱
	اضطراب روز سوم	۷/۲۵۰۰	۵/۱۰۱۱		

روز سوم بستری نسبت به روز اول افزایش یافته بود ولی این تغییر از نظر آماری و توسط آزمون تی زوجی معنا دار نبود ($P=0/402$).

در رابطه با وضعیت افسردگی بیماران و تغییرات آن، نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون پس از مداخله کاهش یافته است ($P=0/38$). در گروه شاهد نمره افسردگی در

جدول ۲- مقایسه تغییرات و اختلاف افسردگی بیمارستانی در دو گروه آزمون و شاهد بر حسب زمان اندازه گیری

گروه	زمان اندازه گیری	میانگین نمره	انحراف معیار	سطح معنا داری	آزمون t
آزمون	افسردگی روز اول	۶/۵۰۰۰	۵/۳۵۳۲۴	۰/۳۸۰	۰/۸۸۹
	افسردگی روز سوم	۵/۹۱۶۷	۴/۶۳۱۴۱		
شاهد	افسردگی روز اول	۶/۷۲۲۲	۴/۰۹۶۰۷	۰/۴۰۲	-۰/۸۴۸
	افسردگی روز سوم	۷/۳۳۳۳	۴/۹۷۴۲۲		

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سطح اضطراب بیماران در گروه دریافت کننده ملاقات انعطاف پذیر، در روز سوم بستری نسبت به روز اول بستری کاهش معنا داری داشته است، در حالی که در گروه دریافت کننده ملاقات محدود، کاهش اضطراب معنا دار نبود. همچنین در مورد وضعیت افسردگی گروه‌های مورد بررسی نتایج نشان داد که نمره افسردگی روز سوم بستری، در گروه دریافت کننده ملاقات برنامه ریزی شده نسبت به روز اول بستری کاهش یافته است در حالی که نمره افسردگی در گروه دریافت کننده ملاقات محدود در روز سوم بستری نسبت به روز اول افزایش یافته بود که این نتایج با یافته‌های مطالعه جنیفرام (۲۰۰۹)، ویت کامب (۲۰۱۰)، لازور و بان (۱۹۹۸) همخوانی دارد.

فوماگالی^{۱۵} و همکارانش (۲۰۰۶) در مطالعه خود افزایش امکان ارتباط بیشتر با اعضای خانواده بیمار را راهی در جهت کاهش اضطراب و افسردگی بیماران قلبی پیشنهاد کرده اند. بنابر این پیاده کردن سیاست ملاقات آزاد به جای ملاقات محدود در بخش‌های ویژه قلبی می‌تواند باعث کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی شود. نمره اضطراب در هر دو گروه در

حالت پایه مشابه بود و به طور معنا داری در گروه آزمون در زمان ترخیص نسبت به زمان پذیرش کاهش یافته بود اما در گروه دریافت کننده ملاقات محدود، به طور جزئی و غیر معنا دار کاهش پیدا کرده بود که این یافته با نتیجه کسب شده توسط مطالعه حاضر همخوانی دارد. در این مطالعه میزان افسردگی در روز ترخیص در گروه دریافت کننده ملاقات آزاد تغییری پیدا نکرده بود در حالی که در مطالعه انجام شده میزان افسردگی در گروه آزمون کاهش و در گروه شاهد افزایش یافته بود این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و نیز جایگاه خانواده در جامعه ایرانی باشد. همچنین تفاوت در سیاست ملاقات اعمال شده نیز می‌تواند دلیلی بر اختلاف نتایج باشد. نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از مطالعه لی و همکارانش (۲۰۰۸) و مطالعه هانتز^{۱۶} (۲۰۱۰) نیز همخوانی دارد. در این دو مطالعه نیز محققین بر این واقعیت تاکید دارند که افزایش تعداد دفعات ملاقات می‌تواند با کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران قلبی همراه باشد.

با در نظر گرفتن این نکته که انسان موجودی اجتماعی است و از طریق ارتباط به تبادل احساسات، نگرش‌ها و هیجانات می‌پردازد و بدین وسیله نیازهای

پی نوشت‌ها

۱- ACS (Acute Coronary Syndrome) وضعیتی اورژانسی است که به دلیل اختلال در خون‌رسانی به عضله قلب ایجاد می‌شود.
 ۲- UA (Unstable Angina) یک سندروم بالینی است که با حملات درد یا فشار بر قسمت قدامی قفسه سینه مشخص می‌شود که این علائم هنگام استراحت و متعاقب اختلال در خون‌رسانی به عضله قلب هم ظاهر می‌شوند .

- 3- Leeper
- 4- Canl ozer
- 5- Hernan G
- 6- Frasure
- 7- Cook
- 8- Gonzalez
- 9- Jennifer M
- 10- Hunter
- 11- Fumagali
- 12- Whitcomb
- 13- Lazure II , Baun MM
- 14- Gianini
- 15- Fumagalli
- 16- Hunter

منابع:

- ۱ - باقریان سرارودی رضا، معروفی محسن، خیر آبادی، غلامرضا، فتح‌اله گل، مریم زارع، فاطمه (۱۳۹۰). سبک‌های مقابله‌ای مشترک مرتبط با کاهش علائم اضطراب و افسردگی در بیماران پس از سکته قلبی، مجله کومش، جلد ۱۲، شماره ۴، ۳۶۳ - ۳۵۶.
- ۲- بصامپور، شیوا (۱۳۸۴). تاثیر روش‌های آرام‌سازی بر اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین، شماره ۳۵، ۵۸ - ۵۳.
- ۳- بیرقی، نرگس، تنکابنی، سید حسن؛ وکیلی، غزاله (۱۳۸۴). اضطراب و افسردگی پس از بستری بیماران در بخش قلب، بررسی شیوع وضعیت درمانی و ارجاع، بیمارستان طالقانی سال ۱۳۸۲، مجله پزشکی هرمزگان، شماره چهارم، ۲۶۴ - ۲۶۱.
- ۴ - حمیدی، نجمه (۱۳۸۶). تأثیر آرامش عضلانی و شناخت درمانی بر میزان اضطراب مبتلایان به سکته قلبی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اهواز در سال ۸۲، مجله پزشکی هرمزگان، شماره اول، ۳۹ - ۳۳.

جسمی و روانی خود را تامین می‌کند، و با در نظر گرفتن اهمیت پیوندهای خانوادگی در فرهنگ ایرانی یکی از روش‌های کمک کننده به بیماران در جهت حمایت از مکانیسم سازگاری، افزایش پیوندهای عاطفی بین بیمار و خانواده به منظور کنترل استرس بیمار و نهایتاً کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از آن، افزایش امکان ملاقات بیمار با اعضای خانواده است. از طرفی اعمال این سیاست ملاقات، بدون در نظر گرفتن شرایط بیمار و بخش به صورت آزادانه و بدون برنامه ریزی می‌تواند با مشکلاتی نیز همراه باشد از جمله ایجاد مشکل در رفت و آمد اعضای خانواده با توجه به برخی مشکلات ترافیکی و بعد مسافت مخصوصاً در شهرهای بزرگی چون تهران، ایجاد ازدحام و شلوغی و افزایش رفت و آمد در بخش و متعاقب آن ایجاد مزاحمت برای بیماران و پرسنل، از بین رفتن خلوت بیماران و افزایش بار کاری پرسنل. با توجه به این مسائل و نیز یافته‌های این مطالعه مبنی بر اثرات مثبت ملاقات برنامه ریزی شده، در کاهش معنا دار اضطراب و افسردگی این بیماران، به عنوان یک روش سالم و بدون عارضه نسبت به روش‌های دارو درمانی و از همه مهم تر احیای آموزه‌های دینی در رابطه با توصیه به عیادت از بیماران؛ محققین پیشنهاد دارند زمینه‌های عملیاتی کردن این برنامه ملاقات، برای تمامی بیماران بویژه بیماران بخش مراقبت‌های ویژه فراهم گردد؛ زیرا بر خورداری هرچه بیشتر بیماران قلبی از آرامش روانی و نداشتن اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث کاهش بار کاری قلب این بیماران شده و در نتیجه موجبات رضایت بیشتر بیمار و خانواده، بهبود کیفیت درمان و کاهش مدت بستری شدن را فراهم نماید.

تقدیر و تشکر:

بدین وسیله از کلیه اساتید، پرسنل پرستاری و بیمارانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند سپاسگزاری می‌نماییم.

- Randomized Trial, *circulation*, 113,946-952
- 14 - Haghbin S, Tayebi Z, Abbasian A, Haghbin H.(2011). Visiting Hour Policies in Intensive Care Units, Southern Iran, *Iran Red Crescent Med J*, 13, 684-686
- 15 - Hernan, Rincon, Granados Marcel A, Unutzer Jurgen, Gomez Monica, Duran Ron ,et all.(2001). Prevalence, Detection and Treatment of Anxiety, Depression and Delirium in the Adult Critical Care Unit, *Psychosomatics Jornal*, 42, 391-396
- 16 - Hunter J. D, Goddard C, Rothwell M, Ketharaju S, Cooper H .(2010). A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom, *Anaesthesia jornal*, 65,1101-1105
- 17 - Leeper Barbara, Alaina M. Cy.(2011). Christa Lambert, *Acute Coronary Syndrome, Crit Care Nurs Clin Jornal*•23, 547-557
- 18 - Jennifer M, Margaret B, Joan E Tranmer, Lisa Smith.(2009). Visiting Policies in Hospitals: A Systematic Review of their Effect on Pediatric and Adult Populations and their Visitors, *The Nursing Journal*, 23
- 19 - Lazure LL, Baun MM.(1995), Increasing patient control of family visiting in the coronary care unit, *Am J Crit Care*, 4, 157-64
- 20 - Lei GAO, Dan LI, Li WEI, Dong XU, Dan ZHAO.(2008). Effect of Controlled Periods for Family Member Accompany on Psychology and Sleep Quality of Patients in Coronary Care Unit, *Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army*.
- 21 - Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S.(2003). The hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and validation study of the iranian version. *Health Qual Life Outcomes*, 28, 1, 14.
- 22 - Whitcomb, John A. Roy, Deborha, Blackman, Virginia Schmied. (2010), Evidence-Based Practice in a Military Intensive Care Unit Family Visitation, *Nursing Research*, 59, 32-39
- ۵ - سوزان سی، اسملتزر (۱۳۹۰). پرستاری داخلی جراحی برونر- سودارث (قلب و عروق - خون)، چاپ اول، تهران، انتشارات اندیشه رفیع، ۱۴۹.
- ۶ - طالبی زاده، نوشین؛ حقدوست، علی اکبر؛ میرزازاده، علی (۱۳۸۴). مدل اپیدمیولوژی بیماری ایسکمیک قلبی در ایران، فصلنامه پایش، شماره دوم، ۱۷۰-۱۶۳.
- ۷- طلایی، علی؛ اثنی عشری، امیر محمد؛ محرری، فاطمه؛ رضایی اردکانی، امیر؛ میرشجاعیان؛ مهزاد (۱۳۸۷). بررسی مورد- شاهدهی افسردگی در بیماران مبتلا به آنژین ناپایدار قلبی، مجله ی علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، شماره ۴، ۳۰۴-۲۹۹.
- ۸ - غفاری افسانه (۱۳۹۰). گزارش پنجمین کنگره بیماریهای قلب و عروق خاور میانه، ماهنامه مهندسی پزشکی، شماره ۱۲۰، ۲۸-۲۶.
- 9-Ahmadi F.(2006), Hospitalization experiences in CCU view of patients. *Heart Jornal*, 114, 1905-13.
- 10-Canl Ozer Zeynep, Senuzun Fisun, Tokem Yasemin.(2009). Evaluation of anxiety and depression levels in patients with myocardial infarction, *Arch Turk Soc Cardiol Jornal*, 37, 557-562
- 11 - Colleen E. Gonzalez, Diane L. Carroll, Jeanne S. Elliott, Patricia A. Fitzgerald, Heather J. Vallent.(2004), visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit, *American Journal of Critical Care*, 13, 194-198
- 12 - Cook Deborah.(2006). Open visiting: does this benefit adult patients in intensive care units?, A dissertation submitted in partial fulfilment of the requirements of the degree of Master of Nursing at Otago Polytechnic, Dunedin, New Zealand , 1-38
- 13 - Fumagalli Stefano, Boncinelli Lorenzo, Lo Nostro Antonella, Valoti Paolo, Baldereschi Giorgio, Di Bari Mauro.(2006). Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot,