



The Effect of Patient Companion Programmed Participation in Primary Nursing Care on Chest Pain among Cardiac Intensive Unit Patients of Razi Hospital in Birjand in 2022

Erfan Yarmohammadinezhad¹, Maryam kamali², Elham Rasoulia³,
Mohadeseh Rezaei⁴, Fateme Biabani⁵, Farzaneh Jahantigh^{6*}

1- MSc in Nursing, Tehran Province Emergency Center, Tehran, Iran . ORCID: 0000-0003-4441-1612

2- MSc in Nursing, Nursing, midwifery group. Lorestan Faculty of Nursing and Midwifery, Khorramabad University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran . ORCID: 0000-0002-6042-7431

3- MSc in Nursing, Department of Nursing, Midwifery, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran . ORCID: 0000-0002-9967-5088

4- Department of Nursing, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran . ORCID: 0000-0001-6332-5759

5- Assistant professor, Department of Internal Surgery Nursing, Faculty of Midwifery Nursing, Birchard University of Medical Sciences, Birjand, Iran. ORCID .0000- 0003-1570-7242

6- Department of Nursing, Iranshahr Midwifery Nursing School, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran .ORCID: 000- 0003-4682-4980

*Corresponding Author: Farzaneh Jahantigh. Department of Nursing, Iranshahr Midwifery Nursing School, Iranshahr University of Medical Sciences, Iranshahr, Iran . Email: jahantigh.fj@gmail.com

Received: 26 Jan 2023

Revised: 18 July 2023

Accepted: 4 August 2023

Abstract

Introduction: Hospitalization of patients in cardiac intensive care units is associated with negative outcomes .Therefore, this study was conducted with the aim of investigating the effect of the family participation training program in primary nursing care on chest pain in patients of the cardiac special care department of Razi Birjand Hospital in 2021-2022

Methods: This study was a semi-experimental before and after study with a control group. A total of 48 patients were randomly selected in a control group and 24 in the intervention group (block of 4 people). 48 other participants also participated patient companions. Together with the patient in the intervention group, they were allowed to be with the patient for 3 days for 30 minutes and participate in their primary clinical care. In the control group, a routine appointment was made in the ward. Chest pain in both groups was measured at the beginning and on the third day of hospitalization. Data were analyzed with SPSS version 16 software.

Results: The mean score of pain intensity was higher in the intervention group than in the control group, but no significant difference was observed between the two groups ($p=0.313$). However, there was a significant difference between the average pain intensity after the intervention in the two groups ($p=0.03$).

Conclusion: Using this program can significantly reduce the chest pain of patients. Therefore, it is recommended. The use of this method in special cardiac care units to reduce the heart pains of this patient should be considered by supervisors and officials of these units.

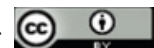
Keywords: Family participation, Primary nursing care, Chest pain, Cardiac intensive care unit:

How to cite this article:

Kamali M, RasouliaE, Rezaei M, Yarmohammadinezhad E. The effect of patient companion programmed participation in primary nursing care on Chest pain among cardiac intensive unit patients of Razi Hospital in Birjand in 2022,Journal of Nursing Education (JNE).May 2020 ؛ P:1-8 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





تأثیر مشارکت برنامه‌ریزی شده همراه بیمار در مراقبت‌های اولیه پرستاری بر درد قفسه‌سینه بیماران بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان رازی بیرجند در سال ۱۴۰۰

عرفان یار محمدی نژاد^۱، مریم کمالی^۲، الهام رسولیان^۳، محدثه رضایی^۴، فاطمه بیابانی^۵، فرزانه جهانتیغ^{۶*}

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز اوزانس استان تهران، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۴۴۴۱-۱۶۱۲
 ۲- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری-مامایی، دانشکده پرستاری مامایی لرستان، دانشگاه علوم پزشکی خرم‌آباد، خرم‌آباد، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۶۰۴۲-۷۴۳۱
 ۳- کارشناس ارشد، گروه پرستاری-مامایی، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۹۹۶۷-۵۰۸۸
 ۴- کارشناس ارشد، گروه پرستاری-مامایی، دانشکده علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۶۳۳۲-۵۷۵۹
 ۵- استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۱۹۵۰-۷۲۴۲
 ۶- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی ایرانشهر، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۴۶۸۲-۴۹۸۰

*نویسنده مسئول: فرزانه جهانتیغ: کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی ایرانشهر، دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر، ایرانشهر، ایران.
 ایمیل: Jahantigh.fj@gmajl.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۵/۱۳

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۴/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۶

چکیده

مقدمه: بستری شدن بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه قلب با پیامدهای منفی همراه است. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مشارکت خانواده در مراقبت‌های اولیه پرستاری بر درد قفسه سینه بیماران بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان رازی بیرجند در سال‌های ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی قبل و بعد با گروه کنترل بود. در مجموع ۴۸ بیمار در یک گروه کنترل ۲۴ و در گروه مداخله ۲۴ به روش تصادفی با روش بلاک‌بندی (بلوک ۴ نفر) انتخاب شدند. لازم به ذکر است علاوه بر بیماران بستری، ۴۸ مشارکت‌کننده دیگر نیز به عنوان همراه بیمار مشارکت داشتند. به همراه بیمار در گروه مداخله اجازه داده شد به مدت ۳ روز به مدت ۳۰ دقیقه به صورت برنامه‌ریزی شده در کنار بیمار حضور یابند. در گروه کنترل، ملاقات روتین در بخش انجام شد. درد قفسه سینه در هر دو گروه در ابتدا و در روز سوم بستری بیمار اندازه‌گیری شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره شدت درد قبل از در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود، اما بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p = ۰/۳۱۳$). اما بین میانگین شدت درد بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p = ۰/۰۳$)
نتیجه‌گیری: استفاده از این برنامه می‌تواند به میزان قابل توجهی درد قفسه سینه بیماران را کاهش دهد. بنابراین توصیه می‌شود. استفاده از این روش در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی برای کاهش دردهای قلبی این بیمار مد نظر سرپرستاران و مسئولین این بخش‌ها قرار گیرد..

کلیدواژه‌ها: مشارکت خانواده، مراقبت‌های اولیه پرستاری، درد قفسه سینه، بخش مراقبت‌های ویژه قلبی

مقدمه

امروزه تعداد قابل توجهی از بیماران بستری در بیمارستان‌ها، بیماران مبتلا به بیماری قلبی، به ویژه بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری^۱ ACS هستند [۱]. یکی از تظاهرات بیماری عروق کرونر آن است که اصولاً در نتیجه عدم تعادل میان اکسیژن دریافتی و اکسیژن مورد نیاز به دلیل کاهش جریان خون کرونری، مرگ سلول‌های قلبی اتفاق می‌افتد. بیماری‌های غیرواگیر، عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان بوده و بیش از ۲۳ میلیون مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر تا سال رخ خواهد داد که ۸۰ درصد از مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد [۲]. از آنجایی که تسکین درد، هسته اصلی مراقبت پرستاری است، اهمیت نقش پرستار، بیشتر برجسته و پررنگ‌تر می‌شود [۳]، علاوه بر این، پرستاران بیشتر از سایر کادر درمانی با بیماران وقت می‌گذرانند و همیشه در مورد ارزیابی و مدیریت درد به ویژه در بخش‌های ویژه قلبی تصمیم می‌گیرند [۴]. زیرا تسکین درد و اضطراب یکی از اساسی‌ترین حقوق بیمار است و باید برای همه بیماران اعمال شود [۵]. احترام به بیماران و حقوق آنها به مردم اطمینان می‌دهد که مراقبت‌های با کیفیتی را برای بیماران خود دریافت کرده‌اند [۶]. امروزه تلاش علم پزشکی بر کاهش مصرف دارو و یا جایگزینی آن با روش‌های غیردارویی بوده است. به این دلیل که تکنیک‌های غیردارویی با عوارض جانبی کمتری همراه بوده و مؤثرتر و از طرفی نیز در دسترس‌تر هستند [۷].

مشارکت برنامه‌ریزی شده همراه بیمار در مراقبت‌های اولیه پرستاری یک تکنیک مدیریت درد غیر دارویی است که می‌تواند علائم و نشانه‌های این بیماران را از طرق مختلف بهبود بخشد. خانواده به عنوان بزرگ‌ترین یک حامی روانی و عاطفی برای بیماران محسوب می‌شود حضور خانواده باعث بهبود کیفیت مراقبت و سازگاری با مسائل مربوط به بیماری می‌شود [۸]. دوری از خانواده و ممنوعیت ملاقات یک عامل استرس‌زا برای بیماران بستری در بخش مراقبت‌های قلبی است [۹]. این محدودیت هم به دلیل ساختار و فلسفه بخش‌های ویژه قلبی [۱۰] و هم به دلیل احتمال خطر عفونت و اختلال در استراحت بیمار خواهد ورود مستمر همراه در بخش‌های ویژه تغییرات فیزیولوژیکی مانند درد قفسه سینه، تاکی‌کاردی، دیس‌ریتمی، فشارخون بالا و اضطراب را

فرزانه جهانتیغ و همکاران

به دنبال خواهد داشت [۱۱]. از سوی دیگر، به گزارش بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلبی، حضور یکی از همراهان باعث کاهش استرس آن‌ها شده است. همچنین، اینکه بیماران بعد از ملاقات داشتن احساس بهتری را ذکر نموده‌اند [۱۲]. رویکردهای بسیاری برای سازگاری مقابله با درد در نظر گرفته شده است، یکی از آن‌ها سیاست ملاقات باز و اجازه حضور همراه بیمار است که با کاهش سطح استرس بیماران همراه بوده است [۱۳ و ۱۴]، که نتایجی مانند بهبود مراقبت‌های پرستاری از بیمار و کاهش عوارض قلبی عروقی بیماران و افزایش رضایت و همکاری بیماران و خانواده‌های بیماران را به دنبال داشته است [۱۵]. همچنین، حمایت خانواده ممکن است روند بهبودی بیمار را تسریع بخشد [۱۶]. نشان داده شده است که برنامه مشارکت همراه بیمار در مراقبت از بیماران بستری در CCU، اضطراب خانواده بیمار را کاهش می‌دهد [۷]. مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته، نشان می‌دهد که سیاست ملاقات باز برای بخش‌های مراقبت ویژه قلب در سوئد ۷۰ درصد، ۲۳ درصد در ایالات متحده، ۲۳ درصد در فرانسه، ۲۲ درصد در بریتانیا، ۱۴ درصد در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلب هلند، ۳ درصد در بلژیک و ۲ درصد در ایتالیا اجرا می‌شود. بازنگری در قوانین سختگیرانه بخش‌های مراقبت ویژه قلبی در خصوص ممنوعیت ملاقات و استفاده از آن برای آسایش بیمار بسیار حائز اهمیت است [۱۷]. قطعاً مشارکت خانواده در مراقبت‌های پرستاری بیماران بستری از اهمیت بالایی برخوردار است و همراهان بیمار می‌توانند، در صورت آموزش مناسب حمایت روان‌شناختی مؤثرتری از بیماران خود داشته باشند [۱۸].

برای بهره‌مندی از حضور همراه بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه و محدود کردن خطرات احتمالی ذکر شده در بالا، برنامه‌ای برای حضور اعضای خانواده در بخش‌های مراقبت ویژه طراحی شد تا بیماران از مشارکت اعضای خانواده خود در این راستا بهره‌مند شوند. با توجه به معایب و مزایای همراه بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه و با توجه به اینکه بخش ویژه قلب نیاز به سکوت و آرامش خاصی دارد، محقق بر آن شد تا با انجام مطالعه‌ای به بررسی تاثیر مشارکت برنامه‌ریزی شده همراه بیمار در مراقبت‌های اولیه پرستاری را بررسی درد قفسه سینه در بیماران بخش ویژه قلب بیمارستان رازی بیرجند پردازد.

1. Acute Coronary Syndrome

روش کار:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد با یک گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بستری در بیمارستان رازی بیرجند در سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها پس از مطالعه پایلوت و با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۰/۹۹ و توان آزمون ۹۰ درصد، ۲۲ بیمار در هر گروه محاسبه شد. فرمول محاسبه حجم نمونه:

$$n = \frac{(\sigma_A^2 + \sigma_B^2)(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

با این حال، ۲۲ بیمار برای جبران نمونه‌های از دست رفته به هر گروه ۲۴ نفر اختصاص داده شدند و در مجموع، ۴۸ بیمار وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری قلبی توسط پزشک، احتمال اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش مراقبت‌های ویژه قلب، آگاه بودن به زمان، مکان و افراد، عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم مصرف داروهای تسکین دهنده به جز داروهای تجویزی تحت نظر پرستار بخش بود. معیار خروج بیماران از مطالعه عبارت بود از هرگونه شرایطی که در حین مداخله رخ دهد و مداخله را غیرممکن کند مانند فوت و یا ترخیص، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه. معیارهای ورود همراه بیمار به مطالعه شامل هر شخصی از آشنایان و دوستان که هم خودش و هم بیمار وی را به عنوان همراهش بپذیرد، تمایل همراه بیمار به ادامه شرکت در مطالعه، هوشیار بودن، توانایی شنیداری و گفتاری قابل قبول برای یادگیری، همراهی بیمار تا ۷۲ ساعت و عدم تغییر، قابل قبول بودن برای بیمار بود. همچنین معیارهای خروج همراه بیمار از مطالعه شامل عدم رعایت احتیاطات کنترل عفونت، عدم همکاری وی، خستگی مفرط در طول اجرای برنامه بود. پس از انتخاب شرکت کنندگان بر اساس معیارهای ورود و اخذ رضایت کتبی از آنها، به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۲۴) و مداخله (۲۴) از طریق بلوک‌بندی جایگشتی، با اندازه بلوک‌های ۴ تایی قرار گرفتند.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه دو بخشی انجام شد. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک که خود شامل شش مورد سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل و سوابق پزشکی و بستری بود. از همراه بیمار نیز، اطلاعاتی از قبیل سن، جنس و نسبت وی با بیمار نیز کسب گردید. دوم پرسشنامه درد مک‌گیل بود که با نام شاخص درد مک‌گیل نیز شناخته می‌شود؛ مقیاسی از درجه‌بندی درد است که در دانشگاه مک‌گیل توسط ملزاک و تورگرسون در

سال ۱۹۷۱ توسعه یافت [۱۸]. این یک پرسشنامه خود گزارشی است که به فرد اجازه می‌دهد تا توصیف خوبی از کیفیت و شدت دردی که تجربه می‌کند، را به پزشک خود ارائه نماید. به کاربران لیستی از ۷۸ کلمه در ۲۰ بخش ارائه می‌شود که همه بخش‌ها مربوط به درد است [۱۷-۲۰]. این پرسشنامه دارای ۲۰ مجموعه است و هدف آن سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف درد (چهار بعد ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، و دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد. پرسشنامه درد مک‌گیل از برجسته‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری درد است که اولین بار بر روی ۲۹۷ بیمار که از انواع مختلف دردها رنج می‌برده‌اند مورد استفاده قرار گرفت. نسخه اصلاح شده پرسشنامه درد مک‌گیل (SF-MPQ) نیز توسط ملزاک و همکاران برای یک اقدام کوتاه اما مفید در زمینه درد ساخته شد که در ۲۵۰ مطالعه به کار گرفته شده است [۱۸-۲۰]. روایی و پایایی این پرسشنامه بارها مورد بررسی قرار گرفته و در سطح بالایی گزارش شده است. در مطالعات مختلف، پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ (کل پرسشنامه ۰/۹۵) و زیر آزمون‌های درد عاطفی، درد نوروپاتی، درد مداوم و متناوب ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۰]. این ابزار پرکاربردترین ابزار اندازه‌گیری برای ارزیابی چند بعدی درد در درد مزمن است [۲۱]. پرسشنامه درد مک‌گیل یک بار در ۲۴ ساعت اول بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب و سپس در پایان روز سوم در هر دو گروه تکمیل شد.

قبل از انجام مطالعه، مجوزهای ورود قبل از مطالعه، از قبیل اخذ کد اخلاق و معرفی از معاونت پژوهشی دانشگاه برای ورود به بخش، از ریاست و همچنین سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه قلبی مجوز ورود به بخش و انجام مطالعه اخذ شد. مداخله شامل حضور یکی از اعضای ترجیحی خانواده و یا دوستان که شرایط ورود به مطالعه را داشت، بود (در این مطالعه تمامی همراهان وارد شده به مطالعه از اعضای خانواده بیمار بوده و نسبت درجه یک با وی داشتند)، انجام مداخله از روز اول بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب به مدت ۳ روز بود. همراه بیمار دو بار در روز ساعت ۷ صبح و ۵ بعد از ظهر در شیفت عصر (هر بار به مدت ۳۰ دقیقه) در بخش مراقبت‌های ویژه قلب حضور داشت. همراه تایید شده بیمار پس از هماهنگی با پرستار مسئول، اجازه ورود به بخش مراقبت‌های ویژه قلب وارد می‌شد. برنامه

فرزانه جهاتیبغ و همکاران

آزمون تی زوجی نیز تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه کنترل و مداخله را قبل از مداخله نشان نداد ($p = 0/313$). میانگین نمره شدت درد بعد از مداخله در گروه کنترل بیشتر از گروه مداخله بود، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p = 0/81$). در بررسی اختلاف میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دو گروه، مشخص شد که میانگین شدت درد در گروه مداخله کاهش و در گروه کنترل افزایش یافته است ($p = 0/03$). (جدول شماره دو)

بحث:

یافته‌ها نشان داد که میانگین شدت درد در گروه مداخله کاهش و در گروه کنترل افزایش یافته است. Loatly و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان «تأثیر ملاقات با خانواده بر اضطراب، شاخص‌های فیزیولوژیکی و بهزیستی بیماران MI بستری در بخش مراقبت‌های عروق کرونر» نیز نشان داد که ملاقات با دوستان می‌تواند حس خوب بیماران MI را بهبود بخشد. مضافاً، ملاقات‌ها می‌تواند به حفظ شاخص‌های فیزیولوژیکی در محدوده نرمال کمک کند [۸]. یکی از دلایل درد حاد قفسه سینه در بیماران دوری از خانواده به دلیل سیاست‌های سختگیرانه ملاقات با همراه بیمار بوده است [۲۳]. Yacoub و همکاران نیز در یک مطالعه با عنوان «باورها و نگرش اعضای خانواده نسبت به سیاست ویزیت در بخش‌های مراقبت ویژه غنا» نشان دادند که نگرش محدود و بسته نسبت به موضوع ملاقات همراه بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه یکی از موانع ملاقات همراه با بیمار بوده است. اکثر اعضای خانواده ترجیح می‌دهند تعداد ملاقات‌کنندگان قابل قبول در ۲۴ ساعت دو نفر باشد و به گفته آن‌ها هر بار فقط یک نفر باید اجازه ورود داشته باشد [۲۴]. نتایج مطالعه دیگری در این راستا در زمینه تأثیر حضور خانواده بر برخی علائم ذهنی بیماران بستری در بخش‌های ویژه نشان داد که به منظور کاهش اضطراب ناشی از درد در بیماران سوختگی ICU می‌توان از روش‌های غیردارویی مانند مشارکت خانواده استفاده کرد [۲۵]. Iscimdir و همکاران در مطالعه‌ای که تحت عنوان «تأثیر حضور خانواده بر درد و اضطراب در طی روش‌های پرستاری تهاجمی در بخش اورژانس انجام شد، نتایج آن نیز نشان داد که گروه آزمایش و کنترل از نظر نمرات درد و اضطراب در

ملاقات برنامه‌ریزی شده شامل لمس بیمار، شرکت در برخی اقدامات اولیه مانند لباس پوشیدن، شستن صورت، شانه کردن موها، مسواک زدن، غذا دادن و بردن بیمار تا سرویس بهداشتی در صورت امکان بود. علاوه بر این، همراهان بیمار، این فرصت را داشتند که با پرستاران ارتباط برقرار کنند و سئوالات خود را در مورد وضعیت بالینی بیمار خود بپرسند تا از اطلاعات و اعتماد بیشتری را نسبت به پرستار کسب نمایند. قبل از ورود همراهی به بخش، از وی خواسته شد تا که باید قوانین بخش را رعایت کند و مراقب باشد که در طول مدت ملاقات با بیمار خود، حریم خصوصی و آرامش سایر بیماران را مختل نکنند و در مراقبت‌های پرستاری مشکل ایجاد نکنند. برای جلوگیری از شلوغی محیط بخش مراقبت‌های ویژه قلب، اعضای خانواده به نوبت با اجازه پرستار مسئول وارد بخش شدند. در گروه کنترل ملاقات، طبق روتین بخش (یکبار در روز ساعت ۱۵ تا ۱۵:۳۰) انجام شد. این مطالعه پس از تایید کمیته اخلاق تحقیق با کد (IR.REC.1397.209) و مدیریت بیمارستان و هماهنگی با مسئولین بخش مراقبت‌های ویژه قلب انجام شد. تمامی مشارکت‌کنندگان از هدف مطالعه مطلع شدند؛ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ شد و از محرمانه بودن اطلاعات شخصی خود اطمینان حاصل نمودند.

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه به طول انجامید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، استفاده شد. برای بررسی نرمالیتی داده‌ها نرمال از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. برای مقایسه متغیرها در هر گروه به تنهایی با توجه به نرمال شدن از آزمون تی مستقل و مقایسه میانگین‌ها در دو گروه با یکدیگر از آزمون تی زوجی استفاده شد. مقادیر P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های آماری بر روی متغیرهای دموگرافیک نشان داد که میانگین سنی بیماران 47 ± 12 و همراهان بیمار 43 ± 2 سال بود. این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($P \geq 0/05$). همچنین گروه کنترل و مداخله از نظر جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، سابقه بستری و بیماری‌های زمینه‌ای همگن بودند ($P \geq 0/05$). همچنین در خصوص با اطلاعات مربوط به بیماری، اکثریت مشارکت‌کنندگان سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را داشتند ولی سابقه سکته قلبی نداشتند (جدول یک).

به کاهش درد نیز رسید که این نتیجه نیز یافته‌های مطالعه حاضر را تقویت می‌کند [۲۸]. نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که ملاقات برنامه‌ریزی شده همراه بیمار می‌تواند درد بیماران قلبی را کاهش دهد که احتمالاً به دلیل تأثیر مثبت ملاقات با همراه بوده است. لذا توصیه می‌شود با بررسی راهبردهای استفاده از «ملاقات باز» در بخش‌های ویژه، در بخش، بتوان از حضور و مشارکت برنامه‌ریزی شده همراه بیمار به عنوان مداخله‌ای غیردارویی برای کاهش درد قفسه سینه و سایر فواید آن در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی استفاده کرد [۲۹].

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به کمبود مشارکت همراه بیمار در مراقبت‌های اولیه پرستاری و ورود به مطالعه بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به مزایای حضور و مشارکت همراه بیمار در بخش‌های ویژه، بهتر است به طور کامل از ورود وی به بخش جلوگیری نشود. داشتن یک همراه و خط مشی قرار ملاقات برنامه‌ریزی شده و انجام برخی مراقبت‌های اولیه پرستاری برنامه‌ریزی شده توسط همراه بیمار، در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری: این مقاله نتیجه یک طرح تحقیقاتی تایید شده توسط گروه تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد. از همکاری صمیمانه کلیه بیماران و پرسنل بخش CCU بیمارستان رازی بیرجند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان یافت نشد.

حین مداخله تفاوتی نداشتند که با نتایج مطالعه حاضر تناقض دارد، این تناقض احتمالاً می‌تواند به نوع و ماهیت بخش و نوع بیماران مربوط شود. بیماران بخش اورژانس به دلیل ماهیت این بخش که پر از سر و صداست احتمالاً حضور خانواده در کنار آنان نتوانند از آثار ورود همراهی بر اضطراب و درد خود بهره‌مند گردند [۲۶]. همچنین قشلاقی و همکاران در بررسی تأثیر حضور خانواده بر میزان درد و اضطراب بیماران طی اعمال تهاجمی پرستاری در بخش اورژانس یکی از بیمارستان‌های دولتی غرب ایران، دریافتند، با حضور خانواده در طی روش‌های تهاجمی پرستاری اضطراب بیماران را می‌توان کاهش داد، اما این روش هیچ تأثیری بر درد بیماران نداشت است. پرستاران اورژانس می‌توانند از حضور خانواده در طی اقدامات تهاجمی به عنوان یک مداخله غیردارویی برای کاهش اضطراب بیماران استفاده کنند [۲۷].

این یافته‌ها با نتایج مطالعه پیش رو غیر همسو است، لازم به ذکر است که تفاوت نتایج مطالعه حاضر با این مطالعه تفاوت بین نوع بیمار و مداخله انجام شده می‌باشد. باشتی و آقامحمدی با اشاره به تأثیر ملاقات با خانواده بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به آنژین صدری بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پی برده‌اند هر چه مدت زمان ملاقات طولانی‌تر باشد، اضطراب کمتر می‌شود. می‌توان گفت اضطراب و درد با هم رابطه مستقیم دارند، به طوری که با کاهش اضطراب می‌توان

References

- Barstow C, Rice MS, McDivitt JD. Acute coronary syndrome: diagnostic evaluation. *American Family Physician*. 2017;95(3):170-7.
- Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 2019: update from the GBD 2019 study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;76(25):2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010.
- Gjesdal K, Dysvik E, Furnes B. Nurses' experiences with health care in pain clinics: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019;6(2):169-75. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.03.005
- Davoodvand S, Abbaszadeh A, Ahmadi F. Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2016;9 (3):13-27.
- Nekouei ZK, Yousefy A, Manshaee G, Nikneshan S. Comparing anxiety in cardiac patients' candidate for angiography with normal population. *ARYA atherosclerosis*. 2011;7(3):93 ..
- Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM. Engaging patients, families, and communities. *Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America: National Academies Press (US)*; 2013.2(1):12-23. doi: 10.17226/13444
- Ketenci A, Zure M. Pharmacological and non-pharmacological treatment approaches to chronic lumbar back pain. *Jornnal Turk Phys Med Rehabil*. 2021 67(1):1-10. doi:10.5606/tftrd.2021.8216
- Bellou P, Gerogianni K. The contribution of family in the care of patient in the hospital. *Health Science Journal*. 2007; 7(3):98-110.
- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA*. 2004;292(6):736-7. DOI: 10.1001/jama.292.6.736
- 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. doi: 10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x
11. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojzadeh M, Sheikhalipour Z. The effect of open visiting on intensive care nurse's beliefs. *Research Journal of Biological Sciences*. 2009;4(1):64-70.
 12. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal of Critical Care*. 2004;13(3):194-8.
 13. Lolaty 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. doi:10.1016/j.ctcp.2014.03.002
 14. Bélanger L, Bussi eres S, Rainville F, Coulombe M, Desmartis M. Hospital visiting policies-impacts on patients, families and staff: A review of the literature to inform decision making. *Journal of Hospital Administration*. 2017;6(6):51-62. doi: <https://doi.org/10.5430/jha.v6n6p51>
 15. Roland P, Russell J, Richards KC, Sullivan SC. Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative. *Journal of Nursing Care Quality*. 2001;15(2):18-26. doi: 10.1097/00001786-200115020-00004
 16. Roberti SM, Fitzpatrick JJ. Assessing family satisfaction with care of critically ill patients: a pilot study. *Critical Care Nurse*. 2010;30(6):18-26. doi: 10.4037/ccn2010448
 17. Golaghaie F, Hekmatpou D, Vafaie M, Rafeie M, Rafiei F. Effect of a family-centered clinical intervention on the anxiety of family members of the patients hospitalized in critical care units. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2016;18(3):7-13.
 18. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 1971;34(1):50-9. DOI:10.1097/00000542-197101000-00017.
 19. Melzack R, Katz J. The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. 2001. DOI:10.1097/00000542-200507000-00028.
 20. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain*. 2009;144(1-2):35-42. doi: 10.1016/j.pain.2009.02.007.
 21. Agency EM. Guideline on the clinical development of medicinal products intended for the treatment of pain. *Pain* ;15 2017 (2):18-26.
 22. Frota OP, de Sene AG, Ferreira-J unior MA, Giacon-Arruda BCC, Teston E F, Pompeo DA, et al. Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2021;6(3) :59-80. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102980.
 23. Rezaie H, Sadeghi T, Abdoli F. The effects of scheduled visitation on the physiological indices of conscious patients admitted at intensive care units. *Evidence Based Care*. 2016;5(4):33-40. DOI: 10.22038/EBCJ.2015.6291.
 24. Yakubu YH, Esmacili M, Navab E. Family members' beliefs and attitudes towards visiting policy in the intensive care units of Ghana. *Nursing Open*. 2019;6(2):526-34. doi: 10.1002/nop2.234.
 25. Koochi M, Bagheri-Nesami M, Esmacili R, Mousavinasab N, Hosseini H. Effect of Family Participation in Primary Care Provision to Reduce Pain Anxiety among Burn ICU Patients. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017;2(6):88-99.
 26.  slekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *International Emergency Nursing*. 2016;2(4):39-45. doi: 10.1016/j.ienj.2015.05.008
 27. Gheshlaghi PA, Farahani ZB, Anboohi SZ, Nasiri M, Ziapour A, Garosi VH. Effect of family presence on pain and anxiety levels among patients during invasive nursing procedures in an emergency department at a public hospital in Western Iran. *African Journal of Emergency Medicine*. 2021;11(1):31-6. doi: 10.1016/j.afjem.2020.11.003
 28. Bashti S AM, Heidarzadeh M3. The impact of family visits on the level of anxiety in patients with angina pectoris hospitalized in intensive care units. *Journal of Health and Care*. 2016;18(2):161-9. doi: 10.1016/j.ctcp.2014.03.002
 29. Biabani F, Bagherian S, salmani mood M, Sanaei H, Helal Birjandi M. The effect of patient companion programmed participation in primary nursing care on anxiety among cardiac intensive unit patients. *Evidence Based Care*.2021; 12(2): 14-26. doi:10.22038/ebcj.2021.59622.2544

جدول ۰۱. توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی و اطلاعات مربوط به بیماری مشارکت کنندگان

متغیر	زیر گروه	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	آزمون آماری	p مقدار
جنس	مرد	۲۹ (۶۴/۴)	۲۳ (۵۲/۳)	$\chi^2 = 1/35$	۰/۲۴
	زن	۱۶ (۳۵/۶)	۲۱ (۴۷/۷)		
تاهل	مجرد	۸ (۱۸/۳)	۱۱ (۲۶/۶)	$\chi^2 = 0/07$	۰/۴۰۴
	متاهل	۳۶ (۸۱/۷)	۳۳ (۷۳/۴)		
	بیسواد	۱۵ (۳۳/۳)	۱۵ (۳۴/۱)		
	ابتدایی	۱۱ (۲۴/۴)	۱۱ (۲۵)		
تحصیلات	راهنمایی	۸ (۱۷/۸)	۶ (۱۳/۶)	$\chi^2 = 2/42$	۰/۶۹
	متوسطه	۵ (۱۱/۱)	۹ (۲۰/۵)		
	تحصیلات عالی	۶ (۱۳/۳)	۳ (۶/۸)		
	کارمند	۱۱ (۲۴/۴)	۷ (۱۵/۹)		
شغل	آزاد	۱۸ (۴۰)	۱۷ (۳۸/۶)	$\chi^2 = 1/46$	۰/۵۰
	خانه دار	۱۶ (۳۵/۶)	۲۰ (۴۵/۵)		
	دارد	۳۳ (۷۳/۳)	۳۰ (۶۸/۳)		
سابقه افزایش فشار خون	ندارد	۱۲ (۲۶/۷)	۱۴ (۳۱/۸)	$\chi^2 = 0/28$	۰/۵۹
	دارد	۹ (۲۰)	۱۳ (۲۹/۵)		
سابقه دیابت	ندارد	۳۶ (۸۰)	۳۱ (۷۰/۵)	$\chi^2 = 1/09$	۰/۲۹
	دارد	۹ (۲۰)	۱۳ (۲۹/۵)		

جدول شماره ۰۲. مقایسه میانگین شدت درد مشارکت کنندگان قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	قبل مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	بعد مداخله (انحراف معیار ± میانگین)
*.۰/۳۱	۸/۴ ± ۲/۷۵	۱۲/۴ ± ۳/۷۸
*.۰/۷۸	۱۲/۴ ± ۱/۷۸	۱۰/۴ ± ۴/۷۸
**۰/۰۶۷	۱۲/۴ ± ۳/۷۸	۱۱/۴ ± ۳/۵۸
**۰/۰۳	۴/۴ ± ۱/۲۲	-۲/۳۵ ± ۱/۷۸

* نوع آزمون: تی مستقل ** تی زوجی