

October-November 2020, Volume 15, Issue 4

The Impact of Family- Center Interventions on Anxiety and Depression of Low-Conscious Patient's Family Hospitalized in the Intensive Care Units: A Randomized Clinical Trial Study

Biranvand H¹, Birjandi M², Goudarzi F³, Heydari H^{4*}

1- MSc Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

2- Assistant Professor of Statistical and Epidemiological Department, School Health, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

3- Assistant Professor of Medical- Surgical Department, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Broujerd, Iran.

4- Assistant Professor of Community Health Nursing Department, Social Determinants of Health Research Center, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran; Dept. of Home-Based Palliative Care, ALA Cancer Prevention and Control of Charity Center (MACSA), Charity Foundation, Tehran, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: H-hidari@razi.tums.ac.ir

Received: 14 May 2020

Accepted: 19 June 2020

Abstract

Introduction: low-conscious Patients' families should be having healthy mental, because of the have a crucial role in the supportive of patient, then this study aimed for determinant of impact the family-center interventions on anxiety and depression of low-conscious patient's family hospitalized in the intensive care unit (ICU).

Methods: This study was a randomize clinical trial with before after design, that conducted in the Shohadaie Ashaier and Shahid Rahimi hospitals' intensive care units in the Khorramabad city in 2019. 70 people of patients' family selected by conventional method and allocated intervention and control groups by stratified randomized block design for sexual. Data gathered by the hospital anxiety and depression scale. Intervention conducted based family-centered model for intervention group. Data analyzed by SPSS software and statistical tests such as Chi Squared, independent and dependent T test and ANOVA test.

Results: Data showed, between changes of score average of anxiety and depression in the control and intervention groups were significant deferential statistically ($p < 0.001$).

Conclusions: Participation of low-conscious Patients' families, in the caring of their patients in the ICU could lead to reduce of anxiety and depression of patients' family members.

Keywords: low-conscious Patients, Intensive care unit, Anxiety, Depression, Family- Centered intervention.

تأثیر مداخلات خانواده محور، بر اضطراب و افسردگی خانواده بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری بستری در بخش مراقبت های ویژه: مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی شده

حدیث بیرانوند^۱، مهدی بیرجندی^۲، فاطمه گودرزی^۳، حشمت اله حیدری^{۴*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
 ۲- استادیار گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
 ۳- استادیار گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بروجرد، ایران.
 ۴- استادیار گروه آموزشی پرستاری سلامت جامعه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران، و، واحد طب تسکینی مبتنی بر منزل، مرکز خیریه پیشگیری و کنترل سرطان آلاء، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: H-hidari@razi.tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۵

چکیده

مقدمه: خانواده بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، در حمایت از بیمار، نقش اساسی ایفا می کنند، و می بایست از نظر روحی و روانی کاملاً سالم باشند، لذا هدف از انجام این مطالعه تعیین تاثیر مداخلات خانواده محور، بر اضطراب و افسردگی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بود.

روش کار: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده، با طراحی قبل و بعد بود، که در سال ۱۳۹۸ در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های شهدای عشایر و شهید رحیمی خرم آباد انجام شد. ۷۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران بستری، به روش آسان انتخاب و به صورت بلوکهای تصادفی طبقه ای از نظر جنس، در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. داده ها با استفاده از مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی، گردآوری شدند. مداخله بر اساس الگوی خانواده محور انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹، آزمونهای آماری کای دو، تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس انجام شد.

یافته ها: داده ها بیانگر این بود، که بین تغییرات میانگین نمره ی اضطراب و افسردگی دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$)، به طوری که مداخله باعث کاهش معناداری در میانگین نمره اضطراب و افسردگی شد.

نتیجه گیری: مشارکت دادن اعضای خانواده بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، در مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت های ویژه، می تواند نقش موثری در بهبود وضعیت روحی و روانی خانواده بیمار داشته باشد.

کلیدواژه ها: بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، بخش مراقبت های ویژه، اضطراب، افسردگی، مداخلات خانواده محور.

مقدمه

بخش مراقبت های ویژه، به عنوان یکی از بخش های فوق تخصصی هر بیمارستان، دارای شرایط و تجهیزات خاصی است، که بیماران بدحال در آن پذیرش می شوند (۱). اکثر بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه، درجات مختلفی از کاهش سطح هوشیاری را تجربه می کنند. کاهش سطح هوشیاری و کما به علل مختلفی، مانند مسمومیت ها، اختلالات متابولیک، عفونت ها، ضربه های مغزی و ضایعات اولیه سیستم عصبی مرکزی ایجاد می شوند، که در این بین، اختلالات متابولیکی و مسمومیت ها به عنوان مهمترین علل ایجاد کننده کاهش سطح هوشیاری شناخته

شده اند (۲، ۳). گذشته از علت ایجاد کننده کاهش سطح هوشیاری، در نهایت این بیماران می بایست، دوره ای از روند بیماری خود را در بخش های ویژه سپری کنند. با وجود این که بخش مراقبت های ویژه، درصد زیادی از هزینه های بیمارستانی را به خود اختصاص می دهد، و کارآمدترین نیروهای کادر سلامت در آنجا مشغول به فعالیت هستند، ولی همچنان، بیماران بستری، در این بخش ها، در طول بستری و بعد از آن، مشکلات عدیده ای همچون، ضعف عضلانی، آنمی، اختلالات اضطرابی و افسردگی، اختلال در خواب و اشتها را تجربه می کنند (۳). بستری شدن بیمار، در بخش مراقبت های ویژه و روند بهبودی آن فرایندی چالش

حدیث بیرانوند و همکاران

مراقبتی خانواده محور، توسط انجمن مراقبت های حاد معرفی شده است. در این الگوی مراقبتی، حضور اعضا در بخش مراقبت های ویژه، حمایت از خانواده، ارتباط با اعضا خانواده و توانمند کردن آنها برای مراقبت از بیمار، در نظر گرفتن محیط مناسب برای حضور در بیمارستان و بهره مندی از مشاوره های تخصصی مراقبت تسکینی برای خانواده، وجود دارد (۱۶). خانواده بیمار در طول بستری بیمار، متحمل اختلالات روحی روانی زیادی می شوند، و انگیزه کافی برای مشارکت در امر مراقبت از بیمار را ندارند. از طرف دیگر بیمار آنها ممکن است ماه ها در خارج از بیمارستان و در منزل نیاز به مراقبت و کمک اعضا خانواده داشته باشد. با توجه به اینکه، در کشور ایران تاکنون برنامه ای به صورت منسجم به منظور آموزش مراقبین بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری تعریف نشده است، بنابراین با عنایت به فواید بیشمار مراقبت خانواده محور برای بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه و با توجه به این که برای ارایه هر خدمتی می بایست قبل از طراحی و اجرای آن برنامه را، مبتنی بر شواهد کرد، لذا این مطالعه با هدف، تعیین تاثیر مداخلات خانواده محور بر اضطراب و افسردگی خانواده بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری بستری در بخش مراقبت های ویژه، انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شاهد دار (RCT) بود که در سال ۹۸ بر روی ۷۰ نفر از اعضا خانواده بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری بستری در بخشهای مراقبت ویژه بیمارستان های شهدای عشایر و شهید رجیمی شهر خرم آباد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل، مراقبینی که بیمار آنها به دلیل کاهش سطح هوشیاری، در بخش مراقبت های ویژه، بستری شده و به طور مستقیم با بیمارشان در ارتباط بودند، و در بین اعضای خانواده وظیفه اصلی مراقبت برعهده ی آنها بود، و پیش بینی می شد، بیمار آنها حداقل به مدت دو هفته در بخش مراقبت های ویژه بستری شود، عدم داشتن سواد دانشگاهی درحوزه سلامت (پزشک، پرستار، ماما و ...) عدم داشتن تجربه مراقبت از بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری، سلامت جسمی و روحی، حداقل سواد خواندن و نوشتن و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل، امتناع مراقبین از تداوم همکاری،

ساز برای خانواده بیمار است. خانواده بیماران با محیط ناآشنا، انواع رویه های درمانی و وضعیت نامشخص بیمار مواجهه هستند. در این میان، مشکلات روحی روانی خانواده بیماران، به عنوان موضوعی مهم، در بخش مراقبت های ویژه مطرح است (۴، ۵)، که این می تواند ناشی از عدم آگاه بودن نسبت به تشخیص، پیش آگهی و درمان بیمار باشد (۶). خانواده بیماران ممکن است درجات مختلفی از ترس، انکار، عصبانیت و گناه را، در زمان مواجهه با بستری شدن بیمار در بخش مراقبت های ویژه، تجربه کنند (۷). در مطالعات زیادی نشان داده شده است که بستری شدن یکی از اعضا خانواده در بخش مراقبت های ویژه می تواند سلامت روحی و روانی سایر اعضا خانواده را تحت تاثیر خود قرار دهد، و باعث بروز اختلالاتی همچون، افسردگی (۸)، اضطراب (۹)، ترس و اختلال خواب (۱۰)، در آنها شود. در مطالعه دیگر میزان بروز اضطراب در اعضا خانواده ۷۱٪ و افسردگی ۳۵٪ گزارش شده است (۱۱). اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند و مبهم دلواپسی است که با یک یا چند علامت جسمی مانند تپش قلب، تعریق و بی قراری مشخص می شود (۱۲). علاوه بر اضطراب، افسردگی نیز یکی دیگر از مهمترین مشکلات مراقبین بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری بستری در بخش مراقب های ویژه می باشد. نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهند که اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه سطوح بالایی از افسردگی را تجربه می کنند (۴). افسردگی احساس غم بیمارگونه ای است، که شامل علائمی از جمله خلق افسرده و بی علائگی نسبت به محیط پیرامون می باشد که می تواند باعث ایجاد نقص در توانایی درک درست اطلاعات در مراقبین خانگی بیماران شود (۱۲). خانواده بیمار در طول فرایند پذیرش، بستری، ترخیص و همچنین تداوم مراقبت از بیماران در منزل، درگیر هستند (۱۳). بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری قدرت تصمیم گیری ندارد، و اعضا تیم سلامت، می بایست تصمیمات را با اعضا خانواده بیمار، بگیرند، پس یکی از اعضا خانواده می بایست، در مورد بیمار تصمیم گیرنده باشد (۱۴). از طرف دیگر شواهدی در خارج از بخش های مراقبت ویژه، وجود دارد که مشارکت اعضا خانواده در مراقبت از بیمار، می تواند تاثیرات مثبتی بر روند بهبودی بیماران داشته باشد (۱۳، ۱۵). بر این اساس، برای درگیر کردن خانواده در مراقبت از بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری در بخش های ویژه، راهنمای بالینی الگوی

عدم تداوم در مراقبت از بیمار- نامساعد شدن وضعیت جسمی یا روحی مراقب، و فوت بیمار بودند. حجم نمونه، با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ و $d=3$ و $s=4$ ، تعداد ۲۸ نفر در هر گروه برآورد شد، که با در نظر گرفتن ریزش ۲۰٪، حجم نمونه مورد نیاز، ۳۵ نفر تخمین زده شد. نمونه گیری به شیوه آسان انجام شد و اختصاص نمونه ها در گروه های مداخله و کنترل با استفاده از روش بلوکهای تصادفی طبقه ای از نظر جنس، انجام شد. همچنین با توجه به تاثیر گذار بودن سن، این متغیر به عنوان کواریت در مدل لحاظ شد. در این پژوهش برای ارزیابی اضطراب و افسردگی نمونه های مورد پژوهش از مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (۱۷) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال در دو بعد اضطراب و افسردگی است. ۷ سوال آن مربوط به اضطراب و ۷ سوال دیگر مربوط به افسردگی می باشد. هر سوال در طیف ۴ گزینه ای لیکرت تعریف شده است، که پاسخ دهندگان براساس نوع احساس خود یکی از آن ها را انتخاب می کردند. به هر یک از این گزینه ها نمره ۱ بین ۳-۰ اختصاص داده می شد به طوریکه نمره ۳ نشان دهنده ی حداکثر اضطراب و افسردگی و نمره ۱ صفر بیانگر حداقل اضطراب و افسردگی بود. مجموع امتیازات هر یک از دو مقیاس اضطراب و افسردگی در دامنه ای بین ۲۱-۰ قرار گرفت که امتیاز ۲۱-۱۴ بیانگر اختلال شدید اضطراب و افسردگی، امتیاز ۱۴-۷ نشان دهنده اختلال متوسط و امتیاز ۷-۰ بیانگر سالم بودن نمونه مورد پژوهش از نظر اضطراب و افسردگی بود. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۶ در ایران توسط دکتر کاویانی و همکاران به فارسی ترجمه و استاندارد سازی شده است که ضریب آلفای کرونباخ را ۷۵٪ گزارش کرده اند. روایی آن را نیز با مقایسه و محاسبه همگرایی گروه ها تامین شده است (۱۸).

مداخله: در این مطالعه، مداخله بر اساس الگوی توانمند سازی خانواده- محور انجام شد (۱۶). بر این اساس پرسشنامه اضطراب و افسردگی در اختیار مراقبین واجد شرایط قرار داده می شد و به آنها فرصت داده می شد تا به شیوه خودایفایی آن را تکمیل کنند. مداخله برای هر عضو خانواده در سه گام انجام می شد.

گام اول: در جلسه اول که ۲۴ ساعت بعد از بستری بیمار، در بخش مراقبت های ویژه برگزار می شد. بعد از آشنایی با عضو خانواده و به وجود آمدن اعتماد بین نمونه مورد

پژوهش و پژوهشگر، توضیحاتی در ارتباط با وضعیت بیمار، بیماری، عوارضی که بیمار را تهدید می کند، و همچنین ضرورت همکاری خانواده با تیم درمان و فوایدی که ارتباط آنها با بیمار می توانست، در روند بهبودی بیمار داشته باشد، ارائه می شد. همچنین در مورد مراقبت های مورد نیاز برای بیمار، در بیمارستان و منزل، شامل مراقبت از پوست، چشم، تغذیه، دستگاه اداری، دستگاه تنفسی، سیستم عضلانی اسکلتی، پیشگیری از زخم بستر برای بیمار توضیحات لازم داده می شد. در جلسه اول کتابچه مراقبتی و پمفلتی که توسط تیم تحقیق تدوین و طراحی شده بود، و حاوی مطالبی در مورد شیوه مراقبت از بیمار بود در اختیار نمونه ها قرار می گرفت. آموزش به صورت انفرادی و در اتاق آرامی که معمولاً اتاق استراحت پرستاران بخش مراقبت های ویژه بود انجام می گرفت.

گام دوم: پس از شناسایی نیازهای مراقبین، طی هماهنگی با ریاست بیمارستان و سرپرستار بخش ICU، از مراقبین تقاضا شد که به صورت انفرادی و با هماهنگی های قبلی در شیفت کاری عصر در سه جلسه ی یک ساعته بر بالین بیمار حضور پیدا کنند. آموزش به مراقبین به مدت یک هفته، طی سه جلسه یک ساعته و به صورت یک روز در میان بر بالین بیمار انجام می شد. مراقبین به صورت همیار، در مراقبت از بیمار شرکت می کردند، و به آنها فرصت تمرین و تکرار داده می شد. آموزش ها به گونه ای ارائه می شد، که، مراقبین احساس می کردند که می توانند به عنوان همیار پرستار (پژوهشگر) دوش به دوش او در برنامه های مراقبت مشارکت داشته باشند. در این قسمت آموزش های لازم، در ارتباط با شیوه رعایت بهداشت، تغذیه، تغییر پوزیشن، زخم بستر، ساکشن کردن و ... ارائه می شد. لازم به ذکر است که تمام آموزش های نظری و عملی توسط خود پژوهشگر که خود یکی از پرستاران بخش مراقبت های ویژه بود، ارائه می شد.

گام سوم: در این مرحله از مراقبین خواسته می شد، که مطالب آموخته شده را به صورت عملی (در زمان عدم حضور پژوهشگر) برای بیمارشان اجرا کنند و در مراقبت از بیمار مشارکت کنند. در این مرحله اگر مراقبین قادر نبودند، مراقبتی را به درستی انجام دهند یا نسبت به آموزش های داده شده با سوالی مواجه می شدند و نیاز به آموزش بیشتری داشتند، پژوهشگر بر حسب نیاز مراقبین، مطالب لازم را به صورت نظری و عملی مجدداً به آنها

حدیث بیرانوند و همکاران

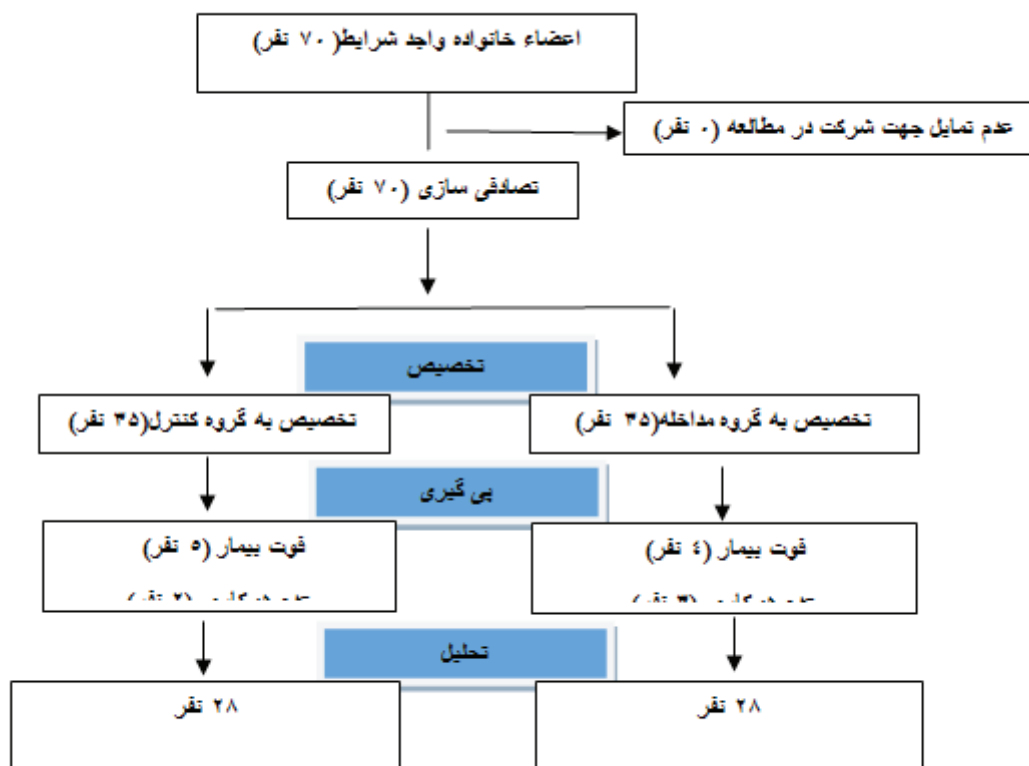
ملاحظات اخلاقی: هدف و نحوه انجام مطالعه، برای کلیه مشارکت کنندگان در مطالعه توضیح داده شد. اطمینان لازم در مورد حفظ گمنامی و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین حق کناره گیری از مطالعه، به آنها داده شد. سپس از آنها رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید. همچنین مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان مطرح و با کد اخلاق Lums.1397.196 تایید شد. کد مرکز کارآزمایی بالینی IRCT20180721040540N2 نیز دریافت گردید.

یافته ها

در این مطالعه، ۷۰ عضو خانواده وارد مطالعه شدند، که به علت ریزش نمونه ها، حجم نمونه به تعداد ۵۶ نفر، تقلیل یافت (نمودار ۱).

آموزش می دادند. یک هفته پس از اتمام کلیه مداخلات، پرسشنامه های مربوط به اضطراب و افسردگی مراقبین، در اختیار نمونه های هر دو گروه کنترل و مداخله گرفتند، و به صورت خودایفای تکمیل شدند. همچنین به منظور رعایت مسایل اخلاقی، پس از اتمام مطالعه، آموزش های لازم به گروه کنترل نیز ارائه شد.

برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ و آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در تحلیل داده ها، آزمونهای آماری مانند آزمونهای t مستقل، t زوجی، مجذور کای دو، استفاده شد. لازم به ذکر است که با در نظر گرفتن تغییرات میانگین نمرات به عنوان پاسخ و با در نظر گرفتن سن و متغیرهای مخدوشگر احتمالی دیگر، به عنوان کواریت تحلیل انجام شد.



نمودار ۱: فلوچارت شرکت کنندگان در مراحل مختلف مطالعه بر اساس CONSORT

بستری همگن بوده و از نظر آماری تفاوت معنی داری بین آنها مشاهده نشد $P > 0.05$. (جدول ۱).

نتایج نشان دادند، که دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل و علت

جدول ۱: مقایسه میانگین سن مراقبین گروه کنترل و مداخله آموزشی

P	مداخله		کنترل		گروه
	انحراف معیار ± میانگین N=۲۸		انحراف معیار ± میانگین N=۲۸		
۰/۶۵۳ ۰/۲۶۶	۳۹/۸۲ ± ۸/۵۸		۳۷/۲۱ ± ۸/۷۸		سن
۰/۷۸۹	۱۶ (%۵۷/۱)		۱۴ (%۵۰)		مرد
	۱۲ (%۴۲/۹)		۱۴ (%۵۰)		زن
۰/۷۵۸	۶ (%۲۱/۴)		۸ (%۲۸/۵)		مجرد
	۲۲ (%۷۸/۵)		۲۰ (%۷۱/۴)		متاهل
۰/۶۸۵	۴ (%۱۴/۲)		۷ (%۲۵)		زیردیپلم
	۱۰ (%۳۵/۷)		۹ (%۳۲/۱)		دیپلم
	۳ (%۱۰/۷)		۴ (%۱۴/۲)		فوق دیپلم
	۱۱ (%۳۹/۲)		۸ (%۲۸/۵)		لیسانس
۰/۷۱۶	۱۱ (%۳۹/۲)		۹ (%۳۲/۱)		آزاد
	۷ (%۲۵)		۵ (%۱۷/۸)		کارمند
	۱۰ (%۳۵/۷)		۱۴ (%۵۰)		بیکار
۰/۱۹۳	۱ (%۳/۵)		۶ (%۲۱/۴)		تروماتیک
	۲۷ (%۹۶/۴)		۲۲ (%۷۸/۵)		غیرتروماتیک

در این مطالعه میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل (جدول ۲) در این مطالعه میانگین نمره ی افسردگی در گروه کنترل قبل و بعد از انجام مطالعه همگن بود، $p=0/474$. همچنین نتایج نشان داد که بین تغییرات میانگین نمره ی اضطراب دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/001$)، به طوری که مداخله باعث کاهش معناداری در میانگین نمره اضطراب شد. (جدول ۲).

در این مطالعه میانگین نمره ی اضطراب در گروه کنترل قبل از انجام مطالعه و بعد از انجام مطالعه همگن بود، که بین میانگین نمره ی اضطراب قبل و بعد از انجام مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت $p=0/531$. همچنین نتایج نشان داد که بین تغییرات میانگین نمره ی اضطراب دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/001$)، به طوری که مداخله باعث کاهش معناداری

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره اضطراب و افسردگی مراقبین بیماران گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از انجام مطالعه

P	P	تفاضل میانگین ها انحراف معیار ± میانگین	گروه		متغیر
			قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۰۱	۰/۵۳۱	۰/۶۷ ± ۵/۶۵	۱۳/۲۱ ± ۳/۳۱	۴/۸۵ ± ۱۲/۵۳	کنترل
	۰/۰۰۱	۳/۶۵ ± ۵/۶۴	۹/۷۸ ± ۲/۷۹	۱۵/۴۲ ± ۳/۸۴	مداخله
۰/۰۱	۰/۴۷۴	۰/۸۵ ± ۶/۲۴	۴/۳۵ ± ۱۲/۲۵	۵/۱۶ ± ۱۱/۳۹	کنترل
	۰/۰۰۱	۵/۴۸ ± ۵/۴۲	۳/۰۴ ± ۹/۰۷	۵/۳ ± ۱۴/۵۳	مداخله

در این مطالعه، آگاهی نمونه‌ها به وسیله آموزش چهره به چهره و دادن پمفلت و کتابچه آموزشی انجام شد. در مطالعات دیگر آموزش‌های به شیوه مصاحبه و تشکیل گروه متمرکز (۱۹)، دادن اطلاعات و نوشتن خاطرات بیمار (۲۰) و همچنین پیگیری‌های مداوم به صورت تلفنی (۲۱) انجام شده است، که همگی آنها منجر به کاهش اضطراب در خانواده بیماران شده است، که در این زمینه می‌بایست، اثربخشی، سهولت انجام، معایب و مزایای همه این روش‌ها، در مورد این بیماران و در شرایط مختلف، آزموده شود، تا بتوان شیوه مناسب را در صورت لزوم از بین آنها انتخاب کرد. یکی دیگر از عناصر مدل خانواده محور استفاده از مشاوره های تخصصی برای ایجاد آرامش در خانواده بیماران بدحال است. آمار مرگ و میر و ناتوانی های ایجاد شده در بیماران بستری شده در بخش های مراقبت ویژه بالا است (۲۵)، و این خود می‌تواند، منبع ای برای ایجاد اضطراب و افسردگی باشد. در این مطالعه همه آموزش‌ها به وسیله پژوهشگری که خود پرستار یکی از بخش های مراقبت ویژه بود انجام گرفت، که تا حدودی با شرایط بیماران و خانواده آنها آشنا بود، اما ایده آل آن است، که حمایت خانواده بیماران به صورت جامع، توسط کارشناسان دیگری، مانند روانشناس، مددکار اجتماعی و کارشناس مذهبی انجام شود. مراقبت تسکینی برای خانواده بیمار، از همان روزهای اول بستری دیده شود، تا در صورت فوت بیمار، تحمل درد و رنج ناشی از سوگ، برای خانواده راحت تر باشد، و خانواده ها کمتر دچار اضطراب و افسردگی شوند (۱۶). یکی دیگر از عناصر الگوی خانواده محور در نظر گرفتن محیط مناسب، برای اقامت، خواب و استراحت همراهان بیمار در بیمارستان است، که در این مطالعه پژوهشگر آموزش ها را در اتاقی که مربوط به، استراحت کادر پرستاری بود انجام می‌داد، ولی عملاً مکانی برای خواب و یا استراحت همراهان بیمار در بیمارستان تعبیه نشده است، که این امر نیز می‌تواند در اختلال آرامش روحی روانی خانواده بیماران موثر باشد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود مسئولین بیمارستانها، این نکات را در برنامه های مدیریتی خود ببینند، و مکانهای را برای آسایش همراهان بیمار، در بیمارستانها فراهم کنند. یکی از محدودیت های این مطالعه زمان کوتاه مداخله بود، که پیشنهاد می‌شود این مطالعه در بازه زمانی طولانی تر اجرا شود به این صورت که مراقبین خانوادگی از زمان پذیرش بیمار در مراقبت های ویژه تحت حمایت و آموزش قرار بگیرند، و شرایطی فراهم شود که اثرات این مداخلات بر روی روند بهبودی بیمار نیز مورد سنجش قرار

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه بیانگر این بودند که مداخلات خانواده محور می‌توانند در کاهش اضطراب و افسردگی اعضاء خانواده بیماران کاهش سطح هوشیاری بستری در بخش های مراقبت ویژه موثر باشند. مطالعات زیادی، با رویکردهای متفاوتی، در این زمینه انجام شده است و نتایج اکثریت آنها بیانگر این است که مداخلات می‌تواند باعث کاهش اضطراب و افسردگی اعضاء خانواده بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری شوند (۱۹-۲۱). وجه تمایز این مطالعه با مطالعات دیگر، در رویکرد انجام مداخله بود که، با رویکرد خانواده محور انجام شد. یکی از عناصر این رویکرد، حضور اعضاء خانواده بر بالین بیمار بود، که در طول انجام مطالعه به مدت سه روز انجام شد و نتایج هم بیانگر اثربخشی این شیوه مداخله بر روی کاهش اضطراب و افسردگی اعضاء خانواده بود. جدای از فواید زیادی که کاهش اضطراب و افسردگی می‌تواند در بهبود وضعیت درمان بیمار و همچنین تسهیل روند همکاری با پرسنل داشته باشد، می‌بایست این موضع را در نظر گرفت که بخش مراقبت های ویژه بخش تخصصی است که نیازمند آرامش و سکوت می‌باشد، عفونتهای بیمارستانی معمولاً در بین بیماران این بخش ها شایع هستند. حضور همراهان بیمار می‌بایست بر اساس تمهیدات مناسب انجام بگیرد، چون ازدحام همراهان بیمار در بخش مراقبت های ویژه می‌تواند منجر به افزایش شیوع عفونتهای بیمارستانی، شلوغی بخش، و همچنین فرسودگی شغلی مراقبین شاغل در این بخش ها شود. در برخی از کشورهای پیشرفته دستورالعمل های برای حمایت از خانواده بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه وجود دارد که در طول بستری بیمار خانواده را نیز بر اساس نیازهای آن مورد حمایت قرار می‌دهند (۲۲، ۲۳). بنابراین پیشنهاد می‌شود، که تمهیدات لازم، برای حضور خانواده بیماران در بخش های ویژه، با حفظ ایمنی بیمار و موافق با اسناد بالادستی، اندیشیده شود. یکی دیگر از عناصر موجود، در الگوی خانواده محور برقراری ارتباط و افزایش آگاهی خانوادگی بیماران است. این خانواده ها، معمولاً روزهای سختی را سپری می‌کنند، لذا، برقراری ارتباط با آنها، نیازمند مهارتهای ویژه ای است (۲۴)، بنابراین، مراقبین شاغل در بخش مراقبت های ویژه می‌بایست با اصول برقراری ارتباط مناسب با خانواده بیماران بدحال آشنا باشند، که می‌تواند مسئولین آموزش مداوم، اصول ارتباط با خانواده و بیمار، و شیوه دادن خبر بد، را برای پرستاران شاغل در بخش های ویژه در نظر بگیرند.

آید. با توجه به مشخص نبودن تاثیر مداخلات انجام شده بر روند بهبودی بیمار، در بخش مراقبت ویژه، پیشنهاد می شود تاثیر این مداخلات بر روی روند بهبودی بیماران نیز سنجیده شود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی جراحی با کد ۱۹۶ است، که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد. از معاونت تحقیقات و فناوری، مسئولین بخش های ویژه و کلیه نمونه های مورد پژوهش، که با شرکت در مطالعه، شرایط انجام این کار پژوهشی را فراهم کردند، تقدیر و تشکر به عمل می آید.

References

1. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*. 2017;37:270-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcrr.2016.07.015>
2. Horsting MW, Franken MD, Meulenbelt J, van Klei WA, de Lange DW. The etiology and outcome of non-traumatic coma in critical care: a systematic review. *BMC anesthesiology*. 2015;15:65. <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0041-9>
3. heydari h, novinmehr n, kamran a. Investigating the causes and the consequences of hospitalization in intensive care units. 2. 2015;8(3):149-56.
4. Johnson CC, Suchyta MR, Darowski ES, Collar EM, Kiehl AL, Van J, et al. Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*. 2019;16(7):894-909. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201808-540SR>
5. Choi J, Donahoe MP, Hoffman LA. Psychological and physical health in family caregivers of intensive care unit survivors: current knowledge and future research strategies. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2016;46(2):159-67. <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.2.159>
6. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical care medicine*. 2000;28(8):3044-9.

بگیرد. همچنین در الگوی خانواده محور می بایست از حضور کارشناسان مختلف، به عنوان تیم مراقبتی، جهت مداخله استفاده شود، که در این مطالعه به علت محدودیت های موجود، همه مداخلات توسط خود پژوهشگر، که خود یکی از پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه بود انجام گرفت.

با توجه به این که اضطراب می تواند در ایجاد تعادل روحی اعضای خانواده موثر باشد و حضور بدون اضطراب اعضای خانواده در بخش مراقبت های ویژه و همکاری فعال آنها در مراقبت از بیمار، می تواند منجر به تسریع بهبودی بیمار شود، بنابراین، پیشنهاد می شود که مسئولین بیمارستانها تدابیری اتخاذ کنند که حمایت های لازم از بیماران و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در طول بستری بیمار و حتی بعد از ترخیص، به عمل

<https://doi.org/10.1097/00003246-200008000-00061>

7. Mendonca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Critical care nursing quarterly*. 1998;21(1):58-67. <https://doi.org/10.1097/00002727-199805000-00009>
8. Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. *BMC psychiatry*. 2014;14:21. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-21>
9. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med*. 2010;38(4):1078-85.
10. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical care (London, England)*. 2013;17(3):R91.
11. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current opinion in critical care*. 2012;18(5):540-7.
12. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
13. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *Jama*. 2014;311(10):1052-60.
14. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-

- traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2005;171(9):987-94.
15. Lynn J. Strategies to ease the burden of family caregivers. *Jama*. 2014;311(10):1021-2.
 16. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017;45(1):103-28.
 17. Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):29.
 18. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of anxiety and depression hospital scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal*. 2009;67(5):379-85.
 19. Yun SH, Oh EG, Yoo YS, Kim SS, Jang YS. Development and Effects of a Transition Nursing Program for Patients and Family Caregivers at a Neurological ICU in Korea. *Clinical nursing research*. 2017;26(1):27-46. <https://doi.org/10.1177/1054773815616973>
 20. Kloos JA, Daly BJ. Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients. *Critical care nursing quarterly*. 2008;31(2):96-107; quiz 8-9. <https://doi.org/10.1097/01.CNQ.0000314469.41507.cb>
 21. Kucia A, Quinn T. *Acute cardiac care: a practical guide for nurses*: John Wiley & Sons; 2013.
 22. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35(2):605-22. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
 23. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Rehabilitation after critical care*. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg83>. Accessed: Juan 24 2020. .
 24. Curtis JR. Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. *Respiratory care*. 2008;53(4):480-7.
 25. Molina JA, Seow E, Heng BH, Chong WF, Ho B. Outcomes of direct and indirect medical intensive care unit admissions from the emergency department of an acute care hospital: a retrospective cohort study. *BMJ open*. 2014;4(11):e005553.