

The Impact of Family Centered Care on Depression, Anxiety and Stress of Family Caregivers of Patients Undergoing Open Heart Surgery

Fariba Shoushi ¹, Yadollah Jannati ², Seyed Nouraddin Mousavinasab ³,
Vida Shafipour ^{4,*}

¹ MSc Student, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Ph.D. Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Ph.D. Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Nursing & Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

* **Corresponding author:** Vida Shafipour, Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Nursing & Midwifery Faculty, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. E-mail: vidashafipour@yahoo.com

Received: 05 Jul 2016

Accepted: 16 Sep 2016

Abstract

Introduction: Hospitalization at the Intensive Care Unit (ICU) often leads to some psychiatric problems in the family of the patient. This study aimed at determining the effect of family-centered care on depression, anxiety and stress of family caregivers of open-heart surgery patients from admission to discharge.

Methods: In this randomized clinical trial, 45 caregivers from patients' families were selected based on convenience sampling method and were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received routine hospital information as well as informational and emotional care, from the day before the surgery to 24 hours before discharge from the hospital. On the other hand, the control group received only routine information. Depression, anxiety and stress rates of the caregivers in both groups were assessed by the DASS21 Questionnaire before the surgery and 24 hours before discharge. To analyze the data, chi-square tests, t-test and paired t-test were used.

Results: The findings indicated that both groups were homogeneous in demographic characteristics. The mean score of depression, anxiety and stress in the control group on the day before the surgery was 7.27 ± 4.8 , 9.50 ± 5.8 , and 11.54 ± 4.7 , respectively. In the experimental group, the rate of depression, anxiety, and stress were found to be 6.52 ± 3.4 , 10.73 ± 3.6 , and 11.69 ± 3.6 , respectively. The results showed that in both groups, there was a decrease in the amount of these three variables 24 hours before hospital discharge. However, the amount of decrease was statistically significant in the experimental group ($P > 0.001$).

Conclusions: According to the results, family-centered care reduced depression, anxiety and stress in families with ICU patients, 24 hours before discharge compared to the admission day. Thus, this method can be used for family caregivers during hospitalization of their patients.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Family Caregivers, Open Heart Surgical, Family-Centered Nursing

بررسی تأثیر اجرای برنامه مراقبت خانواده محور بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران جراحی قلب باز

فریبا شوشی^۱، یدالله جنتی^۲، سید نورالدین موسوی نسب^۳، ویدا شفیع پور^{۴*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
^۲ استادیار، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
^۳ دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
^۴ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
^{*} نویسنده مسئول: ویدا شفیع پور، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

ایمیل: vidashafipour@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۱۵

چکیده

مقدمه: بستری شدن بیماران در بخش های ویژه اغلب با بروز مشکلات روانی در خانواده این بیماران همراه است. لذا این مطالعه با هدف تأثیر اجرای برنامه مراقبت خانواده محور بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران جراحی قلب باز از پذیرش تا ترخیص انجام یافته است.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، ۴۵ مراقب بیمار در خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب باز به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به طور تصادفی در یکی از دو گروه مداخله و شاهد تخصیص داده شدند. در گروه مداخله علاوه بر اطلاعات معمول بیمارستان از روز قبل از عمل تا ۲۴ ساعت قبل از ترخیص از بیمارستان مراقبت اطلاعاتی و عاطفی نیز انجام شد و در گروه شاهد تنها اطلاعات معمول بیمارستان ارائه شد. افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین در هر دو گروه روز قبل از عمل و ۲۴ ساعت قبل از ترخیص بیمار از بیمارستان با استفاده از پرسشنامه DASS21 اندازه گیری شده و داده ها با استفاده از آزمون کای دو، تی مستقل و تی زوجی تحلیل شد.

یافته ها: بر اساس یافته ها دو گروه از نظر مشخصات فردی همگن بودند. میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس روز قبل از عمل در گروه شاهد به ترتیب $(7/27 \pm 4/8)$ ، $(9/50 \pm 5/8)$ ، و $(11/54 \pm 4/7)$ و در گروه مداخله افسردگی $(6/52 \pm 3/4)$ ، اضطراب $(3/6 \pm 1/73)$ ، استرس $(11/69 \pm 3/6)$ بود. که در ۲۴ ساعت قبل از ترخیص از بیمارستان در هر دو گروه کاهش یافت که این کاهش در گروه مداخله از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها، برنامه مراقبت خانواده محور سبب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین بیماران از پذیرش تا ۲۴ ساعت قبل از ترخیص شده است، و از آن جایی که وضعیت روانی مطلوب مراقبین در نحوه مراقبت از بیماران تأثیر به سزایی دارد، بنابراین استفاده از این روش در مراقبین بیماران در طول مدت بستری در بیمارستان توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: افسردگی، اضطراب، استرس، مراقبین خانوادگی، جراحی قلب باز، مراقبت خانواده محور

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

اضطراب برای بیماران و اعضای خانواده آن ها می باشد (۲، ۳). تحقیقات نشان داده اند که بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان می تواند در دیگر اعضای خانواده ایجاد اضطراب و مشکلات روانی نماید (۴، ۵). نتایج مطالعات نشان می دهند که اعضای خانواده بیماران

جراحی قلب باز مداخله رایجی، جهت درمان بیماری های ایسکمیک قلبی است (۱) اگر چه جراحی قلب باز یک تکنیک مداخله ای موفق در مراقبت و درمان بیماری های قلبی است، اما حضور در بیمارستان و بستری شدن یک تجربه تنش زا و تهدید کننده زندگی همراه با ترس و

عوارض و مشکلات پس از عمل کاسته شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبت خانواده بر میزان افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران جراحی قلب باز انجام گردیده است.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی با دو گروه شاهد و مداخله می‌باشد که به مدت ۲ ماه (از اسفند ۱۳۹۴ تا فروردین ۱۳۹۵) به طول انجامید. جامعه پژوهش مطالعه حاضر مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر و تعویض دریچه بستری در بخش‌های جراحی قلب و آی سی یو جراحی قلب باز بیمارستان آموزشی قلب فاطمه زهرا (س) ساری می‌باشد. نمونه‌های پژوهش ۴۵ مراقب خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز بر اساس معیارهای ورود به مطالعه شامل بستگان درجه اول بیمار؛ دارا بودن نقش اصلی مراقبت از بیمار؛ سن بالاتر ۱۸ سال؛ با سواد بودن؛ اورژانسی نبودن عمل جراحی مربوطه؛ عدم ابتلا به بیماری خود ایمنی، سرطان، و اختلالات مازور روانی (افسردگی، اسکیزوفرنی، اضطراب)؛ عدم سابقه اعتیاد به مواد مخدر و الکل یا استفاده از داروهای روان گردان؛ عدم سابقه داشتن مراقبت از بیمار جراحی قلب؛ عدم عضویت در تیم بهداشت و درمان و همچنین معیارهای خروج شامل عدم حضور در تمام جلسات آموزش تا پایان مداخله. انصراف از ادامه حضور در مطالعه، بروز عوارضی مانند خونریزی، برگشت مجدد به اطاق عمل یا خارج نکردن لوله داخل تراشه بیمار در ۲۴ ساعت اول، فوت بیمار در حین مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از مقالات (۱۹، ۲۰) و با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه و با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد و خطای نوع اول ۰/۰۵، ۲۰ نفر در هر گروه برآورد گردیده که با احتمال ریزش ۱۰ درصد نمونه‌ها حجم نهایی جمعاً در دو گروه ۴۵ نفر در نظر گرفته شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 [\sigma_1^2 + \sigma_2^2]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

در ابتدا نمونه‌گیری به روش در دسترس و سپس بر مبنای معیارهای ورود به مطالعه، به صورت مستمر و به صورت تخصیص تصادفی در هر کدام از گروه‌های مداخله (۲۳ نفر) و شاهد (۲۲ نفر) انجام گرفت. به منظور جلوگیری از تبادل اطلاعاتی نمونه‌ها در دو گروه، نمونه‌گیری بین گروه‌ها به صورت نوبتی و یک هفته در میان انجام گرفت. در این پژوهش اطلاعات از طریق دو پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس Depression Anxiety Stress scale (DASS-21) گردآوری شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بیماران با ۳ سؤال سن، جنس، نوع عمل جراحی و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک مراقبین خانوادگی شامل ۷ سؤال جنس، سن، نسبت با بیمار، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، محل سکونت، بوده است. مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس دارای ۲۱ سؤال در زمینه افسردگی (۷ سؤال)، اضطراب (۷ سؤال) و استرس (۷ سؤال) با مقیاس ۴ عاملی لیکرت (از اصلاً تا زیاد) می‌باشد. کسب نمره صفر تا ۹ برای افسردگی، ۰-۷ برای اضطراب و ۰-۱۴ برای استرس، نشانه نداشتن هر یک از این مشکلات در فرد است. کسب نمره ۱۰-۱۳ برای افسردگی، ۸-۹ برای اضطراب و ۱۵-۱۸ برای استرس نشانه داشتن هر یک از این مشکلات در سطح خفیف و کسب نمره ۱۴-۲۰ برای

بستری در بخش‌های ویژه سطوح بالایی از افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند (۵-۷). افسردگی احساس غمگینی بیمارگونه‌ای است که شامل علائم متعددی از جمله خلق افسرده، بی‌علاقگی و بی‌لذتی از محیط پیرامون می‌باشد (۸)، که می‌تواند باعث ایجاد نقص در توانایی درک درست اطلاعات در مراقبین خانوادگی بیماران جراحی قلب باز و قابلیت تصمیم‌گیری درست آنان در رابطه با بیمارشان شود (۹). استرس نیز کنشی متقابل است که بین شخص و محیطی تنش‌زا حاصل می‌شود (۸)، استرس بالای عمل جراحی قلب عامل تهدید کننده‌ای برای سلامت فرد و یکپارچگی خانواده می‌باشد و می‌تواند تأثیرات منفی بر روابط اعضای خانواده بگذارد (۱۰). اضطراب احساس دلواپسی یا بی‌ثباتی منتشر، ناخوشایند و مبهم است که تجربه یک بیماری حاد یا مزمن می‌تواند محرکی برای ایجاد آن باشد (۸). وجود اضطراب در یک عضو خانواده، توانایی فراهم کردن کمک او را محدود کرده و می‌تواند سبب تشدید نگرانی‌های بیمار شود. کمبود حمایت و افزایش سطح اضطراب، تأثیر مهمی روی عملکرد خانواده و موفقیت عمل جراحی قلب دارد (۱۱). مطالعه‌ای در فرانسه نشان داد که ۷۳/۴ درصد از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه اضطراب و ۳۵/۳ درصد افسردگی را تجربه نموده‌اند (۵). در مطالعه‌ای در ایران نیز، ۶۸ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه اضطراب، ۵۷/۳ درصد افسردگی و ۴۶/۷ درصد آنان استرس داشتند (۱۲). بیشترین علت اضطراب و استرس اعضای خانواده بیماران، برخوردار نبودن آن‌ها از اطلاعات کافی در رابطه با پیش‌آگهی و درمان بیماری، و عدم آشنایی با محیط و تجهیزات پیچیده بخش آی سی یو و عدم آشنایی یا اطلاعات کم در زمینه مراقبت از بیمار در منزل می‌باشد (۱۳). اضطراب می‌تواند در توانایی اعضای خانواده جهت دریافت اطلاعات و درک آن، حفظ کارکرد کافی خانواده، استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای به طور مؤثر و انجام حمایت مثبت از بیمار تداخل نماید (۱۴)، لذا ارائه راهکارهایی برای پیشگیری و کاهش عوامل اضطراب‌زا ضروری است (۱۵). توجه به خانواده بیمار از ارکان مهم مراقبت از بیماران می‌باشد، زیرا خانواده‌ها مسئولیت حمایت از بیمار را در اکثر مواقع عهده دار هستند (۴). (Leske et al., ۱۹۹۶) به عنوان اولین محققین در این زمینه با مطالعه بر روی خانواده بیماران تحت عمل جراحی دریافتند که خانواده‌هایی که اطلاعاتی در رابطه با شرایط بیمار دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه شاهد اضطراب کمتری را نشان دادند (۱۶).

بسیاری از خانواده‌ها از فراهم نبودن مراقبت برای بیمار خود نگران‌اند و خواستار اطلاعاتی در رابطه با موقعیت و شرایط بیمار، درمان و برنامه مراقبت پرستاری و عمومی که توسط بیمارستان ارائه می‌شود، می‌باشند. از این رو لازم است اطلاعاتی که به مراقبین ارائه می‌شود، قابل اعتماد و صحیح باشد و جهت درک اعضا خانواده تکرار شوند (۱۷). با توجه به این که جراحی قلب و بستری بیمار در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب به عنوان یک مداخله ضروری می‌تواند در کل نظام خانواده تغییرات و تنش‌هایی را ایجاد کند (۱۸) و نظر به این که امروزه طول مدت بستری بیماران پس از عمل جراحی قلب در بیمارستان کوتاه شده و بیشتر دوره نقاهت و بهبودی آنان در منزل بدون برخورداری از مراقبت مستمر پرستاری و پزشکی در کنار خانواده سپری می‌شود لازم است نیازهای بیمار و خانواده در مدت بستری ارزیابی و آموزش و مراقبت‌های لازم مبتنی بر همان نیازها ارائه شود، تا بدین ترتیب از

پایگاه‌های علمی معتبر استفاده شد (۲۵-۲۸). روایی محتوای آن نیز توسط سه متخصص جراحی قلب، سه کاردیولوژیست‌ها، دو متخصص بیهوشی و چهار نفر از اعضای هیات علمی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی نسبی ساری مورد ارزیابی و در نهایت تأیید قرار گرفت. در گروه شاهد هیچ مداخله حمایتی خاصی صورت نگرفته و مراقبت‌های معمول بیمارستان (شامل شماره تلفن بیمارستان، آموزش مراقبت از بیمار در منزل در یک جلسه ۲۰ دقیقه‌ای در زمان ترخیص، و زمان محل مراجعه جهت ویزیت بعد از ترخیص) برای آن‌ها انجام گرفت. اضطراب، افسردگی و استرس مورد پژوهش در هر دو گروه، روز قبل از عمل و ۲۴ ساعت قبل از ترخیص بیمار از بیمارستان با پرسشنامه DASS21 سنجیده شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نسخه ۲۰ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از تست شاپیرو ویلک استفاده شد و برای تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تی مستقل، تی زوجی، کای اسکور است. و نتایج بصورت میانگین و انحراف معیار ارائه شد. ($P < 0/05$) از نظر آماری معنی دار تلقی شد. در رابطه با رعایت ملاحظات اخلاقی به واحدهای مورد پژوهش در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی در خروج از مطالعه به علت عدم تمایل و اینکه عدم شرکت در این پژوهش هیچ اختلالی در روند درمان بیمار ایجاد نخواهد کرد، به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ مراقب در دو گروه مداخله و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند، که میانگین سنی نمونه‌ها (مراقبین خانوادگی بیماران شرکت کننده) $13/1 \pm 41/5$ در گروه مداخله و $12/2 \pm 37/3$ در گروه شاهد بود. اکثر افراد مورد پژوهش ($65/2\%$) در گروه مداخله و ($54/5\%$) در گروه شاهد زن بودند. از نظر وضعیت تأهل، ($91/3\%$) افراد در گروه مداخله و ($77/3\%$) در گروه شاهد متأهل بودند. بیشتر مراقبین نسبت فرزند با بیمار داشته به طوری که این میزان ($60/9\%$) در گروه مداخله و ($77/3\%$) در گروه شاهد بود. از نظر سطح تحصیلات، بیشترین میزان مربوط به تحصیلات دیپلم ($52/2\%$) در گروه مداخله و ($36/4\%$) در گروه شاهد بود. **جدول ۱** سایر ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌ها را به تفکیک گروه مداخله و شاهد نشان می‌دهد.

با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk) نرمال بودن متغیرها مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که از توزیع نرمال پیروی می‌کند ($P < 0/05$). با توجه به مقدار احتمال به دست آمده به وسیله آزمون تی مستقل گروه مداخله و شاهد از نظر میانگین افسردگی، اضطراب و استرس قبل از مداخله با هم اختلاف معنی‌داری نداشته و همسان هستند ($P > 0/05$)، اما از نظر میانگین افسردگی، اضطراب و استرس بعد از انجام مداخله با هم اختلاف معنی‌داری داشتند ($P < 0/001$) (**جدول ۲**).

با توجه به میزان به دست آمده به وسیله آزمون تی زوجی در گروه شاهد و مداخله بعد از انجام مداخله میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه کاهش داشت که این کاهش در گروه مداخله معنی‌داری بود (**جدول ۳**).

افسردگی، ۱۰-۱۴ برای اضطراب و ۱۹-۲۵ برای استرس نشانه داشتن هر یک از این مشکلات در سطح متوسط می‌باشد. کسب نمره ۲۱-۲۷ برای افسردگی، ۱۵-۱۹ برای اضطراب و ۲۶-۳۳ برای استرس نشانه داشتن هر یک از این مشکلات در سطح شدید می‌باشد. کسب نمره ۲۸ و بالاتر برای افسردگی، ۲۰ و بالاتر برای اضطراب، ۳۴ و بالاتر برای استرس، نشانه داشتن هر یک از این مشکلات در سطح خیلی شدید می‌باشد. (Crawford et al, ۲۰۰۳) در نمونه‌ای ۱۷۷۱ نفری از جمعیت عمومی کشور انگلستان DASS را با دو ابزار دیگر مربوط به اندازه گیری افسردگی و اضطراب و یک ابزار مربوط به عاطفه مثبت و منفی مقایسه کرده و به این نتیجه رسیدند که بهترین حالت برای DASS زمانی است که هر سه گویه در آن مورد توجه قرار گرفته شود. پایایی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰، استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش شده است (۲۱). مطالعات مختلفی در داخل کشور انجام گرفته و اعتبار این ابزار به اثبات رسیده است. از جمله، در مطالعه Ghafari et.al، ضریب آلفای کرونباخ در حیطه اضطراب با ۰/۷۱، استرس با ۰/۷۴، افسردگی با ۰/۹۷ و در نهایت پایایی کل ابزار با ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲). در مطالعه Moradipanah et al. اعتبار این ابزار با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲، استرس ۰/۸۲ گزارش گردیده است (۲۳). همچنین در مطالعه Aghebati et al. و همکاران پایایی این ابزار به روش همسانی درونی با آزمون آماری آلفا کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد (۲۴).

برای انجام مطالعه، محقق پس از اخذ تأییدیه‌های کمیته اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دریافت معرفی نامه، در محیط پژوهش حضور یافته و لیست عمل جراحی پیوند عروق کرونر و تعویض دریچه روز بعد را از ایستگاه پرستاری بخش جراحی قلب دریافت کرده، سپس بر بالین تک تک بیماران گروه مداخله حضور یافته و ضمن معرفی خود و ارائه توضیحات لازم در مورد مطالعه و هدف پژوهش به مراقب خانوادگی بیماران، از افرادی که معیارهای ورود به مطالعه به ویژه تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، رضایت نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش اخذ نمود. محتوای مداخله این مطالعه شامل دو بخش حمایت اطلاعاتی و عاطفی بود. در بخش حمایت اطلاعاتی از روز قبل از عمل، یک جلسه آموزش حضوری همراه با ارائه کتابچه آموزشی (شامل، مراقبت‌های قبل از عمل که شامل آشناسازی مراقبین با وسایل و تجهیزات آی سی یو مثل ونتیلاتور، صحبت با خانواده بیمار در مورد روند و زمان تقریبی بستری)، و همچنین از اولین روز بعد از عمل تا سه روز، سه جلسه آموزش حضوری به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه با توجه به نیاز فرد برای هر عضو مراقب بیمار همراه با ارائه کتابچه آموزشی، حاوی اطلاعات مربوط به آشنایی با رژیم دارویی، تغذیه‌ای و فعالیت‌های بعد از عمل، انجام شد. و در بعد حمایت عاطفی، همزمان با ۴ جلسه آموزش حضوری برای هر عضو مراقب بیمار اقداماتی شامل دادن فرصت کافی به عضو خانواده جهت صحبت در مورد نگرانی‌ها و ترس‌ها، اطمینان دادن در مورد ارائه مراقبت کافی در بیمارستان، تشویق مراقبین خانوادگی به امیدواری و توکل به خدا، مورد تأکید قرار گرفت. برای طراحی محتوای آموزشی این مداخله، از کتب و

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز در بیمارستان قلب فاطمه زهرا (س) ساری

متغیر	گروه مداخله	گروه شاهد	آماره آزمون	P-value
سن	۴۱/۵ ± ۱۳/۱	۳۷/۳ ± ۱۲/۲	t = ۱/۱۱	۰/۲۷۴
جنس			۰/۵۳۴	۰/۰۳۵
مرد	۸ (۳۴/۸)	۱۰ (۴۵/۵)		
زن	۱۵ (۶۵/۲)	۱۲ (۵۴/۵)		
وضعیت تأهل			۴/۰۶	۰/۱۳۱
مجرد	۱ (۴/۳)	۵ (۲۲/۷)		
متأهل	۲۱ (۹۱/۳)	۱۷ (۷۷/۳)		
مطلقه	۱ (۴/۳)	۰ (۰)		
نسبت با بیمار			۲/۴۰۲	۰/۱۲۱
همسر	۹ (۳۹/۱)	۴ (۱۸/۳)		
فرزند	۱۴ (۶۰/۹)	۱۷ (۷۷/۳)		
خواهر	۰ (۰)	۱ (۴/۵)		
سطح تحصیلات			۱/۵۹	۰/۴۵
کمتر از دیپلم	۷ (۳۰/۴)	۷ (۳۱/۸)		
دیپلم	۱۲ (۵۲/۲)	۸ (۳۶/۴)		
فوق دیپلم و بالاتر	۴ (۱۷/۴)	۷ (۳۱/۸)		
شغل			۱/۰۹	۰/۵۷
خانه دار	۱۳ (۵۶/۵)	۹ (۴۰/۹)		
آزاد	۷ (۳۰/۴)	۹ (۴۰/۹)		
سایر	۳ (۱۳)	۴ (۱۸/۲)		
محل سکونت			۱/۲۸	۰/۲۵۶
ساری	۱۰ (۴۳/۵)	۶ (۲۷/۳)		
سایر	۱۳ (۵۶/۵)	۱۶ (۷۲/۷)		
عمل جراحی			۵/۲۳	۰/۰۷
پیوند عروق کرونر	۲۰ (۸۷)	۱۳ (۵۹/۱)		
تعویض دریچه	۲ (۸/۷)	۳ (۱۳/۶)		
هر دو	۱ (۴/۳)	۶ (۲۷/۳)		

مقادیر جدول به صورت تعداد (درصد) یا میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند.

آماره آزمون χ^2 می باشد.

جدول ۲: مقایسه افسردگی، اضطراب، استرس دو گروه مداخله و شاهد

روزهای مطالعه	روز قبل از عمل		۲۴ ساعت قبل از ترخیص	
	افسردگی	اضطراب	افسردگی	اضطراب
گروه شاهد	۷/۲۷ ± ۴/۸۴	۹/۵۰ ± ۵/۸	۶/۰۴ ± ۲/۶	۸/۹۵ ± ۲/۸
گروه مداخله	۶/۵۲ ± ۳/۴	۱۰/۷۳ ± ۳/۶	۲/۳۹ ± ۲/۱	۴/۲۶ ± ۲/۰۷
Df	۴۳	۴۳	۴۳	۴۳
T	۰/۶۰۲	-۰/۸۶۳	-۰/۱۱۹	۶/۳۳
P value	۰/۵۵۴	۰/۳۹۹	۰/۹۰۷	۰/۰۰۰

جدول ۳: مقایسه افسردگی، اضطراب، استرس قبل از مداخله و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	گروه شاهد		گروه مداخله		آماره آزمون
	تعداد	روز قبل از عمل	تعداد	روز قبل از عمل	
افسردگی	۲۲	۷/۲۷ ± ۴/۸۴	۲۳	۶/۵۲ ± ۳/۴	۰/۲۳۸
اضطراب	۲۲	۹/۵۰ ± ۵/۸	۲۳	۱۰/۷۳ ± ۳/۶	۰/۶۶۹
استرس	۲۲	۱۱/۵۴ ± ۴/۷	۲۳	۱۱/۶۹ ± ۳/۶	۰/۱۳۸

مقادیر جدول برای گروه های مداخله و شاهد به صورت انحراف معیار ± میانگین بیان شده است.

بحث

ارتباط به موقع با خانواده‌ها و همدردی کردن با آنها به شیوه صحیح می‌تواند مؤثر باشد (۳۴). در مطالعه حاضر نیز پس از پایان مداخله، افراد شرکت کننده در پژوهش در گروه مداخله افسردگی، اضطراب و استرس کمتری نسبت به گروه شاهد داشتند، که با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد اقداماتی مانند مراقبت‌های اطلاعاتی و عاطفی می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی اعضای خانواده بیمار مؤثر باشد. از آنجا که عمل قلب باز به عنوان یک مداخله جراحی حیاتی می‌تواند در کل نظام خانواده تغییرات و تنش‌هایی را بوجود بیاورد، با توجه به نقش مهم خانواده‌ها در حمایت از بیمار، کاهش حتی میزان جزئی از این تنش‌ها می‌تواند در حمایت از بیمار مؤثر باشد (۳۲). بر این اساس تهیه و اجرای یک برنامه مراقبتی با تمرکز بر نیازهای بیمار و خانواده می‌تواند موجب کاهش اضطراب خانواده و افزایش رضایتمندی آنها شود (۳۵).

از محدودیت‌های این مطالعه دریافت اطلاعات نمونه‌ها از منابع دیگری که خارج از دسترس محقق بود و تفاوت‌های فردی و وضعیت روحی-روانی واحدهای پژوهش در هنگام پاسخگویی به سؤالات که می‌توانست بر نحوه پاسخگویی آنها اثر بگذارد، بود که کنترل کامل آنها از عهده پژوهشگر خارج بوده است. با توجه به محدودیت این پژوهش در رابطه با استمرار این آموزش‌ها پس از ترخیص پیشنهاد می‌شود مطالعه با هدف تأثیر اجرای برنامه‌های مراقبت خانواده محور پس از ترخیص انجام شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح افسردگی، اضطراب و استرس مراقب بیمار در گروه مداخله در ۲۴ ساعت قبل از ترخیص از بیمارستان نسبت به روز قبل از عمل کاهش یافته این کاهش از نظر آماری معنادار بوده است. مراقبین خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز با افسردگی، اضطراب و استرس زیادی مواجه می‌شوند، توجه و مراقبت از اعضای خانواده در زمان بستری بیمار ضرورت دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، پرستاران می‌توانند با اجرای برنامه‌های مراقبتی خانواده محور به طور موثری این مشکلات را کاهش دهند. از آن جایی که وضعیت روانی مطلوب مراقبین در نحوه مراقبت از بیماران تأثیر به سزایی دارد، به منظور بالا بردن کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده و جلب رضایت مراقبین خانوادگی پیشنهاد می‌شود، برنامه‌های مراقبتی خانواده محور در بیمارستان‌ها اجرا شود. همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود، اصول حمایت از بیمار و خانواده به ویژه مراقبت‌های اطلاعاتی که جزء وظایف پرستاران است، در آموزش ضمن خدمت مدیران پرستاری گنجانده شود تا با آگاهی از جنبه مختلف این کار تلاش کنند فرصت‌هایی را فراهم آورند تا پرستاران بتوانند در کنار سایر وظایف مراقبتی خود به این بعد مراقبتی نیز بپردازند.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد که توسط کمیته اخلاق شورای پژوهشی

مطالعه حاضر به تعیین تأثیر اجرای برنامه مراقبت خانواده محور بر افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانوادگی بیماران جراحی قلب باز پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان داد که سطح افسردگی، اضطراب و استرس مراقب بیمار در هر دو گروه مداخله و شاهد در ۲۴ ساعت قبل از ترخیص از بیمارستان نسبت به روز قبل از عمل کاهش یافته و در گروه مداخله، بعد از مداخله این کاهش از نظر آماری معنادار بوده است ($P < 0/001$). جراحی قلب باز پدیده توأم با استرس و تنش برای بیماران و اعضای خانواده‌ی آنان می‌باشد، و با بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه این تنش مضاعف می‌شود (۲۹). که در مطالعه حاضر نیز قبل از انجام مداخله دو گروه مداخله و شاهد سطح افسردگی، اضطراب و استرس متوسط تا شدیدی را تجربه کردند و در گروه مداخله پس از انجام مداخله سطح افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین به سطح طبیعی کاهش یافت. در مطالعه (Chien و همکاران، ۲۰۰۶) نیز دادن اطلاعاتی از شرایط بیمار، روند و پیش‌آگهی بیماری، بررسی احساسات خانواده‌ها و مطلع کردن آنها از آنچه که انجام شده و علت انجام آن و دادن آموزش به خانواده در مورد مراقبتی که آنها می‌توانند در زمان حضور در بالین بیمار انجام دهند، توانست اضطراب خانواده را کاهش دهد (۱۳). در مطالعه (Zakerimoghdam et al. ۲۰۱۴) نیز انجام برنامه مراقبت پرستاری در طول عمل جراحی توانست سطح افسردگی، اضطراب و استرس اعضای خانواده را که با مقیاس DASS21 تعیین شد را کاهش دهد (۳۰). اما در مطالعه‌ای که توسط (Imanipour et al. ۲۰۱۳) بر روی خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب انجام شده مشخص گردید که حمایت اطلاعاتی، شامل تور آشناسازی و ارائه کتابچه آموزشی نتوانسته است، اضطراب خانواده را در روز ترخیص بیمار از ICU کاهش دهد (۱۹). همچنین در مطالعات (Baily و همکاران ۲۰۱۰) بین حمایت اطلاعاتی و اضطراب خانواده بیماران بستری در ICU ارتباط معناداری ($P = 0/502$) وجود نداشت (۲۰). به نظر می‌رسد، می‌توان علت تفاوت نتایج مطالعه حاضر را با مطالعات (Imanipour ۲۰۱۳) و (Bailey ۲۰۱۰) را به سبب عدم وجود برنامه حمایت عاطفی در کنار برنامه حمایت اطلاعاتی و عدم تداوم آن دانست.

Abbaszadeh et al. (۲۰۱۴) در مطالعه کیفی خود با عنوان بررسی تجربه اعضا خانواده بیماران تحت عمل جراحی از مفهوم حمایت در زمان انتظار از دید اعضا خانواده، دریافتند که حمایت از دیدگاه آنان به معنی پشتیبانی روحی-روانی و اطلاعاتی از خانواده‌ها است و همه بر ضرورت آن تأکید داشتند (۳۱). در مطالعه (Micheli و همکاران، ۲۰۱۰) نیز مشخص شد که مداخلاتی نظیر ارائه اطلاعات به خانواده بیماران تحت عمل و مهیا نمودن حمایت و راحتی، و هماهنگی جهت ملاقات کوتاه با بیمار پس از جراحی موجب رضایتمندی، ۹۵٪ از خانواده‌ها از مداخلات و راحتی محیط اتاق انتظار شده است و ۹۴٪ از خانواده‌ها مداخلات انجام شده را در کاهش استرس مؤثر ارزیابی کردند (۳۲). در مطالعه‌ای نیز مشخص شد که توجه کردن به فرد سبب تغییر حالت روحی-روانی، تفکر و تجربه اضطراب کمتر توسط افراد شرکت کننده می‌شود (۳۳). از این رو جهت کاهش تنش و ابهامات، برقراری

همکاری نمودند، از جمله بیماران و مراقبین خانوادگی آنان و پرستارانی بیمارستان فاطمه زهرا (س) ساری و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به عنوان حامی مالی و اجرایی طرح تحقیقاتی منتج به این مقاله تشکر و قدردانی می‌نماید.

دانشگاه علوم پزشکی مازندران تصویب و مجوز کتبی به شماره IR.MAZUMS.REC.95-2118 جهت انجام تحقیق اخذ گردیده است. هم چنین این تحقیق در سامانه ثبت کار آزمایشی بالینی ایران IRCT به شماره IRCT2016051624342N2 ثبت گردیده است. بدین وسیله نویسندگان از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش

References

1. Sendelbach SE, Halm MA, Doran KA, Miller EH, Gaillard P. Effects of music therapy on physiological and psychological outcomes for patients undergoing cardiac surgery. *J Cardiovasc Nurs.* 2006;21(3):194-200. [PMID: 16699359](#)
2. Karlsson AK, Johansson M, Lidell E. Fragility--the price of renewed life. Patients experiences of open heart surgery. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005;4(4):290-7. [DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2005.03.009](#) [PMID: 15886056](#)
3. Mohammadi E. The perception of cardiac surgery patients on comfortable resources: a qualitative study. *J Qual Res Health Sci.* 2012;1(2):123-34.
4. Pourmemari M, Khaleghdoost Mohammadi T, Askandari F, Avazeh A. Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units. *ZUMS J.* 2010;18(70):91-101.
5. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005;20(1):90-6. [DOI: 10.1016/j.jcrc.2004.11.004](#)
6. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med.* 2008;23(11):1871-6. [DOI: 10.1007/s11606-008-0770-2](#) [PMID: 18780129](#)
7. Navidian A, Sarhadi M, Kykhaie A, Kykhah R. Psychological Reactions of Family Members of Patients Hospitalized in Critical Care and General Units Compared with General Population. *Iran J Nurs.* 2014;26(86):16-28.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
9. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs.* 2012;21(11-12):1651-8. [DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x](#) [PMID: 22404287](#)
10. Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: a phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(5):273-80. [DOI: 10.1016/j.iccn.2011.08.001](#) [PMID: 21868223](#)
11. Dunbar SB, Dougherty CM, Sears SF, Carroll DL, Goldstein NE, Mark DB, et al. Educational and psychological interventions to improve outcomes for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their families: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012;126(17):2146-72. [DOI: 10.1161/CIR.0b013e31825d59fd](#) [PMID: 23008437](#)
12. Askari H, Forozi M, Navidian A, Haghdoost A. Psychological reactions of family members of patients in critical care units in Zahedan. *J Res Health.* 2013;3(1):317-24.
13. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(1):39-50. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.01.006](#) [PMID: 16183062](#)
14. Trimm DR, Sanford JT. The process of family waiting during surgery. *J Fam Nurs.* 2010;16(4):435-61. [DOI: 10.1177/1074840710385691](#) [PMID: 21051758](#)
15. Guo P, East L, Arthur A. A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49(2):129-37. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008](#) [PMID: 21943828](#)
16. Leske JS. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. *AORN J.* 1996;64(3):424-5, 8-36. [PMID: 8876922](#)
17. Bellou P, Gerogianni K. The contribution of family in the care of patient in the hospital. *Health Sci J.* 2007;1(3):1-6.
18. Cebeci F, Celik SS. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;19(2):170-6.
19. Imanipour M, Heidari Z, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of Informational Support on Anxiety among Family Carers of Patients Undergone Open Heart Surgery. *J Hayat.* 2012;18(3):33-43.
20. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(2):114-22. [DOI: 10.1016/j.iccn.2009.12.006](#) [PMID: 20106664](#)
21. Crawford JR, Henry JD. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol.* 2003;42(Pt 2):111-31. [DOI: 10.1348/014466503321903544](#) [PMID: 12828802](#)
22. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis

- patients in Iran National MS Society. *Res Med*. 2008;32(1):45-53.
23. Moradipanah F, Mohammadi E, Mohammadil AZ. Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *East Mediterr Health J*. 2009;15(3):639-47. [PMID: 19731780](#)
24. Aghebati N, Mohammadi E, Esmail ZP. The effect of relaxation on anxiety and stress of patients with cancer during hospitalization. *Iran J Nurs*. 2010;23(65):15-22.
25. Medtronic, Life After Heart Valve Surgery Heart Valve Disease 2016 [updated 2016; cited 2016]. Available from: <http://www.medtronic.com>.
26. Barasa C. Influence of teacher motivational strategies on students' improved academic performance in day secondary schools: A case of Trans nzoia west district: University of Nairobi; 2015.
27. Mayo Clinic. What you can expect - Coronary bypass surgery: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2015 [updated 2016; cited 2016]. Available from: <http://www.mayoclinic.org>.
28. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
29. Gois CF, Dantas RA. [Stressors in care at a thoracic surgery postoperative unit: nursing evaluation]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(1):22-7. [PMID: 15122401](#)
30. Zakerimoghdam M, Ghiasvandian S, Salahshoor P. The effect of supportive nursing program on depression, anxiety and stress of family members of patients during coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Iranian J Cardiovasc Nurs*. 2014;3(1):50-8.
31. Abbaszadeh A, Sadeghi T, Dehghan Nayeri N. Experience of family members of patient undergo surgery from concept of support in waiting period.". *Med Ethics*. 2014;7(26):69-90.
32. Micheli AJ, Curran-Campbell S, Connor L. The evolution of a surgical liaison program in a children's hospital. *AORN J*. 2010;92(2):158-68. [DOI: 10.1016/j.aorn.2010.02.014](#) [PMID: 20678605](#)
33. Munday J, Kynoch K, Hines S. The effectiveness of information-sharing interventions to reduce anxiety in families waiting for surgical patients undergoing an elective surgical procedure: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implementation Rep*. 2014;12(3):234-73. [DOI: 10.11124/jbisrir-2014-1411](#)
34. Zaforteza C, Gastaldo D, Moreno C, Bover A, Miro R, Miro M. Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for patients' relatives through a participatory action research. *Nurs Inq*. 2015;22(4):336-47. [DOI: 10.1111/nin.12112](#) [PMID: 26189487](#)
35. Protogerou C, Fleeman N, Dwan K, Richardson M, Dundar Y, Hagger MS. Moderators of the effect of psychological interventions on depression and anxiety in cardiac surgery patients: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2015;73:151-64. [DOI: 10.1016/j.brat.2015.08.004](#) [PMID: 26319588](#)