

بررسی نیازهای روانی - اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخشهای مراقبت قلب و مراقبت ویژه

مهديه سرحدی^۱، علی نویدیان^{۲*}، طیبه فصیحی هرندي^۳، اسدالله کیخایی^۲

۱. مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۲*. استادیار مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

۳. استادیار گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی البرز، تهران، ایران

چکیده

اهداف: شناخت و برطرف کردن نیازهای روانی - اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخشهای ویژه، یک ضرورت و اولویت غیر قابل انکار برای پرستاران است. این مطالعه با هدف «بررسی و مقایسه نیازهای روانی - اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخشهای مراقبت قلب و مراقبت ویژه» انجام شد.

روشها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقایسه‌ای روی صد نفر از اعضای درجه اول خانواده بیماران بستری در هر یک از بخشهای مراقبت قلب و مراقبت ویژه بیمارستان خاتم الانبیا (ص) در شهر زاهدان (مجموعاً دویست نفر) در سال ۱۳۹۰ انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه بررسی نیازهای روانی - اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخشهای ویژه جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS18 و به کمک آزمون‌های تی تست و تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در بعضی آیتم‌ها مانند نیاز به ملاقات و تغییر ساعات آن، مورد قبول واقع شدن اعضای خانواده توسط پرستاران، صحبت با آنها در مورد احساساتشان، شناخت بخش ویژه و مشارکت در درمان بیمار بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: ایجاد فرصت‌های ملاقات بیشتر و همچنین دادن اطلاعات بیشتر به اعضای خانواده در مورد درمان بیماران، هم به بهبود نیازهای روانی - اجتماعی و هم به کاهش واکنش‌های روانی ایجاد شده در اعضای خانواده بیماران در بخشهای مراقبت ویژه کمک خواهد نمود.
واژگان کلیدی: نیازهای روانی - اجتماعی، خانواده، بخش مراقبت قلب، بخش مراقبت ویژه.

Assessment of psychological - social needs, family, special inpatient unit ICU,CCU

Mahdieh Sarhadi¹, Ali Navidian^{2*}, Tayebeh Fasihi Harandy³, Asqdoalah Keykhaei¹

1. Department of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2*. Associate professor of pregnancy health research center, Zahedan University of medical sciences, Zahedan, Iran

3. Assistant Prof., Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

Abstract

Aims: Understanding and meeting physiological and social needs of the family members of the patients hospitalized in ICU is very important for the nurses. This study has been done with the aim of "investigating and comparing psycho-social needs of the family members of the patients hospitalized in ICU and CCU".

Materials and Methods: This descriptive - analytical comparison study was done on 100 first-degree family members of the patients hospitalized in ICU or CCU of Khatam-ol-Anbiya hospital in Zahedan in 2011. Data were collected by the questionnaire of surveying psycho-social needs of the patients hospitalized in critically care units and they were analyzed by using SPSS18 software, parametric t-tests and Fisher's exact test.

Results: There was significant statistical difference between the two groups in some items such as; need for meeting and changing its times, family members should be accepted by the nurses, talking to the nurses about their feelings, understanding about critically care unit and participating in patient's treatment ($p < 0.05$).

Conclusion: Creating more opportunities for meeting and also giving more information to the family members about patients' treatment procedure help in improvement of the psycho-social needs of the family members and reduction of mental reactions caused by them in critically care unit.

Key words: Psychological needs - Social, Family, Special, CCU, ICU

مقدمه

خانواده نقشی حیاتی در مراقبت از بیماران خود بازی می‌کند [۱]. اعضای خانواده به طور مستقیم تحت تأثیر مجموعه خانواده قرار می‌گیرند و تعهد خاصی نسبت به یکدیگر دارند [۲] اما همواره عواملی به طور ناگهانی می‌توانند سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار دهند. بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان می‌تواند در دیگر اعضای آن ایجاد اضطراب و مشکلات روحی روانی نماید. به خصوص اگر بیمار در بخش‌های پر تنشی مانند بخش مراقبت ویژه یا اورژانس بستری شود، این اضطراب و تشویش مضاعف می‌شود [۳]. زیرا بستگان از نظر روانی برای پذیرش بیمار خود به واحد مراقبت‌های ویژه آماده نیستند و بسیاری از پذیرش‌ها ناخواسته و به صورت شرایط اضطراری رخ می‌دهند [۴] و این امر به تنهایی می‌تواند باعث بروز اضطراب شدید در نظام خانواده شود [۵]. چرا که در چند روز اولیه بستری بیمار در بخش‌های ویژه، به خصوص ICU، نیازهای فوری و هیجانات روانی - اجتماعی برای خانواده بیماران ایجاد می‌شود و [۶] خانواده‌ها در گردبادی از عدم قطعیت، شوک، ناتوانی و سردرگمی قرار می‌گیرند [۷].

بیش از یک سوم بیماران بخش مراقبت‌های ویژه در سراسر جهان تحت تنفس مصنوعی قرار می‌گیرند [۸] و خانواده‌های آن‌ها تحت فشار تجربه تصمیم‌گیری و انتخاب درمان هستند [۹]؛ اعضای خانواده این بیماران معمولاً احساسات دردناک، غم و اندوه شدید قبل و بعد از مرگ عزیزانشان را تجربه می‌کنند [۱۰]. محیط، خود به عنوان یک منبع استرس برای خانواده‌ها عمل می‌کند [۴]؛ زیرا بیمار آنان در بخشی بستری می‌شود که اغلب بیماران آن بدحال، نیازمند به مراقبت تخصصی و یا مشرف به مرگ هستند. مواجهه با این وضعیت می‌تواند سبب افزایش غم و اندوه، کاهش امیدواری و توانمندی خانواده‌ها شود [۱۱].

گرنویک و همکارانش نیز معتقدند که در ۲۴ ساعت اول پس از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، اعضای خانواده دچار یک بحران ناگهانی و شدید می‌شوند [۱۲]؛ بحران زندگی عادی و نقش را مختل می‌کند؛ در این وضعیت آن‌ها حالاتی مانند ترس شدید، ناراحتی، تشویش، اضطراب، عصبانیت، خستگی و ناامیدی را تجربه می‌کنند. این بحران هر روز نسبت به روز قبل افزایش می‌یابد. تمام این حالات می‌تواند تأثیر بدی در روابط اجتماعی، فردی و همچنین تصمیم‌گیری در موارد ضروری، به خصوص در رابطه با بیمار بستری داشته باشد [۳]. عوامل استرس‌زای تجربه شده در اعضای خانواده موجب افزایش بسیاری نیازهای خاص در آن‌ها می‌شود [۶].

نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهد که در سندرم پس از ضربه، خانواده به عنوان مجموعه‌ای قابل پیش‌بینی از نیازها تعریف شده است [۵] تمامی ارابه دهندگان مراقبت که با این افراد کار می‌کنند

نیز درک می‌کنند که آنها نیاز به حمایت عاطفی، تفاهم، مهربانی، صداقت و تبادل اطلاعات به موقع و قابل فهم دارند [۱۳]. از جمله ضروری‌ترین مسئولیت‌های پزشکان در واحدهای مراقبت‌های ویژه، ارتباط با بیماران و خانواده‌های آنان است. معمولاً بیماران بخش مراقبت ویژه قادر به شرکت در بحث‌های پیچیده در مورد تشخیص، پیش‌آگهی و طرح درمان، نیستند [۱۴] و مسئولیت اغلب به سمت کسانی که ارتباط نزدیک با وی داشته‌اند منتقل می‌شود. این جایگزین‌ها ممکن است افراد درجه اول عضو خانواده باشند. با وجود این نگرانی‌ها، خانواده‌ها و دیگر عناصر عملیاتی اغلب ناآگاه و محروم از تصمیم‌گیری مراقبت بالینی از عزیزان خود در بخش مراقبت ویژه هستند [۱۵]. ارتباط مؤثر، تصمیم‌گیری خانواده، رضایت بالینی و روانی را بهبود می‌بخشد [۱۶].

برخی از مطالعات انجام شده بر نیازهای خانواده نشان داد که درک نیازهای خانواده در پرستاران و خانواده‌ها به طور کلی مشابه است؛ با این حال، در یک مطالعه که توسط ماکس ول و همکاران (۲۰۰۷) انجام شد، وی مشاهده کرد که هر چند پرستاران و خانواده‌ها بر روی بیشتر نیازها موافقت اما پرستاران نیازهای خانواده را در نظر نگرفته‌اند. وی همچنین نشان داد که اعضای خانواده‌ای که نیازهای آن‌ها برآورده شود احساس رضایت بیشتری با مراقبت‌های پرستاری دارند. این مسئله موجب کاهش استرس و گسترش توانایی برای شرکت در مراقبت از بیمار می‌شود که به نوبه خود باعث تسهیل در بهبود بیمار می‌شود. بنابر این به نظر می‌رسد سنجش نیازهای خانواده اطلاعات ارزشمندی را برای بهبود درک، رضایت و تصمیم‌گیری ظرفیت خانواده‌ها تأمین می‌کند [۱۵].

مطالعات نشان می‌دهد که آرایه صحیح و آگاهانه اطلاعات توسط پرستاران به اعضای خانواده، یکی از مؤثرترین ابزارهای ارتباط و پایه مداخلات موفق در مواجهه با شرایط بحرانی خانواده‌های بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه به حساب می‌آید [۱۵ و ۱۷]. اگر قرار است مراقبت‌های پرستاری جامع و با کیفیت آرایه شود، پرستاران و پرسنل بخش‌های ویژه باید نه تنها به بیماران بلکه به نیازهای روانی اجتماعی خانواده آنان نیز توجه کنند و این مسئله نشان دهنده نقش اجتناب ناپذیر و بی‌مانند پرستاران در شناسایی و برآورده کردن نیازهای خانواده بیمار، به عنوان مددجو است [۱]؛ ولی در بیشتر موقعیت‌ها نیازهای روانی اجتماعی اعضای خانواده از سوی پرستاران و پرسنل بهداشتی درمانی آن‌ها طور که باید و شاید مورد توجه قرار نمی‌گیرد [۱۸]. سنجش صحیح و علمی نیازهای روانی - اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه، اولین قدم برای اجتناب از بروز کم‌توجهی تأثیرگذار در امر مراقبت از بیماران، که در بسیاری از موارد ناخواسته یا ناآگاهانه است، می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه نیازهای روانی - اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلب و ویژه انجام شده است.

روش‌ها

این مطالعه نوعی مطالعه توصیفی - تحلیلی است که نیازهای روانی اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلب و ویژه را مورد بررسی و مقایسه قرار داده است. اعضای خانواده

شدند؛ به این صورت که صد نفر از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه و صد نفر از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب که از نظر متغیرهایی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و نسبت با بیمار به صورت گروهی با یکدیگر

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی و بالینی بیماران در ICU و CCU

نتیجه آزمون	ccu		Icu		نوع بخش	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیرهای دموگرافیک	
p=۰/۸۸	۵۹	۵۹	۵۸	۵۸	مذکر	جنس
	۴۱	۴۱	۴۲	۴۲	مؤنث	
*p<۰/۰۰۱	۰	۰	۱۵	۱۵	هوشیار	وضعیت بیمار
	۰	۰	۱۸	۱۸	گیج	
	۰	۰	۶۷	۶۷	کما	
	۶۹	۶۹	۰	۰	استراحت مطلق	
	۳۱	۳۱	۰	۰	استراحت نسبی	
	۰	۰	۰	۰	استراحت نسبی	
*p<۰/۰۰۲	۱۷	۱۷	۳۶	۳۶	شدیدا بدحال	شدت بیماری
	۲۹	۲۹	۳۴	۳۴	بدحال	
	۲۱	۲۱	۱۴	۱۴	بد	
	۲۲	۲۲	۱۴	۱۴	نسبتا خوب	
	۱۱	۱۱	۲	۲	خوب	
*p<۰/۰۰۱	۰	۰	۵۱	۵۱	بله	داشتن اعمال جراحی
	۱۰۰	۱۰۰	۴۹	۴۹	خیر	
	۰	۰	۲۸	۲۸	مولتی تروما	نوع بیماری
	۰	۰	۱۵	۱۵	مشکلات تنفسی	
	۰	۰	۲۸	۲۸	داخلی	
	۰	۰	۲۹	۲۹	مشکلات مغزی	
	۱۸	۱۸	۰	۰	آنژین	
	۳۲	۳۲	۰	۰	سکته ی قلبی	
	۱۷	۱۷	۰	۰	آترواسکلروز	
	۰	۰	۰	۰	عروق کرونر	
۳۰	۳۰	۰	۰	نارسایی قلبی		

همسان شده بودند بعد از اخذ رضایت آگاهانه به مطالعه وارد شدند. دارا بودن حداقل پانزده سال، برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن رابطه سببی یا نسبی با بیمار و بر عهده داشتن مسئولیت درمانی، حمایتی و عاطفی بیمار از جمله معیارهای ورود به مطالعه بودند.

بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلب و ویژه بیمارستان آموزشی خاتم الانبیای (ص) دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۰، جامعه مورد پژوهش این مطالعه را تشکیل داده‌اند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعات قبلی تعیین شد و به طور کلی دویست نفر به مطالعه وارد

برای بررسی نیازهای خانواده بیماران تنظیم شده بود [۲]؛ این پرسشنامه حیطةهایی مانند دریافت اطلاعات، تضمین، نزدیکی،

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌ای بود که در سه بخش تنظیم شده بود. بخش اول مشخصات دموگرافیک بیماران

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق مشخصات فردی اعضای خانواده بیماران در ICU و CCU

نتیجه آزمون	ccu		Icu		نوع بخش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	متغیرهای دموگرافیک	
p=۰/۹۸	۶۹	۶۹	۶۹	۶۹	مذکر	جنس
	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	مؤنث	
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	
p=۰/۳۹	۱۹	۱۹	۱۲	۱۲	بی سواد	سطح تحصیلات
	۲۸	۲۸	۳۱	۳۱	زیر دیپلم	
	۵۳	۵۳	۵۷	۵۷	دیپلم و بالاتر	
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	
p=۰/۹۸	۲۳	۲۳	۲۶	۲۶	کارمند	شغل
	۸	۸	۶	۶	بازنشسته	
	۱۶	۱۶	۱۴	۱۴	خانه دار	
	۳۲	۳۲	۳۴	۳۴	شغل آزاد	
	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	محصل	
	۱۰	۱۰	۹	۹	بیکار	
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	
p=۰/۲۵	۳۱	۳۱	۲۹	۲۹	همسر	نسبت با بیمار
	۳۶	۳۶	۴۵	۴۵	فرزند	
	۷	۷	۷	۷	پدر	
	۴	۴	۰	۰	مادر	
	۲۲	۲۲	۱۹	۱۹	خواهر یا برادر	
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	
p=۰/۸۷	۷۱	۷۱	۷۲	۷۲	بله	زندگی با بیمار
	۲۹	۲۹	۲۸	۲۸	خیر	
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	
*p<۰/۰۴	۹۶	۹۶	۱۰۰	۱۰۰	بله	تصمیم گیری جهت درمان
	۴	۴	۰	۰	خیر	
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	
p=۰/۸۷	۶۹	۶۹	۶۸	۶۸	متاهل	وضعیت تاهل
	۳۱	۳۱	۳۲	۳۲	مجرد	
	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	

حمایت و آسایش را مورد بررسی قرار می‌دهد [۷]. آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت (اهمیت ندارد، اهمیت کمی دارد، اهمیت

بستری در بخش‌های ویژه، بخش دوم مشخصات دموگرافیک اعضای خانواده این بیماران و بخش سوم برداشتی از پرسشنامه‌ای ۲۵ سؤالی بود که اولین بار توسط مولتر و همکارانش در سال ۱۹۸۷

دارد و اهمیت زیادی دارد) مشخص می‌کرد. برای هر کدام از پاسخ‌ها نمره یک تا چهار در نظر گرفته شد [۲].

پایایی و روایی این پرسش‌نامه قبلاً توسط مکی و بومن، در یک طرح پانل و در دو موقعیت جداگانه در ۵۱ عضو خانواده بیماران بستری در واحدهای مراقبت ویژه داخلی و جراحی مورد بررسی قرار گرفت. روایی محتوای این طرح مورد تأیید قرار گرفت. پایایی این ابزار با استفاده از روش آزمون مجدد، هفتاد درصد برآورد شد [۲ و ۱۹]. در ایران نیز روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط عباس‌زاده و همکارانش، در سال ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفته بود. آن‌ها نیز برای بررسی روایی، از روش روایی محتوا و برای بررسی پایایی، از آزمون مجدد در مطالعه خود استفاده نمودند. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS18 و به کمک آزمون‌های تی تست و تست دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد مردان و زنان در دو گروه تقریباً برابر بود و بیشتر آن‌ها را مردان تشکیل می‌داد. ۵۷ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت ویژه و ۵۳ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت قلب دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. ۳۴ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت ویژه و ۳۲ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت قلب دارای شغل آزاد بودند. ۴۵ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت ویژه و ۳۶ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت قلب فرزند بیمار بودند. به طور تقریبی حدود ۷۲ درصد اعضای خانواده در هر دو گروه با بیمار زندگی می‌کردند و به طور تقریبی ۶۹ درصد اعضای خانواده در هر دو گروه متأهل بودند.

میزان مشارکت اعضای خانواده بیماران بستری در تصمیم‌گیری در درمان بیماران در بخش مراقبت ویژه صد درصد و در بخش مراقبت قلب ۹۶ درصد بود. با توجه به همسان‌سازی صورت گرفته، تفاوت معنی‌دار آماری بین گروه‌ها از نظر متغیرهای جنسیت، سطح تحصیلات، شغل، نسبت با بیمار و وضعیت تأهل وجود نداشت ($p > 0.05$)؛ این در حالی است که به دلیل مشارکت بالاتر اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در تصمیم‌گیری‌های درمانی در دو گروه تفاوت معنی‌داری از نظر آماری وجود داشت ($p < 0.05$).

سن واحدهای پژوهش در گروه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه حداقل پانزده سال و حداکثر ۷۸ سال بود و میانگین سنی در این گروه $35/45 \pm 14/63$ بود و در گروه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب، حداقل پانزده سال و حداکثر هشتاد سال بود و میانگین سنی در این گروه $38/59 \pm 16/99$ بود. از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0.05$).

از نظر مدت زمان بستری حداقل مدت زمان بستری در بخش مراقبت ویژه سه روز و حداکثر مدت زمان بستری در این بخش ۴۲ روز بود و به طور میانگین مدت زمان بستری بیماران در این بخش $9/97 \pm 7/2$ و در بخش مراقبت قلب حداقل مدت زمان بستری سه روز و حداکثر پانزده روز بود و به طور میانگین این مدت زمان در این گروه $6/17 \pm 2/53$ که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($p < 0.05$). از نظر سنی حداقل سن بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه سیزده سال و حداکثر ۸۵ سال بود و میانگین سنی در این گروه $49/76 \pm 16/24$ بود. ۵۸ درصد بیماران بستری در این بخش مرد و ۴۲ درصد زن بودند. حداقل سن بیماران بستری در بخش مراقبت قلب سی سال و حداکثر هشتاد سال بود و میانگین سنی در این گروه $52/38 \pm 11/77$ بود. ۵۹ درصد بیماران بستری در این بخش مرد و ۴۱ درصد زن بودند. بیشترین دلایل بستری بیماران در بخش مراقبت ویژه با ۲۹ درصد موارد ضربه‌های مغزی و بیشترین دلایل بستری بیماران در بخش مراقبت قلب (۳۲ درصد) سکته قلبی بود (جدول شماره دو).

بر اساس جدول سه، نیازهای روانی - اجتماعی تماس با خانواده در هنگام وقوع مشکل برای بیمار (صد درصد)، اطلاع از اقداماتی که برای بیمار انجام می‌شود (۹۹ درصد)، اطمینان از ارایه مراقبت کافی به بیمار (۹۸ درصد)، آموزش برای ترخیص و پس از آن (۹۸ درصد) و اطلاع از روند درمان بیماری (۹۸ درصد) از نظر اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، به ترتیب دارای بیشترین درصد اولویت و اهمیت بودند و برعکس امکان دسترسی به تلفن (۴۸ درصد)، تغییر ساعات ملاقات بر اساس نیاز خانواده (۸۴ درصد)، امکان ملاقات دوستان و آشنایان بیمار (۸۵ درصد)، صحبت با پرستار در خصوص هیجانانگیز و احساسات (۸۶ درصد) و امکان ملاقات مرتب (۸۶ درصد) به ترتیب از کمترین درصد اهمیت و اولویت برخوردار بودند.

مواردی همچون آموزش برای ترخیص و پس از آن، اطمینان از ارایه مراقبت کافی به بیمار (۹۸ درصد)، اطلاع از روند درمان بیماری (۹۶ درصد)، تماس با خانواده در هنگام وقوع مشکل برای بیمار (۹۸ درصد) و اطلاع از اقداماتی که برای بیمار انجام می‌شود (۹۶ درصد)، از نظر اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب به ترتیب دارای بیشترین درصد اهمیت و اولویت بود و برعکس امکان دسترسی به تلفن (۴۴ درصد) امکان ملاقات مرتب (۴۸ درصد)، امکان ملاقات دوستان و آشنایان بیمار (۵۱ درصد)، تغییر ساعات ملاقات بر اساس نیاز خانواده (۵۴ درصد) و معرفی شدن پرستاران و مراقبین به اعضای خانواده (۵۷ درصد) به ترتیب از کمترین درصد اولویت و اهمیت برخوردار بودند.

در بررسی و مقایسه نیازهای روانی اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلب و ویژه مشخص شد که اعضای

خانواده از بیمار دور می‌شود؛ یکی از این موارد بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه است که به دلیل ساختار و کیفیت این بخش‌ها حضور اعضای خانواده ممنوع و ملاقات‌ها به شدت محدود

خانواده بیماران در این بخش‌ها در مواردی مانند نیاز به ملاقات و تغییر ساعات آن، به دست آوردن اطلاعات بیشتر از پزشکان و پرستاران در مورد وضعیت بیمار و بخش مراقبت‌های ویژه، آموزش

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی و مطلق پاسخ به گزینه های پرسشنامه نیازهای روانی اجتماعی از دیدگاه اعضای خانواده بیماران بستری در ICU و CCU

نتیجه آزمون	CCU				ICU				نوع بخش	نیازهای روانی اجتماعی
	اهمیت زیادی دارد		اهمیت ندارد		اهمیت زیادی دارد		اهمیت ندارد			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$p=0/98$	98	98	2	2	98	98	2	2	خانواده بیمار باید اطمینان داشته باشند که از بیمارشان مراقبت کافی به عمل می آید؟	
$p=0/56$	99	99	1	1	98	98	2	2	اقداماتی که خانواده باید بعد از مرخص شدن بیمار از بیمارستان انجام دهند توسط پرستار توضیح داده شود؟	
$p=0/98$	98	98	2	2	98	98	2	2	خانواده بیمار بدانند که درمان بیمارشان به چه صورت است؟	
$p=0/15$	98	98	2	2	100	100	0	0	هنگامی که خانواده بیمار در خارج از بیمارستان هستند و مشکلی برای بیمار پیش آید با آنها تماس گرفته شود؟	
$P=0/96$	94	94	6	6	94	94	6	6	اعضای خانواده بیمار از ساعت دقیق ملاقات آگاه گردند؟	
$p=0/75$	94	94	6	6	95	95	5	5	پرستار به سؤال های خانواده صادقانه پاسخ دهد؟	
$p=0/17$	90	90	10	10	95	95	5	5	فرد خاصی در بیمارستان جوایگوی نیازهای خانواده بیمار باشد؟	
$p=0/83$	86	86	14	14	87	87	13	13	در صورتی که نیاز باشد بیمار به بخش دیگری انتقال یابد قبلاً خانواده وی را در جریان قرار دهند؟	
$*p<0/04$	84	84	16	16	93	93	7	7	امکان صحبت روزانه خانواده بیمار با پزشک وجود داشته باشد؟	
$p=0/42$	94	94	6	6	91	91	9	9	مراحل بهبودی بیمار برای خانواده وی توضیح داده شود؟	
$p=0/57$	44	44	56	56	48	48	52	52	برای خانواده بیمار امکان دسترسی به تلفن وجود داشته باشد؟	
$*p<0/01$	48	48	52	52	86	86	14	14	امکان ملاقات برای خانواده بیمار به طور مرتب فراهم باشد؟	
$*p<0/01$	72	72	28	28	94	94	6	6	پرستار به خانواده بیمار امید بهبودی بیمارشان را بدهد؟	
$*p<0/01$	83	83	17	17	94	94	6	6	کارهایی که باید توسط خانواده در کنار تخت بیمار انجام دهند توسط پرستار آموزش داده شود؟	
$p=0/34$	88	88	12	12	92	92	8	8	در مورد احتمال مرگ بیماران بد حال با خانواده ایشان صحبت شود؟	
$p=0/17$	86	86	14	14	92	92	8	8	خانواده بیمار بتوانند در امر مراقبت جسمی بیمارشان به پرستاران کمک نمایند؟	
$*p<0/03$	85	85	15	15	94	94	6	6	خانواده بیمار بتوانند به طور روزانه در مورد بیمارشان از پرستاران سؤال نمایند؟	
$P=0/17$	96	96	4	4	99	99	1	1	خانواده بیمار از اقدامات درمانی که برای بهبود بیمارشان انجام داده می شود باخبر گردند؟	
$*p<0/01$	79	79	21	21	91	91	9	9	خانواده بیماران مورد قبول پرستاران قرار بگیرند؟	
$*p<0/01$	75	75	25	25	88	88	12	12	در مورد محیط بیمارستان و بخش مراقبت های ویژه توسط پرستار برای خانواده بیمار توضیح داده شود؟	
$*p<0/01$	60	60	40	40	86	86	14	14	خانواده بیماران بتوانند در مورد احساساتشان با پرستاران صحبت کنند؟	
$*p<0/01$	51	51	49	49	85	85	15	15	امکان ملاقات دوستان و آشنایان بیمار از وی وجود داشته باشد؟	
$*p<0/01$	57	57	43	43	93	93	7	7	کسانی که در امر مراقبت خانواده بیمار کمک می کنند به خانواده بیمار معرفی شوند؟	
$p=0/26$	86	86	14	14	91	91	9	9	اصطلاحاتی که در بخش به کار برده می شود و برای خانواده بیمار مفهوم نیست توسط پرستار توضیح داده شود؟	
$*p<0/01$	54	54	46	46	84	84	16	16	در مواقع ضروری که خانواده نیاز داشته باشند ساعت ملاقات تغییر نماید؟	

می‌شوند [۲۱]. اگر چه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلب و ویژه، نیازهای روانی - اجتماعی را مهم می‌دانند، اما از نظر اولویت‌بندی این نیازها با هم متفاوتند.

از دیدگاه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، مهم‌ترین نیاز خانواده تماس با خانواده در هنگام وقوع مشکل است؛ در حالی که این نیاز از نظر خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب در اولویت چهارم قرار داشت. دومین اولویت از نظر خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه اطلاع از اقداماتی است که برای بیمار انجام می‌شود؛ در حالی که این نیاز از نظر خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب در اولویت پنجم قرار داشت. اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلب و ویژه در کسب اطلاعات

دیدن توسط پرستاران در مورد کارهایی که باید در کنار تخت بیمار انجام دهند و همچنین مورد قبول واقع شدن خانواده توسط پرسنل درمانی، صحبت در مورد احساساتشان، دادن امید بهبودی بیمارشان و همچنین معرفی کسانی که در امر مراقبت خانواده بیمار کمک می‌نمایند با یکدیگر متفاوت بودند و از نظر آماری تفاوت‌های معنی - داری بین دو گروه در موارد فوق‌الذکر وجود داشت ($p<0/05$).

بحث

پرستاری خانواده در مراقبت‌های ویژه علاوه بر کمک به خانواده، کمک به بیمار هم محسوب می‌شود؛ اما بیمار، اغلب تنها مرکز توجه پرستار است [۲۰]. همیشه مشارکت خانواده امکان پذیر نیست و

انجام دهند؛ در حالی که این نیاز از نظر خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب در اولویت اول قرار داشت. یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه عباس‌زاده و همکاران هم سو است؛ بیمارانی که در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شوند دوران نقاهت طولانی و رژیم‌های درمانی خاصی دارند که لازم است تا مدت‌ها پس از ترخیص از بیمارستان پیگیری شوند و خانواده‌های این بیماران تمایل دارند بدانند بعد از مرخص شدن بیمار چه اقداماتی را باید برای او انجام دهند [۲].

پنجمین اولویت از نظر خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه، اطلاع از روند درمان بیمار است؛ در حالی که این نیاز از نظر خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب در اولویت سوم قرار داشت. اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه مایلند که از وضع بیمار، چگونگی درمان، پیش‌آگهی و خطر حاصل از بیماری آگاه شوند. بی‌اطلاعی از وضعیت بیمار، روبه‌رو شدن با پرسش‌های بی‌جواب و عدم اطمینان از آینده ممکن است خانواده را دچار بحران سازد [۲۲ و ۴]. اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلب و مراقبت ویژه، اگرچه تمامی آیت‌های مربوط به ملاقات اعضای خانواده، دوستان و همچنین تغییر ساعات ملاقات را در اولویت کمتری قرار داده‌اند، اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه نسبت به اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب نمرات بالاتری داده بودند؛ آن‌ها همچنین به آیت‌های مربوط به کارهایی که باید در کنار تخت بیمار انجام دهند نیز نمرات بیشتری داده‌اند. در بررسی آزمون‌های آماری نیز مشخص شد بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مطالعات نشان می‌دهند که اعضای خانواده می‌خواهند در نگهداری از بیمار درگیر باشند. بنابراین نیاز به ملاقات اعضای خانواده بیمار برای شرکت، پشتیبانی و حفاظت از بیمار منطقی است و به اعضای خانواده کمک خواهد کرد با این شرایط کنار بیایند [۱۰]. مطالعات همچنین نشان می‌دهند که ملاقات‌های خانوادگی باعث تسهیل ارتباط بین ارایه دهنندگان مراقبت‌های بهداشتی و خانواده‌های بیماران در واحد مراقبت‌های ویژه می‌شود [۱۶]؛ این در حالی است که در همه بیمارستان‌های آموزشی در ایران محدودیت ملاقات اعمال می‌شود؛ از جمله علل آن وجود این باور در بین پرستاران است که حضور اعضای خانواده بر خطر عفونت می‌افزاید، موجب وقفه در استراحت بیمار شده و تغییرات فیزیولوژیکی مانند تاکی کاردی، آریتمی، هایپرتانسیون و اضطراب را در بیماران موجب می‌شود [۲۱].

پژوهش‌های پرستاری نشان داده‌اند که حضور خانواده در کنار تخت بیمار به کاهش اضطراب تجربه شده توسط بیمار و خانواده کمک می‌کند. در مطالعه‌ای که قبلاً توسط Fridh و همکاران (۲۰۰۹) انجام شد، ذکر شده است که بستگان وقتی که متوجه جدی بودن

از پرسنل درمانی با یکدیگر متفاوت هستند. تفاوت بین دو گروه به این دلیل است که اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه با امکانات و تجهیزات پیچیده‌تر روبه‌رو می‌شوند و این طبیعی است که کسب اطلاعات بیشتر در مورد وضعیت بیمار ارزش و اهمیت بیشتری را نسبت به گروه دیگر داشته باشد. مطالعات متعددی با موضوع نیاز به اطلاعات و ارتباطات انجام شده است. در یک مطالعه کیفی، نلسون و همکاران دریافتند که خانواده‌های بیمارانی که نیاز به تهویه مکانیکی طولانی و تراکتوستومی دارند ارزش دریافت اطلاعات در مورد بیماری و درمان، آن چه که در آینده اتفاق می‌افتد، بار درمان، عوارض بالقوه و درمان جایگزین را دارند [۱۲]. مولتر می‌گوید دسترسی به اطلاعات در مورد شرایط پزشکی بیمار و کیفیت روابط با کارکنان مراقبت‌های بهداشتی نیازهایی با اولویت بالا برای این خانواده هاست و رفع این نیازهای اعضای خانواده مسئولیت اولیه پزشکان و پرستاران بخش مراقبت ویژه است [۷]؛ همگام با این یافته‌ها، مطالعه سودرسترم و همکاران (۲۰۰۹) که در ارتباط با انطباق خانواده در بخش مراقبت ویژه انجام شد نیز نشان داد که اطلاعات برای سازگاری اعضای خانواده با بیماری بحرانی ضروری است و ناتوانی از دریافت حمایت و اطلاعات بدون ابهام ممکن است منجر به ناسازگاری خانواده در طول اقامت بیمار در بخش مراقبت ویژه و پس از ترخیص بیمار شود [۴].

سومین اولویت از نظر خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه اطمینان از ارایه مراقبت کافی به بیمار بود؛ در حالی که این نیاز از نظر خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت قلب در اولویت دوم قرار داشت. اطمینان در مورد شرایط بیمار به کاهش اضطراب و نگرانی‌های خانواده و همچنین اعتماد به مراقبت دهندگان کمک می‌کند [۴]. در تحقیقات انجام شده توسط مولتر و همپ نیز، این نیاز در بالاترین سطح نیازهای خانواده قرار گرفته است [۲].

از دیدگاه خانواده بیماران مهم‌ترین نیاز این خانواده‌ها اطمینان از این مسئله است که از بیمار مراقبت کافی به عمل می‌آید. این امر می‌تواند به این دلیل باشد که در این بخش‌ها عموماً ملاقات کمتری صورت می‌گیرد [۲]. در مطالعه‌ای که توسط لی و لائو (۲۰۰۳) در هنگ کنگ بر روی اعضای خانواده بیماران بستری در مراقبت‌های ویژه انجام شد، نتایج نشان داد که این افراد نیاز به اطمینان را در اولویت بالایی رتبه بندی کردند؛ این یافته‌ها توسط آل حسن (۲۰۰۴) با حجم نمونه بزرگتری در خانواده‌های اردنی تکرار شد؛ در یک بررسی مطالعاتی که توسط Verhaeghe و همکاران (۲۰۰۵) انجام شد نیز نتایج نشان داد که نیاز به اطمینان در میان خانواده‌های بیماران مبتلا به تروما و بیمارانی با اختلالات عصبی شایع‌تر است [۴]. یافته‌های این مطالعات با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌سو است.

چهارمین اولویت از نظر خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه، آموزش اقداماتی بود که خانواده باید بعد از مرخص شدن بیمار از بیمارستان

می‌کنند. حتی اگر بیمار بیهوش باشد، بستگان سعی به برقراری و به خانواده بازخورد داده شود، علاوه بر این که اعتماد و اطمینان خانواده، راحتی و آرامش آنان را به دنبال دارد، نیاز به حضور فیزیکی و اصرار برای ملاقات بیشتر، پرسش سؤالات و تلفن‌های مکرر به بخش‌ها را که گاهی باعث ایجاد مشکلاتی برای بیمارستان و بخش مراقبت‌های ویژه نیز می‌شود، برطرف خواهد کرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود فرض می‌دانند که از همکاری اعضای خانواده بیمارانی که در ساعت ملاقات، بخشی از وقت خود را صرف پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه نموده‌اند و نیز مساعدت همه پرسنل پرستاری، به ویژه سرپرستار بخش مراقبت قلب و مراقبت ویژه بیمارستان خاتم الانبیای (ص) زاهدان که امکان انجام پژوهش را فراهم نموده‌اند، تشکر و قدردانی کنند.

References

- 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. *Critical Care Medicine*. 2007;35:605-622.
- Abbaszadeh A, Abazari F: comparison of the attitudes of nurses and relatives of ICU and CCU patients towards the psychosocial needs of patients relatives. *Journal of Medical Sciences Qazvin*. 2001;19:58-63. [Persian].
- Rabie Siahkali S, Pourmemari MH, Khaleghdoost Mohamadi T, Eskandari F, Avazeh A: Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units. *Journal of Medical Sciences Zanjan*. 2009; 18(70):91-101. [Persian].
- Gundo Rodwell. Comparison of nurses and families perception of family needs in intensive care unit at a tertiary public sector hospital. Johannesburg(2010). Available from :www.google. com.
- Stover Leske Jane. Interventions to Decrease Family Anxiety. *American Association of Critical-Care Nurses*. 2002; 6 (22):61_65.
- Bahrani F, Islami M, Moshtagh Eshgh Z, Fesharki M: Effects of programmed education on stress of family careers with a relative in on intensive care unit of Isfahan university medical sciences hospitals during 2009. *Journal of Medical Sciences Rafsanjan*. 2009; 3:18-24. [Persian].
- Siddiqui Shahla, Sheikh Farheen, Rehana Kamal. "What families want - an assessment of family expectations in the ICU". *International Archives of Medicine*. 2011; 4(21):1-5.
- David R. Brush, John P. Kress. Sedation and Analgesia for the mechanically ventilated patient, *clin chest med*. 2009; (30):131-141.
- L Jennifer, Adam Mc, Puntillo Kathleen. Symptoms experienced by Family Members of Patients in Intensive Care Units. *American*

وضعیت می‌شوند، نیاز به نزدیکی به شخص در حال مرگ را گزارش تماس با بیمار و باور این که او از حضور آن‌ها آگاه است، دارند [۴]. در مطالعه‌ای در فرانسه، محققین با ایجاد محدودیت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه نشان دادند که وجود محدودیت‌ها موجب نارضایتی اعضای خانواده بیمارانی می‌شود [۶]؛ بنابراین تفاوت بین این دو گروه را می‌توان به وخامت بیشتر حال بیمارانی، جواتر بودن و محدودیت ملاقات بیشتر در بخش مراقبت ویژه مرتبط دانست.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دو گروه در مورد کسب اطلاعات در مورد بخش مراقبت‌های ویژه با یکدیگر متفاوت هستند. یافته‌های این مطالعه با یافته‌های مطالعه آگنبرگر و نلمز هم‌سو است؛ آن‌ها در مطالعه‌ای کیفی (۲۰۰۷) که بر تجربه خانواده بیمارانی بدحال بستری در بیمارستان انجام دادند، نشان دادند که شرکت کنندگان در برداشت خود، محیط را ناآشنا، ترسناک و گیج کننده و بیمار خود را متصل به تجهیزات پیچیده و تهدید آمیز دریافتند؛ در مطالعه دیگری که توسط Bergbom و Forsberg, Fridh (۲۰۰۹) انجام شد، نتایج نشان دادند که اعضای خانواده بیمارانی بستری در بخش مراقبت ویژه، مانیتورینگ پزشکی، تجهیزات فنی و امکانات را درک نمی‌کنند [۴].

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که دو گروه در مورد آیت‌م-هایی نظیر مورد قبول واقع شدن اعضای خانواده توسط پرستاران و صحبت در مورد عواطف و احساساتشان با پرسنل درمانی متفاوت هستند. این امر شاید به این دلیل باشد که پرستاران در ارایه مراقبت‌های ویژه به بیمارانی با شرایط بحرانی، به وسایل پیشرفته تکنولوژیکی نیاز دارند و می‌دانند که وضعیت بیمارانی بحرانی در هر لحظه تغییر یافته و ممکن است بدتر شود؛ لذا آنان مدت زمان زیادی را به کنترل وضعیت بیمار می‌پردازند. اما از این نکته نباید غافل ماند که پرستاران اغلب به طور غیر عمدی احساسات و نیازهای اعضای خانواده بیمارانی بخش مراقبت‌های ویژه را نادیده می‌گیرند. حمایت پرستاران از خانواده بیمار از طریق ایجاد ارتباطات درمانی مناسب و کمک به آن‌ها در جهت تخلیه احساسات و عواطف، سبب ایجاد امیدواری در خانواده شده و از استرس آن‌ها می‌کاهد [۶].

نتیجه‌گیری

به طور کلی دیدگاه اعضای خانواده بیمارانی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه با کمی تفاوت از نظر اولویت‌بندی نشان داد که با اهمیت‌ترین نیازها از نظر آنان، اطمینان از نحوه مراقبت بیمار (کمیت و کیفیت)، اطلاع از روند درمان بیمار و همچنین آموزش‌های بعد از ترخیص است و کم اهمیت‌ترین نیازها از نظر آنان به مواردی مانند امکانات رفاهی، محیط فیزیکی مناسب و فرصت، کمیت و کیفیت ملاقات‌ها اشاره دارد. اگر در بخش‌های ویژه به نیازهای مراقبتی و درمانی بیمارانی که از نظر آنان در اولویت بالایی قرار دارد توجه شود

16. Chaitin Elizabeth, Wood J Gordon, Arnold M Robert, Parsons E Polly, Schwenk L Thomas, Wilson C Kevin. Communication in the ICU: Holding a family meeting. News from UpToDate |Contact us | About UpToDate | Help.june 3 .2011.
17. Leung KK, Chien WT, Mackenzie AE. Needs of Chinese families of critically ill patients. Wesrern Journal Nursing Research. 2000;22:826-840.
18. Omari FH, Perceived and unmet needs of adults Jordanian family members of patients in ICU. Journal of Nursing Scholarship Scholarsh . 2009 ;41:28-34.
19. Macey Barbara, Bouman Corolleconner. An evaluation of validity reliability of critical care family needs inventory .heart lung. 1991;20:398-403.
20. Robb A Yvonne. Family nursing in intensive care part one: is Family nursing appropriate in intensive care?. I intensive and critical care nursing. 1998; 14:117_123.
21. Ghiasvandian Z, Abbaszadeh A, Ghojazadeh M, Shikh alipoure Z. Open meeting of the belief that nurses in the ICU of the Hospital based on action theory and receipt of Brdlyl Jzn and fishbin. Journal of Medical Sciences Tabrize. 2011;32(3):50-56. [Persian].
22. Titler Martia G, Walsh Susan M. Critically ill adults strategies for practice .critical care nursing clinics of north America .1992;4(4):623-32.
- Association of Critical-Care Nurses 2009; 18 (3) :1-12
10. Yan Heung . “An evidence-based, nurse-led communication intervention for families of critically-ill patients with grave prognosis in ICU”. University of Hong Kong. August (2010).
11. Rabie Siahkali S, Avazeh A, Eskandari F, Khalegh doost Mohamadi T, Mazloom S, Paryad E: A survey on psychological and environmental factors on family anxiety of the hospitalized patients in intensive care units. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011;3(4):175-180. [Persian].
12. Davidson E Judy . Family-Centered Care Meeting the Needs of Patients’ Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. Critical Care Nurse. JUNE 2009; 29 (3):1-8
13. Sessler N Curtis. The Critical Care Family Assistance Program Caring For Those Who Care. CHEST vol. September. 2005;128 (3). 1101-3.
14. Gay B Elizabeth, Pronovost J. Peter, Bassett D. Rick, Nelson E. Judith . The intensive care unit family meeting: Making it happen. Journal of Critical Care. 2009 ; 24:629-629.
15. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. American Journal Respiratory Critical Care Medicin .2002;165:438-442.