

# Efficacy of Supportive - Educational Intervention on Psychological Reactions of Family Members of Intensive Care Unit Patients

Ali Navidian <sup>1</sup>, Jahangir Rezaei <sup>2</sup>, Hossainali Payan <sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Counseling, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

<sup>2</sup> MSc, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>3</sup> MSc Student, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

\* **Corresponding author:** Hossainali Payan, MSc Student, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. E-mail: h.payan\_2012@yahoo.com

**Received:** 09 Mar 2016

**Accepted:** 21 Apr 2016

## Abstract

**Introduction:** Education and support of family of hospitalized patients at the Intensive Care Unit (ICU) effects their coping and decreases distress. The current study aimed to determine the effect of educational-supportive intervention on psychological reactions of family members of hospitalized patients at the ICU.

**Methods:** In this semi-experimental study (pretest-posttest with control group), 154 family members of hospitalized patients at the ICU in trauma center of Khatam-al-Anbia hospital in Zahedan were studied during year 2015. They were selected through convenience sampling and were allocated to intervention and control groups. Data collection tools were Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). The questionnaires were completed by both groups before and after the one-week intervention. Data were analyzed through using the SPSS 20 software, descriptive statistics, paired and independent t test and analysis of covariance.

**Results:** The mean change score of stress, anxiety and depression of family members of patients after educational-supportive intervention were  $7.38 \pm 3.68$ ,  $7.22 \pm 3.01$  and  $6.67 \pm 3.3$ , respectively in the intervention group and were significantly higher than control group  $3.23 \pm 1.09$ ,  $2.37 \pm 0.27$  and  $7.2 \pm 0.72$  ( $P < 0.05$ ). Analysis of covariance showed that the mean score of stress, anxiety and depression of family members in two groups after intervention were significantly different ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** According to effect of educational- supportive intervention on reduction of stress, anxiety and depression of family members, it is essential to apply these interventions in educational programs and family- centered care.

**Keywords:** Educational-Supportive Intervention, Anxiety, Stress, Depression, Intensive Care

## بررسی تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر واکنش‌های روان‌شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

علی نویدیان<sup>۱</sup>، جهانگیر رضایی<sup>۲</sup>، حسینعلی پایان<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، گروه مشاوره، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

\* نویسنده مسئول: حسینعلی پایان، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. ایمیل: h.payan\_2012@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۲/۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۹

### چکیده

**مقدمه:** آموزش و حمایت خانواده بیماران بستری در بخش ویژه، بر سازگاری و کاهش استرس‌های منفی آنان تأثیر دارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی حمایتی برواکنش‌های روان‌شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه انجام شد. **روش کار:** مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه است. در این مطالعه ۱۵۴ نفر از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه مرکز حوادث بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) زاهدان در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه اختصاص یافتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی (DASS-21) بود. پرسشنامه قبل و پس از یک هفته مداخله، توسط هر دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی‌زوج و مستقل و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** میانگین تغییر نمره استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران پس از مداخله در گروه آزمایش به ترتیب  $3/68 \pm$ ،  $7/38$ ،  $3/01 \pm$  و  $7/22 \pm$  و  $6/67 \pm$  به‌طور معناداری بیشتر از گروه گواه  $3/23 \pm$ ،  $1/09$ ،  $2/37 \pm$  و  $0/27 \pm$  و  $7/20 \pm$  بود ( $P < 0/05$ ). تفاوت معناداری دارد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی اعضای خانواده بیماران، ضرورت دارد در برنامه‌های آموزشی و مراقبتی خانواده محور پرستاران این مداخله‌ها وارد شود.

**کلیدواژه‌ها:** مداخله آموزشی حمایتی، اضطراب، استرس، افسردگی، مراقبت‌های ویژه

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

در مورد وضعیت بیمار و بی‌ثباتی آن، اشکال در برقراری ارتباط با بیمار و نیاز به تصمیم‌گیری‌های حیاتی، تحمل موقعیت را برای خانواده دشوار می‌سازد (۴).

بستری شدن بیماران در بخش ویژه واکنش‌های روان‌شناختی و هیجانی متفاوتی را در اعضای خانواده باعث می‌شود (۵) که از بستری شدن بیمار در بخش‌های عادی شدیدتر است (۶). علائم اضطراب، افسردگی و حتی علائم استرس حاد در این گروه از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه به ثبت رسیده است (۷). نتیجه مطالعات مختلف نشان داده است که بین ۳۵ تا ۷۳ درصد اعضای خانواده بیماران بستری

نظام‌های بیمارستانی در سال ۱۹۵۰ همزمان با پیشرفت فناوری نظیر ونتیلاتور، دفیبریلاتور و مانیتورینگ به‌منظور پایش و کنترل بیماران پس از عمل جراحی، بخش‌های ویژه را تأسیس کردند (۱). پذیرش بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، موانع فیزیکی و روانی برای ارتباط بیمار با خانواده به وجود آورد و اعضای خانواده پشت درهای بسته، به انتظار کسب اطلاع از وضعیت بیمار، فشار روانی بالایی را تحمل می‌کنند (۲). بخش‌های ویژه از همان آغاز بیمار محور بوده و محدودیت‌های شدیدی را برای خانواده در امر مراقبت از بیماران بوجود آورد و این محدودیت‌ها خانواده را با اضطراب، رنج و مشکلات فراوانی روبرو ساخت (۳). اضطراب

شامل ۱۵۴ نفر از اعضای خانواده‌های دارای بیمار بستری در بخش‌های ویژه مرکز حوادث آسیب‌زای بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) زاهدان در تابستان سال ۱۳۹۴ بودند. داشتن نسبت درجه یک با بیمار، داشتن و توانایی استفاده از تلفن همراه، حداقل ۱۸ سال، رضایت و تمایل آزمودنی جهت مشارکت در مطالعه و دارا بودن سواد خواندن و نوشتن برای بهره‌برداری از جلسات و مواد آموزشی نوشتاری از معیارهای ورود و ابتلا و سابقه ابتلا به بیماری روانی شناخته شده، ترخیص یا فوت بیمار قبل از ۵ روز بستری، تغییر شکل ناشی از جراحات و عدم حضور و همکاری طی مداخله از جمله مهم‌ترین معیارهای خروج از مطالعه بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه زیر برای مطالعات مداخله‌ای و استفاده از میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب مطالعه صادقی و همکاران (۱۸)، حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان آماری ۸۰ درصد برای هر گروه ۷۰ نفر در نظر گرفته شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش احتمالی در هر گروه ۷۷ نفر و مجموعاً ۱۵۴ نفر نمونه واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

$$n = \frac{\left( Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ابزار جمع‌آورد داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه‌ای متشکل از دو بخش اطلاعات فردی و پرسشنامه استرس، اضطراب و افسردگی ۲۱ سوالی Depression Anxiety Stress Scale; DASS-21 بود (۲۴). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط غفاری و همکاران در ایران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵) و در مطالعات متعددی از آن استفاده شده است. در مطالعه حاضر پایایی ثابت به شیوه بازآزمایی (۰/۸۸) و پایایی همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۱) برای کل پرسشنامه تعیین و مورد تأیید قرار گرفت. این پرسشنامه سه وضعیت روانی، استرس، اضطراب و افسردگی، هر یک را با ۷ سؤال و مجموعاً با ۲۱ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها در این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرتی چهار نقطه‌ای تعیین شده که به‌طور خودسنجی تکمیل می‌گردد. کمترین نمره مربوط به هر سؤال صفر (کمی) و بیشترین نمره ۳ (همیشه) است. کمترین نمره در هر خرده مقیاس ۰ و بیشترین نمره در هر کدام از زیر گروه‌ها ۲۱ است.

پس از اخذ مجوزها و کد اخلاق به بیمارستان مراجعه شد. ساختار بخش ویژه به گونه‌ای است که دو قسمت یا بال جداگانه دارد و تحت نظارت یک سیستم پرستاری و درمانی اداره می‌شود. به‌منظور جلوگیری از ارتباط همراهان با هم و احساس برخورد دوگانه با بیماران و همراهان و پیشگیری از رسوخ مداخله به گروه گواه به روش تصادفی یک بال به گروه آزمایش و یک بال دیگر در همان موقعیت که شرایط یکسان داشت، به گروه گواه اختصاص یافت. پس از انتخاب اعضای خانواده واجد شرایط، ابتدا پرسشنامه تحقیق توسط هر دو گروه آزمایش و گواه به عنوان پیش آزمون تکمیل شد. سپس یکی از اعضای درجه یک خانواده مانند پدر، مادر، همسر، برادر، خواهر، فرزند که ضمن اداره امور مربوط به بیمار، قدرت تصمیم‌گیری در رابطه با وضعیت بیمار را داشت به‌عنوان فرد مورد مطالعه انتخاب، و از نظر سن، جنس، نسبت خویشاوندی و تأهل با گروه گواه همسان‌سازی شد. آن‌گاه در گروه آزمایش هماهنگی لازم برای برگزاری جلسات آموزشی و اقدامات حمایتی به‌صورت انفرادی به‌عمل آمد. پس از پایان یک هفته مداخله،

در بخش‌های ویژه علایم اضطراب را تجربه می‌کنند (۸-۱۲)، درحالی‌که شیوع اضطراب در طول عمر برای افراد عادی جامعه ۲۸/۸ درصد گزارش شده است (۱۳). همچنین بین ۱۶ تا ۵۶ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه علایم افسردگی را طی بستری بودن بیمار تجربه کرده‌اند (۸-۱۲). اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه در مقایسه با جمعیت کلی، سطح بالایی از استرس را نشان می‌دهند (۱۴). به‌طوری‌که مطالعه سیاهکلی و همکاران در ایران نیز نشان داد که در بخش مراقبت ویژه ۷۷/۱ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش علایم اضطراب دارند (۱۵).

در بسیاری از بیمارستان‌ها به‌طور معمول برای کاهش نگرانی‌های خانواده، جزوات و کتابچه‌های آموزشی در دسترس عموم خانواده‌ها قرار دارد که از تأثیر آن‌ها اطلاعات دقیقی در دسترس نیست (۱۶) ولی نتیجه مطالعه Chein و همکاران نشان داد که برنامه آموزشی مبتنی بر نیازهای فردی هر بیمار و خانواده، در کاهش اضطراب و افزایش رضایت‌مندی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه موثرتر است (۱۷). مطالعه صادقی و همکاران در مورد مشارکت دادن خانواده در مراقبت و تأثیر آن بر کاهش اضطراب، مطالعه Wong و همکاران با عنوان ارتباط و ارائه تعاملات حمایتی بر کاهش تنش اعضای خانواده، مطالعه Jacobowski و همکاران در خصوص نقش مشارکت در راندهای روزانه بخش بر تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری خانواده، مطالعه Chein و همکاران در مورد تأثیر آموزش مبتنی بر نیاز بر رضایت خانواده، مطالعه بهرامی و همکاران با عنوان آموزش برنامه‌ریزی شده بر میزان استرس مراقبین خانوادگی بیماران بستری و مطالعه Medland و Ferrans در خصوص تأثیر آموزش ارتباط بر رضایت‌مندی اعضای خانواده از جمله مهم‌ترین تحقیقات در این زمینه می‌باشند (۱۷-۲۲). مرور اجمالی مطالعات فوق نشان می‌دهد که اولاً مطالعات اندکی در ایران صورت گرفته است و همچنین مطالعات انجام شده اغلب جنبه آموزش روانی داشته‌اند و کمتر به ابعاد حمایتی خانواده و ارتباط مستمر با خانواده در طول مدت بستری پرداخته‌اند. گر چه بستر مطالعات توصیفی انجام شده در خصوص نیازها و واکنش‌های روان‌شناختی خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه نسبتاً غنی است (۲۳) ولی بررسی پیشینه تحقیق نشان می‌دهد مطالعات مداخله‌ای جامع بر روی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه در ایران زیاد انجام نشده است. مداخله‌های طراحی شده در مطالعات گذشته تنها به یک بعد از نیازهای متنوع اعضای خانواده بیماران در بخش‌های ویژه توجه کرده است. بنابراین به‌جای بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی معمول مانند درمان‌های شناختی رفتاری، طراحی و اجرای مداخله‌ای با محتوای ترکیبی آموزشی و حمایتی به همراه تداوم در اطلاع‌رسانی بدون حضور و ملاقات‌های متعدد و غیر ضروری در بیمارستان، مورد نیاز بود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر واکنش‌های روان‌شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی (Quasi Experimental) است که بر روی دو گروه آزمایش و گواه به‌صورت پیش آزمون پس آزمون انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش

در صورت طرح سؤال، تماس تلفنی برقرار کند و اطلاعات بیشتری در خصوص بیمار دریافت نماید. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر به کمک آمار توصیفی تعیین شد. در ادامه برای مقایسه میانگین‌های قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی زوجی، مقایسه میانگین‌های دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل، مقایسه فراوانی متغیرهای کیفی دو گروه از آزمون کای دو و برای تعیین اثربخشی مداخله آموزشی حمایتی با کنترل هم‌زمان اثر پیش آزمون، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. میزان خطای برآورد در این مطالعه ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر قرار گرفته است.

### یافته‌ها

نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که داده‌های مربوط به متغیرهای مورد بررسی از توزیع نرمال برخوردارند. بنابراین شرایط استفاده از آزمون‌های پارامتریک وجود دارد. میانگین سنی اعضای خانواده در گروه آزمایش و گواه به ترتیب  $8/92 \pm 32/27$  (با دامنه سنی بین حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۷) و  $9/56 \pm 34/15$  (با دامنه سنی بین حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۱) بود. آزمون آماری تی مستقل نشان داد دو گروه از نظر میانگین سنی تفاوت معنی‌داری ندارند ( $P > 0/05$ ). ۶۱/۱ درصد گروه آزمایش و ۶۳/۷ درصد گروه گواه تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند و از نظر آماری تفاوت معناداری به کمک آزمون کای دو نداشتند ( $P > 0/05$ ). ترکیب جنسیتی اعضای خانواده در هر دو گروه به ترتیب ۳۱/۲ درصد و ۶۸/۸ را زنان و مردان تشکیل می‌دهند. از نظر نسبت خویشاوندی با بیمار، در گروه آزمایش به ترتیب ۱/۲۲/۱، ۰/۳۹، ۱/۱۴/۳، و ۲/۲۴/۶٪ و در گروه گواه به ترتیب ۱/۲۲/۱، ۰/۴۰/۳، ۱/۱۴/۳ و ۰/۲۳/۳٪ والدین، خواهر/برادر، همسر و فرزندان بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بودند که آزمون آماری کای دو تفاوت معناداری را در دو گروه نشان نداد ( $P > 0/05$ ).

مجدداً پرسشنامه مطالعه توسط هر دو گروه آزمایش و گواه به‌عنوان پس آزمون تکمیل شد. گروه گواه در طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای جز مراقبت و برخورد معمول بخش دریافت نکردند. اخذ رضایت شفاهی، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، عدم نیاز به ذکر نام و مشخصات فردی، آزادی در کناره‌گیری از مطالعه در هر زمان، شرح اهداف مطالعه، تشریح مداخله و روش کار از جمله مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این مطالعه بودند.

به‌منظور طراحی ساختار مداخله، پس از مطالعه و مرور منابع مرتبط، محتوای اولیه تهیه و برای نظرخواهی و مشاوره به اعضای هیئت علمی با تجربه کار آموزشی و بالینی در بخش‌های ویژه در گرایش‌های پرستاری داخلی-جراحی (۳ نفر)، پرستاری مراقبت‌های ویژه (۳ نفر)، روان‌پرستاری (۱ نفر) و پرستار بالینی با سابقه مدیریت در بخش‌های ویژه (۲ نفر) ارائه شد. نظرات جمع‌بندی و محتوای نهایی مداخله آماده و تأیید گردید. محتوای پیامک‌ها بر اساس سؤالات رایج اعضای خانواده بیماران در ساعات ملاقات حضوری و یا تماس‌های تلفنی طی یک مطالعه مقدماتی تعیین گردید. مداخله در قالب یک بسته آموزش روانی-حمایتی و به‌صورت چند بعدی طراحی و اجرا گردید. بخش اول آشنایی با بخش، روتین‌ها و تجهیزات به‌مدت ۴۰ تا ۴۵ دقیقه بود. بخش دوم به‌صورت یک جلسه آموزشی به‌طور متوسط ۶۰ دقیقه‌ای در خصوص وضعیت بیمار، علائم و نشانه‌ها و ماهیت بیماری و نیز پاسخ به نگرانی‌ها و سؤالات اعضای خانواده انجام شد. بخش اول و دوم مداخله در روز اول اجرا گردید. در روز دوم مداخله، بخش سوم به‌صورت راند بالینی عضو خانواده به‌همراه تیم درمانی (پزشک معالج، متخصص بیهوشی و پرستار بخش ویژه) به‌مدت حدود ۶۰ دقیقه به اجرا در آمد. در ادامه وضعیت بیمار، تغییرات احتمالی در سطح هوشیاری و اقدامات انجام شده تشخیصی و درمانی، روزانه سه نوبت به‌صورت پیامک به تلفن همراه عضو خانواده به‌مدت ۵ روز ارسال شد. قابل ذکر است که در این مدت محدودیتی از نظر ملاقات برای اعضای خانواده وجود نداشت. همچنین خانواده می‌توانست پس از دریافت پیامک در صورت نیاز و یا

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمایش و گواه

استرس	قبل از مداخله	پس از مداخله	آزمون تی زوج
آزمایش	$12/27 \pm 3/06$	$4/88 \pm 2/20$	$P < 0/001$
گواه	$12/67 \pm 4/29$	$11/58 \pm 3/23$	$P < 0/005$
آزمون تی مستقل	$P > 0/05$	$P < 0/001$	
اضطراب	قبل از مداخله	پس از مداخله	آزمون تی زوج
آزمایش	$9/77 \pm 3/21$	$2/55 \pm 1/66$	$P < 0/001$
گواه	$10/27 \pm 3/99$	$10/00 \pm 3/37$	$P > 0/05$
آزمون تی مستقل	$P > 0/05$	$P < 0/001$	
افسردگی	قبل از مداخله	پس از مداخله	آزمون تی زوج
آزمایش	$8/77 \pm 3/42$	$2/10 \pm 1/78$	$P < 0/001$
گواه	$8/24 \pm 7/17$	$8/97 \pm 2/98$	$P > 0/05$
آزمون تی مستقل	$P > 0/05$	$P < 0/001$	

مقادیر جدول به صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار بیان شده اند.

نمره اضطراب اعضای خانواده بیماران در گروه آزمایش ( $3/01 \pm 7/22$ ) - تفاوت معناداری با گروه گواه ( $2/37 \pm 0/27$ ) داشت ( $P < 0/001$ ). با کنترل اثر متغیر پیش آزمون، نتایج آزمون تحلیل کواریانس بر اساس **جدول ۲** نشان داد در پس آزمون میانگین نمره اضطراب اعضای خانواده بیماران در گروه آزمایش به‌طور معناداری از گروه گواه پایین‌تر است ( $P < 0/001$ ). نتیجه پژوهش در مورد افسردگی اعضای خانواده بیماران نشان داد که میانگین نمره افسردگی اعضای خانواده بیماران قبل از مداخله آموزشی حمایتی در گروه آزمایش و گواه به‌ترتیب  $3/42 \pm 8/97$  و  $7/81 \pm 1/78$  و پس از آن  $2/98 \pm 1/97$  و  $7/81 \pm 1/78$  بود (**جدول ۱**) و میانگین تغییرات نمره افسردگی اعضای خانواده بیماران در گروه آزمایش ( $3/13 \pm 6/67$ ) تفاوت معناداری با گروه گواه ( $7/20 \pm 0/72$ ) داشت ( $P < 0/001$ ). با کنترل اثر متغیر پیش آزمون، نتایج آزمون تحلیل کواریانس طبق **جدول ۲** نشان داد در پس آزمون میانگین نمره افسردگی اعضای خانواده بیماران در گروه آزمایش به‌طور معناداری از گروه گواه پایین‌تر است ( $P < 0/001$ ).

بر اساس نتایج آزمون‌های لوین و شاپیرو-ویلک مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن داده‌ها و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس وجود داشت. یافته‌ها نشان داد میانگین نمره استرس اعضای خانواده بیماران قبل از مداخله آموزشی حمایتی در گروه آزمایش و گواه به‌ترتیب  $3/06 \pm 12/27$  و  $4/29 \pm 12/67$  و پس از آن  $2/20 \pm 4/88$  و  $3/23 \pm 11/58$  بود (**جدول ۱**). میانگین تغییرات نمره استرس اعضای خانواده بیماران در گروه آزمایش ( $3/68 \pm 7/38$ ) تفاوت معناداری با گروه گواه ( $1/09 \pm 3/23$ ) داشت ( $P < 0/001$ ). با کنترل اثر متغیر پیش آزمون، نتایج آزمون تحلیل کواریانس بر اساس **جدول ۲** نشان داد در پس آزمون میانگین نمره استرس اعضای خانواده بیماران در گروه آزمایش به‌طور معناداری از گروه گواه پایین‌تر است ( $P < 0/001$ ). در خصوص اضطراب اعضای خانواده بیماران، نتایج نشان داد میانگین نمره اضطراب اعضای خانواده بیماران قبل از مداخله آموزشی حمایتی در گروه آزمایش و گواه به‌ترتیب  $3/21 \pm 3/99$  و  $3/27 \pm 10/27$  و پس از آن  $1/66 \pm 2/55$  و  $3/37 \pm 10/00$  بود (**جدول ۱**). میانگین تغییرات

**جدول ۲:** نتایج آزمون تحلیل کواریانس بر روی میانگین‌های نمرات پیش آزمون و پس آزمون استرس، اضطراب و افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
<b>استرس</b>					
پیش آزمون	251/51	1	251/51	41/32	$P < 0/001$
گروه	1648/12	1	1648/12	270/76	$P < 0/001$
خطا	913/03	151	6/08		
جمع	13334	154			
<b>اضطراب</b>					
پیش آزمون	476/65	1	476/65	119/89	$P < 0/001$
گروه	1971/9	1	1971/9	496/02	$P < 0/001$
خطا	596/34	151	3/97		
جمع	9279	154			
<b>افسردگی</b>					
پیش آزمون	48/01	1	48/01	8/25	$P < 0/05$
گروه	1830/9	1	1830/9	314/7	$P < 0/001$
خطا	872/7	151	5/81		
جمع	7463	154			

## بحث

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر واکنش‌های روان‌شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نشان داد که مداخله آموزشی حمایتی باعث کاهش قابل‌ملاحظه سطح استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران می‌شود. با توجه به این که در ایران و به‌ویژه مکان انجام پژوهش، بخش‌های ویژه به شیوه بسته و محدود برای ملاقات اداره می‌شود، اهمیت این مداخله‌های آموزشی حمایتی بسیار پر رنگ‌تر و مهم‌تر جلوه می‌کند. بخش اعظم استرس، اضطراب و نگرانی اعضای خانواده با توجه به وخامت حال عمومی بیماران بستری در بخش

مراقبت‌های ویژه، مشخص نبودن سرانجام بیماری، عدم اطلاع از وضعیت بیمار و استرس ناشی از محیط، تجهیزات و ترس از ناشناخته‌هاست (۱۷). از این‌رو تشکیل گروه‌های حمایتی در بخش، تماس نزدیک با تیم درمانی در قالب راند اولیه و از همه مهم‌تر مطلع نگه‌داشتن خانواده از وضعیت بیمار و اعلام تغییرات آن توسط یک نفر ثابت (محقق) از طریق ارسال پیامک، همه می‌تواند به کاهش نگرانی و دغدغه‌های اعضای خانواده کمک کند.

علی‌رغم این که مطالعه Bailey و همکاران نشان داد رابطه معناداری بین ارائه حمایت‌های اطلاعاتی و اضطراب اعضای خانواده بیماران

یکی از عزیزان در بخش مراقبت‌های ویژه را کاهش می‌دهد. اثربخشی مداخله در کاهش میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی را می‌توان به این مسئله مرتبط دانست که در مداخله آموزشی حمایتی مورد استفاده در این مطالعه، بیشتر نیازهای مهم اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه یعنی اطمینان، نزدیکی و دسترسی به بیمار، دریافت اطلاعات به موقع، راحتی و حمایت (۳۲) مورد توجه قرار گرفته است. دادن اطلاعات و اطمینان به اعضای خانواده نه تنها باعث کاهش شدت واکنش‌های روان‌شناختی بلکه باعث افزایش رضایت‌مندی آنان نیز می‌گردد (۳۳).

### نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر وضعیت روان‌شناختی اعضای خانواده، به‌ویژه کاهش قابل ملاحظه سطح اضطراب، استرس و افسردگی آنان، ضرورت دارد در برنامه‌های آموزشی و مراقبتی خانواده محور پرستاران، این مداخله‌ها وارد شود. اگر پرستاران برای ارائه اطلاعات مورد نیاز خانواده در دسترس باشند و سعی کنند وضعیت بیمار را توأم با همدلی بهتر برای خانواده تشریح کنند، ضمن افزایش درک و رضایت اعضای خانواده، علایم و نشانه‌های روان‌شناختی آنان نیز کاهش خواهد یافت. بهبود وضعیت روان‌شناختی اعضای خانواده، به انسجام درون خانوادگی، کاهش بار روانی و سازگاری بهتر خانواده کمک می‌کند و مانع از بروز بحران‌های خانوادگی می‌گردد. مداخله‌های آموزشی حمایتی ضمن بهبود وضعیت روانی و مقابله مؤثر خانواده، ظرفیت، توان و انگیزه آنان را در مراقبت پس از ترخیص نیز افزایش می‌دهد. همچنین پیشنهاد می‌گردد این مداخله‌ها برای اعضای آسیب‌پذیر خانواده، حتی به مراقبت از منزل و دوره بعد از ترخیص هم گسترش یابد. حجم نمونه کوچک، طول مدت مداخله کوتاه مدت یک هفته‌ای و عدم وجود دوره پیگیری برای سنجش میزان ماندگاری تأثیر مداخله، از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شوند.

### سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از کلیه اعضای خانواده بیماران و نیز از مدیران، سرپرستاران و پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان خاتم‌الانبیاء (ص) زاهدان سپاسگزاری می‌کنند. این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشکده پرستاری و مامایی کرمانشاه به شماره ۹۴۲۹۱ مصوب ۹۴/۶/۱۵ است. بدین‌وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه هم قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی در این مطالعه وجود نداشته است.

### References

1. Karlsson C, Tisell A, Engstrom A, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care*. 2011;16(1):11-8. DOI: [10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x](https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x) PMID: 21199550
2. Rodriguez Martinez Mdel C, Rodriguez Morilla F, Roncero del Pino A, Morgado Almenara MI, Theodor Bannik J, Flores Caballero LJ, et al. [Family

بستری در بخش ویژه وجود ندارد (۱۰)، ولی نتیجه مطالعات Halm و Johnson & Frank در راستای تأیید نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که ارائه اطلاعات و حمایت می‌تواند اضطراب اعضای خانواده را کاهش دهد (۲۶، ۲۷). مطالعه Chien و همکاران نیز نشان داد ارائه جلسات آموزشی مبتنی بر نیازهای فردی اعضای خانواده در هنگام پذیرش و بستری در بخش ویژه باعث کاهش معنادار سطح اضطراب اعضای خانواده می‌شود (۱۷). محققان معتقدند باید روش‌های مداخله‌ای مختلف برای شناسایی و کاهش علایم استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مورد بررسی و آزمون قرار گیرند (۲۸). این توصیه باعث گردید تا روش‌های مختلفی برای رفع مشکلات روان‌شناختی اعضای خانواده، در مطالعات مختلف به کار گرفته شود. مطالعه صادقی و همکاران نشان داد مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند باعث کاهش نمره اضطراب گروه آزمایش (با میانگین نمره ۱۲/۶) در مقایسه با گروه گواه (با میانگین نمره ۲۳/۶) شود (۱۸). آموزش به شیوه تحت شبکه اینترنت در مقایسه با آموزش استاندارد و روتین بخش، توانسته است علایم استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را تخفیف دهد (۲۸). در خصوص تأثیر مثبت مداخله آموزشی حمایتی بر کاهش نمره استرس اعضای خانواده نیز نتیجه مطالعه Komari & Das نشان داد که مداخله شناختی رفتاری به شیوه حمایتی روزانه ۲۰ تا ۲۵ دقیقه در ۴ روز متوالی منجر به کاهش نمره استرس مراقبین بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در گروه مداخله شده است (۲۹). مطالعه کیفی Wong و همکاران نشان داد که ارتباط مناسب و تعاملات حمایتی با اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه، منجر به کاهش استرس‌های آنان می‌شود (۱۹). نتیجه مطالعه بهرامی و همکاران در ایران نیز نشان داده است که آموزش برنامه‌ریزی شده باعث کاهش معنادار سطح استرس اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌شود (۲۱). مطالعات اندکی منحصراً اثربخشی مداخلات در کاهش سطح افسردگی اعضای خانواده بیماران را مورد بررسی قرار داده است. مطالعات در این زمینه نتایج متفاوتی را به‌دنبال داشته است. Jones و همکاران تأثیر کتابچه خودیار ۶ هفته‌ای را مورد ارزیابی قرار دادند و دریافتند که تفاوت معناداری در میزان افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه وجود ندارد (۳۰). بر عکس نتیجه مطالعه Lautrette و همکاران در راستای نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که بروشورهای آموزشی و جلسات بحث گروهی خانوادگی، باعث کاهش معنادار شیوع علایم افسردگی ۲۹ درصدی گروه آزمایش در مقایسه با شیوع ۵۶ درصدی علایم افسردگی در گروه گواه گردید (۳۱). آن‌ها معتقدند که گفتگوهای طولانی‌تر و اختصاص زمان بیشتر به اعضای خانواده برای صحبت کردن، بار روان‌شناختی ناشی از غم بستری بودن

- involvement in the critically ill patient basic care]. *Enferm Intensiva*. 2003;14(3):96-108. PMID: [14499101](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14499101/)
3. Hupcey JE. Looking out for the patient and ourselves-the process of family integration into the ICU. *J Clin Nurs*. 1999;8(3):253-62. PMID: [10578747](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10578747/)

4. Soderstrom IM, Saveman BI, Hagberg MS, Benzein EG. Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009;25(5):250-7. DOI: [10.1016/j.iccn.2009.06.006](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.006) PMID: [19628390](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19628390/)
5. El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. Nurses' roles with families: perceptions of ICU nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23(1):43-50. DOI: [10.1016/j.iccn.2006.07.003](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.07.003) PMID: [16971125](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16971125/)
6. 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.
7. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care.* 2009;18(3):200-9; quiz 10. DOI: [10.4037/ajcc2009252](https://doi.org/10.4037/ajcc2009252) PMID: [19411580](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19411580/)
8. 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](https://doi.org/10.1007/s11606-008-0770-2) PMID: [18780129](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18780129/)
9. 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. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(9):987-94. DOI: [10.1164/rccm.200409-129](https://doi.org/10.1164/rccm.200409-129) SOC PMID: [15665319](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15665319/)
10. Bailey JJ, Sabbagh M, Loisele 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](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.12.006) PMID: [20106664](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20106664/)
11. Fumis RR, Deheinzeln D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Med.* 2009;35(5):899-902. DOI: [10.1007/s00134-009-1406-7](https://doi.org/10.1007/s00134-009-1406-7) PMID: [19183953](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19183953/)
12. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest.* 2010;137(2):280-7. DOI: [10.1378/chest.09-1291](https://doi.org/10.1378/chest.09-1291) PMID: [19762549](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19762549/)
13. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617-27. DOI: [10.1001/archpsyc.62.6.617](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617) PMID: [15939839](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939839/)
14. Chui WY, Chan SW. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nurs.* 2007;16(2):372-81. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2005.01461.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01461.x) PMID: [17239073](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17239073/)
15. Rabie 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. *Iran J Crit Care Nurs.* 2011;3(4):175-80.
16. Kleinpell R, Silva N, Tully MJ, Hancock B. The Use of a Web-Based Education Program to Promote Family Member Satisfaction with Icu Care. *Crit Care Med.* 2005;33(2):A72. DOI: [10.1097/00003246-200512002-00258](https://doi.org/10.1097/00003246-200512002-00258)
17. 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](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.01.006) PMID: [16183062](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16183062/)
18. Sadeghi Z, Payami M, Moosavi Nasab SN. Effect of Family Participation in ICU Patients Care on Family's Anxiety level. *Prev Care Nurs Midwifery J.* 2013;2(2):10-7.
19. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(1):51-63. DOI: [10.1016/j.iccn.2014.06.005](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005) PMID: [25245202](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25245202/)
20. Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, Ely EW. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care.* 2010;19(5):421-30. DOI: [10.4037/ajcc2010656](https://doi.org/10.4037/ajcc2010656) PMID: [20810417](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20810417/)
21. Bahrami F, Islami M, Moshtagh Eshgh Z, Fesharaki M. Effects of programmed education on stress of family careers with a relative in an intensive care unit of Isfahan University of Medical Sciences hospitals during 2009. *Commun Health J.* 2009;3(4):18-24.
22. Medland JJ, Ferrans CE. Effectiveness of a structured communication program for family members of patients in an ICU. *Am J Crit Care.* 1998;7(1):24-9. PMID: [9429680](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9429680/)
23. Paul F, Rattray J. Short- and long-term impact of critical illness on relatives: literature review. *J Adv Nurs.* 2008;62(3):276-92. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04568.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04568.x) PMID: [18426451](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18426451/)
24. 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. DOI: [10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB](https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB) PMID: [17205007](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17205007/)
25. 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. *J Med Res.* 2008;1(32):45-53.
26. Halm MA. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart Lung.* 1990;19(1):62-71. PMID: [2298594](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2298594/)
27. Johnson MJ, Frank DI. Effectiveness of a telephone intervention in reducing anxiety of families of patients

- in an intensive care unit. *Appl Nurs Res.* 1995;8(1):42-3. [PMID: 7695357](#)
28. Lewis C. A dissertation submitted to the Graduate School at the University of Missouri. USA: University of Missouri; 2015.
29. Singh P, Kaur P. Assess the Social Problems and Coping Strategies of Senior Citizens in selected Rural Areas of District Patiala, Punjab. *Asian J Nurs Educ Res.* 2015;5(3):331. [DOI: 10.5958/2349-2996.2015.0068.3](#)
30. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med.* 2004;30(3):456-60. [DOI: 10.1007/s00134-003-2149-5](#) [PMID: 14767589](#)
31. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007;356(5):469-78. [DOI: 10.1056/NEJMoa063446](#) [PMID: 17267907](#)
32. Yang S. A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. *Aust J Adv Nurs.* 2008;25(4):79.
33. Leske JS. Needs of adult family members after critical illness: prescriptions for interventions. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1992;4(4):587-96. [PMID: 1288581](#)