

بررسی تأثیر برنامه آموزشی نیاز - محور بر میانگین اضطراب خانواده بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر

رضوان اصغریور^۱، معصومه همتی مسلک پاک^۲، وحید علی نژاد^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۴/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۶/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: جراحی قلب و شرایط بعدازآن بر روی بیمار و خانواده بیمار تأثیر می‌گذارد. یکی از مشکلات روحی و روانی، افزایش اضطراب در خانواده بیمار و ایجاد خلل در مراقبت مؤثر از بیمار می‌باشد. استفاده از یک برنامه آموزشی نیاز محور که بر روی نیازهای آموزشی بر اساس باور و فرهنگ و اولویت خانواده بیمار می‌باشد، امری منطقی به نظر می‌آید. لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر اجرای برنامه آموزشی نیاز محور بر اضطراب خانواده بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی ۶۰ نفر از اعضای خانواده بیماران تحت بای پس قلبی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به‌طور دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه کنترل (۳۰ نفر) و در گروه مداخله (۳۰ نفر) تخصیص داده شدند. در گروه مداخله برنامه آموزشی نیاز محور مراقبت دهندگان بیماران تحت عمل جراحی قلب باز پس از تعیین نیازها به‌صورت آموزش چهره به چهره در ۳ جلسه نیم‌ساعته و ارائه کتابچه آموزشی اجرا شد. در این پژوهش از پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر استفاده شد که در زمان پذیرش و روز خروج از بخش مراقبت‌های ویژه تکمیل شد. از آزمون تی مستقل و تی زوج برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات اضطراب در گروه کنترل قبل از مداخله $43/23 \pm 12/473$ و در گروه مداخله قبل از مداخله $46/03 \pm 11/275$ بود که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار نبود ($p=0/365$). میانگین نمرات اضطراب پس از مداخله در گروه کنترل $12/374 \pm 40/3$ و در گروه مداخله برابر $31/97 \pm 6/16$ بود که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار بود ($p=0/002$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش مؤید آن بود که آموزش بر اساس نیازهای خانواده‌ها در کاهش اضطراب خانواده‌ها مؤثر است، لذا شناسایی و ارزیابی جامع از نیازهای روانی - اجتماعی و آموزشی خانواده بیماران بایستی به‌عنوان راهنمای پرستاران در برنامه‌ریزی آموزشی خانواده‌ها مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش بر اساس نیاز، اضطراب، خانواده، جراحی قلب، مراقبت ویژه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۸۵، آبان ۱۳۹۵، صص ۶۷۳-۶۶۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

پیوند عروق کرونر^۱ از پروسیجرهای جراحی استاندارد در درمان بیماری‌های عروق کرونر است که در ۶۰ درصد از بیماری‌های عروق کرونر از این روش درمانی استفاده می‌شود (۳). بیش از ۲۰ سال است که عمل بای‌پس در کشورهای اروپایی و امریکا انجام می‌شود، تخمین زده می‌شود سالانه حدود ۵۰۰ هزار عمل جراحی بای پس عروق کرونر در ایالات‌متحده انجام می‌شود (۴). در ایران نیز سالانه

بیماری عروق کرونر، علی‌رغم پیشرفت‌های فراوان همچنان شایع‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری در حال حاضر جهان به شمار می‌رود (۱). به‌طوری‌که بیماری‌های ایسکمیک قلب که از نظر مرگ‌ومیر، رتبه پنجم را در سال ۱۹۹۰ داشته است تا سال ۲۰۲۰ رتبه اول مرگ‌ومیر در جهان را خواهد داشت (۲).

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ مربی آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

^۱ Coronary artery bypass graft (CABG)

نگرانی‌های بیمار شود. کمبود حمایت به دلیل افزایش سطح اضطراب، تأثیر مهمی روی عملکرد خانواده و موفقیت پیامدهای جراحی دارد و راهکارهایی جهت کاهش اضطراب اعضای خانواده بیمار منطقی به نظر می‌رسد (۱۵).

آموزش یک مسئله پویا در عملکرد پرستاری است و تعیین نیازهای آموزشی برحسب اولویت، اولین قدم برای برنامه‌ریزی آموزشی محسوب می‌شود چراکه اثربخشی هرگونه آموزشی ارتباط تنگاتنگ با نیازسنجی دارد. لذا پرستار باید نیازهای آموزشی بیمار و خانواده او را در طی بیماری و مدتی کوتاه پس از آن تعیین کند (۱۶). برای ارائه آموزش مؤثر و ایجاد ارتباط بهتر با خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه باید نه تنها به خود بیماران، بلکه به نیازهای روانی اجتماعی خانواده‌هایشان نیز توجه نمایند. این امر مهم مؤید نقش اجتناب‌ناپذیر و بی‌بدیل ایشان در شناسایی و برآورده نمودن نیازهای خانواده‌های متأثر از بیماری به‌عنوان مددجو می‌باشد (۱۷). وظیفه پرستار به‌عنوان مراقبت‌کننده کل‌نگر، تلاش در جهت مشارکت در شناخت نیازهای خانواده بیماران، کمک به آنان در مقابله با استرس، حمایت از بیمار و فراهم نمودن احساس سلامتی برای آنان می‌باشد به‌طورکلی عوامل استرس‌زای تجربه‌شده توسط اعضای خانواده موجب افزایش بسیاری از نیازهای خاص آنان می‌گردد که معمول‌ترین آن‌ها عبارت از اطلاعات، امید، مجاورت با بیمار خود، اطمینان در خصوص درمان و پیش‌آگهی بیماری، دریافت حمایت عاطفی و مالی از تیم درمان می‌باشد (۱۸). در عین حال، ارزیابی و پاسخ به نیازهای خانواده در ابتدای بروز بحران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به عبارتی، شناسایی و پاسخگویی به موقع به نیازهای خانواده، اثرات منفی استرس بر خانواده را تقلیل و تأثیر آن بر تیم درمانی و در نهایت بر بیمار را کاهش داده و توجه خانواده را به مراقبت از بیمار معطوف می‌کند (۱۹).

با توجه به ساختار فرهنگی، اجتماعی و مذهبی ایران و اهمیتی که این ساختار برای رکن خانواده قائل است و با عنایت به عدم کفایت مطالعات صورت گرفته درخصوص نقش آموزش بر اساس نیازهای خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب و تأثیر آن بر میزان اضطراب خانواده‌ها، این مطالعه در نظر گرفت به بررسی تأثیر آموزش بر اساس نیازهای خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب بر میزان اضطراب اعضای خانواده در بیمارستان سیدالشهدای ارومیه بپردازد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه نیمه تجربی ۶۰ نفر از اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب فرمول آماری زیر که در بخش مراقبت ویژه

۲۵ هزار عمل جراحی قلب باز صورت می‌گیرد که حدود ۵۰ الی ۶۰ درصد آن‌ها اختصاص به بای پس عروق کرونر دارد (۵). بیماران پس از انجام عمل جراحی قلب به بخش مراقبت ویژه منتقل می‌شوند و جهت حمایت تنفسی به ونتیلاتور وصل می‌شوند (۶). از آنجایی که خانواده نقش حیاتی در مراقبت از بیماران خود دارند و اعضای خانواده به‌طور مستقیم تحت تأثیر مجموعه خانواده قرار می‌گیرند (۷) و بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان می‌تواند در دیگر اعضای آن ایجاد اضطراب و مشکلات روحی- روانی نماید، به‌خصوص اگر بیمار در بخش‌های پر تنشی مانند بخش مراقبت ویژه یا اورژانس بستری شود، این اضطراب و تشویش مضاعف می‌شود (۸).

مواجهه با محیط ناآشنای بیمارستان تجربه ناخوشایندی است که به بروز یک سری پاسخ‌های هیجانی و روانی مانند شوک، اضطراب، عصبانیت، احساس گناه، ناامیدی و ترس منجر می‌شود (۹). بخش مراقبت ویژه یک محیط پرتنش برای بیماران و وابستگان آن‌ها محسوب می‌شود که به‌واسطه‌ی آن افراد اضطراب زیادی را در طول این مدت تجربه می‌نمایند، زیرا آنان در بخشی بستری می‌شوند که اغلب بیماران آن بدحال، نیازمند به مراقبت تخصصی و یا مشرف به مرگ هستند. علاوه بر این‌گونه محیط‌ها شامل امکانات پیشرفته‌ای می‌باشد که جهت نظارت بر بیماران استفاده می‌شود و باعث ایجاد استرس در بیمار و اعضای خانواده وی می‌شود (۱۰). بیش از نیمی از همراهان بیماران بستری در بخش‌های ویژه در مراحل اولیه بستری دچار اضطراب می‌شوند و اضطراب آن‌ها در صورت عدم بررسی و رسیدگی برای بیش از ۴ سال پس از ترخیص بیماران از واحد مراقبت ویژه ادامه می‌یابد (۱۱). در مطالعه‌ای در کره روی همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه مشخص شد که حدود ۳۸/۱ همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه دارای اضطراب بودند که ۲۰/۳ درصد از آن‌ها اضطراب خفیف و ۱۳/۳ درصد از همراهان دارای اضطراب متوسط و ۴/۶ درصد از آن‌ها دارای اضطراب شدید بودند (۱۲).

عوامل اضطراب‌آور زمانی که خانواده نتواند با آن مقابله کند و یا سیستم‌های اجتماعی قادر به شناسایی علت اضطراب، نیازهای افراد مضطرب و دست‌بندی و رفع این نیازها نباشد منجر به بروز بحران موقعیتی می‌گردد (۱۳). پیامد این بحران و اضطراب برای خانواده نابسامانی و ناامیدی است که خود باعث اثرات سوء در روند عادی خانواده و زندگی افراد از جمله از دست دادن شغل، اختلال در تصمیم‌گیری، بیماری‌های جسمی و حتی انتقال اضطراب به سایر افراد می‌گردد (۱۴). وجود اضطراب در یک عضو خانواده، توانایی فراهم کردن کمک او را محدود کرده و می‌تواند سبب تشدید

مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی قلب شهدای ارومیه در سال ۱۳۹۴ بستری شده بودند بر اساس مطالعه چی ان و همکاران^۲ (۲۳) و فرمول، $N = 2n$ ، $N = \frac{4S^2(Z_{\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$ ، صورت در دسترس وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی بلوکه بندی به دو گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل برای شرکت در مطالعه، جزء بستگان درجه اول بیمار بودن (همسر، فرزند، برادر، خواهر، پدر، مادر)، داشتن نقش اصلی حمایت از بیمار در بیمارستان و مراقبت از وی در منزل، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، اورژانسی نبودن عمل جراحی بیمار، نداشتن سابقه مراقبت از بیمار جراحی قلب، نبودن عضو تیم بهداشت و درمان، نداشتن سابقه بستری فردی از بستگان درجه اول یا اعضای خانواده وی در آی سی یو، نداشتن نقص جسمی یا ذهنی، مراقبت نکردن هم‌زمان از فرد دیگری با بیماری جسمی یا روانی و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: خودداری از ادامه شرکت در مطالعه به هر دلیل و فوت بیمار در طول مطالعه بود.

ابتدا به شرکت‌کنندگان در مورد اهمیت انجام پژوهش و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها توضیحات کافی داده شد و از بین افراد مراجعه‌کننده، افراد واجد شرایط با اخذ رضایت شخصی مکتوب انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی بلوکه بندی به دو گروه (۳۰ نفر) تخصیص داده شدند، به منظور جلوگیری از تبادل اطلاعاتی نمونه‌ها در دو گروه، نمونه‌گیری در دوره‌های زمانی متناوب انجام شد، به این ترتیب که ابتدا اولین گروه آغازکننده مطالعه به روش تصادفی بلوکه بندی مشخص شد. سپس نمونه‌گیری در این گروه به مدت یک هفته انجام شد و پس از ترخیص آخرین فرد این گروه از آی سی یو، نمونه‌گیری در گروه دوم شروع و به مدت یک هفته ادامه یافت، به همین ترتیب نمونه‌گیری بین گروه‌ها به صورت نوبتی و یک هفته در میان انجام گرفت.

در این پژوهش از پرسشنامه جمعیت شناختی و اضطراب اسپیل برگر استفاده شد. پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر دارای ۴۰ عبارت در ۲ زیر مقیاس خود گزارش دهی می‌باشد که برای اندازه‌گیری سنجش یک حالت عاطفی و احساسی زودگذر^۳ و نیز احساس نسبتاً پایداری از اضطراب^۴ طراحی شده است. در این مطالعه از زیر مقیاس

اضطراب حالت استفاده شد. برای مقیاس اضطراب حالت پاسخ‌دهندگان احساسات خود را در زمان کنونی در یک مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت از ۱ (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) بیان کردند. دامنه نمرات برای اضطراب حالت از ۲۰ (بدون اضطراب) تا ۸۰ (اضطراب بسیار بالا) شد. همبستگی پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر با اضطراب کتل^۵ نشان‌دهنده‌ی روایی و اعتبار آن است. طبق تحقیقات باستانی در ایران، پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی محتوی، مورد تأیید قرار گرفته است (۱۹).

در گروه کنترل، پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه اسپیل برگر اضطراب به صورت حضوری در زمان پذیرش بیمار در بخش مراقبت ویژه توسط شرکت‌کننده تکمیل گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، مراقبت‌های روتین بیمارستان در خصوص بیمار و آموزش‌های روتین رایج توسط پرستاران بخش مراقبت ویژه به همراهان داده می‌شد و در روز خروج از بخش مراقبت ویژه پرسشنامه اسپیل برگر اضطراب مجدداً توسط فرد وارد مطالعه شده تکمیل شد. در گروه مداخله مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه اسپیل برگر اضطراب، توسط عضو وارد مطالعه در زمان پذیرش بیمار در بخش مراقبت ویژه تکمیل شد. سپس با هر یک از مشارکت‌کننده‌ها مصاحبه در محیطی آرام جهت تعیین نیازهای آموزشی انجام شد. سپس آموزش نیاز محور عضو خانواده از زمان پذیرش بیمار در بیمارستان تا ترخیص از آی سی یو به صورت انفرادی و چهره به چهره پرداخته شد. محتوی آموزش نیاز محور بر اساس نیازهای شخصی به‌طورکلی در خصوص شرایط قبل از عمل جراحی، روند عمل جراحی، وضعیت بیمار بعد از عمل، فعالیت‌های ممنوعه، مراقبت از پوست محل بخیه‌ها، رژیم غذایی، علائم هشداردهنده و زمان مراجعه به پزشک و نحوه مصرف داروها بود. در روز خروج از بخش مراقبت‌های ویژه پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر مجدداً تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ انجام شد. علاوه بر آمار توصیفی (فراوانی نسبی و میانگین) پس از اطمینان از طبیعی بودن توزیع متغیرها (آزمون کولموگروف- اسمیرنوف) از آزمون تی مستقل و تی زوج برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب بین و درون دو گروه و برای مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی از آزمون آماری کای دو استفاده شد.

یافته‌ها

⁴ A-Trait

⁵ Kettle

²Chine et al

³ A-State

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله

| متغیر | گروه کنترل | | گروه مداخله | | کل | | نتایج آزمون آماری کای دو و فیشر |
|-----------------|------------|------|-------------|------|-------|------|--------------------------------------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| سن | ۱۰ | ۳۳/۳ | ۷ | ۲۳/۳ | ۱۷ | ۲۸/۳ | $\chi^2 = 2/89$ df=3 P=0/407 |
| | ۸ | ۲۶/۷ | ۱۴ | ۴۶/۷ | ۲۲ | ۳۶/۷ | |
| | ۸ | ۲۶/۷ | ۷ | ۲۳/۳ | ۱۵ | ۲۵ | |
| ۵۰ و بالاتر | ۴ | ۱۳/۳ | ۲ | ۶/۷ | ۶ | ۱۰ | |
| خواندن و نوشتن | ۸ | ۲۶/۶ | ۷ | ۲۳/۳ | ۱۵ | ۲۵ | $\chi^2 = 0/82$ df=3 P=0/841 |
| تحصیلات | ۱۴ | ۴۶/۷ | ۱۲ | ۴۰/۰ | ۲۶ | ۴۳/۳ | |
| بالاتر از دیپلم | ۸ | ۲۶/۷ | ۱۱ | ۳۶/۷ | ۱۹ | ۳۱/۷ | |
| ضعیف | ۷ | ۲۳/۳ | ۴ | ۱۳/۳ | ۱۱ | ۱۸/۳ | f=2/53 df=3 P=0/468 |
| درآمد | ۱۸ | ۶ | ۱۷ | ۵۶/۷ | ۳۵ | ۵۸/۳ | |
| متوسط | ۵ | ۱۶/۷ | ۸ | ۲۶/۷ | ۱۳ | ۲۱/۷ | |
| خوب | ۰ | ۰ | ۱ | ۳/۳ | ۱ | ۱/۷ | |
| عالی | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | |
| مذکر | ۱۷ | ۵۶/۷ | ۱۷ | ۵۶/۷ | ۳۴ | ۵۶/۷ | $\chi^2 = 0/001$ df=1 P=0/9999 |
| جنس | ۱۳ | ۴۳/۳ | ۱۳ | ۴۳/۳ | ۲۶ | ۴۳/۳ | |
| مؤنث | ۹ | ۳۰ | ۳ | ۱۰ | ۱۲ | ۲۰ | |
| مجرد | ۱۷ | ۵۶/۷ | ۲۷ | ۹۰ | ۴۴ | ۷۳/۳ | f=9/27 df=3 P=0/026 |
| تأهل | ۲ | ۶/۷ | ۰ | ۰ | ۲ | ۳/۳ | |
| همسر فوت شده | ۲ | ۶/۷ | ۰ | ۰ | ۲ | ۳/۳ | |
| مطلقه | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | |
| دارد | ۲۲ | ۷۳/۳ | ۲۲ | ۷۳/۳ | ۴۴ | ۷۳/۳ | $\chi^2 = 0/001$ df=1 P=0/9999 |
| بیمه | ۸ | ۲۶/۷ | ۸ | ۲۶/۷ | ۱۶ | ۲۶/۷ | |
| ندارد | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | |

آن‌ها دارای بیمه و ۴۱/۷ درصد از آن‌ها دارای تحصیلات در سطح دیپلم بودند. بین دو گروه کنترل و مداخله در مشخصات جمعیت شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۱).

از ۶۰ نفر عضو خانواده بیماران تحت جراحی قلب ۳۴ نفر (۵۶/۷ درصد) مرد و ۲۶ نفر (۴۳/۳ درصد) زن بودند. ۳۶/۷ درصد از آن‌ها بین رده سنی ۳۰-۳۹ بودند و ۵۸/۳ درصد از نظر درآمد در سطح متوسط قرار داشتند. ۷۳/۳ درصد از آن‌ها متأهل و ۷۳/۳ درصد از

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل

| اضطراب حالت (۲۰-۸۰) | گروه کنترل | گروه مداخله | آزمون آماری |
|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|
| میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | تی مستقل |
| قبل از مداخله | ۴۳/۲۳ ± ۱۲/۴۷۳ | ۴۶/۰۳ ± ۱۱/۲۷۵ | t=0/912 df=29 P=0/365 |
| بعد از مداخله | ۴۰/۳ ± ۱۲/۳۷۴ | ۳۱/۹۷ ± ۶/۹۱۶ | t=-3/22 df=29 P=0/002 |

بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل قبل از مداخله $43/23 \pm 12/473$ و در گروه مداخله قبل از مداخله $46/03 \pm 11/275$ بود که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار نبود ($P=0/02$). میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل بعد از مداخله $40/3 \pm 12/374$ و در گروه مداخله بعد از مداخله $31/97 \pm 6/916$ بود که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار بود ($P=0/02$).

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و کنترل

| اضطراب حالت (۸۰-۲۰) | تفاضل نمرات | | |
|------------------------|---|---|---------------------------------------|
| | قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار | بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار | تفاضل نمرات میانگین و انحراف معیار |
| کنترل | $43/23 \pm 12/473$ | $40/3 \pm 12/374$ | $2/93 \pm 3/0205$ |
| مداخله | $46/03 \pm 11/275$ | $31/97 \pm 6/916$ | $14/067 \pm 7/211$ |

جراحی عضوی از خانواده در مطالعه مولدن^۱ و همکاران نشان داده شده است (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر تفاوت آماری بین میانگین نمرات اضطراب قبل از مداخله بین دو گروه نشان نداد، درحالی‌که این میانگین نمرات بین دو گروه بعد از مداخله معنی‌دار بود. در مطالعه بهرامی و همکاران نیز نشان داده شده که سطح استرس خانواده‌ها با اجرای آموزش برنامه‌ریزی‌شده بر اساس نیازهای آن‌ها کاهش یافته است (۲۲). در مطالعه چی ان و همکاران^۲ نیز با اجرای برنامه آموزشی بر اساس نیازهای خانواده، اضطراب آن‌ها هم کاهش یافته است (۲۳). طبق مطالعه می‌چلی^۳ ۵ دسته نیاز عمده خانواده بیماران حاضر در اتاق جراحی؛ شامل نیاز به اطلاعات، اطمینان بخشی، حمایت، راحتی و مجاورت می‌باشد. باوجوداینکه اولویت و اهمیت این نیازها از نظر افراد مختلف متفاوت است، ولی بیشتر افراد خواستار اطلاع‌رسانی به‌موقع و کسب اطلاعات صحیح از سوی پرسنل درمانی هستند و نیاز به حمایت و اطمینان دارند (۲۴). یکی از دغدغه‌ها و نیازهای مهم خانواده، آموزش و دریافت اطلاعات کافی درباره مواردی از قبیل شرایط بیمار، برنامه درمان و غیره می‌باشد. دادن اطلاعات به اعضای خانواده به افزایش آگاهی آنان از آنچه بر آنان می‌گذرد کمک نموده و آن‌ها در صورت تمایل می‌توانند پیش‌ازپیش به بیمار کمک نمایند (۲۵). نیاز به اطمینان بخشی در مطالعه ترکارتین و کارل^۴ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نیازها از سوی اعضاء خانواده بیان شده است (۲۶).

میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل ابتدای مطالعه برابر $43/23 \pm 12/473$ بوده و انتهای مطالعه برابر $40/3 \pm 12/374$ بود، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P>0/001$). میانگین نمره اضطراب در گروه مداخله قبل از مداخله برابر $46/03 \pm 11/275$ بوده و بعد از مداخله برابر $31/97 \pm 6/916$ می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/02$). تفاوت نمره قبل از بعد از مداخله در گروه کنترل $2/93 \pm 3/0205$ ولی در گروه مداخله برابر $14/067 \pm 7/211$ بود که بیشتر از گروه کنترل بود.

بحث

در این مطالعه بین مشخصات جمعیت‌شناسی گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت، یعنی دو گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی همگن بودند و تغییر در متغیر وابسته ناشی از اثرات متغیر مستقل بوده است. نتایج این مطالعه نشان داد که به‌هنگام پذیرش بیمار جهت جراحی قلب در هر دو گروه کنترل و مداخله به علت شرایط مشابه هر دو گروه (داشتن بیمار تحت جراحی قلب) دچار درجاتی از اضطراب شده بودند.

در مطالعه سیاهکلی و همکاران نیز نشان داده شده است که ۷۷/۱ درصد از خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه دارای اضطراب بودند که باعث ایجاد اختلال در تصمیم‌گیری آن‌ها در مواقع بحرانی می‌شد (۲۰). اضطراب‌آور بودن تجربه انتظار برای عمل

³ Micheli

⁴ Trecartin. & Carroll

¹ Muldoon

² Chine & etal

می‌توان گامی در جهت افزایش توانایی مراقبت از بیماران تحت عمل جراحی قلب به عمل آورد.

نتیجه‌گیری نهایی

در میان گروه‌های مخاطب پرستاری، خانواده، هم به‌عنوان واحد دریافت‌کننده مراقبت و هم به‌عنوان واحد ارائه‌دهنده مراقبت توصیف شده است. حمایت از این مراقبت‌کنندگان و کمک به آنان در حقیقت به معنای تداوم مراقبت آنان از فرد بیمار می‌باشد (۳۲). با توجه به نتایج ذکرشده پرستاران می‌توانند اعضای خانواده را تشویق نمایند تا احساسات و نیازهای خود را بیان کنند و یک مشاوره حمایتی به آن‌ها ارائه دهند و با کاهش اضطراب خانواده بیماران توان مراقبتی و حمایتی خانواده را از بیمار تحت عمل جراحی افزایش دهند لذا پیشنهاد می‌گردد مسئولان در تدوین برنامه‌های آموزشی، برگزاری کلاس‌های آموزشی برای پرستاران، جهت شناسایی نیازهای خانواده بیماران و بیان اهمیت خانواده بیماران در ارتقای سطح سلامت جامعه و بهبود دانش پرستاری را مدنظر قرار دهند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با شماره کد اخلاقی ۱۳۹۴۰۶۷۱۷۹۰ است. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده‌اند، به‌ویژه معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مدیران و کارکنان مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی قلب شهدای ارومیه و اعضای خانواده بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

در مطالعه اخیر نشان داده شده که بین میانگین نمرات اضطراب ابتدا و انتهای مطالعه در درون هر دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت، علی‌رغم وجود تفاوت در نمرات ابتدا و انتهای مطالعه در هر دو گروه، در گروه مداخله این تفاوت قبل و بعد بسیار چشم‌گیرتر که این بیانگر این است که آموزش نیاز محور و شناسایی خواسته‌های خانواده‌های بیماران و رفع آن‌ها مؤثرتر از توصیه‌های روتین آموزشی است چراکه نیازهای خانواده‌های مختلف، متفاوت است. نتایج دیگری نیز همسو با این مطالعه نشان داد حمایت روحی که شامل بررسی خانواده قبل از عمل، صرف زمان برای اعضای خانواده و شناسایی احساسات آن‌هاست می‌تواند تمامیت و عملکرد خانواده را تقویت نماید و یکی از مهم‌ترین عوامل در کاهش اضطراب اعضای خانواده می‌باشد (۲۷). طبق مطالعه استفان نیاز به آگاهی از وضعیت بیمار و پیش‌آگهی شرایط جسمی او یکی از مهم‌ترین نیازهای بیان شده از سوی اعضاء خانواده بیماران می‌باشد؛ برآورده نشدن این نیاز و عدم دسترسی تعریف‌شده به شرایط بیمار برحسب نیاز خانواده می‌تواند سبب افزایش سطح اضطراب شود (۲۸). شواهد نشان می‌دهد مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای بیشتر بر سلامت بیماران تأکید و توجه دارند و اعضای خانواده را که ممکن است به‌اندازه خود بیماران تحت فشار باشند فراموش می‌کنند (۲۹). نقش پرستار، به‌عنوان یک مراقب جامع‌نگر و محوری در تعامل با بیماران و خانواده آن‌ها به‌خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه کلیدی است (۳۰). پرستاری منحصر به برآورده کردن نیازهای فقط بیمار نیست بلکه خانواده را نیز شامل می‌شود. در صورتی که اعضای خانواده در حمایت روحی، جسمی و اجتماعی بیمارشان نقش فعالی داشته باشند، پیامدهای مراقبت بهتر خواهد بود (۳۱). لذا با شناسایی نیازهای آموزشی همراهان بیمار و تلاش در رفع آن‌ها

References:

- Braunwald E, Zip D, Libby P. Heart Disease. 6th ed. W.B. Saunders Co; 2012.
- Frvzannya O, Abdullah M. An epidemiologic study of 2000 heart surgery in Afshar Hospital. J Res Med Sci 2008; 11(2): 3-9. (Persian)
- Ser ruys P, Urges F, Sousa E, Jatene A, Bonnier R, Brand M, et al. Comparison of coronary artery bypass surgery and stenting for the treatment of multi vessele disease. N Engle J Med 2010; 44: 1117-25 .
- Azarasa M, Azarfarin R, Changizi A, Alizadehasl A. Substance Use Among Iranian Cardiac Surgery Patients and its Effects on Short-Term Outcome. Anesth Analg 2009; 109(5):1553-9.
- Babae J, Keshavarz M, Haidarnia A, Shayegan M. Effect of a health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. Acta Media Iranica 2007; 45(1): 69-74. (Persian)
- Estafanous F, Barash P, Reves J. Cardiac anesthesia, principles and clinical practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.P. 45.
- Davidson J, Powers K, Hedayat K, Tieszen M, Kon A, Shepard E, et al. Clinical practice the family in the patient- centered intensive care unit. Critical Care Nurs 2007; 35: 605-22.

8. Siahkali S, Pourmemari M, Khaleghdoost T, Eskandari F, Avazeh A. Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units. *Med Sci* 2009; 18(70):91-101. (Persian)
9. Crump S, Schaffer M, Schulte E. Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimens Crit Care Nurs* 2010; 29(6):297-306 .
10. Gundy R. Comparison of nursing and families perception of family needs in intensive care unit at a tertiary public sector hospital. *Heart & Lung* 2010; 20: 236-44 .
11. Davidson E, Christina B. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012; 40 (2):618-24.
12. Park B, Kim SY, Shin J-Y, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer* 2013;21(10):2799-807.
13. Mahmodian A. Family Knowledge. 1th ed. Tehran: Semat Publication; 2010. P.113-5. (Persian)
14. Sullivan DR, Liu X, Corwin DS, Verceles AC, McCurdy MT, Pate DA, et al. Learned helplessness among families and surrogate decision-makers of patients admitted to medical, surgical, and trauma ICUs. *Chest* 2012;142(6):1440-6.
15. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pak J Psychology Res* 2008; 23 (1-2): 19-28.
16. Coates E. Education for patients and client. 1th ed. Rout ledge Co; 1999. P.10-12.
17. Yolanda M. Improving Communication with Patients and Families in the Intensive Care Unit. *J Hospice Palliative Nurs* 2014;16(2):93-8.
18. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Clin Nurs* 2005; 14: 501-9.
19. Bastani F, Haidarnia A, Vafaie M, Kazem-nejad A, Kashanian M. The effect of relaxation training based on self- efficacy theory on mental health of pregnant women. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12(2):109-16 .
20. Rabie Siahkali S, Pourmemari M, Khaleghdoost T, Eskandari F, Avazeh A . Study on Effective Factors on Patients' Family Members Anxiety in Intensive Care Units. *Zanjan Med Sci J* 2009; 18(70):91-101.
21. Muldoon M, Cheng D, Vish N, Dejong S, Adams J. Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety. *AORN J* 2011; 94(3): 246-53.
22. Brahami F. affects of programmed education on stress of family careers with a relative in an intensive care unit of Isfahan University of medical science hospitals. *Med Sci J* 2009;4(3). (Persian)
23. Chine W .Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 39-50.
24. Micheli A, Curran S, Connor L. The Evolution of a Surgical Liaison Program in a Children's Hospital. *AORN* 2010; 92:158-68.
25. Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. [The needs of the critical patients' relatives in the emergency department and how they are met]. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009;15(5):473-81.
26. Trecartin K, Carroll DL. Nursing interventions for family members waiting during cardiac procedures. *Clin Nurs Res* 2011; 20: 263-75.
27. Falk A-C, von Wendt L, Klang B. Informational needs in families after their child's mild head injury. *Patient Educ Couns* 2008;70(2):251-5.
28. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice. 4th ed. Mosby/Elsevier;2013.
29. Abedi H, Khademi M, Daryabeigi R, Alimohammadi N. Educational needs of hospitalized elderly patients' caregivers. *Iran J Med Educ* 2006; 6(1): 65-73. (Persian)

30. Nicholas D, Dinah G, Teresa A. The relationship between continuing professional education and commitment to nursing. *Nurse Educ Today* 2009; 29(7):740-5 .
31. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol* 2011;35(1):20-8.
32. Bobinac A. Health Effects in Significant Others: Separating Family and Care-Giving Effects. *Sage J* 2011; 31 (2):292-8.

THE EFFECT OF NEEDS - BASED TRAINING ON THE LEVEL OF THE ANXIETY OF FAMILIES OF PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Rezvan Asgarpour¹, Masoumeh Hemmati maslakpak², Vahid Alinegad³

Received: 2 Jul, 2016; Accepted: 10 Sep, 2016

Abstract

Background & Aims: Cardiac surgery and its side effects can have a serious effect on the patient and his family. Mental health problems can increase anxiety in the patient's family, and so it can aggravate the effective care of the patients. The use of a need-based training program on educational needs and priorities based on beliefs and culture of the patients' family seems logical. Therefore, this study aimed to investigate the effect of need-based training program on the anxiety of the families of the patients undergoing coronary artery bypass graft surgery.

Materials and Methods: In this semi experimental study, 60 family members who had a patient having heart bypass were selected, and they were randomly assigned into the two groups of control (n = 30) and intervention (n= 30). In the intervention group, need-based training program was delivered to the caregivers of the patients who underwent an open-heart surgery. The program included face-to-face training in three half-hour sessions, and distributing booklets among them. The Spielberger anxiety questionnaire was used to collect the data. Independent and paired t-test was applied to compare the mean scores of the anxiety level.

Results: Before the intervention, the anxiety score in the control group was $43/23 \pm 12/473$, while it was $46/03 \pm 11/275$ in the intervention group, which was not significant statistically ($p = 0/365$). After the intervention, the anxiety scores were $40/3 \pm 12/374$ and $31/79 \pm 6/16$ in the control and intervention groups, respectively. The difference was significant statistically ($p = 0/002$).

Conclusion: The results showed that needs-based training is effective in reducing anxiety in the families, therefore; identification and assessment of psychological, social and educational needs of the patients' families should absolutely be considered in planning family education.

Key words: Training on demand, anxiety, family, cardiac surgery, critical care

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km Seru Road, Urmia

Tel: (+98) 4432754962

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ MA student, University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor of Nursing, Maternal and Child Obesity Research Center, Uremia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Coach Biostatistics, Uremia University of Medical Sciences, Urmia, Iran