

مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر برنامه حمایت پرستاری بر افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران در طول عمل جراحی بای پس عروق کرونر

معصومه ذاکری مقدم^۱، دانشجوی دکتری پرستاریشهرزاد غیاثوندیان^۲، دکتری آموزش پرستاری* پگاه سلحشور^۳، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژهانوشیروان کاظم نژاد^۴، دکتری آمار

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر برنامه حمایتی پرستاری بر افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران در طول عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد.

زمینه. خانواده بیماران در طول عمل جراحی بای پس عروق کرونر سطح بالایی از اضطراب و استرس را تجربه می کنند. حمایت اطلاعاتی و عاطفی از خانواده بیماران در طول عمل جراحی ممکن است به آنها در کاهش استرس و در نتیجه، فراهم آوردن حمایت بیشتر از فرد بیمار کمک کند.

روش کار. این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی بود که در آن، ۱۰۴ نفر از اعضاء خانواده بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر که شرایط لازم برای ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند و به طور مساوی (هر گروه، ۵۲ نفر) در یکی از گروه های آزمون یا کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون در طول عمل، برنامه حمایت پرستاری شامل حمایت اطلاعاتی و عاطفی را دریافت کرد و برای گروه کنترل، تنها اقدامات معمول انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس تعدیل شده افسردگی، اضطراب و استرس DASS استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون های کای دو و تی و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد.

یافته ها. بر اساس یافته های پژوهش، بین دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و نمره حاصل از تکمیل پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS، قبل از مداخله، اختلاف آماری معناداری وجود نداشت، اما پس از اجرای مداخله و در پایان عمل، میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل به شکل معناداری کاهش یافت ($P < 0.001$).

نتیجه گیری. بر اساس یافته ها، برنامه حمایت پرستاری سبب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران در طول عمل جراحی قلب شده است، لذا می توان از این برنامه به عنوان روشی موثر جهت حمایت از خانواده بیماران در طول جراحی استفاده نمود.

کلید واژه ها: عمل جراحی، خانواده بیمار، انتظار، افسردگی، اضطراب، استرس

۱ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ استادیار، عضو هیئت علمی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک:

pegah_salahshoor@yahoo.com

۴ استاد، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

تجربه جراحی قلب و دوره پس از آن، واقعه ای مهم برای بیمار و اعضای خانواده او محسوب می شود (گوپس و دانتاس، ۲۰۰۴). اگرچه جراحی قلب باز روش مداخله ای موفق در مراقبت و درمان بیماری قلبی است، اما بستری شدن در بیمارستان، تجربه ای تنش زا و تهدید کننده زندگی همراه با ترس و اضطراب می باشد (شافعی پور و همکاران، ۲۰۱۲) که منجر به ایجاد مشکلات فیزیکی و روانی، نه تنها برای بیمار، بلکه برای اعضای خانواده او می شود. تجربه سطح بالای استرس سلامت فرد و یکپارچگی خانواده را تهدید می کند و به صورت بالقوه بر روابط اعضای خانواده تاثیر می گذارد (کاپیرس، ۲۰۱۱). بدون در نظر گرفتن مدت و نوع جراحی، انتظار کشیدن غالباً با احساس اضطراب و عدم اطمینان توأم است (تریم و سنفورد، ۲۰۱۰). برای خانواده بیمار، انتظار در طول مدت جراحی تجربه اضطراب آوری است و اغلب خانواده ها به علت مدت زمان انتظار غیرقابل پیش بینی دچار نگرانی می شوند و احساس تنهایی، اضطراب، ترس و آشفتگی می کنند. اگر سطح اضطراب اعضای خانواده بالا باشد، قادر به پرسیدن سوالات مناسب و استفاده موثر از اطلاعات نخواهند بود، زیرا وضعیت روانی آنها شرایط را برای تفکر منطقی و روشن مختل می کند، بالعکس خانواده ای که استرس کمتری را تجربه می کند می تواند حمایت بیشتری را برای بیمار فراهم کند (مولدون و همکاران، ۲۰۱۱).

امروزه توجه به خانواده بیمار از ارکان مهم مراقبت از بیمار است، زیرا خانواده در اکثر مواقع مسئولیت حمایت از بیمار را بر عهده دارد و در تسریع و ارتقاء بهبودی بیمار نقش مهمی دارد. خانواده یک سیستم یکپارچه است و بیماری یکی از اعضای خانواده، می تواند کل سیستم را تهدید کند و نتیجه آن ترس، احساس ضعف و از دست دادن امید و خستگی فیزیکی و روانی اعضای خانواده می باشد. به همین سبب، هر اقدام که اثر این فشار را کاهش دهد می تواند برای خانواده سودمند باشد (بللو و گروگیانی، ۲۰۰۷). افزایش دانش درباره درک افراد از انتظار کشیدن در اتاق انتظار در شرایطی که شخص مورد علاقه شان دور از آنها در وضعیت بحرانی به سر می برد، کمک می کند که سیستم های مراقبت بهداشتی مناسب ایجاد شود (بورنس و میتکل، ۲۰۰۲).

در مطالعات مختلف، نیاز به اطلاعات، حمایت و امید به عنوان نیازهای اساسی اعضای خانواده گزارش شده است (تریم و سنفورد، ۲۰۱۰). بل لو (۲۰۰۵) این نیازها را به سه گروه نیاز به دانستن، نیاز عاطفی و نیاز شخصی تقسیم بندی می کند. بسیاری از خانواده ها از فراهم نبودن مراقبت موثر برای بیمار خود نگران هستند و نیازمند اطلاعاتی مربوط به موقعیت و شرایط بیمار، درمان و برنامه مراقبت پرستاری و برنامه مراقبت عمومی که توسط بیمارستان ارائه می شود، می باشند. به همین سبب لازم است اطلاعاتی که توسط مراقبین داده می شود، قابل اعتماد و صادقانه باشد و جهت درک اعضای خانواده به دفعات تکرار شوند. نیاز به صحبت با پرستار مسئول بیمار، آگاه شدن از شرایطی که بیمار در آن بستری است و اطمینان از مراقبت کافی از نیازهای اساسی اعضای خانواده می باشد. از نیازهای عاطفی خانواده ها می توان نیاز به بیان احساسات خود، امید برای بهبودی بیمار، توجه پرستاران به بیمار و خانواده بیمار و سهیم بودن خانواده در امر مراقبت از بیمار اشاره نمود. همچنین، از نیازهای شخصی که مربوط به امکانات موجود در بیمارستان است می توان به محلی جهت تهیه مواد غذایی، اقامت و رسیدگی به اتاق انتظار نام برد (بللو و گروگیانی، ۲۰۰۷). اعضای خانواده نیازمند اطلاعات صادقانه در مورد شرایط بیمار و نتیجه آن هستند. بودن در کنار اعضای خانواده و کمک به حفظ پیوند بین آنها، راهی برای نشان دادن عشق و حمایت از آنان است (مک ایرنان و مک کارتی، ۲۰۱۰). توجه به خانواده بیمار از ارکان مهم مراقبت از بیمار است و خانواده بیماران در طی این دوران سطح بالایی از اضطراب و استرس را تحمل می نمایند. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر برنامه حمایتی پرستاری بر افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران در طول عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی با دو گروه کنترل و آزمون بود که در اتاق انتظار اتاق عمل جراحی قلب مرکز آموزشی تحقیقاتی قلب و عروق شهید رجایی انجام شد. جامعه پژوهش، خانواده بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر بودند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انجام گردید. بدین ترتیب، ۵۲ نفر در هر گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن نقش اصلی حمایت از بیمار، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، عدم سابقه تحصیل در رشته های علوم پزشکی، داشتن توانایی فهم و درک مطالب به زبان فارسی و عدم سابقه بیماری روانی شناخته شده بود. به منظور جلوگیری از

تأثیر مداخله بر گروه کنترل و همگن نمودن دو گروه، انتخاب گروه اول با قرعه کشی انجام و گروه کنترل به عنوان اولین گروه انتخاب گردید. کل فرایند نمونه گیری حدود ۸ هفته (از آبان تا دی ۱۳۹۲) به طول انجامید. که هفته های اول، دوم، و سوم، مربوط به نمونه گیری گروه کنترل و هفته های چهارم تا هشتم، مربوط به نمونه گیری گروه آزمون بود.

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم و تهیه معرفی نامه، در محیط پژوهش حضور یافت و ضمن معرفی خود و ارائه توضیحات در مورد هدف پژوهش به خانواده بیماران، از افرادی که معیار ورود به مطالعه را دارا بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، رضایت نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش اخذ کرد. مداخله شامل برنامه حمایتی خانواده بیمار، توسط پرستار پژوهشگر بود که از ابتدای ورود بیمار به اتاق عمل شروع و تا پایان عمل ادامه داشت. این برنامه شامل سه بخش بود. بخش اول مربوط به حمایت اطلاعاتی، شامل صحبت با خانواده بیمار و دادن اطلاعات در مورد روند و زمان تقریبی عمل جراحی، پاسخ به سوالات ضمن حفظ حریم خصوصی خانواده و گزارش هر نیم ساعت شرایط بیمار بود، که این اطلاعات با کسب اجازه از پزشک معالج بیمار، از پرستار سیرکولار اتاق عمل یا سرپرستار بخش به دست می آمد. در بخش حمایت عاطفی، اقدامات شامل دادن فرصت کافی به عضو خانواده جهت صحبت در مورد نگرانی ها و ترس ها و بیان احساسات خود، اطمینان دادن در مورد ارائه مراقبت کافی در اتاق عمل، امید دادن و گوش دادن به صحبت های آنها بود. در بخش حمایت شخصی، محیطی خصوصی برای گفتگو و نوشیدنی جهت ایجاد محیط صمیمی با خانواده فراهم شد. گروه کنترل، اقدامات معمول همانند اطلاع به خانواده بیمار در صورت بروز شرایط خاص را دریافت می کردند، به این معنی که برای آنها برنامه حمایت پرستاری انجام نشد.

ابزار گردآوری داده ها برگه ثبت مشخصات دموگرافیک و بیماری بیمار، مشخصات دموگرافیک خانواده بیمار، و مقیاس تعدیل شده افسردگی، اضطراب و استرس DASS بود. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه مرتبط با علائم و عواطف منفی است که بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم، کاملاً موافقم) درجه بندی شده است و به هر یک از عبارات، به ترتیب، امتیاز صفر تا سه داده می شود. اعتبار و پایایی مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس DASS توسط سامانی و جوکار در سال ۱۳۸۶ مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش آنها، ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس افسردگی، ۸۳ درصد؛ اضطراب، ۷۵ درصد؛ و استرس، ۸۷ درصد گزارش شد که نشان دهنده روایی و پایایی بالای این پرسشنامه است. در هر دو گروه کنترل و آزمون پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بیماری و پرسشنامه مربوط به افسردگی، اضطراب و استرس در ابتدای ورود بیمار به اتاق عمل و سپس، دوباره، پرسشنامه مربوط به افسردگی، اضطراب و استرس در پایان عمل، توسط عضو خانواده بیمار تکمیل گردید. تحلیل داده ها در برنامه SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. برای توصیف نمونه ها و گروه ها از آمار توصیفی و مقادیر توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. جهت آزمون فرضیه ها، آمار استنباطی در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد استفاده قرار گرفت. متغیرهای وابسته مورد بررسی در این پژوهش افسردگی، اضطراب و استرس بودند، که جهت مقایسه آنها بین دو گروه کنترل و آزمون از آزمون تی و کای دو استفاده شد.

یافته ها

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین سن کل افراد شرکت کننده در مطالعه ۳۹/۵۷ سال بود. بیشترین درصد نمونه ها زن (۵۳/۸۵ درصد)، متأهل (۶۵/۴ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم (۴۶/۱۵ درصد)، خانه دار (۳۷/۵ درصد)، و ساکن شهر (۸۵/۶ درصد) بودند. بیشترین درصد نمونه ها (۵۹/۶ درصد) دارای نسبت فرزند با بیمار بودند. جدول شماره ۱ ویژگی های دموگرافیک نمونه ها را به تفکیک گروه آزمون و کنترل نشان می دهد.

قبل از مداخله، بیشتر واحدهای مورد پژوهش سطح افسردگی شدید داشتند و شرکت کنندگان هیچ یک از دو گروه در سطح افسردگی طبیعی یا خفیف قرار نداشتند. اختلاف معنادار آماری بین میانگین نمره افسردگی دو گروه، قبل از مداخله وجود نداشت (گروه آزمون، ۱۱/۴۶ و گروه کنترل، ۱۱/۴۸؛ $P=0/962$). در پایان عمل جراحی، درصد افراد دارای سطح افسردگی شدید در هر دو گروه کاهش یافت، اما بیشتر واحدهای مورد مطالعه در گروه آزمون سطح افسردگی خفیف را تجربه کردند. آزمون تی نشان داد دو گروه از نظر میانگین نمره افسردگی تفاوت معنی دار آماری دارند (گروه آزمون، ۶/۷۱ و گروه کنترل، ۸/۶۰؛ $P<0/0001$) (جدول شماره ۲). قبل از مداخله، بیشتر واحدهای مورد پژوهش سطح اضطراب شدید را تجربه می کردند و اختلاف معنادار آماری بین میانگین نمره

اضطراب دو گروه وجود نداشت (گروه آزمون، ۹/۱۷ و گروه کنترل، ۹/۱۲؛ $P=0/۸۶۲$). در پایان عمل جراحی، تعداد افراد دارای سطح اضطراب شدید در هر دو گروه کاهش یافت. اما، آزمون تی نشان داد دو گروه از نظر میانگین نمره اضطراب تفاوت معنی دار آماری دارند (گروه آزمون، ۵/۷۵ و گروه کنترل، ۷/۵۰؛ $P<0/۰۰۰۱$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل

نتیجه آزمون کای دو	گروه کنترل	گروه آزمون	متغیر
P	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۶۹۴			جنس
	(۴۴/۲)۲۳	(۴۸/۱)۲۵	مرد
	(۵۵/۸)۲۹	(۵۱/۹)۲۷	زن
۰/۷۳۰			وضعیت تاهل
	(۲۳/۱)۱۲	(۳۰/۸)۱۶	مجرد
	(۶۷/۳)۳۵	(۶۳/۵)۳۳	متاهل
	(۹/۶)۵	(۵/۷)۳	سایر موارد
۰/۶۹۳			تحصیلات
	(۱۷/۳)۹	(۱۳/۵)۷	زیر دیپلم
	(۴۸/۱)۲۵	(۴۴/۲)۲۳	دیپلم
	(۳۴/۶)۱۸	(۴۲/۳)۲۲	دانشگاهی
۰/۶۹۹			نسبت با بیمار
	(۳۲/۷)۱۷	(۳۴/۶)۱۸	همسر
	(۵۷/۷)۳۰	(۶۱/۵)۳۲	فرزند
	(۹/۶)۵	(۳/۸)۲	سایر موارد
۰/۹۰۴			شغل
	(۱۷/۳)۹	(۲۱/۲)۱۱	کارمند
	(۵/۸)۳	(۳/۸)۲	کارگر
	(۱۱/۵)۶	(۷/۷)۴	بازنشسته
	(۱۷/۳)۹	(۱۵/۴)۸	آزاد
	(۳۸/۵)۲۰	(۳۶/۵)۱۹	خانه دار
	(۹/۶)۵	(۱۵/۴)۸	سایر موارد
۰/۴۰۲			محل سکونت
	(۸۲/۷)۴۳	(۸۸/۵)۴۶	شهر
	(۱۷/۳)۹	(۱۱/۵)۶	روستا

قبل از مداخله، بیشتر واحدهای مورد پژوهش سطح استرس شدید را تجربه کردند و نمونه‌های هیچ یک از دو گروه آزمون و کنترل سطح استرس خفیف یا طبیعی نداشتند. همچنین، اختلاف معنادار آماری بین میانگین نمره استرس دو گروه وجود نداشت (گروه آزمون، ۱۴/۴۴ و گروه کنترل، ۱۴/۸۱؛ $P=0/425$). در پایان عمل جراحی، تعداد افراد دارای سطح استرس شدید در هر دو گروه کاهش یافت، اما، آزمون تی نشان داد دو گروه از نظر میانگین نمره استرس تفاوت معنی دار آماری دارند (گروه آزمون، ۹/۶۲ و گروه کنترل، ۱۱/۷۱؛ $P<0/0001$) (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی افسردگی گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از عمل

افسردگی	قبل از عمل		پس از عمل	
	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
طبیعی (۰-۴)	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
خفیف (۵-۶)	(۰)۰	(۰)۰	(۵۵/۸)۳۹	(۲۳/۱)۱۲
متوسط (۷-۱۰)	(۱۹/۲)۱۰	(۱۹/۲)۱۰	(۳۴/۶)۱۸	(۴۸/۱)۲۵
شدید (۱۱-۱۳)	(۷۳/۱)۳۸	(۷۱/۲)۳۷	(۳/۸)۲	(۲۶/۹)۱۴
بسیار شدید (۱۴ و بیشتر)	(۷/۷)۴	(۹/۶)۵	(۱/۹)۱	(۱/۹)۱
میانگین (انحراف معیار)	(۱/۹۳)۱۱/۴۶	(۲/۱۴)۱۱/۴۸	(۲/۰۴)۶/۷۱	(۲/۳۱)۸/۶۰
نتیجه آزمون تی	$t=0/48, df=102, P=0/962$		$t=4/06, df=102, P=0/000$	

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اضطراب گروه آزمون و کنترل، قبل و بعد از عمل

اضطراب	قبل از عمل		پس از عمل	
	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
طبیعی (۰-۳)	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰
خفیف (۴-۵)	(۰)۰	(۰)۰	(۴۶/۲)۲۴	(۹/۶)۵
متوسط (۶-۷)	(۷/۷)۴	(۵/۸)۳	(۴۶/۲)۲۴	(۴۶/۲)۲۴
شدید (۸-۹)	(۶۹/۲)۳۶	(۷۵)۳۹	(۳/۸)۲	(۲۸/۸)۱۵
بسیار شدید (۱۰ و بیشتر)	(۲۳/۱)۱۲	(۱۹/۲)۱۰	(۳/۸)۲	(۱۵/۴)۸
میانگین (انحراف معیار)	(۱/۷۱)۹/۱۷	(۱/۶۷)۹/۱۲	(۱/۴۲)۵/۷۵	(۱/۷۲)۷/۵۰
نتیجه آزمون تی	$t=0/862, df=102, P=0/174$		$t=5/64, df=102, P=0/000$	

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی استرس گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از عمل

استرس	قبل از عمل		پس از عمل	
	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
طبیعی (۰-۷)	(۰)۰	(۰)۰	(۱۱/۵)۶	(۰)۰
خفیف (۸-۹)	(۰)۰	(۰)۰	(۴۶/۲)۲۴	(۱۵/۴)۸
متوسط (۱۰-۱۲)	(۱۳/۵)۷	(۷/۷)۴	(۳۰/۸)۱۶	(۵۷/۷)۳۰
شدید (۱۳-۱۶)	(۶۱/۵)۳۲	(۶۵/۴)۳۴	(۹/۶)۵	(۲۳/۱)۱۲
بسیار شدید (۱۷ و بیشتر)	(۲۵)۱۳	(۲۶/۹)۱۴	(۱/۹)۱	(۳/۸)۲
میانگین (انحراف معیار)	(۲/۳۹)۱۴/۴۴	(۲/۲۵)۱۴/۸۱	(۲/۳۰)۹/۶۲	(۲/۵۲)۱۱/۷۱
نتیجه آزمون تی	$t=۰/۴۲۵$ ، $df=۱۰۲$ ، $P=۰/۰۰۰$	$t=۰/۸۰$ ، $df=۱۰۲$ ، $P=۰/۰۰۰$		

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر برنامه حمایت پرستاری بر افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران در طول عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بیشتر واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه کنترل و آزمون در شروع عمل، افسردگی، اضطراب و استرس شدیدی را تجربه کردند، به طوری که حدود ۷۲ درصد آنها افسردگی و اضطراب شدید و ۶۳/۴۵ درصد، استرس شدید داشتند. تجربه جراحی قلب و دوره پس از آن، واقعه ای مهم برای بیمار و اعضای خانواده است و آنها به علت تهدید شدن زندگی، استرس فراوانی را تجربه می کنند. از سوی دیگر، در مقایسه با برخی جراحی های بزرگ، افرادی که تحت عمل جراحی قلب قرار می گیرند، پس از جراحی در بخش مراقبت ویژه تحت مراقبت قرار می گیرند و این تجربه متفاوت می تواند به عنوان یک منبع تنش زا برای بیمار و خانواده محسوب شود (گوپس و دانتاس، ۲۰۰۴).

پوچارد و همکاران (۲۰۰۵) که مطالعه ای بر روی ۵۴۴ عضو خانواده بیمار در اولین روز بستری در بخش مراقبت های ویژه انجام دادند، دریافتند که دو سوم خانواده ها علائم اضطراب و افسردگی را نشان می دهند، به طوری که ۷۳/۴ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه از علائم اضطراب و ۳۵/۳ درصد از علائم افسردگی رنج می بردند. ایمانی پور و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب، اضطراب زیادی را متحمل می شوند. دوره انتظار حین عمل سبب ایجاد بیشترین اضطراب در اعضاء خانواده می شود (لسکه، ۱۹۹۶) و غالباً انتظار کشیدن با احساس اضطراب و عدم اطمینان توأم است. صرف نظر از مدت و نوع جراحی، این احساس در میان اعضاء خانواده ها بسیار شایع است (تریم و سنفورد، ۲۰۱۰). افراد، انتظار کشیدن را به صورت احساس دلتنگی، دودلی، و تردید که تجربه ای دردناک و ناامیدکننده است توصیف کرده اند. محققان دریافتند خانواده ها در اتاق انتظار بخش مراقبت های ویژه احساس کرخ بودن و عدم کنترل بر شرایط را تجربه می کنند و خانواده ها انتظار دارند که مورد حمایت قرار گیرند و ارائه اطلاعات و آسایش آنها فراهم شود و افراد حرفه ای از آنها منصفانه و با احترام مراقبت کنند (بورنس و میتکل، ۲۰۰۲).

عباس زاده و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه ای کیفی با بررسی تجربه اعضاء خانواده بیماران تحت عمل جراحی از مفهوم حمایت در زمان انتظار دریافتند که از منظر اعضاء خانواده، حمایت عبارت از پشتیبانی روحی و اطلاعاتی از خانواده است و همه آنها بر لزوم حمایت تاکید داشتند. در مطالعه حاضر نیز پس از پایان عمل، بیشتر واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل، در سطح افسردگی متوسط قرار داشتند، اما کاهش افسردگی پس از انجام مداخلات در گروه آزمون سبب شد که بیشتر واحدها افسردگی خفیف را تجربه کنند. با توجه به یافته های حاصل از این مطالعه به نظر می رسد اقداماتی از قبیل حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی در کاهش افسردگی اعضاء خانواده بیمار می تواند موثر واقع شود. لسکه و همکاران (۱۹۹۶) به عنوان نخستین محققین در این زمینه با مطالعه

بر روی خانواده بیماران تحت عمل جراحی چنین نتیجه گیری کردند که خانواده هایی که گزارش اتاق عمل را دریافت نمودند در مقایسه با گروه کنترل اضطراب کمتری را نشان دادند (لسکه، ۱۹۹۶).

دادن اطلاعات در مورد شرایط بیمار و نتایج مورد انتظار، بررسی احساسات خانواده همانند احساس خشم و گناه و مطلع کردن خانواده از آنچه که انجام شده است و علت انجام آن و دادن پیشنهاد به خانواده در مورد مراقبتی که آنها می توانند در حال حاضر در بالین بیمار انجام دهند، اضطراب خانواده را کاهش می دهد (چاین و همکاران، ۲۰۰۶). در مطالعه حاضر نیز ۹۲/۴ درصد افراد گروه آزمون پس از انجام برنامه حمایت پرستاری در سطح اضطراب متوسط و خفیف قرار گرفتند. این در حالی است که در گروه کنترل تنها ۵۵/۸ درصد افراد سطح اضطراب متوسط و خفیف را تجربه نمودند. اما در مطالعه ای که توسط ایمانی پور و همکاران (۲۰۱۳) بر روی خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب انجام شد، مشخص گردید که حمایت اطلاعاتی، شامل تور آشناسازی و ارائه پمفلت آموزشی نتوانسته است اضطراب خانواده را در روز ترخیص بیمار از بخش مراقبت های ویژه کاهش دهد. همچنین، در مطالعه بیلی و همکاران (۲۰۱۰) بین حمایت اطلاعاتی و اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه ارتباط معناداری وجود نداشت که می توان علت تفاوت نتایج پژوهش حاضر با مطالعات ایمانی پور (۲۰۱۳) و بیلی (۲۰۱۰) را به سبب وجود برنامه حمایت عاطفی در کنار برنامه حمایت اطلاعاتی دانست. برقراری ارتباط به موقع با خانواده و همدردی کردن با آنها به شیوه صحیح می تواند در کاهش تنش و ابهامات موثر باشد (زفورترا و همکاران، ۲۰۰۵). ایوارسون (۲۰۱۱) می نویسد خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب حتی در بهترین شرایط که بیمار آنها پس از عمل دچار عوارض نگردد، باز هم استرس را تجربه می کنند، زیرا می دانند که نقش مراقبت از بیمار در منزل بر عهده آنها است و از این بابت دچار اضطراب و استرس می شوند (ایوارسون و همکاران، ۲۰۱۱).

در مطالعه ای که توسط پاشایی و همکاران (۲۰۱۰) بر روی خانواده بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر انجام شد، تنش و استرس ناشی از مواجهه با جنبه های مختلف بیماری، تغییر نقش، و کمبود آگاهی بیشترین مسائلی بودند که خانواده های شرکت کننده در پژوهش تجربه نمودند. این مسائل می تواند بر روابط اجتماعی و فردی خانواده تاثیر سوء بگذارد و به ویژه، اثرات نامناسبی در تصمیم گیری های ضروری آنها در رابطه با بیمار بستری داشته باشد (پاشایی و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعه حاضر، پس از اجرای برنامه حمایت اطلاعاتی و عاطفی ۴۶/۲ درصد افراد در گروه استرس خفیف و ۱۱/۵ درصد افراد در گروه استرس طبیعی قرار گرفتند. این در حالی است که هیچ کدام از افراد شرکت کننده در گروه کنترل، سطح استرس طبیعی را تجربه نکردند و بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۵۷/۷ درصد) در گروه استرس متوسط قرار داشتند.

افزایش دانش در مورد درک افراد از انتظار کشیدن در اتاق انتظار، در شرایطی که شخص مورد علاقه شان دور از آنها در وضعیت بحرانی به سر می برد، کمک می کند که سیستم های مراقبت بهداشتی مناسب ایجاد شود (بورنس و میتکل، ۲۰۰۲) و از آنجا که جراحی قلب به عنوان یک مداخله حیاتی ممکن است در کل نظام خانواده تغییرات و تنش هایی را ایجاد نماید، تدوین یک برنامه مراقبتی و تمرکز بر نیازهای بیمار و خانواده می تواند اضطراب خانواده را کاهش دهد و به جلب رضایت آنها کمک کند (لووی و همکاران، ۲۰۰۱).

نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد خانواده بیماران در طول عمل جراحی بای پس عروق کرونر سطح بالایی از افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می نمایند و اقداماتی از قبیل برنامه حمایت پرستاری متشکل از برنامه حمایت اطلاعاتی و حمایت عاطفی می تواند در کاهش سطح افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران موثر باشد. با توجه به این که اعضاء خانواده بیماران نقش مهمی در حمایت از فرد بیمار بر عهده دارند، لزوم توجه و اهمیت دادن به آنها توسط سیستم مراقبت بهداشتی برجسته تر می گردد، زیرا حمایت از آنان به معنای تدوام مراقبت از فرد بیمار است.

تقدیر و تشکر

محققین بدین وسیله از کلیه کسانی که در اجرای پژوهش همکاری نمودند، به ویژه خانواده بیماران و پرسنل اتاق عمل مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی کمال تشکر و امتنان را دارند.

منابع

- Abbaszadeh, A., Sadeghi, T., and Dehghan nayeri N.(2014). "experience of family members of patient undergo surgery from concept of support in waiting period." Medical Ethics.
- Bailey, J. J., Sabbagh M., Loiselle C., Boileau J. and Mcvey L. (2010). "Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care." Intensive and Critical Care Nursing 26(2): 114-122.
- Bellou, P. and K. Gerogianni (2007). "The contribution of family in the care of patient in the hospital." Health Science Journal 3.
- Bournes, D. A. and G. J. Mitchell (2002). "Waiting: the experience of persons in a critical care waiting room." Research in nursing & health 25(1): 58-67.
- Chien, WT., Chiu, YL., and Lam, LW.,(2006). "Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study." International journal of nursing studies 43(1): 39-50
- Cypress, B. S. (2011). "The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective." Intensive and Critical Care Nursing 27(5): 2
- Gois, C. F. L. and R. A. S. Dantas (2004). "Stressors in care at a thoracic surgery postoperative unit: nursing evaluation." Revista latino-americana de enfermagem 12(1): 22-27.
- Imanipour, M., Hydari z., Seyyed fatemi N. and Hghani H (2013). "Effectiveness of informational support on anxiety among family cares of patients undergone open heart surgery " Journal of Nursing and Midwifery of Tehran University.
- Ivarsson, B., Larsson S., Luhrs C., and Sjoberg T. (2011). "Serious complications in connection with cardiac surgery—Next of kin's views on information and support." Intensive and Critical Care Nursing 27 (6): 331-337.
- Leske, J. S. (1996). "Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety." AORN journal 64 (3): 424-436.
- Levey, R. E., Dieter, R. A., Preston, J. C., Smith, P. M., and Levey, T. L. "Psychological Needs of Coronary Artery Bypass Surgery Patients."
- McKiernan, M. and G. McCarthy (2010). "Family members' lived experience in the intensive care unit: A phemenological study." Intensive and Critical Care Nursing 26(5): 254-261.
- Muldoon, M., Cheng D., Vish N., Sandra D., and Adams J. (2011). "Implementation of an Informational Card to Reduce Family Members' Anxiety." AORN 94(3): 246-253.
- Pashaie, F., Taleghani, F., Tavvakol, KH., and Rezaii, A. (2010). "Family experiences from caregiving of patient with coronary artery bypass graft surgery: a qualitative study." IRANIAN JOURNAL OF NURSING RESEARCH
- Pochard, F., Darmon, M., Fassier, T., Bollaert, PE., Cheval C., Coloigner, M., Merouani, A., Moulront, S., Pigne, E., Pingat, J., Zahar, JR., Schlemmer, B., and Azoulay E. (2005). "Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study." Journal of critical care 20(1): 90-96.
- Samani S, Jokar B, 2007. Considering validity and reliability of short form of depression, anxiety and stress. Social and Humanistic Sciences Journal of Shiraz University, 263
- Shafipour, V., Mohammadi E and Ahmadi F.(2013). "Experience of open heart surgery patients from admission to discharge: a qualitative study." Iranian Journal of Critical Care Nursing 6(1): 1-10.
- Trimm, D. R. and J. T. Sanford (2010). "The Process of Family Waiting During Surgery." Journal of Family Nursing 16(4): 435-461.280-73
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Pedro, J. E., Sanchez-Cuenca, P., and Lastra, P., (2005). "The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension." International journal of nursing studies 42(2): 135-145.

Original Article

The effect of supportive nursing program on depression, anxiety and stress of family members of patients during coronary artery bypass graft (CABG) surgery

Masoumeh Zakerimoghadam¹, Ph.D Candidate

Shahrzad Ghiasvandian², Ph.D

*Pegah Salahshoor³, MSc

Anooshirvan kazemnezhad⁴, Ph.D

Abstract

Aim. This study was conducted to examine the effect of supportive nursing program on depression, anxiety and stress of family members of patients during coronary artery bypass graft surgery.

Background. patient's family members experience high levels of depression, anxiety and stress during coronary artery bypass graft surgery. Informational and emotional support of family members during surgery may have significant effect on reducing their psychological distress and enabling them to better support of the patient.

Method. This semi-experimental study was conducted on 104 relatives of patients. They were recruited in the study with regard to the inclusion criteria and assigned to either experimental (n=52) or control (n=52) group. The experimental group received supportive nursing program including informational and emotional support. The control group only received routine interventions. Data were collected by demographic form and modified Depression Anxiety and Stress Scale (DASS). The data were analyzed by Chi-square and T-test using SPSS software, version 21.

Findings. There were no statistically significant differences between control and intervention group regarding the mean scores of depression, anxiety and stress before surgery. After intervention (at the end of surgery) experimental group reported significantly lower levels of depression, anxiety and stress ($P < 0.0001$).

Conclusion. According to the finding, supportive nursing program could reduce depression, anxiety and stress of family members of patients during coronary artery bypass graft surgery; so, we suggest this program as an effective intervention to support family members during coronary artery bypass graft surgery.

Keywords: Surgery, Family member, Waiting, Depression, Anxiety, Stress

1 Ph.D candidate in Nursing Education, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Assistant professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Master of Science in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: pegah_salahshoor@yahoo.com

4 Professor of Statistics, Faculty of Management and Medical Information, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran