Review

The psychosocial needs of the families of the patients admitted to intensive care units: A review of literature

Seyed Afshin Shorofi[1], Yadollah Jannati[2], Hossein Roohi Moghaddam[3*]

1. Traditional and Complementary Medicine Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
3. School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

* .Corresponding Author: E-mail: h.rohi1980@gmail.com

(Received 3 October 2014; Accepted 21 January 2015)

Abstract

Since families are responsible for supporting their patients in most cases, paying attention to them is considered as a significant element in the treatment process. Families who are not able to adapt to the hospitalization of their beloved patients in the intensive care units may suffer an emotional crisis. That is, they may show some reactions such as shock, anger, frustration, anxiety, and depression, particularly within 72 hours after the hospitalization. Even in some cases, they may experience more stress than the patients.

A review of the related studies shows that the most important needs of the families include being assured that the patient is receiving appropriate treatment and sufficient care, and being informed of the patient's status, proper prognosis about the treatment process, and the possible consequences. Moreover, the least significant need of the families has been reprted to be their physical comfort. It can be concluded that family-centered care increases the satisfaction of the treatment process and decreases the psychological problems in the families. Therefore, each of the treatment team members in intensive care unit (ICU) should support the family members in dealing with the stressful situations. Evaluating the family needs and performing some essential interventions to fulfill their needs will be effective in declining their anxiety level during the crisis.

Keywords: CCFNI, family support, holistic care, intensive care units, psychosocial needs.

J Clin Exc 2014; 3(1): 46-57 (Persian).

مجله تعالی بالینی
آموزشی- پژوهشی
دوره سوم شماره ۱ (۵۷-۴۶)

نیازهای روانی – اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه (ICU): مروری بر متون

سید افشین شروفی[۱]، یدالله جنتی[۲]، حسین روحی مقدم[۳*]

چکیده

توجه به خانواده یکی از ارکان مهم مراقبت از بیمار است، زیرا خانواده در اکثر مواقع مسئولیت حمایت از بیمار را برعهده دارد. خانواده هایی که قادر به سازگاری با مسأله بستری شدن یکی از عزیزانشان در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) نیستند ممکن است دچار بحران عاطفی شده و واکنش‌های شوک، خشم، ناامیدی، اضطراب و افسردگی را به ویژه در ۷۲ ساعت اول بستری از خود نشان دهند. حتی در بعضی از مواقع آنها استرس‌های بیشتری نسبت به بیماران تجربه می کنند.

مروری بر مطالعات مرتبط نشان می دهد مهمترین نیاز خانواده‌ها، اطمینان از انجام مراقبت کافی از بیمار و کسب اطلاعات در مورد بیمار، پیش‌آگهی و روند درمان می‌باشد. همچنین نیاز به راحتی از سوی خانواده‌ها به عنوان کم‌اهمیت ترین نیاز عنوان شده است. مراقبت های خانواده‌محور موجب افزایش رضایتمندی از مراقبت ارائه شده توسط تیم درمان و کاهش بروز علایم روانی در خانواده‌ها می گردد. در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU)، هر یک از افراد تیم مراقبت بهداشتی بایستی اعضاء خانواده بیمار را در مواجهه و تطابق با وضعیت استرس‌زا حمایت نماید. ارزیابی نیازهای خانواده و انجام مداخلات ضروری جهت تأمین این نیازها در زمان بروز بحران در کاهش اضطراب اعضاء خانواده بیمار مؤثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سنجش نیازهای خانواده بیمار، حمایت خانواده، مراقبت کلی‌نگر، بخش مراقبت های ویژه، نیازهای روانی-اجتماعی

مقدمه

خانواده مهمترین نهاد اجتماعی و در واقع بنیادی‌ترین نهاد اجتماع است که بیشترین تأثیر را بر اعضاء خود دارد. اعضاء یک خانواده به طور مستقیم تحت‌تأثیر مجموعه خانواده قرار می گیرند و تعهد خاصی نسبت به یکدیگر دارند(۱). خانواده به عنوان اولین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی دارای نقش، فرهنگ و ساختار ویژه‌ای است که بنیانگذار سلامت جسمی، فرهنگی، معنوی، روانی-اجتماعی اعضاء خود می باشد(۲). با وجود این، برخی از عوامل می توانند به صورت ناگهانی سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار داده و ساختار آن را دستخوش تغییر نمایند(۳).

۱. فوق دکترای سلامت سالمندی، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دکترای پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
*نویسنده مسئول: مازندران، ساری، خیابان وصال شیرازی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری E-mail: h.rohi1980@gmail.com
تاریخ دریافت:۱۳۹۳/۷/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات:۱۳۹۳/۱۰/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱

بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU)[1] با عوامل استرس‌زایی همراه است که غالباً به عنوان دوران بحران برای بیماران و خانواده‌ها از آن یاد می شود. خانواده ها باید با این واقعیت سخت روبرو شوند که با محیط جدید، پیامدهای ناشناخته و یا حتی مرگ بیمار مواجه خواهند شد(۴).

بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) یکی از پراسترس‌ترین مکان ها در بیمارستان محسوب می گردد؛ نه تنها برای بیماران، بلکه نزدیکترین اعضاء خانواده بیمار نیز ممکن است بحران عاطفی را تجربه کنند(۵). از آنجایی که بیماری های وخیم و بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه اغلب بدون هشدار قبلی رخ می دهند(۷،۶)، برخی از خانواده‌ها که قادر به سازگاری با شرایط پیش آمده نیستند ممکن است دچار آسیب روحی و بحران عاطفی شوند(۸). به عبارت دیگر، تشخیص بیماری و بستری شدن فردی که نقش مهمی در خانواده ایفا می کند در تمامیت ساختار خانواده می تواند اختلال ایجاد کند. در این مدت ممکن است اعضاء خانواده تغییر در نقش را تجربه کرده و احساس ترس و ناامنی کنند(۹)، زیرا آنها از آمادگی روانی کافی جهت رویارویی با موضوع پذیرش عضوی از اعضاء خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه برخوردار نیستند(۱۰). ترس از مرگ، تردید نسبت به پیش‌آگهی و درمان، تضادهای عاطفی، نگرانی درباره شرایط اقتصادی، تغییر در نقش‌ها و اختلال در امور روزمره می تواند واکنش‌های شوک، خشم، ناامیدی، اضطراب و افسردگی را به‌ویژه در ۷۲ ساعت اول بستری از سوی اعضاء خانواده در پی داشته باشد(۱۲،۱۱،۶). در بعضی از موارد اعضاء خانواده حتی استرس بیشتری نسبت به بیماران تجربه می کنند که در موقعیت‌های استرس‌زایی که خاص بخش‌های مراقبت ویژه(ICU) هستند افزایش می یابد(۱۳،۶). برخی اعتقاد دارند که خانواده‌ها رنج و سختی بیشتری نسبت به بیمارشان تجربه می‌نمایند زیرا بیمار ممکن است از موقعیت و شرایط عاطفی خود به علت وضعیت خاص درمانی آگاه نباشد(۸). این شرایط استرس‌زا شامل؛ تجهیزات فنی و پزشکی پیشرفته، مانیتورینگ دائم بیماران و آلارم دستگاه‌ها می باشد به طوری که هر یک از اعضاء خانواده بیمار تحت‌تأثیر تجربه مراقبت ویژه قرار می‌گیرند(۱۳). این مسأله ممکن است بر بهبودی بیمار نیز تأثیر گذاشته و در بسیاری از مواقع آن را به تأخیر انداخته و خانواده بیمار را نیز در معرض بروز ناراحتی‌های روانی، عاطفی و جسمی قرار دهد(۱۴).

تقریباً سه چهارم از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) قادر به مشارکت در تصمیمات درمانی خود نیستند، بنابراین پزشکان و پرستاران باید برای تصمیم‌گیری در مورد انجام روش‌های درمانی به اعضاء خانواده آنها تکیه کنند(۱۵) که این خود به سنگینی فشار تحمیل شده بر اعضاء خانواده و نیازهای عاطفی آنها می افزاید(۱۶). لذا اعضاء خانواده ممکن است قادر به شناسایی دقیق نیازهای خود در طی مراحل اولیه بروز بحران نباشند(۱۷). سلامتی و رفاه هریک از اعضاء خانواده به تأمین نیازهای آنان بستگی دارد و با اقدامات انجام شده توسط تیم مراقبت بهداشتی تحت‌تأثیر قرار می گیرد(۱۸). پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل تعامل ۲۴ ساعته و ارتباط نزدیک با بیماران از موقعیت ایده‌آلی جهت تأمین نیازهای خانواده بیمار و کمک به آنها در رویارویی با شرایط پراسترس و بحرانی برخوردار هستند(۲۰،۱۹). با این وجود، پرستاران به علت تمرکز و توجه به مراقبت از بیمار سهواً احساسات و نیازهای خانواده را نادیده می گیرند و آنها را به لحاظ اهمیت در مرتبه بعد از مراقبت از بیمار قرار می دهند(۲۲،۲۱). پرستاران معمولاً مشغول مراقبت از بیماران و تأمین نیازهای آنان هستند و ممکن است احساس ترس، نگرانی و رنجی را که اعضاء خانواده‌ها متحمل می شوند نادیده بگیرند. بنابراین، پرستاران و پزشکان نیز ممکن است نتوانند به طور صحیح نیازهای اعضاء خانواده را شناسایی کنند(۱۷).

هر یک از اعضاء تیم مراقبت بهداشتی بایستی اعضاء خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU)

[1]- Intensive Care Unit

را در مواجهه و تطابق با وضعیت استرس‌زا حمایت نماید(۶). 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 بیمار را کاهش داده و توجه خانواده را به مراقبت از بیمار معطوف می‌کند(۱۹،۸). به‌واقع، در چنین شرایطی هم اعضاء خانواده به حمایت فیزیکی و عاطفی پرستاران نیازمند هستند و هم پرستاران هرگز نمی‌توانند خود را مسئول حمایت از اعضاء خانواده در نظر نگیرند(۲۳). ارائه حمایت عاطفی و روانی یکی از نقش‌ها و وظایف سنتی پرستاران محسوب می گردد و در پرستاری جامع‌نگر[2]، حمایت روانی به عنوان پیش‌نیاز شفا قلمداد می‌شود(۲۴).

مواد و روش‌ها

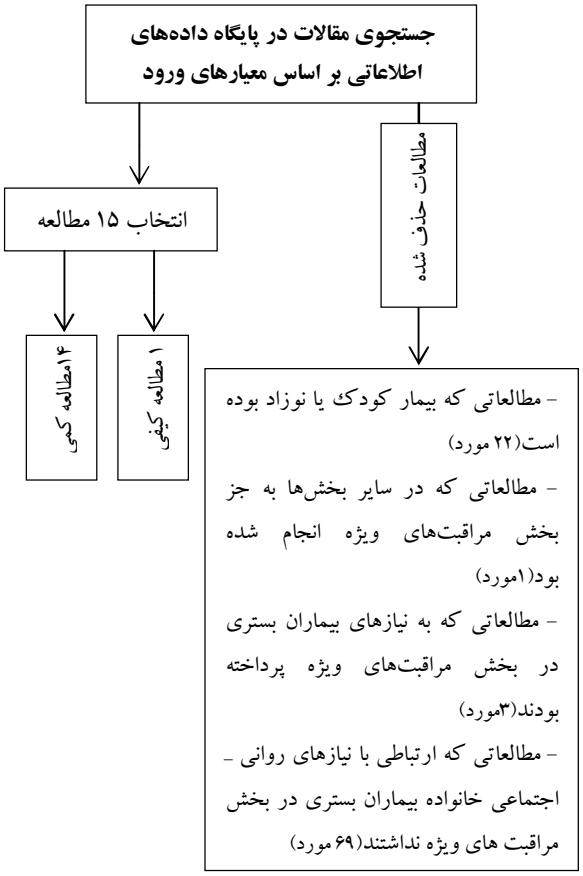
در این مطالعه با کلید واژه‌های CCFNI, Family Support, Holistic Care, Intensive Care Units, Psychosocial Needs در پایگاه داده‌های اطلاعاتی SID، IranMedex، Magiran، مقالات فارسی زبان و در پایگاه داده‌های علمی Science Direct، PubMed و Google Scholar، مقالات انگلیسی زبان بین سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۰۰ جستجو و مورد بررسی قرار گرفت. فرآیند انتخاب مقاله(جدول۱) براساس پروتکل زیر انجام شد:

۱. بررسی ارتباط موضوعی عناوین یافت شده با اهداف مطالعه
۲. بررسی ارتباط چکیده با اهداف مطالعه
۳. بررسی متن کامل مقاله(در صورت دسترسی به آن) و ارتباط آن با اهداف مطالعه.

پس از انجام مراحل فوق، مقالاتی که واجد معیارهای زیر بودند وارد مطالعه شدند:

۱. بررسی نیازهای اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU)
۲. اعضاء خانواده شرکت کننده در مطالعه حداقل ۱۸ سال سن داشته باشند.

از مجموع ۹۵ مقاله یافت شده در پایگاه داده‌های اطلاعاتی، تنها ۱۵ مقاله از معیارهای ورود به مطالعه برخوردار بودند(دیاگرام۱).



دیاگرام۱. روند انتخاب مطالعات

یافته‌ها و بحث

تحقیق در مورد نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) به بیش از سه دهه گذشته برمی گردد. مولتر[3] برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ فهرستی از نیازهای خانواده را ارائه و ۷ سال بعد با همکاری وی اولین پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(CCFNI)[4] توسط لسک[5] طراحی شد. این پرسشنامه در برگیرنده ۴۵

[2]- Holistic care

[3]- Molter
[4]-Critical Care Family Needs Inventory
[5]- Leske

مورد از نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) می باشد که در پنج بُعد اطمینان[6]، اطلاعات[7]، آسایش[8]، مجاورت[9] و حمایت[10] طبقه بندی شده است. بُعد حمایت شامل ۱۵ آیتم است که به نیاز خانواده‌ها برای ساختارهای حمایتی در طول بیماری عضوی از خانواده می پردازد. بُعد آسایش در برگیرنده ۶ آیتم است که به راحتی شخصی خانواده‌ها می پردازد و شامل دسترسی به اتاق انتظار، تلفن، توالت و در دسترس بودن غذای خوب، نیاز خانواده به آسایش و تسکین غم و اندوه است. بُعد اطلاعات از ۸ آیتم تشکیل شده است که به نیاز خانواده برای کسب اطلاعات در مورد مراقبت از بیمار و تماس با پرسنل می‌پردازد.

بُعد اطلاعات نشاندهنده نیاز خانواده برای کسب اطلاعات واقعی در مورد بیمار بدحال خود می‌باشد(۱۴). بُعد مجاورت ۹ آیتم را در مورد ملاقات مکرر، دریافت اطلاعات منظم، ارائه اطلاعات به همراهان بیمار در مورد تغییر شرایط بیمار به صورت تلفنی و برنامه انتقال به سایر بخش‌ها را بیان می کند که نشان‌دهنده نیاز خانواده برای تماس شخصی و باقیماندن در کنار بیمار بدحال از نظر فیزیکی و عاطفی می‌باشد. بُعد اطمینان شامل ۷ آیتم در رابطه با صداقت، رازداری و امید است که نشان‌دهنده نیاز خانواده برای یک نتیجه مطلوب است(۱۴).

بندری و همکاران(۱۳۹۱) در مطالعه‌ای به اعتبار سنجی پرسشنامه CCFNI پرداختند. در این مطالعه ۱۵۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و ۱۵۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش عمومی شرکت داشتند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲۶ بود(۲۳).

اکثر مطالعات انجام شده مهمترین نیازهای روانی-اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را در رده اطمینان و اطلاعات گزارش کرده اند(۲۶،۲۵،۲۱،۷،۶). اباذری و عباس‌زاده در مطالعه‌ای نیازهای روانی-اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش‌های ICU وCCU[11] را از دیدگاه خانواده بیماران و پرستاران مورد مقایسه قرار دادند. یافته‌ها نشان داد علیرغم این که خانواده بیماران و پرستاران نیازهای خانواده را مهم ارزیابی نمودند، این نیازها از دید خانواده بیماران از اهمیت بیشتری برخوردار بودند. نتایج این مطالعه نشان داد اطمینان از انجام مراقبت کافی از بیمار مهمترین نیاز روانی-اجتماعی از دیدگاه خانواده‌ها بود(۱). مکسول و همکاران[12](۲۰۰۷) نیز در یک مطالعه توصیفی نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) را از دیدگاه پرستاران و خانواده بیماران مورد مقایسه قرار دادند. تعداد نمونه‌ها ۳۰ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و ۲۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بود که با استفاده از پرسشنامه CCFNI مورد مقایسه قرار گرفتند. براساس نتایج این مطالعه، نیازهای مربوط به ابعاد اطمینان و اطلاعات بالاترین رده نیازها را از نظر پرستاران و خانواده‌ها به خود اختصاص دادند(۱۵). این مسأله می‌تواند به این دلیل باشد که در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) عموماً ملاقات کمتری صورت می گیرد(۱) و با توجه به شرایط نامطلوب بیماران که قادر به مراقبت از خود نمی باشند اطمینان از مراقبت کافی از بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) موجب تقویت اعتماد و اطمینان خانواده ها به تیم درمانی شده و نگرانی آنها را اندکی تقلیل می‌دهد.

لی و لائو[13](۲۰۰۳) در مطالعه‌ای توصیفی نیازهای ضروری ۴۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران بستری در

[6]- Assurance
[7]- Information
[8]- Comfort
[9]- Proximity
[10]- Support

[11]- Cardiac Care Unit
[12]- Maxwell et al.
[13]- Lee & Lau

بخش مراقبت‌های ویژه را با استفاده از پرسشنامه CCFNI مورد بررسی قرار دادند. براساس نتایج این مطالعه، خانواده‌ها تمامی نیازهای رده اطمینان را جزء نیازهای مهم گزارش کردند(۲۷). همچنین اُبرینگر[14] و همکاران(۲۰۱۲) در مطالعه‌ای توصیفی به بررسی نیازهای ۵۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه با استفاده از پرسشنامه CCFNI پرداختند. بر پایه نتایج این مطالعه نیازهای رده اطمینان بالاترین اولویت را از نظر خانواده‌ها دارا بودند(۲۵).

در مطالعه رینولد و پراکینکیت[15](۲۰۰۸) نیاز به اطمینان به عنوان مهمترین بُعد و نیاز به مجاورت نیز به عنوان دومین بُعد مهم نیازهای روانی-اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از طرف خانواده ها گزارش شد(۲۸). نیاز مجاورت با بیمار به این دلیل می تواند مهم باشد که پذیرش بیمار در بخش مراقبت های ویژه همواره با محدودیت ملاقات از سوی خانواده و بستگان بیمار همراه است. در حال حاضر، در بسیاری از بیمارستان‌های آموزشی ایران محدودیت ملاقات با بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه اعمال می گردد که از جمله علل آن وجود این باور است که حضور اعضاء خانواده بر بالین بیمار بر خطر عفونت وی می‌افزاید و موجب وقفه در استراحت بیمار می شود(۲۹). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد مقررات سختگیرانه موجود در زمینه ملاقات با بیمار نیازمند اصلاح می‌باشند زیرا وجود چنین مقرراتی می تواند برای بیمار، اعضاء خانواده و پویایی خانواده مضر باشد(۳۰).

کولن و همکاران[16](۲۰۰۳) به اثرات مطلوب ملاقات با بیمار تأکید کرده و عنوان کرده‌اند که ملاقات با بیمار حمایت، اطلاعات، مجاورت، راحتی و اطمینان را فراهم می کند و موجب افزایش رضایتمندی خانواده‌ها از تجربه مراقبت ویژه می گردد(۳۰). در مطالعه رینولد و پراکینکیت(۲۸) خانواده‌ها بُعد اطلاعات را در رده سوم اهمیت رتبه‌بندی کردند. دیویدسون[17](۲۰۰۹) نیاز به اطلاعات را مهمترین نیاز روانی-اجتماعی خانواده‌ها و ارتباط پرسنل با خانواده و ارایه اطلاعات به آنها را مهمترین راه کمک به سازگاری خانواده‌ها گزارش نمود(۱۸). از سوی دیگر، در اکثر مطالعات انجام شده نیازهای بُعد آسایش کم‌اهمیت ترین نیاز از سوی خانواده‌ها گزارش شده‌اند(۲۷،۳۳-۳۱). به نظر می‌رسد در روزهای ابتدایی پذیرش بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه که خانواده‌ها در مواجهه بیشتری با استرس‌های هیجانی بوده و به دنبال اطلاعاتی در مورد شرایط بیمارشان می‌باشند، بُعد آسایش و نیازهای مربوط به راحتی خانواده از اهمیت کمتری برخوردار باشند(۶). سرحدی و همکاران(۱۳۹۲) در مطالعه ای توصیفی به بررسی نیازهای روانی-اجتماعی اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب و مراقبت ویژه پرداختند. در این مطالعه ۲۰۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران با استفاده از پرسشنامه نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(CCFNI) و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد نیازهای رده اطمینان و اطلاعات در دو گروه از بالاترین اولویت برخوردار بودند و این نیازها از دیدگاه خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) نسبت به بخش مراقبت‌های ویژه قلب(CCU) با توجه به پیچیدگی دستگاه‌ها و شرایط بیمار از اهمیت بالاتری برخوردار بودند(۳۴).

بِیلی و همکاران[18] رابطه پشتیبانی اطلاعاتی با اضطراب و رضایتمندی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را بررسی نموده و دریافتند که پشتیبانی اطلاعاتی باعث افزایش رضایتمندی خانواده‌ها شده ولی سطح اضطراب آنها را کاهش نمی‌دهد(۳۵). در مطالعه

[14]- Obringer
[15]- Reynold & Prakinkit
[16]- Cullen et al.
[17]- Davidson
[18]- Bailey et al.

اورباخ و همکاران[19](۲۰۰۵) نیاز به اطلاعات در مورد شرایط بیمار و اقداماتی که برای وی انجام می‌شود و نیز اطلاعات در زمینه تجهیزات مورد استفاده برای بیمار، مهمترین نیاز روانی-اجتماعی از نظر خانواده‌ها محسوب می‌شد(۳۶).

فریتاس[20] و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی تحت عنوان نیازهای اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به مقایسه تحلیلی یک بیمارستان عمومی و یک بیمارستان خصوصی پرداختند. تعداد ۹۱ نفر از اعضاء خانواده بیماران، ۴۷ نفر از یک بیمارستان عمومی و ۴۴ نفر از یک بیمارستان خصوصی، در این طرح شرکت نمودند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه تعدیل یافته INEFTI[21] استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان داد خانواده بیماران بستری در بیمارستان خصوصی از سطح رضایتمندی بالاتری برخوردار بودند که این مسأله می‌تواند به دلیل تأمین نیازهای حمایت و اطلاعات آنها بوده باشد(۳۷).

نتیجه‌گیری

امروزه محیط مراقبت ویژه، علاوه بر بیمار، خانواده او را نیز شامل می‌شود و مراقبت کل‌نگر، مراقبت از خانواده بیمار را نیز ضروری می‌داند. اعضاء خانواده بیمار باید به اندازه خود بیمار مهم تلقی شده و روش‌های مختلفی برای شناسایی و رفع نیازهای بیمار و خانواده وی به کار گرفته شوند تا از این طریق استرس و اضطراب بیمار کاهش یافته و خانواده از بحران حاصل از بیماری رهایی یابد(۲۹،۱).

به طور کلی، یافته‌های اکثر مطالعات نشان می‌دهد بُعد نیاز به اطمینان و بُعد نیاز اطلاعات مهمترین نیازهای روانی- اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) محسوب می‌شوند. از این‌رو پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه(ICU) باید ارزیابی مناسبی از خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به عمل آورند و تلاش خود را در راستای تأمین اطمینان و اطلاعات خانواده‌ها به کار گیرند. تأمین نیازهای اساسی خانواده‌ها از اضطراب آنها کاسته و حس اعتماد به تیم درمانی را در آنها تقویت نموده و موجب بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار و خانواده‌ها و متعاقباً افزایش رضایتمندی آنان می‌گردد.

قدردانی

این مقاله براساس پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه می باشد. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت حمایت مالی این طرح قدردانی می‌شود.

[19]- Auerbach
[20]- Freitas
[21]- Inventário de Necessidades e Estressores de FamiliaresemTrapiaIntensiva

جدول شماره ۱: مروری بر مقالات

نویسنده	نوع مطالعه	جمعیت مورد مطالعه	تعداد نمونه	ابزار مورد بررسی (پرسشنامه)	نتایج
ابادری و عباس زاده(۱)	توصیفی	خانواده بیماران بستری در بخش های ICU و CCU	۴۱ نفر اعضاء خانواده بیمار و ۴۱ نفر پرستار	تعدیل شده CCFNI	از دیدگاه خانواده ها نیاز اطمینان مهمترین نیاز و نیاز اطلاعات سومین اولویت تعیین شد و از نظر پرستاران نیاز به اطلاعات در رده دهم و نیاز به اطمینان در رده دهم قرار داشت.
سرحدی و همکاران (۳۴)	توصیفی- تحلیلی	خانواده بیماران بستری در بخش های ICU و CCU	۲۰۰ نفر اعضاء خانواده بیمار	CCFNI	نیازهای رده اطمینان و اطلاعات در دو گروه از بالاترین اولویت برخوردار بودند و این نیازها از دیدگاه خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه(ICU) نسبت به بخش قلب(CCU) با توجه به پیچیدگی دستگاه ها و شرایط بیمار از اهمیت بالاتری برخوردار بودند.
Obringer et al.(25)	توصیفی	خانواده بیماران بخش ویژه عمومی	۵۰ نفر	CCFNI	نیازهای رده اطمینان بالاترین اولویت را داشتند و نیـاز به حمایت به عنوان کم اهمیت ترین اولویت از سوی خانواده ها مطرح شد.
Sheaffer (8)	کیفی مصاحبه	بیماران غیرترومای بخش مراقبت های ویژه جراحی	۱۲ نفر	CCFNI	مهمترین نیاز از سوی خانواده ها نیاز به برقراری ارتباط با پرسنل درمانی و کسب اطلاعات عنوان شد. همچنین نیاز به مجاورت با بیمار برای حمایت بیشتر از او و اطمینان از مراقبت بهینه از بیمار مهم گزارش شدند. خانواده ها نیازهای بُعد حمایت عاطفی و آسایش را کم اهمیت عنوان کردند.
Omar (26)	توصیفی	بیماران بخش مراقبت های ویژه عمومی	۱۳۹ نفر	NMI و CCFNI	نیازهای رده اطمینان بالاترین اولویت را داشتند و نیازهای بُعد اطلاعات در رتبه دوم اهمیت قرار گرفتند.
Chien et al. (21)	توصیفی	بیماران بخش مراقبت های ویژه داخلی	۶۶ نفر	CCFNI	مهمترین نیازها، نیازهای رده اطمینان و اطلاعات گزارش شدند.
Bailey et al. (35)	توصیفی	بیماران بخش مراقبت های ویژه داخلی – جراحی	۳۰ نفر	رضایت CCFNI و اضطراب خانواده اشپیل برگر	بین پشتیبانی اطلاعات[۲۲] و اضطراب هیچ گونه رابطه معنی داری وجود نداشت؛ اما بین پشتیبانی اطلاعات و رضایتمندی رابطه معنی داری وجود داشت.
Lee & Lau (27)	توصیفی	بیماران بخش مراقبت های ویژه عمومی بزرگسالان	۴۰ نفر	CCFNI	تمام نیازهای بُعد اطمینان جزو نیازهای مهم و نیازهای بُعد اطلاعات در اولویت بعدی گزارش شدند. نیازهای بُعد آسایش از دیدگاه خانواده های بیماران کم اهمیت قلمداد گردیدند.
Gundo (38)	توصیفی	بخش مراقبت های ویژه (ICU)	۱۳۶ پرستار و ۱۲۷ عضو خانواده بیمار	CCFNI	خانواده ها و پرستاران بُعد اطمینان را مهمترین نیاز و بُعد اطلاعات را در اولویت بعدی گزارش کردند. همچنین نیازهای مجاورت و راحتی کم اهمیت گزارش شدند.
Bijttebier et al. (6)	توصیفی	بخش مراقبت های ویژه (ICU)	۲۰۰بیمار، ۳۸ پزشک و ۱۴۳ پرستار	CCFNI	نیازهای بُعد اطمینان و اطلاعات مهمترین رده نیاز از سوی هر ۳ گروه مطرح گردید و نیازهای راحتی در رده پایین اهمیت گزارش شد.
Reynold & Prakinkit (28)	توصیفی	بخش مراقبت های ویژه قلب (CCU)	۵۰ نفر عضو خانواده بیمار و ۴۲ پرستار	CCFNI	تفاوت دیدگاه بین خانواده ها و پرستاران در مورد نیازهای روانی- اجتماعی وجود داشت. هر دو گروه بُعد اطمینان را مهمترین بُعد گزارش کردند. خانواده ها بُعد مجاورت را در رتبه دوم و پرستاران در اولویت چهارم اهمیت ذکر کردند. پرستاران بُعد آسایش را در اولویت دوم و خانواده ها این بُعد را در اولویت چهارم گزارش نمودند. بُعد حمایت از دید دو گروه به عنوان کم اهمیت ترین نیاز مطرح شد.
Hinkle & Fitzpatric k (31)	توصیفی	بخش مراقبت های ویژه (ICU)	۱۰۱ همراه بیمار، ۲۸ پزشک و ۱۰۹ پرستار	CCFNI	نیازهای بُعد اطلاعات و اطمینان به ترتیب مهمترین نیاز ، و نیازهای آسایش کم اهمیت ترین نیاز از سوی خانواده ها، پرستاران و پزشکان گزارش گردید.
Maxwell et al.(15)	توصیفی	بیماران بخش مراقبت های ویژه عمومی	۳۰ نفر عضو خانواده بیمار و ۳۰ پرستار	NMI و CCFNI	نیازهای زیر رده اطمینان و اطلاعات از سوی خانواده های بیماران و پرستاران به عنوان مهمترین رده نیازها گزارش شدند.
Kinrade et al.(33)	توصیفی	بخش مراقبت های ویژه (ICU)	۲۵ عضو خانواده بیمار و ۳۳ پرستار	CCFNI	نیازهای زیر رده اطمینان و اطلاعات از سوی خانواده های بیماران و پرستاران مهمترین رده نیاز ها، و نیازهای آسایش کم اهمیت ترین نیازها از سوی خانواده ها، پرستاران و پزشکان گزارش شدند.
Hashim & Hussin (32)	توصیفی	خانواده بیماران بخش مراقبت های ویژه عمومی	۱۱۰ عضو خانواده بیمار	CCFNI	دانستن پیـامد مورد انتظار بیمار از دید خـانواده ها مهمترین نیاز گزارش گردید که جزو نیازهای زیر رده بُعد اطمینان می‌باشد. نیازهای رده اطلاعات و مجاورت نیز در رده های بعدی اهمیت قرار گرفتند. نیازهای رده حمایت و آسایش کمترین اهمیت را از دید خانواده ها داشتند.

[22]- Informational support

References

1. Abazari A, Abbaszadeh F. Comparison of the attitudes of nurses and relatives of ICU and CCU patients towards the psychological needs of patients relatives. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2001; 19: 58-63.
2. Rabie Siahkali S PM, Khaleghdoost Mohamadi T, Eskandari F, Avazeh A . Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units. Journal of Zanjan University of Medical Sciences. 2009; 70(18):91-101.
3. 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.
4. Casarini KA, Gorayeb R. Coping by relatives of critical care patients. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2009; 38(3):217-227.
5. Martin Rodriguez A, San Gregorio P, Angeles M, Galan Rodriguez A. Psychological repercussions in family members of hospitalised critical condition patients. Journal of Psychosomatic Research. 2005; 58(5):447-51.
6. Bijttebier P, Vanoost S, Delva D, Ferdinande P, Frans E. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses. Intensive Care Medicine. 2001; 27(1):160-165.
7. Loiselle CG, Gelinas C, Cassoff J, Boileau J, McVey L. A pre_post evaluation of the Adler/Sheiner Programme (ASP): A nursing informational programme to support families and nurses in an intensive care unit (ICU). Intensive and Critical Care Nursing. 2012; 28(1):32-40.
8. Sheaffer H. The met and unmet needs of families of patients in the ICU and implications for social work. MSc dissertation, University of Pennsylvania, 2010.
9. Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. Acta Paulista de Enfermagem. 2008; 21(4):636-42.
10. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. Nursing in Critical Care. 2005; 10(1):23-30.
11. 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. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2005; 171(9):987-94.
12. El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. Intensive and Critical Care Nursing. 2007; 23(1):43-50.
13. Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, Lauwers P, Wilmer A. Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: implications for social work. Social Work in Health Care. 2002; 35(4):21-40.
14. Sadeghi Z, Payami bosari M, mousavi nasab N. The effect of family cooperation on the care of the patient hospitalized in critical care unit on family anxiety. Nursing & Midwifery CareJournal. 2012; 2(2):10-17.
15. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. HeartLung: The Journal of Acute and Critical Care. 2007; 36(5):367-76.
16. Tyrie LS, Mosenthal AC. Care of the family in the surgical intensive care unit. Anesthesiology Clinics. 2012; 30(1):37-46.
17. Naderi M, Rajati F, Yusefi H, Tajmiri M, Mohebi S. Health Literacy among adults of Isfahan, Iran. Journal of Health System Research. 2013; 9(5): 473-83.
18. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. Critical Care Nurse. 2009; 29(3):28-34.
19. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care

family needs. Intensive and Critical Care Nursing. 2011; 27(5):263-72.

20. Fox-Wasylyshyn SM, El-Masri MM, Williamson KM. Family perceptions of nursels roles toward family membersof critically ill patients: A descriptive study. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2005; 34(5):335-44.
21. Chien W-T, Chiu YL, Lam L-W, Ip W-Y. 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. 2006; 43(1):39-50.
22. Acaroglu r, Kaya h, Sendir m, Tosun k, Turan y. Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. Neurosciences. 2008; 13(1):41-5.
23. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Zayeri F, Mirmohammadkhani M, Montazeri A. Translation and validation of the Critical Care Family Needs Inventory. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2012; 1(12):89-97.
24. Papathanassoglou ED. Psychological support and outcomes for ICU patients. Nursing in Critical Care 2010; 15(3):118-28.
25. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. Journal of Clinical Nursing. 2012; 21(11-12):1651-8.
26. Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. Journal of Nursing Scholarship. 2009; 41(1):28-34.
27. Yin King Lee L, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing. 2003; 12(4):490-500.
28. Reynold J, Prakink S. Needs of family members of critically ill Patients in cardiac care unit: A comparison of nurses and family perceptions in Thailand. Journal of Health Science Research. 2013; 2(1):31-40.
29. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojazadeh M, Sheikhalipour Z. The effect of open visiting on intensive care nurse's beliefs. Research Journal of Biological Sciences. 2009; 4(1):64-70.
30. Cullen L, Titler M, Drahozal R. Family and pet visitation in the critical careunit. Critical Care Nurse. 2003; 23(5):62-67.
31. Hinkle JL, Fitzpatrick E. Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. Intensive and Critical Care Nursing. 2011; 27(4):218-225.
32. Hashim F, Hussin R. Family needs of patient admitted to intensive care unit in a public hospital. Procedia - Social and Behavioral Sciences Admitted. 2012; 36(0):103-111.
33. Kinrade, Trish, Jackson, Alun C, Tomnay, Jane E. The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives. Australian Journal of Advanced Nursing. 2009; 27(1):82-88.
34. Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandy T, Keykhaei A. Assessment of psychological - social needs, family, special in patient unit ICU, CCU. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2013; 6(4):259-268.
35. Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. Intensive and Critical Care Nursing. 2010; 26(2):114-122.
36. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. American Journal of Critical Care. 2005; 14(3):202-210.
37. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Family members' needs at intensive care units: Comparative analysis between a public and a private hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15(1):84-92.
38. Gundo R. Comparison of nurses' and families' perception of family needs in intensive care unit at a tertiary public sector hospital. MSC dissertation, University of the Witwatersrand. 2010.

سوالات

۱- حداکثر بحران ناشی از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه در چه زمانی به خانواده تحمیل می گردد؟

الف) ۷۲ ساعت اول بستری

ب) یک هفته بعد از بستری

ج) ۱۰ روز بعد از بستری

د) یکماه بعد از بستری

۲- ارزیابی صحیح نیازهای روانی-اجتماعی خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت های ویژه از مسئولیت های کدامیک از اعضاء حرفه ای تیم بهداشتی به شمار می‌رود؟

الف) مددکار اجتماعی

ب) روانشناس

ج) روانپزشک

د) پرستار

۳- پرسشنامه CCFNI به منظور سنجش کدامیک از موارد زیر مورد استفاده قرار می گیرد؟

الف) اضطراب

ب) میزان رضایتمندی

ج) افسردگی

د) نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

۴- هدف از ارزیابی و تأمین نیازهای روانی-اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه چیست؟

الف) کاهش میزان استرس و افسردگی خانواده

ب) کاهش سطح بحران در خانواده

ج) افزایش تطابق خانواده در مواجهه با بحران و میزان رضایتمندی آنها

د) تمامی‌موارد

۵- پرسشنامه CCFNI شامل چند بُعد می‌باشد و توسط چه کسانی طراحی شده است؟

الف) پنج بُعد -رینولد و پراکینکیت

ب) سه بعد -گوندو

ج) پنج بُعد -مولتر و لسک

د) سه بُعد -مکسول

۶-کدامیک از ابعاد نیازهای روانی-اجتماعی خانواده‌ها به عنوان مهمترین ابعاد گزارش شده اند؟

الف) مجاورت و حمایت

ب) اطلاعات و مجاورت

ج) اطمینان و اطلاعات

د) اطمینان و حمایت

۷-کدامیک از ابعاد نیازهای روانی-اجتماعی خانواده ها به عنوان کم‌اهمیت ترین بُعد گزارش شده اند؟

الف) حمایت

ب) مجاورت

ج) اطمینان

د) آسایش و راحتی

۸- بُعد آسایش و راحتی به چه علت کم‌اهمیت ترین بُعد نیازهای روانی-اجتماعی از دیدگاه خانواده‌ها به شمار می رود؟

الف) شرایط جسمی بیمار و در اولویت قرار دادن او

ب) نبود امکانات رفاهی در بیمارستان

ج) عدم توجه پرسنل بیمارستان به خانواده‌ها

د) عدم حضور خانواده ها در بیمارستان

۹-کدامیک از انواع مراقبت‌های زیر علاوه بر بیمار به خانواده وی نیز توجه دارد؟

الف)Home care

ب)Palliative care

ج)Holistic care

د)Nursing care

۱۰- علت بروز بحران در خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه چیست؟

الف) عدم آمادگی روحی در مواجهه با بیمار در بدو پذیرش وی

ب) تغییر در نقش‌ها

ج) نامشخص بودن پیامد حاصل از بیماری

د) تمامی موارد