

بررسی نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه

مژگان نادری^۱، فاطمه رجعتی^۲، حجت‌اله یوسفی^۳، محمدرضا تاجمیری^۴، سیامک محبی^۵

مقاله مروری

چکیده

بحران ایجاد شده به دنبال بستری شدن یک عضو خانواده در بخش ویژه، موجب ایجاد نیازهای جدیدی در اعضای خانواده می‌گردد. در صورت برآورده نشدن این نیازها، استرس و اضطراب زیادی در اعضا ایجاد و باعث کاهش توانایی آن‌ها در تطابق با بحران می‌شود. هدف از این مطالعه، بررسی نیازهای خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بود. این مطالعه از نوع مروری بود و برای انجام آن، مطالعات مرتبط با زبان‌های فارسی و انگلیسی در پایگاه‌های علمی Sience direct، Pubmed، Scopus، Willy، Ovid و Springer جستجو و بررسی شدند. معیار ورود، شامل مطالعات توصیفی و کیفی بود و معیار خروج، شامل مطالعاتی بود که گروه هدف آن‌ها، خانواده بیماران اطفال و یا نوزادان در بخش‌های ویژه بود و مطالعاتی که در سایر بخش‌های ویژه، غیر از ICU Intensive care unit، انجام شده بودند. از ۹۶ مطالعه یافت شده، ۸۱ مورد حذف و ۱۵ مطالعه انتخاب و بررسی شد. مهم‌ترین نیاز خانواده‌ها، نیاز اطلاعاتی به منظور کسب اطلاعات در مورد وضعیت بیمار و نوع درمان‌های استفاده شده برای وی بود تا از این طریق، از انجام بهترین مراقبت برای بیمارشان مطمئن شوند. نیاز رده مراقبت نیز در اکثر مطالعات در رده سوم اهمیت قرار داشت و مطالعات اندکی که آن را در رده دوم اهمیت قرار داده بودند، هدف خانواده‌ها از ملاقات بیمارشان را حمایت از بیمار خود و اطمینان از بهترین مراقبت در مورد وی بیان کرده بودند. نیازهای رده راحتی و حمایت نیز در پایین‌ترین درجه اهمیت مطرح شده بودند. نیازهای خانواده بیماران بخش ویژه، به ترتیب اهمیت شامل اطلاعات، اطمینان، مجاورت، حمایت و راحتی هستند. اگر چه هدف خانواده‌ها از دریافت اطلاعات، کسب اطمینان از این موضوع است که بیمارشان بهترین مراقبت ممکن را دریافت می‌کند، اما اطمینان پرستار از ارایه بهترین مراقبت برای بیمار کافی نیست و پرستاران باید در موقعیت‌های کلیدی جهت کمک به خانواده‌های بیماران بخش‌های مراقبت ویژه و رفع نیازهای آن‌ها بکوشند و با برقراری ارتباط صحیح با آن‌ها، اطلاعات درست در مورد وضعیت بیمار و نحوه درمان به آن‌ها بدهند و آن‌ها را از بهترین مراقبت در مورد بیمارشان مطمئن نمایند. در واقع، بیمار و خانواده وی یک واحد محسوب می‌شوند و برای دریافت مراقبت، نباید خانواده بیمار مورد غفلت واقع شود.

واژه‌های کلیدی: نیازهای خانواده، بیماران بخش ICU، اضطراب خانواده

ارجاع: نادری مژگان، رجعتی فاطمه، یوسفی حجت‌اله، تاجمیری محمدرضا، محبی سیامک. بررسی نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش‌های

مراقبت ویژه. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۹ (۵): ۴۸۳-۴۷۳.

پذیرش مقاله: ۲۰۱۳/۱۲/۱۹

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: f_rajati@hlth.mui.ac.ir

۳- استادیار، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناس، بیمارستان ولیعصر اقلید، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

۵- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

مقدمه

خانواده، اولین و اساسی‌ترین نهاد و نظام اجتماعی است. این نظام، دارای نقش‌ها، فرهنگ و ساختار ویژه‌ای است که بیانگر سلامت جسمی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای خود است. هر گونه اختلال در هر یک از اعضا و اجزای این نظام، کل آن را مختل می‌نماید و اختلال کلی سیستم نیز اختلالات مربوط به اعضا را تشدید و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند (۱-۴). یکی از تغییراتی که روی سیستم خانواده تأثیر می‌گذارد، اثبات بیماری و بستری شدن یک فرد بزرگسال دارای نقش تعریف شده در خانواده است. این فرایند، باعث شکسته شدن باند خانواده و تغییر در نقش‌ها و ساختار آن و ایجاد بحران برای اعضای آن می‌شود (۵). این بحران در شرایطی بسیار شدیدتر می‌شود که این بیماری، یک بیماری تهدید کننده حیات و مستلزم بستری شدن بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه باشد. اکثر مردم چنین شرایطی را به عنوان بیمار، دوست و یا عضو خانواده تجربه می‌کنند و ۱۵ درصد تخت‌های بیمارستانی به این بخش‌ها تخصیص یافته است. با توجه به وقوع ۲۰ درصد مرگ‌ها در این بخش‌ها و بستری شدن به طور ناگهانی و بدون هیچ گونه پیش زمینه قبلی در آن‌ها، بیمار و خانواده‌اش، زمانی برای مهیا و آماده شدن ندارند (۵-۱۰).

پیش آگهی نامشخص، ترس از مرگ، تضادهای عاطفی، مشکلات مالی، تغییرات نقش و برهم خوردن شرایط معمول، باعث ایجاد ترس، خستگی فیزیکی و روانی برای خانواده و احساس بیچارگی، ناامیدی و بی‌پناهی در اعضای خانواده می‌شود؛ آن‌ها قادر نیستند با بستری شدن عضو خانواده‌شان در بخش مراقبت ویژه تطابق کنند (۱۲، ۱۱، ۹، ۵). این واکنش‌ها باعث می‌شود که اعضای خانواده متوجه نشوند که صدمه ایجاد شده، چه مشکلاتی به وجود آورده است و چه عواقبی خواهد داشت؛ همچنین چه انتظاراتی باید از ارایه دهندگان خدمات مراقبت داشته باشند (۱۳).

عوامل استرس‌زا و تعامل خانواده بیماران در جهت غلبه یا تطابق با شرایط استرس‌آمیز و بحرانی، باعث ایجاد نیازهای انبوه و جدیدی می‌شود که خانواده را مستعد آسیب‌پذیری می‌کند (۱۴، ۴). اعضای خانواده ممکن است قادر نباشند در

طی بحران، نیازهای خود را شناسایی کنند. پرستاران و پزشکان نیز ممکن است نتوانند به طور صحیح نیازهای آن‌ها را پیش‌بینی کنند (۱۵). ضمن این که از یک طرف خانواده مهم‌ترین سیستم حمایتی بشر است و از طرف دیگر، ممکن است اعضای خانواده، اضطراب خود را به بیماران منتقل کنند. همچنین اضطراب کاسته نشده نیز ممکن است با بی‌اعتمادی به کارکنان بیمارستان، عدم پذیرش درمان‌ها، خشم و نارضایتی از مراقبت‌ها و حتی شکایت و دعوا تظاهر کند (۱۶). بنابراین، استرس ایجاد شده در صورتی که کاسته نشود، عواقبی برای خانواده، بیمار و کارکنان به دنبال خواهد داشت. امروزه، محیط مراقبت بیمار و خانواده را در بر می‌گیرد و مراقبت جامع، مراقبت از خانواده بیمار را نیز در بر می‌گیرد و در سیستم‌های بهداشتی- درمانی خانواده هم به عنوان ارایه دهنده و هم به عنوان دریافت کننده مراقبت توصیف می‌شود. همچنین به لحاظ اهمیت و نقش به سزای خانواده، باید به اندازه خود بیمار مهم تلقی شود و روش‌های مختلفی برای شناسایی و رفع نیازهای بیمار و خانواده به کار گرفته شود تا از طریق آن اضطراب و تنیدگی بیمار کاهش و خانواده از بحران حاصل از بیماری رهایی یابد (۱۷-۱۹).

اگر قرار است مراقبت‌های پرستاری به طور جامع و با کیفیت بالا ارایه شود، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، بایستی نه تنها به خود بیماران بلکه به نیازهای روانی و اجتماعی خانواده‌هایشان توجه نمایند. این مسأله، مؤید نقش اجتناب ناپذیر و بی‌بدیل ایشان در شناسایی و برآورده کردن نیازهای خانواده بیماران به عنوان مددجو است (۲۰). در حقیقت، در چنین شرایطی هم اعضای خانواده به حمایت فیزیکی و عاطفی پرستاران نیازمند هستند و هم پرستاران نمی‌توانند خود را مسؤول حمایت از اعضای خانواده در طی تجربه تلخ و فراموش نشدنی بستری و بستگانشان یا مرگ احتمالی آن‌ها ندانند (۲۱). اما پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل وضعیت بیماران، اغلب با رفع نیازهای آن‌ها درگیر هستند و در اکثر مواقع، نیازهای روانی و اجتماعی خانواده بیماران را به طور شایسته در نظر نمی‌گیرند (۲۲، ۱۰). با توجه به موارد ذکر شده، بایستی در سیستم‌های بهداشتی-

تا شاید گامی در جهت کمک به پرستاران برای شناسایی و برآورده کردن نیازهای خانواده‌های رنجور بیماران این بخش‌ها بردارند.

روش‌ها

این مقاله از نوع مروری بود و در سال ۱۳۹۱ انجام شد. برای نگارش این مقاله، در پایگاه‌های علمی SID، Iranmedex و Magiran با کلیدواژه‌های نیازهای خانواده، خانواده‌های بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و اضطراب خانواده، مقالات فارسی زبان و در پایگاه‌های علمی Science، Pubmed، Scopus، Wiley، Ovid و Springer، با کلیدواژه‌های Family needs، Family anxiety و ICU patient مقالات انگلیسی زبان بین سال‌های ۲۰۰۰-۱۲ جستجو گردید و سپس مورد بررسی قرار گرفت.

معیارهای ورود شامل مطالعات توصیفی و کیفی بود که نیازهای خانواده بیماران بزرگسال (سن بیشتر از ۱۸ سال) را بررسی، تعیین، اولویت‌بندی و یا ارتباط نیازها را با علایم مشاهده شده در خانواده بیماران بررسی کرده بودند. بقیه مطالعات شامل مطالعات مروری، کارآزمایی بالینی و مطالعات توصیفی که بر مواردی غیر از نیاز خانواده‌ها تأکید داشتند و مطالعاتی که گروه هدف آن‌ها خانواده بیماران اطفال و یا نوزادان در بخش‌های ویژه بود و همچنین مطالعاتی که در سایر بخش‌های ویژه غیر از Intensive care unit (ICU) انجام شده بودند، از مطالعه خارج شدند. نتیجه این شد که از ۹۶ مطالعه یافت شده، ۲۲ مورد کارآزمایی بالینی، ۲۴ مورد مطالعه در رابطه با خانواده‌های بیماران اطفال و نوزادان، ۲۱ مورد مطالعه مروری و ۱۴ مورد مطالعه توصیفی با بررسی علایم مشاهده شده در خانواده بیماران بخش‌های ویژه بودند که از مطالعه خارج شدند و ۱۵ مطالعه که معیار ورود را داشتند، انتخاب و بررسی شدند (شکل ۱).

از بین ۱۵ مطالعه یافته شده، ۲ مطالعه (۱۳/۳ درصد) کیفی و ۱۳ مطالعه (۸۶/۷ درصد) توصیفی بودند. از بین ۲ مطالعه کیفی که اطلاعات خود را از روش مصاحبه جمع‌آوری نموده بودند، در یکی از مطالعات مصاحبه بر اساس

درمانی و مطالعات مربوط، بیشتر بر روی خانواده بیماران بخش‌های ویژه تأکید شود و به شناسایی و سنجش نیازهای این افراد، به اندازه نیازهای بیمارشان اهمیت داده شود و این مسأله نیاز به مطالعه در این مورد را برجسته‌تر می‌سازد.

تحقیق در مورد بررسی نیازهای خانواده بیماران بخش ویژه و اقدامات پرستاری برای مرتفع کردن آن‌ها به سه دهه گذشته بر می‌گردد. Molter (به نقل از Sheaffer) برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ یک فهرست ۴۵ موردی از نیازهای خانواده را بیان و ۷ سال بعد با همکاری وی اولین پرسش‌نامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه (CCFNI یا Critical care family needs inventory) توسط لسک طراحی شد که تا کنون مورد استفاده محققان زیادی قرار گرفته است. این پرسش‌نامه دارای ۴۵ گویه ۴ گزینه‌ای و ۵ بعد حمایتی (۱۵ گویه)، راحتی (۶ گویه)، اطلاعاتی (۸ گویه)، مجاورت (۹ گویه) و اطمینان (۷ گویه) است (۷).

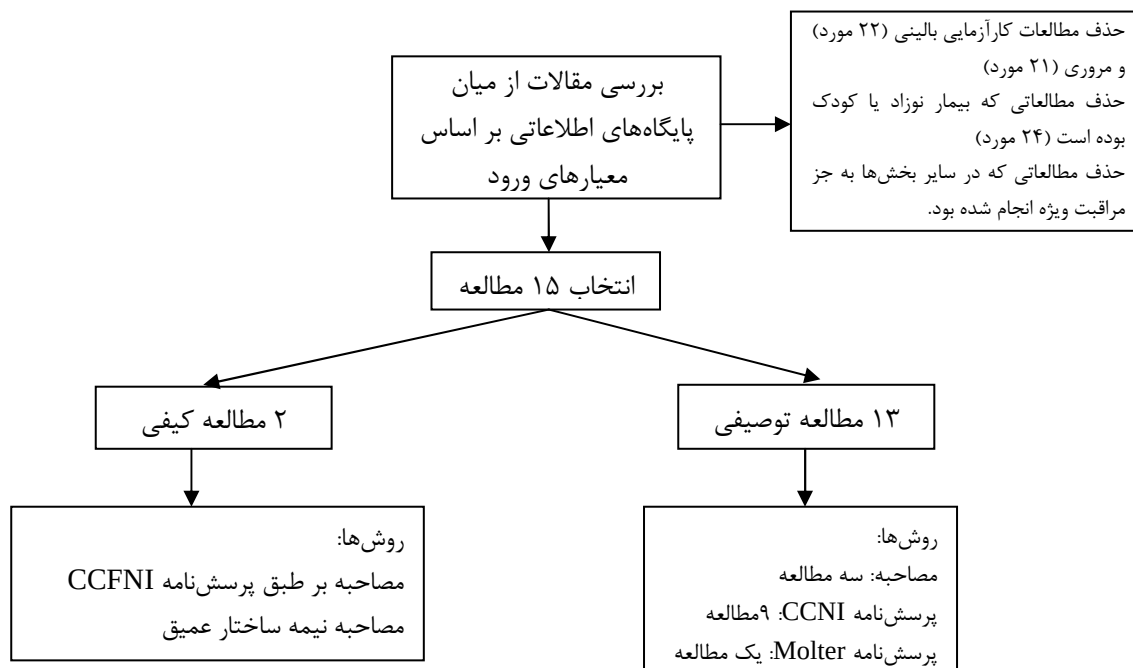
نیاز به دریافت اطمینان به معنی نیاز برای حفظ و دوباره برقرار کردن امیدواری در مورد عاقبت و سرانجام بیمار است و برآوردن این نیاز امید، امنیت و رهایی از شک را در خانواده بیماران ارتقا می‌دهد.

هدف از دریافت اطلاعات، درک وضعیت بیمار است و برآوردن آن، اصولی را برای تصمیم‌گیری و آماده‌سازی بیمار، مطرح می‌کند و اضطراب خانواده را کاهش و حس کنترل را ارتقا می‌دهد.

نیاز به مجاورت نیز میل به ارتباط و حفظ روابط فامیلی است و برآورده شدن آن، به حمایت هیجانی خانواده و بیمار کمک می‌کند.

نیاز به راحتی نیاز برای کاهش آشفتگی است؛ وقتی فرد احساس راحتی کند، انرژی وی ذخیره و اضطرابش کم می‌شود. نیاز برای حمایت در دسترس، نیز نیاز برای کمک گرفتن از کارشناسان و متخصصین است و برآورده شدن آن به تطابق با استرس کمک می‌کند و منابع فامیل را تقویت و قدرت آن‌ها را برای حمایت از بیمار حفظ می‌نماید (۱۶، ۱۳).

به منظور بررسی نیازهای خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه، مطالعات از سال ۲۰۰۰ به بعد جمع‌آوری و بررسی شد



شکل ۱: روند انتخاب مطالعات بر حسب معیارهای ورود و خروج

CCFNI: Critical care family needs inventory

اولویت‌بندی نیازها پرداختند، ۴۶ درصد، اطلاعات را مهم‌ترین دسته نیاز و ۳۸/۵ درصد، اطمینان را مهم‌ترین دسته و ۱۵/۵ درصد اهمیت اطلاعات و اطمینان را در یک سطح و هر دو را مهم‌ترین رده مطرح نموده بودند. در مورد نیاز مجاورت نیز ۲ مطالعه (۱۵/۵ درصد) این رده را در درجه دوم اهمیت بعد از اطلاعات مطرح کرده و رده اطمینان را بعد از مجاورت قرار داده بودند. ۸۴/۵ درصد بقیه نیز مجاورت را در رده سوم اهمیت قرار داده‌اند. در مورد دو بعد حمایت و راحتی نیز کلیه مطالعات، این دو رده را در درجه آخر اهمیت مطرح نموده‌اند.

Bailey و همکاران ارتباط حمایت اطلاعاتی و اضطراب و رضایتمندی را بررسی و مطرح نمودند که بین حمایت اطلاعاتی و رضایتمندی، ارتباط معنی‌داری وجود دارد و بین حمایت اطلاعاتی و اضطراب خانواده‌ها ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۲۳). Verhaeghe و همکاران نیز کنش و واکنش بین امید و اطلاعات داده شده به وسیله کارکنان را بررسی و مطرح نمودند که بیماران، ابتدا منفعلانه اطلاعات را جذب می‌کنند و سپس گاهی مواقع، فعالانه شروع به کار با اطلاعات می‌کنند و اطمینان و امید خود را روی آن

پرسش‌نامه CCFNI انجام شده بود. در مطالعات توصیفی نیز ۳ محقق (۲۳ درصد) از روش مصاحبه استفاده نموده بودند و در ۹ مطالعه، (۶۹/۳ درصد) از پرسش‌نامه CCFNI و در یک مطالعه (۷/۷ درصد) از پرسش‌نامه ۲۵ سؤالی مولتر استفاده شده بود. قابل ذکر است که از بین ۱۳ مطالعه توصیفی، در یک مطالعه محقق بعد از جمع‌آوری اطلاعات به روش توصیفی و ذکر نتایج آن روی همان نمونه‌ها، یک مطالعه تجربی انجام داده بود که در بررسی، از نتایج بخش توصیفی آن استفاده شد و مطالعه در رده مطالعات توصیفی قرار گرفت. از کل مطالعات، ۱۳ مطالعه نیازهای خانواده بیماران را بررسی و آن‌ها را اولویت‌بندی کرده بود و یک مطالعه، رابطه حمایت اطلاعاتی را با اضطراب و رضایتمندی خانواده‌ها و یک مطالعه دیگر نیز فعل و انفعال بین اطلاعات و امید را بررسی نموده بود. نتایج این مطالعات در جدول ۱ خلاصه شده است.

یافته‌ها

اکثر مطالعات، مهم‌ترین نیازها را در رده اطمینان و اطلاعات مطرح کرده بودند. از تعداد ۱۳ مقاله‌ای که به بررسی و

جدول ۱: مطالعات مربوط به نیازهای خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

منبع	نوع بیماران	نوع مطالعه و روش جمع‌آوری اطلاعات	تعداد نمونه	نتایج
Sheaffer (۷)	بیماران غیر ترومایی بخش ویژه جراحی	کیفی مصاحبه بر اساس پرسش‌نامه CCFNI	۱۲	مهم‌ترین نیاز ارتباط با کارکنان و دریافت اطلاعات از آن‌ها بود. خانواده‌ها نیاز به مجاورت را جهت حمایت از بیمارشان و اطمینان از بهترین مراقبت از وی، مهم قلمداد نمودند و نیاز به حمایت عاطفی و راحتی را مطرح نکرده بودند.
Obringer و همکاران (۸)	بیماران بخش ویژه عمومی	توصیفی پرسش‌نامه CCFNI	۵۰	رده اطمینان، مهم‌ترین رده نیاز مطرح شد و نیاز به حمایت در پایین‌ترین رده اهمیت قرار داشت.
Hashim و Hussin (۱۰)	بیماران بخش ویژه عمومی	توصیفی پرسش‌نامه CCFNI	۱۱۰	اولین نیاز که ۱۰۰ درصد خانواده‌ها آن را مهم قلمداد نموده بودند، نیاز به دانستن عاقبت بیمار در رده اطمینان بود. نیازهای رده اطلاعات و مجاورت نیز در رده بعدی اهمیت مطرح شده بودند و نیازهای رده حمایت و راحتی، در آخرین رده قرار داشتند.
Maxwell و همکاران (۱۳)	بیماران بخش ویژه عمومی	توصیفی پرسش‌نامه NMI و CCFNI	۳۰ پرستار و ۳۰ عضو خانواده بیمار	نیازها زیر رده اطمینان و اطلاعات از نظر پرستاران و خانواده‌ها مهم‌ترین رده نیاز بودند.
اباذری و عباس‌زاده (۱۸)	بیماران کلیه بخش‌های ویژه بیمارستان	توصیفی پرسش‌نامه ۲۵ سؤالی مولتر	۴۱ عضو خانواده و ۴۱ پرستار	از نظر خانواده‌ها نیاز اطمینان اولین رده و نیاز به اطلاعات، در سومین رده اهمیت قرار داشت و از نظر پرستاران نیاز به اطلاعات در رده دهم و نیاز به اطمینان در رده دوم اهمیت قرار داشت.
Omari (۲۲)	بیماران بخش ویژه عمومی	توصیفی پرسش‌نامه NMI و CCFNI	۱۳۹	بالاترین درجه اهمیت مربوط به سؤالات رده اطمینان بود و رده اطلاعات، در رده بعدی اهمیت مطرح شده بود.
Prachar و همکاران (۲۴)	بیماران بخش ویژه اعصاب	توصیفی پرسش‌نامه CCFNI	۱۱۱	مهم‌ترین نیازها در دسته اطلاعات بودند و رده بعدی، نیازهای دسته اطمینان بودند و ارتباط با پزشک و پرستار جهت دسترسی به این نیازها مهم قلمداد شده بود.
Chien و همکاران (۲۵)	بیماران بخش ویژه داخلی	توصیفی پرسش‌نامه CCFNI	۶۶	نیازهای رده‌های اطمینان و اطلاعات، مهم‌ترین رده‌های مطرح شده بودند.
Auerbach و همکاران (۲۶)	بیماران ترومای در بخش ویژه مرکزی	توصیفی پرسش‌نامه NMI و CCFNI	۴۰	نیاز به اطلاعات در مورد وضعیت بیمار و اقداماتی که برای وی انجام می‌شود، همچنین تجهیزات مورد استفاده برای وی، مهم‌ترین رده نیاز مطرح شده بود که خانواده‌ها مطرح نمودند این نیاز در آن‌ها برآورده نشده است.
Beaulieu و Lam (۲۷)	بیماران بخش ویژه اعصاب	توصیفی مصاحبه	۱۰	خانواده‌ها جهت اطمینان از بهترین مراقبت، اطلاعات را جستجو می‌کنند و دو هدف از ملاقات را تماس با بیمار و اطمینان از بهترین مراقبت در مورد وی بیان نموده‌اند.
Williams (۲۸)	بیماران بخش ویژه عمومی	توصیفی مصاحبه	۱۴	اعضای خانواده نیاز به اطلاعات را جهت اطمینان از بهترین مراقبت از وی و درک حمایت از او مهم قلمداد کردند.

جدول ۱: مطالعات مربوط به نیازهای خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه (ادامه)

منبع	نوع بیماران	نوع مطالعه و روش جمع‌آوری اطلاعات	تعداد نمونه	نتایج
Bailey و همکاران (۲۳)	بیماران بخش ویژه داخلی - جراحی	توصیفی پرسش‌نامه CCFNI و رضایت خانواده و اضطراب اشپیل برگر	۳۰	بین حمایت اطلاعاتی و اضطراب هیچ گونه رابطه‌ای نبود؛ اما رابطه بین حمایت اطلاعاتی و رضایتمندی معنی‌دار بود.
Lau و Lee (۲۹)	بیماران بخش ویژه عمومی بزرگسالان	توصیفی پرسش‌نامه CCFNI	۴۰	کلیه نیازهای زیر رده اطمینان جزء نیازهای مهم بودند. رده بعدی اهمیت، مربوط به نیازهای دسته اطمینان بود و نیازهای زیر گروه راحتی، جزء رده بی‌اهمیت بودند.
Gutierrez (۳۰)	بیماران بخش ویژه داخلی - جراحی بزرگسالان	توصیفی مصاحبه	۲۰	نیاز به اطلاعات حتی اگر پیش‌آگهی بیمار بسیار بد باشد، مهم مطرح شده بود.
Verhaeghe و همکاران (۳۱)	بیماران ترومایی کومایی	کیفی مصاحبه	۲۲	اطمینان و امید خانواده‌ها روی اطلاعات دریافتی پایه‌ریزی می‌شود.

CCFNI: Critical care family needs inventory; NMI: Needs moderate improvement

(۱) مجاورت: ایجاد ساعات ملاقات انعطاف پذیر، بستن پیمان ملاقات با خانواده بیماران و اجازه دادن به بچه‌ها جهت ملاقات.

(۲) حمایت: معرفی منابع اطلاعاتی، حمایت فیزیکی، هیجانی و مذهبی، معرفی به خدمات حمایتی مطابق با نیاز (روحانی، مددکار اجتماعی، مشاور مالی، پرستار متخصص بالینی)، اجازه دادن به حضور اعضای خانواده در عملیات احیا و شرکت دادن آن‌ها در مراقبت‌های تسکینی و حمایتی جهت بیماران در آستانه مرگ.

(۳) اطلاعات: ایجاد بستر مناسب جهت ارتباط خانواده‌ها با پزشک و پرستار، برقراری همایش خانوادگی، شرکت دادن خانواده‌ها در ویزیت‌های صبحگاهی، توضیحات نوشتاری، شفاهی و دیداری، برگزاری تورهای CCU (Critical care unit) و ICU، معرفی دستگاه‌ها و توضیح اقدامات انجام شده با اصطلاحات قابل فهم، اطلاعاتی در مورد وضعیت بیمار و تغییرات وضعیت وی به خانواده‌ها، شرکت دادن خانواده‌ها در مراقبت از بیمار.

(۴) امنیت: دلسوزی و همدری، کمک به سازش با محیط، پاسخ صادقانه به سؤالات همراهان بیمار، مراقبت پرستاری کافی و با کیفیت از بیماران، اطمینان دادن به در دسترس بودن خدمات حمایتی لازم و معرفی آن‌ها بر حسب نیاز به خانواده، پذیرش اعضای خانواده توسط کارکنان و مطمئن کردن اعضای خانواده از ارایه بهترین مراقبت به بیمارشان.

پایه‌ریزی می‌نمایند. آن‌ها مطرح نمودند که اطلاعات متضاد با واقعیت، باعث امید غلط و افزایش آشفته‌گی و کاهش اعتماد به کارکنان می‌شود (۳۱).

Maxwell و همکاران (۱۳) و نیز اباذری و عباس‌زاده (۱۸) علاوه بر نظر خانواده بیماران در مورد نیازهایشان، نظر پرستاران را نیز بررسی و آن‌ها را با نظر خانواده‌ها مقایسه نمودند. در مطالعه Maxwell و همکاران (۱۳) بیان شد که پرستار و خانواده در ۱۰ نیاز با هم توافق داشتند که مهم‌ترین آن‌ها در رده اطلاعات و اطمینان بودند و شامل پاسخ قابل اعتماد به سؤالات، اطمینان از این که بیمارشان مراقبت کافی را دریافت می‌کند، توضیح واژه‌های غیر قابل درک به خانواده‌ها، احساس امید و صحبت هر روزه با پزشک بود. اباذری و عباس‌زاده نیز مطرح کردند که خانواده‌ها اولین نیاز مهم را اطمینان از مراقبت کافی در مورد بیمارشان و آموزش اقدامات بعد از ترخیص را در رده دوم و اطلاع در مورد چگونگی درمان را در رده سوم اهمیت بیان کرده‌اند، اما پرستاران آموزش اقدامات بعد از ترخیص را اولین نیاز مهم، اطمینان از مراقبت کافی را دومین نیاز و اطلاع در مورد چگونگی درمان را در رده دهم اولویت بیان کرده‌اند.

با توجه به بررسی انجام شده در این مطالعه، مداخلات پیشنهادی جهت برآورده کردن نیازها به نحوه زیر خلاصه می‌شود:

به اعضای خانواده و فراهم نمودن امکانات ملاقات برای آنها تأکید می‌کند (۲۰). Kloos و Daly نیز بالاتکلیفی و بی‌اطلاعی اعضای خانواده را به عنوان یک خطر مهم و عامل افزایش سطح اضطراب، افسردگی، تحریک الکتریکی قشر مغز و افزایش سطح کورتیزول می‌دانند (۳۵).

نتیجه این مطالعه و بررسی مطالعات مشابه تأکید بر اهمیت اطلاعات دارد، اما Bailey و همکاران رابطه حمایت اطلاعاتی را با اضطراب و رضایتمندی خانواده بررسی و بیان کردند که حمایت اطلاعاتی، باعث افزایش رضایتمندی آنان شده ولی اضطراب را کاهش نداده است (۲۳). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که غیر از حمایت اطلاعاتی، نیازهای دیگری نیز باید برآورده شود تا اضطراب خانواده‌ها کم شود که اصلی‌ترین آنها نیازهای رده اطمینان است. در این مطالعه نیز اطمینان دومین رده نیاز مطرح شده بود.

از طرف دیگر، اکثر مطالعاتی که نیاز به اطلاعات را اولین رده مهم مطرح نموده بودند، بیان کرده بودند که خانواده‌ها نیاز به اطلاعات را جهت اطمینان از بهترین مراقبت در مورد بیمارشان و مشارکت در مراقبت از وی و حمایت از وی مطرح نموده‌اند. در مطالعه Verhaeghe و همکاران بیان شد که اعضای خانواده، امید و اطمینان خود را روی اطلاعات دریافت شده از کارکنان پایه‌ریزی می‌کنند که این نکته، اهمیت آرایه اطلاعات درست به اعضای خانواده را نشان می‌دهد (۳۱). در کلیه مطالعات نیز ذکر شده است که در رده اطمینان، خانواده‌ها بیشترین اهمیت را به سؤال اطمینان از بهترین مراقبت در مورد بیمارشان اختصاص داده‌اند. همان طور که در گذشته مطرح شد، در بررسی از نظر آماری، درصد بیشتر مطالعات نیاز به اطلاعات را مهم‌ترین رده نیاز مطرح نموده بودند، اما با مطالعه متن مطالعات و همچنین مطالعاتی که با خانواده بیماران مصاحبه انجام داده‌اند، می‌توان دریافت که به طور تقریبی همه مطالعاتی که اطلاعات را مهم‌ترین رده مطرح نموده‌اند، در ادامه بیان داشته‌اند که خانواده‌ها اطلاعات را برای اطمینان از دریافت مراقبت کافی از طرف بیمارشان مطرح نموده‌اند.

در مورد نیاز به مجاورت و ملاقات نیز درصد بالایی از

راحتی: تأمین اتاق انتظار راحت و دارای تلفن مرکزی به منظور برقراری ارتباط با بخش به راحتی، ایجاد انحراف فکر با گوش دادن به موسیقی و تماشای تصاویر و فیلم و خواندن مجلات و داستان.

بحث

یافته‌های این مطالعه ما را در شناسایی نیازهای مددجویان و نقش و مسئولیت ما در مقابل آنها یاری می‌نماید. شاید شناسایی این نیازها اولین گام برای توجه به خانواده بیماران در بخش‌های ویژه باشد. درصد بالایی از مطالعات، اطلاعات را مهم‌ترین دسته نیازها مطرح نموده بودند. اعضای خانواده در مطالعه Auerbach و همکاران نیز مطرح نموده بودند که نیاز به اطلاعات در مورد وضعیت بیمارشان و کارهایی که برای وی انجام می‌شود و تجهیزات استفاده شده برای وی، برآورده نشده است (۲۶). همچنین در مطالعه Lam و Beaulieu مطرح شده است که بهترین مراقبت برای آنها، اطلاع در مورد نوع تجهیزات مورد استفاده برای بیمارشان و چگونگی عملکرد آن می‌باشد (۲۷). در مطالعه Williams نیز خانواده‌ها بیان داشته‌اند که نیاز دارند اطلاعات و توجه از طرف کارکنان دریافت کنند تا بتوانند برای بهبودی بیمارشان تلاش و در مراقبت از وی مشارکت نمایند (۲۸).

در مقایسه نتایج این مطالعه با چند مطالعه مروری دیگر در این زمینه، می‌توان مطرح نمود که Miracle با نیازهای افراد فامیل را بررسی و نیاز به اطلاعات را مهم‌ترین نیاز مطرح نموده است (۳۲). وی بیان کرده است که اعضای فامیل، نباید احساس کنند که اطلاعات از آنها دریغ شده است. Leon و Knapp نیز راه اصلی پایین آوردن استرس فامیل و کمک کردن به آنها را دادن اطلاعات به آنها عنوان کرده است (۳۳). Davidson نیز ۱۸ مطالعه را که از پرسش‌نامه CCFNI استفاده کرده‌اند، بررسی و بیان کرده است که نیاز به اطلاعات، مهم‌ترین نیازها بوده است. همچنین ارتباط کارکنان با خانواده و دادن اطلاعات به آنها را مهم‌ترین راه کمک به سازگاری خانواده‌ها مطرح کرده است (۳۴). Von Horn و Kautz نیز بر روی دادن اطلاعات

Maruiti و همکاران بیان کرده‌اند که خانواده‌ها از بیماری عضو خانواده خود خسته‌اند، نیازهای استراحت و غذایی خود را نادیده می‌گیرند و تنها به فکر حمایت از بیمار خود هستند (۵).

نتیجه‌گیری

در طی بیماری و بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه، سایر اعضای خانواده نیز دچار بحران می‌شوند و نیازهای جدیدی پیدا می‌کنند. در صورت برآورده نشدن این نیازها، اعضای خانواده قادر به تطابق با بحران نیستند و نمی‌توانند حمایت لازم را به بیمارشان ارائه دهند. در این میان، پرستاران نقش مهمی در شناسایی و برآورده کردن نیازهای اعضای خانواده دارند. این نیازها به ترتیب اهمیت در ۵ طبقه اطلاعات، اطمینان، مجاورت، حمایت و راحتی خلاصه می‌شوند. بنابراین، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بایستی در مورد خانواده بیماران و نیازهای آن‌ها آموزش‌های لازم را ببینند و بر پایه این آموزش‌ها برای برآوردن نیازهای خانواده بیماران تلاش نمایند و با برقراری ارتباط صحیح و مملو از صداقت، اطلاعات مورد نیاز خانواده بیماران را در اختیار آن‌ها قرار دهند و آن‌ها را از دریافت بهترین مراقبت در مورد بیمارشان مطمئن نمایند.

محدودیت‌ها

به علت عدم دسترسی به متن کامل برخی از مقالات موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی، امکان دریافت برخی مقالات مشابه وجود نداشت که این امر باعث محدودیت در بررسی نتایج حاصل از این مقالات می‌شد. نویسندگان سعی کردند با جستجوی گسترده و دقیق در مطالعات، این مشکل را تا حدودی مرتفع نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل تلاش نویسندگان با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز است. بدینوسیله از معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مطالعات بررسی شده (۸۵ درصد) مجاورت را در رده سوم اهمیت بیان نموده بودند و درصد پایینی آن را در رده دوم بعد از اطلاعات بیان نموده بودند که این مطالعات نیز نیاز به مجاورت را جهت دریافت اطلاعات و اطمینان از بهترین مراقبت در مورد بیمارشان و همچنین حمایت از وی مطرح نموده بودند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که هدف خانواده‌ها از ملاقات بیمار و دریافت اطلاعات و اطمینان از بهبودی وی، اطمینان از این مورد است که بیمارشان بهترین مراقبت ممکن را دریافت می‌کند. پس نیاز به اطمینان بسیار مهم است و باید نیاز به اطمینان و اطلاعات را در یک سطح اهمیت قرار داد و باید اطلاعات ارائه شده به خانواده‌ها در راستای تأمین اطمینان آن‌ها پایه‌ریزی شود. این نتیجه نشان می‌دهد که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، باید از طریق برقراری ارتباط صحیح با خانواده بیماران، اطلاعات صحیح و درستی در مورد وضعیت بیمار، تغییرات ایجاد شده در وضعیت وی، نحوه درمان و اقدامات انجام شده برای وی به ایشان بدهند و آن‌ها را از تلاش کارکنان برای ارائه مراقبت صحیح و علمی و در حد مطلوب به بیمارشان مطمئن کنند تا بتوانند قدمی در راه کاهش اضطراب آن‌ها بردارند.

Cullen و همکاران از بین نیازها با تأکید بیشتر بر روی ملاقات، مطرح نموده‌اند که ملاقات حمایت، مجاورت، اطلاعات، راحتی و اطمینان را فراهم می‌کند. آن‌ها همچنین روی ملاقات بچه‌ها تأکید و بیان می‌کنند که فرزندان جزء مهمی از خانواده هستند که از استرس بیماری مستثنی نیستند و با وجود این که اطلاعات از آن‌ها دریغ می‌شود، قادرند بفهمند که چه اتفاقی افتاده است (۳۶). ۱۰۰ درصد مطالعات نیز آخرین سطح نیازها را نیاز به حمایت از طرف کارکنان و فراهم نمودن امکانات راحتی برای آن‌ها مطرح نموده‌اند. این مسأله نشانه آن است که خانواده‌ها به حدی درگیر بیماری عضو خانواده هستند که نیازهای خود را نادیده می‌گیرند و در همه مراحل، به فکر حمایت از بیمار خود و اطمینان از بهبودی وی هستند و نیازهایی را در رده‌های اول اهمیت بیان داشته‌اند که آن‌ها را در مورد بیمارشان مطمئن و به بهبودی او امیدوار سازد.

References

1. Rabia Siahkali S, Pourmeamari MH, Khaleghdoost Mohamadi T, Eskandari F, Avazeh A. Study on Effective Factors on Patients' Family Members Anxiety in Intensive Care Units. *J Zanzan Univ Med Sci* 2010; 18(70): 91-101. [In Persian].
2. Gavaghan SR, Carroll DL. Families of critically ill patients and the effect of nursing interventions. *Dimens Crit Care Nurs* 2002; 21(2): 64-71.
3. Li H, Melnyk BM, McCann R, Chatcheydang J, Koulouglioti C, Nichols LW, et al. Creating avenues for relative empowerment (CARE): a pilot test of an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers. *Res Nurs Health* 2003; 26(4): 284-99.
4. Soltani F. Family's experiences of patients admitted in intensive care unit (ICU) [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Science; 2005. [In Persian].
5. Maruiti MR, Galdeano LE, Dias Farah OG. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4): 636-42.
6. Garrouste-Org, Willems V, Timsit JF, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care* 2010; 25(4): 634-40.
7. Sheaffer H. The Met and Unmet Needs of Families of Patients in the ICU and Implications for Social Work Practice [Doctoral Thesis]. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania; 2010.
8. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs* 2012; 21(11-12): 1651-8.
9. Tyrie LS, Mosenthal AC. Care of the family in the surgical intensive care unit. *Anesthesiol Clin* 2012; 30(1): 37-46.
10. Hashim F, Hussin R. Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2012; 36(0): 103-11.
11. Yousefi H, Karami A, Moeini M, Ganji H. Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(4): 296-300.
12. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med* 2012; 40(2): 618-24.
13. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung* 2007; 36(5): 367-76.
14. Pashaei Sabet F. Family experiences of patients with coronary Artery Bypass Graft Surgery [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Science; 2006. [In Persian].
15. Davidson JE, Daly BJ, Agan D, Brady NR, Higgins PA. Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q* 2010; 33(2): 177-89.
16. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Crit Care Nurse* 2002; 22(6): 61-5.
17. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojzadeh M, Sheikhalipour Z. The Personal Social Factors of Nurses Beliefs about Open Visiting in ICU of Sina- Tabriz Hospital: Based on Reasoned - Action Theory of Ajzen - Fishbein. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2010; 32(3): 50-6. [In Persian].
18. Abazari F, Abbaszadeh A. Comparison of the attitudes of nurses and relatives of ICU and CCU patients towards the psychosocial needs of patients relatives. *J Qazvin Univ Med Sci* 2001; 5(3): 58-63. [In Persian].
19. Abedi H, Khademi M, Daryabeigi R, Alimohammadi N. The needs of hospitalized elderly family caregivers patients: A base of nursing education. *The journal of education in medical science. Iran J Med Educ* 2006; 6(1): 65-73. [In Persian].
20. van Horn ER, Kautz D. Promotion of family integrity in the acute care setting: a review of the literature. *Dimens Crit Care Nurs* 2007; 26(3): 101-7.
21. Fox-Wasylyshyn SM, El-Masri MM, Williamson KM. Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 2005; 34(5): 335-44.
22. Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *J Nurs Scholarsh* 2009; 41(1): 28-34.
23. 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 Crit Care Nurs* 2010; 26(2): 114-22.
24. Prachar TL, Mahanes D, Arceneaux A, Moss BL, Jones S, Conaway M, et al. Recognizing the needs of family members of neuroscience patients in an intensive care setting. *J Neurosci Nurs* 2010; 42(5): 274-9.
25. 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.

26. 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. *Am J Crit Care* 2005; 14(3): 202-10.
27. Lam P, Beaulieu M. Experiences of families in the neurological ICU: a "bedside phenomenon". *J Neurosci Nurs* 2004; 36(3): 142-5.
28. Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* 2005; 10(1): 6-14.
29. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003; 12(4): 490-500.
30. Gutierrez KM. Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: supporting families at the end of life. *Crit Care Nurs Q* 2012; 35(3): 299-313.
31. Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Defloor T, Duijnste MS, Grypdonck MH. How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit? *J Clin Nurs* 2007; 16(8): 1488-97.
32. Miracle VA. Strategies to meet the needs of families of critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2006; 25(3): 121-5.
33. Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27(6): 255-62.
34. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse* 2009; 29(3): 28-34.
35. Kloos JA, Daly BJ. Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients. *Crit Care Nurs Q* 2008; 31(2): 96-107.
36. Cullen L, Titler M, Drahozal R. Family and pet visitation in the critical care unit. *Crit Care Nurse* 2003; 23(5): 62-6.

Needs of Intensive Care Unit Patient Families

Mojgan Naderi¹, Fatemeh Rajati², Hojatolah Yusefi³,
Mohamadreza Tajmiri⁴, Siamak Mohebi⁵

Review Article

Abstract

Crisis in family members of patients in intensive care unit following hospitalization make new needs for them. If these needs unmet, they will experience many stress and anxiety and their ability in coping would be decreased. This was a review article study. Scientific database were searched and surveyed for collecting papers during 2000 to 2012 in English and Persian languages. Inclusive criteria were included qualitative and descriptive study. Exclusive criteria included studies that focused on infants and pediatrics, and non-intensive care unit. The most important family needs were informational needs in order to receive clear information about the patient's condition and the type of treatment to feel the patient is receiving high quality care. The less important needs are being comfortable and having support. The family needs are categorized in information, assurance, proximity, support, and comfort, respectively. Family asks information to sure the patient is receiving high quality care. The nurses are in a key position to support family members of critical patient and meeting their needs. They should make a good communication with family members to give information about the patient's condition and the type of treatment to make sure high quality patient care.

Key words: Family Needs, Intensive Care Unit, Patient, Family Anxiety

Citation: Naderi M, Rajati F, Yusefi H, Tajmiri M, Mohebi S. **Health Literacy among Adults of Isfahan, Iran.** J Health Syst Res 2013; 9(5): 473-83.

Received date: 13/01/2013

Accept date: 09/03/2013

1- MSc Student, Department of Adult Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran

2- Department of Public Health, School of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (Corresponding Author)
Email: f_rajati@hlth.mui.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Adult Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran

4- Eghlid Valiasr Hospital, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran

5- Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Science, Qom, Iran