

«زن و مطالعات خانواده»

سال یازدهم - شماره چهل و یکم - پاییز ۱۳۹۷

ص ص: ۱۲۱-۱۳۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۹/۲

تأثیر حضور حمایتی خانواده بر سیر بهبودی بیماران زن مبتلا به بیماری های قلبی عروقی

نایله عزتی^۱

چکیده

امروزه مراقبت جامع، مراقبت از خانواده و بیمار را در بر می گیرد. بر اساس نظریه و اصول اعتباربخشی ملاقات به عنوان یکی از نیازهای غیر درمانی بیماران، نوعی ایجاد تغییر از دیدگاه بیماری محور به دیدگاه بیمار محور است. هدف از این مطالعه تأثیر حضور حمایتی خانواده بر سیر بهبودی بیماران زن مبتلا به بیماری های قلبی عروقی در بخش مراقبت ویژه است. مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه پژوهش ۱۴۰ نفر از بیماران زن مبتلا به بیماری های قلبی عروقی در بیمارستان های منتخب تبریز در سال ۹۶-۱۳۹۵، به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمون مورد مطالعه قرار گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه مشتمل بر دو بخش ویژگی های دموگرافیک و معیار ارزیابی فیزیولوژی حاد و سلامتی مزمن آپاچی دو بود. جهت روایی ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا و برای تأیید پایایی از ضریب آلفای کرون باخ استفاده گردید. در تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS22، آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل، تی زوج، آنالیز واریانس یک طرفه، من ویتنی و کای اسکور استفاده گردید. نتایج نشانگر کاهش معنی دار شدت بیماری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود، به این معنی که حضور حمایتی خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه توانسته سبب تغییرات مثبت در روند بهبودی بیمار شود. همچنین، نتایج نشان از کاهش معنی دار عوارض بیماری در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود ($p < 0.05$). در پژوهش حاضر از روش حضور خانواده محور با هدف بالا بردن حساسیت بیمار و خانواده نسبت به بیماری و روند درمان استفاده شد. به کارگیری مداخلات خانواده محور حائز اهمیت می باشد. چتر حمایتی خانواده و افراد مهم در زندگی بیماران می تواند آنان را در مواجهه و سازگاری بهتر با عوارض و پیامدهای بیماری یاری دهد.

۱. عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.
nayelezati@yahoo.com.

واژه های کلیدی: بهبودی بیمار، حمایت خانواده، بخش ویژه، بیماری های قلبی عروقی

مقدمه

خانواده اولین پایگاه حمایتی جهت ارائه مراقبت، محبت و کمک های عملی در هنگام نیاز به صورت بدون قید و شرط است (دیل و گانس کلولاند^۱، ۲۰۱۰). خانواده یکی از عوامل موثر در فرآیند درمان و سلامتی بیمار در بخش مراقبت های ویژه است. مفهوم مراقبت خانواده محور به عنوان دیدگاه فلسفی جهانی شامل چهار مفهوم هسته ای تکریم و احترام، اشتراک اطلاعات، مشارکت و همکاری است (گاروس^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). خانواده بخش مهم و اساسی در سلامت هر فرد بوده و می تواند نقش بسزایی در احساس سلامتی بیمار داشته باشد. امروزه محیط مراقبت شامل بیماران و خانواده است و مراقبت جامع، مراقبت از خانواده و بیمار را در بر می گیرد (عباس زاده و همکاران، ۱۳۷۸). اما به دلایلی همیشه این تداوم در مشارکت خانواده امکان پذیر نبوده و خانواده از بیمار دور نگه داشته می شود. در بخش مراقبت ویژه به دلیل ساختار و فلسفه آن حضور اعضای خانواده ممنوع بوده و ملاقات ها به شدت محدود می گردد (مارکو^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). در حال حاضر تقریباً در کلیه بیمارستان های آموزشی ایران این محدودیت ها اعمال می شود که از جمله علل آن باور خاص پرسنل درمان در خصوص تایید حضور خانواده بر افزایش عفونت است. بعلاوه به اعتقاد آنان حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه موجب وقفه در استراحت بیمار شده و موجب تغییرات فیزیولوژیکی مانند افزایش ضربان قلب، آریتمی، افزایش فشار خون و اضطراب در بیماران می شود (باشتی و همکاران، ۱۳۹۵). هر چند سیستم های متنوعی در مواجهه با ملاقات و اصول آن وجود دارد، اما با ورود نظریه و اصول اعتباربخشی در سیستم بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفتن ملاقات به عنوان یکی از نیازهای غیر درمانی بیماران، نوعی ایجاد تغییر از دیدگاه بیماری محور به دیدگاه بیمار محور است، اصل بیمار بودن مراقبت در حقیقت مد نظر قرار دادن ترجیحات و نیازهای بیماران و احترام به ارزش های آنها است (گیانی نی^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات نشان می دهد راهبرد ملاقات محدود هیچگونه پایه علمی ندارد (مارکو و همکاران، ۲۰۰۶). ضمن این که بافت مذهبی و سنتی کشور ایران باعث شده موضوع ملاقات از بیماران یک وظیفه انسانی توأم با اجر و پاداش معنوی تلقی گردد (زارعی و همکاران، ۱۳۹۵). مراقبت خانواده محور بیشتر در بخش هایی که بیماران با بیماری جدی و تهدیدکننده حیات با اثر مخرب روی خانواده مواجهند مطرح شده و مشارکت فعال خانواده در برنامه مراقبتی

۱ . Dill,k. & Gance

۲ . Garrouste.Orgeas M. Willems V

۳ . Marco et al

۴ . Giannini et al

لازمه اجرای آن است (هانز^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). از طرفی، خانواده های بیماران به علت کمبود اطلاعات در ارتباط با بیماری عدم شناخت نیازهای بیمار و ناآگاهی از نحوه مراقبت بیمار، فاقد کارایی لازم در ارائه مراقبت موثر می‌باشند. آموزش با رویکرد خانواده، محور فرآیندی است که در آن اعضای خانواده در جهت افزایش مهارت‌ها و توانایی‌های خود برای کمک به عضوی از خانواده که به بیماری مبتلا شده است آموزش می‌بیند (نیری و همکاران، ۲۰۱۱). آموزش خانواده محور یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است و هدف آن، افزایش میزان آگاهی و توانایی خانواده به جهت ارائه مراقبت منحصر به فرد برای هر بیمار است (ثنایی و همکاران، ۲۰۱۱).

بنابر این ارائه برنامه آموزشی خانواده محور منطبق بر نیاز بیمار و خانواده عمده ترین کار، در بخش مراقبت های پرستاری است (گو^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). برنامه های منظم آموزش به خانواده بیمار، ملاقات پرستار با خانواده حین پذیرش و روزهای بستری، آموزش های ویدئویی و نوشتاری و کنفرانس های منظم برای خانواده و ارائه بروشور است (دیوید سان^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). در روش آموزش خانواده محور حضور فعال خانواده در امر بررسی و تشخیص نیازها و آموزش ها وجود دارد، زیرا اعتقاد بر این است که وقوع بیماری در یک فرد منجر به ورود تک تک اعضای خانواده در چرخه سیر بیماری می‌شود (میتو و کاپوول^۴، ۲۰۰۵). اجرای مراقبت خانواده محور، تجربه موفقی در کاهش مدت زمان بستری و میزان مرگ و میر دارد (اورتن استرن^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). شواهد زیادی برای فواید ملاقات آزاد در بخش های ویژه وجود دارد. ملاقات آزاد موجب کاهش معنی‌دار اضطراب بیمار می‌شود و با وجود افزایش آلودگی محیط بیمار طی دوره های ملاقات آزاد در بخش مراقبت ویژه، این افزایش با بالا رفتن میزان عوارض عفونی همراه نبوده است. همچنین در طی ملاقات آزاد عوارض قلبی، میزان مرگ و میر و سطح هورمون های کورتیزول و محرک تیروئید (هورمون های دخیل در پاسخ به استرس) در بیماران به صورت معنی‌دار کاهش یافته بود، که می‌توان گفت ملاقات آزاد به عنوان عامل محافظت کننده در بیماران محسوب می‌گردد (فوماگالی^۶ و همکاران، ۲۰۱۰).

مطالعات نشان می‌دهد در حضور ملاقات کنندگان میزان دیس ریتمی‌های قلبی در بیماران بستری در CCU کاهش یافته و شاخص های قلبی عروقی تغییر نداشته است (یزدانی، ۱۳۸۷). همچنین ملاقات به صورت معنی‌داری از اضطراب آشکار بیماران بستری در CCU کاهش (دانش و همکاران، ۱۳۸۵) و عدم

۱ . Hynes P, et al

۲ . Gao, F. et al

۳ . Davidson JE. et al

۴ . Meeto D, Gopaul H. Empowerment

۵ . Ortenstrand et al

۶ . Fumagalli et al

ملاقات با همسر و خانواده در راس عوامل استرس زای بیمار بعد از عمل جراحی قرار دارد (ال وارین^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین بیماران بخش مراقبت ویژه به دنبال کاهش سطح هوشیاری، اغلب مبتلا به عارضه محرومیت حسی می‌شوند. بر اساس مطالعات انجام شده ایجاد تحریکات حسی منظم بخصوص در ابتدای پذیرش بیمار، با کاهش خطر محرومیت حسی، زمان بستری شدن بیمار در بخش‌های ویژه را کاهش و از اضطراب بیمار کاسته می‌شود (احسائی و همکاران، ۱۳۸۵).

حضور خانواده بر بستر بیمار می‌تواند منشاء مناسبی برای ایجاد این تحریکات حسی باشد (تیلور^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). نقش خانواده به عنوان مشارکتی مهم در پیشبرد اهداف درمانی حائز اهمیت است. در کشور ایران روابط و پیوندهای خانوادگی دارای ریشه‌های عمیق است و خانواده‌های ایرانی اغلب تمایل دارند امور مراقبت از بیمار را به عهده بگیرند. بنابراین می‌توان از این منبع غنی جهت بهبودی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری بهره برد (خرد و همکاران، ۱۳۹۴). در نظر داشتن جنبه‌های غیر زیستی بیمار و خانواده جهت فراهم کردن مراقبت جامع ضروری است. بیماران اغلب خانواده را منبع عشق، درک و حمایت می‌دانند. هر چند بررسی کامل خانواده و ارائه حمایت کافی به اعضای خانواده عملاً مقدور نیست، اما پرستار مراقبت ویژه می‌تواند کیفیت تعامل بیمار، خانواده و مداخلاتی را که خانواده برای حمایت از بیمار کمک می‌کند را تدوین کند (اوردن^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). مراقبت و آموزش خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است و هدف آن حفظ تمامیت و یکپارچگی خانواده بیمار و ارائه مراقبت منحصر به فرد برای هر بیمار است (ثنایی و همکاران، ۱۳۹۱). اعضای خانواده هر بیمار باید به صورت جداگانه ارزیابی شده و قابلیت‌ها و تمایلات خود را در مورد شرکت در مراقبت تعیین کنند. برخی از افراد با دیدن دستگاه‌های مانیتور و تجهیزات کنار بستر بیمار دچار ترس از انجام اشتباه می‌شوند و بنابر این تمایل به شرکت مستقیم در مراقبت ندارند. با این حال در این وضعیت قادرند اطلاعات مورد نیاز را به دست آورده و به طور غیر مستقیم به مراقبت بیمار کمک نمایند (لئون و کنپ^۴، ۲۰۰۸).

تشویق خانواده برای شرکت در فعالیت‌های مراقبتی بیمار یکی از مداخلات اساسی پرستار است و می‌تواند دامنه‌ای از شرکت جزئی (مثل درخواست از عضو خانواده برای دادن یک پنبه الکلی) تا مشارکت بیشتر باشد. با این که موانع متعددی بر سر راه مشارکت خانواده در مراقبت وجود دارد مانند تردید پرستاران، مقررات موجود در بخش، پرسنل ناکافی، کمبود زمان، مطالعات نشان داده‌اند خانواده علاقه زیادی به شرکت در مراقبت بیمار داشته و به آن اهمیت می‌دهد. کمک در انجام فعالیت‌های ساده می‌تواند همبستگی

۱ . Alvarez et al

۲ . Treloar et al

۳ . Urden et al

۴ . Leon AM, Knapp S.

بیمار و خانواده را فراهم و بهبودی وی را تسریع نماید (سولی^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). علی رغم آثار مثبت شرکت خانواده در مراقبت بیمار به گواهی نتایج مختلف، حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه در سطح بالاتر شرکت آنان در برنامه مراقبتی خانواده محور در بخش های ویژه حاکی از کمبود مطالعه در بخش های ویژه است (تکاگر و لانگ^۲، ۲۰۱۰).

مرور مطالعات با موضوع مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه حاکی از کمبود مطالعه در این بخش ها است (لام و بیولو^۳، ۲۰۱۴). در کشور ایران روابط و پیوندهای خانوادگی دارای ریشه های عمیقی است و خانواده های ایرانی اغلب تمایل دارند امور مراقبتی در بیمار خود را به عهده بگیرند. بنابر این می توان از این منبع غنی جهت بهبود بیماران متعاقب ابتلا به بیماری قلبی بهره برد. با وجود شیوع روزافزون بیماری های عروق کرونری، توانایی های بالقوه خانواده جهت حمایت وجود دارد. مطالعه حاضر در زمینه تأثیر حضور حمایتی خانواده بر سیر بهبودی بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونری است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر حضور خانواده بر سیر بهبودی بیماران زن مبتلا به بیماری های قلبی عروقی انجام شد.

ابزار و روش پژوهش

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی با گروه کنترل است که در آن تأثیر حضور حمایتی خانواده بر سیر بهبودی بیماران زن مبتلا به بیماری های قلبی عروقی در بیمارستان های منتخب تبریز در سال ۹۶-۱۳۹۵ انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن بیمار یا اعضای خانواده که او را در فرآیند درمان به منظور کسب بهبودی و ارتقای سطح سلامت همراهی کند، نداشتن بیماری روحی روانی بیمار، وجود امکان برقراری تماس تلفنی و ملاقات با بیمار بعد از ترخیص، اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بیمارستان، رضایت شرکت در مطالعه، داشتن سن بین ۴۰ تا ۶۰ سال برای بیمار، داشتن توانایی و آمادگی جهت مصاحبه و پاسخ به سولات پرسشنامه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم امکان حضور اعضای درجه اول خانواده به علل مختلف، اجرای مداخلات اورژانسی به دلایلی غیر از مشکل قلبی، عدم توانایی مشارکت بیمار، عدم تمایل جهت ادامه مطالعه، ترخیص زودهنگام بیمار و فوت بیمار بود. جهت رعایت موارد اخلاقی، بیماران برای شرکت در مطالعه و همچنین از مسئولین امور مطلع و کسب اجازه شد.

۱ . Sole et al

۲ . Thacker KS. Long JM.

۳ . Lam P, Beaulieu M.

جامعه پژوهش را بیماران زن مبتلا به بیماری عروق کرونری بستری در بخش های ویژه در بیمارستان های منتخب تبریز تشکیل داده اند. تعداد نمونه به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف، با استفاده از فرمول مطالعات تجربی تعیین شد. انحراف معیار با توجه به مطالعات پیشین برابر ۰۰۶، توان آزمون ۸۰٪، خطای آلفا برابر ۰۰۵، حجم اثر برابر ۲۰٪ با تعداد ۱۴۱ نفر تعیین گردید که با احتساب ضریب اطمینان تعداد نمونه ۱۵۰ نفر انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه استاندارد از پیش تنظیم شده و شامل دو بخش استفاده شد. بخش اول شامل پرسش هایی درباره ویژگی های واحدهای پژوهش و بخش دوم معیار ارزیابی فیزیولوژی حاد و سلامتی مزمن آپاچی دو بود. معیار ارزیابی فیزیولوژی حاد و سلامتی مزمن، یک ابزار روا و پایا است که جهت کسب اطلاعات عینی از شدت بیماری در بخش های ویژه مورد استفاده قرار می گیرد. از این ابزار به طور معمول جهت بررسی کفایت و کنترل روند درمان استفاده می شود. این ابزار دارای سه قسمت است: قسمت اول شامل امتیاز فیزیولوژی حاد شامل مجموع امتیازات ۱۲ نوع اندازه گیری بالینی است که ۲۴ ساعت اول پس از پذیرش بیمار در بخش ویژه به دست می آید. این معیارهای دوازده گانه شامل دمای بدن، فشار متوسط شریانی، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، فشار کسیژن شریانی، آزمایش خونی، میزان وقوع آریتمی های خطرناک قلبی مانند تاکی کاردی بطنی، فیبریلاسیون بطنی، بلوک پیشرفته دهلیزی بطنی و آسیستول، نارسایی حاد قلبی مانند ادم ریوی و یا شوک قلبی در طی بستری بیمار در نظر گرفته شد، که هر کدام ۴-۰ امتیاز می گیرند. بهترین امتیاز صفر و بدترین آن چهار است. در صورت ابتلای بیمار به نارسایی حاد کلیه، امتیاز مربوط به کراتینین سرم دو برابر منظور می گردد. همچنین امتیاز سطح هوشیاری بیمار با جدول گلاسکو محاسبه و با امتیازهای حاصل جمع می گردد. حداکثر امتیاز کسب شده از این بخش ۶۰ و حداقل آن صفر است. قسمت دوم نقش سن بیمار است برای بیماران بالای ۵۰ سال بین یک تا شش امتیاز داده می شود. سوم ارزیابی سلامتی مزمن است اگر بیمار مبتلا به نارسایی شدید یا مزمن عضوی در سیستم قلب و عروق، ریوی، کلیوی، کبدی، غدد و ایمنی باشد، یک عملیات تعدیلی روی امتیاز بدین ترتیب صورت می گیرد: در صورت انجام عمل جراحی انتخابی دو امتیاز و در جراحی های اورژانس ۵ امتیاز به مجموع امتیازات افزوده می گردد. حداقل نمره کسب شده از این ابزار صفر و حداکثر آن ۷۰ است. سطح امتیاز زیر ۱۰ شدت کم بیماری و کمترین احتمال مرگ و میر، امتیاز بین ۱۰ تا ۲۰ شدت متوسط بیماری و امتیاز بالاتر از ۲۰ شدت بالای بیماری و احتمال مرگ و میر بالا را نشان می دهد. مطالعات نشان می داد که سیستم نمره دهی آپاچی دو، در مانیتورینگ روش های درمانی بیماران، مقایسه اثر درمان ها، تصمیم برای تغییر روش درمان، مقایسه عملکردها و کیفیت خدمات ارائه شده کمک کننده است. برخی از تحقیقات، مفید بودن این سیستم نمره دهی را در رده بندی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه و اداره بهتر بیمارانی که عمل جراحی داشته اند را تایید می کند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۸۹).

در این مطالعه امتیاز آپاچی دو به صورت دستی توسط پژوهشگر محاسبه شد. روایی فرم انتخاب واحدهای پژوهش و پرسشنامه اطلاعات فردی از روش سنجش اعتبار محتوا استفاده شد. جهت نایل شدن به این هدف، جدیدترین منابع علمی و مطالعات مرتبط با پژوهش، فرم های مذکور تنظیم و جهت ارزیابی در اختیار همکاران هیئت علمی دانشکده قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن نظرات اصلاحی، فرم ها جهت استفاده تدوین شد. علاوه بر تایید پایایی فرم ها، به علت عینی بودن و مورد استفاده و تجربه واقع شدن سوالات، از ضریب آلفای کرون باخ نیز استفاده گردید که میزان محاسبه شده بیش از ۰,۷۸ بود که بیانگر پایایی بالای ابزار مورد پژوهش است. مداخله حضور مداوم در طی چندین نوبت روز در دوران بستری بیمار و برقراری ارتباط روحی روانی و انجام مداخلات اولیه در هر دو گروه مداخله-کنترل، مشخص بود. جهت بررسی بهبودی بیمار، آپاچی بیمار در ۲۴ ساعت اول پذیرش و در ۲۴ ساعت روز سوم یا چهارم پذیرش محاسبه گردید. در پایان پس از حذف چند نفر از گروه مداخله و کنترل، با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش، آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف محور، میانه استفاده شد. به منظور مقایسه تفاوت آپاچی دو در روز اول و چهارم در هر دو گروه مداخله و کنترل از آزمون آماری تی زوج استفاده شد و جهت مقایسه تفاوت آپاچی دو در دو گروه مداخله و کنترل در روز چهارم از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد. توزیع فراوانی شدت بیماری قبل و بعد از مداخله در دو گروه توسط آزمون من ویتنی مقایسه شد. جهت کنترل متغیر مداخله گر از روش مدل خطی عمومی استفاده گردید. در این پژوهش ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰ و سطح معنی دار ۰,۰۵ مورد نظر قرار گرفت.

یافته های پژوهش

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۵۳,۰۷ سال و ۸۶/۴۳ درصد بیماران متاهل بودند. ۶۴/۲۹ درصد واحدهای مورد پژوهش ساکن تبریز و ۸۰/۱۷ درصد آنها خانه دار بودند. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای مداخله گر به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل، همراه با نتایج حاصل از آزمون های همگن بررسی، در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک

به تفکیک دو گروه

p = ۰/۰۰۵	کل	کنترل	مداخله	متغیر	
	n (%)	n (%)	n (%)		
	۸ (۵/۷۱)	۳ (۴/۲۹)	۵ (۷/۱۴)	۴۴-۴۰	سن (سال)
	۱۸ (۱۲/۸۶)	۷ (۱۰/۰۰)	۱۱ (۱۵/۷۱)	۴۹-۴۵	

	۵۴-۵۰	۱۸ (۲۵/۷۱)	۱۹ (۲۷/۱۴)	۳۷ (۲۶/۴۳)	W=۰/۲۰۹
	۶۰-۵۴	۳۶ (۵۱/۴۳)	۴۱ (۵۸/۵۷)	۷۷ (۵۵/۰۰)	
		M=۵۳/۰۷	M=۵۴/۰۰	M=۵۳/۵۴	
		SD=۴/۸۰	SD=۴/۱۷	SD=۴/۵۰	
	تبریز	۴۷ (۶۷/۱۴)	۴۳ (۶۱/۴۳)	۹۰ (۶۴/۲۹)	
محل سکونت	شهرستان	۱۳ (۱۸/۵۷)	۹ (۱۲/۸۶)	۲۳ (۱۵/۷۱)	S=۰/۷۲۱
	روستا	۱۰ (۱۴/۲۹)	۱۸ (۲۵/۷۱)	۲۸ (۲۰/۰۰)	
	ابتدائی	۳۳ (۴۷/۱۴)	۳۰ (۴۲/۸۶)	۶۳ (۴۵/۰۰)	
تحصیلات	راهنمایی	۲۳ (۳۲/۸۶)	۲۰ (۳۰/۰۰)	۴۴ (۳۱/۴۳)	W=۰/۴۵۳
	دیپلم	۱۱ (۱۵/۷۱)	۱۴ (۲۰/۰۰)	۲۵ (۱۷/۸۶)	
	بالتر از دیپلم	۳ (۴/۲۹)	۵ (۷/۱۴)	۸ (۵/۷۱)	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۳۹ (۵۵/۷۱)	۳۶ (۵۲/۴۳)	۷۵ (۵۳/۵۷)	
	متوسط	۲۵ (۳۵/۷۱)	۲۷ (۳۸/۵۷)	۵۲ (۳۷/۱۴)	W=۰/۶۷۸
	خوب	۶ (۸/۵۷)	۷ (۱۰/۰۰)	۱۳ (۹/۲۹)	
وضعیت تأهل	متاهل	۵۹ (۸۴/۲۹)	۶۲ (۸۸/۵۷)	۱۲۱ (۸۶/۴۳)	S=۰/۵۸۴
	متارکه	۱۱ (۱۵/۷۱)	۷ (۱۰/۰۰)	۱۸ (۱۲/۸۶)	
	بیوه	۰ (۰/۰۰)	۱ (۱/۴۳)	۱ (۰/۷۱)	
شغل	خانه دار	۵۸ (۸۲/۸۶)	۵۵ (۷۸/۵۷)	۱۱۳ (۸۰/۷۱)	S=۰/۹۷۲
	کارمند	۲ (۲/۸۶)	۵ (۷/۱۴)	۷ (۵/۰۰)	
	بازنشسته	۴ (۵/۷۱)	۷ (۱۰/۰۰)	۱۱ (۷/۸۶)	
	کشاورز	۶ (۸/۵۷)	۳ (۴/۲۹)	۹ (۶/۴۳)	

واحدهای مورد پژوهش، بیماران با سندرم کرونری حاد بودند که وارد پژوهش شدند. به منظور بررسی همگن بودن توزیع فراوانی نوع تشخیص پزشکی در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون کای اسکولر استفاده و مشخص گردید. توزیع بیماران در دو گروه مداخله و کنترل همگن بود ($p = ۰/۹۲۲$)، (جدول ۲).

جدول (۲): توزیع فراوانی نوع سندرم کرونری حاد بیماران مورد پژوهش به

تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

تشخیص	مداخله n (%)	کنترل n (%)	کل n (%)	آزمون کای اسکولر p-value
آنژین صدری	۴۵ (۶۴/۲۹)	۴۷ (۶۷/۱۴)	۹۲ (۶۵/۷۱)	p = ۰/۹۲۲
انفارکتوس میوکارد	۸ (۱۱/۴۳)	۹ (۱۲/۸۶)	۱۷ (۱۲/۱۴)	
آنژین پس از انفارکتوس	۱۷ (۲۴/۲۸)	۱۴ (۲۰/۰۰)	۳۱ (۲۲/۱۵)	s = ۰/۷۵۴
تعداد کل (%)	۷۰ (۱۰۰/۰۰)	۷۰ (۱۰۰/۱۰۰)	۱۴۰ (۱۰۰/۰۰)	

جهت مقایسه تغییرات امتیاز بهبودی بیمار در روز اول و چهارم پذیرش بیمار در بخش مراقبت ویژه در دو گروه مداخله و کنترل، با توجه به نرمال بودن توزیع امتیاز بهبودی بیمار بر اساس معیار آپاچی دو، از آزمون تی مستقل استفاده شد. همچنین جهت مقایسه میانگین امتیاز بهبودی روز اول در دو گروه کنترل و مداخله، مقایسه میانگین امتیاز بهبودی بیمار روز چهارم در دو گروه مداخله و کنترل و نیز مقایسه میانگین تفاوت امتیاز بهبودی بیمار روز اول و چهارم در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت مقایسه میانگین امتیاز بهبودی بیمار در روز اول و چهارم در هر یک از گروه ها به صورت جداگانه، از آزمون تی زوجی استفاده شد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین میانگین امتیاز بهبودی بیمار روز اول در گروه های مداخله و کنترل، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه از نظر این متغیر همگن بودند ($p = 0/838$) ولی بین میانگین امتیاز بهبودی بیمار روز چهارم در گروه های مداخله و کنترل، تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p = 0/002$) همچنین نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد بین میانگین تفاوت امتیاز بهبودی بیمار روز اول و چهارم در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($p = 0/003$). مقایسه میانگین امتیاز بهبودی بیمار در روز اول و چهارم در دو گروه مداخله و کنترل در جدول (۳) آمده است.

جدول (۳): مقایسه میانگین امتیاز بهبودی بیمار در روز اول و چهارم در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل		کنترل	مداخله	متغیر سطح امتیاز بر اساس
p-value	df	t	انحراف معیار \pm میانگین	
0/838	128	0/15	12/71 \pm 6/62	سطح امتیاز روز اول
0/002	128	1/212	10/57 \pm 6/23	سطح امتیاز روز چهارم
0/003	128	1/625	-2/14 \pm 6/34	تفاوت امتیاز روز اول و
			$p < 0/005$	
			$p < 0/005$	
			t=3/427	نتیجه آزمون تی زوج
			t=4/652	
			df=69	
			df=69	

آزمون اندازه گیری تکراری نشان داد بین گروه و زمان اثر متقابل وجود دارد ($F = 7/49$ و $p = 0/004$) (=). لذا هر کدام از زمان ها و گروه ها به طور جداگانه آزمون گردید. با هدف بررسی بیماران مورد پژوهش از نظر شدت بیماری از روی امتیاز بهبودی بیمار بر اساس آپاچی دو، طبق استاندارد این ابزار، سطح امتیاز آپاچی دو کمتر مساوی ۱۰ شدت پایین، بین ۱۱ تا ۲۰ شدت متوسط و بیشتر از ۲۰ شدت بالای بیماری دسته بندی شدند. نتیجه بررسی فراوانی نشان داد ۶۰ درصد بیماران مورد پژوهش، در گروه مداخله در روز اول از شدت متوسط بیماری و در گروه کنترل ۵۷/۱۴ درصد بیماران از شدت متوسط بیماری برخوردار

بودند. همچنین ۶۱/۴۳ درصد بیماران مورد پژوهش، در گروه مداخله در روز چهارم از شدت پائین بیماری و در گروه کنترل ۴۸/۵۷ درصد بیماران از شدت پائین بیماری برخوردار بودند. به منظور همگن بودن دو گروه مداخله و کنترل، از نظر امتیاز بهبودی بیمار، در روز اول از آزمون من ویتنی استفاده شد. نتیجه نشان داد اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر فراوانی شدت بیماری، وجود ندارد و دو گروه از این لحاظ همگن بودند ($p = ۰/۸۶۴$). همچنین دو گروه از نظر فراوانی شدت بیماری در روز چهارم توسط آزمون من ویتنی مقایسه شدند. بر اساس نتیجه این آزمون در روز چهارم، شدت بیماری در گروه مداخله نسبت به کنترل کاهش معنی‌دار آماری داشت ($p = ۰/۰۳۲$). توزیع فراوانی شدت بیماری در دو گروه مداخله و کنترل، روز اول و چهارم و نتایج آزمون‌های یاد شده در جدول (۴) گزارش شده است.

جدول (۴): مقایسه توزیع فراوانی شدت بیماری قبل و بعد از مداخله به تفکیک دو گروه

گروه	روز اول		روز چهارم		شدت بالا
	شدت پایین	شدت بالا	شدت پایین	شدت بالا	
	n (%)		(%) تعداد		
مداخله	۱۸ (۲۵/۷۱)	۴۲ (۶۰/۰۰)	۴۳ (۶۱/۴۳)	۲۲ (۳۱/۴۳)	۵ (۷/۱۴)
کنترل	۲۳ (۳۲/۸۶)	۴۰ (۵۷/۱۴)	۳۴ (۴۸/۵۷)	۳۳ (۴۷/۱۴)	۳ (۴/۲۹)
کل	۴۱ (۲۹/۲۹)	۸۲ (۵۸/۵۷)	۷۷ (۵۵/۰۰)	۵۵ (۳۹/۲۹)	۸ (۵/۷۱)
نتیجه آزمون	P = ۰/۷۱۷		P = ۰/۰۳۲		
من ویتنی	Z = ۰/۲۴۳		Z = ۰/۳۵۳		

به منظور بررسی رابطه تغییرات امتیاز آپاچی دو بعد از مداخله، از نظر ویژگی‌های دموگرافیک، مواردی که از نظر منطقی می‌توانست بر تغییرات نمره بهبودی بیمار موثر باشد انتخاب و سپس با استفاده از آزمون‌های آماری رابطه آنها با تغییرات نمره آپاچی بررسی گردید. نتایج نشان داد از میان این ویژگی‌ها، بین سن بیمار و تغییرات امتیاز آپاچی دو، بیماران مورد مطالعه در گروه مداخله رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۵$). به گونه‌ای که سن بیماران ۴۰-۴۴ سال تغییر معنی‌دار آماری مثبت در امتیاز بهبودی بیمار آپاچی دو ایجاد کرده است. همچنین تفاوت بین تغییرات امتیاز آپاچی دو بیماران تحت مطالعه و نوع سندرم کرونری حاد با آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بررسی و مشخص شد بین این دو متغیر اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد. اما با توجه به نزدیک بودن p-value به سطح معنی‌داری، آزمون تعقیبی توکی انجام گردید. نتیجه این آزمون نشان داد تغییرات امتیاز آپاچی دو بین بیماران با آنژین صدری و انفارکتوس میوکارد شاخص‌تر است ($p < ۰/۰۰۵$)، (جدول ۵).

جدول (۵): مقایسه تغییرات امتیاز آپاچی دو بیماران تحت مطالعه با نوع سندرم کرونری حاد

نوع سندرم کرونری حاد	تغییرات امتیاز آپاچی دو انحراف معیار \pm میانگین	آزمون آنالیز واریانس یک طرفه
آنژین صدری	$-0/95 \pm 6/63$	$p=0/059$
انفارکتوس میوکارد	$-0/27 \pm 6/72$	$df=138$
آنژین پس از انفارکتوس	$0/22 \pm 6/68$	$f = 2/323$

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، تغییرات امتیاز بهبودی بیمار بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، اختلاف آماری معنی‌داری داشته است. به طوری که شدت بیماری بر اساس امتیاز آپاچی دو، به عنوان امتیاز سطح پیشرفت بیمار، کاهش معنی‌داری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داده است. بیماران از لحاظ ویژگی‌های موثر فردی و مشخصات بیماری، در دو گروه به شکل مشابه توزیع شده بودند و تفاوت بین این دو گروه، عامل مداخله، یعنی حضور خانواده در ساعات خاص در بخش مراقبت ویژه بود. بنابر این کاهش معنی‌دار شدت بیماری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، به این معنی است که حضور حمایتی خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه توانسته سبب تغییرات مثبت در روند بهبود بیمار شود. با هدف دستیابی به مطالعاتی که در راستای هدف پژوهش حاضر، به نوعی اثر حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه را بر شاخص‌های بهبودی بیمار ارزیابی کرده باشند، چند مطالعه تجربی و نیمه تجربی دارای گروه کنترل، در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت. در یکی از مطالعات، عامل مداخله، حضور اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه و شرکت در انجام مراقبت‌های پایه بیمار بود. نتیجه مطالعه در حوزه تاثیر بر روند بهبودی بیمار، نشان داد این مداخله اثر معنی‌دار آماری به بهبودی بیمار نداشته است (جان و فلاور، ۲۰۰۹). در پژوهش دیگر، نتایج نشان داد با طراحی دوره‌های ملاقات آزاد در بخش مراقبت ویژه شانس بهبودی بیمار با حضور خانواده افزایش می‌یابد (فوماگالی و همکاران، ۲۰۱۰).

در این مطالعه، نتایج نشان از کاهش معنی‌دار عوارض بیماری در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل داشت و بروز عوارض قلبی در بیماران گروه کنترل بیش از بیماران گروه مداخله گزارش شد. جهت بررسی وجود استرس به عنوان یکی از شاخص‌های وضعیت بالینی بیمار، زمان پذیرش و زمان ترخیص از مراقبت ویژه، از سنجش اضطراب اسپیل برگر برای بیماران هر دو گروه استفاده شد. اختلاف معنی‌دار در افزایش ضریب اضطراب در گروه کنترل نسبت به گروه مداخله وجود داشت. کاهش بروز عوارض قلبی در بیماران این بخش، در دوره مداخله (دوره ملاقات آزاد) در مقایسه با دوره کنترل (دوره ملاقات محدود)، سایر نتایج حاصل از این مطالعه را حمایت می‌کند. در این مطالعه به شرکت خانواده در مراقبت از بیمار اشاره نشده است. اما با توجه به این که در گروه مداخله اعضای خانواده می‌توانستند تا زمان ترخیص بدون

محدودیت زمان کنار بیمار خود حضور داشته باشند، کاهش و نوع عوارض قلبی عروقی در این گروه می تواند ناشی از مراقبت نزدیک تر اعضای خانواده در گزارش تغییرات ایجاد شده در بیمار و واکنش دقیق تر و سریع تر پرسنل به آن باشد. از طرفی پایین بودن استرس و اضطراب در بیماران گروه مداخله به شکل غیر مستقیم در کاهش این عوارض نقش داشته است.

در این پژوهش، تاثیر حضور خانواده بر روند بهبودی بیمار، آن بخش از برنامه که برای ارتباط با بیمار و کاهش سطح استرس بیمار که می توانست تاثیر بیشتری بر بهبودی بیمار داشته باشد، به عنوان قسمت عمده فعالیت های اعضای خانواده بر بالین بیمار در بخش مراقبت ویژه گنجانده شد. امتیاز آپاچی دو پس از گذشت دو روز در گروه مداخله افزایش معنی داری نسبت به گروه کنترل داشت. همچنین با این فرض که در گروه مداخله، اعضای خانواده مراقبت های محول شده را با کیفیت های متفاوت انجام می دهند که می تواند به بهبودی بیمار اثرگذار باشد، میزان تغییرات امتیاز بهبودی بیمار در روز چهارم نسبت به ویژگی های عضو خانواده در گروه مداخله بررسی شد. از میان ویژگی های عضو خانواده که می توانست اثرگذار باشد، همسر بودن عضو خانواده، تغییر معنی داری در کاهش شدت بیماری بیماران نشان داد. برقراری ارتباط عاطفی، مخصوصاً همسر بیمار، تاثیر بارزی در روند کاهش استرس و بهبودی بیمار داشت. در پژوهش حاضر از روش حضور خانواده محور با هدف بالا بردن حساسیت بیمار و خانواده نسبت به بیماری و روند درمان استفاده شد. به کار گیری مداخلات خانواده محور حائز اهمیت می باشد. در این مطالعه با آموزش به همراهان بیمار در مورد برقراری ارتباط کلامی و چگونگی پاسخ گویی در مورد روند درمان و نتایج قابل انتظار در واقع فرد ملاقات کننده در موارد محدود نقش مشاور بیمار داشت.

نتایج پژوهش دیگری نیز نشان داد که مشاوره با بیماران می تواند باعث کاهش اضطراب آنها شود (آقاجانی و همکاران، ۱۹۹۹). این پژوهشگران همچنین به این نتیجه رسیدند که مشاوره یک روش مکمل اثربخش غیر تهاجمی و کم هزینه است که به عنوان یک رویکرد در کاهش مشکلات روان شناختی بیمار به کار گرفته می شود (موریس^۱، ۲۰۱۴). حضور خانواده با انجام حمایت عاطفی برای بیمار خود نقش موثری بر افزایش همکاری بیمار و پذیرش راحت تر بیماری پیش آمده و عوارض آن دارد. زیرا حمایت عاطفی به معنی در دسترس داشتن فردی برای تکیه و اعتماد داشتن به وی به هنگام نیاز است. حمایت اجتماعی عاطفی در بردارنده احساس همدلی، مراقبت و توجه و علاقه نسبت به یک شخص است. این نوع از حمایت می تواند شخص را به داشتن احساس راحتی و آسایش، اطمینان و تعلق داشتن و مورد محبت قرار داشتن به هنگام فشار و تنش مجهز کند (ویلیام و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین نتایج مطالعه اوپرا و همکاران نشان می دهد که آموزش های ساده و قابل فهم در چند جلسه برای خانواده بیماران در زمینه بازتوانی و مراقبت های پس از ترخیص به همراه پیگیری اجرای برنامه های آموزشی، به طور چشمگیری منجر به افزایش

۱. Morasei, F., Aghajani, M.

کیفیت زندگی بیمار و به دنبال آن کیفیت مراقبت از بیمار شده است (اوپرا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش دیگر نیز نشان می‌دهد که اجرای الگوی آموزش خانواده محور تفاوت آماری معنی‌داری در سطوح مختلف کیفیت زندگی بیماران بعد از عمل جراحی پیوند کِنارگذر عروق کرونر ایجاد می‌کند و با افزایش کیفیت زندگی بیماران همراه است (قویدل و همکاران، ۱۳۹۴).

دوره حاد یا بحرانی طولانی‌ترین مرحله در سازگاری بیمار محسوب می‌شود. اضطراب و ترس از ایفای نقش بیمار در جامعه باعث افسردگی، انزوا و کاهش عملکرد بیمار می‌گردد. حضور افراد خانواده که قدرت درک و تحمل بالا برای دریافت اطلاعات لازم در مورد روش‌های درمان و سیر بهبودی بیمار دارند، جهت حمایت عاطفی کمک‌شایانی در روند بهبودی بیماران دارد. دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده تأثیر بسزایی در بهبودی و روند بیماری دارد. حمایت غیر رسمی و ادراک و کارآیی خانواده و دوستان به عنوان منابع حمایت می‌تواند در افزایش بهبودی بیماران نقش اساسی ایفا کند. چتر حمایتی خانواده و دوستان و افراد مهم در زندگی بیماران می‌تواند فرد را در مواجهه و سازگاری بهتر با عوارض و پیامدهای بیمار یاری دهد. مهمترین محدودیت این پژوهش این بود که خصوصیات متفاوت روانی و روحی، تفاوت در تعاملات بین فردی بیماران، تفاوت در انگیزه و تفاوت‌های شخصی واحدهای مورد پژوهش عواملی بودند که می‌توانستند در میزان بهبودی، احساس خود کارآمدی، عزت نفس و در نتیجه توانمندسازی بیمار تأثیرگذار باشند و کنترل این شرایط از عهده پژوهشگر خارج بود.

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های دیگر می‌توان بیان کرد که دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده تأثیر بسزایی در کاهش دوران بستری، عوارض بیماری، کاهش استرس، سازگاری و ارائه عملکرد مطلوب دارد.

References

- Abbas-Zadeh, A. Abazry, F. Amin, M. (2000), Psychosocial needs of hospitalized patient's family in intensive care unit. **Mashhad Journal of Nursing and Midwifery Faculty**, 1378(2), p:7-13.(persian)
- Alvarez, G.F. Kirby, A.S. (2010), The Perspective of families of the critically ill patients: Their needs, **Curr Opin Care**, 12(6), p:614-18.
- Bashti, S. Aghamohammadi, M. Heidarzadeh, M. (2016), The impact of family visits on the level of anxiety in patients with angina pectoris hospitalized in intensive care units, **Journal of Health and Care**, 18(2), p:161-169.(persian)

- Danesh, A. Maghrouni, A. Hasanzadeh, M. (2002), Effect of visiting methods on patient's anxiety in CCU, **Mashhad University of Medical Science**, 53(3), p: 228-233.(persian)
- Davidson, J.E. (2009), Family-centered care: Meeting the needs of patients, families and helping families adapt to critical illness, **Critical Care Nursing**, 29(3), p:28-34.
- Dill, K. Gance, U. Cleveland, B. (2010), Family-Centered care, **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**, 10(1), p:204-207.
- Ehsae, M.R. Bahadorkhan, G.R. Samani, F. Etemad Rezaee, H. (2004), Rehabilitation of comatose patients with brain injury resulting from use of sensory simulation, **Journal of Mashhad university medical science**, 85(1), p: 295-9. (persian)
- Fumagalli, S. Boncinelli, L. Lonostro, A. Valoti, P. Baldereschi, G. Di bari, M. (2010), Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, **randomized trial. Circulation**, 113(7), p:946-52.
- Gao, F. J. Yao, K. P. Tsai, C.S. Wang, k. y.(2009), Predictors of health care needs in discharged patients who have undergone coronary artery bypass graft surgery, **Heart and Lung: The journal of acute and critical care**, 38(4), p;182-191.
- Garrouste-Orgeas, M. Willems, V. Timsit, J.F. Diaw, F. Brochon, S. Vesin, A. (2010), Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in Intensive Care Unit. **Journal of Critical Care nursing**, 25(4), p: 634-40.
- Ghavidel A, Farrokhnezhad A, Bakhshandeh P, Ghorbanpour F. (2016), Effect of family-centered education on the quality of life patients after coronary artery bypass graft surgery. **Tehran, Cardiovascular Nursing Journal**, 4(2), p:64-69. (persian)
- Giannini, A. (2010), The "open" ICU: not just a question of time. **Minerva Anestesiol**, 76(2), p:89-90.
- Hynes, P. Conlon, P. O. Neill, J. Lapinsky, S. (2008), Partners in Critical Care Unit, **The Canadian Association of Critical Care Nurses**, 19(1), p:12-7.
- Kherad, M. Arab, M. Afrasyabi, Z. Sadeghimehr, R. (2015), Investigate the effect of family visit on sleep quality and anxiety of hospitalized burn patient in Ghotbeddin hospital at Tehran, **Journal management system**, 8(30), p:193-203. (persian)

- Lam, P. Beaulieu, M. (2004), Experiences of families in the neurological ICU: A bedside phenomenon, **Journal of Neuroci Nurse**, 36(3), p:142-6.
- Leon, A.M. Knapp, S. (2008), Involving family system in critical care nursing: Challenges and Opportunitie. **Dimens Crit Care Nurse**, 27(6), p:255-62.
- Marco, L. Bermejillo, I. Garayalde, N. Sarrate, I. Margall, M. Asiain, M.C. (2006), Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, **family and nurses, Nursing in critical care**, 11(1), p:33-41.
- Meetoo, D. Gopaul, H. (2005), Impowerment: Giving power to people with diabetes, **Diabets Primery Care**, 23(7), p:330-338.
- Morasei, F. Aghajani, M. (2014), The effect of counseling with spirituality approach on hope in patients with chronic renal failure. **Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing and Midwifery**, 15(4), P:776-786.
- Nayeri, N. D. Mohammadi, S. Arazi, T. (2011), Examining the level of adherence of therapeutic regime by the family care givers of stroke patients, **Canadian Journal on Medicine**, 2(1), p:87-98.
- Ortenstrand, A. Wetrup, B. Brostrom, E.B. Sarman, I. Akerstrom, S. Brune, T. et al, (2010), The Stokholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on length of stay and infant morbidity. **Pediatrics journal**, 125(2), p:278-85.
- Oupra, R. Griffiths, R. Pryor, j. Mott, S. (2010), Effectiveness of Supportive educative learning program on the level of strain experienced by care givers of stroke patients in Thailand, **Health and Social care in the community**, 18(1), p:10-20.
- Rodriguez, Martinez, Mdel, C. Rodriguez, Morilla, F. Roncero, Del, Pino, A. Morgado, Almenara, M.I. Theodor, Bannik, J. Flores, Caballero, L.J. (2013), Family involvement in the critically ill patient basic care, **Neuroscience Nurse**, 14(3), p:96-108.
- Sanaie, N. Rohani, M. Sepehrinia, M. (2012), The effects of family centered education on adherence to exercise program for patients undergoing coronary artery bypass graft surgery, **Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal**, 2(1), P:1-9. (persian)
- Sole, M. Klein, D.G. (2009), **Moseley Mj, Introduction to Critical Care Nursing, California**, Elsevier saunders.
- Soleimani, M. Masudi, R. Bahrami, N. (2009), Prediction of mortality in ICU patients using APACHEE II. **J Gorgan University Science**, 11(4), p: 64-9. (persian)

-
- St John,W. Flowers K. (2009), Working with families: from theory to clinacal nursing, **Collegian**, 16(3), p:131-138.
- Thacker, K.S. Long, J.M. (2010), Family presence in final moments: A precious gift, **Journal of Christ Nurse**, 27(1), P:38-42.
- Treloa, D.M. Nalli, B.J. Guin, P. Gary, R. (2016), The Effect of familiar voice treatments on intracranial pressure in head-injured patients. **Journal of Neuroscine Nurse**, 23(5), p:295-9.
- Urden, L.D. Stacy, K.M. Lough, M.E. (2012), **Thelan,s Critical Care Nursing**. California: Mosby Elsevier.
- Williams, N.R. Reeves, P.M. Cox, E.R. Call, S.B. (2014), Creating a social work link to the burn community: A reasearch team goes to Burn camp. **Social work in Health Care**, 38(3), P:81-103.
- Yazdani, M. (2014), **Effect of family visits on anxieety and psychological responses of patients addmitted in CCU**. Tehran: Iran University of Medical Sciencies, (Dissertation), (persian)
- Zarea, K. Negarandeh, R. Dehghan-Nayeri, N. Rezaei-Adaryani, M. (2009), Nursing staff shortages and job satisfaction in Iran: Issues and challenges. **Nursing & health sciences**, 11(3), p:326-31.(persian) .