

بررسی تاثیر یک برنامه حمایتی مبتنی بر نیازهای روانی اجتماعی خانواده بر بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی بستری در بخش های داخلی قلب بیمارستان شهید چمران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

فاطمه شریعتی فر^۱ و مهین معینی^{۲*} و غلامرضا خیرآبادی^۳

۱ کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دانشکده پرستاری و مامایی، گرایش آموزش داخلی جراحی، اصفهان، ایران
fatemehshariatifar@gmail.com

۲ استادیار پرستاری و مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
moeini@nm.mui.ac.ir (نویسنده مسئول)

۳ دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

چکیده

این تحقیق با هدف بررسی تاثیر یک برنامه حمایتی مبتنی بر نیازهای روانی اجتماعی خانواده بر بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی بستری در بخش های داخلی قلب بیمارستان شهید چمران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۴ صورت پذیرفته است. این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده ها از نوع پیمایش- میدانی محسوب می شود. جامعه آماری این تحقیق را ۶۴ نفر از بیماران ایسکمیک قلبی (۳۲ نفر گروه آزمون و ۳۲ نفر گروه کنترل) مراجعه کننده به بخش های داخلی قلب بیمارستان چمران اصفهان تشکیل دادند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه- ی نیاز سنجی روانی اجتماعی و پرسشنامه ی بار مراقبتی بودند. نتایج تحقیق نشان داد نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه کنترل میانگین نمره ی بار مراقبتی بین سه زمان اختلاف معنادار داشت ($p < 0/05$). به جز حیطه جسمانی که بین سه زمان اختلاف معناداری در گروه کنترل مشاهده نشد. نتایج این مطالعه نشان داد که بلافاصله پس از مداخله ($p < 0/001$) و یک ماه پس از مداخله ($p < 0/001$) میانگین نمره ی کلی بار مراقبتی و حیطه های (جسمانی، عاطفی، اجتماعی، تحولی و زمانی) در گروه کنترل به طور معناداری بیشتر از گروه آزمون بود و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد که یافته های این مطالعه مشخص نمود که قبل از مداخله، هیچ تفاوت معناداری در میانگین نمره ی کلی بار مراقبتی و حیطه های (جسمانی، عاطفی، اجتماعی، تحولی و زمانی) مراقبین خانوادگی بیماران ایسکمیک قلبی بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت.

واژه های کلیدی: برنامه حمایتی، نیازهای روانی اجتماعی خانواده، بار مراقبتی، مراقبین خانوادگی، بیماری ایسکمیک قلبی

مقدمه

بیماری های ایسکمیک قلبی از شایع ترین بیماری های مزمن، پیشرونده و تهدید کننده حیات در اکثر کشورهای دنیا از جمله ایالات متحده بوده و شایع ترین علت بستری در بیمارستان است بر پایه گزارش سازمان بهداشت جهانی در پایان هزاره دوم میلادی قسمت اعظم بودجه درمانی در کشورهای در حال توسعه برای بیماری های غیر واگیر مخصوصاً بیماری های قلبی-عروقی اختصاص یافته است و ۵۰ درصد کل مرگ و میرها را تشکیل می دهد.

تا قبل از سال ۱۹۰۰، بیماری های عفونی و سوء تغذیه، شایع ترین علت مرگ و میر در جهان بودند که با بهبود وضعیت تغذیه و سلامت عمومی، از شیوع این بیماری ها کاسته شده و بیماری های قلبی عروقی به مهم ترین مشکل بهداشتی جوامع تبدیل شدند (سزاوار و همکاران ۱۳۸۹). در حال حاضر بیماری های قلبی عروقی عمده ترین عامل مرگ و میر در کشورهای پیشرفته به شمار می رود (Fredricks, 2009). در کشورهای در حال توسعه نیز با گذشت زمان و کنترل بیماری های واگیردار، بیماری های قلبی عروقی اهمیت فزاینده ای پیدا کرده اند، به طوری که آمار و ارقام نشان می دهد، بیش از نیمی از مرگ های ناشی از بیماری های قلبی عروقی که در جهان رخ می دهد مربوط به کشورهای در حال توسعه است میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه ۱۵-۳۰ درصد و در کشورهای صنعتی ۵۰ درصد کل مرگ و میرها را شامل می شود (صادق زاده ۱۳۸۹). بنا بر گزارش مرکز آمار سلامت در آمریکا، شیوع فراوان بیماری های قلبی عروقی به گونه ایست که تخمین زده می شود، با حذف تمام اشکال بیماری های قلبی عروقی، امید به زندگی می تواند به طور تقریبی هفت سال افزایش یابد (سبز مکان و همکاران ۱۳۹۲؛ Artinian et al 2010).

در ایران شیوع بیماری های عروق کرونر و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می باشد، به گونه ای که این بیماری ۴۶٪ از علل مرگ و میر را به خود اختصاص می دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر ۱۸۱/۴ می باشد. طبق بررسی های به عمل آمده شیوع بیماری های عروق کرونر در شهر اصفهان ۱۹/۴ درصد می باشد. بار اقتصادی بیماری های قلبی بسیار بالا است، و هزینه آمریکایی ها بیش از ۱۵۰ میلیارد دلار، بر اساس برآوردهای انجمن قلب آمریکا به این امر اختصاص داده می شود. حدود ۲۰٪ از بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی در مدت ۱ سال دو بار بستری می شوند و نزدیک به ۶۰ درصد از هزینه های مربوط به این بیماری نتیجه بستری مجدد این بیماران است.

رویداد بستری شدن در بسیاری از موارد برای خانواده ها منجر به بروز آشفتگی و به هم ریختگی عاطفی، اضطراب، شک و تردید و ترسی موجه و قابل درک نسبت به از دست دادن یک فرد مورد علاقه می گردد. تمام این حالات میتواند تأثیر بدی در روابط اجتماعی، فردی و همچنین تصمیم گیری در موارد ضروری، به خصوص در رابطه با بیمار بستری داشته باشد. در چنین شرایطی هم مراقبین خانوادگی به حمایت فیزیکی و عاطفی پرستاران نیازمند هستند و هم پرستاران هرگز نمی توانند خود را مسئول حمایت از اعضای خانواده در طی تجربه تلخ و فراموش نشدنی بستری شدن وابستگانشان ندانند. ارائه حمایت خانواده می تواند بر مرگ و میر، ناتوانی و سازگاری روانی اجتماعی و پذیرش درمان تأثیر گذار باشد. از این رو اهمیت دادن به مسئله خانواده و مراقبت خانواده مسئله قابل توجهی است چرا که اعضای خانواده در واقع ارائه دهندگان مخفی سلامتی هستند و می توانند فراهم کننده منبع عمده حمایت از جوانب مختلف ابزاری، عملی و احساسی و اطلاعاتی و قیاسی باشند.

هرچند مراقبت کردن از بیمار ارزشمند است اما اثرات منفی آن بر کیفیت سلامت فرد مراقبت کننده تأثیرگذار می باشد. مراقبت از یک فرد بیمار در خانواده در بیش از ۲۲ میلیون خانواده در آمریکا اتفاق می افتد. این مراقبت کنندگان غیر رسمی به طور متوسط ۳۰ تا ۶۰ ساعت در هفته را به نقش مراقبت کنندگی بدون حقوق می پردازند. اصطلاح بار مراقبتی برای توصیف عوارض حاصل از مراقبت به کار می رود که شامل مشکلات جسمی، عاطفی، مالی و اجتماعی مربوط به مراقبت می باشد. حمایت اجتماعی و روانی در پرستاری به دلیل تأثیرات حمایت بر سلامت روحی و جسمی، رفتارهای مرتبط با سلامت و خدمات بهداشتی دارای اهمیت است. پرستار نقش مهمی در توسعه مداخلات خانوادگی داشته و می تواند از طریق ارتباط با مددجو و اعضای خانواده حمایت خانواده از بیمار را ارتقا داده و آن را تقویت کنند. هم چنین پرستاران به عنوان درمانگران

حرفه ای حوزه سلامت و با توجه به نقش مهمی که در حمایت، آموزش و مراقبت در بیماران قلبی و مراقبین آن ها دارند می توانند با تدوین برنامه های مراقبتی مناسب، به حمایت و راهنمایی بیماران و خانواده آنان پردازند.

از میان بیماری های قلبی، بیماری های ایسکمیک قلبی شایع ترین بیماری مزمن و تهدید کننده ی حیات می باشد. در ایران شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی و مرگ ومیر حاصل از آن رو به افزایش می باشد، به گونه ای که این بیماری ۴۶ درصد از علل مرگ ومیر را به خود اختصاص می دهد و میزان بروز آن در ۱۰۰ هزار نفر ۱۸۱/۴ می باشد. طبق بررسی های به عمل آمده شیوع بیماری های ایسکمیک قلبی در شهر اصفهان ۱۹/۴ درصد می باشد (مؤمنی و همکاران ۱۳۹۱).

بستری شدن در واحد مراقبت ویژه در بیمارستان متعاقب بیماریهای تهدیدکننده حیات غالباً به صورت غیرمنتظره بدون هیچگونه اخطار و هشدار رخ می دهد و هیچ زمانی را برای مهیا و آماده شدن بیماران و خانواده هایشان در اختیار قرار نمی دهد. این رویداد در بسیاری از موارد برای خانواده ها، منجر به بروز آشفتگی و به هم ریختگی عاطفی، اضطراب، شک و تردید و ترسی موجه و قابل درک نسبت به از دست دادن فرد مورد علاقه می گردد. زیرا بیمار آنان در بخشی بستری می شود که اغلب بیماران آن بدحال، نیازمند به مراقبت تخصصی و یا مشرف به مرگ هستند. مواجهه با این وضعیت میتواند سبب افزایش غم و اندوه، کاهش امیدواری و توانمندی خانواده ها شود (صدیقی و همکاران ۱۳۹۱). تمام این حالات میتواند تأثیر بدی در روابط اجتماعی، فردی و همچنین تصمیم گیری در موارد ضروری، به خصوص در رابطه با بیمار بستری داشته باشد (ربیع سیاهکلی و همکاران ۱۳۹۱).

از آن جایی که پرستاران زمان زیادی را با بیماران و خانواده آن ها می گذرانند، آن ها در موقعیت ویژه ای برای بررسی بار و کشش مراقبین و فراهم کردن مداخلات مناسب برای آن ها می باشند. یکی از وظایف مهم پرستاران کشف نیازها و نگرانی های اعضای خانواده در طی بستری شدن و اقامت در بیمارستان می باشد (Bailey & sabbagh & Loiselle, 2009). اعضای خانواده بیماران به علل گوناگون مرکز توجهات در مراقبت پرستاری هستند و اعتقاد بر این است که مراقبت های پرستاری متمرکز بر خانواده می تواند بر میزان تحمل بار مراقبت کننده از بیمار موثر باشد و هم چنین توجه و مراقبت از بیمار با بیماری ایسکمیک قلب باید به کل خانواده او گسترش یابد (Kloos & Daly, 2008).

در همین رابطه تحقیق انجام شده نشان می دهد که اکثر پرستاران کمترین زمان ممکن را جهت برقراری ارتباط با خانواده بیماران صرف می کنند و زمان یاد شده در حد بیان دو یا سه جمله می باشد (عباس زاده و ابادری، ۱۳۸۶). نتایج مطالعه عابدی و همکاران نیز نشان داد که همراهان بیمار توسط پرسنل مراکز نادیده گرفته می شوند و به علت تضاد بین عدم دانش کافی در مراقبت و انجام مراقبت اجباری از بیماران خود با یک تنش مستمر در محیط مواجه هستند (عابدی، ۱۳۸۵).

در مطالعه دیگری که در سال ۱۳۹۱ توسط اعتمادی فر و همکاران در اصفهان با عنوان "تأثیر یک مداخله حمایتی آموزشی گروهی بر بار مراقبتی مراقبین خانوادگی مبتلا به نارسایی قلبی" در اصفهان انجام شد که جلسات آموزشی دو ساعته و چهار هفته ای بودند که میزان بار مراقبتی در پایان مداخله با استفاده از پرسشنامه زاریت ارزیابی شد که نتایج نشان داده بود که بارمراقبتی بعد از مداخله در مراقبین این بیماران کاهش یافته است.

روش تحقیق

این پژوهش، مطالعه کارآزمایی بالینی است که با بررسی ۶۴ نفر از بیماران ایسکمیک قلبی (۳۲ نفر گروه آزمون و ۳۲ نفر گروه کنترل) مراجعه کننده به بخش های داخلی قلب بیمارستان چمران صورت گرفت. نمونه گیری به روش آسان از میان بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه انجام و سپس نمونه ها به صورت تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون (۳۲ نفر) و کنترل (۳۲ نفر) تقسیم گردیدند. در ابتدا با استفاده از پرسشنامه نیاز سنجی روانی اجتماعی، نیازهای مراقبین خانوادگی تعیین و الویت بندی گردید و سپس برنامه مراقبتی بر اساس نیازها تنظیم شد. گردآوری اطلاعات به کمک ابزاری دو قسمتی مشتمل بر پرسشنامه ی داده های دموگرافیک و اطلاعات بیماری و پرسشنامه ی بار مراقبتی، توسط مراقبین خانوادگی انجام گردید. آنالیز آماری داده ها با استفاده از آمار توصیفی و به کارگیری آزمون هایی نظیر مجذور کای، تی مستقل و تی زوج و آنالیز واریانس با تکرار مشاهدات در نرم افزار SPSS مدل ۱۸ انجام شد.

نتایج تحقیق

جدول (۱): تعیین و مقایسه ی میانگین نمره ی کلی بار مراقبتی و حیطه های (جسمانی، عاطفی، اجتماعی، تحولی و زمانی) مراقبین خانوادگی بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون قبل، بلافاصله بعد و ۱ ماه پس از اتمام مطالعه

متغیر	مرحله	میانگین Mean	آماره آزمون (F)	سطح معناداری (P)
نمره کلی بار مراقبتی	قبل از مداخله	۴۱	۴۵۱/۵۹۲	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۲۳/۹۷		
	یک ماه بعد از مداخله	۱۸/۵		
بار مراقبتی وابسته به زمان	قبل از مداخله	۱۴/۶۸	۴۲۴/۱۸۳	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۱۰/۰۳		
	یک ماه بعد از مداخله	۷/۳۱		
بار مراقبتی تحولی	قبل از مداخله	۱۲/۰۳	۱۷۲/۷۳۷	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۸/۲۲		
	یک ماه بعد از مداخله	۷/۳۱۳		
بار مراقبتی جسمانی	قبل از مداخله	۶/۸۸	۱۳۳/۱۴۹	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۶۶		
	یک ماه بعد از مداخله	۱		
بار مراقبتی اجتماعی	قبل از مداخله	۲/۳۸	۲۰/۰۰۷	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۹۷		
	یک ماه بعد از مداخله	۰/۹۸		
بار مراقبتی عاطفی	قبل از مداخله	۵/۰۳	۱۱۱/۰۴۱	<۰/۰۰۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۱		
	یک ماه بعد از مداخله	۱/۹۴		

نتایج آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد که در گروه آزمون میانگین نمره ی کلی بار مراقبتی و حیطه های (جسمانی، عاطفی، اجتماعی، تحولی و زمانی) بین سه زمان اختلاف معنادار داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول (۲): مقایسه ی میانگین نمره ی بار مراقبتی کلی و تمام حیطه (زیرمقیاس) های نمونه های پژوهش در گروه آزمون بین

زمان های مختلف با آزمون تعقیبی LSD

زمان	p-value (گروه آزمون)
قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله	< ۰/۰۰۱
قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله	< ۰/۰۰۱
بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله	< ۰/۰۰۱

پس از مشخص شدن تفاوت میانگین نمره ی بار مراقبتی کلی و تمام حیطه (زیرمقیاس) های نمونه های پژوهش در گروه آزمون بین زمان های مختلف، نتایج آزمون تعقیبی LSD^۱ نشان داد که میانگین نمره ی بار مراقبتی کلی و تمام حیطه (زیرمقیاس) های بلافاصله بعد از مداخله به طور معناداری کمتر از قبل از مداخله ($p < ۰/۰۰۱$)، یک ماه بعد از مداخله به طور

8- Least Significant Difference

معناداری کمتر از قبل از مداخله ($p < 0.001$) و یک ماه بعد از مداخله نیز به طور معناداری کمتر از بلافاصله بعد از مداخله بود ($p < 0.001$).

جدول (۳): تعیین و مقایسه ی میانگین تغییرات کلی بار مراقبتی و حیطه های (جسمانی، عاطفی، اجتماعی، تحولی و زمانی) مراقبین خانوادگی بیماران ایسکمیک قلبی در گروه آزمون و کنترل بلافاصله و ۱ ماه پس از اتمام مداخله

نتایج آزمون اندازه های تکراری		گروه				مرحله	متغیر(زیر مقیاس)
		کنترل		آزمون			
سطح معناداری (P)	آماره آزمون (F)	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
<0.001	۲۵/۸۱۲	۱/۹۳	۵۱/۲۵	۲/۰۴	۲۳/۹۷	بلافاصله بعد از مداخله	نمره کلی بار مراقبتی
<0.001	۹۴/۸۲۵	۱/۶۹	۵۲/۹۷	۲/۵	۱۸/۵	یک ماه بعد از مداخله	
<0.001	۱۶۵/۵۳	۰/۸۹۶	۱۵/۱۹	۱/۵۸	۱۳/۱۲۵	بلافاصله بعد از مداخله	بار مراقبتی وابسته به زمان
<0.001	۱۴۵/۴۸	۰	۱۵	۱/۷	۷/۳۱	یک ماه بعد از مداخله	
۰/۵۷	۰/۳۳۵	۰/۷۱۶	۱۲/۵۶۳	۰/۵۵۳	۸/۲۲	بلافاصله بعد از مداخله	بار مراقبتی تحولی
<0.001	۱۷/۸	۱/۲۷	۱۳/۲۵	۱/۳۱	۷/۳۱	یک ماه بعد از مداخله	
<0.001	۲۵/۰۳	۰/۵۶۴	۱۲/۰۶۳	۱/۴۹	۲/۶۶	بلافاصله بعد از مداخله	بار مراقبتی جسمانی
	۲۱/۵۲	۰	۱۲	۰/۷۶	۱	یک ماه بعد از مداخله	
<0.001	۲۹/۵۵۸	۰/۷	۴/۳۴	۰/۳۱	۰/۹۷	بلافاصله بعد از مداخله	بار مراقبتی اجتماعی
<0.001	۳۷/۰۸	۰/۵۶	۴/۴۴	۰/۲۵	۰/۹۴	یک ماه بعد از مداخله	
۰/۰۰۳	۹/۳۳	۱/۰۸۹	۷/۰۹	۰/۸۹۳	۲/۱	بلافاصله بعد از مداخله	بار مراقبتی عاطفی
<0.001	۱۵/۸۴	۱/۰۸	۸/۲۸	۰/۶۲	۱/۹۴	یک ماه بعد از مداخله	

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس اندازه های تکرار شده، مشخص شد که اثر زمان برای نمره کلی و تمام زیر مقیاس ها معنی دار شدند ($P < 0.05$). به عبارتی می توان گفت میانگین متغیر بار مراقبتی افراد در دو مرحله تحقیق تفاوت معناداری وجود دارد. ولی در زیر مقیاسهای تحولی ($P = 0.57$) اثر زمان معنادار نبود. همچنین اثر متقابل بین زمان و گروه برای نمره کلی و تمام زیر مقیاسها معنی دار شد ($P < 0.05$) که نشان می دهد هر دو متغیر گروه و زمان تواما بر میانگین نمره بار مراقبتی افراد

تاثیر دارند و میانگین بار مراقبتی در ۲ گروه و در دو مرحله زمانی، متفاوت است و اختلاف معنی داری در روند افزایشی یا کاهش (کاهش) بار مراقبتی افراد در دو گروه طی مطالعه وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه مشخص نمود که قبل از مداخله، هیچ تفاوت معناداری در میانگین نمره ی کلی بار مراقبتی و حیطه های (جسمانی، عاطفی، اجتماعی، تحولی و زمانی) مراقبین خانوادگی بیماران ایسکمیک قلبی بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت ($p=0.149$). این مسأله با توجه به تخصیص تصادفی نمونه ها و عدم انجام مداخله قابل انتظار بود. در تأیید یافته های مطالعه ی حاضر نتایج مطالعه ی Lopez- Hartman و همکاران مشخص نمود، قبل از مداخله هیچ تفاوت معناداری در بار مراقبتی بین دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت. هم چنین در راستای مطالعه ی حاضر مطالعه ی اعتمادی فر و همکاران در سال ۱۳۹۱ در شهر اصفهان نشان داد که بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد ($P \geq 0.05$).

نتایج این مطالعه نشان داد که بلافاصله پس از مداخله ($p < 0/001$) و یک ماه پس از مداخله ($p < 0/001$) میانگین نمره ی کلی بار مراقبتی و حیطه های (جسمانی، عاطفی، اجتماعی، تحولی و زمانی) در گروه کنترل به طور معناداری بیشتر از گروه آزمون بود و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشت.

در همین راستا، نتایج مطالعه ی اعتمادی فر و همکاران با عنوان " اثربخشی مداخله ی آموزشی حمایتی گروهی بار مراقبتی در خانواده بیماران با نارسایی قلبی " که در شهر اصفهان انجام شد بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران بلافاصله و ۳ ماه پس از مداخله در بین دو گروه معنادار بود ($P = 0.003$) به طوری که در گروه کنترل میانگین بار مراقبتی در گروه کنترل بیشتر از گروه آزمون بود (میانگین بار مراقبتی بلافاصله بعد و ۳ ماه بعد از مطالعه به ترتیب $59/79$ و $60/94$ بود) و در گروه کنترل میانگین بار مراقبتی بلافاصله بعد و ۳ ماه بعد از مطالعه به ترتیب $41/27$ و $36/15$ بود) و در گروه Siggen Andren و همکاران در سال ۲۰۰۹ در سوئد با عنوان " تاثیر مداخلات روانی اجتماعی بر بار مراقبتی مراقبین در افراد مبتلا به دمانس " نشان داد که میانگین بار مراقبتی ۳ ماه بعد از مداخله ($p=0/05$) و ۱۲ ماه پس از مداخله ($p=0/03$) در گروه کنترل نسبت به گروه آزمون بیشتر بوده است. در همین راستا مطالعه ای با عنوان " اثر یک مداخله ی آموزشی برای اعضای خانواده بر بار مراقبتی و علائم روانی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی " در شیراز توسط شریف و همکاران انجام شد نشان داد که بار مراقبتی بلافاصله بعد و ۱ ماه پس از مداخله در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل معنی دار بوده است ($p < 0/001$). همچنین نتایج مطالعه ی Dias و همکاران که در سال ۲۰۰۸ در هند با عنوان " اثر بخشی یک برنامه مراقبتی برای حمایت از مراقبان بیماران مبتلا به دمانس " انجام شد نشان داد که بار مراقبتی مراقبان بیماران دمانس در گروه آزمون و کنترل در سه محدوده ی زمانی قبل، ۳ ماه و ۶ ماه بعد از مداخله کاهش یافته است که این کاهش در گروه آزمون بیشتر از گروه کنترل بوده است به طوری که میانگین بار مراقبتی در گروه آزمون به ترتیب در سه بازه ی زمانی: $24/8$ ، $19/5$ و 19 بود و برای گروه کنترل به ترتیب $21/7$ ، $21/5$ و $21/4$ بوده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه کنترل میانگین نمره ی بار مراقبتی بین سه زمان اختلاف معنادار داشت ($p < 0/05$). به جز حیطه جسمانی که بین سه زمان اختلاف معناداری در گروه کنترل مشاهده نشد ($P > 0.05$). در تأیید یافته های مطالعه ی حاضر نتایج مطالعه ی اعتمادی فر و همکاران که با عنوان " تاثیر مداخله ی آموزشی حمایتی گروهی بر بار مراقبتی در خانواده ی بیماران با نارسایی قلبی " در شهر اصفهان انجام شد در گروه کنترل در سه حیطه ی زمانی قبل، بلافاصله بعد و ۳ ماه پس از مداخله بار مراقبتی افزایش یافته بود ($p=0/000$). در مطالعه ی معینی و همکاران با عنوان " بررسی تاثیر مداخلات پرستاری متمرکز بر خانواده بر میزان بار مراقبتی اعضای خانواده ی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر " در اصفهان در سال ۱۳۹۱ انجام شد نشان داد که در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله میزان بار مراقبتی اعضای خانواده معنادار بوده است ($p=0/01$) که این معنی داری بر خلاف گروه آزمون به صورت افزایش در میانگین بار مراقبتی بوده است به طوری که میانگین بار مراقبتی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله به ترتیب $30/16$ و $35/44$ بوده است و میانگین بار

مراقبتی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۳۰/۰۸ و ۱۹/۲ بوده است. در مطالعه ای که در سال ۱۳۹۴ توسط باقر بیگ و همکاران در تهران با عنوان "تاثیر آموزش مداخلات رفتاری- شناختی بر بار مراقبتی مراقبان خانوادگی سالمندان مبتلا به آلزایمر" بر روی ۷۰ نفر از مراقبین خانوادگی انجام شد نشان داد که در گروه کنترل بار مراقبتی در ۶ هفته بعد از مداخله به طور معناداری افزایش یافته است ($p < 0/001$) به طوری که میانگین بار مراقبتی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۴۲/۵۷ و ۴۴/۸۶ بود و میانگین بار مراقبتی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۴۴/۵۴ و ۳۹/۵۴ بود. هم چنین در مطالعه ی حاضر در زیر مقیاس جسمانی بار مراقبتی این تفاوت در گروه کنترل معنی دار نشده است از نظر پژوهشگر از آن جا که آموزش های روتینی که در بیمارستان توسط پرستاران به بیماران داده می شود بیشتر با تاکید بر بعد جسمانی و مشکلات جسمی است و با توجه به اطلاعاتی که خانواده بیماران در رابطه با بیماری و مراقبت های لازم در طول بیماری فرد از منابع مختلف دیداری و شنیداری و بر حسب تجربه به دست می آورند در بر خورد با مسائل جسمانی معمولا اطلاعات پایه ای دارند و این امر می تواند باعث گردد که علی رغم افزایش میانگین زیر مقیاس های بار مراقبتی در گروه کنترل با گذشت زمان، زیر مقیاس جسمانی افزایش معنی داری نداشته باشد.

نتایج این مطالعه مشخص نمود که میانگین تغییرات نمره ی بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی، بلافاصله پس از مداخله ($p < 0/05$) و همچنین یک ماه پس از مداخله ($p < 0/05$)، در گروه کنترل به طور معناداری بیشتر از آزمون بود ولی در زیر مقیاس های تحولی ($P=0.57$) معنادار نبود. البته این مسأله قابل انتظار بود که با گذشت زمان و پیگیری نیازهای مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی در گروه آزمون، بار مراقبتی نسبت به گروه کنترل کاهش می یابد که این مسأله می تواند در ارتباط با پیگیری گروه آزمون باشد (Bartolo and etal, 2010). در راستای مطالعه ی حاضر مطالعه ی اعتمادی فر و همکاران که با عنوان "تاثیر مداخله ی آموزشی حمایتی گروهی بر بار مراقبتی خانواده بیماران با نارسایی قلبی" در اصفهان انجام شد نیز نشان داد که بار مراقبتی مراقبین در گروه آزمون و کنترل بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله معنی دار بود ($p=0/000$). در رابطه با حیطه ی تحولی بار مراقبتی که معنی دار نشده است در مطالعه ی معینی و همکاران که در سال ۱۳۹۱ بر روی تاثیر مداخلات پرستاری متمرکز بر خانواده بر بار مراقبتی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز انجام شد نیز حیطه ی تحولی در گروه کنترل قبل و بعد از مطالعه معنی دار نبوده است ($p=0/06$). این حیطه از بار مراقبتی مربوط به خاموش بودن رشد و تکامل مراقبت کننده و احساس رکود و ایستایی در زندگی برای فرد مراقبت کننده در نتیجه ی انجام امور مربوط به مراقبت گری می باشد (معینی و همکاران، ۱۳۹۱) از آن جا که مداخله ی حاضر با تاکید بر الویت های نیازهای اجتماعی مراقبین می باشد می تواند مطالعات بیشتری با تاکید بر نیازهای رشد و تکاملی مراقبین صورت گیرد.

منابع

۱. ربیع سیاهکلی سهیلا، پورمعماری محمد حسین، خالق دوست محمدی طاهره، مظلوم سعیده، پاریاد عزت. زمستان ۱۳۸۹. مطالعه اضطراب و عوامل محیطی و روانی تاثیر گذار بر آن در خانواده های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه. مجله پرستاری مراقبت ویژه. دوره ۳. شماره ۴، ص ۱۷۵-۱۸۰.
۲. صدیقی امید، ۱۳۹۱. تاثیر کارنتین بر عملکرد قلبی بیماران، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، سال ششم، شماره ۱۴، ص ۷۱-۷۷.
۳. عابدی حیدر علی، مژگان خادمی، رضا دریا بیگی، نصرالله علی محمدی. بهار و تابستان ۱۳۸۵، نیازهای همراهان سالمند بستری در بیمارستان زیر بنایی برای آموزش پرستاری. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. دوره ۶، شماره ۱، ص ۶۵-۷۳.
۴. عباس زاده علی، اباذری فرزانه، ۱۳۸۶. مقایسه نگرش پرستاران و مراقبین بیماران بخش های سی سی یو و آی سی یو بر نیازهای روانی اجتماعی مراقبین بیماران، مجله علمی پزشکی قزوین، ش ۱۹. ص ۵۸-۶۲.

۵. مومنی طاهره، قاسمی قلعه، رضایی امیرموسی، معینی مهین. ۱۳۹۱. تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب بیماران ایسکمیک قلبی بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلب، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱، شماره ۶، ویژه نامه سلامت روان.

6. Artinian nt, Magnan, m, Sloan, m, lang, mp, mitching, 2003, se-le-care behaviors among patients with heart failure, heart avd lung, 31(3), pp:161-172.
7. Baiely j, sabbagh m, loiselle cg, bioleau j, mcvey l, 2010. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anexity and satisfaction with care. intensive and critical care nursing, 26, pp:144-122.
8. Frederick PD, Lambrew CJ. 2009. Prevalence, clinical characteristics and mortality among patients with myocardial infarction Presenting without chast pain. JAMA .28; 238(24): 3223.
9. Kloos ja, daly bt. 2008. effect of a family-maintained progress journal on anexity of families of critically ill patients. Critical care nursing research, 51(5), pp:331-324.
10. Sign andren, solve elmstahl. 2008. psychosocial intervention for family caregivers of people with dementia reducea caregivers burden: development and effect after 6 and 12 months. Scand journal caring sciences, 22, pp:98-109.