مقاله تحقیقاتی

تأثیر برنامه آشناسازی خانواده محور در پیشگیری از بروز دلیریوم در بیماران مبتلا به اختلال شریان کرونر: یک کارآزمایی بالینی

وحیده کریمی[1]، *نسرین حنیفی[2]، نسرین بهرامی نژاد[3]، سقراط فقیه زاده[4]

چکیده

مقدمه: بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل وجود تجهیزات و رویه‌های نا آشنا برای بیمار و خانواده وی اضطراب‌زا است. این سردرگمی و نا آشنایی باعث به هم خوردن آرامش فکری و حتی بروز اختلالات فیزیولوژیکی و روانی در بیماران می‌شود. لذا، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر برنامه آشناسازی خانواده محور بر پیشگیری از بروز دلیریوم در بیماران مبتلا به اختلال شریان کرونر در بخش CCU انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی، در سال ۱۳۹۲ در شهر زنجان، در طی مدت سه ماه، ۸۰ بیمار بستری در بخش CCU که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به روش در دسترس و تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد انتخاب شدند. در گروه آزمون، برنامه آشناسازی خانواده محور اجرا شد. نمونه‌های هر دو گروه هر روز دو نوبت با استفاده از ابزار معاینه مختصر وضعیت روانی (Mini Mental Status Examination) MMSE از نظر دلیریوم بررسی شدند. سپس با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل و فیشر، داده‌های حاصل، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد میزان بروز دلیریوم در بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد با استفاده از آزمون تی مستقل و با P=۰/۰۰۲ کاهش معنادار آماری داشت؛ اما این اختلاف از نظر بالینی معنادار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به سودمندی برنامه آشناسازی خانواده محور در کاهش میزان دلیریوم، استفاده از برنامه آشناسازی مفید به نظر می‌رسد، اما با این حال طراحی مطالعاتی با تعداد نمونه‌های بیش‌تر و همچنین با بررسی وضعیت روانی بیماران از نظر بروز دلیریوم، بیش از دو بار در یک شبانه روز توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: آموزش خانواده محور، اختلال شریان کرونر، بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، برنامه آشناسازی، دلیریوم.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال دوم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۳۹۴ ■ شماره مسلسل ۴ ■ صفحات ۱۰۴-۱۱۴

مقدمه

بیمارانی که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌شوند اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند (۳-۱). بخش مراقبت‌های ویژه، نه تنها برای بیماران بلکه برای خانواده‌هایشان هم می‌تواند اضطراب برانگیز باشد (۷-۳). از طرفی تجهیزات و رویه‌های نا آشنا در بخش‌های ویژه (۸) می‌تواند از عوامل مؤثر بر بروز اختلالات روان‌پزشکی مانند دلیریوم در بیماران این بخش‌ها باشد (۹).

دلیریوم یکی از اختلالات روان‌پزشکی است که شیوع آن در بخش مراقبت‌های ویژه حدود ۲۵ - ۱۵٪ است (۱۰). مهم‌ترین نشانه دلیریوم، اختلال در هوشیاری، با شاخصه اختلال در جهت‌یابی است؛ یعنی بیمار نمی‌داند که چه زمانی از روز است و در چه مکانی قرار گرفته است و در شناختن افراد نیز اشتباه می‌کند (۱۱). بروز دلیریوم با عوارضی مانند افزایش طول مدت اقامت در بیمارستان، افزایش هزینه‌ها، مرگ و میر و عوارض ناتوان‌کننده

۱ـ کارشناس ارشد پرستاری، مربی، ایران، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری داخلی- جراحی
۲ـ دکترای پرستاری، استادیار، ایران، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه (*نویسنده مسئول)
آدرس الکترونیک: nasrinhanifi@yahoo.com
۳ ـ دکترای بهداشت جامعه، استادیار، ایران، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری داخلی- جراحی
۴ ـ دکترای آمار حیاتی، استاد، ایران، زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پزشکی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

ذهنی همراه است (۱۴-۱۲). میزان مرگ و میر بیماران مبتلا به دلیریوم بین ۶۵-۱۰٪ است که خطر آن را مساوی با حمله قلبی حاد و سپسیس دانسته‌اند (۱۵). در مورد تأثیر منفی دلیریوم بر میزان بقای بیماران، ناظری آستانه و همکاران در مطالعه خود اشاره کرده‌اند که پس از سه ماه، ۲۳ تا ۳۳ درصد کسانی که برای یک دوره، دلیریوم را تجربه کرده‌اند فوت می‌کنند که این رقم گاهی به ۵۰ درصد هم می‌رسد (۱۰). از دیگر عوارض دلیریوم می‌توان به تأثیر منفی بر بقای شش ماهه، بروز پنومونی بیمارستانی، افزایش خطر عود مجدد دلیریوم، خطر سقوط، بی‌اختیاری ادرار، اختلال پوستی، ناتوانی دائمی و عدم بهبود در وضعیت شناختی اشاره کرد (۱۶)؛ که این عوارض، خود ایمنی بیمار را می‌تواند به مخاطره بیندازد و هر کدام از این عوارض، بار مالی برای سیستم سلامت در پی دارد، همچنین دلیریوم سبب ایجاد تنش در اعضای خانواده و مراقبت‌کنندگان از بیمار می‌شود (۱۷، ۱۸).

تخمین زده می‌شود که ۳۰-۴۰ درصد از موارد دلیریوم قابل پیشگیری است و انجام اقداماتی از قبیل آشناسازی نسبت به محیط، توجه به وضعیت تغذیه، تعادل مایعات بدن و خواب، توجه به وضعیت حرکتی بیمار با در نظر گرفتن محدودیت‌ها، کمک به بیمار برای سازگاری با محرک‌های شنوایی و بینایی می‌تواند در این زمینه مفید باشد (۱۹).

از آنجایی که پرستاران، تماس‌های مکرر با بیماران دارند می‌توانند نقش اساسی در زمینه پیشگیری، تشخیص زودرس و درمان بیماران دچار دلیریوم داشته باشند (۲۰، ۱۶). انجام اقداماتی در جهت کمک به جهت‌یابی مجدد بیماران مبتلا به دلیریوم می‌تواند تأثیر مثبتی در پیشگیری و درمان این سندرم داشته باشد (۱۸، ۹). پروتکل‌های آموزشی به بیمار و خانواده می‌تواند باعث کاهش اختلالات روانی مانند دلیریوم در بیماران شود (۱۰).

پرستاران بخش‌های ویژه می‌دانند که شرایط بیماران این بخش‌ها، جدی و خطرناک بوده و هر لحظه امکان بدتر شدن آن وجود دارد، بنابراین پرستاران زمان زیادی را صرف کنترل شرایط بیمار می‌کنند و از توجه به خانواده بیمار و شناسایی نیازهای آن‌ها باز می‌مانند (۶)، در حالی که درگیر کردن خانواده بیمار در امر مراقبت باعث می‌شود که آن‌ها در تشخیص نیازهای بیمار کمک کرده و رویکرد بهتری جهت مراقبت از بیمار فراهم شود (۲۲، ۲۱).

همچنین رویکرد خانواده محور باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران می‌شود (۲۳)؛ بنابراین طراحی، اجرا و ارزش‌یابی برنامه آموزشی خانواده محور باید به‌وسیله پرستاران بخش‌های ویژه صورت گیرد (۲۲، ۶). اطلاعاتی که بیماران و خانواده‌ها به آن‌ها نیاز دارند شامل آشنایی با خط‌مشی بیمارستان، تجهیزات مورد استفاده در بخش مانند کاتترها، تشخیص بیماری، پیش آگهی و درمان آن، نحوه انجام پروسیجرها، زمان انجام و میزان موفقیت و طول مدت انجام این پروسیجرها و تغییرات سبک زندگی است (۲۵، ۲۴).

در مطالعه مدبرنیا و همکاران در سال ۱۳۸۱ در گیلان که به‌صورت توصیفی- مقطعی بر روی بیماران بخش CCU انجام شد، از ۲۴۵ بیمار بررسی شده، ۳۳ نفر (۳۱/۴٪) مبتلا به دلیریوم شناخته شدند (۲۶). با توجه به آمار این مطالعه، اهمیت عارضه دلیریوم در بیماران بستری در CCU مشخص می‌شود.

در برخی از مطالعات، مداخله‌هایی برای پیشگیری یا کاهش میزان دلیریوم انجام شده است. ناظری آستانه و همکاران در سال ۱۳۸۴ در اهواز، تأثیر مداخله چند بخشی را در پیشگیری از دلیریوم در ۳۲ بیمار تحت عمل جراحی قلب باز مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه از روز دوم بعد از عمل تا سه روز بعد، شش شاخص خطر شامل اختلال شناختی، بینایی و شنوایی، کم آبی، بی‌تحرکی و محرومیت از خواب مورد ارزیابی قرار گرفت، نتایج نشان داد میانه‌ی تعداد کل شاخص‌های خطر و در مجموع بروز دلیریوم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد، کاهش معناداری داشت (۱۰). ذوالفقاری و همکاران نیز در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان امام خمینی تهران، اثربخشی مداخله چند عاملی بر پیشگیری از بروز دلیریوم و طول مدت بستری بیماران جراحی قلب باز را بر روی ۱۸۰ بیمار مورد بررسی قرار دادند. مداخله این پژوهش شامل آموزش کارکنان، ایجاد تغییرات محیطی و نصب راهنمای گام به گام برخورد با دلیریوم در بخش بود. نتایج این مطالعه، کاهش معنادار آماری در میزان بروز دلیریوم در گروه آزمون نسبت به شاهد را نشان داد، اما در طول مدت بستری بیماران دو گروه تفاوتی نشان نداد (۱۶).

بیرانوند و همکاران در سال ۱۳۸۶ در لرستان با مطالعه‌ای به تأثیر موسیقی بر دلیریوم پس از جراحی مفصل ران در بیماران

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

دچار شکستگی مفصل ران پرداختند. نتایج نشان داد که موسیقی می‌تواند یک روش مؤثر و بی‌خطر غیردارویی و رفتاری جهت پیشگیری از بروز دلیریوم بعد از جراحی مفصل ران در سالمندان باشد (۱۵). همچنین هارای (Harary) و همکاران در ارتباط با پیشگیری از دلیریوم پس از عمل، مطالعه‌ای انجام دادند که این مطالعه شامل یک برنامه چند جانبه در مورد آموزش به بیمار در مورد میزان حرکت، تغذیه، کنترل درد و مراقبت‌های روتین بود که در نهایت میزان دلیریوم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش پیدا کرد (۲۷).

پیسانی و همکاران در یک مطالعه هم‌گروهی آینده‌نگر، به بررسی رابطه بین تعداد روزهای ابتلا به دلیریوم و میزان مرگ و میر این بیماران در بخش ICU پرداختند. آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که باید با اقداماتی باعث کاهش تعداد روزهای ابتلا به دلیریوم شویم تا به این ترتیب از عوارض بیشتر و مرگ و میر این بیماران بکاهیم. از جمله این اقدامات، به راهکارهایی برای بهبود وضعیت شناختی بیماران اشاره کرد (۲۸).

سندل باچ (Sendelbach) و همکاران نیز در مطالعه خود یک سری راهکارها را به‌منظور پیشگیری از دلیریوم مانند آموزش به پزشکان و پرستاران در مورد معیارهای تشخیصی دلیریوم، شناسایی عوامل خطر، تدوین راهنما برای پرستاران، برقراری تعادل الکترولیت‌ها، بهبود وضعیت تغذیه، آشناسازی با محیط، در اختیار قرار دادن ساعت و تقویم، کنترل درد، حذف داروهای غیرضروری، خروج سریع‌تر کاتتر ادراری، تشویق بیمار به تحرک، در اختیار قرار دادن عینک و سمعک و بهبود خواب بیمار ارائه کرده‌اند (۲۹).

با وجود نتایج ارزشمند مطالعات فوق، اما اغلب مداخلات انجام شده، بیمار محور بوده و خانواده بیماران وارد مطالعه نشدند. با توجه به نتایج مختلف هر کدام از این مطالعات، نیاز به برنامه‌هایی برای کاهش میزان بروز دلیریوم در موقعیت‌های پرخطر همچنان احساس می‌شود. آشناسازی با موقعیت و محیط یکی از گام‌های مهم در کاهش دلیریوم به نظر می‌رسد. از طرفی با توجه به اهمیت نقش خانواده در آشناسازی و موقعیت‌یابی بیماران، این مطالعه با هدف تأثیر برنامه آشناسازی خانواده محور بر پیشگیری از بروز دلیریوم در بیماران مبتلا به اختلال شریان کرونر طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۲ در شهر زنجان، در بخش CCU یکی از بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد. جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال شریان کرونر (آنژین صدری و حمله قلبی) که در بخش CCU بستری می‌شدند و اعضای خانواده این بیماران بود.

معیارهای ورود بیماران شامل: سن بین ۸۰-۳۵ سال، ابتلا به بیماری MI یا آنژین صدری، هوشیاری و قدرت برقراری ارتباط کلامی، پایدار بودن وضعیت همودینامیک، تسکین یافتن درد بیمار، نداشتن سابقه قبلی بستری در بخشCCU و ICU، عدم وجود دیس ریتمی‌های تهدیدکننده زندگی و عدم وجود علائم دلیریوم در ابتدای بستری با استفاده از ابزارMMSE و کسب نمره بیش‌تر از ۲۵ از این ابزار بود.

معیارهای خروج بیماران نیز شامل: فوت بیمار، کاهش توانایی در برقراری ارتباط و نداشتن رضایت بیمار به ادامه مشارکت در هر مرحله از مطالعه بود. معیارهای ورود اعضای خانواده نیز شامل: باسواد بودن، ارتباط نزدیک داشتن با بیمار، دخیل بودن در امر مراقبت از بیمار و حضور در برنامه آشناسازی از ابتدا تا انتها بود. معیار خروج آن‌ها نیز نداشتن رضایت به ادامه مشارکت در هر مرحله از مطالعه بود.

تعداد نمونه، پس از انجام مطالعه پایلوت، ۸۰ نفر تعیین شد. نمونه‌های مطالعه به‌صورت آسان و در دسترس انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها به دو گروه آزمون و شاهد تخصیص تصادفی شدند. به‌منظور جلوگیری از تداخل برنامه آشناسازی گروه آزمون با گروه شاهد، در هفته‌های فرد، گروه آزمون و در هفته‌های زوج، گروه شاهد وارد مطالعه شدند. نحوه محاسبه حجم نمونه:

مقادیر به دست آمده از مطالعه پایلوت:

$$S_1^2 = ۴/۲۳۵,\ S_2^2 = ۵/۱۲۳,\ X_1 - X_2 = ۱/۵۰۰,$$
$$\alpha = ۰/۰۵,\ \beta = ۰/۰۵,\ Z_{۱-\frac{\alpha}{۲}} = ۱/۹۶,\ Z_{۱-\beta} = ۱/۶۴$$

$$N = \frac{(Z_{۱-\frac{\alpha}{۲}} + Z_{۱-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(X_1 - X_2)} = \frac{(۱/۹۶ + ۱/۶۴)^2 (۴/۲۳۵ + ۵/۱۲۳)}{۱/۵۰۰}$$

$$N = ۸۰$$

در ابتدای پذیرش بیماران، اطلاعات جمعیت شناختی بیماران و همراهان در هر دو گروه آزمون و شاهد توسط پژوهش‌گر از طریق پرسش‌نامه اخذ شد و از ابزار MMSE برای اطمینان از عدم ابتلای

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

فرد به دلیریوم در بدو پذیرش استفاده شد و بیمارانی که طبق این ابزار، نمره بالاتر از ۲۵ کسب می‌کردند وارد مطالعه شدند.

در ابتدای بستری پس از پایدار شدن وضعیت همودینامیک و تسکین درد بیمار، اجرای برنامه آشناسازی صورت می‌گرفت. زمان شروع مداخله بر اساس شرایط فیزیولوژیکی هر بیمار متفاوت (۲ الی ۱۲ ساعت پس از پذیرش) بود. سپس طبق چک‌لیست، آموزش در کنار تخت هر بیمار و با حضور همراه وی صورت می‌گرفت و مدت زمان آموزش تقریباً برای هر نمونه در حدود ۴۰ الی ۶۰ دقیقه طول می‌کشید. در پایان «کتابچه آشنایی با رویه بستری در بخش CCU» در اختیار بیمار و همراهش قرار داده شد تا هر گونه ابهام و سؤال در زمینه آشناسازی در همان لحظه و یا در روزهای آتی برطرف شود. در روزهای بستری بیمار در بخش CCU، پژوهش‌گر بر بالین بیمار به همراه یکی از اعضای خانواده حاضر می‌شد و اگر پروسیجر جدیدی برای بیمار در نظر گرفته شده بود پیرامون آن آشنایی مورد نیاز داده می‌شد. تعداد دفعات آموزش بسته به توان یادگیری بیمار و همراهش و هم‌چنین نوع رویه‌های انجام شده برای هر بیمار، دو الی چهار جلسه آموزشی بود. زمان بررسی دلیریوم دو بار در روز (صبح و عصر) بود. به دلیل اینکه احتمال بروز دلیریوم در ساعات اولیه صبح و غروب بیش‌تر است (۳۰) طی روزهای بستری، هنگام صبح و غروب از بیماران معاینه وضعیت روانی به عمل می‌آمد. جهت بررسی بیش‌تر رفتار، وضعیت خواب و بیداری و نوسانات علائم در ساعات دیگر شبانه روز از گزارش‌های پرستاری موجود در پرونده و اطلاعاتی که به‌صورت شفاهی از آن‌ها کسب می‌شد و همچنین مشاهدات همراهان بیمار استفاده می‌شد. همچنین به‌محض بروز کوچک‌ترین تغییرات در وضعیت بیماران و گزارش آن توسط پرستاران، مجدداً بیمار مورد ارزیابی قرار می‌گرفت و برای هر بیمار، میانگین نمرات MMSE به‌عنوان نمره کل MMSE محاسبه شد. برای جلوگیری از سوگیری نتایج، ارزیابی دلیریوم توسط دستیار پژوهش‌گر انجام شد به‌طوری که بیماران هر دو گروه از نظر بروز دلیریوم با استفاده از پرسش‌نامه آزمون مختصر معاینه وضعیت روانی MMSE (Mini Mental Status Examination)روزانه دو نوبت (صبح و عصر) (۱۰) و طی روزهای بستری در CCU توسط دستیار پژوهش‌گر مورد بررسی قرار گرفتند. از آنجایی که بیماران از نوع گروهی که در آن قرار داشتند مطلع نبودند این مطالعه از نوع یک سوکور بود.

تمام پرسش‌نامه‌ها در صورت با سواد بودن توسط خود نمونه‌ها و در غیر این صورت با کمک پژوهش‌گر و همراه بیمار به‌صورت راهنمای مصاحبه تکمیل شدند.

پرسش‌نامه MMSE را مارشال فولستین به‌عنوان روشی عملی برای درجه‌بندی وضعیت شناختی بیماران در سال ۱۹۷۵ به متخصصان بالینی معرفی کرد. اجرای آن به ۵ تا ۱۰ دقیقه وقت نیاز دارد. اعتبار و پایایی آن در همان سال گزارش شد (۳۱). در ایران نیز، توسط فروغان و همکاران (۳۲) و بحیرایی (۱۵)، روایی و پایایی آن بررسی شده است. سؤالات این آزمون بر اساس نمره ۳۰-۱ تقسیم شده است. در این آزمون، حافظه و جهت‌یابی ۱۶ نمره، توجه و تمرکز ۵ نمره، توانایی‌های زبان و فهم ۸ نمره و توانایی دیداری فضایی ۱ نمره دارد (۳۳). در نهایت افراد با نمره بالای ۲۵، نرمال یا غیر مبتلا به دلیریوم، با نمره ۲۵-۲۰ مشکوک به دلیریوم و نمره کم‌تر از ۲۰ با تشخیص قطعی دلیریوم شناخته می‌شوند (۳۴).

برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی استفاده شد. به‌منظور اجرای برنامه آشناسازی، چک‌لیستی تهیه شد که موارد موجود در این چک‌لیست شامل آشنایی با قسمت‌های مختلف بخش، ساعت و نحوه ملاقات، رژیم غذایی، میزان فعالیت، مراقبت از خود، استفاده از نرده کنار تخت، مصرف داروها، پروسیجرهای رایج در بخش و... بود.

روایی پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی و چک‌لیست آشناسازی از طریق روایی محتوی انجام شد، بدین ترتیب که ابزار فوق پس از آماده شدن به رؤیت ۱۰ نفر از صاحب نظران و اساتید دانشگاه علوم پزشکی زنجان رسید و روایی آن تأیید شد.

به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی، در ابتدای پژوهش، محقق، هدف از انجام این پژوهش را برای نمونه‌ها بیان می‌کرد و در صورت رضایت بیماران و همراهان، از آن‌ها رضایت آگاهانه اخذ می‌شد و به آن‌ها توضیح داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه خواهد ماند و در هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. این مطالعه نیمه تجربی با کد IRCT2014030516843N2 در مرکز کار آزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است و پس از اخذ مجوز اخلاقی به شماره ZUMS.REC.1392.52 از کمیته اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، در بخش CCU یکی از

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد. در نهایت، داده‌های به دست آمده از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری کولموگروف اسمیرنوف، تی مستقل و تست دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی، فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ متغیرهای مورد مطالعه توصیف شد.

در ابتدای مطالعه، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف از نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های مطالعه، اطمینان حاصل شد. به این ترتیب که تمام متغیرهای مورد بررسی در دو گروه دارای توزیع نرمال بودند و از آزمون‌های آماری پارامتریک استفاده شد. جدول شماره ۱ و ۲، متغیرهای

جدول ۱- اطلاعات جمعیت شناختی بیماران در دو گروه شاهد و آزمون

متغیرها		گروه‌ها: شاهد تعداد (درصد)	گروه‌ها: آزمون تعداد (درصد)	p-value آزمون فیشر
جنس	زن	۱۷ (۴۲/۵)	۲۲ (۵۵)	۰/۳۷۱
	مرد	۲۳ (۵۷/۵)	۱۸ (۴۵)	
سن	۳۵-۴۵	۲ (۵)	۸ (۲۰)	۰/۱۱۷
	۴۶-۵۵	۷ (۱۷/۵)	۸ (۲۰)	
	۵۶-۶۵	۱۲ (۳۰)	۱۱ (۲۷/۵)	
	۶۶-۷۵	۹ (۲۲/۵)	۱۰ (۲۵)	
	۷۶-۸۰	۱۰ (۲۵)	۳ (۷/۵)	
وضعیت تأهل	مجرد	۰ (۰)	۱ (۲/۵)	۰/۷۸۱
	متأهل	۳۱ (۷۷/۵)	۳۱ (۷۷/۵)	
	مطلقه	۰ (۰)	۱ (۲/۵)	
	همسر فوت شده	۹ (۲۲/۵)	۷ (۱۷/۵)	
شغل	کارمند	۶ (۱۵)	۶ (۱۵)	۰/۳۹۳
	کارگر	۷ (۱۷/۵)	۹ (۲۲/۵)	
	سایر موارد	۵ (۱۲/۵)	۳ (۷/۵)	
	خانه‌دار	۱۵ (۳۷/۵)	۲۰ (۵۰)	
	بیکار	۷ (۱۷/۵)	۲ (۵)	
تحصیلات	بی‌سواد	۲۰ (۵۰)	۱۵ (۳۷/۵)	۰/۴۳۱
	زیر دیپلم	۱۰ (۲۵)	۱۵ (۳۷/۵)	
	دیپلم و بالاتر از دیپلم	۱۰ (۲۵)	۱۰ (۲۵)	
بیمه	داشت	۴۰ (۱۰۰)	۳۹ (۹۷/۵)	۱/۰۰
	نداشت	۰ (۰)	۱ (۲/۵)	
بیمه تکمیلی	داشت	۵ (۱۲/۵)	۷ (۱۷/۵)	۰/۷۵۵
	نداشت	۳۵ (۸۷/۵)	۳۳ (۸۲/۵)	
سابقه بستری در بخش‌های دیگر	داشت	۲۲ (۵۵)	۱۸ (۴۵)	۰/۵۰۳
	نداشت	۱۸ (۴۵)	۲۲ (۵۵)	
تشخیص بیماری	آنژین صدری	۲۳ (۵۷/۵)	۲۳ (۵۷/۵)	۱/۰۰
	MI	۱۷ (۴۲/۵)	۱۷ (۴۲/۵)	

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

جدول ۲- اطلاعات جمعیت شناختی اعضای خانواده بیماران در گروه آزمون

متغیرها		آزمون تعداد (درصد)
جنس	زن	۲۱ (۵۲/۵)
	مرد	۱۹ (۴۷/۵)
وضعیت تأهل	مجرد	۲۰ (۵۰)
	متأهل	۲۰ (۵۰)
شغل	کارمند	۱۰ (۲۵)
	کارگر	۴ (۱۰)
	سایر موارد	۳ (۷/۵)
	خانه‌دار	۱۵ (۳۷/۵)
	بیکار	۸ (۲۰)
تحصیلات	زیر دیپلم	۵ (۱۲/۵)
	دیپلم و بالاتر از دیپلم	۳۵ (۸۷/۵)
نسبت خویشاوندی با بیمار	همسر	۶ (۱۵)
	فرزند	۲۴ (۶۰)
	والدین	۱ (۲/۵)
	خواهر یا برادر	۲ (۵)
	نوه	۳ (۷/۵)
	عروس	۴ (۱۰)
نحوه زندگی با بیمار	بله	۲۷ (۶۷/۵)
	خیر	۱۳ (۳۲/۵)

جمعیت شناختی بیماران هر دو گروه و اعضای خانواده گروه آزمون را نشان می‌دهد. بیشتر بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش را مردان (۵۱/۲٪) تشکیل می‌دادند و اغلب بیماران سن بالای ۵۵ سال داشتند.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد قبل از انجام مداخله، آزمون آماری تی مستقل با P-valueهای به دست آمده، اختلاف معناداری در دو گروه شاهد و آزمون از نظر میانگین نمره کل دلیریوم و میانگین نمره ابعاد مختلف دلیریوم، نشان نداد و دو گروه قبل از انجام مداخله از نظر میانگین نمره کل دلیریوم و میانگین نمره ابعاد مختلف دلیریوم، مشابه یکدیگر بودند.

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد پس از انجام مداخله، در بُعد حافظه و جهت‌یابی، با استفاده از آزمون آماری تی مستقل و P=۰/۰۰۱ گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد نمره بیش‌تری را کسب کردند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. همچنین در بُعد توجه و تمرکز، با استفاده از آزمون آماری تی مستقل و P=۰/۰۰۵ گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد نمره بیش‌تری را کسب کردند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. در بُعد توانایی‌های زبان و فهم با استفاده از آزمون آماری تی مستقل و P=۰/۵۴۱ و بُعد توانایی دیداری فضایی، با استفاده از آزمون آماری تی مستقل و P= ۱/۰۰۰ تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد.

در نهایت، با استفاده از آزمون آماری تی مستقل و با P= ۰/۰۰۲ بین دو گروه شاهد و آزمون، از نظر میانگین نمره کل دلیریوم، اختلاف معنادار آماری مشاهده شد و گروه آزمون، نمره بالاتری را نسبت به گروه شاهد کسب کردند اما با مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله و تفاوت ناچیز انحراف معیارها می‌توان گفت این اختلاف از نظر بالینی، معنی‌دار نبود، زیرا در مجموع، پس از انجام مداخله، در گروه آزمون، ۴۰ نفر (۱۰۰٪) غیر مبتلا به دلیریوم شناخته شدند و در گروه شاهد ۳۷ نفر (۹۲/۵٪) غیر مبتلا به دلیریوم، ۱ نفر (۲/۵٪) مشکوک به دلیریوم و ۲ نفر (۵٪) مبتلا به دلیریوم شناخته شدند که این تعداد موارد مبتلا و مشکوک،

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره کل دلیریوم و میانگین نمره ابعاد مختلف دلیریوم قبل از انجام مداخله در دو گروه شاهد و آزمون

گروه	ابعاد دلیریوم				
	حافظه و جهت‌یابی (۱۶ امتیاز)	**توجه و تمرکز (۵ امتیاز)**	**توانایی‌های زبان و فهم (۸ امتیاز)**	**توانایی دیداری فضایی (۱ امتیاز)**	**نمره کل دلیریوم (عدم ابتلا=بیشتر از ۲۵ (مشکوک=۲۵-۲۰) (مبتلا=کمتر از ۲۰)**
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
شاهد	۱۴/۸۲±۰/۷۱۲	۳/۷۵ ±۰/۷۴۲	۷/۶۵ ±۰/۵۳۳	۰/۸۵ ±۰/۳۶۲	۲۷/۱۵ ±۱/۳۱۲
آزمون	۱۵/۰۰±۰/۶۴۱	۳/۸۵ ±۰/۶۲۲	۷/۷۲ ±۰/۵۰۶	۰/۹۲ ±۰/۲۶۷	۲۷/۴۲ ±۱/۰۵۹
P-value آزمون تی تست	۰/۲۵۱	۰/۵۱۶	۰/۵۲۱	۰/۲۹۴	۰/۳۰۵

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره کل دلیریوم و میانگین نمره ابعاد مختلف دلیریوم پس از انجام مداخله در دو گروه شاهد و آزمون

گروه	ابعاد دلیریوم				
	حافظه و جهت‌یابی (۱۶ امتیاز)	**توجه و تمرکز (۵ امتیاز)**	**توانایی‌های زبان و فهم (۸ امتیاز)**	**توانایی دیداری فضایی (۱ امتیاز)**	**نمره کل دلیریوم (عدم ابتلا=بیشتر از ۲۵ (مشکوک=۲۵-۲۰) (مبتلا=کمتر از ۲۰)**
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
شاهد	۱۴/۶۵ ±۱/۲۳۱	۳/۵۲±۰/۸۱۶	۷/۵۲±۰/۸۴۷	۰/۹۲±۰/۲۶۷	۲۶/۶۲±۲/۴۶۷
آزمون	۱۵/۴۵ ±۰/۶۷۷	۴/۰۰±۰/۶۴۱	۷/۶۲±۰/۵۸۶	۰/۹۲±۰/۲۶۷	۲۸ ±۱/۲۱۹
P-value آزمون تی تست	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۵۴۱	۱/۰۰۰	۰/۰۰۲
فاصله اطمینان ٪۹۵	۱/۲۴۲ تا ۰/۳۵۸	۰/۸۰۲ تا ۰/۱۴۸	۰/۴۲۴ تا -۰/۲۲۴	۰/۱۱۹ تا -۰/۱۱۹	۲/۲۴۱ تا ۰/۵۰۹

از نظر بالینی معنادار نبودند.

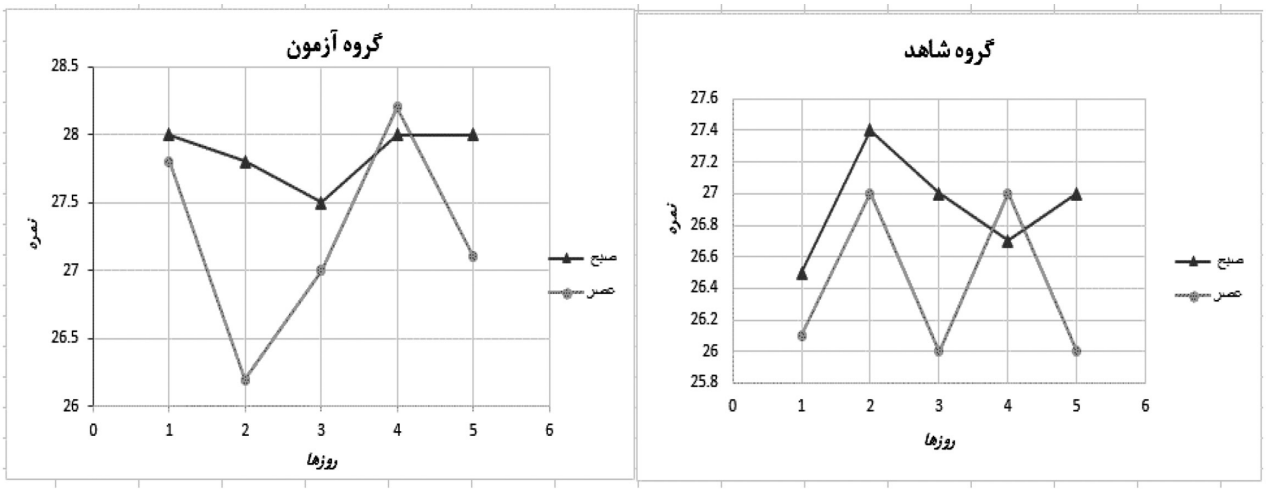
مطابق نمودار شماره ۱، میانگین نمرات MMSE عصر گروه شاهد نسبت به گروه آزمون با استفاده از آزمون آماری تی مستقل و با P= ۰/۰۰۲، کاهش معنادار آماری نشان داد و گروه آزمون در وضعیت بهتری نسبت به گروه شاهد قرار داشت. همچنین با مقایسه نمرات صبح و عصر در نمودار در هر یک از گروه‌ها مشخص می‌شود در هر دو گروه، نمرات صبح نسبت به عصر بالاتر بود و وضعیت روانی بیماران در عصر بدتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد اجرای برنامه آشناسازی خانواده محور باعث کاهش معنادار آماری در بروز دلیریوم در بیماران مبتلا به بیماری شریان کرونر در CCU می‌شود، اما در بررسی نمره کل دلیریوم و ابعاد حافظه، جهت‌یابی، توجه و تمرکز با توجه به مقایسه نمرات قبل و پس از مداخله که تفاوت ناچیزی با هم دارند و با توجه به بر آورد فاصله‌ای در فاصله اطمینان ٪۹۵، می‌توان گفت اگر چه تاثیر مداخله از نظر آماری معنادار است اما از نظر بالینی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]



نمودار ۱- مقایسه میانگین نمرات صبح و عصر در طی روزهای بستری در گروه شاهد و آزمون

نمی‌تواند تأثیر قابل توجهی در تغییر نمرات کل دلیریوم، ابعاد حافظه، جهت یابی، توجه و تمرکز داشته باشد.

هم راستا با پژوهش حاضر، در مطالعه ناظری آستانه و همکاران نیز که با عنوان تأثیر مداخله چند بخشی در جلوگیری از دلیریوم در بیماران بعد از عمل جراحی قلب باز صورت گرفت، اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (۱۰). در مطالعه ناظری آستانه، از علل این معنادار نبودن می‌توان به تعداد کم نمونه‌ها (۳۲ نفر) اشاره کرد.

بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه ذوالفقاری و همکاران، مداخله چند عاملی باعث کاهش معنادار آماری دلیریوم در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد گردید (۱۶). همچنین در مطالعه‌ی هاراری و همکاران، با عنوان تأثیر برنامه چند جانبه در آموزش به بیماران در ارتباط با پیشگیری از دلیریوم پس از عمل، نتایج، تأثیر مثبت مداخله را در پیشگیری از دلیریوم در گروه آزمون نشان داد (۳۰). نتایج این دو مطالعه با مطالعه حاضر از نظر معناداری بالینی، همسو نیست که از دلایل این اختلاف می‌توان به تعداد زیاد نمونه‌های مطالعه ذوالفقاری و همکاران (۱۸۰ نفر) و هاراری و همکاران (۱۰۸ نفر) و یا متفاوت بودن مداخله آن‌ها اشاره کرد.

تحقیقات نشان داده است که در زمینه جهت‌یابی، ابتدا نسبت به زمان، اختلال ایجاد می‌شود (۱۱) که این مسئله به دلیل ماهیت بُعد زمان است که بیش‌تر مستعد فراموشی است و در مطالعه حاضر نیز در نمونه‌های مورد پژوهش، بیش‌ترین اختلال در زمینه جهت‌یابی نسبت به زمان بود.

در مطالعه بیرانوند و همکاران با هدف تأثیر موسیقی بر دلیریوم بعد از عمل جراحی مفصل ران در سالمندان، میانگین نمره کل شناختی قبل از مداخله در گروه آزمون ۲۱/۷۸ و پس از مداخله ۲۳/۹۴ بود (۱۵)، در حالی که در مطالعه حاضر، میانگین نمره دلیریوم پس از مداخله در گروه آزمون ۲۸ بود، علت بالاتر بودن میانگین نمره کل شناختی در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعه بیرانوند و همکاران، می‌تواند به دلیل بالاتر بودن میانگین سنی نمونه‌ها در مطالعه بیرانوند باشد، زیرا تمام نمونه‌های آن‌ها بیماران بالاتر از ۶۵ سال دچار شکستگی مفصل ران بودند. مطالعات دیگر هم نشان‌دهنده شیوع بالای دلیریوم پس از شکستگی مفصل ران در سالمندان است (۳۵).

در مطالعه حاضر میزان ابتلا به دلیریوم در هر دو گروه کم بود. شاید یکی از دلایل آن آزاد بودن ملاقات در محیط پژوهش بود. حضور افراد آشنا در کنار بیماران از عوامل پیشگیری‌کننده دلیریوم عنوان شده است (۱۱).

نتایج این مطالعه اثر بخشی آماری برنامه آشناسازی را بر کاهش میزان دلیریوم نشان داد هر چند به لحاظ بالینی معنادار نبود اما به‌طور کلی با در نظر گرفتن عواقب بروز دلیریوم و سهولت اجرای برنامه آشناسازی، می‌توان گفت که اجرای چنین برنامه‌هایی در بخش‌های ویژه در جهت پیشگیری از دلیریوم می‌تواند سودمند باشد. همچنین آموزش کارکنان بخش‌های ویژه در خصوص ارزیابی مکرر بیماران با مقیاس MMSE، شناخت هر چه بیش‌تر علائم و نشانه‌های دلیریوم را در پی دارد.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

با توجه به یافته‌های این پژوهش، عملی‌ترین کاربرد این یافته‌ها در زمینه آموزش پرستاری و برنامه‌های آشناسازی در بخش‌های ویژه است که برای دست‌یابی به این هدف، می‌توان در بیمارستان‌ها با برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی و آشناسازی به ارتقای این مهارت‌ها در پرستاران کمک کرد. هم‌چنین باید در برنامه‌های درسی دانشکده‌های پرستاری، اهمیت بیش‌تری به مسئله آموزش به بیمار داده شود تا در آینده، شاهد تربیت پرستارانی خبره در این زمینه باشیم. امید است با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، شاهد افزایش کیفیت مراقبت‌های پرستاری، کاهش مشکلات روانی بیماران بستری و در نهایت کاهش هزینه‌های ناشی از بروز دلیریوم باشیم.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این مسئله اشاره کرد که بیماران فقط در دو نوبت با ابزار MMSE معاینه شدند و علائم گذرای دلیریوم در سایر ساعات شبانه روز از نظر دور ماند. علی‌رغم استفاده از گزارش پرستاران و همراهان، آشنایی کم آن‌ها با علائم دلیریوم می‌توانست بر دقت مطالعه اثرگذار باشد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، آزاد بودن ملاقات در بخش CCU مورد مطالعه بود که البته با تخصیص تصادفی نمونه‌ها تأثیر این متغیر مخدوش‌گر بر هر دو گروه یکسان شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است که به شماره ZUMS.REC.1392.52 در تاریخ ۱۳۹۲/۱۲/۱۷ به تصویب رسیده و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده است. بدین وسیله از کلیه پرستاران، بیماران و خانواده‌های آن‌ها در بخش CCU که در انجام این پژوهش ما را یاری نموده‌اند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1- Moser D.K, Chung M, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington C.C, et al. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. Intensive Crit Care Nurs.2003; 19: 276-288.
2- Momeni T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients, anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial. Journal of Research in Behavioural Sciences.2013.10 (6): 554-564. (Persian)
3- McAdam J, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. Am J Crit Care.2009.18 (3): 200-211.
4- Rabie Siahkali S, Pourmemari MH, 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.2010; 18 (70): 91-101. (Persian)
5- Naderi M, Rajati F, Yusefi H, Tajmiri M, Mohebi S. Needs of Intensive Care Unit Patient Families. Journal of Health System Research.2013; 9 (5): 473-483. (Persian)
6- Chien W.T, Chiu Y.L, 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. Int J Nurs Stud.2006; 43: 39-50.
7- Chaboyer W, Thalib L, Alcorn K, Foster M. The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. Intensive Crit Care Nurs.2007; 23 (6): 362-369.
8- Dadgari A, Yaghmai F, Shahnazarian J, Dadvar L. Evaluation of knowledge, attitude and skill of nurses in cardiac surgery care unit about prevention of delirium. Journal of Shahrod univresity of medical sciences.2007; 2 (3): 28-35. (Persian)
9- Kaplan H, Sadock B. Mental disorders. Tehran: Arjmand; 2000. (Persian)
10- Nazeriastaneh A, Khajehmogehi N, Pakseresht S, Ramezani A. Evaluation of effect of multiple intervention in prevention of delirium after open cardiac surgery. Scientific medical journal.2007; 6 (2): 135. (Persian)
11- Koushan M, Vaghei S. Psychiatric nursing, Mental Health 2.7th ed.Tehran: Andishe rafi; 2011. (Persian)
12- Qassem Z, Milbrandt B. Clearing up the confusion: The results of two pilot studies of antipsychotics for ICU delirium. Crit Care.2010; 14: 316.
13- Asaee R, Nazari H, Hoseini S. Evaluation of prevalence of delirium in medical surgical units. Journal of Lorestan University of medical sciences.2008; 9 (3): 21-27. (Persian)
14- Heidari A, Dianati M, Mosavi G. Prevalence, risk factors and outcoms of delirium in patients in intensive care units in Beheshti and Kashani hospitals in Isfahan. Feiz. 2014.18 (1): 76-84. (Persian)
15- Beiranvand A, Fallahi M, Ashayeri H, Rahghozar M. The effect of music on delirium after arthroplasty in older patients. Journal of Lorestan University of medical sciences.2007; 9 (2): 55-62. (Persian)

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

16- Zolfaghari M, Arbabi M, Pedramrazi S, Bayat KH, Bavi A. Effect of multiple intervention to prevention of delirium and times of hospitalization in cardiac surgery patients. Hayat.2012; 18 (1): 67-78. (Persian)
17- Weinhouse G.L, Schwab R.J, Watson P.L, Patil N, Vaccaro B, Pandharipande P, et al. Delirium in ICU patients – importance of sleep deprivation. Crit Care.2009; 13 (6): 1-8.
18- Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. Ann Intern Med.2011; 154: 746-751.
19- Fong T, Tulebaev S, Inouye S. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol. 2009.5 (4): 210-220.
20- Skrobik Y, Ahern S, Leblanc M, Marquis F, Awissi D, Kavanagh B. Protocolized Intensive Care Unit Management of Analgesia, Sedation, and Delirium Improves Analgesia and Subsyndromal Delirium Rates. Anesth Analg.2010; 111 (2): 451-463.
21- Kalda R, Oona M, Maaroos H, Lember M. Patient evaluation on family doctors' family orientation. Patient Educ Couns.2005; 56: 296-301.
22- Sadeghi Z, Payami Bousari M, Moosavi Nasab N. Effect of family participation in ICU patients care on family, s anxiety level. Nursing and midwifery care journal.2013.2 (2): 10-17. (Persian)
23- Dalvand H, Rassafiani M, Bagheri H. Family Centered Approach: A literature review. Journal of Modern Rehabilitation.2014.8 (1): 1-9. (Persian)
24- Bailey J.J, Sabbagh M, Loiselle C.G, 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: 114-122.
25- Asilioglu K, Celik S. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient Educ Couns.2004; 53: 65-70.
26- Modabbernia M, Forghanparast K, Khalkhali M, Najafi K. Delirium in cardiac care unit. Journal of Gilan university of medical sciences.2002; 11 (41): 1-5. (Persian)
27- Young J, Leentjens A, George J, Olofsson B, Gustafson Y. Systematic approaches to the prevention and management of patiens with delirium. J Psychosom Res.2008; 65: 267-272.
28- Pisani M, Kong S, Kasl S, Murphy T, Araujo K, Ness P. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. Am J Respir Crit Care Med.2009; 180 (11): 1092–1097.
29- Sendelbach S, Guthrie P, Schoenfelder D. Acute confusion/ delirium, Identification, assessment, treatment and prevention. J Gerontol Nurs.2009; 35 (11): 11-18.
30- Tashakkori A, Shanesaz A, Khajemogahi N. Comparison of the incidence of delirium in the open heart surgery and general surgery in the Golestan hospital of Ahvaz. Journal of Ahvaz University of medical sciences.2004; 41: 37-43. (Persian)
31- Salari S, Shaeiri M, Moghaddamasghari M. Validity and reliability the rowland universal dementia assessment scale in a sample of elderly women. Journal of Ahvaz university of medical sciences.2013; 8 (30): 63-73. (Persian)
32- Foroghan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaemmaghamfarahani Z, Rahghozar M. Validity and reliability the mini mental status examination in older patients. New resalts of cognitive sciences.2008; 10 (2): 29-37. (Persian)
33- Seyyedian M, Fallah M, Norouzian M, Nejat S, Delavar A, Ghasemzadeh H. Evaluation of validity of mini mental status examination. Journal of Iran medical association.2007; 25 (4): 408-414. (Persian)
34- Taban H, Ahmadzadeh G, Tavassoli M. Recognition disorders in older patients before and after surgery. Journal of Hormozghan University of medical sciences.2003; 7 (3): 135-139. (Persian)
35- Adunsky A, Levy R, Heim M, Mizrahi E, Arad M. Meperidine analgesia and delirium in aged hip fracture patients. Arch Gerontol Geriatr. 2002; 35: 253-259.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

The effect of family-centered orientation program on prevention of delirium prevalence in patients with coronary artery disease: a clinical trial

Karimi. V[1], *Hanifi. N[2], Bahraminejad. N[3], Faghihzadeh. S[4]

Abstract

Introduction: Hospitalization in critical care unit is a stressful issue for patients and families due to the presence of unfamiliar equipment and procedures in the unit. This confusion and unfamiliarity leads to disturbance and even physiological and mental problems in the patients. The main objective of this work is to examine effect of family-centered orientation program on prevention of delirium prevalence in patients with coronary artery disease in CCU.

Materials and Methods: In this quasi-experimental work in 2013 in Zanjan, in 3 months, 80 inpatients from CCU meeting the criteria of entering to the research, were selected based on sample and convenience sampling in two test and standard groups. For test group, family-centered orientation program was performed. The samples in both groups were examined in terms of delirium problem using the mini mental status examination (MMSE) instrument. Then, the obtained data were analyzed using the t-test and fisher.

Results: Data analysis indicated that delirium incidence in the test group indicated a significant statistical decrease using the T-test with $p = 0.002$; however this difference was not clinically significant.

Discussion & Conclusion: due to the benefits of family-centered orientation programs to decrease of delirium, using of orientation program is recommended but due to the lack of clinically significant about delirium, large samples and several evaluations of patients seems necessary for studies designs.

Keywords: Coronary artery disorder, Critical cardiac care unit, Delirium, Family-centered orientation, Orientation program.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.2.2.104]

1- MSc, Instructor, Iran, Zanjan, Zanjan University of Medical Science (ZUMS) , Faculty of Nursing and Miwifery, Medical-Surgical Department
2- (*Corresponding Author) Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Iran, Zanjan, Zanjan University of Medical Sciences (ZUMS) , Faculty of Nursing and Miwifery E-mail: nasrinhanifi@yahoo.com
3- Ph.D. in community Health, Assistant Professor, Iran, Zanjan, Zanjan University of Medical Sciences (ZUMS) , Faculty of Nursing and Miwifery
4- Ph.D, Professor, Iran, Zanjan, Zanjan University of Medical Sciences (ZUMS) , Faculty of Medicine, Biostatistics and Epidemiology Department