

تأثیر مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه بر اضطراب خانواده

زهرا صادقی^۱، میترا پیامی بوساری^۲، نورالدین موسوی نسب^۳

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی payami@zums.ac.ir

دریافت: ۹۱/۵/۱۵ پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نه تنها برای بیمار اضطراب آور است بلکه می‌تواند اضطراب شدیدی را برای خانواده بیمار نیز به همراه داشته و پیامدهای منفی بر روند درمان ایجاد نماید. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشارکت اعضای خانواده در برنامه مراقبت از بیمار بستری در آی سی یو بر سطح اضطراب اعضای خانواده انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی با طراحی قبل و بعد دو گروهی می‌باشد. اعضای خانواده بیماران بستری در بخش آی سی یو مرکز آموزشی درمانی آیت الله موسوی زنجان به روش آسان انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. عضو خانواده گروه مداخله از روز سوم بستری بیمار تا روز هفتم، روزی ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر شده و در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیمار شرکت داشت. با گروه کنترل طبق روتین بخش برخورد شد. هر دو گروه سوالات مربوط به بخش اضطراب پرسشنامه DASS-۲۱ را پر کردند. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون t زوج و مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره اضطراب گروه آزمون در قبل از مداخله $21/6 \pm 8/4$ به $12/6 \pm 7$ در مرحله بعد از مداخله کاهش یافت ($p < 0/001$). میانگین نمره اضطراب گروه کنترل قبل از مداخله $22/6 \pm 5/6$ بود که بعد از مداخله به $23/6 \pm 3/4$ افزایش یافت ($p < 0/2$). مقایسه تغییرات میانگین اضطراب دو گروه با یکدیگر موید وجود اختلاف آماری معنی دار بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشارکت دادن اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در برنامه مراقبتی از بیمار، می‌تواند نقش موثری در کاهش اضطراب اعضای خانواده ایفا نموده و از این طریق موجب بهبود روند مراقبت از بیماران گردد.

واژگان کلیدی: اضطراب، خانواده بیمار، مشارکت، بخش مراقبت‌های ویژه

مقدمه

منتشر، ناخوشایند و مبهم است و اغلب علائم تحریک سیستم عصبی خودکار را به همراه دارد. عوامل اضطراب آور برای خانواده زمانی که خانواده نتواند با آن مقابله نماید و یا سیستم‌های اجتماعی قادر به شناسایی علت اضطراب، نیازهای افراد مضطرب و دسته بندی و رفع آنها نباشد منجر به بروز بحران موقعیتی می شود (۵،۴). پیامد این بحران برای

یکی از علل بروز اضطراب شدید در خانواده، مواجه شدن با شرایط تغییر دهنده زندگی نظیر بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان است (۱). در شرایط حاد بیمار در بخش ویژه بستری شده و خانواده سطوح بالاتری از اضطراب را تجربه می‌کنند (۳،۲). اضطراب احساس دلشوره

۱-کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲-دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳-دکترای تخصصی آمار حیاتی، دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

خانواده، ناپسامانی و ناامیدی است که خود باعث اثرات سوء در روند عادی خانواده و زندگی افراد از جمله از دست دادن شغل، اختلال در تصمیم‌گیری، بیماریهای جسمی و حتی انتقال اضطراب به افراد دیگر می‌شود (۹-۱۶). اعتقاد بر این است که اضطراب مثل یک بیماری مسری است و می‌تواند از خانواده بیمار به بیمار و یا پرستار و کارکنان و یا بالعکس سرایت نماید (۲،۶). همچنین اضطراب اعضای خانواده بر بهبودی بیمار نیز تأثیر گذاشته و در بسیاری از مواقع می‌تواند آن را به تأخیر انداخته و خانواده بیمار را نیز به بروز ناراحتی‌های روانی، عاطفی و جسمی سوق دهد (۱۰). مطالعات متعددی در زمینه تعیین نیازهای خانواده افراد بستری در ICU انجام شده است (۱۱، ۱۲). در این مطالعات نیاز خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه به پنج گروه نیاز کلی شامل، اطمینان دادن به اعضای خانواده، اجازه ماندن کنار بیمار، دادن اطلاعات به خانواده بیمار، ایجاد امکانات مناسب در کنار بخش‌ها جهت راحتی اعضای خانواده و ارائه حمایت تا حد امکان تقسیم بندی شده است (۱۲). لیکن مطالعات مداخله‌ای اندکی در زمینه تعیین اثر بخشی راهکارهای معرفی شده به منظور رفع نیازهای خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه و کاهش سطح اضطراب آنان انجام شده است. فوماگالی و همکاران (Fumagalli et al.) تأثیر سیاست ملاقات محدود و نامحدود در بخش مراقبت ویژه را بر کاهش عوارض قلبی و عروقی بیمار از طریق تعیین اثرات آن بر سطح اضطراب، هورمون محرک تیروئید به عنوان هورمونی که در واکنش به استرس ترشح می‌شود، بروز آلودگی میکروبی و عوارض عفونی در بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه یک بیمارستان بررسی کردند. نتایج نشان داد علیرغم بروز آلودگی بیشتر میکروبی در محیط بخش مراقبت ویژه با افزایش تعداد و زمان ملاقات، ملاقات نامحدود با افزایش عوارض عفونی همراه نبود و احتمالاً کاهش عوارض قلبی و عروقی در این بیماران به علت کاهش

اضطراب و هورمون محرک تیروئید بوده است (۱۳). مشارکت، به معنای به کار گرفتن سایر نیروها به منظور سهیم شدن در یک اقدام و انجام کار (۱۴)، راهکاری است که در تحقیقات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج مطالعه هیوپسی (Hupcey) نشان داد درک از احساس سلامتی بیماران تحت تأثیر خانواده واقوام نزدیک آنها بوده است. بر اساس نتایج مطالعه هیوپسی مشارکت دادن اعضای خانواده در تیم مراقبتی سبب فراهم شدن حمایت روحی روانی برای بیمار، بهبودی سریعتر وی شده و با ایجاد روحیه مثبت در خانواده بیمار موجب کاهش اضطراب آنها می‌شود (۱۵). هیلند (Heyland) و همکارانش نیز طی مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که ۸۰-۹۰ درصد خانواده بیماران بستری در کشور کانادا علاقمند به شرکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی در مورد بیمارشان می‌باشند (۱۶). لیکن آزولای (Azouly) و همکارانش نشان دادند تنها نیمی از خانواده بیماران فرانسوی بستری در بخش مراقبت ویژه علاقمند به مشارکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی هستند (۱۷). از آنجا که یکی از نقش‌های پرستار، حمایت از خانواده بیمار است (۱۸)، زمانیکه بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه بستری است، علاوه بر مراقبت از او، مراقبت از اعضای خانواده نیز لازم است (۱۹)، زیرا اعضای خانواده تأثیرات مفیدی بر روی پاسخ به درمان بیماران دارند و اضطراب بالا، توانایی آنان را در حمایت از بیمار کاهش داده و حتی ممکن است اضطراب آنها به بیمار نیز منتقل شود (۲۰). کادر درمان می‌تواند خانواده بیمار را در جهت پیشگیری از مسائل و مشکلات روحی و روانی مورد حمایت قرار دهد که نتیجه این حمایت، افزایش عملکرد و توانایی خانواده است (۲۱). با ارائه مراقبت خانواده محور می‌توان علاوه بر قرار دادن نیازهای بیمار در اولویت به خانواده کمک کرد تا بیمار را بعنوان یکی از سیستم‌های خود مورد حمایت قرار دهد. مراقبت خانواده محور یکی از روش‌های ارائه مراقبت است که نقش اساسی و حیاتی خانواده

را تشخیص داده و به آن احترام می‌گذارد. این روش، بیمار و خانواده را بعنوان یک کل می‌نگرد و خانواده را در انتخاب تصمیم جهت درمان بیمار و همکاری حمایت می‌نماید. ماهیت این روش یک سیستم ارائه مراقبت به همراه حمایت و ارتباط با خانواده را ایجاد می‌کند که به خانواده اجازه می‌دهد که در مداخلات مشارکت کند. در واقع پرستار با این روش از مراقبت، با همکاری اعضا خانواده، سازگاری بیمار و خانواده را تسهیل می‌نماید (۲۲).

چالش موجود مبنی بر کافی نبودن تحقیقات در مورد مداخلات موثر بر کاهش اضطراب خانواده و همچنین مشخص نبودن نحوه میزان و مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار بستری در ICU و از طرفی لزوم حمایت از خانواده به عنوان بخشی از مداخلات پرستاری موجب شد پژوهشگر این تحقیق را با هدف تعیین تأثیر مشارکت اعضای خانواده در برنامه مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ICU بر سطح اضطراب اعضای خانواده انجام دهد.

روش بررسی

این مطالعه، یک مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهی با طراحی پیش و پس آزمون است که در بخش مراقبت‌های ویژه ICU بیمارستان آیت الله موسوی شهر زنجان انجام شد. نمونه‌های پژوهش ۷۰ نفر تعیین شد که ۳۵ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

شرایط ورود به مطالعه شامل این موارد بود: جز خویشاوندان درجه یک بیمار، نداشتن رگه اضطراب شدید، نداشتن سابقه بستری بستگان در بخش ICU، سن خویشاوند در محدوده بالای ۱۸ سال و کمتر از ۶۵ سال باشد، سن بیمار در محدوده ۲۰-۴۰ سال باشد، بیمار مولتیپل تروما با جراحات شدید نباشد. جهت تعیین شخصیت اضطرابی در مشارکت کنندگان از ابزار رگه اضطراب اسپیلرگر استفاده شده است. نمره بالایی ۶۰ به عنوان اضطراب شدید در نظر گرفته شد. معیارهای

خروجی از مطالعه شامل انصراف خانواده بیمار از ادامه شرکت در مطالعه، اخلال در نظم بخش و عدم رعایت پروتکل مراقبتی توسط مشارکت کننده، فوت بیمار در طول مداخله، ترخیص بیمار از ۷ روز از زمان بستری، ابتلا مشارکت کننده به هر نوع بیماری جسمی و روحی بعد از ورود به مطالعه بود.

از بین اعضای خانواده واجد شرایط ورود به مطالعه، بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به روش تخصیص تصادفی با استفاده جدول اعداد تصادفی در یکی از دو گروه کنترل و مداخله قرار داده شدند. در روز دوم بستری، افراد در هر دو گروه مداخله و کنترل پرسش‌نامه پیش آزمون شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش اضطراب از پرسش‌نامه افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱ گزینه‌ای [DASS-21] Depression Anxiety Stress Scale 21) را تکمیل کردند.

برای سنجش اعتبار ابزارها از روش اعتبار محتوا استفاده شد. پرسشنامه DASS توسط سپهری و سامانی در سال ۱۳۸۵ مورد اعتباریابی قرار گرفته که ضریب آلفای آن به ترتیب برای اضطراب ۰/۸۴ و استرس ۰/۶۸ گزارش شده است (۲۳). همچنین در مطالعه آنتونی و همکارانش (۱۹۹۸) آلفای کرونباخ برای DASS-۲۱ اضطراب و استرس به ترتیب ۸۷ درصد و ۹۱ درصد تعیین شد (۲۴).

در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۱) نیز ضریب پایایی ابزار اضطراب اسپیلرگر به روش همسانی درونی ۰/۹۲، دو نیمه سازی ۰/۹۲ و بازآزمایی ۰/۹۰ بوده، که این آزمون خوب و رضایت بخش گزارش شده است (۲۵). همچنین این پرسشنامه دارای روایی، از نوع ملاکی همزمان است (۲۶).

در گروه مداخله از روز سوم پذیرش بیمار، از فرد منتخب عضو خانواده بیمار خواسته شد که در شیفت کاری عصر به مدت دو ساعت بر بالین بیمار حاضر شده و در برنامه مراقبتی از جمله، مراقبت‌های بهداشتی شامل نظافت روزانه، لمس

یافته‌ها

از مجموع ۷۰ بیمار منتخب، ۸۳ درصد از بیماران گروه کنترل و ۸۹ درصد از بیماران گروه مداخله، مرد بودند. میانگین سن بیماران در گروه کنترل $31/9 \pm 7/2$ سال و در گروه مداخله $29/5 \pm 7/2$ سال بود. میانگین سن اعضای خانواده در گروه کنترل $39 \pm 6/5$ سال و در گروه مداخله $41 \pm 7/4$ سال بود. ۷۵ درصد از بیماران گروه کنترل و ۸۶ درصد از بیماران گروه مداخله، با تشخیص مولتیپل تروما و ما بقی با تشخیص ضربه به سر بستری شده‌اند. در گروه کنترل ۵۱ درصد از بیماران و در گروه مداخله ۴۹ درصد از بیماران سرپرست خانواده بودند. بیشترین عضو شرکت کننده در مطالعه در گروه کنترل، همسر بیمار (۴۰ درصد) و در گروه مداخله، مادر بیمار (۳۷ درصد) می‌باشند (جدول ۱).

بیمار و صحبت با وی (که توسط پژوهشگر و به صورت انفرادی به مدت یک ساعت و از همان روز سوم پذیرش به وی آموزش داده شد) شرکت داشته باشد (لازم به ذکر است که ورود عضو خانواده با هماهنگی با مسئولین بیمارستان و در ساعاتی که بخش در آرام ترین زمان ممکن به سر می‌برد، انجام شد). و در گروه کنترل طبق برنامه معمول بخش، مراقبت از بیمار توسط کمک بهیاران و پرستاران بخش انجام شد. پس از گذشت هفت روز از بستری بیمار، مجدداً پرسشنامه DASS-۲۱ توسط گروه کنترل و آزمون تکمیل شد. داده‌ها پس از استخراج توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک اعضای خانواده و بیماران

عضو خانواده		بیمار	
P- Value		P- Value	
کنترل	مداخله	کنترل	مداخله
جنس	مرد	۸۱ (٪۲۳)	۱۱ (٪۳۱)
	زن	۲۷ (٪۷۷)	۲۴ (٪۸۹)
سن	$39 \pm 6/5$	$31/9 \pm 7/2$	$41 \pm 7/4$
	۷ (٪۲۰)	۱۹ (٪۵۴)	۱۶ (٪۴۶)
وضعیت	متاهل	۲۸ (٪۸۰)	۳۰ (٪۸۵/۵)
	مجرد	۷ (٪۲۰)	۵ (٪۱۴/۵)
تشخیص	H.T	۹ (٪۲۶)	۵ (٪۱۴)
	M.T	۲۶ (٪۷۴)	۳۰ (٪۸۶)

در خصوص مقایسه تغییرات میانگین نمره اضطراب گروه آزمون (9 ± 7) و گروه کنترل ($1/4 \pm 6/4$) نشان داد تفاوت مشاهده شده بین دو گروه مورد بررسی معنی دار می‌باشد ($p < 0/001$).

میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل و قبل از آزمون $22/2 \pm 5/6$ بود که بعد از آزمون به $23/6 \pm 3/4$ افزایش یافت. ($p = 0/204$) در گروه مداخله نیز میانگین نمره اضطراب قبل از آزمون $21/6 \pm 8/4$ بود که بعد از آزمون به $12/6 \pm 7$ کاهش یافت ($P < 0/001$) (جدول ۲). نتایج آزمون آماری تی مستقل

جدول ۲: میانگین نمره اضطراب در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آزمون

گروه	مداخله	کنترل
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
قبل از مداخله	۲۱/۶ $\pm$ ۸/۴	۲۲/۲ $\pm$ ۵/۶
بعد از مداخله	۱۲/۶ $\pm$ ۷	۲۳/۶ $\pm$ ۳/۴
P-Value	$P < ۰/۰۰۱$	$P = ۰/۲۰۴$

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین شدت اضطراب در نمونه‌های مورد بررسی در مرحله بعد از مداخله در گروه کنترل ۲۳/۶ (اضطراب خیلی شدید) و در گروه مداخله ۱۲/۶ (اضطراب متوسط) بود. مقایسه تغییرات میانگین نمرات اضطراب در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان داد که در گروه مداخله، میانگین نمره اضطراب پس از مداخله کاهش یافته است. به عبارت دیگر مشارکت دادن اعضای خانواده در برنامه مراقبت روزانه از بیمار به طور موثر موجب کاهش سطح اضطراب افراد مورد بررسی شده است. بر اساس گزارشات مطالعات قبلی اقداماتی از قبیل دادن اطلاعات به اعضای خانواده (۲۷)، رفع نیازهای اعضای خانواده از جمله داشتن غذای خوب و در دسترس در بخش، دیدن بیمار به طور مکرر، امکان ملاقات در هر لحظه، صحبت نمودن در مورد احتمال چیزی که درباره بیمار اتفاق خواهد افتاد، سرویس‌های مذهبی قابل دسترس، صحبت روزانه با پزشک، رسیدگی به مشکلات مالی، کارکنانی که بتوانند اطلاعات لازم را به آنها بدهند، دانستن نحوه درمان بیمار و دانستن واقعیت در مورد پیش آگهی بیماری (۸)، انجام ملاقات به صورت حضوری (۲۸) منجر به کاهش میزان استرس و اضطراب اعضاء خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه شده بود.

در همین زمینه هارتس (Hearts) به نقل از وارد (Ward) (۱۹۹۰) عنوان کرد که انجام ملاقات‌های متناوب سبب

افزایش رضایت‌مندی خانواده از مراقبت ارائه شده برای بیمارشان شده و از طرفی باعث کاهش اضطراب در آنها می‌شود (۸). در مطالعه وارد، انجام ملاقات‌های مکرر منجر به افزایش رضایت‌مندی و کاهش اضطراب شده بود. این در حالی است که نتیجه مطالعه فومگالی و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده بود ملاقات نامحدود با بیمار بستری در ICU باعث بهبود وضعیت قلبی عروقی بیمار می‌شود اما ریسک آلودگی میکروبی در محیط بخش را افزایش می‌دهد (۱۳). با توجه به شرایط بخش‌های مراقبت ویژه به نظر می‌رسد اجرای سیاست ملاقات آزاد در بخش‌های مراقبت ویژه عملی نیست و مشاهده شرایط اورژانس می‌تواند برای اعضای خانواده اضطراب آور نیز باشد (۲۷). در مطالعه حاضر، اعضای خانواده نه تنها با بیمار به شکل کنترل شده ملاقات می‌کنند بلکه در برنامه مراقبتی از بیمار نیز شرکت دارند. نتایج نشان داد این روش موجب کاهش موثرتر اضطراب اعضای خانواده می‌شود.

وندی و همکارانش (۲۰۰۹) در آمریکا طی انجام مطالعه‌ای با عنوان تأثیر مشارکت دادن اعضای خانواده بیمار بستری در بخش‌های ویژه در تصمیم‌گیری‌های غیر فعال بر اضطراب و افسردگی خانواده، نتیجه گرفتند که شرکت اعضای خانواده در تصمیم‌گیری برای بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند منجر به ایجاد اضطراب و افسردگی در اعضای خانواده شود (۲۹). به نظر می‌رسد اطلاعات اندک اعضای خانواده در ارتباط با نیاز بیمار و راهکارهای موثر برای رفع

مداخله‌ای با گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفته است. با این حال اختلاف نتایج مطالعه چاین و مطالعه حاضر در رابطه با حضور عضو خانواده بر بالین موید آن است که نیاز به تحقیقات بیشتری با در نظر گرفتن نقش اختلاف فرهنگی کشورها و نقاط مختلف به منظور اخذ نتایج قطعی در ارتباط با مشارکت دادن اعضای خانواده در امر مراقبت از بیمار بستری در ICU می باشد.

بر اساس یافته های مطالعه نتیجه می گیریم که مشارکت دادن اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در برنامه مراقبتی از بیمار، می تواند نقش موثری در کاهش اضطراب اعضای خانواده ایفا نموده و از این طریق موجب بهبود روند مراقبت از بیماران گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد است که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده است. ضمن تشکر از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه و نیز مدیریت و کارکنان بخش مراقبت های ویژه (ICU) مرکز آموزشی درمانی آیت اله موسوی قدردانی می گردد.

نیازها برای خانواده اضطراب آور باشد. در مطالعه حاضر هدف پژوهشگر درگیر ساختن اعضای خانواده در انجام مراقبت های ساده بهداشتی تحت نظارت بود به طوریکه افراد شرکت کننده و کادر درمان اطمینان حاصل نمودند دخالت عضو خانواده در مراقبت از بیمار منجر به آسیب به بیمار نمی شود و می تواند به طور موثری استرس و اضطراب اعضای خانواده بیمار را کاهش دهد.

چاین (Chin) و همکارانش (۲۰۰۵) نیز در یک مطالعه نیمه تجربی با هدف سنجش میزان تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر نیاز، بر میزان اضطراب و رضایت خانواده های بستری در بخش مراقبت های ویژه نشان دادند اگر چه سطح اضطراب خانواده بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش داشته و با افزایش رضایتمندی خانواده همراه بوده لیکن نزدیک بیمار بودن (در کنار بیمار بودن) به صورت معنی داری موجب بروز اضطراب در اعضای خانواده شده است (۲۷). قابل ذکر است هدف اصلی در مطالعه چاین، بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر سطح رضایتمندی و اضطراب خانواده ها و بر اساس فرم نیاز سنجی انجام شده بود که به صورت خود گزارش دهی تکمیل شده بود. لذا چاین در مطالعه خود تأثیر حضور خانواده بر سطح اضطراب اعضای خانواده را مورد بررسی قرار نداده بود در حالی که در مطالعه حاضر تأثیر پروتکل مراقبتی حضور در بالین بیمار در قالب مطالعه

منابع

- 1- Bepage C. Social and Behavior Sciences for nurses. 1st ed. London: Philadelphia Churchill Livingston;2002.
- 2- Kaplan H, Sadvk B. Synopsis of Psychiatry. H. Rafiei, KH Sjayyan. (Persian Translator). Ninth Edition. Volume II. Tehran: Publications for Tomorrow; 1382. [In Persian]
- 3- Gldr M, Mayo R, Glds J. Oxford Psychiatry. Sade him. (Persian Translator). Tehran: Arjomand;1384. [In Persian]

- 4- Milani M, Sohail AF and Asadi Noghabi A. Community Health Nursing. First Edition. Tehran: Andishe Rafi; 1383. [In Persian]
- 5- Mahmodian A. Family Knowledge. Tehran: Semat Publication; 1383. [In Persian]
- 6- Chui WY, Chan SW. Stress and coping of Hong Kong chinese's family members during a critical illness: Jclin Nurse. 2007; 116(2): 327-381.
- 7- Pochard F, Darmon M, Fassier T. et al. Symptoms of Anxiety and Depression in Family Members of Intensive Care Unit Patient Before Discharge or Death. Journal of Critical Care. 2004; 110(20): 90-96.
- 8- Hearts HJ, Lvsvl M. Lambvrn M: An Introduction to Critical Care Nursing. Second Edition, Volume I. Heydari M. (Persian Translator). Tehran: Shahed University; 1379. [In Persian]
- 9- Urden LD. et al. Thelan's critical care nursing (diagnostic and management). Philadelphia: Mosby; 2002.
- 10- Shoemaker A. et al. Text Book of Critical Care. 4th ed. Philadelphia: Aunders Company; 2003.
- 11- Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart and Lung 1979; 8(2): 332- 9.
- 12- Kaplow Roberta, Sonya R Hardin. Critical care nursing (synergy for optimal outcomes). Jones and Bartlett publisher. 2007, p17.
- 13- Fumagalli S, Boncinelli L, Antonella Lo N. and et al. Reduced Cardio circulatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit. Health Services and Outcomes Research. 2006; 113: 946-952.
- 14- Mohseni M, Jarollahi A. Social involvement in Iran. Tehran: Aron Publication; 1382.
- 15- Hupcey JE, Penrod J. Going it alone: the experiences of spouses of critically ill patients. Dimensions of Critical Care Nursing. 2000;19(3):44-9.
- 16- Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ. et al. Dying in the ICU: Perspectives of family members. Chest.2003; 124: 392-7.
- 17- Azoulay E, Pochard F, Chevret S. et al. Half the family members of Intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. Crit Care Med. 2004; 32:1832-8.
- 18- Dugas B. Principles of patient care: a comprehensive approach to nursing. First volume. Tehran: Arian Medicine Publishing; 1382. [In Persian]
- 19- Lewis SM. et al. Assessment and management of clinical problems. Medical Surgical Mosby co; 2004.
- 20- Jane S. Interventions to decrease family anxiety: critical care nurse. 2002; 22: 61- 65.
- 21- Kittler NL. Psychiatric Nursing. Mosby co. 2003; 158.
- 22- Kaplow R, Sonya R H. Critical care nursing (synergy for optimal outcomes). Jones and Bartlett publisher; 2007.

- 23- Sepehri S, Samani S. [The effect of religious self- discrepancy on emotional problems (Persian)].The 2nd national congress of religion and mental health. University of Teheran, Tehran, Iran. 2007, April 21-23: 40-1.
- 24- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ. Psychometric properties of the 42- item and 21- item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*.1998; 10: 176- 81.
- 25- Abolghasemi A, Mehrabizadeh A. Effectiveness of systematic desensitization therapy and immunization training on test anxiety in student. *Journal of Psychiatry*.2003;1(3):1-19.
- 26- Behdani F, Sargolzaei MR, Ghorbani E. Study of life associated with depression and anxiety in students of Sabzevar. *Journal of Sabzevar School of Medical Sciences*.1379;7(2):10-14.
- 27- Chien WT, Chiu YL, Lam LW.et al. Effect of a Needs – Based Education Program for Family Cares with a Relative in on intensive care unit: A quasi – experimental study *international Journal of nursing studies*. 2005; 43(37): 39-50.
- 28- Yin King Lee LA, Lau YL. Immediate Needs of Adult Family Member of Adult Intensive Care Patient in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*. 2003; (12): 490-500.
- 29- Wendy G, Robert M, Derek C, Cindy L. et al. Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 2009; (24): 249–254.

Effect of Family Participation in ICU Patients Care on Family's Anxiety level

Sadeghi Z¹, Payami Bousari M², Moosavi Nasab N³

¹MSc.Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²Assistant Professor, Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³AssociateProfessor, Metabolic Research Center, Zanjan University of Medical Sciences. Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dept. of Nursing Faculty of Nursing and Midwifery Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Email: payami@zums.ac.ir

Background and Objectives: Hospitalization of patients in ICU can be stressful for both patients and their families. This study aimed to assess the effect of family participation in ICU patients care on family's anxiety level.

Material and Methods: This is a quasi-experimental before-after study. Family members of patients hospitalized in ICU of Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan were randomly divided into two experimental and control groups. Family members of the experimental group patients collaborated with the nurses in their patients care two hours a day from the 3rd day to the 7th day of the hospitalization. The control group patients were treated according to the ICU routine. Participants in both groups filled out the DASS-21 questionnaire before and after the intervention. Data were analyzed using the t-test in the SPSS-16.

Results: There was a significant difference in the anxiety score among the participants in the intervention group before (21.6 ± 8.4) and after the intervention (12.6 ± 7) ($p < 0.001$).

Conclusion: The result of the study indicated that the participation of the family members of patients hospitalized in the ICU in patients care can be effective in decreasing their stress and anxiety.

Key words: Intensive Care Unit, patient, family, anxiety, participation

Please cite this article as follows:

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 (NMCJ); 2012-2013; 2(2): 10-17.
