

## اثر مداخله بالینی خانواده - محور بر اضطراب اعضای خانواده

### بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

دکتر فرزانه گل آقایی\*<sup>۱</sup>، دکتر داود حکمت پو<sup>۲</sup>، ملیحه وفايي<sup>۳</sup>، دکتر محمد رفیعی<sup>۴</sup>، فاطمه رفیعی<sup>۵</sup>

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. ۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. ۳- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، بیمارستان روزبه، تهران، ایران. ۴- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. ۵- کارشناس ارشد آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** بستری شدن بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه اغلب به اضطراب اعضای خانواده منجر می‌شود. این مطالعه به منظور تعیین اثر مداخله بالینی خانواده - محور بر اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

**روش بررسی:** این کارآزمایی بالینی روی ۸۰ عضو خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در دو گروه کنترل و مداخله انجام شد. سطح اضطراب افراد در روزهای دوم و ششم بستری با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بیمارستانی سنجیده شد. در گروه مداخله، اعضای خانواده از روز دوم تا ششم اجازه داشتند روزانه حداکثر دو ساعت در نوبت عصر بر بالین بیمار حضور یابند. اطلاعات شفاهی درباره تجهیزات و مقررات بخش و کارت اطلاعات روزانه حاوی اقدامات درمانی مراقبتی، علایم حیاتی و سطح هوشیاری توسط یک پرستار در اختیار اعضای خانواده قرار گرفت و به پرسش‌های آنان پاسخ داده شد.

**یافته‌ها:** بین میانگین نمرات اضطراب روز ششم در گروه مداخله ( $11/1 \pm 3/22$ ) و گروه کنترل ( $17/05 \pm 3/44$ ) اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ). همچنین فراوانی نسبی اضطراب بالا در گروه مداخله (۶۵ درصد) بیش از گروه کنترل (۱۵ درصد) تعیین شد ( $P < 0/05$ ). شانس اضطراب در روز ششم برای فرزندان کمتر از سایر اعضای خانواده بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** انتقال اطلاعات بالینی، حضور بر بالین و شرکت اعضای خانواده در مراقبت از بیمار در هفته اول بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه به افزایش اضطراب اعضای خانواده منجر می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** اضطراب، مراقبت‌های ویژه، مداخله بالینی خانواده محور، بیماران بستری

\* نویسنده مسؤول: دکتر فرزانه گل آقایی، پست الکترونیکی golaghaei@arakmu.ac.ir

نشانی: اراک، میدان بسیج، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم (ص)، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن و نمابر ۰۸۶-۳۴۱۷۳۵۲۴

وصول مقاله: ۱۳۹۴/۳/۲۶، اصلاح نهایی: ۱۳۹۴/۱۱/۲۶، پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱

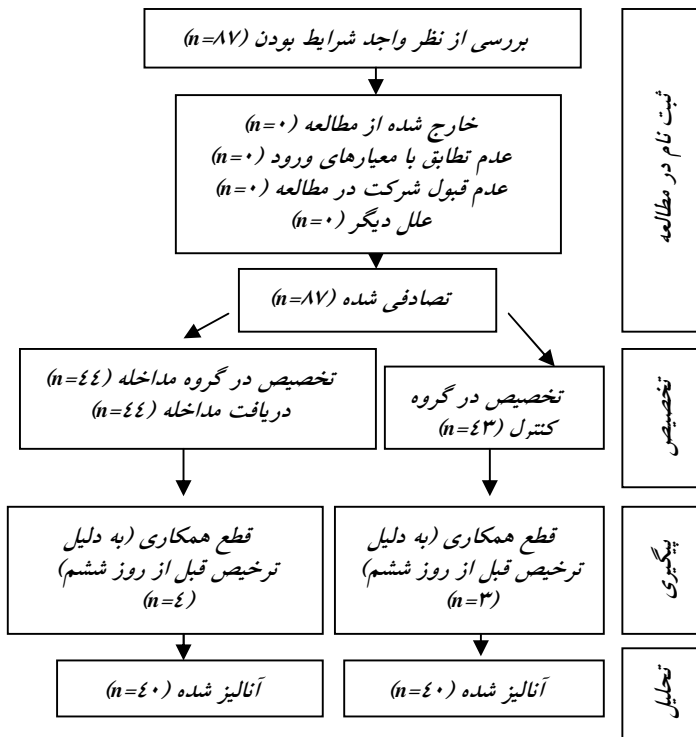
### مقدمه

اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه نشان داد (۴). سطح بالای استرس و اضطراب در خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه با عواملی چون غیرقابل پیش‌بینی بودن پیش‌آگهی بیمار و آشنا نبودن با محیط و تجهیزات پیشرفته بیمارستان مرتبط است (۵). همچنین اضطراب خانواده ممکن است به علت عدم اعتماد به کارکنان بیمارستان، عدم پاسخ به درمان و نارضایتی از مراقبت از بیمار باشد (۱). ترس از نقص و یا ناتوانی همیشگی و ناآشنا بودن با مراقبت‌ها، تجهیزات و روش کارها نیز به عنوان منابع اضطراب گزارش شده است (۶). عوامل مربوط به بیمار شامل شدت بیماری، سن بیمار، طول مدت بیماری و احتمال مرگ بیمار و عوامل مربوط به خانواده شامل نسبت فرد با بیمار و جنسیت وی

بیماری‌ها و حوادثی که منجر به بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه می‌شود؛ معمولاً تهدیدکننده حیات بوده و به اضطراب و نگرانی اعضای خانواده پیرامون از دست دادن شخص مورد علاقه منجر می‌شود. ترس از مرگ بیمار، نوسانات هیجانی، نگرانی‌های مالی، تغییرات نقش و تغییر در زندگی روزمره از منابع اضطراب خانواده بیماران است (۱). شیوع اضطراب در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در مطالعات مختلف ۷۳-۳۵ درصد گزارش شده است (۲ و ۳). مطالعه عسکری و همکاران در زاهدان اضطراب، افسردگی و استرس متوسط تا بسیار شدید را به ترتیب در ۶۸ درصد، ۵۷/۳ درصد و ۴۶/۷ درصد از

آمده، اعلام نتایج پژوهش بدون ذکر نام و مشخصات فردی بیماران رعایت شد. شرکت کنندگان این حق را داشتند که در هر زمان از مطالعه خارج شوند.

حجم نمونه بر اساس واریانس نمرات اضطراب در مطالعه Anderson و همکاران (۱۴) و با در نظر گرفتن  $0/05 =$  به تعداد ۸۰ نفر تعیین شد. شرکت کنندگان در مطالعه با استفاده از نمونه گیری آسان انتخاب شدند و با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند (شکل یک).



شکل ۱: نمودار کارآزمایی بالینی

معیار ورود به مطالعه شامل اعضای درجه اول خانواده بیمار بودن، گذشت کمتر از ۲۴ ساعت از زمان پذیرش بیمار، سن ۱۸ تا ۶۵ سال، نداشتن سابقه بیماری و اختلالات روانی، تحصیلات حداقل پایان دوره ابتدایی و نداشتن مشاغل درمانی بود. با توجه به تفاوت ماهیت بیماری در بیماران بستری در دو بخش مراقبت ویژه که ممکن بود به عنوان عامل اثرگذار بر اضطراب اعضای خانواده عمل کند و همچنین برای رفع تفاوت در اجازه ملاقات به اعضای خانواده بیماران در هر بخش، تخصیص تصادفی شرکت کنندگان به دو گروه مداخله و کنترل به صورت طبقه‌ای انجام شد. به این ترتیب که ابتدا اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه جراحی اعصاب به عنوان گروه مداخله و اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه عمومی (داخلی و جراحی) به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. پس از آن که تعداد افراد در گروه‌های مداخله و کنترل به اندازه نیمی از تعداد تعیین شده در

است. اضطراب مخصوصاً در همسر بیمار، اعضای با تحصیلات پایین و اعضای خانواده بیماران با آسیب‌های ناشی از تروما بیشتر گزارش شده است. همچنین عدم ملاقات‌های برنامه‌ریزی شده پزشک و پرستار با بیمار باعث افزایش اضطراب در خانواده بوده است (۳).

تحمل استرس جزء اصلی تجربه خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه است. از همین رو، اعضای خانواده بیماران را نباید تنها به عنوان ملاقات کننده بیمار در نظر گرفت؛ بلکه خود آنها به مداخلات و مراقبت‌های ویژه با هدف کاهش فشارهای روانشناختی ناشی از بستری شدن بیمار نیاز دارند (۴). نیازهای خانواده بیماران با وضعیت بحرانی به طور کلی در پنج گروه دریافت اطمینان و امید، در کنار بیمار بودن، کسب اطلاع و درک از شرایط بیمار، راحتی و کاهش استرس و حمایت برای کمک کارشناسانه قرار دارد (۷). خانواده با اضطراب بالا ممکن است قادر نباشند از بیمار حمایت کنند. به علاوه اعتقاد بر این است که اضطراب می‌تواند از خانواده به بیمار و یا پرستار و یا بالعکس سرایت نماید (۸). به همین منظور انجام مداخلات برای خانواده بیماران نیز ضروری به نظر می‌رسد. عدم دریافت اطلاعات کافی و به موقع توسط خانواده بیماران ممکن است سبب احساس نامشخص در مورد شرایط بیمار، درمان و مراقبت گردد و در نتیجه کنترل کمتری روی این حادثه استرس‌زا داشته باشند. خانواده بیماران انتظار دارند پرستاران اطلاعاتی را درباره وضعیت عمومی سلامت بیماران شامل علایم پایدار و ناپایدار حیاتی، میزان راحتی و رفاه و الگوی خواب بیمار به آنان منتقل کنند (۹). تحقیقات متعدد نیاز خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به دریافت اطلاعات مرتبط با بیمار را به عنوان یک اولویت اصلی مورد تاکید قرار داده اند (۱۰-۱۳). این مطالعه به منظور تعیین اثر مداخله بالینی خانواده - محور بر اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

### روش بررسی

در این کارآزمایی بالینی ۸۰ عضو خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان سینا تهران به طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله طی سال ۱۳۹۳ قرار گرفتند. پس از تایید شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک و دانشگاه علوم پزشکی تهران، این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT۲۰۱۵۰۸۱۸۲۳۶۷۰N1 به ثبت رسید.

اصول اخلاقی شامل ارایه معرفی‌نامه به بیمارستان و بخش مربوطه، کسب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان، عدم وجود هرگونه اجبار برای شرکت در پژوهش، خودداری از افشای اسرار و مسایل خصوصی بیماران و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به دست

انجام شده برای بیمار طی ۲۴ ساعت گذشته در اختیار عضو خانواده قرار گرفت و به پرسش‌های وی پاسخ داده شد. ارایه‌دهنده اطلاعات (یک پرستار در هر بخش) و همچنین کمک پژوهشگر جمع‌آوری کننده داده‌ها از اهداف پژوهش اطلاع‌ناشدند. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و فقط اعضای خانواده طبق روتین بخش می‌توانستند بیمارشان را از پشت پنجره ببینند. سطح اضطراب اعضای خانواده شرکت کننده در هر دو گروه در عصر روز ششم مجدداً سنجیده شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 پردازش شد. میانگین نمرات اضطراب قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها با استفاده از آزمون تی زوجی و میانگین نمرات اضطراب بین گروه‌های شاهد و مداخله با استفاده از آزمون تی مستقل مقایسه شد. آزمون مجذور کای به منظور مقایسه فراوانی اضطراب بالا در شرکت کنندگان گروه‌های کنترل و مداخله در روزهای دوم و ششم به کار گرفته شد. اثر جداگانه متغیرها بر اضطراب اعضای خانواده در روزهای دوم و ششم با استفاده از رگرسیون لجستیک و از طریق برآورد نسبت شانسی بررسی شد. از آزمون آنالیز کواریانس (ANCOVA) به منظور بررسی اثر متغیرهای مخدوش کننده استفاده گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

مقایسه ویژگی‌های مرتبط با بیماران و اعضای خانواده شرکت کننده بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد. با این وجود، بین میانگین نمرات اضطراب روز دوم در گروه مداخله ( $9/02 \pm 2/83$ ) و گروه کنترل ( $13/02 \pm 4/22$ ) اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/01$ ) (جدول یک).

مقایسه میانگین نمرات اضطراب تفاوت معنی‌داری را در اضطراب اعضای خانواده گروه‌های تحت مطالعه در روز ششم بستری نشان داد؛ به طوری که نمرات اضطراب در گروه مداخله بیش از گروه کنترل بود ( $P < 0/01$ ). همچنین فراوانی نسبی اضطراب بالا (نمره بیش از ۱۰) در روز ششم در گروه مداخله بیش از گروه کنترل تعیین شد ( $P < 0/01$ ) (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره اضطراب روزهای دوم و ششم اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان سینا تهران در گروه‌های مداخله و کنترل

p-value	میانگین و انحراف معیار		سطح اضطراب
	گروه مداخله	گروه کنترل	
۰/۰۰۰۱	۹/۰۲±۲/۸۳	۱۳/۰۲±۴/۲۲	روز دوم
۰/۰۰۰۱	۱۱/۱±۳/۲۲	۷/۰۵±۳/۴۴	روز ششم
	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰۱	p-value (paired t test)

حجم نمونه رسید؛ بخش‌های محل نمونه‌گیری گروه مداخله برای انتخاب گروه کنترل و بالعکس تغییر داده شد. به این ترتیب، اعضای خانواده بیماران بستری در دو بخش به طور برابر در گروه‌های مداخله و کنترل شرکت داشتند. اعضای خانواده بیمارانی که قبل از روز ششم بستری از بخش ویژه انتقال یافتند و یا فوت کردند؛ از مطالعه خارج شدند.

سطح اضطراب اعضای خانواده به وسیله پرسشنامه افسردگی و اضطراب بیمارستانی (HADS) سنجیده شد. این پرسشنامه دارای ۱۴ سوال است که پرسش‌های فرد آن برای سنجش اضطراب و پرسش‌های زوج برای سنجش افسردگی به کار گرفته می‌شود. مقیاس پاسخ‌ها چهار حالتی با امتیاز صفر تا سه بوده و امتیاز بالاتر از ۱۰ به عنوان اضطراب بالا شناخته می‌شود. این مقیاس اولین بار در سال ۱۹۸۳ به منظور غربالگری اضطراب و افسردگی در درمانگاه‌های سرپایی بیمارستان‌ها طراحی و پس از آن در مطالعات متعدد برای سنجش اضطراب و افسردگی در عموم جامعه از جمله اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت‌های ویژه به کار گرفته شده است (۲ و ۳ و ۵). مشخصه این ابزار آن است که بر احساس اضطراب و افسردگی پاسخگو در هفته گذشته دلالت داشته و علایم مشابه ناشی از بیماری جسمی مانند بی‌خوابی و خستگی را خارج می‌سازد. روایی نسخه فارسی این پرسشنامه برای سنجش اضطراب اعضای خانواده بیماران در مطالعه جعفری‌منش و همکاران (۱۵) و همچنین مطالعه ربیع سیاهکلی و همکاران (۱۶) مناسب و پایایی آن به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۰ گزارش شده است.

در این مطالعه از عضو خانواده همراه درخواست شد تا ظرف ۲۴ ساعت پس از پذیرش بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه یک تا سه نفر از اعضای درجه اول خانواده بیمار (پدر، مادر، همسر، خواهر، برادر، فرزند) را به مسئول بخش معرفی کند. سپس رضایت آگاهانه وی برای شرکت در پژوهش اخذ و عصر روز دوم پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی و اطلاعات دموگرافیک تکمیل شد. در گروه مداخله، یک پرستار ثابت در نوبت کاری عصر توضیحاتی قابل فهم در رابطه با محیط فیزیکی بخش، تجهیزات عمومی مثل مانیتورها، اتصالات به بیمار، قوانین و مقررات بخش، زمان حضور عضو خانواده در کنار بیمار و شماره تلفن تماس با بخش را ارایه داد. سپس به اعضای خانواده اجازه داده شد تا روز ششم بستری هر روز حداکثر دو ساعت از ساعت ۱۷-۱۵ در بخش حضور داشته باشند. عضو خانواده در صورت تمایل می‌توانست مراقبت‌های اولیه مانند نظافت و تغییر وضعیت بدن را برای بیمار خود انجام دهد. همچنین هر روز یک کارت اطلاعات روزانه مربوط به وضعیت بیمار شامل علایم حیاتی، وضعیت خواب و بیداری و در صورت بیهوشی تغییرات سطح هوشیاری و اقدامات

جدول ۲: مقایسه فراوانی اضطراب روزهای دوم و ششم اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان سینا تهران در گروه‌های مداخله و کنترل

فراوانی اضطراب	گروه کنترل		گروه مداخله		p-value
	مطلق	نسبی	مطلق	نسبی	
روز دوم	۳۱	۵/۷۷	۱۳	۵/۳۲	۰/۰۰۰۱
روز ششم	۶	۱۵	۲۶	۶۵	۰/۰۰۰۱

در روز ششم نسبت شانس اضطراب برای فرزندان کمتر از سایر اعضای خانواده بود و با کنترل اثر این متغیر باز هم اضطراب در دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار نشان داد ( $P < 0/05$ ) (جدول ۳).

### بحث

نتایج مطالعه ما نشان داد اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در روز ششم در گروه مداخله به صورت معنی‌داری بیش از گروه کنترل است. سطح بالاتر اضطراب در گروه مداخله ممکن است از مشاهده شرایط بحرانی و تجهیزات متصل به بیمار از نزدیک و مشاهده سایر بیماران بدحال ناشی شده باشد. از سوی دیگر، در این مداخله اطلاعات ارائه شده به اعضای خانواده بدون نیازسنجی قبلی و به صورت یکسان برای همه افراد صورت گرفت. صاحب‌نظران این نکته را خاطر نشان می‌سازند که مداخله آموزشی پرستاران اگر براساس حدس و گمان‌ها در خصوص نیازهای خانواده باشد؛ می‌تواند به پیامدهای مضر منتهی شود (۱۲). مرسوم نبودن ارائه اطلاعات بالینی به خانواده بیماران و روتین نبودن اجازه حضور و شرکت خانواده در مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مرکز درمانی مورد مطالعه ممکن است استنباط وخامت وضعیت بالینی بیمار و در نتیجه افزایش اضطراب در گروه مداخله را موجب شده باشد. از سوی دیگر، اعضای خانواده در محیط بخش مراقبت‌های ویژه احساس درماندگی و یاس می‌کنند و هرگونه صحبت و خبر از سوی کارکنان به عنوان عامل استرس‌زا عمل کرده و واکنش اضطرابی را به دنبال دارد (۱۷). اگرچه

تفاوت‌های ویژگی‌های جمعیتی در دو گروه مورد مطالعه مقایسه شد؛ هرگونه تفاوت اندازه‌گیری نشده از جمله تفاوت در حمایت اجتماعی دریافت شده از سایر اعضای خانواده و خویشاوندان و با تفاوت در شدت بیماری ممکن است در سطح بالای اضطراب در گروه مداخله اثرگذار بوده باشد.

مطالعات محدودی اثر مداخله خانواده محور را به صورت منفرد بر اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه گزارش داده‌اند. صادقی و همکاران اثر مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از بیماران بخش‌های ویژه را بر کاهش اضطراب بررسی کردند. در مطالعه آنان عضو خانواده بیمار در گروه مداخله از روز سوم پذیرش بیمار در نوبت کاری عصر به مدت ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر شد و در برنامه مراقبتی از جمله مراقبت‌های بهداشتی شامل نظافت روزانه و همچنین لمس بیمار شرکت نمود. پس از گذشت ۷ روز اندازه‌گیری سطح اضطراب با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS 21) کاهش قابل توجهی نشان داد (۱۷). مطالعه ربیع سیاهکلی و همکاران در بررسی عوامل مرتبط با اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بر فردی بودن واکنش به استرس در اعضای خانواده تاکید دارد. در مطالعه آنها شانس بروز اضطراب در افرادی که اظهار داشتند انجام ملاقات از پشت شیشه در اضطرابشان اثر دارد؛ ۴/۴ برابر افرادی بود که ملاقات از پشت شیشه اثری در اضطراب آنان نداشت (۱۶).

ایمانی‌پور و همکاران در مطالعه خود اثر حمایت اطلاعاتی با سه روش تور آشنایی با بخش مراقبت ویژه، جلسات آموزش حضوری و ارائه کتابچه آموزشی را بر اضطراب اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی قلب باز بررسی کردند. در مطالعه آنان، بررسی سطح اضطراب اعضای خانواده با استفاده از پرسشنامه اشپیل برگ پس از دریافت اطلاعات کاهش معنی‌داری نشان نداد (۱۸). در مقابل،

جدول ۳: ویژگی‌های مرتبط با اضطراب روز ششم اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان سینا تهران در گروه‌های مداخله و کنترل

ویژگی	گروه	نسبت شانس	۹۵ درصد فاصله اطمینان		p-value
			بالا	پایین	
مرتبط با بیمار	سن جنس اتصال به ونتیلاتور	۱/۰۲ ۱/۰۵ ۰/۹	۱/۰۴ ۲/۶۲ ۳۱/۲	۰/۹۵ ۰/۴۳ ۰/۳۵	۰/۹۴ ۰/۹ ۰/۸۳
مرتبط با خانواده	جنس	۰/۷۸	۲/۱۸	۰/۲۸	۰/۶۴
	سطح تحصیلات	۰/۳۱	۲/۲۷	۰/۰۴	۰/۲۵
مرتبط با خانواده	وضعیت اقتصادی خانواده	۰/۹۸	۷/۰۶	۰/۱۴	۰/۹۸
	نسبت با بیمار	۱/۴۰	۹/۸۸	۰/۲۰	۰/۷۳
سابقه داشتن بیمار در ICU	متوسط / ضعیف	۱/۴۰	۳/۹۷	۰/۴۹	۰/۵۳
	همسر / سایرین	۰/۶۲	۲/۱۸	۰/۱۸	۰/۴۶
سابقه داشتن بیمار در ICU	فرزند / سایرین	۰/۱۶	۰/۷۸	۰/۰۳	۰/۰۲*
	والدین / سایرین	۰/۹۷	۴/۱۲	۰/۲۳	۰/۹۷
	بله / خیر	۰/۸۱	۲/۵۶	۰/۲۶	۰/۷۲

\*  $P < 0/05$

گزارش کرده‌اند. صادقی و همکاران در مطالعه خود نقش مسؤولیت اداره خانواده و تصمیم‌گیری برای امور خاص درمانی را در اضطراب بالاتر اعضای خانواده مورد تاکید قرار دادند (۱۷).

انجام مطالعه تنها در یک بیمارستان و بر روی تعداد محدود نمونه می‌تواند توان مطالعه را برای آشکار ساختن روابط معنی‌دار محدود کرده باشد. همچنین مشخص نشدن برخی ویژگی‌های بیماران از جمله علت، شدت و پیش‌آگهی بیماری ممکن است نتایج به دست آمده را تحت تاثیر قرار داده باشد. نامشخص بودن تعداد ملاقات‌های اعضاء طی دوره مطالعه و طول مدت زمان صرف شده در هر ملاقات نیز از محدودیت‌های مطالعه حاضر به‌شمار می‌آیند. علاوه بر این، عدم امکان کنترل کامل بر نحوه تعامل کلامی و غیر کلامی پرستار در زمان انتقال اطلاعات به خانواده می‌تواند نتایج را تحت تاثیر قرار داده باشد. کوتاه بودن مدت مطالعه و محدود شدن اندازه‌گیری اضطراب به روز ششم بستری محدودیت دیگر این مطالعه است. این مطالعه اثر دریافت اطلاعات، حضور خانواده بر بالین و شرکت در مراقبت‌های اولیه بیمار را به صورت یک مجموعه در نظر گرفته و برای تعیین اثر هر جزء بر اضطراب اعضای خانواده لازم است مطالعات بیشتری صورت گیرد.

#### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که در هفته اول بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه انتقال اطلاعات، حضور بر بالین و شرکت اعضای خانواده در مراقبت از بیمار ممکن است به افزایش اضطراب اعضای خانواده منجر شود. شانس وقوع اضطراب روز ششم در فرزندان بیماران کمتر از سایر اعضای خانواده بود.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه خانم ملیحه وفایی برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اراک بود و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به انجام رسید. بدین وسیله از همکاری بی‌دریغ پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان سینا تهران و نیز شرکت کنندگان در مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

#### References

1. Leske JS. Interventions to Decrease Family Anxiety. Critic Care Nurs. 2002 Dec; 22(6): 61-65.
2. Fumis RR, Deheinzelin D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. Intensive Care Med. 2009 May; 35(5):899-902. doi: 10.1007/s00134-009-1406-7
3. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. Am J Crit Care. 2009 May; 18(3):200-9. doi: 10.4037/ajcc2009252
4. Askari H, Azizzadeh Forozi M, Navidian A, Haghdoost A. [Psychological reactions of family members of patients in critical

مطالعه Chien و همکاران در هنک کنگ اثر مثبت یک برنامه آموزشی را بر سطح اضطراب خانواده بیماران بخش مراقبت‌های ویژه نشان داد. پرستاران بر اساس اولویت‌بندی نیازهای آموزشی به کمک خود خانواده در روزهای دوم و سوم بستری روزانه به مدت یک ساعت برای گروه مداخله برنامه آموزشی برگزار کردند. همچنین دو نفر از اعضای خانواده بیمار اجازه داشتند که در دو نوبت دو ساعته بر بالین بیمار حاضر شوند و پرستار با دادن اطلاعات درباره وضع بیمار به پرسش‌های آنها پاسخ می‌داد. این مداخلات کاهش قابل توجه سطح اضطراب در روز چهارم را به همراه داشت (۱۹).

خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به حمایت روانی عاطفی بیشتری نیاز دارند و ممکن است صرف دادن اطلاعات از سوی پرستار و یا اجازه حضور بر بالین بیمار تخفیف دهنده اضطراب اعضای خانواده نباشد. پرستاران از طریق ارتباط حرفه‌ای و فراهم آوردن حمایت روانی می‌توانند به اعضای خانواده کمک کنند تا آرامش بیشتری در محیط بخش داشته باشند. مطالعه فراهانی و همکاران بر این دلالت دارد که در بخش مراقبت‌های ویژه آشکار کردن تدریجی اطلاعات می‌تواند به عنوان شکلی از حمایت عاطفی عمل کند. پرستاران شرکت کننده در مطالعه آنها تاکید کردند که اگرچه خانواده‌ها حق دارند درباره تغییرات در وضعیت بیمارانشان اطلاعات قابل درکی دریافت کنند؛ اما دریافت یک‌باره همه اطلاعات را نمی‌توانند تحمل کنند (۲۰). در مطالعه ابولی و همکاران اجازه دادن به اعضای خانواده برای بیان احساسات منفی مانند احساس گناه و خشم و گریه کردن به افزایش رضایت اعضای خانواده در تامین نیازهای حمایتی منجر شد (۲۱). به‌نظر می‌رسد در بخش‌های مراقبت ویژه حمایت‌های عاطفی خاص برای اعضای خانواده از طریق ایجاد رابطه حمایت‌گر توسط مراقبت‌دهندگان آموزش دیده لازم است مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر درباره اثر متغیرهای جمعیتی بر اضطراب اعضای خانواده نشان داد که شانس وقوع اضطراب در فرزند بیمار کمتر از سایر اعضای خانواده است. Rusinova و همکاران (۵) و McAdam و Puntillo (۳) نیز اضطراب بیشتر در همسر بیمار را

care units in Zahedan]. J Research Health. 2013; 3(1): 317-324. [Article in Persian]

5. Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V; DEPRESS study working group. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. BMC Psychiatry. 2014 Jan; 14:21. doi: 10.1186/1471-244X-14-21
6. Hickman RL Jr, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. AACN Adv Crit Care. 2010 Jan-Mar; 21(1):80-91. doi:

10.1097/NCL.0b013e3181c930a3

7. Nelson DP, Plost G. Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2009 Jun; 29(3): 46-52. doi: 10.4037/ccn2009890

8. Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs*. 2008 Nov-Dec; 27(6):255-62. doi: 10.1097/01.DCC.0000338866.47164.6d

9. Sauls JL, Warise LF. Interventions for anxiety in the critically ill: a guide for nurses and families. *Nurs Clin North Am*. 2010 Dec; 45(4):555-67, vi. doi: 10.1016/j.cnur.2010.06.006

10. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care*. 2009 Nov; 18(6):543-52. doi: 10.4037/ajcc2009226

11. Gay EB, Pronovost PJ, Bassett RD, Nelson JE. The intensive care unit family meeting: making it happen. *J Crit Care*. 2009 Dec; 24(4): 629.e1-629.12. doi: 10.1016/j.jcrc.2008.10.003

12. Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Crit Care Nurse*. 2002 Dec; 22(6):12-9.

13. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Nurse*. 2009 Jun; 29(3):28-34. doi: 10.4037/ccn2009611

14. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *J Gen Intern Med*. 2008 Nov; 23(11): 1871-76. doi: 10.1007/s11606-008-0770-2

15. Jafarmanesh H, Ranjbaran M, Vakilian K, Rezaee K, Zand S, Tajik R. [Survey of levels of anxiety and depression in parents of children with chronic illness]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;1(4): 45-53. [Article in Persian]

16. Rabie Siahkali S, Avazeh A, Eskandari F, Khaleghdoost Mohammadi T, Mazloom S, Paryad E. [A survey on psychological and environmental factors on family anxiety of the hospitalized patients in intensive care units]. *Iran J Crit Care Nurs*. 2011; 3(4): 177-82. [Article in Persian]

17. Sadeghi Z, Payami M, Moosavi Nasab SN. [Effect of family participation in ICU patients care on family's anxiety level]. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 2013; 2(2): 10-17. [Article in Persian]

18. Imanipour M, Heidari Z, Seyedfatemi N, Haghani H. [Effectiveness of informational support on anxiety among family carers of patients undergone open heart surgery]. *Journal of Hayat* 2012;18(3): 33-43. [Article in Persian]

19. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2006 Jan;43(1):39-50.

20. Farahani MA, Gaeeni M, Mohammadi N, Seyedfatemi N. Giving information to family members of patients in the intensive care unit: Iranian nurses' ethical approaches. *J Med Ethics Hist Med*. 2014; 7: 9.

21. Abvali HA, Peyrovi H, Moradi-Moghaddam O, Gohari M. Effect of support program on satisfaction of family members of ICU patients. *Journal of Client Centered Nursing Care*. 2015; 1(1): 29-36.

Original Paper

## Effect of a family-centered clinical intervention on the anxiety of family members of the patients hospitalized in critical care units

Golaghaie F (Ph.D)<sup>\*1</sup>, Hekmatpou D (Ph.D)<sup>2</sup>, Vafaie M (M.Sc)<sup>3</sup>  
Rafeie M (Ph.D)<sup>4</sup>, Rafiei F (M.Sc)<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. <sup>2</sup>Associate Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. <sup>3</sup>M.Sc in Critical Care Nursing, Roozbeh Hospital, Tehran, Iran. <sup>4</sup>Associate Professor, Department of Biostatistics & Epidemiology, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran. <sup>5</sup>M.Sc in Biostatistics, Department of Biostatistics & Epidemiology, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

---

### Abstract

**Background and Objective:** Hospitalization of patients in the intensive care units frequently results in anxiety of the family members. This study was performed to investigate the effect of a family-centered clinical intervention on the anxiety of family members of the patients hospitalized in intensive care units.

**Methods:** In this clinical trail study, eighty family members of the patients hospitalized in the intensive care units were randomly divided into interventional and control groups, respectively. In the interventional group, the family members were allowed to be present at the bedside from the second till the sixth day. The participant's level of anxiety was assessed in the second and the sixth day of patient's hospitalization using hospital anxiety and depression scale. Oral information about the equipment and the regulations and, a daily information card consisting of treatment and care activities, vital signs and patient's level of consciousness was delivered to the participants and their questions were answered.

**Results:** In the the sixth day, there was a significant difference between the mean anxiety scores in the intervention ( $11\pm 3.22$ ) and control group ( $7.05\pm 3.44$ ) ( $P<0.05$ ). Also, the frequency of anxiety in the interventional group (56%) was significantly higher than the control group with 15% ( $P<0.05$ ). The odds ratio for anxiety in sons/daughters was lower than other family members in the sixth day ( $P<0.05$ ).

**Conclusion:** Providing information, presence at the bedside and participation in the care of their patient increase the anxiety of family members in the first week of patient hospitalization in the intensive care unit.

**Keywords:** Anxiety, Intensive care, Family- centered clinical intervention, Patient hospitalization

---

\* Corresponding Author: Golaghaei F (Ph.D), E-mail: golaghaei@arakmu.ac.ir

Received 16 Jun 2015

Revised 15 Feb 2016

Accepted 20 Feb 2016