

## The Effect of Trained Family Presence on Patient's Anxiety During Invasive Procedures in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial

Ali Ansari Jaber<sup>1</sup>, Alireza Zarei Fathabadi<sup>2</sup>, Ali Mehdipour<sup>3</sup>, Tayebeh Negahban Bonabi<sup>4</sup>

1. Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, School of Nursing and Midwifery; Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical sciences, Rafsanjan, Iran
2. Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery; Student Research Committee, Rafsanjan University of Medical sciences, Rafsanjan, Iran
3. Department of Radiology, school of Paramedicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4. Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery; Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical science, Rafsanjan, Iran

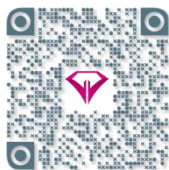
### Article Info

Received: 2019/03/16;  
Accepted: 2019/04/22;  
Published Online: 2019/04/22

doi [10.30699/sjnhmf.27.5.335](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.27.5.335)

Original Article

Use your device to scan  
and read the article online



### ABSTRACT

**Introduction:** Today, despite of the emphasis on family-based care strategies, there is little understanding of the adult patient's perception of the presence of family members during emergency care and invasive procedures. The aim of this study was to compare the effect of family presence and their training before the presence on the anxiety of patients undergoing invasive nursing procedures in the emergency department.

**Methods:** In this randomized clinical trial, 90 patients undergoing invasive nursing procedures and their family members were selected based on inclusion criteria and allocated randomly in three groups of 30 (with the presence of trained family members, with the presence of untrained family members and without the presence of family members) by minimization method. The data was analyzed by SPSS 16 using Kolmogorov-Smirnov test, Chi-square test, Kruskal Wallis Independent-sample, paired sample t-test, and ANOVA at the significance level of 0.05.

**Results:** The three groups were similar in terms of demographic variables. All three groups had significantly lower anxiety scores in the post-intervention phase than before the intervention ( $P=0.001$ ). There was no significant difference between the mean and the standard deviation of the patient's anxiety scores before ( $P=0.131$ ) and after the intervention ( $P=0.309$ ) in the intergroup comparison.

**Conclusion:** The presence of family members and their training before presence did not reduce the anxiety of patients under nursing invasive procedures. It's necessary that other aspects of family members' presence during invasive procedures to be considered in future studies

**Keywords:** Anxiety, Invasive procedures, Patient-centered care, Family-centered care, Emergency care

### Corresponding Information:

Tayebeh Negahban Bonabi, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. E-mail: negahbant@yahoo.com

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

### How to Cite This Article:

Ansari Jaber A, Zarei Fathabadi A, Mehdipour A, Negahban Bonabi T. The Effect of Trained Family Presence on Patient's Anxiety During Invasive Procedures in the Emergency Department: A Randomized Clinical Trial. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (5) :335-343

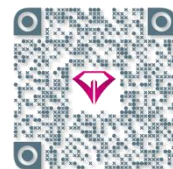
## تأثیر حضور اعضای خانواده آموزش دیده بر میزان اضطراب بیماران تحت اعمال تهاجمی بخش اورژانس یک کارآزمایی بالینی

علی انصاری جابری<sup>۱</sup>، علیرضا زارعی فتح‌آبادی<sup>۲</sup>، علی مهدی پور<sup>۳</sup>، طیبه نگاهبان بنابی<sup>۴\*</sup>

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۳. استادیار، گروه رادیولوژی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۴. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵	<b>مقدمه:</b> امروزه علی‌رغم تمرکز بر پروسیجرهای مراقبت خانواده‌محور، شناخت کمی در مورد درک بیماران بزرگسال از حضور اعضای خانواده در زمان مراقبت‌های اورژانسی و روش‌های تهاجمی وجود دارد. این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر حضور و آموزش قبل از حضور اعضای خانواده بر میزان اضطراب بیماران تحت پروسیجرهای تهاجمی پرستاری بستری در بخش اورژانس طراحی شده است.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۰۲	<b>روش کار:</b> در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی شده، ۹۰ نفر از بیماران تحت اعمال تهاجمی و اعضای خانواده آنها براساس معیارهای ورود، انتخاب و به روش تصادفی کمیته‌سازی در سه گروه ۳۰ نفره (با حضور اعضای خانواده آموزش دیده، با حضور اعضای خانواده آموزش ندیده و بدون حضور اعضای خانواده) قرار گرفتند. اضطراب بیماران با استفاده از پرسش‌نامه اشپیلبرگر قبل و بعد از اعمال تهاجمی اندازه‌گیری شد. داده‌ها با نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS و نیز آزمون‌های مجذور کای، کروسکال والیس، تی‌زوجی و ANOVA در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شد.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۲/۰۲	<b>یافته‌ها:</b> سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران و اعضای خانواده همسان بودند. هر سه گروه در مرحله بعد از مداخله میانگین نمره اضطراب پایین‌تری نسبت به قبل از مداخله داشتند ( $P=۰/۰۰۱$ ). در مقایسه بین گروهی، تفاوت معنی‌داری بین میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب قبل ( $P=۰/۱۳۱$ ) و بعد از مداخله ( $P=۰/۳۰۹$ ) مشاهده نشد.
<b>نویسنده مسئول:</b> طیبه نگاهبان بنابی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران <b>پست الکترونیک:</b> negahbant@yahoo.com	<b>نتیجه‌گیری:</b> حضور اعضای خانواده و دریافت آموزش قبل از حضور نتوانست از اضطراب بیماران تحت پروسیجرهای تهاجمی پرستاری بکاهد. لازم است جنبه‌های مختلف موضوع حضور خانواده حین اجرای پروسیجرهای تهاجمی در مطالعات بعدی مدنظر محققین قرار بگیرد.
	<b>کلیدواژه‌ها:</b> اضطراب، اعمال تهاجمی، حضور اعضای خانواده، مراقبت بیمار محور، مراقبت خانواده‌محور

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



### مقدمه

به قرارگیری در محیطی ناآشنا، دوری از خانواده، از دست دادن عملکرد شغلی و قرارگیری در معرض فرایندها و ابزارهای ناآشنا اشاره کرد. همچنین نگرانی‌های مالی و ترس از نحوه پرداخت هزینه‌ها را نیز می‌توان به آن اضافه کرد [۱، ۳].

اضطراب به عنوان عامل پیشگویی‌کننده میزان مورتالتی و موربیدیتی می‌تواند با افزایش وقوع پیامدهای منفی همراه شود [۴-۶]. به‌علاوه می‌تواند با ایجاد واکنش‌های فیزیولوژیک، روند

در اغلب بیماران، بستری شدن در بیمارستان با سطوح مختلفی از تنش، نگرانی، فشار و اضطراب همراه است [۱]. فرایند بستری شدن یک تجربه تروماتیک محسوب می‌شود که در طی آن افراد از موقعیت‌های آشنای زندگی خود به یک موقعیت ناآشنا منتقل می‌شود و در طی آن، حریم شخصی و احساس امنیت خود را از دست داده و با ابزارهای پیچیده‌ای مواجه می‌شوند [۲]. محققین علل مختلفی را برای اضطراب بیماران بستری در بیمارستان ذکر کرده‌اند؛ از آن جمله می‌توان

اضطراب بیماران بکاهد [۲۱]. لذا محققین معتقدند مطالعه در خصوص حضور اعضای خانواده حین اجرای پروسیجرهای تهاجمی در فاز ابتدایی خود قرار گرفته و جوانب مختلف آن نیاز به تحقیق و مطالعه دقیق تر دارد [۲۲]. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر حضور و آموزش قبل از حضور اعضای خانواده بر میزان اضطراب بیماران تحت پروسیجرهای تهاجمی پرستاری بستری در بخش اورژانس طراحی شده است.

### روش کار

در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۹۰ نفر از اعضای خانواده و بیماران کاندید انجام پروسیجرهای تهاجمی بستری در بخش اورژانس به طور هدفمند و براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و سپس به روش تصادفی کمینه سازی (تزیقات، ۲- سوچور و پانسمان، ۳- کتتریازیون مثانه و معده) به طور همسان و به تعداد مساوی در سه گروه (گروه اول بیماران با خانواده آموزش دیده و حضور داشته، گروه دوم بیماران با خانواده آموزش ندیده و حضور داشته، و گروه سوم بیماران که خانواده شان آموزش ندیدند و علی رغم تمایل، اجازه حضور در بالین بیمار را نداشتند) قرار گرفتند. ورود اولین نفر در طبقات گروهها به صورت تصادفی ساده و بقیه براساس مجموع تعداد نمونهها در هر طبقه بود. نمونه گیری تا زمان دستیابی به حجم نمونه مورد نظر مطالعه ادامه داشت.

معیارهای ورود به مطالعه برای بیماران عبارت بودند از داشتن رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه، سن ۱۸-۷۵ سال، هشیار بودن و داشتن قدرت شناختی برای پاسخ گویی به سؤالات، تمایل به حضور اعضای خانواده، کاندید اجرای اقدامات تهاجمی پرستاری (انجام بخیه، پانسمان زخم، وصل سرم، تزریقات، سونداژ مثانه و معده). معیارهای ورود به مطالعه برای اعضای خانواده نیز عبارت بودند از بودن عضو درجه یک خانواده (پدر، مادر، فرزند، خواهر یا برادر و همسر، پدربزرگ و مادر بزرگ)، انتخاب شدن توسط بیمار برای حضور در بالین، داشتن میل و درخواست برای حضور در کنار بیمار، سن ۱۸-۷۵ سال، عدم سابقه حضور در بالین بیماری که تحت پروسیجرهای تهاجمی بوده، عدم سابقه بیماری روانی شناخته شده و داشتن قدرت شناختی برای پاسخ گویی به سؤالات.

التیام<sup>۱</sup> را کند کند، با افزایش درک درد، نیاز به داروهای مسکن و دریافت بی هوشی و در نتیجه خطرات ناشی از مسکنها و بیهوشی را بالا ببرد؛ همچنین اضطراب میزان بستری مجدد را افزایش می دهد و با کاهش سطح فعالیت بیمار، خطر وقوع ترومبوز را بالا می برد [۷-۱۰]. در برخی متون، کاهش پاسخ سیستم ایمنی و به دنبال آن، افزایش خطر عفونت و طولانی شدن دوران بستری نیز گزارش شده است [۱۱، ۱۲].

علاوه بر روش های دارویی رایج، محققین پروسیجرهای متعددی برای مدیریت اضطراب بیماران پیشنهاد داده اند؛ از آن جمله می توان به روش های رفتاری شناختی، به کارگیری اصول ارتباط درمانی، آموزش و ارائه اطلاعات، روش های طب مکمل و جایگزین، تکنیک های ریلکسیشن، مدیریت فاکتورهای محیطی و روش های خانواده محور اشاره کرد [۱۰، ۱۳].

امروزه حضور اعضای خانواده در موقعیت های بحرانی بر بالین بیماران، به موضوعی چالش برانگیز تبدیل شده است. اغلب خانواده ها تمایل دارند در طول حوادث بحرانی و انجام پروسیجرهای تهاجمی در کنار عزیزانشان باشند [۱۴]. کارکنان نظام سلامت نیز دیدگاه مختلفی در این مورد دارند [۱۵-۱۷]؛ اما در مورد درک بیماران بزرگسال از حضور اعضای خانواده در زمان مراقبت های اورژانسی و پروسیجرهای تهاجمی برنامه ریزی نشده شناخت کمی وجود دارد. شواهد نشان می دهد اگرچه اغلب بیماران، حضور اعضای خانواده را ترجیح می دهند اما تمایل آنان براساس شرایط موقعیت بحرانی، پیش بینی پاسخ های اعضای خانواده، و ماهیت ارتباط خانوادگی متفاوت است [۱۸]. بنابراین، برخی از محققین قبل از اجرای برنامه، بر حضور خانواده در زمان انجام پروسیجرهای تهاجمی، ارزیابی نیازهای روانی اجتماعی بیماران و اعضای خانواده تأکید می کنند و قبل از حضور، آموزش اعضای خانواده را پیشنهاد می دهند [۱۹].

همان طور که ذکر شد درباره تأثیر حضور اعضای خانواده و همچنین تأثیر آموزش قبل از حضور بر میزان اضطراب بیماران بزرگسال، مطالعه مشابهی ایرانی یافت نشد؛ در سطح بین المللی نیز مطالعات محدودی انجام شده و نتایج متناقضی گزارش شده است. در نتایج برخی مطالعات هیچ گونه تأثیر معنی داری از حضور اعضای خانواده بر میزان درد و اضطراب بیماران گزارش نشده است [۲۰]؛ در حالی که در مطالعاتی دیگر، حضور اعضای خانواده توانسته به طور معنی داری از سطح

<sup>1</sup> Healing

با حضور اعضای خانواده آموزش ندیده»، مداخله صرفاً با حضور خانواده در کنار بیمار انجام می‌گرفت به طوری که بتوانند با حفظ حریم شخصی بیمار در کنار و رو-در-رو با او قرار بگیرند و براساس تمایل خود با بیمار تماس بصری یا فیزیکی برقرار کنند ولی این افراد هیچ‌گونه آموزشی دریافت نمی‌کردند. اعضای خانواده گروه سوم نیز آموزشی دریافت نمی‌کردند و علی‌رغم تمایل برای حضور در کنار بیمار در سالن انتظار که پشت درب اتاق اجرای پروسیجر بود قرار می‌گرفتند. در نهایت بلافاصله بعد از اجرای پروسیجر، اضطراب بیماران مجدداً در هر سه گروه با استفاده از پرسش‌نامه اشپیل‌برگر سنجیده می‌شد.

جهت رعایت موازین اخلاق در پژوهش طرح پژوهشی در شورای پژوهشی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تصویب و کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست‌محیطی این دانشگاه کسب شد (کد اخلاق: IR.RUMS.REC.1396.166). به‌علاوه این کارآزمایی در سامانه ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20180109038287N1 به تصویب رسید. حضور در بیمارستان با ارائه معرفی‌نامه و اخذ موافقت مسئولین بیمارستان در بخش اورژانس انجام گرفت. در ابتدا ضمن توضیح اهداف مطالعه به بیماران کاندید پروسیجرهای تهاجمی پرستاری و اعضای خانواده آنها در صورت داشتن شرایط ورود به تحقیق، رضایت کتبی از آنها اخذ شد و به نمونه‌ها توضیح داده شد که شرکت یا عدم شرکت آنها در مطالعه هیچ‌گونه تأثیری در کیفیت و کمیت خدمات مرکز نخواهد داشت و هر زمان که اراده کردند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶، SPSS Inc., (Chicago, Ill., USA) و در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و با استفاده از آزمون‌های آماری کای‌اسکوئر (برای مقایسه نسبت‌ها)، Independed-sample Kruskal Wallis (برای مقایسه میانه و دامنه چارکی متغیرهای کمی در بین سه گروه)، آزمون تی‌زوجی و آزمون ANOVA (جهت مقایسه میانگین نمره اضطراب در بین سه گروه) انجام شد.

### یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد میانگین و انحراف معیار سن اعضای خانواده  $37 \pm 12/95$  با حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۶ سال بود. اعضای خانواده در سه گروه از نظر سن،

معیارهای خروج برای بیمار شامل وخیم‌تر شدن وضعیت بیمار و عدم تمایل برای برای ادامه حضور در مطالعه بود. معیارهای خروج برای اعضای خانواده نیز عدم تحمل حضور تا پایان پروسیجر تهاجمی و انصراف از ماندن در تحقیق بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک بیماران و خانواده (سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، نوع پروسیجر تهاجمی) و پرسش‌نامه استاندارد اضطراب اشپیل‌برگر بود. پرسش‌نامه استاندارد اضطراب اشپیل‌برگر حاوی ۴۰ سؤال است که براساس مقیاس لیکرت (هیچ‌وقت نمره ۱، به‌ندرت نمره ۲، گاهی اوقات نمره ۳، اکثر اوقات نمره ۴، تقریباً همیشه نمره ۵) طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای دو قسمت اضطراب آشکار و پنهان است. مقیاس اضطراب آشکار شامل ۲۰ سؤال است که احساسات فرد را در لحظه و زمان پاسخگویی است. مقیاس اضطراب پنهان نیز شامل ۲۰ سؤال است که احساسات عمومی افراد را می‌سنجد. در این مطالعه از پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی اضطراب آشکار یا وضعی استفاده شد. حجم نمونه براساس نتایج مطالعات مشابه و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان ۹۰ درصد، انحراف معیار ۲/۵ و اندازه اثر ۲ برای هر گروه ۳۰ نفر محاسبه شد [۲۳].

براساس قوانین اغلب بیمارستان‌های دولتی ایران از جمله بیمارستان شهیدرهنمون یزد، در زمان اجرای پروسیجرهای تهاجمی، اعضای خانواده اجازه حضور در کنار بیماران را ندارند. جهت اجرای پیش‌آزمون برای بیماران در هر سه گروه، پرسش‌نامه اضطراب به روش مصاحبه رو-در-رو پر می‌شد؛ سپس در گروه «بیماران با خانواده آموزش‌دیده و حضور داشته» به یکی از اعضای خانواده که توسط بیمار انتخاب شده و خودش هم برای حضور رضایت داشت، پیش از حضور در بالین بیمار به مدت ۳-۵ دقیقه در مورد فرایند و روند اجرای پروسیجر و شرایطی که حین حضور باید رعایت کند از قبیل موقعیت قرارگیری، رعایت حریم بیمار، برقراری تماس چشمی، لمس کردن و صحبت با بیمار جهت تسکین او توضیحاتی داده می‌شد. اعضای خانواده در زمان حضور در کنار بیمار در کنار بیمار قرار می‌گرفتند در موقعیتی که پشت به صحنه اجرای پروسیجر و رو-در-رو با بیمار قرار می‌گرفتند. به طوری که ضمن حفظ حریم شخصی بیمار، مزاحم اجرای اقدام درمانی نیز نباشند و مرتباً با لمس و صحبت‌های خود، از بیمار حمایت کنند و سعی در ایجاد آرامش در بیمار داشته باشند. در گروه «بیماران

در مقایسه درون گروهی نتایج نشان داد، بین میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب مرحله قبل از مداخله بیماران در هر سه گروه، با مرحله بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد. به طوری که هر سه گروه در مرحله بعد از مداخله میانگین نمره اضطراب پایین تری نسبت به قبل از مداخله گزارش کرده بودند ( $P=0/001$ ) (جدول شماره سه). در مقایسه بین گروهی میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب قبل از مداخله در بین سه گروه تفاوت معنی دار آماری نداشت و سه گروه از این نظر همسان بودند ( $P=0/131$ ). مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب مرحله پس از مداخله در بین سه گروه نیز نشان داد با وجودی که بیمارانی که اعضای خانواده شان بدون آموزش در کنارشان حضور داشتند میانگین نمره اضطراب کمتری را نسبت به دو گروه دیگر داشتند اما تفاوت در بین سه گروه از نظر آماری معنی دار نبود ( $P=0/309$ ) (جدول سه).

سطح تحصیلات، جنسیت، وضعیت تأهل و شغل تفاوت آماری معنی داری نداشتند و هر سه گروه از نظر این ویژگی ها با یکدیگر همسان بودند (جدول ۱).

نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار سن بیماران  $15 \pm 37/25$  با حداقل ۱۸ و حداکثر ۷۵ سال بود. بین سه گروه بیمار مورد مطالعه از نظر نوع اقدام پروسیجر تهاجمی انجام شده و متغیرهای سن، سطح تحصیلات، جنسیت، وضعیت تأهل و شغل، تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت و هر سه گروه از نظر ویژگی های دموگرافیکی بیماران همسان بودند (جدول ۲).

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده های کمی در هر گروه از آزمون های کولموگروف-اسمیرنوف، شاپیرو-ویلکز و شاخص های چولگی و کشیدگی و نمودارهای Q-Q استفاده شد. نتایج نشان داد غیر از متغیرهای سن بیماران و اعضای خانواده، سایر متغیرها دارای توزیع نرمال بود؛ در نتیجه از آزمون های پارامتریک برای تحلیل داده های مربوط به نمرات اضطراب استفاده شد.

جدول ۱. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی ویژگی های جمعیت شناختی اعضای خانواده در سه گروه

P-Value	حضور داشته و آموزش ندیده		حضور داشته و آموزش دیده	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
	۰(۰)	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	بی سواد
*۰/۴۵۸	۱۱(۳۶/۳)	۶(۲۰)	۶(۲۰)	زیر دیپلم
	۱۲(۴۰)	۱۳(۴۳/۳)	۱۱(۳۶/۳)	دیپلم
	۷(۲۳/۳)	۹(۳۰)	۱۲(۴۰)	دانشگاهی
*۰/۳۹۲	۱۴(۴۷/۷)	۱۵(۵۰)	۱۹(۶۳/۳)	مذکر
	۱۶(۵۳/۳)	۱۵(۵۰)	۱۱(۳۶/۷)	مونث
*۰/۲۵۹	۶(۲۰)	۹(۳۰)	۶(۲۰)	مجرد
	۲۴(۸۰)	۲۱(۷۰)	۲۴(۸۰)	متاهل
*۰/۶۵۱	۶(۲۰)	۶(۲۰)	۸(۲۶/۷)	آزاد
	۱۰(۳۳/۳)	۱۰(۳۳/۳)	۱۲(۴۰)	کارمند
	۱۴(۴۶/۷)	۱۴(۴۶/۷)	۱۰(۳۳/۳)	بیکار
**۰/۶۰۰	میانۀ دامنه چارکی	میانۀ دامنه چارکی	میانۀ دامنه چارکی	سن
	۳۴/۲۰ ± ۵/۷۵	۱۶ ± ۳۳/۲۵	۳۴/۱۳ ± ۵/۲۵	

\*آزمون مجذور کای

\*\*آزمون کروسکال والیس

جدول ۲. مقایسه فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران در سه گروه

P-Value	بیماران بدون حضور خانواده	بیماران با حضور خانواده آموزش		سطح تحصیلات
		ندیده	دیده	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
	۱(۳/۳)	۱(۳/۳)	۳(۱۰)	بی سواد
*.۰/۸۰۱	۱۳(۴۳/۳)	۱۱(۳۶/۷)	۹(۳۰)	زیر دیپلم
	۹(۳۰)	۱۲(۴۰)	۱۰(۳۳/۳)	دیپلم
	۷(۲۳/۳)	۶(۲۰)	۸(۲۶/۷)	دانشگاهی
*.۰/۹۶۵	۱۶(۵۳/۳)	۱۷(۵۶/۷)	۱۶(۵۳/۳)	مذکر
	۱۴(۴۷/۷)	۱۳(۴۳/۳)	۱۴(۴۶/۷)	مونث
*.۰/۲۵۹	۱۲(۴۰)	۷(۲۳/۳)	۷(۲۳/۳)	مجرد
	۱۸(۶۰)	۲۳(۷۶/۷)	۲۳(۷۶/۷)	متاهل
*.۰/۶۵۱	۹(۳۰)	۹(۳۰)	۱۱(۳۶/۷)	آزاد
	۱۰(۳۳/۳)	۷(۲۳/۳)	۵(۱۶/۷)	کارمند
	۱۴(۴۶/۷)	۱۴(۴۶/۷)	۱۴(۴۶/۷)	بیکار
	۱۱(۳۶/۷)	۱۱(۳۶/۷)	۱۱(۳۶/۷)	تزریقات
*.۰/۹۹۷	۱۲(۴۰)	۱۳(۴۳/۳)	۱۳(۴۳/۳)	بخیه و پانسمان
	۶(۲۰)	۶(۲۰)	۷(۲۳/۳)	سونداژ معده و مثانه
*.۰/۶۰۰	میانۀ±دامنه چارکی	میانۀ±دامنه چارکی	میانۀ±دامنه چارکی	سن
	۳۳/۲۴±۵	۳۵/۱۹±۵	۳۶/۲۶±۵/۲۵	

\*\*آزمون مجذور کای      \*\*آزمون کروسکال والیس

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب درون و بین گروه‌های مورد مطالعه

P-Value*	بیماران بدون حضور خانواده میانگین±انحراف معیار	بیماران با حضور خانواده آموزش		قبل از مداخله
		آموزش ندیده میانگین±انحراف معیار	آموزش دیده میانگین±انحراف معیار	
.۰/۱۳۱	۵۷/۱۰±۵۰/۸۶	۵۱/۱۱±۸۰/۳۴	۵۳/۱۰±۹۳/۵۹	قبل از مداخله
.۰/۳۰۹	۴۲/۹±۵۰/۱۸	۳۹/۵±۳۳/۳۳	۴۰/۸±۵۳/۹۷	پس از مداخله
	.۰/۰۰۱	.۰/۰۰۱	.۰/۰۰۱	P-Value**

\*\*آزمون ANOVA      \*\*آزمون تی زوج

### بحث

اهمیت دارد تفاوت نمره اضطراب سه گروه در مرحله پس از اجرای مداخله است. براساس نتایج این مطالعه، حضور اعضای خانواده و آموزش قبل از حضور آنها نتوانست تأثیر معنی‌داری بر سطح اضطراب بیماران بزرگسال بگذارد.

براساس نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها، نمره اضطراب بیماران در هر سه گروه در مرحله پس از مداخله، کاهش معنی‌داری نسبت به مرحله قبل از مداخله داشت که البته این کاهش در نمره اضطراب پس از انجام پروسیجر و گذر از مرحله بحرانی (قرارگیری تحت پروسیجر تهاجمی) پیامدی دور از انتظار نیست. ولی آنچه



در نظر گرفت؛ بنابراین، پیشنهاد داده‌اند سیاست‌گذاران هر بیمارستان باید سود و ضرر این کار را بسنجند [۲۶].

در مجموع می‌توان گفت اگرچه شواهد فعلی به ما می‌گوید که حضور خانواده‌ها در صورت لزوم و در صورت ارائه حمایت در طول تجربه حضور در حین اجرای پروسیجرهای تهاجمی می‌تواند پیامدهای مثبتی برای خانواده، بیمار و کارکنان سلامت داشته باشد [۲۷]. اما در مطالعه ما حضور و آموزش قبل از حضور اعضای خانواده نتوانست از اضطراب بیماران تحت پروسیجرهای تهاجمی پرستاری بکاهد. بنابراین حضور اعضای خانواده در بالین بیماران تحت مراقبت‌ها و اعمال تهاجمی مانند دو روی یک سکه است. در عین حال که حمایت‌گر بوده می‌تواند بی‌تأثیر یا حتی آسیب‌زا نیز باشد؛ بنابراین، جنبه‌های مختلف موضوع حضور خانواده حین اجرای پروسیجرهای تهاجمی از قبیل اینکه برای چه بیمارانی در چه شرایطی، چه کسی، چرا و چگونه باید حضور داشته باشد و چگونه عضو خانواده باید حمایت شود تا ضمن اینکه اضطراب کمتری را تجربه می‌کند بتواند با حضورش از اضطراب بیمار نیز بکاهد و باعث تسکین خاطر او شود، مسئله‌ای است که باید در مطالعات بعدی مدنظر محققین قرار بگیرد.

### نتیجه نهایی

حضور اعضای خانواده و دریافت آموزش قبل از حضور نتوانست از اضطراب بیماران تحت پروسیجرهای تهاجمی پرستاری بکاهد. لازم است جنبه‌های مختلف موضوع حضور خانواده حین اجرای پروسیجرهای تهاجمی در مطالعات بعدی مدنظر محققین قرار بگیرد.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی و جراحی است. بدین‌وسیله تیم تحقیق از همه کارکنان بیمارستان شهید رهنمون دانشگاه علوم پزشکی یزد و همچنین همه بیماران و اعضای خانواده آنها که در اجرای این مطالعه همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌کنند. معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان این تحقیق را از نظر مالی مورد حمایت قرار داده است.

### تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

در مرور متون موجود، مطالعات محدودی درباره تأثیر حضور اعضای خانواده بیماران بزرگسال حین اجرای پروسیجرهای تهاجمی بر میزان اضطراب آنها یافت می‌شود. اغلب مطالعات بر حضور والدین، حین اجرای عملیات احیای قلبی و ریوی تمرکز دارند. تحقیقات موجود نیز نتایج متناقضی گزارش کرده‌اند. مشابه مطالعه ما در تحقیق Işlekdemir و همکارش، حضور اعضای خانواده نتوانست بر درد و اضطراب بیماران بستری در بخش اورژانس که تحت پروسیجرهای تهاجمی پرستاری قرار گرفته بودند تأثیر معنی‌داری بگذارد [۲۰]. در حالی که در مطالعه Kim و همکارش، تأثیر حضور خانواده بر درد و اضطراب و دلیریوم و طول مدت حضور در اتاق بهبودی سالمندانی که با دریافت بی‌هوشی تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد حضور اعضای خانواده در بخش مراقبت‌های پس از بیهوشی عمومی به طور معنی‌داری باعث کاهش میزان اضطراب، دلیریوم و درد بیماران شد اما بر طول مدت زمان اقامت در اتاق بهبودی تأثیری نداشت [۲۱]. همچنین Hoseini Azizi و همکارانش در نتایج تحقیقی دریافتند حضور حمایتی خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند باعث تسریع در فرایند بهبودی بیماران ضربه‌مغزی گردد [۲۳]. Goldfarb و همکارانش، در نتایج یک تحقیق مروری سیستماتیک نشان دادند اگرچه مداخلات مراقبت‌های خانواده و بیمارمحور در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان نتوانست میزان مرگ و میر را کاهش دهد اما باعث ایجاد پیامدهای مثبتی همچون کاهش طول مدت اقامت، کاهش هزینه‌ها، تجربه‌های روانی مثبت برای بیمار و خانواده و افزایش رضایت آنها شده و رسیدن به اهداف طبی را تسهیل بخشیده است. این محققین پژوهش‌های تجربی با کیفیت بالا را برای ارزیابی اثربخشی مراقبت‌های خانواده و بیمارمحور در این بخش‌ها توصیه کردند [۲۴]. اگرچه تفاوت‌های بخش‌های بهبودی و مراقبت‌های ویژه بزرگسالان با بخش‌های اورژانس، از جهت ماهیت بیماران بستری، شرایط محیط فیزیکی و وظایف و مسئولیت‌های کارکنان را نباید از نظر دور داشت. به نظر می‌رسد در موقعیت‌های ناگهانی و غیرمنتظره‌ای همچون پذیرش در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها، اضطراب بیماران و عملکرد خانواده‌ها ماهیت متفاوتی پیدا می‌کند. محققین معتقدند به دلیل فقدان شواهد مستند، توجیه ضرورت حضور اعضای خانواده در بالین بیماران بزرگسال تحت پروسیجرهای تهاجمی منطقی به نظر نمی‌رسد [۲۵]. بنابراین، براساس شواهد موجود نمی‌توان نسبت به حضور یا عدم حضور اعضای خانواده وزن‌دهی مناسبی

منابع مالی این مطالعه توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تامین شده است.

## منابع مالی

## References

- Gulich I, Ramos A, Zan T, Scherer C, Mendoza-Sassi R. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Brazilian Journal of Epidemiology*. 2013; 16(3):644-57. [DOI:10.1590/S1415-790X2013000300009] [PMID]
- Chhari N, Mehta SC. Stress among Patients during Hospitalization: A Study from Central India National Journal of Community Medicine. 2016; 7(4):274-7.
- Fajemilehin, B.R. and Fabayo, A.O Perception of situational stress associated with hospitalization among selected Nigerian patients. *Journal of advanced nursing*. 1991; 16(4):469-74. [DOI:10.1111/j.1365-2648.1991.tb03437.x] [PMID]
- Williams JB, Alexander KP, Morin JF, Langlois Y, Noiseux N, Perrault LP, et al. Preoperative anxiety as a predictor of mortality and major morbidity in patients aged > 70 years undergoing cardiac surgery. *The American Journal of Cardiology*. . 2013; 111(1):137-42. [DOI:10.1016/j.amjcard.2012.08.060] [PMID] [PMCID]
- Abu Ruz ME. Persistent anxiety and in-hospital complications after acute coronary syndrome. *International Journal of Health Sciences*. . 2018; 12(2):50-6.
- Dahlén I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*. 2002; 122(5):1633-7. [DOI:10.1378/chest.122.5.1633] [PMID]
- Gouin JP, Kiecolt-Glaser JK. The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. . 2012; 24(2):201-13. [DOI:10.1016/j.ccell.2012.03.006] [PMID] [PMCID]
- Woo AK. Depression and anxiety in pain. *Reviews in Pain*. 2010; 4(1):8-12. [DOI:10.1177/204946371000400103] [PMID] [PMCID]
- Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *European Respiratory Journal*. . 2005; 26(3):414-9. [DOI:10.1183/09031936.05.00078504] [PMID]
- Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *Association of periOperative Registered Nurses journal*. . 2010; 92(4):445-60. [DOI:10.1016/j.aorn.2010.04.017] [PMID]
- Wingo AP, Gibson G. Blood gene expression profiles suggest altered immune function associated with symptoms of generalized anxiety disorder. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2015; 43:184-91. [DOI:10.1016/j.bbi.2014.09.016] [PMID] [PMCID]
- Kidd T, Poole L, Leigh E, Ronaldson A, Jahangiri M, Steptoe A. Attachment anxiety predicts IL-6 and length of hospital stay in coronary artery bypass graft surgery (CABG) patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014; 77(2):155-7. [DOI:10.1016/j.jpsychores.2014.06.002] [PMID] [PMCID]
- Reavell J, Hopkinson M, Clarkesmith D, Lane DA. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. . 2018; 80(8):742-53. [DOI:10.1097/PSY.0000000000000626] [PMID]
- Toronto CE, LaRocco SA. Family perception of and experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation: An integrative review. *Journal of clinical nursing*. . 2018; 28(1-2):32-46. [DOI:10.1111/jocn.14649] [PMID]
- Twibell RS, Siela D, Neal A, Riwtis C, Beane H. Family Presence During Resuscitation: Physicians' Perceptions of Risk, Benefit, and Self-confidence. *Dimensions of Critical Care Nursing*. . 2018; 37(3):167-79. [DOI:10.1097/DCC.0000000000000297] [PMID]
- Twibell R, Siela D, Riwtis C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *Journal of clinical nursing*. 2018; 27(1-2):e320-e34. [DOI:10.1111/jocn.13948] [PMID]
- Basal A, Ebrahim A, Sai A. Perception of health care providers, patient's families and patients towards family presence during invasive procedures in emergency care units. *Journal of American Science*. . 2012; 8(11):152-61.
- Twibell RS, Craig S, Siela D, Simmonds S, Thomas C. Being there: inpatients' perceptions of family presence during resuscitation and invasive cardiac procedures. *American Journal of Critical Care*. . 2015; 24(6):e108-e15. [DOI:10.4037/ajcc2015470] [PMID]
- Guzzetta CE, Clark AP, Wright JL. Family presence in emergency medical services for children. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2006; 7(1):15-24. [DOI:10.1016/j.cpem.2006.01.002]
- İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. *International emergency nursing*. 2016; 24:39-45. [DOI:10.1016/j.ienj.2015.05.008] [PMID]
- Kim K, Lee S. Effects of family presence intervention on anxiety, delirium, pain and length of time in recovery room of post-operative elderly patients in post-anesthesia care units of Korean Academy of Fundamental Nursing 2015; 22(2):149-57. [DOI:10.7739/jkafn.2015.22.2.149]
- Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, Papa A, et al. Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2011; 37(5):469-73. [DOI:10.1016/j.jen.2011.04.012] [PMID]



23. Hoseini Azizi T, Masoudynia M, Ehsae M, Esmaily H, Hasanzadeh F. The effect of family's supportive presence on the recovery of patients with brain injury in intensive care unit: A randomized clinical trial. . Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. .2014; 11(12):977-87.
24. Goldfarb M, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of Patient-and Family-Centered Care Interventions in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis Critical Care Medicine. 2017; 45(10):1751-61. doi: 10.1097/CCM.0000000000002624 [DOI:10.1097/CCM.0000000000002624] [PMID]
25. Vincent C, Lederman Z. Family presence during resuscitation: extending ethical norms from paediatrics to adults. Journal of medical ethics. . 2017; 43(10):676-8. [DOI:10.1136/medethics-2016-103881] [PMID]
26. Brasel KJ, Entwistle JW, Sade RM. Should family presence be allowed during cardiopulmonary resuscitation? The Annals of Thoracic Surgery 2016; 102(5):1438-43. [DOI:10.1016/j.athoracsur.2016.02.011] [PMID] [PMCID]
27. Bell L. Family presence during invasive procedures. American Journal of Critical Care. . 2015; 24(6):539. [DOI:10.4037/ajcc2015868] [PMID]