

# تأثیر حمایت اطلاعاتی بر نگرانی همراهان بیماران ترومایی پذیرش شده در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد

فریبا آل مومن<sup>۱</sup>، سید علی ناجی<sup>۲\*</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)  
 ۲. دکتری پرستاری، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)

## چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۵  
 تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۲

**زمینه و هدف:** تروما یکی از علت‌های مهم مرگ‌ومیر در جهان است. متعاقب بستری شدن بیمار و تحت مراقبت قرار گرفتن فوری و تنش‌های ناشی از این اتفاق، عمدتاً خانواده بیماران دچار تشویش و نگرانی می‌شوند. در این وضعیت، اطمینان‌بخشی به همراهان بیماران، انتقال اطلاعات بالینی به بستگان وی و ارائه حمایت‌های خانواده‌محور، از سوی پرسنل پرستاری بخش ICU مهم می‌باشد. نظر به اهمیت این مسئله، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی حمایت اطلاعاتی بر کاهش نگرانی بیماران ترومایی بستری در بخش ICU بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد در سال ۱۳۹۶ صورت پذیرفت.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، جزو مطالعات کارآزمایی بالینی، از نوع مطالعات موازی، با گروه کنترل و شاهد بود. جامعه آماری پژوهش، همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه هستند که به صورت تصادفی ۶۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه ۳۰ نفر قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری تحقیق، پرسشنامه ۵۰ سؤالی محقق‌ساخته بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با برنامه spss20 و استفاده از آزمون تحلیل کواریانس صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که نمره نگرانی قبل و پس از برگزاری جلسات، تفاوت معناداری دارند و میانگین نمرات نگرانی گروه آموزش به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به مؤثر بودن حمایت اطلاعاتی و ارائه پشتیبانی‌های لازم به همراهان و خانواده‌های بیماران، در راستای کاهش علائم نگرانی و اضطراب آنها، پیشنهاد می‌شود در بخش‌های پرتنشی همچون ICU، واحد مراقبت از خانواده استقرار یابد.

## کلیدواژه‌ها:

حمایت اطلاعاتی، همراهان بیماران ترومایی، بخش مراقبت‌های ویژه، بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد.

## ۱. مقدمه

توجه به خانواده بیمار، یکی از ارکان مهم مراقبت است؛ زیرا خانواده در اکثر مواقع، مسئولیت حمایت از بیمار را بر عهده دارد (۱). نقش حمایتی خانواده، هنگامی که بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه<sup>۱</sup> بستری است، پررنگ‌تر می‌گردد

(۲)؛ در واقع خانواده، نماینده بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه محسوب می‌شود (۳). بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان می‌تواند در دیگر اعضا اضطراب و مشکلات روحی و روانی ایجاد کند، به خصوص اگر این بیمار در بخش‌های پرتنشی مانند بخش مراقبت ویژه یا اورژانس بستری باشد، این اضطراب و تشویش،

<sup>1</sup> Intensive Care Units (I.C.U)

\* نویسنده مسئول: سید علی ناجی  
 نشانی: اصفهان، دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان)، دانشکده پرستاری- مامایی، دکتر سید علی ناجی

تلفن: ۰۹۱۳۱۱۵۰۸۶۵  
 رایانامه: naji@khuisf.ac.ir\_a  
 شناسه ORCID: 0000-0001-9745-1948

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۹، ص ۸۰۸-۸۰۱  
 آدرس سایت: http://jsums.medsab.ac.ir رایانامه: journal@medsab.ac.ir  
 شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

پرستار با خانواده بیمار، بر فرایندهای استرس، کاهش نگرانی‌ها، مدیریت بهتر بیمار در دوران بستری در بخش، تأثیرگذار است (۱۰). اگر قرار است مراقبت‌های پرستاری به طور جامع و با کیفیت بالا ارائه شود پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه باید نه تنها به خود بیماران بلکه به نیازهای روانی اجتماعی خانواده‌هایشان نیز توجه کنند. این امر مهم، مؤید نقش‌های اجتناب‌ناپذیر و بی‌بدیل ایشان در شناسایی و برآورده کردن نیازهای خانواده این بیماران است (۱۱). در تعدادی از مطالعات، پرستاران اظهار کرده‌اند که با ارائه اطلاعات به همراهان بیمار، در افزایش آگاهی آنها درباره وضعیت بیمار و درمان‌های لازم نقش مهمی دارند، همچنین ارتباط مثبت معنی‌داری بین آگاه‌سازی و رضایتمندی خانواده بیمار از خدمات پرستاران وجود دارد (۱۲). در محیط مراقبت ویژه، سنجش رضایتمندی بیماران اغلب با مشکل مواجه است؛ زیرا این بیماران اغلب به کاهش سطح هوشیاری دچار هستند و به تصمیم‌گیری راجع به روند درمان قادر نمی‌باشند. به همین دلیل رضایتمندی این بیماران، ساختار مهمی را تشکیل داده که جز با بررسی رضایتمندی اعضای خانواده آنها میسر نیست. در این موارد، اعضای خانواده اغلب تعیین‌کننده سطح رضایتمندی و میزان مراقبت از بیمار هستند و رضایتمندی بیمار ممکن است به وسیله آگاهی و درک اعضای خانواده صرف‌نظر از نتایج بالینی تعیین شوند (۱۳).

تأمین نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، از مسئولیت‌های اصلی پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه است و معیاری مهم در ارزیابی کیفیت مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد (۸). پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل تعامل ۲۴ ساعته و ارتباط نزدیک با بیماران، از موقعیت ایده‌آلی برای تأمین نیازهای خانواده بیمار و کمک به آنها در رویارویی با شرایط پرسترس و بحرانی برخوردار هستند (۹). تعامل مناسب خانواده بیمار و پرستار، در کیفیت و نتیجه مراقبت‌های پرستاری و همچنین رفاه بیمار، تأثیر به‌سزایی دارد. تعاملات مناسب، یکی از نیازهای اساسی خانواده‌ها است و باید در اولویت قرار گیرد. خانواده‌ها خواهان تعاملاتی هستند که واضح و غیرمبهم باشد. در مطالعه لقمانی و همکاران، پرستاران و اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در اظهارات خود بیان کردند که حمایت عاطفی، مشارکت، اطلاع‌رسانی و مشاوره، در تسهیل تعاملات

مضعف می‌شود (۴). تروما یکی از علت‌های مهم مرگ‌ومیر با تعدادی بیشتر از پنج میلیون مرگ و ناتوانی، هر سال در جهان می‌باشد (۵) و یکی از مسائل سلامت عمومی مهم در جهان محسوب می‌شود. ایران، یکی از بالاترین آمار تروما را در جهان دارد و همواره بخش مراقبت‌های ویژه که پذیرای این بیماران است، محیطی پرتنش برای بیماران و وابستگان آنها محسوب می‌شود که به واسطه آن، افراد، اضطراب زیادی را در طول این مدت تجربه می‌کنند؛ زیرا آنان در بخشی بستری می‌شوند که اغلب بیماران آن بدحال، نیازمند به مراقبت تخصصی یا مشرف به مرگ هستند (۶). با توجه به این که بیماری‌های وخیم و بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه، اغلب بدون هشدار قبلی رخ می‌دهد، برخی از خانواده‌ها که قادر به سازگاری با شرایط پیش‌آمده نیستند، ممکن است به آسیب روحی و بحران عاطفی دچار شوند؛ به عبارت دیگر، تشخیص بیماری و بستری شدن فردی که نقش مهمی در خانواده ایفا می‌کند، در تمامیت ساختار خانواده می‌تواند اختلال ایجاد کند. در این مدت ممکن است اعضای خانواده، تغییر در نقش را تجربه کنند و به احساس ترس و ناامنی دچار شوند؛ زیرا از آمادگی روحی کافی برای رویارویی با موضوع برخوردار نیستند. اعضای خانواده بیماران بستری در بخش، در معرض خطر ابتلا به اضطراب، استرس حاد، افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> (PTSD) هستند (۷). علی‌رغم آشفتگی روحی، اعضای خانواده بیمار مجبورند به نمایندگی از بیمار، تصمیم‌گیری کنند و با کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه در مورد انتخاب درمان مناسب، مشارکت کنند (۸). برخی اعتقاد دارند که خانواده‌ها رنج و سختی بیشتری نسبت به بیمارشان تجربه می‌کنند؛ زیرا بیمار ممکن است از موقعیت و شرایط عاطفی خود به علت وضعیت خاص درمانی آگاه نباشند. تقریباً ۳/۴ بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قادر به مشارکت در تصمیمات درمانی خود نیستند؛ بنابراین پزشکان و پرستاران باید برای تصمیم‌گیری در مورد انجام روش‌های درمانی به اعضای خانواده آنها تکیه کنند که این خود به سنگینی فشار تحمیل شده بر اعضای خانواده و نیازهای عاطفی آنها می‌افزاید؛ از این رو اعضای خانواده ممکن است به شناسایی دقیق نیازهای خود طی مراحل اولیه بروز بحران، قادر نباشند (۹).

ویکتوریا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند، ارتباط مؤثر

نشده است. این که آیا با حمایت اطلاعاتی و افزایش سطح

پرستاران و خانواده بیمار، نقش مهمی دارد (۱۴).

جدول ۱. پرسشنامه نگرانی و زیرمقیاس‌های آن

شماره سؤالات	تعداد سؤالات	زیرمقیاس
۱-۱۰	۱۰	تغییر سبک زندگی بیمار
۱۱-۲۰	۱۰	عدم‌درمان و مراقبت‌های صحیح
۲۱-۳۰	۱۰	سیر بیماری و عوارض آن
۳۱-۴۰	۱۰	تغییر در نقش‌های بیمار
۴۱-۵۰	۱۰	مشکلات خانواده
۵۰	۵۰	کل پرسش‌نامه نگرانی

آگاهی همراهان بیماران تا چه میزان می‌توان از نگرانی آنها کاست، پرسشی است که این مطالعه درصدد پاسخ‌گویی به آن می‌باشد.

## ۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، جزو پژوهش‌های کارآزمایی بالینی<sup>۱</sup> و از نوع طرح مطالعه هم‌زمان موازی<sup>۲</sup> بود که<sup>۳</sup> در سه ماه اول سال ۱۳۹۶ انجام شد و از نظر آماری به روش میدانی (پیمایشی<sup>۴</sup>) است. اطلاعات مورد نیاز، از طریق توزیع پرسش‌نامه در جامعه مدنظر جمع‌آوری گردید. جامعه آماری این تحقیق را کلیه همراهان بیماران ترومایی پذیرش‌شده در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. در این تحقیق، نمونه‌ها به‌صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، از بین تعداد کل افراد جامعه انتخاب گردیدند. با توجه به مطالعات قبلی کارآزمایی بالینی، تعداد ۶۰ نفر به‌صورت در دسترس، انتخاب شدند و در دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و گروه شاهد (۳۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در پژوهش حاضر، پرسشنامه محقق‌ساخته بود که مشتمل بر دو بخش است: بخش اول اطلاعات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی) شامل: سن، جنس، تحصیلات، شغل، نسبت با بیمار، وضع تأهل و اطلاعات کلینیکی بیمار، می‌باشد، بخش دوم پرسشنامه شامل ۵۰ سوال مشتمل بر ۵ زیرمقیاس است که ابعاد مختلف نگرانی را می‌سنجد. این ابعاد شامل پنج حیطه است: ۱. تغییر سبک زندگی بیمار ۲. سیر بیماری و عوارض آن ۳. عدم‌درمان و مراقبت‌های صحیح ۴. تغییر در نقش‌های بیمار ۵. مشکلات خانواده. در جدول ۱، تعداد و شماره سؤالات مربوط به هر زیرمقیاس نمایش داده شده است.

با این وجود در مواردی مشاهده شده که اغلب پرستاران معمولاً نقششان را تأمین نیازهای خانواده بیمار از طریق ارائه اطلاعات یا حمایت عاطفی دست‌کم می‌گیرند. گاهی مشاهده می‌گردد که پرستاران، مشغول مراقبت از بیماران و تأمین نیازهای آنان هستند و ممکن است احساس ترس، نگرانی و رنجی که اعضای خانواده‌ها متحمل می‌شوند را نادیده بگیرند؛ پس ممکن است نتوانند به‌طور صحیح نیازهای اعضای خانواده را شناسایی کنند با این وجود، گاهی پرستاران به علت تمرکز و توجه به مراقبت از بیمار به‌طور غیرعمدی، احساسات و نیازهای خانواده بیمار را نادیده می‌گیرند و آنها را به لحاظ اهمیت در مرتبه بعد از مراقبت قرار می‌دهند و این مسئله بر اضطراب و نگرانی خانواده و همراهان بیمار دامن می‌زند (۹).

از آنجا که خانواده، بزرگ‌ترین منبع حمایت از بیمار بخش مراقبت ویژه به حساب می‌آید، توجه به این مسئله و حمایت اطلاعاتی خانواده به‌منظور آماده کردن آنها در امر مراقبت و حمایت از بیمار، ضروری است؛ به‌ویژه که خود بیماران، شرایط مراقبت از خود را ندارند (۲). از این رو نیاز به اطلاعات، حمایت و امید، به عنوان نیازهای اساسی اعضای خانواده گزارش شده‌اند که باید مورد توجه واقع شوند (۱۵).

محققان اذعان دارند که تعامل پرستار و خانواده، جنبه‌ای مهم از مراقبت در بخش‌های ویژه می‌باشد و در همین زمینه لقمانی و همکاران (۲۰۱۴) اظهار کرده‌اند که تعاملات مناسب با رضایت کلی خانواده بیمار از خدمات پرستاری، در ارتباط می‌باشد و سطح استرس آنها را کاهش می‌دهد ولی میزان تأثیر حمایت اطلاعاتی بر کاهش نگرانی همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تا کنون بررسی

در برنامه حمایتی تا روز ششم بعد از بستری فراهم نشود. ۳- همراه بیمار به ادامه شرکت در مطالعه تمایل نداشته باشد و انصراف خود را اعلام کند.

## ۵.۲. روش اجرای تحقیق و محتوای جلسات آموزشی

### ۱.۵.۲. روش اجرا

برای گردآوری اطلاعات، پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی‌های لازم با مسئولین پرستاری بیمارستان، فضایی شبیه به کلاس، در اختیار پژوهشگر قرار داده شد تا فرایند اجرای حمایت اطلاعاتی در آن انجام گیرد. ۲ گروه مداخله (۳۰ نفر) و گروه شاهد (۳۰ نفر) برای گردآوری اطلاعات در نظر گرفته شد که افراد به صورت تصادفی در این دو گروه قرار گرفتند. مطابق با مطالعه ایمانی‌پور و همکاران (۱۳۹۱) همراهان بیماران بستری در هفته اول در گروه مداخله و همراهان بیماران بستری در هفته دوم در گروه شاهد منظور گردیدند. نحوه انتخاب افراد به این صورت بود که همراه بیمار در ساعات اولیه ورود بیمار به ICU از نظر وابستگی درجه یک با بیمار شناسایی می‌شد. قبل از شروع جلسات ارائه حمایت اطلاعاتی، ابتدا از افراد هر دو گروه خواسته می‌شد تا نسبت به تکمیل پرسش‌نامه نگرانی، اقدام کنند و میزان نگرانی آنها قبل از مداخله ثبت می‌شود. در مرحله بعد، گروه مداخله تحت یک برنامه حمایت اطلاعاتی قرار گرفتند ولی در گروه شاهد، پژوهشگران هیچ مداخله‌ای نکردند و صرفاً اطلاعات خود را از راه‌های متداول در بخش دریافت می‌کردند. در پایان جلسات حمایت اطلاعاتی در گروه مداخله، مجدداً از همراهان در هر دو گروه در خواست گردید که پرسشنامه را مجدد، تکمیل کنند.

### ۲.۵.۲. محتوای برنامه حمایت اطلاعاتی

حمایت اطلاعاتی شامل یک برنامه حمایتی- آموزشی، همراه با جلسه پرسش و پاسخ با خانواده بیمار پذیرش شده در بخش مراقبت ویژه بود (۱۷). محتوای جلسات حمایت اطلاعاتی، درباره وضعیت بالینی فعلی بیمار، مراقبت‌هایی که در بخش مراقبت ویژه دریافت می‌کرد، مراقبت‌هایی که لازم است در منزل دریافت کند و پاسخ‌گویی به سؤالات بود. در فرایند این جلسه، ابتدا معارفه، آشنایی و توجیه گروه صورت می‌گرفت. در مرحله بعد، از بخش (I.C.U) بازدید شد و یک پمفلت آموزشی در اختیار همراه قرار گرفت. طی این بازدید، افراد نگرانی‌های خود را مطرح

نمره‌دهی سؤالات بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت<sup>۱</sup> و نمرات از ۱ تا ۵ است. پاسخ‌ها به صورت: همیشه (نمره ۴)، اغلب اوقات (نمره ۳)، بعضی اوقات (نمره ۲)، به ندرت (نمره ۱) و هیچ‌وقت (نمره ۰) داده شد. پس از جمع‌بندی و محاسبه کلی، تحلیل صورت گرفت.

### ۲.۲.۱. روایی (اعتبار) ابزار اندازه‌گیری

به منظور تعیین اعتبار پرسش‌نامه نگرانی، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. به این مفهوم که محققان پس از طراحی پرسش‌نامه، آن را در اختیار ۷ نفر از اعضای هیئت علمی که شامل: ۴ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان، ۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه اصفهان و یک نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد قرار دادند و از نظرات آنان برای اصلاح پرسشنامه استفاده شد.

### ۲.۲. پایایی ۲ (اعتمادپذیری) ابزار

به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش مطالعه مقدماتی<sup>۳</sup> استفاده شد و با پخش ۱۵ پرسشنامه در بین جامعه آماری (همراهان بیماران) و استفاده از آزمون الفای کرونباخ هر قسمت بررسی شد که در جدول ۳ نمایش داده شده است. برای کل پرسش‌نامه نگرانی، مقدار آلفای کرونباخ، معادل ۰/۸۲ بود که نشان از پایایی مناسب و استحکام پرسشنامه برای استفاده در پژوهش بود.

### ۳.۲. معیارهای ورود به مطالعه

۱- بستگان درجه اول بیمار بستری در بخش ICU بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد ۲- به عهده داشتن نقش اصلی حمایت از بیمار در بیمارستان و پس از ترخیص از بخش مراقبت‌های ویژه ۳- حداقل ۱۸ سال ۴- توانایی حداقل خواندن و نوشتن ۵- داشتن آمادگی ذهنی و روانی لازم جهت شرکت در مطالعه ۶- بستری بودن بیمار آنها در بخش ویژه حداقل به مدت ۶ روز ۷- عضو تیم بهداشت و درمان نباشد. ۸- نداشتن تجربه قبلی بستری شدن یکی از بستگان درجه اول در بخش مراقبت‌های ویژه ۹- هم‌زمان از فرد دیگری با بیماری جسمی یا روانی مراقبت نکند.

### ۴.۲. معیارهای خروج از مطالعه

۱- در صورتی که بیمار به هر دلیل اعم از بهبود، اعزام به بیمارستان یا بخش دیگر یا فوت نتواند به مدت ۷ روز در بخش بستری بماند. ۲- امکان حضور همراه به صورت کامل

<sup>3</sup> pilot

<sup>1</sup> Likert scale

<sup>2</sup> Reliability

### ۳. یافته‌های پژوهش

بر اساس یافته‌ها، بیشترین افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله و کنترل در محدوده سنی ۳۰-۳۹ سال قرار داشتند و اکثر افراد شرکت‌کننده در دو گروه زن بودند. از نظر میزان تحصیلات در گروه مداخله، بیشترین تحصیلات مربوط به دیپلم و لیسانس و در گروه کنترل نیز لیسانس بود. اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعه، مجرد بودند و بیشترین شغل در هر دو گروه خانه‌دار بودند.

اکثر افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله (۳۶/۷) نسبت برادر- خواهر و در گروه کنترل (۴۰ درصد) نسبت پدر- مادر داشتند. همچنین از نظر نوع تروما بیماران بستری، بیشترین علت حوادث ترافیکی- تصادفات بود و به‌طور میانگین در دو گروه طول مدت بستری، اکثر بیماران تقریباً دو الی سه هفته بود.

همان گونه که در جدول نشان داده شده است، میانگین نمرات نگرانی در پیش‌آزمون بیشتر از گروه پس‌آزمون بوده و میزان نگرانی افرادی که تحت حمایت اطلاعاتی قرار گرفته‌اند پس از پایان جلسات کاهش یافته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد میزان نگرانی و زیرمقیاس‌های آن در واحدهای مورد پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد	مرحله	گروه مداخله	گروه کنترل
		M ± Std	M ± Std
تغییر سبک زندگی بیمار	پیش‌آزمون	۲۳.۸۶ ± ۹.۶۸	۲۵.۸۳ ± ۹.۹۸
	پس‌آزمون	۲۲.۸۰ ± ۷.۵۳	۲۵.۷۰ ± ۸.۶۵
عدم‌درمان و مراقبت‌های صحیح	پیش‌آزمون	۲۴.۷۰ ± ۹.۱۲	۲۵.۰۶ ± ۹.۴۴
	پس‌آزمون	۲۰.۵۰ ± ۷.۲۸	۲۵.۲۰ ± ۸.۶۴
سیر بیماری و عوارض آن	پیش‌آزمون	۲۵.۲۳ ± ۹.۷۶	۲۵.۸۳ ± ۹.۶۶
	پس‌آزمون	۱۹.۲۰ ± ۷.۸۸	۲۴.۷۳ ± ۸.۳۶
تغییر در نقش‌های بیمار	پیش‌آزمون	۲۶.۳۶ ± ۱۰.۱	۲۶.۹۰ ± ۹.۳۱
	پس‌آزمون	۱۵.۴۳ ± ۷.۸۱	۲۴.۱۰ ± ۹.۱۸
مشکلات خانواده	پیش‌آزمون	۲۴.۴۲ ± ۹.۳۶	۲۴.۴۰ ± ۹.۳۷
	پس‌آزمون	۱۹.۹۶ ± ۷.۳۰	۲۵.۷۰ ± ۷.۲۰
کل پرسش‌نامه نگرانی	پیش‌آزمون	۱۲۴.۵۶ ± ۴۴.۸۰	۱۲۸.۰۳ ± ۳۴.۸۸
	پس‌آزمون	۹۷.۹۰ ± ۳۲.۶۱	۱۲۵.۴۳ ± ۳۱.۹۴

داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر میزان نگرانی و مؤلفه‌های آن، تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F در این آزمون ۱۳۸/۷ است که در سطح  $p=0/000$  معنی‌دار بوده است؛ به عبارتی، میزان اضطراب در گروه مداخله، پس از اجرای برنامه حمایت اطلاعاتی کاهش یافته است. بنابراین فرض  $H_0$  پژوهش

کردند و سؤالات خود را می‌پرسیدند. هم‌زمان با این بازدید مختصر، در مورد وضعیت بالینی بیمار، روند درمان و مراقبت‌های وی، نحوه مراقبت پرستاری در بخش مراقبت ویژه، نحوه تغذیه و اجابت مزاج بیمار و مراقبت‌های بهداشت فردی بیمار در بخش مراقبت ویژه، تجهیزات و وسایل بخش، دستگاه‌های متصل به بیمار صحبت می‌شد. در جلسه آخر نیز جمع‌بندی و ارزیابی کامل از نتایج جلسات قبلی، پرسش و پاسخ و بیان نظرات و دیدگاه‌های افراد آموزش‌دیده، قدردانی و تشکر از افراد شرکت‌کننده در جلسات و اجرای پس‌آزمون انجام شد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار Spss ورژن ۲۰ پردازش شد که در دو سطح توصیفی و استنباطی، محاسبه می‌گردند. در سطح توصیفی، اطلاعات دموگرافیک و همچنین میانگین و انحراف شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، در قالب جداول توزیع فراوانی و نمودار نمایش داده شد. برای تبیین فرضیات و مقایسه نتایج، قبل و بعد از اجرای فرایند آموزش، موارد مربوط به حمایت اطلاعاتی، با آزمون تحلیل کورایناس نتایج مقایسه شدند.

### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

#### ۴.۱. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بر میانگین‌های پس‌آزمون

برای بررسی تأثیر حمایت اطلاعاتی بر میزان نگرانی و مؤلفه‌های آن از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد و نتایج نشان

فیزیکی، روانی و اجتماعی برای فرد و خانواده نیاز دارد و بسیاری از بیماران در مورد تغییرات ناشی از بیماری که به علت ایجاد محدودیت باعث تغییراتی در شیوه زندگی آنها خواهد شد، نگران می‌شوند. داشتن آگاهی در مورد جنبه‌های مختلف بیماری، درمان و مراقبت نمی‌تواند به تنهایی در تطابق با وضعیت موجود به خانواده بیمار کمک کند. پوشش دادن کلیه نیازهای حمایتی خانواده‌ها نیازمند همکاری بین‌رشته‌ای و تشکیل یک کارگروه متشکل از اعضای گروه‌های مختلف درمانی - مراقبتی از جمله پزشک، پرستار، مددکار، روان‌پزشک و روان‌پرستار حتی مدیران مراکز خدماتی برای اتخاذ سیاست‌های اجرایی در زمینه برقراری نیاز به راحتی است؛ بنابراین تنها گذاشتن بیمار و خانواده در این شرایط صحیح نیست. توصیه می‌شود در

مبنی بر عدم تأثیر حمایت اطلاعاتی بر کاهش نگرانی همراهان بیماران ترومایی قابل اثبات نبود و به‌ناچار فرض H1 مبنی بر تأثیرگذاری حمایت اطلاعاتی بر کاهش نگرانی همراهان بیماران ترومایی مورد قبول قرار می‌گیرد و می‌توان نتیجه گرفت که حمایت اطلاعاتی از همراهان بیماران ترومایی بستری در بخش مراقبت ویژه، بر کاهش نگرانی آنان مؤثر است. این نتایج با یافته‌های سرحدی و همکاران (۱۳۹۲) مشابه بود. پژوهش وی نشان داد که دادن اطلاعات بیشتر به اعضای خانواده در مورد روند درمان بیماران، هم به بهبود نیازهای روانی - اجتماعی و هم به کاهش واکنش‌های روانی ایجاد شده در اعضای خانواده بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه کمک خواهد کرد. در این زمینه می‌توان گفت که دادن اطلاعات در مورد شرایط بیمار،

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای تشخیص تفاوت‌های بین گروه‌ها

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تغییر سبک زندگی بیمار	پیش‌آزمون گروه	۱۳۶۱۶۰	۱	۱۳۶۱۶۰۸	۳۱۶۰۷	۰.۰۰۰
عدم‌درمان و مراقبت‌های صحیح	پیش‌آزمون گروه	۱۴۷۳۸۰	۱	۱۴۷۳۸۰	۳۷۶۲	۰.۰۰۷
سیر بیماری و عوارض آن	پیش‌آزمون گروه	۱۰۴۴۳۱	۱	۱۰۴۴۳۱	۲۱۳۴۸	۰.۰۰۰
تغییر در نقش‌های بیمار	پیش‌آزمون گروه	۱۰۸۹۶۳	۱	۱۰۸۹۶۳	۸۵۱	۰.۰۰۵
مشکلات خانواده	پیش‌آزمون گروه	۵۰۳۱۴	۱	۵۰۳۱۴	۱۱۲۴	۰.۰۰۱
کل پرسشنامه نگرانی	پیش‌آزمون گروه	۱۸۷۰۸۵۷۸	۱	۱۸۷۰۸۵۷۸	۲۵۵۵۷	۰.۰۰۰
	گروه	۱۰۱۰۷۰۷۱	۱	۱۰۱۰۷۰۷۱	۱۳۸۰۷	۰.۰۰۰

بخش‌های پرتنشی همچون ICU واحد مراقبت از خانواده استقرار یافت و با حضور یک پرستار و روان‌شناس، ضمن ارتباط مستمر با خانواده و انتقال اطلاعات صحیح در طول پروسه درمان، از عوارض ثانویه روحی روانی و جسمی بر دیگر اعضای خانواده و همراهان بیماران کاست و همچنین گامی مهم در ارتقای سطح خدمات بیمارستانی به مراجعان برداشت.

### تشکر و قدردانی

محققان این طرح پژوهشی در پایان لازم می‌دانند که بابت همکاری کلیه عزیزان و به‌ویژه پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه و مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد کمال قدردانی و تشکر را داشته باشند.

-کد اخلاق در پژوهش با شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1396.4 از کمیته اخلاق

بررسی احساسات خانواده همانند احساس خشم یا گناه، مطلع کردن همراهان بیمار از آنچه انجام شده است و علت انجام آن، اضطراب و نگرانی همراهان بیمار را کاهش می‌دهد (۱۸). مشابه با نتایج پژوهش حاضر، در مطالعه‌ای که ذاکری مقدم و همکاران (۱۳۹۳) با هدف بررسی تأثیر حمایتی پرستاری بر افسردگی، اضطراب و استرس ۱۰۵ نفر از اعضای خانواده بیماران در طول عمل جراحی بای‌پس عروق کرونر انجام دادند کاهش معناداری در میانگین سطح اضطراب، استرس و افسردگی نمونه‌ها پس از اجرای مداخله حمایت پرستاری که شامل حمایت عاطفی و اطلاعاتی بوده وجود داشته است (۱۹).

مطالعه حاضر سودمندی استفاده از آموزش حمایت اطلاعاتی، در راستای کاهش اضطراب و نگرانی همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را نشان می‌دهد. اصولاً هر تغییر مهمی با کاهش در توانایی عملکرد، به سازگاری مجدد

پایان نامه اخذ شد.

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان برای این

## References

- 1-Roberti SM, Fitzpatrick JJ. Assessing family satisfaction with care of critically ill patients: a pilot study. *Crit Care Nurse*.2010; 30(6): 18-26.
- 2-Karlsson C, Tisell A, Engstrom A, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care*.2011; 16(1): 11-8.
- 3-Imanipour M ، Heidart Z، Seyedfatemi N، Haghani H. Effectiveness of Informational Support on Anxiety among Family Carers of Patients Undergone Open Heart Surgery. *Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat)* 2012; 3(18) .(persian)
- 4- Motaghi M, Assadisharif F. Experiences of family from caring patient suffering from trauma: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016; 5(4): 90-100. (persian)
- 5- Mock C، Juillard C، Josphipura M، Goosen J. Strengthening care for the injured: success stories and lessons learned from around the world. . *World Health Organization*.2010
- 6- Cypres BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and critical care nursing*.2011; 27(5):273-80.
- 7- Anderson W, Arnold R, Angus D, Bryce C. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of general internal medicine*.2008;23(11):1871-6.
- 8- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*.2005; 171(9):987-94
- 9- Shorofi S, Jannati Y, Roohi Moghaddam H. The psychosocial needs of the families of the patients admitted to intensive care units: A review of literature . *Journal of Clinical Excellence*. 2014;3(1) . (persian)
- 10- Victoria B. Mitrani, , John E. Lewis, , Daniel J. Feaster, , Sara J. Czaja.The Role of Family Functioning in the Stress Process of Dementia Caregivers: Published in final edited form as: *Gerontologist*.2006; 46(1): 97-105
- 11- Cebeci F, Çelik Ş. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* .2011;19(2):170-6.
- 12- Joanna J. Bailey. Correspondence information about the author Joanna J. Bailey Email the author Joanna J. Bailey. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care in Intensive & critical care nursing: the official journal of the British Association of Critical Care Nurses .2010;26(2):114-22 .
- 13- Dolatyari A, Shariffar S, Armin Z. Family satisfaction with care in the intensive care unit:Results of a multiple center study inSelected Military Hospitals. *Journal of Nursing of the Army of the Islamic Republic of Iran*. 2014;1(1). (persian)
- 14- Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Determination of the Content of Communication between the Care Team and Family Members of Patients in the Intensive Care Unit: The Experience of Nurses and Patients' Families. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014; 3(3): 257-68. (persian)
- 15- Trimm, D. R. and J. T. Sanford . "The Process of Family Waiting During Surgery." *Journal of Family Nursing*.2010; 16(4): 435-461.
- 16- Bahrami F ، Islami M ، MOSHTAGH Eshgh Z ،Fesharaki M.Effects of programmed education on stress of family careers with a relative in an intensive care unite of Isfahan University of Medical Sciences hospitals. *Quarterly Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Rafsanjan*.2009;3(4).(Persian)
- 17-Tasi P-C, Yip P-K, Tai JJ, Lou M-F.2015. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient preference and adherence*. 9:449-457.
- 18- Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needsbased education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2009;43: 39-50.
- 19- Zakerimoghaddam M، Ghasvandian S، Salahshoor P، Kazemnezhad A. The effect of supportive nursing program on depression, anxiety and stress of family members of patients during coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Cardiovascular Nursing Journal*.2014; 3(1). (persian).

## The Effect of Informational Support of Trauma Patients' Family Accepted to Intensive Care Unite on Their Concerns in The Ayatollah Kashani Hospital Shahrecord

Fariba Alemomen<sup>1</sup>, Ali Naji<sup>2\*</sup>

1. Ph.D Nursing.Faculty Member.Faculty of Nursing and Midwifery.Islamic Azad University.Isfahan Branch (Khorasgan)
2. Graduate student.Psychiatric Nursing.Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan)

### Abstract

**Introduction:** Trauma is one of the major causes of mortality with more than five million deaths and disabilities each year in the world. Looking for hospitalization and taking immediate care Patient and the tensions caused by this happen most of the patient's family is distressed, worried, and anxious. in this situation, reassurance to the family and companions of patients ,Conveying patient clinical information to relatives and providing family-based support, the ICU sector is important for nursing personnel. Given the importance of this issue, done the present study aims to Determine Effectiveness informational support of truma patients' family Accepted to intensive care unite on their Worry in the Ayatollah Kashani Hospital shahrecord at1396.

**Materials and Methods:** The present study was included in clinical trials and parallel studies with control and control groups.The statistical population of the study consisted of patients admitted to the intensive care unit.They randomly selected 60 people and were divided into two groups of 30 people.The instrument for measuring the questionnaire was a researcher-made questionnaire.Data analysis was performed using spss20 program and using covariance analysis test.

**Results:** The results showed that Concerns before and after the sessions were significant Mean score of anxiety in the intervention group significantly decreased ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** In general, due to the effectiveness of information support and provide necessary support to relatives and families of patients, To reduce symptoms of anxiety and anxiety, It is suggested that, In the tense sectors such as ICU, the Family Care Unit will be deployed.

Received: 2017/09/16

Accepted: 2019/03/13

**Keywords:** Patients with trauma, Intensive care unit, Concerns, Patient companions.