

بررسی تأثیر اطلاع از روند وضعیت بیمار، بر سطح اضطراب اعضای خانواده افراد دچار آسیب تروماتیک مغزی بستری در بیمارستان

مریم جبارپور*، فاطمه عبدلی**، مجید کاظمی***

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در خانواده افراد مبتلا به آسیب تروماتیک مغزی است. این مطالعه، با هدف تعیین تأثیر اطلاع از روند وضعیت بیمار، بر سطح اضطراب خانواده افراد دچار آسیب تروماتیک مغزی بستری در بیمارستان انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی دارای گروه شاهد در مورد ۹۰ نفر از اعضای خانواده افراد دچار آسیب تروماتیک مغزی بستری در بیمارستان باهنر شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ انجام یافته است. نمونه‌ها به روش مستمر از بخش‌های مراقبت ویژه انتخاب و دو گروه شاهد و مداخله را تشکیل دادند. در گروه مداخله اطلاع‌رسانی درباره تغییرات وضعیت بیمار، توسط پرستار و طی سه روز اول بستری در بخش مراقبت ویژه بیمار انجام یافت. گروه شاهد در این مدت، از مراقبت و آموزش‌های معمول توسط پرستاران بخش برخوردار بودند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه اضطراب اشنپیل‌برگر بود. از آزمون تی مستقل و تی زوجی برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله، بین میانگین نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی دو گروه اختلاف آماری معنادار وجود نداشت ($p > 0/05$). اما پس از مداخله در گروه آزمون میانگین نمره اضطراب آشکار ($45/01 \pm 7/26$)، پنهان ($45/01 \pm 7/26$) و کلی ($90/92 \pm 12/72$) به طور معناداری ($p < 0/05$) نسبت به میانگین نمره اضطراب آشکار ($49/22 \pm 9/42$)، پنهان ($49/02 \pm 9/15$) و کلی ($98/24 \pm 17/67$) گروه شاهد، کاهش نشان داد.

نتیجه‌گیری: اطلاع‌رسانی به صورت برنامه‌ریزی شده، از روند و تغییرات وضعیت افراد دچار آسیب تروماتیک مغزی بستری در بیمارستان می‌تواند به طور معناداری موجب کاهش اضطراب اعضای خانواده این بیماران بشود.

ثبت کار آزمایی بالینی: IRCT20180206038642N2

واژه‌های کلیدی: آگاهی از روند وضعیت بیمار، آسیب تروماتیک مغزی، اضطراب، خانواده، بخش مراقبت ویژه

نویسنده مسؤول: فاطمه عبدلی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
e-mail: abdoli_f@yahoo.com

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۷/۴/۱۲

مقدمه

آسیب تروماتیک مغزی (TBI)
(Traumatic Brain Injury) یک مشکل جهانی

به‌ویژه در کشورهای با شیوع بالای تصادفات جاده‌ای مانند ایران است (۱). TBI یک بحران عمومی مهم است که سالانه حدود ده میلیون نفر را مبتلا می‌کند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ علت عمده مرگ‌ومیر و ناتوانی در جهان شود. TBI می‌تواند منجر به اختلالات فیزیکی،

* گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
** گروه آموزشی پرستاری سلامت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران؛ مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
*** گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران؛ مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

شناختی، رفتاری و عاطفی طولانی مدت شده و تمام جنبه‌های زندگی روزمره را تحت تأثیر قرار دهد و فرد را از انجام فعالیت‌های روزانه ناتوان کند (۳ و ۲).

در سال‌های اخیر توجه بسیاری از پژوهشگران به خانواده به‌عنوان اساسی‌ترین نهاد اجتماعی که دارای نقش ویژه‌ای در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اعضای خود است، معطوف شده است (۴). عوامل ناگهانی مانند بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان خصوصاً در بخش‌های ویژه باعث اضطراب و مشکلات روحی و روانی اعضای خانواده می‌شود (۵). اضطراب یک وضعیت هیجانی است که با احساس تنش، عصبانیت، نگرانی، ترس و افزایش فعالیت سیستم اتونوم مشخص می‌شود و منجر به پاسخ فیزیکی و روانی می‌شود (۶). سطح بالینی قابل توجهی از اضطراب در یک سوم مراقبان افراد TBI مشاهده شده است. بیش از نیمی از همراهان بیمارستان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در مراحل اولیه بستری دچار اضطراب می‌شوند (۷). پذیرش بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه، می‌تواند موانع فیزیکی و روانی برای ارتباط بیمار با خانواده به وجود آورد و اعضای خانواده پشت درهای بسته به انتظار اطلاع از وضعیت بیمار، فشار روانی بالایی را تحمل کنند (۸). در مطالعه انجام یافته در کره ۳۸/۱٪ همراهان بیمارستان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه دارای اضطراب بودند (۹). در ۲۴ ساعت اول پس از بستری شدن بیمار، اعضای خانواده دچار بحران ناگهانی و شدید می‌شوند. این حالات می‌تواند در روابط اجتماعی و

تصمیم‌گیری در موارد ضروری، به خصوص تصمیم‌گیری برای بیمارستان بستری تأثیرگذار باشد (۶). نقش حمایتی خانواده هنگامی که بیمار در بخش آی سی یو بستری است، پررنگ‌تر می‌شود (۱۰). در واقع خانواده، نماینده تصمیم‌گیری در مورد بیماری است که در بخش مراقبت ویژه بستری است و این مسأله عاملی جهت افزایش فشار روانی در آن‌هاست (۱۱). از آن‌جا که مراقبت از اعضای خانواده بیمارستان نقش مهمی در روند بهبودی بیمارستان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه دارد و پرستاران و پزشکان برای تصمیم‌گیری در مورد انجام روش‌های درمانی به خانواده تکیه دارند، لذا اضطراب آنان می‌تواند توانایی تصمیم‌گیری افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲ و ۶).

محققان معتقدند باید روش‌های مداخله‌ای مختلف، برای شناسایی و کاهش علایم استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیمارستان بستری در بخش‌های ویژه مورد بررسی قرار گیرد. این توصیه باعث شده تا روش‌های مختلفی برای رفع مشکلات روان‌شناختی اعضای خانواده بیمارستان به کار گرفته شود (۸). مطالعات انجام یافته برای کنترل اضطراب خانواده بیمار محدود بوده و گاهی نتایج مطلوبی در برداشته است (۱۳). در مطالعات انجام یافته در این زمینه، به لزوم حمایت خانواده بیمارستان در زمینه اطلاعات سلامت، حمایت عاطفی، پشتیبانی حرفه‌ای، حمایت کلامی و مشارکت مراقبان اشاره شده است. Stevens و همکاران در مطالعه‌ای در مورد ۵۰۷ خانواده از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۹ متوجه

شدند مراقبان بیماران TBI که آموزش ندیده بودند یا توجهی به نیازهای روانی آنها نشده بود، افسردگی و سطح اضطراب بالاتر و اعتماد به نفس کمتری داشتند (۱۴).

یکی از چالش‌های تیم درمانی همواره شناسایی و رفع نیازهای بیمار و خانواده آنها بوده است. طبق نتایج به دست آمده پرستاران از بهترین نیروهای کادر درمان جهت رفع این نیازها برای خانواده و بیمار شناخته شده‌اند (۱۵). با وجود این، پرستاران به علت تمرکز و توجه به مراقبت از بیمار، سهواً احساسات و نیازهای خانواده را نادیده می‌گیرند و آنها را به لحاظ اهمیت در مرتبه بعد از مراقبت از بیمار قرار می‌دهند. پرستاران معمولاً مشغول مراقبت از بیماران و تأمین نیازهای آنان هستند و ممکن است احساس ترس، نگرانی و رنجی را که اعضای خانواده‌ها متحمل می‌شوند، نادیده بگیرند. حتی ممکن است نتوانند به طور صحیح نیازهای اعضای خانواده را شناسایی کنند (۱۲). گرچه در بسیاری از بیمارستان‌ها، به طور معمول برای کاهش نگرانی‌های خانواده جزوات و کتابچه‌های آموزشی در دسترس عموم خانواده‌ها قرار دارد که از تأثیر آنها اطلاعات دقیقی در دسترس نیست، اما مطالعه نویدیان و همکاران نشان داد که مداخله آموزشی حمایتی، بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی خانواده بیماران مؤثرتر است (۸). همچنین مطالعه فرزادمهر و همکاران نیز به تأثیر مشاوره پرستاری بر کاهش اضطراب و افزایش رضایتمندی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه اشاره دارد (۴). اما Bailey و همکاران در مطالعه خودشان

آورده‌اند که حمایت اطلاعاتی اضطراب اعضای خانواده بیماران را کاهش نداده است (۱۶). به هر حال در برخی از پژوهش‌ها تأثیر مثبتی از حمایت اطلاعاتی بر سطح اضطراب افراد خانواده مشاهده نشده است (۱۰).

توجه به آمار بالای TBI در ایران و در شهر کرمان و اهمیت نقش مراقبتی خانواده در پیشبرد روند درمان از یک سو و این مسأله که اضطراب خانواده بیماران دچار حادثه یک مورد اجتناب‌ناپذیر است و با وجود ابهامات زیاد از روند درمان بیمار و سؤالات مکرری که خانواده راجع به وضعیت بیمار دارند و این که عدم آگاهی خانواده از وضعیت بیمار عامل مؤثری در ایجاد اضطراب بوده و در عین حال احتمال این که آگاهی از وخامت و شدت بیماری، بر سطح اضطراب خانواده بیفزاید، از سوی دیگر، بر لزوم انجام تحقیق در این زمینه تأکید می‌کند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آگاهی از روند وضعیت بیمار، بر سطح اضطراب خانواده بیماران دچار آسیب تروماتیک مغزی بستری در بیمارستان انجام یافته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر مداخله‌ای از نوع نیمه تجربی دارای گروه شاهد است. جامعه آماری این پژوهش اعضای خانواده افراد دچار آسیب مغزی تروماتیک و GCS کم‌تر از ۱۲ و بستری در بیمارستان باهنر کرمان در سال ۱۳۹۵ بودند. حجم نمونه براساس مطالعات قبلی (۴)، برآورد ۵/۵ برای انحراف معیار نمره اضطراب، با انتخاب اثر ۴، با اطمینان ۹۵٪، با توان آزمون ۹۰٪ و براساس فرمول آماری

$$n = \frac{2(Z_1 - \frac{\alpha}{2} + Z_1 - \beta)^2 (\sigma)^2}{d^2}$$

گروه ۴۰ نفر به دست آمد که با احتساب ۱۰٪ ریزش نمونه‌ها، ۴۵ نفر در هر گروه و در مجموع ۹۰ نفر برآورد شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از:
 ۱- جزء بستگان درجه یک بیمار باشد (همسر، فرزند، برادر، خواهر، پدر، مادر)، ۲- تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشد، ۳- نقش اصلی حمایت از بیمار در بیمارستان را عهده‌دار باشد، ۴- حداقل ۱۸ سال سن داشته باشد، ۵- فردی از بستگان درجه اول یا اعضای خانواده وی سابقه بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نداشته باشد، ۶- هم‌زمان یکی دیگر از اعضای خانواده در بخش‌های مراقبت ویژه بستری نباشد، ۷- عضو تیم بهداشتی درمانی نباشد، ۸- مشکل ارتباطی و بیماری روانی مشخص نداشته باشد، ۹- سواد خواندن و نوشتن داشته باشد، ۱۰- فرد دچار آسیب مغزی GCS کم‌تر از ۱۲ باشد و ۱۱- سن فرد دچار آسیب مغزی بین ۶۰-۲۰ باشد. معیارهای خروج از مطالعه، انصراف از ادامه شرکت در مطالعه به هر دلیلی و تغییرات شدید سطح هوشیاری یا فوت فرد دچار آسیب مغزی.

نمونه‌ها به صورت مستمر از بخش‌های مراقبت ویژه ۲۰۱ برای گروه شاهد و بخش مراقبت ویژه ۳ برای گروه آزمون انتخاب شدند. با توجه به ساختار فیزیکی و فاصله بخش‌های نامبرده امکان تماس افراد خانواده دو گروه مداخله و شاهد بسیار ناچیز بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (نسبت همراه با بیمار،

سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و وضعیت اعتیاد همراه بیمار و سن و GCS قبل و بعد از مداخله فرد دچار آسیب مغزی) و پرسشنامه اضطراب اشیپیل‌برگر استفاده شد. پرسشنامه اضطراب آشکار-پنهان اشیپیل‌برگر که در ایران هنجاریابی شده است، قابلیت استفاده به صورت خود اجرایی دارد. به صورت فردی و گروهی قابل اجرا است و دارای محدودیت زمانی جهت تکمیل نیست. در پاسخ‌گویی به مقیاس اضطراب آشکار، آزمودنی‌ها باید احساسات خودشان را در لحظه زمان تکمیل فرم بیان نمایند. اما در پاسخ‌گویی به مقیاس اضطراب پنهان، آن‌ها باید به احساسات معمولی و غالب اوقات خود اشاره نمایند.

در پرسشنامه اشیپیل‌برگر جهت بررسی اضطراب آشکار ۲۰ و پنهان ۲۰ سؤال در نظر گرفته شده است. در بخش اضطراب آشکار، سؤالات به صورت چهار گزینه‌ای (خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد) است. در بخش اضطراب پنهان نیز سؤالات به صورت چهار گزینه‌ای (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیش‌تر اوقات و تقریباً همیشه) است. نمره هر سؤال بین ۱ تا ۴ است. امتیاز ۴ نشان‌دهنده بالاترین میزان اضطراب و امتیاز ۱ نشان‌دهنده پایین‌ترین میزان اضطراب است. برای سؤالات معکوس نمرات معکوس است. دامنه نمرات هر یک از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان ۸۰-۲۰ است. دامنه نمره اضطراب کلی نیز ۱۶۰-۴۰ است. در این پرسشنامه، نمره اضطراب بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیش‌تر است (۱۷).

روایی و پایایی پرسشنامه اشیپیل‌برگر در مطالعات متعدد بررسی شده است. ریعی

و همکاران و روحی و همکاران میزان پایایی آزمون اشیپیل برگر را به ترتیب ۸۹ و ۹۰٪ گزارش نموده‌اند (۱۸ و ۱۹).

لازم به ذکر است در گروه مداخله و شاهد، پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و اضطراب اشیپیل برگر به صورت حضوری در زمان پذیرش بیمار در بخش مراقبت ویژه توسط نمونه‌ها تکمیل گردید.

در گروه مداخله، از زمان پذیرش بیمار به مدت سه روز، برنامه اطلاع‌رسانی با محتوای یکسان، در مورد وضعیت بیمار و روند تغییرات در بیمار، به صورت شفاهی، چهره به چهره و انفرادی توسط پژوهشگر و پرستار آموزش دیده ارائه گردید. در طی این برنامه توضیحاتی در خصوص تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض احتمالی (با هماهنگی پزشک معالج)، معرفی پزشک معالج و تیم درمانی و سیستم‌های حمایتی موجود در بیمارستان (مددکاری و ...)، توضیح درباره مراقبت‌های معمول بخش، رویه‌ها و اقدامات درمانی و تشخیصی و عمل جراحی مورد نیاز برای بیمار، ارائه مطالب آموزشی ساده درباره بیمار آی سی یو و مراقبت‌های مورد نیاز بیمار و نکات ایمنی مربوط به بیمار و خانواده در محیط بیمارستان به شرکت‌کننده ارائه می‌شد. در ضمن پژوهشگر در این مدت پاسخ‌گوی سؤالات احتمالی شرکت‌کننده در مورد وضعیت بیمار و روند بهبودی بیمار بود. برنامه اطلاع‌رسانی به مدت سه روز در اتاقی در ابتدای ورودی بخش به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه انجام می‌یافت. گروه شاهد در این مدت، از مراقبت‌های معمول در مورد بیمار و

آموزش‌های رایج توسط پرستاران بخش مراقبت ویژه برخوردار بودند. پرسشنامه اضطراب اشیپیل برگر مجدداً در یکی از روزهای ۷ تا ۱۰ بستری توسط پژوهشگر و یا پرستار آموزش دیده برای شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل شد (شکل شماره ۱).

پس از اخذ مجوز و اخذ کد اخلاق IR.RUMS.REC.1395,136 از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و ثبت کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20180206038642N2، به بیمارستان باهنر شهر کرمان مراجعه شد. ابتدا به شرکت‌کنندگان در مورد اهمیت انجام پژوهش و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات آن‌ها توضیحات کامل داده شد و از واجدین شرایط رضایت کتبی و آگاهانه برای شرکت در مطالعه اخذ گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت. علاوه بر آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار، پس از اطمینان از طبیعی بودن توزیع متغیرها (آزمون کولموگوف-اسمیرنوف) از آزمون تی مستقل، تی زوجی برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب بین و درون دو گروه استفاده شد. سطح معناداری در این مطالعه $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

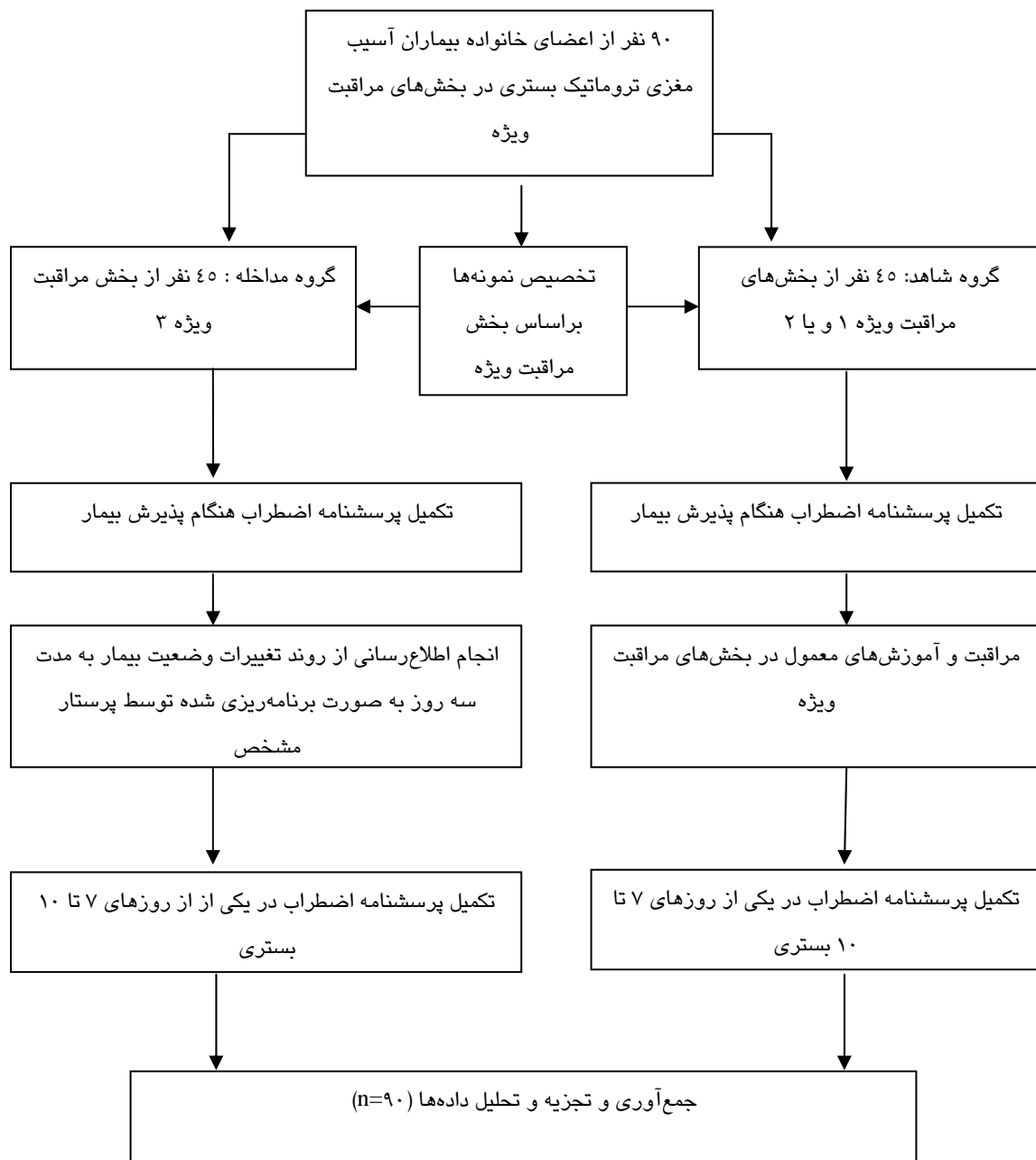
تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد ۹۰ نفر از اعضای درجه یک خانواده افراد TBI بستری در بیمارستان باهنر کرمان نشان داد، بیش‌ترین درصد نسبت با فرد دچار آسیب مغزی در گروه شاهد ۶/۲۵٪ و در گروه مداخله ۳/۲۳٪،

خواهر یا برادر بود. در گروه شاهد ۲۳/۳٪ و در گروه مداخله ۲۱/۲٪ دارای شغل آزاد بودند. در گروه شاهد ۳۵/۶٪ و در گروه مداخله ۳۴/۴٪ مرد بودند. اکثر نمونه‌های هر دو گروه متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار نمره GCS بیماران قبل از انجام مداخله در گروه شاهد ۸/۳۳±۲/۵۸ و در گروه مداخله ۷/۴۴±۲/۶۲ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره GCS بعد از انجام مداخله در گروه شاهد ۱۰/۰۲±۳/۷۶ و در گروه مداخله ۹/۰۲±۳/۲۳ بود (جدول شماره ۱). از لحاظ مشخصات جمعیت‌شناختی و نمره GCS قبل و بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p>0/05$).

میانگین نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی پیش آزمون در گروه شاهد، به ترتیب ۱۰۵/۶۴±۱۷/۷۲ و ۵۲/۲۷±۹/۱۵، ۵۳/۳۸±۹/۳۶ و در گروه مداخله ۱۰۷/۷۵±۵۴/۶۰، ۵۱/۷۶±۷/۳۳ و ۱۰۶/۳۶±۱۶/۸۷ بود (جدول شماره ۲). دو گروه قبل از مداخله از نظر اضطراب آشکار، پنهان و کلی همسان بودند ($p>0/05$).

بعد از مداخله، میانگین نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی در گروه شاهد ۹۴/۲۸±۱۷/۶۷ و ۴۹/۰۲±۹/۱۵، ۴۹/۲۲±۹/۴۲ و در گروه مداخله ۴۵/۵۱±۷/۲۶، ۴۵/۴۲±۶/۵۱ و ۹۰/۹۳±۱۲/۷۲ بود و در دو گروه از نظر اضطراب آشکار ($p=0/039$)، پنهان ($p=0/034$) و کلی ($p=0/027$) تفاوت آماری معنادار مشاهده شد (جدول شماره ۲).

براساس آزمون آماری تی‌زوجی در هر دو گروه، کاهش میانگین نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی مشهود است (جدول شماره ۳). نظر به احتمال اثر سایر متغیرها بر تفاوت میانگین نمره اضطراب اعضای خانواده بیماران، با استفاده از آنالیز کوواریانس اثر هم‌زمان مداخله و متغیرهای کمکی نمره اضطراب کلی قبل از انجام مداخله، سن بیمار، سن عضو خانواده، GCS بیماران قبل از انجام مداخله و GCS بیماران بعد از انجام مداخله بررسی شد. نتایج نشان داد با تعدیل این متغیرها، مداخله اطلاع‌رسانی از روند وضعیت بیمار بر کاهش نمره اضطراب آنان معنادار بوده است ($p<0/05$).



شکل ۱- دیاگرام فرآیند اجرا

جدول ۱- مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی و بیماری‌دو گروه مداخله و شاهد اعضای خانواده و افراد دچار آسیب

مغزی بستری در بیمارستان باهنر کرمان در سال ۱۳۹۵

نتایج آزمون	گروه مداخله تعداد(درصد)	گروه شاهد تعداد(درصد)	متغیر	
			نسبت با بیمار	تحصیلات عضو خانواده
$p=0/890^*$	۱۵(۱۶/۷) ۲۱(۲۳/۳) ۹(۱۰)	۱۲(۱۴/۴) ۲۳(۲۵/۶) ۹(۱۰)	والدین خواهر/برادر فرزند/همسر	
$p=0/964^*$	۶(۶/۷) ۱۲(۱۳/۳) ۱۴(۱۵/۵) ۱۳(۱۴/۵)	۵(۵/۶) ۱۱(۱۲/۲) ۱۴(۱۵/۵) ۱۵(۱۶/۷)	بی‌سواد راهنمایی دیپلم بالتر از دیپلم	
$p=0/482^*$	۱۹(۲۱/۲) ۱۵(۱۶/۶) ۱۱(۱۲/۳)	۲۱(۲۳/۳) ۱۰(۱۱/۱) ۱۴(۱۵/۶)	آزاد کارمند سایر مشاغل	شغل عضو خانواده
$p=0/353^*$	۸(۸/۹) ۳۷(۴۱/۱)	۴(۴/۴) ۴۱(۴۵/۶)	دارد ندارد	اعتیاد عضو خانواده
$p=1^*$	۱۴(۱۵/۶) ۳۱(۳۴/۴)	۱۳(۱۴/۴) ۳۲(۳۵/۶)	زن مرد	جنس عضو خانواده
$p=0/146^*$	۸(۸/۹) ۳۷(۴۱/۱)	۱۵(۱۶/۷) ۳۰(۳۳/۳)	مجرد همسر دار	وضعیت تأهل عضو خانواده
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)		
$p=0/114^{**}$	۳۹(۱۲/۳۹)	۲۲(۹/۹۹)		سن عضو خانواده
$p=0/875^{**}$	۷۸(۱۳/۶۹)	۲۷(۱۵/۷۲)		سن بیمار
$p=0/108^{**}$	۴۴(۲/۶۲)	۳۳(۲/۵۸)		GCS بیمار قبل از مداخله
$p=0/179^{**}$	۰/۲(۳/۲۳)	۰/۲(۳/۷۶)		GCS بیمار بعد از مداخله

*کای اسکوئر

**t-test

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و

شاهد در بیمارستان باهنر کرمان در سال ۱۳۹۵

آزمون آماری تی مستقل	گروه مداخله	گروه شاهد	
	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
$p=0/567$	۵۴/۶۰±۱۰/۷۵	۵۳/۲۸±۹/۳۶	اضطراب آشکار قبل از مداخله
$p=0/039$	۴۵/۵۱±۷/۳۶	۴۹/۲۲±۹/۴۲	اضطراب آشکار بعد از مداخله
$p=0/771$	۵۱/۷۶±۷/۳۳	۵۲/۲۷±۹/۱۵	اضطراب پنهان قبل از مداخله
$p=0/034$	۴۵/۴۲±۶/۵۱	۴۹/۰۲±۹/۱۵	اضطراب پنهان بعد از مداخله
$p=0/846$	۱۰۶/۳۶±۱۶/۸۷	۱۰۵/۶۴±۱۷/۷۲	اضطراب کلی قبل از مداخله
$p=0/027$	۹۰/۹۳±۱۲/۷۲	۹۸/۲۴±۱۷/۶۷	اضطراب کلی بعد از مداخله

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی قبل و بعد از مداخله درون دو گروه مداخله و شاهد بیمارستان باهنر کرمان در سال ۱۳۹۵

آزمون آماری تی زوجی	تغییرات میانگین±انحراف معیار	بعد از مداخله میانگین±انحراف معیار	قبل از مداخله میانگین±انحراف معیار		
$p<0/001$	۷/۲۸±۴/۱۶	۹/۴۲±۴۹/۲۲	۹/۳۶±۵۲/۳۸	کنترل	اضطراب آشکار
$p<0/001$	۸/۲۱±۹/۱۰	۷/۲۶±۴۵/۵۱	۱۰/۷۵±۵۴/۶۰	مداخله	
$p=0/008$	۷/۷۹±۳/۲۴	۹/۱۵±۴۹/۰۲	۹/۱۵±۵۲/۲۷	کنترل	اضطراب پنهان
$p<0/001$	۵/۴۴±۷/۲۳	۶/۵۱±۴۵/۴۲	۷/۳۳±۵۱/۷۶	مداخله	
$p<0/001$	۷/۴۰±۱۳/۵۰	۹۸/۲۴±۱۷/۶۷	۱۰۵/۶۴±۱۷/۷۲	کنترل	اضطراب کلی
$p<0/001$	۱۵/۴۲±۱۱/۳۷	۹۰/۹۳±۱۲/۷۲	۱۰۶/۳۶±۱۶/۸۷	مداخله	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش که با هدف تعیین تأثیر آگاهی از روند وضعیت بیمار بر سطح اضطراب خانواده افراد دچار آسیب تروماتیک مغزی انجام یافت، نشان داد که اطلاع‌رسانی از وضعیت بیمار و دادن آگاهی به خانواده از روند تغییرات در بیمار، می‌تواند به طور معناداری موجب کاهش اضطراب اعضای خانواده این بیماران گردد. با توجه به مکان پژوهش و محدودیت ملاقات بخش‌های ویژه و عدم دسترسی کامل خانواده به بیمار، این نتایج بیانگر آن است که مطلع کردن منظم خانواده از وضعیت بیمار و اعلام تغییرات وضعیت بیمار توسط پرستار می‌تواند در کاهش اضطراب اعضای خانواده بیماران تأثیر به‌سزایی داشته باشد. خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه اغلب تمایل دارند به سؤالات آن‌ها به شکل قابل فهم پاسخ داده شود و در اسرع وقت از تغییرات وضعیت بالینی بیمار مطلع شوند. چنانچه پرستاران این حمایت اطلاعاتی از خانواده را انجام دهند، اعضای خانواده تطابق بهتری با این وضعیت استرس‌زا خواهند داشت (۱۰). در مطالعه نویدیان و همکاران آمده

است بخش اعظم استرس، اضطراب و نگرانی اعضای خانواده با توجه به وخامت حال بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، مشخص نبودن سرانجام بیماری و عدم اطلاع از وضعیت بیمار و استرس ناشی از محیط و تجهیزات و ترس از ناشناخته‌هاست (۸).

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه فرزادمهر و همکاران (۴) و نویدیان و همکاران (۸) مشابه است. در مطالعه فرزادمهر و همکاران آمده است که مشاوره پرستاری بر کاهش اضطراب و افزایش رضایتمندی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه مؤثر است، به طوری که تفاوت میانگین نمره اضطراب در دو گروه مداخله و شاهد معنادار بوده است. در مطالعه نیمه تجربی نویدیان و همکاران مشخص شد که با توجه به تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، ضرورت دارد در برنامه‌های آموزشی و مراقبتی خانواده محور پرستاران، این مداخله‌ها وارد شود.

مطالعه Chien و همکاران نیز نشان داد رایج جلسات آموزشی مبتنی بر نیازهای فردی

اعضای خانواده در هنگام پذیرش و بستری در بخش ویژه باعث کاهش معنادار سطح اضطراب اعضای خانواده می‌شود (۲۰). مطالعه کیفی Wong و همکاران نیز نشان داد که ارتباط و تعامل مناسب با اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه منجر به کاهش استرس آنان می‌شود (۲۱).

علی‌رغم همسویی مطالعات ذکر شده قبلی، لازم به ذکر است در مطالعه Bailey و همکاران که به رابطه حمایت اطلاعاتی با اضطراب و رضایتمندی خانواده پرداخته شده، آمده است که حمایت اجتماعی باعث افزایش رضایتمندی آنان شده ولی اضطراب را کاهش نداده است (۱۶). همچنین در مطالعه تأثیر حمایت اطلاعاتی با استفاده از سه روش تور آشناسازی آی سی یو، جلسات آموزشی حضوری و ارایه کتابچه آموزشی بر اضطراب خانواده بیماران جراحی قلب که توسط ایمانی‌پور و همکاران انجام یافته، آمده است که میانگین نمره اضطراب بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معناداری نداشته است (۱۰). در مطالعه رضایی و همکاران که به بررسی اثرات برنامه حمایتی پرستاری بر سطح اضطراب و استرس اعضای خانواده بیماران جراحی قلب بستری در مراقبت‌های ویژه پرداخته‌اند، مشخص گردید بعد از مداخله نمره سطح استرس در گروه مداخله به طور معناداری در قیاس با گروه شاهد کاهش داشت، اما سطح اضطراب هر دو گروه بعد از مداخله کاهش داشته و تنها اختلاف آماری معناداری بین دو گروه، دو ساعت بعد از بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه و در روز دوم بستری

مشاهده شده و روز سوم بستری هیچ اختلاف آماری معناداری بین دو گروه دیده نشده است (۲۲). این اختلافات می‌تواند ناشی از ماهیت بیماری، دریافت اطلاعات معمول توسط گروه شاهد، نداشتن تماس تلفنی در ساعات مورد نیاز مراقبان، عدم حفظ ارتباط مستمر با خانواده و حتی ابزار سنجش میزان اضطراب باشد.

از سوی دیگر، طبق مطالعه Bournes و Mitchell، ماهیت بیماری و نوع حمایت از اعضای خانواده بر میزان اضطراب خانواده تأثیر می‌گذارد. داشتن دانش خوب در مورد جنبه‌های مختلف بیماری، درمان و مراقبت نمی‌تواند برای خانواده در مقابله با اضطراب به‌تنهایی مفید باشد (۲۳).

نکته قابل توجه در این مطالعه آن است که نمره اضطراب آشکار، پنهان و کلی در هر دو گروه کاهش داشته است. این پدیده را می‌توان به کسب اطلاعات از طریق روش‌های دیگر (سایر کادر درمان، رسانه‌ها؛ اینترنت و ...) در گروه شاهد نسبت داد.

نظر به این که اطلاع و آگاهی از وضعیت بیمار می‌تواند بر کاهش سطح اضطراب خانواده بیماران تأثیرگذار باشد، ضرورت دارد در برنامه‌های آموزشی و مراقبتی خانواده محور توسط پرستاران این گونه مداخلات صورت گیرد. در بخش‌های مراقبت ویژه، پرستاران می‌توانند با برنامه‌ریزی صحیح، ضمن مراقبت از بیماران، زمانی را نیز به دادن اطلاعات و آگاهی از روند بیماری به خانواده‌ها اختصاص دهند. نتایج حاصل از مطالعه حاضر این است که اطلاع‌رسانی به‌موقع و برنامه‌ریزی

تشکر و قدردانی

از حمایت‌ها و راهنمایی اعضای هیأت علمی محترم دانشکده پرستاری رفسنجان جهت انجام این پژوهش، همکاری مسؤولان و کارکنان پرستاری بخش‌های ویژه بیمارستان شهید باهنر کرمان برای جمع‌آوری اطلاعات و اعضای خانواده افراد دچار آسیب تروماتیک مغزی بستری در این مرکز برای شرکت در این مطالعه بسیار سپاس‌گزاریم که بدون مساعدت و همکاری آن‌ها انجام این کار غیرممکن بود.

شده از وضعیت بیمار یکی از عوامل مؤثر در کاهش سطح اضطراب اعضای خانواده است، بنابراین تدوین یک برنامه منظم برای پاسخ‌گویی و کسب اطلاعات و اهمیت دادن به حمایت خانواده افراد دچار ترومای مغزی در بخش‌های ویژه توصیه می‌شود. به نظر می‌رسد تعهد به ارایه اطلاعات کافی برای بیمار و خانواده مبتنی بر نیاز آن‌ها، عامل مهمی در کاهش اضطراب بیماران و خانواده‌های آنان است و این مورد می‌تواند یکی از موارد مهم رعایت منشور حقوق بیمار و خانواده نیز باشد.

منابع

- 1 - Fakharian E, Mohammadzadeh M, Behdadmehr S, Sabri HR, Mirzadeh AS, Mohammadzadeh J. Repetitive traumatic brain injury in patients from Kashan, Iran. *Trauma Mon.* 2016 May 14; 21(4): e23869.
- 2 - Mathias JL, Wheaton P. Contribution of brain or biological reserve and cognitive or neural reserve to outcome after TBI: a meta-analysis (prior to 2015). *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Aug; 55: 573-93.
- 3 - Stevens LF, Perrin PB, Gulin S, Rogers HL, Villasenor Cabrera T, Jimenez-Maldonado M, et al. Examining the influence of three types of social support on the mental health of mexican caregivers of individuals with traumatic brain injury. *Am J Phys Med Rehabil.* 2013 Nov; 92(11): 959-67.
- 4 - Farzadmehr M, Fallahi Khoshknab M, Hosseini MA, Khankeh HR. [The effect of nursing consultation on anxiety and satisfaction of patient's families at the cardiac surgical intensive care unit]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN).* 2016; 4(2): 56-63. (Persian)
- 5 - Asghar Poor R, Hemmati Maslakpak M, Alinejad V. [The effect of needs - based training on the level of the anxiety of families of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty.* 2016; 14(8): 665-673. (Persian)
- 6 - Rabie Siahkali S, Pourmemari MH, Khaleghdoost Mohamadi T, Eskandari F, Avazeh A. [Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units]. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences.* 2010; 18(70): 91-101. (Persian)
- 7 - Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med.* 2012 Feb; 40(2): 618-24.
- 8 - Navidian A, Rezaei J, Payan H. [Efficacy of supportive - educational intervention on psychological reactions of family members of intensive care unit patients]. *Journal of Nursing Education (JNE).* 2016; 5(4): 51-58. (Persian)
- 9 - Park B, Kim SY, Shin JY, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer.* 2013 Oct; 21(10): 2799-807.

- 10 - Imanipour M, Heidari Z, Seyedfatemi N, Haghani H. [Effectiveness of informational support on anxiety among family carers of patients undergone open heart surgery]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2012; 18(3): 33-43. (Persian)
- 11 - Imani A, Dabirian A, Safavibiat Z, Payandeh A. [Examining the impact of nurse notification by phone (telenursing) on anxiety level of hospitalized patient's family in intensive care unit]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2015; 9(4): 22-28. (Persian)
- 12 - Shorofi SA, 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): 46-57. (Persian)
- 13 - Chiang VC, Chien WT, Wong HT, Lee RL, Ha J, Leung SS, et al. A brief cognitive-behavioral psycho-education (B-CBE) program for managing stress and anxiety of main family caregivers of patients in the intensive care unit. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 Sep 28; 13(10): 962.
- 14 - Stevens LF, Pickett TC, Wilder Schaaf KP, Taylor BC, Gravely A, Van Houtven CH, et al. The relationship between training and mental health among caregivers of individuals with polytrauma. *Behav Neurol*. 2015; 2015: 185941.
- 15 - Baghaei R, Khalkhali HR, Aghakhani N, Rezaei S. [The effect of ideal discharge plan model on anxiety levels in patients with myocardial infarction in Shahid Madani hospital in Khoy, Iran, 2016]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2016; 14(9): 775-782. (Persian)
- 16 - Bailey JJ, Sabbagh M, Loiselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010 Apr; 26(2): 114-22.
- 17 - Ebrahimi Iraqi Nezhad Z, Tol A, Shojaezadeh D, Khorsandi M, Bagheri F. [Effectiveness of PRECEDE model for health education on anxiety of nurses employed in hospitals of Arak University of Medical Sciences: application of PRECEDE model constructs anxiety of nurses and PRECEDE model]. *Journal of Health System Research*. 2014; 10(4): 752-765. (Persian)
- 18 - Rabiee M, Kazemi Malek Mahmodi Sh, Kazemi Malek Mahmodi Sh. [The effect of music on the rate of anxiety among hospitalized children]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2007; 9(3): 59-64. (Persian)
- 19 - Roohy Gh, Rahmany H, Abdollahy AA, Mahmoody GhR. [The effect of music on anxiety level of patients and some of physiological responses before abdominal surgery]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2005; 7(1): 75-78. (Persian)
- 20 - 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.
- 21 - Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2015 Feb; 31(1): 51-63.
- 22 - Rezaei T, Azarfarin R, Totonchi Z, Bakhshandeh H, Alizadehasl A, Fakhari S. Effects of a nursing supportive program on anxiety and stress levels in the family members of patients after cardiac surgery in the ICU. *Iranian Heart Journal*. 2017; 17(4): 36-41.
- 23 - Bournes DA, Mitchell GJ. Waiting: the experience of persons in a critical care waiting room. *Res Nurs Health*. 2002 Feb; 25(1): 58-67.

The effect of providing information about the patient's condition on the anxiety level of the family members of hospitalized patients with traumatic brain injury

Maryam Jabbarpour* Fatemeh Abdoli** Majid Kazemi***

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2018
Accepted: May 2018
e-Published: 3 Jul. 2018

Background & Aim: Anxiety is one of the most common psychiatric disorders in the family of patients with traumatic brain injury. This study aimed to determine the effect of providing information about the patient's condition on the anxiety level of the family members of hospitalized patients with traumatic brain injury.

Methods & Materials: This quasi-experimental study was conducted on 90 family members of traumatic brain injury patients admitted to Shahid Bahonar hospital in Kerman in 2016. The participants were selected by the consecutive sampling method and were assigned to intervention and control groups. In the intervention, the participants were informed by the nurse about changes in the patient's condition during the first three days of admission to intensive care unit. During this period, the control received routine care. Data collection tool was the Spielberger anxiety inventory. Independent and paired *t*-test were used to compare the mean scores of anxiety using the SPSS software version 16.

Results: There was no statistically significant difference in the mean scores of overt, covert and general anxiety between the two groups before the intervention ($P > 0.05$). However, after the intervention in the experimental group, the mean scores of overt anxiety (45.51 ± 7.26), covert anxiety (45.42 ± 6.51) and general anxiety (90.93 ± 12.72) decreased ($P < 0.05$) compared to the mean scores of overt anxiety (49.22 ± 9.42), covert anxiety (49.02 ± 9.15) and general anxiety (98.24 ± 17.67) in the control group.

Conclusion: Providing planned information on changes in the condition of hospitalized patients with traumatic brain injury can reduce the anxiety of family members of these patients.

Clinical trial registry: IRCT20180206038642N2

Corresponding author:
Fatemeh Abdoli
e-mail:
abdoli_f@yahoo.com

Key words: awareness of the patient's condition, traumatic brain injury, anxiety, family, intensive care unit

Please cite this article as:

- Jabbarpour M, Abdoli F, Kazemi M. [The effect of providing information about the patient's condition on the anxiety level of the family members of hospitalized patients with traumatic brain injury]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2018; 24(2): 127-139. (Persian)

* Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

** Dept. of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran; Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

*** Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran; Non-Communicable Diseases Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran