

## درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیماران

محمد رضا حیدری<sup>۱</sup>، رضا نوروززاده<sup>۲\*</sup>، زهرا پیشنامازی<sup>۳</sup>

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: norouzadeh@shahed.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۰۵ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۰۸

### چکیده

**مقدمه:** مراقبت از خانواده بیماران بدحال جزء ضروری وظایف پرستار است. با این حال، علیرغم این واقعیت که پرستار مسئول رفع نیازهای خانواده است، به چگونگی انجام این وظیفه به وسیله پرستاران کمتر پرداخته شده است. آگاهی در این زمینه موجب می شود تا پرستاران مراقبت ویژه، مراقبت پرستاری مناسبی را برای بیماران بدحال و بستگان نزدیک آنها فراهم کنند. این تحقیق برای تعیین درک پرستاران ICU از وظایف خود در قبال خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

**روش:** این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است. ۱۱۴ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه بزرگسالان ۳ بیمارستان آموزشی شهر تهران (۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی درک پرستاران از وظایف خود در قبال خانواده بیماران بدحال از پرسشنامه ۱۹ گویه ای درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار استفاده شد. درک پرستاران از وظایف خود در قبال خانواده و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک با استفاده از آماره های غیرپارامتری به واسطه نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** بیشترین میانگین درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار مربوط به درخواست از خانواده برای ترک محل در هنگام انجام وظایف پرستاری ( $3/06 \pm 1/06$ ) بود. تفاوت معنادار آماری میان درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار با سن، وضعیت تأهل، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و میزان تحصیلات پرستاران به دست نیامد ( $P > 0/05$ ). نتایج مطالعه، همبستگی مثبت و معنادار میان راحتی پرستاران در خصوص بحث درباره پیش آگهی بیمار بدحال ( $P < 0/001$  و  $r = 0/595$ ) با درک از نقش خود در قبال خانواده بیمار نشان داد؛ اما این همبستگی راجع به بحث پیرامون احتمال مرگ ضعیف بود ( $r = 0/299$  و  $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** فقدان درک پیرامون وظایف پرستاری در قبال خانواده می تواند ناشی از کمبود آگاهی از اهمیت مشارکت و حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه باشد. افزایش درک پرستاران از موقعیت خانواده در روند مراقبت از بیمار بدحال، یک راهبرد عملیاتی مفید در بخش های مراقبت ویژه تلقی خواهد شد.

**واژگان کلیدی:** درک، پرستار، عملکرد، خانواده، بخش مراقبت ویژه، بیمار.

## مقدمه

اما در خصوص اولویت این نیازها اختلاف معنادار دیده می‌شود (۲۰). هوی نیز محافظت از سنت‌های فرهنگی در بخش مراقبت ویژه را از انتظارات مهم خانواده بیمار می‌داند (۲۱). مطالعات اندکی راجع به تجارب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از نیازهای خانواده بیماران بدحال وجود دارد. آگاهی در این زمینه موجب می‌شود تا پرستاران مراقبت ویژه برای بیماران بدحال و بستگان نزدیک آنها مراقبتی مناسب فراهم کنند. این تحقیق به منظور تعیین درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

## روش

این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران بودند. با توجه به مطالعه پایلوت و با استفاده از فرمول  $n = \frac{z_{\alpha/2} \times S}{d^2}$ ، حجم نمونه ۱۲۲ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی بزرگسالان از ۶ بیمارستان آموزشی واقع در سه منطقه شمال، جنوب و مرکز شهر تهران به صورت تصادفی صورت گرفت. سپس با توجه به نزدیک بودن تعداد نمونه برآورد شده و تعداد پرستاران در دسترس، پرسشنامه به تمامی پرستاران دارای شرایط ورود به مطالعه داده شد که در نهایت ۱۱۴ پرسشنامه تکمیل شد. معیارهای ورود نمونه، پرستاران تمام‌وقت ICU و دارای تجربه حداقل ۶ ماه کار در این بخش بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه «درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار» بود که به وسیله هیکی و لاوندوسکی در سال ۱۹۸۸ توسعه یافته است. این پرسشنامه به وسیله محققانی مانند عمری، ماهر و انگلر استفاده شده است (۲۲-۲۴). با توجه به اینکه توسعه‌دهندگان پرسشنامه گزارشی از روایی و پایایی این ابزار ارائه ندادند، برای اطمینان از استفاده آن در زبان فارسی، روایی و پایایی این پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. در همین راستا برای بومی‌سازی نسخه اصلی، پرسشنامه ۱۹ سؤالی در دو حیطة درک از راحتی انجام وظایف و درک از عملکرد خود در انجام وظایف با استفاده از روش استاندارد ترجمه و باز ترجمه، ابتدا به واسطه دو مترجم مستقل به صورت هم‌زمان از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه شود، سپس این نسخه به طور مجدد به واسطه دو مترجم جدا از مترجمان مرحله اول به زبان

بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، خانواده‌ها را در گردبادی از شک و تردید، ناتوانی و سردرگمی قرار داده و سطح بالایی از استرس عاطفی را به آنها وارد می‌کند (۱). مواجهه با محیط ناآشنای بیمارستان تجربه ناخوشایندی است که به بروز یک سری پاسخ‌های هیجانی و روانی مانند شوک، اضطراب، عصبانیت، احساس گناه، ناامیدی و ترس منجر می‌شود (۸-۲). این پاسخ‌ها راهبردهای مؤثر مقابله‌ای و عملکردی در خانواده را جلوگیری کرده و روی سلامتی خانواده و بهبودی بیمار تأثیرات منفی می‌گذارد (۱۰-۹). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مراقبت از خانواده بیماران بدحال جزء ضروری وظایف پرستار است. با این حال، علیرغم این واقعیت که پرستار مسئول رفع نیازهای روحی و روانی خانواده بیمار است، به چگونگی انجام آن به وسیله پرستاران کمتر پرداخته شده است (۱۱) و ضرورت دارد تا در شرایط بحرانی، نیازهای مختلف خانواده بیماران نظیر نیاز به اطلاعات و نیاز به حمایت، پشتیبانی و کسب آسایش برآورده شود (۱۳-۱۲). فراهم آوردن مراقبت ایمن، شایسته و با کیفیت از بیماران؛ برقراری ارتباط با خانواده و ایجاد اعتماد و حمایت از سایر پرستاران از وظایف توصیف شده به وسیله پرستاران است (۱۴). بنابراین پرستاران علاوه بر توجه به نیازهای خانواده بیمار و تلاش برای ایجاد تطابق آنها با استرس، می‌توانند با مشارکت دادن خانواده در حمایت از بیمار، حس مفید بودن را در آنها تقویت کنند (۴، ۵ و ۶).

انتظار خانواده‌ها از پرستاران تضادهایی است که پرستاران در برابر وظایف خود با آن مواجه‌اند (۳). در برخی مطالعات گزارش می‌شود که خانواده‌های بیماران و پرستاران دیدگاه‌هایی متفاوت درباره نقش اعضای خانواده بیماران ICU در مراقبت از بیمار دارند (۴، ۱۴، ۱۵ و ۱۶). اعضای خانواده بیماران از پرستاران انتظاراتی داشته و این انتظارات روی رضایتمندی آنها از مراقبت بر بیمار تأثیر می‌گذارد (۱۷). مارکو مشخص کرد که درگیری عاطفی با خانواده بیماران منبع مهم استرس جسمانی و روانی برای پرستاران است (۱۸). در عین حال ورهائیگه نشان داد که پرستاران اغلب نقش خود را در تأمین نیازهای خانواده کمرنگ می‌دانند (۱۹). از سوی دیگر یافته‌های مطالعه ابادری بیان می‌کند که علیرغم اینکه هم خانواده بیماران و هم پرستاران نیازهای خانواده را مهم می‌دانند

خانواده بیمار بود؛ بنابراین اگر پرسشنامه به صورت یک مفهوم کل در نظر گرفته می‌شد تحقق این هدف دست‌یافتنی نمی‌شد بدین ترتیب آنالیز هریک از مقولات پرسشنامه مذکور به عنوان یک واحد مستقل در نظر گرفته شدند. مشخصات دموگرافیک بررسی شده شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه بودند. تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. فراوانی، میانه و میانگین برای توصیف درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیماران به کار رفت. از آماره میانه به منظور تحلیل وضعیت درک پرستاران در قبال وظایف خود نسبت به خانواده بیماران استفاده شد تا وضعیت درک آنان در برابر عملکرد خود در هریک از مقولات پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گیرد. برای نمونه میانه ۳ نمایانگر آن است که ۷۵ درصد پرستاران نسبت به گویه مورد نظر بیشترین درک را در انجام آن وظیفه داشته‌اند در حالی که ۲۵ درصد آنان یا درک آنها از انجام وظیفه پایین بوده یا هرگز آن را انجام نمی‌داده‌اند. آزمون آماری کروسکال والیس و من ویتنی برای تعیین ارتباط بین نمره کل درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار با متغیرهای فردی اجتماعی و آزمون همبستگی اسپیرمن رو برای تعیین ارتباط بین راحتی پرستاران ICU در انجام وظایف با درک از وظیفه خود در قبال اعضای خانواده بیمار مورد استفاده قرار گرفت. ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و توضیح درباره محرمانه ماندن داده‌های گردآوری شده، پیش از تکمیل پرسشنامه رضایت شفاهی و کتبی نمونه‌ها اخذ شد.

#### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن پرستاران مورد مطالعه ۷/۵۸ ± ۳۴/۷۳ سال بود. ۴۲ نفر (۳۷/۲٪) آنان مرد و ۷۱ نفر (۶۴٪) متأهل بودند. ۷ نفر (۶/۴٪) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد پرستاری و مابقی دارای تحصیلات کارشناس پرستاری بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کار در بخش ICU ۵/۰۴ ± ۶/۱۸ سال بود. آزمون آماری غیرپارامتری میان نمره کل درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار با متغیرهای سن ( $P=0/277$ )، جنس ( $P=0/350$ )، سابقه کار در ICU ( $P=0/264$ ) و میزان تحصیلات پرستاران ( $P=0/142$ ) تفاوت معنادار آماری نشان نداد. با انجام آزمون

انگلیسی برگردانده شده و در نهایت با حضور یک نفر به عنوان هماهنگ‌کننده و با کنار هم قراردادن ترجمه‌های فارسی و انگلیسی به دست آمده، پرسشنامه فارسی تهیه شد. در مرحله بعد طی پیش‌آزمونی که میان تعدادی از پرستاران به عمل آمد، نواقص موجود در پرسشنامه رفع شده و به این ترتیب پرسشنامه نهایی به زبان فارسی فراهم شد. همچنین پرسشنامه در اختیار ۱۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه قرار گرفت و از آنها خواسته شد درباره مسائلی همچون خوانا بودن، واضح و شفاف بودن سبک نگارشی گویه‌ها، درک آسان، سخت و مشکل بودن گویه‌ها، کلمات گیج‌کننده، واضح بودن گویه‌ها، مناسب بودن نحوه طبقه‌بندی پاسخ‌ها، سهولت تکمیل پرسشنامه، دستور زبان و املا کلمات، نظرات خود را اظهار کنند. برای بررسی نسبت روایی محتوا (CVR) از ۱۰ نفر از متخصصان درخواست شد تا هر گویه را بر اساس طیف ۳ قسمتی «ضروری است؛ مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد» بررسی کنید. در این مطالعه با استفاده از جدول لاوشه برای ۱۰ نفر متخصص، معیار ۰/۶۲ و بالاتر در نظر گرفته شد. همچنین برای بررسی شاخص روایی محتوا (CVI)؛ مربوط بودن پرسش به اهداف مورد نظر، واضح بودن پرسش و ساده بودن آن (مختصر و مفید) به صورت مجزا در طیف لیکرتی ۵ قسمتی برای هریک از عبارات یا گویه‌ها به وسیله ۱۰ نفر از متخصصان مورد بررسی قرار گرفت. برای محاسبه پایایی پرسشنامه با روش آزمون پس‌آزمون ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده (۰/۷۶٪) نمایانگر اعتبار درونی خوب میان گویه‌های ابزار بود. امتیاز هر گویه از پرسشنامه به صورت ۵ رتبه‌ای لیکرت میان ۰ تا ۴ متغیر است. به جواب هرگز امتیاز صفر، به ندرت امتیاز ۱، برخی اوقات امتیاز ۲، بیشتر اوقات امتیاز ۳ و همیشه امتیاز ۴ تعلق می‌گیرد. در نهایت امتیاز این بخش نیز بر اساس نمره ۷۶ محاسبه می‌شود (۲۱). گویه‌های ۱، ۳، ۵ و ۷ که مرتبط با راحتی پرستاران در انجام وظایف بودند، به دلیل نگارش آنها به صورت جملات منفی (یعنی واژه ناراحتی به جای راحتی)، به طور معکوس کدگذاری می‌شوند. سایر گویه‌ها مرتبط با درک پرستاران ICU از وظایف خود بودند. با توجه به اینکه پرسشنامه مذکور به عنوان یک ابزار سایکومتری شده به واسطه توسعه‌دهندگان آن در نظر گرفته نشده است و از سوی دیگر هدف این مطالعه بررسی حیطه‌های خاص وظایف پرستاران در قبال

گویه «از اینکه اعضای خانواده بیمار من را در حال انجام وظایف مشاهده کنند، احساس ناراحتی می‌کنم». با میانگین و انحراف معیار  $2/58 \pm 1/56$  و کمترین نمره مربوط به گویه «از اینکه تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار و غیره را به اعضای خانواده توضیح دهم احساس ناراحتی می‌کنم». با میانگین و انحراف معیار  $2/31 \pm 1/40$  بود. با توجه به میانه‌های گزارش شده در جدول ۱ مشخص می‌شود که مقولات «درخواست از خانواده برای ترک محل حین انجام فعالیت‌هایی مانند ساکشن و ...»؛ «توضیح تجهیزات متصل به بیمار به خانواده» و «پرهیز از بحث درباره احتمال مرگ بیمار» بیشترین میانه، یعنی عدد ۳ را نشان می‌دهند و این بدین معناست که ۷۵ درصد پرستاران در این حیطه‌ها از بیشترین درک برخوردارند (جدول ۱).

من ویتنی تفاوت معنادار آماری در نمره درک از نقش خود در قبال خانواده و وضعیت تأهل پرستاران ( $P=0/029$ ) وجود داشت. میانگین رتبه درک از نقش در پرستاران متأهل ۵۳ و در پرستاران مجرد ۴۰ بود. میانگین و انحراف معیار نمره کل درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار،  $2/37 \pm 0/61$  بود. بیشترین نمره مربوط به گویه «من آنقدر کار دارم که نمی‌توانم وقتی را برای اعضای خانواده بیمار اختصاص دهم». با میانگین و انحراف معیار  $2/79 \pm 1/52$  و کمترین نمره مربوط به گویه «من اعضای خانواده را تشویق می‌کنم که هر موقع، می‌خواهند تماس بگیرند و با پرستار مراقبت‌کننده بیمارشان صحبت کنند». با میانگین و انحراف معیار  $2/11 \pm 1/10$  بود. از میان گویه‌های مرتبط با حیطه درک از راحتی انجام وظایف، بیشترین نمره مربوط به

جدول ۱. درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیمار

حیطه‌ها	گویه‌ها	انحراف معیار $\pm$ میانگین	میانه
درک از راحتی انجام وظایف	۱. احساس ناراحتی از مشاهده انجام وظایف به وسیله اعضای خانواده بیمار	$2/58 \pm 1/56$	۳
	۲. احساس ناراحتی در خصوص توضیح دادن پیش‌آگهی بیمار بدحال به اعضای خانواده	$3/39 \pm 1/81$	۲
	۳. احساس ناراحتی از توضیح دادن درباره تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار	$2/31 \pm 1/40$	۲
	۴. احساس ناراحتی درباره توضیح دادن احتمال مرگ بیمار به اعضای خانواده	$2/39 \pm 2/03$	۲
درک از عملکرد خود در انجام وظایف	۵. صحبت با خانواده درباره پیش‌آگهی بیمار	$2/53 \pm 1/14$	۲
	۶. درخواست ترک محل اعضای خانواده هنگام انجام اقدامات پرستاری	$2/42 \pm 1/25$	۲
	۷. توضیح وضعیت بیمار و تجهیزات متصل به بیمار و غیره به خانواده	$2/42 \pm 0/97$	۲
	۸. پرهیز از صحبت با خانواده درباره احتمال مرگ بیمار	$2/52 \pm 1/34$	۲
	۹. عدم اختصاص وقت به خانواده به دلیل مشغولیت زیاد کاری	$2/79 \pm 1/52$	۳
	۱۰. ملاقات و آماده‌سازی اعضای خانواده پیش از وارد شدن به بخش برای نخستین بار	$2/19 \pm 1/50$	۲
	۱۱. صحبت با اعضای خانواده درباره چگونگی سازگاری با تجربه داشتن بیمار بدحال	$2/46 \pm 0/94$	۲
	۱۲. صحبت با اعضای خانواده درباره تأثیر بیماری بحرانی روی بچه‌ها	$2/33 \pm 1/89$	۲
	۱۳. راحت نگاه داشتن سایر پرستاران برای رفتن به بیرون و صحبت با خانواده بیمار	$2/37 \pm 1/22$	۲
	۱۴. معرفی خود به خانواده هنگام انجام مراقبت	$2/21 \pm 1/62$	۲
	۱۵. آزادنگه داشتن اعضای خانواده برای طرح آزادانه سؤالات خود	$2/28 \pm 1/05$	۲
	۱۶. عدم ایجاد محدودیت در زمان ملاقات اعضای خانواده	$2/26 \pm 1/37$	۲
	۱۷. دخالت دادن اعضای خانواده در امر مراقبت	$2/43 \pm 1/41$	۲
	۱۸. تسهیل در ایجاد ارتباط میان اعضای خانواده و بیمار	$2/32 \pm 1/11$	۲
	۱۹. تشویق اعضای خانواده به تماس گرفتن و صحبت با پرستار مراقبت‌کننده	$2/11 \pm 1/10$	۲

«از اینکه تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار و غیره را به اعضای خانواده توضیح دهم احساس ناراحتی می‌کنم». ( $r=0/541$  و  $P < 0/001$ ) و «من درباره توضیح دادن احتمال مرگ بیمار به اعضای خانواده احساس ناراحتی می‌کنم». ( $r=0/718$  و  $P < 0/001$ ) نشان داد؛ اما همبستگی آن با دو گویه دیگر معنادار نبود (جدول ۲).

نتایج مطالعه، همبستگی مثبت و معنادار را میان درک از نقش خود در قبال خانواده بیمار و گویه «از اینکه اعضای خانواده بیمار، من را در حال انجام وظایف مشاهده کنند، احساس ناراحتی می‌کنم» ( $r=0/233$  و  $P < 0/021$ )، «درخصوص توضیح دادن پیش‌آگهی بیمار بدحال به اعضای خانواده احساس ناراحتی می‌کنم». ( $r=0/703$  و  $P < 0/001$ )،

جدول ۲. همبستگی راحتی در انجام وظایف با درک از نقش خود در قبال خانواده بیمار

شماره گویه	راحتی در انجام وظایف	
	r	P
۱	۰/۲۳۳	۰/۰۲۱
۲	۰/۷۰۳	<۰/۰۰۱
۳	۰/۵۴۱	<۰/۰۰۱
۴	۰/۷۱۸	<۰/۰۰۱

افستائو نیز بر اساس مطالعه خود بیان می‌کند که پرستاران بخش‌های ویژه در فراهم کردن مراقبت مؤثر در مراحل پایانی عمر بسیار نقش داشته و در عین حال این جنبه از نقش آنان به تبیین بیشتری نیاز دارد (۲۶). اگرچه برخی مطالعات تمایل خانواده به مشارکت داده‌شدن آنها به‌وسیله پرستاران در مراقبت از بیمار را مطرح می‌کنند (۲۸ و ۲۷)؛ بنابراین در این تحقیق، اغلب پرستاران نسبت به حضور خانواده برای انجام وظیفه پرستاری بیمارشان در محیط مراقبت ویژه کمتر تمایل نشان می‌دهند. برخلاف نتایج این مطالعه مبنی بر درخواست از خانواده برای ترک محل هنگام انجام یک وظیفه، آنگستروم نشان داد که حضور همراهان نزدیک از طرف پرستاران پذیرفته شده است (۲۸). ویلیام نیز به این نتیجه رسید که خانواده منبع حیاتی برای حمایت عاطفی بیمار بوده و به‌نظر می‌رسد که مشارکت بسیار ارزشمندی در مراقبت و بهبود بیمار در ICU می‌توانند داشته باشند (۲۹). مشاهده وظیفه پرستاری به‌واسطه خانواده با درک از نقش خود در قبال خانواده ارتباط معناداری نشان نمی‌داد. به‌عبارتی عدم ارتباط میان درخواست از خانواده برای ترک محل هنگام انجام وظیفه پرستاری با احساس راحتی پرستاران از حضور خانواده و مشاهده وظیفه پرستاری به‌احتمال از ادراک پرستاران به مقولات مرتبط با عملکرد آنها در قبال خانواده بیمار بدحال جداس. شاید بتوان مسائلی دیگر مانند نگرانی از گزارش نحوه عملکرد آنها به‌واسطه خانواده بیمار به دفتر پرستاری یا

## بحث

در این تحقیق از میان عوامل دموگرافیک، فقط متأهل بودن که با درک بیشتر پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار ارتباط معناداری نشان می‌داد. علت این یافته می‌تواند بر تأثیر تأهل روی شناخت و اهمیت، بیشتر از مفهوم خانواده باشد. در مطالعه ماهر بین سابقه کار و درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار ارتباط معناداری به‌دست آمد (۲۳). یافته‌های مطالعه نشان داد که درک پرستاران از وظیفه خود برای توضیح احتمال مرگ بیمار به خانواده پایین است. در همین راستا/یرامنش نشان داد که پرستاران، با خانواده افراد محتضر راجع به این موضوع صحبت نکرده و درباره مرگ، آموزشی به آنها ارائه نمی‌دهند (۲۵). مطالعه افستائو نیز نتیجه داد که اغلب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در موضوع مرگ برای رفع نیازهای عاطفی و جسمی بیماران و خانواده‌ها بر اساس تجربه خود عمل می‌کنند (۲۶). مشابه با دستاورد این مطالعه، ماهر به‌دست آورد که بحث پیرامون احتمال مرگ و توضیح راجع به پیش‌آگهی بیمار در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان با درک از عملکرد آنها در قبال خانواده بیمار در ارتباط است (۲۳). نتایج این مطالعه نشان داد که از میان گویه‌های مرتبط با درک از عملکرد خود در قبال خانواده بیمار، پرستاران، تسهیل تعامل میان اعضای خانواده و بیمار را کمتر درک کردند. این موضوع حاکی از درک اندک پرستاران از اهمیت حضور خانواده در کنار بیمار بد حال است.

پاسخ‌دهی ایجاد کند. با تضمین محرمانه ماندن پاسخ‌ها و حفظ محیط خصوصی برای شرکت‌کنندگان در تکمیل پرسشنامه، این محدودیت نیز کاهش یافت.

### نتیجه‌گیری نهایی

پرستاران مراقبت ویژه در مواجهه با اعضای خانواده بیمار بدحال، همواره در انتظارات حرفه‌ای و ایده‌آل‌های حرفه‌ای برای مراقبت از بیمار و خانواده در تضاداند. در هر صورت افزایش درک پرستاران از موقعیت خانواده در روند مراقبت از بیمار می‌تواند یک راهبرد عملیاتی مفید در بخش‌های مراقبت ویژه تلقی شود.

### تشکر و قدردانی

از همکاری پرستاران گرامی در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود. این توضیح لازم است که این طرح برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه با شماره ۱۲۵/۱۸۲۱/۴/۹۲۰۷ می‌باشد.

### منابع

1. Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M: The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *J Clin Nurs* 2005; 14(6):766-75.
2. Robertson CL, Halcon L, Savik K, Johnson D, Spring M, Butcher J, Westermeyer J, Jaranson J. Somali and Oromo refugee women: trauma and associated factors. *J Adv Nurs* 2006; 56(6):577-87.
3. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs* 2007; 57(6):623-30.
4. Hammond F. Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 11(5):256-64.
5. Walters AJ. A hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients. *J Adv Nurs* 1995; 22(5):998-1005.
6. Fleury J, Moore SM. Family-centered care after acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 1999; 13(3):73-82.
7. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2002; 11(2):140-8.
8. Bokinskie JC. Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *J Neurosci Nurs* 1992; 24(3):129-33.

پزشک معالج، رعایت حریم و مسائل شرعی برای بیمار یا محدودیت ساعات ملاقات را درخصوص مؤثر دانست. در مطالعه حاضر بیشتر پرستاران اعتقاد داشتند مشغله زیاد کاری مانع اختصاص وقت برای اعضای خانواده می‌باشد. هیتسون نیز معتقد است که حجم بالای کار پرستاران از تسهیل حضور خانواده جلوگیری می‌کند (۳۰). در هر صورت در این مطالعه بیشتر پرستاران درخصوص توضیح‌دادن پیش‌آگهی بیمار به اعضای خانواده بیمار احساس ناراحتی می‌کردند و این فقدان راحتی با درک آنها از نقش خود در قبال خانواده بیمار در ارتباط بود. در همین راستا واگنر اظهار می‌دارد، برخی اوقات رفتار پرستاران از نزدیکی و حضور خانواده جلوگیری می‌کند (۳۱) و اولسن نیز خاطرنشان می‌کند که ارائه اطلاعات به خانواده بیمار بدحال برای تأمین نیاز بیمار و درک از واقعیت اهمیت دارد (۳۲). انگستروم معتقد است که پرستاران با ارائه اطلاعات به خانواده می‌توانند حمایت و ارتباط خوب با آنها برقرار کنند (۲۸). آزولای می‌گوید پیش از مشارکت‌دادن خانواده در تصمیم‌گیری برای بیمار بدحال بستری در بخش مراقبت ویژه لازم است اطلاعات کافی راجع به پیش‌آگهی، تشخیص و درمان به آنها ارائه شود (۳۳). یافته‌های این مطالعه همسو با سایر مطالعات (۱۸ و ۱۷) نشان می‌دهد که میان توضیح درباره تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار با درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار در ارتباط نیست. به برخی مقولات مانند دانستن نام پرستار به‌وسیله خانواده در فرایند مراقبت از بیمار، اجازه به خانواده برای ملاقات نامحدود، همچنین آماده‌کردن آنها برای ملاقات بار اول رتبه پایینی تعلق می‌گرفت. تمامی موارد مذکور حاکی از تمایل به دوری‌جستن پرستاران از مواجهه فیزیکی یا عاطفی با اعضای خانواده می‌باشند. در همین زمینه مطالعه گرامپ نشان داد که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه برای ارائه مراقبت کیفی به آگاهی، مهارت و صلاحیت فرهنگی بیشتر نیاز دارند و از سوی دیگر خانواده بیماران نیز به اطلاعات مستقیم، روشن و پایدار درخصوص مراقبت‌ها نیازمندند (۳۴). یافته‌های این مطالعه باید به دلیل حجم نمونه به نسبت پایین و ماهیت خودگزارشی وظیفه پرستاران در قبال خانواده با احتیاط تفسیر شود. در هر صورت، شیوه تحلیل غیرپارامتری در مطالعه حاضر تا اندازه‌ای می‌تواند تأثیر کاهش توان آماری به دلیل حجم نمونه را بهبود بخشد. به‌علاوه، استفاده از روش‌های خودگزارشی، ممکن است درجاتی از تورش خطا در

22. Omari, F. Jordanian nurses' perceptions of their roles toward families of hospitalised critically ill patients. *Journal of Research in Nursing J. Res. Nurs* 2012;27. <http://jrn.sagepub.com/content/early/2012/09/27/1744987112455584.abstract>].
23. Maher M. El-Masri a, Susan M. Fox-Wasylyshynb. Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007; 23: 43-50.
24. Engler AJ, Cusson RM, Brockett RT, Cannon-Heinrich C, Goldberg MA, West MG, Petow W. Neonatal staff and advanced practice nurses' perceptions of bereavement/end-of-life care of families of critically ill and/or dying infants. *Am J Crit Care*. 2004; 13(6):489-98.
25. Iranmanesh S, Savenstedt S, Abbaszadeh A. Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. *Int J Palliat Nurs* 2008; 14(5):214-9.
26. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in end-of-life care: issues and challenges. *Nurs Crit Care*. 2011; 16(3): 116-23.
27. Bokinskie JC. Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *J Neurosci Nurs* 1992; 24(3):129-33.
28. Engström A, Söderberg S. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *J Clin Nurs* 2007; 16(9):1651-9.
29. Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 2005;10:6-14.
30. Heaston S, Beckstrand RL, Bond AE, Palmer SP. Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2006; 32(6):477-85.
31. Wagner JM. Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Crit Care* 2004; 13(5):416-20.
32. Olsena KD, Dysvik E, Hansena BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study *Intensive and Critical Care Nursing* 2009; 25: 190-8.
33. Azoulay E, Lautrette A, Peigne V, Pochard F. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Bull Acad Natl Med* 2011; 185(2):365-66.
34. Crump SK, Schaffer MA, Schulte E. Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimens Crit Care Nurs*. 2010; 29(6):297-306.
9. O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson ML, Siewe S, Benson-Landau M, Deane D, Feeney J, Gmeiner J, Keefer N, et al. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung* 1991; 20(2):189-201.
10. Hardicre J. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nurs Times* 2003; 99(27):26-7.
11. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003; 12(4):490-500.
12. Chartier L, Coutu-Wakulczyk G. Families in ICU: their needs and anxiety level. *Intensive Care Nurs* 1989; 5(1):11-8.
13. Fox S, Jeffrey J. The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses' perspective. *Can J Cardiovasc Nurs* 1997; 8(1):17-23.
14. Edwards MP, Thronson K, Dyck F. Critical care nurses' perceptions of their roles in family-team conflicts related to treatment plans. *Can J Nurs Res*. 2012 Mar;44(1):61-75.
15. Jacono J, Hicks G, Antonioni C, O'Brien K, Rasi M. Comparison of perceived needs of family members between registered nurses and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart Lung* 1990; 19(1):72-8.
16. Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart Lung* 1988; 17(6 Pt 1):670-6.
17. De Jong MJ, Beatty DS. Family perceptions of support interventions in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2000; 19(5): 40-7.
18. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006; 11(1):33-41.
19. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zurren F, Duijnste M, & Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14: 501-509.
20. Abazari F, Abbaszadeh A. psychosocial needs of family of patients hospitalized in CCU and ICU. *Qazvin medical science journal* 2000; 19(3):58-63.
21. Høye S, Severinsson E. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26(1):24-32.

## ICU nurse's perception of their roles toward the patient's family

Heidari, M.R.<sup>1</sup>, Norouzadeh, R.<sup>\*2</sup>, Pishnamazy, Z.<sup>3</sup>

1. Assistant professor, Ph.D in Nursing. Department of medical- surgical, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

3. Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

\* Corresponding Author, Email: norouzadeh@shahed.ac.ir

Received on: 26/06/2013 Accepted on: 30/09/2013

### Abstract

**Introduction:** Caring of critically ill patient's family is an essential part of nursing roles. However, despite the fact that nurses are responsible for satisfying the needs of the family, the role of nurses has been less considered. Knowing this subject causes to provide good nursing care for critically ill patients and their families. The object of this study is to determine the perception of nurses in relation to their roles towards the patient's family in the intensive care unit.

**Methods:** This is a descriptive and analytic study. 114 nurses working in adult intensive care units in 3 university hospitals in Tehran (2011) were studied. To investigate nurses' perception of their duties towards the families of hospitalized critically ill patients, a 19 items questionnaire "Nurses' perception of their performance toward the patient's family" was used. Nurses' perception of their roles towards family and its relation correlation with nurses demographic factors were analyzed with non parametric methods by SPSS (ver. 16).

**Results:** The highest mean of Nurses' perception of their role towards family was "request to leave during nursing duties" ( $3.06 \pm 1.06$ ). There were no significant difference between the nurse's perceptions with their age, marital status, work experience in intensive care unit (ICU) and educational level of nurses ( $P > 0.05$ ). Results indicated a positive significant correlation between nurses convenience to discussing prognosis of critically ill patients with perception of nursing roles toward the patients family ( $P < 0.001$ ,  $r = 0.595$ ), but this correlation was low in "describing the probability of death" ( $P < 0.001$ ,  $r = 0.299$ ).

**Conclusion:** Lack perception of nursing duties towards patient's family may be originated from low awareness about importance of patient's family participation in the intensive care unit. Increasing nurse's perception of the family situation in the care process of critically ill patient will be a useful practical strategy in intensive care units.

**Key words:** perception, nurse, performance, family, intensive care unit, patient.