

تأثیر مراقبت خانواده‌محور بر رضایت‌مندی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

فرحناز فرنی^۱، لیلی فولادی^{۱*}، خدیجه نصیریانی^۱، محمدحسن لطفی^۲

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد ۲- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
* نویسنده مسؤول: یزد، صفاییه، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، کدپستی: ۸۹۱۶۸۷۷۳۹۱، صندوق پستی ۹۹۹-۸۵۱۹۹ تلفن: ۰۹۱۳۲۵۶۴۳۵۴، شماره: ۰۳۵۱۸۲۴۹۷۰۵

پست الکترونیک: fooladi.leili@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۷/۱ پذیرش: ۹۳/۹/۲۶

چکیده

مقدمه: رضایت خانواده، پیامد قابل سنجش مهم کیفیت مراقبت در بخش مراقبت ویژه می‌باشد. حمایت معنوی و درگیر کردن خانواده در فرآیند تصمیم‌گیری در مورد بیمار، نقش مهمی در رضایت آن‌ها دارد. به نظر می‌رسد مراقبت خانواده‌محور، یکی از رویکردهای دارای قابلیت دستیابی به این هدف باشد؛ ولی هنوز اطلاعات در این زمینه در کشور ما اندک است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت خانواده‌محور بر رضایت‌مندی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بزرگسال انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۲ در دو بخش مراقبت ویژه داخلی و جراحی اعصاب بیمارستان شهید رهنمون یزد انجام شد. با نمونه‌گیری تصادفی، عضو خانواده ۷۴ بیمار وارد مطالعه شدند. گردآوری اطلاعات با پرسشنامه در روز سوم و هفتم بستری انجام شد. پس از تکمیل اولیه پرسشنامه، خانواده بیماران گروه مداخله، تحت مراقبت خانواده‌محور و گروه کنترل، تحت مراقبت روتین قرار گرفتند. داده‌های قبل و بعد از مداخله تحت نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره اولیه رضایت خانواده در گروه کنترل $56/86 \pm 11/88$ و در گروه تجربه $54/80 \pm 13/12$ بود که در مقایسه تفاوت معناداری نداشت ($p=0/480$). بعد از اجرای مداخله، افزایش معنادار آماری نمره رضایت گروه تجربه ($66 \pm 10/61$) نسبت به گروه کنترل ($55/68 \pm 10/62$) نشان داده شد ($p < 0/0001$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج حاصله، مراقبت خانواده‌محور می‌تواند رضایت خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه را ارتقا بخشد. لذا پیشنهاد می‌شود این مدل مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه بکار گرفته شود و برنامه‌ریزی جهت رفع موانع اجرای مراقبت خانواده‌محور، مد نظر سیاست‌گذاران حرفه پرستاری قرار گیرد.

کل‌واژگان: مراقبت، خانواده‌محور، بخش مراقبت ویژه، رضایت، خانواده

مقدمه

ویژه^۱ با توجه به عدم توانایی اکثر بیماران برای تصمیم‌گیری، خانواده‌ها به عنوان قیم و صدای بیمار در نظر گرفته می‌شوند و در طول یک بیماری بحرانی، نقش حیاتی را برای بیماران بی‌هوش و ناتوان برای برقراری ارتباط یا تصمیم‌گیری ایفا می‌کنند. بنابراین رضایت خانواده یک خروجی قابل اندازه‌گیری

رضایت بیمار، والدین و قیم وی به عنوان یک شاخص کیفیت مراقبت بهداشتی معرفی شده است (۱ و ۲). این شاخص، نه تنها کیفیت مراقبت ارایه شده، بلکه انتظارات فرد از مراقبت را نیز نشان می‌دهد (۳). حمایت معنوی و درگیر کردن خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در فرآیند تصمیم‌گیری در مورد بیمار، نقش مهمی در رضایت آن‌ها دارد (۴). در بخش مراقبت

^۱ Intensive Care Unit (ICU)

خانواده‌محور در بخش‌های اطفال، و مراقبت ویژه اطفال و نوزادان، هنوز راهبرد مذکور به طور رسمی و فعال در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسال مورد استفاده قرار نگرفته است. به بیان دیگر، تنها یکی از بستگان درجه اول بیمار، روزانه چند دقیقه مجاز به ملاقات یا حضور در بالین بیمار خود هستند. خانواده در صورت نیاز به کسب رضایت‌نامه و پرداخت برخی هزینه‌های خدمات پاراکلینیک و گاهی پس از گذشت ۱۰-۷ روز از بستری، برای استحمام بیمار به بخش ویژه فراخوانده می‌شود. به نظر می‌رسد در صورت تمایل به مراقبت کل‌نگر در بخش مراقبت ویژه، نیاز به حرکت به سمت مراقبت خانواده‌محور و لحاظ کردن انتظارات ارباب رجوع به ویژه با توجه به نیازهای فرهنگی جامعه وجود دارد. لذا با توجه به اهمیت موضوع و چالش موجود، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مراقبت خانواده‌محور بر رضایت‌مندی خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه انجام گرفت.

روش کار

مطالعه تجربی حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح قبل و بعد، در دو بخش مراقبت ویژه داخلی و جراحی اعصاب بیمارستان آموزشی شهید رهنمون یزد در پاییز سال ۱۳۹۲ انجام شد. به منظور اجرای مطالعه، پس از طی مراحل قانونی، جلسه توجیهی - مشورتی اولیه برای کارکنان پرستاری هر یک از دو بخش در زمینه تبیین اهداف و روش اجرای مطالعه و مشخص نمودن ساعات مناسب حضور خانواده در بخش برگزار شد.

جامعه پژوهش را یکی از وابستگان نزدیک بیمار بستری در هر یک از بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان شهید رهنمون یزد تشکیل می‌داد. معیار ورود به مطالعه عبارت بود از: یکی از اعضای خانواده یا نزدیکان بزرگسال بیمار ۱۸ ساله یا بالاتر، بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه از سه روز قبل از ورود به مطالعه، فارسی زبان بودن عضو خانواده، تمایل داشتن به شرکت در مطالعه، داشتن توانایی جسمی و روحی مراقبت از بیمار و داشتن سواد خواندن و نوشتن. معیار خروج از مطالعه، بیماری روحی و روانی عضو خانواده، نامساعد بودن وضعیت اولیه بیمار، فوت یا انتقال بیمار به بخش دیگر قبل از روز هفتم بستری بود. روش نمونه‌گیری، تصادفی طبقه‌بندی شده با تخصیص تصادفی از طریق نرم‌افزار تخصیص تصادفی^۳ به هر یک از گروه‌ها بود. بدین ترتیب که بخش بستری بیمار طبقه در نظر گرفته شد و نمونه‌های هر گروه مداخله و کنترل به نسبت مساوی از هر یک دو بخش انتخاب شد. از ۸۴ نمونه اولیه، ۱۰

مهم از کیفیت مراقبت در بخش مراقبت ویژه است (۵). خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه با بستری شدن بیمار خود متحمل تنش‌های بسیاری می‌شوند (۶). معمولاً بیماری بحرانی، ناگهانی اتفاق افتاده و خانواده‌ها را از قلمرو طبیعی سازگاری دور می‌کند و به تجربه آسیب و بحران در خانواده منجر می‌شود. لذا خانواده‌های این گروه از بیماران نیاز به حمایت دارند. اما با توجه به وضعیت ناپایدار بیماران و نیز پیچیدگی تجهیزات و محیط بخش‌های مراقبت ویژه، پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه، بیشتر زمان کار خود را صرف مانیتورینگ و مراقبت از بیمار کرده و از خانواده بیمار مغلوط می‌مانند (۷). در طی سه دهه گذشته، آگاهی از رنج متحمل شده خانواده بیمار موجب افزایش گرایش به اجرای مراقبت خانواده‌محور در این بخش‌ها شده است (۸).

مراقبت خانواده‌محور یک رویکرد ابتکاری برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی است که بر همکاری‌های سودمند دو طرفه بین بیماران، خانواده‌ها و مراقبین بهداشتی بنا نهاده می‌شود. در مدل خانواده‌محور، هر بیمار و خانواده بیمار، یک واحد مراقبت را تشکیل می‌دهند (۹). چهار جزء اصلی مراقبت خانواده‌محور شامل احترام، دریافت اطلاعات، شرکت در مراقبت و تشریک مساعی می‌باشد (۱۰). کاهش استرس، کاهش اثرات منفی بستری شدن، اطمینان از کفایت برنامه ترخیص، و تأمین راحتی و حمایت از بیمار از فواید مراقبت خانواده‌محور می‌باشد (۱۱). طبق نتایج تحقیقات قبلی، اغلب خانواده‌های مراقبت‌کننده از بیماران با انجام مراقبت، احساس مثبت‌تری را تجربه کرده‌اند؛ از سوی دیگر، معمولاً خانواده‌ها ارتباط با زندگی در منزل را برای بیمار فراهم کرده‌اند که نقش به‌سزایی در هوشیاری بیمار دارد. همچنین در صورت رفع نیازهای خانواده، آن‌ها با آمادگی بهتری مراقبت پس از ترخیص بیماران را انجام می‌دهند (۹).

پاور و فرانک^۲ (۲۰۰۸) در مطالعه مروری در زمینه شرکت والدین در مراقبت از کودکان بستری اظهار داشتند: "پرستاران معمولاً نگرش خوبی به شرکت والدین در مراقبت دارند. اما در اثر محدودیت‌های حاصل از قوانین حرفه‌ای، پرستاران در واگذاری برخی از وظایف معمول روزانه بی‌میل هستند" (۱۲). ولی هنوز مستندات و اطلاعات در این زمینه اندک است. به نظر می‌رسد انجام تحقیقاتی در زمینه مراقبت خانواده‌محور می‌تواند در تنظیم قوانین پرستاری، مد نظر سیاست‌گزاران این حرفه قرار گیرد. در ایران نیز علی‌رغم شواهدی مبنی بر اجرای مراقبت

³ Random Allocation

زمستان ۹۳، دوره هفدهم، شماره چهارم، پیاپی ۶۷

² Power & Franck

نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه کنترل و مداخله از آزمون کای‌اسکوئر^۵ استفاده شد و میانگین نمرات رضایت خانواده با آزمون‌های تی‌تست^۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج تحقیق نشان داد میانگین سن بیماران در گروه مداخله $22/28 \pm 5/66$ و در گروه کنترل $21/01 \pm 44/94$ بود ($p=0/260$). میانگین سن عضو خانواده در هر دو گروه حدود ۳۵ سال بود ($p=0/199$). طبق نتایج دو گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات فردی شامل جنس، سطح تحصیلات، نسبت با بیمار، زندگی با بیمار، محل سکونت و تجربه قبلی بستری نزدیکان در بخش مراقبت ویژه با یکدیگر همگن بودند و تفاوت معناداری بین آن‌ها موجود نبود. در هر دو گروه، اکثریت بیماران، مرد (بیش از ۷۰٪) و بیش از نیمی از نزدیکان شرکت‌کننده در مطالعه، زن و دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر ($72/22\%$ گروه تجربه و $60/52\%$ گروه کنترل) بودند. بیشترین نسبت عضو خانواده با بیمار ($33/33\%$ گروه تجربه و $31/57\%$ گروه کنترل) را فرزندان تشکیل می‌دادند. اکثر اعضای خانواده شرکت‌کننده در مطالعه در دو گروه کنترل ($60/52\%$) و تجربه ($63/88\%$) با بیمار زندگی می‌کردند. $63/88\%$ اعضای خانواده در گروه تجربه و نیمی از اعضای خانواده در گروه کنترل در شهر بستری بیمار زندگی می‌کردند. $36/11\%$ اعضای خانواده شرکت‌کننده در مطالعه در گروه تجربه و $31/57\%$ اعضای خانواده در گروه کنترل، تجربه قبلی بستری نزدیکان در بخش مراقبت ویژه را داشتند (جدول ۱).

نتایج بررسی رضایت خانواده نشان داد در گروه کنترل، میانگین نمره رضایت اولیه $56/86 \pm 11/88$ و میانگین نمره رضایت پس از یک هفته $55/68 \pm 10/62$ بود. در گروه تجربه، میانگین نمره رضایت اولیه $54/80 \pm 13/12$ و میانگین نمره رضایت پس از یک هفته $66 \pm 10/61$ بود. بر طبق این نتایج، اختلاف معنادار آماری در میانگین نمره رضایت اولیه دو گروه کنترل و تجربه مشاهده نشد ($p=0/480$). میانگین نمره رضایت بعد از یک هفته از بستری در گروه تجربه، به طور معناداری افزایش داشت ($p<0/001$). میانگین نمره رضایت در گروه کنترل، کاهش داشت که از نظر آماری هم معنادار بود ($p=0/032$) (جدول ۲).

نمونه ریزش وجود داشت. از ۷۴ عضو خانواده مورد بررسی نهایی، ۳۶ نفر در گروه مداخله و ۳۸ نفر در گروه کنترل قرار داشتند. در ابتدای مطالعه، از عضو خانواده و در صورت امکان بیمار وی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش اخذ شد. به علاوه امکان خروج از مطالعه در صورت بدتر شدن حال بیمار و عدم تمایل به ادامه همکاری، به آن‌ها خاطر نشان شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، یک پرسشنامه محقق ساخته خود ایفا بود. پرسشنامه مذکور مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و رضایت خانواده از کیفیت مراقبت بود. بخش رضایت خانواده از کیفیت مراقبت، شامل ۱۹ گویه با مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای بود. نمره کسب شده در محدوده ۷۶-۱۹ بود. گویه‌های این بخش بر اساس شرایط حاکم بر بخش‌های مراقبت ویژه ایران، تعدیل شده پرسشنامه ۳۴ سؤالی رضایت خانواده در بخش مراقبت ویژه^۴، همچنین متون موجود بود (۱۳ و ۱۴). پس از تعیین روایی صوری و محتوایی ابزار، توسط ده نفر از اعضای هیئت علمی و مربیان و مسؤولین پرستاری بخش مراقبت ویژه، پایایی آن از طریق آزمون مجدد در ۱۰ عضو خانواده بیمار بررسی شد (ضریب همبستگی: $0/88$ ، $0/001$). در هر یک از دو گروه مورد مطالعه، پرسشنامه رضایت از مراقبت در روز سوم بستری بیمار تکمیل شد و میزان رضایت پایه به دست آمد. سپس در گروه مداخله، مراقبت خانواده‌محور انجام شد. بدین ترتیب که در مورد مقررات بخش مراقبت ویژه، تجهیزات و فضای مربوط به بیمار و کارکنان بخش و همچنین نوع بیماری به یکی از اعضای خانواده بیمار آموزش داده می‌شد. سپس از وی درخواست می‌شد تا طبق نیاز بیمار و به دلخواه خود در انجام برخی مراقبت‌های روزانه بیمار از قبیل حمام، شیو، ماساژ دست و پا، مراقبت چشم، مراقبت دهان و غذا دادن، تحت نظارت پرستار بخش مشارکت نماید. در طی مدت چهار روز مداخله، هر گونه تغییر وضعیت بیمار به اطلاع خانواده وی رسانده می‌شد و در صورت نیاز به تصمیم‌گیری جدید در مورد مراقبت و درمان از آن‌ها نظرخواهی می‌شد. در گروه کنترل، همچنان طبق روتین و قوانین جاری بخش، با خانواده بیماران رفتار شد. در طی این مراقبت، اقوام درجه اول بیمار امکان ملاقات محدود داشتند ولی اقدامی برای بیمار انجام نمی‌دادند. آن‌ها مجاز به همکاری با کارکنان در حمام کردن بیمار پس از گذشت ده روز بودند. با گذشت چهار روز از تکمیل پرسشنامه اولیه، مجدداً نظرخواهی از هر دو گروه در مورد رضایت از مراقبت انجام شد. داده‌های کسب شده تحت

⁵ Chi-Squared

⁶ T test

⁴ Family Satisfaction Survey in the Intensive Care Unit (FS-ICU)(34)

جدول ۱- مقایسه متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله

متغیرهای دموگرافیک	گروه				
	p	کنترل		مداخله	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس بیمار					
مرد	۱/۰۰	۲۳/۷	۲۸	۷۵	۲۷
زن		۲۶/۳	۱۰	۲۵	۹
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶
متغیرهای دموگرافیک عضو خانواده					
جنس					
مرد	۰/۸۲۰	۴۷/۴	۱۸	۴۴/۴	۱۶
زن		۵۲/۶	۲۰	۵۵/۶	۲۰
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶
سطح تحصیلات					
زیر دیپلم	۰/۴۲۷	۳۹	۱۵	۲۷/۸	۱۰
دیپلم و بالاتر		۶۱	۲۳	۷۲/۲	۲۶
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶
نسبت با بیمار					
پدر/مادر	۰/۷۲۴	۷/۹	۳	۱۶/۷	۶
فرزند		۳۱/۶	۱۲	۳۳/۳	۱۲
خواهر/برادر		۲۸/۹	۱۱	۲۵	۹
همسر		۱۸/۴	۷	۱۱/۱	۴
سایر		۱۳/۲	۵	۱۳/۹	۵
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶
زندگی با بیمار					
بله	۰/۸۱۴	۶۰/۵	۲۳	۶۳/۹	۲۳
خیر		۳۹/۵	۱۵	۳۶/۱	۱۳
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶
سکونت در شهر بستری بیمار					
بله	۰/۲۵۰	۵۰	۱۹	۶۳/۹	۲۳
خیر		۵۰	۱۹	۳۶/۱	۱۳
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶
تجربه قبلی بستری نزدیکان در بخش مراقبت ویژه					
بله	۰/۸۰۷	۳۱/۶	۱۲	۳۶/۱	۱۳
خیر		۶۸/۴	۲۶	۶۳/۹	۲۳
جمع		۱۰۰	۳۸	۱۰۰	۳۶

جدول ۲- مقایسه نمرات رضایت خانواده قبل و بعد در دو گروه کنترل و مداخله

گروه	تعداد	زمان			
		قبل از مداخله	بعد از مداخله		نتایج آزمون
			میانگین	انحراف معیار	
مداخله	۲۶	۵۴/۸	۱۳/۲	۶۶	۰/۰۰۰۱
کنترل	۳۸	۵۶/۸۶	۱۱/۸۸	۵۵/۶۸	۰/۰۳۲

بحث

در مطالعه حاضر، مراقبت خانواده‌محور منجر به افزایش رضایت خانواده در دو بخش مراقبت ویژه داخلی و جراحی اعصاب بیمارستان شهید رهنمون یزد شد و رضایت خانواده در گروه تجربه پس از گذشت یک هفته در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافت. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه قبلی همسو است (۷، ۹، ۱۴، ۱۵ و ۱۶). مطالعه یوسفی و همکارانش (۲۰۱۲) در بخش مراقبت ویژه بیمارستان الزهرا اصفهان نشان داد که مداخله پرستاری مبتنی بر نیاز خانواده، رضایت خانواده را افزایش داده است (۱۴). نتایج مطالعه چین^۷ و همکارانش (۲۰۰۶) نشان داد آموزش مبتنی بر نیاز خانواده

بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، اضطراب خانواده را کاهش و رضایت آن‌ها را افزایش داد (۷). نتایج مطالعه میچل^۸ و همکارانش (۲۰۰۹) در استرالیا، نشان داد مداخله مراقبت خانواده‌محور، درک اعضای خانواده از احترام، تشریک‌مساعی و حمایت را افزایش داده است (۹). وایت کامب^۹ و همکارانش (۲۰۰۹) در آمریکا تأثیر محدودیت کمتر در ملاقات بر رضایت خانواده را بررسی نمودند. سیاست جدید، انعطاف‌پذیری بیشتری در زمان ملاقات و تعداد ملاقات‌کنندگان بود. در کل شبانه‌روز ملاقات امکان‌پذیر بود. به علاوه ورود کودکان و حیوانات خانگی هم آزاد بود. رضایت بیمار و خانواده پس از اجرای این روش بهبود یافت (۱۵). در مطالعه هارتوگ و جنسن^{۱۰} (۲۰۱۳) در آلمان، تغییر در محیط بخش مراقبت ویژه نه تنها رضایت آن‌ها را در آیت‌های مربوط به محیط بلکه در سایر موارد از جمله تجربه بخش مراقبت ویژه، رفتار کارکنان با خانواده و بیماران و درمان درد را بهبود بخشید. احتمالاً با ایجاد فضای بیشتر در اطراف تخت بیمار، شرایط کار برای کارکنان راحت‌تر شده بود، کاهش سر و صدای بخش منجر به کاهش استرس پرستاران و پزشکان شده و همچنین حمایت عاطفی از بیماران و خانواده‌هایی که از محیط رضایت داشتند، برای کارکنان آسان‌تر بوده است. تغییرات ساختاری می‌تواند از طریق بهبود همکاری تیمی و حمایت از رفتار بیمار و خانواده‌محور، غیرمستقیم بر مراقبت در بخش مراقبت ویژه تأثیرگذار باشد (۱۶). نتایج مطالعات مذکور با مطالعه حاضر همخوانی دارد. هر چند مطالعاتی در دست است که به نتایج مشابهی دست نیافته اند (۱۷ و ۱۸). با توجه به تفاوت‌هایی که در طراحی، مکان پژوهش و روش مداخله وجود دارد، نمی‌توان انتظار نتایج مشابه را داشت. جکوبوسکی^{۱۱} و همکارانش (۲۰۰۶)، در یک مطالعه قبل و بعد، به این نتیجه رسیدند که شرکت عضو خانواده در راندهای روزانه بیماران بخش مراقبت ویژه، تأثیری بر رضایت خانواده نداشت. نتایج این مطالعه می‌تواند به دلیل نامفهوم بودن اصطلاحات تخصصی مورد استفاده در راندها برای عضو خانواده و همچنین نداشتن وقت کافی برای دریافت پاسخ سؤالاتشان باشد (۱۷). در مطالعه استیل^{۱۲} و همکارانش (۲۰۰۸)، کلینیک خانواده تأثیری بر رضایت خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه نداشت. در این مطالعه پزشک و پرستار بیمار، روزانه به مدت یک ساعت در اتاق مشاوره خانواده حضور داشتند و این فرصت به خانواده داده

⁸ Mitchel

⁹ Whitcomb

¹⁰ Hartog & Jensen

¹¹ Jacobowski

¹² Steele

زمستان ۹۳، دوره هفدهم، شماره چهارم، پیاپی ۶۷

⁷ Chein

- 4- Kursumovic E, Bilinska J, Molokhia A. Family satisfaction in the ICU: enhancing patient experience. *Critical Care* 2013; 17(2):544.
- 5- Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR, Gill L, et al. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med* 2007; 35(1):271-279.
- 6- Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Critical Care* 2013;17(3):91.
- 7- Chien WT, Chiu Y, 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. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43(1):39-50.
- 8- Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med* 2009; 37(10): 448-456.
- 9- Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care* 2009;18(6):543-52.
- 10- Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care. [Cited 2006 June 1]. Available from: www.familycenteredcare.org.
- 11- Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's Nursing care of Infants and children*. 9th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2013:965.
- 12- Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *Journal of advanced nursing* 2008;62(6):622-41.
- 13- Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) Survey. [Cited 2006 June 1]. Available from: <http://www.criticalcareconnection.com>.
- 14- Yousefi H, Karami A, Moeini M, Ganji H. Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iranian J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(4):296-300.
- 15- Whitcomb JA, Roy D, Blackman VS. Evidence-based practice in a military intensive care unit family visitation. *Nursing research* 2010;59(1):32-39.
- 16- Hartog CS, Jensen HI. Family-centered ICU care may be good for everyone. *Intensive Care Medicine* 2013; 39(9): 1650-52.
- 17- Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, Ely EW. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2010;19(5):421-30.
- 18- Steel A, Underwood C, Notley C, Blunt M. The impact of offering a relatives' clinic on the satisfaction of the next-of-kin of critical care patients—a prospective time-interrupted trial. *Intensive and Critical Care Nursing* 2008;24(2):122-29.

Effectiveness of Family-Centered Care on Family Satisfaction in Intensive Care Units

Farnia F¹ (MSc, PhD), Fooladi L^{1*} (MSc), Nasiriani Kh¹ (MSc, PhD), Lotfi MH² (MD, PhD)

¹ Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Science, Yazd, Iran

² Department of Statistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Science, Yazd, Iran

Original Article

Received: 23 Sep 2014, Accepted: 17 Dec 2014

Abstract

Introduction: Family satisfaction is an important measurable outcome of quality of care in intensive care units. The spiritual support of family members in the process of decision making about patients plays an important role in family satisfaction. It seems family-centered care is an approach with the capability of achieving this goal. There is little evidence supporting this issue in our country. The present study was conducted to determine the effectiveness of family-centered care on family satisfaction in adult intensive care units.

Methods: This randomized controlled trial was conducted in two neurology and neurosurgery intensive care units of Shahid Rahnemoon Hospital in Yazd, Iran, in 2013. Seventy four family members were enrolled in the study using random sampling method. The data were collected via a questionnaire in the third and seventh day of hospitalization. Patients in the intervention group received family-centered care. The control group experienced usual care. Data obtained before and after the intervention were analyzed in the SPSS-18.

Results: At baseline, the mean±SD satisfaction score was 56.86±11.88 and 54.80±13.12 in the intervention and control groups, respectively (p=0.480). After the intervention implementation, mean satisfaction score was significantly increased in the intervention group (66±10.61) (p<0.0001).

Conclusion: According to the findings, family-centered care could increase the family satisfaction in intensive care units. The family-centered care should be applied in intensive care units. Professional nursing policymakers should find ways to overcome barriers of family-centered care.

Key words: Care, Family-Centered, Intensive Care Unit, Satisfaction, Family

Please cite this article as follows:

Farnia F, Fooladi L, Nasiriani Kh, Lotfi MH. Effectiveness of Family-Centered Care on Family Satisfaction in Intensive Care Unit. *Hakim Health Sys Res* 2015; 17(4): 306- 312.

*Corresponding Author: Bou-Ali Street, Yazd Nursing and Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. Tel: +98- 913- 2564354. E-Mail: fooladi.leili@yahoo.com