

**PENGARUH *SPIRITUAL THERAPY* TERHADAP TINGKAT KECEMASAN, STRES DAN DEPRESI KELUARGA PASIEN YANG DIRAWAT DI RUANG *INTENSIVE CARE UNIT***

**Miranti Florencia Iswari**

Departemen Keperawatan Kritis PSIK STIKes Muhammadiyah Palembang

Email: [umydirajuna@gmail.com](mailto:umydirajuna@gmail.com)

**Abstrak**

Memiliki anggota keluarga yang dirawat di ruang perawatan intensif merupakan situasi yang dapat memicu ansietas dan disorganisasi perasaan berupa stres dan depresi yang tinggi pada keluarga. Faktor yang dapat memicu hal tersebut pada keluarga meliputi perubahan lingkungan, aturan ruangan perawatan dan perubahan status emosi keluarga. Tujuan dari penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh terapi spiritual terhadap tingkat kecemasan, stres dan depresi keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU. Desain penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan rancangan penelitian *one group pre-post test*. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RS Muhammadiyah Palembang dengan jumlah sampel 30 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling. Variabel dalam penelitian ini adalah terapi spiritual terhadap kecemasan, stres dan depresi. Instrumen yang dipergunakan adalah kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale 42* (DASS 42). Hasil penelitian dianalisis menggunakan uji *paired t-test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh kombinasi terapi spiritual terhadap tingkat kecemasan, stres dan depresi keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RSMP. Terapi spiritual dapat direkomendasikan sebagai salah satu pilihan terapi komplementer dalam manajemen cemas, stress dan depresi yang murah, mudah dan aman. Rekomendasi: 1) Rumah sakit dapat memfasilitasi setiap ruangan tunggu ICU dengan audio untuk memperdengarkan Murrotal QS Ar-Rahman, 2) Dapat dilakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah responden yang lebih banyak dan waktu penelitian serta frekuensi intervensi yang lebih lama.

**Kata Kunci:** *Spiritual therapy*, Kecemasan, Stres, Depresi

**PENDAHULUAN**

Keluarga pasien yang anggota keluarganya dalam keadaan kritis, mengalami ansietas yang tinggi dan disorganisasi perasaan yang dapat menyebabkan tingkat stres dan depresi yang tinggi. Hal ini dapat disebabkan karena sebagian besar pasien yang datang di *Intensive Care Unit* (ICU) adalah dalam keadaan mendadak dan tidak direncanakan sehingga menyebabkan keluarga mengalami ketakutan dengan berbagai stressor. Semua stressor ini menyebabkan keluarga berada pada kondisi krisis dimana koping mekanisme yang digunakan menjadi tidak efektif. Menurut Bailey (2009) kecemasan keluarga tersebut disebabkan karena kondisi ruangan dimana keluarga tidak boleh mendampingi pasien setiap saat dan tidak bisa melihat perkembangan pasien secara langsung.

ICU memiliki peraturan yang berbeda dari unit lain terutama dalam hal dibatasinya kunjungan ke pasien sehingga keluarga akan mengalami suatu keadaan depresi, kecemasan bahkan gejala trauma setelah anggota keluarganya dirawat di ruang tersebut. Tingginya kecemasan dan depresi juga dapat menyebabkan keluarga dipenuhi dengan perasaan bersalah, disorientasi, kelelahan, keputusasaan, kemarahan, penolakan dan juga ketakutan akan kehilangan anggota keluarga yang dicintainya yang dapat menyebabkan kondisi ketidakseimbangan dalam keluarga (Verhaeghe, Zuuren FJ, Defloor, & Duijnste, 2007).

Selain itu keluarga pasien adalah pemegang penuh keputusan yang akan diambil terhadap pasien. Keadaan cemas, stres dan depresi yang dialami oleh keluarga akan menyebabkan gangguan

psikologis keluarga yang berakibat pada pengambilan keputusan yang tertunda sehingga asuhan keperawatan yang diberikan secara komprehensif dan holistik pada pasien tidak akan tercapai dengan baik (Davison & Neale, 2006; Urden & Stacy, 2000). Kecemasan keluarga dapat dikomunikasikan atau ditransfer kepada pasien sehingga berakibat memperparah penyakit dan menghambat proses penyembuhan (Hudak & Gallo, 1997). Menurut Campbell (2009), kecemasan pada keluarga pasien dapat menimbulkan masalah baru yang terjadi pada keluarga pasien itu sendiri yaitu berbagai macam gangguan diantaranya adalah gangguan gastrointestinal seperti diare, kembung, lambung terasa perih serta perasaan sebah.

Intervensi yang telah dilakukan dalam mengatasi kecemasan dalam keluarga pasien antara lain menerapkan model perawatan yang dipusatkan pada keluarga (Stuart & Sundeen, 2008) yaitu konsep yang memperlakukan pasien dan keluarga sebagai bagian yang tidak terpisahkan. Suatu pendekatan holistik dalam perawatan kritis mensyaratkan agar keluarga dimasukkan dalam rencana keperawatan. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional mempunyai kesempatan yang paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan atau asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu pasien dan keluarga memenuhi kebutuhan dasar yang holistik meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual (Graf, Marini, Baker, & Buck, 2007).

Dukungan spiritual dapat mengurangi kecemasan serta gejala depresi yang dialami keluarga pasien (Koenig, 2001). Orang yang mendekatkan diri kepada Tuhan akan memperoleh kenyamanan dan dapat mengatasi stres (Young, 2012). Kedekatan dengan Tuhan akan memberi kekuatan lebih, kepercayaan diri serta kenyamanan, sehingga memberi manfaat terhadap kesehatan termasuk mengurangi depresi, kesepian, meningkatkan kematangan dalam berhubungan, kompetensi sosial dan penilaian psikososial yang lebih baik dalam menghadapi stres (Hill & Pargament, 2008).

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian yang digunakan yaitu *quasy eksperimen with one group pre – post test*. Subjek penelitian adalah semua keluarga pasien yang anggota keluarganya dirawat di ruang ICU RS Muhammadiyah Palembang. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling* dengan menggunakan kriteria inklusi: keluarga inti dari pasien yang dirawat di ruang ICU (Bapak, Ibu, Suami, Istri, Anak), berumur 17-60 tahun, beragama islam, tidak mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran, bersedia untuk menjadi responden. Jumlah sample dalam penelitian ini yaitu 30 responden.

Pada pertemuan pertama peneliti menjelaskan tentang tujuan dan prosedur *spiritual therapy* terlebih dahulu dengan memberikan leaflet yang berisi surat Ar-Rahman yang akan diperdengarkan dalam *spiritual therapy* beserta terjemahannya. Pada pertemuan kedua peneliti terlebih dahulu memberikan kuesioner *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* 10 menit sebelum intervensi, responden diberikan waktu 5 menit untuk menempatkan diri pada posisi kemudian responden mulai melakukan *spiritual therapy* (mendengarkan Murrotal surat ar-rahman) dengan menggunakan MP4 yang dilengkapi dengan *earphone* dengan lapisan *disposable earphone* yang telah diganti untuk masing-masing responden, responden diminta untuk memejamkan mata untuk mencegah adanya distraksi di lingkungan sekitar, terapi berlangsung  $\pm$  15 menit.

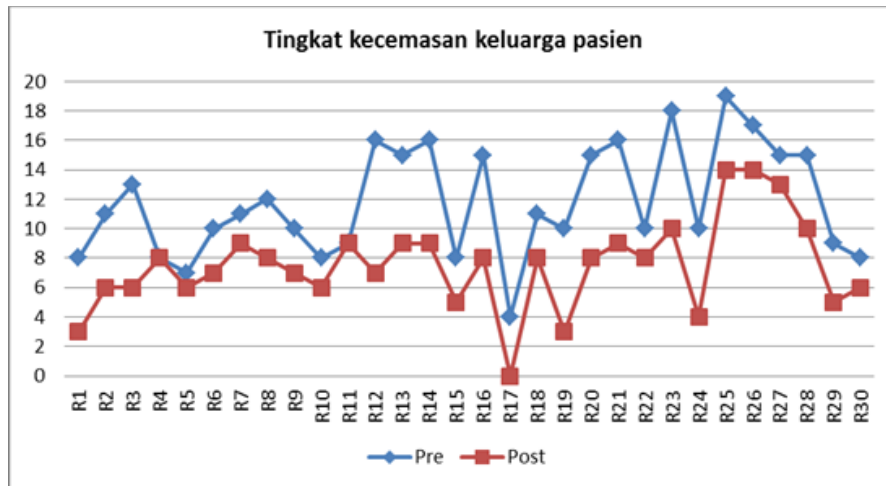
## **HASIL PENELITIAN**

### **Analisis Univariat**

#### **1. Tingkat Kecemasan**

Gambar.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami penurunan tingkat kecemasan, kecuali pada responden R4 (skor 8) dan R11 (skor 9) yang tidak mengalami penurunan tingkat

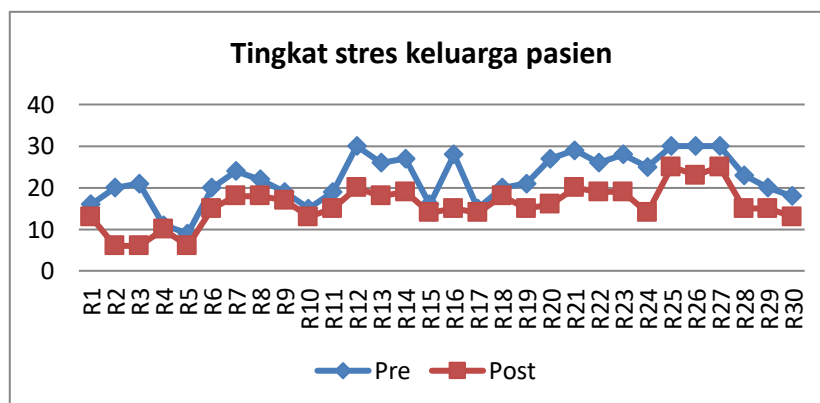
kecemasan. Skor tertinggi pada saat pre-test dimiliki oleh responden R25 (cemas berat) dan skor terendah dimiliki oleh responden R17 (tidak cemas). Sedangkan skor tertinggi pada saat post-test juga dimiliki oleh responden R25, R26 (cemas sedang) dan skor terendah dimiliki oleh responden R17 (tidak cemas). Penurunan tertinggi tingkat kecemasan terjadi pada responden R12 yang turun 9 point dari 16 (cemas berat) pada saat pre-test menjadi 7 (tidak cemas) pada saat post-test.



Gambar.1 Distribusi nilai tingkat kecemasan keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RS Muhammadiyah Palembang

## 2. Tingkat Stres

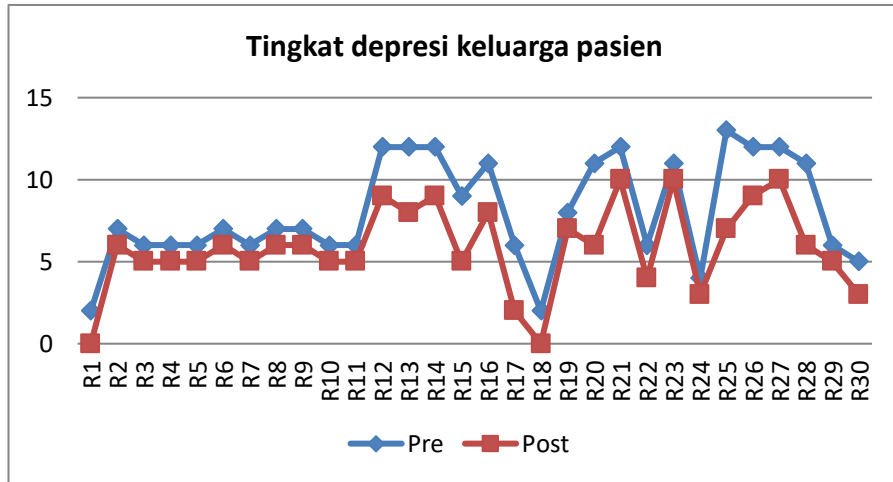
Gambar.2 menunjukkan bahwa semua responden mengalami penurunan tingkat stres yang relatif besar. Skor tertinggi pada saat pre-test dimiliki oleh responden R25 dan R27 (stres berat) dan skor terendah dimiliki oleh responden R5 (tidak stres/normal). Sedangkan skor tertinggi pada saat post-test juga dimiliki oleh responden R25, R27 (stres sedang) dan skor terendah dimiliki oleh responden R2, R3 dan R5 (tidak stres). Penurunan tertinggi tingkat stres terjadi pada responden R3 yang turun 15 point dari 21 (stres sedang) pada saat pre-test menjadi 6 (tidak stres) pada saat post-test.



Gambar.2 Distribusi nilai tingkat stres keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RS Muhammadiyah Palembang

## 3. Tingkat depresi

Gambar.3 menunjukkan bahwa semua responden mengalami penurunan skor depresi. Skor tertinggi pada saat pre-test dimiliki oleh responden R25 (depresi ringan) dan skor terendah dimiliki oleh responden R1 dan R18 (tidak depresi/normal). Sedangkan skor tertinggi pada saat post-test dimiliki oleh responden R21, R23, R27 (depresi ringan) dan skor terendah dimiliki oleh responden R1, R18 (tidak depresi). Penurunan tertinggi skor depresi terjadi pada responden R25 yang turun 6 point dari 13 (depresi ringan) pada saat pre-test menjadi 7 (tidak depresi) pada saat post-test.



Gambar.3 Distribusi nilai tingkat depresi keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU RS Muhammadiyah Palembang

**Analisis Bivariat**

Berdasarkan tabel.1, tabel.2 dan tabel.3 diketahui bahwa hasil uji *Dependent t-Test* didapatkan nilai  $p < 0,001$  yang berarti ada pengaruh *spiritual therapy* terhadap tingkat kecemasan, stres dan depresi sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 1. Pengaruh *Spiritual therapy* terhadap tingkat kecemasan

Variabel	Waktu Pengukuran	Mean	Minimum	Maksimum	SD	p
Tingkat kecemasan	Pre	11.80	4	19	3.773	<0,0001
	Post	7.50	0	14	3.071	

Tabel.2 Pengaruh *Spiritual therapy* terhadap tingkat stres

Variabel	Waktu Pengukuran	Mean	Minimum	Maksimum	SD	p
Tingkat stress	Pre	22.17	9	30	1.064	<0,0001
	Post	15.80	6	25	0.875	

Tabel.3 Pengaruh *Spiritual therapy* terhadap depresi

Variabel	Waktu Pengukuran	Mean	Minimum	Maksimum	SD	p
Tingkat kecemasan	Pre	8.03	2	13	3,189	<0,0001
	Post	5.83	0	10	2.640	

**PEMBAHASAN**

Penilaian tingkat kecemasan pada responden setelah diberi terapi spiritual menunjukkan penurunan. Penurunan tingkat kecemasan dari cemas berat (35,5%) ke cemas ringan (45,2%) pada parameter kecemasan mulut terasa kering dan merasakan gangguan dalam bernafas (nafas cepat, sulit bernafas). Akan tetapi ada beberapa responden yang tidak mengalami penurunan tingkat kecemasan yaitu responden R4 dan R11. Hal ini dapat disebabkan karena kedua anggota keluarga responden tersebut memiliki riwayat dirawat di ruang ICU sehingga sudah terpapar dengan situasi di ruang ICU penyebab kecemasan seperti perubahan lingkungan, aturan ruangan perawatan, status emosi keluarga, perubahan keluarga dan sebagainya. Fakta ini juga sesuai dengan teori yang menyatakan

apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode pengalaman yang sama maka kecemasan tidak akan muncul (Potter & Perry, 2006).

Terapi spiritual terbukti dapat menurunkan kecemasan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Elizabeth et.al (2013) dimana teknik kombinasi terapi spiritual dan *guided imagery* dapat menurunkan cemas dan depresi pada pasien post operasi. Faktanya pada penelitian ini unsur spiritual sangat efektif untuk menimbulkan persepsi positif yang menyebabkan keadaan relaksasi pada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU. Hasil yang sama terlihat pada penelitian penelitian Nurliana (2011) didapatkan bahwa perangsangan ayat-ayat suci Al-Quran bagi ibu yang dilakukan kuretase dapat menurunkan kecemasan. Penelitian Qadri (2003) menyatakan bahwa setelah dibacakan Al-Quran kepada beberapa pasien di rumah sakit, 97% pasien merasa tenang dan memperoleh penyembuhan penyakit dengan cepat. Riset ini dikuatkan oleh hasil penelitian kedokteran Amerika Utara (Elzaky, 2011) yang menyimpulkan 97% responden setelah diperdengarkan bacaan Al-Quran pasien menjadi lebih tenang dan gelombang otak mereka dari percepatan gerak (12-13 db per detik) menjadi lebih lambat (8-18 db per detik) sehingga pasien merasa lebih nyaman.

Relaksasi dapat merangsang pusat rasa ganjaran sehingga timbul ketenangan. Sebagai ejektor dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain akan mengeluarkan gamma amino butyric acid (GABA), enkephalin, beta endorphin, sehingga kecemasan pun akan berkurang. Penilaian tingkat stres pada responden setelah diberi terapi spiritual juga menunjukkan penurunan. Penurunan tingkat stres dari stres sedang (38,7%) ke stres ringan (38,7%) pada parameter stres menjadi marah karena hal-hal sepele dan kesulitan untuk relaksasi/bersantai.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Anggraini dan Subandi (2014) yang menyatakan ada pengaruh terapi relaksasi spiritual untuk menurunkan stres pada penderita hipertensi esensial. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa penurunan tingkat stres terjadi karena stimulus intervensi terapi spiritual membentuk respon kognitif positif yang selanjutnya terjadi serangkaian stress response yang positif pula di dalam tubuh. Stimulus respon kognitif yang telah sampai di amigdala akan menstimulasi bagian ventromedial hipotalamus untuk mengaktifkan sistem parasimpatis melalui sistem vagal. Pengaruh peningkatan respon parasimpatis juga secara langsung menyebabkan ketenangan dan kedamaian jiwa serta spiritualitas responden, sehingga dapat menurunkan tingkat stres (Olshansky, Sabbah, Hauptman & Colucci, 2008).

Penilaian tingkat depresi pada responden setelah diberi terapi spiritual menunjukkan penurunan. Penurunan tingkat depresi dari depresi ringan ke keadaan normal/tidak depresi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian tentang efektivitas intervensi terapi spiritual dalam menurunkan stres dan depresi pada berbagai populasi baik pada lansia, klien gagal ginjal, penderita HIV, penderita kusta maupun orang sehat (Bormann, 2005).

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa aktivasi sistem parasimpatis akan meningkatkan acetylcholine, dopamin, nitric oxide dan endorfin. Peningkatan acetylcholine menunjukkan penghambatan pada pengeluaran sitokin proinflamasi, seperti TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6, IL-18 dan protein HMGB1 intraseluler (Olshansky, Sabbah, Hauptman & Colucci, 2008). Peningkatan dopamin mempengaruhi dua mekanisme yaitu pengaruh langsung ke otak dan sirkulasi. Peningkatan dopamin di otak memberikan efek relaks, senang dan bahagia. Hal ini dikarenakan dopamin berperan sebagai sistem “reward” (hadiah, imbalan) untuk memberikan penghargaan kepada otak atas perilaku positif yang telah dilakukan. Dopamin juga memperbaiki suasana hati (mood), mengatur pergerakan, pembelajaran, daya ingat, emosi, rasa senang, tidur dan kognisi (Wijaya, 2014). Sedangkan peningkatan dopamin pada sirkulasi akan mengaktifkan reseptor dopamin sehingga menyebabkan peningkatan perfusi ginjal, inhibisi pengeluaran norepinefrin dari sympathetic nerve ending, penurunan SVR dan peningkatan CO melalui aktivitas inotropik dan

kronotropik  $\beta$ -adrenergik. Nitric oxide (NO) terlibat dalam regulasi parasimpatis pada kontraktilitas miokardial. Peningkatan NO melalui stimulasi nervus vagus dapat memperbaiki fungsi sistolik ventrikel kiri. Sedangkan endorfin telah banyak dikenal sebagai hormon yang mampu menimbulkan perasaan senang dan bahagia, sehingga peningkatan kadarnya melalui stimulasi vagal akan memberikan efek ketenangan dan peningkatan imunitas tubuh (Olshansky, Sabbah, Hauptman & Colucci, 2008).

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa spiritual therapy dapat menurunkan tingkat kecemasan, stres dan depresi pada keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU.

Perlu dipertimbangkan untuk menjadikan *spiritual therapy* sebagai salah satu intervensi keperawatan dalam manajemen kecemasan, stres dan depresi bukan hanya pada keluarga pasien dan dijadikan pertimbangan oleh pengambilan di unit pelayanan untuk dapat menyediakan fasilitas berupa audio dan pedoman tatacara melakukan terapi spiritual yang dibutuhkan untuk pelaksanaannya di setiap ruangan rawat inap terutama ruangan dengan indikasi pasien dengan cemas, stres dan depresi.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. (2013). *High Blood Pressure*. United States: American Heart Association.
- Bailey, K. D. (2003). *Methods of Social Research*. New York: The Free Press.
- Bond AE, Draeger CRL, Mandlco B, Donnelly M. Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: implications for evidence-based practice. *Crit Care Nurs*. 2003;23(4):63–72.
- Campbell, M. (2009). *Nurse to nurse palliative care*. Michigan: McGraw-Hill Medical.
- Dahlan MS. *Besar sampel untuk desain khusus*. Dalam: Aklia S, penyunting. *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Seri evidence based medicine 2. Edisi ke-3. Jakarta: Salemba Medika; 2010. hlm. 81–115
- Davison, G., & Neale, J. (2006). *Psikologi Abnormal*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Dossey. (2005). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher.
- Friedman MM. Stres, koping, dan adaptasi keluarga. Dalam: Hamid AY, Sutarna A, Subekti NB, Yulianti D, Herdina N, penyunting. *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori, dan praktik*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC; 2010. hlm. 427–71.
- Galantino, M., Schmid, P., Milos, A., Leonard, S., Botis, S., Dagan, S., et al. (2009). Longitudinal Benefits of Wellness Coaching Interventions for Cancer Survivors. *the International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 4(10).
- Govier. (2000). *Spiritual Care in Nursing: A systematic Approach*. Dipetik November 13, 2015, dari <http://www.nursing-standard.co.uk/archives/ns/vol-14-17/pdfs/res.pdf>.
- Graf, N., Marini, I., Baker, J., & Buck, T. (2007). Religious and Spiritual Beliefs and Practices of Person with Chronic Pain. *Rehabilitation Conselling Journal*, 21-33.
- Helmi, Z. (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hodge, B. (2013, May/ June). *American Academy of Family Physicians*. Dipetik January 26, dari *The Family Practice Management Web Site*: <http://www.aafp.org/fpm>
- Hudak, & Gallo. (1997). *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistic* (4th ed., Vol. I). Jakarta: ECG.
- James, P., Oparil, S., Carter, B., Cushman, W., Dennison-Himelfarb, C., Handler, J., et al. (2014). 2014 Evidence-Based Guideline for The Management og HighBlood Pressure in Adults Report From The Panel Members Appointed to The Eight Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507-520.

- Jevons, & Ewens. (2009). *Pemantauan pasien kritis* (2nd ed.). Jakarta: Erlangga.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1998). *Ilmu Kedokteran Jiwa Darurat*. Jakarta: Widya Medika.
- Kotkamps-Mothes N, Slawinsky D, Hindermann S, Strauss B. Coping and psychological well being in families of elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005;55:213–29.
- Laksono, A. (2013). *Hubungan antara Stress, Pola Makan dan Kebiasaan Merokok dengan Terjadinya Kekambuhan pada Penderita Hipertensi di Puskesmas Bedosari Sukoharjo*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah.
- Lee LYK, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003;12:490–500.
- Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs*. 2008;27(6):255–62
- Mattila, E. (2010). *Design and Evaluation of Mobile Phone Diary for Personal Health Management*. Thesis. Tampere, Finland: Tampere University of Technology.
- Maxwell KE, Stunekel DS, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung*. 2007;36:367–76.
- Pambudi, H. (2008). *Studi fenomenologis kecemasan keluarga pada pasien stoke yang dirawat di ruang HND RS Santa Elisabeth Semarang*. Semarang: eprints.Undip.ac.id.
- Rab, T. (2007). *Agenda Gawat Darurat (critical care)* Jilid I (2nd ed.). Bandung: PT Alumni.
- Rose SL, Shelton W. The role of social work in the ICU: reducing family distress and facilitating end-of-life decision-making. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2006;2(2):3–23
- Sadhan, A. (2009). *Cara Pengobatan dengan Al-Quran*. (A. Ziyad, Penerj.) Islam House.
- Sarafino, E. (2011). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. New York: Johnwiley and Sons Ltd.
- Steventon, A., Tunkel, S., Blunt, I., & Bardsley, M. (2013). Effect of Telephone Health Coaching (Birmingham OwnHealth) on Hospital Use and Associated Cost: Cohort Study with Matched Controls. *BMJ*, 347.
- Stuart, G., & Sundeen, S. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St.Louis: Mosby Year Book.
- Thom, D., Ghorob, A., Hessler, D., Vore, D., Chen, E., & Bodenheimer, T. (2013). Impact of Peer Health Coaching on Glycemic Control in Low-Income Patient with Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*, 11, 137-144.
- Tuck, e. a. (2001). Comparative study of the spiritual perspectives and interventions of mental health and parish nurses. *Issue in Mental Health Nursing*, 22, 593-605.
- Urden, & Stacy. (2000). *Priorities in critical care nursing* (3rd ed.). Missouri: Mosby.
- Verhaeghe, Zuuren FJ, V., Defloor, & Duijnste, G. (2007). *How does information influence hope in family members of traumatic coma patients in intensive care unit?* 16, 1488-97.
- Williams CM. The identification of family members ‘contribution to patients’ care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care*. 2005;10(1):6–14.