

بررسی عوامل مرتبط با اضطراب خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

سهیلا ربیع سیاهکلی^۱، محمد حسین پورمعماری^۱، طاهره خالق دوست محمدی^۲، فریدون اسکندری^۳، آذر آوازه^۱

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی S_rabie23@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۱۲/۳ پذیرش: ۸۷/۵/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان، به‌خصوص در بخش مراقبت ویژه می‌تواند موجب ایجاد اضطراب در خانواده بیمار گردد. لذا مطالعه‌ای به منظور تعیین عوامل مرتبط بر اضطراب خانوادگی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه شهر رشت در سال ۱۳۸۵ انجام گردید.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۲۱۸ نفر از افراد خانوادگی ۱۳۰ بیمار بستری در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی بیمارستان آموزشی پورسینا و رازی مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخت و دیگری پرسشنامه استاندارد بررسی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۷۷/۱ درصد از اعضای خانوادگی بیماران مضطرب بودند. از میان عوامل مؤثر در اضطراب خانوادگی بیماران، در آزمون رگرسیون لجستیک ضریب شانس اضطراب را در اعضای خانواده با توجه به تفاوت‌های فردی به ازای افزایش هر واحد کاهش سطح هوشیاری در بیمار ۹/۷۲۶ بار افزایش، در خانوادگی با جنس مونث ۷/۱۷۱ بار افزایش، خانوادگی که در تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان بیمارشان نقش داشتند ۷/۴۳۳ بار و سن در افراد خانواده ۰/۹۳۹ بار افزایش نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج نقش چندین عامل مرتبط در ایجاد اضطراب در خانوادگی بیمار را نشان داد. لذا پیشنهاد می‌گردد، این عوامل در زمان پذیرش بیمار مورد بررسی قرار گرفته، مراقبت پرستاری جهت تسکین اضطراب در بیمار و اعضای خانواده به اجرا درآید.

واژگان کلیدی: اضطراب، بخش مراقبت ویژه، بیماران بستری، خانواده

مقدمه

خانواده به عنوان اولین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی دارای نقش، فرهنگ و ساختار ویژه‌ای است (۱ و ۲) که بنیان‌گذار سلامت جسمی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای خود می‌باشد (۳). اما یک‌سری عوامل همواره به‌طور ناگهانی می‌تواند سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار دهد (۴). تحقیقات نشان داده‌اند که بستری شدن یکی از افراد خانواده

در بیمارستان می‌تواند در دیگر اعضای آن ایجاد اضطراب و مشکلات روحی روانی نماید. به‌خصوص اگر این بیمار در بخش‌های پرتنشی مانند بخش مراقبت ویژه یا اورژانس بستری باشد، این اضطراب و تشویش مضاعف می‌شود (۵). گرنویک و همکارانش معتقدند که در ۲۴ ساعت اول پس از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، اعضای خانواده

۱- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، مربی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، مربی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا غیرقابل انکار بوده، بسیار متفاوت از سایر فرهنگ‌ها می‌باشد. در نتیجه مطالعه‌ای به منظور شناخت عوامل مرتبط بر اضطراب خانواده‌ی بیماران انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی با تعداد ۲۱۸ نفر از خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. برای تعیین حجم نمونه پس از مشاوره با متخصص آمار بعد از یک نمونه‌گیری آزمایشی به تعداد ۳۵ نفر حجم نمونه برای کلیه‌ی عوامل مرتبط در اضطراب خانواده بیماران با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۵ درصد اندازه‌گیری شد. روش نمونه‌گیری به روش آسان و معیار نمونه‌گیری در مطالعه شامل خانواده‌ی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه که شامل همسر، پدر، مادر، خواهر یا برادر و ولی یا قیوم قانونی بیمار خانواده بیماران با سن ۱۸ سال و بالاتر و بالاخره خانواده‌هایی که از مدت بستری بیمارشان در بخش مراقبت ویژه ۷ روز می‌گذشت (نمونه‌گیری از روز هفتم و بعد از آن شروع شد)، بود. به منظور نمونه‌گیری، پژوهشگر با کسب مجوز از ریاست محترم دانشکده‌ی پرستاری - مامایی شهید بهشتی و مراکز آموزشی - درمانی در پاییز و زمستان ۱۳۸۵ طی ۴/۵ ماه از اواسط مهر تا پایان بهمن ۱۳۸۵ در دو مرکز آموزشی درمانی پورسینا و رازی و سه بخش مراقبت ویژه‌ی شهر رشت انجام شد. پژوهشگر پس از شناسایی نمونه‌ها بر اساس معیارهای لازم، در ساعات ملاقات در شیفت عصر از ساعت ۲ تا ۴ بعدازظهر به این مراکز مراجعه نمود، خانواده‌ی بیماران را بر حسب داشتن شرایط ورود به پژوهش انتخاب و مورد نمونه‌گیری قرار داد. همچنین حداکثر از هر بیمار ۲ نفر از افراد خانواده را در نمونه‌گیری شرکت دادند. در صورتی‌که بیمار ازدواج کرده بود، همسر وی وارد مطالعه می‌شد (۱۹-۱۶ و ۱۳، ۱۰، ۹). ۱۳۰ بیمار بستری در بخش مراقبت

دچار یک بحران ناگهانی و شدیدی می‌شوند. در این وضعیت آن‌ها حالاتی مانند ترس شدید، ناراحتی، تشویش، اضطراب، عصبانیت و خستگی و ناامیدی را تجربه می‌کنند. این بحران هر روز نسبت به روز قبل افزایش یافته و اگر سیر آن به صورت یک نمودار رسم شود، در روز ششم به بالاترین حد خود رسیده، سپس در حد ثابت باقی می‌ماند و تا روز بیست و هشتم این حالت ادامه می‌یابد (۶). تمام این حالات می‌تواند تاثیر بدی در روابط اجتماعی، فردی و همچنین تصمیم‌گیری در موارد ضروری به‌خصوص در رابطه با بیمار بستری داشته باشد (۷). در تحقیقی که توسط پوچارد و همکارانش در فرانسه روی ۵۴۴ نفر از افراد خانواده بیماران بستری انجام شد، مشخص گردید که ۷۵/۵ درصد از افراد خانواده بیماران دچار اضطراب شده بودند که در این میان ۸۲/۷ درصد از افراد مضطرب را همسر بیمار تشکیل می‌دادند و این اضطراب در افرادی که در تصمیم‌گیری بیمارشان نقش داشتند به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده است (۸). لی و همکارانش معتقدند که عدم برآورده شدن یک سری نیازها در خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه می‌تواند باعث اضطراب در آنان گردد (۹) بسیاری معتقدند که یک‌سری عوامل می‌تواند باعث اضطراب در این خانواده‌ها شود که از جمله نوع بیماری، نسبت بیمار با خانواده، نان‌آور بودن بیمار در خانواده، وضعیت بیمار، نوع بیماری می‌باشد (۸و۶). توجه به نقش پرستار و مداخلات وی برای پیشگیری از اضطراب در خانواده بیماران بستری به خصوص در بخش مراقبت ویژه امری اساسی و مهم می‌باشد (۱۰). از آنجایی که همیشه پیشگیری بهتر و ارزاتر از درمان می‌باشد، لذا پیشگیری از اضطراب از اهمیت ویژه‌ای چه از نظر اجتماعی و چه از نظر سلامتی برخوردار می‌باشد (۲). مطالعات مرتبط با تعیین عوامل مرتبط در بروز اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بسیار اندک بوده و نیازمند بررسی بیشتری در این زمینه می‌باشد. در ایران نقش خانواده

سوالات در پرسشنامه مزبور بود. این پرسشنامه از طریق مصاحبه‌ی رو در رو با نمونه‌های پژوهش در اتاقی خلوت دربخش مراقبت ویژه به منظور جلوگیری از تاثیر پاسخ دهی افراد دیگر پرشد. اطلاعات پس از ورود به رایانه با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و با آزمون‌های کای دو و وگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

نتایج بیان‌گر آن بود که اکثریت بیماران مذکر (۶۶/۹ درصد) و در گروه سنی ۶۱ سال به بالا (۳۸/۵ درصد) قرار گرفته بودند. علت اصلی بستری شدن بیماران در بخش‌های ویژه، اختلالات داخلی، جراحی (۴۹/۲ درصد) بود (جدول ۱).

جدول ۱؛ ویژگی اطلاعات فردی بیماران بستری در ICU

متغیرها	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار
سن (سال)	۰-۱۸	۱۱	۸/۵
	۱۹-۳۵	۲۳	۱۷/۷
	۳۶-۶۰	۴۶	۳۵/۴
	۶۱+	۵۰	۳۸/۵
جنس	مذکر	۸۷	۶۶/۹
	مونث	۴۳	۳۳/۱
نوع بیماری	آسیب هم‌زمان چند عضو	۱۸	۱۳/۸
	تنفسی	۸	۶/۲
	داخلی - جراحی	۶۴	۴۹/۲
	مغز و اعصاب	۴۰	۳۰/۸
وضعیت تاهل	متاهل	۹۹	۷۶/۲
	مجرد	۳۱	۲۳/۸
متوسط درآمد ماهانه	بدون درآمد	۴۲	۳۲/۳
	۱۵۰ تا ۷۰۰ هزار	۷۵	۵۷/۷
	۱۵۰ تا ۳۰۰ هزار	۹	۶/۹
	بیشتر از ۳۰۰ هزار	۴	۳/۱
وضعیت بیمه	بلی	۱۱۸	۹۰/۸
	خیر	۱۲	۹/۲
	جمع	۱۳۰	۱۰۰

مشخصات فردی و سایر اطلاعات گرفته شده از ۲۱۸ نفر از اعضای خانواده بیماران در جدول ۲ آورده شده است.

ویژه برای ورود به مطالعه انتخاب شدند و در پی آن با مراجعه به پرونده‌ی بیماران اطلاعات تماس با اعضای خانواده جمع‌آوری گردید و پس از اخذ رضایت برای شرکت در مطالعه، ۲۱۸ نفر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. یکی از آن‌ها ابزار بررسی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) که دارای ۱۴ گزینه بوده و ۷ گزینه آن مربوط به بررسی افسردگی و ۷ مورد دیگر مربوط به بررسی اضطراب بود (۹، ۱۲، ۱۶ و ۱۸). در این پژوهش فقط اضطراب خانواده بیماران سنجیده شد. هر گزینه این پرسشنامه دارای امتیاز (صفر تا ۳) بوده، کسب امتیاز ۱۰ و بالاتر نشانه‌ی ابتلا به اضطراب شناخته می‌شد. این پرسشنامه از نظر روایی و پایایی در جامعه‌ی ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۲) که در این مطالعه نیز از طریق آزمون مجدد پایایی ابزار HADS ۰/۸۰ به دست آمد. ابزار دوم پرسشنامه‌ای محقق ساخته بود. این ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات بیوگرافیک بیمار و اعضای خانواده و عوامل مرتبط در اضطراب اعضای خانواده مورد استفاده قرار گرفت. بخش اول مربوط به بیمار بوده، شامل: سن، جنس، نوع بیماری، وضعیت تاهل، میانگین درآمد ماهانه، بیمه درمانی بود. بخش دوم شامل سوالاتی بود که از اعضای خانواده پرسیده شد که عبارت از سابقه‌ی بستری بیمار یا اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه، سطح هوشیاری بیمار، ارتباط نسبی بیمار با خانواده، سن اعضای خانواده، جنس، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، زندگی کردن با بیمار، نقش نان‌آور بیمار، حمایت بیمار با دستگاه تهویه‌ی مکانیکی، انجام عمل جراحی روی بیمار و تصمیم‌گیری در انتخاب نوع درمان بیمار بود. روایی این پرسشنامه از طریق محتوایی و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ انجام شد. همبستگی بین سوالات پس از یک نمونه‌گیری آزمایشی با تعداد ۳۴ پرسشنامه اندازه‌گیری شد که ضریب محاسبه شده برای ابزار مورد نظر ۰/۸۸ به دست آمد که نشان دهنده‌ی وجود همبستگی

جدول ۲. ویژگی اطلاعات فردی خانواده‌ی بیماران بستری در ICU (تعداد ۲۱۸ نفر)

متغیرها	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار
سابقه بستری بیمار یا یکی از افراد خانواده	۳۴	۱۵/۶	
ندارد	۱۸۴	۸۴/۴	
نسبت بیمار با خانواده	۵۷	۲۶/۱	
فرزند	۳۹	۱۷/۹	
پدر	۵۸	۲۶/۶	
مادر	۲۴	۱۱	
خواهر یا برادر	۴۰	۱۸/۳	
وضعیت هوشیاری بیمار	۷۲	۳۳	
عدم هشیار	۱۴۶	۶۷	
سن (سال)	۱۸-۳۵	۸۳	۳۸/۱
۳۶-۶۰	۱۱۳	۵۱/۸	۴۱/۶۱±۱۳/۷۶
+۶۱	۲۲	۱۰/۱	
جنس	مذکر	۱۰۹	۵۰
مونث	۱۰۹	۵۰	
شغل	خانه دار	۷۴	۳۳/۹
دانشجو	۵	۲/۳	
سایر	۱۳۹	۶۳/۸	
سطح تحصیلات	بی سواد	۳۸	۱۷/۴
زیر دیپلم	۸۷	۳۹/۹	
دیپلم	۵۷	۲۶/۱	
بالتر از دیپلم	۳۶	۱۶/۵	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۸۹	۸۶/۷
مجرد	۲۹	۱۳/۳	
زندگی کردن با بیمار	بلی	۱۲۴	۵۶/۸
خیر	۹۴	۴۳/۲	
نان آور بودن بیمار	بلی	۹۰	۴۱/۳
خیر	۱۲۸	۵۸/۷	
اتصال به دستگاه تهویه مکانیکی	بلی	۱۷۴	۷۹/۸
خیر	۴۴	۲۰/۲	
انجام عمل جراحی	بلی	۱۶۱	۷۳/۹
خیر	۵۷	۲۶/۱	
فرد تصمیم گیرنده	بلی	۱۲۹	۵۹/۲
خیر	۸۹	۴۰/۸	

در رابطه با سابقه‌ی بستری شدن بیمار یا یکی از افراد خانواده در بخش‌های ویژه، ۸۴/۴ درصد اعلام کردند که بیمار یا

اعضای خانواده سابقه‌ی بستری در بخش مراقبت ویژه را نداشته‌اند. از نظر نسبت فامیلی افراد مورد پژوهش با بیمار بستری ۲۶/۶ درصد به عنوان پدر بود. ۶۷ درصد بیمارشان دچار عدم هوشیاری، همچنین ۵۱/۸ درصد اعضای خانواده در گروه سنی ۳۶ تا ۶۰ سال بودند. از نظر جنس ۵۰ درصد واحدهای مورد پژوهش زن و ۵۰ درصد مرد بودند و شغل بیشتر آنها (۳۳/۹ درصد) خانه‌دار بودند. ۵۶/۸ درصد از افراد خانواده ذکر کردند که قبل از بستری شدن با بیمار خود زندگی نموده، بیمارشان نان‌آور خانواده (۴۱/۳ درصد) بوده است. از نظر تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان نیز ۵۹/۲ درصد افراد مورد پژوهش در تصمیم‌گیری برای بیمارشان در بیمارستان نقش داشتند. در ارتباط با وضعیت اضطراب در واحدهای مورد پژوهش نیز اکثریت واحدهای مورد پژوهش، یعنی ۷۷/۱ درصد مضطرب بوده‌اند. اکثر خانواده‌هایی که دچار اضطراب شده بودند افرادی بودند که بیمارشان در محدوده‌ی سنی صفر تا ۱۸ سال ($P=0/0001$) و مجرد ($P=0/01$) بودند (جدول ۳). عامل دیگر اضطراب در خانواده، کسانی بودند که بیمارشان مولتیپل تروما ($P=0/01$) بوده است. عوامل مرتبط دیگر، موقعیت بیمار در خانواده به عنوان فرزند ($P=0/0001$)، سن اعضای خانواده ($P=0/03$)، جنسیت اعضای خانواده ($P=0/0001$)، شغل اعضای خانواده ($P=0/007$)، سطح تحصیلات اعضای خانواده ($P=0/002$)، زندگی کردن با بیمار ($P=0/0001$)، نقش بیمار در خانواده به عنوان نان‌آور ($P=0/03$)، تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان ($P=0/0001$) بود.

جدول ۳ عوامل مرتبط با اضطراب خانوادگی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه (تعداد ۲۱۸ نفر) متغیرهای مرتبط با بیماران

متغیرها	غیر مضطرب		مضطرب		نوع آزمون و قضاوت
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن (سال)					
۰-۱۸	۰	۰	۱۸	۱۰۰	
۱۹-۳۵	۳	۷/۳	۳۸	۹۲/۷	$X^2=۲۲/۹۱$
۳۶-۶۰	۱۵	۱۹/۷	۶۱	۸۰/۳	$P=۰/۰۰۰۱$
+۶۱	۳۲	۳۸/۶	۵۱	۶۱/۴	
وضعیت تاهل					
متاهل	۴۵	۸۲/۶	۱۲۳	۷۳/۲	$X^2=۶/۱۴$
مجرد	۵	۱۰	۴۵	۹۰	$P=۰/۰۱$
نوع بیماری					
مولتیپل تروما	۰	۰	۳۱	۱۰۰	
تنفسی	۴	۳۰/۸	۹	۶۹/۲	$X^2=۱۱/۳$
داخلی - جراحی	۲۶	۲۴/۸	۷۹	۷۵/۲	$P=۰/۰۱$
مغز و اعصاب	۲۰	۲۹	۴۹	۷۱	
متغیرهای مرتبط با اعضای خانوادگی بیماران					
نسبت پاسخ دهنده‌ها با بیمار					
همسر	۵	۸/۸	۵۲	۹۱/۲	
فرزند	۲	۵/۱	۳۷	۹۴/۹	$X^2=۲۴/۶۲$
پدر	۲۰	۳۴/۵	۳۸	۶۵/۵	$P=۰/۰۰۰۱$
مادر	۱۰	۴۱/۷	۱۴	۵۸/۳	
خواهر یا برادر	۱۳	۳۲/۵	۲۷	۶۷/۵	
سن افراد خانواده					
۱۸-۳۵	۱۳	۱۵/۷	۷۰	۸۴/۳	$X^2=۸/۰۳$
۳۶-۶۰	۳۴	۳۰/۱	۷۹	۶۹/۹	$P=۰/۰۳$
+۶۱	۳	۱۳/۶	۱۹	۸۶/۴	
جنس					
مرد	۳۵	۳۲/۱	۷۴	۶۷/۹	$X^2=۱۰/۳۸$
زن	۱۵	۱۳/۸	۹۴	۸۶/۲	$P=۰/۰۰۱$
شغل					
بیکار	۱	۱۶/۷	۵	۸۳/۳	
کارمند	۲۰	۳۷	۳۴	۶۳	
کارگر	۲	۲۵	۶	۷۵	تست دقیق فیشر
کشاورز	۳	۱۷/۶	۱۴	۸۲/۴	$P=۰/۰۰۷$
خانه‌دار	۶	۸/۱	۶۸	۹۱/۹	
بازاری	۱۶	۲۶/۶	۳۸	۷۰/۴	
دانشجو	۲	۴۰	۳	۶۰	
سطح تحصیلات					
بی‌سواد	۵	۱۳/۲	۳۳	۸۶/۸	
زیر دیپلم	۱۶	۱۸/۴	۷۱	۸۱/۶	$X^2=۱۵/۲$
دیپلم	۱۲	۲۱/۱	۴۵	۷۸/۹	$P=۰/۰۰۲$
بالتر از دیپلم	۱۷	۴۷/۲	۱۹	۵۲/۸	
زندگی کردن با بیمار					
بلی	۱۱	۸/۹	۱۱۳	۹۱/۱	$X^2=۳۲/۸۵$
خیر	۳۹	۴۱/۵	۵۵	۸۵/۵	$P=۰/۰۰۰۱$
نقش بیمار در خانواده (نان‌آور)					
بلی	۱۴	۱۵/۶	۷۶	۸۴/۴	$X^2=۴/۷۲۳$
خیر	۳۶	۲۸/۱	۹۲	۷۱/۹	$P=۰/۰۳$
تصمیم‌گیری برای درمان بیمار					
بلی	۱۹	۱۴/۷	۱۱۰	۸۵/۳	$X^2=۱۲/۰۴۱$
خیر	۳۱	۳۴/۸	۵۸	۶۵/۲	$P=۰/۰۰۰۱$

همچنین در رابطه با عوامل فردی مؤثر در اضطراب نتایج آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که ضریب شانس اضطراب در افراد خانواده با توجه به تفاوت‌های فردی به ازای افزایش هر واحد کاهش سطح هوشیاری در بیمار ۹/۷۲۶ بار ($OR=9/726$) افزایش، در خانواده‌های با جنس

مونث ۶/۱۷۱ بار ($OR=6/171$) افزایش، خانواده‌هایی که در تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان و انجام امور خاص مثل جراحی برای بیمارشان نقش داشتند ۶/۴۳۳ بار ($OR=6/433$) افزایش و با افزایش سن در افراد خانواده ۰/۹۳۹ بار ($OR=0/939$) افزایش می‌یابد (جدول شماره ۴).

جدول ۴: عوامل پیشگویی‌کننده‌ی فردی مؤثر در اضطراب خانوادگی بیماران

ردیف	متغیرها	B	S.E	Wald	df	sig	Exp (B)= OR	CI
۱	کاهش سطح هوشیاری بیمار	۲/۲۷۵	۰/۹۵۲	۵/۷۰۹	۱	۰/۰۱۷	۹/۷۲۶	۱/۵۰۴ – ۶۲/۸۸
۲	جنس مونث در افراد خانواده	۱/۸۲۰	۰/۶۵۳	۷/۷۶۷	۱	۰/۰۰۵	۶/۱۷۱	۱/۷۱۶ – ۲۲/۱۹۱
۳	تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان و انجام امور خاص مثل جراحی	۱/۸۶۲	۰/۶۹۳	۷/۲۲۶	۱	۰/۰۰۷	۶/۴۳۳	۱/۶۵۶ – ۲۴/۹۹۹
۴	سن خانواده بیمار	۰/۶۳	۰/۰۳۱	۴/۰۶۳	۱	۰/۰۴۴	۰/۹۳۹	۰/۸۸۳ – ۰/۹۹۸

بحث

این مطالعه نشان داد که اکثریت اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه (۷۷/۱ درصد) مضطرب بودند و چندین عامل در ایجاد اضطراب آنها نقش داشته است. به‌طوری‌که در رابطه با عوامل مربوط به بیمار، خانواده‌هایی که بیمارشان در گروه سنی صفر تا ۱۸ سال قرار داشتند بیش از سایر موارد دچار اضطراب شده بودند. این یافته با نتایج مطالعه پوچارد و همکاران هم‌خوانی دارد و همیشه مشاهده‌ی فرد عزیز و مورد علاقه در یک وضعیت بحرانی می‌تواند برای خانواده یک عامل اضطراب‌آور باشد (۷ و ۱۲). همچنین در کشور ما با توجه به فرهنگ جامعه، ارتباط بین والدین با فرزندان بیشتر بوده، مسئولیت و تصمیم‌گیری در قبال فرزندان در بیشتر مواقع با والدین می‌باشد که این خود می‌تواند در اضطراب والدین دخیل باشد. نتایج نشان می‌دهد در

خانواده‌هایی که بیمارشان دچار آسیب عضوی چندگانه (مولتیپل تروما) بودند، اضطراب بیشتری داشتند. بدیهی است که آسیب به چند دستگاه از دستگاه‌های حیاتی بدن می‌تواند عامل نگران‌کننده‌تری برای خانواده‌ی بیمار باشد و در ذهن آن‌ها عدم بهبودی، طولانی‌تر شدن بستری و حتی خطر مرگ را تجسم نماید. در نتیجه شانس بروز اضطراب را در آن‌ها افزایش می‌دهد. کاواکامی و همکاران گزارش کردند که هشت متغیر در ایجاد اضطراب خانواده می‌تواند دخیل باشد، که دارا بودن نشانه‌ی تروما و شدت بیماری در بیمار از آن جمله‌اند (۱۳). در صورت داشتن بیماری با این وضعیت در بخش مراقبت ویژه اضطراب خانواده افزایش خواهد یافت. در مطالعه‌ی دیگری مشخص شد که خانواده‌ی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان با مشاهده‌ی وخیم بودن سلامتی بیمارشان بیشتر مضطرب می‌شدند (۱۴). همچنین در رابطه با

عوامل مرتبط با خانواده‌های بیماران، افرادی که سن آنها بالاتر از ۶۱ سال بودند، اضطراب بیشتری را نشان دادند. در این رابطه نتایج تحقیقات مورد و ونگر در انگلیس در دو بخش جراحی عمومی و مراقبت ویژه نشان داد که مادران با سن بالاتر میزان استرس بیشتری نسبت به مادران با سن کمتر دارند (۱۲). در کشور ما نیز از آنجایی که اغلب افراد در سنین بالا با فرزندان خود زندگی می‌کنند و دارای مسئولیت هستند، ولی بعد از بیماری و بستری شدن بیمارشان دچار تغییر نقش و یا تصمیم‌گیری در شرایط خاص بحرانی می‌شوند. لذا اضطراب در افراد با سن بالاتر بیشتر می‌باشد. میزان اضطراب در جنس مونث، به طور معنی‌داری بیشتر بوده است (۸۶/۲ درصد). از نظر پژوهشگران نیز با توجه به عاطفی بودن زنان و بالا بودن سطح اضطراب آنان نسبت به مردان به طور معمول، در اکثر مواقع تنش ناشی از بحران‌ها، بیشتر دامن‌گیر جنس مؤنث شده، اضطراب در آنان را افزایش می‌دهد. در این رابطه نتایج مطالعات آزلوی و همکاران، پوچارد و همکاران و چاین و همکاران با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارند (۱۷-۸۵ و ۸۱). همچنین خانم‌هایی که شغل آن‌ها خانه‌دار می‌باشد، اضطراب بیشتری را نسبت به سایر افراد نشان دادند (۹۱/۹ درصد). در عین حال نویدیان و همکاران در مطالعه‌ی خود به بالا بودن تنش در زنان خانه‌دار که مراقبت از بیمار را به‌عهده می‌گیرند، اشاره کرده، آن را تایید می‌کند (۱۸). میزان اضطراب خانواده‌هایی که بی‌سواد (۸۶/۸ درصد) و روستایی بودند، به طور معنی‌داری بیشتر از سایر خانواده‌ها می‌باشد. معنی‌دار بودن ارتباط بین میزان تحصیلات و همچنین روستایی بودن خانواده با اضطراب را می‌توان این‌گونه توجیه نمود که یکی از نیازهای مهم افراد خانواده داشتن اطلاعات و آگاهی از وضعیت بیمار خود می‌باشد، لذا در افرادی که بی‌سواد می‌باشند و همچنین بعد مسافت محل اقامت‌شان تا بیمارستان زیاد است، درک وضعیت بیمار برای‌شان پیچیده بوده، باعث اضطراب خانواده می‌شود ولی در مقابل، در

افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند، وضعیت بیمار و روند درمان را بهتر درک می‌نمایند و این مسئله خود می‌تواند موجب تسریع در تطابق و در نتیجه، اضطراب کمتر در افراد گردد. باتزلاف طی مطالعه‌ای در کالیفرنیا نشان داد که بین سطح تحصیلات و میزان اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد و به این ترتیب نتیجه‌ی کسب شده در این مطالعه را مورد تایید قرار می‌دهد (۱۹). همچنین میزان اضطراب خانواده‌هایی که با بیمار خود زندگی می‌کردند (۹۱/۱ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از خانواده‌هایی است که با بیمارشان زندگی نمی‌کردند. در این رابطه آزلوی و همکاران معتقدند که بستری شدن یکی از اعضای اصلی خانواده در بخش مراقبت ویژه باعث اضطراب در دیگر اعضای خانواده می‌شود (۱۵). معنی‌دار بودن این ارتباط را می‌توان از دو دیدگاه توجیه نمود. زندگی نمودن افراد با یکدیگر موجب وابستگی و احساس مسوولیت نسبت به هم می‌گردد و ایفای نقش افراد خانواده است که بستری شدن یکی از آنها، موجب اختلال در عملکرد و تغییر نقش در خانواده می‌شود که خود می‌تواند موجب بروز اضطراب در افراد خانواده و نزدیکان وی گردد. همچنین میزان اضطراب خانواده‌هایی که بیمار آنان نان‌آور خانواده می‌باشند (۸۴/۴ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از خانواده‌هایی است که بیمارشان نان‌آور خانواده نبوده است. اگر فردی که در خانواده بیمار می‌شود، نان‌آور خانواده باشد، نگرانی خانواده در این مساله است که بیمار تا چه مدت قادر به کار کردن نیست و یا چه مدت طول می‌کشد تا از بیمارستان خارج شود و مشغول به کار گردد که همه‌ی این موارد در میزان بروز اضطراب خانواده تاثیر می‌گذارد (۴). در این پژوهش با توجه به این که بیشترین درصد اضطراب در زنان و از جمله زنان خانه‌دار مشاهده شد، لذا در صورت بیماری و بستری شدن فردی که مخارج زندگی را عهده‌دار بوده است به‌طور مسلم خانواده را دچار مشکلات مالی فراوانی می‌نماید. به‌ویژه در کشور ما که هیچ‌گونه حمایتی از

بروز اضطراب در خانوادگی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه گردید. که عبارت از سن پایین بیمار به‌خصوص در محدوده‌ی صفر تا ۱۸ سال، مجرد بودن بیمار، ابتلا بیمار به چندین آسیب بدنی و سن بالای ۶۰ سال در اعضای خانواده، جنسیت مونث در اعضای خانواده، موقعیت بیمار در خانواده (کودک)، شغل خانه دارد در اعضای خانواده، سطح تحصیلات (بی‌سواد) در اعضای خانواده، زندگی کردن با بیمار، نقش ناآوری بیمار در خانواده، نقش خانواده در تصمیم‌گیری نحوه‌ی درمان بیمار بود. لذا توصیه می‌شود در مراکز درمانی که بیماران بد حال و ترومایی در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شوند، محلی برای اعضای درجه‌ی اول خانواده‌ها با امکانات اولیه در نظر گرفته شود. همچنین توصیه می‌شود در بدو ورود بیمار، اعضای درجه‌ی اول خانواده بیمار نیز مورد بررسی قرار گیرند و با توجه به مشخص شدن نیازها و وضعیت اضطراب آن‌ها، عوامل دخیل رفع و در صورت لزوم مشاوره شوند.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. مولفین از همکاری صمیمانه سرپرستاران و پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی پورسینا و رازی رشت جهت اجرای این تحقیق سپاس‌گزاری و تقدیر و تشکر می‌نمایند.

سوی سازمانی خاص برای حمایت‌های مالی این گونه خانواده‌ها در کوتاه مدت ارایه نمی‌گردد، بروز اضطراب شدیدتر خواهد شد. میزان اضطراب خانواده‌هایی که در تصمیم‌گیری برای پی‌گیری درمان و انجام امور خاص مانند جراحی بیمار خود نقش داشتند (۵۸/۳ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از خانواده‌هایی بود که نقشی در تصمیم‌گیری مورد نظر نداشتند. مور و همکارانش نیز معتقدند که تصمیم‌گیری در مورد بیمار باعث ایجاد استرس و اضطراب در وابستگان می‌شود که باید آن‌ها را در این تصمیم‌گیری راهنمایی نمود (۲۰). به اعتقاد پژوهشگران نگرانی ناشی از اتخاذ تصمیم صحیح در مورد بیمار با توجه به عدم یا کمبود آگاهی فرد می‌تواند، به عنوان عامل مؤثر بر بروز اضطراب به‌شمار آید. همچنین در سیستم درمانی موجود معمولاً جهت تصمیم‌گیری در امور درمانی متأسفانه خانواده فقط نقش امضاکننده را دارد و دانش و اطلاعاتی در مورد تاثیر روش درمانی و یا تصمیم گرفته شده به آنان ارایه نمی‌شود و این خود موجب بروز اضطراب می‌گردد. در انتها لازم به ذکر می‌باشد که یافته‌های حاضر بر گرفته از نمونه‌های بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی رشت می‌باشد و قابل تعمیم در سایر بیمارستان‌های ایران نمی‌باشد.

نتیجه گیری

از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که چندین عامل باعث

References

- 1- Behnoudi Z. Family health and management. Tehran: Boshra; 2003.
- 2- Stanhop M, Lancaster J. Foundations of nursing in the community: Community-oriented practice. ST. Louis: Mosby Inc; 2006.

- 3- Clemen-Stone S, McGuire SL, Eigsti DG. Comprehensive community health nursing family, aggregate, community practice. ST. Louis: Mosby Inc; 2002.
- 4- Du Gas, Beverly Witter; Introduction to patient care comprehensive Approach

- to Nursing. ST. Louis: Mosby Inc; 2006.
- 5- Bephage G. Social and Behavior Sciences for Nurses. London, Philadelphia: Churchill Livingston; 2000.
- 6- Grenvik A, Ayres SM, Holbrook PR, Shoemaker WC. Text book of critical care. Philadelphia, London: W.B. Saunders Co; 2000.
- 7- Sole ML, Klein DG, Moseley JM. Introduction to critical care nursing. Elsevier: Saunders; 2005.
- 8- Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2005; 20: 90-6.
- 9- Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003; 12: 490-500.
- 10- Horn VA, Tesh A. Learn how to help patients' families adapt to the stresses of the ICU. *Nurs Manage*. 2001; 31: 32FH.
- 11- Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 1-6.
- 12- Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *J Pediatr Nurs*. 2003; 18: 195-202.
- 13- Kawakami C, Matsoka M, Taki K. A study on the factors influencing the anxiety of family members in the emergency department. *Fukuoka Igaku Zasshi*. 2004; 95: 73-9.
- 14- Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, et al. Creating opportunities for parent empowerment: program effects on the mental health / coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*. 2004; 113: e597-607.
- 15- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005; 171: 987-94.
- 16- Chien W, Chiu Y L, Lam L, Ip W. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Intel J Nurs Studies*. 2006; 43: 39-50.
- 17- Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med*. 2001; 29: 1893-7.
- 18- Navidian A, Saslar A, Kermansaravi F. Study of burden experienced by family patients' family caregivers of patients with mental disorder in mentally ill hospital and psychiatric center. *Teb and tazkiyeh*. 2004; 52: 19-25.
- 19- Butzlaff Al. Family members prior to surgery: Exploring stress, anxiety, family functioning and perceived support [dissertation]. San Francisco: United State university of California; 2005. Available from: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=932401221&sid=1&Fmt=2&clientId=48026&RQT=309&VName=PQD>.

- 20- Moore T, Woodrow P. High and support. New york: USA and Canada; depending nursing care observation. Intervention 2004.

Study on Effective Factors on Patients' Family Members Anxiety in Intensive Care Units

Rabie Siahkali S¹, Pourmemari MH¹, Khaleghdoost Mohamadi T², Eskandari F³, Avazeh A¹

¹School of Nursing and Midwifery, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran.

²School of Nursing and Midwifery, Gillan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

³School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Rabie Siahkali S, School of Nursing and Midwifery, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran.

E-mail: S-rabie23@yahoo.com

Received: 21 Feb 2009

Accepted: 8 Aug 2009

Background and Objective: Hospitalization of a family member especially in the intensive care units (ICUs) is a crisis that can cause anxiety in the whole family. The present study was conducted to determine some effective factors that can lead to anxiety in families of patients hospitalized in Rasht ICUs in 2006.

Materials and Methods: In this cross-sectional study 218 family members of 130 inpatients of Rasht Poorsina and Razi hospital ICUs were selected. Data were collected using researcher-made and hospital anxiety depression (HADS) questionnaires.

Results: The results showed that the majority (77.1%) of patients' family members were anxious. The anxiety odd ratio (OR) by logistic regression showed that anxiety rate increased with the decrease of patients' consciousness level (OR= 9.726 per additional point), family members' sex (OR= 6.171), making decision by family members (OR= 6.433) and older age (OR= 0.939 per additional year).

Conclusion: The results confirmed the role of several important factors in inducing anxiety to the ICU inpatients' families which require further consideration. These factors are recommended to be investigated upon admission and provide nursing care for preventing and overcoming anxiety in both patients and families.

Key words: Anxiety, Family, Inpatient, Intensive care unit