

# دانشور پزشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی  
دانشگاه شاهد  
سال بیستم - شماره ۱۰۳  
اسفند ۱۳۹۱

دریافت: ۹۱/۹/۱

آخرین اصلاح‌ها: ۹۱/۱۲/۴

پذیرش: ۹۱/۱۲/۹

## بررسی میزان اضطراب و عوامل جمعیت‌شناسی مرتبط با آن در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه: مطالعه مقطعی در شهر تهران

راضیه بندری<sup>۱</sup>، مجیده هروی کریموی<sup>۲\*</sup>، ناهید رژه<sup>۳</sup>، فرید زایری<sup>۴</sup>، مجید میرمحمدخانی<sup>۵</sup>، علی منتظری<sup>۶</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲- استادیار- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو، گروه سلامت سالمندی، تهران، ایران

۳- استادیار- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو، گروه سلامت سالمندی، تهران، ایران

۴- استادیار- مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- استادیار- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ایران

۶- استاد- گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، ایران

E-mail: heravi@shahed.ac.ir

\* نویسنده مسئول: مجیده هروی کریموی

### چکیده

مقدمه و هدف: بیماری می‌تواند به عنوان یک عامل تنش‌زا باعث ایجاد بحرانهای شدید روانشناختی در خانواده شود؛ به خصوص زمانی که بیماری به بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه می‌انجامد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اضطراب در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه و عوامل جمعیت‌شناسی مرتبط با آن در تهران انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی بر روی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد. از پرسشنامه استاندارد STAI، برای اندازه‌گیری اضطراب استفاده گردید. مشخصات مورد مطالعه عبارت بودند از جنس و سن بیمار و عضو خانواده وی، وضعیت تاهل، شغل، وضعیت اقتصادی و تحصیلات عضو خانواده، دلیل و مدت زمان بستری بیمار در بخش ویژه و تجربه قبلی عضو مراقب از بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه. تحلیل با استفاده از مدل‌های رگرسیون لجستیک ساده و چندگانه انجام شد.

**نتایج:** ۸۰ نفر با میانگین سنی  $40/99 \pm 8/89$  در مطالعه شرکت نمودند. میانگین نمره اضطراب آنها  $110/05 \pm 17/81$  بود، به طوری که به ترتیب  $66/2\%$  و  $33/8\%$  در گروه‌های با اضطراب کمتر و بیشتر قرار گرفتند. رگرسیون لجستیک نشان داد افزایش سن عضو خانواده و متاهل بودن وی شانس قرار گرفتن در گروه با اضطراب بالا را افزایش می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط مشاهده شده میان سن و تاهل عضو خانواده با متغیر اضطراب، اقدامات حمایتی و توجه بیشتری جهت اعضای مسن و متاهل خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه پیشنهاد می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** اضطراب، بخش مراقبت ویژه، خانواده.

## مقدمه

خانواده مهم‌ترین و بنیادی‌ترین واحد اجتماع است که بیشترین تاثیر را بر اعضاء خود دارد. اعضای یک خانواده به طور مستقیم تحت تاثیر مجموعه خانواده قرار می‌گیرند و همواره در شرایط سخت یا بحرانی، تعهد خاصی نسبت به یکدیگر دارند (۱). بیماری می‌تواند به عنوان یک عامل تنش زا باعث ایجاد بحران در خانواده شود. بیماری بر الگوی طبیعی زندگی اعضای خانواده فرد بیمار اثر می‌گذارد و منجر به ناراحتی ایشان می‌شود و این موضوع به خصوص زمانی که بیماری به بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه بینجامد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۲).

این خانواده‌ها ممکن است بحرانهای شدید روانشناختی را در روزهای اول بستری شدن بیمارشان در بخش مراقبت ویژه تحمل نمایند. عواقب بالقوه یک بیماری مهم در خانواده می‌تواند به اندازه ای فاجعه بار باشد که باعث عدم تعادل، و تسریع بحران در درون پایدارترین سیستم های خانواده شود (۳). شواهد بیانگر ایجاد سندرم پس از حادثه شده، علائم اضطراب، تنش و افسردگی، و همچنین تغییرات زیادی در فعالیت‌های روزمره، سبک زندگی، رژیم غذایی و کیفیت خواب، افزایش غم و اندوه و کاهش امیدواری و توانمندی اعضای خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه می‌باشد (۴-۶). آثار و عوارض این علائم بر کیفیت زندگی تا سه ماه پس از ترخیص از بیمارستان در ۳۳٪ از اعضای خانواده‌ها دیده می‌شود (۷).

کارکنان حرف پزشکی در بخش های مراقبت ویژه، غالباً شاهد تاثیر مخرب و ویران کننده بیماری وخیم عضو بیمار بر روی سایر اعضای خانواده می‌باشند (۸). در واقع کاملاً منطقی است اگر گفته شود، خانواده به لحاظ اهمیت و نقش به سزایی که برای بیمار دارد در مداخله‌های مراقبتی به اندازه خود بیمار باید مهم تلقی شود (۹). شواهد بیانگر آن است شناخت و درک شرایط

خاص اعضای خانواده بیمار در کنار تسلی و آرامش عاطفی آنها، بر طرف کردن نیازهای شخصی روزانه و ایجاد محیطی امن و راحت برای استراحت و رفع خستگی ایشان، سبب کاهش اضطراب و پریشانی ایشان می‌گردد (۱۰-۱۲).

اهمیت سلامت روحی خانواده و مراقبین خانوادگی در ارائه و تداوم حمایت و مراقبت از این گونه بیماران امری انکار ناپذیر است. بی‌توجهی ناخواسته به شرایط خاص اعضای خانواده بیماران بخصوص در شرایطی که بیمار بدحال دارند، می‌تواند بر شرایط درمانی بیمارانشان تاثیرات نامطلوبی داشته باشد. این موضوع به خصوص در زمانهایی که لازم است تصمیم‌های به جا و به موقع در رابطه با بیمار بد حال از سوی خانواده وی اتخاذ و اعلام گردد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۱۳). یک مطالعه نشان می‌دهد که ۵۰ درصد اعضای این خانواده‌ها به دلیل شرایط اضطرابی پیش آمده قادر به درک توضیحات پزشکان معالج در رابطه با پیش‌آگهی، تشخیص و درمان بیماری نیستند (۶).

با توجه به ساختار فرهنگی، اجتماعی و مذهبی ایران و اهمیتی که این ساختار برای رکن خانواده قایل است و با عنایت به عدم کفایت مطالعات صورت گرفته در خصوص اضطراب در میان اعضای خانواده‌هایی که بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه دارند، مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان اضطراب در اعضای خانواده بیماران و تعیین مهمترین عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با آن در شهر تهران انجام شده است.

## روش کار

این مطالعه مقطعی بر روی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد. انتخاب افراد مورد مطالعه بر اساس روش نمونه‌گیری احتمالی، پس از تعیین حجم نمونه‌ی مورد نیاز انجام گرفت. حجم نمونه براساس نتایج یک مطالعه مقدماتی با استفاده از

فرمول  $n = Z_{\alpha/2}^2 \cdot S^2 / d^2$  با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای مورد قبول (d) برابر ۵ درصد میانگین محاسبه و حداقل تعداد مورد نیاز نمونه ۸۰ نفر برآورد گردید. پس از کسب مجوز از دانشگاه شاهد و دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و مراکز درمانی مورد نظر و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذی ربط در صورت رضایت اعضای خانواده مبنی بر شرکت در پژوهش انجام شد.

روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که افراد مورد مطالعه با مراجعه محقق به ۵ بیمارستان منتخب عمومی دولتی دانشگاهی شهر تهران مجهز به واحد مراقبت ویژه انتخاب گردیدند؛ شایان ذکر است که بیمارستان‌های مذکور خود به طور تصادفی از میان بیمارستان‌های منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران انتخاب شده بودند. انتخاب نمونه‌های مربوط به هر بیمارستان براساس انتخاب تصادفی از میان همراهان حاضر بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در ساعت ملاقات انجام شد. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، معیار اصلی ورود به مطالعه این بود که مراقب و همراه اصلی بیمار در زمان تحقیق یکی از اعضای خانواده فرد شامل همسر، فرزند و یا والدین بیمار باشد. سایر معیارهای ورود به مطالعه برای مشارکت کنندگان در پژوهش عبارت بود از سن ۱۸ سال یا بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن و یا تکلم به زبان فارسی و تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای عدم ورود به مطالعه نیز عبارت بود: ابتلا فرد به معلولیت‌های جسمی نظیر ناشنوایی، نابینایی و یا معلولیت‌های حرکتی و نیز مراقبت هم‌زمان از دیگر افراد خانواده به دلیل بیماری جسمی یا ذهنی در منزل و یا بیمارستان. هدف و فرآیند

پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشریح شد. همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنها، محرمانه خواهد بود و در صورت تمایل، می‌توانند از نتایج پژوهش مطلع گردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود که به صورت خودایفا توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل گردید. پرسشنامه اول نسخه فارسی پرسشنامه حالت-صفت اضطراب اسپیلبرگر<sup>۱</sup> (STAI) بود. این پرسشنامه دارای دو مقیاس حالت و صفت اضطراب است که هر کدام دارای ۲۰ عبارت است و میزان آزمودنی را در هر مقیاس (حالت-صفت) می‌سنجد و از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار بوده است (۱۴). این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی هنجاریابی شده و از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار بوده است (۱۵). مقیاس مذکور شامل دو مقیاس خود گزارش‌دهی می‌باشد که برای اندازه‌گیری سنجش یک حالت عاطفی و احساسی زودگذر (A-State) و نیز احساس نسبتاً پایداری از اضطراب (A-Trait) طراحی شده است. برای مقیاس A-State پاسخ دهندگان احساسات خود را در زمان کنونی و همین حالا (یعنی درست زمان اجرای آزمون) در یک مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت از (۱) به هیچ وجه تا (۴) خیلی زیاد بیان می‌کنند. در مقیاس A-Trait پاسخ‌دهندگان احساسات کلی و معمول خود را، باز در مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت از (۱) تقریباً هرگز تا (۴) تقریباً همیشه بیان می‌کنند. دامنه نمرات برای هر یک از دو مقیاس فوق از ۲۰ (بدون اضطراب) تا ۸۰ (اضطراب بسیار بالا) است. لذا جمع نمرات برای کل پرسشنامه بین ۴۰ تا ۱۶۰ می‌باشد (۱۴ و ۱۵). توضیح این که در مطالعه حاضر،

1. State-Trait Anxiety Inventory

## یافته‌ها

۸۰ نفر از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه پس از اعلام رضایت در پژوهش شرکت نمودند، به طوری که جوان‌ترین آن‌ها ۲۵ سال و مسن‌ترین آن‌ها ۵۷ سال داشتند. میانگین سن این افراد  $40/99 \pm 8/89$  بوده و آن‌ها در زمان انجام تحقیق از افرادی مراقبت می‌کردند که میانگین سنی  $52/57 \pm 22/67$  داشتند (جوان‌ترین بیمار ۱۵ سال و مسن‌ترین آن‌ها ۹۰ سال سن داشت). بررسی بیماران بستری نشان می‌دهد که ۵۵٪ ایشان مذکر بودند به طوری که علت اصلی بستری شدن آن‌ها در بخش مراقبت ویژه در ۶۷/۵٪ موارد به دلیل مشکلات غیرجراحی بوده است. از میان اعضای خانواده بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه ۴۳ نفر (۵۳/۸٪) زن بودند، ۵۲/۵٪ از ایشان در گروه سنی ۴۰ یا کمتر از ۴۰ قرار داشتند، ۴۷/۵٪ ایشان با بیمار نسبت فرزندی داشتند، ۸۳/۸ درصد ایشان متأهل بوده و اکثر ایشان (۳۵٪) از نظر تحصیلات دیپلمه بودند. ۵۲/۵ درصد از اعضای خانواده، همراهانی بودند که در زمان جمع‌آوری اطلاعات، بیمارشان کمتر از ۲۴ ساعت در بخش مراقبت ویژه بستری بوده است. ۷۰٪ این افراد کسانی بودند که بیمارشان برای بار اول در آن واحد بستری شده بود. اطلاعات بیشتر در خصوص مشخصات فردی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ آمده است.

آلفای کرونباخ گویه‌های پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شد که موید همسانی درونی بالا برای آن است. ابزار دوم یک پرسشنامه محقق ساخته بود که برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی بیماران و اعضای خانواده ایشان مورد استفاده قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آنالیز واریانس یکطرفه به منظور مقایسه میانگین نمرات اضطراب میان زیر گروه‌های تعریف شده برای هریک از متغیرهای مورد مطالعه و نیز با به کارگیری مدل رگرسیون لجستیک ساده و چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری برای آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. توضیح اینکه استفاده از مدل رگرسیونی لجستیک در کنار آنالیز واریانس یکطرفه به منظور محاسبه نسبت‌های شانس تطبیق یافته و آزمون معنی‌داری آنها بوده است. در گام تحلیل رگرسیونی به منظور بررسی تاثیر همزمان همه متغیرهای مورد مطالعه در کنار هم از یک مدل لجستیک چندگانه استفاده شد. در این تحلیل رگرسیونی برای ارزیابی دقیق‌تر عوامل اثرگذار، به وسیله روش حذف پسر<sup>۱</sup> و براساس آزمون نسبت درستنمایی<sup>۲</sup> متغیرهای کم اثر از مدل حذف و مدل فروکاسته<sup>۳</sup> نهایی برازش یافت. در این مدل برای نشان دادن شدت ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته از نسبت شانس تطبیق یافته<sup>۴</sup> استفاده شد.

۱. Backward Elimination

۲. Likelihood ratio test

۳. Reduced model

۴. Adjusted OR

جدول ۱. مشخصات بیماران و اعضای خانواده ایشان به همراه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب اعضای خانواده

## مورد مطالعه

سطح معناداری	میانگین نمره اضطراب ± انحراف معیار	تعداد (درصد)	مشخصات افراد مورد مطالعه	
۰/۳	۱۰۸/۲۳ ± ۱۶/۲۶	۴۴ (۵۵)	مرد	جنسیت بیمار
			زن	
۰/۴	۱۱۳/۵۳ ± ۱۶/۴۳	۳۲ (۴۰)	۴۰ یا کمتر از ۴۰ سال	گروه سنی بیمار
			۴۱ تا ۶۰	
			۶۱ تا ۸۰	
			بیشتر از ۸۰	
۰/۵	۱۰۸/۳۸ ± ۱۶/۴۳	۲۶ (۳۲/۵)	ICU جراحی	بخش مورد پذیرش
			ICU داخلی	
۰/۰۹	۱۱۲/۲۳ ± ۱۷/۳۹	۵۶ (۷۰)	اولین بار	دفعات بستری
			بیش از یکبار	
۰/۴	۱۱۶/۶۰ ± ۱۷/۳۰	۴۲ (۵۲/۵)	۲۴ ساعت اول	مدت زمان بستری
			۴۸ تا ۷۲ ساعت	
۰/۹	۱۰۹/۹۵ ± ۱۵/۷۱	۳۷ (۴۶/۲۰)	مرد	جنسیت عضو خانواده
			زن	
۰/۲	۱۲۰/۰۷ ± ۲۰/۲۳	۴۲ (۵۲/۵)	۴۰ یا کمتر از ۴۰ سال	گروه سنی عضو خانواده
			۴۱ تا ۶۰	
۰/۴	۱۰۹/۲۹ ± ۱۸/۰۱	۱۷ (۲۱/۲)	همسر	نسبت عضو خانواده با بیمار
			فرزندان	
			والدین	
۰/۳	۱۰۷/۵۶ ± ۱۷/۱۹	۳۲ (۴۰/۰)	دیپلم و کمتر	تحصیلات عضو خانواده
			بالای دیپلم	
۰/۳	۱۰۹/۲۱ ± ۱۷/۳۴	۶۷ (۸۳/۸)	متاهل	وضعیت تاهل عضو خانواده
			مجرد	
۰/۴	۱۱۴/۰۴ ± ۱۸/۰۲	۲۴ (۳۰/۰)	خانه دار	وضعیت اشتغال عضو خانواده
			کارمند	
			سایر مشاغل	
۰/۷	۱۱۰/۰۴ ± ۱۹/۶۲	۲۴ (۳۰/۰)	کم	کفایت منابع مالی
			در حد متوسط	
			کافی	
۰/۶	۱۰۸/۸۴ ± ۱۷/۸۷	۲۵ (۳۱/۲)	بله	تجربه داشتن بیمار در بخش واحد مراقبت ویژه
			خیر	

تاهل، شغل و تحصیلات عضو خانواده و وضعیت اقتصادی او، دلیل و مدت زمان بستری بیمار در بخش ویژه و بالاخره داشتن تجربه قبلی مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت های ویژه. در گام بعدی از تحلیل رگرسیون لجستیک با روش حذف پسر و به منظور بررسی اثر همزمان متغیرهای مستقل بر متغیر پاسخ استفاده شد. به دنبال حذف منطقی متغیرهای کم تاثیر در برازش مدل فرو کاسته، متغیرهای جنسیت بیمار در کنار سن عضو خانواده بیمار، سطح تحصیلات او و نیز وضعیت تاهل وی در مدل نهایی باقی ماندند که از بین این چهار متغیر، دو متغیر معیندار بودن ارتباط خود را کاملاً حفظ کردند ( $p < 0/05$ ). این متغیرها عبارت بودند از سن عضو خانواده ( $1/05 =$  نسبت شانس تطبیق یافته،  $p = 0/01$ ) و وضعیت تاهل وی ( $0/23 =$  نسبت شانس تطبیق یافته،  $p = 0/03$ ). بر این اساس بالا رفتن سن و متاهل بودن شانس داشتن اضطراب بالا را به طور معنی داری می دهند. ارتباط میان مونث بودن بیمار با افزایش اضطراب اعضای خانواده گرچه معنی دار نیست اما قابل توجه می باشد ( $0/39 =$  نسبت شانس تطبیق یافته،  $p = 0/052$ ). جدول ۲ نسبت شانس های تطبیق یافته افزایش اضطراب (براساس گروه بندی شرکت کنندگان در دو گروه اضطراب بیشتر و کمتر) را برای هر یک از متغیرهای مستقل مورد مطالعه براساس مدل نهایی فروکاسته نشان می دهد.

طبق یافته های مربوط به پرسشنامه اضطراب، میانگین نمره کل اضطراب برای کل شرکت کنندگان  $110/05 \pm 17/81$  بود، به طوری که کمترین نمره برابر با  $61/00$  و بیشترین نمره برابر با  $146/00$  بود. از میان اعضای خانواده شرکت کننده در مطالعه، نمره کل  $53$  نفر از نظر اضطراب  $120$  و یا کمتر از آن و  $27$  نفر بالاتر از  $120$  بود. به این ترتیب  $66/2\%$  از اعضای خانواده مورد مطالعه در گروه اضطراب کمتر و  $33/8\%$  از ایشان در گروه با اضطراب بیشتر قرار گرفتند. همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، تفاوت عددی میان نمرات اضطراب در میان زیر گروه ها در خصوص سطح تحصیلات ( $p = 0/035$ ) معنی دار و در خصوص دفعات بستری ( $p = 0/094$ ) قابل توجه بود. به این ترتیب که افراد با سطح تحصیلاتی راهنمایی و نیز کسانی که برای بار اول تجربه همراهی بیمار بستری در بخش ویژه داشتند از نظر عددی میانگین نمره اضطراب بالاتری داشتند. در آنالیز واریانس و مقایسه میانگین ها تفاوت معنی داری میان زیر گروه های تعریف شده برای سایر متغیرها دیده نشد.

پیش از انجام تحلیل رگرسیون چندگانه، به کمک مدل های رگرسیونی ساده ارتباط میان هر یک از متغیرها با وضعیت اضطراب به صورت مجزا بررسی شد. نتایج نشان داد که کلیه متغیرهای مورد مطالعه ارتباط معنی داری را با وضعیت اضطراب دارند. این متغیرها عبارتند از جنس و سن بیمار و عضو خانواده وی، وضعیت

جدول ۲. نسبت های شانس تطبیق یافته افزایش اضطراب<sup>†</sup> برای هر یک از متغیر های اصلی مورد مطالعه در مدل

فروکاسته نهایی

متغیر	نسبت شانس (۹۵٪ فاصله اطمینان)	پی مقدار
زن بودن بیمار	$0/39 (0/14, 1/01)$	$0/05$
سن عضو خانواده (سال)	$1/05 (1/01, 1/10)$	$0/01$
سطح تحصیلات عضو خانواده بیمار	$1/39 (0/93, 2/11)$	$0/1$
مجرد بودن عضو خانواده بیمار	$0/23 (0/06, 0/87)$	$0/03$

<sup>†</sup> افراد مورد مطالعه اگر نمره برابر یا کمتر از  $120$  داشتند در گروه با اضطراب کمتر و چنانچه دارای نمره بیشتر از  $120$  بودند در گروه با اضطراب بیشتر تعریف شده اند.

## بحث و نتیجه‌گیری

ابتلا به بیماریهای تهدید کننده حیات و متعاقب آن بستری شدن فرد در یک واحد مراقبتی ویژه، غالباً به صورت غیر منتظره‌ای روی داده و زمان کافی برای کسب آمادگی در اختیار خانواده بیمار قرار نمی‌دهد. این رویداد بعضاً فاجعه آمیز، اغلب منجر به بروز آشفتگی عاطفی و اضطرابی قابل توجه در اعضای خانواده بیمار می‌گردد. با عنایت به این که نرخ مرگ و میر بیماران بستری در این بخش بین ۱۲-۱۷٪ است، این ترس و اضطراب نباید غیر موجه تلقی شود (۱۶-۱۹). با توجه به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی، و نیز تجربه قبلی داشتن بیمار در واحد مراقبت ویژه و به طور کلی عوامل متفاوت موثر بر وضعیت بیم و هراس افراد، اعضای خانواده بیمار در اغلب موارد به سختی با این تجربه تنش‌زا مواجه می‌شوند (۲۰). یافته‌ها وجود اضطراب را در اکثریت مشارکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد. پوچارد و همکاران<sup>۱</sup> در مطالعه خود بستری شدن در بیمارستان به خصوص در بخش‌های ویژه را به‌عنوان یک عامل اضطراب‌آور برای خانواده و نزدیکان فرد بیمار ذکر نموده‌اند. گرنویک<sup>۲</sup> و همکاران معتقدند که در ۲۴ ساعت اول پس از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، اعضای خانواده دچار یک بحران ناگهانی و شدید 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 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 (۲۱).

نتایج تحلیل‌های ساده و حاشیه‌ای در مطالعه ما نشان داد عوامل متعددی با افزایش اضطراب اعضای

بیماران می‌توانند ارتباط داشته باشند، اما با در نظر گرفتن مدل نهایی ملاحظه می‌شود جنسیت بیمار در کنار سن عضو خانواده بیمار، سطح تحصیلات او و نیز وضعیت تاهل وی می‌توانند به‌عنوان عوامل قوی‌تری از نظر ارتباط با اضطراب مورد بحث قرار بگیرند. طبق یافته‌های مطالعه ما نمره اضطراب اعضای خانواده در مواردی که بیمار مؤنث می‌باشد بیشتر گزارش شده است. تحلیل رگرسیونی ساده نیز تایید می‌کند که شانس افزایش اضطراب در مواردی که بیمار زن می‌باشد بیشتر است. اما نتایج تحلیل‌های چندگانه با آن همسو نیست و این نتیجه‌گیری را تایید نمی‌کند. این یافته در خصوص جنسیت عضو خانواده بیمار هم صادق است. از نظر برخی از پژوهشگران، با توجه به عاطفی بودن زنان و بالا بودن سطح اضطراب آنان نسبت به مردان، می‌توان انتظار داشت تنش ناشی از بحران، بیشتر دامن‌گیر همراهان بیمار با جنسیت مؤنث شده و اضطراب را در آنان بیشتر از مردان افزایش دهد (۵-۷ و ۲۲). اما در پژوهش ما خصوصاً بعد از تطبیق اثر سن، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل عضو خانواده، رابطه معنی‌داری میان این دو ملاحظه نمی‌شود که این تفاوت تا حد زیادی به دلیل تعدیل تاثیر متغیرهای پیشگو می‌باشد، چرا که در مدل ساده گرچه ارتباط مشاهده شده معنی‌دار نیست، اما در حد قابل توجه می‌باشد که با مطالعات مذکور هم‌خوانی دارد. در واقع طبق نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت سن، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل اعضای خانواده بیمار عواملی به مراتب مهم‌تر در ارتباط با افزایش اضطراب این افراد به شمار می‌آیند. در میان این سه عامل سن جهت و معنی‌داری ارتباط خود را در هر سه مدل حفظ کرده است و شاید بتوان گفت به‌عنوان یک عامل مهم در ارتباط با افزایش اضطراب قابل طرح است. براساس مدل نهایی می‌بینیم که با در نظر گرفتن بقیه متغیرها، هر یک سال افزایش سن عضو خانواده،

1. Pochard
2. Grenvik & Ayres

اضطراب خانواده می‌تواند دخیل باشد، که بستری به علت جراحی و تروما در بیمار از آن جمله است (۲۵). افزایش مدت زمان بستری در بخش ویژه، بستری برای بار دوم و بالاخره داشتن تجربه قبلی بیمار بستری در بخش ویژه عوامل دیگری بودند که در تحلیل‌های حاشیه‌ای با اضطراب بیشتر ارتباط معنی‌داری را نشان دادند، اما هیچیک در مدل نهایی باقی نماندند.

به طور خلاصه مطالعه ما نشان داد، علی‌رغم معنا دار بودن سن و مجرد بودن عضو خانواده و کاهش شانس او در قرار گیری وی در گروه پر اضطراب، نسبت شانس قابل توجه نمی‌باشد و از نظر بالینی دارای اهمیت کمتری است. در مجموع توجه و اقدامات حمایتی بیشتر نسبت به اعضای مسن و متاهل خانواده در مواجهه با بروز بیماری شدیدی که منجر به بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه می‌شود، پیشنهاد و توصیه می‌گردد.

#### تشکر و قدردانی

پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده‌اند، به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها و اعضای خانواده بیماران مشارکت کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

شانس قرار گرفتن در گروه با اضطراب بیشتر را بین یک تا ده در صد افزایش داده است. در این رابطه مورد و رایان ونگر<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) نیز در مطالعه‌ای که در بخش‌های جراحی عمومی و مراقبت ویژه در کشور انگلیس انجام شد، یافته‌های مشابهی را گزارش کردند (۲۳).

طبق نتایج مطالعه ما، افزایش سطح تحصیلات عضو خانواده بیمار با افزایش شانس اضطراب او ارتباط حاشیه‌ای نشان داد. گرچه ارتباط مذکور در مدل‌های چندگانه معنی‌داری خود را از دست می‌دهد، اسلیگولو و کلایک<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) معتقدند افراد با سطوح بالاتر تحصیلات به دلیل این که در صدد فراهم نمودن بهترین مراقبت و امکانات برای بیمار خود هستند، دچار اضطراب بیشتری می‌شوند (۲۴). در مطالعه ما این موضوع تا حدی برای وضعیت اقتصادی و شغلی اعضای خانواده نیز مطرح است. ملاحظه می‌شود که هرچه سطح اقتصادی بهتر باشد با افزایش شانس ورود به گروه پر اضطراب به طور معنی‌داری ارتباط دارد، گرچه این ارتباط هم با ورود متغیرهایی نظیر جنسیت و تحصیلات معنی‌داری خود را در مدل چندگانه از دست می‌دهد. علی‌رغم معنا دار بودن سن عضو خانواده، نسبت شانس قابل توجه نمی‌باشد و از نظر بالینی دارای اهمیت کمتری است. طبق پژوهش اسلیگولو و کلایک (۲۰۰۴)، شاغل بودن همراه بیمار با سطح اضطراب بیمار ارتباط دارد (۲۴). در مطالعه ما نیز ارتباط حاشیه‌ای مشابهی قابل گزارش می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بدون تطبیق سایر متغیرها، خانواده‌هایی که بیمارشان به علت جراحی در بخش ویژه بستری بودند دارای شانس بیشتری برای قرار گرفتن در گروه پر اضطراب بوده‌اند. کواکامی<sup>۳</sup> و همکاران گزارش کردند که هشت متغیر در ایجاد

1. Board & Ryan-Wenger  
2. Asilioglu & Celik  
3. Kawakami



## منابع

- Lancaster J, Stanhope M. Community and public health nursing. 6 ed. U.A.S: mosby; 2003.
- Plaszewska-Żywko L, Gazda D. Emotional reactions and needs of family members of ICU patients. *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2012; 44(3), 145-149.
- Al-Hassan MA, Hweidi IM. The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *Int J Nurs Pract*. 2004;10(2):64-71.
- Elizarraras-Rivas J, Vargas-Mendoza JE, Mayoral-Garcia M, Matadamas-Zarate C, Elizarraras-Cruz A, Taylor M, et al. Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC Psychiatry*. 2010;10:104.
- Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, 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(1):90-6.
- Choate K, Stewart M. Reducing anxiety in patients and family discharged from ICU. *Aust Nurs J*. 2002; 10(5):29.
- Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(9):987-94.
- Chatzaki M, Klimathianaki M, Anastasaki M, Chatzakis G, Apostolou E, Georgopoulos D. Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(13-14):1831-9.
- Titler MG, Walsh SM. Visiting critically ill adults: strategies for practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1992; 4(4):623-32.
- 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.
- Curtis JR, Ciechanowski PS, Downey L, Gold J, Nielsen EL, Shannon SE, et al. Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. *Contemp Clin Trials*. 2012 ; 33(6):1245-54.
- Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Grypdonck MH, Duijnste MS, Defloor T. The focus of family members' functioning in the acute phase of traumatic coma: part one: The initial battle and protecting life. *J Clin Nurs*. 2010;19(3-4):574-82.
- Sole M, Klein D, Moseley J. Introduction to critical care nursing: Elsevier: Saunders; 2005.
- Spielberger CD. *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1989.
- Panahi Shahri M. A psychometric study of Iranian version of the *State-Trait Anxiety Inventory* [Dissertation]. Tarbiat Modares University; 1993.(Persian)
- Horn EV, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimensions of Critical care nursing*. 2000;19(4):40-9.
- Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: A follow up. *Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 1986;15:189-93.
- Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs*. 2012;21(11-12):1651-8.
- Neabel B, Fothergill-Bourbonnais F, Dunning J. Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997. *Heart Lung*. 2000;29(3):196-209.
- Johansson I, Hildingh C, Fridlund B. Coping strategies when an adult next-of-kin/close friend is in critical care: a grounded theory analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2002;18(2):96-108.
- Grenvik A, Ayres S, Holbrook PR, Shoemaker W. Text book of critical care .Philadelphia, London: W.B: Saunders Co; 2000.
- Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(1):39-50.
- Board R, Ryan-Wenger N. Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *J Pediatr Nurs*. 2003;18(3):195-202.
- Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Educ Couns*. 2004;53(1):65-70.
- Kawakami C, Matsuoka M, Taki K. A study on the factors influencing the anxiety of family members in the emergency department. *Fukuoka Igaku Zasshi*. 2004;95(3):73-9.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research  
Journal of Shahed  
University  
Twentieth Year,  
No.103  
February, March  
2013*

Received: 2012/11/20

Last revised: 2013/2/22

Accepted: 2013/2/27

## **Anxiety prevalence and its associated demographic factors in family members of patients hospitalized in the intensive care unit: a cross-sectional study in Tehran**

**Razieh Bandari<sup>1</sup>, Majideh Heravi-Karimooi<sup>2\*</sup>, Nahid Rejeh<sup>2</sup>, Farid Zayeri<sup>3</sup>, Majid Mirmohammadkhani<sup>4</sup>, Ali Montazeri<sup>5</sup>**

1. Intensive Care Nursing Student - Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor - Faculty of Nursing and Midwifery, Research Center of Client Education and Management and Elderly Health Research Group, Shahed University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor - Proteomics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran, Iran.

4. Assistant Professor - Social Determinants of Health Research Center, Department of Community Medicine, School of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

5. Professor - Mental Health Research Group, Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, Tehran, Iran.

**E-mail: heravi@shahed.ac.ir**

### **Abstract**

**Background and Objective:** The importance of psychological support for patients and families is indisputable. This study examined anxiety and its associated personal and social factors in family members of patients in Tehran.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted on family members of patients hospitalized in the intensive care unit. The standard STAI questionnaire was used to measure anxiety. Based on anxiety scores, participants were divided into two groups of more anxious and less anxious. The following items were studied: patient and his/her family member's age and sex, marital status, occupational and educational and economical status of family member, cause and duration of hospitalization in intensive care unit, and previous experience of attendance of family member in intensive care unit. The collected data was analyzed using simple and multiple logistic regression models.

**Results:** A total number of 80 people with a mean age of 40.99 ( $\pm 8.89$ ) were involved in the study. Their mean anxiety score was 110.05  $\pm 17.81$ ; there were 53 persons (66.2%) and 27 persons (33.8%) in two groups of more anxious and less anxious, respectively. It was found out that the two factors age of family member and being single are associated with the chance of being in more anxious group.

**Conclusion:** Based on the observed association between anxiety and family members' age and marital status, it is suggested that older and married members of the family provide support for patients.

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