

خانواده و اضطراب آنان در بخش های مراقبت ویژه

پژوهشگران: سهیلا ربیع سیاهکلی^۱، طاهره خالقدوست محمدی^۲، عزت پاریاد^۲، زهرا عطرکار روشن^۳

۱) کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان

۲) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش داخلی جراحی)، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

۳) کارشناس ارشد آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده:

مقدمه: بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان بخصوص در بخش مراقبت ویژه می تواند به عنوان یک بحران، باعث ایجاد اضطراب در خانواده و اعضای نزدیک بیمار گردد.

هدف: هدف از انجام این مطالعه تعیین عوامل فردی مؤثر بر اضطراب خانواده ی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بوده است. **روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی بوده که ۲۱۸ نفر از افراد خانواده ۱۳۰ بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه در مراکز آموزشی درمانی پورسینا و رازی مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل یک پرسشنامه محقق ساخت و یک پرسشنامه استاندارد بررسی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) بود. داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS(ver14) و با استفاده از آزمون کای دو، تست دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که ۷۷/۱ درصد از افراد خانواده بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه مضطرب بودند. همچنین در بررسی عوامل مؤثر در اضطراب خانواده بیماران آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد که ضریب شانس اضطراب در افراد خانواده با توجه به تفاوت های فردی به ازای افزایش هر واحد کاهش سطح هوشیاری در بیمار ۹/۷۲۶ بار (OR=۹/۷۲۶) (P=۰/۰۱۷) افزایش در خانواده های با جنس مونث ۶/۱۷۱ بار (OR=۶/۱۷۱) (P=۰/۰۰۵) افزایش، خانواده هایی که در تصمیم گیری برای پی گیری درمان و انجام امور خاص مثل جراحی برای بیمارشان نقش داشتند ۶/۴۳۳ بار (OR=۶/۴۳۳) (P=۰/۰۰۷) و سن در افراد خانواده ۰/۹۳۹ بار (OR=۰/۹۳۹) (P=۰/۰۴۴) افزایش می یابد.

نتیجه گیری: از آنجایی که اکثریت واحد های مورد پژوهش مضطرب بودند، لذا جهت پیشگیری از اضطراب و اثرات سوء آن بر خانواده، شناسایی عوامل مؤثر بر اضطراب خانواده بیماران مهم بوده و از اهمیت ویژه ای برخوردار است. لذا پیشنهاد می گردد برای شناختن این عوامل، در بدو ورود بیمار در بخش های مراقبت ویژه بررسی و شناخت خانواده بیماران توسط پرستار انجام گیرد تا بر اساس آن مراقبت های پرستاری بصورت خانواده محور ارائه گردد و از اثرات جبران ناپذیر اضطراب جلوگیری به عمل آید.

کلید واژه ها: اضطراب، بخش مراقبت ویژه، بیماران بستری، خانواده، مراقبت پرستاری

مقدمه:

مضاعف می شود (۵). شومرکر و همکارانش (۲۰۰۳) معتقدند که در ۲۴ ساعت اول پس از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه اعضای خانواده دچار یک بحران ناگهانی و شدید می شوند که می تواند موجب بروز حالاتی مانند ترس شدید، ناراحتی، تشویش، اضطراب، عصبانیت و خستگی و نا امیددی در آنان گردد. 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 و سپس در حد کفه باقی می ماند و تا روز بیست و هشتم بصورت تدریجی این حالت ادامه می یابد. تمام این حالات می تواند تاثیر سوء در روابط اجتماعی، فردی و

خانواده به عنوان اولین و اساسی ترین نهاد اجتماعی دارای نقش، فرهنگ و ساختار ویژه ای است (۱ و ۲) که بنیانگذار سلامت جسمی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای خود می باشد (۳). اما همیشه عواملی بصورت ناگهانی می تواند سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار دهد (۴). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده اند که بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان می تواند در دیگر افراد آن ایجاد اضطراب و مشکلات روحی روانی نماید. بخصوص اگر این بیمار در بخش های پر تنشی مانند بخش مراقبت ویژه یا اورژانس بستری باشد، این اضطراب و تشویش

آموزشی درمانی پورسینا و رازی شهر رشت انجام شد. نمونه گیری به روش آسان از ۲۱۸ نفر از خانواده ی ۱۳۰ بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه با سه معیار پذیرش نمونه که شامل بستری بودن بیمار حداقل یک هفته در بخش مورد نظر، دارا بودن سن بالای ۱۸ سال و دارا بودن نسبت خانوادگی پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر و ولی یا قیم قانونی، انجام شد. همچنین پژوهشگر مجاز به شرکت دادن حداکثر دو فرد از اعضای خانواده هر بیمار در نمونه گیری بود که سعی شد یک نفر از آنان حتماً همسر بیمار (در صورت متاهل بودن) باشد. ابزار جمع آوری داده ها شامل دو پرسشنامه بود که یکی از آن ها ابزار بررسی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) ۱۴ گزینه ای بود که ۷ مورد آن مربوط به بررسی افسردگی و ۷ مورد دیگر نیز مربوط به بررسی اضطراب بود که در این پژوهش فقط از بخش اضطراب آن استفاده شد و بخش دیگر پرسشنامه محقق ساخت جهت بررسی عوامل فردی موثر در اضطراب خانواده و اطلاعاتی در مورد خصوصیات فردی بیمار و خانواده بود. جهت روایی این ابزار از شیوه اعتبار محتوی و جهت تعیین پایایی ابزار با استفاده از آلفا کرونباخ همبستگی بین سئوالات اندازه گیری شد که ضریب محاسبه شده برای ابزار مورد نظر ۰/۸۸ بدست آمد. اطلاعات پرسشنامه پس از ورود به رایانه با نرم افزار کامپیوتری (SPSS Ver 14) با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و با استفاده از آزمون کای دو، تست دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد.

نتایج:

بررسی مشخصات فردی بیماران واحد های مورد پژوهش (خانواده ی آنان) بیانگر آن است که اکثریت بیماران، مذکر (۶۶/۹٪) و در گروه سنی ۶۱ سال به بالا (۳۸/۵٪) با میانگین و انحراف معیار ۵۱/۷۸±۲۲/۴۳ بودند. همچنین بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش را مبتلایان به اختلالات داخلی

همچنین تصمیم گیری در موارد ضروری خصوصاً در رابطه با بیمار بستری داشته باشد (۶). در تحقیقی که توسط پوچارد و همکارانش (۲۰۰۴) در فرانسه انجام شد نتایج نشان داد که از ۵۴۴ نفر از افراد خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه ۷۵/۵ درصد از افراد خانواده بیماران دچار اضطراب شده بودند که در این میان ۸۲/۷ درصد افراد مضطرب را همسر بیماران تشکیل می دادند و این اضطراب در افرادی که در تصمیم گیری بیمارشان نقش داشتند به طور معنی داری بیشتر بوده است (۵). همچنین ین و همکارانش (۲۰۰۳) معتقدند که عدم برآورده شدن برخی از نیازها در بیمارستان در خانواده های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه می تواند باعث اضطراب در نزدیکان بیمار گردد. بسیاری معتقدند که عواملی نیز می توانند موجب بروز اضطراب در این خانواده ها شوند که از جمله می توان به نوع بیماری، نسبت بیمار با خانواده، نان آور بودن بیمار در خانواده، شرایط بیمار، نوع بیماری و ... اشاره نمود (۷). اما همچنین ثابت شده است که مراقبت پرستاری برای پیشگیری از اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه نکته ای اساسی و مهم می باشد (۸). از آنجایی که همیشه پیشگیری بهتر و ارزانتر از درمان می باشد، لذا در این مورد نیز پیشگیری از اضطراب از اهمیت ویژه ای چه از نظر اجتماعی و چه از نظر سلامتی برخوردار می باشد (۲). بنابراین بهتر است مراقبت های بخش ویژه هم برای بیمار و هم برای خانواده وی انجام شود (۹ و ۱۰).

بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف تعیین عوامل فردی موثر بر اضطراب خانواده ی بیماران بستری در بخش های ویژه انجام شده است.

روش کار:

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده که نمونه گیری آن طی ۴/۵ ماه از اواسط مهر تا پایان بهمن ۱۳۸۵ در سه بخش مراقبت ویژه در مرکز

اکثریت واحد های مورد پژوهش (۶۷٪) بیمار خود را دچار عدم هوشیاری می دانستند. یافته های مربوط به سن واحد های مورد پژوهش نشان می دهد که بیشترین درصد واحد های مورد پژوهش (۵۱/۸٪) مربوط به گروه سنی ۶۰-۳۶ سال با میانگین و انحراف معیار $41/61 \pm 13/76$ بوده و همچنین واحد های مورد پژوهش به طور تصادفی در هر دو جنس یکسان (۵۰٪) توزیع شده اند. بیشترین آنها (۳۳/۹٪) خانه دار و کمترین آن ها (۲/۳٪) دانشجو بوده اند. همچنین داده ها نشان می دهند که بیشترین واحد های مورد پژوهش (۳۹/۹٪) دارای تحصیلات زیر دیپلم بوده اند. همچنین اکثریت واحد ها (۸۶/۷٪) متاهل بودند. بیشترین واحد های مورد پژوهش نیز (۶۴/۲٪) ساکن روستا بودند. همچنین اکثریت واحد های مورد پژوهش (۵۶/۸٪) با بیمار خود زندگی نموده و ذکر کرده اند که بیمارشان نان آور خانواده نبوده است (۵۸/۷٪). در بیشتر موارد (۷۹/۸٪) بیمارشان به دستگاه تنفس مصنوعی متصل بوده و بیماران ۷۳/۹ درصد نمونه های مورد پژوهش تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند. از نظر تصمیم گیری برای پی گیری درمان نیز ۵۹/۲ درصد افراد مورد پژوهش در تصمیم گیری نقش داشتند.

در ارتباط با وضعیت اضطراب در واحد های مورد پژوهش نیز اکثریت واحد های مورد پژوهش (۷۷/۱٪) دارای اضطراب بوده اند (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۲): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب

وضعیت اضطراب

اضطراب	تعداد	درصد
دارند	۱۶۸	۷۷/۱
ندارند	۵۰	۲۲/۹
جمع	۲۱۸	۱۰۰

در رابطه با هدف اصلی پژوهش " تعیین عوامل فردی مؤثر در اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه " نتایج نشان می دهد که اکثر

و جراحی (۴۹/۲٪) تشکیل داده بودند. اکثریت بیماران (۷۶/۲٪) متاهل و بیشترین درصد آنان (۴۶/۹٪) از نظر تعداد فرزند در گروه ۷-۴ فرزند قرار داشتند. متوسط درآمد ماهیانه اکثر بیماران (۵۷/۷٪) کمتر از ۱۵۰ هزار تومان بوده و اکثریت (۹۰/۸٪) آنها تحت حمایت بیمه بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب

مشخصات فردی بیماران

متغیر	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار
سن (سال)	۰-۱۸	۱۱	۸/۵
	۱۹-۲۵	۲۳	۱۷/۷
	۲۶-۶۰	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 و جراحی	۶۴	۴۹/۲
	مغز و اعصاب	۴۰	۳۰/۸
وضعیت تاهل	متاهل	۹۹	۷۶/۲
	مجرد	۳۱	۲۳/۸
تعداد فرزند	بدون فرزند	۳۴	۲۶/۲
	۱-۳	۲۵	۱۹/۲
	۴-۷	۶۱	۴۶/۹
	۷+	۱۰	۷/۷
متوسط درآمد ماهیانه (تومان)	بدون درآمد	۴۲	۳۲/۳
	۰-۱۵۰ هزار	۷۵	۵۷/۷
	۱۵۰-۳۰۰ هزار	۹	۶/۹
	۳۰۰+ هزار	۴	۳/۱
وضعیت بیمه	دارند	۱۱۸	۹۰/۸
	ندارند	۱۲	۹/۲

بررسی مشخصات فردی واحد های مورد پژوهش (۲۱۸ نفر از اعضای خانواده بیماران) نشان می دهد که بیشترین درصد نمونه ها (۸۴/۴٪) مربوط به افرادی بوده که سابقه بستری شدن بیمار یا یکی از افراد خانواده در بخش مراقبت ویژه را نداشته اند و از نظر نسبت فامیلی یا موقعیت بیمار در خانواده اکثریت (۲۶/۶٪) نقش پدر را در خانواده داشته اند. همچنین

خانواده هایی که دچار اضطراب شده بودند افرادی بودند که بیمارشان در محدوده سنی ۱۸-۰ سال ($P=0/0001$)، مجرد ($P=0/01$) و بدون فرزند ($P=0/01$) بوده و بستری شدن بیمارشان ناشی از آسیب همزمان چندین عضو (مولتی پل تروما) ($P=0/01$) بوده، همچنین بیمارشان بدون فرزند ($P=0/008$) بوده است. از نظر نسبت خانوادگی خانواده ها با بیماران نیز اکثراً نقش والدین ($P=0/0001$) را داشته، سن آنها بالای ۶۰ سال ($P=0/03$)، مؤنث ($P=0/001$)، خانه دار ($P=0/007$) بی سواد ($P=0/002$) و روستایی ($P=0/008$) بودند. اکثریت افرادی که دارای اضطراب بودند ذکر کرده بودند که قبل از بستری با بیمار خود زندگی می کردند ($P=0/0001$)، همچنین بیمار شان در خانواده به عنوان نان آور خانواده بوده است ($P=0/03$). همچنین اکثریت افرادی که مضطرب بودند خانواده هایی بودند که در تصمیم گیری برای پی گیری درمان و انجام امور خاصی مانند جراحی در باره بیمار خود نقش اصلی را ایفا می نمودند ($P=0/0001$) (جدول شماره ۳). 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 تفاوت های فردی به ازای افزایش هر واحد کاهش سطح هوشیاری در بیمار ۹/۷۲۶ بار ($P=0/017$) افزایش، در خانواده های با جنس مونث ۶/۱۷۱ بار

جدول شماره (۳): توزیع وضعیت اضطراب واحدهای مورد

پژوهش بر حسب عوامل فردی مؤثر

واحد های مورد پژوهش	نوع آزمون و تفاوت
سن بیمار (سال)	$P=0/0001$ و $X^2=22/91$
جنس بیمار	N/S
سابقه بستری بیمار یا یکی از افراد خانواده	N/S
وضعیت تاهل بیمار	$P=0/01$ و $X^2=6/14$
نوع بیماری	$P=0/01$ و $X^2=11/3$
تعداد فرزندان بیمار	$P=0/008$ و $X^2=11/8$
میزان درآمد بیمار (تومان)	N/S
دارای بیمه بودن	N/S
وضعیت هوشیاری بیمار	N/S
موقعیت بیمار در خانواده	$P=0/0001$ و $X^2=24/62$
سن افراد خانواده	$P=0/03$ و $X^2=22/91$
جنس خانواده	$P=0/001$ و $X^2=10/28$
شغل خانواده	تست دقیق فیشر $P=0/007$
میزان تحصیلات خانواده	$P=0/002$ و $X^2=15/2$
وضعیت تاهل خانواده	N/S
محل زندگی	$P=0/008$ و $X^2=7/03$
زندگی کردن بیمار با خانواده	$P=0/0001$ و $X^2=32/85$
نان آور بودن بیمار در خانواده	$P=0/03$ و $X^2=4/723$
اتصال به دستگاه تنفس	N/S
عمل جراحی	N/S
تصمیم گیری	$P=0/0001$ و $X^2=12/041$

جدول شماره (۴): عوامل پیشگویی کننده فردی مؤثر در اضطراب خانواده بیماران

ردیف	متغیرها	B	S.E	wald	df	sig	Exp (B)= OR	CI
۱	کاهش سطح هوشیاری بیمار	۲/۲۷۵	۰/۹۵۲	۵/۷۰۶	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	تصمیم گیری برای پی گیری 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 و نتیجه گیری:

در این مطالعه میزان اضطراب خانواده هایی که بیمارشان در گروه سنی ۱۸ - ۰ قرار داشتند (۰/۱۰۰)، مجرد (۰/۹۰) و بدون فرزند (۰/۹۱/۲) بوده اند بیشتر از دیگر خانواده ها بوده است و ارتباط معنی دار آماری بین سن بیمار و اضطراب خانواده ($P=0/0001$) وجود دارد. در این رابطه نتایج بررسی پوچارد و همکارانش (۲۰۰۴) ارتباط معنی داری ($P=0/04$) را بین سن کمتر بیماران و سطح اضطراب خانواده نشان می دهد (۵). معنی دار بودن اضطراب خانواده در گروه سنی ۱۸ - ۰ سال به این صورت قابل توجیه می باشد که بیشترین میزان اضطراب نیز در خانواده هایی بوده که فرزندشان بیمار بوده است (اضطراب در والدین بالا بوده است). همچنین همیشه مشاهده فرد عزیز و مورد علاقه در یک وضعیت بحرانی می تواند برای خانواده یک عامل اضطراب آور باشد. همچنین در کشور ما با توجه به فرهنگ جامعه، ارتباط بین والدین با فرزندان بیشتر بوده و همچنین مسؤلیت و تصمیم گیری در قبال فرزندان در بیشتر مواقع با والدین می باشد که این خود می تواند در اضطراب والدین دخیل باشد.

نتایج نشان می دهد که میزان اضطراب در خانواده هایی که بیمارشان دچار آسیب عضوی چندگانه (مولتی پل تروما) شده اند به طور معنی داری بیشتر از میزان اضطراب در سایر موارد است ($P=0/01$) بدیهی است که آسیب به چند دستگاه از دستگاههای حیاتی بدن می تواند عامل نگران کننده تری برای خانواده بیماران باشد و در ذهن آن ها عدم بهبودی، طولانی شدن آن و حتی خطر مرگ را متصور نماید و در نتیجه شانس بروز اضطراب را در آن ها افزایش دهد.

همچنین نتایج نشان می دهد که میزان اضطراب خانواده هایی که سن آن ها بالاتر از ۶۱ سال بود بیشتر از خانواده هایی است که در سایر سنین ($P=0/03$) قرار دارند. در این رابطه نتایج

تحقیقات بورد و ونگر (۲۰۰۳) در انگلیس در دو بخش جراحی عمومی و مراقبت ویژه نشان داد که مادران با سن بالاتر میزان استرس بیشتری را ($P<0/05$) نسبت به مادران با سن کمتر داشته اند (۱۱). در کشور ما نیز از آنجایی که اغلب افراد در سنین بالا با فرزندان خود زندگی می کنند و دارای مسؤلیت هستند، ولی بعد از بیماری و بستری شدن بیمارشان دچار تغییر نقش و یا تصمیم گیری در شرایط خاص بحرانی می شوند. ممکن است اضطراب در افراد با سن بالاتر به همین دلیل توجیه پذیرتر باشد.

نتایج نشان داده که میزان اضطراب افراد مؤنث خانواده به طور معنی داری ($P=0/0001$) بیشتر از خانواده هایی است که فرد مورد بررسی آنها مذکر بوده است. همچنین افراد مورد بررسی خانواده هایی که شغل آن ها خانه دار می باشد اضطراب بیشتری را نسبت به سایر مشاغل را نشان دادند ($P=0/007$). در این رابطه مطالعات آزولای و همکاران (۲۰۰۵) نیز ارتباط آماری معنی داری ($P=0/0007$) را بین جنس مؤنث و ابتلا به سندرم پس از حادثه و اضطراب نشان داد (۱۲). از نظر پژوهشگر نیز با توجه به عاطفی بودن جنس زنان و بالا بودن سطح اضطراب آنان نسبت به مردان به طور معمول، در اکثر مواقع تنش ناشی از بحران ها، بیشتر دامن گیر جنس مؤنث شده و اضطراب در آنان افزایش می یابد.

میزان اضطراب خانواده هایی که بی سواد ($P=0/002$) و ساکن روستا می باشند ($P=0/008$) به طور معنی داری بیشتر از سایر خانواده ها بوده است معنی دار بودن ارتباط بین میزان تحصیلات و همچنین روستایی بودن خانواده با اضطراب را می توان این طور توجیه نمود که یکی از نیاز های مهم افراد خانواده داشتن اطلاعات و آگاهی از وضعیت بیمار خود می باشد. لذا در مورد افرادی که بی سواد می باشند و همچنین در مسافت دوری نسبت به محل بستری زندگی می کنند درک وضعیت بیمار برایشان پیچیده

فراوانی می نماید. بویژه در کشور ما که هیچ گونه حمایتی از سوی سازمانی خاص برای حمایت های مالی این گونه خانواده ها در کوتاه مدت ارائه نمی گردد، بروز اضطراب شدیدتر خواهد شد.

همچنین نتایج حاضر نشان می دهد که میزان اضطراب خانواده هایی که در تصمیم گیری برای پی گیری درمان و انجام امور خاص مانند جراحی بیمار خود نقش داشتند به طور معنی داری ($P=0/0001$) بیشتر از خانواده هایی است که نقشی در تصمیم گیری نداشتند. مور و همکارانش (۲۰۰۴) نیز معتقدند که تصمیم گیری در مورد بیمار با عث ایجاد استرس و اضطراب در وابستگان می شود که باید آن ها را در این تصمیم گیری راهنمایی نمود (۱۴). به اعتقاد پژوهشگر نگرانی ناشی از اتخاذ تصمیم صحیح در مورد بیمار با توجه به عدم یا کمبود آگاهی فرد می تواند به عنوان عامل مؤثر بر بروز اضطراب بشمار آید. همچنین در سیستم درمانی موجود معمولاً جهت تصمیم گیری در امور درمانی متاسفانه خانواده فقط نقش امضا کننده را دارد و دانش و اطلاعاتی در مورد تاثیر روش درمانی و یا تصمیم گرفته شده به آنان داده نمی شود و این خود موجب بروز اضطراب می گردد.

از این مطالعه می توان نتیجه گرفت که با شناخت عوامل فردی تاثیر گذار بر اضطراب خانواده های بیماران و رفع نیاز ها و عوامل، برای پیشگیری از اضطراب که یک عامل مخرب در زندگی می باشد، می توان قدمی بزرگ برداشت. برای کنترل و کاهش اثر عوامل فردی تاثیر گذار بر اضطراب خانواده های بیماران، سیستم خدمات در مانی باید مراقبتها را به صورت خانواده محور ارائه دهد و پرستاران به عنوان عضوی از این سیستم که بیشترین ارتباط را با آنان دارند، باید در ابتدای ورود بیمار به بخش بر رسی هایی از نظر اطلاعات فردی در مورد بیمار و خانواده اش کسب نمایند تا با توجه به شرایط فردی آنان مشکلات شناسایی گردد و در صورت امکان برنامه ریزیهای لازم

بوده و باعث اضطراب خانواده می شود ولی در مقابل، در افرادی که تحصیلات دانشگاهی دارند، وضعیت بیمار و روند درمان را بهتر درک می نمایند و این مسئله خود می تواند موجب تسریع در تطابق و در نتیجه، اضطراب کمتر در افراد گردد.

همچنین میزان اضطراب خانواده هایی که با بیمار خود زندگی می کردند به طور معنی داری ($P=0/0001$) بیشتر از خانواده هایی است که با بیمارشان زندگی نمی کردند. در این رابطه آزولای و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که بستری شدن یکی از اعضای اصلی خانواده در بخش مراقبت ویژه باعث اضطراب در دیگر اعضای خانواده می شود (۱۲). معنی دار بودن این ارتباط را می توان از دو دیدگاه توجیه نمود. یکی اینکه زندگی نمودن افراد با یکدیگر موجب وابستگی و احساس مسئولیت نسبت به هم می گردد و دیگری ایفای نقش افراد خانواده است که بستری شدن یکی از آنها، موجب اختلال در عملکرد و تغییر نقش در خانواده می شود که خود می تواند موجب بروز اضطراب در افراد خانواده و نزدیکان وی گردد.

همچنین میزان اضطراب خانواده هایی که بیمار آنان نان آور خانواده می باشد به طور معنی داری ($P=0/03$) بیشتر از خانواده هایی است که بیمارشان نان آور خانواده نبوده است. به اعتقاد دوگاس (۲۰۰۲) اگر فردی که در خانواده بیمار می شود نان آور خانواده باشد نگرانی طبیعی خانواده در این مساله است که بیمار تا چه مدت قادر به کار کردن نیست و یا چه مدت طول می کشد تا از بیمارستان خارج شود و مشغول به کار گردد که همه ی این موارد در اضطراب خانواده تاثیر می گذارد (۱۳). در این پژوهش با توجه به این که بیشترین درصد اضطراب در زنان و از جمله زنان خانه دار مشاهده شد، لذا در صورت بیماری و بستری شدن فردی که مخارج زندگی را عهده دار بوده است مسلماً خانواده را دچار مشکلات مالی

14. Moor T. Woodrow P. High Dependency Nursing Care Observation. Intervention and Support. first Ed. New York: Churchil livingston. 2004.

جهت کمک به آنان ارائه شود. این حمایت ها می تواند از طرف بیمارستان و یا سازمانهای مرتبط دیگر باشد.

منابع:

1. حاتمی، حسین و دیگران. بهداشت عمومی ج سوم. چاپ دوم. تهران: نشر ارجمند، ۱۳۸۳.
2. Stanhop M. Lancaster J. Foundation of Nursing in the Community. Community-oriented practice. 2th ed. St. Louis: Mosby Inc, 2006.
3. Clemen S. Smccuire L S. Eigsti GD. Comperhensive Community Health Nursing Family, Aggreate, community practice. 6 th ed. ST. louis: Mosby Inc, 2002.
4. Bephage C. Social and Behavior Sciences for Nurses. 1st ed London: Churchill Livingston, 2002.
5. Pochard F, et al. Symptoms of Anxiety and Depression in Family Members of Intensive Care Unit Patient Before Discharge or Death. Journal of Critical Care 2004; 110 (20): 90-96.
6. Shomarker A. et al. Text Book of Critical Care. 4th Ed Philadelphia:W.B. Saunders Company, 2003.
7. Yin King Lee L A. Lau YL. Immediate Needs of Adult Family Member of Adult Intensive Care Patient in Hong kong. Journal of clinical nursing. 2003; (12): 490-500.
8. Horn V E. Tesh A. Handle with Critical Care. Nursing management. 2000; 31(9):32. 32
9. Chien WT. et all. Effect of a Needs – Based Education Program for Family Carers with a Relative in intensive care unit: A quasi – experimental study. International Journal of Nursing Studies. 2005; 43(37) : 39-50
۱۰. محمودی، قهرمان و دیگران: درسنامه جامع پرستاری بهداشت روان. جلد ۲. تهران: نشر سالمی. ۱۳۸۲.
11. Board R. Wenger R N. Stressors and Stress Symptoms of Mothers with Children in PICU. Journal of Pediatric Nursing 2003; 18 (3): 195-201
12. Azoulay E, et al. Risk of Post Traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patient. A m J Respir Crit Care Med 2005;(171): 987-994.
۱۳. دوگاس، بورلی ویترو و دیگران. اصول مراقبت از بیمار: نگرشی جامع بر پرستاری. مترجمان: فروزان آتش زاده و همکاران. ج اول. چاپ اول. تهران: نشر آریان طب، ۱۳۸۲

Family and anxiety in intensive care units

By: Rabie siahkali, S. MSN; khaleghdoost mohamadi, T. MSN; Paryad, E. MSN;
Atrkar Roushan, Z. Ms in statistics

Abstract

Introduction: The hospitalization of one of family members, especially in the intensive care unit, as a crisis can cause anxiety of his family and relatives.

Objective: The aim of this study was to determine personal effective factors on patient family members' anxiety in intensive care units.

Material and Methods: In this cross – sectional, descriptive study, 218 family members from 130 inpatient of ICU in the Poorsina and Razi hospitals at ICU section were studied. Two instruments were used in this study: one scale was made by researcher and the other, standard scale hospital anxiety depression scale. Collected data analyzed by SPSS 14 and chi-square test, exact fisher test and logistic regression test were used.

Results: Findings showed that 77.1% of patients' family members in ICU were anxious. Also effective factors on patient family members anxiety using logistic regression test showed odd ratio to attempt to demographical differences to one increase, patient's consciousness 9.726(OR=9.726) (P=0.017) increased, in female sex 6.171(OR=6.171) (P= 0/005), family decision making for treatment for example operating patient 6.433(OR=6.433) (P=0.007) family age 0.939 (OR=0.939) (P=0.044) increased anxiety.

Conclusion: Because most of these research units were anxious in order to prevent anxiety and its adverse effects, recognition of effective factors in family anxiety is extremely important and needs to be noticed as a priority of care. So it is suggested that nurses should recognize these factors and then to assist ICU's patients' family. In this way the nursing care will perform in family center form and so to prevent destructive effects of anxiety to recognize these factors a nurse should assist patients' family in ICU. Nursing - care needs to be family - centered so to prevent destructive effects of anxiety.

Keyword: Anxiety, Family, Inpatients, Intensive Care Units, Nursing Care
