

واکنش‌های روانشناختی اعضای خانواده نسبت به بستری بیمار در بخش‌های ویژه و عمومی و مقایسه آن با افراد عادی

اسدا... کیخایی^۳

مهديه سرحدی^۲
رقیه کیخا^{۴*}

علی نویدیان^۱

چکیده

زمینه و هدف: اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های بیمارستانی استرس‌های زیادی را تجربه می‌کنند. این مطالعه با هدف تعیین واکنش‌های روانشناختی اعضای خانواده ی بیماران بستری در بخش‌های ویژه و عمومی و مقایسه ی آن با افراد عادی جامعه انجام گردید. **روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است. نمونه پژوهش اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه (۱۳۵ نفر) و عمومی (۱۳۵ نفر) بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) زاهدان و ۱۳۵ نفر از افراد عادی جامعه بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. واکنش‌های روانشناختی اضطراب، افسردگی و استرس به وسیله پرسشنامه استاندارد DASS-21 جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و به کمک آزمون‌های آنالیز واریانس وتی مستقل و با سطح معناداری $\alpha = 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** میانگین نمره اضطراب، استرس و افسردگی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه بترتیب $12/8 \pm 5/5$ و $14/33 \pm 5/19$ و $12/29 \pm 5/76$ و بطور معناداری بیش از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های عمومی و افراد عادی جامعه بود ($p < 0/001$). آزمون‌های تعقیبی توکی نشان داد که مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات اضطراب، افسردگی و استرس در گروه‌های سه‌گانه همه معنادار بوده اند ($\alpha = 0/05$). بطوری که میانگین نمرات هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه بیشتر از بخش‌های عمومی و در بخش‌های عمومی بیش از افراد جمعیت عادی بود. همچنین میانگین نمره اضطراب، افسردگی و استرس در گروه زنان، افراد بیکار، بیسواد، زنان خانه‌دار، همسران و مادران بیماران بستری در بخش‌های ویژه بطور معناداری بیش از دو گروه دیگر بود ($p < 0/05$). **نتیجه‌گیری کلی:** بستری شدن یکی از اعضای خانواده باعث بروز اضطراب، افسردگی و استرس در سایر اعضای خانواده می‌گردد. بنابراین طراحی و اجرای مداخلات مراقبتی خانواده محور برای کاهش واکنش‌های روان‌شناختی ضرورت دارد. همچنین مطالعه عوامل موثر در بروز این واکنش‌های روانشناختی توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: استرس، اضطراب، افسردگی، عضو خانواده، بخش ویژه، بخش عمومی

تاریخ دریافت: ۹۲/۹/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۶

^۱ دانشیار مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۲ مربی عضو هیئت علمی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۳ مربی عضو هیئت علمی، گروه هوشبری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۴ کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۵۴۱۲۴۴۲۴۸۲

Email: roghaieh.keykha@yahoo.com

مقدمه

خانواده به عنوان اولین و اساسی ترین نهاد اجتماعی دارای نقش، فرهنگ و ساختار ویژه ای است^(۱)، که در احساس سلامتی و توانایی فرد برای تطابق با شرایط مختلف نقش بسزایی دارد^(۲)، اما یکسری عوامل همواره می توانند به طور ناگهانی سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار دهند^(۱). عوامل استرس زای بسیاری نظیر وقوع یک بیماری حاد و صعب العلاج یا بستری شدن یکی از اعضا در بیمارستان می تواند باعث شود اعضا طیف وسیعی از احساسات را در تهدید حالت پایدار و ثابت خانواده تجربه کنند^(۳،۲).

تنش هایی که بر یک عضو خانواده وارد می شود بر کل خانواده تأثیر می گذارد^(۴) و خانواده را به سمت بحران می کشاند^(۲). بحران، زندگی عادی و نقش های فرد را مختل می کند^(۵). تحقیقات نشان داده اند که بستری شدن یکی از افراد خانواده در بیمارستان می تواند در دیگر اعضای آن ایجاد اضطراب و مشکلات روحی روانی نماید. به خصوص اگر بیمار در بخش های پر تنشی مانند بخش مراقبت های ویژه یا اورژانس بستری شود، این اضطراب و تشویش مضاعف می شود^(۱).

وقوع بیماری جدی بر بیمار و خانواده هر دو تأثیر می گذارد^(۴)، بیماران با شرایط بحرانی در طی مدت بستری، درمان بسیار فشرده ای را از زمان شروع تا زمانی که تشخیص قطعی شود، دریافت می دارند که این وضعیت احتمالاً "بسیار سخت و کشنده است. مشابه این وضعیت، در اعضای خانواده این بیماران نیز دیده می شود بطوریکه در طول مدت بستری بیمار و دریافت درمان های مختلف، اعضای خانواده این بیماران خود را در یک وضعیت بحرانی می یابند^(۶) و از آشفتگی های روانی رنج می برند^(۷). علاوه بر این در طی این مدت، اعضای خانواده اطلاعات ناکافی در مورد روند بیماری و درمان و پیش آگهی آن دریافت کرده و در پاسخ به تغییر در وضعیت بیمار و برخی از ارتباطات نامناسب با کارکنان، ممکن است در تجربه احساسات مرتبط با امید و

ناامیدی دچار نوسان شوند و در به دست آوردن اطلاعات از سوی تیم درمانی از جمله پرستاران و پزشکان شکست و ناکامی را تجربه کنند^(۶). تمامی این موارد می تواند باعث ایجاد علایمی در سلامت روانی و جسمی اعضای خانواده شود که شایع ترین آنها استرس، اضطراب و افسردگی می باشد^(۷،۸). نتیجه مطالعه انجام شده در ایران نشان می دهد که بطور کلی ۶۸ درصد، ۵۷/۳ درصد و ۴۶/۷ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه بترتیب اضطراب، افسردگی و استرس متوسط تا شدید دارند^(۹). نتیجه سایر مطالعات انجام شده در جهان نیز نشان می دهد که اغلب اعضای خانواده بیماران بد حال بستری در بخش های ویژه از علایم اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه رنج می برند^(۱۰) یا به دنبال بستری شدن عضوی از خانواده در بخش های ویژه به دلیل جراحات و آسیب، دچار احساس آشفتگی هیجانی و روانی می شوند^(۱۱). در مطالعه ای در فرانسه نیز نتایج نشان داد که ۵۷/۵ درصد از اعضای خانواده بیماران حالت افسردگی و اضطراب دارند^(۱۲).

علاوه بر این عوامل فرهنگی- اجتماعی، آموزشی، اقتصادی و تفاوت در سیستم های مراقبت های بهداشتی نیز ممکن است وضعیت روانی بستگان بیماران بستری در بخش های بیمارستانی را تحت تأثیر قرار دهد^(۱۳). بنابراین بخشی از مسئولیت های پزشکان و پرستاران بخصوص واحد مراقبت های ویژه، تعهد نسبت به کاستن از درد و رنج ناشی از بحران در بستگان بیمار و یا دوستان نزدیک وی است. وظیفه اصلی پزشکان این است که برای اعضای خانواده، اطلاعات مناسب، روشن و دلسوزانه فراهم آورند و نیاز آنها به شرکت در تصمیم گیری در مورد بیمارانی که نمی توانند صحبت کنند، را در نظر بگیرند^(۱۴).

مطالعات انجام گرفته در این زمینه نشان می دهد وضعیت روانی سایر افراد خانواده به اشکال مختلف بر سیر و درمان بیماری فرد تأثیر می گذارد؛ بنابراین از نظر یک

خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه و عمومی و مقایسه آن با افراد عادی جامعه انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که واکنش های روانی اعضای خانواده ی بیماران بستری در بخش های ویژه و عمومی بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) زاهدان و افراد عادی جامعه در سال ۱۳۹۲ را مورد بررسی و مقایسه قرار داده است. اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه (ICU و CCU) و بخش های عمومی (داخلی، داخلی اعصاب، جراحی اعصاب و ارتوپدی) و افراد عادی جمعیت کلی، جامعه مورد پژوهش این مطالعه را تشکیل داده اند.

حجم نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعه عسکری و همکاران که فراوانی واکنش های روانشناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه را برآورد کرده بودند^(۹)، و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ در هر گروه، ۱۳۵ نفر تعیین گردید. مجموعاً ۴۰۵ نفر در سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه ها از نظر متغیرهایی مانند نسبت با بیمار، سن، جنس، سطح تحصیلات و شغل در سه گروه با هم همسان شده بودند. روش نمونه گیری در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه و عمومی بصورت در دسترس از بین اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ها و در جمعیت عادی به صورت چند مرحله ای از سطح شهر زاهدان بود. به این صورت که شهر از نظر متغیرهای فرهنگی اجتماعی و اقتصادی به ۵ ناحیه تقسیم و از هر منطقه یک مرکز بهداشتی درمانی به شکل تصادفی انتخاب و از هر مرکز ۲۷ نفر مورد بررسی قرار گرفتند.

نمونه ها از بین اعضای ۱۸ سال و بالاتر خانواده هایی که طی یکسال گذشته بحران یا استرس عمده ای را تجربه نکرده بودند و حداقل ۷ و حداکثر ۲۸ روز از مدت بستری بیمار شان در بخش های ویژه و عمومی گذشته

درمانگر دقیق، توجه به وضعیت بیمار بدون توجه به وضعیت روانی سایر افراد خانواده نقص مهمی در درمان بیمار محسوب می گردد^(۱۵) زیرا خانواده به عنوان یک سپر دفاعی در برابر اضطراب بیمار و همچنین منبع ارزشمندی برای مراقبت از بیمار عمل می کند. وقتی اضطراب در اعضای خانواده بیمار بالاست، ممکن است خانواده قادر به حمایت از بیمار خود نبوده و اضطراب خود را به بیمار منتقل کنند. اضطراب کنترل نشده و زیاد اعضای خانواده ممکن است به شکل بی اعتمادی به کارکنان، عدم همکاری با تیم درمانی، مراقبت توأم با خشم و ناراحتی و حتی بصورت شکایت در مجامع حقوقی ظاهر شود^(۱۶). لذا ضروری است که حمایت ها و راهکارهایی برای پیشگیری و کاهش عوامل اضطراب زا صورت گیرد^(۱۷).

ارزیابی تخصصی و ارائه مداخلات خانواده محور ضرورت دارد؛ زیرا اضطراب ممکن است با توانایی اعضای خانواده برای دریافت و درک اطلاعات، حفظ الگوهای کارکرد کافی خانواده، استفاده موثر از مهارت های مقابله ای و ارائه حمایت مثبت برای بیمار تداخل نماید^(۱۶)، چون استحکام و برقراری عملکرد مناسب خانواده، حائز اهمیت است^(۱۸). برای تصحیح این مشکل باید نقش مهم اعضای خانواده و دیگر عناصر عملیاتی بهداشت و درمان که در مراقبت از بیمار سهیم هستند را بپذیریم^(۱۹).

قبل از این که توصیه ها در مورد مراقبت خانواده محور به صورت یکپارچه در بالین انجام شود، تحقیقاتی لازم است که نشان دهد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های بیمارستانی چه نوع واکنش های روانشناختی را تجربه می کنند. سپس با انجام مداخلات مؤثر نتایج آن مورد توجه قرار گیرد. تحقیق بیشتر در این زمینه کمک خواهد کرد تا تیم درمانی اقدامات حمایتی لازم را برای کمک به اعضای خانواده بیماران طی این دوره بحرانی، طراحی کرده و ارائه نمایند^(۷). بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین برخی واکنش های روانشناختی اعضای

بود، به طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. فرد مورد مطالعه بایستی دارای نسبت خانوادگی درجه یک با بیمار بستری باشد. نمونه ها در صورت وجود سابقه ی اختلالات اضطرابی، استرس و افسردگی، مصرف داروهای روان گردان و اعتیاد به مواد مخدر، بستری در بیمارستان روانپزشکی به هر دلیل، به مطالعه وارد نشدند. قابل ذکر است که مشخصات نمونه (مانند حداقل سن ۱۸ سال، عدم ابتلا به بیماری روانی و اعتیاد، عدم تجربه بحران در یک سال گذشته) در مورد افراد عادی جامعه نیز مد نظر قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه بود که در دو بخش تنظیم گردید. بخش اول این پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمار و عضو خانواده و بخش دوم مربوط به پرسشنامه ی اضطراب، استرس و افسردگی فرم کوتاه ۲۱ سوالی (Depression, DASS- 21 Anxiety and Stress Scale) بود. این پرسشنامه اولین بار توسط لایباند در سال ۱۹۹۵ طراحی و ساخته شد و در مطالعات متعدد داخلی و خارجی پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ قابل قبول تایید شده است (۰/۷-۰/۹۴)^(۲۰). اعتبار صوری و محتوایی مربوط به پرسشنامه قبلا در مطالعه ی غفاری و همکاران و توسط ده نفر از اساتید پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه تهران مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از روش آزمون مجدد با ضریب پایایی $r=0/91$ مورد تأیید قرار گرفته است^(۲۱). این پرسشنامه سه وضعیت روانی، اضطراب، افسردگی و استرس را مورد ارزیابی قرار می دهد. نمرات در این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت چهار گزینه ای اصلاً، کم، متوسط و زیاد تعیین شده است. کمترین نمره ی مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره ۳ می باشد. در این پرسشنامه، ۷ سؤال مربوط به افسردگی، ۷ سؤال مربوط به اضطراب و ۷ سؤال مربوط به استرس می باشد. دامنه نمرات در هر خرده مقیاس بین ۰ تا ۲۱ متغیر است^(۲۱،۲۲).

با مراجعه تدریجی به بیمارستان و بخش های مربوطه پس از شناسایی همراهان بیماران واجد شرایط و اطمینان از برخورداری اعضای خانواده بیمار از شرایط ورود به مطالعه، در اتاق انتظار بخش در شرایط مناسب و آرام، اقدام به تکمیل پرسشنامه و جمع آوری اطلاعات گردید. پس از انتخاب نمونه های واجد شرایط از بین اعضای خانواده بیماران بستری در بیمارستان، در اولین فرصت مناسب یعنی ۱ یا حداکثر ۲ روز بعد، سعی گردید از میان افراد ۱۸ سال و بالاتر، پس از همسان سازی گروهی از نظر سن، جنس، تاهل و تحصیلات، اعضای گروه مقایسه از بین افراد عادی جامعه از سطح شهر زاهدان انتخاب و پرسشنامه مذکور را پر کنند. داده های به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و به کمک آزمون های تی مستقل و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

تصویب طرح در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، اخذ رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح مراحل کار و هدف پژوهش، عدم نیاز به ثبت نام و نام خانوادگی و اخذ معرفی نامه از دانشگاه برای مراجعه به محیط پژوهش به عنوان ملاحظات اخلاقی در این مطالعه مورد توجه قرار گرفته است.

یافته ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در هر سه گروه مورد مطالعه ۶۰ درصد را مردان و ۴۰ درصد را زنان تشکیل داده بودند. ۶۱/۵ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش های ویژه و عمومی و ۶۵/۹ درصد از افراد عادی جامعه دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. ۳۲/۶ درصد اعضای خانواده بیماران در بخش های ویژه و ۲۷/۴ درصد افراد در جامعه کارمند بودند. ۲۹/۶ درصد افراد در بخش های عمومی نیز دارای شغل آزاد بودند. اکثریت (۶۷/۴ درصد) اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه و افراد عادی جامعه، متاهل بودند و این

آزمون آماری آنالیز واریانس نشان داد که بین سه گروه از نظر سن با توجه به همسان سازی، اختلاف معناداری وجود نداشت ($P=0/16$). از نظر جنس در هر سه گروه ۴۰ درصد زن و ۶۰ درصد مرد بودند. ۶۷/۴ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه، ۶۰/۷ درصد در بخش های عمومی و ۶۷/۴ درصد افراد جمعیت عادی متاهل بودند. از نظر تحصیلات ۶۱/۵ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه، ۶۱/۵ درصد در بخش های عمومی و ۶۵/۵ درصد افراد جمعیت عادی تحصیلاتی بالاتر از دیپلم داشتند. که با عنایت به همسان سازی صورت گرفته شده، تفاوت معنادار آماری از حیث مشخصات فردی بین سه گروه مورد مطالعه وجود نداشت.

در حالی است که در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی ۶۰/۷ درصد اعضای خانواده متاهل بودند. بیشترین فراوانی یعنی ۴۲/۲ درصد از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه و ۳۴/۱ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی، از نظر نسبت فامیلی، فرزند بیمار بودند.

جدول شماره ۱ نتایج آزمون های آماری مربوط به توصیف و مقایسه مشخصات فردی واحدهای مورد مطالعه را با توجه به همسان سازی گروهی صورت گرفته نشان می دهد. حداقل، حداکثر، میانگین و انحراف معیار سن در گروه ویژه بترتیب ۱۸، ۶۸، ۳۶/۳۱ و ۱۱/۷۵ و در گروه بخش های عمومی ۱۸، ۶۷، ۳۴/۲۵ و ۱۱/۴۵ و در گروه جمعیت عادی ۱۸، ۶۲، ۳۳/۹۵ و ۱۰/۰۱ بود. نتیجه

جدول شماره ۱: فراوانی و مقایسه مشخصات فردی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه، عمومی و افراد عادی

نتیجه آزمون	جمعیت عادی		عمومی		ویژه		بخش	متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
$P = 0/99$ $df = 2$ $K = 0/01$	۵۴	۴۰	۵۴	۴۰	۵۴	۴۰	زن	جنس
	۸۱	۶۰	۸۱	۶۰	۸۱	۶۰	مرد	
	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	جمع	
$P = 0/9$ $df = 4$ $K = 1/06$	۱۱	۸/۱	۱۴	۱۰/۴	۱۱/۱	۱۵	بیسواد	تحصیلات
	۳۵	۲۵/۹	۳۸	۲۸/۱	۲۷/۴	۳۷	زیر دیپلم	
	۸۹	۶۵/۹	۸۳	۶۱/۵	۶۱/۵	۸۳	بالاتر	
	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	جمع	
$P = 0/41$ $df = 2$ $K = 1/76$	۹۱	۶۷/۴	۸۲	۶۰/۷	۹۱	۶۷/۴	متاهل	تاهل
	۴۴	۳۲/۶	۵۳	۳۹/۳	۴۴	۳۲/۶	مجرد	
	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	جمع	
$P = 0/73$ $df = 10$ $K = 6/85$	۳۷	۲۷/۴	۳۳	۲۴/۴	۳۲/۶	۴۴	کارمند	شغل
	۷	۵/۲	۶	۴/۴	۵/۹	۸	بازنشسته	
	۳۲	۲۳/۷	۲۵	۱۸/۵	۱۷/۸	۲۴	خانه دار	
	۳۴	۲۵/۲	۴۰	۲۹/۶	۲۹/۶	۴۰	آزاد	
	۲۰	۱۴/۸	۲۵	۱۸/۵	۱۱/۱	۱۵	دانشجو	
	۵	۳/۷	۶	۴/۴	۳	۴	بیکار	
	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	جمع	

			۳۱/۹	۴۳	۲۷/۴	۳۷	همسر	
			۳۴/۱	۴۶	۴۲/۲	۵۷	فرزند	
P = ۰/۶۴			۸/۹	۱۲	۷/۴	۱۰	پدر	نسبت با بیمار
df = ۴			۵/۹	۸	۳/۷	۵	مادر	
K = ۲/۴۹			۱۹/۳	۲۶	۱۹/۳	۲۶	همشیر	
			۱۰۰	۱۳۵	۱۰۰	۱۳۵	جمع	

اضطراب در گروه ها (سه مقایسه زوجی بخش های ویژه - بخش های عمومی، بخش های ویژه - جمعیت عادی، بخش های عمومی - جمعیت عادی)، افسردگی در گروه ها (سه مقایسه زوجی بخش های ویژه - بخش های عمومی، بخش های ویژه - جمعیت عادی، بخش های عمومی - جمعیت عادی) و استرس در گروه ها (سه مقایسه زوجی بخش های ویژه - بخش های عمومی، بخش های ویژه - جمعیت عادی، بخش های عمومی - جمعیت عادی)، همه معنادار بودند ($\alpha = ۰/۰۵$). بطوری که میانگین نمرات هر سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه بیشتر از بخش های عمومی و در بخش های عمومی بیش از افراد جمعیت عادی بود.

در خصوص هدف اصلی پژوهش، یافته ها نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد نمره ی اضطراب، استرس و افسردگی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه به ترتیب $۱۲/۸ \pm ۵/۵$ و $۱۴/۳۳ \pm ۵/۱۹$ و $۱۲/۲۹ \pm ۵/۷۶$ و در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی به ترتیب $۷/۷۶ \pm ۴/۵$ ، $۸/۸۹ \pm ۳/۸۲$ و $۷/۰۷ \pm ۳/۷۲$ و در افراد عادی جامعه به ترتیب $۵/۲۳ \pm ۴/۰۱$ ، $۵/۹۴ \pm ۴/۴۷$ و $۵/۲۲ \pm ۵$ بود (جدول شماره ۲). نتیجه ی آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بین اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه و عمومی و همچنین افراد عادی جامعه از نظر متغیرهای روانشناختی استرس، اضطراب و افسردگی تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). آزمون های تعقیبی توکی نشان داد که مقایسه های زوجی میانگین نمرات

جدول شماره ۲: نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس در گروه های سه گانه مورد مطالعه

نتیجه ی آزمون آنالیز واریانس	افراد عادی جامعه	اعضای خانواده بیماران بخش عمومی	اعضای خانواده بیماران بخش ویژه	گروه واکنش های روانشناختی
F = ۹۰/۰۲ df = ۲ p < ۰/۰۰۱	۵/۲۳ ± ۴/۰۱	۷/۷۶ ± ۴/۵	۱۲/۸ ± ۵/۵	اضطراب
F = ۱۱۸/۸۶ df = ۲ p < ۰/۰۰۱	۵/۹۴ ± ۴/۴۷	۸/۸۹ ± ۳/۸۲	۱۴/۳۳ ± ۵/۱۹	استرس
F = ۷۵/۳۴ df = ۲ p < ۰/۰۰۱	۵/۲۲ ± ۵	۷/۰۷ ± ۳/۷۲	۱۲/۲۹ ± ۵/۷۶	افسردگی

داشتند و از نظر آماری تفاوت معنی داری بین آن ها وجود داشت ($p < 0/05$). بررسی وضعیت تاهل در این گروه همچنین نشان داد که افراد متاهل نسبت به افراد مجرد اضطراب و استرس بیشتری را در هنگامی که عضوی از خانواده در بخش های ویژه بستری می شود تحمل کرده بودند و از نظر آماری تفاوت معنی داری بین آن ها وجود داشت ($p < 0/05$).

بر اساس جدول شماره ۳، بررسی میانگین متغیرهای مورد نظر بر حسب مشخصات دموگرافیک در گروه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه نشان داد که میانگین نمرات اضطراب، استرس و افسردگی بر حسب جنس، سطح تحصیلات، شغل و نسبت با بیمار با یکدیگر متفاوت بود و زنان، افراد بیسواد، خانه دار، همسران و مادران اضطراب، استرس و افسردگی بیشتری

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمره استرس، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده بیماران بر حسب مشخصات دموگرافیک

گروه واکنش متغیر	اعضای خانواده بیماران بخش ویژه			اعضای خانواده بیماران بخش عمومی			افراد عادی جامعه		
	اضطراب	استرس	افسردگی	اضطراب	استرس	افسردگی	اضطراب	استرس	افسردگی
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
جنس									
مرد	۱۱/۴±۵/۵	۱۲/۸±۵/۴	۱۰/۴±۵/۷	۷/۹۷±۴/۴	۹/۰۴±۴/۲	۷/۱۱±۴/۱	۵/۹±۴/۰	۶/۲۸±۴/۵	۵/۷۰±۵/۳
زن	۱۴/۹±۴/۸	۱۶/۶±۳/۷	۱۵/۱±۴/۶	۷/۴۴±۴/۵	۸/۶۶±۳/۱	۷/۰۱±۲/۹	۴/۲±۳/۷	۵/۴۴±۴/۳	۴/۵۱±۴/۳
مقدار p	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$	۰/۵۰	۰/۵۴	۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۱۷
تاهل									
مجرد	۱۱/۵±۵/۵۵	۱۳±۵/۴۶	۱۰/۹±۶/۰۷	۷/۳۲±۴/۵۸	۹/۰۱±۳/۸۴	۷/۴۱±۳/۷۰	۵/۴۳±۴/۱۶	۵/۹۵±۴/۵۴	۵/۱۵±۴/۴۷
متاهل	۱۳/۴±۵/۴	۱۴/۹±۴/۹	۱۲/۹±۵/۵	۸/۰۴±۴/۴	۸/۸۱±۳/۸	۶/۸۵±۳/۷	۵/۱±۳/۹	۵/۹۴±۴/۴	۵/۲۶±۵/۲
مقدار p	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۳۶	۰/۷۶	۰/۳۹	۰/۶۹	۰/۹۹	۰/۹۱
تحصیلات									
بیسواد	۱۷/۲±۲/۱	۱۷/۹±۱/۵	۱۵/۵±۳/۳	۸/۳۵±۴/۵	۸/۲۱±۴/۱	۷/۵۷±۴/۱	۶/۷±۵/۳	۷/۸۱±۶/۲	۶/۵۴±۵/۰
زیر دیپلم	۱۳/۹±۴/۷	۱۴/۷±۵/۰	۱۲/۷±۵/۴	۸/۰۲±۴/۲	۸/۹۴±۳/۷	۶/۹۲±۳/۷	۴/۸±۳/۴	۵/۴۸±۳/۶	۴/۹۱±۳/۶
بالتر	۱۱/۵±۵/۸	۱۳/۵±۵/۴	۱۱/۵±۶/۰	۷/۵۴±۴/۶	۸/۹۸±۳/۸	۷/۰۶±۳/۷	۵/۲±۴/۰	۵/۸۹±۴/۵	۵/۱۹±۵/۳
مقدار p	$P < 0/001$	۰/۰۰۸	۰/۰۳	۰/۷۵	۰/۷۸	۰/۸۵	۰/۴۰	۰/۳۱	۰/۶۴
نسبت بیمار									
همسر	۱۵/۳±۴/۳	۱۶/۲±۴/۰	۱۴/۲±۵/۰	۷/۶۲±۳/۶	۸/۴۱±۳/۳	۶/۶±۳/۶	-----	-----	-----
فرزند	۱۰/۴±۵/۸	۱۲/۶±۵/۹	۱۱±۶/۱	۸/۸۹±۴/۹	۹/۶۷±۴/۳	۷/۷۱±۴/۰	-----	-----	-----
پدر	۱۴/۸±۴/۲	۱۵/۷±۴/۸	۱۲/۱±۴/۷	۷/۲۵±۳/۷	۸/۹۱±۳/۳	۷/۱۶±۳/۰	-----	-----	-----
مادر	۱۹±۲/۵	۱۸/۶±۲/۶	۱۷/۲±۲/۱	۶/۲۵±۳/۸	۸±۲/۶	۵±۲/۶۱	-----	-----	-----
خواهر	۱۲/۵±۴/۹	۱۴±۳/۹	۱۱/۵±۵/۶	۶/۶۹±۵/۲	۸/۵۷±۴/۱	۷/۲۶±۳/۶	-----	-----	-----
برادر	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
مقدار p	$P < 0/001$	۰/۰۰۳	۰/۰۲	۰/۲۴	۰/۵۳	۰/۳۴	-----	-----	-----

اضطراب و استرس در افرادی که شغل آزاد دارند بیشتر از دیگر افراد بود. همچنین در بررسی میانگین نمره ی افسردگی در این گروه نیز مشخص گردید که افراد بیکار

بررسی میانگین متغیرهای مورد نظر بر حسب مشخصات دموگرافیک در گروه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی نیز نشان داد که میانگین نمرات

گرچه استرس بخش جدایی ناپذیر از زندگی هر فرد محسوب می شود^(۲۵) ولی وجود استرس در خانواده های بیمار بستری شده در بخش مراقبتهای ویژه بسیار قابل توجه است^(۲۶). مطالعات نشان داده است اقوام تجربه آسیب زایی را در هنگامی که یک عضو خانواده در بخش مراقبتهای ویژه بستری می شود، تجربه می کنند. در اغلب اوقات این پذیرش ها به صورت غیر قابل پیش بینی و در شرایط اضطراری رخ می دهند^(۳). نتایج مطالعات مختلف همچنین نشان می دهند که فرد نزدیک به بیمار در معرض خطر بالایی برای علائم مرتبط با استرس قرار دارد^(۲۷).

در سال های اخیر توجه به منابع استرس و راه های مقابله با آن در گروه های مختلف بسیار مورد توجه و بررسی قرار گرفته است^(۲۸). در مطالعه دیگری که توسط Azoulay و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که ۷۰ درصد افراد خانواده بیمارانی که یکی از بستگانشان در بخش مراقبت ویژه بستری بودند، دچار سندرم پس از حادثه شده و ۶۵ درصد آنها نیز علائم اضطراب و افسردگی را نشان دادند^(۲۹). نتایج مطالعات بسیاری بر این نکته تاکید می کنند که اعضای خانواده های بیمار بستری در بخش های ویژه سطوح بالایی از افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می کنند که نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه ی حاضر همسو است^(۱۲،۳۱،۳۰،۲۷). به طور کلی اتصال به دستگاه های حمایت از زندگی و دستگاه های پایش، محدودیت در ملاقات، هزینه زیاد بستری در بخش های ویژه، داروها، تجهیزات پزشکی، هزینه های تشخیصی و خدمات درمانی، مشاهده ی بیمار بدحال دیگر^(۳۰)، عدم توجه به نیازهای روانی اجتماعی خانواده ها و همراهان^(۹) و نیز بحرانی بودن وضعیت بیمار، ترس از بخش های ویژه و شنیده ها مبنی بر افزایش احتمال مرگ و میر در این بخش ها، پوشش و جنب و جوش پرسنل درمانی و عدم آگاهی از روند درمان در بخش های ویژه از مواردی هستند که باعث اضطراب و استرس بیشتر در اعضای خانواده بیمار

افسردگی بیشتری را در هنگام بستری عضوی از خانواده در بخش های عمومی متحمل شده بودند. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین آن ها وجود داشت ($p < 0/05$). بررسی میانگین متغیرهای مورد نظر بر حسب مشخصات دموگرافیک در افراد عادی جامعه نیز نشان داد که مردان و افراد بازنشسته و بیکار اضطراب بیشتری داشتند و از نظر آماری این تفاوت معنی داری بود ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین نمرات اضطراب در اعضای خانواده بیمار بستری در بخش های ویژه بیشتر از اعضای خانواده بیمار بستری در بخش های عمومی و همچنین افراد عادی جامعه می باشد. پذیرش بیمار در بخش مراقبت های ویژه تاثیر روانشناختی قابل توجهی بر سایر اعضای خانواده، آشنایان و دوستان دارد^(۱۳). بعضی از محققین معتقدند عواملی مانند نوع بیماری، نسبت بیمار با خانواده، نان آور بودن بیمار، وضعیت بیمار، نوع بیماری، شدت بیماری، سن بیمار و مرگ بیمار می تواند باعث اضطراب در خانواده ها شود^(۵،۱۳). Lee نیز معتقد است عدم برآورده شدن نیازها در خانواده های بیمار بستری در بخش های مراقبت ویژه، می تواند باعث اضطراب در آنها گردد^(۳۳) نتایج تحقیق Horn و Tesh در یک مرکز درمانی در آمریکای جنوبی و بر روی خانواده هایی که دو هفته از مدت بستری شدن یکی از اعضای خانواده آنها در بخش مراقبت های ویژه می گذشت نیز حاکی از ایجاد تغییرات زیادی در پاسخ ها، رفتارها، شیوه زندگی، فعالیت های روزمره، وضعیت تغذیه ای، رژیم غذایی و کیفیت خواب ۶۰ درصد آنان بود^(۲۴) مطالعات انجام شده بر روی اعضای خانواده بیمار بستری در بخش های ویژه در بیمارستان های دولتی آمریکا نشان داده است بین ۱۰ تا ۴۲ درصد آنان از علائم اضطرابی و ۱۶ تا ۳۵ درصد از علائم افسردگی رنج می برند^(۱۳).

دچار اضطراب شده بودند و در این میان ۸۲/۷ درصد از افراد مضطرب را همسر بیمار تشکیل می داد و این اضطراب در افرادی که در تصمیم گیری بیمار نقش داشتند به طور معنی داری بیشتر بوده است^(۱۲).

یافته های مطالعه ی حاضر همچنین نشان می دهد زنان اضطراب، استرس و افسردگی بیشتری را در گروه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه تجربه می کنند. بهرامی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند زنان بیش از مردان دچار استرس بوده اند^(۴). در مطالعه ای دیگر که توسط Chan و Chui و جهت بررسی استرس و سازگاری در خانواده های چینی در هنگ کنگ انجام گردید، نیز مشخص شد سطح بالایی از استرس به صورت غیر منتظره توسط زنان، کسانی که دستیابی پایینی به امکانات آموزشی دارند و افرادی که بستگان آنها در ICU بستری شده اند، تجربه می شود^(۳۲).

این یافته ها همچنین در مطالعه ای که توسط Puntillo انجام گردید نیز منعکس شده است. آنها گزارش دادند همسر، زن و کودک به طور قابل توجهی در افزایش خطر ابتلا به علائم اضطراب، افسردگی و اختلالات استرس پس از ضربه قرار دارند^(۱۰). شمسی و همکاران نیز در مطالعه ی خود به این نتیجه رسیدند مردان استرس کمتری را تجربه می کنند^(۲۵). به نظر می رسد عاطفی بودن زنان و بالابودن سطح اضطراب آنان نسبت به مردان باعث می شود تنش ناشی از بحران ها در اکثر مواقع بیشتر دامن گیر جنس مؤنث شود و اضطراب را در آنها افزایش دهد^(۱).

از دیگر عوامل خطر گزارش شده در بروز واکنش های روانی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه می توان به وضعیت تحصیلی پایین، پذیرش بدون برنامه ریزی قبلی بیمار در بخش مراقبت های ویژه و اطلاعات ناقص در رابطه با وضعیت بیمار اشاره نمود^(۳). یافته های مطالعه ی حاضر نیز نشان داد که میزان بروز استرس، اضطراب و افسردگی در متاهلین و افراد با سطح تحصیلات پایین در این گروه بیشتر گزارش شده است که

بستری در بخش های ویژه نسبت به بخش های عمومی می شود^(۲۰).

بخشی از نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره اضطراب، استرس و افسردگی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی گرچه کمتر از بخش های ویژه است ولی بطور معناداری از نظر آماری بیشتر از افراد جمعیت عادی جامعه است. این مطلب بیانگر آن است که تجربه بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان خواه بخش ویژه یا غیر ویژه می تواند باعث افزایش سطح واکنش های روانشناختی اعضای خانواده گردد. بستری شدن در بیمارستان در فرهنگ های مختلف بویژه در فرهنگ خانواده محور ایرانی معمولاً "تداعی کننده صدمه، آسیب و افزایش خطر مرگ و از دست دادن و بروز مسایل غیر قابل پیش بینی در سلامت عضو خانواده و تغییر در عملکرد و ترکیب خانواده است و این خود باعث بروز واکنش های روانشناختی در اعضای سالم خانواده است. در این رابطه نتیجه مطالعات نشان داده است هنگامی که اعضای خانواده با ترس از مرگ فرد مورد علاقه ی خود روبه رو می شوند، استرس و اضطراب آنها بطور غیر قابل تصویری افزایش می یابد^(۶) و تجربه آسیب زایی را در هنگام بستری عضوی از خانواده در بخش های بیمارستانی تجربه می کنند^(۳).

سیاهکلی و همکاران نیز در مطالعه ی خود نشان دادند که عوامل استرس زای بسیاری نظیر یک بیماری حاد و صعب العلاج و یا بستری شدن یکی از اعضا در بیمارستان می تواند خانواده را به سمت بحران بکشانند و منجر به ایجاد افسردگی در خانواده شود^(۲). در مطالعه ای که توسط Gregorio و Rodriguez انجام شد نتایج نشان داد که بستگان تجربه آشفتهگی احساسی را به صورت احساس نارضایتی از زندگی، اضطراب، احساس گناه، حقارت و بی ثمر بودن نشان می دهند^(۱۱). همچنین در تحقیقی که توسط Pochard و همکاران در فرانسه و بر روی ۵۴۴ نفر از افراد خانواده بیماران بستری انجام شد، مشخص گردید ۵۷/۵ درصد از افراد خانواده بیماران

مشخصات فردی آنان رابطه دارد بطوری که شدت واکنش ها در گروه زنان، افراد بیکار، بیسواد، زنان خانه دار، همسران، مادران و افراد متأهل بیش از سایر افراد است. فشار روانی می تواند رفتارهای بیمار گونه را افزایش دهد و علاوه بر این که بر روی سلامت روانی خود فرد اثر می گذارد، ممکن است بر کیفیت زندگی همه اعضای خانواده و توان و کیفیت ارائه مراقبت به عضو بیمار در خانه پس از ترخیص نیز تأثیرگذار باشند. بنابراین طراحی و اجرای مداخله های روانشناختی مانند تعیین نیازهای روانی اجتماعی و ارائه اطلاعات درمانی به اعضای خانواده و بویژه مراقبین خانوادگی، تکنیک های کاهش اضطراب برای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه و عمومی بیمارستان توسط پرسنل پرستاری به منظور تامین سلامتی روانی و جسمانی آنان و نیز بهبود فرآیند درمان بیماران در منزل ضرورت دارد. این مهم با گنجاندن آموزش و حمایت اعضای خانواده بیماران در قالب استفاده از مراقبت های خانواده محور در پرستاری ممکن است میسر شود. مطالعه عوامل موثر در بروز و شدت واکنش های روان شناختی اعضای خانواده بیماران بستری و نیز مطالعات مداخله ای به منظور کاهش این وضعیت های روانشناختی توصیه می شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می دانند از اعضای خانواده بیماران شرکت کننده در مطالعه و نیز مسئولین و پرسنل محترم بخش های مختلف بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) زاهدان بخاطر مشارکت و همکاری شان در انجام تحقیق تشکر و قدردانی نمایند. لازم به ذکر است که این مطالعه بر گرفته از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می باشد.

همسو با یافته های بهرامی و همکاران می باشد^(۴). سیاهکلی و همکاران نیز در مطالعه ی خود به این نتیجه رسیدند میزان اضطراب خانواده های بی سواد و روستایی، به طور معنی داری بیشتر از سایر خانواده ها بود. به نظر می رسد افراد با تحصیلات دانشگاهی، وضعیت بیمار و درمان را بهتر درک می کنند و این مسئله خود می تواند موجب تسریع در تطابق و در نتیجه، اضطراب کمتر در افراد گردد^(۱).

یافته های مطالعه ی حاضر همچنین نشان داد زنان خانه دار و مادران واکنش های روانی بیشتری را تجربه می کنند. در این رابطه نتایج تحقیقات مشابه که در دو بخش جراحی عمومی و مراقبت ویژه انجام گرفته بود نیز نشان داد مادران با سن بالاتر میزان استرس بیشتری نسبت به مادران با سن کمتر تجربه می کنند. سیاهکلی و همکاران نیز در مطالعه ی خود به این نتیجه رسیدند که خانم های خانه دار اضطراب بیشتری را نسبت به سایر افراد نشان می دهند^(۱).

یافته های مطالعه حاضر همچنین نشان می دهد افراد بیکار در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی افسردگی بیشتری دارند. به صورت کلی می توان گفت در هر مقطع معین زمانی، ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان از سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می برند و حداقل ۱۲ درصد به میزانی از افسردگی که آن ها را در مرحله ای از زندگی به سمت درمان بکشاند مبتلا هستند. در واقع می توان گفت که افسردگی طیفی است که افراد و مشاغل تنها عامل دخیل در ایجاد آن نیستند و مجموعه ای از عوامل در پدیدآیی آن مؤثر است^(۳۳).

نتایج پژوهش نشان داد که واکنش های روان شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های بیمارستانی بخصوص بخش های ویژه نسبت به جمعیت عادی بیشتر است. همچنین واکنش های روانشناختی افراد با برخی

فهرست منابع

1. RabiSiahkali S, Pourmemari MH, Khaleghdoust Mohammadi T, Eskandari F, Avazeh A. [Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units.] *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2010; 18(70):91-101. Persian
2. RabieSiahkali S, Avazeh A, Eskandari F, Khalegh doost Mohamadi T, Mazloom S, Paryad E. [A survey on psychological and environmental factors on family anxiety of the hospitalized patients in intensive care units.] *I J C C N*. 2011; 3(4):171-6. Persian
3. Gundo Rodwell. Comparison of nurses and families perception of family needs in intensive care unit at a tertiary public sector hospital. Johannesburg(2010). Available from :www.google.com.
4. Bahrami F, Islami M, Moshtagh Eshgh Z, Fesharki M. [Effects of programmed education on stress of family careers with a relative in on intensive care unit of Isfahan university medical sciences hospitals during 2009.] *Journal of Rafsanjan.Nursing, Midwifery and Paramedical* 2009; 3(4):18-24. Persian
5. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*. 2009; 29(3):28-34.
6. Yan H. An evidence-based, nurse-led communication intervention for families of critically-ill patients with grave prognosis in ICU" [Master of Nursing thesis]. University of Hong Kong. August (2010):1-132 .
7. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2009;18(3):200-9.
8. Roberti SM, Fitzpatrick JJ. Assessing family satisfaction with care of critically ill patients: a pilot study. *Critical Care Nurse*. 2010; 30(6):18-26.
9. Askari H, Forozi M, Navidian A, Haghdoost A. [Psychological reactions of family members of patients in critical care units in Zahedan.] *Journal of Research and Health*. 2013; 3(1):317-24. Persian
10. Puntillo KA, Arai S, Cohen NH, Gropper MA, Neuhaus J, Paul SM, et al. Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Crit Care Med*. 2010; 38(11):2155-60.
11. Rodríguez AM, Gregorio M. Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *Span J Psychol*. 2005;8(01):36-44.
12. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, 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(10):1893-7.
13. Kulkarni H S, Kulkarni K.R, Mallampalli A, Parkar R Sh.R, Karnad D.R, Guntupalli K K. Comparison of anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms in relatives of ICU patients in an American and an Indian public hospital. *Indian J Crit Care Med* 2011; 15(3):147-56.
14. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, LE GALL J-R, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001; 163(1):135-9.
15. Omranifard V, Masaeli N, Emami Ardestani P. [Prevalence of depression and anxiety in caregivers of patients in psychiatric wards 2006.] *Journal of Medical Sciences Semnan* 2008; 9(3):223-228. Persian
16. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. *Critical Care Nurse*. 2002; 22(6):61-5.
17. Stewart M, Choate K. Reducing anxiety in patients and families discharged from ICU. *Aust Nurs J*. 2002; 10 (5):29-34.
18. Siddiqui S, Sheikh F, Kamal R. What families want-an assessment of family expectations in the ICU. *Int Arch Med*. 2011;4(21):1-5.
19. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med*. 2007;35(2):605-22.
20. Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi S, Najafi M, Mokhtari Nouri J, Shokrollahi F. [Effect of nurse communication with patients on anxiety, depression and stress level of emergency ward patient.] *I J C C N*. 2010; 3(1):7-12. Persian

21. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. [Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society.] *Pejouhesh*. 2008; 32(1): 45-53. Persian
22. Pahlavanzadeh S, Navidian A, Yazdani M. [The effect of psychoeducation on depression, anxiety and stress in family caregivers of patients with mental disorders.] *Behbood J*. 2010; 14(3):228-36. Persian
23. Yin King Lee L, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003; 12(4):490-500.
24. Van Horn E, Tesh A. Impact of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. *Dimens Crit Care Nurs* 2000;19(4), 40-9.
25. Shamsi M, Bayati A, Farhang Nia L, Jahani F. [The Effect of Holy Quran Recitation on Perceived Stress Among Personnel of Arak University of Medical Sciences.] *Daneshvar Medicine*. 2011.; 19(95): 1-11. Persian
26. Chaitin E, Wood J G, Arnold M R, Communication in the ICU: Holding a family meeting. news from up to date 2011 .3.
27. Bunzel B, Roethy W, Hansjoerg Znoj H, Laederach HK. Psychological consequences of life-saving cardiac surgery in patients and partners: measurement of emotional stress by the Impact of Event Scale. *Stress and Health* 2008:1-13.
28. Yavarian R, Chanizadeh N, Golshan T. [Studying Stress and coping style in female students residing at hostels of urmia university.] *Journal of uremia nursing & midwifery faculty*. 2006; 4(3), 124-8. Persian
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.
30. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med*. 2008;23(11):1871-6.
31. Elizarraras RJ, Vargas JE, Mayoral GM, Matadamas ZC, Elizarraras CA, et al. Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC psychiatry*. 2010; 10(104):1-9.
32. Chui WYY, Chan SWC. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nurs*. 2007;16(2):372-81.
33. Yousefi R, Namdari K, Adhamian A. [A comparison of depression and occupational stress in psychiatric and non-psychiatric units and employees.] *Journal of urmia nursing & midwifery faculty*. 2006, 4(2); 76-85. Persian

Psychological Reactions of Family Members of Patients Hospitalized in Critical Care and General Units Compared with General Population

¹Navidian A., PhD.

²Sarhadi M., MS.

³Kykhah A., MS.

^{*4}Kykhah R., MS.

Abstract

Background & Aim: Family members of hospitalized patients experience a lot of stress. This study was performed to determine the psychological reactions of family members of patients hospitalized in critical care and general units compare with general population.

Material & Methods: It was a descriptive, cross-sectional study. The sample consisted of family members of patients in critical care unit, and general units of Zahedan Khatam Alanbia hospital (each= 135) and 135 family members from general population recruiting by convenience sampling in 2012. Psychological reactions including stress, anxiety and depression were assessed by DASS- 21 standard questionnaire. Data was analyzed by ANOVA and Independent T tests using SPSS-PC (v. 16).

Results: The mean score of stress, anxiety and depression of family members of patients in critical units was 12.8 ± 5.5 , 14.33 ± 5.19 and 12.29 ± 5.76 respectively that was significantly more than family members of patients in general units and general population ($p < 0.001$). The post hoc tests showed that paired tests of the mean score of anxiety, stress and depression in all three groups were significant ($\alpha = 0/05$). So that the mean score of all three variables in family members of patients in critical care units were more than the family members of patients in general units and in family members of patients in general units was more than the general population. The finding also indicated that there are significant differences between the mean score of stress, anxiety and depression in spouses, mothers, unemployed, house keepers and women of family members of patients in critical care units and family members of patients in general units and general population ($p < 0.05$).

Conclusion: Hospitalization of one family member leads to stress, anxiety and depression in family members. Therefore designing and performing family-centered interventions to reduce stress, anxiety and depression in these populations is recommended. Future research to study the factors related to these psychological reactions is also recommended.

Key Words: Stress, Anxiety, Depression, Family members, Critical care units, General units

Received: 8 Dec 2013

Accepted: 15 Feb 2014

¹ Associate Professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

² Faculty member, Nursing Dept., Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

³ Faculty member, Anesthesia Dept., Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

⁴ Master degree of psychiatric nursing, Nursing Dept., Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran (Corresponding author). Tel: +98 (0)5412442482 Email: roghaieh.keykha@yahoo.com