Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 3, No. 4, Winter 2011
Pages: 175-180

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره 3، شماره 4، زمستان 1389
صفحات: 180- 175

مطالعه اضطراب و عوامل محیطی و روانی تاثیرگذار بر آن در خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

سهیلا ربیع سیاهکلی MSc * ، آذر آوازه MSc [1] ، فریدون اسکندری MSc [2]، طاهره خالق دوست محمدی MSc [3] ، سعیده مظلوم PhD [4]، عزت پاریاد MSc [3]

[1] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران*
[2] بیمارستان آیت اله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
[3] دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
[4] دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

چکیده

مقدمه: اضطراب اثرات مخربی بر افراد می‌گذارد، از این رو این مطالعه با هدف تعیین میزان اضطراب و عوامل محیطی و روانی تأثیرگذار بر اضطراب خانواده های بیماران بستری در بخش ویژه انجام شد.

روش: در این مطالعه توصیفی مقطعی که در سال 1386 انجام شد، 218 نفر از خانواده‌ی 130 بیمار بستری به روش نمونه گیری آسان در ساعات ملاقات مراکز آموزشی درمانی مورد نظر انتخاب شدند. گردآوری داده ها با استفاده از دو پرسش‌نامه " ابزار اضطراب و افسردگی بیمارستانی استاندارد شده" و "محقق ساخته" انجام شد. داده ها با استفاده از آزمون کای دو و رگرسیون لجستیک توسط نرم افزار SPSS15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: شانس بروزِ اضطراب در افرادی‌که اظهار داشتند انجام ملاقات از پشتِ شیشه در اضطرابشان تأثیر دارد، 4/4 برابر افرادی بود که ملاقات از پشت شیشه تأثیری در ایجاد اضطراب آنان نداشت (OR=4/404). همچنین شانس بروزِ اضطراب در موارد عدم ملاقات حضوری با بیمار، وضعیت اقتصادی ضعیف، نگرانی خانواده از هزینه بیمارستان و تغییر نقش افراد خانواده به ترتیب3/550، 3/ 904، 2/501 ، 4/308 برابر بود.

نتیجه‌گیری: مشاهده لوله‌ها و اتصالات، ملاقات از پشت شیشه و عدم ملاقات حضوری، وضعیت اقتصادی ضعیف و نگرانی خانواده در خصوص هزینه و تغییر نقش از عوامل تأثیر گذار در افزایش شانس بروز اضطراب خانواده‌ها است. توجه به این عوامل و خانواده محور نمودن مراقبت‌ها می‌تواند به میزان قابل‌ملاحظه‌ای اضطراب خانواده‌ها را کاهش دهد.

واژگان کلیدی: اضطراب ، خانواده‌ی بیماران، بخش مراقبت ویژه.

A Survey on Psychological and Environmental Factors on Family Anxiety of the Hospitalized Patients in Intensive Care Units

Rabie Siahkali S.* MSc, Avazeh A.[1] MSc, Eskandari F.[2] MSc, Khalegh doost Mohamadi T.[3] MSc, Mazloom S.[4] PhD, Paryad E.[3] MSc

** [1]School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran*
[2] Ayatollah Moosavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
[3] Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
[4] School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Abstract

Introduction: Anxiety has many devastating effects on the individuals, so this study aimed to determine anxiety level and psychological and environmental factors on anxiety of the family of the patients hospitalized in Intensive Care Units.

Methods: This was a cross-sectional study conducted in 2007. 218 family members of 130 patients were selected in simple sampling method in meeting times of the Therapeutic Educational Centers. Collecting the data was done using two questionnaires: “standardized hospital anxiety and depression scale” and “researcher made”. The data were analyzed using chi-square test and logistic regression through software SPSS 15.

Results: The odds ratio of anxiety outbreak in individuals who remarked that visiting behind the window affect their anxiety was 4.4 times more than that in the individuals who remarked visiting behind the window does not affect their anxiety (OR = 4.404). In addition, the odds ratio in cases with lack of face to face visiting, poor economic condition, family concerns on hospital costs and family member role changing were 3.550, 3.904, 2.501 and 4.308, respectively.

Conclusion: Observing pipes and fittings, visiting behind the window, lack of face to face visiting, poor economic condition, family concerns about hospital costs and family member role changing were the effecting factors in increasing odds ratio of the families’ anxiety. Considering these factors and family-centered cares can significantly reduce anxiety level of the families.

Keywords: Anxiety, Patients’ families, Intensive Care Unit.

* نویسنده مسؤول: سهیلا ربیع سیاهکلی تمامی درخواست ها باید به نشانی s_rabie23@yahoo.com ارسال شود.

دریافت مقاله: 1389/1/21 پذیرش مقاله:1389/9/8

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

خانواده به عنوان مهم‌ترین واحد جامعه، در احساس سلامتی و توانایی فرد برای تطابق با شرایط مختلف نقش بسزایی Fدارد [1]. اما برخی از عوامل می‌توانند به صورت ناگهانی سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار داده و ساختارآن را دستخوش تغییر نمایند [2]. عوامل استرس‌زای بسیاری نظیر وقوع یک بیماری حاد و صعب العلاج یا بستری شدن یکی از اعضا در بیمارستان می‌تواند خانواده را به سمت اضطراب سوق داده [4،3،1] و به عنوان یک حادثه تنش زا خانواده را به سوی بحران بکشاند [3].

بخش مراقبت ویژه یک محیط پرتنش برای بیماران و وابستگان آن-ها محسوب می شود که به واسطه ی آن افراد اضطراب زیادی را در طول این مدت تجربه می نمایند، زیرا آنان در بخشی بستری می شوند که اغلب بیماران آن بدحال، نیازمند به مراقبت تخصصی و یا مشرف به مرگ هستند. مواجهه با این وضعیت می تواند سبب افزایش غم و اندوه وکاهش امیدواری و توانمندی خانواده ها شود [5]. اغلب مشاهده فرد عزیز و مورد علاقه در یک وضعیت تهدید کننده، محیط پر تنش بخش ویژه و تجهیزات و تکنولوژی پیچیده از جمله عواملی هستند که سبب افزایش فشارهای روحی روانی خانواده می‌شوند. در این گونه مواقع به علت ترس و اضطراب شدید، افراد خانواده، نیازهای ضروری و اساسی خود را نادیده گرفته و فقط به فکر بیمار ومسایل مربوط به آن هستند [1،6].

اضطراب می تواند توانایی تصمیم گیری افراد را تحت تأثیر قرار داده و همانند یک بیماری مسری از خانواده به بیمار و یا به پرستار و کارکنان و بالعکس سرایت نماید و ار تباط بین خانواده وکارکنان را مختل کند [7]. همچنین سبب کاهش قوای جسمی و فکری افراد شده و زمینه ساز بسیاری از مسایل و مشکلات جسمی و روانی شود [5]. مطالعات مختلف نشان می‌دهد، سالانه از هر 4 تا 5 نفر یک نفر در اثر استرس دچار اختلالات روانپزشکی می شود [8]. لذا ضروری است که حمایت‌ها و راه‌کارهایی برای پیشگیری و کاهش عوامل اضطراب‌زا صورت گیرد [7].

نتایج تحقیق الیزابت ون هورن و آنیتاتش در سال 2001 در یک مرکز درمانی آمریکای جنوبی در افراد خانواده ای که دو هفته از مدت بستری شدن یکی از اعضای آن ها در بخش مراقبت ویژه می‌گذشت، حاکی از ایجاد تغییرات زیادی در پاسخ‌ها، رفتارها، شیوه-زندگی، فعالیت‌های روزمره، وضعیت تغذیه و رژیم غذایی و کیفیت خواب شصت درصد آنان بود [9].

مطالعه دیگری که توسط آزولای و همکاران در فرانسه انجام شد نشان داد که 70 درصد افراد خانواده بیمارانی که یکی از بستگانشان در بخش مراقبت ویژه بستری بودند، دچار سندرم پس از حادثه شده و 65 درصد آن‌ها نیز علایم اضطراب و افسردگی را نشان دادند [10]. پوچارد و همکاران نیز عوامل فردی، بین‌فردی، اجتماعی، اقتصادی، روانی و محیطی را در بروز اضطراب افراد خانواده بیمار بستری در بیمارستان مؤثر ذکر نمودند [11]. با شناخت این عوامل می‌توان علل ایجاد اضطراب و میزان اهمیت آن را در خانواده بیماران تعیین کرده [12،11،10] و نسبت به تعدیل آن‌ها اقدام نمود. از این رو مطالعه حاضر با هدف "شناسایی عوامل تأثیر گذار محیطی و روانی در بخش مراقبت ویژه" انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر، مطالعه ای از نوع توصیفی- مقطعی است که در سال 1386 انجام گرفت. برای تعیین حجم نمونه آن، ابتدا یک مطالعه مقدماتی با 45 نمونه انجام شد، سپس با در نظر گرفتن ضریب اطمینان 95% وخطای 5% و قدرت آزمون 90%=β- 1، حجم نمونه 218 نفر برآورد شد.

نمونه‌گیری به روش آسان از میان 130 خانواده بود. نمونه‌گیری در ساعات ملاقات پس از کسب اجازه از مراکز مورد نظر و دانشگاه علوم پزشکی گیلان از دو مرکز آموزشی درمانی پورسینا و رازی شهرستان رشت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان و در صورت رضایت نمونه‌های مورد پژوهش انجام شد.

نمونه‌های مورد پژوهش را اعضای خانواده‌ی بیمارانی تشکیل می داد که حداقل یک هفته از مدت بستری بیمار مورد نظر در بخش می‌گذشت و با بیمار نسبت خانوادگی با پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر و ولی یا قیم قانونی داشتند. پژوهشگر مجاز بود حد اکثر دو نفر از افراد خانواده بالای هجده سال هر بیمار را در نمونه‌گیری شرکت دهد که در صورت داشتن همسر؛ الویت مصاحبه با ایشان بود. گردآوری داده‌ها با استفاده از دو پرسش‌نامه از طریق مصاحبه فردی انجام شد. به منظور بررسی عوامل محیطی و روانی مؤثر بر اضطراب ضروری بود که ابتدا افراد دارای اضطراب شناسایی شده و سپس به عوامل مؤثر در ایجاد آن پرداخته شود. از این رو از پرسش-نامه بررسی اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) استفاده شد. این پرسش‌نامه حاوی چهارده سوال چهارگزینه‌ای است که هفت مورد آن مربوط به افسردگی و هفت مورد دیگر در خصوص اضطراب است. در این مطالعه با توجه به اهداف تحقیق، از 7 سوال بررسی اضطراب استفاده شد. کسب نمرات 10- 0 به‌عنوان غیر مضطرب و21-11 به‌عنوان مضطرب در نظر گرفته شد [13] و فاکتورهای محیطی و روانی مؤثر بر اضطراب خانواده و اطلاعات فردی، بوسیله پرسش‌نامه محقق ساخته سنجیده شد. روایی ابزارها از طریق روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ همبستگی بین سؤالات اندازه گیری شد. ضریب محاسبه شده 0/88 بدست آمد که نشان دهنده همبستگی بالای سؤالات بود. داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS15 و آمار توصیفی و تحلیلی (کای دو، رگرسیون لجستیک) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

یافته‌ها

اطلاعات فردی خانواده‌ها نشان می‌دهد که 84/4% تجربه بستری یکی از اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه را نداشتند. 26/6% نمونه‌ها با بیمار نسبت پدری، 26/1% همسری و 11% نسبت مادری با بیمار داشتند. بیشتر 67% دچار عدم هوشیاری بودند. همچنین 51/8% نمونه‌ها در گروه سنی60 – 36 سال قرار داشتند.

77/1% واحد های مورد پژوهش، مضطرب و 22/9% غیر مضطرب شناسایی شدند. در خصوص عوامل محیطی تأثیر گذار، نتایج نشان می دهد خانواده های مضطرب عوامل مشاهده لوله ها و اتصالات به بیمار (p=0/0001)، عدم انجام ملاقات حضوری با بیمار (p=0/0001)، نبودن اتاق انتظار برای خانواده (p=0/01)، نداشتن قدرت مالی را برای تامین نیاز های مورد درخواست بخش (دارو، تجهیزات را (p=0/000 1) در ایجاد اضطراب خود مؤثر ذکر نمودند. همچنین آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد، شانس بروز اضطراب در افرادی که اظهار داشتند انجام ملاقات از پشت شیشه در اضطرابشان تأثیر دارد 4/404 برابر افرادی است که ملاقات از پشت شیشه تأثیری در ایجاد اضطراب آنان نداشت (OR=4/404). همچنین شانس بروز اضطراب در افرادی که عدم ملاقات حضوری با بیمار را در اضطراب خود مؤثر بیان نموده بودند 3/55 برابر بود (OR=3/550)، شانس بروز اضطراب در موارد وضعیت اقتصادی ضعیف، نگرانی خانواده از هزینه بیمارستان و تغییر نقش افراد خانواده به ترتیب904/ 3، 2/501 ، 308/ 4 برابر بود (جدول 1).

از بین عوامل بررسی شده، کمبود آگاهی از وضعیت بیماری فرد عزیزشان (p=0/002)، کمبود آگاهی از روند درمان در مورد بیمارخود (p=0/000 1)، مشاهده بیماران بدحال دیگر (p=0/02)، نگرانی در مورد احتمال بهبودی بیمار (p=0/02)، نحوه ارتباط پرستاران بخش با خانواده (p=0/006) و تغییر نقش در افراد خانواده به دنبال بستری شدن یکی از اعضا را در اضطراب (p=0/0001) در ایجاد اضطراب خانواده‌ها مؤثر بود (جدول 2). همچنین شانس بروز اضطراب در افراد خانواده به ازای افزایش هر واحد نگرانی خانواده از هزینه بیمارستان2/501 بار (OR=2/501) و تغییر نقش در افراد خانواده به دنبال بستری شدن یکی از اعضا 4/308 بار (308/ OR=4) افزایش یافت.

جدول1.) جدول نسبت شانس بروز اضطراب در خانواده بیماران بستری در بخش ویژه در خصوص عوامل محیطی

ردیف	متغیرها	B (OR)	95% CI	p
1	انجام ملاقات از پشت شیشه	4/404	– 2/240 0/141	0/02
2	عدم انجام ملاقات حضوری	3/550	-15/617 1/242	0/02
3	نداشتن قدرت مالی برای تأمین نیاز های مورد درخواست بخش (دارو و تجهیزات)	3/904	– 3/513 0/455	0/001

بحث

یافته‌ها وجود اضطراب را در بیشتر واحدهای مورد پژوهش نشان می‌دهد. پوچارد و همکاران در مطالعه خود بستری شدن در بیمارستان بخصوص در بخش‌های ویژه را به‌عنوان یک عامل اضطراب آور برای خانواده و نزدیکان فرد بیمار ذکر نموده و اضطراب را در میان آنان 73/4% گزارش نموده اند [11]. با پژوهش حاضر مشابهت دارد.

سول و همکاران نیز هم جهت با نتایج مطالعه حاضر معتقدند که وجود دستگاه‌های حمایت زندگی و دستگاه‌های پایش در بخش‌های ویژه می‌توانند به‌عنوان عوامل زمینه ساز در ایجاد اضطراب مؤثر باشند [6].

ملاقات از پشت شیشه بر بروز اضطراب خانواده بیماران مؤثر بود. در این‌باره تحقیقاتی‌که توسط پوچارد و همکاران در فرانسه انجام شد ارتباط آماری معنی داری (p=0/01) را در رابطه با نبودن یک اتاق خصوصی به منظور ملاقات خانواده با بیمار و اضطراب آنان دربخش‌های مراقبت‌ویژه نشان داده است [14]. لی و لائو نیز یکی از ده نیاز مهم خانواده را نزدیک بودن هنگام ملاقات بیمار (در کنار بیمار بودن) شناسایی نمودند که در این رابطه ارتباط آماری معنی داری (p< 0/05) را بین اولویت بندی نیاز ها و دیدن بیمار به طور مکرر به صورت نزدیک و حضوری پیدا نمودند [12].

در این مطالعه عدم ملاقات حضوری با بیمار در اضطراب آن‌ها تأثیر داشت. نتایج بررسی های لی و لائو نشان داد که انجام ملاقات مکرر توسط همراهان به طور معنی داری نسبت به سایر نیاز ها مهم تر گزارش شده بود (p=0/0001) [13]. چاین و همکاران نیز ارتباط آماری معنی داری (p=0/04) در گروه آزمودنی در رابطه با نزدیک

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول 2. جدول ارتباط برخی از عوامل با بروز اضطراب در خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه

واحدهای مورد پژوهش		مضطرب		غیر مضطرب		جمع	نوع آزمون و قضاوت
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
کمبود آگاهی از وضعیت بیمار	تأثیر دارد	144	81/4	33	18/6	177	X^2= 9/807 df = 1 p=0/002 معنی دار است
	تأثیر ندارد	24	58/5	17	41/5	41	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	
کمبود آگاهی روند درمان	تأثیر دارد	147	81/7	31	18/3	180	X^2= 12/357 df = 1 p= 0/0001 معنی داراست
	تأثیر ندارد	21	55/3	17	44/7	38	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	
مشاهده بیماران بد حال دیگر	تأثیر دارد	131	80/9	31	19/1	162	X^2= 5/152 df = 1 p=0/02 معنی داراست
	تأثیر ندارد	37	66/1	19	33/9	56	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	
	تأثیر ندارد	30	58/8	21	41/2	51	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	
نگرانی در مورد احتمال بهبودی بیمار	تأثیر دارد	134	80/7	32	19/3	166	X^2= 5/270 df = 1 p=0/02 معنی داراست
	تأثیر ندارد	34	65/4	18	34/6	52	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	
ارتباط پرستاران بخش با خانواده	تأثیر دارد	110	83/3	22	16/7	132	X^2= 7/440 df = 1 p=0/006 معنی داراست
	تأثیر ندارد	58	67/4	28	32/6	86	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	
	تأثیر ندارد	42	57/5	31	42/5	73	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	
تغییر نقش در افراد خانواده به دنبال بستری شدن یکی از اعضا	تأثیر دارد	151	84/4	28	15/6	179	X^2= 30/111 df = 1 p=0/0001 معنی داراست
	تأثیر ندارد	17	43/6	22	56/4	39	
	جمع	168	77/1	50	22/9	218	

بیمار بودن توسط خانواده و کاهش اضطراب آنان بعد از مداخله گزارش کرد [15].

دربیشتر خانواده‌ها عدم وجود اتاق انتظار در ایجاد اضطراب ارتباط معنی دار آماری را نشان داد. چاین و همکاران نیز ارتباط آماری معنی داری (p=0/007) را بین فراهم نمودن نیاز های بیمار از جمله احساس راحتی (اتاق انتظار) با کاهش اضطراب بیمار در گروه کنترل نسبت به گروه شاهد گزارش کردند [15]. همچنین نتایج تحقیقات لی و همکاران نشان داد که یکی از ده نیاز بر اساس اولویت برای خانواده، داشتن یک اتاق انتظار نزدیک بیمارشان بوده است [16].

نداشتن قدرت مالی برای تأمین نیازهای مورد درخواست بخش (دارو و تجهیزات) در ایجاد اضطراب ارتباط معنی‌دار وجود داشت که در این رابطه دوگاس معتقد است که فکر کردن در مورد هزینه‌های بیمارستانی، داروها، تجهیزات پزشکی، هزینه‌های تشخیصی و خدمات درمانی همیشه در خانواده وجود دارد و از این رو بیماری نیز در خانواده به عنوان یک بحران و حادثه است که خود می‌تواند این عامل را تشدید نماید و باعث اضطراب در خانواده بیماران شود [1].

جنت هارتسهون و همکاران نیز معتقدند که یکی از عوامل تنش‌زای مؤثر در اضطراب خانواده وجود مشکلات مالی در آن‌ها است [17].

بین کمبود آگاهی از وضعیت بیمار و اضطراب خانواده بیماران ارتباط معنی دار آماری وجود داشت که با نتایج لی و همکاران و آزولای و همکاران همسو بودند [10 ، 12].

همچنین کمبود آگاهی از روند درمان در مورد بیمار نیز در اضطراب خانواده تأثیر معنی داری داشت. چاین و همکاران نیز طی تحقیقی که در بخش مراقبت ویژه انجام دادند به نتایج همسویی دست یافتند [15].

مشاهده بیماران بد حال دیگر از عوامل مؤثر روانی در اضطراب خانواده‌ها بود که آزمون کای دو بین مشاهده بیماران بد حال دیگر و وجود اضطراب ارتباط معنی دار آماری را نشان داد. شوماخر و همکاران معتقدند که مشاهده بیماران بد حال دیگر در بخش مراقبت‌ویژه می‌تواند باعث اضطراب در خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه شود [18]. باتزلاف نیز در این رابطه معتقد است که مشاهده بیماران دیگر در وضعیت بدحال می تواند در ایجاد

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

اضطراب خانواده آنان نقش داشته باشد [19]. از دیگر عوامل روانی مؤثر ، نگرانی در مورد بهبودی بیمار است که در اضطراب خانواده تأثیر معنی دار داشته که در مطالعه چاین و همکاران نیز نشان داده شد که یکی از ده نیاز مهم خانواده، آگاهی در مورد نتایج بیماری است [15].

در خصوص ارتباط معنی دار نحوه ارتباط پرستاران بخش با وجود اضطراب در خانواده‌ها لی و همکاران نیز به نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر دست یافتند [12].

بین میزان اضطراب و تغییر نقش در افراد خانواده به‌دنبال بستری شدن یکی از اعضا ارتباط معنی داری آماری وجود داشت. در این راستا تحقیقات باتزلاف نیز یکی از عوامل پیش بینی‌کننده مؤثر در اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش‌های جراحی را تغییر نقش در افراد خانواده بیماران به‌دست آورد [19]. نویدیان به نقل از بکر (1383) می‌نویسد؛ انجام امور مربوط به زندگی، شغل و نیز داشتن نقش‌های متعدد (همسری، والدینی،...) باعث افزایش میزان فشار روانی در مراقبین خانوادگی می‌شود [20].

در این مطالعه شانس بروز اضطراب به‌دلیل ملاقات از پشت شیشه، عدم ملاقات حضوری با بیمار، وضعیت اقتصادی ضعیف، نگرانی خانواده از هزینه بیمارستان و تغییر نقش افراد خانواده افزایش می‌یافت ولی در مطالعه پوچارد و همکاران سه دسته از عوامل زیر شانس بروز اضطراب به دنبال بستری شدن بیمار در اعضای خانواده وی را افزایش می‌داد، که این عوامل شامل؛ حال عمومی بد بیمار، سن بالای بیمار و قرار گرفتن در موقعیت همسر بیمار بودند [12].

نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از تأثیر عوامل محیطی و روانی در ایجاد اضطراب و افزایش شانس بروز اضطراب است. اضطراب می‌تواند سبب اختلال در ایفای نقش و تصمیم‌گیری درست در مواقع ضروری و حیاتی شود. با شناسایی عوامل به‌وجود آورنده اضطراب می‌توان از بروز اختلالات روانی و روان تنی بسیاری که مخرب روابط سالم در خانواده و اجتماع است پیشگیری نمود. اعتقاد بر این است که مراقبت‌های پرستاری خانواده محور می‌تواند در کاهش شانس بروز اضطراب مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری تمامی عزیزانی که ما را در به ثمر رساندن این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Du Gas, Beverly Witter. Introduction to patient care comprehensive approach to nursing. 4th ed. ST. Louis: Mosby Inc; 2006. P. 55.
2. Clemen-Stone S, McGuire SL, Eigsti DG. Comprehensive community health nursing family, aggregate, community practice. 6th ed. ST. Louis: Mosby Inc; 2002. P. 230-1.
3. Tylor C, Lilis C. Fundamentals of nursing. 4th ed. Philadelphia Lippincott: Williams & Wilking. 2005.
4. Behnoudi Z. Family health and management .1st ed. Tehran: Boshra; 2003. p.1-2.[Persian]
5. Choate K, Stewart M. Reducing anxiety in patients and family discharged from ICU. Australian Nursing Journal. 2002; 10(5:29.
6. Sole ML, Klein DG, Moseley JM. Introduction to critical care nursing. 4th ed. Elsevier: Saunders; 2005; P.9-16.
7. Irwin R, Rippe J. Intensive Care Medicine. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilking. 2003.
8. Bephage G. Social and behavior sciences for nurses. 1st ed London: Philadelphia:Churchill Livingston; 2000.P.23-5.
9. Horn VA, Tesh A. Learn how to help patients' families adapt to the stresses of the ICU. Nurs Manage. 2001;31(9):32.
10. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevert S, Aboad 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.
11. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P E, 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.
12. 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.
13. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS]: Translation and validation study of the Iranian version. Health & Qual Life Outcomes. 2003;1(14):1-6. [Persian]
14. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemair F, Hubert H, 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.
15. 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(1):39-50.
16. Lee I Y M, Chien W T, Mackenzie A E. Needs of families with a relative in a critical care unit in

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

Hong Kong. Journal of Critical Nursing. 2000: 3(9):46-5.
17. Hartshon J, Sole M L, Lamborn M. Introduction to critical care nursing. 2nd ed. Tehran: Shahed University. 1379.P.30.[Persian]
18. Shomarker A, Grenvik A, Holbrook S. Text book of critical care. 4th ed. Philadelphia: Aunders Company. 2000 .p.2042-4.
19. Butzlaff A L. Family members prior to surgery: Exploring stress, anxiety, family functioning and perceived support (dissertation) . San Francisco: United State University of California; 2005.Avialable from: http://gradworks.umi.com.
20. 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(1):19-25.[Persian]

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]