



تاثیر بروز علائم استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران ترخیص شده از بخش های مراقبت ویژه بر سلامت روان آن ها

فروزان مولایی راد

دانش آموخته کارشناسی ارشد، رشته پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، جندی شاپور، ایران

Molaei.foruzan@gmail.com

محمد عبدی

عضو هیئت علمی و مشاور حقوقی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

Mohammad2016@zums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: استفاده گسترده از تکنولوژی های پیشرفته و مراقبت تهاجمی مشکلات روانشناختی متعددی را برای بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه به وجود می آورد. این مطالعه با هدف بررسی بررسی بروز علائم استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران ترخیص شده از بخش های مراقبت ویژه و تأثیر عوامل مرتبط با سلامت روان انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۱۰ نفر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه شهید بهشتی کاشان با استفاده از نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس صورت گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه چک لیست اختلال استرس، افسردگی و اضطراب DASS-21 یک ماه پس از ترخیص جمع آوری شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون های آماری تی تست و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این مطالعه ۱۸۱ (۵۸/۴ درصد) مرد و ۱۲۹ (۴۱/۶ درصد) زن با میانگین سنی $55/11 \pm 1/62$ سال شرکت کردند. میانگین نمره اضطراب $18/57 \pm 1/46$ ، میانگین نمره افسردگی $16/15 \pm 1/40$ و میانگین نمره استرس $19/69 \pm 1/48$ است. علائم اضطراب، افسردگی و استرس با افزایش سن، بیکاری و از کار افتادگی، تعداد فرزندان بالا، مصرف مواد مخدر، افزایش مدت بستری، تهویه مکانیکی اختلاف معنی داری داشت و با مشاغل کارمندی و گروهی که تحصیلات خواندن و نوشتن داشتند، اختلاف معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: بروز اختلالات استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران ترخیص شده از بخش های ویژه زیاد است و پاره ای از ویژگی های فردی و عوامل محیطی در بخش ویژه خطر آفرین هستند که بایستی سیاست های لازم از طرف متولیان سلامت جهت آموزش جامعه محور پس از ترخیص برای پرسنل بیمارستان اتخاذ گردد.

واژه های کلیدی: استرس، افسردگی، اضطراب، بخش مراقبت های ویژه، سلامت روان



مقدمه

بخش‌های مراقبت ویژه، یکی از بخش‌های ضروری در هر بیمارستان هستند که معمولاً منعکس کننده بالاترین سطح دانش و تکنولوژی می‌باشند (Scott, Miller, Fonda, Yeaw, Gaudaen., Pavlisacsak, Pamplin., 2020:1226). استفاده گسترده از تکنولوژی‌های پیشرفته و مراقبت تهاجمی و پیچیده فضایی پر استرس را برای بیماران بستری و پرسنل شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه به وجود می‌آورد. این استرس به وجود آمده وضعیت روانی آنها را تحت تاثیر قرار داده و بیماران را با مشکلات روان‌شناختی خاصی از قبیل توهم، هذیان، بی‌خوابی، افسردگی، استرس، اضطراب و سایکوز ICU مواجه می‌سازد (Tripathy., Acharya, Singh, Patra, S., Mishra, & Kar , 2020:1).

چنانچه مطالعات انجام شده شیوع استرس، افسردگی و استرس پس از سانحه را در بیماران ترخیص شده از بخش ICU را به ترتیب ۳۰،۴۰ و ۶۰ درصد تخمین زده اند (Li, Scherer, Felix, & Kuper, 2021:1). پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه نشان داده که ۲ تا ۳ ماه بعد از ترخیص از ICU ۲۹ درصد بیماران مبتلا به علائم خفیف افسردگی، ۶ ماه بعد ۳۴ درصد و یک سال ۲۹ درصد بود. همچنین مطالعات نشان داد افسردگی متوسط تا شدید در ۱۷ درصد بیماران که ۲ تا ۳ ماه از ترخیص‌شان از بیمارستان می‌گذشت، وجود داشت و تا ۶ ماه بعد از ترخیص هم ادامه می‌یافت (Shi, Gao, Zhao, Li,) (Yan, Niu., Zhang., 2020:49).

ICU به طور بالقوه یک محیط استرس‌زا است و بیماران در آن ناراحتی‌های فیزیکی و روانی متعددی را تجربه می‌کنند. از جمله عواملی که در بخش‌های مراقبت ویژه به عنوان استرسور محسوب می‌شوند عبارتند از: ویژگی‌های محیط (شامل محیط، صداها و افراد ناآشنا)، تجهیزات زیاد و پیچیده، انواع روش‌هایی که ممکن است احساس حقارت در بیمار ایجاد کند (مثل معاینات بالینی و استفاده از لگن یا کتتر ادراری)، انقطاع سیکل شبانه روزی. همچنین کمبود ارتباط با خانواده و دوستان، محدودیت حرکتی و ارتباطی، محرومیت از خواب، ترس و اضطراب، محرومیت از متعلقات شخصی، سر و صدا، بوهای ناخوشایند، روشنایی ۲۴ ساعته از دیگر عوامل استرسور هستند (Krampe, Denke, Gulden., 2021:3928).

اجرای روش‌های تهاجمی، اجرای مراقبت‌های روتین مثل ساکشن و تغییر پوزیشن، درد تسکین نیافته، نقض حریم خصوصی، وجود لوله‌هایی در دهان و بینی، می‌توانند وضعیت رفاه بیمار را مختل کرده و پاسخ‌های استرسی را در بیماران به راه بیان‌دازد (Zengin, Ören, & Üstündag, 2020:109). این استرسورها اصولاً عوامل تحریک‌کننده‌ای هستند که منجر به پاسخ استرسی می‌شوند. پاسخ استرسی در واقع واکنشی فیزیولوژیک است که به علت ادراک موقعیت‌های ناسازگار و وحشت‌آور در فرد رخ می‌دهد و وابسته به شدت و کیفیت استرسور انواع مختلفی دارد (Coelho, Santos, & de Barros, 2022:195). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در نتیجه تجربه این استرسورها، یک سری واکنش‌های روانی و احساسی را به صورت فوری یا طولانی مدت از خود بروز می‌دهند که ممکن است روی سلامتی، بهبودی و بازتوانی بیماران بیمار تأثیر منفی گذاشته و منجر به تأخیر در ریکاوری گردد و حتی تا چندین ماه بعد از ترخیص از ICU همچنان ادامه یافته و در نهایت به کاهش سطح کیفیت زندگی بیانجامد (Brown, Soo, Faris, Patten., Fiest, & Stelfox.,) (2020:1; Govindaswamy, Laing, Waters, Walker, Spence, & Badawi et al., 2020:512).

پژوهش‌های صورت گرفته در این خصوص اذعان دارند که عدم شناخت عوامل ایجاد کننده این اختلالات و ارائه‌ی پاسخ مناسب از طرف پرستاران به نیازهای روانی و استرسورهای درک شده توسط بیماران در ICU، باعث باقی ماندن علائم، همراه بیماران می‌گردد (Saeidi, Safaei, Sadat., Abbasi, Sarcheshmeh, Dehghani, 2021:113). ز آنجایی که شیوع این مشکلات عاطفی در بیماران ترخیص شده از ICU نسبتاً بالاست (حدود ۲۵٪) و این بیماران به طور گسترده علائم اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه نزدیک به ۳۸٪ را بعد از ترخیص نشان می‌دهند (Calsavara, Costa, Nobre,) (& Teixeira, 2020:269).



مطالعات اخیر در این زمینه، فاکتورهای متعددی از قبیل (سن، طول مدت وابستگی به ونتیلاتور، مدت زمان بستری در ICU، بیکاری، ویژگی‌های شخصی، سطح تحصیلات، خاطره‌ی درد) را نیز به‌عنوان مسائل مرتبط با اختلالات روانی پس از ترخیص بیماران مطرح کرده‌اند (Shi, Gao, Zhao, Li, Yan, Niu., 2020:1). شناسایی مناسب عوامل مرتبط با ایجاد این اختلالات روانی و تعدیل دسته‌ای از آنان، از طرف پرستاران ICU، بهبود قابل ملاحظه‌ای در نتایج بیماران و رضایت کلی بیمار ایجاد کند. پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه با برنامه‌های مختلف آموزشی به بیماران مانند مشاوره، حمایت‌های جسمانی و روان پس از ترخیص، اطلاع از وجود شبکه‌های حمایتی و بیمه‌ای به بیمار و همراهیان آن‌ها می‌توانند تأثیر بسزایی در کاهش عوامل روانی ایجاد نمایند (Papathanassoglou, 2010; Peris., 2011:118). از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای مستقل، عوامل زمینه‌ای موجود در ارتباط با اختلالات روانی پس از ترخیص بیماران از ICU، بطور مستقیم انجام نشده است، پژوهشگر را بر آن داشته تا مطالعه‌ای با عنوان بررسی بروز علائم استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران ترخیص شده از بخش‌های مراقبت‌ویژه و تأثیر عوامل مختلف بر آن‌ها انجام دهد.

۱- مواد و روشها

این مطالعه مقطعی در بیماران بستری شده در بخش‌های مراقبت ویژه جراحی قلب^۱ (PCSU)، مراقبت‌های بحرانی^۲ (ICU) و مراقبت‌های ویژه قلب^۳ (CCU) بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: بستری به مدت بیش از ۲۴ ساعت در بخش مراقبت‌های ویژه، حاضر به شرکت در مطالعه، زندگی یک ماه پس از ترخیص در کاشان، هوشیار، داشتن توانایی جسمی جهت همکاری در تکمیل پرسشنامه، فاقد بیماری روانی شناخته شده بود.

معیارهای خروج شامل: عدم دسترسی به بیمار یک ماه بعد از ترخیص، عدم هوشیاری یک ماه پس از ترخیص و یا عدم همکاری در باقیماندن در تحقیق بود. جهت تعیین حجم نمونه با توجه به میزان شیوع علائم روانی حدود ۳۸٪ در بیماران ترخیص شده از بخش ویژه (Shi, Gao, Zhao, Li, Yan, Niu., Zhang., 2020:49)، و در نظر گرفتن فرمول $\alpha = n = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{d^2}$ ($\alpha = 0.05$, $\beta = 0.80$, sampling error of 0.05) حجم نمونه حدود ۲۸۷ نفر برآورد شد که با احتمال ریزش حدود ۲۰ درصد ۳۴۴ نفر تعیین شد. از بین این افراد ۳۴ نفر از مطالعه خارج و تحقیق بر روی ۳۱۰ نفر انجام شد.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان کد تحقیقاتی ۹۳۶۵ تایید شده است. پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران و رعایت مسائل اخلاقی طبق معاهده هلسینکی و رعایت شرایط ورود به مطالعه اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها شد. پرسشنامه شاخص‌های فردی و پزشکی با مصاحبه یا مراجعه به پرونده بیماران بستری در بیمارستان تکمیل شد سپس از بیماران خواسته شد یک ماه پس از ترخیص جهت تکمیل پرسشنامه DASS-21 به بیمارستان مراجعه نمایند از این رو شماره تماس جهت یادآوری از آنها گرفته شد.

یک ماه پس از ترخیص در صورت عدم مراجعه مددجو پس از کسب اجازه تلفنی و اخذ آدرس به صورت حضوری محقق یا همکار آموزش دیده به محل زندگی آنها مراجعه نموده و پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (PCL) و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) را تکمیل نمود. در صورتی که بیماران سواد خواندن و نوشتن نداشتند، تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه انجام شد. با استفاده از پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک و پزشکی بیمار متغیرهایی چون (سن، جنس،

1- Post Cardiac Surgery Unit

2- Intensive Care Unit

3- Cardiac Care Unit



تحصیلات، شغل، علت بستری، مدت بستری، نوع بخش بستری، تهویه مکانیکی، سابقه سوء مصرف مواد مخدر، سابقه بیماری زمینه ای، تعداد فرزندان) ثبت گردید.

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) مجموعه ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. کاربرد این مقیاس اندازه گیری شدت نشانه های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از خرده مقیاس های DASS شامل هفت سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید (جدول ۱).

جدول ۱- خرده مقیاس ها و سوال های مربوط به آنها

سوال ها	خرده مقیاس ها
۲۱،۱۷،۱۶،۱۳،۱۰،۵،۳	افسردگی
۲۰،۱۹،۱۵،۹،۷،۴،۲	اضطراب
۱۸،۱۴،۱۲،۱۱،۸،۶،۱	استرس

هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شماره ۲ می توان شدت علائم را مشخص کرد پایایی مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس در ایران در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد (N=400) برای افسردگی ۰/۷، برای اضطراب ۰/۶۶ و برای استرس ۰/۷۶ گزارش شد (Sahebi, Asghari, & Salari, 2005:5). مرادی پناه، میزان ثبات داخلی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۴، برای اضطراب ۰/۹۲ و برای استرس ۰/۸۹ گزارش کرده است. (Moradipناه, Mohammadi, & Mohammadi, 2009:4).

جدول ۲- شدت هر یک از خرده مقیاس ها

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	۲۸	۲۰	۳۳

داده ها وارد نرم افزار spss 13 شدند سپس نرمالیتی داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تعیین شد. از آزمون آماری تی تست برای تعیین عوامل مرتبط با علائم استرس، افسردگی و اضطراب که به صورت دو حالتی در نظر گرفته شده اند (جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، نوع بخش بستری، بستری به علت تروما و سابقه سوء مصرف مواد) استفاده شد و همچنین از آزمون آنالیز واریانس برای متغیرهای مرتبط با علائم استرس، افسردگی و اضطراب که بیش از دو حالت دارند (مدت اقامت و شغل) استفاده شده است.



۲- یافته ها

از بین ۳۴۴ شرکت کننده با توجه به معیارهای خروج ۳۴ نفر از مطالعه خارج و تحقیق بر روی ۳۱۰ نفر انجام شد. در این تحقیق و مطالعه ۱۸۱ (۵۸/۴ درصد) مرد و ۱۲۹ (۴۱/۶ درصد) زن با میانگین سنی $۵۵/۱۱ \pm ۱/۶۲$ سال شرکت کردند. میانگین نمره اضطراب آنها $۱۸/۵۷ \pm ۱/۴۶$ ، میانگین نمره افسردگی $۱۶/۱۵ \pm ۱/۴۰$ و میانگین نمره استرس $۱۹/۶۹ \pm ۱/۴۸$ است. میانگین نمره استرس، افسردگی و اضطراب و ارتباط آن با دیگر خصوصیات شرکت کنندگان در جداول ۳ تا ۵ نشان داده شده است.

علائم اضطراب، افسردگی و استرس با افزایش سن، بیکاری و از کار افتادگی، افزایش مدت بستری، تعداد فرزندان بالا، مصرف مواد مخدر، تهویه مکانیکی ارتباط مستقیم و با مشاغل کارمندی، گروهی که تحصیلات خواندن و نوشتن داشتند ارتباط معکوس داشت. در این مطالعه عوامل بی‌ارتباط با اضطراب شامل: جنسیت بیمار، نوع بخش بستری و بستری شدن به علت تروما و عوامل بی‌ارتباط با افسردگی شامل: جنسیت بیمار، و علت بستری بود. عوامل بی‌ارتباط با استرس شامل جنسیت بیمار و بستری شدن به علت تروما بود. تمام عوامل مرتبط با استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران ترخیص شده از بخش مراقبت های ویژه در جدول ۳ تا ۵ نشان داده شده است (جدول ۳، ۴ و ۵).



جدول ۳: اضطراب و عوامل مرتبط با آن

p-Value	میانگین نمره اضطراب				عوامل مرتبط		
	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد			
.۰/۱۵۴*	۱۴/۲۸	۱۷/۵۲	۵۸/۴	۱۸۱	مرد		
	۱۵/۱۶	۲۰/۰۴	۴۱/۶	۱۲۹	زن		
<۰/۰۰۱*	۱۴/۸۵	۱۴/۸۰	۵۹/۴	۱۸۴	پایین تر از ۶۰ سال		
	۱۲/۵۹	۲۴/۰۷	۴۰/۶	۱۲۶	۶۰ سال و بالاتر		
<۰/۰۰۱**	۱۴/۴۱	۲۱/۰۳	۳۲/۹	۱۰۲	کارگر فنی و ساده		
	۹/۳۸	۶/۲۴	۲۸/۷	۸۹	کارمند		
	۱۱/۷۹	۲۶/۶۵	۲۹/۳۵	۹۱	ازکار افتاده و خانه دار		
	۱۲/۸۰	۲۳/۷۶	۸/۳۸	۲۶	بازنشسته		
<۰/۰۰۱*	۱۱/۲۳	۲۲/۵۰	۶/۵	۲۰	مجرد		
	۱۴/۸۷	۱۸/۳۰	۹۳/۵	۲۹۰	متاهل		
<۰/۰۰۱*	۱۱/۷۹	۲۴/۸۲	۶۶/۵	۲۰۶	کمتر از پنج فرزند	انحراف معیار	تعداد فرزندان
	۱۵/۰۰	۱۵/۴۱	۳۳/۵	۱۰۴	پنج فرزند یا بیشتر	۲/۲۸	
<۰/۰۰۱*	۱۱/۱۶	۲۷/۹۸	۴۹/۳۵	۱۵۳	ندارد		
	۱۱/۸۱	۹/۷۰	۵۰/۶۵	۱۵۷	دارد		
<۰/۰۰۱**	۱۴/۳۷	۱۱/۰۴	۴۴/۵۱	۱۲۸	تا ۵ روز		
	۱۲/۴۵	۲۲/۷۸	۳۱/۹	۹۹	۵-۱۰		
	۱۰/۵۶	۲۶/۸۸	۱۴/۵۱	۴۵	۱۰-۱۵		
	۱۱/۱۲	۲۷/۴۲	۹/۰۸	۲۸	بیشتر از ۱۵ روز		
.۰/۰۲۹*	۱۴/۲۶	۱۹/۷۷	۴۴/۵	۱۳۸	ICU		
	۱۴/۹۴	۱۷/۰۷	۵۵/۵	۱۷۲	CCU		
.۰/۳۴۵*	۱۴/۵۲	۲۴/۶۱	۶/۴۵	۲۰	بلی		
	۱۴/۶۵	۱۸/۳۰	۹۳/۵۵	۲۹۰	خیر		
<۰/۰۰۱*	۱۱/۸۲	۲۴/۱۸	۳۵/۲	۱۰۹	دارد		
	۱۵/۲۰	۱۵/۵۳	۶۴/۸	۲۰۱	ندارد		
<۰/۰۰۱*	۱۰/۵۳	۲۷/۵۳	۱۲/۶	۳۹	دارد		
	۱۴/۷۶	۱۷/۲۸	۸۷/۴	۲۷۱	ندارد		

* Independent t-test.

** one-way Anova



جدول ۴: افسردگی و عوامل مرتبط با آن

p-Value	میانگین نمره افسردگی				عوامل مرتبط		
	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد			
۰/۲۱۵*	۱۳/۷۶	۱۵/۴۱	۵۸/۴	۱۸۱	مرد		
	۱۴/۳۳	۱۷/۱۹	۴۱/۶	۱۲۹	زن		
<۰/۰۰۱*	۱۳/۴۱	۱۲/۷۱	۵۹/۴	۱۸۴	پایین تر از ۶۰ سال		
	۱۳/۳۸	۲۱/۱۷	۴۰/۶	۱۲۶	۶۰ سال و بالاتر		
<۰/۰۰۱**	۱۳/۹۵	۱۸/۳۳	۳۲/۹	۱۰۲	کارگر فنی و ساده		
	۹/۹۰	۶/۲۸	۲۸/۷	۸۹	کارمند		
	۱۲/۳۱	۲۲/۴۶	۲۹/۳۵	۹۱	از کار افتاده و خانه دار		
	۱۴/۳۲	۲۰/۰۷	۸/۳۸	۲۶	بازنشسته		
۰/۱۵۷*	۱۳/۰۵	۲۰/۴۰	۶/۵	۲۰	مجرد		
	۱۴/۰۵	۱۵/۸۶	۹۳/۵	۲۹۰	متاهل		
<۰/۰۰۱*	۱۲/۶۴	۲۱/۵۹	۶۶/۵	۲۰۶	کمتر از پنج فرزند		
					۲/۲۸	۳/۷	تعداد فرزندان
<۰/۰۰۱*	۱۳/۸۹	۱۳/۴۰	۳۳/۵	۱۰۴	پنج فرزند یا بیشتر		
					ندارد		
<۰/۰۰۱*	۱۲/۷۱	۲۴/۸۲	۴۹/۳۵	۱۵۳	ندارد		
	۹/۵۸	۷/۹۴	۵۰/۶۵	۱۵۷	دارد		
<۰/۰۰۱**	۱۳/۵۸	۱۰/۰۱	۴۴/۵۱	۱۲۸	تا ۵ روز		
	۱۲/۴۷	۲۱/۱۹	۳۱/۹	۹۹	۵-۱۰		
	۱۲/۴۳	۲۳/۵۱	۱۴/۵۱	۴۵	۱۰-۱۵		
	۱۰/۷۹	۱۶/۷۸	۹/۰۸	۲۸	بیشتر از ۱۵ روز		
<۰/۰۰۱*	۱۵/۰۲	۱۸/۴۱	۴۴/۵	۱۳۸	ICU		
	۱۲/۱۱	۱۳/۳۳	۵۵/۵	۱۷۲	CCU		
۰/۵۶۴*	۱۴/۰۰	۱۸/۰۰	۶/۴۵	۲۰	بلی		
	۱۴/۰۳	۱۶/۰۷	۹۳/۵۵	۲۹۰	خیر		
<۰/۰۰۱*	۱۱/۳۴	۱۹/۰۲	۳۵/۲	۱۰۹	دارد		
	۱۵/۰۶	۱۴/۵۹	۶۴/۸	۲۰۱	ندارد		
<۰/۰۰۱*	۱۰/۵۳	۲۲/۹۲	۱۲/۶	۳۹	دارد		
	۱۴/۳۰	۱۵/۱۸	۸۷/۴	۲۷۱	ندارد		

* Independent t-test.

** one-way Anova



جدول ۵: استرس و عوامل مرتبط با آن

p-Value	میانگین نمره استرس				عوامل مرتبط		
	انحراف معیار	میانگین	درصد	تعداد			
۰/۰۵۶*	۱۴/۴۲	۱۸/۹۹	۵۸/۴	۱۸۱	جنسیت		
	۱۵/۵۱	۲۰/۶۶	۴۱/۶	۱۲۹	مرد زن		
<۰/۰۰۱*	۱۴/۸۱	۱۵/۵۷	۵۹/۴	۱۸۴	سن		
	۱۳/۸۶	۲۵/۶۹	۴۰/۶	۱۲۶	پایین تر از ۶۰ سال ۶۰ سال و بالاتر		
<۰/۰۰۱**	۱۴/۳۱	۲۲/۴۹	۳۲/۹	۱۰۲	شغل		
	۱۰/۷۶	۷/۷۸	۲۸/۷	۸۹			
	۱۱/۹۳	۲۷/۱۲	۲۹/۳۵	۹۱			
	۱۴/۴۸	۲۴/۳۸	۸/۳۸	۲۶			
<۰/۰۰۱*	۱۴/۹۹	۱۹/۴۶	۶/۵	۲۰	وضعیت تأهل		
	۱۳/۱۷	۲۲/۹۰	۹۳/۵	۲۹۰			
<۰/۰۰۱*	۱۴/۷۹	۱۶/۲۱	۶۶/۵	۲۰۶	تعداد فرزندان	انحراف معیار	میانگین
	۱۲/۵۴	۲۶/۵۷	۳۳/۵	۱۰۴			
<۰/۰۰۱*	۱۱/۴۱	۲۸/۵۱	۴۹/۳۵	۱۵۳	تحصیلات ابتدایی و بالاتر		
	۱۲/۸۹	۱۱/۴۰	۵۰/۶۵	۱۵۷			
<۰/۰۰۱**	۱۴/۶۹	۱۱/۵۷	۴۴/۵۱	۱۲۸	مدت اقامت در بخش به روز		
	۱۱/۲۷	۲۴/۶۴	۳۱/۹	۹۹			
	۹/۸۲	۲۹/۳۳	۱۴/۵۱	۴۵			
	۱۳/۸۳	۲۶/۶۴	۹/۰۸	۲۸			
<۰/۰۰۱*	۱۴/۶۳	۱۸/۴۲	۴۴/۵	۱۲۸	نوع بخش بستری		
	۱۵/۰۵	۲۰/۷۰	۵۵/۵	۱۷۲			
۰/۳۱۳*	۱۳/۹۶	۲۶/۱۵	۶/۴۵	۲۰	بستری به علت تروما		
	۱۴/۸۸	۱۹/۴۰	۹۳/۵۵	۲۹۰			
<۰/۰۰۱*	۱۱/۴۶	۲۵/۸۳	۳۵/۲	۱۰۹	تهویه مکانیکی		
	۱۵/۴۸	۱۶/۳۵	۶۴/۸	۲۰۱			
<۰/۰۰۱*	۱۰/۵۳	۲۷/۵۸	۱۲/۶	۳۹	سابقه سوء مصرف مواد مخدر		
	۱۵/۰۵	۱۸/۵۵	۸۷/۴	۲۷۱			

* Independent t-test.

** one-way Anova



۳- بحث

این پژوهش با هدف بررسی بروز علائم استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران ترخیص شده از بخش‌های مراقبت ویژه و تأثیر عوامل مختلف بر آن‌ها انجام شد. در این مطالعه نشان داده شد که علائم روانی از قبیل اضطراب، افسردگی و استرس با افزایش سن، بیکاری، از کارافتادگی، افزایش مدت بستری، تعداد فرزندان بالا، مصرف مواد مخدر و تهویه مکانیکی ارتباط مستقیم دارد ولی با مشاغل کارمندی و میزان تحصیلات خواندن و نوشتن، ارتباط معکوس دارد.

بستری شدن بیماران در بخش‌های ویژه، واکنش‌های روانشناختی و هیجانی متفاوتی را در بیماران و خانواده آنان باعث می‌شود، بطوری‌که علائم اضطراب، افسردگی حتی علائم استرس حاد در این گروه بیماران بستری در بخش‌های ویژه به ثبت رسیده است (Calsavara, Costa, Nobre, & Teixeira, 2020:269). بروز این علائم، به علت شرایط بستری، طول مدت بستری، تجهیزات بخش، تعداد کاترها، داروها و تهویه مکانیکی متصل به بیماران می‌باشد.

کوکن و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، بروز اختلالات روانی چون، دلیریوم در این بیماران قابل پیش‌بینی است و عواملی چون سن، جنس، سواد، سابقه مصرف سیگار و بیماری‌های زمینه‌ای، با ابتلاء به دلیریوم، رابطه معناداری دارد (Kookan, van Kooeken, van den Berg, Slooter, Pop-Purceleanu, & van den Boogaard, 2021:132). همان‌طور که بروز واکنش‌ها و علائم منفی به صورت اختلالات روحی و روانی بر روی بیماران و حتی اعضای خانواده آنان منجر به اختلالاتی از قبیل: ترس، احساس گناه، خشم، عصبانیت، تحریک‌پذیری، اختلالات خواب و اختلالات تغذیه همچنین ناتوانی در تصمیم‌گیری می‌شوند این پیامدهای نامطلوب با علل مختلفی مرتبط هستند که از آن جمله می‌توان به نداشتن اطلاعات کافی در مورد پیش‌آگهی و درمان بیماری، عدم آشنایی با محیط‌های مراقبتی بخش، استفاده از تجهیزات پیچیده در مراقبت از بیمار، اتصال وسایل پزشکی متعدد به بیمار، تغییر در ظاهر بیمار، انجام اقدامات تهاجمی متعدد برای بیمار، عدم امکان ملاقات با بیمار، عدم ارتباط موثر کادر درمان با بیمار و خانواده بیمار، درک نادرست از رفتارهای مراقبتی پرستاران و تغییر در نقش اعضای خانواده اشاره کرد (Amass, Villa, OMahony, Badger, McFadden, Walsh, Yeow, 2020:1; Johnson, Suchyta, Darowski, Collar, Kiehl, Van, Hopkin, 2019:894). شی و همکاران، بیشترین علت اضطراب و استرس را عدم برخورداری از اطلاعات کافی در مورد پیش‌آگهی و درمان بیماری می‌دانند (Shi, Gao, Zhao, Li, Yan, Niu., Zhang., 2020:49).

در مطالعه‌ای که در حال حاضر انجام شده است، نشان داده شد که علائم روانی چون اضطراب، افسردگی و استرس بعد از ترخیص بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه با جنسیت، ارتباط معناداری ندارد ولی با افزایش سن، که نیاز به روابط عاطفی و وجود اطرافیان و ملاقات کنندگان دارند، ارتباط مستقیم دارد. به‌طوری‌که هاگلیس و همکاران در مطالعه مروری که تأثیر ملاقات کنندگان در کاهش اختلالات روانی و در فراهم کردن حمایت روحی، نقش بسزایی دارد (Hugelius, Harada, & Marutani, 2021:1). توماس و همکاران نیز اختلالات روانی را طی دو سال پس از ترخیص در بیمارانی که سابقه بستری در بخش‌های ویژه را داشتند مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که افسردگی و علائم اختلال استرس پس از سانحه، در کیفیت زندگی بیماران حتی در ۱۸ تا ۲۴ ماه پس از ترخیص، تأثیر منفی بالقوه داشته است و کسانی که سابقه بستری دراز مدت داشته‌اند در معرض خطر بالایی قرار دارند (Murray, Grey, Wild, Warnock-Parkes, Kerr, Clark., & Ehlers, 2020:11).

کاتبرتسون و همکاران تأثیر برنامه‌های پیگیری پرستاران را در ارتقای فرایند بهبودی روانی و فیزیکی در کیفیت زندگی بیمارانی که سابقه بستری در بخش‌های ویژه را داشتند، سنجیدند و پس از پیگیری در مقاطع دو، سه، و نه ماه پس از ترخیص، دریافتند که از نظر آماری بهبودی در بیماران ترخیص شده دیده نشده است (Inoue, Hatakeyama, Kondo, Hifumi, Sakuramoto, Kawasaki, Kawai, 2019:233). به طوری‌که در مطالعه فیلدیازیس و همکاران حوزه روانی این بیماران



پس از ترخیص، بهبود یافته بود (Fildissis, Zidianakis, Tsigou, Koulenti, Katostaras, Economou, & Baltopoulos, 2007:814).

در مطالعه سوزوکی و همکاران که در آمستردام بر روی بیمارانی که در بخش های ویژه تحت تهویه مکانیکی بودند، سه، شش و دوازده ماه پس از ترخیص مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد، اختلالات روانی همچنان به قوت خود باقی مانده است در صورتی که ابعاد کنترل حرکات و رفتار اجتماعی در طول یک سال بهبود یافته است (Suzuki, Matsumaru, Takeuchi, Morimoto, Kanazawa, Takayama, Hayakawa, 2021:244). بنابراین طبق مطالعه رخولد و همکاران می توان گفت، مواجهه با شرایط بحرانی ناشی از بستری بیمار در بخش مراقبت های ویژه حتی پس از ترخیص نیز، می تواند منجر به پیامدهای شدیدتر از جمله اضطراب، افسردگی و استرس شود (Rückholdt, Tofler, Randall, & Buckley, 2019:40). لذا آدامز و همکاران، اظهار داشتند که پرستاران بخش های مراقبت ویژه می توانند با برقراری ارتباط صادقانه و موثر با بیمار و اعضای خانواده وی، نیازهای ایشان را بررسی و برآورد کنند (Adams, Anderson, Docherty, & Tulsky, Steinhauser & Bailey, 2014:406). همچنین کمدار و همکارانش ادعان داشتند که بازگشت عملکرد فیزیکی بیماران با تجربیات ICU ممکن است شش ماه طول بکشد ولی اختلالات روانی رایج چون اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری و گذرهراسی دوره بهبودی پیچیده ای نیاز دارد (Kamdar, Suri, Suchyta, Digrande, Sherwood, Colantuoni, & Hopkins, 2020:17).

نتیجه گیری

بروز علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بخش مراقبت های ویژه زیاد است و این اختلالات تحت تأثیر عوامل خطر زیادی مانند سن، شغل، تعداد فرزندان، تحصیلات، مدت اقامت، مصرف مواد مخدر، تهویه مکانیکی، اقدامات تهاجمی در مدت بستری است. پرستاران، پزشکان و دیگر کارکنان بخش مراقبت های ویژه می توانند با کنترل استرسورهای محیطی بخش مانند: صداها، افراد ناآشنا، انقطاع سیکل شبانه روزی، توضیحات لازم به مددجو قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و کنترل دستگاه های مختلف یخش مراقبت های ویژه مانند ونتیلاتور سبب کاهش بروز بیماریهای روانی در بیماران گردند.

محدودیت ها

یکی از محدودیتهای این تحقیق کوتاهی فاصله پیگیری بیماران از زمان ترخیص (یک ماه) و عدم امکان بررسی بیماران در بازه های زمانی مختلف مثلا شش ماه، یک سال و پنج سال است. یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه عدم بررسی اختلالات روانی در بدو پذیرش بیماران می باشد. از محدودیت های دیگر این تحقیق تنوع کم بخش های مراقبت ویژه بیمارستان شهید بهشتی کاشان بود.



منابع

1. Adams, J. A., Anderson, R. A., Docherty, S. L., Tulskey, J. A., Steinhauser, K. E., & Bailey Jr, D. E. (2014). Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & Lung, 43*(5), 406-415.
2. Amass, T. H., Villa, G., OMahony, S., Badger, J. M., McFadden, R., Walsh, T., . . . Yeow, M.-E. (2020). Family care rituals in the intensive care unit to reduce symptoms of post-traumatic stress disorder in family members-A multicenter, multinational, before-and-after intervention trial. *Critical care medicine, 48*(2), 176.
3. Brown, K. N., Soo, A., Faris, P., Patten, S. B., Fiest, K. M., & Stelfox, H. T. (2020). Association between delirium in the intensive care unit and subsequent neuropsychiatric disorders. *Critical Care, 24*, 1-9.
4. Calsavara, A. J., Costa, P. A., Nobre, V., & Teixeira, A. L. (2020). Prevalence and risk factors for post-traumatic stress, anxiety, and depression in sepsis survivors after ICU discharge. *Brazilian Journal of Psychiatry, 43*, 269-276.
5. Coelho, A. C., Santos, V. B., & de Barros, A. L. B. L. (2022). Stressors in intensive cardiac care units: Patients' perceptions. *Nursing in critical care, 27*(2), 195-203.
6. Fildissis, G., Zidianakis, V., Tsigou, E., Kourenti, D., Katostaras, T., Economou, A., & Baltopoulos, G. (2007). Quality of life outcome of critical care survivors eighteen months after discharge from intensive care. *Croatian medical journal, 48*(6), 814.
7. Govindaswamy, P., Laing, S., Waters, D., Walker, K., Spence, K., & Badawi, N. (2020). Stressors of parents of infants undergoing neonatal surgery for major non-cardiac congenital anomalies in a surgical neonatal intensive care unit. *Journal of Paediatrics and Child Health, 56*(4), 512-520.
8. Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies, 121*, 104000.
9. Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., . . . Kawai, Y. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute medicine & surgery, 6*(3), 233-246.
10. Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., . . . Hopkins, R. O. (2019). Psychological sequelae in family caregivers of critically III intensive care unit patients. A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society, 16*(7), 894-909.
11. Kamdar, B. B., Suri, R., Suchyta, M. R., Digrande, K. F., Sherwood, K. D., Colantuoni, E., . . . Hopkins, R. O. (2020). Return to work after critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax, 75*(1), 17-27.
12. Kooken, R. W., van den Berg, M., Slooter, A. J., Pop-Purceanu, M., & van den Boogaard, M. (2021). Factors associated with a persistent delirium in the intensive care unit: A retrospective cohort study. *Journal of Critical Care, 66*, 132-137.
13. Krampe, H., Denke, C., Glden, J., Mauersberger, V.-M., Ehlen, L., Schnthaler, E., . . . Weiss, B. (2021). Perceived severity of stressors in the intensive care unit: A systematic review and semi-quantitative analysis of the literature on the perspectives of patients, health care providers and relatives. *Journal of Clinical Medicine, 10*(17), 3928.
14. Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS one, 16*(3), e0246454.



15. Moradipanah, F., Mohammadi, E., & Mohammadil, A. Z. (2009). Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *East Mediterr Health J*, 15(3), 639-647.
16. Murray, H., Grey, N., Wild, J., Warnock-Parkes, E., Kerr, A., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2020). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder following critical illness and intensive care unit admission. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e13.
17. Papatthanassoglou, E. D. (2010). Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nurs Crit Care*, 15(3), 118-128.
18. Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., . . . Balzi, I. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care*, 15(1), R41.
19. Saeidi, M., Safaei, A., Sadat, Z., Abbasi, P., Sarcheshmeh, M. S. M., Dehghani, F., . . . Abdi, M. (2021). Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Patients Discharged from Critical Care Units. *The Journal of Critical Care Medicine*, 7(2), 113-122.
20. Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population.
21. Scott, B. K., Miller, G. T., Fonda, S. J., Yeaw, R. E., Gaudaen, J. C., Pavliscsak, H. H., . . . Pamplin, J. C. (2020). Advanced digital health technologies for COVID-19 and future emergencies. *Telemedicine and e-Health*, 26(10), 1226-1233.
22. Shi, J., Gao, Y., Zhao, L., Li, Y., Yan, M., Niu, M. M., . . . Zhang, L. (2020). Prevalence of delirium, depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder among COVID-19 patients: protocol for a living systematic review. *Systematic reviews*, 9, 1-6.
23. Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., . . . Sun, J. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(1-2), 49-61.
24. Suzuki, K., Matsumaru, Y., Takeuchi, M., Morimoto, M., Kanazawa, R., Takayama, Y., . . . Hayakawa, M. (2021). Effect of mechanical thrombectomy without vs with intravenous thrombolysis on functional outcome among patients with acute ischemic stroke: the SKIP randomized clinical trial. *Jama*, 325(3), 244-253.
25. Tripathy, S., Acharya, S. P., Singh, S., Patra, S., Mishra, B. R., & Kar, N. (2020). Post traumatic stress symptoms, anxiety, and depression in patients after intensive care unit discharge—a longitudinal cohort study from a LMIC tertiary care centre. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11.
26. Zengin, N., Ören, B., & Üstündag, H. (2020). The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nursing in critical care*, 25(2), 109-116.



دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه با همکاری گروه های پژوهشی حقوق شهروندی و حقوق بین الملل سلامت مرکز تحقیقات حقوق

کنفرانس ملی ارتقای سلامت شخصی حقوقی پزشکی فراروی آن

NATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION & IT'S LEGAL & MEDICAL CHALLENGES



Prevalence of Stress, Depression & Anxiety Symptoms in Patients Discharged from Critical Care Units & the Effect of Health Related Factors on Them

Foruzan Molaei Rad

M.A in Nursing, University of Medical Sciences, Jundishapur, Iran
Molaei.foruzan@gmail.com

Mohammad Abdi

Legal Consultant, Department of Nursing, University of Medical Sciences, Zanjan, Iran (Corresponding Author)
Mohammad2016@zums.ac.ir

Abstract

Background & Purpose: Extensive use of advanced technologies and invasive care creates many psychological problems for patients hospitalized in special care units. This study was conducted with the aim of investigating the incidence of stress, depression and anxiety symptoms in patients discharged from intensive care units and the effect of various factors on them.

Method: This cross-sectional study was conducted on 310 patients admitted to Shahid Beheshti's special care units in Kashan using non-probability sampling. Data were collected using the demographic profile questionnaire and the DASS-21 stress, depression and anxiety disorder checklist one month after discharge. The collected data were analyzed using t-test and analysis of variance.

Result: 181 (58.4%) men and 129 (41.6%) women with an average age of 55.11 ± 1.62 years participated in this study. The average anxiety score is 18.57 ± 1.46 , the average depression score is 16.15 ± 1.40 , and the average stress score is 19.69 ± 1.48 . The symptoms of anxiety, depression, and stress increase with age, unemployment, disability, high number of children, drug history, increased length of hospitalization, mechanical ventilation had a significant difference and there was no significant difference with the jobs of employees and the group that had low level education.

Conclusion: The incidence of stress, depression and anxiety disorders in patients discharged from special wards is high, and some of the individual characteristics and environmental factors in the special wards are dangerous, and the necessary decisions should be made for the training of hospital personnel.

Keywords: Stress, Depression, Anxiety, Critical Care Unit, Psychological Health