

Anxiety, depression and stress in family members of patients admitted to the intensive care units

Zainab Eskandari Haris¹, Majideh Heravi-Karimooi^{2*}, Farid Zayeri³

1. Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

2. Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

3. Proteomics Research Center, Department of Biostatistics, Faculty of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 13 March 2023

Accepted for publication: 3 May 2023

[Epub a head of print-10 June 2023]

Payesh: 2023; 22(4): 403- 413

Abstract

Objective(s): Family members of patients hospitalized in intensive care unit experience high levels of depression, anxiety and stress. Therefore, the present study was conducted with the aim of assessing depression, anxiety and stress in the family members of patients hospitalized in the intensive care units of selected hospitals in Tehran, Iran

Methods: This was a cross-sectional study in which depression, anxiety and stress of 160 family members of patients hospitalized in the intensive care units were examined. The samples were selected using a multi-stage cluster sampling method (from February to December 2022). The data were collected using the Persian version of DASS-21 and were analyzed with descriptive statistics and linear regression model.

Results: The results of the present study showed that the mean anxiety score of family members was 17.84(SD = 7.92), the average depression score was 17.49(SD = 8.34), and the average stress score was 18.35(SD = 7.50). The linear regression model simultaneously showed that for an increase of one year in age, the anxiety score of family members decreased by 0.11, and this decrease was significant ($P < 0.01$). An increase of one year in age, the depression score in family members decreased by 0.09, and this decrease was significant ($P < 0.05$). Also, an increase of one year in age, the stress score of family members decreased by 0.12, and this decrease was significant ($P < 0.05$). There was no significant relationship between other demographic variables with depression, anxiety and stress.

Conclusion: The anxiety of the family members of patients admitted to the intensive care unit was severe and depression and stress were moderate. With increasing age, the level of depression, anxiety and stress of the patients' family members decreased. Nurses are working in intensive care unit can play an important role in educating families about these units and also providing psychological support to them.

Keywords: Depression, stress, anxiety, family, Iran, intensive care unit

* Corresponding author: Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

بررسی میزان اضطراب، افسردگی و استرس در اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهر تهران

زینب اسکندری هریس^۱، مجیده هروی کریموی^{۲*}، فرید زایری^۳

۱. دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات پروتئومیکس و گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۱۳

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۰ خرداد ۱۴۰۲

نشریه پایش: ۴۱۳ - ۴۰۳ (۴): ۲۲(۴): ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه: اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه سطوح بالایی از افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان افسردگی، اضطراب و استرس در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه ی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران انجام گرفته است. **مواد و روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است. در این پژوهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس ۱۶۰ نفر از اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهر تهران مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای (ازبهمن ما ۱۴۰۰ تا آذرماه ۰۱ ۱۴) انتخاب شدند. ابزارهای مورد پژوهش پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد DASS-21 بود. داده‌ها با نرم افزار SPSS-22 و با آزمون‌های آمار توصیفی و مدل رگرسیون خطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد نمره میانگین اضطراب اعضا خانواده (۷/۹۲) (۱۷/۸۴)، میانگین افسردگی (۸/۳۴) (۱۷/۴۹) و میانگین استرس (۷/۵۰) (۱۸/۳۵) بود. مدل رگرسیون خطی به صورت همزمان نشان داد که به ازای افزایش یک واحد سن بطور متوسط ۰/۱۱ نمره اضطراب در اعضا خانواده کمتری شود و این کاهش معنادار بود ($P < 0/01$). به ازای افزایش یک واحد سن بطور متوسط ۰/۰۹ نمره افسردگی در اعضا خانواده کمتری شود و این کاهش معنادار بود ($P < 0/05$). همچنین به ازای افزایش یک واحد سن بطور متوسط ۰/۱۲ نمره استرس در اعضا خانواده کمتری شود و این کاهش معنادار بود ($P < 0/05$). ارتباط معناداری بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی با افسردگی، اضطراب و استرس مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: اضطراب اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در حد شدید و افسردگی و استرس در حد متوسط بود. با افزایش سن میزان افسردگی، اضطراب و استرس اعضا خانواده بیماران کاهش می‌یافت. لذا پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه می‌توانند نقش مهمی در آموزش خانواده‌ها در رابطه با این بخش‌ها و همچنین حمایت روانی از آنان داشته باشند. **کلیدواژه‌ها:** افسردگی، استرس، اضطراب، خانواده، ایران، بخش مراقبت‌های ویژه

کد اخلاق: IR.SHAHED.REC.1400.166

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی

E-mail: heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

رفع نیاز های روانی اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه یک ضرورت و اولویت غیر قابل انکار برای پرستاران است [۱]. Gerenvik و همکاران معتقدند که در ۲۴ ساعت اول پس از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت های ویژه، اعضای خانواده دچار یک بحران شدید و ناگهانی می شوند؛ زیرا معمولاً بیماران در بخش مراقبت ویژه قادر به شرکت در بحث های پیچیده در مورد تشخیص، پیش آگهی و برنامه ریزی درمانی نیستند. بنابراین این مسئولیت اغلب به افرادی منتقل می شود که با بیمار رابطه نزدیک داشته اند، این افراد ممکن است اعضای درجه یک خانواده باشند [۲]. بنابراین سلامت روحی اعضا خانواده در ارائه و تداوم حمایت و مراقبت از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه، امری غیر قابل انکار است و بی توجهی ناخواسته به شرایط خاص اعضای خانواده بیماران به خصوص در مواردی که بیمارشان بدحال است، حتی می تواند بر شرایط درمان بیماران نیز تأثیر نامطلوبی برجا گذارد [۳]. بخش مراقبت های ویژه نیز معمولاً به دلیل محدودیت در ساعات ملاقات و تناوب کادر پرستاری، زمان زیادی را برای اعضا خانواده بیماران بستری در نظر نمی گیرد و روزهای اول بستری، تمام توجه به بیمار و ارتباط با او معطوف می شود. وبستگان اولویت کمتری برای پزشکان و پرستاران دارند [۴]. همچنین عواملی نظیر عدم دریافت اطلاعات کافی در مورد روند، درمان و پیش آگهی بیماری، و برخی از ارتباطات نامناسب با کارکنان، ممکن است سبب گردد اعضای خانواده در تجربه احساسات مرتبط به امید و ناامیدی دچار نوسان شوند و این عوامل می توانند باعث ایجاد علائمی در سلامت روانی اعضای خانواده گردد که شایع ترین آن ها استرس، اضطراب و افسردگی می باشد [۵]. اضطراب احساس دلواپسی بوده که ناخوشایند و مبهم است و بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان، به خصوص در بخش مراقبت ویژه می تواند موجب ایجاد اضطراب در خانواده بیمار گردد. شواهد بیانگر آن است که تجربه یک بیماری حاد یا مزمن در عضوی از خانواده می تواند محرکی برای ایجاد اضطراب در سایر اعضای خانواده باشد [۲]. شایان ذکر است که بستگان از نظر روحی آمادگی لازم برای ورود بیماران به بخش های مراقبت های ویژه را ندارند و از طرفی بسیاری از پذیرش ها ناخواسته و در شرایط اضطراری انجام می شود. این شرایط می تواند اضطراب شدیدی را در خانواده ایجاد کند. از آنجا که در اولین روزهای بستری شدن

بیماران در بخش مراقبت ویژه، نیازهای اضطراری و اورژانس های روانی - اجتماعی برای خانواده بیماران ظاهر می شود، خانواده ها در گرداب عدم اطمینان، شوک، ناتوانی و سردرگمی قرار دارند [۵]. اگر اعضا خانواده بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی شان به عنوان بیماران پنهان کاهش می یابد [۶]. نتایج تحقیق Pochard و همکاران نیز نشان داد از ۵۴۴ نفر عضو خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، ۷۵/۵ درصد 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 در خصوص بیمارشان نقش داشتند به طورمعنی داری بیشتر بوده است [۷]. علاوه براین عدم دانش در مورد بیماری و درمان و عدم اطمینان در مورد پیش آگهی بیماری منجر به افزایش استرس و تنش نیز می شود. جدایی یکی از اعضای خانواده به دلیل بستری شدن در بیمارستان و سیاست ملاقات های محدود در ICU نیز فشارهای عاطفی بر خانواده را افزایش می دهد [۸]. Mitchell Courtney's و همکاران دریافتند که خانواده هایی که یکی از بستگانشان پذیرش غیر منتظره در بخش مراقبت های ویژه دارند، یک گروه بالقوه "در معرض خطر استرس" هستند [۹]. نتایج مطالعات نشان می دهند که اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه سطوح بالایی از افسردگی، را نیز تجربه می کنند. افسردگی احساس غمگینی بیمارگونه ای است که شامل علائم متعددی از جمله خلق افسرده، بی علاقه و بی لذتی از محیط پیرامون، که می تواند باعث ایجاد نقص در توانایی درک درست اطلاعات در مراقبین خانوادگی بیماران و قابلیت تصمیم گیری درست آنان در رابطه با بیمارشان شود [۱۰]. بنابراین با عنایت به اینکه ارتقای بهداشت روانی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه یک ضرورت و اولویت غیر قابل انکار برای پرستاران شاغل در این بخش ها می باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان افسردگی، اضطراب و استرس در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه ی بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی - مقطعی است که از بهمن ماه ۱۴۰۰ تا آذر ماه ۱۴۰۱ انجام گرفت. نمونه مورد مطالعه اعضا خانواده بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های شهر تهران بودند. روش نمونه گیری به روش خوشه ای چند

ویژه، وضعیت تأهل، وضعیت زندگی بیمار و ۹ سوال مربوط به عضو خانواده شامل سن، جنسیت، وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، محل سکونت، کفایت وضعیت اقتصادی، حمایت از سوی خانواده، دوستان و اجتماع، و نسبت خویشاوندی با بیمار بود. برای سنجش میزان استرس، اضطراب و افسردگی اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه نیز از نسخه فارسی پرسشنامه DASS-21 استفاده شد که این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال می باشد که هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می کند) نمره گذاری می شود. هر یک از خرده مقیاس های این پرسشنامه شامل ۷ سوال است. سوالات ۳-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱ افسردگی، سوالات ۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰ اضطراب و سوالات ۱-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸ استرس را می سنجند. از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس ها ۲ برابر شده است [۱۲]. روایی و پایایی نسخه اصلی [۱۳] و فارسی مورد تایید قرار گرفته است [۱۴]. شدت هر یک از خرده مقیاس ها ی مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس نیز به صورت زیر تقسیم بندی می شوند [۱۵]:

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

داده های مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و واکنش های روانشناختی اعضا خانواده بیماران بستری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت به این صورت که ابتدا به کمک آمار توصیفی ویژگی های جمعیت شناختی و توزیع نمرات افراد مورد بررسی قرار گرفت؛ سپس به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه، از مدل رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته ها

در هر پژوهشی داده های جمعیت شناختی بخش مهمی محسوب می شود که در ادامه اطلاعات مربوط به ۱۶۰ نفر از اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه گزارش شده است.

مرحله ای انجام گرفت، بدین ترتیب که تعدادی از بیمارستان های دانشگاهی منتخب شهر تهران (دانشگاه تهران، ایران، شهیدبهشتی، بهزیستی و علوم توانبخشی، بقیه الله، ارتش، بانک ملی و شاهد) که دارای بخش های ویژه بودند به صورت تصادفی ساده انتخاب و از هر بیمارستان بر اساس تعداد تخت های موجود در آن بیماران به روش تصادفی ساده با استفاده از روش جدول اعداد تصادفی مشارکت کنندگان انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به مقاله Oluwaseyi و Isaiiah Olabisi [۱۱]، ۱۴۵ نفر که با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۱۶۰ نفر از اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در نظر گرفته شد. سپس با اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد به بیمارستان های منتخب شهر تهران مراجعه شد و پس از مراجعه به این مراکز، اهداف پژوهش برای مسئولین این مراکز توضیح داده شد و نمونه گیری در بین خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه اعضای خانواده عبارت بودند از: حضور همراه اصلی بیمار در زمان تحقیق شامل همسر، فرزند و یا والدین، خواهر یا برادر بیمار، سن ۱۸ سال یا بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن و تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا همراه اصلی بیمار به معلولیت های جسمی نظیر ناشنوایی، نابینایی و یا معلولیت های حرکتی، عدم مراقبت هم زمان از دیگر افراد خانواده به دلیل بیماری جسمی یا ذهنی در منزل و یا بیمارستان توسط همراه اصلی بیمار، عدم سابقه ی اختلالات اضطرابی، استرس و افسردگی، مصرف داروهای روان گردان و اعتیاد به مواد مخدر، عدم سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی (از طریق پاسخ سوال محقق از همراه بیمار). شایان ذکر است اعضا خانواده ی بیماران انتخاب شدند که مدت اقامت بیماران آنها در بخش مراقبت های ویژه بیش از ۴۸ ساعت بوده است. بدین صورت که پژوهشگر پس از معرفی خود و کسب رضایت نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه، هدف از انجام پژوهش را برای آنها توضیح داده و در صورت داشتن تمام معیارهای ورود به مطالعه وارد پژوهش شدند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و نسخه فارسی و کوتاه شده ی پرسشنامه ی افسردگی، اضطراب و استرس (Depression, Anxiety and Stress Scale, 21 - DASS-21) بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل ۷ سوال مربوط به بیمار نظیر سن، جنسیت، مدت زمان بستری بیمار در بخش مراقبت

مصرف می‌کنم" با نمره (۰/۸۵) ۱/۴۵ و کمترین علامت استرس " برایم مشکل است آرام بگیرم" با نمره (۰/۸۸) ۱/۱۲ بود. جدول ۵ بیانگر ارتباط عوامل جمعیت شناختی با اضطراب، افسردگی و استرس اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون خطی بصورت همزمان می توان گفت برآورد ۰/۱۱- در میزان سن بیمار نشان می دهد که به ازای افزایش یک واحد سن بطور متوسط ۰/۱۱ نمره اضطراب در اعضاء خانواده کمتری شود و این کاهش معنادار بود ($P < 0/01$). ارتباط سایر عوامل جمعیت شناختی با اضطراب اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه معنادار نبود ($P > 0/05$). همچنین با استفاده از مدل رگرسیون خطی بصورت همزمان می توان گفت برآورد ۰/۰۹- در میزان سن بیمار نشان می دهد که به ازای افزایش یک واحد سن بطور متوسط ۰/۰۹ نمره افسردگی در اعضاء خانواده کمتر می شود و این کاهش معنادار بود ($P < 0/05$). ارتباط سایر عوامل جمعیت شناختی با افسردگی اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه معنادار نبود ($P > 0/05$). این جدول بیانگر ارتباط عوامل جمعیت شناختی با استرس اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه نیز می باشد. با استفاده از مدل رگرسیون خطی بصورت تک متغیره می توان گفت با استفاده از مدل رگرسیون خطی بصورت همزمان برآورد ۰/۱۲- در میزان سن بیمار نشان می دهد که به ازای افزایش یک واحد سن بطور متوسط ۰/۱۲ نمره استرس در اعضاء خانواده کمتری شود و این کاهش معنادار بود ($P < 0/05$). سایر متغیر های جمعیت شناختی با استرس اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه ارتباط معناداری ندارد ($P > 0/05$) (جدول ۵).

مشخصات جمعیتی مشارکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. که طبق آن دامنه سنی اعضاء خانواده ۲۱ تا ۸۹ سال با میانگین (۱۲/۱۸) ۴۶/۵۹ سال بوده. جنسیت اعضاء خانواده ۵۶/۹ درصد زن، تحصیلات ۵۲/۵ درصد آنان دانشگاهی، ۶۳/۱ درصد آنان شاغل، ۸۴/۴ درصد متأهل، محل سکونت ۸۷/۵ درصد در تهران، ۱۱/۹ درصد دچار عدم کفایت زندگی و ۷۶/۹ درصد از اعضاء درجه یک (پدر، مادر، همسر، برادر، خواهر، فرزند) خانواده بیماران بودند (جدول ۱).

جدول ۲ بیانگر میزان اضطراب در اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه ی بیمارستان های منتخب شهر تهران بر اساس پرسشنامه استاندارد DASS-21 می باشد. آمارهای توصیفی نشان داد که میانگین نمره اضطراب در افراد ۱۷/۸۴ با انحراف معیار ۷/۹۲ بود. بیشترین علامت اضطراب " بدون آنکه هیچگونه فعالیت بدنی انجام بدهم متوجه شده ام که قلبم غیر عادی کار میکند" با نمره (۰/۸۷) ۱/۳۷ و کمترین علامت اضطراب " تنفس کردن برایم مشکل می باشد" با نمره (۰/۸۶) ۱/۲۲ بود. جدول ۳ بیانگر میزان افسردگی اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه می باشد. آمارهای توصیفی نشان داد که میانگین نمره افسردگی در افراد ۱۷/۴۹ با انحراف معیار ۸/۳۴ بود. بیشترین علامت افسردگی " قادر نیستم درباره خیلی چیزها شور و شوق از خود نشان دهم" با نمره (۰/۸۱) ۱/۳۱ و کمترین علامت افسردگی " احساس می‌کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم" با نمره (۰/۸۹) ۱/۱۴ بود.

جدول ۴ بیانگر میزان استرس اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه می باشد. آمارهای توصیفی نشان داد که میانگین نمره استرس در افراد ۱۸/۳۵ با انحراف معیار ۷/۵۰ بود. بیشترین علامت استرس " احساس می‌کنم انرژی روانی زیادی

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه ی در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

شاخص کیفی	تعداد	درصد	شاخص کیفی	تعداد	درصد
جنسیت			تاهل		
زن	۹۱	۵۶/۹	متاهل	۱۳۵	۸۴/۴
مرد	۶۹	۴۳/۱	مجرد	۱۹	۸۴/۴
تحصیلات			محل سکونت		
خواندن نوشتن	۶	۳/۸	تهران	۱۴۰	۸۷/۵
ابتدائی	۲۰	۱۲/۵	خارج از تهران	۲۰	۱۲/۵
متوسطه	۵۰	۳۱/۳	کفایت وضعیت اقتصادی		
دانشگاهی	۸۴	۵۲/۵	اصلا	۱۹	۱۱/۹
اشتغال			کم	۶۱	۳۸/۱
خانه دار	۴۹	۳۰/۶	متوسط	۶۰	۳۷/۵
شاغل	۱۰۱	۶۳/۱	کافی	۲۰	۱۲/۵
بازنشسته	۱۰	۶/۳			
نسبت با بیمار					
درجه یک	۱۲۳	۷۶/۹			
سایر	۳۷	۲۳/۱			

جدول ۲: میزان اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

اضطراب	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
متوجه شده ام که دهانم خشک می شود	۰	۳	۱/۲۴	۰/۸۴
تنفس کردن برایم مشکل می باشد	۰	۳	۱/۲۲	۰/۸۶
در بدنم احساس لرزش می کنم	۰	۳	۱/۲۶	۰/۹۰
نگرانم که میاداد در بعضی موقعیت ها دچار ترس شوم یا به کار احمقانه ای دست بزنم.	۰	۳	۱/۳۲	۰/۸۷
احساس می کنم هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم	۰	۳	۱/۲۷	۰/۹۰
بدون آنکه هیچگونه فعالیت بدنی انجام بدهم متوجه شده ام که قلبم غیر عادی کار می کند	۰	۳	۱/۳۷	۰/۸۷
بدون دلیل موجهی احساس ترس می کنم.	۰	۳	۱/۲۴	۰/۸۱
نمره کل اضطراب اعضای خانواده	۰	۴۲	۱۷/۸۴	۷/۹۲

جدول ۳: میزان افسردگی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

افسردگی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
فکرنمی کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی را تجربه کنم	۰	۳	۱/۲۵	۰/۹۱
برایم سخت است در انجام کار پیش قدم شوم	۰	۳	۱/۳۱	۰/۹۵
احساس می کنم چیزی ندارم که منتظرش باشم	۰	۳	۱/۲۶	۰/۸۱
احساس دلمردگی و دل شکستگی دارم	۰	۳	۱/۲۵	۰/۹۵
قادر نیستم درباره خیلی چیزها شور و شوق از خود نشان دهم	۰	۳	۱/۳۱	۰/۸۱
احساس می کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم	۰	۳	۱/۱۴	۰/۸۹
احساس می کنم زندگی بی معناست	۰	۳	۱/۲۲	۰/۹۸
نمره کل افسردگی اعضای خانواده	۰	۴۲	۱۷/۴۹	۸/۳۴

جدول ۴: میزان استرس اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱

استرس	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
برایم مشکل است آرام بگیرم	۰	۳	۱/۱۲	۰/۸۸
به موقعیت هایم به طور افراطی واکنش نشان می دهم	۰	۳	۱/۳۹	۰/۸۷
احساس می کنم انرژی روانی زیادی مصرف می کنم	۰	۳	۱/۴۵	۰/۸۵
خودم را پریشان و سردرگم احساس می کنم	۰	۳	۱/۳۴	۰/۸۳
آرام بودن و در آرامش به سربردن برایم مشکل است	۰	۳	۱/۲۷	۰/۸۶
نسبت به هر چیزی که مرا از کار بازدارد بی تحمل و ناپردبارم (صبروتحمل ندارم)	۰	۳	۱/۲۹	۰/۸۵
فکر می کنم بسیار حساس و زودرنج هستم	۰	۳	۱/۳۱	۰/۹۰
نمره کل استرس اعضای خانواده	۰	۴۲	۱۸/۳۵	۷/۵۰

جدول ۵: ارتباط عوامل جمعیت شناختی با میزان اضطراب، افسردگی و استرس اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستانهای منتخب شهر تهران - سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰

متغیر	رده	اضطراب			افسردگی			استرس		
		ضریب	برآورد	P	ضریب غیر استاندارد	برآورد	P	ضریب غیر استاندارد	برآورد	P
سن بیمار(سال)	-	-۰/۱۱۷	۰/۰۴	۰/۰۱۲	-۰/۰۹۶	۰/۰۴	۰/۰۴۹	-۰/۰۱۲	۰/۰۴	۰/۰۰۴
جنسیت (مرد مرجع)	زن	-۰/۴۲۷	۱/۳۴	۰/۷۵۲	۱/۲۱	۱/۴۱	۰/۳۹۳	-۰/۲۸۷	۱/۲۶	۰/۸۲۱
مدت زمان بستری(روز)	-	۰/۰۹۱	۰/۰۶	۰/۱۳۰	۰/۰۱۷	۰/۰۶	۰/۷۸۶	۰/۰۲۷	۰/۰۵	۰/۶۲۸
وضعیت زندگی(تنها مرجع)	خانواده یا بستگان	۰/۲۳۷	۲/۱۲	۰/۹۱۱	-۰/۸۰۴	۲/۲۳	۰/۷۲۰	-۰/۸۹۶	۱/۹۸	۰/۶۵۳
تاهل بیمار(غیر متاهل)	متاهل	-۲/۶۳	۱/۵۵	۰/۰۹۲	-۱/۹۳	۱/۶۳	۰/۲۴۰	-۲/۴۹	۱/۴۵	۰/۰۸۹
علت بستری(سایر مرجع)	جراحی	-۰/۳۴۶	۲/۴۵	۰/۸۸۸	-۱/۱۲	۲/۵۸	۰/۶۶۵	۰/۴۸۵	۲/۳۰	۰/۸۳۳
علت بستری(سایر مرجع)	داخلی	۰/۸۹۹	۲/۳۶	۰/۷۰۵	۰/۲۷۱	۰/۴۹	۰/۹۱۴	۰/۸۳۲	۲/۲۲	۰/۷۰۸
سطح هوشیاری	-	۰/۰۲۲	۰/۳۵	۰/۹۵۱	-۰/۳۱۰	۰/۳۷	۰/۴۱۲	-۰/۰۷۳	۰/۳۳	۰/۸۲۸
وضعیت مالی(اصلا-کمی مرجع)	متوسط-کافی	۰/۸۴۷	۱/۵۳	۰/۵۸۱	۱/۹۲	۱/۶۱	۰/۲۲۴	۱/۱۷	۱/۴۳	۰/۴۱۳
سن همراه(سال)	-	-۰/۰۸۹	۰/۰۷	۰/۲۱۴	-۰/۱۰۵	۰/۰۷	۰/۱۶۴	-۰/۰۸۳	۰/۰۶	۲۱۴
جنسیت همراه(مرد مرجع)	زن	۰/۲۵۶	۱/۶۵	۰/۸۷۷	۱/۸۴	۱/۷۴	۰/۲۹۲	۱/۴۸	۱/۵۵	۰/۳۴۰
شغل(غیر شاغل مرجع)	شاغل	۰/۰۴۲	۱/۸۴	۰/۹۸۲	-۰/۶۹۰	۱/۹۴	۰/۷۲۴	-۰/۸۴۷	۱/۷۳	۰/۶۲۶
تاهل همراه(غیر متاهل)	متاهل	۱/۴۵	۲/۰۷	۰/۴۸۴	۰/۱۶۹	۲/۱۸	۰/۹۳۸	-۰/۰۲۷	۱/۹۴	۰/۹۸۹
محل سکونت(خارج از تهران مرجع)	تهران	۰/۱۰۰	۲/۰۷	۰/۹۶۲	-۱/۳۹	۲/۱۸	۰/۷۲۶	-۱/۲۹	۱/۹۴	۰/۵۰۸
حمایت بیمار (بلی- مرجع)	ناحذوذی	۱/۸۱	۱/۷۷	۰/۳۰۸	۱/۵۷	۱/۸۶	۰/۴۰۰	۱/۰۷	۱/۶۶	۰/۵۲۱
حمایت بیمار (بلی- مرجع)	خیر	۲/۰۸	۲/۱۰	۰/۳۲۴	۱/۴۹	۲/۲۲	۰/۵۰۴	۰/۶۸۵	۱/۹۷	۰/۷۳۰
نسبت با بیمار(سایر)	بستگان درجه یک	۰/۳۱۵	۱/۶۳	۰/۸۴۷	۰/۴۲۹	۱/۷۱	۰/۸۰۳	۰/۳۴۳	۱/۵۳	۰/۸۲۳

خلاصه مدل رگرسیون خطی به روش هم زمان- $R=0.328$, Adjusted $R^2=0.014$, $P=0.600$

خلاصه مدل رگرسیون خطی به روش هم زمان- $R=0.328$, Adjusted $R^2=0.013$, $P=0.592$

نسبت با بیمار مشابه با مطالعه حاضر شناسایی شد [۱۶]. در مطالعات عسکری و همکاران، و بندری و همکاران نیز اغلب اعضا خانواده بیمار را جنسیت زن تشکیل می دادند [۱۷، ۱۸] و از این نظر با مطالعه حاضر همسو می باشد. در مطالعه شوشی و همکاران نیز بیشتر شرکت کنندگان جنسیت زن داشتند و متاهل و خانه دار بودند که از نظر جنسیت و تاهل با مطالعه حاضر همسو ولی از نظر وضعیت اشتغال غیر همسو می باشد و این تفاوت می تواند به علت تصادفی بودن انتخاب نمونه هاباشد [۱۰]. نتایج پژوهش حاضر نشان داد از میان واکنش های روانشناختی اعضا خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه متغیر استرس با مشخصه فردی سن ارتباط دارد و افزایش سن شانس استرس را کاهش می دهد. نتایج

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اضطراب، افسردگی و استرس در اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در بیمارستان های دانشگاهی شهر تهران که رضایت شرکت در این مطالعه را داشتند، انجام گرفت. نتایج به دست آمده از متغیر های جمعیت شناختی این پژوهش نشان داد اکثریت اعضا خانواده دارای جنسیت زن، تحصیلات دانشگاهی بودند و اغلب آنها از اعضا درجه یک بیمار (همسر، مادر، پدر، خواهر، برادر) بودند. نتایج مطالعه Bailey و همکاران نیز نشان داد اکثریت افراد شرکت کننده در مطالعه دارای جنسیت زن و تحصیلات دانشگاهی و همینطور اغلب آنها همسر و فرزند بیمار بودند که از نظر جنسیت، سطح سواد و

علامت اعضا خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه در زمینه افسردگی از دست دادن شور و شوق نسبت به اتفاقات بود و میانگین نمرات افسردگی در آنها در حد متوسط گزارش شد. در مطالعه elizarraras و همکاران فراوانی میزان افسردگی در ۳ درصد از اعضا خانواده بیماران بستری در حد بسیار شدید بود و فراوانی افسردگی ۳۴ درصد از اعضا خانواده بیماران بستری در حد خفیف بوده است [۱۹]. در مطالعه عسگری و همکاران میانگین افسردگی اعضا خانواده بیماران بستری نشان دهنده این بود که افسردگی اعضا خانواده در حد متوسط است. این نظر با مقاله حاضر هم سو می باشد [۱۷]. در مطالعه نویدیان و همکاران میانگین افسردگی اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه نشان دهنده آن می باشد که افسردگی اعضا خانواده در حد خفیف است [۲۳]. مطالعه رضایی و همکاران افسردگی اعضا خانواده بیماران بستری را ۷۵ درصد گزارش کرده اند و بیشترین فراوانی افسردگی در رده خیلی شدید قرار داشته است [۲۴]. در مطالعه Jones و همکاران افسردگی اعضا خانواده بیماران بستری ۳۱ درصد گزارش شده است [۲۵]. در مطالعه Garrouste و همکاران میزان افسردگی اعضا خانواده بیماران بستری در بخش ویژه را ۲۹/۵ درصد گزارش کرده اند [۲۶]. 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 بکشاند و منجر به ایجاد افسردگی در اعضا خانواده شود [۲۸]. شایعترین علامت اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه در زمینه استرس این بود که آنها احساس می کردند انرژی روانی زیادی صرف می کنند و میانگین نمرات استرس در آنها در حد متوسط گزارش شد. در مطالعه elizarraras و همکاران فراوانی استرس بیش از دو سوم از اعضا خانواده در حد شدید بوده است [۱۹]؛ در حالی که در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی استرس در اعضا خانواده در سطح عادی ۳۷/۶ درصد می باشد. در مطالعه عسگری و همکاران (۲۰۱۳) میانگین استرس در اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه نشان دهنده آن می باشد که استرس اعضا خانواده در حد متوسط است و از این نظر با مطالعه حاضر هم سو می باشد [۱۷]. نتایج مطالعه نویدیان و همکاران نشان داد میانگین استرس در اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه نشان دهنده این است که استرس اعضا خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه

مطالعات بسیاری بر این نکته تاکید می کنند که اعضای خانواده های بیماران 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 [۱۹-۲۱]. مطالعه فاروجی زاده و همکاران نیز سطح افسردگی، استرس و اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه قبل از مداخله را در میزان بالاتری نسبت به بعد از مداخله قرار داده است [۲۲]. در مطالعه بندری و همکاران افزایش سن عضو خانواده شانس افزایش اضطراب را بالا می برد و از این نظر با مطالعه حاضر همسو نبود [۱۸]. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد شایع ترین واکنش اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه وجود احساس غیر عادی در قلبشان بدون انجام فعالیتهای بدنی بود و میانگین نمرات اضطراب در آنها در حد شدید گزارش شد. در مطالعه عسگری و همکاران که بر روی واکنش های روانی اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه زاهدان مطالعه کردند، میانگین اضطراب اعضا خانواده بیماران نشان دهنده وجود اضطراب اعضا خانواده در حد بسیار شدید بود [۱۷]؛ همچنین در مطالعه elizarraras و همکاران، اضطراب ۷۱ درصد از اعضا خانواده در حد متوسط و ۱۷ درصد در حد شدید بوده است [۱۹]. در مطالعه نویدیان و همکاران نیز میانگین اضطراب اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه نشان دهنده این است که اضطراب اعضا خانواده در حد متوسط است [۲۳]. در مطالعه رضایی و همکاران علائم اضطراب در اعضای خانواده بیماران بستری ۷۶/۸ درصد گزارش شده است و بیشترین فراوانی اضطراب در رده خیلی شدید قرار داشته است [۲۴]. این تفاوت می تواند به دلیل تفاوت بین بیماران در دو مطالعه می باشد؛ زیرا در مطالعه رضایی و همکاران؛ خطر مرگ در بیماران بستری بیشتر بود. در مطالعه Jones و همکاران نیز میزان اضطراب اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه ۶۲ درصد گزارش شده است [۲۵]. این تفاوت ها می تواند به علت استفاده از ابزار های مختلف برای جمع آوری داده ها باشد. در مطالعه Garrouste و همکاران که شیوع علائم اضطراب و افسردگی را در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه مورد مطالعه قرار داده بودند، شیوع اضطراب گزارش شده توسط بستگان ۴۹ درصد بود [۲۶]. مطالعه صادقی و همکاران نیز اضطراب اعضا خانواده بیماران بستری در بخش ویژه را در حد بسیار شدید گزارش کرده اند [۲۷]. شایع ترین

در حد خفیف است [۲۳]. در مطالعه رضایی وهمکاران بیشترین فراوانی استرس اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در رده شدید قرار گرفته است [۲۲]. مطالعه Olabisi وهمکاران میزان استرس اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه را ۱۰ درصد گزارش کرده است [۱۱]. نتایج مطالعه Bunzel وهمکاران میزان اضطراب و افسردگی اعضا خانواده بیمار بستری را به ترتیب ۳۵ و ۲۹ درصد گزارش کرده است [۲۹]. ROSE و همکاران نیز در مطالعه ای بر روی اعضا خانواده که در معرض محدودیت های ملاقات حضوری در بخش مراقبت ویژه قرار داشتند به این نتیجه رسیدند که اعضا خانواده بیماران استرس بسیار شدیدی را تجربه می کردند [۳۰]. در کل از این مطالعه می توان نتیجه گرفت که بستری شدن یکی از اعضا خانواده در بخش مراقبت های ویژه باعث ایجاد اضطراب، افسردگی و استرس در سایر اعضا خانواده بیمار می شود. با عنایت به این که نرخ مرگ و میر بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بین ۱۲-۱۷ درصد است، این ترس و اضطراب نباید غیر موجه تلقی شود [۱۸] و با توجه به زمینه های فرهنگی و اجتماعی، وجود تجربه قبلی داشتن بیمار در واحد مراقبت ویژه و عوامل متفاوت موثر بر وضعیت بیم و هراس افراد، اعضای خانواده بیمار در اغلب موارد به سختی با این تجربه تنش زا مواجه می شوند [۲۸]. همچنین رفع نیازهای اعضای خانواده از جمله داشتن غذای در دسترس و خوب در بخش، دیدن بیمار به طور مکرر، امکان ملاقات در هر لحظه، صحبت نمودن در مورد احتمال چیزی که درباره بیمار اتفاق خواهد افتاد، سرویسهای مذهبی قابل دسترس، صحبت روزانه با پزشک، رسیدگی به مشکلات مالی، کارکنانی که بتوانند اطلاعات لازم را به آنها بدهند، دانستن نحوه درمان بیمار و دانستن واقعیت در مورد پیش آگهی بیماری می تواند منجر به کاهش میزان استرس و اضطراب اعضا خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت های ویژه شده بود [۳۱]. بنابراین با عنایت به نتایج بدست آمده از تحقیقات به نظر می رسد بیشتر توجه پرستاران معطوف به بیمار می باشد و نسبت به نیاز های روانی اعضا خانواده بیماران بی توجهی می شود. پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه می توانند نقش مهمی در آموزش خانواده ها در رابطه با این بخش ها و همچنین حمایت روانی از این خانواده ها داشته باشند و همواره در مراقبت از بیماران نسبت به سلامتی روانی اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه نگرانی داشته باشند. از محدودیت های این مطالعه می توان

به کاهش قدرت تعمیم پذیری به علت پایین بودن حجم نمونه در دسترس اشاره کرد. همچنین این پژوهش به صورت مقطعی انجام شده است. به این دلیل، نتیجه گیری درباره علیت را دشوار می سازد و دیگر اینکه تعداد زیاد پرسش های پرسشنامه سبب طولانی شدن زمان پاسخگویی شد که بر مقدار دقت پاسخ های شرکت کنندگان بی تاثیر نبوده است. نامشخص بودن تعداد ملاقات های اعضا طی دوره مطالعه و طول مدت زمان صرف شده در هر ملاقات نیز از محدودیت های مطالعه حاضر به شمار می آیند. پیشنهاد می شود در مطالعات آینده به بررسی میزان اضطراب و افسردگی و استرس در اعضا خانواده بیماران بستری در سایر بخش های بستری؛ همچنین سنجش میزان رضایت اعضا خانواده بیماران بستری از ارائه آموزش های خانواده محور و نقش این آموزش ها در کاهش واکنش های روانشناختی اعضا خانواده بیماران بستری و مطالعاتی جهت رفع محدودیتهای این پژوهش پرداخته شود. علیرغم تلاش وافر محققین مطالعه ای یافت نشد که سوالات مربوط به هر یک از مولفه های اضطراب و افسردگی و استرس در پرسشنامه DASS-21 را بر روی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های ایران طی جداول جداگانه مورد تحلیل آماری قرار دهند. در این پژوهش محققین این متغیرها و سوالات مربوط به هر مولفه را در پرسشنامه DASS-21 بر روی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه در بیمارستان های منتخب شهر تهران را اندازه گیری کرده اند.

سپم نویسندگان

زینب اسکندری هریس: طراحی طر حنامه، جمع آوری داده ها، تحلیل داده ها، تهیه و تدوین مقاله
مجیده هروی کریمی: مدیریت پایان نامه، تحلیل داده ها و مشارکت در تدوین مقاله
فرید زایری: نظارت بر تجزیه و تحلیل آماری

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان بررسی ارتباط راهبردهای مقابله ای و میزان افسردگی، اضطراب و استرس در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد تصویب شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان های (سینا، شهدای یافت آباد،

اعضای خانواده بیماران شرکت کننده در این مطالعه به خاطر صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان ابراز می دارند.

منابع

1. Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandi T, Keykhaei A. Assessment of Psychological-Social Needs, Family, Special in Patient Unit ICU and CCU. *Iran Journal Critical Care Nurs* 2013;6:259-268 8 [Persian]
2. Khaleghdoost Mohammadi T, Askandari F, Avazeh A. Study on Effective Factors on Patients' Family Members Anxiety in Intensive Care Units. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research* 2010;18:91-101 8 [Persian]
3. Shahrokhi A, Ranjbaran M, Zarei S. Comparing the Perceptions of Nurses and Patients' Families about the Expectations of Patients' Families in Intensive Care Unit. *Journal of Inflammatory Diseases* 2020;24:68-798 [Persian]
4. Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, Lauwers P, Wilmer A. Needs and Feelings of Anxiety of Relatives of Patients Hospitalized in Intensive Care Units: Implications for Social Work. *Social Work in Health Care* 2002;35:21-40
5. Sarhadi M, Navidian A, Fasihi HT, Keykhaei A. Assessment of Psycho-social Needs of the Family Members of the Patients Hospitalized in ICU and CCU. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2014;6: 259-268
6. Goode KT, Haley WE, Roth DL, Ford GR. Predicting longitudinal Changes in Caregiver Physical and Mmental Health: a Stress Process Model. *Health Psychology* 1998;17:190-198
7. Sohila Rabie Siahkali , Tahereh Khaleghduost, Ezat Paryad, Zahra Atrkar ruoshan. Family and anxiety in intensive care units. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery* 2007; 17: 1-8 [Persian]
8. Chui WYY, Chan SWC. Stress and Coping of Hong Kong Chinese Family Members During a Critical Illness. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16:372-81
9. Mitchell ML, Courtney M. Reducing Family Members' Anxiety and Uncertainty in Illness Around Transfer from Intensive Care: an Intervention Study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2004;20:223-31
10. Shoushi F, Jannati Y, Mousavi Nasab NA, Shafipour V. The Impact of Family Centered Care on Depression, Anxiety and Stress of Family Caregivers of Patients Undergoing Open Heart Surgery. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing* 2017;3:53-60 8 [Persian]
11. Olabisi OI, Olorunfemi O, Bolaji A, Azeez FO, Olabisi TE, Azeez O. Depression, Anxiety, Stress

حضرت رسول اکرم (ص)، شهید مصطفی خمینی، شهید دکتر چمران، فیروزگر و شهید هاشمی نژاد) و دانشگاه های مربوطه و

and Coping Strategies Among Family Members of Patients Admitted in Intensive Care Unit in Nigeria. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2020;13:100223

12. Farokhi S, Shareh H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology* 2014;20: 252-63 8 [Persian]

13. Osman A, Wong JL, Bagge CL, Freedenthal S, Gutierrez PM, Lozano G. The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *Journal of Clinical Psychology* 2012;68:1322-38

14. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population 2005; 1: 36-54 [persian]

15. Gaurav Sharma B, Maben EVS, Kotian MS, Ganaraja B. Psychological evaluation of patients in critical care/intensive care unit and patients admitted in wards. *Journal of clinical and diagnostic research* 2014; 8(12): WC01–WC03

16. Bailey JJ, Sabbagh M, Loisel CG, Boileau J, McVey L. Supporting Families in the ICU: A Descriptive Correlational Study of Informational Support, Anxiety, and Satisfaction with Care. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010;26:114-22

17. 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;3:317-324

18. Bandari R, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Zaeri F, Mirmohammadkhani M, Montazeri A. Anxiety Prevalence and its Associated Demographic Factors in Family Members of Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit in Iran, Daneshvar Medicine 2023; 20: 1-10 8 [Persian]

19. Elizarrarás-Rivas J, Vargas-Mendoza JE, Mayoral-García M, Matadamas-Zarate C, Elizarrarás-Cruz A, Taylor M, et al. Psychological Response of Family Members of Patients Hospitalised for Influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC psychiatry* 2010;10:1-9

20. 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. *Critical Care Medicine* 2001;29:1893-1897

21. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of General Internal Medicine* 2008;23:1871-1876

22. Faroujzadeh F, Davoudi N, Mazlom SR, Ghahramanzadeh M, Hajiabadi F. The Effect of Supportive Educational Program on Depression, Anxiety, Stress and Satisfaction of the Families of Patients with Acute Coronary Syndrome. *Evidence Based Care* 2023;12: 72-80

23. Navidian A, Sarhadi M, Kykhaie A, Kykhah R. Psychological Reactions of Family Members of Patients Hospitalized in Critical Care and General Units Compared with General Population. *Iran Journal of Nursing* 2014;26:16-28 8 [Persian]

24. Hosseinrezaei H, Pilevarzadeh M, Amiri M, Rafiei H, Taghati S, Naderi M, et al. Psychological Symptoms in Family Members of Brain Death Patients in Intensive Care Unit in Kerman, Iran. *Global journal of health science* 2014;6:203

25. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post-Traumatic Stress Disorder-Related Symptoms in Relatives of Patients Following Intensive Care. *Intensive Care Medicine* 2004;30:456-460

26. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a

24-hour Visiting Policy in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine* 2008;36:30-35

27. Sadeghi Z, Payami M, MoosaviNasab SN. Effect of Family Participation in ICU Patients Care on Family's Anxiety Level. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal* 2013;2:10-7 8 [Persian]

28. Rabie SS, Avazeh A, Eskandari F, Khaleghi DMT, Mazloom S, Paryad E. A Survey on Psychological and Environmental Factors on Family Anxiety of the Hospitalized Patients in Intensive Care Units. *iranian journal of critical care nursing* 2011;3: 171-8 8 [Persian]

29. Bunzel B, Roethy W, Znoj H, Laederach-Hofmann K. Psychological Consequences of Life-Saving Cardiac Surgery in Patients and Partners: Measurement of Emotional Stress by the Impact of Event Scale. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress* 2008;24:351-63

30. Rose L, Cook A, Onwumere J, Terblanche E, Pattison N, Metaxa V, et al. Psychological Distress and Morbidity of Family Members experiencing virtual visiting in Intensive Care dDuring COVID-19: an observational cohort study. *Intensive Care Medicine* 2022; 48:1156-1164

31. Gaeni M, Farahani MA, Mohammadi N, Seyedfatemi N. Sources of Hope: Perception of Iranian Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2014;19:635