



The Relationship between Anxiety and Delirium in Family Caregivers of Patients Admitted to the Intensive Care Unit

Somayeh Shokri¹, Elham Navab², Marzieh Sobhani³, Shiva Esmaeili⁴, Hamid Haghani⁵,
Mahboubeh Shali^{6*}

1- Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Department of Medical surgical Nursing, Dehaghan School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Msc in General Psychology, Islamic Azad University, Electronic Branch, Tehran, Iran.

5- Department of Biostatistics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mahboubeh Shali, Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: Mehraneshali@yahoo.com

Received: 2024/03/17

Accepted: 2024/08/14

Abstract

Introduction: Anxiety is one of the most common psychological complications in hospitalized patients in intensive care. The anxiety in family caregivers restricts the ability to provide them with help to complete care. Anxiety can cause other psychological effects such as delirium. The present study aimed to determine the relationship between anxiety and delirium in family caregivers of hospitalized patients.

Methods: In this cross-sectional study in 2023, 256 family caregivers of patients hospitalized in the intensive care unit affiliated to Tehran University of Medical Sciences were selected using Stratified sampling. In order to collect data, three demographic information questionnaires, GAD 7 questionnaire and sour seven questionnaire used. Data were analyzed using SPSS version 16 software and statistical tests - ANOVA, independent T, chi-square and Fisher's exact.

Results: family caregivers with an average age of 42.87 years and most of them were women (67.2%). The family ratio in 103 caregivers was spouse (40.2%). 192 people (75%) of the family caregivers reported symptoms of delirium and 240 people (93.8%) reported symptoms of anxiety. The ANOVA test results showed that there is a statistically significant relationship between generalized anxiety disorder and delirium in family caregivers ($P < 0.001$).

Conclusions: Due to the high levels of delirium and anxiety reported in patient caregivers in intensive care, as well as the meaningful relationship between Delirium and the family's anxiety of hospitalized patients, it is of great importance in the intensive care, identification and screening of the Delirium and anxiety. Knowing the personal characteristics and factors associated with the incidence of the delirium and anxiety identified in this study and with the support of caregivers, can be prepared to improve the quality of care in the care system.

Key words: Anxiety, Delirium, Family caregivers, Intensive care unit, Family-centered care.



بررسی ارتباط اضطراب و دلیریوم در مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه

سمیه شکری^۱، الهام نواب^۲، مرضیه سبحانی^۳، شیوا اسماعیلی^۴، حمید حقانی^۵، محبوبه شالی^{۶*}

- ۱- گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲- گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دهقان، اصفهان، ایران.
- ۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد الکترونیکی، تهران، ایران.
- ۵- گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- ۶- گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محبوبه شالی، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: Mehraneshali@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۲۷

چکیده

مقدمه: اضطراب یکی از عوارض روانشناختی شایع در مراقبین بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه است. وجود اضطراب در مراقبین خانوادگی بیماران، توانایی فراهم کردن کمک آنان را در تکمیل مراقبت محدود می کند. اضطراب می تواند سبب ایجاد سایر عوارض روانشناختی مثل دلیریوم گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اضطراب و دلیریوم در مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۲، تعداد ۲۵۶ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران به روش نمونه گیری طبقه ای متناسب انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از سه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه GAD 7 و پرسشنامه sour seven استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری آنوا، T مستقل، کای دو و دقیق فیشر تحلیل شدند.

یافته ها: مراقبین خانوادگی با میانگین سنی ۴۲/۸۷ سال و اکثراً مونث (۶۷/۲٪) بودند. نسبت خانوادگی در ۱۰۳ نفر از مراقبین همسر (۴۰/۲٪) بود. تعداد ۱۹۲ نفر (۷۵٪) از مراقبین خانوادگی علائم دلیریوم و تعداد ۲۴۰ نفر (۹۳/۸٪) علائم اضطراب را گزارش کرده بودند. نتایج آزمون آنوا نشان داد اضطراب می تواند موجب ایجاد دلیریوم در مراقبین خانوادگی گردد (کمتر از ۰/۰۱). (P=)

نتیجه گیری: با توجه به میزان بالای دلیریوم و اضطراب گزارش شده در مراقبین بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه و همچنین ارتباط معنا دار بین دلیریوم و اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه، شناسایی و غربالگری دلیریوم و اضطراب اهمیت زیادی دارد. با اطلاع از مشخصات فردی و عوامل مرتبط با بروز دلیریوم و اضطراب شناسایی شده در این مطالعه و با حمایت از مراقبین می توان زمینه را برای ارتقای کیفیت مراقبت در سیستم مراقبتی آماده ساخت.

کلیدواژه ها: اضطراب، دلیریوم، مراقبین خانوادگی، بخش مراقبت های ویژه، مراقبت خانواده محور.

مقدمه

بستری شدن بیماران در بخش مراقبت های ویژه واکنش های روانشناختی و هیجانی متفاوتی را در اعضای خانواده باعث می شود که از بستری شدن بیمار در بخش های عادی شدیدتر است (۱). خانواده بیماران با محیط ناآشنا، انواع رویه های درمانی و وضعیت نامشخص بیمار مواجهه هستند. در این میان، مشکلات روحی و روانی مراقبین خانوادگی بیماران، به عنوان موضوعی مهم، در بخش مراقبت های ویژه مطرح است که می تواند ناشی از عدم آگاهی خانواده نسبت به تشخیص، پیش آگهی و درمان بیمار باشد (۲). علایم اضطراب، افسردگی و حتی علایم استرس حاد در این گروه از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های ویژه به ثبت رسیده است (۳). اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند و مبهم دلواپسی است که با یک یا چند علامت جسمی مانند تپش قلب، تعریق و بی قراری مشخص می شود (۴). وجود اضطراب در یک عضو خانواده، توانایی فراهم کردن کمک او را محدود کرده و می تواند سبب تشدید نگرانی های بیمار شود (۵). در مطالعه انجام یافته در کره ۳۸/۱ درصد همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه دارای اضطراب بودند (۶).

در زمینه ارتباط وضعیت بیمار با واکنش های روانشناختی مراقبین خانوادگی مطالعاتی انجام شده است. نتایج حاصل از مطالعه پولین و همکاران (۲۰۲۱)، در دانشگاه کلگری، کانادا می دهد که مراقبان خانواده بزرگسالان بدحال اغلب اضطراب بالینی قابل توجهی را تجربه می کنند (۷). از مطالعات انجام شده در ایران نتایج پژوهش نویدیان و همکاران (۲۰۱۶)، 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 (۸). در مطالعات انجام شده بیشتر به واکنش های روانشناختی و اضطراب مراقبین خانوادگی پرداخته شده است و دلیریوم در مراقبین خانوادگی بررسی نشده است. در صورتی که دلیریوم در مراقبین خانوادگی یک عارضه مهم است که نیاز به پیگیری و رسیدگی دارد.

دلیریوم، تجربه ناخوشایندی برای خانواده است که عوارضی را برای آنها به همراه دارد. از مهم ترین پیامدهای منفی دلیریوم می توان به نقص شناختی و نقص عملکردی اشاره داشت (۹). از دلیریوم بعنوان تجربه ای ترسناک و پرتنش در مراقبین خانوادگی یاد می شود (۱۰). روش های دارویی

برای پیشگیری از دلیریوم توصیه نمی شود و همواره بر شناخت زود هنگام علائم و پیشگیری از تشدید علائم توصیه شده است (۱۱). ماهیت متغیر دلیریوم، همپوشانی علائم آن با علائم بیماری فراموشی، کمبود پروتکل های ارزیابی و تشخیصی در بیمارستان ها و ضعف کارکنان تیم درمان در نحوه استفاده از ابزارهای شناسایی دلیریوم، از جمله دلایل نقص در تعیین این اختلال محسوب می شود (۱۰). تشخیص زود هنگام و کاهش عوامل خطر موثر بر دلیریوم مستلزم دانش و آگاهی پزشکان و پرستاران بخش های مراقبت ویژه از ماهیت نشانگان دلیریوم، علایم بیماری و همچنین ابزارهای استاندارد غربالگری دلیریوم و عوامل موثر بر بروز این سندرم است (۱۲).

با توجه به اینکه پرستاران از مراقبین اصلی بیماران به شمار می آیند، مشاهدات منظم و به موقع آنان باعث تشخیص سریع علائم اصلی دلیریوم از جمله عدم توجه و نوسانات سطح هوشیاری در مراقبین خانوادگی بیماران می شود. از جمله مهارت های پرستاری در بخش مراقبت های ویژه، پایش و ایجاد محیطی با حداقل اضطراب به وسیله ایجاد حمایت مادی، معنوی و حمایت از مراقبین خانوادگی است (۱۳). پرستاران باید این نکته مهم را در نظر بگیرند که سلامت مراقبین خانوادگی در همکاری در ادامه و تکمیل مراقبت درمان بسیار حائز اهمیت است. متأسفانه علی رغم اهمیت جایگاه خانواده در سیستم مراقبت و درمان و بخصوص در بخش مراقبت ویژه، سیستم های مراقبت های بهداشتی در حال حاضر برای جلوگیری از اختلالات تهدید کننده خانواده و نتایج روانی ناخوشایند در اعضای خانواده بیماران برنامه پیشگیری کننده کافی ندارند. در نظر گرفتن اضطراب مراقبین خانوادگی و عوارض روانشناختی ناشی از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت های ویژه از مسائل مهمی است که نیاز به بررسی های بیشتر دارد.

نظر به اینکه ارتقای بهداشت روانی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه یک ضرورت و اولویت غیر قابل انکار است و با توجه به اهمیت توجه به سلامت بیماران و مراقبین خانوادگی در تکمیل فرآیند درمان و مراقبت در بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه، لازم است عوارض روانشناختی مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه مورد بررسی قرار گیرد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اضطراب و دلیریوم در مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های

کردن پرسشنامه ها در نظر گرفته شد. مراقبین خانوادگی در پژوهش حاضر افرادی در نظر گرفته شدند که بدون گرفتن دستمزد وظیفه ثابت مراقبت مستقیم از بیمار را به عهده دارند که می توانند از خانواده، بستگان و یا دوستان بیمار باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل ناتوانی در همکاری با تیم پژوهشی (به عنوان مثال، اختلال شنوایی، ناتوانی در برقراری ارتباط) و داشتن سابقه درمان به علت ابتلا به بیماری های روان بود.

روش نمونه گیری پژوهش به صورت طبقه ای نسبی (متناسب) بود که در این روش تعداد نمونه در هر طبقه به اندازه نسبت آن طبقه در کل جامعه آماری است. نمونه گیری به این صورت شروع شد که ابتدا لیستی از تعداد تخت های مراقبت های ویژه ICU در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه گردید (مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی، سینا، ضیائیان، امیراعلم و بهارلو) و با توجه به تعداد تخت های ICU هر بیمارستان به تعداد کل تخت ها و ضرب در حجم نمونه مطالعه، تعداد نمونه ها از هر بیمارستان یا به عبارتی هر طبقه انتخاب گردید.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در بازه زمانی بهمن ماه ۱۴۰۱ تا مرداد ۱۴۰۲، انجام شده است. نمونه های پژوهش ۲۶۵ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه (ICU) بودند. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی اضطراب با دلیریوم مراقبین خانوادگی بیمار حداقل ۰/۲ باشد تا این همبستگی از نظر آماری معنی دار تلقی گردد، پس از مقدارگذاری در فرمول زیر، حجم نمونه ۲۵۶ نفر برآورد گردید.

$$w = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r}$$

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{w^2} + 3$$

معیارهای ورود برای مراقبین خانوادگی بیمار بستری شامل سن ۱۸ و بیشتر، داشتن وظیفه مراقبت از بیمار و توانایی پر

$$\text{تعداد تخت های ICU در بیمارستان X} = \frac{\text{تعداد نمونه از بیمارستان X}}{\text{تعداد کل تخت ها در بیمارستان منتخب}} \times 256$$

مدت زمانی که وجود بی قراری مانع از آرامش فرد شده است، طول مدتی را که فرد به شدت عصبانی و بد خلق می شده است و طول مدتی را که فرد از رخ دادن یک اتفاق ناگوار ترس داشته است. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه های هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز، به سؤالات پاسخ می دهد و گزینه ها به ترتیب با نمرات ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می شوند. مجموع نمرات ۵ تا ۹ نشان دهنده اضطراب خفیف و مجموع نمرات ۱۰ تا ۱۴ نشان دهنده اضطراب متوسط و مجموع نمرات ۱۵ تا ۲۱ نشان دهنده اضطراب شدید و احتمالاً قابل توجه بالینی است (۱۴). پایایی این ابزار در مطالعه نائینیان و همکاران در سال ۱۳۸۹، برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۵).

برای سنجش دلیریوم در مراقبین خانوادگی از پرسشنامه Sour Seven استفاده شد. این پرسشنامه شامل بررسی ۱- سطح تغییر یافته آگاهی، ۲- کاهش توجه، ۳- نوسانات خلق،

جهت جمع آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی مراقبین خانوادگی بود. فرم مشخصات جمعیت شناختی برای خانواده شامل سن، جنس، نسبت با بیمار، سطح تحصیلات، سابقه مصرف داروی آرام بخش و تشخیص نوع بیماری بیمار بود. در بخش دوم، جهت بررسی اختلال اضطراب فراگیر در خانواده بیماران از پرسشنامه GAD-7 استفاده شد. این پرسشنامه چنان که از نام آن بر می آید دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که میزان اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی فرد را می سنجد. سؤالات مقیاس حوزه های مقابل را مورد ارزیابی قرار می دهد: مدت زمان عصبی و مضطرب بودن فرد طی دو هفته گذشته، طول مدت نگران بودن، طول مدتی را که فرد قادر نبوده است نگرانی خود را کنترل کند، طول مدتی را که فرد قادر نبوده است آرامش خود را حفظ کند،

۴- تفکر مختل، ۵- رفتار نامنظم، ۶- اختلال در خوردن/ آشامیدن و ۷- مشکل در تحرک می باشد. توانایی وزنی سوالات شماره ۱ تا ۴ دارای بالاترین نمره وزنی (هر کدام ۳ یا ۴) در حالی که سوالات شماره ۵ تا ۷ دارای نمرات وزنی پایین تا متوسط (۱ یا ۲) هستند (۱۶).

پس از کسب اجازه از طراح پرسشنامه Sour و GAD 7 Seven از طریق Email، ابزارها توسط تیم ترجمه ابتدا به فارسی و سپس به انگلیسی ترجمه شدند. در هر دو پرسشنامه، پرسشنامه انگلیسی با پرسشنامه اصلی مطابقت داده شد و پس از اطمینان از صحت ترجمه، پرسشنامه مجدداً به فارسی ترجمه گردید.

به منظور تعیین روایی کمی محتوا، پرسش نامه ها به ۱۲ نفر از افراد متخصص (۹ نفر هیئت علمی دکتری پرستاری و ۳ نفر دکتری آمار حیاتی)، ارائه گردید. برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهم ترین و صحیح ترین محتوا (ضرورت سوال) انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (Content validity ratio) و برای اطمینان از اینکه سوالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (Content validity index) استفاده شد. جهت تعیین روایی محتوایی، پرسشنامه ها، برای تیم ۱۲ نفره ارسال و از آنان درخواست شد که درخصوص هر یک از سوالات ابزارها به صورت «ضروری است»، «ضروری نیست ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد»، پاسخ دهند. پاسخ ها براساس فرمول (CVR) محاسبه شد. این میزان برای پرسشنامه Sour Seven ۰/۸۳ و برای پرسشنامه GAD 7 ۰/۸۵ به دست آمد. مجدداً پرسشنامه ها جهت محاسبه (CVI) به ۱۲ نفر از متخصصین ذکر شده داده شد و از آنان خواسته شد که در مورد هر یک از سوالات، سه معیار زیر را بر اساس طیف لیکرتی چهار قسمتی اظهار نظر نمایند: مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن. (مثلاً ۱: غیرمرتبط، ۲: تا حدودی مرتبط، ۳: مرتبط و ۴: کاملاً مرتبط). این میزان برای پرسشنامه Sour Seven برابر با ۰/۸۶ و برای پرسشنامه GAD 7 نیز برابر با ۰/۸۶ به دست آمد. نظرات و پیشنهادات این افراد جمع آوری شده و توسط تیم تحقیق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اصلاحات لازم در پرسشنامه ها انجام شد. ابزارهای اصلاح شده مجدداً به سه نفر از اعضای هیئت علمی جهت نظر خواهی نهایی داده شد و اصلاحات نهایی در آن اعمال گردید.

جهت بررسی پایایی ابزار در هر یک از بخش ها، همبستگی داخلی سوالات در پرسش نامه ها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۳۰ جفت از نمونه هائی که دارای مشخصات یکسان با واحدهای مورد پژوهش بودند قرار گرفت که این تعداد از نمونه های اصلی پژوهش حذف شدند. مقدار این ضریب برای پرسشنامه Sour Seven برابر با ۰/۸۹ و برای پرسشنامه GAD 7 برابر با ۰/۸۶ محاسبه گردید.

پس از کسب معرفی نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه به مسئولین بیمارستان و اخذ رضایت از واحدهای مورد پژوهش و توضیح اهداف مطالعه، پرسشنامه ها توسط محقق، در بین مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه توزیع و توسط خود مراقبین تکمیل شد. با توجه به توزیع نرمال داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون آنوا، T مستقل، کای دو و دقیق فیشر تحت نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. تمامی آزمون های آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار فرض شدند.

یافته ها

مراقبین خانوادگی با میانگین سنی ۴۲/۸۷ سال و اکثراً مونث (۶۷/۲٪) بودند. نسبت خانوادگی در ۱۰۳ نفر از مراقبین همسر (۴۰/۲٪) بود و اکثریت بیماران دارای میزان تحصیلات دیپلم (۴۳/۴٪) بودند و ۸۵ نفر از مراقبین (۳۳/۲٪) سابقه مصرف داروی آرامبخش داشتند. با استفاده از ابزار Sour Seven تعداد ۱۹۲ نفر (۷۵٪) از مراقبین خانوادگی علائم دلیریوم را گزارش کرده بودند. با استفاده از ابزار GAD 7 تعداد ۲۴۰ نفر (۹۳/۸٪) از مراقبین خانوادگی علائم اضطراب را گزارش کرده بودند که تعداد ۴۳ نفر (۱۶/۸٪) اضطراب خفیف، ۸۴ نفر (۳۲/۸٪) اضطراب متوسط و ۱۱۳ نفر (۴۴/۲٪) اضطراب شدید را تجربه کرده بودند.

نتایج آزمون آنوا نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین اختلال اضطراب فراگیر مراقبین خانوادگی و تشخیص بیمار ($P=0/027$) وجود دارد. همچنین با استفاده از آنوا ارتباط آماری معنی داری بین اختلال اضطراب فراگیر مراقبین خانوادگی و سن مراقبین، نسبت خانوادگی و تحصیلات دیده نشد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین جنسیت و اختلال اضطراب فراگیر مراقبین خانوادگی وجود دارد. (کمتر از $P=0/001$).

سمیه شکری و همکاران

خانوادگی با سابقه مصرف داروهای آرام بخش وجود دارد ($P=0/002$)، آزمون دقیق فیشر نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین نمره دلیریوم مراقبین خانوادگی با تحصیلات آنان ($P=0/298$) وجود ندارد (جدول ۱). همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، نتایج آزمون آنوا نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین اختلال اضطراب فراگیر و دلیریوم در مراقبین خانوادگی وجود دارد (کمتر از $P=0/001$).

نتایج آزمون کای دو نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین نمره دلیریوم مراقبین با علت بستری بیمار و با سن مراقبین خانوادگی و با نسبت خانوادگی با بیمار وجود ندارد. همچنین استفاده از کای دو نشان داد که مراقبین خانوادگی مونث ۴/۹۱ برابر مراقبین خانوادگی مذکر دچار دلیریوم شدند و ارتباط آماری معنی داری بین نمره دلیریوم مراقبین و جنس مراقبین (کمتر از $P=0/001$) وجود دارد. آزمون کای دو نشان داد ارتباط آماری معنی داری بین نمره دلیریوم مراقبین

جدول ۱. ارتباط مشخصات جمعیت شناختی با اضطراب و دلیریوم در مراقبین خانوادگی شرکت کننده در پژوهش

دلیریوم	اضطراب	درصد	فراوانی		
مقدار کای دو ۶/۴۱۹	آزمون آنوا F-Value	۷۲/۲	۴۴	زیر ۳۰ سال	سن
درجه آزادی ۶	۰/۹۶۸	۲۸/۵	۷۳	۳۰-۳۹	
P-Value ۰/۳۷۸	P-Value ۰/۴۰۸	۱۷/۶	۴۵	۴۰-۴۹	
		۳۶/۷	۹۴	بیشتر از ۵۰	
مقدار کای دو ۱۹/۶۰۳	آزمون T مستقل ۴T/۷۵۵	۶۷/۲	۱۷۲	زن	جنس
درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۲۵۴	۳۲/۸	۸۴	مرد	
P-Value ۰/۰۰۱	P-Value کمتر از ۰/۰۰۱				
مقدار کای دو ۲۰/۴۹۹	آزمون آنوا F-Value	۶/۶	۱۷	پدر	نسبت خانوادگی
درجه آزادی ۱۲	۱/۸۴۶	۱۵/۲	۳۹	مادر	
P-Value ۰/۰۵۸	P-Value ۰/۰۹۱	۱۳/۳	۳۴	خواهر	
		۵/۱	۱۳	برادر	
		۱۹/۱	۴۹	فرزند	نسبت خانوادگی
		۴۰/۲	۱۰۳	همسر	
		۰/۴	۱	سایر	
		۱۱/۱۵	۳۲	بیسواد/ابتدائی	
آزمون دقیق فیشر P-Value ۰/۲۹۸	نتایج آزمون آنوا F-Value ۱/۱۷۷	۱۵/۶	۴۰	راهنمایی/متوسطه	تحصیلات
	P-Value ۰/۳۱۹	۵۸/۱۰	۱۴۱	دیپلم	
		۲۰/۳	۵۲	کارشناسی	
		۸/۲	۲۱	کارشناسی ارشد و بالاتر	
مقدار کای دو ۱۲/۱۳۳	آزمون T مستقل ۴T/۵۴۹	۳۳/۲	۸۵	دارد	سابقه مصرف داروی آرام بخش
درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۲۱۲/۵۳۶	۶۶/۸	۱۷۱	ندارد	
P-Value ۰/۰۰۲	P-Value کمتر از ۰/۰۰۱				
مقدار کای دو ۱۵/۱۶۱	آزمون آنوا F-Value	۳۵/۲	۹۰	سرطان	تشخیص بیمار
درجه آزادی ۱۲	۲/۴۳۲	۲۳/۸	۶۱	تروما	
P-Value ۰/۲۳۳	P-Value ۰/۰۲۷	۱۳/۷	۳۵	جراحی	
		۱۰/۹	۲۸	خودکشی	
		۳/۱	۸	فشارخون	تشخیص بیمار
		۴/۷	۱۲	دیابت	
		۸/۶	۲۲	ARDS	

جدول ۲. ارتباط اختلال اضطراب فراگیر با دلیریوم در مراقبین خانوادگی شرکت کننده در مطالعه

اختلال اضطراب فراگیر مراقبین خانوادگی				
پاسخ	تعداد نمونه ها	میانگین	انحراف استاندارد	
ندارد	۴-۰	۵/۸۵۷۱	۲/۷۸۵۰۷	دلیریوم
احتمال دلیریوم	۸-۵	۹/۴۱۶۷	۴/۱۶۳۶۲	
دلیریوم قطعی	۱۸-۹	۱۴/۵۵۷۳	۳/۴۸۶۲۳	
مجموع		۱۲/۸۸۲۸	۴/۶۴۰۱۸	
F-Value	۹۴/۸۶۶			
P-Value	کمتر از ۰/۰۰۱			
نتایج آزمون آنوا				

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب و دلیریوم در مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه صورت گرفت. با توجه به یافته های پژوهش، بیشتر اعضای خانواده بیماران (۲۴۰ نفر) براساس معیار GAD 7، دارای علائم اضطراب بودند (۹۳/۸ درصد) که تعداد ۴۳ نفر (۱۶/۸٪) اضطراب خفیف، ۸۴ نفر (۳۲/۸٪) اضطراب متوسط و ۱۱۳ نفر (۴۴/۲٪) اضطراب شدید را تجربه کرده بودند. در مطالعه بندری و همکاران طبق یافته های مربوط به پرسشنامه اضطراب، از میان اعضای خانواده شرکت کننده در مطالعه ۵۳ نفر (۶۶/۲ درصد) در گروه اضطراب کمتر و ۲۷ نفر (۳۳/۸ درصد) در گروه اضطراب بیشتر قرار گرفتند. در مطالعه چان، ال. ام و همکاران ۱۶ مراقب (۲۲/۹٪) علائم اضطراب متوسط تا شدید و ۲۲ مراقب (۳۱/۴٪) علائم اضطراب خفیف داشتند.

در پژوهش حاضر، نمره اضطراب در مراقبین خانوادگی زن بالاتر از مراقبی خانوادگی مرد بود که با مطالعه چان و همکاران (۱۷) هم سو بود. بین اضطراب مراقبین خانوادگی با علت بستری بیمار ارتباط معنا داری دیده شد، به گونه ای که در مراقبین خانوادگی با تشخیص سرطان، سندرم حاد تنفسی و خودکشی اضطراب بیشتری مشاهده شد. مطالعه حاضر نشان داد بروز اضطراب در مراقبین خانوادگی با تعداد روز بستری بیمار مرتبط است به گونه ای که با افزایش تعداد روز بستری بیمار، اضطراب مراقبین خانوادگی افزایش می یابد. مطالعه ای جهت مقایسه در این زمینه یافت نشد. در مطالعه حاضر اضطراب همراه با سطح تحصیلات مرتبط نبود در حالی که اسلیگولو و کلایک معتقدند افراد با سطوح بالاتر تحصیلات به دلیل این که در صدد فراهم نمودن بهترین مراقبت و امکانات برای بیمار خود هستند، دچار اضطراب بیشتری می شوند (۱۸). در مطالعه بندری

و همکاران طبق یافته های مربوط به پرسشنامه اضطراب افراد با سطح تحصیلات کمتر از نظر عددی میانگین نمره اضطراب بالاتری داشتند (۱۹).

با استفاده از ابزار Sour Seven تعداد ۱۹۲ نفر (۷۵٪) از مراقبین خانوادگی علائم دلیریوم را به صورت قطعی گزارش کرده بودند. بنابر یافته های آماری ارتباط معناداری بین سن و وقوع دلیریوم در مراقبین خانوادگی دیده نشد. در مطالعات دیگری که در این زمینه صورت گرفته است، با افزایش سن میزان دلیریوم بیشتری گزارش شده است (۲۰)، حجم پایین نمونه های پژوهش و تفاوت در ابزار های بررسی دلیریوم، دلیلی بر معنادار نشدن این متغیر با بروز دلیریوم می تواند باشد. علاوه بر آن در این پژوهش اکثر نمونه های پژوهشی زیر ۶۰ سال سن داشتند و بر اساس مطالعات نشان داده شده که بیشتر افراد مبتلا به دلیریوم بالای ۶۵ سال سن دارند (۲۲).

دلیریوم مراقبین خانوادگی با جنسیت مراقبین خانوادگی ارتباط داشت به گونه ای که بروز دلیریوم در مراقبین خانوادگی زن (۸۲٪) نسبت به مراقبین خانوادگی مرد (۱۶/۷٪) بود. در این پژوهش، جنسیت رابطه معناداری با دلیریوم داشت و میزان بروز دلیریوم در مراقبین خانوادگی زن بیشتر گزارش شده است. در سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه نتایج ضد و نقیضی دیده می شود. به این صورت که برخی از مطالعات زنان و برخی دیگر مردان را مستعد بروز دلیریوم می دانند (۲۰، ۲۳، ۲۴). بیشتر بودن میزان دلیریوم در مراقبین خانوادگی زن را می توان به این مورد نسبت داد که بیشترین تعداد مراقبین خانوادگی در پژوهش حاضر خانم بودند (۶۶/۹٪).

در پژوهش حاضر ارتباط معناداری بین اضطراب و دلیریوم در مراقبین خانوادگی دیده شد. در زمینه بررسی ارتباط این دو متغیر مطالعات زیادی در دسترس نیست و نمی توان استناد

می شود، برنامه های مراقبتی خانواده محور در بیمارستان ها اجرا شود. همچنین بر اساس نتایج مطالعه حاضر توصیه می شود، اصول حمایت از خانواده در آموزش ضمن خدمت مدیران پرستاری گنجانده شود تا با آگاهی از جنبه مختلف این کار تلاش کنند فرصت هایی را فراهم آورند تا پرستاران بتوانند در کنار سایر وظایف مراقبتی خود به این بعد مراقبتی نیز بپردازند.

پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی به بررسی چرایی ابتلا به دلیریوم، تفاوت نشانه های آن با نشانه های ناشی از ابتلا به اختلالات روانپزشکی، ماندگاری آثار آن و مداخلات درمانی رایج در دلیریوم مراقبین خانوادگی پرداخته شود.

سیاسگذاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه و دارای شناسه اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1401.134 مصوب ۱۴۰۱/۱۰/۱۳ از دانشگاه علوم پزشکی تهران است. نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی این طرح را عهده دار شدند و همچنین از تمامی مراقبین خانوادگی محترم بیماران شرکت کننده در پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی می نمایند.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. 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 (IJN). 2014;26(86):16-28.
2. Biranvand H, Birjandi M, Goudarzi F, Heydari H. The impact of family- center interventions on anxiety and depression of low-conscious patient's family hospitalized in the intensive care units: A randomized clinical trial study. IJNR. 2020;15(4):93-101.
3. McAdam J, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. Am J Crit Care. 2009;18(3):200-9. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009252>
4. Association-AP. Diagnostic and statistical manual

زیادی به مطالعات انجام شده داشت. لذا مطالعه حاضر می تواند به عنوان راهنمایی برای مطالعات بعدی در این زمینه باشد.

از محدودیت های پژوهش می توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که نتیجه گیری درباره علیت را دشوار می سازد. انجام مطالعاتی با سایر روش های تحقیق با حجم نمونه بالاتر توصیه می شود. محدودیت دیگر پژوهش دسترسی به مراقب خانوادگی ثابتی که مراقبت مستقیم از بیمار را به عهده داشته باشد، بود. جهت رفع این محدودیت محقق در شیفت های متفاوت، جهت ملاقات با مراقبینی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند در بیمارستان حضور پیدا کرد.

نتیجه گیری

با توجه به میزان بالای دلیریوم و اضطراب گزارش شده در مراقبین بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه و همچنین ارتباط معنا دار بین دلیریوم و اضطراب مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه، شناسایی و غربالگری دلیریوم و اضطراب در بین مراقبین خانوادگی اهمیت زیادی دارد. لذا بهتر است به مراقبت از خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به اندازه مراقبت و درمان از بیمار اهمیت داده شود. از آن جایی که وضعیت روانی مطلوب مراقبین در نحوه مراقبت از بیماران تأثیر به سزایی دارد، به منظور بالا بردن کیفیت خدمات مراقبتی ارائه شده و جلب رضایت مراقبین خانوادگی پیشنهاد

- of mental disorders : DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Shoushi F, Jannati Y, Nouraddin-Mousavinasab S, 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. 2016;3(2):53-60.
 6. Park B, Kim S, Shin J, Sanson-Fisher R, Shin D, Cho J. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patientfamily caregiver dyads in Korea. Support Care Cancer. 2013;21(10):2799-807. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1852-1>
 7. Poulin TG, Krewulak KD, Rosgen BK, Stelfox HT, Fiest KM, Moss SJ. The impact of patient

- delirium in the intensive care unit: patterns of anxiety symptoms in family caregivers. BMC health services research. 2021;21(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07218-1>
8. Navidian A, Rezaei J, Payan H. Efficacy of supportive-educational intervention on psychological reactions of family members of intensive care unit patients. Journal of Nursing Education. 2016;5(4):51-8. <https://doi.org/10.21859/jne-05047>
9. Golparvaran M, Shariati B, Kamalzadeh L, Rashedi V, Bahadori F, Kamalinajad K. Evaluation of Delirium-Related Rates and Factors in the Elderly Admitted to Selected Teaching Hospitals in Tehran, Iran in 2020-2021. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022;in press.
10. Alizadeh-Khoei M, Ghorbanzadeh K, Kojaei-Bidgoli A. Experiences of Nurses Caring for Patients with Delirium: A Qualitative Study. Journal of Health and Care. 2022;24(3): 276-88. <https://doi.org/10.61186/jhc.24.3.276>
11. Wassenaar A, Rood P, Schoonhoven L, Teerenstra S, Zegers M, Pickkers P. The impact of nursing delirium preventive interventions in the intensive care unit (UNDERPIN-ICU): a study protocol for a multi-centre, stepped wedge randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2017;68:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.018>
12. Zeighami R, Alipour-Heydari M, Babaei R. The Effect of a Multifactorial Intervention on the Incidence of Delirium in Cardiac Surgery Unit. IJPN. 2016;3(4):48-57.
13. Koochi M, Bagheri-Nesami M, Esmaeili R, Mousavinasab N, Hosseini H. Effect of Family Participation in Primary Care Provision to Reduce Pain Anxiety among Burn ICU Patients. J Mazandaran Univ Med Sci 2017;26(146):88-99.
14. Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. New England Journal of Medicine. 2015; 373 (21):2059-68. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
15. Naeinian R, Shairi M, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing GENERALIZED ANXIETY DISORDER (GAD-7). Clinical psychology & personality (daneshvar raftar). 2011;3(4):41-50.
16. Shulman RW, Kalra S, Jiang JZ. Validation of the Sour Seven Questionnaire for screening delirium in hospitalized seniors by informal caregivers and untrained nurses. BMC geriatrics. 2016;16(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0217-2>
17. Chan L, Ng SC. Prevalence and correlates of caregiver anxiety in family caregivers of patients with advanced cancer: A cross-sectional study in a palliative care unit in Hong Kong. East Asian Archives of Psychiatry. 2022;32(2):27-33. <https://doi.org/10.12809/eaap2171>
18. Asilioglu K, Celik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. Patient education and counseling. 2004;53(1):65-70. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00117-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00117-4)
19. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Zayeri F, Mirmohammadkhani M, Montazeri A. Anxiety prevalence and its associated demographic factors in family members of patients hospitalized in the intensive care unit: a cross-sectional study in Tehran. Daneshvar Medicine. 2020;20(6):1-10.
20. Hosseini F, Shajari A, Hosseini Bs. Investigation of The Frequency of Delirium in Different Departments in the Yazd Shohadaye Kargar Hospital. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2016;24(8):640-8.
21. Bettelli G. Preoperative evaluation in geriatric surgery: comorbidity, functional status and pharmacological history. Minerva Anesthesiol. 2011;77(6):637-46.
22. Pereira J, Aung-Thein M, Nitchingham A, Caplan G. Delirium in older adults is associated with development of new dementia: a systematic review and meta-analysis. International journal of geriatric psychiatry. 2021;36(7):993-1003. <https://doi.org/10.1002/gps.5508>
23. Crosby G, Culley D, Hyman B. Preoperative Cognitive Assessment of the Elderly Surgical Patient: A Call For Action. Anesthesiology. 2011;114(6):1265-68. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31821b-1bc8>
24. Luukkanen M, Uusvaara J, Laurila J, Strandberg T, Raivio M, Tilvis R. Anticholinergic Drugs and Their Effects on Delirium and Mortality in the Elderly. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders EXTRA. 2011;1(1):43-50. <https://doi.org/10.1159/000322883>