

Relationship between Perceived Stress and Coping Strategies of Relatives of Patients Hospitalized in Cardiac Care Unit

Fereshteh Araghian Mojarad¹, * Gholam Reza Mahmoodi-Shan², Ahmad Danesh³,
Gholam Reza Roshandel⁴

1- PhD Nursing , Mazandaran University Of Medical Sciences, Sari, Iran.

2- Assistant Professor, Nursing Research Center, Goletsan University of Medical Sciences, Gorgan Iran

3- Assistant Professor, School of Medicin, Goletsan University of Medical Sciences, Gorgan Iran.

4- Associate professor, Research Center of Gastroenterology and Hepatology. Golestan university of medical Sciences. Gorgan Iran.

* **Corresponding author:** Gholam Reza Mahmoodi-Shan, Assistant Professor, Nursing Research Center, Goletsan University of Medical Sciences, Gorgan Iran.

Email: mahmoodigh@yahoo.com

Received: 24 Aug 2019

Accepted: 16 Feb 2020

Abstract

Introduction: Hospitalizing in Intensive Care Units (ICU) is stressful for patients and their relatives. Basically, people in stress use coping strategies therefore determining the type and amount of it can be useful for nurses' decisions to help them.

Aim: The aim of this study was to determine the relationship between perceived stress and coping strategies in the family of patients admitted to the cardiac care unit.

Methods: This descriptive-analytical study carried out in 2014-2015. Convenience sampling was used for the main members of the family of patients who admitted to ICU. The samples were estimated based on the results of a preliminary study of 462 people. The data included demographic characteristics, perceived stress and coping strategies which collected by Cohen questionnaire, Billings and Mouse questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics tests, Spearman's rank correlation coefficient by SPSS version 18 software.

Results: The study indicated that mean and standard deviation of perceived stress were 44.80 ± 5.92 and emotion-focused and problem-oriented coping styles, respectively, 19.08 ± 3.02 and 32.35 ± 5.54 , respectively. There was a significant correlation between perceived stress and coping styles ($r = 0.125$, $p = 0.007$). Most of the subjects used both problem-focused and emotion-focused coping strategy.

Conclusions: This study showed that relatives of patients admitted to intensive care units had moderate stress and increased perceived stress using emotion-focused coping strategies. It is recommended that nurses develop education and supportive care plans to help these clients' health and well-being.

Keywords: Perceived Stress, Coping Strategies, Patients' Family, Intensive Care Unit.

ارتباط استرس درک شده با راهبردهای مقابله ای خویشاوندان نزدیک بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی

فرشته عراقیان مجرد^۱، * غلامرضا محمودی شن^۲، احمد دانش^۳، غلامرضا روشندل^۴

۱- دکترای آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲- استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳- استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان گرگان، ایران.

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی گلستان گرگان، ایران.

* نویسنده مسئول: غلامرضا محمودی شن، استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

ایمیل: mahmoodigh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۳

چکیده

مقدمه: بستری در بخش مراقبت ویژه برای بیماران و وابستگان آن ها تنش زا محسوب می شود. اصولاً افراد تحت تنش از شیوه های مقابله ای استفاده می نمایند که تعیین نوع و میزان آن می تواند مبنایی برای تصمیم گیری های پرستاران برای کمک به آنها قرار گیرد. لذا این مطالعه با هدف تعیین رابطه استرس درک شده با راهبردهای مقابله ای در خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی طراحی شد.

روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه توصیفی- تحلیلی است که در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس از میان اعضای اصلی خانواده بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه انجام شد. تعداد نمونه های تحقیق با توجه به نتایج یک مطالعه مقدماتی ۴۶۲ نفر برآورد شد. داده ها شامل مشخصات دموگرافیک خویشاوندان نزدیک بیمار، استرس درک شده، و سبک های مقابله ای بود که با پرسشنامه کوهن و بیلینگز و موس جمع آوری شد. تحلیل های آماری از آزمون های توصیفی و همبستگی اسپیرمن، با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار استرس درک شده نمونه های تحقیق $5/92 \pm 44/80$ و سبک مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار به ترتیب $3/02 \pm 19/08$ و $5/54 \pm 32/35$ بود. آزمون آماری بین استرس درک شده و سبک های مقابله ای همبستگی معنی داری نشان داد ($r = 0/125$ ، $p = 0/007$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که خویشاوندان بیماران بستری در بخش های ویژه از استرس متوسطی برخوردار بودند و با افزایش استرس درک شده میزان استفاده از شیوه های مقابله ای هیجان محور افزایش یافت. لذا پرستاران در راستای کمک به سلامت و آرامش این افراد برنامه های آموزشی، حمایتی مراقبتی تدوین نمایند.

کلید واژه ها: استرس درک شده، راهبردهای مقابله ای، خانواده بیماران، بخش مراقبت ویژه.

مقدمه

بخش ها بدحال، نیازمند به مراقبت تخصصی و یا مشرف به مرگ هستند. مواجهه با این وضعیت می تواند سبب افزایش غم و اندوه و کاهش امیدواری خانواده ها شود (۶). مشاهده فرد مورد علاقه خانواده در یک وضعیت تهدیدآمیز و وابسته به تجهیزات و تکنولوژی پیچیده از جمله عواملی هستند که موجب افزایش فشارهای روحی روانی اعضای خانواده می شود. در این گونه مواقع به علت ترس و اضطراب شدید، افراد خانواده، نیازهای ضروری و اساسی خود را نادیده گرفته و فقط به فکر بیمار و مسایل مربوط به آن هستند (۷، ۸). مطالعه ای نشان داد که در ۲۴ ساعت اول پس از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت های ویژه،

اعضای خانواده نقشی حیاتی در مراقبت از بیماران خود دارند (۱) و به طور مستقیم تحت تأثیر شرایط خانواده قرار می گیرند، زیرا خانواده نسبت به اعضای خود احساس تعهد می نماید (۲، ۳). برخی وقایع مانند بیماری می توانند سلامت و آرامش خانواده را تحت تأثیر قرار دهند (۴). حوادث تنش زای، مانند بیماری یکی از اعضای خانواده، شرایط بحران زایی را برای خانواده ایجاد نماید (۵).

بستری در بخش مراقبت ویژه برای بیماران و وابستگان آنها تنش زا محسوب می شود زیرا که اغلب بیماران این

داشته باشند. وظیفه یک پرستار، به عنوان مراقب، کمک به خانواده در مقابله با استرس، حمایت از بیمار و اعضای خانواده است (۱۷). از آنجایی که اغلب پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با شدت استرس‌های ناشی از بیماری صورت گرفته است اما در رابطه با راهبردهای مقابله، در خانواده بیماران بستری در بخش ویژه قلبی، پژوهش‌های نسبتاً اندکی انجام گرفته است، یافته‌های این مطالعه می‌تواند در طراحی و اجرای مداخلات مراقبتی خانواده محور برای کاهش واکنش‌های روان شناختی مفید باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه استرس درک شده با راهبردهای مقابله‌ای در خویشاوندان نزدیک خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای از نوع توصیفی-تحلیلی است که در محدوده زمانی مهر ۱۳۹۴ تا شهریور ۱۳۹۵ در مراکز آموزشی درمانی شهر گرگان انجام شد. تعداد نمونه‌های تحقیق با توجه به نتایج یک مطالعه مقدماتی به وسیله مجریان طرح و برآورد ضریب همبستگی اسپیرمن بین استرس درک شده و سبک‌های مقابله‌ای برابر ۰/۱۳، در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ حداقل ۴۶۲ نفر برآورد شد.

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

$$n = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta)}{c^2} + 3$$

که در آن $I = 13\%$ ، $c = 0/13 \times 0/7$ ، $Z_{1-\alpha/2} = 1/96$ و $Z_{1-\beta} = 0/84$ می‌باشد.

نمونه‌گیری به روش در دسترس، از میان اعضای اصلی خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی پس از کسب رضایت آگاهانه در ساعات مراجعه به بیمارستان انجام شد. معیار ورود شامل اعضای خانواده‌ی بیمارانی که حداقل یک هفته در بخش بستری بودند، دارای نسبت فامیلی با بیمار شامل: همسر، پدر، مادر، فرزند، خواهر، یا برادر، عدم سابقه مصرف داروهای روانپزشکی،

اعضای خانواده دچار یک بحران ناگهانی و شدید می‌شوند (۹). این حالات بحرانی می‌توانند در روابط فردی، اجتماعی، و تصمیم‌گیری آنها در رابطه با بیمار بستری تأثیر منفی داشته باشند (۱۰).

عوامل استرس زای تجربه شده به وسیله اعضای خانواده موجب افزایش بسیاری از نیازهای خاص در آنها می‌گردد. نتایج تحقیقی در آمریکای جنوبی بر روی افراد خانواده‌ای که دو هفته از مدت بستری شدن یکی از اعضای آن‌ها در بخش مراقبت ویژه می‌گذشت، حاکی از ایجاد تغییرات زیادی در پاسخ‌ها، رفتارها، شیوه زندگی، فعالیت‌های روزمره، وضعیت تغذیه و رژیم غذایی و کیفیت خواب آنان بود (۱۱). استرس درک شده اشاره به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس دارد. به احتمال زیاد، فرد زمانی اقدام به اتخاذ راهبرد مقابله‌ای خاص می‌کند که به تأثیرات فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی منفی ناشی از استرس و پیامدهای مهم آن (برای مثال، تغییر روابط اجتماعی، کاهش استقلال، درد و رنج، ناتوانی و حتی مرگ) باور داشته باشد. هر مقدار شدت و جدیت استرس درک شده بالاتر باشد، به همان اندازه احتمال اتخاذ کنش مقابله‌افزایش می‌یابد (۱۲، ۱۳). اگرچه استرس غیر قابل اجتناب است، اما نمی‌توان آن را نادیده گرفت و می‌توان استرس را از طریق یکسری مداخلات تعدیل نمود (۱۴). افراد متفاوت، یک عامل استرس‌زا را به شکل‌های مختلفی درک و تفسیر می‌کنند (۱۵). افراد برای کنترل و تحمل استرس از دو روش مسئله‌مدار و هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. هدف از سازگاری هیجان‌مدار این است که فرد با کاهش اثرات هیجانی استرس، احساس بهتری داشته باشد، این راهبردها برای کاهش مسئله یا تقلیل واکنش‌های هیجانی مفیدند اما همیشه انطباقی نیستند. هدف سازگاری مسئله‌مدار این است که فرد با استفاده از مهارت‌هایی مانند حل مسئله و ایجاد تغییر در محیط، موقعیت ایجاد شده را به طور موثری کنترل کند (۱۶). بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، باعث اضطراب و استرس در اعضای خانواده می‌شود. از آنجایی که مراقبت پرستاری در ابتدا بر حفظ پایداری فیزیولوژیکی بیمار و کمتر بر نیازها و نگرانی‌های اعضای خانواده متمرکز شده است. درک آنچه اعضاء خانواده تجربه یا احساس می‌کنند، به پرستاران کمک می‌کند تا در ارائه مراقبت خود به خانواده بازنگری

سن بالای هجده سال.

معیارهای عدم ورود به مطالعه، ابتلا فرد به معلولیت های جسمی نظیر ناشنوایی، نابینایی و یا معلولیت های حرکتی و نیز مراقبت هم زمان از دیگر افراد خانواده به دلیل بیماری جسمی یا ذهنی در منزل و یا بیمارستان بود. اطلاعات گردآوری شده شامل مشخصات دموگرافیک بیمار و عضو خانواده، پرسشنامه استرس درک شده Cohen، پرسشنامه سبک های مقابله ای Bellings And Moos بود.

متغیرهای مربوط به خانواده بیمار شامل: سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، رشته تحصیلی، میزان درآمد ماهانه، محل زندگی اعضای خانواده بیمار، بیمه درمانی، سابقه بستری اعضای خانواده در بخش ویژه، سطح هوشیاری بیمار، ارتباط نسبی با بیمار، تصمیم گیری درانتخاب نوع درمان، زندگی کردن با بیمار بود که با استفاده از یک فهرست عمومی سنجیده شد.

پرسشنامه استرس درک شده (Perceived Stress Scale=PSS) اولین بار توسط Cohen و همکاران (۱۹۸۳) تهیه شده است. این ابزار برای تعیین میزان شناخت افراد از استرس خود در مقابل رویدادهای غیرقابل پیش بینی و غیرقابل کنترل در زندگی مناسب است و حاوی ۱۴ سؤال می باشد. نحوه امتیاز بندی پرسشنامه به صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت تنظیم شده است. برای هرگویه امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می گیرد (هرگز=۱، بندرت=۲، گاهی اوقات=۳، بیشتر اوقات=۴ و تمام اوقات=۵). در مورد ۸ سؤال ابزار، امتیازات به صورت معکوس محاسبه می گردد. دامنه امتیازهای قابل کسب بین ۱۴-۷۰ بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده استرس درک شده بیشتر است (۱۸،۱۹). میزان پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۰) و در جامعه ایران، پایایی این پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است (۲۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه سبک های مقابله ای Bellings And Moos (۱۹۸۱) شامل ۱۹ سؤال است که سبک مقابله ای هیجان مدار را با ۸ جمله و سبک مقابله ای مسئله مدار را با ۱۱ جمله مورد ارزیابی قرار می دهد (۲۲). در این پرسشنامه برای

امتیاز دهی به گویه ها از یک مقیاس چهارگزینه ای لیکرتی شامل همیشه = ۴، اغلب = ۳، گاهی = ۲ و هیچوقت = ۱ استفاده شده است (۲۲). نمره کل راهکارهای مقابله، برای هر فرد بین ۱۹ و حداکثر ۷۶ است. نمره شیوه مقابله متمرکز بر حل مساله بین ۱۱ تا ۴۴ است، و نمره شیوه مقابله متمرکز بر هیجان بین ۸ تا ۳۲ است. سوالات شماره ۳، ۴، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸ و ۱۹ مربوط به حیطه هیجان مدار و مابقی (یازده سوال) مربوط به حیطه مقابله ای مسئله مدار می باشد (۲۳، ۲۴). اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه برای دو خرده مقیاس در مطالعه اولیه از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد. نمره بالاتر در هر خرده مقیاس به این معنی است که فرد به میزان بیشتری از شیوه مقابله ای مسئله مدار یا هیجان مدار استفاده کرده است.

پژوهشگر پس از شناسایی نمونه ها بر اساس معیار ورود در ساعات ملاقات در شیفیت عصر از ساعت ۲-۴ بعداز ظهر و یا در صورت دسترسی به این افراد در سایر ساعات مراجعه جمع آوری اطلاعات را انجام داد. برای هر بیمار فقط یکی از اعضای خانواده بیمار انتخاب می شد. پرسشنامه ها بصورت خودگزارشی تکمیل شد.

در این مطالعه اصول اخلاقی رعایت شد. این مطالعه در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان مورد تصویب قرار گرفت. برای جمع آوری اطلاعات با در دست داشتن معرفی نامه از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان و با کسب اجازه از مسئولین بیمارستان های صیاد شیرازی و پنجم آذر گرگان و بخش های مراقبت ویژه انجام شد. قبل از شروع نمونه گیری از خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه، فرم رضایت آگاهانه گرفته شد. افراد خانواده بیمار مخیر به مشارکت در مطالعه بودند. کلیه اطلاعات مربوط به بیماران محرمانه باقی ماند و جهت ثبت اطلاعات از کد استفاده شد. افراد مجاز بودند که در حین تکمیل پرسشنامه از تکمیل آن امتناع کنند.

تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ صورت گرفت. ابتدا نرمال بودن توزیع داده ها مورد بررسی قرار

فرشته عراقیان مجرد و همکاران

نسبت نمونه های مشارکت کننده فرزند بیمار بودند (۵۷/۱) ۲۶۴ و با بیمار زندگی می کردند (۶۸/۸) ۳۱۸ (جدول ۱). همینطور نتایج نشان می دهد که توزیع نمرات استرس درک شده (۵/۹۲ ± ۴۴/۸۰)، سبک های مقابله ای هیجان مدار و مسئله مدار بر اساس طبقه بندی (۱۹/۰۸ ± ۳/۰۲) و (۵/۵۴ ± ۳۲/۳۵)، اکثریت افراد در محدوده بین (۵۸/۵ ± ۱۶/۸) قرار دارند. (جدول ۲).

بین متغیر های دموگرافیک تنها، بین سابقه بستری و شیوه های مقابله ای مسئله مدار رابطه معنی داری وجود داشت (p ≤ ۰/۰۵)، اما بین سایر متغیرهای دموگرافیک و شیوه های مقابله ای رابطه معنی داری وجود نداشت. در زیر گروه جنسیت بین استرس درک شده و سبک های مقابله ای نمونه های زن و مرد همبستگی معنی دار وجود نداشت (جدول ۱ و ۲). تحلیل آماری نشان می دهد همبستگی معنی داری بین استرس درک شده و سبک های مقابله ای هیجان مدار و

گرفت. زیر مقیاس شیوه مقابله ای مسئله مدار توزیع نرمال داشت و سطح استرس و شیوه مقابله ای هیجان مدار و شیوه مقابله ای کل توزیع نرمال نداشتند، لذا علاوه بر آزمون تی مستقل از آزمون من ویتنی نیز استفاده شد. همینطور برای سنجش همبستگی به دلیل توزیع غیر نرمال از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. برای توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت آزمون بین متغیرهای دموگرافیک از آزمون کای دو و آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۴۶۲ نفر از اعضای خانواده بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران ۵۸/۵ ± ۱۶/۸ بود ۵۲/۶ درصد آنان خانم بودند و ۸۶/۸ درصد بیماران نیز متأهل بودند. نتایج نشان داد که بیشترین

مسئله مدار وجود دارد (p=۰/۰۰۱) (جدول ۳).

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک و متغیرهای مرتبط به خویشاوندان نزدیک بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

مسئله مدار	هیجان مدار	استرس درک شده	تعداد (درصد)	متغیر	
				سن	وضعیت تأهل
۰/۴۲۹	۰/۴۵۴	۰/۲۵۹	۱۳۸(۲۹/۹)	زیر ۳۰ سال ۱۷۵(۳۷/۹) ۱۴۹(۳۲/۳)	۳۱-۴۵ سال بالای ۴۶ سال
۰/۳۵۰	۰/۹۶۲	۰/۹۹۶	۲۲۲(۴۸/۱) ۲۳۹ (۵۱/۹)	مرد زن	جنس
۰/۳۳۴	۰/۹۶	۰/۹۵۵	۳۸۴ (۸۳/۱) ۷۸ (۱۶/۹)	متأهل مجرد/فاقد همسر	وضعیت تأهل
۰/۳۸۱	۰/۲۶۶	۰/۹۹۶	۳۲ (۶/۹) ۱۳۴ (۲۹/۰) ۲۹۶ (۶۴/۱)	بی سواد یا کم سواد زیردیپلم دیپلم و بالاتر	وضعیت تحصیلی
۰/۱۷۶	۰/۸۴۳	۰/۰۷۱	۵۹(۱۰/۹) ۲۶۴(۵۷/۱) ۲۲(۸/۰) ۱۱۱(۲۴/۰)	برادر یا خواهر فرزند پدر یا مادر همسر	نسبت خویشاوندی با بیمار
۰/۶۰۳	۰/۸۲۶	۰/۶۲۹	۳۱۸(۶۸/۸) ۱۴۴(۳۱/۲)	زندگی با بیمار جدا از بیمار	وضعیت زندگی
۰/۴۸۳	۰/۸۶۰	۰/۲۶۵	۱۶۶(۳۵/۹) ۴۲(۹/۱) ۱۳۶(۲۹/۵) ۱۹(۴/۱) ۹۹(۲۱/۴)	خانه دار بی کار کارآزاد کارگروکشاورز استخدام و بازنشسته	وضعیت کار

سابقه بستری	دارد	۲۴۷(۵۳/۵)	۰/۷۴۱	۰/۹۴۷	۰/۰۵
	ندارد	۲۱۵(۴۶/۵)			

جدول ۲: میانگین و طبقه بندی استرس درک شده، سبک مقابله ای هیجان مدار و سبک مقابله ای مسئله مدار بر اساس میانگین \pm یک انحراف معیار نمرات در خویشاوندان بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه

متغیر	(میانگین \pm انحراف معیار)	طبقه متغیر	تعداد	درصد
استرس درک شده	(۴۴/۸۰ \pm ۵/۹۲)	نمره زیر ۴۰	۹۵	۲۰/۶
		نمره بین ۴۰-۵۰	۳۰۵	۶۶/۲
		نمره بالای ۵۰	۶۱	۱۳/۲
سبک مقابله ای هیجان مدار	(۱۹/۰۸ \pm ۳/۰۲)	نمره زیر ۱۵/۹۹	۴۵	۱۰
		بین ۱۶-۲۲	۳۶۵	۷۹
		نمره بالای ۲۲/۱	۵۱	۱۱
سبک مقابله ای مسئله مدار	(۳۲/۳۵ \pm ۵/۵۴)	نمره زیر ۲۵/۹۹	۴۰	۸/۷
		بین ۲۶-۳۷	۳۲۶	۷۰/۶
		بالای ۳۷/۱	۹۵	۲۰/۶

جدول ۳: آزمون همبستگی اسپیرمن بین استرس درک شده و سبک های مقابله ای در خویشاوندان بیماران

متغیر	شیوه های مقابله ای			
	در بخش		شیوه های مقابله ای	
استرس درک شده	سبک مقابله ای مسئله مدار		سبک مقابله ای هیجان مدار	
	p-value	ضریب همبستگی	p-value	ضریب همبستگی
	۰/۰۰۱	۰/۱۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵

ویژه هم از شیوه های مقابله ای هیجان مدار از شیوه های مقابله ای مسئله مدار استفاده کرده است. از شیوه مقابله ای هیجان مدار در حیطه نمره نسبت بیشتری استفاده کرده اند. آقا یوسفی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، افرادی که خود را به مجموعه ای از مهارت ها و توانمندی های مقابله ای تجهیز کنند، در رویارویی با مشکلات موفق تر هستند؛ چرا که استفاده از پاسخ های مقابله ای مؤثر، به آنها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی و تعارضات فردی کمک می کند (۲۷). از طرفی مطالعاتی دیگر نشان می دهند که افزایش استفاده از پاسخ های مقابله ای هیجان مدار با افزایش اضطراب و آسیب جسمانی و خلق افسرده و کاهش استفاده از پاسخ های مقابله ای مسئله مدار با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی همراه است (۲۷، ۲۸). نتایج مطالعه ای روی شیوه های مقابله ای والدین دارای کودک ناتوانی حرکتی در مالزی نشان داد که اکثریت آنها استرس درک شده در حد پایینی داشتند که با مطالعه حاضر ناهمسو می باشد (۲۹). استرس درک شده والدین در این مطالعه شاید به این دلیل با مطالعه ما همخوانی ندارد که نوع بیماری در کودکان کشف نشده نبوده است و این خود سبب شده که زیاد تحت استرس قرار نگیرند.

نمونه های این پژوهش اگرچه از هر دو شیوه مقابله ای

بحث

مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت خویشاوندان بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه استرس متوسطی را تجربه کرده اند. مطالعه رسولی و ملاحسینی روی استرس درک شده خویشاوندان بیماران سرطانی بستری در بیمارستان نیز نشان داد که اکثریت آنها سطح متوسطی از استرس را تجربه کرده اند (۲۵) که با مطالعه حاضر همسو می باشد. اگر چه نوع بیماری در این دو تحقیق متفاوت می باشد لیکن نظر به این که هر دو بیماری می توانند دور نمای خطرناکی داشته باشند لذا برای افراد خانواده استرس زا می باشد. همین طور مطالعه گنجور و همکاران نیز نشان می دهد که میانگین و انحراف معیار نمره استرس درک شده مادران دارای کودک دیابتی مشابه مطالعه حاضر می باشد (۲۶). در اینجا نیز اگر چه نوع بیماری تفاوت دارد اما بیماری یکی از اعضای خانواده به عنوان یک منبع استرسور عمل می کند و افراد بنابه ادراکات شخصی خود سطوح متفاوتی از استرس را تجربه و بیان می کنند. مطالعه حاضر نشان داد که خویشاوندان بیماران بستری

منبع خطر به طور مستقیم درگیر است در حالی که در مطالعه ما افراد خویشاوند بیمار سالم بوده و یکی از اعضا خانواده آنها درگیر بیماری است و این به هر حال شرایط متفاوتی را ایجاد می کند. نظامی و عزیزی نیز در مطالعه خود دریافتند که بین استرس درک شده و شیوه مقابله ای هیجان مدار در زنان پس از زایمان رابطه معنی داری وجود دارد و این رابطه ۱۳ درصد افسردگی پس از زایمان را پیش بینی می کرد (۳۲). همین طور مطالعه ای دیگر نشان داد که استرس درک شده و سبک مقابله ای در خانواده بیماران اختلال ذهنی رابطه معنی داری وجود دارد (۲۹). آنچه در مقایسه مطالعه حاضر و مطالعات انجام شده در مورد استرس درک شده و شیوه های مقابله ای قابل ذکر است این می باشد که افراد، چه آنهایی که خودشان بیمار بوده اند و چه آنهایی که یکی از افراد خانواده شان (خویشاوند) بیمار بوده اند، سطوح متفاوتی از استرس را گزارش کرده اند. یعنی هر چه موضوع مواجهه خطرناک تر و حیاتی تر بوده میزان استرس هم بیشتر بوده است. ضمن این که افراد از هر دو شیوه مقابله ای استفاده کرده اند و میزان استفاده از هر کدام از شیوه های مقابله هم در افراد متفاوت بوده است که با مطالعه Pompeo که نمونه ها افراد خانواده بیماران روانی بود همخوانی ندارد (۳۳). که می تواند بدلیل تفاوت جامعه آماری در مطالعه مذکور باشد. Eaton و همکاران در منطقه آتلانتیک میانه امریکا طی یک مطالعه تلفیقی دریافتند که افراد خانواده بیماران دارای اختلال روانی بیشتر از شیوه مقابله ای هیجان مدار استفاده کرده اند (۳۴) که با مطالعه ما هم سو می باشد. در این دو مطالعه علی رغم تفاوت فرهنگی و تفاوت بیماران شیوه مقابله خویشاوندان بیماران یکسان بوده است.

اما مطالعه Ghazanfar و Shafiq (۲۰۱۶) نشان داد که استرس درک شده خویشاوندان زن و مرد با هم تفاوت دارند (۳۵). در حالی که در مطالعه حاضر اکثر نمونه ها زن بودند و اکثریت آنها در محدوده میانسالی بودند در حالیکه در مطالعه Ghazanfar و Shafiq اکثر نمونه ها زن بوده اند. اما مطالعاتی در ایرلند و برزیل نشان دادند که سبک مقابله ای اعضاء خانواده بیماران روانی اکثرا مسئله مدار بوده است (۳۳، ۳۶) که این تفاوت احتمالا به دلیل مرد بودن و جوان بودن نمونه های تحقیقات مذکور باشد؛ در صورتی که نمونه های مورد مطالعه ما در محدوده سنی میانسالی

استفاده کرده اند. اما در دامنه نمره متوسط اکثریت افراد از شیوه مقابله ای هیجان محور استفاده کرده اند، در حالی که شدت همبستگی در شیوه ی مقابله ای مسئله مدار بیشتر است و این به این معنی است که خویشاوندان بیماران بستری، وقتی با میزان استرس بالاتری مواجه شدند بیشتر از شیوه مقابله ای مسئله مدار استفاده کرده اند. در واقع برخی از نمونه ها وقتی با شرایط استرس زای بیماری و بستری شدن فرد خانواده مواجه گردیده اند سعی کرده اند تا هیجانات درونی خود را تنظیم کنند و با شیوه ای منطقی به تنظیم و مدیریت آن پردازند و به نوعی هیجانات خود را کنترل کرده و با یک رویکرد مسئله مدارانه به موضوع نگاه کرده و در پی حل مسئله برآمده اند. در حالی که عده ای دیگر با رویکرد هیجان محور با موضوع برخورد کرده اند که طبعاً این شیوه ی برخورد با موضوع، ممکن است به عواقب ناخوشایند منجر شود. مطالعه نژاد احمدی و مرادی نشان دادند که بین استرس درک شده و شیوه مقابله ای هیجان مدار رابطه مستقیم وجود دارد که با بخش هیجان محور این تحقیق همسو است زیرا نمونه های آنها وقتی استرس شان افزایش یافته است بیشتر از شیوه هیجان مدار استفاده کرده اند (۳۰). گنجور و همکاران در یک مطالعه مورد-شاهدی بر روی استرس درک شده و شیوه های مقابله ای مادران دارای کودک دیابتی نوع یک دریافتند که نمره شیوه مقابله ای مسئله مدار مادران دارای کودک دیابتی به طور معنی داری نسبت به مادران دارای فرزند سالم کمتر می باشد و بر عکس نمره شیوه مقابله ای هیجان مدار آنها نسبت به مادران دارای کودک سالم به طور معنی داری بالاتر بوده است (۲۶). این مطالعه از این نظر که مادران دارای کودک بیمار از شیوه مقابله ای هیجان مدار زیاد استفاده کرده اند با نتایج مطالعه ما تا حدودی مشابه است؛ در حالی که نمره مسئله مدار آنها با مطالعه ما کاملاً مشابه است. اما نمره استرس درک شده خویشاوندان بیماران مطالعه ما بالاتر از نمره استرس درک شده مادران کودکان دیابتی بود و این می تواند به دلیل ماهیت واقعه یا ویژگی افراد و درک آنها از واقعه باشد. اما استرس درک شده بیماران فشار خونی در مطالعه ادوی و همکاران بالاتر از نمره استرس درک شده خویشاوندان بیماران مراقبت ویژه بود (۳۱). این تفاوت نیز می تواند به دلیل میزان درگیری افراد با منبع استرس باشد. در این مطالعه خود فرد با

کاهش استرس افراد خانواده بیماران، برنامه های مراقبتی- حمایتی تدوین نمایند. علاوه بر این برای آموزش شیوه های مقابله ای موثر و توانمند سازی افراد خانواده بیماران، در بیمارستان مکان هایی را با پرستاران متبحر و یا پرستاران بهداشت روان پیش بینی نمایند که شیوه مقابله ای مناسب را آموزش بدهند تا در این گونه شرایط به سوی استفاده بیشتر از شیوه های مقابله ای مسئله مدار و حل مسئله هدایت شوند. همین طور برای تعیین اثر بخشی شیوه های پیشنهادی مطالعه مداخله ای طراحی و اجرا گردد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش با کد تصویب ۹۴۰۶۳۱۱۶۹ تاریخ ۱۳۹۴/۶/۳۱ و کمیته اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان مورخ ۹۴/۷/۱۲ به کد اخلاق شماره IR.GOUMS. REC.1394.194 می باشد. لذا ضمن تشکر و قدردانی از دانشگاه علوم پزشکی گلستان، از تمامی کسانی که در این تحقیق همکاری کرده اند به ویژه بیماران و پرستاران محترم بخش ویژه مراکز آموزشی درمانی شهید صیاد

بودند. اما نکته ای که غیر قابل انتظار است این می باشد که معمولا افراد مسن تر و با تجربه بالاتر منطقی تر عمل می کنند که در مطالعه ما این چنین نبوده است و شاید این تفاوت به دلایل فرهنگی و اجتماعی باشد.

از محدودیت های مطالعه می توان به تعدد نمونه گیران اشاره نمود که به علت حجم بالای نمونه بود، و محقق سعی نمود با آموزش لازم به آنها این محدودیت را کنترل نماید. و نکته دوم این که در مورد شیوه های مقابله ای و استرس درک شده خویشاوندان بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه مطالعه زیادی انجام نشده است و محقق مطالعه کافی در این زمینه برای بحث پیدا نکرد.

نتیجه گیری

یافته های این تحقیق مبین این بود که اعضا خانواده بیماران اگر چه از هر دو شیوه مقابله استفاده کرده اند اما از شیوه مقابله ای هیجان مدار بیشتر استفاده کرده اند و با افزایش استرس درک شده اعضا خانواده بیشتر رفتارهای هیجانی داشته اند، لذا توصیه می شود که پرستاران به استرس خانواده بیماران توجه ویژه ای داشته باشند و برای

References

- Davidson J, Powers K, Hedayat K, Tieszen M, Kon A, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patientcentered intensive care unit: American College Of Critical Care Medicine Task Force 2004- 2005. Crit Care Med. 2007; 35:605-22. DOI: 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
- Abbaszadeh A, Abazari F. Comparison of the attitudes of nurses and relatives of icu and ccu patients towards the psychosocial needs of patients relatives. Journal Medical Science Qazvin. 2001; 19:58-63.
- Sarhadi M, Navidian A, Fasihharandy T, Keykhaei A. Assessment of psychological - social needs, family, special inpatient unit ICU,CCU. Iranian Journal of Critical Care Nursing . 2013; 6 (4):259-68.
- Clemen-Stone S, Mcguire S, Eigsti D. Comprehensive community health nursing family, aggregate, community practice. ST. Louis: Mosbyinc; 2002.
- Tylor C, Lilis C. fundamentals of nursing. Philadelphia Lippincott: Williams &Wilking; 2005.
- Rabiesiahkali S, Avazeh A, Eskandari F, Khaleghdoostmohamadi T, 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 (4):175-80.
- Choate K, Stewart M. Reducing anxiety in patients and family discharged from ICU. Australian Nurse Journal. 2002; 10 (5):29.
- Du G, Beverly W. Introduction to patient care comprehensive approach to nursing: ST. Louis: Mosby Inc; 2006.
- Davidson EJ. Family-centered care meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. Critical Care Nurse. 2009; 29 (3): 1-8.
- Rabiesiahkali S, Pourmemari M, Khaleghdoostmohamadi T, Eskandari F, Avazeh A. Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units. Journal Medical Science Zanjan. 2009;18(70):91-101.
- Horn V, Tesh A. Learn how to help patients' families adapt to the stresses of the ICU. Nurs

- Manage. 2001; 31 (9): 32.
12. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevert S, Aboad J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal Respiratory critical Care Medicine*. 2005; 171 (9):987-94. DOI:10.1164/rccm.200409-1295OC
 13. Masoudnia E. Perceived severity of stress and coping strategies with stress. *Psychology moaser*. 2007; 4 (2):71-80.
 14. Key Kittrel C. *Professional nursing : concepts an challenge*. S. Elsevier; 2005.
 15. Pasandideh M M, Saulekmahdi F. Comparison of perceived stress, emotion regulation strategies and cognitive flexibility in patients with G.I.S. diseases and normal individuals. *Health Psychology*. 2019; 8 (1): 82-100.
 16. Lazarus F, S. *Stress appraisal, and coping*. Newyork: Springer; 1981.
 17. Karale RB, Hiremath P, Mohite VR Et Al. The level of stress among the relatives of clients admitted in intensive care unit at tertiary care hospital-krishna hospital, karad, india. *Int J Health Sci Res*. 2016; 6 (4): 272-276.
 18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24: 385-96.
 19. Chan C, So W, Fong D. Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of Professional Nursing*. 2009; 25 (5): 307-13. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.01.018.
 20. Velezmoro R, Lacefield K, Roberti J. Perceived stress, sensation seeking, and college students' abuse of the internet. *Computer in Human. Behavior*. 2010; 26 (6): 1526-30. doi>10.1016/j.chb.2010.05.020.
 21. Behroozi N, Shahani Yeilaghi M, Poursid S M. The relationship between perfectionism, perceived stress and social support with academic burnout. *Journal of Cultural Strategy*, 2012; 5 (20): 83-102.
 22. Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social; resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine* 1981, 4: 139-157.
 23. Sadeghi A, Jadidi M, Shamsaie MM. Compare the psychological profile, life satisfaction and coping strategies in wives of martyrs, veterans with PTSD, and prisoners of war. *Quarterly Journal of Educational Psychology*. 2014;4 (1):51-61.
 24. Ghazanfari F, Kadampoor E. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of khoramabad city. *The Quarterly Journal Of Fundamentals Of Mental Health*. 2008; 9 (37): 47-54.
 25. Rasouli-Ghahfarkhi SM, Molahosseini Sh. Stress and its related factors in families of patients with cancer. *Chron Dis J* 2015; 3 (2): 45-54. DOI: 10.22122/cdj.v3i2.65
 26. Ganjvar1 M, Jafarimanesh H, Jadid Milani M, Sadeghi H. The strategies to deal with stress in mothers of children with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2015, 2 (3):51-61.
 27. Agha Yousefi A, Alipour A, Shaghaghi F, Shatif N. Relationship between coping ways with stress and levels of IL-1 β and cortisol in coronary heart disease patients. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2012; 19 (2):182–90. [Persian]
 28. Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. *Journal of Clinical Psychology*. 2004; 60 (3): 239–51.
 29. Isa SNI, Ishak I, Ab Rahman A, Mohd Saat NZ, Che Din N, Lubis SH, et al. Perceived stress and coping styles among Malay caregivers of children with learning disabilities in Kelantan. *Malays J Med Sci*. 2017; 24 (1): 81–93. <https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.1.9>.
 30. Nejad ahmadi N, M Alireza. Relationship between mindfulness, coping and perceived stress with quality of life in cancer patient. *Journal Management System*. 2014; 9(35): 1-236.
 31. Adavi A, Fathi Marghmalaki R, Madmoli Y. The effect of cognitive-behavioral stress management training on perceived stress in females with hypertension. *Journal of Nursing Education*.2017; 6 (1): 56-62.
 32. Azizi M, Nezami L. Predicting postpartum depression based on perceived stress and styles of coping with stress among pregnant women in Tabriz. *Journal of Clinical Psychologh*. 2015; 10 (35): 67-76.
 33. Pompeo DA, Carvalho A, Olive AM, Souza MGG, Galera SAF. Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2016;24:e2799. <http://dx.doi.org/10.1590/1518->

8345. 1311.2799.
34. Eaton PM, Davis BL, Hammond PV, Condon EH, McGee Z T. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nursing Research and Practice*. 2011; Article ID 392705, 1-12. | <https://doi.org/10.1155/2011/392705>.
 35. Ghazanfar L, Shafiq S. Coping strategies and family functioning as predictors of stress among caregivers of mentally ill patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2016;8 (1): 8-16.
 36. Kartalova-O'Doherty Y, Doherty DT. Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: A mixed methods analysis. *Scandinavian Journal Caring Sciences*. 2008; 22 (1): 19-28. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00583.x.