مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹
صفحات: ۷ تا ۱۲

تاثیر برقراری ارتباط پرستار با بیمار بر میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیماران بخش اورژانس

حسین محمودی* MSc، عباس عبادی[۱] PhD، سیدحسین سلیمی[۲] PhD، سهیل نجفی مهری[۱] MSc،
جمیله مختاری نوری[۱] MSc، فریدون شکرالهی[۱] BSc

*"مرکز تحقیقات علوم رفتاری" و "دانشکده پرستاری"، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران
[۱]دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران
[۲]مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، دانشگاه علوم پزشکی‌بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: تعامل پرستار- بیمار در سیستم‌های بهداشتی- درمانی، به‌ویژه در بخش‌های فوریتی حایز اهمیت است. این مطالعه با هدف بررسی میزان اثربخشی ارتباط پرستار- بیمار در کاهش حالات هیجانی (اضطراب، استرس، و افسردگی) بیماران بخش اورژانس انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی در بخش اورژانس یکی از بیمارستان‌های شهر تهران از خرداد تا آذر سال ۱۳۸۷ انجام شد. جامعه پژوهش کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بودند که حداقل ۳ ساعت بستری شدند. دو گروه آزمون و شاهد (هر کدام ۱۵۰ بیمار) به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. گروه آزمون تحت مراقبت پرستاران آموزش‌دیده در زمینه نحوه ارتباط با بیمار قرار گرفتند. پرستاران گروه شاهد چنین آموزشی ندیده بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس ۲۱سئوالی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 13 و آزمون‌های مجذور کای، من- ویتنی و تی‌مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۲۰/۷٪ بیماران گروه شاهد دارای افسردگی شدید، ۲۴/۶٪ دارای اضطراب شدید و ۴۱/۳٪ دارای استرس شدید بودند. در گروه آزمون، ۲۲/۱٪ بیماران دارای افسردگی شدید، ۲۰/۳٪ دارای اضطراب شدید و ۳۵/۶٪ دارای استرس شدید بودند. اختلاف مقادیر در هیچ‌یک از موارد بین دو گروه معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران اورژانس زیاد است. اجرای پروتکل "برقراری ارتباط موثر با بیمار" توسط پرستاران باعث کاهش معنی‌دار میزان افسردگی، استرس و اضطراب بیماران نمی‌شود.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، اضطراب، استرس، بخش اورژانس، ارتباط موثر

Effect of nurse communication with patients on axiety, depression and stress level of emergency ward patients

Mahmoudi H.* ***MSc*****, Ebadi A.**[1] ***PhD*****, Salimi S. H.**[2] ***PhD*****, Najafi Mehri S.**[1] ***MSc*****,**
Mokhtari Nouri J.[1] ***MSc*****, Shokrollahi F.**[1] ***BSc***

*"Behavioral Sciences Research Center" & "Faculty of Nursing", Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[1]Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Exercise Physiology Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Nurse-patient interaction in health-treatment systems, especially emergent wards, is very important. This study investigated the effectiveness of nurse-patient communication in reducing emotional states (stress, anxiety and depression) in emergency department patients.

Methods: This quasi-experimental study performed in one of the Tehran city hospitals' emergency ward during June to December 2008. The study population were of all patients who were admitted at the emergency department and hospitalized for at least, 3 hours. Two study and control groups (each 150 patients) were selected by available sampling method. Study group patients were cared by nurses trained about how to communicate with patients. Control group nurses were not under such training. To collect data, demographic and 21-questioned depression, anxiety and stress scale questionnaire were used. Data was analyzed by using SPSS 13 software and chi square, Man-Whitney and independent T tests.

Results: 20.7% of control patients had severe depression, 24.6% had severed anxiety and 41.3% had severe stress. In study group, 22.1% of patients had severe depression, 20.3% had severed anxiety and 35.6% had severe stress. Differences were not significant between two groups in any fields (p>0.05).

Conclusion: In general, stress, anxiety and depression level is high in emergency patients. Implementation of "to communicate effectively with patients" protocol by nurses does not significantly reduce depression, stress and anxiety of patients.

Keywords: Depression, Anxiety, Stress, Emergency Ward, Effective Communication

نویسنده مسئول: حسین محمودی. تمام درخواست‌ها باید به نشانی hm1864@gmail.com فرستاده شوند.
دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۱۶ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۹

[Downloaded from jccnursing.com on 2024-04-25]

مقدمه

بخش اورژانس از مهم‌ترین اجزای بیمارستان است. بیمارانی که به این بخش مراجعه می‌نمایند از نظر جسمانی در حالت بحرانی به‌سر می‌برند و رسیدگی به وضعیت آنها در اسرع وقت و با بالاترین کیفیت، از وظایف کادر پزشکی و پرستاری است [۱]. اغلب، اولین تجربه بیماران از بیمارستان به بخش اورژانس مربوط می‌شود. از آن‌جایی‌که بیماران اورژانسی نیاز به درمان و مراقبت فوری و خاص دارند، درک مشکل بیماران در بخش فوریت‌ها برای ایجاد رضایت ضروری است [۲].

نظر به اینکه تقریبا ۲۸٪ مراجعان به بخش اورژانس در بخش‌های مختلف بیمارستان بستری می‌شوند، باید به بخش اورژانس به‌عنوان منبع حیات بیمارستان نگریست [۳، ۴، ۵]. انجام فوریت‌های پزشکی از مهم‌ترین جنبه‌های درمان بیماران است و از آنجاکه می‌تواند به نجات جان بیمار بیانجامد، ارزش فراوان و غیرقابل‌انکار دارد. به‌دلیل اینکه بیشترین و جدی‌ترین مراجعه بیماران به بخش فوریت‌های بیمارستان است، چگونگی ارایه خدمات در این بخش، نمادی از وضعیت کلی اجرای خدمات در بیمارستان خواهد بود. کیفیت ارایه خدمات در بخش اورژانس در ارزشیابی رسمی بیمارستان نیز مهم است و ارزشیابی سایر بخش‌های بیمارستان، به کسب حدنصاب لازم در ارزشیابی بخش فوریت‌های بیمارستان بستگی دارد. به بیان دیگر، بیمارستان بسیار مجهز و پیشرفته ولی فاقد بخش اورژانس کارآمد، فاقد کیفیت لازم محسوب می‌شود [۶].

برقراری ارتباط در برخی موقعیت‌ها نیاز به مهارت خاصی دارد. کسانی که دچار گرفتاری‌های عصبی و روانی می‌شوند، به‌تدریج تحت تاثیر عوامل نامساعد محیطی، صبر خود را از دست می‌دهند. بنابراین، پرستار دارای قابلیت‌های مدیریتی، با آگاهی از عوامل تنش‌زا می‌تواند با برنامه‌ریزی لازم، محیط را برای انجام کار مساعد سازد. هیچ‌یک از جنبه‌های مدیریت به اندازه ارتباطات در پیشرفت یا سقوط سازمان‌ها نقش ندارند. ارتباط یکی از نقش‌های کلیدی پرستاران است. برخی از دانشمندان، سازمان را دراصل شبکه ارتباطات دانسته و بقای سازمان‌ها را وابسته به کیفیت شبکه‌های ارتباطی آنها می‌دانند؛ به‌خصوص اهمیت ارتباطات در سازمان‌های بهداشتی- درمانی به‌علت بحرانی بودن محیط کار، تعداد زیاد کارکنان و واحدها و پیچیدگی امور که ارتباط نادرست می‌تواند منجر به مرگ و معلولیت مددجویان شود دارای اهمیت خاص و استثنایی است [۷، ۸].

تحقیقات نشان می‌دهد که استرس مداوم می‌تواند بعد از مدتی احتمال بروز زخم معده، اختلالات روانی، انفارکتوس میوکارد و سایر مشکلات مربوط به سلامت را افزایش دهد [۹]. اضطراب مفهوم مبهم از هراس و نگرانی است. افرادی دچار اضطراب می‌شوند که اغلب از نظر روانی نسبت به آینده نامطمئن و نگران هستند. اضطراب از شایع‌ترین و مهم‌ترین واکنش‌ها در برابر بیماری است. مطالعات و تحقیقات نشان می‌دهند که بیماران بیشترین علت اضطراب را ترس از مردن و ترس از عود مجدد بیماری می‌دانند [۱۰]. افسردگی، افت فراگیر خلق و همراه با احساس غمگینی و عدم توانایی تجربه لذت است. افسردگی واکنش فرد در برابر فشارهای زندگی و اختلالی روانی است که بر فکر، احساس، رفتار و عملکرد جسمانی فرد تاثیر می‌گذارد [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳]. بعد دیگری که باعث علاقمندی بیشتر به مطالعه حالات هیجانی شده، ارتباط بین این اختلالات و عملکرد است [۱۴]. کاهش حالات هیجانی، عملکرد را به‌طور واقعی بهبود می‌بخشد [۱۵]. افزون بر آن، افسردگی، اضطراب و استرس ممکن است با تفکر نامربوط، وقفه عدم درک معنای کلمات، وحشت، حواس‌پرتی و یک یا چند علامت جسمانی دیگر همراه باشند [۱۶]. سطوح بالای اضطراب، خطر مرگ ناگهانی را تا سه برابر افزایش می‌دهند [۱۷]. علاوه بر این، مطالعه عوارض و روش‌های مقابله با افسردگی، اضطراب و استرس در بعضی از محیط‌ها اهمیت بیشتری دارد. از جمله این محیط‌ها می‌توان به محیط‌های نظامی، مراکز هسته‌ای و اورژانس‌ها اشاره کرد [۱۸، ۱۹]. *سویکالا* و *لینو-کیلپی* در مطالعه‌ای مروری دریافتند که میزان مطالعات در زمینه ارتباطات افزایش یافته است. ارتباط با بیمار بخشی از آموزش پرستاری، مقدمه مراقبت، عامل رشد حرفه‌ای، عامل بهبود بیمار و در نهایت عامل رشد شخصیت اجتماعی دانشجوی پرستاری است [۲۰]. دادن پیام‌های خوب به بیماران در بخش روان‌پزشکی می‌تواند باعث کاهش استرس، اضطراب و حالت تهاجمی شود [۲۱]. در مطالعه *کارتیس* و *وایزمن*، ارتباط به‌عنوان یکی از ارکان مراقبت در اورژانس معرفی می‌شود. همچنین در این مطالعه، جنبه‌های دیگر مراقبت نظیر ایجاد بخش و مکان مخصوص برای بیمارانی که به زمان بیشتری در بخش اورژانس نیاز دارند، توجه به فرهنگ و وضعیت روانی- اجتماعی بیمار، تسکین درد و کنترل عفونت اشاره شده است. در این مطالعه نشان داده می‌شود که ارتباط موثر بین پرستاران با بیماران و بستگان آنان باعث افزایش رضایت‌مندی بیماران و همراهان بیماران می‌شود. بنابراین، در بخش اورژانس باید توجه ویژه‌ای به ارتباط موثر پرستاران با بیماران، همراهان و سایر ارایه‌دهندگان مراقبت به‌عمل آید [۲۲].

آیا اجرای الگوی ارتباطی مناسب توسط پرستاران می‌تواند باعث تغییر در حالات هیجانی بیمار شود؟ با توجه به اهمیت بخش اورژانس، وجود حالات هیجانی در اورژانس، اهمیت ارتباط در محیط‌های بحرانی و توجه به مطالعات اندک صورت‌گرفته در این زمینه، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر اجرای ارتباط اثربخش پرستاران در برخورد با بیماران بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی از خرداد تا آذر سال ۱۳۸۷ در بخش اورژانس یکی از بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد. جامعه پژوهش، کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس بودند که بعد از انجام کارهای اولیه در بخش اورژانس برای درمان تحت نظر قرار گرفتند و بیش از ۳ ساعت بستری بودند. پرسش‌نامه‌ها در حضور پرسشگر در شیفت‌های

[Downloaded from jccnursing.com on 2024-04-25]

به غیر از شیفت شب، (صبح و عصر) تکمیل و در همان زمان جمع‌آوری گردید.

قبل از شروع مطالعه، با مراجعه به بایگانی بیمارستان وضعیت بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس در ۸ ماه متوالی منتهی به زمان آغاز پژوهش از نظر تعداد، نوع بیماری، مدت بستری در اورژانس و غیره مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی همگی حاکی از همگن‌بودن بیماران در زمان‌های مختلف داشت؛ بنابراین، نمونه‌های پژوهش، در دو بازه زمان ۳ماهه متوالی به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. در دوره ۳ماهه اول، پرستاران مراقبت‌کننده از نمونه‌های پژوهش تحت هیچ‌گونه آموزشی قرار نگرفته بودند. ۱۵۰ بیمار این دوره به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. در فاصله دو بازه ۳ماهه، پرستاران تحت آموزش تکنیک‌های ارتباطی و پروتکل مراقبتی مبتنی بر ارتباط موثر با بیمار قرار گرفتند و در دو کلاس آموزشی مجموعا به‌مدت ۴ ساعت، با نحوه ارتباط و تعامل موثر با بیمار آشنا شده و مهارت‌های لازم را کسب کردند. ۱۵۰ بیمار انتخاب‌شده در بازه زمانی ۳ماهه دوم، تحت مراقبت پرستاران آموزش‌دیده قرار گرفتند.

پروتکل اجرایی ارتباط اثربخش پرستار با بیمار (آموزش‌داده‌شده به پرستاران) از منابع معتبر استخراج شد و به تایید مشاوران روان‌شناسی رسید که شامل موارد زیر بود:

۱. پس از معرفی خود به بیمار بگویید که گفت‌وگوی شما قسمتی ضروری از مراقبت پرستاری است و این حس را در بیمار القا کنید که او تنها نیست؛ ۲. آرام و بدون عجله کنار بیمار بنشینید؛ به بیمار خوش‌آمد بگویید و فرصتی را برای بیمار فراهم کنید تا سئوالاتش را بپرسد و درباره نگرانی‌هایش صحبت کند (ایجاد جو خصوصی)؛ ۳. با لمس‌کردن دست بیمار و ماساژ شانه‌ها و پشت وی به بیمار نشان دهید که علاقمند به مراقبت و کمک به او هستید؛ ۴. به‌طور مکرر به‌خصوص در موقعیت‌هایی که هیجان زیاد است به ملاقات بیمار بروید؛ ۵. از خانواده و دوستان با گوش‌دادن به صحبت‌ها، اینکه در طول بستری‌بودن بیمار در اوژانس در کجا منتظر بمانند، محل پارکینگ، آسانسور، اتاق شست‌وشو، تلفن و غیره حمایت کنید. تمام این اطلاعات را در وضعیت آرام بیان کنید؛ ۶. از اصطلاحات غیرقابل درک استفاده نکنید؛ ۷. سطح بیان مطالب را با سطح سواد بیمار تنظیم کنید؛ ۸. آموزش‌ها را اولویت‌بندی کنید و آنچه مهم است را اول بگویید؛ ۹. بیمار را با محیط اورژانس، سیاست‌ها، قوانین و رویه‌ها آشنا کنید؛ ۱۰. با اعضای خانواده و دوستان بیمار ملاقات کنید؛ ۱۱. به خانواده بیمار اطمینان کاذب ندهید؛ ۱۲. برگه راهنما را به بیمار یا همراه وی بدهید؛ ۱۳. پرستار ثابتی از بیمار مراقبت نماید؛ ۱۴. اطلاعات مهم و کلیدی را برای بیمار تکرار نمایید؛ ۱۵. از وسایل کمک‌آموزشی استفاده کنید؛ ۱۶. در مورد مشکلات بیمار سئوال نمایید؛ ۱۷. به بیمار فرصت تصمیم‌گیری بدهید [۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶].

ابزارهای مورداستفاده پرسش‌نامه دموگرافیک ۱۰سئوالی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱سئوالی (DASS-21) بودند. این پرسش‌نامه برای اولین بار توسط *لاویباند* در سال ۱۹۹۵ ارایه شد و در مطالعات متعدد داخلی [۲۷، ۲۸] و خارجی [۱۴، ۱۶] پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ قابل‌قبول تایید شده است (۰/۷ تا ۰/۹۴). نمرات براساس مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای اصلا، کم، متوسط و زیاد تعیین شد. کمترین نمره مربوط به هر سئوال صفر و بیشترین نمره ۳ بود. در این ابزار، ۷ سئوال مربوط به میزان افسردگی، ۷ سئوال مربوط به میزان اضطراب و ۷ سئوال نیز مربوط به بررسی میزان استرس و بالاترین نمره در هر کدام از زیرگروه‌ها ۲۱ بود. نمره ۴-۰ عادی، ۱۱-۵ متوسط و بیشتر از ۱۲ شدید درنظر گرفته شد. قبل از خروج از بخش اورژانس (ترخیص از بیمارستان یا انتقال به بخش) پژوهشگر در ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش، هدف از انجام مطالعه و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها را توضیح داد و رضایت آگاهانه بیماران را کسب نمود. پرسش‌نامه‌ها در حضور پرسشگر تکمیل و در همان زمان جمع‌آوری شد. برای افراد بی‌سواد، سئوالات خوانده و جواب آنها روی پرسش‌نامه علامت‌گذاری شد. در مواردی که بیمار به‌علت حال عمومی نامناسب قادر به پاسخ‌گویی نبود از مطالعه خارج شد.

جدول ۱) فراوانی نسبی برخی از خصوصیات فردی بیماران اورژانسی

متغیرها↓	گروه ←	شاهد	آزمون	سطح معنی‌داری
محل سکونت	تهران	۶۸	۶۲	۰/۹۹
	شهرستان	۳۲	۳۸	
نوع بیمه	نیروهای مسلح	۸۶	۸۴/۴	۰/۷۲
	مکمل	۵/۳	۲/۴	
	دولتی	۵/۴	۸	
	بدون بیمه	۳/۳	۵/۲	
تحصیلات	بیسواد	۱۱	۲۴	۰/۶۳
	زیر دیپلم	۶۹	۵۱/۵	
	تا لیسانس	۱۸/۷	۲۴	
	بیشتر از لیسانس	۱/۳	۱/۵	
وضعیت تاهل	متاهل	۷۸	۸۲	۰/۲۲
	مجرد	۲۲	۱۸	
شغل	سایر	۲۸/۷	۲۹	۰/۶۷
	کارمند	۲/۷	۱/۳	
	آزاد	۱۲/۶	۱۱/۳	
	بازنشسته	۴۲	۴۴/۷	
	بیکار	۱۴	۱۲/۷	
درآمد ماهیانه (تومان)	کمتر از ۲۰۰ هزار	۵۶	۶۹/۴	۰/۱۷
	۳۰۰-۲۰۰	۳۰	۲۰	
	۴۰۰-۳۰۰	۱۰	۹/۳	
	بیشتر از ۴۰۰ هزار	۴	۱/۳	
سابقه بستری	دارد	۴۴/۷	۴۲	۰/۳۴
	ندارد	۵۵/۳	۵۸	
طریقه مراجعه	به تنهایی	۶	۱۲/۷	۰/۴۶
	با همراه	۸۴/۷	۷۲/۳	
	با آمبولانس	۹/۳	۱۵	

[Downloaded from jccnursing.com on 2024-04-25]

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 13 و با استفاده از آمار توصیفی (فراونی، درصد و میانگین) و آمار استنباطی (آزمون‌های مجذور کای، من-ویتنی و تی‌مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین سنی کل بیماران ۲۱/۴۲±۵۲/۹۶ سال، گروه شاهد ۲۱/۲۲±۵۲/۹۴ سال و گروه آزمون ۲۱/۶۹±۵۲/۹۷ سال بود. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ آمده است. همان‌گونه که مشخص است دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان بودند.

میزان افسردگی، اضطراب و استرس در گروه قبل و بعد از مداخله مطابق جدول ۲ بود. هرچند، تفاوت میانگین‌های افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه آزمون و شاهد معنی‌دار نبودند، ولی در مورد همه متغیرها، میانگین در گروه آزمون کاهش یافت (جدول ۳).

بین متغیرهای دموگرافیک و میزان اضطراب، استرس و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۲) مقایسه میزان کلی شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه آزمون و شاهد

گروه← / متغیر↓		شاهد		آزمون		سطح معنی‌داری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
افسردگی	طبیعی	۵۵	۳۶/۷	۶۰	۴۰/۳	۰/۱۱
	متوسط	۶۴	۴۲/۷	۵۷	۳۷/۶	
	شدید	۳۱	۲۰/۷	۳۳	۲۲/۱	
اضطراب	طبیعی	۴۰	۲۶/۸	۵۲	۳۵/۵	۰/۰۷
	متوسط	۶۸	۴۸/۶	۶۸	۴۴/۲	
	شدید	۴۲	۲۴/۶	۳۰	۲۰/۳	
استرس	طبیعی	۳۷	۲۴/۷	۲۸	۱۸/۸	۰/۸۸
	متوسط	۵۱	۳۴	۶۹	۴۵/۶	
	شدید	۶۲	۴۱/۳	۵۳	۳۵/۶	

جدول ۳) تفاوت میانگین افسردگی، اضطراب و استرس در بین بیماران دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
افسردگی	شاهد	۱۵۰	۷/۱۱	۵/۱۵	۰/۳۹
	آزمون	۱۵۰	۶/۵۹	۵/۲۳	
اضطراب	شاهد	۱۵۰	۸/۲۴	۵/۴۸	۰/۱۱
	آزمون	۱۵۰	۷/۲۴	۵/۲۱	
استرس	شاهد	۱۵۰	۹/۶۴	۵/۷۶	۰/۹۵
	آزمون	۱۵۰	۹/۶۰	۵/۸۶	

بحث

شیوع افسردگی طبق نتایج مطالعه حاضر در بیماران اورژانسی بسیار بالا بود؛ به‌طوری‌که تنها ۳۶/۷٪ نمونه‌های گروه شاهد دارای افسردگی معمولی بودند. این میزان در نمونه‌های گروه آزمون که با پرستاران آموزش‌دیده مراقبت شدند ۴۰/۳٪ بود که بهبود اندک ولی غیرمعنی‌دار را نشان داد. در مطالعه *انشاییه* و همکاران در مورد فراوانی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به پسوریازیس، ۶۹/۹٪ بیماران دچار افسردگی بودند [۲۹]. در مطالعه *اسفندیارپور* و *افشارزاده* در مورد فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به ویتیلیگو، ۷۰٪ بیماران افسرده بودند [۳۰]. فراوانی افسردگی طبق نتایج مطالعه *مدانلو* و همکاران در بیماران همودیالیزی ۷۹/۸٪ گزارش شد [۳۱].

در مطالعه *آنژست* و *دوبلر*، ۴۵۶ فرد عادی در گروه سنی ۲۲ تا ۲۳ سال از نظر اختلالات اضطرابی و افسردگی بررسی شدند. میزان شیوع یک‌ساله اختلال افسردگی ماژور و مینور و اختلال اضطرابی در مجموع ۱۶/۴٪ گزارش شد. در ۳۶٪ بیماران اضطراب و در ۶۰٪، اضطراب و اختلال افسردگی مینور همزمان وجود داشت [۳۲]. با نگاهی به فروانی افسردگی متوسط و شدید در مطالعه حاضر، ۶۳/۳٪ از نمونه‌های گروه شاهد و ۵۹/۷٪ از نمونه‌های گروه آزمون دارای افسردگی بودند که تقریبا معادل فراوانی افسردگی برای سایر بیماری‌هاست. کمتربودن حدود ۱۰درصدی فراوانی افسردگی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس نسبت به سایر بیماران، می‌تواند به دلیل مسجل‌نشدن بیماری در افراد اورژانسی باشد. مقایسه میانگین افسردگی در گروه آزمون و شاهد نشان می‌دهد که میزان افسردگی در گروه آزمون کاهش یافته است. هر چند که این کاهش معنی‌دار نیست. این مساله که کاهش قابل‌ملاحظه نیست، شاید به‌خاطر آن باشد که همه صاحبان فرآیند در این مطالعه بررسی نشده‌اند و فقط پرستاران تحت آموزش تکنیک‌های ارتباطی قرار گرفته‌اند.

شیوع اضطراب نیز طبق نتایج مطالعه حاضر در بیماران اورژانسی بسیار بالا و حتی بیشتر از افسردگی بود؛ به‌طوری‌که تنها ۲۶/۸٪ نمونه‌های گروه شاهد دارای اضطراب معمولی بودند. این میزان در نمونه‌های گروه آزمون که با پرستاران آموزش‌دیده مراقبت شدند ۳۵/۵٪ بود. طبق آمار کتب مرجع، در جمعیت عمومی، ۳۰/۵٪ زنان و ۱۹/۲٪ مردان دچار اضطراب پاتولوژیک هستند و تقریبا از هر ۴ نفر، یک نفر از اختلالات اضطرابی رنج می‌برد. ۲۵٪ مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌های اختلالات اضطرابی دارای یکی از بیماری‌های اضطرابی هستند [۳۳]. شیوع اضطراب در مطالعه *نوریالا* و همکاران در افرد شهری و روستایی بالای ۱۵ سال، ۲۰/۸٪ گزارش شده است [۳۴]. در مطالعه *بحرینیان* و *کارآمد* در مورد فراوانی اضطراب در بیماران مبتلا به انواع صرع، ۴۴/۹٪ بیماران مبتلا به صرع دچار اضطراب بودند [۳۵]. فراوانی اضطراب در بیماران مبتلا به پسوریازیس نیز ۲۰/۵٪ گزارش شده است [۲۹]. متوسط شیوع افسردگی در بخش‌های داخلی و جراحی ۵۳/۶٪ و میانگین شیوع اضطراب ۵۰/۴٪ است [۳۶]. مقایسه میانگین اضطراب در گروه آزمون و شاهد نشان‌دهنده کاهش میزان اضطراب در گروه آزمون است که البته این کاهش معنی‌دار نیست.

شیوع استرس طبق نتایج مطالعه حاضر در بیماران اورژانسی از افسردگی و اضطراب بیشتر بود؛ به‌طوری‌که تنها ۲۴/۷٪ نمونه‌های

[Downloaded from jccnursing.com on 2024-04-25]

گروه شاهد دارای افسردگی معمولی بودند. این میزان در نمونه‌های گروه آزمون که با پرستاران آموزش‌دیده مراقبت شدند ۱۸/۸٪ بود. در مطالعه *ظهیرالدین* و همکاران در مورد فراوانی استرس در بیماران مبتلا به آسم، ۷۵٪ بیماران مبتلا به استرس متوسط و ۲۵٪ مبتلا به استرس شدید بودند [۳۷]. فراوانی استرس شدید در این مطالعه در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد از ۴۱/۳٪ به ۳۵/۶٪ کاهش یافته است که البته این کاهش نیز معنی‌دار نیست.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران اورژانس زیاد است. اجرای پروتکل "برقراری ارتباط موثر با بیمار" توسط پرستاران باعث کاهش معنی‌دار میزان افسردگی، استرس و اضطراب بیماران نمی‌شود. یکی از روش‌های کاهش حالات هیجانی ارتباط مناسب صاحبان فرآیند است. در این مطالعه تاثیر ارتباط مناسب پرستاران مورد بررسی قرار گرفت که نشان‌دهنده تاثیر معنی‌دار ارتباط بر کاهش حالات هیجانی نبود. شاید با مشارکت سایر اعضای تیم درمان، این تاثیر معنی‌دار شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از پرستاران، مدیران پرستاری، به‌خصوص پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستان مورد مطالعه و کلیه بیمارانی که در این طرح شرکت نمودند، کمال تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

منابع

1- Asefzadeh S. Hospital asses. Tehran: Tehran University Publication; 1999. [Persian]
2- Atkinson S, Haran D. Individual and district scale determinants of user's satisfaction with primary health care in developing countries. Soc Sci Med. 2005;60:501-13.
3- Hostetler JJ, Teft SH. Patient need in the emergency department. Adv Emerg Nurs J. 1999;25:187-93.
4- Black J, Shaw A. Patient experience of emergency admission: How relevant is the British government charter. J Adv Nurs. 1999;19:1212-22.
5- Eleanor V, Phillip J. Effective eldership management in nursing. 6th ed. Prentice: Pearson; 2005.
6- Sarchamee R, Shaykhee M. Patient satisfaction from Qazvin medical university hospital emergency. Qazvin Med Univ J. 2001;18:64-8. [Persian]
7- Morale S, Spizlberg B, Berge K. Human communication. Philadelphia: Wads Worth; 2001.
8- Merely TM. The nurse manager's survival guide. 3rd ed. New York: Mosby; 2004.
9- Hajeeaghajanee S, Asadeenoghabee A. Psycho hygiene. Tehran: Boshra Publication; 1999. [Persian]
10- Alavee A. Management and organization psychology. Tehran: Pisheen Publication; 1995. [Persian]
11- Anderia A. College student and depression pilot initiative. Natl Ment Assoc J. 2002;24(30):4-50.
12- Ethkinson R. Hilligard psychology. Tehran: Arjomand Publication; 2005. [Persian]
13- Butler R. Depressive disorder. Am Fam Physician. 2002;65(7):1393-6.
14- Paulo E. Pectoris industrial and organizational psychology. Florida: John Wiley and Sons; 2000.
15- Holmes L. Reducing test anxiety leads to performance. USA: University of South Florida; 2001.
16- Clark J, Fox PA, Schneider NA. Feedback, test anxiety and performance in college. Psychol Rep. 1998;82(1):203-8.
17- Diet D. Effect of depression and anxiety on mortality and quality of life, four months after myocardial infarction. J Psychiatr Res. 2000;49:68-98.
18- Doyle E. Christine's work and organizational psychology: An introduction with attitude. New York: Taylor and Francis Group; 2009.
19- Griffin G, Rickj W. Organizational behavior people and organization. 6th ed. Boston: Managing Houghton Mifflin; 2001.
20- Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student patient relationship: A review of the literature from 1984 to 1998. J Adv Nurs. 2001;33(1);42-50.
21- Garner B. Evaluating the effect of massage therapy on stress, anxiety and aggression in a young adult psychiatric inpatient unit. Aust NZJ Psychiatry. 2008;42(5):414-22.
22- Kate C, Taneal W. Essential nursing care in the ED. Adv Emerg Nurs J. 2008;11:49-53.
23- Doi G. Principals caring: Comprehensive view to nursing. Tehran: Researcher Center Publication; 2002. [Persian]
24- Ebrahime H. Assess the effect relaxation on cardiac surgery patient's anxiety. Shahrekord Med Univ J. 2002;4(3):56-63. [Persian]
25- Beerier M, Snares SV. Preoperative teaching received and valued in early surgery setting. AORN J. 2003;3:77-9.
26- Tanami K. Education to patient principal. Tehran. Salemi Publication; 2001. [Persian]
27- Afrooz GH. Depression in adolescents, etiology and treatment. Payvand Educ J. 1997;271:6-11. [Persian]
28- Saatche M. Efficiency psychology. 2nd ed. Tehran: Virayesh Publication; 1997. [Persian]
29- Enshaehe S. Depression and anxiety prevalence in psoriasis patient. Skin Dis J. 2003;6(3):19-23. [Persian]
30- Esfandearpoor E, Afsharzadeh P. Depression prevalence in Vitiligo patients. Skin Dis J. 2003;6(3):13-8. [Persian]
31- Medanloo M. Depression prevalence in hemodialisis patient. Gorgan Med Univ J. 2005;7(1):47-50. [Persian]
32- Angst J, Dobler-Micol A. The Zurich study, continuum form depression to anxiety disorders. Eur Arch Psychiatry Neural. 1985;235(3):170-86.
33- Kaplan HI, Shaddock BJ. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Williams and Wilkin; 2003.
34- Noorbala A, Bagheri Yazdi S, Yasamy M. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatr. 2004;184:70-80. [Persian]
35- Bahranian A, Karamad A. Assess the anxiety epileptic patient in neurology department Emam-Hosein hospital. Shahid Beheshti Med Univ J. 2005;29(3):235-8. [Persian]
36- Nazare T. Depression and anxiety prevalence in medical and surgical ward patient. Am J Health Behav. 2002;8(2):18-25. [Persian]
37- Zaheeraddin A. Stress prevalence in asthmatic patient in Loghman hospital. Pajohandeh J. 2001;6(25):453-7. [Persian]

[Downloaded from jccnursing.com on 2024-04-25]