Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4, No. 3, Autumn 2011
Page: 141 - 148

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۹۰
صفحات: ۱۴۸ - ۱۴۱

عوامل تنش‌زای ناشی از بستری شدن در بخش مراقبت‌های قلبی

محبوبه نصیری* MSc، بهناز رحیمیان[۱] BSc، مهری جهانشاهی[۱] MSc، کریم‌اله حاجیان[۱] PhD، جواد نیک فر[۲] BSc

۱. دانشکده‌ی پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲. بیمارستان امام سجاد (ع)، رامسر، ایران

چکیده

اهداف: بستری شدن در بیمارستان، به خصوص در بخش‌های ویژه، با توجه به شرایط و ویژگی‌های خاص خود، می‌تواند تنش‌زا باشد. هدف این مطالعه «تعیین عوامل تنش‌زای ناشی از بستری شدن در بیماران بخش مراقبت‌های قلبی» بود.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی ـ مقطعی به روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۵۰ بستری در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر درسال ۱۳۸۸ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، شامل مشخصات فردی و پرسش‌نامه‌ی والیسر بود. برای تحلیل آماری از آزمون پارامتری با نرم افزار SPSS18 استفاده شد.

یافته‌ها: بالاترین عامل تنش زای جسمی، اتصال به مانیتور و بی‌خوابی و درزمینه‌ی عوامل تنش زای روانی، مشکل در انجام تکالیف شرعی و درخواست لوله ادرار و لگن و در زمینه‌ی تنش‌زای محیطی، صدای گفتگوی دیگران بود. بین میانگین نمرات عوامل تنش‌زای روانی با جنس، وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات، ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($p<۰/۰۵$) و همچنین میان میانگین نمرات عوامل تنش‌زای جسمی با وضعیت اشتغال و تعداد بستری در سال گذشته ارتباط معنی‌دار مشاهده شد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها می‌تواند به پرستاران در جهت شناسایی عوامل تنش زا و ارتقای کیفیت مراقبت پرستاری کمک کند.

واژگان کلیدی: عوامل تنش‌زا؛ بخش مراقبت قلبی بیمار ؛ بستری شدن

Stressors associated with hospitalization in the stressful cardiac care unit

Mahboobe Nasiri* MSc, Behnaz Rahimiyan[1] BSc, Mehri Jahanshahi[1] MSc, Karim Hajiyan[1] PhD, Javad Nikfar[2] BSc

**1. Faculty of Nursing, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran*

2. Emam Sajad Haspital, Ramsar, Iran

Abstract

Aims: Hospitalization, especially in intensive care unit, because of its specific conditions and characteristics can be stressful. The purpose of this study was to determine the stressors associated with hospitalization in the cardiac care unit patients.

Methods: This cross-sectional study was conducted by convenience sampling method on 150 patients who were hospitalized in the cardiac care unit of Ramsar's Imam Sajjad Hospital, in 2009. Data collection tools included personal details and the Valiser questionnaire. To analyze the gathered data, a parametric test was carried out and SPSS18 software was utilized.

Results:. The highest physical stressful factor was insomnia which was a result of being connected to a monitor; the main psychological stressor was the difficulty in saying prayers and requesting catheter and bedpan; and finally the major environmental stressor was the voice of others' talking. A significant relationship was observed between the psychological stressors scores and gender, employment status and educational level of patients ($p<0.05$). There was also a meaningful relationship between the physical stressors scores and employment status of patients and the number of hospitalized people in the past year ($p<0.05$).

Conclusion: The findings can help nurses to identify stressors and toimprove the quality of nursing care.

Key words: stressors; cardiac care unit; hospitalization

* نویسنده مسؤول: محبوبه نصیری، تمام درخواست‌ها باید به نشانی pazhouheshramsar@gmail.com ارسال شوند.

دریافت مقاله:۱۳۸۹/۱/۲۹ پذیرش مقاله:۱۳۸۹/۹/۸

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

مقدمه

بیماری‌های قلبی و عروقی سر دسته علل مرگ و میر در بیشتر کشورهای صنعتی از جمله ایالات متحده است که منجر به آسیب و ناتوانی قابل توجهی می‌شود و در راس علل هزینه‌ساز مراقبت‌های بهداشتی قرار دارد. از این رو بیماری قلبی و عروقی را اپیدمی قرن می‌نامند [۱].

در سال‌های اخیر، سن ابتلا به این بیماری نگران کننده بوده؛ به طوری که تعداد قابل توجهی از قربانیان را جوانان و افراد میان‌سال که به نکات بهداشتی توجهی نداشته و آسیب پذیرترند را تشکیل می‌دهد. این امر، علاوه بر ایجاد فاجعه برای خانواده، فشار سنگینی بر اقتصاد جامعه نیز وارد می‌کند [۲]. این بیماران در مرحله‌ی حاد نیاز به مراقبت‌های ویژه و بستری در بخش مراقبت ویژه را دارند. با در نظر گرفتن این که این بخش متشکل از یک واحد تخصصی پزشکی و پرستاری است که در آن مطابق موازین و مقررات علمی و با استفاده از تجهیزات، تأسیسات، امکانات و تکنولوژی پزشکی و داروهای لازم، درمان و مراقبت از بیمارانی که مبتلا به انفارکتوس میوکارد و عوارض حاد قلبی کشنده هستند، انجام می‌گیرد [۳] و بیماران نیز هوشیار هستند، محیط بخش مراقبت ویژه قلبی می‌تواند به عنوان عامل شدید استرس‌زا و زیان آور روانی مطرح شود [۴]. *یوسفی* و همکاران در این رابطه می‌نویسند که بیماران بستری در این بخش با تعدادی از تنش‌زاهای فیزیکی و روانی مواجه می‌شوند و انواعی از ترس و نگرانی را تجربه می‌کنند [۵] و علاوه بر تنش-زاهای روانی و فیزیکی، با تنش‌زاهای دیگری چون تنش‌زاهای محیطی و سایکولوژیکی نیز مواجه می‌شوند. از تنش‌زاهای فیزیکی می‌توان به درد و بی‌حرکتی و از تنش‌زاهای اجتماعی و سایکولوژیکی می‌توان به احساس تنهایی، اضطراب، افسردگی، مشکلات ارتباطی، ترس از مرگ و ناشناخته‌ها نام برد. همچنین از تنش‌زاهای محیطی می‌توان به صدای بلند آلارم‌ها و نور زیاد اشاره کرد [۶]. البته درک و ارزشیابی افراد از تنش‌زاها تحت تاثیر عواملی چون سطح تکاملی، وضعیت اجتماعی و فرهنگی، وضعیت روانی، تعداد و شدت تنیدگی‌آورها، مدت زمان رویارویی با آن‌ها و تجربه‌ی قبلی فرد نیز قرار می‌گیرد [۹].

باید توجه داشت استرس به هر صورتی که باشد پاسخ بدن درمقابل هر کدام از استرس‌ها یکسان است. به عبارتی استرس یک پاسخ فیزیولوژیکی، پسیکولوژی و غیر اختصاصی در مقابل هر گونه عوامل زیان آور و ادامه‌دار است [۶]. *بومن* معتقد است که بیماری که نیازمند بستری در بیمارستان است، تجربه‌ای ناخوش‌آیند خواهد داشت و آن را به صورت خطری برای زندگی شخصی خود حس می‌کند که این امر می‌تواند بر چگونگی پاسخ‌های وی تاثیر بگذارد [۶].

این استرس‌ها قادر هستند بر روی همه‌ی جنبه‌های ایمنی فرد تأثیر بگذارند و منجر به بروز عکس‌العمل‌های نامناسب شوند و این امر می‌تواند منجر به تشدید بیماری و یا مرگ شود. بنابراین هم‌زمان با ارایه‌ی مراقبت‌های درمانی در این بیماران، ارزشیابی استرس نیز طی بستری حایز اهمیت است [۱۰].

در کشور ما پژوهش‌های سازمان‌یافته درباره‌ی بررسی عوامل تنش‌زا در بیماران بستری، بخصوص در بخش مراقبت‌های ویژه محدود است. پژوهش کیفی انجام شده توسط *احمدی* در این زمینه نشان می‌دهد که توجه به مفاهیمی چون برقراری ارتباط انسانی و مؤثر، تقویت گوش دادن به بیمار، عدم تفویض اختیار، پروتکل‌های مراقبتی به افراد غیر واجد شرایط، مراعات کدهای اخلاقی و منشور حقوق بیماران، ضرورت مانیتور مستمر و آموزش به بیمار و اجرای طرح ترخیص و توجه به این که بیماران اصلی‌ترین تکیه‌گاه مراقبتی را پرستار می‌دانند، از اساسی‌ترین تم‌های این مطالعه بوده است [۱۱].

استرس خود یک موضوع ذهنی است [۱۲] که پاسخ فیزیولوژی عمومی و عاطفی فرد در مقابل محرک‌ها است و بخشی کلی از تجارب زندگی روزانه‌ی افراد را تشکیل می‌دهد [۱۳]. شناسایی عوامل تنش‌زا برای جامعه‌ی امور درمانی و پرستاری مهم است و آنان باید بیماران را از تنش‌زاهای غیر ضروری محافظت نمایند تا الگوهای سازگاری بیمار تقویت یابد و بدین ترتیب بیمار بتواند حداکثر مقابله را در برابر استرس‌های بعدی داشته باشد [۵ و ۱۲].

پژوهش‌گر بر اساس تجربیات قبلی، عوامل تنش‌زای فراوان در بیماران بستری بخش مراقبت ویژه قلبی از جمله محدودیت ملاقات، محیط کسل کننده و سر درگم، وجود صداهای اضافی و آلارم‌ها، نامناسب بودن تهویه‌ی محیط، وجود دستگاه‌های پیچیده، انجام دادن سریع مراقبت‌ها بدون توجه به برقراری ارتباط کلامی با بیمار، نگرانی راجع به بیماری و عوارض آن و همچنین تاثیر این عوامل مدت‌ها پس از ترخیص شدن را بارها مشاهده نموده است. این پژوهش با هدف کلی تعیین عوامل تنش‌زای ناشی از بستری شدن در بیماران بخش مراقبت ویژه قلبی انجام شد تا براساس این اطلاعات پایه، برنامه‌ریزی در جهت ارایه اقدامات اساسی و موثرتر امکان پذیر شود، زیرا این امر بدون شناسایی عوامل تنش‌زا غیر ممکن است.

روش‌ها

جامعه‌ی پژوهش این مطالعه‌ی توصیفی ـ مقطعی همه‌ی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی در سال ۱۳۸۸ بودند که با تشخیص بیماری قلبی ـ عروقی در بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر تحت بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. با توجه به پژوهش *نادر علی* که پنجاه درصد از واحدهای مورد پژوهش از

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

جدول ۱. توزیع فراوانی عوامل تنش‌زای جسمی در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب

عوامل تنش‌زای جسمی	خیر (درصد) تعداد	بلی (درصد) تعداد
درد ناشی از بیماری	۱۰۶ (۷۰/۷)	۴۴ (۲۹/۳)
بیخوابی	۵۴ (۳۶)	۹۶ (۶۴)
بیدار شدن مکرر برای انجام اقدامات درمانی	۱۳۱ (۸۷/۳)	۱۹ (۱۲/۷)
مراقبت‌های مکرر و مداوم (مثل کنترل فشار خون)	۱۳۳ (۸۸/۷)	۱۷ (۱۱/۳)
اقدامات تشخیصی و درمانی مختلف (مثل خون گیری)	۱۳۸ (۹۲)	۱۲ (۸)
استفاده از لوله و لگن در تخت	۹۷ (۶۴/۷)	۵۳ (۳۵/۳)
اجبار به استراحت در تخت	۶۱ (۴۰/۷)	۸۹ (۵۹/۳)
محدودیت حرکت در اثر اتصال به مانیتور	۱۴۸ (۹۸/۷)	۲ (۱/۳)
عدم پاسخ به موقع به در خواست های شما (مانند آب،مسکن)	۱۴۱ (۹۴)	۹ (۶)
عدم پاسخ به موع به در خواست شما برای دفع (ادرار،اجابت مزاج)	۱۰۵ (۷۰)	۴۵ (۳۰)
بی‌اشتهایی به خاطر استفاده از رژیم غذایی خاص (بی نمک، بی مزه)	۶۲ (۴۱/۳)	۸۸ (۵۸/۷)
درد ناشی از بعضی اقدامات (مانند تزریقات)	۸۶ (۵۷/۳)	۶۴ (۴۷/۷)
اتصال به دستگاه مانیتور	۱۹ (۱۲/۷)	۱۳۱ (۷۸/۳)

عوامل تنش‌زا برخوردار بوده‌اند [۱۳] با $p<۰/۰۵$ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد و $d=۰/۰۸$ بر اساس فرمول حجم نمونه، تعداد نمونه ۱۵۰ نفر تعیین شد. روش جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی شامل مشخصات فردی (قسمت اول) شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، نحوه‌ی پرداخت هزینه‌ی بیمارستان، سابقه‌ی بستری شدن در بیمارستان، علت بستری شدن، سابقه‌ی بستری شدن در بخش ویژه، وجود آشنا در بیمارستان و نسبت بیمار با آشنا، میزان تحصیلات و وضعیت اقتصادی و پرسش‌نامه‌ی *والیسر* (قسمت دوم) که شامل عوامل تنش‌زا است و متشکل از سیزده عبارت در رابطه با عوامل تنش‌زا جسمی، ۲۷ عبارت در رابطه با شناسایی عوامل تنش‌زا روانی و دوازده عبارت در رابطه با شناسایی عوامل تنش‌زا محیطی بود

در پایان بخش دوم، سوالی به صورت باز مطرح شد و در آن از بیماران خواسته شد که اگر عواملی به غیر از موارد خاصی در بخش باعث ناراحتی آن‌ها شده، آن را لیست نمایند.

برای پاسخ‌گویی به هر یک از سوالات تنظیم شده در رابطه با عوامل تنش‌زا (جسمی، روانی، محیطی) سه ستون شامل سه گزینه‌ی بلی، خیر، مواجه نشدم در نظر گرفته شد. برای پاسخ "بلی" امتیاز یک، پاسخ "خیر" امتیاز صفر و "مواجه نشدم" از کل سوالات کم شده و امتیاز آن ما بین سایر سؤالات تقسیم شد.

تقسیم‌بندی عوامل تنش‌زای جسمی به صورت استرس کم (۴-۰)، استرس متوسط (۹-۵)، استرس زیاد (۱۳-۱۰)؛ تقسیم‌بندی عوامل تنش‌زای روانی به صورت استرس کم (۸-۰)، استرس متوسط (۱۷-۹)، استرس زیاد (۲۷-۱۸)؛ تقسیم‌بندی عوامل تنش‌زای محیطی به صورت استرس کم (۴-۰)، استرس متوسط (۹-۵)، استرس زیاد (۱۲-۱۰) بود. برای تعیین اعتبار محتوی پرسش‌نامه، برگردان انگلیسی آن توسط هفت تن از اعضای محترم هیأت علمی تأیید شد و پایایی آن نیز از طریق آزمون کرونباخ برای عوامل تنش‌زا جسمی ۰/۶۵، روانی ۰/۶۹ و محیطی ۰/۶۰ بود.

پژوهشگر پس از کسب رضایت از بیماران و با در نظر گرفتن شرایط کلی پرسش‌نامه‌ها را از طریق مصاحبه تکمیل کرد. بیماران مبتلا به بیماری اعصاب و روان که توسط پزشک تأیید شدند و بیمارانی که در مدت سه ماه اخیر دچار مرگ خانواده درجه یک یا حوادث ناگوار دیگر شده بودند، از پژوهش حذف شدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها آنالیز آماری با استفاده از نرم افزار SPSS18 انجام گرفت و به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون تی، آنالیز واریانس) استفاده شد.

یافته‌ها

بیشتر واحدهای پژوهشی در گروه سنی ۴۵ الی ۵۴ سال (۳۸ درصد) بودند. محل سکونت بیشتر آنان شهر (۶۵/۳ درصد)، از نظر وضعیت شغلی، بیکار (۴۵/۳ درصد) و از نظر وضعیت تحصیلی بی‌سواد (۵۹/۳ درصد) بودند. تعداد زن و مرد در این پژوهش یکسان انتخاب شدند. بیشتر نمونه‌ها سابقه‌ی بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی را داشتند (۵۴ درصد) و بیشتر آن‌ها دو بار در سال گذشته در بخش مرافبت ویژه قلبی بستری شده بودند (۶۹/۳ درصد). بیشتر داده‌ها دارای بیمه‌ی خدمات درمانی (۹۲/۷ درصد) بودند. بیشتر آنان تشخیص انفارکتوس میوکارد (۴۲ درصد) داشتند و ۶۹ درصد نیز در بیمارستان آشنایی نداشتند.

توزیع فراوانی عوامل تنش‌زا، نشان داد که بیشترین عامل تنش‌زای جسمی به ترتیب اتصال به مانیتور (۸۷/۳ درصد) و بی‌خوابی (۶۴ درصد) بود. (جدول ۱)

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

جدول ۲. توزیع فراوانی عوامل تنش‌زای محیطی در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب

عوامل تنش‌زای محیطی	خیر (درصد) تعداد	بلی (درصد) تعداد
وجود دستگاه های محیطی	۱۴۳ (۹۵/۳)	۷ (۴/۷)
رفت وآمد دیگران	۱۱۸ (۷۸/۷)	۳۲ (۲۱/۳)
صدای گفتگوی دیگران	۶۹ (۴۶)	۸۱ (۵۴)
صداهای غیر معمول	۱۳۲ (۸۸)	۱۸ (۱۲)
وجود نور زیاد در محیط	۱۴۷ (۹۸)	۳ (۲)
روشن بودن چراغهای در شب	۱۴۷ (۹۸)	۳ (۲)
خوابیدن بر روی تخت	۱۱۶ (۷۷/۳)	۳۴ (۲۲/۷)
ساعات توزیع غذا	۱۴۴ (۹۶)	۶ (۴)
مناسب نبودن دمای محیط	۱۳۴ (۸۹/۳)	۱۶ (۱۰/۷)
کمبود پنجره	۱۴۸ (۹۸/۷)	۲ (۱/۳)
وجود بوهای نامطبوع	۱۴۱ (۹۴)	۹ (۶)
مقرارت سخت ساعات ملاقات	۱۲۲ (۸۱/۳)	۲۸ (۱۸/۷)

در رابطه با عوامل تنش‌زای محیطی، بالاترین عامل استرس به ترتیب صدای گفتگوی دیگران (۵۴ درصد) و خوابیدن بر روی تخت بیمارستان (۲۲/۷ درصد) بود. (جدول ۲)

در رابطه با عوامل تنش‌زای روانی، بالاترین عامل استرس به ترتیب مشکل در انجام تکالیف شرعی (۸۴ درصد) و درخواست لوله ادراری و لگن (۷۶/۷ درصد) گزارش شد. (جدول ۳)

میانگین نمرات کسب شده از عوامل تنش‌زا جسمی در متغیر وضعیت اشتغال معنی‌دار بود که میانگین نمرات و انحراف معیار در هر یک از متغیرها در جدول ۴ ذگر شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده از عوامل تنش‌زای روانی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که با استفاده از آزمون آنالیز و واریانس بین عوامل تنش‌زای روانی با متغیرهای وضعیت اشتغال و میزان تحصیلات ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (به ترتیب $p<۰/۰۰$ و $p<۰/۰۳$) به طوری که بالاترین نمرات مربوط به گروه بی‌کار و دیپلم بوده است و با سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد؛ اما بالاترین نمرات کسب شده در متغیر جنس در گروه مؤنث، در متغیر سن در گروه سنی ۴۵ الی ۵۴ سال و در متغیر محل سکونت، روستا بود.

نتایج پژوهش با استفاده از آزمون تی برای متغیرهای جنس و محل سکونت و آزمون آنالیز واریانس برای سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال با میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده از عوامل تنش‌زای محیطی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که بین عوامل تنش‌زای محیطی با هیچ کدام از متغیرها، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد؛ اما بالاترین نمرات کسب شده در متغیر جنس در گروه مؤنث، در متغیر سن در گروه سنی ۳۴ الی ۴۳ سال، در متغیر میزان تحصیلات دیپلم، در متغیر محل سکونت شهر و در متغیر وضعیت اشتغال، سایر مشاغل بود.

با استفاده از آزمون تی بین «آیا سابقه بستری درCCU داشته‌اند؟» و «وجود آشنا در بیمارستان» ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد؛ اما بالاترین میانگین نمرات در سابقه‌ی بستری در عوامل تنش‌زای جسمی گزینه بله، درد و عوامل تنیدگی‌آور محیطی و روانی گزینه خیر بود.

میزان استرس بیشتر داده‌ها در حد متوسط بود و به ترتیب مربوط به عوامل تنش‌زا جسمی، روانی و محیطی است.

بحث

در پژوهش حاضر عوامل تنش‌زا شدید محدود بوده است. اگر مجموع عوامل تنش‌زا شدید و متوسط را در نظر بگیریم، بالاترین عامل تنش‌زا از دیدگاه بیماران به ترتیب مربوط به عوامل جسمی، روانی و محیطی بود که با یافته‌های پژوهش *هاساواری* هم‌خوانی دارد [۱۴]. یافته‌های پژوهش *کیم لم* و همکاران نشان می‌دهد که وجود درد، فروکردن مکرر سوزن و احساس بیزاری از عوامل تنش‌زا مهم در بخش مراقبت‌های ویژه بود [۱۵]. نتایج پژوهش *هویدی* در این رابطه حاکی از آن بود که عوامل اصلی تنش‌زای فیزیکی، وجود لوله در بینی و دهان بود [۴] که با یافته‌ها این پژوهش هم‌خوانی ندارد؛ به طوری که در پژوهش حاضر بالاترین عامل تنش‌زا از دیدگاه بیمار به ترتیب اتصال به مانیتور، مشکل در انجام تکالیف شرعی و درخواست لوله ادرار و لگن بود. می‌توان اذعان داشت که عبادت و ذکر خدا و انجام فرایض دینی سبب آرامش انسان‌ها می‌شود و زنان و مردانی که مقید به انجام فرایض دینی هستند، زمانی که قادر به انجام آن نباشند، این خود می‌تواند باعث به وجود آمدن تنش در بیمار شود و همین طور به نظر می‌رسد ملاحظات اخلاقی و احساس شرم و حیا، مانع از درخواست لوله ادراری و لگن می‌شود که این امر می‌تواند عواقب ناگواری به همراه داشته باشد. *ماروستی و دانتاس* در

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

جدول ۳. توزیع فراوانی عوامل تنش‌زای روحی در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب

عوامل تنش‌زای روانی	خیر (درصد) تعداد	بلی (درصد) تعداد	مواجه نشدم (درصد) تعداد
اظطراب و نگرانی در زمینه استفاده از لوله و لگن در بخش	۳۶ (۲۴)	۱۴۴ (۷۶)	
خوابیدن در بخش بطوریکه بیماران دیگر قابل رویت هستند	۱۴۲ (۹۷/۷)	۸ (۵/۳)	
انجام تدبیر درمانی و تشخیصی بدون اطلاع به شما	۱۳۴ (۸۹/۳)	۱۶ (۱۰/۷)	
عدم اطلاع در مورد بیماری و عاقبت آن	۳۷ (۲۴/۷)	۱۱۳ (۷۵/۳)	
صحبت خصوصی کادردرمانی با یکدیگر	۱۳۶ (۹۰/۷)	۱۴ (۹/۳)	
نحوه ارتباط کادردرمان با شما	۱۴۴ (۹۶)	۶ (۴)	
استفاده از اصطلاحات پزشکی نا مفهوم	۹۴ (۶۲/۷)	۵۶ (۳۷/۳)	
مقایسه وضعیت خودتان با سایر بیماران	۱۰۴ (۶۹/۳)	۴۶ (۳۰/۷)	
دوری از خانواده	۷۸ (۵۲)	۷۲ (۴۸)	
احساس تنهایی	۸۲ (۵۴/۷)	۶۸ (۴۵/۳)	
ضرورت تهیه دارو و لوازم توسط افراد خانواده	۱۳۸ (۹۲)	۱۲ (۸)	
نگرانی از عدم بهبودی	۱۰۸ (۷۲)	۴۲ (۲۸)	
ترس از وابستگی به دستگاه	۱۳۷ (۹۱/۳)	۱۳ (۸/۷)	
ترس از سکته‌های بعدی	۸۳ (۵۵/۳)	۶۷ (۴۴/۷)	
ترس از خرابی احتمالی دستگاه ها	۱۴۱ (۹۴)	۹ (۶)	
برهنگی قسمت فوقانی بدن	۱۱۵ (۷۶/۷)	۳۵ (۲۳/۳)	
نبودن ساعت و تقویم در معرض دید شما	۱۴۸ (۹۸/۷)	۲ (۱/۳)	
مشاهده انجام اقدامات تشخیصی ودرمانی برای بیماران دیگر	۱۴۱ (۹۴)	۹ (۶)	
مشاهده مرگ سایر بیماران	۳ (۲)	۸ (۵/۳)	۱۳۹ (۹۲/۷)
پرداخت هزینه های بیمارستان	۱۳۱ (۸۷/۳)	۱۹ (۱۲/۷)	
تغییر شکل بدن	۶۱ (۴۰/۷)	۸۹ (۵۹/۳)	
مشکلات اقتصادی پس از تر خیص	۱۳۰ (۸۶/۷)	۲۰ (۱۳/۳)	
ترس از تغییر نحوه زندگی	۶۸ (۴۵/۳)	۸۲ (۵۴/۷)	
نیاز به دریافت کمک برای انجام امور شخصی	۱۰۷ (۷۱/۳)	۴۳ (۲۷/۸)	
مشاهده ناراحتی سایر بیماران	۱۲۱ (۸۰/۷)	۲۸ (۱۸/۷)	۱ (۰/۶)
مشکل در انجام تکالیف شرعی	۲۴ (۱۶)	۱۲۶ (۸۴)	
محدودیت ملاقات	۷۷ (۵۱/۳)	۷۳ (۴۸/۸)	

این رابطه می‌نویسند با توجه به شرایط بخش مرافبت ویژه قلبی، بیشتر بیماران خلوت خود را از دست می‌دهند و اغلب مردان و زنان در این واحد در یک محیط بستری می‌شوند [۱۶].

در پژوهش حاضر، بی‌خوابی، یکی دیگر از عوامل تنش‌زای جسمی مهم بود. نتایج پژوهش *تپف* و همکاران که وضعیت خواب بیماران که از طریق پرسش‌نامه‌ی خود گزارش‌دهی شد، نشان داد که کاهش خواب و کاهش کیفیت خواب در مقایسه باخانه بیشتر بود و در مجموع صداهای موجود در بخش مرافبت ویژه قلبی اثرات منفی روی خواب بیماران گذاشت [۱۷]؛ در حالی که در پژوهش *احمدی* بی‌خوابی از موارد اساسی در تجربه‌ی بستری شدن از دیدگاه بیمار در بخش مرافبت ویژه قلبی نبود [۱۱].

محیط ناآشنا، بیدار شدن مکرر برای انجام اقدامات درمانی، احساس تنهایی، عدم اطلاع در مورد بیماری و عاقبت آن، از جمله مواردی هستند که می‌تواند بر کیفیت خواب بیماران تاثیر بگذارد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین جنس و عوامل تنش‌زای روانی ارتباط معنی‌دار مشاهده شد. به طوری که میزان عوامل تنش‌زا در زنان بیشتر از مردان گزارش شد، که با نتایج پژوهش *هاساوایی* نیز همخوانی دارد [۱۴].

یافته‌های پژوهش *ماروستی و دانتوس* نشان داد اگرچه زنان نسبت به مردان تنش بیشتری را در واحدهای بخش مرافبت ویژه قلبی گزارش می‌کنند اما ارتباط معنی‌داری بین جنس و عامل تنش‌زا وجود نداشت [۱۶]. زنان در مقایسه با مردان نسبت به مسایل عاطفی‌تر برخورد می‌کنند و نسبت به عوامل روانی مطرح شده در این پژوهش مانند نگرانی، ترس، برهنگی قسمت فوقانی، مشاهده ناراحتی دیگران، احساس تنهایی و دوری از خانواده، بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

در پژوهش حاضر میانگین نمرات عوامل تنیدگی‌آور جسمی با افزایش سن افزایش یافت و گروه سنی ۷۵ الی ۸۶ سال بالاترین

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده از عوامل استرس‌زای جسمی برحسب متغیرهای جمعیت شناختی در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب

متغیر های جمعیت شناختی		انحراف معیار±میانگین	تعداد	درصد	و نوع آزمون و نتیجه
جنس	مذکر	۴/۲۲±۲/۴۶	۷۵	۵۰	آزمون تی
	مؤنث	۴/۷۶±۲/۰۶	۷۵	۵۰	t=-1.142 معنی دار نبود
سن	۳۴-۴۴	۳/۷۲±۲/۶۳	۷	۴/۶۷	آنالیز واریانس
	۴۵-۵۴	۴/۵۷±۲/۳۵	۲۴	۱۶	F=0.57
	۵۵-۶۴	۴/۰۶±۱/۹۱	۳۵	۲۳/۳۳	معنی دار نبود
	۶۵-۷۴	۴/۵۷±۲/۳۳	۴۸	۳۲	
	۷۵-۸۶	۴/۹۴±۲/۵۱	۳۶	۲۴	
وضعیت تأهل	مجرد	۳/۵±۰/۷۱	۲	۱/۳۳	آنالیز واریانس
	متأهل	۴/۳۸±۲/۳۳	۱۳۱	۸۷/۳۳	F=1.08
	مطلقه	۵	۱	۰/۶۷	معنی دار نبود
	بیوه	۵/۵±۱/۷۱	۱۶	۱۰/۶۷	
تحصیلات	بی سواد	۷/۷۴±۲/۳۱	۸۹	۵۹/۳۳	آنالیز واریانس
	خواندن ونوشتن	۴/۵۸±۲/۱۹	۱۲	۸	F=0.89
	زیر دیپلم	۳/۷۴±۲/۲۳	۱۹	۱۲/۶۷	معنی دار نبود
	دیپلم	۴/۹۲±۲/۲۵	۲۱	۱۴	
	بالاتر از دیپلم	۳/۲۲±۱/۹۲	۹	۶	
محل سکونت	شهر	۴/۶۹±۲/۳۵	۹۹	۶۶	آزمون تی
	روستا	۴/۱±۲/۱	۵۱	۳۴	F=0.36 معنی دار نبود
وضعیت اشتغال	بیکار	۴/۹۳±۱/۹۶	۶۸	۴۵/۳۳	آنالیزواریانس
	کارگر	۴/۲۲±۰/۹۷	۹	۶	t=-0.332
	کشاورز	۴/۷۸±۳/۰۹	۲۳	۱۵/۳۳	معنی دار بود
	آزاد	۳/۹۵±۲/۳	۲۲	۱۴/۶۷	p<0.02
	بازنشسته	۳/۵۳±۲/۲۹	۱۵	۱۰	
	سایر مشاغل	۳/۸۳±۲/۴۴	۱۳	۸/۴۷	

میانگین نمرات را داشتند اما در بعد روانی بالاترین عامل تنیدگی‌آور از دیدگاه بیمار مربوط به گروه سنی ۴۵ الی ۵۴ سال و در بعد محیطی در گروه سنی ۳۴ الی ۴۴ بود. در حالی که نتایج پژوهش *ماروستی و اسپادوتی دانتوس* نشان داد که در مجموع استرس با افزایش سن نسبت عکس دارد به طوری که بیماران پیرتر، استرس-هایشان پایین‌تر ذکر شد [۱۶]، در حالی که یافته‌های پژوهش *هاساواری* حاکی از این است که بین شدت درد و شدت عوامل تنش زا روانی، ارتباط به صورت خطی و معکوس وجود داشته است که با نتایج این پژوهش همخوانی ندارد [۱۴].

در پژوهش *احمدی* برقراری ارتباط انسانی و مؤثر، اساسی‌ترین نکته-ی مورد بحث بود؛ حال آن که در این پژوهش، ۹۶ درصد از بیماران آن را جزو عامل استرس مطرح نکردند اما عدم اطلاع در مورد

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

جدول ۵. توزیع فراوانی عوامل تنش زای بیماران ازنظر میزان استرس در بیماران بستری در بخش مرافبت ویژه قلبی

میزان استرس	کم		متوسط		شدید	
عوامل استرس آور	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جسمی	۶۷	۴۴/۶۷	۸۳	۵۵/۳۳	-	-
روانی	۷۷	۵۱/۴	۷۱	۴۷/۳	۲	۱/۳
محیطی	۷۹	۵۲/۶۶	۶۷	۴۴/۶۷	۴	۲/۶۷

بیماری و عاقبت آن در ۷۵/۳ درصد بیماران به عنوان عامل استرس گزارش شد که در پژوهش احمدی نیز یکی از تم‌های اساسی آموزش به بیمار بود [۱۱].

با توجه به اثرات منفی عوامل تنیدگی‌آور بخصوص شدید و طولانی مدت [۱۸] شناسایی عوامل تنش‌زا با در نظر گرفتن شرایط بخش در تداوم و روند درمان بیماران می‌تواند مفید باشد. پس در مراقبت از بیماران، به خصوص در بخش‌های ویژه که بیمار وارد محیط ناآشنا با سیستم‌ها و دستگاه‌های پیچیده می‌شود باید به این مهم توجه کرد.

بر اساس نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که شرایط و امکانات لازم در بخش برای انجام عبادت (نماز) به وجود آید و در رابطه با نیازهای دفعی نیز می‌توان زنگ خبری در بالای سر بیمار همراه با تصویر حک شده (باتوجه به شرایط سنی و سطح سواد افراد) گذاشته شود تا بیمار در صورت نیاز با فشار دادن آن زنگ خبر به نیروی خدمات بخش اطلاع رسانی کند و اقدامات لازم در این رابطه انجام پذیرد.

با توجه به عوامل تنش‌زای مهم در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه بررسی علل عامل تنش‌زا اتصال به مانیتور و بی‌خوابی و راه‌کارهای مقابله با آن و نقش عبادت و ذکر خدا در کاهش عوامل تنش‌زا انجام شود.

نتیجه‌گیری

تنش، یکی از پیچیده‌ترین مفاهیم در پرستاری و بهداشت است و بستری شدن در بیمارستان می‌تواند عامل تنش‌زا مهمی برای بیمار باشد. بر اساس یافته‌های این پژوهش که عوامل تنش‌زا در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های قلب با برخی از متغیرهای جمعیت شناختی فرد ارتباط معنی‌دار گزارش شده است، شناسایی این عوامل با توجه به ویژگی‌های کلی هر فرد در روند مراقبت از بیماران ضروری است.

تشکر و قدردانی

از همه‌ی پزشکان و پرسنل محترم بخش مرافبت ویژه قلبی بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر که در انجام این پژوهش با ما همکاری داشتند کمال تشکر و سپاس را داریم.

References

1. Abolhassani SH, Khalifeh zadeh A, Zarkeshan R. Effect of treatment on arrhythmia and chest pain patients admitted in coronary care units in the heart of Isfahan Noor hospital. Heart J. 2006;31(3):24. Available from: http://www.sid.ir/fa/ViewPaper.asp?ID=87265&varStr=4.
2. Ryan CJ, DeVon HA, Horne R, King KB, Milner K, Moser DK, et al. Symptom cluster inAcut myocardial infarction. Nurs Res. 2007Mar-Apr;56(2):72-81.
3. Lukkarinen H, Hentinen M. Ttreatments of coronary Artery Disease Improve Quality of life in the long term. Nurs Res. 2006Jan-Feb;55(1):26-33.
4. Hweidi ZM. Jordanion patient, perception of stressors in critical care unit: A Questionnaire survej. Int J Nurs stud. 2007Feb:44(2):227-35.
5. Yusefi A, Khayyam-Nekouei Z, Sadegh M, Ahmadi SA, Rouhafza H, Rabiei K, et al. The effect of cognitive-Behavioral therapy in heart disease patients. ARYA Atherosclerosis. 2006;2(6):84-88.
6. Bucher L, Melander S. Critical care Nursing. Philadelphia: W.B.saunders co. 1999.
7. Iynch VA. forensic Nursirg . Philadelphia: mosby co. 2006.
8. Bow man G, Watson R, Trotman-Beasty A. Primary emotion in Patients after myocardial infarction. J Adv Nurs. 2006;53(6):636-45.
9. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing. USA: Mosby co.2001.
10. Rincon HG, Granados M,Unutzer J, Gomez M, Duran R, Badiel M, et al. Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirum in the adult critical care unit. phychosomatics. 2001 Sep-Oct;42(5):391-6.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

11. Ahmadi F. Hospitalization experiences in ccu view of patients. Heart J. 2006Oct;114(18):1905-13. [Persian]
12. Bauer, Barbara B, Hill,Signe S. Mental Health Nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Company.2000.
13. Nader Ali M B, Hoomany Farahani M, Seyed Mousavi M M, Kayani P. Stressor and copying of patients treated with MI disease in hospital shahid Madani Khoe. Heart J. 2006 Oct;31(3):163. [Persian]
14. Hasavary F. Stressor of hospitalization from the perspective of patients myocardial infarction disease in intensive care unite . Affiliated to the university of medical science master thesis. Gilan medical nursing education.1997:1. [Persian]
15. Kim Lam S,Kim Geok S, Zaiton A, Rosna Abdul R, Salimah J.Perception of Intensive Care Unit Stressors by patients in Malaysian Federal Territory hospitals. Contemp Nurse. 2008 Dec;31(1):86-93.
16. Marosti CA, Dantas RA. Relation between stressors and sociodemographic and clinical characteristics of patients hospitalized at a coronary unit. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(5):713-9.
17. Tapf M, Bookman M, Arand D. Effects of critical care unit noise on the subjective quality of sleep. J Adv Nurs. 1996Sep;24(3):545-51.
18. Holroyd E, Cheung YK, Chung SW, Luk FS, Wong WW. A Chinese culture perpective of nursing care behaviors in an acute setting. J Adv Nurs. 1988;28(6):1289-94.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]