

## بررسی ارتباط بین مشخصات فردی-اجتماعی بیماران دچار زندگی نباتی با نشانه‌های روانی در مراقبین خانوادگی

شاهرخ یوسف زاده چابک<sup>۱</sup>، محمد رضا امام هادی<sup>۲</sup>، بابک علیجانی<sup>۳</sup>، مرضیه چراغ سپهر<sup>۴</sup>، نعیم خدادادی حسنکیاده<sup>۵\*</sup>

<sup>۱</sup> استاد دانشکده پزشکی، متخصص جراحی مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار دانشکده پزشکی، متخصص جراحی مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۳</sup> استادیار دانشکده پزشکی، متخصص جراحی مغز و اعصاب، مرکز تحقیقات تروما جاده‌ای گیلان، بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد MBA، گرایش مالی، بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد روان پرستاری، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
\* نویسنده مسئول: نعیم خدادادی، کارشناس ارشد روان پرستاری، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. ایمیل: n\_khodadady@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۲۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** مراقبت از بیماران در منزل سلامت روانی مراقبین را تهدید می‌کند و منجر به ایجاد نشانه‌های روانی می‌شود. هدف این مطالعه تعیین ارتباط بین مشخصات فردی-اجتماعی بیماران دچار زندگی نباتی با نشانه‌های روانی در مراقبین خانوادگی بود. **روش کار:** در مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر، ۸۰ نفر از مراقبین بیماران نباتی ناشی از تصادف با وسایل نقلیه موتوری مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی پورسینا شهر رشت در سال ۱۳۹۲ شرکت داشتند. در این مطالعه از پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی و چک لیست نشانه‌های روانی SCL-90-R استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، تی تست و آزمون نا پارامتری کروسکال والیس و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بیشترین نشانه روانی در مراقبین شامل اختلال شکایت جسمانی و اضطراب بوده و کمترین نشانه مربوط به اختلال وسواسی-جبری بود. همچنین نتایج بیانگر آن بود که میانگین نمره شاخص کلی مرضی مراقبین با سطح هوشیاری بیمار، سیکل خواب و بیداری، پاسخ گویی عاطفی بیمار و نیز نوع رابطه خویشاوندی در ارتباط می‌باشد ( $P < 0/05$ ). **نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر مراقبین بیماران نباتی با اختلال شکایت جسمانی و اضطراب بسیار زیادی مواجه هستند، بنابراین توجه به نشانه‌های روانی مراقبین این دسته از بیماران می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. **واژگان کلیدی:** مراقبین خانوادگی، نشانه‌های روانی، وضعیت نباتی، روان پرستاری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

عده‌ای از این مصدومین، وضعیت نباتی (vegetative state) دارند که یک آسیب مغزی شدید است که می‌تواند متعاقب یک حادثه حاد تروماتیک یا غیر تروماتیک مغزی، به وجود آید (۵). به این وضعیت، حالت بیداری (wakefulness) با چشمان باز (eye opening) نیز می‌گویند. در این وضعیت بیمار قادر نمی‌باشد که واکنش معنا دار به محرک‌ها نشان دهد (۶). در وضعیت نباتی، سیکل خواب و بیداری (sleep-wake cycles) و عملکرد اتونومیک وجود دارد ولی بیمار در

تصادف با وسایل نقلیه موتوری، ضمن این که علت عمده مرگ و میر بوده (۱، ۲) سبب مصدومیت ۲۴۰ هزار نفر بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷ شده است (۳). سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده (Disability Adjusted Life Year) در ایران به علت تصادفات رانندگی، سه برابر بیشتر از بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان می‌باشد (۲). این ناتوانی‌ها، اهمیت نیاز به مراقبت در منزل توسط مراقبین را نشان می‌دهد (۴).

بیمار با نشانه‌های روانی مراقبین بیماران وضعیت نباتی وجود داشت. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین مشخصات فردی-اجتماعی بیماران وضعیت نباتی با نشانه‌های روانی مراقبین خانوادگی انجام گردید.

## روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد. جامعه پژوهش مطالعه حاضر را کلیه مراقبین خانوادگی بیماران نباتی ناشی از تصادف با وسایل نقلیه موتوری استان گیلان که به مرکز آموزشی-درمانی پورسینا شهر رشت مراجعه می‌کردند تشکیل می‌دادند. در این مطالعه از نمونه گیری در دسترس جهت انتخاب آزمودنی‌ها استفاده گردید و حجم نمونه در مدت یک سال، یعنی از آغاز تا پایان مطالعه در سال ۱۳۹۲ به ۸۰ نفر رسید. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص پزشکی وضعیت نباتی متعاقب تصادف با وسایل نقلیه موتوری با ضریب هوشیاری گلاسکو هفت و کمتر از آن، مراقبت از بیمار حداقل به مدت سه ماه و به دفعات ۵ روز در هفته و داشتن ارتباط فامیلی بسیار نزدیک با بیمار (پدر، مادر، همسر، فرزند، برادر، خواهر و یا وابستگان فامیلی نزدیک) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل بالا رفتن وضعیت هوشیاری بیمار به بیش از هفت بر اساس ضریب هوشیاری گلاسکو نسبت به زمان مراجعه به کلینیک و نیز عدم تمایل آزمودنی‌ها به ادامه شرکت در مطالعه بود.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی، معیار گلاسکو (glasgow coma scale: GCS) و چک لیست نشانه‌های روانی SCL-90-R بود. پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی شامل متغیرهایی مانند سن، جنس، سطح هوشیاری، سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی (emotional responsiveness)، وضعیت اقتصادی، تعداد مراقبین، نسبت خویشاوندی مراقبین با بیمار و حمایت مالی بود. از معیار گلاسکو جهت تعیین سطح هوشیاری بیماران نباتی مراجعه کننده به کلینیک مرکز آموزشی-درمانی پورسینا استفاده گردید.

در مطالعه حاضر از چک لیست نشانه‌های روانی (SCL-90-R) که توسط Derogates و همکاران (۱۹۸۴) تهیه شده است جهت بررسی نشانه‌های روانی استفاده گردید (۱۸). این مقیاس دارای ۹۰ گویه و نه خرده مقیاس می‌باشد که به صورت خود گزارش دهی تکمیل می‌گردد. نه خرده مقیاس علائم روانی شامل ترس مرضی (فوبی)، اضطراب، افسردگی، شبه جسمی، وسواسی-اجباری، عدم اعتماد (افکار پارانوئید) حساسیت در روابط بین فردی، خصومت و روان گسستگی (psycho-neuroticism) می‌باشد، و شاخص کلی مرضی (global severity index: GSI) از مجموع نه بعد آن به دست می‌آید. هر سؤال یک نشانه فیزیکی یا روان شناختی را که روی یک مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت در دامنه صفر (نه ابدأ) تا ۴ (خیلی زیاد) قرار گرفته است، توصیف می‌کند. از آزمودنی‌ها درخواست می‌گردد به تمامی سؤالات در مورد نشانه‌هایی که از یک هفته قبل تجربه نموده‌اند پاسخ دهند (۱۹). هر بعد این پرسشنامه حاوی ۶ تا ۱۳ ماده است. در هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین ضریب آلفای کرونباخ، مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان گسستگی (۰/۷۷) بوده است. همچنین در بررسی پایایی به شیوه باز آزمایی نیز ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ محاسبه گردید

شناسایی محیط اطراف خود دچار اختلال می‌باشد (۵). تعداد این بیماران به طور مداوم رو به افزایش است. سطح هوشیاری بیمار ممکن است بهبود یافته و یا مدت‌های طولانی در همان وضعیت باقی بماند. در آمریکا شیوع سالانه این وضعیت ۱۴ هزار تا ۳۵ هزار گزارش شده است (۷).

مراقبین یکی از مؤلفه حیاتی ارائه خدمات به بیماران هستند و مسئولیت رفاه و کیفیت زندگی آن‌ها را بر عهده دارند (۸). مراقبت از بیماران وضعیت نباتی، مشکلات زیادی برای مراقبین خانوادگی بدنبال دارد زیرا حتی زمانی که وضعیت پزشکی آن‌ها به طور آشکاری ثابت است، به مراقبت‌های پزشکی و پرستاری مستمر نیاز دارند. تقریباً همه آنها یک لوله تراشه و یک پمپ تغذیه تزریقی داشته و باید هر دو ساعت یک بار تغییر وضعیت داده شوند (۹). بنابراین در چنین شرایطی وضعیت روان شناختی مراقبین تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۷). همراه شدن فشار روانی با سختی و مسئولیت مراقبت منجر به ایجاد تغییرات بیولوژیک (۱۰) و نشانه‌های روانی در مراقبین می‌شود (۱۱) و متعاقباً کیفیت مراقبت از بیمار تحت شعاع قرار می‌گیرد (۱۲) از انواع اختلال روانی مراقبین می‌توان به استرس، اضطراب، افسردگی و اختلالات خواب و خوردن اشاره نمود (۷، ۱۳).

در مطالعه Guarnerio و همکاران که روی ۴۰ نفر از این مراقبین انجام گرفت، ۶۵ درصد نمونه‌ها حداقل به یکی از انواع اختلالات روانی، نظیر سوگ طولانی، اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی مبتلا بودند (۴). البته برخی از مطالعات نتایج متفاوتی گزارش نموده‌اند، به عنوان مثال در مطالعه Im و همکارانش که روی ۲۷ نفر از مراقبین بیماران وابسته به ونتیلاتور در خانه انجام شده بود، هیچ نوع اختلال روانی در این مراقبین گزارش نشده است (۱۴).

مطالعات متعددی در خصوص مراقبین بیماران وضعیت نباتی انجام شده است. به عنوان مثال در مطالعه Guarnerio اختلال در دلبستگی، غفلت یا سوء رفتار در کودکی، ارتباط عمیق با فرد از دست رفته، ماهیت تروماتیک حادثه و سن کم مراقبین جزء متغیرهای پیش بینی کننده اختلال سوگ طولانی در این دسته از مراقبین می‌باشند (۶). همچنین برخی از منابع نشان داده‌اند که مشخصات فردی-اجتماعی بیمار مانند سن کم بیمار (۶)، حمایت ناکافی، وضعیت اقتصادی پایین (۱۵) و شدت بیماری، (۱۲) از عوامل تهدید کننده سلامت روان مراقبین به شمار می‌آیند. Breitbart و همکاران در مطالعه خود ارتباط معنی داری بین سطح عملکردی بیمار مبتلا به دمانس و نشانه‌های روانی مراقبین را گزارش کرده‌اند (۱۶).

رحمانی و همکاران در مطالعه‌ای بر روی مراقبین بیماران با وضعیت نورولوژیک گزارش نمودند که زنان در مقایسه با مردان افسرده‌تر می‌باشند و همچنین وضعیت درآمد خانواده با سلامت عمومی مراقبین در ارتباط می‌باشد (۱۷). مراقبت با کیفیت در منزل از میزان بستری‌های مجدد و عود بیماری‌های مزمن می‌کاهد (۴)، این مسئله ضرورت برخورداری مراقبین از سلامت روانی را نشان می‌دهد ولی قبل از آن باید به بررسی این مهم پرداخت که فراوانی نشانه‌های روانی مراقبین در منزل چقدر است و کدام یک از ویژگی‌های بیمار ممکن است به آن مرتبط باشد. در برخی از مطالعات ارتباط چند عامل با اختلالات روانی مراقبین مورد بررسی قرار گرفته است اما مطالعات بسیار اندکی در خصوص بررسی ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی

جدول ۱: مشخصات فردی و اجتماعی مراقبین و بیماران وضعیت نباتی.

نام متغیر	فراوانی (تعداد)
<b>ضریب هوشیاری (GCS)</b>	
GCS = ۴	۱۱ (۱۳/۸)
GCS = ۵	۲۶ (۳۲/۵)
GCS = ۶	۳۰ (۳۷/۵)
GCS = ۷	۱۳ (۱۶/۳)
<b>طول مدت وضعیت نباتی</b>	
کمتر از ۱ سال	۳۹ (۴۸/۸)
۱-۲ سال	۱۳ (۱۶/۳)
بالاتر از ۲ سال	۲۸ (۳۵)
<b>نوع خویشاوندی با بیمار</b>	
فرزند	۱۵ (۱۸/۸)
همسر	۱۷ (۲۱/۳)
پدر	۱۶ (۲۰)
مادر	۱۶ (۲۰)
خواهر	۵ (۶/۳)
برادر	۳ (۳/۸)
سایر	۷ (۸/۸)
<b>جنس</b>	
مرد	۶۶ (۸۲/۵)
زن	۱۴ (۱۷/۵)
<b>سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی</b>	
دارد	۳ (۳/۸)
ندارد	۷۷ (۹۶/۳)
<b>حمایت اجتماعی</b>	
خانواده	۵۴ (۶۷/۵)
کمیته امداد	۱۷ (۲۱/۳)
بیمه‌ها	۳ (۳/۸)
سایر	۶ (۷/۵)
<b>وضعیت تأهل</b>	
مجرد	۱۰ (۱۲/۵)
متأهل	۸۰ (۸۷/۵)
<b>تحصیلات</b>	
بی سواد	۲۸ (۳۵)
زیر دیپلم	۱۸ (۲۲/۵)
دیپلم	۲۳ (۲۸/۸)
دانشگاهی	۱۱ (۱۳/۸)
<b>شغل</b>	
کشاورز	۶ (۷/۵)
فرهنگی	۳ (۳/۸)
خانه دار	۴۲ (۵۲/۵)
بازنشسته	۸ (۱۰)
آزاد	۱۴ (۱۷/۵)
کارمند	۶ (۷/۵)
دانش آموز	۱ (۱/۳)
<b>تعداد مراقب</b>	
۱	۷ (۸/۸)
۲	۴۱ (۵۱/۳)
۳	۳۱ (۳۸/۸)
بیشتر از ۴	۱ (۱/۳)
<b>وضعیت اقتصادی</b>	
ضعیف	۴۸ (۶۰)
متوسط	۲۲ (۲۷/۵)
بالا	۱۰ (۱۲/۵)

(۲۰). در ایران مطالعه‌ای توسط میرزایی انجام پذیرفت که در نتیجه آن، اعتبار این مقیاس در تمام ابعاد به استثنای ابعاد خصومت، ترس مرضی و افکار پارانوئید بیشتر از ۰/۸۰ بوده است. روایی سازه نیز بیانگر آن است که می‌توان از این مقیاس به عنوان یک وسیله جهت غربالگری اختلالات روانی در ایران استفاده نمود. در پژوهش میرزایی همچنین، پایایی این مقیاس از طریق ثبات (بازآزمایی) در ۹۴ بیمار روانی متجانس بررسی شد که ICC ابزار بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمد (۲۱). در این مطالعه جهت ارزیابی پایایی از روش همبستگی درونی استفاده گردید که ضریب آلفای کرونباخ در ابعاد ۹ گانه این ابزار شامل ترس مرضی ۰/۹۲، اضطراب ۰/۹۳، افسردگی ۰/۹۴، شبه جسمی ۰/۹۶، وسواسی-اجباری ۰/۹۳، عدم اعتماد ۰/۹۳، حساسیت در روابط بین فردی ۰/۹۳، خصومت ۰/۹۲، روان گسستگی ۰/۹۲ و شاخص کلی مرض ۰/۹۹ محاسبه گردید. در مطالعه حاضر شاخص کلی شدت بررسی گردید. برای تعیین نقطه برش از روش جمع انحراف معیار و میانگین استفاده شد (۲۱، ۲۲).

پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته پژوهش مرکز تحقیقات تروما جاده‌ای، به واحد مدارک پزشکی مرکز آموزشی-درمانی پورسینا واقع در شهر رشت که مرکز ارجاع تصادفات رانندگی کل استان گیلان می‌باشد، مراجعه نموده و سوابق بیمارانی که با تشخیص وضعیت نباتی بعد از تصادف رانندگی، ترخیص شده بودند را مورد بررسی قرار داده و لیستی از شماره تلفن‌های این بیماران تهیه نمود. پژوهشگر پس از پیگیری تلفنی و اطلاع از سلامت حال بیمار، به مراقبین اطلاع دادند که در صورت نیاز بیمارشان به ویزیت توسط یک پزشک متخصص (متخصصین جراحی مغز و اعصاب)، می‌توانند از مزایای ویزیت رایگان مختص بیماران شرکت کننده در این مطالعه که در کلینیک امام رضا وابسته به همین بیمارستان فراهم گردیده، استفاده نمایند و در صورت موافقت مراقبین، تاریخ مراجعه با آنها هماهنگ می‌گردید. در زمان مراجعه، پس از ویزیت بیمار توسط متخصصین همکار مطالعه، پژوهشگر توضیحاتی روشن و واضح در خصوص اهداف مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات به مراقبین همراه ارائه نموده و در صورت تمایل آن‌ها به مشارکت در مطالعه و داشتن معیارهای ورود به مطالعه رضایت نامه آگاهانه از آن‌ها اخذ و پرسشنامه‌های مشخصات فردی-اجتماعی و SCL-90-R در اختیار آن‌ها قرار گرفت که به طریق خودگزارشی تکمیل کنند و پرسشگر برای رفع مشکلات احتمالی در درک سئوالات، تا پایان کار تکمیل پرسشنامه‌ها در کنار آنها مانده و برای افراد بی سواد و کم سواد پرسشنامه‌ها را قرائت می‌نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، تی تست، و آزمون ناپارامتری کروسکال والیس تحت نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام گردید.

## یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۸۰ نفر از مراقبین بیماران نباتی انجام شده است. ۸۲/۵ درصد بیماران مرد، ۶۷/۵ درصد آن‌ها تحت حمایت خانواده، ۹۶/۳ درصد فاقد سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی بودند.

جدول ۲: ارتباط شاخص کلی مرضی با متغیرهای فردی-اجتماعی بیمار

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	P Value
سطح هوشیاری (GCS)		$0.03^*$
۴	$2.7 \pm 0.8$	
۵	$3 \pm 0.9$	
۶	$0.7 \pm 2.4$	
۷	$2.7 \pm 0.2$	
طول مدت وضعیت نباتی		$0.08$
زیر یکسال	$2.6 \pm 0.7$	
۱-۲ سال	$2.8 \pm 0.7$	
بالاتر از ۲ سال	$2.4 \pm 0.9$	
نوع خویشاوندی با بیمار		$0.01^*$
فرزند	$2.7 \pm 1$	
همسر	$3 \pm 0.8$	
پدر	$2.5 \pm 0.6$	
مادر	$3 \pm 0.46$	
خواهر	$3.4 \pm 0.2$	
برادر	$0.7 \pm 1.9$	
سایر	$1.3 \pm 0$	
سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی		$0.02^*$
دارد	$2.5 \pm 0.7$	
ندارد	$2.9 \pm 0.8$	
تعداد مراقب		$0.3$
۱ نفر	$3.1 \pm 0.9$	
۲ نفر	$2.9 \pm 0.7$	
۳ نفر	$2.5 \pm 1$	
۴ نفر و بالاتر	$3 \pm 0.6$	
وضعیت اقتصادی		$0.6$
ضعیف	$2.84 \pm 0.7$	
متوسط	$2.66 \pm 1.1$	
بالا	$2.63 \pm 0.5$	
حمایت مالی		$0.21$
خانواده	$2.9 \pm 0.7$	
کمیته امداد	$2.8 \pm 0.8$	
بیمه	$2.4 \pm 1$	

\*در سطح  $0.05$  معنی دار است.

\*\*از آزمون ناپارامتری Kruskal Wallis و آزمون One-Way ANOVA و t-test استفاده شد.

معیار سنی آن‌ها  $15.6 \pm 44.7$  سال بود و در دامنه سنی ۲۰-۷۵ سال قرار داشتند. مشخصات فردی-اجتماعی مراقبین و بیماران وضعیت نباتی در [جدول ۱](#) ارائه گردیده است. نتایج مطالعه نشان داد که  $73.8$  درصد مراقبین دارای اختلال شکایت جسمانی خفیف بودند و  $47.5$  درصد دارای اختلال وسواسی - اجباری در سطح خفیف بودند. همچنین در بعد حساسیت در روابط متقابل  $70$  درصد، در بعد افسردگی  $66.3$  درصد، اضطراب  $73.8$  درصد، پرخاشگری

همچنین  $51.3$  درصد آن‌ها دارای دو مراقب و  $49$  درصد طول زندگی نباتی زیر یک سال داشتند. حداکثر طول زندگی نباتی بیماران در زمان انجام مصاحبه حدود ۴ سال بود. میانگین و انحراف معیار ضریب هوشیاری بیماران  $5.2 \pm 0.8$  بوده و اکثریت آن‌ها ( $37.5$  درصد) ضریب هوشیاری ۶ داشتند. مشخصات فردی اجتماعی مراقبین نیز عبارت بودند از:  $63.8$  درصد زن،  $87$  درصد متأهل،  $35$  درصد بی سواد،  $52.5$  درصد خانه دار،  $23.3$  درصد از مراقبین همسر بیمار،  $60$  درصد آن‌ها دارای وضعیت اقتصادی ضعیفی بودند. همچنین میانگین و انحراف

به علاوه، شاخص کلی مرضی مراقبین و سطوح مختلف سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی ارتباط معنی دار داشت و مراقبین بیمارانی که فاقد سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی بودند، به مراتب شاخص کلی مرضی بیشتری داشتند. در مطالعه Breitbart و همکاران نیز هر چه نمره ناتوانی بیمار خیلی پایین و به حد مرگ نزدیک می‌شد، میزان سلامت روانی مراقبین کاهش می‌یافت (۱۶). همچنین مطالعه حاضر با مطالعه Conde-Sala و همکاران نیز هم سو بود که گزارش نمودند میزان نشانه‌های روانی مراقبین بیماران مبتلا به دمانس به نسبت شدت بیماری، افزایش خطی دارد (۲۶).

بنابراین در مطالعه حاضر هر چه وضعیت بیمار وخامت بیشتری داشت (پایین بودن ضریب هوشیاری، فقدان سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی) سلامت روان مراقبین بیشتر در معرض خطر قرار می‌گرفت و مراقبین شکایت جسمانی و اضطراب بیشتری را گزارش می‌کردند؛ این در حالی است که در مطالعه MacNeil و همکاران بین مشخصات بالینی بیمار و افسردگی مراقبین، ارتباط معنی دار آماری مشاهده نشده است (۲۹).

در مطالعه حاضر بین شاخص کلی مرضی و جنسیت، ارتباط معنی داری وجود نداشت و با وجود هم راستا بودن نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه Pedrón-Giner و همکاران که رابطه‌ای را بین میزان نشانگان روانشناختی در مراقبین بیماران با جنسیت بیماران گزارش نکردند (۲۷، ۲۸)، Leggett و همکاران گزارش نمودند که جنسیت یک عامل پیش بینی کننده معنی داری در بروز افسردگی مراقبین محسوب می‌شود به طوری که مراقبین زن از میزان افسردگی و نشانه‌های روانی بالاتری برخوردارند (۳۲). البته اکثریت آزمودنی‌های مطالعه حاضر مرد بودند که در اغلب مطالعات در حیطه تصادفات با وسایط نقلیه موتوری نیز بخش اعظم جامعه پژوهش را مردان تشکیل می‌دهند (۳۳). تحت این شرایط بهتر است نتایج مطالعه حاضر در مورد جنسیت کمی با احتیاط تعمیم داده شود.

در مطالعه حاضر شاخص کلی مرضی مراقبین با سن بیمار، ارتباط معنی دار آماری نداشت. موازی با این یافته، در مطالعه Conde-Sala و همکاران نیز، بین اختلال روانی مراقبین و سن بیمار، ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت (۲۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان دادند که مراقبین خواهر دارای بالاترین نمره در شاخص کلی مرضی بودند، همچنین در مرتبه دوم همسر و مادر بیمار قرار داشتند که دارای بالاترین نمره در شاخص کلی مرضی بودند. در مطالعه Conde-Sala و همکاران میزان نشانه روانی فرزندان ارشد و دختران از همسران بیماران، بیشتر بود. این نتایج از این فرضیه حمایت می‌کند که همسران، مراقبت را به عنوان قسمتی از وظایف زناشویی خود و مادران نیز، مراقبت را جزء وظایف طبیعی خود می‌دانند، لذا سازگاری با مشکلات مراقبت از بیمار برای آنها راحت‌تر است. اما برای خواهان انجام چنین وظایفی، یک تغییر مهم در سبک زندگی آن‌ها محسوب می‌شود بنابراین ممکن است تحت فشار روانی و متعاقب آن اختلالات روانی بیشتری قرار گیرند (۲۶).

مطالعه حاضر بین شاخص کلی مرضی مراقبین و تعدد مراقبین و سال‌های انجام مراقبت، ارتباط معنی داری را نشان نداد در حالی که در مطالعه Chang و همکاران (۲۰۱۰)، بین نشانه‌های روانی مراقبین و میزان ساعات مراقبت روزانه، ارتباط معنی داری وجود داشت (۳۴).

۶۵ درصد، ترس مزمن ۷۲/۵ درصد، افکار پارانوئیدی ۶۸/۸ درصد و در بعد روان گسستگی ۶۶/۳ درصد مراقبین دارای اختلال بودند. در بررسی متغیرهای فردی بیمار، آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره شاخص کلی مرضی با ضرایب مختلف هوشیاری ارتباط معنی دار دارد ( $P = ۰/۰۰۳$ )، تست تعقیبی توکی نشان داد که این افزایش نشانه‌ها به نفع ضریب هوشیاری ۵ می‌باشد. یعنی در ضریب هوشیاری ۵ بیش از سایر ضرایب هوشیاری، شاخص کلی مرضی مراقبین افزایش می‌یابد.

علاوه بر این نتایج بیانگر آن بود که بین میانگین نمره شاخص کلی مرضی مراقبین با نوع رابطه خویشاوندی با بیمار نیز از لحاظ آماری ارتباط معنی دار وجود داشت ( $P > ۰/۰۱$ ). به عبارتی مراقبین خواهر دارای بالاترین نمره در شاخص کلی مرضی بودند همچنین در مرتبه دوم همسر و مادر بیمار دارای بالاترین نمره در شاخص کلی مرضی بودند.

بین میانگین شاخص کلی مرضی مراقبین با سطوح مختلف سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی بر اساس آزمون تی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ( $P = ۰/۰۲$ ) به عبارتی مراقبین بیمارانی که هیچ گونه سیکل خواب و بیداری و پاسخ گویی عاطفی نداشتند، دارای میانگین نمره بالاتری در شاخص کلی مرضی بودند. اما میانگین شاخص کلی مرضی مراقبین، با طول مدت زندگی در وضعیت نباتی، در سه گروه کمتر از یک سال، بین یک تا دو سال و بیشتر از دو سال ارتباط معنی داری نداشت و بین تعداد مراقبین و میانگین شاخص کلی مرضی ارتباط معنی داری مشاهده نگردید (جدول ۲). همچنین میانگین شاخص کلی مرضی مراقبین بیمار، با سه گروه وضعیت اقتصادی ضعیف، متوسط و بالا ارتباط معنی دار نداشت. در نهایت بین میانگین شاخص کلی مرضی مراقبین و حمایت‌های مالی صورت گرفته از جانب خانواده، کمیته امداد و بیمه ارتباط معنی دار مشاهده نگردید.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط مشخصات فردی-اجتماعی بیماران وضعیت نباتی با نشانه‌های روانی در مراقبین خانوادگی انجام گردید. در این مطالعه مراقبین دارای نشانه‌های روانی قابل توجهی بودند که با برخی از مشخصات فردی-اجتماعی بیمار ارتباط داشت. نتیجه مطالعه حاضر با آن دسته از تحقیقاتی که وجود انواعی از اختلالات را در مراقبین بیماران گزارش نموده‌اند، مطابقت دارد (۱۲، ۲۳-۳۰).

در مطالعه حاضر میزان شکایات جسمانی مراقبین (نشانه‌های شبه جسمی)، و اضطراب فراوان‌ترین نشانه روانی بود و در رتبه دوم نشانه‌های ترس مزمن قرار داشت. اما در مطالعه نوری و همکاران (۲۰۰۳) بیشترین میزان نشانه‌های مراقبین زن سرپرست خانوار را افسردگی و سپس شکایات جسمی تشکیل می‌دادند (۳۱).

در مطالعه حاضر مراقبین بیمارانی با درجات پایین‌تر ضریب هوشیاری، از شاخص مرضی بیشتری برخوردار بودند. این نتایج با مطالعه Guarnerio و همکاران هم راستا می‌باشد به طوری که آن‌ها گزارش کرده بودند که فراوانی اختلالات روانی در مراقبین بیمارانی وضعیت نباتی که دارای سطح هوشیاری پایین‌تری هستند بالاتر می‌باشد اگر چه این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود (۶).

همچنین از سایر محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه پایین و انجام آن در شهر رشت اشاره نمود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه نماید. لذا توصیه می‌گردد مطالعه‌ای با حجم نمونه بزرگتر و در شهرهای دیگر انجام گیرد.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد مراقبین به ترتیب نزولی دارای نشانه‌های روانی اختلال شکایت جسمانی، اضطراب، ترس مزمن، حساسیت در روابط متقابل، افکار پارانوئیدی، روان گسستگی، افسردگی، پرخاشگری و اختلال وسواسی جبری می‌باشند. همچنین بین سطوح مختلف هوشیاری، سیکل خواب و بیداری و پاسخ‌گویی عاطفی بیمار نباتی و نشانه‌های روانی مراقبین ارتباط معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این بین رابطه خویشاوندی مراقبین با بیمار و نیز نشانه‌های روانی مراقبین ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. با توجه به یافته‌های این مطالعه بدیهی است مراقبین بیماران نباتی که از سطح هوشیاری پایین‌تر برخوردار بوده و نیز فاقد سیکل خواب و بیداری و پاسخ‌گویی عاطفی هستند می‌بایست بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

### سپاسگزاری

این پژوهش با استفاده از حمایت‌های همه‌جانبه، هیئت مؤسس مرکز تحقیقات ترومای جاده‌ای گیلان انجام شد. بدین وسیله از کلیه مسئولین و کارکنان مرکز تحقیقات ترومای جاده‌ای گیلان و مرکز تحقیقات و توسعه بالینی و نیز مراقبین بیماران وضعیت نباتی که با همکاری خود امکان این مطالعه را فراهم نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

### References

- Amra B, Dorali R, Mortazavi S, Golshan M, Farajzadegan Z, Fietze I, et al. Sleep apnea symptoms and accident risk factors in Persian commercial vehicle drivers. *Sleep Breath*. 2012;16(1):187-91. DOI: [10.1007/s11325-010-0473-x](https://doi.org/10.1007/s11325-010-0473-x) PMID: [21210229](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21210229/)
- Shams M, Shojaeizadeh D, Majdzadeh R, Rashidian A, Montazeri A. Taxi drivers' views on risky driving behavior in Tehran: a qualitative study using a social marketing approach. *Accid Anal Prev*. 2011;43(3):646-51. DOI: [10.1016/j.aap.2010.10.007](https://doi.org/10.1016/j.aap.2010.10.007) PMID: [21376850](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21376850/)
- Kashani AT, Shariat-Mohaymany A, Ranjbari A. Analysis of factors associated with traffic injury severity on rural roads in Iran. *J Inj Violence Res*. 2012;4(1):36-41. DOI: [10.5249/jivr.v4i1.67](https://doi.org/10.5249/jivr.v4i1.67) PMID: [21502788](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21502788/)
- Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min SJ, Parry C, Kramer AM. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the Care Transitions Intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(11):1817-25. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x) PMID: [15507057](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15507057/)
- Kuehlmeyer K, Borasio GD, Jox RJ. How family caregivers' medical and moral assumptions influence decision making for patients in the vegetative state: a qualitative interview study. *J Med Ethics*. 2012;38(6):332-7. DOI: [10.1136/medethics-2011-100373](https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100373) PMID: [22375077](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22375077/)
- Guarnerio C, Prunas A, Della Fontana I, Chiambretto P. Prevalence and comorbidity of prolonged grief disorder in a sample of caregivers of patients in a vegetative state. *Psychiatr Q*. 2012;83(1):65-73. DOI: [10.1007/s11126-011-9183-1](https://doi.org/10.1007/s11126-011-9183-1) PMID: [21691850](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21691850/)
- Chiambretto P, Rossi Ferrario S, Zotti AM. Patients in a persistent vegetative state: caregiver attitudes and reactions. *Acta Neurol Scand*. 2001;104(6):364-8. PMID: [11903091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11903091/)
- Mirra AF. Social Problem Solving and Psychological Distress in Caregivers of Adults with Intellectual Disabilities: Drexel University; 2011.
- Leonardi M, Sattin D, Giovannetti AM, Pagani M, Strazzer S, Villa F, et al. Functioning and disability of children and adolescents in a vegetative state and a minimally conscious state: identification of ICF-CY-relevant categories. *Int J Rehabil Res*. 2012;35(4):352-9. DOI: [10.1097/MRR.0b013e328356425d](https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e328356425d) PMID: [22785047](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22785047/)
- McCann TV, Lubman DI, Clark E. First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bull*. 2009;sbp085.
- Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K, et al. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med*. 2003;18(12):1006-14. PMID: [14687259](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14687259/)



12. Calderon C, Gomez-Lopez L, Martinez-Costa C, Borraz S, Moreno-Villares JM, Pedron-Giner C. Feeling of burden, psychological distress, and anxiety among primary caregivers of children with home enteral nutrition. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(2):188-95. DOI: [10.1093/jpepsy/jsq069](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq069) PMID: 20719753
13. Stern JM, Sazbon L, Becker E, Costeff H. Severe behavioural disturbance in families of patients with prolonged coma. *Brain Inj*. 1988;2(3):259-62. PMID: [3167280](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3167280/)
14. Im K, Belle SH, Schulz R, Mendelsohn AB, Chelluri L, Investigators Q-M. Prevalence and outcomes of caregiving after prolonged (> or =48 hours) mechanical ventilation in the ICU. *Chest*. 2004;125(2):597-606. PMID: [14769744](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14769744/)
15. White-Koning M, Arnaud C, Dickinson HO, Thyen U, Beckung E, Fauconnier J, et al. Determinants of child-parent agreement in quality-of-life reports: a European study of children with cerebral palsy. *Pediatrics*. 2007;120(4):e804-14. DOI: [10.1542/peds.2006-3272](https://doi.org/10.1542/peds.2006-3272) PMID: [17908738](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17908738/)
16. Breitbart W, Gibson C, Tremblay A. The delirium experience: delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. *Psychosomatics*. 2002;43(3):183-94. DOI: [10.1176/appi.psy.43.3.183](https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.3.183) PMID: [12075033](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12075033/)
17. Rahmani AH, Mahmoudi GR, Roohi G, Asayesh H, Nasiri H, Rakhshani H. General Health Status of Neurologic Patients' caregivers and the Related Factors. *J Gorgan Bouyeh Fac Nurs Midwife*. 2013;9(2):49-55.
18. Derogates L. Administration, scoring and procedures manual for the revised version of the SCL-90. Baltimore 1977.
19. van der Laan L, van Spaendonck K, Horstink MW, Goris RJ. The Symptom Checklist-90 Revised questionnaire: no psychological profiles in complex regional pain syndrome-dystonia. *J Pain Symptom Manage*. 1999;17(5):357-62. PMID: [10355214](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10355214/)
20. Daneshparvar H. Personality Traits and their Impacts on the Mental Health of Battered Women. *J Midwife Reproduct Health*. 2015;3(2):349-54.
21. Bagheri Yazdi SA, Bolhari J, Shahmohammadi D. Psychiatric disorders in the rural district of Meybod (Yazd, Iran). *J Andisheh Raftar*. 1994;1(3):32-41.
22. Childers WA, Jr., May RK, Ball N. An assessment of psychological stress and symptomatology for didactic phase physician assistant students. *J Physician Assist Educ*. 2012;23(4):35-8. PMID: [23437621](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23437621/)
23. Lockenhoff CE, Duberstein PR, Friedman B, Costa PT, Jr. Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: the role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychol Aging*. 2011;26(3):592-604. DOI: [10.1037/a0022209](https://doi.org/10.1037/a0022209) PMID: [21417534](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21417534/)
24. Agren S, Evangelista L, Stromberg A. Do partners of patients with chronic heart failure experience caregiver burden? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9(4):254-62. DOI: [10.1016/j.ejcnurse.2010.03.001](https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.03.001) PMID: [20598946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20598946/)
25. Bartolo M, De Luca D, Serrao M, Sinforiani E, Zucchella C, Sandrini G. Caregivers burden and needs in community neurorehabilitation. *J Rehabil Med*. 2010;42(9):818-22. DOI: [10.2340/16501977-0612](https://doi.org/10.2340/16501977-0612) PMID: [20878041](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20878041/)
26. Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Turro-Garriga O, Vilalta-Franch J, Lopez-Pousa S. Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: an exploratory comparative design. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(10):1262-73. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001) PMID: [20374966](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20374966/)
27. Quilliot D, Malgras A, Zallot C, Buisson B, Denis-Balle E, Krier J, et al. L'autosondage naso-gastrique: une alternative à la gastrostomie et à la sonde à demeure. Règles et éducation thérapeutique du patient. *Clin Nutr Metab*. 2013;27(4):185-90.
28. Pedron-Giner C, Calderon C, Martinez-Costa C, Borraz Gracia S, Gomez-Lopez L. Factors predicting distress among parents/caregivers of children with neurological disease and home enteral nutrition. *Child Care Health Dev*. 2014;40(3):389-97. DOI: [10.1111/cch.12038](https://doi.org/10.1111/cch.12038) PMID: [23461829](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23461829/)
29. Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. *Gerontologist*. 2010;50(1):76-86. DOI: [10.1093/geront/gnp099](https://doi.org/10.1093/geront/gnp099) PMID: [19574537](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19574537/)
30. Chiu YW, Huang CT, Yin SM, Huang YC, Chien CH, Chuang HY. Determinants of complicated grief in caregivers who cared for terminal cancer patients. *Support Care Cancer*. 2010;18(10):1321-7. DOI: [10.1007/s00520-009-0756-6](https://doi.org/10.1007/s00520-009-0756-6) PMID: [19816716](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19816716/)
31. Nouri M, Minakari S, Shahidi S. Mental Health Study, women who are heads of household's. *J Rehabil*. 2003;4(2):37-44.
32. Leggett AN, Zarit S, Taylor A, Galvin JE. Stress and burden among caregivers of patients with Lewy body dementia. *Gerontologist*. 2011;51(1):76-85. DOI: [10.1093/geront/gnq055](https://doi.org/10.1093/geront/gnq055) PMID: [20667944](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20667944/)
33. Ongecha-Owuor FA, Kathuku DM, Othieno CJ, Ndeti DM. Post traumatic stress disorder among motor vehicle accident survivors attending the orthopaedic and trauma clinic at Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East Afr Med J*. 2004;81(7):362-6. PMID: [15490709](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15490709/)
34. Chang HY, Chiou CJ, Chen NS. Impact of mental health and caregiver burden on family caregivers' physical health. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(3):267-71. DOI: [10.1016/j.archger.2009.04.006](https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.006) PMID: [19443058](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19443058/)
35. Giovannetti AM, Pagani M, Sattin D, Covelli V, Raggi A, Strazzer S, et al. Children in vegetative state and minimally conscious state: patients' condition and caregivers' burden. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:232149. DOI: [10.1100/2012/232149](https://doi.org/10.1100/2012/232149) PMID: [22454603](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22454603/)

# Investigation of the Relationship Between Individual-Social Characteristics of Patients in Vegetative State and Psychological Symptoms in Family Caregivers

Shahrokh Yousefzadeh-Chabok<sup>1</sup>, Mohammadreza Emamhadi<sup>2</sup>, Babak Alijani<sup>3</sup>, Marzieh Cheragh Sepehr<sup>4</sup>, Naeima Khodadadi-Hassankiadeh<sup>5,\*</sup>

<sup>1</sup> Professor of Neurosurgery, Neuroscience Research Center, Poursina Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor of Neurosurgery, Neuroscience Research Center, Poursina Hospital, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor of Neurosurgery, Guilan Road Trauma Research Center, Poursina Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

<sup>4</sup> Master of Business (MBA), Poursina Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

<sup>5</sup> Master of Psychiatric Nursing, Neuroscience Research Center, Poursina Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

\* **Corresponding author:** Naeima khodadadi-hassankiadeh, Master of Psychiatric Nursing, Neuroscience Research Center, Poursina Hospital, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. E-mail: n\_khodadady@yahoo.com

**Received:** 03 Mar 2015

**Accepted:** 10 Aug 2016

## Abstract

**Introduction:** Home care threatens caregivers' psychological health, leading to creation of psychological symptoms. The purpose of this study was to determine the relationship between individual-social characteristics of patients in vegetative state and psychological symptoms in family caregivers.

**Methods:** In the present cross-sectional study conducted in 2013, 80 caregivers of patients in vegetative states, caused by a motor vehicle accident, referred to Poursina teaching hospital the city of Rasht, Iran participated. In this study, the questionnaire of individual-social characteristics and SCL-90-R psychological symptoms checklist were used. Data analysis was conducted using statistical tests; ANOVA, t-test and Kruskal-Wallis non-parametric tests as well as SPSS version 18.

**Results:** The results showed that most frequent psychological symptoms in caregivers included of somatoform complaint disorder and anxiety and the least frequent ones were obsessive-compulsive disorders. The results also demonstrated that the mean score of global severity indices (GSI) were connected with patient's level of consciousness, rhythm of sleep and wakefulness, emotional response and also type of family relationship ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** Regarding the findings of the present study, caregivers of vegetative state patients are faced with a great number of disorders of somatoform complaint and anxiety. Therefore, psychological symptoms of caregivers of these patients should be considered.

**Keywords:** Family Caregivers; Psychological Symptoms; Vegetative State; Psychiatric Nursing