J Crit Care Nurs. 2024 SEP;17(2):46-57

doi 10.30491/JCC.17.2.46

Research Article

The Effect of Nursing Counseling on the Family Syndrome of a Patient Hospitalized in an Intensive Care Unit: A Semi-Experimental Study

Maryam Alirezaei Diziche, Fatemeh Salmani*, Mina Jouzi

Nursing and Midwifery Science Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

* **Corresponding Author:** Fatemeh Salmani, Nursing and Midwifery Science Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. E-mail: fsalmani2000@iau.ac.ir

How to Cite: Alirezaei M, Salmani F, Jouzi M. The Effect of Nursing Counseling on the Family Syndrome of a Patient Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Cross-Sectional Study. J Crit Care Nurs. 2024;17(2):46-57. doi: 10.30491/JCC.17.2.46

Received: 31 August 2024 **Accepted:** 6 November 2024 **Online Published:** 20 November 2024

Abstract

Background & aim: A patient's admission to the Intensive Care Unit (ICU) is a stressful experience for the patient's family. One of the problems that arise for the family members of patients hospitalized in ICUs is the occurrence of a series of psychological and non-psychological symptoms called syndrome of the patient's family in the ICU. This study was conducted with the aim of determining the effect of nursing counseling on the family syndrome of a patient admitted to the ICU.

Methods: This semi-experimental study was conducted in 2023 in the city of Isfahan. For this purpose, 60 family members of patients admitted to the ICU were included in the study as available sampling. Then, by random allocation using the case number, they were placed in two intervention and control groups of 30 people. In the intervention group, nursing counseling in the form of getting to know the department, receiving an information booklet and holding two to three face-to-face meetings according to the needs of the family were included. They were given to family members individually and at most for half an hour. The control group only received routine ward care. Dass 21 Stress, Depression and Anxiety Questionnaires, FOA post-traumatic stress disorder, Petersburg sleep disorder, Chalapi and Amirkafi social isolation were completed by the samples in three stages (before the intervention, after the intervention, and one month after the intervention).

Results: The findings of the study showed that nursing counseling has important changes on family syndromes including depression, anxiety, stress and post-traumatic stress disorder, and sleep disorders ($P<0.001$). However, there was no significant difference between the intervention and control groups on social isolation ($P>0.001$).

Conclusion: According to findings, conditions should be provided to allocate appropriate time for nursing consultation for the family members of ICU patients. It is also suggested to health managers that in ICUs, special attention should be paid to the patient's family as a unit of care.

Keywords: Nursing Consultation, Family Syndrome, Patient, Intensive Care Unit.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

Copyright © 2024 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۷، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۳
10.30491/JCC.17.2.46

تأثیر مشاوره پرستاری بر برخی از مؤلفه‌های سندروم خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه: یک مطالعه شبه تجربی

مریم علیرضایی دیزیچه، فاطمه سلمانی*، مینا جوزی

مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

***نویسنده مسئول:** فاطمه سلمانی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
پست الکترونیک: fsalmani2000@iau.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۱۰ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۸/۱۶ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۳/۰۸/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، تجربه استرس‌زا برای خانواده بیمار است. یکی از مشکلاتی که برای اعضاء خانواده بیماران بستری در مراقبت ویژه، به وجود می‌آید بروز یک‌سری از علائم روانشناختی و غیر روانشناختی تحت عنوان سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره پرستاری بر سندرم خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت شبه تجربی در سال ۱۴۰۲ در شهر اصفهان انجام شد. تعداد ۶۰ نفر از اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس با تخصیص تصادفی با استفاده از شماره پرونده در دو گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله مشاوره پرستاری در قالب آشنایی با بخش، دریافت دفترچه اطلاعاتی و برگزاری دو تا سه جلسه حضوری بر حسب نیاز خانواده، به صورت انفرادی و حداکثر نیم ساعت به اعضا خانواده داده شد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین بخش را دریافت کردند. پرسشنامه‌های استرس و افسردگی و اضطراب Dass 21، اختلال استرس پس از سانحه فوآ، اختلال خواب پیترزبورگ، انزوای اجتماعی چلپی و امیرکافی، در سه مرحله قبل مداخله، بعد از مداخله، یک ماه پس از مداخله توسط نمونه‌ها تکمیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که مشاوره پرستاری، باعث کاهش سندروم خانواده از جمله افسردگی، اضطراب، استرس و اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات خواب می‌شود (P>0.001). اما بر روی انزوای اجتماعی در گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری ایجاد نکرد (P>0.001).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که انجام مشاوره پرستاری بر روی کاهش سندروم خانواده و جلوگیری از ایجاد آن مؤثر است بنابر این باید شرایطی فراهم شود که زمان مناسب جهت انجام مشاوره پرستاری برای اعضا خانواده بیماران مراقبت ویژه اختصاص داده شود. همچنین به مدیران حوزه سلامت پیشنهاد می‌شود که در بخش‌های مراقبت ویژه توجه خاصی به خانواده بیمار به عنوان یک واحد مراقبت شود.

کلیدواژه‌ها: مشاوره پرستاری، سندروم خانواده، بیمار، بخش مراقبت ویژه.

مقدمه

بخش‌های مراقبت ویژه، از بخش‌های بحرانی است که بیمارانی با شرایط وخیم در آن بستری می‌شوند [۱،۲]. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که آمار مرگ و میر در بخش مراقبت‌های ویژه ۴۵-۵۲ درصد است و ۷۹/۳ درصد مرگ‌ها در ۱۵ روز اول بستری بیمار در این بخش‌ها رخ می‌دهد [۳]. میزان بالای نرخ مرگ و میر بیماران در این بخش‌ها، وجود بیماران با سطح هوشیاری پائین، وجود دستگاه‌هایی با آلارم زیاد، باعث رعب‌آور شدن این بخش‌ها شده است [۴]. به طوری که بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، تجربه‌ای استرس‌زا برای بیمار و خانواده است. با بستری شدن عضوی از خانواده در بخش مراقبت ویژه، کلیه امور زندگی خانواده تحت تأثیر شرایط و موقعیت بیمار قرار می‌گیرد و به سمت بی‌ثباتی و عدم تعادل سوق می‌یابد [۵]. ناگهانی بودن حادثه بستری و شدت بیماری، اعضای نزدیک خانواده را درگیر بحران‌های عاطفی زیادی می‌کند. تعدادی از همراهان قادر به سازگاری با شرایط پیش آمده نیستند و دچار آسیب‌های روحی و روانی می‌شوند [۶].

مشکلات روانشناختی در اعضا خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه شامل استرس، اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و اختلالات خواب است [۷]. یک سوم اعضای خانواده پس از بستری یکی از عزیزان خود در بخش مراقبت

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]
[DOI: 10.30491.17.2.46]

ویژه، اضطراب را تجربه می‌کنند و بسیاری دچار افسردگی و استرس پس از سانحه می‌شوند [۸]. مطالعات نشان می‌دهد به علت ناگهانی بودن بستری بیماران در بخش مراقبت ویژه، خانواده توانایی انطباق را ندارد و شیوع بالای اضطراب (۷۰-۸۰ درصد)، افسردگی (۳۵-۷۰ درصد)، استرس پس از سانحه (۵۴ درصد) و علائم جسمی و روانی و ترس (۸۰ درصد) قابل مشاهده بوده است [۹،۱۰]. در مطالعه رحمانی و همکاران (۱۳۹۵) میزان افسردگی (۵۲ درصد)، اضطراب (۶۷/۵ درصد) و استرس (۶۱/۲ درصد) در اعضا درجه اول خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه گزارش شده است [۱۱]. اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، یکی از نگرانی‌ها در حوزه سلامت است که می‌تواند پیامدهای طولانی مدت هیجانی، اجتماعی و مالی برای افراد جامعه به دنبال داشته باشد. میزان شیوع این بیماری در جمعیت‌های عمومی هشت درصد است. نرخ مواجهه با این بیماری با حداقل یک رویداد بحرانی در زندگی، بین ۵۰ تا ۶۵ درصد تخمین‌زده شده است [۱۲]. این اختلال چهارمین بیماری شایع روانپزشکی است و طبق گزارشات ۱۰ درصد از مردان و ۱۸ درصد از زنان را مبتلا می‌کند [۱۳]. مدت زمان بروز علائم در افراد مختلف متفاوت است و با توجه به شدت بیماری و فشارهای روانی، زمان و مدت آن متغیر است و این مدت می‌تواند به کوتاهی یک هفته باشد [۱۴]. ولی اکثراً در دو سال اول پس از سانحه، این اختلال ایجاد می‌شود [۱۵] در مطالعه سعید و همکاران (۲۰۱۹)، میزان استرس پس از سانحه، در خانواده بیماران بستری بخش مراقبت ویژه، ۵۴ درصد، گزارش شده است [۱۶]. طبق یافته‌هایی در ایالات متحده و اروپا، بین یک سوم تا نیمی از اعضای خانواده حدوداً سه ماه پس از تجربه بستری در ICU، از علائم استرس پس از سانحه یا اضطراب رنج می‌برند [۱۷].

یکی دیگر از مشکلاتی که خانواده بیماران بستری با آن مواجه هستند، اختلالات خواب است. خواب یک فرایند مهم فیزیولوژیک است که برای حفظ سلامت جسمانی و روانی انسان، لازم و ضروری است. کمبود و اختلال در خواب، از عوامل اصلی خستگی ذهنی است که می‌تواند باعث خطای انسانی و عدم عملکرد صحیح شود [۱۸]. بر اساس مطالعات گاتنر (Gatner)، کاسمنت (Kasment)، گیلبرت (Gilbert)، بیش از ۷۰ درصد مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به اختلالات خواب مبتلا هستند. خانواده بیمارانی که دچار اختلالات استرس پس از سانحه هستند، به اختلالات خواب نیز مبتلا می‌شوند [۱۹].

انزوای اجتماعی اختلال دیگری است که ممکن است اعضاء خانواده، در طی بستری شدن عضوی از اعضا خانواده، با آن درگیر شوند، انزوای اجتماعی در واقع حالتی است که در آن فرد و یا تعدادی از افراد توسط درکی که از شرایط و محیط پیرامون خود دارند، در اثر انگیزه‌های متفاوت فردی و اجتماعی، ارتباط خود را با پیرامون قطع کرده و به صورت تنهایی به حیات خود ادامه می‌دهند [۲۰]. مطالعه تایلور و همکاران(۲۰۱۸)، نشان داد که انزوای اجتماعی با علائم افسردگی نیز، همراه است [۲۱]. سیف‌زاده و همکاران (۱۳۹۷) کمک گرفتن از برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ها را برای ارتقا سلامتی، و کاهش انزوای اجتماعی پیشنهاد داده‌اند [۲۲].

مشکلات روانشناختی ایجاد شده برای اعضاء خانواده در حین و پس از بستری بیمار در بخش مراقبت ویژه متعدد بوده و تحت عنوان "سندروم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه (Ficus)" شناخته شده است [۲۳]. این سندروم اختلالات و ناخوشی‌هایی در میان اعضای خانواده، بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه است که می‌تواند نشانگان متعدد روانی، جسمی، اجتماعی و حتی معنوی در پی داشته باشد [۲۴]. این سندروم برای اعضای خانواده ممکن است حتی تا چهار سال بعد از بستری شدن در بخش مراقبت ویژه، اتفاق بیفتد [۲۵].

وجود سندروم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه، تأثیرات بدی در روابط اجتماعی و فردی خانواده خصوصاً در رابطه آنها با بیمار بستری خواهد داشت [۲۶]. همچنین این سندروم باعث کاهش توانایی خانواده در مراقبت از بیمار، مانع انجام عملکردهای روزانه خانواده و افزایش بار مراقبت‌های بهداشتی جامعه خواهد شد [۲۷،۲۸].

رفع نیازهای روانی و اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، یک ضرورت و اولویت غیر قابل انکار برای پرستاران است [۲۹]. یکی از مداخلات پرستاری در جهت رفع نیازهای خانواده بیماران و توجه به آنها در طول بستری، مشاوره پرستاری به خانواده بیماران است [۳۰]. مطالعات مختلفی تأثیر مشاوره پرستاری را در کاهش مشکلات خانواده بیماران بستری در بیمارستان، تأیید می‌کند. مطالعه‌ای که امیری و همکاران (۲۰۲۳) با عنوان بررسی تأثیر مشاوره پرستاری بر بهبود افسردگی و اضطراب در مراقبین خانوادگی بیماران ترومایی انجام دادند، نشان داد که مشاوره پرستاری در گروه مداخله، کاهش معنی داری در سطوح افسردگی و اضطراب خانواده بیماران ترومایی، داشته است [۳۱] علیرغم اهمیتی که خانواده در سیستم مراقبت و درمان و به خصوص در بخش مراقبت ویژه دارد، سیستم‌های مراقبتی بهداشتی در حال حاضر، برنامه‌ای برای پیشگیری از ایجاد سندروم خانواده و اختلالاتی که نتایج روانی ناخوشایند برای بیمار و خانواده آنها دارد در نظر نگرفته‌اند و با توجه به کمبود نیروی پرستاری در عصر حاضر و در نتیجه درگیری بیشتر پرستاران برای رفع نیاز و درمان بیماران بستری، اهمیت و توجه به خانواده بیماران بستری کم رنگ‌تر از گذشته شده است و زمانی برای مشاوره پرستاری با خانواده بیماران بستری در نظر گرفته نشده است. این تحقیق با هدف

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

تعیین تأثیر مشاوره پرستاری بر سندروم خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، انجام شد، تا بتواند روشی مفید جهت پیشگیری از مشکلات روانشناختی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه ارائه نماید.

روش‌ها

این پژوهش از نوع شبه تجربی است. معیار ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل: اعضا درجه یک بیمار، حداقل ۱۸ سال سن، دارای بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه به مدت ۷۲ ساعت، توانایی خواندن، نوشتن، درک زبان فارسی، عدم ابتلا به معلولیت‌های جسمی نظیر ناشنوایی، نابینایی و معلولیت‌های حرکتی. عدم مراقبت هم‌زمان از دیگر افراد خانواده به دلیل بیماری جسمی یا ذهنی، عدم سابقه مشکلات روانشناختی، عدم سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی، عدم سابقه بستری در بخش ویژه، عدم مصرف داروهای روان‌گردان و نداشتن اعتیاد به مواد مخدر و عدم عضو تیم بهداشت و درمان بود. معیار خروج شامل، انصراف از ادامه کار یا دریافت مشاوره و عدم شرکت در بیش از یک جلسه مشاوره، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، دریافت هرگونه مشاوره از افراد دیگر، ترخیص یا فوت بیمار بود. برای انجام مطالعه، اخذ مجوزها، شامل تأییدیه کمیته اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه آزاد نجف‌آباد و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از نمونه‌ها بود. ۶۰ نفر از اعضاء خانواده بیماران، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه ۳۰ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. به این ترتیب که ابتدا گروه آغازکننده مطالعه به روش تصادفی و با پرتاب سکه، مشخص شد و نمونه‌گیری در این گروه به مدت یک هفته انجام شد. پس از ترخیص آخرین فرد این گروه، نمونه‌گیری در گروه دوم شروع و به مدت یک هفته انجام شد. جهت جلوگیری از تبادل اطلاعاتی بین دو گروه، نمونه‌گیری به صورت متناوب انجام شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، افسردگی، استرس و اضطراب DASS-21، پرسشنامه آسیب پس از سانحه فوآ و پرسشنامه اختلال خواب پیترزبورگ و پرسشنامه انزوای اجتماعی چلپی و امیرکافی استفاده شد. پرسشنامه DASS-21 شامل ۲۱ گویه با ۴ گزینه مقیاس لیکرتی، به صورت (اصلاً: نمره صفر)، (کم: نمره ۱)، (زیاد: نمره ۲)، و (خیلی زیاد: نمره ۳)، تنظیم شده است. این پرسشنامه به سنجش مؤلفه‌های زیر می‌پردازد : هشت ماده مربوط به افسردگی (D)، هفت ماده مربوط به اضطراب (A)، و شش ماده استرس (A) است. نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس‌ها باید دو برابر شود. نمرات خرده مقیاس‌های این پرسشنامه برای زیر مقیاس افسردگی بین صفر تا ۴۸، در مقیاس اضطراب صفر تا ۴۲ و در مقیاس استرس صفر تا ۳۶ است [۳۳،۳۲]. پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه فوآ، این مقیاس ۱۷ ماده‌ای، شدت هر یک از نشانگان اختلال پس از آسیب را بر روی یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای سه خرده مقیاس است که در یک طیف سه درجه‌ای از صفر (به هیچ‌وجه)، تا سه (خیلی زیاد)، نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین صفر تا ۵۱ قرار دارد [۳۴]. پرسشنامه اختلال خواب پیترزبورگ، در کل این پرسشنامه از هفت حیطه تشکیل شده‌است. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ نگرش افراد را پیرامون کیفیت خواب در چهار هفته گذشته را بررسی می‌کند. هفت نمره دارد. هر مقیاس پرسشنامه نمره‌ای از صفر تا سه می‌گیرد. پرسشنامه انزوای اجتماعی چلپی و امیر کافی، طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت است (شامل: کاملاً موافقم (نمره۵) تا کاملاً مخالفم (نمره۱). در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۹ تا ۳۸ باشد، میزان انزوای اجتماعی در این جامعه ضعیف است. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۸ تا ۷۶ باشد، میزان انزوای اجتماعی در سطح متوسط است. در صورتی که نمرات بالای ۷۶ باشد، میزان انزوای اجتماعی بسیار خوب است.

روایی و اعتبار پرسشنامه افسردگی، استرس و اضطراب DASS21، در ایران توسط سامانی و جوکار (۲۰۰۷) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی (۸۰ درصد)، اضطراب (۷۶ درصد) و استرس (۷۷ درصد) و روایی این مقیاس نیز به شیوه تحلیل عاملی از نوع تأییدی مطلوب بوده است [۳۵]. پرسشنامه استرس پس از سانحه فوآ محمدی، محمدخانی، دولتشاهی و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش باز آزمایی به فاصله دو هفته ۹۵ درصد به دست آوردند (فوا و همکاران، ۱۹۹۳) [۳۶]. پرسشنامه اختلال خواب پیترزبورگ این پرسشنامه توسط بویس و همکاران اعتباریابی شده است .آنها پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ،۸۳ درصد، و اعتبار آن را نیز ۷۵ درصد، گزارش نمودند [۸۳]. در نسخه ایرانی روایی ۸۶ درصد، و پایایی ۸۹ درصد، به دست آمد (شهری‌فر، ۱۳۸۸ به نقل از حیدری، احتشام‌زاده و مرعشی، ۱۳۸۹) [۳۷،۳۸]. پرسشنامه انزوای اجتماعی توسط چلپی و امیرکافی (۱۳۸۳) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه توسط محمدی‌جو (۱۳۹۲) اعتباریابی شده‌است. سرمد و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه نمودند [۳۹]. در این مطالعه بعد از نمونه‌گیری، در گروه مداخله، آشناسازی با بخش مراقبت ویژه و تحویل کتابچه اطلاعاتی به نمونه‌ها انجام شد. روزهای بعد دو تا سه جلسه به صورت انفرادی و حضوری به مدت حداکثر نیم ساعت، با مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله گذاشته شد. مداخله پرستاری شامل توضیح بیماری، درمان، رژیم غذایی، فعالیت، بازگشت به کار، داروها و ترخیص و همچنین

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

دادن فرصت به خانواده بیمار جهت بیان احساسات، زمانی برای پاسخگویی به سؤالات و کمک به اعضا در تصمیم‌گیری بود. در گروه کنترل، اطلاعات روتین بخش به خانواده داده شد و هیچ مشاوره‌ای با اعضای خانواده بیماران بستری صورت نگرفت. البته جهت رعایت اصول اخلاقی، پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات لازم در اختیار آنها نیز قرار داده شد. مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل (قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله)، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، افسردگی، استرس و اضطراب DASS21، پرسشنامه آسیب پس از سانحه فوآ و پرسشنامه اختلال خواب پیترزبورگ و پرسشنامه انزوای اجتماعی چلپی و امیرکافی را تکمیل کردند. در نهایت پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌های مورد استفاده در مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین و فراوانی) و تحلیلی (تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه و کای اسکوئر) انجام شد.

یافته‌ها

جدول یک نشان می‌دهد که، کلیه اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران در دو گروه مداخله و کنترل همسان بودند و تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مشاهده نشد. بنابراین عدم وجود اختلاف معنادار در هر یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان‌دهنده بی‌تأثیر بودن آنها در تغییرات برخی مؤلفه‌های سندروم خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در گروه مداخله و کنترل است.

جدول ۱. مقایسه توزیع فراوانی (جنسیت بیمار و عضو خانواده، وضعیت تأهل اعضا خانواده، نسبت با بیمار و سطح تحصیلات بیمار و اعضا خانواده، وضعیت اشتغال اعضا خانواده، محل زندگی و درآمد اعضا خانواده) و میانگین (سن) بیماران و نمونه‌های پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

گروه	میانگین سن	میانگین	انحراف معیار	آزمون t مستقل T	P
مداخله	بیمار	۵۷/۹۰	۱۹/۵۶	-۱/۲۵	۰/۲۱
کنترل	بیمار	۶۳/۷۶	۱۶/۶۵		
مداخله	خانواده	۴۴/۲۰	۱۰/۱۲	۱/۶۵	۰/۱۰
کنترل	خانواده	۴۰/۰۳	۹/۴۲		

متغیر	گروه	مداخله تعداد	مداخله درصد	کنترل تعداد	کنترل درصد	آزمون کای اسکوئر X^2	P
جنس (بیماران)	زن	۱۶	۵۳/۳	۱۸	۶۰	۰/۲۷۱	۰/۶۰
	مرد	۱۴	۴۶/۷	۱۲	۴۰		
جنس (خانواده)	زن	۱۵	۵۰	۱۱	۳۶/۷	۱/۰۸	۰/۲۹
	مرد	۱۵	۵۰	۱۹	۶۳/۳		
وضعیت تأهل خانواده	متأهل	۲۱	۷۰	۲۲	۷۳/۳	۲/۱	۰/۵۵
	مجرد	۶	۲۰	۷	۲۳/۳		
نسبت با بیمار	مطلقه و بیوه	۳	۱۰	۱	۳/۳	۷/۰۲	۰/۲۳
	فرزند	۱۵	۵۰	۱۲	۴۰		
	پدر	۲	۶/۶	۳	۱۰		
	مادر	۸	۲۶/۸	۱۰	۲۳/۳		
	خواهر و برادر	۲	۶/۶	۳	۱۰		
	همسر	۳	۱۰	۲	۶/۶		
تحصیلات بیمار	زیر دیپلم	۱۸	۶۰	۲۲	۷۳/۳	۲/۲۶	۰/۳۲
	دیپلم	۸	۲۶/۷	۷	۲۳/۳		
تحصیلات خانواده	لیسانس و بالاتر	۴	۱۳/۳	۱	۳/۳	۲/۱۶	۰/۵۴
	زیر دیپلم	۷	۲۳/۳	۳	۱۰		
	دیپلم	۱۳	۴۳/۳	۱۴	۴۶/۷		
	لیسانس	۷	۲۳/۳	۱۰	۲۳/۳		
	فوق لیسانس و بالاتر	۳	۱۰	۳	۱۰		
درآمد خانواده	بین ۵ تا ۱۰ میلیون	۱۴	۴۶/۷	۱۴	۴۶/۷	۴/۷۵	۰/۱۹
	۱۰ تا ۱۵ میلیون	۸	۲۶/۷	۵	۱۶/۷		
	بالاتر از ۱۵ میلیون	۸	۲۶/۷	۱۱	۳۶/۶		

جدول دو، آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره افسردگی خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین نمره افسردگی خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره افسردگی خانواده

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است (P<۰/۰۰۱)، به این معنی که در طول زمان میانگین نمره افسردگی خانواده بیماران گروه مداخله کاهش داشته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار نیست. همچنین آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره استرس خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. ولی میانگین نمره استرس خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره استرس خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است (P<۰/۰۰۱). به این معنی که در طول زمان، میانگین نمره استرس خانواده بیماران گروه مداخله به نسبت بار اول کاهش داشته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار نیست. همچنین آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. ولی میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران بلافاصله بعد از مداخله (P = ۰/۰۲) و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است (P<۰/۰۰۱). به این معنی که در طول زمان میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران در گروه مداخله کاهش داشته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار نیست.

جدول ۲. تعیین میانگین نمره افسردگی، استرس، اضطراب خانواده بیماران قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

زمان	گروه	مداخله		کنترل		P-value for Between groups	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
افسردگی	قبل از مداخله	۱۳/۴۶	۶/۴	۹/۴۶	۹/۴	۱/۹۲	۰/۰۶
	بلافاصله بعد از مداخله	۷/۶	۶/۹	۹/۸۶	۸/۵	−۱/۱۲	۰/۲۶
	یک ماه بعد از مداخله	۳/۸۶	۵/۵	۱۰/۸۷	۸/۵	−۳/۷۴	<۰/۰۰۱
	P-value for Within groups	F	P	F	P	P-value for Between groups	
		۱۷/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۹	۰/۸۲	t	P
استرس	قبل از مداخله	۲۱/۴۶	۸/۸	۲۴/۴	۱۰/۶	۱/۲۷	۰/۱۸
	بلافاصله بعد از مداخله	۱۲/۴۰	۷/۳	۱۵/۲۶	۹/۹	−۱/۳	۰/۲
	یک ماه بعد از مداخله	۷/۵۳	۸/۱۳	۱۶/۲۶	۹/۷۳	−۳/۷۷	<۰/۰۰۱
	P-value for Within groups	F	P	F	P	P-value for Between groups	
		۲۲/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۹	۰/۸۲	t	P
اضطراب	قبل از مداخله	۱۴/۱۳	۹/۹۱۴	۹۶/۹	۱۸/۶	۱/۲۲	۰/۲۳
	بلافاصله بعد از مداخله	۷/۷۳	۴/۱	۹۶/۳	۱۷	−۲/۳۷	۰/۰۲
	یک ماه بعد از مداخله	۵/۶۶	۲/۴۶	۹۷/۳	۱۸/۶	−۳/۷۷	<۰/۰۰۱
	P-value for Within groups	F	P	F	P	-	-
		۱۶/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۸۷	۰/۹	-	-

جدول سه، آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کل استرس پس از سانحه در خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. ولی میانگین نمره کل استرس پس از سانحه خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره کل استرس پس از سانحه خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است (P = ۰/۰۲۴). به این معنی که در طول زمان میانگین نمره کل استرس پس از سانحه خانواده بیماران گروه مداخله کاهش داشته است. ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار در جهت افزایش میانگین نمره کل استرس پس از سانحه بوده است (P<۰/۰۰۱). آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره رویداد فشارزا در خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. ولی میانگین نمره رویداد فشارزا خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره رویداد فشارزا خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار نداشته است. به این معنی که در طول زمان میانگین نمره رویداد فشارزا خانواده بیماران گروه مداخله کاهش معنادار نداشته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار در جهت افزایش میانگین نمره رویداد فشارزا بوده است (P<۰/۰۰۱).

آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره تجربه مجدد رویداد در خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین نمره تجربه مجدد رویداد خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱).

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره تجربه مجدد رویداد خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار نداشته است به این معنی که در طول زمان میانگین نمره رویداد فشارزا خانواده بیماران گروه مداخله کاهش معنادار نداشته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار در جهت افزایش میانگین نمره تجربه مجدد رویداد بوده است (P<۰/۰۰۱).

آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد فشارزا در خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد فشارزا خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد فشارزا خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار نداشته است. به این معنی که در طول زمان میانگین نمره اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد فشارزا خانواده بیماران گروه مداخله کاهش معنادار نداشته است. ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار در جهت افزایش میانگین نمره اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد فشارزا بوده است (P<۰/۰۰۱). آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره افزایش برانگیختگی در خانواده بیماران قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. ولی میانگین نمره افزایش برانگیختگی خانواده بیماران بلافاصله (P = ۰/۰۰۱). و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره افزایش برانگیختگی خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است به این معنی که در طول زمان میانگین نمره افزایش برانگیختگی خانواده بیماران گروه مداخله کاهش معنادار داشته است (P<۰/۰۰۱). ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار در جهت افزایش میانگین نمره افزایش برانگیختگی بوده است (P = ۰/۰۲۳).

جدول۳. تعیین میانگین نمره استرس پس از سانحه و ابعاد آن در خانواده بیماران قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

زمان	گروه	مداخله		کنترل		P-value for Between groups	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	t	P
نمره کل استرس پس از سانحه	قبل از مداخله	۲۱/۵۰	۱۶/۴	۱۸/۷	۱۵/۲	۰/۶۸۴	۰/۴۹
	بلافاصله بعد از مداخله	۱۳/۹	۱۴/۵	۲۰/۳	۱۶/۴	−۱/۵۹	۰/۱۱
	یک ماه بعد از مداخله	۱۱/۲	۱۳/۵	۳۵/۸	۱۷/۳	−۲۴/۶	<۰/۰۰۱
	P-value for Within groups	F	P	F	P	P-value for Between groups	
		۳/۸۸	۰/۰۲۴	۹/۹۷	<۰/۰۰۱	t	P
رویداد فشارزا	قبل از مداخله	۳	۲/۹۴	۳/۳	۲/۶۵	−۰/۴۱۴	۰/۶۸
	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۸	۲/۸۳	۳/۳	۲/۷۶	−۰/۶۹۱	۰/۴۹
	یک ماه بعد از مداخله	۲/۲۷	۲/۷۳	۴/۹۶	۲/۱۶	−۴/۰۶	<۰/۰۰۱
	P-value For Within groups	F	P	F	P	P-value for Between groups	
		۰/۵۰۹	۰/۶۰۳	۴/۱۸	۰/۰۱۸	t	P
تجربه مجدد رویداد	قبل از مداخله	۴/۴	۴/۷	۳/۶	۵	۰/۶۳۷	۰/۵۲
	بلافاصله بعد از مداخله	۳/۸	۴/۷۲	۳/۱	۴/۵۵	۰/۵۸۴	۰/۵۶
	یک ماه بعد از مداخله	۲/۶	۴/۴۱	۸	۴/۴۷	−۵/۱	<۰/۰۰۱
	P-value For Within groups	F	P	F	P	P-value for Between groups	
		۱/۳	۰/۲۷	۹/۹۲	<۰/۰۰۱	t	P
اجتناب از محرک های مرتبط با رویداد فشار زا	قبل از مداخله	۵/۵	۰/۹۲	۴/۲	۵/۹۲	۰/۹۵۴	۰/۳۴
	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۸	۴/۸	۴/۳	۶/۴۳	−۱/۲۰	۰/۳۱
	یک ماه بعد از مداخله	۲/۹	۵/۱	۱۰/۵	۷/۱	−۴/۶۶	<۰/۰۰۱
	P-value for Within groups	F	P	F	P	P-value for Between groups	
		۲/۷	۰/۰۷	۹/۵۸	<۰/۰۰۱	t	P
افزایش برانگیختگی	قبل از مداخله	۸/۸	۵/۸۳	۷/۸	۶/۱۳	۰/۶۴۷	۰/۵۲
	بلافاصله بعد از مداخله	۴/۵	۴/۹۰	۹/۶	۶/۵۱	−۳/۴۲	۰/۰۰۱
	یک ماه بعد از مداخله	۳/۳	۵	۱۲/۳	۶/۰۶	−۶/۲۶	<۰/۰۰۱
	P-value for Within groups	F	P	F	P		
		۹/۴	<۰/۰۰۱	۳/۹۴	۰/۰۲۳		

جدول چهار، آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کیفیت خواب در خانواده بیماران قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین نمره کیفیت خواب خانواده بیماران بلافاصله بعد از مداخله (P = ۰/۰۱) و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (P<۰/۰۰۱). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

میانگین نمره کیفیت خواب خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است (P<۰/۰۰۱). به این معنی که در طول زمان میانگین نمره کیفیت خواب خانواده بیماران گروه مداخله از نسبتاً بد به خوب تغییر یافته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار نبوده است. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره تأخیر در خواب رفتن در خانواده بیماران قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین نمره تأخیر در خواب رفتن خانواده بیماران بلافاصله بعد از مداخله (۰/۰۲۹ = P) و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (۰/۰۲۹ = P). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره تأخیر در خواب رفتن خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است (۰/۰۰۱ = P) به این معنی که در طول زمان میانگین نمره تأخیر در خواب رفتن خانواده بیماران گروه مداخله از دوبار در هفته به یکبار در هفته تغییر یافته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار نبوده است. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره طول مدت خواب واقعی در خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین نمره طول مدت خواب واقعی خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (۰/۰۳ = P). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره طول مدت خواب واقعی خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله و کنترل اختلاف معنادار نداشته است. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کفایت خواب در خانواده بیماران قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت.

جدول٤. تعیین میانگین نمره کیفیت خواب و ابعاد آن در خانواده بیماران قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

زمان	گروه	مداخله		کنترل		P-value for Between Groups	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
کیفیت خواب	قبل از مداخله	۱/۹	۰/۷۵	۱/۵۳	۰/۸۶	۱/۷۵	۰/۰۸۵
	بلافاصله بعد از مداخله	۱/۲	۰/۵	۱/۶۳	۰/۷۱	−۲/۴۹	۰/۰۱
	یک ماه بعد از مداخله	۰/۹۳	۰/۶۳	۱/۷۶	۱/۰۴	−۳/۷	<۰/۰۰۱
P-value for Within Groups		F	P	F	P	P-value for Between Groups	
		۱۷/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	۰/۵۹	t	P
تأخیر در خواب رفتن	قبل از مداخله	۳/۲۶	۱/۴۸	۲/۶۳	۱/۴۷	۱/۶۵	۰/۱۰۳
	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۲	۱/۰۶	۲/۹۶	۱/۵۴	−۲/۲۴	۰/۰۲۹
	یک ماه بعد از مداخله	۲/۲	۱/۰۶	۲/۹۶	۱/۵۴	−۲/۲۴	۰/۰۲۹
P-value for Within Groups		F	P	F	P	P-value for Between Groups	
		۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱	۰/۶۲	t	P
طول مدت خواب واقعی	قبل از مداخله	۵/۶	۱/۶۵	۵/۷	۱/۳۸	−۰/۴۲۸	۰/۶۷
	بلافاصله بعد از مداخله	۶/۱	۱/۳۷	۵/۶	۱/۳۵	۱/۴۲	۰/۱۶
	یک ماه بعد از مداخله	۶/۳	۱/۹۳	۵/۳	۱/۵۴	۲/۲۱	۰/۰۳
P-value for Within Groups		F	P	F	P	P-value for Between Groups	
		۱/۶۲	۰/۲	۰/۵۹۴	۰/۵۵	t	P
کفایت خواب	قبل از مداخله	۱/۹۳	۱/۴۳	۲/۳	۱/۲۰	−۱/۰۷۰	۰/۲۸
	بلافاصله بعد از مداخله	۲/۵	۱/۰۴	۲/۱۳	۱/۲۷	۱/۲۱	۰/۲۲
	یک ماه بعد از مداخله	۲/۵۶	۱	۲	۱/۳۱	۱/۸۷	۰/۰۶۶
P-value for Within Groups		F	P	F	P	P-value for Between Groups	
		۲/۶۱	۰/۰۷۹	۰/۴۲۲	۰/۶۵۷	t	P
اختلال خواب	قبل از مداخله	۱/۴	۰/۶۷	۱/۱۳	۰/۷۳	۱/۴۶	۰/۱۴۷
	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۸	۰/۴۸	۱/۱۳	۰/۶۲	−۲/۳	۰/۰۲۵
	یک ماه بعد از مداخله	۰/۷۳	۰/۵۵	۱/۲۳	۰/۷۷	−۲/۹۳	۰/۰۰۵
P-value for Within Groups		F	P	F	P	P-value for Between Groups	
		۱۲/۶	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۶	۰/۸۲	t	P
میزان داروهای خواب‌آور مصرفی	قبل از مداخله	۱/۴۳	۱/۰۴	۰/۸۳	۱/۰۵	۲/۲۲	۰/۰۳
	بلافاصله بعد از مداخله	۰/۳۶	۰/۷۱	۰/۲	۰/۵۵	−۱/۰۵	۰/۲۹
	یک ماه بعد از مداخله	۳	۰/۴۶	۱/۱	۱/۰۶	−۳/۷۷	<۰/۰۰۱
P-value for Within Groups		F	P	F	P	P-value for Between Groups	
		۲۰/۰۵	<۰/۰۰۱	۷/۵۷	۰/۰۰۱	t	P
عملکرد روزانه ناشی از بی‌خوابی	قبل از مداخله	۲/۴	۱/۹۹	۱/۷	۱/۸	۱/۴۲	۰/۱۵
	بلافاصله بعد از مداخله	۱/۲	۱/۲۸	۱/۷	۱/۵۵	−۱/۲۶	۰/۲۱

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

یک ماه بعد از مداخله	۰/۷	۰/۸۷	۱/۹۳	۱/۹۲	−۳/۱۸	۰/۰۰۲
	F	P	F	P		
P-value for Within Groups	۱۰/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۱۵۳	۰/۸۵		

جدول پنج، آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره انزوای اجتماعی خانواده بیماران قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره انزوای اجتماعی خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله و کنترل اختلاف معنادار نداشته است. با توجه به اینکه میانگین نمرات در محدوده ۳۸ تا ۷۶ قرار دارد انزوای هر دو گروه قبل و بعد از مداخله در محدوده متوسط بوده است.

جدول ۵. تعیین میانگین نمره انزوای اجتماعی خانواده بیماران قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

زمان	گروه	مداخله		کنترل		P-value for Between Groups	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	t	P
انزوای اجتماعی	قبل از مداخله	۶۱/۲۳	۷/۶	۶۲/۳	۸/۶	−۰/۵۱	۰/۶۱
	بلافاصله بعد از مداخله	۶۳/۱	۹/۲	۶۳/۱	۸/۶	۰/۸۷	۰/۳۸
	یک ماه بعد از مداخله	۶۴/۷۶	۱/۷	۶۲/۸۳	۸/۴	۰/۸۳	۰/۴
P-value for Within Groups		F	P	F	P	P-value for Between Groups	
		۱/۲۰۸	۰/۳	۰/۳۲۶	۰/۷۲	t	P

بحث

هدف از این پژوهش، تعیین تأثیر مشاوره پرستاری بر سندروم خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه است که با توجه به نتایج آماری به دست آمده در این پژوهش، می‌توان عنوان کرد که با توجه به جداول مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی کلیه اطلاعات بیماران در دو گروه مداخله و کنترل همسان بودند و تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مشاهده نشد و نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمره افسردگی خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است. به این معنی که در طول زمان میانگین نمره افسردگی خانواده بیماران گروه مداخله کاهش داشته است. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه ذیل هم‌راستا است. مطالعه نوری‌زاده و همکاران در سال ۲۰۲۱، با عنوان تأثیر برنامه حمایت از خانواده بر افسردگی مراقب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی نشان داد که در گروه مداخله با انجام اقدامات حمایتی پرستار افسردگی در مراقبان خانواده بیماران بستری کاهش یافت و روند نزولی در افسردگی ایجاد شد [۴۰]. در مطالعه نیف (Naef) و همکاران در سال ۲۰۲۱، که به بررسی تأثیر مداخله و مشاوره پرستاران بر سلامت روانی اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت‌های ویژه پرداخته بودند، نتایج نشان داد که مداخله حمایتی بر افسردگی و اضطراب خانواده‌ها تأثیری نداشته است [۴۱]. که این مطالعه مغایر با مطالعه حاضر بود. شاید دلیل اختلاف این مطالعه با مطالعه حاضر، تفاوت در نوع آموزش، مدت زمان آموزش و تعداد نمونه‌ها باشد. به همین دلیل در پژوهش‌های بعدی می‌توان، نوع و مدت زمان مشاوره را بیشتر مورد بررسی قرار داد. شاید زمان بیشتر و افزایش کیفیت مشاوره پرستاری و پرسش و پاسخ به خانواده بیماران یکی از مواردی است که می‌تواند باعث آرامش خاطر خانواده‌ها و کاهش مشکلات روانشناختی آنها شود.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره استرس خانواده بیماران قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. ولی میانگین نمره استرس خانواده بیماران بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت. همچنین کاریرنس (Carins) و همکاران در سال ۲۰۱۹، در کشور آمریکا، با هدف تعیین اثر مداخلات پرستاری بر مدیریت استرس ناشی از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، برای همسران بیماران انجام شد که در این مطالعه نمره استرس همسران بیماران در گروه مداخله به صورت معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود [۴۲] که این مطالعه هم راستا با مطالعه حاضر است. در مطالعه زیمانسکی (Zimansky) در آلمان در سال ۲۰۲۰، در مورد تأثیر مداخلات پرستاری بر استرس و اضطراب خانواده بیماران بستری با انکولوژی، نشان داد که تفاوت معنی‌داری در نتایج گروه کنترل و مداخله وجود نداشت [۴۳]. که مغایر با مطالعه حاضر است و تفاوت مکان پژوهش، نوع فرهنگ، نوع مداخلات می‌تواند بیان‌کننده این تفاوت باشد. همچنین در بیماران مبتلا به سرطان به دلیل ماهیت و پیش‌آگهی بد بیماری خانواده با مشکلات روانشناختی بیشتری دست به گریبان است که می‌تواند دلیل عمده مغایرت با مطالعه حاضر باشد.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران، بلافاصله بعد از مداخله و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران در طی سه

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]
[DOI: 10.30491.17.2.46]

بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است. به این معنی که در طول زمان میانگین نمره اضطراب خانواده بیماران گروه مداخله کاهش داشته است. ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار نیست. نتایج برخی از پژوهش‌ها، هم راستا با نتایج پژوهش حاضر است. مطالعه فلاحی (۲۰۱۶)، تحت عنوان تأثیر مشاوره پرستاری بر اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه نشان داد مشاوره پرستاری طراحی شده از زمان پذیرش تا زمان ترخیص باعث کاهش اضطراب در اعضای خانواده این بیماران شده است [۴۴].

آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره کل استرس پس از سانحه خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله اختلاف معنادار داشته است به این معنی که در طول زمان میانگین نمره کل استرس پس از سانحه خانواده بیماران گروه مداخله کاهش داشته است ولی در گروه کنترل این اختلاف معنادار در جهت افزایش میانگین نمره کل استرس پس از سانحه بوده است. مطالعه سلمان و همکاران (۲۰۱۸)، هم راستا با مطالعه حاضر است که با موضوع سندروم مراقبت ویژه در خانواده، مورد بررسی قرار گرفته است [۴۵]. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کیفیت خواب در خانواده بیماران قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت ولی میانگین نمره کیفیت خواب خانواده بیماران بلافاصله بعد از مداخله و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت. در مطالعه گارسیا (Garcia) در سال ۲۰۲۰ با عنوان بررسی ویژگی‌های خواب والدین کودکان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، بررسی عوامل خطر و عواقب آنها بر زندگی و فعالیت روزمره آنها نتیجه این بررسی نشان داد که والدین مشکلات زیادی در مورد خواب در مراحل مختلف آن دارند و حمایت‌های زیادی از طرف مراقبین بهداشتی جهت کنترل و کاهش این اختلالات مورد نیاز است [۴۶]. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره انزوای اجتماعی خانواده بیماران قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله و بعد از یک ماه از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنادار نداشت. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که میانگین نمره انزوای اجتماعی خانواده بیماران در طی سه بار اندازه‌گیری در گروه مداخله و کنترل اختلاف معنادار نداشته است. در مطالعه سرحدی و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان بررسی نیازهای روانی اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلب، نتایج نشان داد که دادن اطلاعات به اعضا خانواده بیماران بستری باعث می‌شود که اختلالات روانی اجتماعی در آنها کاهش یابد [۴۷]. در مطالعه حاضر انجام مشاوره پرستاری تفاوت معنی‌داری در گروه مداخله و کنترل نشان نداده است و مطالعه سرحدی، مغایر با مطالعه حاضر است که دلیل این مغایرت تفاوت محیط مطالعه است. همچنین انزوای اجتماعی اعضاء خانواده در مدت زمان بررسی این پژوهش، مشخص نشده است و اگر پژوهش مدت زمان طولانی‌تری ادامه داشت ممکن بود تغییر در انزوای اجتماعی خانواده ایجاد نشود. در مطالعه رایت سکستون (Wright-Sexton) و همکاران (۲۰۲۰) با عنوان بررسی انزوا در والدین با کودکان مبتلا به بیماری‌های بحرانی مزمن بستری در بخش مراقبت ویژه اطفال، نتایج نشان داد حمایت‌های مراقبین سلامت و دادن اطلاعات به والدین باعث کاهش انزوا در والدین کودکان نشد [۴۸]. این مطالعه همسو با مطالعه حاضر است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد مشاوره پرستاری باعث کاهش برخی از مشکلات روانشناختی با عنوان سندروم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه از جمله (افسردگی، استرس، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات خواب) شده است. این موضوع بیانگر اهمیت و نقش مشاوره پرستاری در بروز یا پیشگیری از برخی از مشکلات روانشناختی خانواده، است. بنابر این متولیان سیستم سلامت کشور و اعضاء تیم درمانی به خصوص پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه باید نسبت به این مسئله حساس بوده و با شناسایی به موقع خانواده‌های آسیب‌پذیر و در معرض خطر سندروم خانواده و با افزایش دانش و مهارت خود در دادن مشاوره‌های پرستاری و برقراری ارتباط مؤثر در جهت پیشگیری و کاهش بروز این سندروم در بین اعضا خانواده بیماران گام بردارند.

تقدیر و تشکر

برای انجام مطالعه، اخذ مجوزها، شامل تأییدیه کمیته اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه آزاد نجف‌آباد به شماره IR.IUMS.REC.1397.344 و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از نمونه‌ها بود. نویسندگان این مقاله از تمامی مشارکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر می‌نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در مورد انتشار این مقاله تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Goebel A, Barker C, Birklein F, Brunner F, Casale R, Eccleston C. Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome. European Journal of Pain. 2019;23(4) (Results of a European Pain

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

Federation task force):641-51. doi:10.1002/ejp.1362
2. Van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer N, Dongelmans D, van der Schaaf M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors. a literature review Critical Care. 2015;20 (1):16. doi.10.1186/s13054-016-1185-9
3. Kaymak C, Sencan I, Izdes S, Sari A, Yagmurdur H, Karadas D. Mortality of adult intensive care units in Turkey using the APACHE II and SOFA systems outcome assessment in Turkish intensive care units. Archives of Medical Science. 2018;14(3): 510-5. doi.10.5114/aoms.2016.59709
4. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. Journal of clinical nursing. 2012;21(11-12):1651-8. doi.10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x
5. Kerr L, Macaskill A. Advanced Nurse Practitioners' (Emergency) perceptions of their role, positionality and professional identity. A narrative inquiryJ Adv Nurs. 2020;76(5):1201-1.
6. Shorofi S, Jannati Y, Roohi Moghaddam H, Yazdani-Charati J, . Psychosocial needs of families of intensive care patients. Perceptions of nurses and families. 2016;57(1):10-8. doi.10.4103/0300-1652.180557
7. Mohammadi E, Salmani F. The practices and barriers to adult visiting in intensive care units: An integrated review. Nursing and Midwifery Journal. 2020 Jan 10;17(10):780-809.
8. Saeid Y, Salaree M, Ebadi A, Moradian S. Family intensive care unit syndrome. An integrative review Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020;25(5):361. doi.10.4103/ijnmr.IJNMR_243_19
9. Beesley S, Hopkins R, Holt-Lunstad J, Wilson E, Butler J, Kuttler K, al e. Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. Crit Care Med. 2018 Feb;46(2):229-35. doi.10.1097/CCM.0000000000002835
10. Alfheim H, Hofs K, Småstuen M, Tøien K, Rosseland L, Rustøen T. Post traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients. Intensive Crit Care Nurs. 2019:50:5 10. doi. 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.018
11. Fumis R, Ranzani O, Faria P, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. J Crit Care. 2015;30:440. doi.10.1016/j.jcrc.2014.11.022
12. Rahmani Tanha R. Study on Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress in Family Caregivers of Patients and Effective Factors, in Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2015-16. Dissertation. 2017.
13. Sheldon T. Psychological intervention including emotional freedom techniques for an adult with motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder: A case study. Current Research in Psychology. 2014;5(1):40-63. doi:10.3844/crpsp.2014.40.63
14. Nagpal M, Gleichauf K, Ginsberg J. Meta-analysis of heart rate variability as a psychophysiological indicator of posttraumatic stress disorder. Journal of Trauma & Treatment. 2013;3(1):1000182. doi:10.4172/2167-1222.1000182
15. Hojjati H, Ebadi A, Akhoondzadeh G, Sirati M, Heravi M, Nohi E. [Sleep quality in spouses of war veterans with post-traumatic stress: A qualitative study (Persian)]. Military Caring Sciences Journal. 2017;4(1):1-9.
16. Mandani B, Rostami H, Hosseini M. [Comparison of the health related quality of life in out-patient and in-patient war veterans with post traumatic stress disorder. Iranian Journal of War and Public Health. 2012; 4(4):35-42.
17. Saeid Y, Salaree M, Ebadi A, Moradian S, . Family intensive care unit syndrome: An integrative review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020 Sep;25(5):361. doi:10.4103/ijnmr. ijnmr_243_19.
18. Matt B, Schwarzkopf D, Reinhart K, König C, Hartog C. Relatives' perception of stressors and psychological outcomes–Results from a survey study. J Crit Care. 2017;39:172-7. doi.10.1016/j.jcrc.2017.02.036
19. Lee D-W, Kim S, Shin N, Lee W, Lee D, Jang J, al e. Sleeping, sleeping environments, and human errors in South Korean male train drivers. J Occup Health 2019. 61(5):358-67. doi: 10.1002/1348-9585.12059
20. Bazgoneh, A., Zarbakhsh, M. R. The Relationship between Sleeping Disorders and Posttraumatic Stress Disorder Syndrome with Corona Anxiety: the Intermediary Role of Health Anxiety. Journal of Applied Family Therapy, 2022; 2((Covid-19 articles collection)): 287-308.
21. Mohajerani A, Hagh M. perceived social support and social isolation in the order adults. Depiction of Health. 2019;10(4):300-9.
22. Taylor H, Taylor R, Nguyen A, Chatters L. Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. Journal of aging and health. 2018;30(2):229-46. doi:10.1177/0898264316673511
23. Seyfzadeh A, Hagighatian M, Mohajerani A. The relationship between social isolation and health among the Tehranian elderly. J Educ Community Health.2017;4(3):19-25.
24. Saeid Y, Salaree M, Ebadi A, Moradian S. Family Intensive Care Unit Syndrome (FICUS): letters to the editor[Persian]. J Crit Care Nurs. 2019;12(2):1-3.
25. Netzer G, Sullivan D. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. Annals of the American Thoracic Society. 2014;11(3):435-41.25. doi: 10.1513/AnnalsATS.201309-308OT

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]

26. Lewis C, Taylor J. Impact of prior ICU experience on ICU patient family members' psychological distress. A descriptive study Intensive Crit Care Nurs. 2017; 43:129-35.
27. Lam S, So H, Fok S, Li S, Ng C, Lui W, et al. Intensive care unit family satisfaction survey. Hong Kong Med J. 2015 Oct1;21(5):435-43. doi: 10.12809/hkmj144385
28. Mikkelsen M, Netzer G, Iwashyna T. Postintensive care syndrome (PICS). Verfügbar unter https://wwwUptodateCom/contents/post-intensive-care-syndrome-pics2018. 2018:1-29.
29. Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandi T, Keykhaei A. Assessment of psychological-social needs, family, special in patient unit ICU, CCU. Iranian Journal of critical care nursing. 2013;6(4):259-68
30. Cebeci F, Celik S. Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. Turk J Thorac Cardiovasc Surg. 2011;19(2):170-6. doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2011.007
31. Amiri H, Panahi S, Tasoj SN, Kazemi F, Haghani S, Makouie M. The impact of nursing phone counseling on depression and anxiety in family caregivers. Journal of Research in Clinical Medicine. 2023 Mar 18;11(1):6-.
32. Norton P. Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21):Psychometric analysis across four racial groups. Anx Stress Cop. 2007;20(3):253-65. doi. 10.1080/10615800701309279
33. Lovibond P, Lovibond S. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) withthe Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-43. doi. 10.1016/0005-7967(94)00075-U
34. Mazloom M, Yaghubi H. Role of Emotion Regulation and Thought Control in Prediction of Post-Traumatic Stress Disorder. [Persian]. J Clinical Psychology. 2016;8(4):1-10. doi.10.22075/jcp.2017.2249
35. Samani S, Jokar B, . [Reliability and validity of a short scale of depression, anxiety and stress]. Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University[Persian]. 2007;26(3):65-76.
36. Foa E, Riggs D, Dancu C, Rothbaum B. Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Post-Traumatic Stress Disorder. J Trauma Stress 1993;6(4):459-73. doi.10.1002/jts.2490060405
37. Heydari A, Ehteshamzadeh P, Marashi M. The Relationship between Insomnia Intensity, Sleep Quality, Drowsiness and Mental Health Disorder with Academic Performance in Girls. Journal of Women and Culture. 2010;1(4):76-65.
38. Ahmadi S, Khankeh H, Mohammadi F, FallahiKhoshknab M, Soltani Reza P. Limiting the effectiveness of the treatment on sleep quality in eldry. Iran. J Ageing 2010;5(16):7-15.
39. Chalabi M, Kafi MA. Multi-level analysis of social isolation. Iranian Journal of Sociology. 2013;5(31):2-3. doi. 10/22080/usfs.2022.23245.2240
40. Norouzadeh R, Mashhadi S, Hosseinkhani S, . Impact of Family Support Program on Depression of Family Caregiver of Hospitalized Patients in Cardiac Intensive Care Unit. Health Education & Health Promotion. 2021 Jun;9(2):2 doi.10.4037/ajcc2019668.
41. Naef R, von Felten S, Petry H, Ernst J, Massarotto P. Impact of a nurse-led familysupport intervention on family members'satisfaction with intensive care andpsychological wellbeing: A mixed-methodsevaluation. Australian Critical Care. 2021;34(6):594-603. doi.10.1016/j.aucc.2020.10.014
42. Cairns P, Buck H, Kip K, Rodriguez C, Liang Z, Munro C. Stress management intervention to prevent post–intensive care syndrome–family in patients' spouses. Am J Crit Care. 2019;28(6):471-6. doi.10.4037/ajcc2019668
43. Zimansky M, Stasielowicz L, Franke I, Remmers H, Friedel H, Atzpodien J. Effects of implementing a brief family nursing intervention with hospitalized oncology patients and their families in Germany: A quasi-experimental study .Journal of Family Nursing. 2020;26(4):346-57. doi.10.4037/ajcc2019668.
44. Fallahi Khoshknab M, Farzadmehr M, Hosseini M, Khankeh H, Noorabadi Z. Nursing consultation on anxiety of patient's family in cardiac surgery intensive care unit. Journal Of Research Development In Nursing & Midwifery. 2016;12(3):69-77.
45. Dehkordi FS, Imanipour M. Intensive Care Syndrom-Family: A Narative Review. 2018.
46. García M, Manrique G, Fernández SN, Puerta Y, Paredes P, Corchado AM, et al. Sleep characteristics of the parents of children admitted to a pediatric intensive care unit: risk factors and repercussion on their daily life activities. Sleep Medicine: X. 2020;2:100020. doi.10.1016/j.sleepx.2020.100020
47. Sarhadi M, Navidian A, Harandy Fasihi T, Keykhaei A. "Assessment of psycho-social needs of the family members of the patients hospitalized in ICU and CCU." 2014: 259-268.
48. Wright-Sexton LA, Compretta CE, Blackshear C, Henderson CM. Isolation in parents and providers of children with chronic critical illness. Pediatric Critical Care Medicine. 2020;21(8): e530-e7. doi:10.1097/PCC.0000000000002344.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13]

[DOI: 10.30491.17.2.46]