

Evaluation of the Effect of Telephone Consultation on the Family Intensive Care Unit Syndrome among Patients with COVID-19 in Aja Selected Hospitals

Akbari Owladi. M¹

*Sajadi. S A²

Pishgooie. S A H³

1- MSc in Intensive Care Nursing,
School of Nursing, Aja University
of Medical Sciences, Tehran,
Iran

2- (*Corresponding Author)
Ph.D. in Nursing, Assistant
Professor, Nursing Management
Department, School of Nursing,
Aja University of Medical
Sciences, Tehran, Iran, Email:
arasajadi@yahoo.com

3- Ph.D. in Nursing, Professor,
Intensive Care nursing
Department, School of Nursing
Aja University of Medical
Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Hospitalization in the intensive care unit following COVID-19 is very stressful not only for the patient but also for family members. Attention to the psychological problems of patients and their family members, including the patient family syndrome of the intensive care unit and counseling them uses new methods in the direction of holistic nursing.

Objective: This study aimed to determine the effect of telephone consultation on the family intensive care unit syndrome among patients with COVID-19.

Material and Methods: The present study is a clinical trial study in which the statistical population was family members of patients with COVID-19 disease admitted to the intensive care unit of selected hospitals in Tehran, in the second half of 2021. Forty-four people were selected by the convenience sampling method and randomly divided into two groups of intervention and control by coin toss. For the intervention group, telephone counseling was performed for 5 days and 20 minutes daily. Data were collected using demographic information form and FICUSI questionnaire and analyzed by SPSS version 21 statistical software. Significance level was considered less than 0.05.

Results: There was no significant difference between the two groups in terms of demographic characteristics ($P>0.05$). The mean score of family syndrome before the intervention was 87.45 ± 9.65 in the experimental group and 89.90 ± 11.33 in the control group, which were not significantly different ($P=0.461$). On the fifth day after the intervention, it was 100.05 ± 12.06 in the experimental group and 109.66 ± 13.12 in the control group, which was a significant difference ($P=0.019$). On the day of discharge, it reached 78.85 ± 11.24 and 109.38 ± 12.47 respectively ($P<0.001$).

Conclusion: Considering the effectiveness of telephone counseling on the FICUS of COVID-19, it is suggested that nurses use this intervention during the COVID-19 pandemic to reduce the psychological problems of patient's family members.

Keywords: Counseling, COVID-19, Intensive Care Units, Nurses

Akbari Owladi M, Sajadi S A, Pishgooie S A H. Evaluation of the Effect of Telephone Consultation on the Family Intensive Care Unit Syndrome among Patients with COVID-19 in Aja Selected Hospitals. Military Caring Sciences. 2023; 10 (2).127-136.

Submission: 22/01/2022

Accepted: 02/02/2022

Published: 22/10/2023

بررسی تأثیر مشاوره تلفنی بر سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه مبتلا به کووید-۱۹ در بیمارستان‌های منتخب آجا

مهدی اکبری اولادی^۱، * سیده اعظم سجادی^۲، سید امیرحسین پیشگوی^۳

چکیده

مقدمه: بستری شدن در بخش مراقبت ویژه به دنبال ابتلا به کووید-۱۹، نه تنها برای خود بیمار بلکه برای اعضای خانواده بسیار استرس زا است. توجه به مشکلات روانشناختی بیماران و اعضای خانواده آن‌ها از جمله سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه و مشاوره به آن‌ها با بهره‌گیری از روش‌های نوین در راستای پرستاری جامع نگر می‌باشد.

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر مشاوره تلفنی بر سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه مبتلا به کووید-۱۹ بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی می‌باشد که جامعه آماری آن اعضای خانواده بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب آجا شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ بودند. ۴۴ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی با پرتاب سکه در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله، مشاوره تلفنی به مدت ۵ روز و روزانه ۲۰ دقیقه انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم مشخصات جمعیت شناختی و سیاهه سندرم خانواده جمع آوری شده و با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P < 0/05$). میانگین نمره سندرم خانواده قبل از مداخله در گروه آزمون $87/45 \pm 9/65$ و در گروه کنترل $89/90 \pm 11/33$ بود که تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P = 0/461$). میانگین نمره سندرم بعد از مداخله در روز پنجم، در گروه آزمون به $100/05 \pm 12/06$ و در گروه کنترل به $109/66 \pm 13/12$ رسید که این تفاوت معنی‌دار بود ($P = 0/019$). در روز ترخیص نیز به ترتیب به $78/85 \pm 11/24$ و $109/38 \pm 12/47$ رسید ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی مشاوره تلفنی بر سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه مبتلا به کووید-۱۹، پیشنهاد می‌گردد پرستاران در طول پاندمی کووید-۱۹ از این مداخله در جهت کاهش مشکلات روانشناختی اعضای خانواده بیماران بهره ببرند.

کلمات کلیدی: بخش مراقب ویژه، پرستاران، کووید-۱۹، مشاوره

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰

مجله علوم مراقبتی نظامی سال دهم ■ شماره ۲ ■ تابستان ۱۴۰۱ ■ شماره مسلسل ۳۶ ■ صفحات ۱۳۶ - ۱۲۷

مقدمه

شدید در خانواده، مواجهه با شرایط تغییردهنده زندگی مانند بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان است (۳). خانواده‌ها به واسطه درک دانش، توانایی و مهارت‌های مراقبت از فرد مبتلا، می‌توانند اثری مثبت یا منفی در روند بیماری داشته باشند (۴). هنگامی که یک عضو خانواده بیمار می‌شود مثل این است که همه اعضاء خانواده به بیماری مبتلا شده‌اند. البته

خانواده به عنوان اساسی‌ترین واحد جامعه، بنیان‌گذار سلامت فیزیکی، فرهنگی، معنوی، روانی و اجتماعی اعضای آن است (۱). در واقع خانواده به عنوان یک سیستم کامل و منسجم مطرح می‌باشد که هرگونه تهدید وارد شده به هر یک از اعضا، برای کل سیستم تهدید به شمار می‌رود (۲). یکی از علل بروز اضطراب

۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۲ - دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک: arasajadi@yahoo.com

۳ - دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

واکنش‌ها نسبت به بیماری از خانواده‌ای به خانواده دیگر متفاوت است زیرا هر خانواده روش منحصر به فردی در زندگی دارد (۱). این موضوع به خصوص زمانی که بیماری به بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه (Intensive Care Unit) منجر شود، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۵).

بخش مراقبت‌های ویژه یک واحد اختصاصی است و افراد مبتلا به بیماری‌های تهدید کننده حیات یا جراحات شدید در آنجا بستری می‌شوند. این بیماران اغلب نیازمند مراقبت مداوم و نظارت و حمایت به وسیله تجهیزات ویژه و دارو درمانی می‌باشند (۶). بستری شدن در بخش‌های ویژه (ICU) علاوه بر مشکلات اولیه بیمار را در معرض عوارض زیادی قرار می‌دهد (۷). شرایط خاص و حاد بودن وضعیت بیماران، نیازمندی این بیماران به انجام مراقبت‌های ویژه و با کیفیت را ضروری می‌نماید که همین مسئله یکی از دلایل استرس و اضطراب خانواده‌هاست (۸).

نتیجه یک مطالعه در ایران نشان می‌دهد که به طور کلی ۶۸ درصد، اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه اضطراب، ۵۷/۳ درصد افسردگی و ۴۶/۷ درصد استرس متوسط تا شدید دارند (۱). یکی دیگر از این عوارض مهم پدیده‌ای به نام سندرم خانواده (FICUS: Family Intensive Care Unit Syndrome) می‌باشد. در واقع این سندرم خوشه‌ای از واکنش‌های روانی نامطلوب در پاسخ به شرایطی است که خارج از کنترل آن‌هاست (۹)، این سندرم در خانواده‌ی بیماران بستری در بخش‌های ویژه ایجاد می‌شود و با یک تهدید احتمالی یا واقعی زندگی یا سلامت جسمی یکی از اعضای خانواده، آغاز می‌شود (۱۰). در مطالعه کونوار (Konwar) و همکاران گزارش شد که ۵۴-۳۱ درصد اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه این سندرم را تجربه می‌کنند (۱۱).

فراگیر شدن بیماری کووید-۱۹ (Covid-19) به عنوان یک معضل اساسی برای سلامت همگانی در سطح جهان مطرح می‌باشد. در ۱۱ مارس سال ۲۰۲۰ سازمان جهانی بهداشت، این بیماری را به عنوان یک بیماری عالم گیر (Pandemic) معرفی نمود (۱۲) و تا تاریخ هفتم بهمن ماه ۱۴۰۰، بیش از ۳۶۰ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا شده‌اند و آمار جان باختگان نیز به بیش از ۵/۶۳۶/۰۰۰ نفر رسید. در کشور ایران نیز ۶/۲۶۸/۰۰۰ نفر مبتلا و بیش از صد و سی و دو هزار نفر فوتی گزارش شده است (۱۳).

انتشار افسارگسیخته کووید-۱۹، وضعیت نامطلوب بیماران ایزوله شده در بخش مراقبت‌های ویژه و با مشکل حاد تنفسی، عدم وجود یک درمان دارویی مؤثر و در نهایت مرگ و میر ناشی از این بیماری از مهم‌ترین فاکتورهایی است که می‌تواند بر سلامت روان افراد آلوده به این ویروس و خانواده‌های آنان نیز به شدت تأثیرگذار باشد (۱۴). علائم حاد سندرم مراقبت ویژه خانواده که تقریباً یک چهارم تا نیمی از خانواده‌ها آن را تجربه می‌کنند، ممکن است برای ماه‌ها یا حتی سال‌ها در خانواده دیده شده و ادامه یابد (۹). سعید و همکاران در مطالعه‌ی خود اعلام نمودند که علائم این اختلال شامل طیف وسیعی از مشکلات روانی، جسمی، اجتماعی و معنوی است که می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (۱۵). هنگامی که یک فرد در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شود، مراقبت از خانواده‌اش به همان اندازه مهم است و در حرفه‌ی پرستاری مخصوصاً پرستاری کل نگر (Holistic) بایستی به عنوان یک گروه قابل توجه و مهم در نظر گرفته شوند (۱۶). برای دستیابی به این هدف نیاز به برنامه‌های تخصصی در جهت تأمین سلامت آن‌ها، اعم از آگاه‌سازی و آموزش مناسب کادر درمان، مشارکت هدفمند و اصولی اعضای خانواده در فرایند مراقبت و درمان، ارزیابی تخصصی سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه و به تناسب برگزاری کارگاه‌های توانمندسازی برای اعضای خانواده می‌باشد (۱۵). بر اساس مطالعات انجام گرفته مداخلاتی برای کاهش مشکلات روانشناختی اعضای خانواده بیماران استفاده شده است که از جمله‌ی آن‌ها کسب اطلاع از روند وضعیت بیمار، مشارکت خانواده در برنامه مراقبتی (۳) و حمایت پرستاری (۱۷) می‌باشد. یکی دیگر از این روش‌ها که مورد پیشنهاد مطالعات است مشاوره پرستاری می‌باشد. صادقی و صالحی با بررسی تأثیر مشاوره پرستاری بر اضطراب اعضای خانواده بیماران تحت جراحی تراکتوستومی نشان دادند که مشاوره پرستاری در کاهش میزان اضطراب خانواده بیماران جراحی تراکتوستومی مؤثر است (۱۸).

انتخاب روش آموزشی، اولین گام در فرآیند برنامه ریزی یک برنامه آموزشی است (۱۹). مشاوره از راه‌های گوناگونی قابل انجام است. یکی از روش‌هایی که با پیشرفت علم و تکنولوژی مورد استفاده قرار گرفته است، مشاوره تلفنی می‌باشد (۲۰). رسی

به شرکت در مطالعه، دارای سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات اضطرابی و روانی تحت درمان، نداشتن اختلال شنوایی و بینایی، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و آرام بخش‌های مؤثر بر روان، آشنایی به زبان فارسی، عضو اصلی خانواده بیمار (همسر، فرزند، برادر، خواهر، والدین) و پیگیر فرآیند مراقبت، درمان و بستری، بستری بیمار بیش از پنج روز در بخش ویژه (۲۶)، سن بالاتر از ۱۸ سال و عدم سابقه مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج نیز شامل: انصراف از ادامه‌ی همکاری، ترخیص زودتر از ۵ روز بیمار در بخش ویژه و وقوع یک رخداد بحرانی برای عضو خانواده و یا بستری خود ایشان بود. ۴۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده با پرتاب سکه به دو گروه ۲۲ نفری کنترل و آزمون تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان و سیاهه سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه‌ی بستری، نسبت بیمار با عضو خانواده، درآمد ماهیانه و محل اقامت (در مورد مراقب) و سن، جنس، وضعیت بیمه و وضعیت هوشیاری (در مورد بیمار) بود. سیاهه سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه ۳۱ گویه دارد که توسط سعید و همکاران در سال ۱۳۹۸ در ایران طراحی و اعتباریابی شد. بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی، این ابزار شامل دو بعد یعنی تهدید روان‌شناختی و غیرروانشناختی (جسمی، اجتماعی، معنوی) است. پایایی ابزار به روش همسانی درونی، با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود. میانگین شاخص روایی محتوا برای کل سیاهه ۰/۸۹ به دست آمد. برای تعیین ثبات، آزمون- باز آزمون نیز اجرا شد و میزان همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۹۷ با فاصله اطمینان (۰/۹۵-۰/۹۹) بود. نحوه نمره دهی با استفاده از قوانین لیکرتی به صورت همیشه (۵)، معمولاً (۴)، گاهی اوقات (۳)، بندرت (۲)، اصلاً (۱) می‌باشد. بر این اساس هر چه امتیاز کسب شده فرد از سیاهه، بیشتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر سندرم خانوادگی بیمار بخش مراقبت ویژه، خواهد بود. پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه قبل از شروع مداخله در دو گروه تکمیل شد. برای گروه کنترل مداخله‌ی خاصی انجام نشد و فقط اطلاعات

(Raesi) و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که آموزش از طریق تلفن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ تأثیر دارد (۲۱). بهره‌گیری از روش‌های نوین مزیت‌های زیادی دارد و مخصوصاً در ایام پاندمی کووید-۱۹ که افراد باید از مناطق پر جمعیت دوری می‌جستند بسیار کارا و اثربخش بوده و باعث شد که آموزش و مشاوره هیچ وقت قطع نشود (۲۲). این در حالی است که ملاقات به عنوان یکی از ده نیاز مهم و برتر بیمار بستری و اعضای خانواده، در بخش مراقبت ویژه ممنوع می‌باشد (۲۳). علی‌رغم پیشرفت‌های علمی و تحولات پرستاری که در حرفه پزشکی و پرستاری به وجود آمده است، موضوع ملاقات در ایران به عنوان یکی از موضوعات مهم بیمارستانی، حل نشده و مخصوصاً در کشور ایران، به دلیل اعتقادات مذهبی و فرهنگی، محدودیت ملاقات باعث ایجاد چالش‌های متعددی میان پرستاران و ملاقات کنندگان شده است (۲۴).

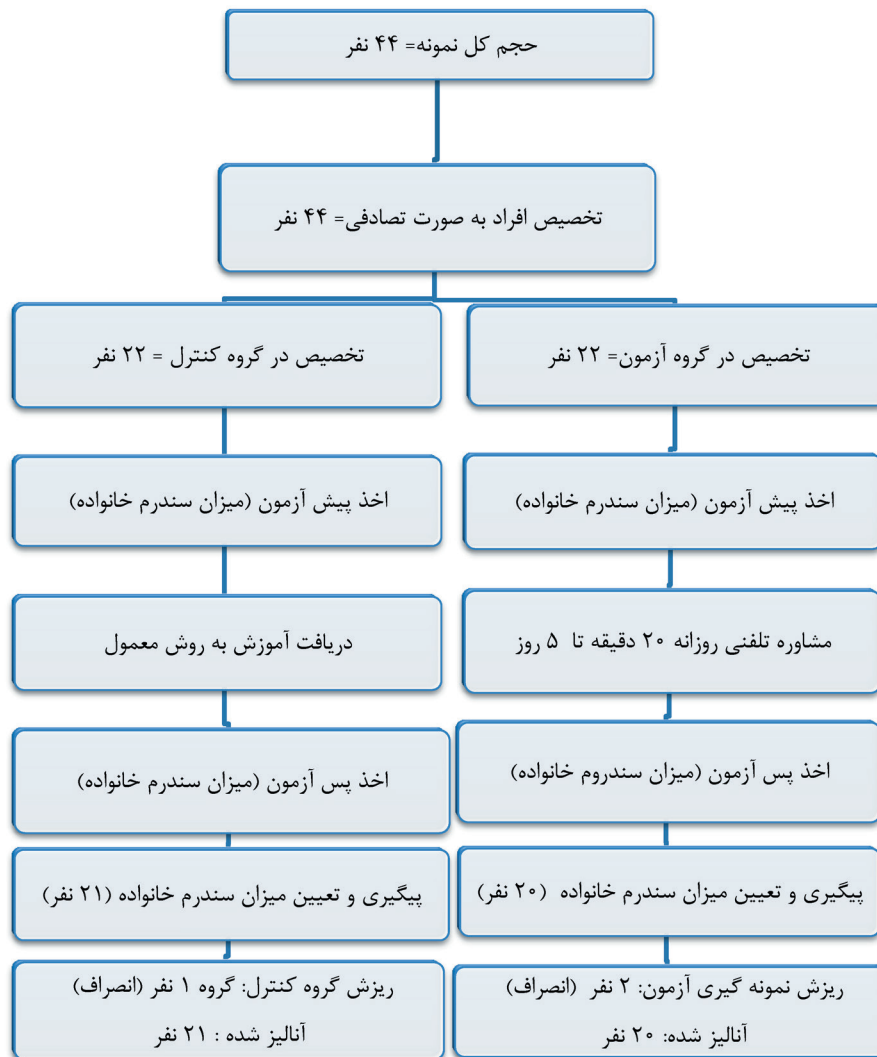
پژوهشگران مطالعه حاضر، با جستجو در داده پایگاه‌های معتبر در دسترس، به مطالعه مشابهی دست نیافتند. با توجه به اهمیت توجه به مسائل و مشکلات روانشناختی اعضای خانواده ناشی از بستری شدن بیمار و در راستای اجرای مراقبت پرستاری جامع نگر و همچنین اهمیت استفاده از مشاوره‌ی پرستاری از طریق روش‌های جدید و با بهره‌گیری از تکنولوژی جدید تیم تحقیق بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر مشاوره تلفنی بر سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه مبتلا به کووید-۱۹ انجام دهد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده یک سو کور در نیمه‌ی دوم سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش شامل اعضای خانواده بیماران مبتلا به بیماری کووید-۱۹ بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب آجا در شهر تهران بودند. حجم نمونه بر اساس مطالعه فلاحی و همکاران (۲۵) با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۱ و توان آزمون ۹۰ درصد و با استفاده از نرم‌افزار G-Power نسخه ۳،۰،۱۰ در هر گروه حدود ۲۰ نفر برآورد شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصدی در هر گروه ۲۲ نفر و در مجموع ۴۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. اعضای خانواده بیماران مبتلا به بیماری کووید-۱۹ بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بر اساس معیارهای ورود شامل: تمایل

از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و تحلیلی شامل آزمون‌های دقیق فیشر (Fisher's Exact Test)، تی مستقل (Independent t-Test)، تی زوجی (Paired t-Test)، تی مستقل (t-Test) انجام شد. سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آجا با کد IR.AJAUMS.REC.1400.066 رسید. مفاد بیانیه هلسینکی در این مطالعه رعایت شد. به طور مثال نمونه‌ها به طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند و هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. همچنین رضایت نامه آگاهانه از تمام نمونه‌ها اخذ شد. محرمانه ماندن تمام داده‌ها و رعایت امانت در منابع اطلاعاتی استفاده شده نیز رعایت شد. همچنین، اصول کمیته اخلاق نشر COPE در این مطالعه رعایت شد.

روتین را از طریق تلفن از پرستاران بخش دریافت نمودند. برای گروه آزمون، مشاوره تلفنی به مدت ۵ روز انجام شد به گونه‌ای که روز اول نیم ساعت و روزهای دوم تا پنجم روزانه ۲۰ دقیقه به طول انجامید. محتوای آموزش شامل آشنایی با بیماری کووید-۱۹، علائم، عوارض و روش‌های درمان و آشنایی با محیط و مراقبت در بخش ویژه بود. آموزش بر اساس نیاز خانواده بخش ویژه تنظیم و محتوای آموزشی تدوین شده جهت تأیید روایی محتوا، در اختیار ۴ عضو هیئت علمی دانشگاه قرار گرفته و تأیید شد و مجدداً سیاهه سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه بعد از ۵ روز برای هر دو گروه تکمیل شد. زمان سوم یا پیگیری برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش دو گروه روز ترخیص بیمار از بیمارستان بود که بین روزهای ۹ تا ۱۷ متغیر بود (نمودار ۱). تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده



نمودار ۱- روند انجام مطالعه

یافته‌ها

کنترل (۱/۸۷/۱۳/۲۸) سال بود. آزمون دقیق فیشر و آزمون تی مستقل نشان دادند که دو گروه از نظر جنسیت ($P=0/734$)، وضعیت تأهل ($P=0/505$)، سطح تحصیلات ($P=0/635$)، درآمد ماهیانه ($P=0/230$) و سن بیمار ($P=0/803$)، سن عضو خانواده ($P=0/842$)، طول مدت بستری ($P=0/602$) تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱).

میانگین سنی اعضای خانواده بیماران گروه آزمون (۸/۷۰) ۳۳/۴۰ و گروه کنترل (۷/۳۶) ۳۳/۹ سال بود و همچنین میانگین سنی بیماران گروه آزمون (۱۱/۳۴) ۴۱/۶۰ و بیماران گروه کنترل (۱۱/۲۵) ۴۰/۹۷۱ سال بودند. اکثر اعضای خانواده بیماران گروه آزمون (۶۵ درصد) مرد و (۷۵ درصد) متأهل بودند. میانگین طول مدت بستری بیماران گروه آزمون (۲/۲۱) ۱۲/۹۵ و گروه

جدول ۱- ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان در مطالعه

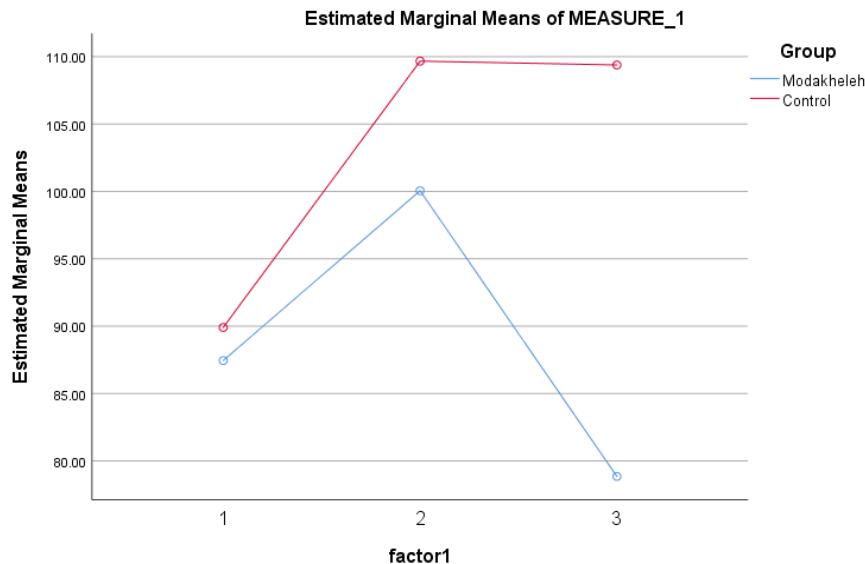
متغیر	گروه	گروه آزمون		سطح معنی‌داری
		میانگین (انحراف معیار)	کنترل	
سن عضو خانواده (سال)*		۳۳/۴۰ (۸/۷۰)	۳۳/۹۰ (۷/۳۶)	$t = -0/201$
سن بیمار (سال)*		۴۱/۶۰ (۱۱/۳۴)	۴۰/۷۱ (۱۱/۲۵)	$t = 0/251$
طول مدت بستری*		۱۲/۹۵ (۲/۲۱)	۱۳/۲۸ (۱/۸۷)	$t = -0/525$
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنس	مرد	۱۳(۶۵)	۱۲(۵۷/۱)	۰/۷۵۱
	زن	۷(۳۵)	۹(۴۲/۹)	
عضو خانواده**	مرد	۱۵(۷۵)	۱۴(۶۶/۷)	۰/۷۳۴
	زن	۵(۲۵)	۷(۳۳/۳)	
وضعیت تأهل عضو خانواده**	مجرد	۵(۲۵)	۴(۱۹)	۰/۷۱۹
	متأهل	۱۵(۷۵)	۱۷(۸۱)	
وضعیت تأهل بیمار**	مجرد	۵(۲۵)	۸(۳۸/۱)	۰/۵۰۵
	متأهل	۱۵(۷۵)	۱۳(۶۱/۹)	
تحصیلات عضو خانواده**	دیپلم	۴(۲۰)	۶(۲۸/۶)	۰/۱۸۵
	فوق دیپلم	۱(۵)	۰۰(۰۰)	
	لیسانس	۱۴(۷۰)	۱۰(۴۷/۶)	
تحصیلات بیمار**	زیردیپلم	۱(۵)	۲(۹/۵)	۰/۶۳۵
	دیپلم	۷(۳۵)	۴(۱۹)	
	لیسانس	۹(۴۵)	۱۳(۶۱/۹)	
شغل عضو خانواده**	بالتر از لیسانس	۳(۱۵)	۲(۹/۵)	۰/۷۵۰
	خانه دار	۶(۳۰)	۶(۲۸/۶)	
	آزاد	۵(۲۵)	۴(۱۹)	
درآمد ماهیانه**	کارمند	۳(۱۵)	۵(۲۳/۸)	۰/۲۳۰
	نظامی	۱(۵)	۳(۱۴/۳)	
	محصل	۵(۲۵)	۳(۱۴/۳)	
درآمد ماهیانه**	کافی	۲(۱۰)	۷(۳۳/۳)	۰/۲۳۰
	تا حدی کافی	۱۶(۸۰)	۱۳(۶۱/۹)	
	ناکافی	۲(۱۰)	۱(۴/۸)	

میانگین و انحراف معیار نمره سندرم خانواده در نمونه‌های گروه آزمون (۹/۶۵) و در گروه کنترل (۱۱/۳۳) بوده است و نتیجه آزمون تی مستقل نشان دهنده آن است که بین دو گروه از این نظر تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/461$) بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره سندرم خانواده در نمونه‌های گروه آزمون به (۱۲/۰۶) و در گروه کنترل به (۱۳/۱۲) رسید که بر اساس آزمون تی مستقل بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و سندرم خانواده اعضای خانواده گروه آزمون کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره سندرم خانواده قبل از مداخله در نمونه‌های گروه آزمون (۹/۶۵) و در گروه کنترل (۱۱/۳۳) بوده است و نتیجه آزمون تی مستقل نشان دهنده آن است که بین دو گروه از این نظر تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/461$) بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره سندرم خانواده در نمونه‌های گروه آزمون به (۱۲/۰۶) و در گروه کنترل به (۱۳/۱۲) رسید که بر اساس آزمون تی مستقل بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت و سندرم خانواده اعضای خانواده گروه آزمون کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سندرم خانواده در اعضای خانواده دو گروه آزمون و کنترل

گروه	کل		
	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
آزمون	۸۷/۴۵ (۹/۶۵)	۱۰۰/۰۵ (۱۲/۰۶)	۷۸/۸۵ (۱۱/۲۴)
کنترل	۸۹/۹۰ (۱۱/۳۳)	۱۰۹/۶۶ (۱۳/۱۲)	۱۰۹/۳۸ (۱۲/۴۷)
نتیجه آزمون تی مستقل	$t=-0/745$ $P=0/461$	$t=-2/438$ $P=0/019$	$t=-8/218$ $P<0/001$
آزمون تکراری	$P<0/001$ $F=23/564$	$P<0/001$ $F=55/934$	



نمودار ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره سندرم خانواده در اعضای خانواده دو گروه آزمون و کنترل

منتخب آجا شهر تهران انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات سندرم خانواده در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($P>0/05$). در حالی که بعد

بحث و نتیجه‌گیری
این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره تلفنی بر سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه مبتلا به کووید-۱۹ بیمارستان‌های

دو مطالعه به بحث سندرم خانواده ناشی از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه پرداخته شده است اما مطالعه‌ی حاضر از چند نظر با مطالعه‌ی کایرنس متفاوت بوده و لازم به انجام پژوهش بود. زمان انجام مطالعه‌ی حاضر در طول پاندمی کووید-۱۹ بود که یک بیماری ناشناخته‌ای است و شیوع افسارگسیخته و ماهیت ناشناخته بیماری مشکلات روانشناختی بالایی را برای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه کووید-۱۹ ایجاد می‌کند. در مطالعه‌ی حاضر تمام افراد اعضای خانواده (پدر، مادر، همسر، برادر، خواهر، فرزند) که به صورت مستقیم درگیر مراقبت از بیمار بود به عنوان گروه هدف مورد بررسی قرار گرفت و نه فقط همسران. مهمترین تفاوت نیز به نوع مداخله بر می‌گردد که در مطالعه‌ی حاضر سعی شد از یک روش در دسترس، غیرحضوری و آسان برای کاهش سندرم خانواده استفاده شود.

مطالعه‌ای توسط زانت (Zante) و همکاران انجام شد که بر اساس آن و هم سو با نتایج مطالعه‌ی حاضر تنها مداخلات مبتنی بر برقراری ارتباط با اعضای خانواده در کاهش سندرم خانواده ناشی از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه مانند اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بود (۳۰). تفاوت مهم مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی زانت و همکاران متدولوژی آن است که در مطالعه‌ی حاضر محقق با انجام یک کارآزمایی بالینی نشان داد که مداخله‌ی مبتنی بر مشاوره‌ی پرستاری از طریق تلفن می‌تواند در کاهش سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه مبتلا به کووید-۱۹ مفید و مؤثر باشد.

صادقی و صالحی در یک مطالعه شبه تجربی اعلام نمودند که بعد از مداخله‌ی مشاوره پرستاری اضطراب اعضای خانواده بیماران در گروه آزمون کاهش یافته و به صورت معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. در پایان نتیجه‌گیری نمودند که مشاوره پرستاری در کاهش میزان اضطراب خانواده بیماران جراحی تراکتوستومی مؤثر است (۱۸). در هر دو مطالعه اهمیت مشاوره در پرستاری برجسته است ولی محقق در مطالعه‌ی حاضر از مشاوره تلفنی بهره گرفت که مخصوصاً با پیشرفت تکنولوژی و در دسترس همگان بودن بسیار مناسب است و هم در دوران پاندمی کووید-۱۹ و نیاز به رعایت پروتکل‌ها استفاده از روش مجازی بسیار ارجح‌تر است. از طرف دیگر گروه هدف مطالعه‌ی حاضر اعضای خانواده بیماران کووید-۱۹ بودند که با یک بیماری ناشناخته و پاندمی

از مداخله (در روز پنجم و روز ترخیص) تفاوت معنی‌دار بود ($P < 0/001$) و میزان سندرم خانواده ناشی از بستری بیماران در اعضای خانواده گروه آزمون کمتر بود، اما در مورد گروه کنترل این عارضه بیشتر شده بود. از آنجا که مداخله‌ای برای گروه کنترل انجام نشد این نتایج قابل انتظار بود. نتایج برخی مطالعات انجام گرفته در این زمینه هم سو و هم راستا با مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. به طور مثال ریسی و همکاران در مطالعه‌ی خود با هدف تعیین تأثیر آموزش از طریق تلفن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ نشان دادند که بعد از مداخله میانگین نمرات کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشته و این مداخله توانسته بود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ را به صورت معنی‌داری ارتقا دهد (۲۱). همین محققین در یک مطالعه‌ی نیمه تجربی دو گروهی دیگر نشان دادند که استفاده از تله نرسینگ (Telenursing) حاوی تماس‌های تلفنی هفتگی در طول یک ماه بار مراقبتی مراقبین خانوادگی بیماران کووید-۱۹ گروه آزمون را کاهش داد (۲۸). از نظر محقق ماهیت مشاوره که در طی آن به سؤالات افراد پاسخ داده می‌شود و ابهامات برطرف می‌گردد و ضمن ارتقای دانش و آگاهی مخاطبان اطلاعات آن‌ها در مورد روند درمان و بیماری بیشتر می‌شود از دلایل اصلی توجیه نتایج یکسان است. توجه به مشکلات ناشی از ابتلا به کووید-۱۹ و همچنین استفاده از مداخلات پرستاری مبتنی بر روش‌های غیرحضوری و استفاده از تکنولوژی‌های جدید در کمک به مددجویان از اشتراکات دو مطالعه بود اما اولاً محقق در مطالعه‌ی حاضر گروه هدف را از بین اعضای خانواده‌ی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ انتخاب نمود که در پرستاری و مراقبت از بیماران باید به آن‌ها نیز توجه نمود همچنین از مشاوره استفاده نمود که متفاوت از آموزش است. در واقع محقق با انجام مشاوره سعی نمود به سؤالات بیماران پاسخ دهد. در حالی که در آموزش مطالب از پیش تعیین شده هستند. توجه به پدیده سندرم خانواده نیز از دیگر تفاوت‌ها می‌باشد که متفاوت از کیفیت زندگی است.

کایرنس (Cairns) و همکاران در کشور آمریکا مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر مداخلات مبتنی بر مدیریت استرس بر سندرم خانواده ناشی از بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه برای همسران بیماران انجام دادند که در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده نمره استرس همسران بیماران گروه مداخله به صورت معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود (۲۹). با وجود اینکه در هر

داد که استفاده از مشاوره تلفنی در کاهش سندرم خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه مبتلا به کووید-۱۹ بیمارستان‌های منتخب آجا شهر تهران مؤثر است. این بدین معنی است که استفاده از این طرح مراقبتی به عنوان یکی از مداخلات غیردارویی پرستاری ساده، ارزان، قابل اجرا و مؤثر مفید واقع شود. از آنجا که پرستاران درگیر در امر مراقبت از بیمار خود گاهاً اعضای خانواده بیماران را فراموش می‌نمایند و این در حالی است که توجه به اعضای خانواده بیماران به اندازه‌ی خود بیمار مهم است و این توجه و مراقبت هم در راستای پرستاری جامع نگر بوده و هم در صورت عدم مراقبت از آن‌ها با عوارض زیادی مواجه خواهند شد لذا، پرستاران شاغل در بخش‌های کووید-۱۹ و حتی پرستاران بخش‌های ویژه می‌توانند ضمن آشنایی با این روش‌ها گامی را در راستای کمک به کاهش عوارض و رضایت اعضای خانواده بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بردارند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه است که با شماره ۳۱۶۵۰۰۸ در تاریخ ۱۴۰۰/۰۴/۰۶ در دانشگاه علوم پزشکی آجا به تصویب رسید. از مسئولین محترم معاونت پژوهش و فناوری و تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و دانشگاه علوم پزشکی آجا و همکاری صمیمانه‌ی مدیران، اعضای خانواده بیماران و پرستاران محترمی که بدون همکاری آن‌ها این تحقیق ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تضاد منافع

بدین وسیله کلیه نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Navidian A, Sarhadi M, Kykhaie A, Kykhah R. Psychological reactions of family members of patients hospitalized in critical care and general units compared with general population. *IJN*. 2014; 26 (86): 16-28.
2. Mehrnejad N, Ganji T, Ardeshiri M, Fathi P. The effect of family presence at the bedside on serum cortisol levels and physiological indexes in patients hospitalized in intensive care unit. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 2 (4): 36-42. URL: <http://journal.icns.org.ir/article-1-155-en.html>
3. Jabbarpour M, Abdoli F, Kazemi M. The effect of providing information about the patient's condition on the anxiety

افسارگسیخته مواجه بودند و با اعضای خانواده بیماران جراحی تراکتوستومی از نظر فشار، تنش، استرس، اضطراب و مشکلات روانشناختی متفاوت بودند. زمان و مکان پژوهش نیز از جمله‌ی تفاوت‌ها می‌باشد که لزوم و ضرورت مطالعات را بیشتر می‌کند. در مطالعه‌ی فلاحی خشک‌ناب و همکاران نیز که با عنوان "تأثیر مشاوره پرستاری بر اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب" انجام شد بین میانگین نمرات اضطراب گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت؛ بدین معنی که مداخله پژوهش (مشاوره پرستاری) مؤثر بوده و منجر به کاهش اضطراب در اعضای خانواده این بیماران گردیده بود (۲۵)؛ اما به صورت نا همسو با نتایج مطالعه‌ی حاضر در مطالعه‌ی گودرزبان و همکاران با هدف تأثیر آموزش و مشاوره پرستاری از راه دور بر میزان افسردگی مراقبین بیماران سکته مغزی نشان داده شد که میانگین نمرات افسردگی پس از مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت (۳۱). از نظر محقق تفاوت در زمان و مکان پژوهش، گروه هدف، تعداد جلسات مشاوره و حتی تعداد نمونه‌ها می‌تواند دلایل تفاوت در نتایج باشد. ۳۲ جلسه مشاوره تلفنی برای افراد خسته کننده بود و لذا، محقق در این مطالعه از ۵ روز استفاده نمود. همچنین تعداد افراد گروه آزمون در مطالعه‌ی حاضر ۲۲ نفر بود که راحت‌تر ارتباط برقرار می‌شد در حالی که در مطالعه‌ی گودرزبان و همکاران ۷۶ نفر بود. از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، ممنوعیت ملاقات بود و محقق مجبور شد ابزار را با پیگیری تلفنی و از طریق سؤال پرسیدن از افراد تکمیل کند. همچنین وجود چالش‌های متعدد در پاندمی کووید، مشکلات نمونه گیری را در این پژوهش افزایش داد. یافته‌های پژوهش حاضر فرضیه‌های تحقیق را تأیید نموده و نشان

- level of the family members of hospitalized patients with traumatic brain injury. *Hayat*. 2018; 24 (2): 127-39. URL: <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-2276-en.html>
4. Mami S, Kaikhavani S, Amirian K, Neyazi E. The effectiveness of family psychoeducation (Atkinson and Coia Model) on mental health family members of patients with psychosis. *J Ilam Uni Med Sci*. 2016; 24 (1): 8-17. DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.1.8
5. Salman Dehkordi F, Imanipour M. Intensive care syndrom-family: A narative review. *J Crit Care Nurs*. 2020; 13(1): 21-6. URL: <http://jccnursing.com/article-1-487-en.html>
6. Chulay M, Suzanne M, Chulay M, Suzanne M. AACN

- essentials of critical care nursing pocket handbook (80): Stikes Perintis Padang; 2020: 70-74.
7. Aaronson DM, Mueller WM. Commentary: Selective intensive care unit admission after adult supratentorial tumor craniotomy: Complications, length of stay, and costs. *Neurosurgery*. 2020; 86 (1): E62-E3. DOI: 10.1093/neuros/nyz453
 8. Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit—a literature review. *Nurs Crit Care*. 2017; 22(2): 70-80. DOI: 10.1111/nicc.12141 PMID: 31642508
 9. Aravagiri A, Bhatti W, Okereke J, Verceles AC. Identifying, analyzing, and combating family intensive care unit syndrome in long-term acute care hospitals. In: Netzer, G. (eds) *Families in the Intensive Care Unit*. Springer, Cham. DOI:10.1007/978-3-319-94337-4_13
 10. Saeid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family Intensive Care Unit Syndrome (FICUS): Letters to the editor. *J Crit Care Nurs*. 2019; 12 (2): 1-3. URL: <http://jccnursing.com/article-1-457-en.html>
 11. Konwar G, Begum F, Baruah B. Anxiety level among family members attending patients admitted in intensive care unit. *OJPAS*. 2016; 7 (1): 60-4. DOI: 10.5958/2394-2061.2016.00010.0
 12. Rahmani A, Rezaeian M. Possible effects of COVID-19 pandemic on suicide behavior in the World: A structured review study. *JRUMS*. 2021; 20 (1): 85-118. DOI: 10.52547/jrums.20.1.85
 13. Raoofi A, Takian A, Sari AA, Olyaeemanesh A, Haghighi H, Aarabi M. COVID-19 pandemic and comparative health policy learning in Iran. *Archives of Iranian Medicine*. 2020; 23(4): 220-34. DOI: 10.34172/aim.2020.02
 14. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (3): 228-9. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
 15. Saeid Y, Moradian ST, Ebadi A, Salaree MM. The family intensive care unit syndrome: A qualitative content analysis. *Nursing in Critical Care*. 2021; 2 (2): 18-25. DOI: 10.1111/nicc.12683
 16. Gaeni M, A Farahani M, Mohammadi N, Seyedfatemi N, Abbasi M. To restore the stability: Family experiences of patients in intensive care unit. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020; 7 (1): 103-18.
 17. Zakerimoghdam M, Ghiasvandian S, Salahshoor P. The effect of supportive nursing program on depression, anxiety and stress of family members of patients during coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014; 3 (1): 50-8. URL: <http://journal.icns.org.ir/article-1-136-en.html>
 18. Sadeghi M, Salehi S. The effect of nursing consultation on anxiety of tracheostomy patient's family. *IJPN*. 2019; 7 (1): 89-96. DOI: 10.21859/ijpn-070112
 19. Amini R, Maghsodi M, Khodaveisi M, Soltanian AR. The effect of peer education on health promotion behaviors of nursing students in Hamadan University of Medical Sciences. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2018; 26 (1): 11-8. DOI: 10.30699/sjnhmf.26.1.11
 20. Sieberer J, Hughes P, Sian I. Telephone-based consultation in an acute eye clinic service: A patient satisfaction survey. *Eur J Ophthalmol*. 2022; 32 (3): 1390-7. DOI: 10.1177/11206721211030774
 21. Raesi R, Shaye ZA, Saghari S, Sheikh Beig Goharrizi MA, Raei M, Hushmandi K. The impact of education through nurse-led telephone follow-up (telenursing) on the quality of life of COVID-19 patients. *J Egypt Public Health Assoc*. 2021; 96 (30): 1-7. DOI: 10.1186/s42506-021-00093-y
 22. Ribeiro E, Sampaio A, Gonçalves MM, Taveira MDC, Cunha J, Maia Â, et al. Telephone-based psychological crisis intervention: The portuguese experience with COVID-19. *Counselling Psychology Quarterly*. 2020; 34 (3-4): 432-46. DOI: 10.1080/09515070.2020.1772200
 23. Noorian K, Alidoost B, Tayebi ZA, Doosti-Irani M. Challenges in visiting in the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2020; 9 (2): 699-707.
 24. Alizadeh R, Pourshaikhian M, Emami-Sigaroodi A, Kazemnejad-Leili E. Visiting in intensive care units and nurses' beliefs. *IJNR*. 2015; 10 (2): 11-21. URL: <http://ijnr.ir/article-1-1522-en.html>
 25. Fallahi Khoshknab M, Farzadmehr M, Hosseini MA, Khankeh HR, NoorAbadi Z. Nursing consultation on anxiety of patient's family in cardiac surgery intensive care unit. *J Res Dev Nurs Midw*. 2016; 12 (3): 1-8. URL: <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-810-en.html>
 26. McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*. 2010; 38 (4): 1078-85. DOI:10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94
 27. Abazari F, Abbaszadeh A. Comparison of the attitudes of nurses and relatives of ICU and CCU patients towards the psychosocial needs of patients relatives. *Journal of Inflammatory Disease*. 2001; 5 (3): 58-63. URL: <http://journal.qums.ac.ir/article-1-483-en.html>
 28. Raesi R, Mirzaei A, Saghari S, Raei M, Bokaie S, Hushmandi K. Investigating the effect of tele-nursing on the care burden of family caregivers of COVID-19 patients. *Jccnursing*. 2021; 14 (3): 21-9. DOI: 10.221/JCC.14.3.21
 29. Cairns PL, Buck HG, Kip KE, Rodriguez CS, Liang Z, Munro CL. 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
 30. Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in post-intensive care syndrome—family: A systematic literature review. *Crit care med*. 2020; 48 (9): e835-e40. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004450
 31. Goudarzian M, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Delbari A, Biglarian A. Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: A randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018; 23 (4): 248-252. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_242_16 PMID: 30034482 PMID: PMC6034534