J Crit Care Nurs. 2020 June;13(1)

Published online 2020

Research Article

Intensive Care Syndrom-Family: A Narative Review

Farzaneh Salman Dehkordi[1], Masoomeh Imanipour[2*]

1. School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Iran

**2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Critical Care and Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

**Corresponding author: Masoomeh Imanipour, Nursing and Midwifery Care Research Center, Department of Critical Care and Management, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Iran. E-mail: m_imanipour@tums.ac.ir*

Abstract

Background and aim: During hospitalization patients in the ICU, many family members are at risk for a mixture of negative psychological reactions. This study aimed to review the symptoms and challenges of these families and to give caring strategies for ICU family members.

Methods: This review study was done through a library literature review in the scientific data bases including Google Scholar, Science Direct, Scopus, PubMed, SID, Magiran, and Iran Medex. All articles in English and Persianpublished between 2002 and 2019 were studied. After screeing the articles according to the inclusion criteria, 27 articles were analyzed.

Results: The family members of critically ill patients admitted to the ICU often experience a cluster of adverse psychological reactions in response to conditions that is out of their control. These experiences have been recognized as "intensive care syndrome-family". Family-centered care and effective communication were mentioned as the most important and effective strategies to reduce the complications of this syndrome.

Conclusion: As a key member of the health care team in the ICU, nurses not only are responsible for the patients, but are responsible for the family members. They should help families to cope with the crisis of ICU admission and help prevent or control the family intensive care syndrome in them through family-centered care measures.

Keywords: Intensive Care Unit, Patient's Family, Psychological Reactions, Intensive Care Syndrome-Family, Narative Review

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۳، شماره ۱، ۱۳۹۹
صفحات: ۲۱-۶

سندرم مراقبت ویژه در خانواده: یک مطالعه مروری روایتی

فرزانه سلمان دهکردی[۱]، دکتر معصومه ایمانی پور[۲*]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

*۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

نویسنده مسوول: معصومه ایمانی‌پور، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه مراقبت‌های ویژه و مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

E-mail: m_imanipour@tums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بسیاری از اعضای خانواده بیماران ICU در طول بستری بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، در معرض خطر مجموعه‌ای از واکنش‌های روان‌شناختی منفی قرار می‌گیرند. این مطالعه با هدف مروری بر مجموعه علائم و چالش‌های این خانواده‌ها و راهکارهای مراقبت از خانواده بیماران ICU انجام‌شده است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع مروری بوده و به روش مطالعه کتابخانه‌ای و جستجوی مقالات مرتبط در پایگاه‌های علمی Google Scholar, Science Direct, Scopus, PubMed, SID, Magiran, Iran Medex انجام شد. کلیه مقالات تمام متن به دو زبان فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ۲۰۰۲-۲۰۱۹ و ۱۳۸۵-۱۳۹۸ بررسی شدند که در پایان مراحل غربالگری، ۲۷ مقاله مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: اعضای خانواده بیماران بدحال بستری در بخش مراقبت ویژه، اغلب در پاسخ به شرایطی که خارج از کنترل آن‌هاست، مجموعه‌ای از واکنش‌های روان‌شناختی نامطلوب را که همگی تحت عنوان سندرم مراقبت ویژه در خانواده نامیده می‌شود، تجربه می‌کنند. مهم‌ترین و مؤثرترین راهکار کاهش عوارض این سندرم در خانواده بیماران، مراقبت خانواده محور و برقراری ارتباط مؤثر برشمرده شده است.

نتیجه‌گیری: پرستاران به عنوان اصلی‌ترین عضو تیم مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه باید علاوه بر بیمار، نسبت به اعضای خانواده بیماران نیز احساس مسئولیت کنند و با تدابیر مراقبتی خانواده محور، به تطابق خانواده بیماران با بحران بستری بیمار در بخش مراقبت ویژه و پیشگیری یا کنترل علائم سندرم مراقبت ویژه در خانواده کمک کنند.

کلیدواژه‌ها: بخش مراقبت ویژه، خانواده بیمار، واکنش‌های روان‌شناختی، سندرم مراقبت ویژه در خانواده، مطالعه مروری روایتی

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

مقدمه

یکی از علل بروز اضطراب شدید در خانواده، مواجهه شدن با شرایط تغییردهنده زندگی مانند بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بیمارستان است [۱]. بیماری می‌تواند به عنوان یک عامل تنش‌زا باعث ایجاد بحران در خانواده شود و بر الگوی طبیعی زندگی اعضای خانواده فرد بیمار تأثیر بگذارد. این موضوع به خصوص زمانی که بیماری به بستری شدن یکی از اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه منجر شود، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند [۲].

اساساً اغلب بیمارانی که در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شوند، بدحال و یا مشرف به مرگ هستند [۳] و معمولاً این بستری شدن به صورت ناگهانی و پیش‌بینی‌نشده اتفاق افتاده و خانواده را در معرض بحران قرار می‌دهد [۴]. در این مواقع اغلب اعضای خانواده، نیازهای ضروری و اساسی خود را نادیده گرفته و فقط به فکر بیمار و مسائل مربوط به آن هستند [۵]. اعضای خانواده بیماران بدحال، در طول بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) و حتی بعد از ترخیص بیمار، از لحاظ جسمی و روانی تحت تأثیر قرار می‌گیرند [۶]. مواجهه آنها با بیماری بحرانی و شرایط غیرقابل پیش‌بینی بیمارشان که در بخش مراقبت ویژه بستری است، پیامدهای روان‌شناختی نامطلوبی را در ایشان سبب می‌شود [۷] که ممکن است برای ماهها یا حتی سال‌ها پس از ترخیص بیماران از (ICU)، به خصوص اگر بیمار زنده نماند، در اعضای خانواده ادامه پیدا کند [۸,۹]. این شرایط، مراقبین خانوادگی را در معرض خطر مجموعه‌ای از پیامدهای منفی حاد و مزمن سلامتی قرار می‌دهد که تحت عنوان "سندرم مراقبت ویژه در خانواده" نامیده می‌شوند [۱۱,۱۰,۷]. اصطلاح سندرم مراقبت ویژه در خانواده در سال ۲۰۱۰ توسط انجمن پزشکی مراقبت‌های ویژه برای درک اثرات یک شرایط بحرانی در ایجاد مشکلات روان‌شناختی در میان اعضای خانواده بیماران پیشنهاد شد [۱۲].

در واقع این سندرم به اختلالات شناختی، روانی و جسمانی جدید یا تشدید شده در اعضای خانواده پس از اینکه یکی از بستگان آنها در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شود، اشاره می‌کند [۶,۱۱,۱۳] و شامل علائمی است که توسط اعضای خانواده در طول بیماری بحرانی و همچنین پس از مرگ و یا ترخیص بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه تجربه می‌کنند [۱۳]. به عبارت دیگر، سندرم مراقبت ویژه در خانواده با یک تهدید درک شده یا واقعی برای زندگی یا سلامت جسمی یکی از اعضای خانواده که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری است، آغاز می‌شود [۱۴] و در صورتی‌که خانواده بیمار حداقل به مدت یک ماه پس از ترخیص بیمار از بخش مراقبت ویژه، این علائم را تجربه کند، تشخیص داده می‌شود [۸,۱۱]. این سندرم ممکن است حتی تا چهار سال پس از تجربه (ICU)، اتفاق بیفتد [۱۵]. طبق نظرسنجی‌هایی که در ایالات‌متحده و اروپا انجام‌شده، حدود ۸۷ درصد از اعضای خانواده بیماران در زمان پذیرش بیمارشان در (ICU) سطحی از استرس را نشان داده‌اند و بین یک سوم تا نیمی از اعضای خانواده حدوداً سه ماه پس از تجربه (ICU) از علائم استرس پس از سانحه یا اضطراب رنج می‌بردند [۱۶].

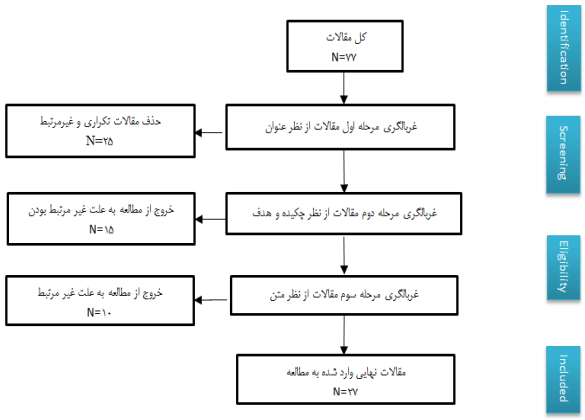
در ایران نیز مطالعه ایمانی‌پور و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد بین ۵۰–۴۵ درصد خانواده بیماران بستری در (ICU) قلب باز، اضطراب متوسط و بین ۲۵–۱۸ درصد آنان اضطراب شدید را متحمل می‌شوند [۱۷]. در مطالعه رحمانی تنها (۱۳۹۵) افسردگی، اضطراب و استرس در اعضای درجه اول خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه، بالا گزارش‌شده و به ترتیب ۵۲ درصد، ۶۷/۵ درصد و ۶۱/۲ درصد از همراهان بیماران، سطح افسردگی، اضطراب و استرس متوسط و بالاتر داشتند. این واکنش‌های روان‌شناختی در خانواده که از علائم سندرم مراقبت ویژه در خانواده هستند، می‌توانند تأثیرات بدی در روابط اجتماعی و فردی اعضای خانواده و به خصوص در رابطه آنها با بیمار بستری داشته باشد [۱۸] و توانایی خانواده را برای ارائه مراقبت به بیمار کاهش دهد. ضمن اینکه مانع عملکردهای روزانه خانواده شده و به بار مراقبت‌های بهداشتی جامعه نیز می‌افزاید [۴,۱۳]. این در حالی است که پزشکان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه اغلب بر روی نیازهای بیماران متمرکزشده و حتی ممکن است مراقبت از خانواده را به عنوان بخشی از کار و وظایف خود، درک نکرده باشند [۹]. تیم درمان اغلب برای رفع نگرانی خانواده بیماران، زمانی را در نظر نگرفته و از توجه به احساسات و نیازهای خانواده غافل می‌شوند [۱۹]. درحالی‌که توجه به خانواده یکی از ارکان مهم مراقبت از بیمار بوده و باید توسط کارکنان درمانی مورد توجه قرار گیرد [۲۰]. بر این اساس، مهم است که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی- درمانی نسبت به بروز پیامدهای خاص مرتبط با پذیرش بیمار در ICU در اعضای خانواده بیمار آگاه بوده [۲۱] و در جهت شناسایی آنها و انجام اقداماتی که به پیشگیری یا کاهش علائم در خانواده بیماران کمک کند، گام بردارند [۲۳،۲۲،۲۰،۱۴،۶]. این موضوع در پرستاری از اهمیت خاص و بیشتری برخوردار است زیرا هم وظیفه پرستاران مراقبت و حمایتگری از افراد و نیز ارائه مراقبت‌های خانواده محور است [۲۴،۹] و هم در مقایسه با سایر اعضای تیم درمانی، زمان بیشتری را در فرآیند مراقبت از بیمار درگیر بوده و به نسبت ارتباط آنها با خانواده بیمار محسوس‌تر و پاسخگویی بیشتری به نیازهای خانواده دارند [۲۶،۲۵]. لذا مطالعه حاضر با هدف مروری بر مجموعه علائم و چالش‌های این خانواده‌ها و راهکارهای مراقبت از خانواده بیماران (ICU) در مقابل سندرم مراقبت ویژه انجام‌شده است.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مروری روایتی است که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق جستجو با کلید واژه‌های Patient AND (Family OR Relative) AND (Intensive Care OR Critical Care), در پایگاه‌های داده‌های بین‌المللی PubMed, Google Scholar, Science Direct, Scopus و در پایگاههای داده‌های محلی SID, Magiran, Iran Medex با کلید واژه‌های مراقبت ویژه، خانواده بیمار جستجو انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند از مقالات کمّی یا مروری با قابلیت دسترسی تمام متن، زبان فارسی یا انگلیسی، در محدوده سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۱۹ میلادی(۱۳۸۵ تا ۱۳۹۸ هجری شمسی).

غربالگری مقالات در سه مرحله و بر اساس فرآیند PRISMA انجام شد. استخراج داده‌های مورد نیاز با استفاده از چک لیست شامل نوع مطالعه، زمان مطالعه و نتایج انجام شد. به منظور افزایش استحکام روش‌شناسی پژوهش و بررسی کیفیت مقالات، یک پژوهشگر دیگر به طور مجزا به بازبینی مقاله‌ها از نظر عنوان، چکیده، مقدمه، روش کار و نتایج پرداخت. ابتدا مقالاتی که ارتباط موضوعی نداشتند یا در پایگاههای مختلف تکراری بودند، حذف شدند. سپس چکیده مقالات و اهداف آنها مطالعه شد و موارد غیر مرتبط از مطالعه خارج شدند. در نهایت، متن مقالات باقی مانده بررسی و مواردی که ارتباطی به هدف مطالعه نداشتند، خارج شدند. به این ترتیب از ۷۷ مطالعه پیدا شده، ۵۰ مورد حذف و ۲۷ مورد بررسی شدند(نمودار ۱).



نتایج

در این مطالعه در مجموع ۲۷ مقاله که روی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شده بود، بررسی و تحلیل شد (جدول ۱)[در انتهای مقاله]. بر اساس مقالات مرور شده، کلیه خانواده‌هایی که دارای یک بیمار بدحال بستری در بخش مراقبت ویژه هستند به دلایل مختلف و متعددی، دچار بحران و چالش می‌شوند. این علل و عوامل عمدتاً به سه بخش عوامل مربوط به بیمار، عوامل مربوط به خانواده و عوامل مربوط به محیط درمان ارتباط پیدا می‌کنند (جدول ۲). این شرایط، واکنش‌های نامطلوب روان‌شناختی را در خانواده بیمار سبب می‌شود که بعضاً تا ماه‌ها و سال‌ها پس از ترخیص یا فوت بیمار، ادامه یافته و آثار آن‌ها در اعضای خانواده باقی می‌ماند (جدول ۳). بنا بر نتایج مطالعات تحقیقی، این واکنش‌ها با مراقبت‌های پیشگیرانه و خانواده محور توسط اعضای تیم بهداشتی– درمانی و بخصوص پرستاران قابل کنترل بوده و می‌توان از بروز آن‌ها جلوگیری کرده یا از شدت آن‌ها در اعضای خانواده کاست و به تطابق خانواده با پیشامد ناخواسته، کمک نمود (جدول ۴).

بحث

این مطالعه با هدف مروری بر مجموعه علائم و چالش‌های خانواده بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه انجام شد و راهکارهای مراقبت از خانواده این بیماران بررسی گردید. یافته‌ها حکایت از این داشت که بسیاری از اعضای خانواده بیماران ICU که نقش مراقبتی از بیمار را بر عهده دارند، اثرات زیانباری را درنتیجه این حادثه پراسترس تجربه می‌کنند که به عنوان سندرم مراقبت ویژه در خانواده شناخته می‌شود. بنابر نتایج مطالعات مختلف، این سندرم طیف وسیعی از علل و علائم را شامل می‌شود و مستلزم مراقبت و ارائه اقدامات پیشگیرانه است.

دلایل و عوامل مستعد کننده متنوع و در سه حیطه بیمار، خانواده و محیط قابل تقسیم بندی هستند. یکی از علل مهمی که به خود بیمار بستری ارتباط پیدا می‌کند سن بیمار است به این معنی که با افزایش سن بیمار، شدت اضطراب و افسردگی در اعضای خانواده کمتر از زمانی است که سن بیمار کم است. بر اساس مطالعه‌ای که توسط McAdam و همکاران (۲۰۱۰) انجام شد، اضطراب و افسردگی اعضای خانواده با هر ۵ سال افزایش سن بیمار به‌طور قابل‌توجهی کاهش می‌یابد [۸۱]. همین مسئله در مورد زمان بروز و طول مدت ابتلا به بیماری در بیمار نیز صادق است. بیماری ناگهانی و غیرمنتظره یا ابتلا به بیماری که کمتر از پنج سال است بیمار را مبتلا کرده و به دنبال آن نیاز به بستری در ICU اتفاق افتاده، میزان و شدت بروز پیامدهای نامطلوب را در اعضای خانواده بیمار افزایش می‌دهد [۷]. اختلال عملکرد بیمار [۸۲] و نیاز به مراقبت مداوم پس از ترخیص از ICU [۵۱]، مراقبین خانوادگی را با چالش‌های متعدد راجع به مراقبت مناسب، درمان بیشتر و توان‌بخشی مواجه کرده [۱۴] و در نتیجه در درازمدت منجر به اختلال در شیوه زندگی و افزایش علائم روان‌شناختی و بروز سندرم مراقبت ویژه در مراقبین خانوادگی این بیماران می‌شود [۸۲]. فوت بیمار و از دست دادن فرد موردعلاقه در بخش ICU [۷,۵۴]، مرگ ناگهانی یا زودهنگام بیمار می‌تواند واکنش غم و اندوه پیچیده‌ای را در

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

بازماندگان ایجاد کند که بیش از یک سال پس از مرگ بیمار باقی می‌مانند. این علائم عبارت‌اند از افکار، احساسات و رفتارهایی که منعکس‌کننده تمرکز بیش‌ازحد بر شرایط یا عواقب مرگ است [۱۴]. از دیگر علل مرتبط با بیمار، ماهیت بیماری یا آسیب منجر به بستری در ICU است. به‌عنوان‌مثال اضطراب در اعضای خانواده‌ای که بیمارشان دچار آسیب عضوی چندگانه شده، بیشتر است. بدیهی است که آسیب به چند دستگاه از دستگاه‌های حیاتی بدن می‌تواند عامل نگران‌کننده‌تری برای خانواده بیماران باشد و در ذهن آنان عدم بهبودی، طولانی شدن بیماری و حتی خطر مرگ را ایجاد کرده و درنتیجه احتمال بروز اضطراب را در خانواده بیمار افزایش دهد [۳۳].

بعضی از خصوصیات نیز در خود خانواده بیماران ICU وجود دارد که در بروز اختلالات روانی و درنتیجه سندرم مراقبت ویژه خانواده دخیل هستند ازجمله مشکلات مالی، تغییرات نقش و برهم خوردن شرایط معمول زندگی خانوادگی [۵۷]، دوره‌های اختلال خواب، تغذیه نامناسب، عدم اطمینان و استرس زیاد در طول بستری عضو خانواده در ICU که در مراقبین خانوادگی بروز می‌کند و آنان را در معرض خطر مجموعه‌ای از پیامدهای منفی حاد و مزمن سلامتی قرار می‌دهد [۱۰]. هرچه سطح استرس در خانواده بالاتر باشد خطر بروز سندرم مراقبت ویژه در خانواده افزایش می‌یابد. به‌عنوان‌مثال این مسئله در اعضای خانواده‌ای که بیمارشان در ICU فوت کرده یا معتقد بودند که

جدول ۲: عوامل خطر بروز سندرم مراقبت ویژه در خانواده

طبقات	عوامل	منابع
عوامل مربوط به بیمار	وقوع ناگهانی و غیرمنتظره بیماری	[4,20,32,38,46-48]
	مرگ در ICU	[46,45,43,8,7]
	بیماری وخیم و پیش‌آگهی ضعیف	[49-47,38]
	استفاده طولانی مدت از تهویه مکانیکی	[37,32,13]
	آسیب‌های مزمن که باگذشت زمان از بین نمی‌رود (مانند قطع نخاع، قطع عضو، فلج)	[51-49]
	تغییر ظاهر بدن بیمار	[49,46]
	سن بیمار	[52,45]
	بستری طولانی‌مدت	[53,38]
	احیای قلبی ریوی	[54]
عوامل مربوط به اعضای خانواده	زنان	[52,40,39,31,7]
	وضعیت اقتصادی ضعیف خانواده و فشار مالی	[51,48,20,4,3]
	به عهده داشتن نقش تصمیم‌گیری بجای بیمار	[55,52,43,20]
	حمایت اجتماعی محدود	[56,52,13,7]
	دارای رابطه همسری با بیمار، والدین کودک بیمار، والدین تک سرپرست	[45,31,8,6]
	تغییر نقش و افزایش مسئولیت	[57,48,20,3]
	تحصیلات پایین عضو خانواده	[31,13,7]
	از دست دادن شغل	[35,4,1]
	سابقه اضطراب، افسردگی یا اختلالات شدید روانی خانواده	[52,7]
	اعضای جوان خانواده	[14,7]
	داشتن تجربه فوت یکی از عزیزان	[13]
	داشتن نقش مراقب بیمار بعد از ترخیص از ICU	[48]
عوامل مربوط به محیط	رفتار کارکنان ICU ازجمله ارتباطات ضعیف	[58,55,43,40,36,7,4]
	محدودیت ملاقات و عدم امکان ملاقات باز یا انعطاف‌پذیر	[60,59,40,31,18,3]
	ماهیت ذاتی محیط ICU (وجود تجهیزات پیچیده پزشکی، مانیتورینگ مداوم بیمار و صدای هشدارها)	[62,61,53,37,28,20]
	اطلاع‌رسانی ناکافی در مورد وضعیت بیمار	[51,48,43,31]
	نادیده گرفته شدن نیازهای خانواده از سوی کارکنان	[64,63,31,20]
	عدم وجود فرهنگ مراقبت خانواده محور	[28,27]
	دسترسی محدود به پزشکان در ICU	[51]

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

خطر مرگ برای بیمار بستری در ICU وجود دارد، شیوع بالایی داشته است [۷]. عامل دیگری که سطح استرس خانواده را بالا برده و خطر واکنش‌های روانی منفی در بستگان بیمار را افزایش می‌دهد، نقش داشتن در تصمیم‌گیری بجای بیمار است [۱۲,۴۳,۵۲]. تقریباً سه‌چهارم بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قادر به تصمیم‌گیری برای خود نیستند؛ بنابراین پزشکان و پرستاران باید برای تصمیم‌گیری در مورد انجام روش‌های درمانی به اعضای خانواده بیمار تکیه کنند که این خود فشار تحمیل‌شده بر اعضای خانواده و استرس آن‌ها را افزایش می‌دهد [۲۰]. مطالعهPochard وهمکاران نشان داد ۷۵/۵ درصد اعضای خانواده بیماران از اضطراب رنج می‌برند که ۸۲/۷ درصد این افراد، رابطه همسری با بیمار داشتند [۴۵] و اضطراب افرادی که در تصمیم‌گیری در مورد بیمارشان نقش داشتند، بیشتر بود [۱۴]. بر اساس مطالعه Haines و همکاران فشار مراقبتی ناشی از بستری بیمار در ICU در میان اعضای جوان خانواده و جنس مؤنث شایع‌تر است. مراقبین زن که به‌طور بالقوه مجبور هستند وظایف خانه، اشتغال و سایر اعضای خانواده مانند کودکان را مدیریت کند [۸۲] بیشتر در معرض خطر سندرم مراقبت ویژه خانواده هستند. ضمن اینکه با توجه به عاطفی بودن زنان و بالا بودن سطح اضطراب آنان نسبت به مردان می‌توان انتظار داشت تنش ناشی از بحران بیشتر دامن‌گیر اعضای مؤنث خانواده بیمار شود و زنان از این حیث نسبت به مردان بیشتر در معرض خطر قرار دارند [۲]. برخی عوامل روان‌شناختی در خانواده بیماران نیز در این میان نقش دارند. صفاتی مانند تاب‌آوری روان‌شناختی در اعضای خانواده ممکن است با دسترسی بیشتر به منابع عاطفی مثبت، مقاومت در برابر استرس را تقویت کند. همچنین افراد انعطاف‌پذیر برای کنترل احساسات منفی سعی در استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای مثبت عاطفی دارند [۸۲] که زمینه ابتلا به سندرم مراقبت ویژه خانواده را کم می‌کند.

محیط نیز به عنوان یک منبع استرس‌زا برای خانواده بیماران عمل می‌کند زیرا بیمار آنان در بخشی بستری می‌شود که اغلب بیماران آن بدحال، نیازمند به مراقبت تخصصی یا مشرف‌به مرگ هستند. مواجهه با این وضعیت می‌تواند سبب افزایش غم و اندوه، کاهش امیدواری و توانمندی خانواده‌ها شود [۳۲]. از سوی دیگر، ماهیت ذاتی محیط ICU با تجهیزات پیشرفته پزشکی، مانیتورینگ مداوم بیمار و صدای هشدارهای مختلف [۱۵,۶۱]، انجام مراقبت‌های تهاجمی، اتصال وسایل و تجهیزات متعدد و پیچیده به بیمار، احیای قلبی ریوی [۵۴] از عوامل محیطی هستند که در خانواده بیماران ترس و نگرانی ایجاد کرده و زمینه بروز سندرم مراقبت ویژه را در آنان، مهیا می‌کنند. ارتباط ضعیف نیز به‌عنوان یک عامل خطر مهم در افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه در اعضای خانواده بیماران مراقبت‌های ویژه برشمرده می‌شود [۷,۸۳]. شواهد نشان می‌دهد اغلب کیفیت ارتباط پزشکان با بستگان بیمار نامطلوب است [۸۴] و ایشان از اختصاص دادن فرصت‌هایی برای رفع نگرانی خانواده‌ها و توجه به احساسات خانواده بیمار غافل هستند [۱۹].

جدول ۳: علائم سندرم مراقبت ویژه در خانواده

بعد روانی	منابع	بعد جسمانی	منابع
اضطراب	[58,55,52,48,38,18,8]	اختلال در خواب	[46,35,21,10,2]
افسردگی	[65,58,52,48,38,20,18]	احساس خستگی	[57,50,49,21]
احساس گناه	[65,50,48,46,44,38]	تغذیه نامناسب	[49,46,10,2]
استرس پس از سانحه	[55,52,50,38,8,4]	کاهش انرژی	[49]
عدم اطمینان	[62,50,48,38,10]	مشکلات قلبی- عروقی و افزایش فشارخون	[49]
شوک	[65,48,44,20]	تشدید مشکلات جسمی و سلامتی قبلی	[6]
ناامیدی	[65,44,32,2]	کابوس	[66]
مختل شدن پویایی خانواده	[67,66,63,38]		
افکار مزاحم و منفی، افکار خودکشی	[49,40]		
غم و اندوه بغرنج	[50,2]		
تحریک‌پذیری	[46,38]		
انزوا	[56]		

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

به طورکلی ارتباط ضعیف کارکنان مراقبتی، دسترسی محدود به پزشکان ICU، درک ناکافی از وضعیت بیمار به علت زمان ناکافی که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای گفتگو با خانواده یا مشارکت دادن آنان در مراقبت از بیمار صرف می‌کنند [۵۱]، در ایجاد اضطراب، ترس، عدم اطمینان و افسردگی خانواده

واکنش‌های روان‌شناختی ازجمله افسردگی و اضطراب در این خانواده‌ها شایع‌تر بوده و بر اساس بعضی مطالعات بروز این واکنش‌ها در خانواده بیماران بستری در ICU در ۳–۵ روز اول پذیرش بیمار بالا است [۸۱,۸۵]. در مطالعه Konwar و همکاران (۲۰۱۶) ٪۵۴–۳۱ اعضای خانواده بیماران ICU

جدول ٤: استراتژی‌های پیشگیرانه و مراقبتی در سندرم مراقبت ویژه در خانواده

راهکارهای اجرایی در سطح کارکنان	مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار (کمک در انجام مراقبت‌های اولیه و امور شخصی بیمار)	[70-67,55,7,1]
	برقراری ارتباط مؤثر با اعضای خانواده	[73-71,58,55,21]
	اجازه به خانواده برای ملاقات با بیمار	[62,32,27]
	ایجاد حس همدلی	[74,40,27]
	مشارکت خانواده بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی	[75,55,7]
	ارزیابی و شناخت و شناسایی نیازهای خانواده بیمار	[67,20]
	ارائه اطلاعات مورد نیاز خانواده و شرح وضعیت بیمار برای خانواده	[68,27]
	تشویق خانواده برای ثبت رویداد و خاطره نگاری در دفترچه	[76,66]
	غربالگری خانواده بیماران از نظر شرایط سلامت یا اختلالات روانی	[43]
راهکارهای اجرایی در سطح مدیران و برنامه‌ریزان	تدوین برنامه جامع حمایت از مراقبین خانوادگی بیماران پس از ترخیص از ICU یا پس از مرگ بیمار (ملاقات دوره‌ای خانواده‌ها، پایش مستمر و ارزیابی وضعیت روانی خانواده بیمار، ایجاد کلینیک‌های خانواده Post ICU، برنامه مدیریت بیماری‌های روانی Post Hospital و ...)	[78,77,68,35]
	تدوین برنامه مراقبتی خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه	[75,55,27]
	برگزاری دوره‌های آموزشی برای توانمندسازی کارکنان درمانی–مراقبتی در زمینه شناسایی و مراقبت از سندرم مراقبت ویژه در خانواده	[79,75,26]
	تشکیل تیم چند حرفه‌ای برای حمایت و مشاوره با خانواده بیماران ICU متشکل از پزشک بیمار، پرستار، روان‌پزشک و روانشناس، روحانی	[14,11]
	اجرای سیاست ملاقات آزاد یا انعطاف‌پذیر	[75,64]
	تهیه مواد آموزشی در زمینه اطلاعات مربوط به محیط ICU، تجهیزات و مراقبت‌های شایع در بخش‌های مراقبت ویژه	[80,55]
	تدارک بروشور در مورد سوگ برای ارائه به بستگان بیماران در حال مرگ	[41]
	تشکیل کلاس‌های آموزشی برای خانواده بیماران ICU و آموزش مکانیسم‌های تطابقی سازگاری	[47]
	استفاده از پرستار رابط یا پرستار تسهیل‌کننده ارتباطی	[58]

بیماران و در نتیجه سندرم مراقبت ویژه خانواده نقش دارند. علائم و ویژگی‌های نشان‌دهنده سندرم مراقبت ویژه در خانواده نیز بسیار متنوع بوده و در واقع تجربه بحران بستری بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، به‌صورت مجموعه ای از علائم جسمی و روانی در اعضای خانواده بروز کند. این علائم در بعد جسمی عبارت‌اند از اختلال خواب، تغذیه نامناسب، کاهش وزن، احساس خستگی مداوم، کاهش انرژی، کاهش عملکرد سیستم ایمنی، مشکلات قلبی عروقی [۱۰,۲۱,۴۹] و در بعد روانی به‌صورت احساس گناه، خشم، ناامیدی، ترس از دست دادن بیمار، عدم اطمینان، استرس زیاد، اضطراب، افسردگی، اختلال استرس حاد و استرس پس از سانحه [۶,۳۸,۴۸,۶۱] بروز می‌کنند که هم در طول بستری بیمار در ICU و هم پس‌ازآن می‌تواند ادامه داشته باشد [۱۰]. این احساسات می‌تواند به‌صورت خشم و عصبانیت نسبت به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و نارضایتی از مراقبت آشکار شوند. برخی

اضطراب متوسط و بالاتر داشتند [۴۸]. مطالعات داخلی نیز این یافته را تأیید کرده و مشخص شده در اغلب موارد بیش از ٪۵۰ خانواده بیماران بستری در ICU افسردگی و اضطراب متوسط رو به بالا را متحمل می‌شوند [۱۷,۱۸]. به‌طورکلی خانواده‌هایی که قادر به سازگاری با مسئله بستری شدن بیمارشان در بخش مراقبت‌های ویژه نیستند دچار بحران عاطفی شده و واکنش‌هایی چون شوک، خشم و ناامیدی از خود نشان می‌دهند [۲۰]. شدت این علائم در خانواده‌ها متغیر است. علائم حاد سندرم مراقبت ویژه خانواده که تقریباً یک‌چهارم تا نیمی از خانواده‌ها آن را تجربه می‌کنند، ممکن است برای ماه‌ها یا حتی سال‌ها پس از ترخیص بیمار از ICU یا فوت وی، در خانواده دیده‌شده و ادامه یابد. شواهد حاکی از آن است که علائم این سندرم حتی می‌تواند تا ۴ سال بعد نیز ادامه یابد [۱۳,۱۵,۵۵].

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

با عنایت به لزوم توجه به امر پیشگیری از بروز عوارض، کارکنان بالینی بویژه پرستاران باید اعضای خانواده بیماران را از نظر علل مستعد کننده و علائم هشداردهنده سندرم مراقبت ویژه خانواده موردتوجه و ارزیابی قرار دهند بخصوص که بسیاری از علائم این سندرم از زمان قبل از ترخیص بیمار از ICU در خانواده بروز می‌کند [۱۳]. مطالعات نشان داده درک بهتر عواملی که نتایج روان‌شناختی خانواده را بدتر می‌کند می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت از خانواده، توسعه استراتژی‌هایی برای جلوگیری یا کاهش عوامل استرس‌زا و بهبود سطح آمادگی خانواده‌ها کمک کند [۱۶]. ارزیابی و شناخت خانواده بیماران بستری در ICU و بررسی نیازهای آنان، اولین گام در پیشگیری از بروز علائم حاد سندرم مراقبت ویژه در خانواده یا کاهش شدت آن است [۴۴,۵۷,۸۶]. شناخت نیازها و درک تجارب اعضای خانواده گام اولیه، اما ضروری در ارائه مراقبت مناسب برای اعضای خانواده است [۴۴]. دریافت اطلاعات و توضیحات واقعی، شفاف، ساده و قابل‌فهم در مورد بیمار جزو انتظارات و نیازهایی است که لازمه آن برقراری یک ارتباط مؤثر می‌باشد [۸۷]. برقراری یک ارتباط مؤثر به‌عنوان یک راهکار پیشگیرانه و مراقبتی در خانواده بیماران عمل کرده و فشار روانی تحمیل‌شده بر آنان را کاهش می‌دهد. شواهد نشان می‌دهد که ارتباط مؤثر می‌تواند درک خانواده‌ها از وضعیت بیمار را بهبود بخشد [۲۱,۷۲] و آنان را به انطباق بهتر با یک وضعیت چالش‌برانگیز و پیش‌بینی‌نشده، قادر نماید [۷۱]. علاوه بر این، ازآنجاکه خانواده‌ها اغلب به‌عنوان تصمیم‌گیرندگان جایگزین بیمار در ICU عمل می‌کنند، ارتباط خوب بین تیم مراقبتی ICU و خانواده برای کمک به تصمیم‌گیری مناسب در این شرایط ضروری است [۸۸]. درواقع ارتباط مؤثر، رضایت خانواده، توانایی تصمیم‌گیری بالینی و آرامش روانی اعضای خانواده را ارتقاء می‌دهد [۵۱,۸۹] و یک راهکار مناسب برای مقابله با سندرم مراقبت ویژه خانواده است.

از دیگر نیازهای خانواده، نیاز به مجاورت با بیمار برای حمایت بیشتر از او و اطمینان از مراقبت بهینه از بیمار عنوان‌شده است [۹۰]. ارائه اطلاعات در مورد محیط و ویژگی‌های ICU، ارائه اطلاعات در مورد شایع‌ترین پروسیجرهای مراقبتی–درمانی در قالب بروشورهای آموزشی به خانواده بیماران ICU کمک می‌کند تا آنان درک بهتری از شرایط محیطی و مراقبت‌ها به دست آورند و با کاهش پریشانی و افزایش رضایتمندی خانواده، به‌طور غیرمستقیم باعث تعدیل واکنش‌های بعدی خانواده‌ها می‌گردد [۱۴]. مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیمار با انجام برخی از اقدامات پرستاری اولیه مانند تمرینات غیرفعال اندام‌های بیمار به این شرط که ابتدا توسط کارکنان آموزش داده شود و تحت نظارت انجام شود، می‌تواند به کاهش علائم روان‌شناختی در خانواده‌ها کمک نماید چراکه موجب می‌شود خانواده بیمار علت نیاز به محیط ICU را درک کرده و از نزدیک مشاهده کنند که در مراقب و کمک به بیمار کوتاهی و اهمال نمی‌شود. لذا ازنظر وضعیت روانی شرایط بهتری را تحمل خواهند کرد و ترس و نگرانی آن‌ها کاهش می‌یابد [۱۴,۷۰]. از سوی دیگر، فراهم کردن امکان حضور فیزیکی اعضای خانواده در کنار بیمار و ملاقات مکرر، به خانواده‌ها کمک می‌کند تا از خدمات بالینی ارائه‌شده آگاه شوند و فرایند مراقبت از بیمار را درک کنند. به‌این‌ترتیب نیازهای اطلاعاتی و عاطفی آن‌ها تا حدودی برطرف شده [۴۶] و خطر بروز سندرم مراقبت ویژه در ایشان کاهش می‌یابد.

به طورکلی، بروز پیامدهای منفی در اعضای خانواده بیماران بستری در ICU، نیاز و ضرورت ارائه مراقبت جامع توسط پرستاران را آشکار می‌کند [۹۱]. مراقبت خانواده محور یکی از مهم‌ترین استراتژی‌های مراقبتی است که در مطالعات مختلف و متعدد [۳,۲۰,۲۷,۳۰,۹۲] پیشنهاد شده و درواقع بخش مهمی از یک مراقبت جامع و باکیفیت بالا در ICU بشمار می‌آید. بر این اساس، لازم است اقداماتی در جهت اصلاح نگرش کارکنان ICU به خانواده بیمار و تدوین سیاست‌های مراقبتی خانواده محور و ارائه حمایت اجتماعی از خانواده بیماران که از راهکارهای مؤثر در کاهش علائم و کنترل سندرم مراقبت ویژه در خانواده است، صورت گیرد [۱۴].

نتیجه‌گیری

بستری بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، خانواده را در شرایطی قرار می‌دهد که یک بحران شدید روانی را تجربه می‌کند. تجربه این بحران با علائم مختلف جسمی و روانی همراه است که به‌عنوان سندرم مراقبت ویژه در خانواده نامیده می‌شود و علائم و مشکلات آن می‌تواند تا سال‌ها ادامه داشته باشد. ازآنجاکه علائم روان‌شناختی این سندرم در اعضای خانواده از قبل از ترخیص بیمار شروع می‌شود، اعضای تیم مراقبتی باید نسبت به این مسئله حساس بوده و با شناسایی به‌موقع علل و عوامل خطر آن و بررسی دقیق نیازهای خانواده، از راهکارهای مختلف برای پیشگیری از این سندرم یا کاهش علائم و عوارض آن در خانواده بیماران استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله محصول بخشی از طرح پژوهشی شماره ۴۰۰۶۰ مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1397.178 است. نویسندگان از افرادی که در انجام این مطالعه یاری رساندند، تشکر و قدردانی می کنند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان این مقاله بیان می‌کنند که هیچ تضاد منافعی در خصوص مقاله حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Sadeghi Z, Payami M, MoosaviNasab SN. Effect of family participation in ICU patients care on family's anxiety level. PCNM. 2013;2(2):10-7. [Persian]
2. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Zayeri F, Mirmohammadkhani M, Montazeri A. Anxiety prevalence and its associated demographic factors in family members of patients hospitalized in the intensive care unit: a cross-sectional study in Tehran. Daneshvar Med. 2013; 20 (6) :1-10. [Persian]
3. Rabie SS, Avazeh A, Eskandari F, Khalegh DMT, Mazloom S, Paryad E. A survey on psychological and environmental factors on family anxiety of the hospitalized patients in intensive care units. IJCCN. 2011; 3(4):171-176 . [Persian]
4. Lam SM, So HM, Fok SK, Li SC, Ng CP, Lui WK, Heyland DK, Yan WW. Intensive care unit family satisfaction survey. Hong Kong Med J. 2015 Oct 1; 21(5):435-43
5. Sole ML, Klein DG, Moseley MJ. Introduction to critical care nursing: Introduction to critical care nursing. Elsevier; 2013. P.9-16.
6. Davidson JE, Harvey MA. Patient and family post–intensive care syndrome. AACN Advanced Critical Care. 2016; 27(2):184-6.
7. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome–family. Crit Care Med. 2012 Feb 1; 40(2):618-24.
8. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. Curr Opin Crit Care. 2012; 18(5):540-7.
9. Van Horn ER, Kautz D. Promotion of family integrity in the acute care setting: a review of the literature. DCCN. 2007; 26(3):101-7.
10. Happ MB, Tate JA. Family caregiving in critical illness: Research opportunities and considerations. West J Nurs Res. 2017; 39(9), 1219–1221.
11. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: an overview. J Transl Int Med. 2017; 5(2):90-2.
12. Powers JS. Emerging quality im-provement concepts to enhance the patient and family experience in hos-pice and palliative care. Palliat Med Hosp Care Open J. 2017; 3(2):22-5.
13. Mikkelsen ME, Netzer G, Iwashyna T. Post-intensive care syndrome (PICS). Verfügbar unter https://www. Uptodate. Com/contents/post-intensive-care-syndrome-pics. 2018:1-29.
14. Jezierska N. Psychological Reactions in Family Members of Patients Hospitalised in Intensive Care Units. Anaesthesiology Intensive Therapy.2014;46: 42-45
15. Lewis CL, Taylor JZ. Impact of prior ICU experience on ICU patient family members' psychological distress: A descriptive study. Intensive Crit Care Nurs. 2017;43:129-35.
16. Matt B, Schwarzkopf D, Reinhart K, König C, Hartog CS. Relatives' perception of stressors and psychological outcomes–Results from a survey study. J Crit Care. 2017;39:172-7.
17. Imanipour M, Heidari Z, Seyedfatemi N, Haghani H. Effectiveness of informational support on anxiety among family carers of patients undergone open heart surgery. Journal of hayat. 2012;18(3):33-43.[Persian]
18. 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.. [Persian]
19. Awdish RL, Buick D, Kokas M, Berlin H, Jackman C, Williamson C, Mendez MP, Chasteen K. A communications bundle to improve satisfaction for critically ill patients and their families: a prospective, cohort pilot study. J Pain Symptom Manage. 2017 Mar 1; 53(3):644-9.
20. Shorofi SA, Jannati Y, Roohi Moghaddam H. The psychosocial needs of the families of the patients admitted to intensive care units: A review of literature. Clin Exc. 2014;3(1):46-57.[Persian]
21. Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. Crit Care. 2013; 17(3):R91.
22. Harvey MA, Davidson JE. Postintensive care syndrome: right care, right now… and later. Crit Car Med. 2016;44(2):381-5.
23. Gaeeni M, A Farahani M, Mohammadi N, Seyedfatemi N, Abbasi M. To restore the stability: family experiences of patients in intensive care unit. Qual Res Health Sci. 2018;7(1):103-18.
24. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

qualitative study. Intensive and Critical Care Nursing.2015;31 (1):51-63
25. 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.[Persian]
26. Bramhall E. Effective communication skills in nursing practice. Nursing Standard. 2014;29(14):53.
27. Navidian A, Rezaei J, Payan H. Efficacy of supportive-educational intervention on psychological reactions of family members of intensive care unit patients. JNE. 2016;5(4):51-8. [Persian]
28. Shoushi F, Jannati Y, Mousavinasab NA, Shafipour V. The impact of family centered care on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients undergoing open heart surgery. IJRN. 2017 Feb 10;3(2):53-60. [Persian]
29. 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. [Persian]
30. Askari H, Forozi M, Navidian A, Haghdost A. Psychological reactions of family members of patients in critical care units in Zahedan. J Research Health. 2013; 3(1):317-24. [Persian]
31. 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. [Persian]
32. Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandy T, Keykhaei A. Assessment of psychological-social needs, family, special in patient unit ICU, CCU. IJCCN. 2013; 6(4):259-68. [Persian]
33. Rabie S, khaleghduost T, paryad E, atrkar ruoshan Z. Family and anxiety in intensive care units. J Holist Nurs Midwifery. 2007 Oct 1;17(2):1-8. [Persian]
34. Alfheim HB, Hofsø K, Småstuen MC, Tøien K, Rosseland LA, Rustøen T. Post-traumatic stress symptoms in family caregivers of intensive care unit patients: a longitudinal study. Intensive Crit Care Nurs. 2019; 50:5-10.
35. van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, Dongelmans DA, van der Schaaf M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. Crit Care. 2015; 20(1):16.
36. Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. J Crit Care. 2015; 30(3):557-61.
37. Andresen M, Guic E, Orellana A, Diaz MJ, Castro R. Posttraumatic stress disorder symptoms in close relatives of intensive care unit patients: Prevalence data resemble that of earthquake survivors in Chile. J Crit Care. 2015; 30(5):1152 .e7-. e11.
38. Płaszewska-Żywko L, Gazda D. Emotional reactions and needs of family members of ICU patients. Anaesthesiol Intensive Ther. 2012;44(3):145-9.
39. Gries CJ, Engelberg RA, Kross EK, Zatzick D, Nielsen EL, Downey L, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. Chest. 2010; 137(2):280-7.
40. Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the intensive care unit. Crit Care Med. 2008; 36(6):1722-8.
41. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, Barnoud D, Bleichner G, Bruel C, Choukroun G, Curtis JR. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med. 2007; 356(5):469-78.
42. Plost G, Nelson D. Family care in the intensive care unit: The golden rule, evidence, and resources. Crit Care Med. 2007; 35(2):669-70.
43. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2005;171(9):987-94.
44. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnstee M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. JCN. 2005; 14(4):501-9.
45. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. J Crit Care. 2005;20(1):90-6.
46. Imanipour M. Related factors of undesirable outcomes in family members of patients admitted to intensive care units. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;5(3):68-77. [Persian]
47. Chien W-T, Chiu Y, Lam L-W, Ip W-Y. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2006; 43(1):39-50.
48. Konwar G, Begum F, Baruah B. Anxiety level among family members attending patients admitted in intensive care unit. OJPAS. 2016; 7(1):60-4.
49. Rodríguez AM, San Gregorio MÁP. Psychosocial adaptation in relatives of critically

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

injured patients admitted to an intensive care unit. Span J Psychol. 2005; 8(1):36-44.
50. Chiang VC, Chien WT, Wong HT, Lee RL, Ha J, Leung SS, Wong DF. A brief cognitive-behavioral psycho-education (B-CBE) program for managing stress and anxiety of main family caregivers of patients in the intensive care unit. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(10):962.
51. Sundararajan K, Martin M, Rajagopala S, Chapman MJ. Posttraumatic stress disorder in close relatives of intensive care unit patients' evaluation (PRICE) study.Aust Crit Care. 2014;27(4):183-7.
52. Beesley SJ, Hopkins RO, Holt-Lunstad J, Wilson EL, Butler J, Kuttler KG, et al. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. Critical care medicine. 2018;46(2):229.
53. Puggina AC, Ienne A, Carbonari KFBSd, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJPJEAN. Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. 2014;18(2):277-83.
54. Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. Chest. 2011; 139(4):795-801.
55. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2017;43(4):550-3.
56. Mikkelsen ME, Jackson JC, Hopkins RO, Thompson C, Andrews A, Netzer G, Bates DM, Bunnell AE, Christie LM, Greenberg SB, Lamas DJ. Peer support as a novel strategy to mitigate post–intensive care syndrome. AACN Adv Crit Care. 2016; 27(2):221-9.
57. Naderi M, Rajati F, Yusefi H, Tajmiri M, Mohebi S. Needs of intensive care unit patient families. J health syst res. 2013;9(5):473-83.[Persian]
58. Curtis JR, Ciechanowski PS, Downey L, Gold J, Nielsen EL, Shannon SE, et al. Development and evaluation of an interprofessional communication intervention to improve family outcomes in the ICU. Contemporary clinical trials. 2012;33(6):1245-54.
59. Garrouste-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, Misset B, Timsit J-F. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group. Annals of intensive care. 2016;6(1):82.
60. Fumis RRL, Ranzani OT, Faria PP, Schettino GJJoCC. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. 2015;30(2):440.
61. Twohig B, Manasia A, Bassily-Marcus A, Oropello J, Gayton M, Gaffney C, et al. Family experience survey in the surgical intensive care unit. Applied Nursing Research. 2015;28(4):281-4.
62. Munyiginya P, Brysiewicz PJSAJoCC. The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda. 2014;30(1):5-7.
63. Yin King Lee L, Lau YLJJocn. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. 2003;12(4):490-500.
64. Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. Australian Critical Care. 2017;30(2):91-7.
65. Abvali HA, Peyrovi H, Moradi-Moghaddam O, Gohari M. Effect of support program on satisfaction of family members of ICU patients. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2015;1(1):29-36.
66. Locke M, Eccleston S, Ryan CN, Byrnes TJ, Mount C, McCarthy MS. Developing a diary program to minimize patient and family post–intensive care syndrome. AACN Adv Crit Care. 2016;27(2):212-20.
67. Fateel EE, O'Neill CSJCNR. Family members' involvement in the care of critically ill patients in two intensive care units in an acute hospital in Bahrain: The experiences and perspectives of family members' and nurses'-A qualitative study. 2016;4(1):57-69.
68. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. Critical Care Nurse. 2009;29(3):28-34.
69. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster MJAJoCC. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. 2009;18(6):543-52.
70. McConnell B ,Moroney T. Involving relatives in ICU patient care: critical care nursing challenges. Journal of clinical nursing. 2015;24(7-8):991-8.
71. Levetown M. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. Pediatrics. 2008;121(5):e1441-e60.
72. Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit–a literature review. Nursing in critical care. 2017;22(2):70-80.
73. Curtis JR, White DBJC. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. 2008;134(4):835-43.
74. Wujtewicz M, Wujtewicz M, Owczuk R. Conflicts in the intensive care unit.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

Anaesthesiology intensive therapy. 2015;47:360-2.
75. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. 2007;35(2):605-22.
76. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Egerod I, Flaatten H, Granja C, et al. Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. 2010;14(5):R168.
77. Huggins EL, Bloom SL, Stollings JL, Camp M, Sevin CM, Jackson JCJAacc. A Clinic Model: Post–Intensive Care Syndrome and Post–Intensive Care Syndrome-Family. 2016;27(2):204-11.
78. Engström Å, Andersson S, Söderberg SJI, Nursing CC. Re-visiting the ICU: experiences of follow-up visits to an ICU after discharge: a qualitative study. 2008;24(4):233-41.
79. Wilson ME, Kaur S, De Moraes AG, Pickering BW, Gajic O, Herasevich V. Important clinician information needs about family members in the intensive care unit. Journal of critical care. 2015;30(6):1317-23.
80. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. American journal of respiratory and critical care medicine. 2002;165(4):438-42.
81. 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.
82. Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, Warrillow S, Berney S. Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. Critical care medicine. 2015;43(5):1112-20.
83. Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, Ely EW. Communication in critical care: family rounds in the intensive care unit. American Journal of Critical Care. 2010;19(5):421-30.
84. Cicekci F, Duran N, Ayhan B, Arican S, Ilban O, Kara I, et al. The communication between patient relatives and physicians in intensive care units. BMC anesthesiology. 2017;17(1):97.
85. McAdam JL, Fontaine DK, White DB, Dracup KA, Puntillo KA. Psychological symptoms of family members of high-risk intensive care unit patients. American Journal of Critical Care. 2012;21(6):386-94.
86. Siddiqui S, Sheikh F, Kamal R. What families want-an assessment of family expectations in the ICU. International archives of medicine. 2011;4(1):21.
87. Karlsson C, Tisell A, Engström Å, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. Nursing in critical care. 2011;16(1):11-8.
88. Curtis JR, Vincent J-L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. The lancet. 2010;376(9749):1347-53.
89. Wood GJ, Chaitin E, Arnold R, Schwenk TL. Communication in the ICU: Holding a family meeting. Up To Date. 2017.
90. Sheaffer H. The met and unmet needs of families of patients in the ICU and implications for social work practice. 2010.
91. McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. American Journal of Critical Care. 2009;18(3):200-9
92. .Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. Acta Paulista de Enfermagem. 2008;21(4):636-42.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

جدول ۱: مشخصات و خلاصه یافته‌های مقالات مورد بررسی

نویسندگان	عنوان	روش	یافته‌ها
رحمانی تنها و همکاران (۱۳۹۵) [۱۸]	بررسی شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در همراهان خانوادگی بیماران بستری‌شده در بخش‌های مراقبت ویژه و عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۹۴-۱۳۹۳	**توصیفی- تحلیلی**	شیوع افسردگی، اضطراب و استرس متوسط و بالاتر در اعضای درجه اول خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیش از ۵۰ درصد است. نحوه دسترسی و ملاقات، نحوه ارتباط پزشکان، عملکرد پرستاران، نحوه ارتباط پرستاران و سایر کارکنان درمانی با متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس به‌طور معناداری ارتباط داشتند.
نویدیان و همکاران (۱۳۹۵) [۲۷]	بررسی تأثیر مداخله آموزشی حمایتی بر واکنش‌های روان‌شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه	**نیمه تجربی**	آموزش و حمایت خانواده بیماران بر وضعیت روان‌شناختی آنان به‌ویژه کاهش قابل‌ملاحظه اضطراب، استرس و افسردگی آنان، تأثیر دارد. در دسترس بودن پرستاران برای ارائه اطلاعات موردنیاز خانواده؛ ایجاد حس همدلی؛ تشریح وضعیت بیمار برای خانواده ازجمله اقدامات مفید برای کنترل علائم روان‌شناختی می‌باشند.
شوشی و همکاران (۱۳۹۵) [۲۸]	بررسی تأثیر اجرای برنامه مراقبت خانواده محور بر اضطراب، افسردگی و استرس مراقبین خانوادگی بیماران جراحی قلب باز	**نیمه تجربی**	مراقبت خانواده محور سبب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران از زمان پذیرش تا ۲۴ ساعت قبل از ترخیص می‌شود.
فلاحی وهمکاران (۱۳۹٤) [۲۹]	تأثیر مشاوره پرستاری بر اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب	**کارآزمایی بالینی**	مشاوره پرستاری به خانواده و ارائه راه‌حل مناسب، باعث کاهش اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب می‌شود.
شروفی و همکاران (۱۳۹۳) [۲۰]	نیازهای روانی- اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه: مروری بر متون	**مطالعه مروری**	اطمینان از انجام مراقبت کافی از بیمار؛ کسب اطلاعات در مورد بیمار؛ پیش‌آگهی از روند درمان؛ نیاز به‌راحتی از سوی خانواده‌ها جزء نیازهای خانواده‌ها بوده و ارزیابی این نیازها ضروری می‌باشد. ارائه مراقبت‌های خانواده محور موجب افزایش رضایتمندی خانواده و کاهش بروز علائم روانی می‌گردد.
عسگری و همکاران (۱۳۹۲) [۳۰]	واکنش‌های روانی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه زاهدان	**توصیفی- تحلیلی**	خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، اضطراب متوسط تا شدید را تجربه می‌کنند. برقراری ارتباط با اعضای خانواده و حمایت روانی ایشان از طریق مراقبت خانواده محور در کاهش این عارضه مهم است.
نویدیان و همکاران (۱۳۹۲) [۳۱]	واکنش‌های روان‌شناختی اعضای خانواده نسبت به بستری بیمار در بخش‌های ویژه و عمومی و مقایسه آن با افراد عادی	**توصیفی- تحلیلی**	میانگین نمره اضطراب، استرس و افسردگی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه به‌طور معناداری بیش از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های عمومی و افراد عادی جامعه است. طراحی و اجرای مداخلات مراقبتی خانواده محور برای کاهش واکنش‌های روان‌شناختی در خانواده این بیماران ضرورت دارد.
سرحدی و همکاران (۱۳۹۲) [۳۲]	بررسی نیازهای روانی- اجتماعی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه CCU و ICU	**توصیفی- تحلیلی**	ایجاد فرصت ملاقات و دادن اطلاعات بیشتر به اعضای خانواده در مورد روند درمان بیماران به بهبود نیازهای روانی- اجتماعی و کاهش واکنش‌های روانی ایجادشده در اعضای خانواده این بیماران کمک می‌کند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

(ادامه) **جدول ۱: مشخصات و خلاصه یافته‌های مقالات مورد بررسی**

ایمانی پور و همکاران (۱۳۹۱) [۱۷]	بررسی اثربخشی حمایت اطلاعاتی مراقبان خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی قلب باز بر اضطراب آنان	**کارآزمایی بالینی**	بیش از نیمی از خانواده بیماران بستری در ICU قلب باز، اضطراب متوسط تا شدید را متحمل می‌شوند. حمایت اطلاعاتی خانواده بیماران در کاهش اضطراب آنان تأثیر دارد.
ربیع سیاهکلی و همکاران (۱۳۸۹) [۳]	مطالعه اضطراب و عوامل محیطی و روانی تأثیرگذار بر آن در خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه	**توصیفی- تحلیلی**	مشاهده لوله‌ها و اتصالات؛ ملاقات از پشت شیشه و عدم ملاقات حضوری؛ وضعیت اقتصادی ضعیف و نگرانی خانواده در خصوص هزینه‌ها؛ تغییر نقش افراد از عوامل تأثیرگذار در افزایش اضطراب در خانواده‌ها هستند. مراقبت‌های خانواده محور می‌تواند اضطراب این خانواده‌ها را به میزان قابل‌ملاحظه‌ای کاهش داد.
ربیع سیاهکلی و همکاران (۱۳۸٦) [۳۳]	خانواده و اضطراب آنان در بخش‌های مراقبت ویژه	**توصیفی- مقطعی**	بیش از ۷۰ درصد افراد خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه مضطرب هستند. اعضای مؤنث خانواده؛ افرادی که در تصمیم‌گیری برای پیگیری درمان و انجام امور خاص برای بیمار نقش دارند؛ اعضای خانواده بیماران با کاهش سطح هوشیاری اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. شناسایی عوامل مؤثر بر اضطراب خانواده بیماران در بدو ورود؛ ارزیابی و شناخت خانواده؛ تدارک برنامه مراقبتی خانواده محور در پیشگیری از اضطراب توصیه می‌شود.
آلفایم(Alfheim) و همکاران (۲۰۱۹) [۳٤]	علائم استرس پس از سانحه در مراقبین خانوادگی بیماران بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه طولی	**مطالعه طولی**	بیش از نیمی از مراقبین خانوادگی بیماران بخش مراقبت‌های ویژه در زمان پذیرش بیمار در ICU سطح بالایی از علائم استرس پس از حادثه (PTSD) را نشان می‌دهند. سن، وضعیت شغلی، نسبت با بیمار، سطح امید و دلگرمی عضو خانواده با علائم PTSD مرتبط است.
ون بیزکام (van Beusekom) و همکاران (۲۰۱٦) [۳۵]	فشار وارده بر مراقبین غیررسمی بیماران نجات یافته ICU: یک مطالعه مروری	**مطالعه مروری**	اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و کاهش کیفیت زندگی جزء فشار مراقبتی خانواده‌ها بوده و تا شش ماه پس از ترخیص بیمار از ICU در خانواده دیده می‌شود. از دست دادن اشتغال؛ فشار مالی؛ اختلال در سبک زندگی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از علل این عوارض هستند. غربالگری خانواده‌ها ازنظر فشار مراقبتی و یک دوره پیگیری حداقل شش‌ماهه توصیه می‌شود.
کارلسون(Carlson) و همکاران (۲۰۱۵) [۳٦]	مراقبت در بخش ICU: پریشانی اعضای خانواده و درک مهارت ارتباطات و حمایت‌های عاطفی کارکنان	**توصیفی- تحلیلی**	برقراری ارتباط با شیوه‌هایی که موجب تسلی و آرامش می‌شود مانند ارائه کامل و صادقانه اطلاعات، حمایت عاطفی و معنوی و توجه به نیازهای خانواده، می‌تواند به کاهش اختلالات روانی و احساسی اعضای خانواده کمک کند.
اندرسن(Andresen) و همکاران (۲۰۱۵) [۳۷]	علائم اختلال استرس پس از سانحه در بستگان بیماران بخش مراقبت‌های ویژه	**آینده‌نگر**	بستگان نزدیک بیماران بستری‌شده در ICU شیوع بالای PTSD را در طول بستری و پس‌ازآن تجربه می‌کنند. عوامل فردی بیمار مانند وخامت بیماری، سن و تحت تهویه مکانیکی بودن، جنسیت و سطح استرس مراقبان خانوادگی با وقوع PTSD ارتباط دارد.
جزیرسکا (Jezierska) و همکاران(۲۰۱٤) [۱٤]	واکنش‌های روان‌شناختی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه	**مطالعه مروری**	مجموعه‌ای از واکنش‌های روان‌شناختی نامطلوب مانند اضطراب، اختلال استرس حاد، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و غم و اندوه زیاد در بستگان بیماران بدحال بروز می‌کند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

(ادامه) **جدول ۱: مشخصات و خلاصه یافته‌های مقالات مورد بررسی**

دای (Day) و همکاران (۲۰۱۳) [۲۱]	خواب، اضطراب و خستگی در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه	**توصیفی- تحلیلی**	اختلال خواب و خستگی متوسط تا شدید همراه با اضطراب خفیف در اکثر اعضای خانواده بیماران ICU دیده می‌شود که به دلیل اضطراب، تنش و ترس خانواده‌ها است. ارائه اطلاعات به خانواده بیماران و ارتباط مؤثر با آنان می‌تواند اضطراب را کاهش داده و خواب را بهبود بخشد.
پلازیسکا-زایکو (Płaszewska-Żywko) و گزدا (Gazda) (۲۰۱۲) [۳۸]	واکنش‌های عاطفی و نیازهای اعضای خانواده بیماران ICU	**توصیفی- تحلیلی**	اضطراب؛ عدم اطمینان؛ افسردگی و خشم احساسات غالبی هستند که بستگان بیماران در زمان پذیرش ICU تجربه می‌کنند. این علائم در والدین و فرزندان بیماران و در جنس مؤنث بیشتر است.
اشمیت(Schmidt) و آزولای(Azoulay) (۲۰۱۲) [۸]	داشتن یک دوست در ICU: خانواده فراموش‌شده	**مروری**	تعداد زیادی از اعضای خانواده بیماران ICUعلائم اضطراب و افسردگی و PTSD را تجربه می‌کنند. این علائم به‌طور معنی‌داری در همسران و یا اعضای خانواده‌ای که بیمارشان فوت می‌کند بیشتر است. پیشگیری از فشارهای روانی خانواده بیمار با اتخاذ استراتژی‌های ارتباطی امکان‌پذیر می‌باشد.
دیویدسون (Davidson) و همکاران (۲۰۱۲) [۷]	پاسخ خانواده به بیماری حاد و بحرانی: سندرم خانواده بعد از مراقبت‌های ویژه	**توصیفی**	برقراری ارتباط مؤثر توسط کارکنان مراقبتی با خانواده بیماران؛ مشارکت دادن خانواده در برنامه مراقبت و در تصمیم‌گیری‌ها، از بروز پیامدهای منفی در خانواده بیماران مراقبت ویژه پیشگیری می‌کند.
گرایز (Gries) و همکاران (۲۰۱۰) [۳۹]	پیش‌بینی علائم استرس پس از سانحه و افسردگی در اعضای خانواده پس از مرگ بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه	**کارآزمایی بالینی**	شیوع PTSD و علائم افسردگی در زنان، کسانی که بیمار را برای مدت‌زمان کوتاه‌تر می‌شناختند و کسانی که ترجیح آن‌ها در تصمیم‌گیری با نقش تصمیم‌گیری واقعی‌شان مغایرت داشت، افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر بود. میزانPTSD در اعضای خانواده بیماران مسن پایین‌تر بود.
سیگل(Siegel) و همکاران (۲۰۰۸) [۴۰]	بیماری‌های روان‌پزشکی در بستگان نزدیک بیماران فوت شده در بخش مراقبت‌های ویژه	**توصیفی- تحلیلی**	بروز اختلالات روانی در این افراد شایع تر بود: همسر بیماران، افراد با استرس بالا، خانواده بیماران با طول مدت بیماری کمتر از ۵ سال، کسانی که همدلی مناسبی از طرف پزشک دریافت نکرده بودند.
لاوچرت(Lautrette) و همکاران (۲۰۰۷) [۴۱]	راهبرد ارتباطی و بروشور برای بستگان بیماران در حال مرگ در بخش مراقبت‌های ویژه	**کارآزمایی بالینی**	ارائه بروشور در مورد سوگ به بستگان بیماران در حال مرگ در بخش مراقبت‌های ویژه و استفاده از یک استراتژی ارتباطی پیشگیرانه که شامل گفتگوهای طولانی‌تر و اختصاص زمان بیشتر به خانواده بیمار برای صحبت کردن است، فشار روانی خانواده‌ها را کاهش می‌دهد.
پلاست(Plost) و نلسون(Nelson) (۲۰۰۷) [۴۲]	مراقبت از خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه: قانون، شواهد و منابع طلایی	**کارآزمایی بالینی**	مراقبت خانواده محور منجر به بهبود رضایت خانواده از ICUو کاهش چشمگیر شکایات خانواده می‌شود.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]

(ادامه) **جدول ۱: مشخصات و خلاصه یافته‌های مقالات مورد بررسی**

آزولای(Azoulay) و همکاران (۲۰۰۵) [۴۳]	خطر بروز علائم استرس پس از سانحه در اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت‌های ویژه	**توصیفی- تحلیلی**	واکنش استرس پس از سانحه در اعضای خانواده بیماران ICU رایج است و در خانواده بیماران فوت‌شده بیشتر است. دریافت اطلاعات ناکافی از پزشکان ICU و مشارکت در تصمیمات پایان زندگی از عوامل خطر ابتلا به PTSD هستند.
ورایژه(Verhaeghe) و همکاران (۲۰۰۵) [۴۴]	نیازها و تجارب اعضای خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان	**مطالعه مروری**	احساساتی مانند شوک، انکار، خشم، ناامیدی، گناه و ترس از دست دادن بیمار در اعضای خانواده بیماران ICU دیده می‌شود. توجه به نیازهای خانواده از جمله دریافت اطلاعات راجع به وضعیت بیمار و پیش‌آگهی بیماری؛ نحوه مراقبت، بخش، تجهیزات و نیاز به صحبت با پزشک؛ از ضروریات است.
پوچارد(Pochard) و همکاران (۲۰۰۴) [۴۵]	علائم اضطراب و افسردگی در اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت‌های ویژه قبل از ترخیص یا مرگ	**آینده‌نگر**	علائم اضطراب یا افسردگی در بیش از دوسوم اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در اولین روز بستری بیمار وجود دارد. شناسایی عوامل ایجادکننده این عوارض اهمیت زیادی در مراقبت از خانواده‌ها دارد.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-09-07]