J Crit Care Nurs. 2025 June;17(4):47-57

10.30491/JCC.17.4.47 **Research Article**

The Relationship between Family Satisfaction and Engagement in the Care of Intensive Care Units Patients: A Cross-Sectional Study

Sara Neichi[1], Salam Vatandost[2], Bijan Nouri[3], Sina Valiee[4*]

[1.] Students Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[2.] School of Nursing and Midwifery, Health Metric and Evaluation Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[3.] Health Metric and Evaluation Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
[4.] Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

[*] **Corresponding Author:** Sina Valiee, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. E-mail: Sinavaliee@yahoo.com

How to Cite: Neichi S, Vatandost S, Nouri B, Valiee S. The Relationship between Family Satisfaction and Engagement in the Care of Intensive Care Units Patients: A Cross-Sectional Study. J Crit Care Nurs. 2025;17(4):47-57. doi: 10.30491/JCC.17.4.47

Received: 16 April 2025 **Accepted:** 10 June 2025 **Online Published:** 22 July 2025

Abstract

Background & aim: In today's world, satisfaction is considered an important indicator in evaluating the quality-of-care services. Due to limitations such as low level of consciousness of patients in the Intensive Care Unit (ICU), family members play an important role in assessing satisfaction and participating in treatment decision making. As a result, the present study was conducted with the aim of investigating the level of satisfaction of family members and its relationship with their engagement in the care of patients hospitalized in ICUs.

Methods: This cross-sectional study was conducted in 2023 with the participation of 70 family members of patients admitted to the ICU of Tohid Hospital in sanandaj, who were selected through convenience sampling. Data were collected through Family satisfaction questionnaire and Family engagement questionnaire and analyzed using Spearman, Mann-Whitney, and Kruskal-Wallis nonparametric statistical tests.

Results: The mean age of the participants was reported as 39.54 ± 9.91 years. The overall mean satisfaction score was 70.58 ± 18.77, which was above the median score. The highest score was related to satisfaction with the care provided being 73.13 ± 18.06, while satisfaction with decision-making was 67% ± 22.34. Family members' engagement in patient care was measured at 76.76 ± 17.78. Spearman's correlation test revealed a statistically significant relationship between overall satisfaction and its subscales with family engagement, indicating that higher engagement was associated with greater satisfaction.

Conclusion: Given the direct and significant correlation between family members' satisfaction and their engagement, it is recommended that appropriate interventions be designed and implemented to enhance family involvement in treatment process and clinical decision-making, thereby improving the quality-of-care services. Additionally, health system managers are encouraged to adopt specific policies that enable greater family engagement through nursing staff.

Keywords: Intensive Care Units, Nursing Care, Family, Patient Satisfaction.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

Copyright © 2025 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/5.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

دوره ۱۷، شماره ٤، زمستان ۱۴۰۳
10.30491/JCC.17.4.47

ارتباط رضایت‌مندی خانواده و مشارکت در مراقبت بیماران بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه مقطعی

سارا نی‌چی[۱]، سلام وطن‌دوست[۲]، بیژن نوری[۳]، سینا ولیئی[٤*]

[۱]. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[۲]. دانشکده پرستاری- مامایی، مرکز تحقیقات سلامت سنجی و ارزشیابی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[۳]. مرکز تحقیقات سلامت سنجی و ارزشیابی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
[۴]. مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** سینا ولیئی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. پست الکترونیک: Sinavaliee@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۱/۲۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۴/۰۳/۲۰ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۴/۰۴/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: در دنیای امروز، رضایت‌مندی به عنوان شاخصی مهم در ارزیابی کیفیت خدمات مراقبتی به شمار می‌رود. با توجه به محدودیت‌هایی مانند سطح هوشیاری پایین بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه، اعضای خانواده نقش مهمی در ارزیابی رضایت‌مندی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی ایفا می‌کنند. در نتیجه مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان رضایت‌مندی اعضای خانواده و رابطه آن با مشارکت در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۲ با حضور ۷۰ نفر از اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان توحید سنندج، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام گرفت. داده‌ها از طریق پرسشنامه رضایت‌مندی خانواده و پرسشنامه مشارکت خانواده جمع‌آوری و با استفاده از تست‌های آماری ناپارامتری اسپیرمن، من‌ویتنی و کروسکال‌والیس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۹/۹۱ ± ۳۹/۵۴ سال گزارش شد. میانگین نمره رضایت‌مندی کلی ۱۸/۷۷ ± ۷۰/۵۸ و از میانه نمرات بالاتر بود. بیش‌ترین نمره مربوط به بُعد رضایت از مراقبت‌های ارائه شده با نمره ۱۸/۰۶ ± ۷۳/۱۳ بود. هم‌چنین نمره رضایت از تصمیم‌گیری نیز ۲۲/۳۴ ± ۶۷ تعیین شد. مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از بیماران ۱۷/۷۸ ± ۷۶/۷۶ اندازه‌گیری شد. نتایج آزمون اسپیرمن ارتباط آماری معنی‌داری را بین رضایت‌مندی و زیرمقیاس‌های آن با مشارکت نشان داد به طوری که با افزایش مشارکت رضایت نیز افزایش می‌یابد.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط مستقیم و معنادار بین رضایت‌مندی اعضای خانواده و مشارکت آنها توصیه می‌شود مداخلات مناسبی به منظور ارتقای مشارکت خانواده‌ها در فرایندها و تصمیم‌گیری‌های درمانی طراحی و اجرا شود تا کیفیت خدمات مراقبتی بهبود یابد همچنین مدیران نظام سلامت با اتخاذ سیاست‌های خاص امکان مشارکت بیشتر اعضای خانواده توسط پرستاران را ممکن سازند.

کلیدواژه‌ها: بخش مراقبت ویژه، مراقبت پرستاری، خانواده، رضایت بیمار.

مقدمه

از بخش‌های بیمارستانی به طور برجسته بخشِ آی‌سی‌یو (Intensive Care Unit)، بنا به ماهیت خدماتِ ارائه شده در آن، بخش مراقبت‌های ویژه خوانده می‌شود [۱]. این ویژگی بر اساس وخامت حالِ بیماران این بخش و تجهیزات پیشرفته و به‌روز مانند دستگاه مانیتورینگ و ونتیلاتور [۲] و همچنین نیروی انسانی دوره‌دیده و متخصص است [۲]. در ایالات متحده آمریکا سالانه پنج میلیون بیمار بستری در بخش‌های مراقبت ویژه پذیرش می‌شود [۳]. این آمار در خصوص ایران سالانه حدود سه میلیون بیمار بدحال را شامل است [۴].

نتایج پژوهش‌های انجام شده حاکی از استرس‌زا بودن بخش مراقبت‌های ویژه برای بیماران و اعضای خانواده است [۵،۶] و اغلب بیمار بستری ترجیح می‌دهد حتی‌الامکان

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]
[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

اعضای خانواده در کنار وی حضور داشته باشند. خانواده به طور عمده شامل فرد یا افرادی است که با بیمار خویشاوندی ژنتیکی، پیوند قانونی و یا پیوند عاطفی دارند [۷]. بستری شدن ناگهانی در بخش مراقبت‌های ویژه همراه با عدم آشنایی بیمار و اعضای خانواده با محیط و هم‌چنین وخامت وضعیت بالینی بیماران، تجربیات روانی استرس‌زا و چالش‌های روحی برای بیمار و عضو خانواده به دنبال دارد [۶]. این استرس و تنش‌های حاصل از بیماری اقوام درجه یک، اعمال و رفتار همراهان را در درک وضعیت به طور فزاینده‌ای کاهش داده و به نوبه خود می‌تواند مانع بزرگی در راه ارائه خدمات مورد نیاز بیمار بستری باشد [۸].

«رسالت کلیه نظام‌های بهداشتی درمانی تأمین سلامت افراد جامعه است و این هدف تنها با ارائه خدمات مطلوب درمانی امکان‌پذیر خواهد بود. برای تحقق این منظور لازم است کیفیت مراقبت‌های ارائه شده مورد توجه نظام‌های سلامت قرار داشته باشد.» [۹]. کیفیت مراقبت‌های ویژه در گذشته به طور سنتی بر اساس پارامترهایی مانند مرگ و میر، طول زمان بستری، نتایج حاصله مورد نظر و ناتوانی‌های باقی مانده ارزشیابی می‌شد [۱۰] و این در حالی است که در دنیای مدرن امروز اهمیت سنجش رضایت‌مندی بیماران به عنوان یکی از مهم‌ترین معیارهای تعیین کیفیت خدمات مراقبتی بر کسی پوشیده نیست [۱۱].

در بخش مراقبت‌های ویژه بر خلاف بیشتر بخش‌های دیگر به دلیل محدودیت‌های خاص، اعضای خانواده اغلب از بیمار فاصله دارند و بیماران هم معمولاً به دلیل شرایطی مانند کمای ناشی از حوادث تروماتیک و غیر تروماتیک از جمله اختلالات متابولیک، آسیب به سر و سیستم عصبی مرکزی، [۱۲] و دلیریوم، سطح هوشیاری پایینی دارند. [۹] برخی از این افراد حتی پس از بهبودی هم دوران بستری خود را به یاد نمی‌آورند و حدود ده تا بیست درصد آنها فوت می‌کنند. در نتیجه ارزیابی رضایت‌مندی تنها از دیدگاه بیمار امکان‌پذیر نیست و این امر می‌تواند منجر به ایجاد خلأ قابل توجهی در ارزیابی‌های بالینی شود [۱۳]. در چنین شرایطی اعضای خانواده بیمار جایگزینی ارزشمند برای تصمیم‌گیری‌های درمانی به حساب می‌آیند و به همین‌سبب در ارزیابی رضایت‌مندی نیز جایگاه ویژه‌ای دارند [۱۴]. موارد تأثیرگذار در مقوله رضایت‌مندی دربرگیرنده مواردی از قبیلِ حسن‌نیتِ کارکنان، اطلاعات ارائه‌شده به خانواده‌ها، احترام و محبت و سطح مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده است [۱۵].

پس ضروری است تا بنا به این مؤلفه مهم توجه به دیدگاه خانواده بیماران اهمیت بیش‌تری یافته و از رضایت صرف به مشارکت در بعضی امور مراقبتی ارتقا یابد. مشارکت اعضای خانواده در واقع همکاری میان خانواده‌ها و کادر درمان بوده و شامل تلاش و همکاری تنگاتنگ آنها در جهت بهبود کیفیت درمان ارائه شده به بیماران و در کل بهبود نتایج حاصل برای ارتقای سلامتی آنها است [۱۶]. مشارکت اعضای خانواده در تیم مراقبین عامل بسیار مؤثری در کاهش اضطراب و بهبودی سریع‌تر بیمار است [۱۷]. باید توجه داشت که مشارکت اعضای خانواده طیفی از فعالیت‌های مشارکتی غیر فعال تا فعال را دربرمی‌گیرد [۱۸]. مشارکت غیر فعال شامل بودن در کنار بیمار، حمایت‌های روحی و شرکت در فرایند تصمیم‌گیری حول راه‌کارهای درمانی و مشارکت فعالانه شامل کمک در فعالیت‌های روزانه از جمله ارائه مراقبت‌های دهانی، بهداشت، کمک در انجام ورزش‌های دامنه حرکتی، تغذیه، ماساژ و موارد مشابه را شامل می‌شود [۱۹].

تجارب و مشاهدات عینی حاکی از این موضوع مهم است که اعضای خانواده بیماران غالباً با آمادگی کامل در کنار بیمار خود حضور دارند و آماده انجام هرگونه ازخودگذشتگی هستند. آنها رابط بیمار با کادر درمان، مترجم بیمار و حامی وی در امور به حساب می‌آیند [۲۰]. در رویکردهای نوین مراقبتی، توجه به تجارب بیماران و نیز تجارب اعضای خانواده آنها بخشی جدایی‌ناپذیر از فرایند درمان محسوب می‌شود [۲۰]. اعضای خانواده از یک سو منبعِ حمایتیِ بسیار خوب، مطمئن و مؤثری برای بیمار بوده و از طرف دیگر با رعایت ملاحظات حرفه‌ای، می‌توانند یاری دهنده مؤثری برای تیم درمان چه از نظر عملی و فیزیکی و چه بسا از نظر روحی باشند [۷].

یکی از پیامدهای مثبت همکاری اعضای خانواده که کمتر مورد توجه قرار گرفته است، کاهش ریسک اشتباهات پزشکی است که مستقیم از بالا رفتن کیفیت مراقبت‌ها ناشی می‌شود [۲۱]. بر اساس نتایج مطالعه گرش (Gresh) و همکاران حضور خانواده بر بالین بیمار و ملاقات وی سبب کاهش معنی‌داری در اضطراب بیمار، عوارض قلبی و سطح هورمون‌های کورتیزول و محرک تیروئید شده و حتی میزان مرگ و میر را نیز کاهش داده است [۲]

علم و هنرِ شرکت دادن اعضای خانواده در مراقبت‌های ارائه شده در بخش مراقبت‌های ویژه به عنوان موضوعی مهم و نوظهور محسوب می‌شود. نظام سلامت به نوبه خود می‌تواند رضایت‌مندی اعضای خانواده و مشارکت آنها در امور مراقبتی را مداوم یا دوره‌ای رصد کرده و تصمیمات و راهبردهای لازم را اتخاذ نماید. گرچه رضایت اعضای خانوادهِ بیمار نشانگر ارتقای کیفیت خدمات در بخش ویژه است، اما به نظر می‌رسد در سطح گسترده‌تری به ویژه در قاره آسیا، تحقیقات کافی در این زمینه انجام نشده است [۲۲].

امید است تا پژوهش حاضر گامی مؤثر در جهت جبران این کاستی باشد. از این رو با توجه به اهمیتِ موضوع مربوطه، مطالعه در پیش‌رو با هدفِ بررسیِ میزانِ رضایت‌مندیِ اعضایِ

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

خانواده و رابطه آن با مشارکت در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان توحید در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ انجام شد. محیط پژوهش بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان توحید سنندج بود. این بیمارستان دارای سه بخش آی‌سی‌یو جنرال است که هر کدام به تفکیک ۱۵ تخته، ۱۰ تخته و ۸ تخته هستند. بیماران بستری در این واحدها عمدتاً دارای مشکلات داخلی هستند. اتاق انتظار همراهان بیمار در پشت درهای سه بخش آی‌سی‌یو واقع شده است و سیاست‌های ملاقات اعضای خانواده در هر سه بخش به صورت یکسان اجرا می‌شود. نسبت پرستار به بیمار در این بخش‌ها بین یک به سه تا یک به سه و نیم متغیر است.

جامعه مورد مطالعه شامل اعضای خانواده بیمارانِ بستری در بخش مراقبت‌های ویژه است که نسبت خویشاوندی نزدیک (درجه یک) با بیماران دارند و یا دوست نزدیک بیمار هستند.

به منظور تعیین حجم نمونه لازم، با در نظر گرفتن سطح اطمینان درصد ۹۹، توان آزمون ۹۵ درصد و ضریب همبستگی ۱/۵، حجم نمونه با استفاده از رابطه زیر محاسبه شد و معادل ۷۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$\omega = \frac{1}{2} ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)$$

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\omega^2} + 3$$

افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: ۱. تمایل به شرکت در پژوهش ۲. گذشت حداقل زمان ۴۸ ساعت از بستری بودن بیمار [۱] ۳. ملاقاتِ حداقلی یک بارِ بیمار توسط عضو خانواده از زمان بستری ۴. داشتن شرایط عمومی شرکت در پژوهش: سن بالای ۱۸ سال، هوشیاری و آگاهی کامل ۵. عدم عضویت بیمار یا هر یک از اعضای خانواده در کادر درمان بود. معیارهای خروج نیز شامل: ۱. تکمیلِ ناقصِ پرسشنامه‌ها (براساس دستورالعمل امتیازدهی در صورتی که بیش از ۳۰ درصد سؤالات پرسشنامه رضایت‌مندی و بیش از ۲۰ درصد سؤالات پرسشنامه مشارکت به صورت ناقص تکمیل شوند) ۲. انصراف داوطلبانه اعضای خانواده در هر مرحله از پژوهش ۳. ترخیص، انتقال یا فوت بیمار که سبب قطع دسترسی یا ادامه همکاری اعضای خانواده شود.

هدف از اجرای پژوهش و نحوه انجام آن برای مشارکت‌کنندگان تفهیم شد و به آنها اطمینانِ لازم داده شد که تمامی اطلاعات مربوط به آنها نزد پژوهش‌گر محرمانه باقی خواهد ماند. در صورتی که افراد به هر دلیلی قادر به خواندن پرسشنامه نبودند این کار توسط شخصِ پژوهش‌گر به صورت مصاحبه انجام می‌گرفت. پس از کسب رضایت آگاهانه از آنها درخواست می‌شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک بیمار و خانواده، پرسشنامه‌های رضایت از مراقبت از دیدگاه خانواده و پرسشنامه میزان مشارکت خانواده استفاده شد.

برای بررسی میزان رضایت‌مندی، پرسشنامه سنجش میزان رضایت‌مندی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه که در سال ۲۰۰۱ توسط هیلند (Heyland) و همکاران طراحی شد [۲۳] استفاده شد. نسخه اولیه این پرسشنامه (FS_ICU34) دارای ۳۴ سؤال در دو بخش رضایت از مراقبت و مشارکت در تصمیم‌گیری بود. سپس این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷، مجدداً توسط وال (Wall) و همکاران تعدیل گشت و فرم ۲۴ سؤالی آن تدوین شد.

در ایران نیز متعاقباً پرسشنامه فوق در سال ۲۰۲۱ به وسیله سبزعلی‌زاده و همکاران [۹] و حیاتی‌نیا و همکاران [۱۵] به طور مجزا از هم اعتباریابی شد. این ابزار رضایت‌مندی را در سه بعد رضایت‌مندی کلی (میانگین تمامی سؤال‌ها)، رضایت‌مندی از مراقبت (سؤال‌های ۱ تا ۱۴) و رضایت‌مندی در زمینه تصمیم‌گیری (سؤال‌های ۱۴ تا ۲۴) بررسی می‌کند. در این محاسبه به سؤالات، امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. امتیاز ۱ به معنای کم‌ترین رضایت در حالی که امتیاز ۵ بیش‌ترین رضایت را شامل می‌شود. سپس عدد ۱ از هر پاسخ کم شده و اعداد در ۵ ضرب خواهد شد و نمرات به مقیاس ۱۰۰ تا صفر رسانده می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده رضایت بیش‌تر هستند.

هم‌چنین پرسشنامه ارزیابی میزان مشارکت خانواده بیمار بستری در آی‌سی‌یو که توسط گلدفارب (Goldfarb) و همکاران [۷] در سال ۲۰۲۲ طراحی و اجرا شد استفاده شد. روانسنجی این پرسشنامه در کشور ایران توسط نی‌چی و همکاران به انجام رسیده و تعداد گویه‌های آن به ۸ مورد کاهش پیدا کرده است. پایایی آن نیز ۰/۷۸گزارش شده است [۲۴].

هر سؤال از مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای تشکیل شده است که به ترتیب به گزینه‌ی "کاملاً موافق" نمره ۱، "موافق" نمره ۲، "نظری ندارم" نمره ۳، "مخالف" نمره ۴ و "کاملاً مخالف" نمره ۵ داده می‌شود. سپس نمرات به مقیاس صفر تا ۱۰۰ رسانده می‌شود؛ نمره ۱ در مقیاس لیکرت معادل نمره مشارکت ۱۰۰ و نمره ۵ در مقیاس لیکرت معادل نمره مشارکت صفر است. به این ترتیب بیش‌ترین امتیاز نشانگر

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

بیش‌ترین مشارکت و کم‌ترین امتیاز نمایان‌گر کم‌ترین مشارکت است. نمره مشارکت کلی با جمع کردن کل نمرات با یکدیگر و سپس تقسیم عدد به دست آمده بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده تعیین می‌شود [۷]. برای تحلیل داده‌های مطالعه از نسخه ۱۲ نرم‌افزار استاتا (STATA) استفاده شد. ابتدا برای متغیرهای کیفی جدول توزیع فراوانی و برای متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار برآورد شد. به علت عدم وجود توزیع نرمال در داده‌ها از روش‌های آماری ناپارامتریک استفاده شد. در نهایت جهت بررسی ارتباط نمره رضایت‌مندی با نمره مشارکت ضمن کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی مدل رگرسیون خطی چندگانه مورد استفاده قرار گرفت. سطح معناداری در تمام مراحل برابر ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌ها ۹/۹۱ ± ۳۹/۵۴ سال بود. اکثریت شرکت‌کنندگان در مطالعه مذکر (۵۱/۳۹ درصد) بودند. بیش از ۸۰ درصد از افراد شرکت‌کننده را فرزندان بیماران تشکیل دادند. میانگین ملاقات اعضای خانواده با بیمار در ۲۴ ساعت ۱/۹۵ ± ۳/۲۵ بود. جزئیات بیشتر در جداول ارائه شده است. (جدول یک و دو).

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران و اعضای خانواده

متغییر	میانگین ± انحراف معیار
سن بیماران (سال)	۷۰/۶۹ ± ۱۶/۳۲
دفعات قبلی بستری در آی‌سی‌یو	۰/۷۴ ± ۱/۱۶
روزهای بستری در آی‌سی‌یو	۸/۶۲ ± ۸/۰۴
سطح هوشیاری	۱۱/۱۴ ± ۴/۱۵
سن اعضای خانواده (سال)	۳۹/۵۴ ± ۹/۹۱
دفعات ملاقات با بیمار قبل از بستری شدن	۳/۵۳ ± ۲/۳۲
تعداد ملاقات‌های بیمار و عضو خانواده در ۲۴ ساعت	۳/۲۵ ± ۱/۹۵
مدت زمان اجازه ملاقات (دقیقه)	۱۳/۰۰ ± ۱۶/۸۰

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات فردی بیمار و اعضای خانواده

متغییر	گروه‌ها	فراوانی مطلق	درصد
جنسیت بیمار	مرد	۴۲	۵۸/۳۳
	زن	۳۰	۴۱/۶۷
علت بستری	سرطان	۱۰	۱۴/۴۹
	سکته‌ی قلبی و سایر مشکلات قلبی	۵	۷/۲۵
	خونریزی گوارشی	۸	۱۱/۵۹
	ترومبوز وریدهای عمقی و ترومبوآمبولی ریوی	۳	۴/۳۵
	بیماری انسدادی مزمن ریوی	۱۱	۱۵/۹۴
	پنومونی	۴	۵/۸۰
	کووید ۱۹	۳	۴/۳۵
	مسمومیت	۲	۲/۹۰
	آمفیزم/ برونشکتازی/ پلورال افیوژن	۳	۴/۳۵
	مشکلات کلیوی (نارسایی حاد، بیماری کلیوی مزمن) /انسداد مجاری صفراوی	۸	۱۱/۵۹
	خونریزی واژینال	۱	۱/۴۵
	چندسیستمی	۷	۱۰/۱۴
	سکته مغزی/ آنسفالیت/ مننژیت	۴	۵/۸۰
بستری قبلی در آی سی یو	بله	۲۷	۳۷/۵۰
	خیر	۴۵	۶۲/۵۰
اینتوباسیون	است	۲۵	۳۵/۲۱
	نیست	۴۶	۶۴/۷۹
جنسیت عضو خانواده	مرد	۳۷	۵۱/۳۹
	زن	۳۵	۴۸/۶۱
تحصیلات	بی‌سواد	۲	۲/۸۲
	ابتدایی	۱۳	۱۸/۳۱
	دیپلم	۲۶	۳۶/۶۲
	کاردان	۴	۵/۶۳
	لیسانس	۱۵	۲۱/۱۳
	ارشد	۱۰	۱۴/۰۸
	دکترا	۱	۱/۱۴۱
نسبت خویشاوندی	پدر	۲	۳/۰۳

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

	برادر	۲	۳/۰۳
	خواهر	۶	۹/۰۹
	پسر	۳۳	۵۰/۰۰
	دختر	۲۰	۳۰/۳۰
	نوه	۳	۴/۵۵
شغل	بی‌کار	۶	۸/۳۳
	آزاد	۲۴	۳۳/۳۳
	کارمند	۲۲	۳۰/۵۶
	خانه‌دار	۱۹	۲۶/۳۹
	بازنشسته	۱	۱/۳۹
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴	۱۹/۴۴
	متأهل	۵۸	۸۰/۵۶
وضعیت زندگی با بیمار	زندگی با بیمار	۳۲	۴۴/۴۴
	زندگی در خانه جدا از بیمار	۴۰	۵۵/۵۶
محل زندگی عضو خانواده	زندگی در شهر محل بیمارستان	۴۱	۵۸/۵۷
	زندگی در شهر یا روستای اطراف	۲۹	۴۱/۴۳
تجربه مشارکت در مراقبت از عضو خانواده	داشتن تجربه‌ی قبلی	۴۶	۶۸/۶۶
	نداشتن تجربه قبلی	۲۱	۳۱/۳۴

بر اساس یافته‌ها، میانگین نمره رضایت‌مندی کل برابر با ۱۸/۷۷ ± ۷۰/۵۸ بود. که بیش‌ترین میانگین به بُعد رضایت از مراقبت (۱۸/۰۶ ± ۷۳/۱۳) و پایین‌ترین میانگین به بُعد رضایت از تصمیم‌گیری (۲۲/۳۴ ± ۶۷) اختصاص داشت (جدول سه). مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از بیماران نیز با میانگین نمره ۱۷/۷۸ ± ۷۶/۷۶ اندازه‌گیری شد (جدول سه).

جدول۳. میانگین و انحراف معیار میزان رضایت‌مندی و مشارکت اعضای خانواده

متغییر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
رضایت کل	۷۰/۵۸	۱۸/۷۷	۱۷/۵۰	۱۰۰/۰۰
رضایت از مراقبت	۷۳/۱۳	۱۸/۰۶	۲۵/۷۱	۱۰۰/۰۰
رضایت از تصمیم‌گیری	۶۷/۰۰	۲۲/۳۴	۶/۰۰	۱۰۰/۰۰
مشارکت	۷۶/۷۶	۱۷/۷۸	۱۸/۷۵	۱۰۰/۰۰

ارتباط بین رضایت با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که بین رضایت‌مندی کلی اعضای‌خانواده و سن بیمار، مدت ملاقات، وضعیت هوشیاری و اینتوباسیون ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد (P<۰/۰۵) (جدول چهار و پنج).

جدول٤. ارتباط بین رضایت‌مندی با متغییرهای جمعیت‌شناختی

متغییر	میانگین ± انحراف معیار	P-value	Spearman rho
سن بیمار	۷۰/۶۹ ± ۱۶/۳۲	۰/۰۴۵۷	-۰/۲۳۷۹
سطح هوشیاری	۱۱/۱۴ ± ۴/۱۵	۰/۰۰۲۱	۰/۳۶۳۷
تعداد روزهای بستری در آی‌سی‌یو	۸/۶۲ ± ۸/۰۴	۰/۲۴۷۴	-۰/۱۳۹۱
دفعات بستری بیمار در بخش آی‌سی‌یو	۰/۷۴ ± ۱/۱۶	۰/۵۵۵۹	۰/۰۷۱۶
سن عضو خانواده	۳۹/۵۴ ± ۹/۹۱	۰/۳۷۳۷	-۰/۱۰۹۶
تعداد ملاقات‌های بیمار و عضو خانواده در ۲۴ ساعت	۳/۲۵ ± ۱/۹۶	۰/۵۰۴۳	۰/۰۸۳۰
مدت زمان اجازه داده شده جهت ملاقات	۱۳/۰۰ ± ۱۶/۸۰	۰/۰۰۲۷	۰/۳۶۶۸
میانگین دفعات ملاقات عضو خانواده با بیمار قبل از بستری شدن (تست آماری اسپیرمن)	۳/۵۳ ± ۲/۳۲	۰/۲۸۶۷	-۰/۲۰۱۱

جدول۵. ارتباط بین رضایت‌مندی با متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر		میانگین و انحراف معیار	P-Value
جنسیت بیمار	مرد	۷۳/۱۵ ± ۱۷/۸۷	۰/۱۹۵۰
	زن	۶۶/۹۷ ± ۱۹/۷۱	
بستری قبلی در آی‌سی‌یو	بله	۷۰/۹۰ ± ۱۷/۸۱	۰/۹۴۲۴
	خیر	۷۰/۳۹ ± ۱۹/۵۳	
وضعیت اینتوباسیون	اینتوبه است	۶۰/۴۷ ± ۱۸/۶۲	۰/۰۰۱۵

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

	اینتوبه نیست	۷۵/۷۲ ± ۱۶/۷۸	
	سرطان	۷۵/۲۵ ± ۲۲/۱۲	
	سکته‌ی قلبی و سایر مشکلات قلبی	۶۸/۶۷ ± ۲۰/۷۸	
	خونریزی گوارشی	۶۷/۲۹ ± ۱۸/۰۲	
	ترومبوز وریدهای عمقی و ترومبوآمبولی ریوی	۷۰/۰۰ ± ۱۳/۱۰	
	بیماری انسدادی مزمن ریوی	۶۸/۷۹ ± ۱۹/۵۵	
	پنومونی	۷۳/۱۳ ± ۲۹/۵۴	
علت بستری	کووید۱۹	۶۶/۹۴ ± ۱۰/۸۸	۰/۹۶۸۸
	مسمومیت	۶۷/۹۲ ± ۴۵/۳۷	
	آمفیزم/ برونشکتازی/ پلورال افیوژن	۷۱/۳۹ ± ۲۴/۳۳	
	مشکلات کلیوی (نارسایی حاد، بیماری کلیوی مزمن)/ انسداد مجاری صفراوی	۶۶/۹۸ ± ۱۰/۶۸	
	خونریزی واژینال	۱۰۰/۰۰	
	چندسیستمی	۷۴/۰۵ ± ۱۹/۰۰	
	سکته مغزی/ آنسفالیت/ منتژیت	۶۷/۰۸ ± ۲۲/۲۰	
جنسیت عضو خانواده	مرد	۶۹/۷۱ ± ۱۷/۱۴	۰/۴۹۹۴
	زن	۷۱/۵۰ ± ۲۰/۵۷	
تأهل عضو خانواده	مجرد	۶۷/۲۶ ± ۱۵/۵۳	۰/۴۸۳۰
	متأهل	۷۱/۳۸ ± ۱۹/۵۱	
نسبت خویشاوندی	پدر	۸۳/۳۳ ± ۲۳/۵۷	۰/۰۳۲۷
	برادر	۱۰۰/۰۰ ± ۰/۰۰	
	خواهر	۸۲/۷۸ ± ۱۱/۰۶	
	پسر	۶۹/۱۲ ± ۱۵/۵۱	
	دختر	۶۲/۳۷ ± ۲۱/۶۱	
	نوه	۷۰/۸۳ ± ۲۰/۳۶	
	بی‌سواد	۵۸/۷۵ ± ۱۳/۵۵	
	ابتدایی	۷۵/۷۱ ± ۱۹/۲۵	
	دیپلم	۷۳/۳۳ ± ۱۸/۶۲	
تحصیلات	کاردانی	۶۵/۰۰ ± ۹/۶۹	۰/۵۵۸۸
	لیسانس	۶۶/۲۲ ± ۲۲/۶۲	
	ارشد	۶۸/۹۲ ± ۱۶/۳۲	
	دکتری	۴۸/۳۳	
وضعیت زندگی با بیمار قبل از بستری شدن	زندگی با بیمار	۷۳/۹۸ ± ۱۷/۹۶	۰/۱۸۴۹
	زندگی در خانه جدا	۶۷/۸۵ ± ۱۹/۱۹	
محل زندگی عضو خانواده	زندگی در شهر محل بیمارستان	۶۷/۹۹ ± ۲۰/۲۰	۰/۱۲۹۷
	زندگی در شهر یا روستای اطراف	۷۵/۶۳ ± ۱۵/۶۶	
تجربه مشارکت در مراقبت	داشتن تجربه قبلی	۷۱/۳۰ ± ۱۷/۹۱	۰/۷۱۹۷
	نداشتن تجربه قبلی	۶۸/۲۱ ± ۲۱/۷۵	
	بی‌کار	۶۴/۴۴ ± ۱۳/۵۷	
	آزاد	۷۴/۶۵ ± ۱۷/۱۹	۰/۲۱۴۸
شغل	کارمند	۶۳/۸۳ ± ۱۹/۹۶	
	خانه‌دار	۷۵/۲۲ ± ۱۹/۵۹	
	بازنشسته	۷۰/۰۰	

(تست‌های آماری من‌ویتنی، کروس‌کال‌والیس)

همچنین بررسی ارتباط رضایت‌مندی با مشارکت نشان داد که بین میزان رضایت‌مندی و زیرمقیاس‌های آن با مشارکت همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد به گونه‌ای که با افزایش مشارکت، میزان رضایت‌مندی نیز افزایش می‌یابد (P = ۰/۰۰۰۱)، (r = ۰/۵۰۸۰)، (r = ۰/۰۶۰۷۱)، (r = ۰/۵۷۴۱).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی رضایت‌مندی خانواده و رابطه آن با مشارکت در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره کل رضایت‌مندی از میانه نمرات بالاتر است.

در مطالعه سبزعلی‌زاده و همکاران نیز میزان رضایت کلی بالاتر از میانه نمرات گزارش شد [۹] در پژوهش بررسی شده دیگری نیز که بهارادواج (Bharadwaj) و همکاران (۲۰۲۲) انجام دادند، میزان رضایت‌مندی کلی بالاتر از میانه نمرات بود [۲۵]. رضایت خانواده به عنوان معیاری کلیدی برای ارزیابی کیفیت ارایه خدمات مراقبتی در نظر گرفته می‌شود [۲۶]. سنجش رضایت‌مندی خانواده بیماران در بخش مراقبت‌های

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

ویژه از این نظر که معمولاً بیماران نمی‌توانند در فرایند درمان تصمیم‌گیرنده باشند حایز اهمیت است [۱۵]. هم‌راستایی نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش‌های مشابه نشان می‌دهد که سطح رضایت‌مندی خانواده‌ها از مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه به طور نسبی بالا گزارش شده است. موارد تأثیرگذار در مقوله رضایت‌مندی دربردارنده‌ی مواردی از قبیلِ حسن‌نیتِ کارکنان، اطلاعات ارائه‌شده به خانواده‌ها، احترام و محبت و سطح مراقبت‌های بهداشتی است [۱۵].

این یافته‌ها همچنین نشان می‌دهد که رضایت‌مندی خانواده‌ها صرفاً به کیفیت مراقبت‌های بالینی محدود نمی‌شود، بلکه ابعاد انسانی، ارتباطی و اخلاقی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری این رضایت دارند. بنابراین، تقویت این جنبه‌ها از طریق آموزش حرفه‌ای کارکنان می‌تواند به افزایش رضایت‌مندی آنها کمک کند. هرقدر مجموعه درمانی نسبت به این قشر با دیده احترامِ بیش‌تری نگریسته، نسبت به نیازهای آنها پاسخ‌گویی بیش‌تری داشته و نظرات‌شان را محترم دانسته و یا در مواردِ لزوم در به‌کارگیری از توانمندی‌های آنان کوشا باشد به همان نسبت نتایج و رضایت بیش‌تری کسب خواهد شد [۲۷].

همچنین مقایسه میانگین نمرات رضایت‌مندی حاکی از بیش‌تر بودنِ میانگین نمره مربوط به بُعد اقدامات مراقبتی نسبت به بُعد رضایت از تصمیم‌گیری بود. در مطالعه‌ای که توسط جنسن (Jensen) و همکاران (۲۰۱۷) در کشورهای دانمارک و هلند انجام شد، مشابه با یافته‌های این پژوهش، میزان رضایت در بُعد مراقبت بیش‌تر از رضایت در بُعد مشارکت در تصمیم‌گیری گزارش شده است، هم‌چنین شرکت‌کنندگان دانمارکی نسبت به هلندی‌ها میزان رضایت‌مندی بالاتری را نشان دادند.

یکی از عوامل تأثیرگذار در این تفاوت ممکن است نسبت بالاتر پرستار به بیمار در کشور دانمارک باشد: یک پرستار به ازای ۱/۴–۱ بیمار در دانمارک در برابر یک پرستار به ازای ۱/۵ الی ۲ بیمار در هلند، هم‌چنین قوانین سخت‌گیرانه‌تر هلند در ملاقات اعضای خانواده را نباید از نظر دور داشت [۱۳]. در مطالعه هاو (Haave) و همکاران (۲۰۲۱) در نروژ نیز رضایت‌مندی از مراقبت در سطح بالایی گزارش شد اما میزان رضایت در خصوص مشارکت در تصمیم‌گیری کمتر بود [۱]. در همین راستا در مطالعه سبزعلی‌زاده و همکاران میزان رضایت‌مندی در بُعد اقدامات مراقبتی بیش‌ترین و در بُعد مشارکت در تصمیم‌گیری کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داد [۹]. پایین بودن نمره رضایت از تصمیم‌گیری به احتمالی می‌تواند حاکی از پایینی درگیر نمودن اعضای خانواده در امور درمانی توسط کادر درمان باشد.

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر در خصوص مقایسه ابعاد رضایت‌مندی با سه مطالعه بالا هم‌خوانی داشته به طوری‌که در هر سه مورد رضایت‌مندی در بُعد مراقبت بیش‌تر و در بُعد مشارکت در تصمیم‌گیری کم‌تر است. تکرار این الگو در کشورهای مختلف می‌تواند حاکی از ضعف ساختاری مشترک در سیستم‌های درمانی باشد. به طوری که مراقبت‌های بالینی از کیفیت نسبتا بالاتری برخوردار هستند اما تعامل مؤثر با خانواده‌ها در تصمیم‌گیری‌های درمانی وجود ندارد. این مسأله بر ضرورت ایجاد بسترهای ارتباطی مناسب و آموزش تیم درمان در زمینه مشارکت دادن اعضای خانواده در تصمیم‌گیری‌های درمانی تأکید دارد.

علاوه بر این، تفاوت‌های فرهنگی و ساختاری موجود در نظام‌های درمانی کشورهای مختلف، مانند نسبت بالاتر پرستار به بیمار در دانمارک و سیاست‌های متفاوت مربوط به ملاقات خانواده‌ها، تأثیر قابل توجهی بر سطح رضایت خانواده‌ها دارد. این تفاوت‌ها بر نقش کلیدی بسترهای سازمانی و فرهنگی در تسهیل و ارتقاء مشارکت خانواده‌ها در فرآیند درمان تأکید می‌کند.

واحدهای مراقبت ویژه اغلب به دلیل نگرانی‌هایی مانند انتقال عفونت، اختلال در مراقبت و استرس ناخواسته بر بیمار، سیاست‌های سخت‌گیرانه‌ای برای ملاقات خانواده‌ها دارند [۲۸]. این درحالی است که اعضای خانواده بیمار تمایل بالایی در خصوص کمک به تشخیص و پیش‌آگهی بیماری و مشارکت مؤثر با پزشکان و پرستاران حول فرایندهای درمان دارند. بنابراین، سیاست‌های محدودکننده ملاقات و فراهم نکردن بستر مناسب برای تعامل خانواده‌ها با تیم درمان، می‌تواند منجر به کاهش رضایت‌مندی آنان در زمینه مشارکت و دسترسی به اطلاعات شود. از این رو شناسایی زمینه‌های مشارکت خانواده در فرایند درمان، به عنوان یکی از عوامل مؤثر در ارتقای رضایت‌مندی آنها شناخته می‌شود [۲۹].

در مطالعه حاضر، میانگین نمره مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بالاتر از حد میانه به دست آمد. این یافته با نتایج پژوهش گلدفارب (Goldfarb) و همکاران (۲۰۲۲) و هم‌چنین هالوت (Hallot) و همکاران (۲۰۲۳) هم‌راستا بوده و در آنها نیز میزان مشارکت خانواده‌ها بالاتر از میانگین ارزیابی شده است [۷,۳۰]. از عوامل کلیدیی که به طور قابل توجه بر افزایش میزان مشارکت خانواده تأثیرگذار است، می‌توان به نگرش مثبت و مسئولانه آنها نسبت به این وظیفه همراه با ارتباطات مستحکم میان اعضای خانواده اشاره نمود [۳۱].

بر این اساس، در پژوهش حاضر نیز بالا بودن نسبی میزان مشارکت را می‌توان به پیوند عاطفی محکم بین اعضای خانواده، احساس مسئولیت قوی و باورهای فرهنگی حاکم بر

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

جامعه نسبت داد که در واقع مراقبت از عضو بیمار را به عنوان وظیفه‌ای اخلاقی برشمرده و سبب تمایل بیش‌تر عضو خانواده برای مشارکت در فرایند درمان می‌شود. مرور هرچه بیش‌تر مطالعات انجام شده مؤید اثرات مثبت گسترده مشارکت خانواده در ابعاد مختلف پروسه درمانی است. در همین زمینه، مطالعه‌ای که توسط کوهی و همکاران انجام شد نشان داد مشارکت خانواده در مراقبت‌های اولیه موجب کاهش اضطراب ناشی از درد در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه سوختگی و همچنین افزایش تحمل بیماران در برابر پروسیجرهای دردناک می‌شود [۳۲]. به همین شکل در پژوهش دیگری از گلدفارب (Goldfarb) و همکاران (۲۰۱۷) مداخلات خانواده‌محور علت افزایش رضایت‌مندی بیمار و خانواده، ارتقای سلامت روانی خانواده، کاهش اضطراب بیماران، بهبود پایبندی به برنامه درمانی و کاهش استفاده از منابع معرفی شد [۳۳]. پژوهش ولدرینگ (Woldring) و همکاران (۲۰۲۳) نیز افزایش رضایت‌مندی را در صورت دخیل شدن اعضای خانواده در فرایند درمان بیمارشان نشان داد؛ یافته‌ای که با نتایج مطالعه حاضر و هم‌چنین مطالعات انجام شده در بخش مراقبت ویژه کودکان مطابقت دارد [۳۴].

از فواید پاسخ‌گویی به نیازهای خانواده بیماران و مشارکت دادن آنها در تصمیم‌گیری‌های بالینی، درک بهتر افراد از شرایط بحرانی بیماریِ بیمار بوده و همین سبب می‌شود انتظارات معقول در رابطه با نتایج بیمار حاصل شود [۳۵]. از دیگر اثرات مشارکت خانواده می‌توان به بهبود برآیندهای مورد انتظار بیمار، کاهش استرس و اضطراب بیمار، کاهش وقوع دلیریوم، کاهش دوران اقامت بیمار و در نهایت افزایش رضایت‌مندی بیماران اشاره کرد [۱۹] تقویت نقش خانواده از همان ابتدای تدوین برنامه‌های آموزشی می‌تواند به صورت مشارکتی اجرا شود. در این زمینه برای مثال کریستینا آگار(Christina) ابزاری جهت پیشگیری، شناسایی و مدیریت سالمندان بستری در معرض خطر دلیریوم در بیمارستان ارایه داده است که علاوه بر شرکت دادن اعضای خانواده در روند درمان مسببات کاهش بار مراقبین و همچنین بهبود رضایت آنها را به دنبال داشته است [۳۶].

تفاوت‌های موجود در میزان رضایت‌مندی و مشارکت در کشورهای مختلف به طور نمایان منبعث از تفاوت در بسترهای فرهنگی، جمعیت‌های قومی گوناگون مورد پژوهش، سیستم‌های مدیریتی، امکانات و سیاست‌های مختلف آنها است. برای مثال قوانین انعطاف‌پذیرتر ملاقات در برخی کشورها امکان مشارکت بیش‌تری را برای اعضای خانواده فراهم می‌آورد [۳۲] و این موضوع به نوبه خود بسترساز افزایش پتانسیل بالقوه‌ی رضایت‌مندی اعضای خانواده خواهد بود. اگرچه سطح کلی رضایت‌مندی و مشارکت در این مطالعه درصد قابل قبولی است، اما هم‌چنان کاستی‌هایی برای بهبود در زمینه‌های مختلف مشهود است. بی‌شک تلاش و کوشش در جهت به حداقل رساندن این کاستی‌ها افزایش بیش‌تر رضایت خانواده را به دنبال خواهد داشت. از جمله اقدامات مؤثر در این حوزه: ارایه آموزش‌های حرفه‌ای‌تر به پزشکان و پرستاران، تقویت زمینه‌های مشارکتی اعضای خانواده در تصمیم‌گیری‌ها، اطلاع‌رسانی به موقع و صحیح به اعضای خانواده، بهبود شرایط محیطی اتاق انتظار، امکان ملاقات با بیمار به تناوب بیش‌تر، دخیل کردن افراد در مراقبت بسته به نیازهای گوناگون و خاص هر بیمار و ارزیابی دوره‌ای رضایت خانواده را می‌توان برشمرد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه کوچک اشاره کرد که می‌تواند بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، رابطه‌ای مستقیم و معنادار بین رضایت‌مندی اعضای خانواده و میزان مشارکت آنها در مراقبت از بیمار مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که افزایش مشارکت با افزایش رضایت‌مندی همراه است. بیشترین رضایت‌مندی به حیطه مراقبت اختصاص داشت در حالی‌که کمترین میزان رضایت مربوط به مشارکت در تصمیم‌گیری بود.

همچنین، اگرچه نمره مشارکت اعضای خانواده بالاتر از حد میانه ارزیابی شد، پایین بودن میزان رضایت آنها از مشارکت در تصمیم‌گیری حائز اهمیت است. بر این اساس، توصیه می‌شود مداخلات مناسبی برای ارتقاء مشارکت خانواده‌ها در تصمیم‌گیری‌های درمانی طراحی و اجرا شود تا کیفیت خدمات مراقبتی بهبود یابد. همچنین، اتخاذ سیاست‌های حمایتی از سوی مدیران نظام سلامت می‌تواند زمینه‌ساز مشارکت مؤثرتر خانواده‌ها از طریق پرستاران باشد. خانواده‌یِ بیمار پس از خودِ بیمار اولین قشر متأثر از مشکلات و معضلات بیمار و بیماری است.

فراهم کردن شرایط برای دیده شدن نظرات و حضور فعال خانواده در کنار بیمار، موجب کاهش آلام و افزایش رضایت بیمار، خانواده و کادر درمان خواهد شد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، نقش مداخلات آموزشی در افزایش مشارکت خانواده‌ها در تصمیم‌گیری‌های درمانی بررسی شده و نیز تأثیر عوامل فرهنگی و زمینه‌های اجتماعی بر رضایت‌مندی و مشارکت مورد ارزیابی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه مقطع ارشد پرستاری، گرایش داخلی- جراحی با کد اخلاق (IR.MUK.REC.1402.215)

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

است. به این وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگان و همه کسانی که به هر نحوی ما را در اجرای پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را اعلام می‌نماییم.

تعارض منافع: در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان بیان نشده است.

منابع

1. Haave RO, Bakke HH, Schröder A. Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. BMC emergency medicine. 2021;21:1-12. doi. 10.1186/s12873-021-00412-8
2. Radfar M, Khalkhali H. The effect of family involvement on cognitive status and severity of delirium in icu patients: an interventional study. Nursing And Midwifery Journal. 2021;19(8):599-609. doi. 10.52547/unmf.19.8.599[Persian]
3. Medicine socc. critical care statistics [updated 2024. Available from: https://www.sccm.org/Communications/Critical-Care-Statistics.
4. Khabar online. january 2019 [Available from: www.khabaronline.ir/news/1220990/.
5. Saeid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family intensive care unit syndrome: an integrative review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020;25(5):361-8. doi. 10.4103/ijnmr.ijnmr_243_19
6. Naef R, Brysiewicz P, Mc Andrew NS, Beierwaltes P, Chiang V, Clisbee D, et al. Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. Intensive and Critical Care Nursing. 2021;66:103081. doi. 10.1016/j.iccn.2021.103081
7. Goldfarb M, Debigaré S, Foster N, Soboleva N, Desrochers F, Craigie L, et al. Development of a family engagement measure for the intensive care unit. CJC open. 2022;4(11):1006-11. doi. 10.1016/j.cjco.2022.07.015
8. Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Patient preference and adherence. 2019:465-73. doi. 10.2147/ppa.s197769
9. Sabzalizadeh S, Peyrovi H, Haghani S, Bozorgzad P, Ehsani M. Family Satisfaction of Patients Hospitalized in Intensive Care Units of Selected Educational-Medical Centers of Iran University of Medical Sciences, 2019. Journal of Critical Care Nursing. 2021;14(1):8-16. jccnursing.com/article-1-527-en.pdf [Persian]
10. JanardhanIyengar SM, Srinivasan R, Venkateshmurthy BM, Katari Y, Hiremathada S. Family Satisfaction in a Medical College Multidisciplinary Intensive Care Unit (ICU)-How Can We Improve? Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine. 2019;23(2):83. doi. 10.5005/jp-journals-10071-23122
11. Dolatyari A, Zareiyan A, Tadrisi SD. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study in selected military hospitals. Military Caring Sciences. 2014;1(1):18-26. doi. 10.18869/acadpub.mcs.1.1.18 [Persian]
12. Biranvand H, Birjandi M, Heydari H. Effect of family-centered interventions on self-efficacy of family of patients with low consciousness admitted the intensive care units: A randomized controlled trial. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2023;33(1):69-77. doi. 10.32598/jhnm.33.1.2401
13. Jensen HI, Gerritsen RT, Koopmans M, Downey L, Engelberg RA, Curtis JR, et al. Satisfaction with quality of ICU care for patients and families: the euroQ2 project. Critical Care. 2017;21:1-10. doi. 10.1186/s13054-017-1826-7
14. Lamiani G, Ciconali M, Argentero P, Vegni E. Clinicians' moral distress and family satisfaction in the intensive care unit. Journal of health psychology. 2020;25(12):1894-904. doi. 10.1177/1359105318781935
15. Hayatinia A, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A. Translation and initial validation n of the Persian version of the Family Satisfaction in the Intensive Care Units (FS-ICU-24). Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2021;20(4). doi. 10.52547/payesh.20.4.461 [Persian]
16. Price AM, McAndrew NS, Thaqi Q, Kirk M, Brysiewicz P, Eggenberger S, et al. Factors influencing critical care nurses' family engagement practices: An international perspective. Nursing in critical care. 2023;28(6):1031-44. doi. 10.1111/nicc.12824
17. Sadeghi Z, Payami M, MoosaviNasab SN. Effect of family participation in ICU patients care on family's anxiety level. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal. 2013;2(2):10-7. www.researchgate.net/publication/329091168 [Persian]
18. Goldfarb M, Bibas L, Burns K. Patient and family engagement in care in the cardiac intensive care unit. Canadian Journal of Cardiology. 2020;36(7):1032-40. doi. 10.1016/j.cjca.2020.03.037
19. Abd El Wareth MS, Elcokany NM. Perception of ICU Nurses toward Family Engagement in Patients' Care. Perception of ICU Nurses toward Family Engagement in Patients' Care.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]

2019;6(2):1099-110. www.researchgate.net/publication/334414287_
20. Coombs M, Statton S, Endacott C, Endacott R. Factors influencing family member perspectives on safety in the intensive care unit: a systematic review. International Journal for Quality in Health Care. 2020;32(9):625-38. doi. 10.1093/intqhc/mzaa106
21. Xyrichis A, Fletcher S, Philippou J, Brearley S, Terblanche M, Rafferty AM. Interventions to promote family member involvement in adult critical care settings: a systematic review. BMJ open. 2021;11(4):e042556. doi. 10.1136/bmjopen-2020-042556
22. Min J, Kim Y, Lee J-K, Lee H, Lee J, Kim KS, et al. Survey of family satisfaction with intensive care units: a prospective multicenter study. Medicine. 2018;97(32):e11809. doi. 10.1097/md.0000000000011809
23. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. Critical care medicine. 2002;30(7):1413-8. doi. 10.1097/00003246-200207000-00002
24. Sara Neichi SV, Bijan Nouri, Salam Vatandost Psychometric properties of Persian version of patient family engagement in intensive care units Journal of Nursing Reports in Clinical Practice. 2025;3(6). doi.10.32598/JNRCP.2502.1225
25. Bharadwaj S, Rao GU, Hegde A, Chakrabarti D. Survey of family satisfaction with patient care and decision making in neuro-intensive care unit-a prospective single center cross sectional study from an Indian Institute of Neurosciences. Neurology India. 2022;70(1):135-47. doi. 10.4103/0028-3886.338671
26. Hamed KA, Buzaid F, AlHafi M, Alkhan JA, Ghaffar KA. A cross-sectional study assessing family satisfaction in the intensive care environment in Bahrain: opportunities for improvement. F1000Research. 2023;12:325. doi. 10.12688/f1000research.128264.1
27. McLennan M, Aggar C. Family satisfaction with care in the intensive care unit: A regional Australian perspective. Australian Critical Care. 2020;33(6):518-25. doi. 10.1016/j.aucc.2020.01.003
28. Soleimani M, Fakhr- Movahedi A, Yarahmadi S. Family engagement in the care of infectious patients in intensive care units: A hybrid concept analysis. Nursing open. 2024;11(3):e2117. doi. 10.1002/nop2.2117
29. Hetland B, McAndrew N, Perazzo J, Hickman R. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. Intensive and Critical Care Nursing. 2018;44:67-75. doi. 10.1016/j.iccn. 2017. 08. 008
30. Hallot S, Debay V, Debigaré S, Foster N, Soboleva N, Burns KE, et al. Validation of an instrument to measure family engagement in acute cardiac care. CJC open. 2023;5(3):208-14. doi. 10.1016/j.cjco.2022.11.021
31. Wong P, Redley B, Digby R, Correya A, Bucknall T. Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study. Australian Critical Care. 2020;33(4):317-25. doi. 10.1016/j.aucc.2019.06.002
32. Koohi M, Bagheri-Nesami M, Esmaeili R, Mousavinasab N, Hosseini H. Effect of family participation in primary care provision to reduce pain anxiety among burn ICU patients. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2017;26(146):88-99. [Persian]
33. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of patient-and family-centered care interventions in the ICU: a systematic review and meta-analysis. Critical care medicine. 2017;45(10):1751-61. doi. 10.1097/ccm.0000000000002624
34. Woldring JM, Luttik ML, Paans W, Gans RO. The added value of family-centered rounds in the hospital setting: A systematic review of systematic reviews. PLoS One. 2023;18(1):e0280142. doi. 10.1371/journal.pone.0280142
35. Atri V, Bhatt MT, Chaudhuri S, Mitra A, Maddani SS, Ravindranath S. Family's Perceived Needs and Satisfaction with Intensive Care Services: A Questionnaire-based Prospective Observational Study. Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine. 2024;28(5):483. doi. 10.5005/jp-journals-10071-24621
36. Aggar C, Craswell A, Bail K, Compton RM, Hughes M, Sorwar G, et al. A Toolkit for Delirium Identification and Promoting Partnerships Between Carers and Nurses: A Pilot Pre-Post Feasibility Study. Journal of General Internal Medicine. 2024:1-8. doi. 10.1007/s11606-024-08734-6

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-23]

[DOI: 10.30491/JCC.17.4.47]