J Crit Care Nurs. 2019 July;12(2)

Published online 2019

Research Article

Family Intensive Care Unit Syndrome (FICUS): letters to the editor

Yaser Saeid[1], Mohammad Mahdi Salaree[2], Abbas Ebadi[2], Seyed Tayeb Moradian*[3]

[1] *Students' Research Committee and Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[2] *Behavioral Sciences Research Center and Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

[3] *Atherosclerosis Research Center and Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

**Corresponding author: Seyed Tayeb Moradian, Behavioral Sciences Research Center. Life style institute, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
***E-Mail**: t.moradyan@yahoo.com*

Honorable editor

The process of patient admission to Intensive Care Unit is a potentially stressful reality and event; a situation in which pain and physical disorders induced by illness are associated with secondary emotional fluctuations in fear of diagnostic-therapeutic measures, sleep deprivation, and inactivity [1]. On the other hand, the patient's separation from his/her relatives, which occurs at the time of admission to the ICU, exacerbates his or her pain. For this reason, experts believe that in addition to receiving care from the treatment team, ICU patient needs the reassurance, comfort and support that only family and relatives can provide [2]. Accordingly, patients are not considered just as patients, but also as cares and partners of the treatment team, especially at the time of decision making. Therefore, the shift towards a family-centered care reflects the change in the nature of traditional roles and as one of the crucial components in enhancing quality of care and optimizing outcomes of the ICU [3].

That's while, following the patient's admission to the care unit, other family members may experience several psychological disorders as Family Intensive Care Unit Syndrome because of the complex nature of the ICU, the suddenness of the hospitalization process, and the lack of familiarity with the care and treatment process [4]. This syndrome includes the incidence of disorders and illnesses among family members of patients with acute critical illness admitted to critical illnesses requiring long-term hospital care that can lead to multiple psychological, physical, social, and even spiritual symptoms [5].

In addition to threatening family health, these disorders are also important from other perspectives, including the transmission of anxiety to the patient and others, reduced distrust of the medical team, rejection of treatments, anger, complaints, and conflict [6]. While, attending to and providing the basic needs of families will result in reduced anxiety and increased trust in the medical team and improved quality of services provided to patients and families and subsequently their increased satisfaction. Therefore, when a person is admitted to the ICU, caring for the family is just as important. Because patient family members have an important role to play in providing basic information for nursing care preparation and patient support, so they should be considered as an important and significant group for the patient [7]. On the other hand, sometimes following the recovery and transfer of the patient from the ICU, many of these patients still need continued home care that requires family involvement and contribution, so the process will be successful if family members are healthy enough to do tasks as a caring role.

Therefore, health care professionals should organize the effects of the patient's Family Care Unit Syndrome in families, since the care environment is not possible without considering the role of families [8]. However, despite the importance of family in the care and treatment system, and in particular in the ICU, unfortunately, currently health care systems do not have sufficient preventive programs to prevent family-threatening disorders and adverse psychological outcomes in family members of patients.

This issue is of particular importance in the nursing profession's view because nurses in the ICU are more involved in the patient care process than in other members of the healthcare team and are more responsive and sensible in relation to the needs of families. On the other hand, if the goal is to provide comprehensive and high-quality care, nurses in the ICU should pay special attention to the patients' families in addition to the patients' mental and social needs [9]. On the other hand, caring for families is one of the most skilled nursing interventions to ensure that families are able to understand and deal with their loved one's admission in ICU, so that nurses working in the ICU, by providing such interventions, play an important role in developing relationships with family members to lessen their experience with fear and anxiety [10].

Therefore, family care of patients admitted to ICUs should be seen alongside patient care and treatment. Achieving this goal requires specialized programs to ensure their health, including giving proper awareness and training of treatment staff, purposeful and principled participation of family members in the process of care and treatment, specialized evaluation of the FICUS and appropriately holding of empowerment workshops for family members.

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 2026-10-14]

مجله پرستاری مراقبت های ویژه
دوره۱۲،شماره ۲، ۱۳۹۸
صفحات: ۳-۱

سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه: نامه به سر دبیر

یاسر سعید[۱] ، محمد مهدی سالاری[۲] ، عباس عبادی[۳] ، سید طیب مرادیان[۴*]

[۱] کمیته تحقیقات دانشجویی و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات علوم رفتاری و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۳] مرکز تحقیقات آترواسکلروز و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

سر دبیر محترم

فرایند بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، واقعیت و رخدادی بالقوه اضطراب آور است، موقعیتی که درد و اختلالات جسمی ناشی از بیماری با نوسانات عاطفی ثانویه به ترس از اقدامات تشخیصی- درمانی، محرومیت ازخواب و بی‌حرکتی همراه می‌شود [۱]. از طرفی جدایی بیمار از بستگانش که در زمان پذیرش در بخش مراقبت ویژه اتفاق می‌افتد، رنج و درد وی را تشدید می‌کند. به همین دلیل صاحب-نظران بر این باورند که بیمار بخش مراقبت های ویژه علاوه بر دریافت مراقبت از جانب تیم درمان، نیازمند اطمینان خاطر، آرامش و حمایتی است که صرفا خانواده و نزدیکان می‌توانند به وی اعطا کنند [۲]. بر این اساس خانواده ها بیماران تنها به عنوان ملاقات کننده محسوب نشده، بلکه به عنوان مراقبت دهنده و شرکای تیم درمان به خصوص در زمان تصمیم گیری می باشند. بنابراین حرکت به سوی مراقبت خانواده محور عنوان کننده تغییر در ماهیت نقش های سنتی و به عنوان یکی از اجزای حیاتی در افزایش کیفیت مراقبت و بهینه سازی پیامدهای بخش مراقبت ویژه می باشد [۳].

این در حالی است که به دنبال بستری شدن بیمار در بخش مراقبت، سایر اعضای خانواده با توجه به ماهیت پیچیده بخش مراقبت ویژه، ناگهانی بودن فرایند بستری و عدم آشنایی با فرایند مراقبت و درمان ممکن است اختلالات روانشناختی متعددی تحت عنوان سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه را تجربه کنند [۴]. این سندرم شامل بروز اختلالت و ناخوشی ها در میان اعضای خانواده بیماران مبتلا به بیماری بحرانی حاد بستری در بیماری های بحرانی مزمن نیازمند مراقبت طولانی مدت بیمارستانی می باشد که می تواند نشانگان متعدد روانی، جسمی، اجتماعی و حتی معنوی به دنبال داشته باشد [۵].

بروز این اختلالات علاوه بر تهدید سلامتی خانواده، از جهات دیگر از جمله انتقال اضطراب به بیمار و سایرین، کاهش بی اعتمادی به تیم درمانی، عدم پذیرش درمان ها، خشم، شکایت و درگیری نیز حائز اهمیت می باشد [۶]. در حالی که در مقابل، توجه و تأمین نیازهای اساسی خانواده ها، کاهش اضطراب و افزایش حس اعتماد به تیم درمانی و به تناسب بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار و خانواده ها و متعاقباً افزایش رضایتمندی آنان را به دنبال خواهد داشت. از این رو هنگامی که یک فرد در بخش مراقبت ویژه بستری می شود، مراقبت از خانواده اش به همان اندازه مهم است. زیرا اعضای خانواده بیمار نقش مهمی در ارائه اطلاعات اولیه برای آمادگی برنامه پرستاری و مراقبت و حمایت از بیمار دارند، لذا بایستی به عنوان یک گروه قابل توجه و مهم برای بیمار در نظر گرفته شوند [۷]. از طرفی گاها به دنبال بهبودی و انتقال بیمار از بخش مراقبت ویژه، تعداد زیادی از این بیماران همچنان نیاز به تداوم مراقبت در منزل دارند که درگیری و مشارکت اعضای خانواده را می طلبد، لذا این فرایند در صورتی موفق خواهد بود که اعضای خانواده از سلامت کافی برای انجام وظیفه در نقش مراقبت برخوردار باشند.

بنابراین متخصصین مراقبت سلامت بایستی اثرات سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت را در خانواده ها سازماندهی کنند چرا که محیط مراقبت بدون در نظر گرفتن نقش خانواده ها امکان پذیر نمی باشد [۸]. این در حالی است که متاسفانه علی رغم اهمیت جایگاه خانواده در سیستم مراقبت و درمان و بخصوص در بخش مراقبت ویژه، سیستم های مراقبت های بهداشتی در حال حاضر برای جلوگیری از اختلالات تهدید کننده خانواده و نتایج روانی ناخوشایند در اعضای خانواده بیماران برنامه پیشگیری کننده کافی ندارند.

این موضوع در دیدگاه حرفه پرستاری از اهمیت خاص و بیشتری برخوردار است زیرا پرستاران بخش مراقبت ویژه به نسبت سایر اعضای تیم درمانی، از نظر زمانی درگیری بیشتری را در فرایند مراقبت از بیمار داشته و به نسبت ارتباط آنها با خانواده ها محسوس تر و پاسخگویی بیشتری به نیازهای خانواده ها دارند. از طرفی اگر هدف ارائه مراقبت کیفی و جامع باشد بایستی پرستاران بخش های مراقبت

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]

ویژه علاوه بر بیماران، به خانواده بیماران نیز از نظر نیازهای روانی و اجتماعی توجه ویژه داشته باشند [۹]. از طرفی مراقبت از خانواده ها یکی از مداخلات بامهارت پرستاری برای اطمینان از توانایی خانواده ها در جهت درک و برخورد با پذیرش شخص مورد علاقه خود در بخش مراقبت های ویژه می باشد، به طوری که پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه با ارائه چنین مداخلاتی، نقش مهمی در توسعه روابط با اعضای خانواده دارند تا تجربه خود را با ترس و دلهره کمتر جلوه دهند [۱۰].

لذا مراقبت از خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه باید در کنار مراقبت و درمان از بیمار دیده شود. برای دستیابی به این هدف نیاز به برنامه های تخصصی در جهت تامین سلامت آنها، اعم از آگاه سازی و آموزش مناسب کادر درمان، مشارکت هدفمند و اصولی اعضای خانوده در فرایند مراقبت و درمان، ارزیابی تخصصی سندرم خانواده بیمار بخش مراقبت ویژه و به تناسب برگزاری کارگاه های توانمندسازی برای اعضای خانواده می باشد.

منابع

1. Fumagalli S, Boncinelli L, Nostro AL, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. Circulation. 2006;113(7):946-52.
2. Petterson M. Process helped gain acceptance for open visitation hours. Critical care nurse. 2005;25(1):72-0.
3. Hartog C, Bodechtel U. Family-centered care in the ICU. Deutsche medizinische Wochenschrift (1946). 2018;143(1):15-20.
4. 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. Critical Care. 2015;20(1):16.
5. Netzer G, Sullivan DR. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. Annals of the American Thoracic Society. 2014;11(3):435-41.
6. Leske JS. Interventions to decrease family anxiety. Critical care nurse. 2002;22(6):61-5.
7. Lewis SM. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems: Mosby Elsevier; 2007.
8. Aravagiri A, Bhatti W, Okereke J, Verceles AC. Identifying, Analyzing, and Combating Family Intensive Care Unit Syndrome in Long-Term Acute Care Hospitals. Families in the Intensive Care Unit: Springer; 2018. p. 161-77.
9. Van Horn ER, Kautz D. Promotion of family integrity in the acute care setting: a review of the literature. Dimensions of Critical Care Nursing. 2007;26(3):101-7.
10. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phemenological study. Intensive and Critical Care Nursing. 2010;26(5):254-61.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-14]