J Crit Care Nurs. 2024 June;16(4):51-61

10.30491/JCC.16.4.51 **Research Article**

The Association between the Needs and Resilience of Family Members of Patients in Intensive Care Units in Hospitals Affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study

Sakineh Mirahmadi[1], Fatemeh Hajibabaee[2], Shahram Etemadi far[3], Maryam Esmaeili[4*]

[1] Department of Critical Care, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Department of Nursing Management, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] School of Nursing & Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
[4] Department of Critical Care Nursing, School of Nursing & Midwifery, Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Maryam Esmaeili, Department of Critical Care, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: esmaeiliem@yahoo.com

How to Cite: Mirahmadi S, Hajibabaee F, Etemadi far Sh, Esmaeili M. The Association between the Needs and Resilience of Family Members of Patients in Intensive Care Units in Hospitals Affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. J Crit Care Nurs. 2024;16(4):51-60. doi: 10.30491/JCC.16.4.51

Received: 6 March 2024 **Accepted:** 17 April 2024 **Online Published:** 20 April 2024

Abstract

Background & aim: It is essential to provide family-centered care and pay attention to the families of critically ill patients. Consequently, the present study determined the relationship between the needs and resilience of family members of patients hospitalized in Intensive Care Units (ICUs) of hospitals affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences in 2021.

Methods: The present cross-sectional, descriptive-correlational study, was conducted in order to investigate the relationship between the needs and resilience of families of critically ill patients. The study population included the family members of all patients hospitalized in the ICUs of hospitals affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences in 2021, who were selected by available sampling. For this purpose, 149 family members were selected and answered the demographic questionnaire, the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI).

Results: Based on the findings, the average score of family needs was 143.14 ± 21.75, which showed a high level of needs. The highest need of family members was related to the dimension of assurance and information and the lowest need was related to the dimension of support. The mean resilience score was 70.04 ± 16.89, which shows that the family members had acceptable resilience. According to the adjusted resilience score of family members, the highest score was related to the dimension of spirituality and the lowest score was related to the dimension of control. There was a direct and significant relationship ($P<0.05$) between resilience and all the dimensions of family needs.

Conclusion: Improving nurses' knowledge and awareness of the needs, mental health status and resilience of family members in ICUs can lead to improved resilience and reduction of negative psychological consequences of family members during hospitalization and even after discharge by adopting solutions to meet these needs, as well as implementing training programs. Supporting the family is essential to identify and understand the importance and priority of their needs to meet these needs properly and to pay attention to the mental health and resilience of families.

Keywords: Intensive Care Unit, Family, Resilience, Need.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

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

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۶، شماره ٤، زمستان ۱۴۰۲
10.30491/JCC.16.4.51

بررسی ارتباط بین نیازها و تاب‌آوری اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه مقطعی

سکینه میراحمدی[۱]، فاطمه حاج بابایی[۲]، شهرام اعتمادی‌فر[۳]، مریم اسماعیلی[٤*]

[۱] گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۲] گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۳] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران
[۴] مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** مریم اسماعیلی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: esmaeiliem@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۶ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۱/۲۹ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۳/۰۲/۰۱

چکیده

زمینه و هدف: ارائه مراقبت خانواده محور و توجه به خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه یکی از ضرورت‌های بخش مراقبت ویژه است. از طرفی تاب‌آوری به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت روان است که توانایی فرد را برای سازگاری مثبت در وضعیت‌های استرس زا افزایش می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین نیازها و تاب‌آوری اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی، توصیفی همبستگی است که در سال ۱۴۰۰ در شهر شهرکرد، ایران انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بود. تعداد ۱۴۹ نفر از پرستاران به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های دموگرافیک، تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه استفاده شد

نتایج: بر اساس یافته‌های این مطالعه، میانگین نمره نیازهای خانواده ۱۴۳/۱۴ با انحراف معیار ۲۱/۷۵ بود که سطح بالایی از نیازها را نشان داد. بیشترین نیاز اعضاء خانواده مربوط به بعد اطمینان و اطلاعات و کمترین نیاز مربوط به بعد حمایت بود. میانگین نمره تاب‌آوری ۷۰/۰۴ با انحراف معیار ۱۶/۸۹ بود که نشان می‌دهد اعضاء خانواده از تاب‌آوری قابل قبولی برخوردار بودند. با توجه به نمره تعدیل شده در بررسی نمره تاب‌آوری اعضا خانواده بیشترین نمره مربوط به بعد معنویت و کمترین نمره مربوط به بعد کنترل بود. بین تاب‌آوری با همه ابعاد نیازهای خانواده، ارتباط مستقیم و معنی‌داری (P>۰/۰۵) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه افزایش دانش و آگاهی پرستاران نسبت به نیازها، وضعیت سلامت روان و تاب‌آوری اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه می‌تواند با اتخاذ راهکارهایی به رفع این نیازها و نیز با اجرای برنامه‌های آموزشی به بهبود تاب‌آوری و کاهش پیامدهای روانی منفی اعضای خانواده در زمان بستری و حتی بعد از ترخیص منتهی شود. حمایت از خانواده برای شناسایی و درک اهمیت و اولویت نیازهای آنان و برآورده ساختن مناسب این نیازها و توجه به وضعیت سلامت روان و تاب‌آوری خانواده‌ها امری ضروری است.

کلیدواژه‌ها: مراقبت ویژه، خانواده، تاب‌آوری، نیاز

مقدمه

ابتلا به بیماری‌های تهدیدکننده حیات و متعاقب آن بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه (Intensive Care Unit) اغلب به صورت غیرمنتظره و بدون هشدار قبلی رخ می‌دهد و بیمار و خانواده زمان زیادی برای آماده شدن جهت مواجهه با آن ندارند[۱]. خانواده‌ها باید با این واقعیت سخت روبرو شوند که با محیط جدید، پیامدهای ناشناخته و یا حتی مرگ بیمارشان مواجه خواهند شد[۲]. به طور نسبی، سالانه پنج میلیون بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه بستری می‌شوند[۳]. عوامل مختلفی همچون وضعیت وخیم بیمار، استفاده از ونتیلاتور، سداتیوها (Sedative Drugs)، دلیریوم (Delirium)، کما و مواردی از این قبیل منجر شده است که تقریباً سه چهارم از بیماران بستری

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]
[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

در ICU امکان مشارکت در تصمیمات درمانی خود را نداشته باشند[۴]. غالباً اعضای خانواده دانش عمیقی در مورد تاریخچه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی بیمار دارند و امکان تعامل مؤثرتر با بیمار را برای پرسنل درمانی فراهم می‌کنند[۵]. بنابراین پزشکان و پرستاران باید برای تصمیم‌گیری در مورد انجام روش‌های درمانی به اعضاء خانواده آنها تکیه کنند که این خود بر سنگینی فشار تحمیل شده بر اعضاء خانواده و نیازهای عاطفی آنها می‌افزاید[۴].

بخش ICU یکی از پر استرس‌ترین مکان‌ها در بیمارستان محسوب می‌شود. آمارها نشان می‌دهند به طور متوسط از هر پنج بیمار بستری در ICU یک نفر درحین بستری و یا زمان کمی بعد از ترخیص از ICU دچار مرگ می‌شود[۶]. این میزان بالای مرگ و میر همراه با شرایط استرس‌زای مربوط به بخش‌های مراقبت ویژه، مثل تجهیزات فنی و پزشکی پیشرفته، مانیتورینگ دائم بیماران، آلارم دستگاه‌ها و سایر موارد این‌چنینی باعث می‌شود که هر یک از اعضاء خانواده بیمار تحت تأثیر تجربه مراقبت ویژه قرار بگیرند.

لذا برخی اعتقاد دارند که خانواده‌ها رنج و سختی بیشتری نسبت به بیمارشان تجربه می‌نمایند، زیرا بیمار ممکن است از موقعیت و شرایط عاطفی خود به علت وضعیت خاص درمانی آگاه نباشد[۷]. این عوامل استرس‌زا و تعامل خانواده بیماران در جهت غلبه یا تطابق با شرایط استرس‌آمیز و بحرانی، باعث ایجاد نیازهای روانی اجتماعی انبوه و جدیدی می‌شود که خانواده را مستعد آسیب‌پذیری می‌کند[۸].

مطالعات نشان داده‌اند که اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت‌های ویژه نیاز به اطلاعات، اطمینان، حمایت، آسایش و مجاورت با بیمارشان دارند[۹–۱۱]. از این بین، اکثر مطالعات نیاز به اطلاعات و اطمینان را به عنوان مهمترین نیازهای روانی–اجتماعی خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه گزارش کرده‌اند[۱, ۱۱–۱۵].

یکی از عوامل تعدیل‌کننده و مؤثر بر میزان آسیب روحی و بحران عاطفی ایجاد شده در اعضای خانواده، وضعیت سلامت روان و قدرت سازگاری آنها با شرایط پیش آمده است[۲]. در این بین یکی از مؤلفه‌های سلامت روان، مفهوم تاب‌آوری است. تاب‌آوری روانشناختی یک ساختار پیچیده است که توانایی فرد را برای سازگاری مثبت با وضعیت استرس زا یا آسیب‌زا توصیف می‌کند[۴] و به این مسئله می‌پردازد که فرد علیرغم قرارگرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر، می‌تواند بر مشکلات غلبه کرده و عملکرد اجتماعی خود را بهبود ببخشد[۱۶].

نتایج مطالعات زیادی تعریف اخیر را تأیید کرده‌اند که تاب‌آوری یک فرایند پویا است که می‌تواند رشد کند و یا کاهش یابد و تجربیات زندگی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۱۷].

افراد تاب‌آور سریع‌تر با شرایط انطباق پیدا می‌کنند، توانایی برنامه‌ریزی برای اهداف بلند مدت را دارند، از آسیب سریع‌تر بهبود می‌یابند و در مواجهه با آن کمتر مضطرب و پریشان می‌شوند[۱۸]. در مقابل، افراد با تاب‌آوری پایین در شرایط استرس‌زا به شیوه انعطاف‌ناپذیر و خشک عمل می‌کنند که منجر به رفتار ناسازگارانه می‌شود و به هنگام مواجهه با مشکلات، مدت زمان بیشتری از استرس رنج می‌برند[۱۹]. تاب‌آوری خانواده به عنوان پایه‌ای در مواجه با بحران‌ها و چالش‌های مداوم خانواده است و تمام خانواده و روابط اعضاء را تحت تأثیر قرار می‌دهد[۱۷].

مفهوم تاب‌آوری در اعضاء خانواده بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی اولین بار در سال ۱۹۹۱ مورد توجه قرار گرفت[۲۰] و بعد از آن مطالعاتی در خصوص بررسی تاب‌آوری در اعضاء خانواده بیماران مبتلا به ایدز، دمانس، آلزایمر، سرطان، بیماران نیازمند مراقبت‌های تسکینی و مواردی از این قبیل انجام شد[۴].

در ایران نیز کریمی‌راد و همکاران در سال۱۳۹۷ به بررسی تاب‌آوری در مراقبین خانوادگی مبتلایان به اختلالات روانی پرداختند و نشان دادند که میانگین تاب‌آوری مراقبین مبتلا به اختلالات روانی مشابه گروه‌های عادی جمعیت یا حتی بالاتر از جمعیت عادی است[۲۱].

تاب‌آوری در اعضای خانواده بیماران بستری درICU و ارتباط آن با بار روانی وارد شده بر آنها در سال ۲۰۱۶ توسط Sottile و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که نمره تاب‌آوری بالاتر در اعضای خانواده بیمار، به طور معنی‌داری با بروز کم‌تر علائم اضطراب، افسردگی و استرس حاد در آنها همراه است[۲۲].

در ایران مفهوم تاب‌آوری بیشتر در بیماران بستری مورد بررسی قرار گرفته و بررسی آن در مورد اعضا خانواده بیماران بخش‌های مراقبت ویژه که تنش و بار روانی بالایی را تحمل می‌کنند مورد غفلت واقع شده است از طرفی اطلاعات بسیار اندکی در مورد نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه موجود است بررسی متون نشان داد که نقص اطلاعاتی در مورد اهم نیازهای اعضا خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و ارتباط آن با تاب‌آور بودن یا نبودن اعضا مشخص نیست از این رو با توجه به اهمیت ارائه مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه و ضرورت توجه به وضعیت سلامت روان اعضاء خانواده بیماران بستری در این بخش‌ها مطالعه حاضر تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی تهران با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، به تعیین ارتباط بین نیازها و تاب‌آوری اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

پزشکی شهرکرد در سال ۱۴۰۰ پرداخته است با امید به این که دانشی را به دانش موجود اضافه کند.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی ارتباطی (همبستگی) است. جامعه آماری این پژوهش اعضای خانواده کلیه بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل یکی از اعضای فعال خانواده در فرایند مراقبت (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزند بیماران) در گروه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال و مسلط به زبان فارسی که به هر علتی بیمار آنها در بخش مراقبت ویژه بستری شده و گذشتن حداقل ۲۴ ساعت از زمان بستری بود. اعضای خانواده‌ای که سابقه بیماری شناخته شده اعصاب و روان بر اساس خودگزارشی داشته، بیمار آنها در حال احتضار باشد و یا تمایل به همکاری و مشارکت در مطالعه نداشتند وارد مطالعه نشدند. معیار خروج از مطالعه ترخیص یا فوت بیمار به هر دلیل در فرایند جمع‌آوری داده‌ها بود.

در این مطالعه جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی پاور G Power ویراست ۱/۳ استفاده شد. حجم نمونه با توجه به طرح مطالعه (همبستگی- ارتباطی) و با در نظر گرفتن آزمون‌های آماری احتمالی جهت آنالیز داده‌ها و بر اساس ضریب همبستگی گزارش شده در مرتبط‌ترین مقاله مشابه (r = ۰/۲۴) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و خطای نوع دوم ۰/۱ (توان ۰/۹) حجم نمونه ۱۴۲ نفر برآورد شد[۲۲]. نمونه‌گیری این پژوهش به روش در دسترس صورت گرفت، به این صورت که محقق بعد از انجام مکاتبات اداری و اخذ مجوزهای لازم و ارائه معرفی‌نامه به مسئولین بخش‌های مراقبت ویژه مربوط به سه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد، بیمارستان هاجر (س) شهرکرد، بیمارستان سیدالشهداء (ع) فارسان و ارائه توضیحات لازم درباره اهداف مطالعه و روش اجرای آن، در ساعات ملاقات و یا خارج از ساعات ملاقات به بخش‌ها مراجعه و با شناسایی عضو اصلی خانواده بیمار و جلب رضایت وی به جمع‌آوری داده‌ها پرداخت. محقق جهت شناسایی عضو فعال خانواده طبق معیارهای ورود از راهنمایی‌های پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه نیز استفاده کرد. پس از معرفی خود به نمونه پژوهش و ارائه اطلاعاتی در مورد اهداف طرح و اخذ رضایت آگاهانه از آنان درخواست شد، پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کنند. در زمان پاسخ‌دهی شرکت‌کنندگان به سؤالات، پژوهشگر در کنار آنان حضور داشت تا به سؤالات احتمالی در مورد پرسشنامه و نحوه تکمیل آن پاسخ دهد. از بین ۱۵۰ پرسشنامه پاسخ داده‌شده توسط شرکت‌کنندگان ۱۴۵ پرسشنامه به طور کامل و صحیح تکمیل شده بودند و وارد مرحله تجزیه و تحلیل شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه و به صورت خودگزارشی بود. بخش اول پرسشنامه شامل فرم مشخصات فردی بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی شامل سؤالاتی در زمینه سن، جنس، نسبت با بیمار، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد افراد خانواده، جنس بیمار، تشخیص بیمار، علت بستری (کرونا یا علت غیر از کرونا) و طول مدت اقامت بیمار در بخش ویژه بود بخش دوم شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بود.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (Connor-Davidson- Resilience Scale) (CD-RISC) یک ابزار ۲۵ سؤالی است که جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است[۲۳] و بر اساس تحلیل عاملی انجام شده دارای پنج زیرمقیاس است؛ عامل اول (۸ سؤال) نشان دهنده مفهوم توانایی‌های فردی، استانداردهای بالا و سرسختی؛ عامل دوم (۷ سؤال) مربوط به اعتماد به غرایز شخصی فرد، تحمل عوامل منفی و قدرت اثرات استرس؛ عامل سوم (۵ سؤال) مربوط به پذیرش مثبت تغییرات و روابط ایمن؛ عامل چهارم مربوط به کنترل (۴ سؤال) و عامل پنجم (۲ سؤال) نشان‌دهنده تأثیر مذهب است که در مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری فرد در این مقیاس صفر، حداکثر نمره وی ۱۰۰و نمره میانگین این مقیاس ۵۲ است و هر چه نمره آزمودنی بالاتر از ۵۲ باشد تاب‌آوری بیشتر و هر چه به صفر نزدیک‌تر شود تاب‌آوری کم‌تر می‌شود[۲۴]. در این مطالعه جهت بررسی پایایی این پرسشنامه از ۲۰ نمونه استفاده شد و میزان آلفای کرونباخ ۹۰ درصد گزارش شد. Molter برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ فهرستی از نیازهای خانواده را ارائه[۲۵] و ۷ سال بعد با همکاری وی اولین پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (Critical Care Family Needs Inventory) (CCFNI) توسط Leske طراحی شد[۲۶]. این پرسشنامه در برگیرنده ۴۵ مورد از نیازهای خانواده بیماران بستری در ICU است که طبق مقیاس لیکرت از (۱) مهم نیست، (۲) کمی مهم است، (۳) مهم است و (۴) بسیار مهم است امتیازبندی می‌شود و در پنج بُعد اطمینان (Assurance)، اطلاعات (Information)، آسایش (Comfort)، مجاورت (Proximity) و حمایت (Support) طبقه‌بندی شده است[۲۷]. بعد حمایت شامل ۱۵ آیتم است که به نیاز خانواده‌ها برای ساختارهای حمایتی در طول بیماری عضوی از خانواده می‌پردازد. بعد آسایش در برگیرنده شش آیتم است که به راحتی شخصی خانواده‌ها می‌پردازد و شامل دسترسی به اتاق انتظار، تلفن، توالت و در دسترس بودن غذای خوب، نیاز خانواده به

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

آسایش و تسکین غم و اندوه است. بعد اطلاعات از هشت آیتم تشکیل شده است که به نیاز خانواده برای کسب اطلاعات در مورد مراقبت از بیمار و تماس با پرسنل می‌پردازد. بعد اطلاعات نشان‌دهنده نیاز خانواده برای کسب اطلاعات واقعی در مورد بیمار بدحال خود است. بُعد مجاورت ۹ آیتم را در مورد ملاقات مکرر، دریافت اطلاعات منظم، ارائه اطلاعات به همراهان بیمار در مورد تغییر شرایط بیمار به صورت تلفنی و برنامه انتقال به سایر بخش‌ها بیان می‌کند که نشان‌دهنده نیاز خانواده برای تماس شخصی و باقی‌ماندن در کنار بیمار بدحال از نظر فیزیکی و عاطفی است. بعد اطمینان شامل هفت آیتم در رابطه با صداقت، رازداری و امید است که نشان‌دهنده نیاز خانواده برای یک نتیجه مطلوب است. حداقل نمره در این مقیاس ۴۵ و حداکثر آن ۱۸۰ است[۲۸]. جهت بررسی پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ مشارکت‌کننده استفاده شد و میزان آلفا ۰/۹۴ گزارش شد. در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی نظیر فراوانی مطلق و نسبی، میانگین، انحراف معیار، از آزمون t مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد. محاسبات آماری مورد نظر برای اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ انجام شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد پژوهش برابر با ۳۹/۱۷ با انحراف معیار ۱۰/۳۴ سال بود. بیشترین فراوانی رده سنی در رده کمتر از ۴۰ سال (۵۴/۵ درصد) بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی در (جدول یک) آورده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه

متغیر	فراوانی (درصد)		متغیر	فراوانی (درصد)	
سن (سال)	<۴۰	۵۴/۵	میزان تحصیلات	زیردیپلم	۲۳/۴
	۴۰-۴۹	۲۹		دیپلم	۲۹/۷
	≤۵۰	۱۶/۵		دانشگاهی	۴۶/۹
علت بستری	کرونا	۴۰	جنس	زن	۵۷/۹
	غیر از کرونا	۶۰		مرد	۴۲/۱
مدت زمان اقامت در ICU (روز)	۱-۳	۴۶/۲	وضعیت تأهل	مجرد	۱۹/۳
	۳-۵	۲۰/۷		متأهل	۷۵/۹
	۵-۷	۹		مطلقه	۳/۴
	>۷	۲۴/۱		بیوه	۱/۴
نسبت با بیمار	پدر	۶/۹	شغل	بیکار	۱۰/۳
	مادر	۸/۳		کارمند	۲۲/۱
	خواهر	۱۰/۳		آزاد	۳۱/۷
	برادر	۶/۹		خانه‌دار	۲۹/۷
	همسر	۱۰/۳		بازنشسته	۶/۲
شرایط بیمار	فرزند	۵۷/۲	تعداد افراد خانواده	۱-۴	۵۴/۱
	هوشیار	۵۶/۶		۵-۹	۴۳/۸
	بیهوش	۴۳/۴		≥۱۰	۲/۱

نتایج مطالعه نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره نیازهای خانواده به ترتیب ۱۴۳/۱۴ و ۲۱/۷۵ بود که سطح بالایی از نیازها را نشان می‌دهد. با توجه به دامنه متفاوت ابعاد از نمره تعدیل شده بر اساس فرمول زیر جهت مشخص کردن بیشترین اهمیت و کمترین اهمیت ابعاد از نقطه نظر خانواده‌ها استفاده شد. نمره تعدیل شده = نمره خام − حداقل نمره ممکن/ حداکثر نمره ممکن − حداقل نمره ممکن ×۱۰۰

با توجه به نمره تعدیل شده بیشترین نیاز اعضا خانواده مربوط به بعد اطمینان و اطلاعات و کمترین نمره مربوط به بعد حمایت بود (جدول دو).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه

نیازهای خانواده و ابعاد آن	میانگین	انحراف معیار	نمره تعدیل شده
اطلاعات (۳۲- ۸)	۲۷/۸۰	۵/۲۴	۸۲/۵
اطمینان (۲۸- ۷)	۲۵/۳۳	۳/۲۸	۸۷/۲
مجاورت و نزدیکی (۳۶- ۹)	۲۹/۹۱	۵/۰۷	۷۷/۴
حمایت (۶۰- ۱۵)	۴۲/۱۸	۹/۱۵	۶۰/۴
راحتی (۲۴- ۶)	۱۷/۹۰	۳/۹۷	۶۶/۱۱
نمره کل نیازهای خانواده (۱۸۰- ۴۵)	۱۴۳/۱۴	۲۱/۷۵	-

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری به ترتیب ۷۰/۰۴ و ۱۶/۸۹ بود که نشان می‌دهد اعضاء خانواده از تاب‌آوری بالایی برخوردار بودند. با توجه به دامنه متفاوت ابعاد از نمره تعدیل شده بر اساس فرمول زیر جهت مشخص کردن بیشترین اهمیت و کمترین اهمیت ابعاد از نقطه نظر خانواده‌ها استفاده شد. با توجه به نمره تعدیل شده بیشترین نمره مربوط به بعد معنویت و کمترین نمره مربوط به بعد کنترل بود (جدول سه).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه

تاب‌آوری و ابعاد آن	میانگین	انحراف معیار	نمره تعدیل شده
تصور از شایستگی فردی (۳۲- ۰)	۲۳/۱۸	۶/۸۱	۷۲/۴۳
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی (۲۸-۰)	۱۷/۷۳	۵/۰۷	۶۳/۳۲
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۲۰- ۰)	۱۴/۱۲	۳/۸۹	۷۰/۶
کنترل (۱۶- ۰)	۸/۶۷	۲/۵۷	۵۴/۱۸
معنویت (۸- ۰)	۶/۳	۱/۹۵	۷۸/۷۵
نمره کل تاب‌آوری (۱۰۰- ۰)	۷۰/۰۴	۱۶/۸۹	-

جهت بررسی ارتباط بین تاب‌آوری و نیازهای خانواده افراد مورد پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده. نتایج در (جدول چهار) نشان داد که بین تاب‌آوری و نیازهای خانواده همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (P = ۰/۰۱۵)، به این معنا که با افزایش تاب‌آوری نیازهای خانواده افزایش می‌یابد. میزان این همبستگی برابر با ۰/۲ و ضعیف بود. نتایج نشان داد بین تاب‌آوری با همه ابعاد نیازهای خانواده همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. بیشترین میزان همبستگی با بعد راحتی (۰/۲۱۶) و کمترین با بعد اطلاعات (۰/۱۶۴) مشاهده شد. یافته‌ها نشان داد بین نیازهای خانواده با همه ابعاد تاب‌آوری به غیر از پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (P = ۰/۱۴۳) همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت، به این معنا که با افزایش تاب‌آوری نیازهای خانواده افزایش می‌یابد. هر چند میزان این همبستگی ضعیف بود اما بیشترین میزان همبستگی با بعد کنترل (۰/۲۶۹) و کمترین با بعد تصور از شایستگی فردی (۰/۱۸۲) بود.

جدول ٤. همبستگی بین نیازها و تاب‌آوری اعضای خانواد بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد سال ۱۴۰۰

نیازهای خانواده / تاب‌آوری	اطلاعات	اطمینان	مجاورت و نزدیکی	حمایت	راحتی	نیازهای خانواده
تصور از شایستگی فردی	r= ۰/۱۱	r= ۰/۱۲	r= -۰/۰۲	r= ۰/۱۴	r= ۰/۲۰	r= ۰/۱۸۲
	P= ۰/۲۰	P= ۰/۱۴	P= ۰/۸۰	P= ۰/۰۷	P= ۰/۰۰	P= ۰/۰۲۸
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	r= ۰/۰۶	r= ۰/۱۵	r= ۰/۰۷۲	r= ۰/۲۰	r= ۰/۱۸	r= ۰/۱۹۲
	P= ۰/۴۲	P= ۰/۰۶	P= ۰/۳۹	P= ۰/۰۴	P= ۰/۰۶	P= ۰/۰۲۰
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	r= ۰/۱۰	r= ۰/۱۲	r= ۰/۰۸۸	r= ۰/۱۲	r= ۰/۱۱	r= ۰/۱۲۲
	P= ۰/۲۰	P= ۰/۱۲	P= ۰/۲۹	P= ۰/۱۴	P= ۰/۱۶	P= ۰/۱۴۳
کنترل	r= ۰/۲۳	r= ۰/۱۹۴	r= ۰/۰۹	r= ۰/۲۳۸	r= ۰/۲۶۰	r= ۰/۲۶۹
	P= ۰/۰۰۴	P= ۰/۰۱	P= ۰/۲۷	P= ۰/۰۰	P= ۰/۰۰	P= ۰/۰۰۱
تأثیرات معنوی	r= ۰/۲۰	r= ۰/۱۳	r= ۰/۱۳	r= ۰/۲۰	r= ۰/۱۴	r= ۰/۲۰۴
	P= ۰/۰۱	P= ۰/۰۹	P= ۰/۱۲	P= ۰/۰۱	P= ۰/۰۹	P= ۰/۰۱۴
تاب‌آوری	r= ۰/۱۶۴	r= ۰/۱۸۶	r= ۰/۱۹۱	r= ۰/۲۰۵	r= ۰/۲۱۶	r= ۰/۲۲۲
	P= ۰/۰۴۹	P= ۰/۰۲۵	P= ۰/۰۲۱	P= ۰/۰۱۴	P= ۰/۰۰۹	P= ۰/۰۱۵

بحث

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین نیازها و تاب‌آوری اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بود. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، به ترتیب نیاز به اطمینان و اطلاعات مهم‌ترین نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بود. این یافته با نتایج مطالعه توصیفی الشراری و همکاران (۲۰۱۹) که در آن به بررسی نیازهای اعضای خانواده بیماران پذیرش شده در بخش مراقبت ویژه پرداختند، هم راستا است و در این مطالعه نیز نیاز به اطمینان بالاترین اهمیت را از نظر خانواده‌ها دارا بود[۲۹]. در بعد اطمینان اعضای خانواده به ترتیب به گویه‌های «مطمئن شوید، بهترین مراقبت ممکن به بیمارتان ارائه می‌شود»، «احساس کنید امیدی هست»، «احساس کنید که پرسنل بیمارستان به بیمارتان توجه می‌کنند» و «به سؤالات شما صادقانه پاسخ داده شود» بیشترین نمره از لحاظ اهمیت را دادند. بسیاری از مطالعات انجام شده در این زمینه نیز نیاز به اطمینان را به عنوان مهم‌ترین بعد نیازهای

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه معرفی کرده‌اند. این یافته با نتایج مطالعه الشراری و همکاران (۲۰۱۹) هم راستا است و بر پایه نتایج این مطالعه نیز نیاز به اطمینان بالاترین اولویت را از نظر خانواده‌ها دارا بود و اعضای خانواده به گویه اطمینان از ارائه بهترین مراقبت به بیمار بیشترین امتیاز را دادند[۲۹]. این نتایج با یافته‌های مطالعه شروفی و همکاران (۲۰۱۶) نیز که به بررسی نیازهای اعضای خانواده بیماران بدحال و تفاوت درک پرستاران و اعضای خانواده از این نیازها پرداخته بودند همخوانی دارد. در مطالعه شروفی گویه‌های «احساس کنید که پرسنل بیمارستان به بیمارتان توجه می‌کنند»، «مطمئن شوید، بهترین مراقبت ممکن به بیمارتان ارائه می‌شود» و«به سؤالات شما صادقانه پاسخ داده شود» بیشترین درجه اهمیت را از دیدگاه اعضای خانواده داشتند[۳۰]. بر اساس یافته‌های مطالعه بندری و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی ۴۵۰ عضو خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در ایران انجام شد، مهم‌ترین نیازهای اعضای خانواده، به ترتیب سه گویه از بعد اطمینان شامل «به سؤالات شما صادقانه پاسخ داده شود»، «مطمئن شوید، بهترین مراقبت ممکن به بیمارتان ارائه می‌شود» و «احساس کنید امیدی هست» بود که مؤید نتایج مطالعه حاضر است[۳۱].

نتایج مطالعات Obringer (۲۰۱۲) [۱۳]، Hinkle (۲۰۱۱) [۳۲] و Gundo (۲۰۱۴) [۳۳] نیز از حیث اعلام نیاز اطمینان از ارائه بهترین مراقبت ممکن از بیمار، پاسخ صادقانه به سؤالات و احساس نمودن اینکه پرسنل بیمارستان به بیمار توجه نشان می‌دهند، به عنوان مهم‌ترین نیازهای خانواده در حیطه اطمینان، مؤید نتایج حاصل از مطالعه حاضر هستند.

این یافته‌ها منعکس‌کننده این واقعیت هستند که مهمترین نیاز خانواده‌ها در بعد اطمینان، صرف نظر از تفاوت‌های موجود در زمینه‌هایی چون مذهب و فرهنگ، «اطمینان از ارائه بهترین مراقبت ممکن برای بیمار» است. با توجه به سیاست‌های محدودیت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه، اعضای خانواده درصدد هستند تا این اطمینان خاطر را درباره وضعیت بیمار از سوی کادر درمان کسب کنند. برطرف کردن نیاز به اطمینان، امید و امنیت و رهایی از شک را در خانواده بیماران ارتقا می‌دهد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه به دنبال بعد نیاز به اطمینان، بعد اطلاعات بیشترین درجه اهمیت را از نظر اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه داشت. این یافته با نتایج حاصل از مطالعه شروفی و همکاران (۲۰۱۶) هم راستا است. در مطالعه شروفی نیز بعد اطلاعات به عنوان دومین نیاز با اهمیت اعضای خانواده شناسایی شد. یکی از وظایف حرفه‌ای پرسنل درمانی رسیدگی به نیاز خانواده‌ها به اطلاعات با ارائه اطلاعات صریح، صحیح و همدلانه به آنها است. خانواده‌ها نیازمند کسب اطلاعات واقعی و کافی درباره وضعیت بیمار هستند بر این اساس خانواده‌ها مدت زمان زیادی را مقابل درب بخش مراقبت ویژه به انتظار می‌نشینند تا اطلاعاتی درباره وضعیت بیمارشان از سوی پزشکان و پرستاران بخش کسب کنند که این می‌تواند تأییدکننده اهمیت بالای نیاز خانواده به اطلاعات باشد[۳۴]. در مطالعه Auerbach و همکاران (۲۰۰۵) نیاز به اطلاعات در مورد شرایط بیمار و اقداماتی که برای وی انجام می‌شود مهم‌ترین نیاز از نظر خانواده‌ها محسوب می‌شد[۳۵]. این گویه که" بتوانید هر روز با پزشک معالج صحبت کنید" بیشترین نمره را در بین تمام گویه‌های پرسشنامه به خود اختصاص داد. این یافته با نتایج حاصل از مطالعه اکبری و همکاران (۲۰۲۰) که به بررسی نیازهای اعضای خانواده دارای کودک بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پرداخته بودند هم راستا است. در این مطالعه نیز در بعد اطلاعات، امکان صحبت روزانه با پزشک معالج بیشترین درجه اهمیت را از دیدگاه اعضای خانواده داشت[۲۷]. در مطالعه الشراری و همکاران (۲۰۱۹) نیز بعد اطلاعات دومین نیاز با اهمیت اعضای خانواده بود اما گویه" بتوانید هر روز با پزشک معالج صحبت کنید" نمره کمتری را نسبت به سایر گویه‌های بعد اطلاعات به خود اختصاص داد. به نظر می‌رسد آموزشی بودن بیمارستان‌هایی که پژوهش حاضر در آنها انجام شده است و تعامل کمتر پزشکان اصلی بیماران با اعضای خانواده آنها به علت داشتن مشغله‌های آموزشی می‌تواند توجیه‌کننده بالاتر بودن احساس نیاز اعضای خانواده به امکان صحبت روزانه با پزشک معالج بیمار باشد. نتایج مطالعه Freitas و همکاران (۲۰۰۷) که در آن به مقایسه تحلیلی نیازهای اعضاء خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در یک بیمارستان عمومی و یک بیمارستان خصوصی پرداخته بودند، نشان داد خانواده بیماران بستری در بیمارستان خصوصی از سطح رضایتمندی بالاتری برخوردار بودند که این مسأله می‌تواند به دلیل تأمین نیازهای اطلاعات آنها بوده باشد[۳۶]. این موضوع اهمیت برنامه‌ریزی مناسب جهت تنظیم زمان‌هایی برای گفتگوی روزانه پزشک معالج با اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه را یادآور می‌شود.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، از نظر اعضای خانواده، بعد حمایت و راحتی نسبت به سایر نیازها از اهمیت کمتری برخوردار است. این نتایج با یافته‌های مطالعه الشراری و شروفی هم راستا است. لازم به ذکر است در این مطالعه اعضای خانواده به گویه" در خصوص کارهایی که لازم است در بالین بیمار انجام دهید راهنمایی شوید" در بعد حمایت نمره بالایی دادند. این یافته با مطالعه بندری و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در مطالعه ذکر شده نیز این گویه بین ده نیاز مهم از دیدگاه اعضای خانواده بود. در واقع این یافته نشانه آن است که خانواده‌ها به حدی درگیر بیماری عضو خانواده هستند، که نیازهای خود را نادیده می‌گیرند

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

و در همه مراحل، به فکر حمایت از بیمار خود و اطمینان از بهبودی وی هستند و نیازهایی را در رده‌های اول اهمیت بیان داشته‌اند که آنها را در مورد بیمارشان مطمئن و به بهبودی او امیدوار سازد[۳۱].

به نظر می‌رسد در چنین شرایط بحرانی خانواده‌ها از بسیاری از نیازهای خود در زمینه حمایت چشم‌پوشی می‌نمایند. مطالعه Yang و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه چنین می‌پنداشتند که درخواست آنها از پرسنل بیمارستان به منظور رفع نیازهای راحتی آنها نامناسب است. البته هرچند خانواده‌ها نیاز خود به حمایت را کم اهمیت عنوان نموده‌اند اما آنها عنوان کردند که حمایت دوستان و بستگان از آنها تسلی‌بخش است. خانواده‌ها در زمان مراقبت از بیمار خود در بخش مراقبت ویژه از نزدیکان خود انتظار دارند که آنها را مورد حمایت عاطفی قرار دهند. این حمایت منجر به افزایش ارتباط، نزدیکی و اعتماد در بین اعضای خانواده خواهد شد[۳۴]. در پژوهش Chatzaki و همکاران (۲۰۱۲)، نیاز به حمایت در بین مهم‌ترین نیازهای اعلام شده از سوی خانواده‌ها مطرح شد[۳۴]. چنین به نظر می‌رسد که شرکت‌کنندگان در پژوهش انتظار بالایی از بیمارستان جهت تأمین امکانات راحتی ندارند و پذیرفته‌اند که خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه مجبور به تحمل برخی از سختی‌ها و مشکلات هستند. همچنین بر طبق پژوهش یانگ (۲۰۰۸) کم اهمیت تلقی شدن نیاز خانواده‌ها به راحتی به این معنی نیست که خانواده‌ها نیاز به حمایت و راحتی ندارند بلکه به این معناست که آنها نیازهای بیماران را مقدم بر نیاز خود می‌دانند[۳۴].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد اعضاء خانواده از تاب‌آوری قابل قبولی برخوردار بودند. بیشترین نمره مربوط به بعد معنویت و کمترین نمره مربوط به بعد کنترل بود. مطالعه‌ای که در ایران جهت بررسی تاب‌آوری در اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شده‌باشد، یافت نشد. اما مطالعاتی، به منظور بررسی تاب‌آوری در مراقبین خانوادگی بیماران کووید-۱۹[۳۷]، مراقبین خانوادگی مبتلایان به اختلالات روانی[۱۷]، مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی[۳۸] و مراقبین سالمندان[۳۹] در جامعه ایران منتشر شده است. یافته‌های حاصل از مطالعه Sottile و همکاران (۲۰۱۶) که در آن به بررسی تاب‌آوری اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه پرداخته بودند، با نتایج مطالعه حاضر هم راستا است و شرکت‌کنندگان میانگین نمره تاب‌آوری بالایی داشتند[۲۲]. این نتایج با یافته‌های مطالعه Komachi و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی ارتباط بین تاب‌آوری، علائم استرس حاد و مشخصات اعضای خانواده بیماران در مراحل اولیه بستری در بخش‌های مراقبت ویژه پرداخته بودند، همسو نبود و در مطالعه Komachi فقط ۱۰/۵ درصد از اعضای خانواده نمره تاب‌آوری بالا داشتند[۴]، که ممکن است به علت حالت‌های مختلف بالینی و شبیه نبودن نمونه‌ها باشد. تاب‌آوری خانواده نتیجه تلاش خانواده برای رسیدن به سطح جدیدی از تعادل و عملکرد در نتیجه موقعیت‌های پر استرس و بحرانی است.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین نیازها و تاب‌آوری خانواده همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت؛ به این معنا که با افزایش تاب‌آوری نیازهای خانواده افزایش می‌یابد. هرچند میزان این همبستگی ضعیف بود، اما بیشترین میزان همبستگی بین نیازهای خانواده با بعد کنترل در ابزار تاب‌آوری اعضای خانواده بود. به این معنا که با افزایش نیازهای خانواده احساس کنترل بر شرایط نیز افزایش می‌یافت. در بررسی متون در دسترس مطالعه‌ای که ارتباط بین دو متغیر تاب‌آوری و نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه را مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد. شاید به نظر، این یافته غیرمنطقی برسد که، اعضای خانواده‌ای که نیازهای بیشتری دارند، تاب‌آوری بالاتری نیز داشته باشند، اما در تبیین آن می‌توان به این موضوع اشاره کرد که، ممکن است این یافته مصداق ضرب‌المثل«آب که از سر گذشت، چه یک وجب چه صد وجب» باشد. در واقع این نمره بالای تاب‌آوری می‌تواند نمودی از تلاش مقطعی افراد برای کنار آمدن با شرایط استرس‌زای پیش‌آمده و انبوه نیازهایی باشد، که به دنبال بستری شدن یک عضو خانواده با آن مواجه می‌شوند. تلاش خانواده بیماران در جهت کنترل دغدغه‌ها و نگرانی‌های خود و تطابق با شرایط بحرانی پیش‌آمده می‌تواند در تاب‌آوری آنها هر چند به صورت موقت تأثیرگذار باشد. به نظر می‌رسد حتی در صورتی که افراد تاب‌آوری بالایی داشته باشند، باز هم نیازهای بالا و قابل توجهی دارند، لذا توجه بیشتر به اعضای خانواده به منظور رفع نیاز آنها به کسب اطمینان و ارائه اطلاعات کافی در خصوص وضعیت بیمار و روند مراقبت و درمان وی، به خانواده‌ها امکان می‌دهد تا کنترل وضعیت خود را دوباره به دست آورند، از آسیب‌پذیری عاطفی فراتر رفته و با جستجوی معنا، کنترل شرایط پیش‌آمده را به دست آورند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند آغازی برای مطالعات بعدی در جهت بررسی ابعاد مختلف سلامت روان خانواده‌های بیماران بدحال و انجام پژوهش‌های مداخله‌ای به منظور رفع نیازهای آنان باشد. با توجه به لزوم ارائه مراقبت مناسب از بیماران با شرایط ویژه و نیز نقش غیر قابل انکار خانواده‌ها در سیر درمان بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه می‌توان از نتایج این پژوهش جهت بهبود سطح آگاهی و عملکرد پرستاران نسبت به نیازهای خانواده که منتهی به کسب نتایج مطلوبی در پیامدهای

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

درمانی بیماران خواهد شد، استفاده نمود. لازم به ذکر است، با توجه به اینکه این پژوهش در اوج اپیدمی کرونا انجام شده است، به نظر می‌رسد که این شرایط ناشناخته و جدید بر روی نتایج تحقیق و نوع پاسخ شرکت‌کنندگان در این پژوهش تأثیر گذاشته است. تبیین با اطمینان بیشتر نیازمند تکرار پژوهش در شرایط بعد از کرونا است.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد مصوب دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1399.202 و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد است. به این وسیله از دانشگاه‌های مذکور، بیمارستان‌های تحت بررسی و تمامی خانواده‌هایی که در این مطالعه مشارکت داشتند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع: نویسندگان در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته‌اند.

منابع

1. Koukouli S, Lambraki M, Sigala E, Alevizaki A, Stavropoulou A. The experience of Greek families of critically ill patients: Exploring their needs and coping strategies. Intensive and Critical Care Nursing. 2018;45:44-51. doi. 10.1016/j.iccn.2017.12.001
2. Rückholdt M, Tofler GH, Randall S, Buckley T. Coping by family members of critically ill hospitalised patients: An integrative review. International journal of nursing studies. 2019. doi.10.1016/j.ijnurstu.2019.04.016
3. Rafiei M, Ghadami A, Irajpour A, Feizi A. Validation of critical care pain observation tool in patients hospitalized in surgical wards. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2016;21(5):464-9. doi.10.4103/1735-9066.193391
4. Komachi MH, Kamibeppu K. Association between resilience, acute stress symptoms and characteristics of family members of patients at early admission to the intensive care unit. Mental Health & Prevention. 2018;9:34-41. psycnet.apa.doi/10.1016/j.mhp.2018.01.001
5. Wong P, Liamputtong P, Koch S, Rawson H. Searching for meaning: a grounded theory of family resilience in adult ICU. Journal of clinical nursing. 2019;28(5-6):781-91. doi.10.1111/jocn.14673
6. Jones C, Puntillo K, Donesky D, McAdam JL. Family members' experiences with bereavement in the intensive care unit. American Journal of Critical Care. 2018;27(4):312-21. doi.10.4037/ajcc2018262
7. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Arechabala-Mantuliz M. Analysis of the difference between importance and satisfaction of the needs of family members of critical patients. Medicina Intensiva (English Edition). 2019;43(4):217-24. doi.10.1016/j.medine.2019.03.007
8. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile. Enfermería Intensiva (English ed). 2018;29(1):32-40. doi.10.1016/j.enfi.2017.09.001
9. 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. Clinical Excellence. 2014;3(1):46-57. doi. 10.4103/0300-1652.180557
10. Rodríguez-Huerta MD, Álvarez-Pol M, Fernández-Catalán ML, Fernández-Vadillo R, Martín-Rodríguez M, Quicios-Dorado B, et al. An informative nursing intervention for families of patients admitted to the intensive care unit regarding the satisfaction of their needs: The INFOUCI study. Intensive and Critical Care Nursing. 2019:102755. doi.10.1016/j.iccn.2019.102755
11. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2016;14(3):181-234. doi.10.11124/jbisrir-2016-2477
12. Gaeeni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. Global journal of health science. 2015;7(2):8. doi.10.5539/gjhs.v7n2p8
13. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. Journal of clinical nursing. 2012;21(11-12):1651-8. doi.10.1111/j.1365-2702.2011.03989.x
14. Loiselle CG, Gélinas C, Cassoff J, Boileau J, McVey L. A pre–post evaluation of the Adler/Sheiner Programme (ASP): A nursing informational programme to support families and nurses in an intensive care unit (ICU). Intensive and Critical Care Nursing. 2012;28(1):32-40. doi.10.1016/j.iccn.2011.11.006
15. Silva NR, Fortunatti CP, Muñoz YM, Rojas MA. The needs of the relatives in the adult intensive care unit: Cultural adaptation and psychometric properties of the Chilean-Spanish version of the Critical Care Family Needs

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

Inventory. Intensive and Critical Care Nursing. 2017;43:123-8. doi.10.1016/j.iccn.2017.07.006
16. Hagi H, Nazemi A, Karimollahi M. Role of Personality Factors and Religious Beliefs in Resiliency of Patients with Esophageal Cancer. Journal of Health and Care. 2016;18(2):150-60. http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-549-fa.pdf
17. karimirad Mr, Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resiliency family caregivers of people with mental disorders in Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(1):57-63. doi.10.21859/ijnr-13018
18. besharat ma, ramesh s. Prediction of severity of cardiovascular disease based on resiliencey, spiritual well-being and social support. Journal of Medicine and Spiritual Cultivation. 2018;27(Humanities Health):34-45. www.sid.ir/paper/34381/en
19. Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, Fitzpatrick K, Agnew LL. The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. International journal of psychiatry in clinical practice. 2016;20(3):151-6. doi.10.1080/13651501.2016.1199810
20. Wyman PA, Cowen EL, Work WC, Parker GR. Developmental and family milieu correlates of resilience in urban children who have experienced major life stress. American Journal of Community Psychology. 1991;19(3):405-26. doi.10.1007/bf00938033
21. Seyedfatemi N, Noghani F, Amini E, Kamali R. Resiliency family caregivers of people with mental disorders in Tehran. Iranian Journal of Nursing Research. 2018;13(1):57-63. doi.10.21859/ijnr-13018
22. Sottile PD, Lynch Y, Mealer M, Moss M. The association between resilience and family member psychological symptoms in critical illness. Critical care medicine. 2016;44(8):e721. doi.10.1097/ccm.0000000000001673
23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82. doi.10.1002/da.10113
24. Taghavilarijani T, Noughani F, Danandehfard S. The Effect of Family Psychological Group Training on Resilience of the Families of Schizophrenic Patients. Iran J Psychiatr Nurs. 2019;7(2):83-9. http://ijpn.ir/article-1-1201-en.html
25. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart lung. 1979;8(2):332-9. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/253712/
26. Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. Heart Lung. 1986;15:189-93. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3633247/
27. Akbari V, Asayesh H, Haji Mohammad Hoseini M, Sharififard F, Shahidi M, Goudarzi M. Needs of Family with Hospitalized Infant in Neonatal Intensive Care Unit: A Comparison between Mothers' and Nurses' Viewpoint. Qom University of Medical Sciences Journal. 2020;14(3):10-8. doi.10.29252/qums.14.3.10
28. Bandari R, Rejeh N, Heravi-Karimooi M. Translation and validation of the critical care family needs inventory. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2013;1(12). dor/20.1001.1.16807626.1391.12.1.10.5
29. Alsharari AF. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. Patient preference and adherence. 2019;13:465. doi.10.2147/ppa.s197769
30. Shorofi SA, Jannati Y, Moghaddam HR, Yazdani-Charati J. Psychosocial needs of families of intensive care patients: Perceptions of nurses and families. Nigerian medical journal: journal of the Nigeria Medical Association. 2016;57(1):10. doi.10.4103/0300-1652.180557
31. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Mirmohammadkhani M, Vaismoradi M, Snelgrove S. Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective. Journal of Research in Nursing. 2015;20(5):401-22. doi.10.1177/1744987115591868
32. Hinkle JL, Fitzpatrick E. Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. Intensive and Critical Care Nursing. 2011;27(4):218-25. doi.10.1016/j.iccn.2011.04.003
33. Gundo R, Bodole FF, Lengu E, Maluwa AA. Comparison of nurses' and families' perception of family needs in critical care unit at referral hospitals in Malawi. Open Journal of Nursing. 2014;2014. doi.10.4236/ojn.2014.44036
34. Yang S. A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit. Australian Journal of Advanced Nursing, The. 2008;25(4):79-86. www.proquest.com/scholarly-journals/mixed-methods-study-on-needs-korean-families/docview/204205888/se-2
35. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. American journal of critical care. 2005;14(3):202-10. doi.10.4037/AJCC2005.14.3.202
36. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007;15:84-92. doi.10.1590/s0104-11692007000100013
37. Raesi R, Mirzaei A, Saghari S, Raei M, Pourhaji F, Rahmanian V, et al. Investigating the moderating role of resilience on the relationship between perceived stress and caring burden in family caregivers of COVID-19 patients. 2.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]

2021;2(2):334-44. http://military-health.ir/article-1-67-en.html

38. Tavanaie A, Rajabi M, Bitarafan M. The relationship between resilience and spiritual health in the Caregivers of Patients with End Stage Cancer. Islamic Studies in Health. 2020. magiran.com/p2120791

39. Jafari M, Alipour F, Raheb G, Mardani M. Perceived Stress and Burden of Care in Elderly Caregivers: The Moderating Role of Resilience. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022;17(1):0-. doi.10.32598/sija.2021.2575.2

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

[DOI: 10.30491/JCC.16.4.51]