

## کیفیت ارتباط کارکنان درمانی با خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه مروری

معصومه ایمانی‌پور<sup>۱</sup>، مصطفی طاهری<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۴/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۸/۰۸

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** به دنبال بستری شدن فرد بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، خانواده وی در معرض مجموعه‌ای از واکنش‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌گردد. در این مرحله یکی از عوامل کمک‌کننده به خانواده‌ها جهت سازش با بحران پیش‌آمده برقراری ارتباط کارکنان درمانی شاغل در بخش‌های ویژه با خانواده‌ها هست. به این اساس، این مطالعه باهدف بررسی کیفیت ارتباط کارکنان درمانی با خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه مروری در سال ۱۴۰۱ با جستجوی مقالات مرتبط در پایگاه‌های علمی Science Direct, Web of Science, PubMed, Irandoc, Magiran, SID, انجام شد. کلیه مقالات به دو زبان فارسی و انگلیسی در بازه زمانی ۲۰۰۵-۲۰۲۲ و ۱۳۸۴-۱۴۰۱ بررسی شدند که در پایان مراحل غربالگری ۱۴ مقاله مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** با توجه به مطالعات مرور شده، کیفیت ارتباط بین خانواده‌های بیماران و کارکنان درمانی شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه ضعیف و نامطلوب گزارش شده است. عوامل مختلفی در بروز این وضعیت نقش دارند که در دو حیطه عوامل فردی و عوامل شغلی-محیطی قابل تقسیم‌بندی بوده و منجر به تضعیف کیفیت ارتباط می‌شوند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** کلیه کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه اعم از پزشکان و پرستاران به‌عنوان اعضای اصلی تیم مراقبت و درمان باید به خانواده بیماران به‌عنوان جزئی مؤثر در فرایند درمان بیمار توجه ویژه نموده و با تلاش بر اجرای رویکردهایی مانند مراقبت خانواده محور، سعی در افزایش کیفیت ارتباطات که عنصر و هسته مرکزی حمایت از خانواده بیمار بشمار می‌آید، داشته باشند.

**کلیدواژه‌ها:** بخش مراقبت ویژه، خانواده بیمار، ارتباط

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۵۴، مرداد ۱۴۰۱، ص ۳۶۹-۳۵۹

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۳۶۵۳۱۵۳۷۲

Email: mostafataheri7321@gmail.com

### مقدمه

زندگی افراد وابسته به بیمار، ایجاد استرس و اضطراب در خانواده می‌گردد (۲، ۳). طی تحقیقات انجام شده روی اعضای خانواده دارای بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه، برخی عوارض در آن‌ها شایع‌تر است. به‌عنوان مثال میزان اضطراب ۷۰ درصد تا ۸۰ درصد، افسردگی ۳۵ درصد تا ۷۰ درصد، سندرم پس از سانحه ۵۴ درصد و سایر علائم جسمی-روانی مانند خستگی، اندوه و ترس ۸۰ درصد در این خانواده‌ها گزارش شده است (۴، ۵). بنابراین بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند سبب ایجاد مجموعه‌ای از پیامدهای

بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل ویژگی‌هایی از قبیل آمار بالای مرگ‌ومیر و شرایط وخیم بیماران بستری در آن، مکانی پر استرس برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها محسوب می‌شود (۱). در اغلب موارد بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه به‌صورت غیرمنتظره و سریع رخ می‌دهد. این موضوع باعث می‌شود که بیمار و اعضای خانواده وی فرصت زمانی کافی جهت انطباق با این شرایط را نداشته باشند که در نهایت این موضوع سبب مختل شدن شرایط

<sup>۱</sup> دانشیار گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

دیدگاه خانواده‌ها دارد (۱۵). اساساً از طریق برقرار ارتباط کادر درمانی قادر خواهند بود تا کلیه نیازهای بیماران و خانواده‌های آنان را ارزیابی کنند و تصمیم‌گیری خانواده، رضایت بالینی و روانی آنان را بهبود بخشند (۱۶). در این فرایند، کادر درمان شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نقش مهمی در توسعه روابط با اعضای خانواده بیماران ایفا می‌کنند (۱۷) چراکه خانواده بیماران به علت نداشتن اطلاعات کافی درباره بیماری‌ها و ناآشنایی با محیط و تجربه استرس‌های گوناگون، به شروع برقراری ارتباط و همدلی از طرف کارکنان مراقبتی نیاز دارند و در تحقیقات نیز به این نیاز اذعان داشته‌اند (۱۸، ۱۹).

در سیستم‌های درمانی امروزی، مراقبت و حمایت از خانواده‌های بیماران جز وظایف کادر درمانی و مراقبت‌های خانواده محور بوده و پیش‌بینی، شناخت و رفع نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، به‌عنوان یک اولویت برای کارکنان درمانی شاغل در این بخش‌ها، در نظر گرفته می‌شود (۲۰، ۲۱، ۲۲). در همین راستا، شناخت موانع ارتباطی و پیامدهای ناشی از عدم برقراری ارتباط مؤثر با خانواده‌های بیماران برای کارکنان مهم تلقی شده و می‌تواند در کنترل و پیشگیری این پیامدها مؤثر باشد (۲۳). بر این اساس، این مطالعه باهدف بررسی کیفیت ارتباط کارکنان درمانی با خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، مروری بر مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در حیطه خانواده بیماران ویژه انجام داده تا با شناسایی عوامل مرتبط با این موضوع، توجه و اهتمام کارکنان اصلی شاغل در این بخش‌ها شامل پزشکان و پرستاران را که بیشترین زمان را در فرآیند مراقبت از بیمار صرف کرده و در نتیجه بیشترین تماس و مواجهه را با خانواده این بیماران نیز دارند، به اهمیت ارتباط با خانواده و رفع عوامل تضعیف‌کننده آن جلب نماید.

### مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه مروری روایتی است که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق جستجو با کلیدواژه‌های بخش مراقبت ویژه، خانواده بیمار، ارتباط در پایگاه‌های فارسی Irandoc, Magiran, SID و با استفاده از کلیدواژه‌های انگلیسی Intensive/Critical Care Unit, Family Members, Communication در پایگاه‌های Science Direct, PubMed, Web of Science انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند از مقالات کمی و کیفی یا مروری با قابلیت دسترسی تمام متن، زبان فارسی یا انگلیسی، در محدوده ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۲ میلادی

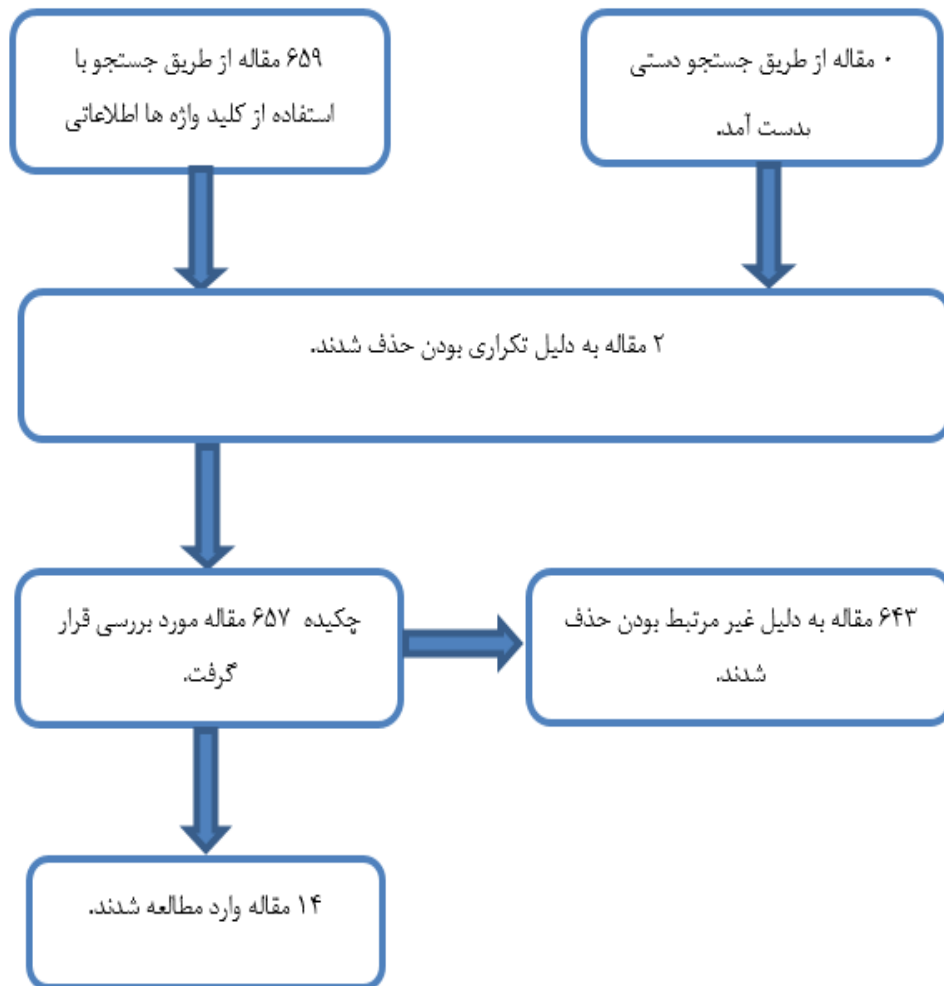
منفی جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تحت عنوان سندرم مراقبت ویژه خانواده<sup>۱</sup>، در بستگان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه شود (۶). لذا توجه به مشکلات خانواده بیمار و تلاش برای پیشگیری یا کنترل آن‌ها از اهمیت اساسی برخوردار است به‌ویژه از آن جهت که در صورت بهبودی و انتقال بیمار از بخش مراقبت‌های ویژه، تعداد زیادی از آنان همچنان نیاز به تداوم مراقبت در منزل دارند که این امر درگیری و مشارکت اعضای خانواده را می‌طلبد و در صورتی موفق خواهد بود که اعضای خانواده از سلامت کافی برای انجام وظایف خود در نقش مراقب برخوردار باشند (۷، ۸). بنابراین کادر درمان به دنبال بستری شدن بیمار در بخش مراقبت ویژه، باید به دنبال ارائه یک مراقبت جامع باشند. طبق تعریف مراقبت جامع مراقبتی است که به نیازهای جسمی و روانی و برقراری ارتباط هم با بیمار و هم با خانواده بیمار، توجه ویژه داشته باشد و خانواده بیمار را نیز به‌عنوان ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده مراقبت‌های درمانی در نظر بگیرد (۲).

در همین راستا، از ارتباط به‌عنوان یکی از اجزای اصلی مراقبت جامع می‌توان یاد کرد که یک عنصر حیاتی بوده و همه ابعاد آن اعم از پیشگیری، درمان، توان‌بخشی، آموزش و ارتقای سلامت را در برمی‌گیرد. در واقع واژه ارتباط به‌عنوان ارسال و دریافت پیام‌های کلامی و غیرکلامی تعریف می‌شود (۹، ۱۰) و کیفیت ارتباط به معنای به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی مناسب مانند مهارت‌های کلامی، گوش دادن فعال، بازخورد، کنترل عواطف و نظم دهی به هیجانات، بینش نسبت به ارتباط، قاطعیت در ارتباط و سکوت به‌موقع به‌منظور ارسال و درک صحیح این پیام‌ها و تداوم ارتباط اطلاق می‌شود (۱۱). به‌طور کلی، تعاملات و ارتباطات لازمه مراقبتی پویا و مؤثر است (۱۰). این تعاملات به‌خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه به علت بحرانی بودن محیط کار، تعداد زیاد کارکنان و پیچیدگی امور درمانی - مراقبتی اهمیت بیشتری داشته و ارتباطات ناکارآمد می‌تواند حتی منجر به مرگ و معلولیت بیماران منجر شود (۱۲). برعکس، کیفیت مناسب ارتباط باعث ایجاد حس مشترک بین اعضای تیم درمان، بیماران و خانواده آنان در بخش‌های ویژه گردد و باعث حفظ ایمنی و ارتقای سلامت بیمار شود. همچنین سبب تسهیل تبادل تجربیات، دانش و اطلاعات بین تیم درمانی و خانواده‌ها شده و مشارکت بیشتر آنان را در تصمیم‌گیری‌های درمانی فراهم می‌نماید (۱۳، ۱۴). در مطالعه‌ای که روی ۱۰۱ خانواده دارای بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به‌منظور تعیین مهم‌ترین اولویت‌ها و نیازهای این خانواده‌ها از دیدگاه خودشان انجام شد، مشخص گردید که ارتباط با کادر درمان از نظر این خانواده‌ها جز پنج اولویت اول دسته‌بندی می‌شود که نشان از اهمیت این ارتباط از

<sup>1</sup> Post-Intensive Care Syndrome-Family=PICS-F

به‌منظور استحکام روش‌شناسی پژوهش و بررسی کیفیت مقالات، یک پژوهشگر دیگر به‌طور مجزا به بازبینی مقاله‌ها از نظر عنوان، چکیده، مقدمه، روش کار و نتایج پرداخت. ابتدا مقالات تکراری حذف شدند. سپس چکیده مقالات و اهداف آن‌ها مطالعه شد و مطالعات غیر مرتبط حذف شدند. در مجموع از بین ۶۵۹ مطالعه، تعداد ۶۴۵ مطالعه از پژوهش خارج و ۱۴ مطالعه بررسی گردید (نمودار ۱).

(۱۳۸۴ تا ۱۴۰۱ هجری شمسی) که در حیطه خانواده‌های دارای بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه پرداخته بودند و با عنوان و اهداف مطالعه حاضر متناسب بودند. معیارهای خروج عبارت بودند از مطالعات مربوط به سایر بخش‌ها به‌جز بخش‌های مراقبت ویژه و مطالعات مربوط به خانواده‌های نوزادان بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه. غربالگری مقالات در سه مرحله و بر اساس فرآیند PRISMA انجام شد. استخراج داده‌های موردنیاز با استفاده از چک‌لیست شامل نوع مطالعه، زمان مطالعه و نتایج انجام شد.



نمودار (۱): مراحل استخراج و انتخاب مقالات مطالعه

موارد نیاز ارتباطی با این خانواده‌ها نادیده گرفته‌شده و یا دارای کیفیت نامطلوب است (جدول ۱). همچنین بنابر نتایج مطالعات، عوامل مختلفی در ارتباط میان پزشکان و پرستاران با خانواده‌های

#### یافته‌ها

جمع‌بندی یافته‌های مطالعات انجام شده در حیطه خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نشان می‌دهد که در اغلب

بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نقش دارد که در قالب عوامل فردی و عوامل شغلی- محیطی می‌توان از آن‌ها نام برد (جدول ۲). همچنین برخی از مهم‌ترین عوامل تضعیف‌کننده کیفیت

ارتباط پرسنل و خانواده بیماران که از یافته‌های علمی مطالعات تحقیقی قابل‌استخراج هستند در جدول ۳ برشمرده شده‌اند.

**جدول (۱): مشخصات و خلاصه یافته‌های مقالات موردبررسی**

نویسندگان	عنوان	روش	یافته‌ها
سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۹۸)	ارتباط اضطراب اعضای خانواده بیماران با دیدگاه آنان در مورد مهارت‌های ارتباطی پرستاران	توصیفی- همبستگی	از نظر اغلب اعضای خانواده بیماران، مهارت‌های ارتباطی پرستاران در سطح ضعیف است (۲۴).
سبزلعزاده و همکاران (۱۳۹۸)	رضایتمندی خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه مراکز آموزشی- درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران	مقطعی- توصیفی	کمترین نمره رضایتمندی در بین خانواده‌های بیماران بستری در بخش‌های ویژه مربوط به مشارکت در تصمیم‌گیری بود که ناشی از ارتباط ضعیف کادر درمان با خانواده‌ها است (۲۵).
رحمانی تنها و همکاران (۱۳۹۴)	بررسی شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در همراهان خانوادگی بیماران بستری شده در بخش‌های مراقبت ویژه و عوامل مؤثر بر آن	توصیفی- تحلیلی	در اکثر خانواده‌هایی که اختلالات روانی را به دنبال بستری شدن بیمارشان در بخش‌های ویژه تجربه می‌کنند، عدم رضایت از ارتباط پزشکان به‌عنوان یک عامل شناخته شده است (۲۶).
حیدری و همکاران (۱۳۹۳)	درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیماران	توصیفی- تحلیلی	فقدان درک پیرامون وظایف پرستاری در قبال خانواده ناشی از کمبود آگاهی از اهمیت مشارکت و حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه بوده و این کمبود آگاهی می‌تواند سبب ضعف ارتباط پرستاران با خانواده‌ها شود (۲۷).
دولتیاری و همکاران (۱۳۹۲)	رضایتمندی اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه	مطالعه- توصیفی	کمترین امتیاز رضایتمندی مربوط به مشارکت در روند مراقبت از بیمار و مشارکت در روند تصمیم‌گیری بود که بیانگر رضایت کم خانواده‌ها از ارتباطات موجود می‌باشد (۲۸).
بویل و همکاران (۲۰۰۵)	ارتباطات و پایان زندگی در بخش مراقبت‌های ویژه	توصیفی- تحلیلی	ارتباطات ضعیف باعث استرس و نارضایتی اعضای خانواده می‌شود. پزشکان و پرستاران فاقد مهارت‌های ارتباطی هستند (۲۹).
ورایزه و همکاران (۲۰۰۵)	نیازها و تجارب اعضای خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسال	مطالعه مروری	اعضای خانواده می‌خواهند هر روز در مورد وضعیت و پیش‌آگهی بیمار با یک پزشک صحبت کنند و از پرستار می‌خواهند که در مورد مراقبت، بخش، تجهیزات و کارهایی که می‌توانند برای بیمار در ساعات ویزیت انجام دهند به آن‌ها توضیح دهد. اما کادر درمان همه نیازهای اعضای خانواده را دست‌کم می‌گیرند و برای رفع این نیازها ارتباط برقرار نمی‌کنند (۳۰).

وال و همکاران (۲۰۰۷)	رضایت خانواده در بخش مراقبت ویژه: تفاوت بین خانواده‌های بازماندگان و غیربازماندگان	آینده‌نگر	خانواده‌های بیماران بستری در بخش ویژه از ارتباطات خود با کادر درمان ناراضی بودند و آن را ضعیف توصیف نموده‌اند (۳۱).
اسلاتور و همکاران (2012)	تجزیه و تحلیل رفتارهای ارتباطی پرستاران بخش مراقبت ویژه با خانواده‌های بیماران بستری	آینده‌نگر	پرستاران اغلب در توانایی خود برای برقراری ارتباط با خانواده‌ها برای توضیح وضعیت بیمار و پیامدهای درمان احساس محدودیت می‌کنند و نمی‌توانند ارتباط خوبی در رابطه با این موضوعات با خانواده‌ها برقرار کنند (۳۲).
دیویدسون و همکاران (2012)	پاسخ خانواده به بیماری بحرانی: سندرم مراقبت پسا مراقبت ویژه خانوادگی	توصیفی - تحلیلی	ارتباط پرستاران با خانواده بیماران ضعیف توصیف شده است (۳۳).
کارلسون و همکاران (۲۰۱۵)	مراقبت در بخش مراقبت ویژه: پریشانی اعضای خانواده و درک مهارت ارتباطات و حمایت‌های عاطفی کارکنان	توصیفی - تحلیلی	خانواده‌ها به‌طور کلی رضایت بالایی از مراقبت‌های ارائه شده در بخش مراقبت ویژه داشتند اما ارتباط با کادر درمان، دریافت اطلاعات و حمایت عاطفی را ضعیف توصیف کرده بودند (۳۴).
آدامز و همکاران (۲۰۱۷)	ارتباط پرستاران با خانواده‌های بیماران بستری در بخش ویژه	مروری	خانواده‌های بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه علائم روان‌شناختی شدیدی را تجربه می‌کنند که شاید ضعف در ارتباط کادر درمان با خانواده‌ها از عوامل اصلی بروز این عوامل روان‌شناختی باشد (۱۸).
سیسکچی و همکاران (۲۰۱۷)	ارتباط بین بستگان بیمار و پزشکان در بخش‌های مراقبت ویژه	توصیفی - تحلیلی	اغلب کیفیت ارتباط پزشکان با بستگان بیمار نامطلوب و ضعیف گزارش شده است (۳۵).
هی جین یو و همکاران (۲۰۲۰)	تجارب ارتباطی پرستاران مراقبت‌های ویژه با بیماران و خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه	توصیفی - تحلیلی	ارتباط پرستاران و خانواده‌های بیماران بستری در بخش ویژه ضعیف توصیف شد (۳۶).

#### جدول (۲): عوامل مؤثر بر ارتباط کارکنان درمانی با خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

عوامل فردی	عوامل شغلی - محیطی
سن	در دسترس نبودن پزشک
جنس	بارکاری بیش از اندازه کارکنان
تحصیلات	اختلاف نظر بین کارکنان درمانی
نگرش و دیدگاه افراد	چگونگی فرایند و سیستم اطلاع‌رسانی به خانواده
تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی	تجربه و سابقه کاری پرسنل
انتظارات غیرواقعی	سطح دانش و مهارت‌های ارتباطی پرسنل

**جدول (۳): تضعیف‌کننده‌های کیفیت ارتباط بین کارکنان درمانی و خانواده بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه**

عوامل تضعیف‌کننده کیفیت ارتباط	فشار غیرحرفه‌ای پرسنل (۳۷، ۳۸، ۳۴)
	عدم وجود فرهنگ مراقبت خانواده محور (۳۹، ۴۰)
	نادیده گرفته شدن نیازهای خانواده از سوی پرسنل (۴۱، ۴۲)
	دسترسی محدود به پزشکان در ICU (۴۳)
	اطلاع‌رسانی ناکافی در مورد وضعیت بیمار بستری (۴۱، ۴۴)
	محدودیت ملاقات و عدم امکان ملاقات باز یا انعطاف‌پذیر (۴، ۴۱، ۴۵)
	ضعف مهارت‌های ارتباطی پرستاران (۲۴، ۲۸)
	کمبود آگاهی پرسنل در مورد اهمیت مشارکت و حضور خانواده بیمار در ICU (۲۷)
	عدم آموزش به پرستاران در زمینه مراقبت از خانواده بیمار (۴۶)

**بحث**

این مطالعه باهدف مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه خانواده بیماران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد. یافته‌های مطالعات مرور شده حکایت از این داشت که عمده دلایل عوارض و مشکلاتی که خانواده این بیماران متحمل می‌شوند و تجربه می‌کنند، ریشه در تعاملات ناکافی و ارتباطات نامناسب و غیر مؤثر دارد. در حالیکه بنا بر متون علمی، برقراری ارتباط مؤثر با بیمار و خانواده ایشان و راهنمایی و مشاوره به ایشان فواید و نتایج مثبت زیادی ازجمله کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، افزایش کیفیت مراقبت و کمک به بهبودی بیمار را در پی خواهد داشت (۴۷). درواقع، ارائه اطلاعات و توضیحات کامل، ساده و قابل‌فهم در مورد بیمار به اعضای خانواده وی جزو انتظارات و نیازهایی از خانواده است که لازمه آن برقراری یک ارتباط مؤثر می‌باشد (۴۸). لذا در این مسیر و برای رسیدن به شرایطی که این نیاز خانواده‌ها به نحو مطلوب برآورده شود، شناخت دلایل و عواملی که می‌تواند منجر به تضعیف کیفیت ارتباط گردد اهمیت می‌یابد.

ازجمله این دلایل و عوامل می‌توان به فقدان مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه اشاره کرد که به‌عنوان مرکزی‌ترین و مهم‌ترین علت قابل‌بررسی است. درواقع، توجه به مراقبت خانواده محور یکی از اجزای مهم ارتباط با خانواده بیماران محسوب می‌شود و می‌تواند اثرات مثبت روانی برای بیمار و خانواده به همراه داشته باشد (۴۹، ۵۰). مراقبت خانواده محور در پی محرز شدن نقش اساسی خانواده‌ها در سلامت و بهبودی بیماران مطرح شد و به‌عنوان یک رویکرد ابتکاری برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی تعریف می‌شود که بر همکاری متقابل بیماران، خانواده‌ها و مراقبین بهداشتی بنانهاده شده است. در مدل مراقبتی خانواده محور هر بیمار و خانواده وی یک واحد مراقبت را تشکیل می‌دهند. اساس مراقبت

خانواده محور، شرکت بیماران و خانواده آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی است و از چهار جزء اصلی تشکیل شده است که عبارت‌اند از احترام، تبادل اطلاعات، شرکت در مراقبت و تشریک‌مساعی (۵۱، ۵۲). به راین اساس، لزوم اتخاذ تدابیری که بتواند به اجرای کردن این چهار جزء کمک نماید، ضرورت پیدا کرده و لازم است موردتوجه قرار گیرد. یکی از این تدابیر سیاست‌های ملاقات و حضور خانواده بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه است.

نوع سیاست ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه یکی از عواملی است که باعث می‌شود مراقبت خانواده محور به تحقق بپیوندد. در سیستم‌های مراقبتی با سیاست ملاقات باز، خانواده می‌تواند در زمان ملاقات با بیمار، در مراقبت از بیمار مشارکت نماید که این موارد می‌تواند باعث کاهش اضطراب و آرامش بیمار و نیز خانواده گردد (۵۳، ۵۴). این در حالی است که در بعضی کشورها، ازجمله ایران، با این اعتقاد که حضور خانواده باعث پیامدهای نامطلوب در بیمار شده و اختلال در روند درمان و مراقبت بیمار را سبب می‌گردد (۵۵)، حضور خانواده بر بالین بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه ممنوع است. اما با عنایت به یافته‌های مطالعات تحقیقی اصلاح این باور و تغییر در سیاست‌های جاری ملاقات و مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیمار ضروری می‌باشد و لازم است به‌عنوان گامی در جهت اجرای مدل مراقبتی خانواده محور در نظر گرفته شود.

به‌طور کلی و با در نظر گرفتن یافته‌های حاصل از مطالعات علمی مرتبط با خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، شناخت کامل موانع ارتباط با این خانواده‌ها، ایجاد قوانین و مقررات جدید مانند تغییر سیاست‌های ملاقات یا اجرای مدل‌های مراقبتی جامع به‌جای تمرکز بر رویکرد بیمار محور، تلاش در جهت افزایش دانش و مهارت کارکنان در زمینه روش‌های برقراری ارتباط مؤثر و نیز نیازها و انتظارات خانواده بیماران از طریق برگزاری کارگاه‌های توانمندسازی برای پزشکان و پرستاران ضرورت داشته و

تضعیف‌کننده‌ای اتفاق می‌افتد. توجه و شناخت این عوامل، زمینه تدارک تدابیر حمایتی و اجرایی توسط مدیران و کارکنان مراقبتی-درمانی برای بهبود و ارتقا کیفیت ارتباط مانند مدل مراقبت خانواده محور را تسهیل و میسر می‌نماید.

### تضاد منافع

هیچ تضاد منافی در خصوص مقاله حاضر وجود ندارد.

## References

1. Jones C, Puntillo K, Donesky D, McAdam JL. Family members' experiences with bereavement in the intensive care unit. *American J Crit Care* 2018;27 (4):312- 21.
2. 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 Crit Care Nurs* 2018;45:44- 51.
3. Alfheim HB, Rosseland LA, Hofso K, Smastuen MC, Rustoen T. Multiple symptoms in family caregivers of intensive care unit patients. *J Pain Symptom Manage* 2018;55 (2):387- 94.
4. Fumis RRL, Ranzani OT, Faria PP, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care* 2015;30 (2):440. e1- e6.
5. Saacid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family intensive care unit syndrome: An integrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2020;25 (5):361.
6. Saacid Y, Moradian ST, Ebadi A, Salaree MM. The family intensive care unit syndrome: A qualitative content analysis. *Nurs Crit Care* 2022;27 (3):401- 9.
7. Netzer G, Sullivan DR. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. *Ann Am Thorac Soc* 2014;11 (3):435- 41.
8. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: an overview. *J Transl Int Med* 2017;5 (2):90- 2.

سیاست‌گذاران و مدیران می‌بایست در این مسیر گام‌های جدی عملیاتی بردارند.

### نتیجه‌گیری

کیفیت ارتباط بین کارکنان و خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در اکثر مطالعات نامطلوب و ضعیف گزارش شده است و این وضعیت به دلایل مختلف و در اثر عوامل

9. Harkness GA, DeMarco RF. *Community and public health nursing: Evidence for practice*: Wolters Kluwer; 2016.
10. Wigham CR, Chanier T. A study of verbal and nonverbal communication in Second Life—the ARCHI21 experience. *ReCALL* 2013;25 (1):63- 84.
11. Bonnice B. *Nurses' Communication Skills and Response to Conflict: Impact of "New Directions" Relational Skills Training*. Scholar Archive. 2015.
12. Mahmoudi H, Ebadi A, Salimi SH, Najafi Mehri S, Mokhtari Noori J, Shokrollahi F. Effect of nurse communication with patients on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. *J Crit Care Nurs* 2010;3 (1):3- 4.
13. Fathi Ashtiani A, Pirzadi H, Shokoohi-Yekta M, Tavallai S. The influence of teaching program of stress management and communication skills on improvement of mental health of nurses and hospital staff: an experimental study. *Iran J Nurs* 2014;27 (90):1- 13.
14. Twigg D, McCullough K. Nurse retention: A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *Int J Nurs Stud* 2014;51 (1):85- 92.
15. Hinkle JL, Fitzpatrick E. Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27 (4):218- 25.
16. Sarhadi M, Navidian A, Fasihi Harandi T, Keykhaei A. Assessment of psychological-social needs, family, special in patient unit ICU and CCU. *Iran J Crit Care Nurs* 2013;6 (4):259- 68.

17. Saeid Y, Salaree MM, Ebadi A, Moradian ST. Family Intensive Care Unit Syndrome (FICUS): letters to the editor. *J Crit Care Nurs* 2019;12 (2):1-3.
18. Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit—a literature review. *Nurs Crit Care* 2017;22 (2):70- 80.
19. Moghaddasian S ,Dizaji SL, Mahmoudi M. Nurses empathy and family needs in the intensive care units. *J Caring Sci* 2013;2 (3):197- 201.
20. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Montazeri A, Zayeri F, Mirmohammadkhani M, et al. Psychometric properties of the Persian version of the critical care family needs inventory. *J Nurs Res* 2014;22 (4):259- 67.
21. Van Horn ER, Kautz D. Promotion of family integrity in the acute care setting: a review of the literature. *Dimens Crit Care Nurs* 2007;26 (3):101- 7.
22. Wong P, Liamputtong P ,Koch S, Rawson H. Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2015;31 (1):51- 63.
23. Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study. *J Caring Sci* 2014;3 (1):67.
24. Seyedoshohadaee M, Ahmadi M, Haghani H. The Correlation between the Anxiety of the Family Members of the Patients Referring to the Emergency Department and Their Views on the Communication Skills of Nurses. *Iran J Nurs* 2019;32 (119):87- 98.
25. 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. *J Crit Care Nurs* 2021;14 (1):8- 16.
26. Rahmani R. Study on Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress in Family Caregivers of Patients and Effective Factors. *Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences* in. 2015;16.
27. Heidari M, Norouzadeh R, Pishnamazy Z. ICU nurse's perception of their roles toward the patient's family. *J Ethics Cult Nurs Midwifery* 2014;1 (1):57 -64.
28. Dolatyari A, Zareiyan A, Tadrissi SD. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study in selected military hospitals. *Mili Caring Sci J* 2014;1 (1):18- 26.
29. Boyle DK, Miller PA, Forbes-Thompson SA. Communication and end-of-life care in the intensive care unit: patient, family, and clinician outcomes . *Crit Care Nurs Q* 2005;28 (4):302- 16.
30. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005;14 (4):501 -9.
31. Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, Engelberg RA. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest* 2007;132 (5):1425- 33.
32. Slatore CG, Hansen L, Ganzini L, Press N, Osborne ML, Chesnutt MS, et al. Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *American J Crit Care* 2012;21 (6):410- 8.
33. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome—family. *Crit Care Med* 2012;40 (2):618- 24.
34. Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. *J Crit Care* 2015;30 (3):557- 61.



35. Cicekci F, Duran N, Ayhan B, Arican S, Ilban O, Kara I, et al. The communication between patient relatives and physicians in intensive care units. *BMC anesthesiology* 2017;17 (1):1- 13.
36. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses ' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *Plos one* 2020;15 (7):e0235694.
37. Lam S, So H, Fok S, Li S, Ng C, Lui W, et al. Intensive care unit family satisfaction survey. *Hong Kong Med J* 2015;21) 5:(435- 43.
38. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2017;43 (4):550- 3.
39. Navidian A, Rezaei J, Payan H. Efficacy of supportive-educational intervention on psychological reactions of family members of intensive care unit patients. *J Nurs Educ* 2016;5 (4):51- 8.
40. Shoushi F, Jannati Y, MOUSAVINASAB NA, Shafipour V. The impact of family centered care on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients undergoing open heart surgery. 2016.
41. Navidian A, Sarhadi M, Kykhaie A, Kykhah R. Psychological reactions of family members of patients hospitalized in critical care and general units compared with general population. *Iran J Nurs* 2014;26) 86:(16- 28.
42. Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Aust Crit Care* 2017;30 (2):91- 7.
43. Sundararajan K, Martin M, Rajagopala S, Chapman MJ. Posttraumatic stress disorder in close Relatives of Intensive Care unit patients' Evaluation (PRICE) study. *Aust Crit Care* 2014;27 (4):183- 7.
44. Konwar G, Begum F, Baruah B. Anxiety level among family members attending patients admitted in intensive care unit. *Open J Psychiatry Allied Sci* 2016;7:60- 4.
45. Garrouste-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, Misset B, Timsit J-F. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group. *Ann Intensive Care* 2016;6 (1):1- 7.
46. Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs* 2008;27 (6):255- 62.
47. Loghmani L, Borhani F, Abbasszadeh A. Determination of the content of communication between the care team and family members of patients in the intensive care unit: The experience of nurses and patients' families. *J Qual Res Health Sci* 2020;3 (3):257- 68.
48. Karlsson C, Tisell A, Engström Å, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nursing in critical care* 2011;16(1):11-8.
49. NikbakhtNasrabadi A, Bakhshayeshi O, Parsayekta Z, Hoseyni M, Taghavi T, Rezvani H. The effectiveness of implementing nursing consultation on the anxiety of patients undergoing GI endoscopy. *Iran J Nurs* 2013;25 (79).
50. Moghaddasian S, Abdollah-Zadeh F, Rahmani A, Salehain M, Firouzian A. Nurse-patient communication and its relation to satisfaction with nursing services in view point of cancer patients hospitalized in shahid ghazi hospital, Tabriz. *J North Khora Uni Med Scien* 2013;5 (2):459- 66.
51. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* 2012;16 (2):297- 305.
52. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 2017;45 (1):103- 28.

53. Bellou P, Gerogianni K. The contribution of family in the care of patient in the hospital. *Health Sci J* 2007; 1(3):1-6.
54. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs* 2011; 27(1):27-30.
55. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care* 2013; 17(2):R71.

## THE QUALITY OF COMMUNICATION BETWEEN STAFF AND FAMILIES OF PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNITS: A REVIEW STUDY

Masoomeh Imanipour<sup>1</sup>, Mostafa Taheri<sup>2</sup>

Received: 02 July, 2022; Accepted: 30 October, 2022

### Abstract

**Background & Aim:** Following the hospitalization of a patient in intensive care unit, his/her family is exposed to a series of physical, psychological, social and spiritual reactions. At this stage, one of the factors that help families to deal with the crisis is communication with staff working in critical care units. Therefore, this study was conducted aimed investigating the quality of communication between the staff and the families of patients admitted to the intensive care units.

**Materials & Methods:** This review study was conducted in 2022 through searching related articles in scientific databases including Science Direct, Web of Science, PubMed, Irandoc, Magiran, SID. All articles in Persian and English that were published during 2005-2022, reviewed. After screening process, fourteen articles were analyzed.

**Results:** According to the studies, the quality of communication between patients' families and ICU staff has been reported to be weak and undesirable. Several factors that have a role in this condition dividing in personal and occupational-environmental factors and cause weakness of communication.

**Conclusion:** All ICU staff including doctors and nurses, as the main members of medical team, should pay special attention to families as effective elements of patients' treatment process. They must try to implement some approaches such as family-centered care and try to boost quality of communication that is considered as the core element of patients' families support.

**Keywords:** Critical/Intensive Care Unit, Patient's Family, Communication

**Address:** School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Tel:** +989365315372

**Email:** mostafataheri7321@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Associate Professor, Nursing and Critical Care Research Center, Faculty of Critical Care department; School of Nursing and Midwifery; Tehran University of Medical Sciences

<sup>2</sup> Master's Student in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author)