J Crit Care Nurs. 2024 SEP;17(2):58-65

10.30491/JCC.17.2.58 **Research Article**

Nurses' Perception of their Role in the Active Participation of Family Caregivers in the Care of Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Cross-Sectional Study

Fatemeh Mahmoudi Lerd[1], Elham Navab[1], Hamid Haghani[2], Mahboubeh Shali[1*]

[1] Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Department of Biostatistics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[*] **Corresponding Author:** Mahboubeh Shali, Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: Mehraneshali@yahoo.com

How to Cite: Lerd F, Navab E, Haghani H, Mahboubeh Shali M. Nurses' Perception of their Role in the Active Participation of Family Caregivers in the Care of Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Cross-Sectional Study. J Crit Care Nurs. 2024;17(2):58-65. doi: 10.30491/JCC.17.2.58

Received: 20 November 2024 **Accepted:** 17 December 2024 **Online Published:** 18 December 2024

Abstract

Background & aim: The role of family caregivers is recognized as an important principle in advancing care goals. Knowing the importance of the role of nurses in the participation of family caregivers in the matter of care is important in achieving the goals of family-centered care. The present study was conducted with the aim of determining the nurses' understanding of their role regarding the active participation of family caregivers in the care of patients hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU).
Methods: In this cross-sectional study in 2024, 150 nurses working in ICUs affiliated to Tehran University of Medical Sciences were selected using proportional stratified sampling. In order to collect information, two questionnaires were used, including demographic information and a questionnaire on the nurses' understanding of their role towards family caregivers.
Results: The nurses participating in the research had an average age of 34.6±7.88, and most of them were female (77.3%) and 62% were married. The average score of nurses' understanding of their role was 40.79 ± 6.87 (moderate understanding). Based on the statistical analysis, the nurses' understanding had a statistically significant relationship with the participation of family caregivers in patient care (P = 0.004).
Conclusion: The results of the study showed that nurses had a moderate understanding of their role towards family caregivers in active participation in patient care. Given the importance of nurses' understanding of the active participation of family caregivers, it is recommended to carry out managerial and organizational interventions and provide the necessary conditions to promote a family-centered care culture in the care system.

Keywords: Family-Centered Care, Family Caregivers, Intensive Care Units, Nurses.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491.17.2.58]

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 ۱۷، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۳
10.30491/JCC.17.2.58

بررسی میزان درک پرستاران از نقش خود در مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه مقطعی

فاطمه محمودی لرد[۱]، الهام نواب[۱]، حمید حقانی[۲]، محبوبه شالی[۱*]

[۱] گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۲] گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** محبوبه شالی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: Mehraneshali@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۴/۳۰ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۹/۲۷ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۳/۰۹/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: نقش مراقبین خانوادگی به عنوان یک اصل مهم در پیشبرد اهداف مراقبتی شناخته شده است. در این راستا، درک صحیح و آگاهی پرستاران از اهمیت مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در فرآیند مراقبت، می‌تواند در دستیابی به اهداف مراقبت خانواده‌محور مؤثر باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی درک پرستاران از نقش خود در مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شده است.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۳، تعداد ۱۵۰ پرستار شاغل در مراقبت‌های ویژه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی استفاده شد.

یافته‌ها: پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش با میانگین سنی ۷/۸۸ ± ۳۴/۶ سال، ۳/۷۷ درصد زن و ۶۲ درصد متأهل بودند. میانگین نمره درک پرستار از نقش خود ۶/۸۷ ± ۴۰/۷۹ بود که نشان‌دهنده درک نسبی از نقش خود است. بر اساس تحلیل آماری، درک پرستار از نقش خود با میزان مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار ارتباط معنی‌دار آماری داشته است (P = ۰/۰۰۴).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان‌دهنده درک نسبی پرستاران از نقش خود در مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار بود. با توجه به اهمیت درک صحیح پرستاران از این نقش، انجام مداخلات مدیریتی و سازمانی و فراهم‌سازی شرایط مناسب برای ترویج فرهنگ مراقبت خانواده‌محور در سیستم مراقبتی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: مراقبت خانواده محور، مراقبین خانوادگی، بخش مراقبت‌های ویژه، پرستاران.

مقدمه

از جمله مهارت‌های پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه، پایش و ایجاد محیطی با حداقل استرس به وسیله ایجاد حمایت مادی، معنوی و حمایت از مراقبین خانوادگی است [۱]. منظور از مراقبین خانوادگی، مراقبین غیر رسمی هستند که معمولاً اعضای خانواده یا دوستان بیمار هستند و به طور روزانه از بیماران مراقبت می‌کنند و از نظر جسمی، روحی و اجتماعی از ایشان پشتیبانی می‌کنند و برای مراقبت‌هایی که ارائه می‌دهند، هیچ مبلغی دریافت نمی‌کنند [۲]. تشویق مراقبین خانوادگی برای مشارکت در فعالیت‌های مراقبتی بیمار یکی از مداخلات اساسی پرستار است و می‌تواند دامنه‌ای از مشارکت جزئی تا مشارکت بیشتر داشته باشد [۳]. مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار در پنج حیطه غیرفعال تا فعال شامل مشارکت با حضور داشتن در بالین بیمار، مشارکت به عنوان دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها، مشارکت به عنوان برقراری ارتباط و دریافت اطلاعات؛ مشارکت به عنوان تصمیم‌گیری و مشارکت به عنوان کمک به مراقبت دسته‌بندی می‌شود [۴]. نقش حضور

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]
[DOI: 10.30491.17.2.58]

فعال مراقبین خانوادگی در تسهیل امر بررسی و تشخیص نیازهای بیمار و ارائه آموزش‌ها و تکمیل فرآیند مراقبت کاملاً روشن است [۵]. بنابراین ارائه برنامه مراقبتی خانواده‌محور منطبق بر نیاز بیمار و خانواده عمده‌ترین کار پرستار، در بخش مراقبت‌های ویژه است [۶].

نقش مراقبین خانوادگی به عنوان یک اصل مهم در پیشبرد اهداف درمانی حائز اهمیت است. در کشور ایران روابط و پیوندهای خانوادگی دارای ریشه‌های عمیق است و خانواده‌های ایرانی اغلب تمایل دارند امور مراقبت از بیمار را به عهده بگیرند. بنابراین می‌توان از این منبع غنی جهت بهبودی بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه سود برد [۷]. مراقبین خانوادگی به علت کمبود اطلاعات در ارتباط با بیماری، عدم شناخت نیازهای بیمار و ناآگاهی از نحوه مراقبت بیمار، فاقد کارآیی لازم در ارائه مراقبت مؤثر هستند. کمک در انجام فعالیت‌های ساده می‌تواند همبستگی بیمار و مراقبین خانوادگی را فراهم و بهبودی وی را تسریع نماید [۳]. لزوم دسترسی به این هدف، مراقبت و آموزش با رویکرد خانواده‌محور است که در آن مراقبین خانوادگی در جهت افزایش مهارت‌ها و توانایی‌های خود برای کمک به عضوی از خانواده که به بیماری مبتلا شده است آموزش می‌بینند و در مراقبت مشارکت می‌کنند [۸].

موانع متعددی بر سر راه مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت وجود دارد، مانند تردید پرستاران، مقررات موجود در بخش، پرسنل ناکافی، کمبود زمان و باور خاص پرسنل درمان در این خصوص که حضور مراقبین خانوادگی عامل افزایش عفونت است. همچنین، این اعتقاد وجود دارد که حضور مراقبین خانوادگی در بخش مراقبت ویژه موجب وقفه در استراحت بیمار شده و موجب تغییرات فیزیولوژیکی مانند افزایش ضربان قلب، آریتمی، افزایش فشار خون و اضطراب در بیماران می‌شود [۹]. علاوه بر موارد یاد شده، پرستاران در مورد کاربرد بهترین شیوه‌ها برای مشارکت دادن مراقبان خانواده با حفظ حریم خصوصی و ایمنی بیمار، برداشت‌های متفاوتی دارند و سیاست‌ها و رویه‌های سازمانی و واحدی برای راهنمایی پرستاران برای اجرای ایمن و مؤثر مشارکت بیمار و مراقبین خانوادگی وجود ندارد [۱۰]. اینکه پرستاران نقش خود را در تأمین نیازهای خانواده و مشارکت دادن آنان در امر مراقبت مهم دانسته و به آن توجه داشته باشند و درک صحیحی از نقش خود داشته باشند، امر مهمی در موفقیت مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه است. نقش پرستاران به عنوان محوری‌ترین عضو تیم بهداشت و درمان دستخوش تغییر و تحول تاریخی شده و این تغییر از ترویج آموزش بهداشت بیماری محور به سمت توانمندسازی بیماران و مراقبین خانوادگی جهت خودمراقبتی و رسیدن به سلامت است [۱۱].

از بین مطالعاتی که در زمینه درک نقش پرستار در قبال مراقبین خانوادگی صورت گرفته است، اکثریت مطالعات این نقش را از دیدگاه مراقبین خانوادگی مورد بررسی قرار داده‌اند [۱۲،۱۳] و یا به روش کیفی تجربیات پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است [۱۴،۱۵] و تنها یک مطالعه با استفاده از روش کمی در این زمینه انجام شده است که به بررسی درک از نقش پرستاران از دیدگاه پرستاران پرداخته است [۱۶] و به نظر می‌رسد برای داشتن دانش بیشتر نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه وجود دارد. با توجه به اهمیت نقش مراقبین خانوادگی در تکمیل فرآیند درمان و مراقبت در بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه، لازم است عوامل مرتبط با مشارکت مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار گیرد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین درک پرستار از نقش خود در قبال مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه صورت گرفت.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در بازه زمانی آذر ماه ۱۴۰۲ تا مهر ۱۴۰۳، انجام شده است. نمونه‌های پژوهش ۱۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) بودند. معیارهای ورود شامل پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) بود که حداقل تجربه یک سال مراقبت مستقیم از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را به عهده داشته‌اند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل حداقل ۳۰ درصد از گویه‌های پرسشنامه و عدم تمایل به ادامه مشارکت در نظر گرفته شد.

برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم به منظور برآورد مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران از دیدگاه پرستاران در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد ۰/۱ =d و انحراف معیار ۰/۶۱ با توجه به فرمول زیر حداقل حجم نمونه لازم ۱۴۵ نفر برآورد شد که برای پیشگیری از ریزش نمونه‌ها ۱۵۰ نفر نمونه گرفته شد.

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2}\, s^2}{d^2} = \frac{1.96^2 \times 0.61^2}{0.1^2} \approx 145$$

روش نمونه‌گیری پژوهش به صورت طبقه‌ای نسبی (متناسب) بود که در این روش تعداد نمونه در هر طبقه به اندازه نسبت آن طبقه در کل جامعه آماری است. نمونه‌گیری به این صورت شروع شد که ابتدا لیستی از تعداد تخت‌های مراقبت‌های ویژه ICU در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شد (مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی، سینا، ضیائیان، امیراعلم و بهارلو) و با توجه به تعداد

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491.17.2.58]

تخت‌های ICU هر بیمارستان به تعداد کل تخت‌ها و ضرب در حجم نمونه مطالعه، تعداد نمونه‌ها از هر بیمارستان یا به عبارتی هر طبقه انتخاب شد.

$$\text{تعداد نمونه از بیمارستان X} = \frac{\text{تعداد تخت های ICU در بیمارستان x}}{\text{تعداد کل تخت ها در بیمارستان منتخب}} \times 150'$$

جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران بود. در پرسشنامه جمعیت‌شناختی متغیرهایی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار، سابقه اشتغال در بخش مراقبت‌های ویژه، وضعیت شغلی (طرح، پیمانی، رسمی)، رضایت از شغل پرستاری، امتیاز فعالیت‌های پرستاری (NAS) (Nursing Activities Score)، ابتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی و میزان مشارکت گرفتن از مراقبین خانوادگی (فعال تا غیر فعال) ثبت شد. مشارکت از غیر فعال تا فعال در حیطه‌های حضور، با حضور داشتن در بالین بیمار، مشارکت به عنوان دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها، مشارکت به عنوان برقراری ارتباط و دریافت اطلاعات؛ مشارکت به عنوان تصمیم‌گیری و مشارکت به عنوان کمک به مراقبت دسته‌بندی شد [۴]. حیطه "حضور" (Presence) نقش نسبتاً منفعلانه‌ای را برای مراقبین خانوادگی به عنوان بازدیدکنندگان در بخش مراقبت‌های ویژه یا شاهدان اقدامات تهاجمی بیان می‌کند. در حیطه "دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها" (Receiving Care and Having Needs Met)، اعضای خانواده بیماران بدحال به عنوان دریافت کنندگان مراقبت با نیازهای روانشناختی، اجتماعی و فیزیکی مشخص نشان داده می‌شوند. حیطه "ارتباط و دریافت اطلاعات" (Communication and Receiving Information)، به مراقبین خانوادگی به عنوان فردی که با بیمار و تیم درمانی ارتباط برقرار می‌کند و اطلاعات را دریافت می‌کند و یا در تفسیر و اشتراک‌گذاری اطلاعات مشارکت می‌کند، اشاره دارد. در توضیح حیطه "تصمیم‌گیری"، باید گفت که در طول مدت اقامت بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، مراقبین خانوادگی اغلب باید مسئولیت تصمیم‌گیری مرتبط با سلامت از جمله انتخاب‌هایی در مورد تشخیص، درمان و مراقبت‌های درمانی را بپذیرند و در نهایت فعال‌ترین حیطه مشارکت مراقبین خانوادگی یعنی "کمک به مراقبت از بیمار" (Contribution to Care) است که این نوع مشارکت طیفی از کمک‌های ملموس به مراقبت، مانند حمام کردن، ماساژ دادن و تمیز کردن تا کمک‌های ناملموس‌تر مانند حمایت اجتماعی و اخلاقی را در بر می‌گیرد [۴]. در این پژوهش، جهت برآورد امتیاز فعالیت‌های پرستاری برای اندازه‌گیری حجم کاری پرستار در بخش مراقبت‌های ویژه در مقیاس صفر درصد تا ۱۷۷ درصد استفاده شد که در آن ۱۰۰ درصد نشان‌دهنده نسبت ۱به ۱ بیمار به پرستار است [۱۷].

پرسشنامه دوم، پرسشنامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی بیماران بود. این پرسشنامه به وسیله هیکی و لاواندوسکی (Hickey & Lewandowski) در سال ۱۹۸۸ توسعه یافته است. این پرسشنامه دارای ۱۹ گویه است و در ایران در پژوهش حیدری و همکاران در سال ۱۳۹۰ در تهران مورد استفاده قرار گرفته است [۱۶]. پاسخ‌دهی به پرسشنامه به صورت مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت میان صفر تا چهار متغیر است. به جواب هرگز امتیاز صفر، به ندرت امتیاز۱، برخی اوقات امتیاز۲، بیشتر اوقات امتیاز۳ و همیشه امتیاز۴ تعلق می‌گیرد. در نهایت امتیاز این بخش نیز بر اساس نمره۷۶ محاسبه شد. تا امتیاز ۲۵ درک پائین، تا امتیاز ۶۰ درک نسبی و تا امتیاز ۷۶ درک پرستار بالا در نظر گرفته شد.

به منظور تعیین روائی کمی محتوا، پرسش‌نامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی بیماران به ۱۲ نفر از افراد متخصص (نه نفر هیئت علمی دکترای پرستاری و سه نفر دکترای آمار حیاتی)، ارائه شد. برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت سؤال) انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio) و برای اطمینان از اینکه سؤالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) استفاده شد. جهت تعیین روایی محتوایی پرسشنامه، برای تیم ۱۲ نفره ارسال و از آنان درخواست شد که در خصوص هر یک از سؤالات ابزار به صورت «ضروری است»، «ضروری نیست ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد»، پاسخ دهند. پاسخ‌ها بر اساس فرمول (Content Validity) (CVR) محاسبه شد و این میزان ۰/۸۶ به دست آمد. مجدداً پرسشنامه جهت محاسبه CVI به ۱۲ نفر از متخصصین ذکر شده داده شد و از آنان خواسته شد که در مورد هر یک از سؤالات، سه معیار زیر را بر اساس طیف لیکرتی چهار قسمتی اظهار نظر نمایند: مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن. (مثلاً ۱: غیرمرتبط، ۲: تاحدودی مرتبط، ۳: مرتبط و ۴: کاملاً مرتبط) و این میزان برابر با ۰/۸۸ به دست آمد. نظرات و پیشنهادات این افراد جمع‌آوری شده و توسط تیم تحقیق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اصلاحات لازم در آن انجام شد. ابزار اصلاح شده مجدداً به سه نفر از اعضای هیئت علمی که در این زمینه تخصص کافی داشتند جهت نظرخواهی نهایی داده شد و اصلاحات نهایی در آن اعمال شد.

جهت بررسی پایایی ابزار در هر یک از بخش‌ها، همبستگی داخلی سؤالات در پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از نمونه‌هایی که دارای مشخصات یکسان با واحدهای مورد پژوهش بودند قرار گرفت که این تعداد از نمونه‌های اصلی پژوهش حذف شدند. مقدار این ضریب ۰/۸۹ محاسبه شد. پس

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491.17.2.58]

از کسب معرفی‌نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه به مسئولین بیمارستان و اخذ رضایت از واحدهای مورد پژوهش و توضیح اهداف مطالعه، پرسشنامه‌ها توسط محقق در بین نمونه‌ها توزیع و در بازه زمانی ۳–۱ روز تکمیل شد. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و آزمون همبستگی پیرسون تحت نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. تمامی آزمون‌های آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار فرض شدند.

یافته‌ها

پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش با میانگین سنی ۷/۸۸ ± ۳۴/۶ و اکثراً خانم (۷۷/۳) درصد زن و ۶۲ درصد متأهل بودند. بنا بر یافته‌ها، ۶۸/۷ درصد از پرستاران مورد پژوهش اعلام کرده بودند که سابقه ابتلا به افسردگی ندارند و ۶۷/۳ درصد نیز اعلام داشتند سابقه ابتلا به اختلالات اضطرابی نداشته‌اند. میانگین نمره درک پرستار از نقش خود ۴۰/۷۹ با انحراف معیار ۶/۸۷ بود (درک نسبی) و بالاترین میانگین نمره کسب شده در گویه ۶ "درخواست ترک محل اعضای خانواده هنگام انجام اقدامات پرستاری" با میانگین ۳/۰۵ و انحراف معیار ۰/۹۸ و پایین‌ترین میانگین مربوط به گویه ۱۷" دخالت دادن اعضای خانواده در امر مراقبت" با میانگین ۱/۱۳ و انحراف معیار ۰/۹۹ بود (جدول یک).

جدول ۱. درک پرستار از نقش خود در قبال مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

	درک پرستار از نقش خود	هرگز (۰) فراوانی	به ندرت (۱) فراوانی	برخی اوقات (۲) فراوانی	بیشتر اوقات (۳) فراوانی	همیشه (٤) فراوانی	میانگین (انحراف‌معیار)
۱	احساس ناراحتی از مشاهده انجام وظایف به وسیله اعضای خانواده بیمار	۲۷ (۱۸)	۴۳ (۲۸/۷)	۴۸ (۳۲)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۲ (۸)	۱/۶۵(۱/۱۵)
۲	احساس ناراحتی درخصوص توضیح دادن پیش آگهی بیمار بدحال به اعضای خانواده	۱۵ (۱۰)	۱۹ (۱۲/۷)	۵۱ (۳۴)	۴۸ (۳۲)	۱۷ (۱۱/۳)	۲/۲۲(۱/۱۲)
۳	احساس ناراحتی از توضیح دادن درباره تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار	۴۷ (۳۱/۳)	۴۷ (۳۱/۳)	۳۲ (۲۱/۳)	۲۱ (۱۴)	۳ (۲)	۱/۲۴(۱/۱)
۴	احساس ناراحتی درباره توضیح دادن احتمال مرگ بیمار به اعضای خانواده	۹ (۶)	۱۱ (۷/۳)	۳۷ (۲۴/۷)	۵۷ (۳۸)	۳۶ (۲۴)	۲/۶۷(۱/۱)
۵	صحبت با خانواده درباره پیش آگهی بیمار	۲ (۱/۳)	۱۷ (۱۱/۳)	۵۸ (۳۸/۷)	۵۷ (۳۸)	۱۶ (۱۰/۷)	۲/۴۵(۰/۸۷)
۶	درخواست ترک محل اعضای خانواده هنگام انجام اقدامات پرستاری	۳ (۲)	۹ (۶)	۲۳ (۱۵/۳)	۵۷ (۳۸)	۵۸ (۳۸/۷)	۳/۰۵(۰/۹۸)
۷	توضیح وضعیت بیمار و تجهیزات متصل به بیمار و غیره به خانواده	۴ (۲/۷)	۱۸ (۱۲)	۳۹ (۲۶)	۶۱ (۴۰/۷)	۲۸ (۱۸/۷)	۲/۶۱(۱/۰۱)
۸	پرهیز از صحبت با خانواده درباره احتمال مرگ بیمار	۱۸ (۱۲)	۴۵ (۳۰)	۴۸ (۳۲)	۲۹ (۱۹/۳)	۱۰ (۶/۷)	۱/۷۹(۱/۰۹)
۹	عدم اختصاص وقت به خانواده به دلیل مشغولیت زیاد کاری	۲۰ (۱۳/۳)	۴۸ (۳۲)	۵۷ (۳۸)	۲۳ (۱۵/۳)	۲ (۱/۳)	۱/۵۹(۰/۹۴)
۱۰	ملاقات و آماده سازی اعضای خانواده پیش از واردشدن به بخش برای نخستین بار	۵ (۳/۳)	۲۴ (۱۶)	۵۳ (۳۵/۳)	۵۱ (۳۴)	۱۷ (۱۱/۳)	۲/۳۴(۰/۹۸)
۱۱	صحبت با اعضای خانواده درباره چگونگی سازگاری با تجربه داشتن بیمار بدحال	۲ (۱/۳)	۱۴ (۹/۳)	۷۰ (۴۶/۷)	۵۶ (۳۷/۳)	۸ (۵/۳)	۲/۳۶(۰/۷۸)
۱۲	صحبت با اعضای خانواده درباره تأثیر بیماری بحرانی روی بیمار	۲ (۱/۳)	۱۷ (۱۱/۳)	۶۸ (۴۵/۳)	۵۶ (۳۷/۳)	۷ (۴/۷)	۲/۳۳(۰/۷۹)
۱۳	همکاری گرفتن از سایر پرستاران برای رفتن به بیرون و صحبت با خانواده بیمار	۹ (۶)	۳۸ (۲۵/۳)	۶۲ (۴۱/۳)	۳۰ (۲۰)	۱۱ (۷/۳)	۱/۹۷(۰/۹۹)
۱۴	معرفی خود به خانواده هنگام انجام مراقبت	۱ (۰/۷)	۱۲ (۸)	۳۷ (۲۴/۷)	۵۲ (۳۴/۷)	۴۸ (۳۲)	۲/۸۹(۰/۹۷)
۱۵	آزاد نگه داشتن اعضای خانواده برای طرح آزادانه سؤالات خود	۷ (۴/۷)	۱۹ (۱۲/۷)	۴۲ (۲۸)	۶۰ (۴۰)	۲۲ (۱۴/۷)	۲/۴۷(۱/۰۴)
۱۶	عدم ایجاد محدودیت در زمان ملاقات اعضای خانواده	۲۶ (۱۷/۳)	۲۸ (۱۸/۷)	۵۲ (۳۴/۷)	۳۰ (۲۰)	۱۴ (۹/۳)	۱/۸۵(۱/۲)
۱۷	دخالت دادن اعضای خانواده در امر مراقبت	۴۵ (۳۰)	۵۸ (۳۸/۷)	۳۱ (۲۰/۷)	۱۴ (۹/۳)	۲ (۱/۳)	۱/۱۳(۰/۹۹)
۱۸	تسهیل در ایجاد ارتباط میان اعضای خانواده و بیمار	۰ (۰)	۲۲ (۱۴/۷)	۶۳ (۴۲)	۵۵ (۳۶/۷)	۱۰ (۶/۷)	۲/۳۵(۰/۸۱)
۱۹	تشویق اعضای خانواده به تماس گرفتن و صحبت با پرستار مراقبت کننده	۱۸ (۱۲)	۳۹ (۲۶)	۵۵ (۳۶/۷)	۲۹ (۱۹/۳)	۹ (۶)	۱/۸۱(۱/۰۷)
	انحراف معیار ± میانگین			۷۹/۸۷ ± ۴۰/۶			
	بیشینه – کمینه			۵۹–۱۸			

بر اساس تحلیل آماری درک پرستار با میزان مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار ارتباط معنی‌دار آماری داشته‌است (P = ۰/۰۰۴). به طوری که مقایسه دو به دو نشان‌دهنده آن بود که درک پرستاران با تصمیم‌گیری مراقبین بیمار به طور معنی‌داری بالاتر از پرستاران با مشارکت دادن مراقب بیمار در ارتباط و دریافت اطلاعات بود (P = ۰/۰۰۱) همچنین درک پرستار با سن (P = ۰/۰۰۴) و سابقه کار پرستاری (P = ۰/۰۱۵) نیز همبستگی معنی‌دار آماری مثبت داشت. به عبارتی با افزایش سن و سابقه کار، درک پرستار از نقش خود نیز افزایش می‌یابد (جدول دو).

جدول ۲. ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی و درک پرستاران در قبال نقش خود در برابر مراقبین خانوادگی

مشخصات فردی		فراوانی	درک پرستار		نتیجه آزمون	
			میانگین	انحراف معیار		
جنسیت	زن	۱۱۶	۴۱/۰۹	۶/۶۸	Df = ۱۴۸	*t = ۰/۹۸۶

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491.17.2.58]

	مرد	۳۴	۳۹/۷۶	۷/۵	P =۰/۳۲۶
وضعیت تأهل	مجرد	۵۷	۳۹/۹۶	۶/۲۵	*t=۱/۱۴۸ df=۱۴۸
	متأهل	۹۳	۴۱/۲۹	۷/۲۱	P=۰/۲۵۳
وضعیت استخدامی	طرحی	۷	۳۶/۸۵	۳/۸۴	
	پیمانی	۵۸	۴۰/۱	۷/۱۵	**F=۱/۵۵۷
	رسمی	۷۵	۴۱/۳۶	۶/۶۱	P=۰/۲۰۲
	سایر	۱۰	۴۳/۲	۷/۹۲	
رضایت از پرستاری	بله	۴۹	۴۰/۱۶	۶/۶۷	*t=۰/۷۷۳
	خیر	۱۰۱	۴۱/۰۹	۶/۹۷	df=۱۴۸ P=۰/۴۴۱
میزان مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار	حضور	۳۴	۴۰	۵/۹۵	
	برآورده کردن نیازها	۱۹	۴۱/۰۵	۵/۱۵	**F=۴/۰۴۷
	ارتباط و دریافت اطلاعات	۳۲	۳۷/۴۱	۶/۶۲	P=۰/۰۰۴
	تصمیم‌گیری	۴۱	۴۳/۵۱	۶/۲۸	
	کمک به مراقبت از بیمار	۲۴	۴۱/۵۴	۸/۷	
سابقه ابتلا به افسردگی	خیر	۱۰۳	۴۰/۶۱	۷/۱۳	**F=۰/۲۴۴
	بله	۱۴	۴۰/۳۵	۴/۴۸	P=۰/۷۸۴
	نمی‌داند	۳۳	۴۱/۵۱	۸/۹۷	
سابقه ابتلا به اختلالات اضطرابی	خیر	۱۰۱	۴۱/۱۳	۷/۲۶	**F=۰/۵۱۵
	بله	۲۱	۳۹/۵۲	۴/۰۲	P=۰/۵۹۹
	نمی‌داند	۲۸	۴۰/۴۶	۷/۱۶	
سن (سال)				P=۰/۰۰۴	***r=۰/۲۳۲
سابقه کار پرستاری (سال)				P=۰/۰۱۵	***r=۰/۱۹۹
سابقه کار بخش ویژه (سال)				P=۰/۱۳۶	***r=۰/۱۲۲
امتیاز فعالیت‌های پرستاری				P=۰/۴۷۳	***r= -۰/۰۵۹

* آزمون تی مستقل ** آنالیز واریانس *** آزمون همبستگی پیرسون

بحث

این مطالعه با هدف تعیین درک پرستار از نقش خود در قبال مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه صورت گرفت. در مطالعه حاضر ارتباط آماری معناداری بین سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه با درک از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی دیده نشد که این یافته‌ها هم‌راستا با مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۹۳)، است که با استفاده از ابزار استفاده شده در پژوهش حاضر انجام شده است [۱۶]. از بین مشخصات جمعیت‌شناختی، در این مطالعه ارتباط آماری معناداری بین سن و سابقه کار پرستاری با درک پرستاران از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی دیده شد. با افزایش سن و همراه با آن سابقه کار در پرستاری، تجربه پرستاران منجر به کسب بینش عمیق‌تری در ارتباط با مدیریت مراقبین در بالین و مراقبت از بیمار می‌شود و می‌توان افزایش تجربه در پرستاری را امتیاز مثبتی در ارتقاء این جنبه از درمان در مراقبت خانواده‌محور تلقی کرد.

در مطالعه حاضر، بیشترین نمره کسب شده در مشارکت دادن مربوط به بالاترین سطح مشارکت فعال و کمک به مراقبت از بیمار بوده است که طیفی از کمک‌های ملموس به مراقبت، مانند حمام کردن، ماساژ دادن و تمیز کردن تا کمک‌های ناملموس‌تر مانند حمایت اجتماعی و اخلاقی را در بر می‌گیرد. در مطالعه هتلند و همکاران نیز در اوهایو (۲۰۱۷)، از میان فعالیت‌های مراقبت از بیمار که به خانواده‌ها ارائه می‌شد، پرستاران مراقبین خانوادگی را برای انجام کارهای ساده روزانه مانند استفاده از لوسیون، غذا دادن به بیمار، شستن دست‌های بیمار و برقراری ارتباط با بیمار دعوت می‌کردند. با احتمال بسیار کمتری، پرستاران از مراقبین خانوادگی برای کمک به اقدامات مراقبتی نیازمند به خلوت یا تهاجمی مانند توالت کردن (۴۸ درصد) و مراقبت از پرینه (۳۸ درصد) یا فعالیت‌هایی که به طور خاص با نقش پرستاری حرفه‌ای مرتبط هستند، از جمله ارزیابی علائم (۳۴ درصد)، مراقبت از تراکئوستومی (۲۱/۷ درصد) و ساکشن لوله تراشه (۳/۹ درصد) مشارکت خواسته بودند [۱۸]. در مطالعه مشابهی که توسط عمری و همکاران (۲۰۱۳)، در اردن بر روی ۱۲۷ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد، پرستاران در مداخلاتی از مراقبین خانوادگی کمک می‌گرفتند که نیاز به هیجان، زمان و مهارت‌های ارتباطی کمتری داشت [۱۹]. در مطالعه‌ای که در مصر انجام شد؛ اکثریت پرستاران به این درک رسیده بودند که مهمترین بعد از نقش آنان در قِبَل خانواده برآورده کردن نیازهای اطلاعاتی بیماران است [۲۰]. در مطالعه دیگری دو موضوع کلیدی شامل نیاز به انجام کارها توسط

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491.17.2.58]

خانواده و مشارکت در مراقبت عنوان شد [۲۱]. در مطالعه بنفشه‌زاده و همکاران (۲۰۲۱)، که درک پرستاران شاغل در بخش آنکولوژی را مورد بررسی قرار دادند، پرستاران نقش خود را شامل داشتن حمایت روانی از بیمار و خانواده، آموزش به بیمار و حمایت از خودکارآمدی عنوان کرده بودند [۲۲]. در مطالعه گائینی و همکاران (۲۰۲۱)، نیز پرستاران نقش خود را شامل ارائه اطلاعات، مدیریت اطلاعات و نحوه استفاده از اطلاعات عنوان کردند [۲۳]. تفاوت‌های دیده شده در سطح مشارکت مراقبین خانوادگی در مطالعات یاد شده را می‌توان به تفاوت در فرهنگ کشورهای مورد پژوهش، تفاوت در امکانات ارائه خدمات مراقبتی و تفاوت در سطح نیازهای بیمار و مراقبین خانوادگی و همچنین تفاوت در ویژگی‌های پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش دانست. در زمینه بررسی ارتباط درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی و مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار، مطالعه‌ای یافت نشد تا بتوان نتایج این مطالعه را با نتایج سایر مطالعات مورد مقایسه قرار داد و می‌توان این مطالعه را به عنوان مطالعه‌ای پیشگام برای شروع مطالعاتی با محوریت درک پرستاران در مراقبت‌های خانواده‌محور در نظر گرفت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که نتیجه‌گیری درباره علیت را دشوار می‌سازد. انجام مطالعاتی با سایر روش‌های تحقیق با حجم نمونه بالاتر توصیه می‌شود. همچنین، توصیه می‌شود در مطالعات آینده پرستاران شاغل در سایر بخش‌های بیمارستان مورد بررسی قرار گیرند تا گام‌های بیشتری در زمینه نهادینه‌سازی آموزش مراقبت خانواده‌محور در سیستم مراقبتی ایران برداشته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به کسب نمره نسبی پرستاران در درک نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی و با توجه به اهمیت موضوع مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در تکمیل فرآیند مراقبت و درمان، یافتن راه‌هائی برای افزایش درک پرستاران ضروری به نظر می‌رسد. در این زمینه می‌توان با توصیه به در نظر گرفتن نیروهای کافی برای ارائه مراقبت، استفاده از نیروهای پرستاری با مهارت بالاتر در برقراری ارتباط و مشارکت گرفتن از مراقبین خانوادگی به عنوان الگو و همچنین در نظر گرفتن امتیازاتی برای پرستاران فعال و توانمند در این زمینه توسط سیستم مراقبتی، گامی ارزشمند در جهت ترویج مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در امر مراقبت و ارتقای فرهنگ مراقبت خانواده‌محور برداشت.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه با شناسه اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1403.030 مصوب ۱۴۰۳/۰۳/۱۶ از دانشگاه علوم پزشکی تهران است. نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی این طرح را عهده‌دار شدند و همچنین از تمامی پرستاران محترم شرکت‌کننده در پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع

به این وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. 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. J Mazandaran Univ Med Sci 2017;26(146):88-99. jmums.mazums.ac.ir/article-1-9644-en.html
2. Rainville C, Skufca L, Mehegan L. Family caregiving and out-of-pocket costs: 2016 report. Washington, DC: AARP Research. 2016;November 2016. doi:10.26419/res. 00138. 002
3. 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. Aust Crit Care. 2020 Jul;33(4):317-325. doi:10.1016/j.aucc. 2019.06.002.
4. Olding M, McMillan S, Reeves S ,Schmitt M, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. Health Expect. 2016;19(6):1183-202. doi: 10.1111/hex.12402.
5. Parker A. Family, Caregiver. InEncyclopedia of Behavioral Medicine 2020 Oct 20 (pp. 857-859). Cham: Springer International Publishing.
6. Heydari A, Sharifi M, Moghaddam AB. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: a scoping review. Geriatric Nursing. 2020;41(4):474-84. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.01.020
7. Kherad M ,Arab M, Afrasyabi Z, Sadeghimehr R. Investigate the effect of family visit on sleep quality and anxiety of hospitalized burn patient in Ghotbeddin hospital at Tehran. Journal management system. 2015;8(30):193-203.doi. 20.1001.1.22285516.1396.8.30.13.4
8. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative care for family caregivers. Journal of Clinical Oncology. 2020;38(9):926-36. doi: 10.1200/ JCO.19.00018.
9. Bashti S, Aghamohammadi M, Heidarzadeh M. The impact of family visits on the level of anxiety in patients with angina pectoris hospitalized in intensive care units. Journal of

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491.17.2.58]

Health and Care. 2016;18(2):161-9. hcjournal.arums.ac.ir/article-1-551-en.html
10. Rose L, Yu L, Casey J, Cook A, Metaxa V, Pattison N, Rafferty AM, Ramsay P, Saha S, Xyrichis A, Meyer J. Communication and virtual visiting for families of patients in intensive care during the COVID-19 pandemic: a UK national survey. Annals of the American Thoracic Society. 2021 Oct;18(10):1685-92. doi: 10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC
11. Morton PG, Thurman P. Critical care nursing: a holistic approach. Lippincott Williams & Wilkins; 2023 Jan 13.
12. Sadin H, Hosseinkhani S, Aghaie B, Norouzadeh R. The Relationship between the Perception of the Role of Nurses in Relation to the Family with Satisfaction and Worry of Families of Patients Admitted to the Intensive Care Unit. Journal of Nursing Education. 2022;11(6):72-83. doi. 10.22034/JNE.11.6.72
13. Fox-Wasylyshyn S, El-Masri M, Williamson K. Family perceptions of nurses' roles toward family members of critically ill patients: A descriptive study. Heart & Lung. 2005 34(5):335-44. doi:10.1016/j.hrtlng.2005.03.001.
14. 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
15. Dijkstra B, Schoonhoven L, Felten-Barentsz K, MJM vdV, van-der-Hoeven J, Vloet L. Health care providers' perceptions of family participation in essential care in the intensive care unit: A qualitative study. Nurs Crit Care. 2024. doi: 10.1111/nicc.13188
16. Heidari MR, Norouzadeh R, Pishnamazy Z. ICU nurse's perception of their roles toward the patient's family. journal of ethics and culture in nursing and midwifery. 2014;1(1):57-64.
17. Miranda D, Nap R, de-Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003;31:374-82. doi: 10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC.
18. Hetland B, Hickman R, McAndrew N, Daly B. Factors Influencing Active Family Engagement in Care Among Critical Care Nurses. AACN Adv Crit Care. 2017;28(2):160-70. doi: 10.4037/aacnacc2017118.
19. Omari F. Jordanian nurses' perceptions of their roles toward the families of hospitalised critically ill patients. Journal of Research in Nursing. 2013;18(7):669-80. doi:10.1177/1744987112455584
20. Lotfy-Abdel-Aziz A, Sayed-Ahmed S-E, El-Hakeem-Younis G-A. Family Needs of Critically Ill Patients Admitted to the Intensive Care Unit, Comparison of Nurses and Family Perception. American Journal of Nursing Science. 2017;6(4):333-46. doi:10.11648/j.ajns.20170604.18
21. Kydonaki K, Kean S, Tocher J. Family INvolvement in inTensive care: A qualitative exploration of critically ill patients, their families and critical care nurses (INpuT study). J Clin Nurs. 2020;29(7-8):1115-28. doi: 10.1111/jocn.15175.
22. Bafandeh-Zendeh M, Hemmati-Maslakpak M, Jasemi M. Nurses' perceptions of their supportive role for cancer patients: A qualitative study. Nurs Open. 2022;9(1):646-54. doi: 10.1002/nop2.1112
23. Gaeeni M, Farahani M, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. Glob J Health Sci. 2014;7(2):8-19.doi: 10.5539/gjhs.v7n2p8.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491.17.2.58]