

Research Paper

Barriers to Early Mobility of Patients in the Intensive Care Unit of Hospitals in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, Iran, According to the Perceptions of Physicians, Nurses, and Physiotherapists

Javad Sajadifar¹, Farshad Sharifi² , *Fatemeh Bahramnezhad³ 

Citation Sajadifar J, Sharifi F, Bahramnezhad F. [Barriers to Early Mobility of Patients in the Intensive Care Unit of Hospitals in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, Iran, According to the Perceptions of Physicians, Nurses, and Physiotherapists (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2023; 36(141):14-25. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.1352.3>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.1352.3>



Received: 26 Sep 2022

Accepted: 21 Apr 2023

Available Online: 01 May 2023

Keywords:

Early mobility,
Intensive care unit,
Nurse, Physician,
Physiotherapist

ABSTRACT

Background & Aims The early mobility of a patient hospitalized in the intensive care unit (ICU) is a very complicated issue and requires coordination between the departments and between all ICU staff, including physicians, nurses, and physiotherapists. Early mobilization program is safe and feasible and has positive results for the patient, medical staff, families, and health system. The present study aims to determine the barriers to early mobility of patients admitted to the ICUs of hospitals in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, Iran.

Materials & Methods This is a descriptive cross-sectional study conducted in 2020-2022. The study population consists of the ICU staff of hospitals in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, including physicians, nurses, and physiotherapists. Sampling was done by a census method. The data were collected using a demographic form and a researcher-made questionnaire of early mobility barriers of ICU patients and analyzed in SPSS software, version 18 using descriptive and inferential statistics.

Results In the present study, 174 nurses, physicians, and physiotherapists answered the questionnaire, where 57.8% were female and 59.8% were single. Among the barriers to early mobility, the patient-related barriers had the lowest mean (0.411 ± 0.108) and cultural barriers had the highest mean (0.478 ± 0.146).

Conclusion It is necessary to investigate the barriers to early mobility of patients admitted to the ICU of study hospitals, especially the cultural barriers. In this regard, there is a need to design a clinical protocol to manage and reduce these barriers.

1. Department of Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Geriatrics Research Center, Endocrine Population Sciences Research Institute, Endocrine and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Intensive Care Nursing, NNursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** Corresponding Author:**

Fatemeh Bahramnezhad, Associated Professor.

Address: Department of Intensive Care Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (991) 2318581

E-Mail: bahramnezhad@sina.tums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

The early mobility of a patient hospitalized in the intensive care unit (ICU) is a complicated issue that requires coordination between departments and between all ICU staff, including physicians, nurses, and physiotherapists. Early mobilization is safe and feasible and has positive results for the patient, medical staff, families, and health system. On the other hand, early immobility in the bed can lead to ICU-acquired weakness in the patient, which itself can lead to joint injuries, venous thromboembolism, insulin resistance, microvascular changes, bedsores, atelectasis, occurrence of pneumonia, increase in mortality, decrease in quality of life, muscle and skeletal disabilities. In this regard, the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) has considered physical mobility disorders related to pain, weakness, fatigue, the reducing effect of anesthetics, painkillers, narcotics, reduced joint mobility, decreased muscle strength, lack of treatment planning in nursing diagnoses. This study aims to determine the barriers to early mobility of patients admitted to the ICU of hospitals in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, Iran.

Methods

This is a descriptive cross-sectional study that was conducted in 2020-2022. The study population consists of ICU staff of hospitals in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad province including physicians, nurses and physiotherapists. The entry criteria were willingness to participate in the study, at least six months of work experience in the ICU (for nurses), being the resident physician of the ICU or the attending physician (for physicians), at least one year of work experience in the ICU (for physiotherapists). Sampling was done by a census method after explaining the study objectives to the participants and obtaining their informed consent.

A demographic form and a researcher-made questionnaire of early mobility barriers for ICU patients were provided to the participants. Since the sampling was done during the COVID-19 pandemic, the questionnaire was provided and completed online. It should be noted that the questionnaire was designed based on the literature. It had 48 items and four domains of patient-related barriers, cultural barriers, structural barriers, and process-related barriers. The items are rated on a 5-point Likert scale: Completely agree, to some extent agree, no idea, disagree, and completely disagree. This questionnaire was used after confirming

its validity and reliability. After collecting data, they were analyzed in SPSS software, version 18. Kolmogorov-Smirnov test was used to check the normal distribution of the data. Kruskal-Wallis test was used to examine the differences. The significance level was set at 0.05.

Results

In this study, participants were 174 nurses, physicians, and physiotherapists, where 57.8% were female and 59.8% were single. Among the barriers to early mobility, the patient-related barriers had the lowest mean (0.411 ± 0.108) and cultural barriers had the highest mean (0.478 ± 0.146).

Conclusion

This study showed that, according to physicians, nurses and physiotherapists, cultural barriers were the most important factors in preventing the early mobility of patients followed by process-related and structural barriers. This may be due to the importance of religious beliefs in patients. One of the limitation of this study was the small number of physiotherapists. In this study, only two physiotherapists were included. The perspectives of physiotherapists could help more in understanding the barriers of early mobility in patients due to their important role in this field. The reason was their lack of time; they were too busy in performing their own tasks and did not have time to pay attention to the early mobility of patients. To facilitate the implementation of early mobility protocols in the ICUs, a sufficient number of physiotherapists should be recruited. In addition, the cooperation between physiotherapists, nurses and physicians should be taken into consideration. In-service trainings should be provided to the ICU staff to increase their knowledge of early mobility protocols.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Tehran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.TUMS.FNM.REC.1399.085). The study objectives were explained to the participants and they were assured of the confidentiality of their information. Then, written informed consent was obtained from the study participants.

Funding

This article was extracted from a master's thesis of Javad Sajadifar, Critical Care Department, [Tehran University of Medical Sciences](#). This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Authors' contributions

The authors contributed equally to preparing this article.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the nurses, physicians, and physiotherapists participated in the study for their cooperation.

مقاله پژوهشی

موانع تحرک زود هنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در بیمارستان‌های واقع در استان کهگیلویه و بویراحمد از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ

جواد سجادی فر^۱، فرشاد شریفی^۲، فاطمه بهرام‌نژاد^{۳*}



Citation Sajadifar J, Sharifi F, Bahramnezhad F. [Barriers to Early Mobility of Patients in the Intensive Care Unit of Hospitals in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, Iran, According to the Perceptions of Physicians, Nurses, and Physiotherapists (Persian)]. Iran Journal of Nursing. 2023; 36(141):14-25. <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.1352.3>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.36.141.1352.3>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۴ مهر ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۱ اردیبهشت ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ اردیبهشت ۱۴۰۲

زمینه و هدف: مفهوم تحرک زود هنگام از تخت بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه، یک مفهوم بسیار پیچیده است که نیازمند هماهنگی بین بخشی، صرف انرژی و هماهنگی همه کارکنان بخش مراقبت ویژه شامل پزشک، پرستار و فیزیوتراپ است. تحرک زود هنگام ایمن، امکان پذیر و همراه با نتایج مثبتی برای بیمار، کادر درمانی، خانواده و نظام سلامت است. در واقع این مفهوم تعریف واحدی ندارد و در متون مختلف از خروج از تخت در اولین فرصت تا انجام فعالیت بدنی در تخت و تحت تهویه مکانیکی بدان اشاره شده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع تحرک زود هنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ است. جامعه پژوهش این مطالعه کارکنان درمان شامل پزشکان، پرستاران و فیزیوتراپ‌های شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد و به صورت سرشماری بود. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته موانع تحرک زود هنگام بیماران بخش ویژه، جمع‌آوری و وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ شدند. با کمک آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل داده‌ها صورت گرفت.

یافته‌ها: در مطالعه حاضر ۱۷۴ پرستار، پزشک، فیزیوتراپ به پرسش‌نامه پاسخ دادند. ۵۷/۸ درصد از نمونه‌ها زن و بیشتر پاسخ‌دهندگان (۵۹/۸ درصد) مجرد بودند. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، موانع مرتبط به بیمار کمترین میانگین (۰/۴۱۱±۰/۱۰۸) و موانع فرهنگی بیشترین میانگین (۰/۴۷۸±۰/۱۴۶) را در بین موانع تأثیرگذار در خصوص تحرک زود هنگام به خود اختصاص داده‌اند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه، لازم است موانع تحرک زود هنگام در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به خصوص موانع فرهنگی مورد بررسی قرار گیرد و بر همین اساس، راهنمای بالینی و پروتکل مناسب جهت مدیریت و کاهش این موانع طراحی و تدوین شود.

کلیدواژه‌ها:

تحرک زود هنگام، بخش مراقبت ویژه، پرستار، پزشک، فیزیوتراپ

۱. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات سالمندان، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. گروه پرستاری مراقبت ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر فاطمه بهرام‌نژاد

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت ویژه.

تلفن: ۲۳۱۸۵۸۱ (۹۹۱) ۹۸+

رایانامه: bahramnezhad@sina.tums.ac.ir

مقدمه

بیمارستانی، نگرش به بخش ویژه) و موانع فرایندی همچون فقدان قوانین، شرح وظایف و توزیع کار و مسئولیت در این زمینه مطرح شده است [۱۱، ۱۲]. این موانع چند وجهی است، اما موانع مرتبط به بیمار در رأس همه این موارد قرار می‌گیرد [۹، ۱۳]. در بسیاری از بیمارستان‌ها، فیزیوتراپ و یا پزشک برنامه تحرک و خروج از تخت بیمار را طراحی می‌کند، اما پرستار درخصوص تحرک و کمک به حرکت بیمار نقش اساسی را ایفا می‌کند [۱۴]. در همین زمینه، تشخیص‌های پرستاری ناندان نیز اختلال در تحرک جسمانی در رابطه با درد، ضعف، خستگی، اثر کاهنده داروهای بیهوشی، مسکن، مخدر، کاهش تحرک مفصلی، کاهش قدرت عضلانی، فقدان برنامه‌ریزی درمانی را در تشخیص‌های پرستاری مد نظر قرار داده است [۱۵].

باتوجه به اثرات منفی نداشتن تحرک زود هنگام در کاهش کیفیت زندگی فرد بعد از ترخیص از بیمارستان، بررسی عوامل نداشتن تحرک زود هنگام بیماران در هر کشوری و حتی در هر بیمارستانی می‌تواند در پیشگیری از کاهش کیفیت زندگی بیماران کمک‌کننده باشد [۱۶]. بررسی این موانع و تلاش برای اصلاح و یا بهبود آن‌ها می‌تواند به بیماران بستری در کشور ما نیز کمک کند. دانشگاه علوم پزشکی کهگلویه و بویراحمد با ۶ بیمارستان دانشگاهی با ۶۱ تخت بخش مراقبت ویژه، یکی از استان‌های کم برخوردار کشور است که آمار بالایی از بستری و مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده‌ای را به خود اختصاص داده است.

در این استان بیماری‌های غیرواگیردار و مزمنی همچون فشارخون، بیماری‌های مزمن تنفسی، سرطان و سگته‌های مغزی نیاز به بستری در بیمارستان و به‌خصوص در بخش مراقبت ویژه را در سال ۱۳۹۷ افزایش داده است. نظر به این که بیشترین جمعیت این استان روستایی و از نظر وضعیت اقتصادی کم برخوردار هستند، امکان مراجعه به سایر مراکز درمانی استان‌های مجاور را ندارند و باید از خدمات بیمارستان‌های استان خود استفاده کنند و لزوم مدیریت منابع در این استان الزامی است. این در حالی است که باتوجه به کمبود نیروی انسانی و منابع بعضاً بیماران به دلایل مختلف روزهای طولانی در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شوند و پژوهشگر در طی دوره ۱۰ ساله کار خود شاهد بسیاری از بیماران بود که باوجودی که هوشیار بودند و یا وضعیت همودینامیک مناسبی داشتند و یا بیمار هوشیار بود و به ونتیلاتور نیز وصل نبودند، اما هم خود بیمار و هم پرسنل اعم از پزشک و یا پرستار از تحرک وی حتی در تخت جلوگیری می‌کردند. براساس آنچه که گفته شد، مطالعه حاضر با هدف «تعیین موانع تحرک زود هنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کهگلویه و بویراحمد» انجام شد.

مفهوم تحرک زود هنگام از تخت بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه یک مفهوم بسیار پیچیده است که به هماهنگی بین بخشی، صرف انرژی و هماهنگی همه پرسنل بخش مراقبت ویژه اعم از پزشک، پرستار و فیزیوتراپ نیاز دارد [۱]. در واقع به فعالیت بدنی و تحرک در تخت و یا خارج شدن بیمار از تخت با وجود دریافت تنفس از طریق دستگاه تهویه مکانیکی در طی ۲ یا ۳ روز اول بستری در بخش مراقبت ویژه، تحرک زود هنگام گفته می‌شود [۲]. تعریف واحدی برای این مفهوم در متون وجود ندارد. برخی انجام فعالیت بدنی هوازی و غیرهوازی در تخت را با وجود دریافت اقدامات حفظ حیات فرد را تحرک زود هنگام می‌دانند و برخی دیگر این تعریف را به خروج از تخت با وجود داشتن دستگاه تهویه مکانیکی دانسته‌اند [۱، ۳].

تحرک زود هنگام ایمن می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و افزایش بقای بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، کاهش بروز دلیریوم، کاهش مدت بستری در بخش مراقبت ویژه و بیمارستان کمک کند [۴-۶]، در حالی که نداشتن تحرک زود هنگام در تخت می‌تواند، منجر به بروز ضعف ناشی از بستری در بخش مراقبت ویژه در بیمار شود که خود می‌تواند منجر به آسیب‌های مفصلی، ترمبوا مبولی و ریوی، مقاومت به انسولین، تغییرات میکروواسکولار^۲، زخم بستر، آتلکتازی^۲، بروز پنومونی، افزایش مرگ، کاهش کیفیت زندگی و بروز ناتوانی‌های عضلانی و اسکلتی شود [۲، ۴، ۵، ۷، ۸]. همچنین افزایش مدت زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند، باعث کاهش کیفیت در عملکرد بیماران بعد از ترخیص و نیز افزایش مرگ و میر و هزینه‌های وارده بر بیمار و سیستم‌های درمان شود و بر میزان اقامت کلی بیماران بعد از ترخیص از بخش مراقبت‌های ویژه تأثیر مستقیمی دارد [۹].

عوامل متعددی همچون تهویه مکانیکی، تجویز داروهای مخدر، داروهای آرامش‌بخش و اضطراب و ضعف عمومی، تحرک زود هنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه را با مشکل مواجه می‌کند [۵]. استفاده بی‌رویه از داروهای ضد درد یا مدیریت غیر اصولی درد، ندادن آگاهی به بیمار، تعداد زیاد کاتتر، اینتوبه بودن بیمار، ترس پرستار از بیمار بدحال بخش مراقبت ویژه، محدود بودن فضای بخش و نداشتن وقت کافی پرستاران نیز از مهم‌ترین عوامل در این زمینه هستند [۱۰، ۱۱].

در برخی متون، مهم‌ترین موانع تحرک زود هنگام از تخت را در ۴ بخش موانع مرتبط به بیمار (بی‌ثباتی همودینامیک، ضعف و بی‌حالی، دلیریوم)، موانع ساختاری (نبود پروتکل و تجهیزات)، موانع مرتبط به فرهنگ بخش مراقبت ویژه (سیاست‌های

1. Intensive Care Unit acquired weakness (ICUAW)
2. Microvascular
3. Atelectasis

4. American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

روش بررسی

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که در فاصله آبان سال ۱۳۹۹ تا اسفند سال ۱۴۰۰ در بخش‌های مراقبت ویژه سه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد انجام شد. به منظور انجام پژوهش پس از کسب مجوز اخلاق و مجوز ورود به بخش، پژوهشگر به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی این استان مراجعه کرده و پرستاران، پزشکان و فیزیوتراپ‌های دارای معیار ورود (تمایل افراد به شرکت در پژوهش، پرستاران با سابقه کار حداقل ۶ ماه در بخش مراقبت ویژه، پزشک مقیم بخش مراقبت ویژه یا معالج بیمار، فیزیوتراپ با سابقه کار حداقل ۱ سال در بخش مراقبت ویژه) را به صورت سرشماری وارد مطالعه کرد. ۱۷۴ نفر در مجموع وارد مطالعه شدند که همگی به سؤالات پاسخ دادند (نرخ پاسخ‌گویی ۱۰۰ درصد). پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. از آنجایی که نمونه‌گیری این مطالعه در دوره همه‌گیری کووید-۱۹ بود، پرسش‌نامه به صورت الکترونیکی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد.

پرسش‌نامه موانع تحرک زود هنگام بیماران بخش مراقبت ویژه پس از مرور متون تدوین شد و سپس در گروه خبرگان ۵ نفر عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی که در زمینه پرستاری مراقبت ویژه تدریس کرده بودند و زمینه کاری آن‌ها بود، ۳ پزشک متخصص بیهوشی که مقیم در بخش مراقبت ویژه بودند و همچنین ۳ پرستار و ۲ سرپرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه که بیش از ۱۰ سال سابقه کار در این بخش را داشتند و مدرک آن‌ها کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه بود، نهایی شد. پس از تعیین روایی محتوا^۵ و شاخص روایی محتوا^۶ در نهایت ۴۷ گویه در ۴ حیطه موانع مرتبط به بیمار، موانع مرتبط با فرهنگ، موانع سازمانی و موانع فرآیندی طراحی شدند. در این راستا در حیطه موانع مرتبط با بیمار با ۱۷ گویه (دامنه نمره بین ۱۷-۸۵)، موانع فرهنگی ۶ گویه (دامنه نمره بین ۶-۳۰)، موانع ساختاری ۹ گویه (دامنه نمره ۹-۴۵) و موانع فرآیندی ۱۵ گویه (دامنه نمره بین ۱۵-۷۵) با نسبت روایی محتوا (۱۰/۶۷) و شاخص روایی محتوا (۰/۷۰ تا ۰/۸۶ درصد) قرار گرفتند. در حیطه موانع فرهنگی آلفای کرونباخ ۰/۷۱، موانع ساختاری ۰/۸۲، موانع مرتبط با بیمار ۰/۸۱ و در حیطه موانع فرآیندی ۰/۸۲ بود برای پایایی به دلیل محدود بودن تعداد افراد جهت شرکت در مطالعه، ۲۰ نفر پرستار، ۲۰ نفر پزشک و ۲۰ نفر فیزیوتراپ از دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند و این افراد جزء نمونه‌های مطالعه حاضر نبودند.

نمونه‌های مطالعه پاسخ خود را برای هر گویه به صورت طیف لیکرت با ۵ سطح (پاسخ کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم،

مخالقم و کاملاً مخالفم) مشخص می‌کردند. به کاملاً موافقم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۵ اختصاص داده شد. همه گویه‌ها به صورت منفی طراحی شده بودند و پاسخ کاملاً موافقم یعنی با نقش آن مانع در پیشگیری از تحرک زود هنگام بیمار موافق است و کاملاً مخالفم به عنوان مخالفت کامل با مانع مطرح شده بود. نمره بالاتر یعنی تأثیر کمتر آن عامل در تحرک زود هنگام بیمار و برعکس.

پس از تکمیل پرسش‌نامه، داده‌های جمع‌آوری شده با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی همچون میانگین، انحراف معیار و میانه و همچنین درصد فراوانی متغیرهای مطالعه استفاده شد.

یافته‌ها

همه ۱۷۴ پرستار، پزشک و فیزیوتراپ شاغل در بخش مراقبت ویژه و دارای معیار ورود در این مطالعه شرکت کردند. براساس یافته‌های پژوهش، بیشتر شرکت‌کنندگان (۵۷/۸ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۳۱/۴۳±۶/۶۸ و سابقه کار آن‌ها ۷/۷۳±۶/۹ بود. سایر مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. ۲۳ نفر در این مطالعه پزشک، ۱۴۹ نفر پرستار و دو نفر فیزیوتراپ بودند.

پس از تطبیق میانگین و انحراف معیار، نمره موانع تحرک زود هنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ براساس تعداد گزینه‌های پرسش‌نامه مربوط به هر بخش مشخص شد که موانع فرهنگی از دیدگاه پزشکان (۰/۴۲۸±۰/۱۴۶) پرستاران (۰/۴۷۹±۰/۱۴۷) و فیزیوتراپ (۰/۵۴۳±۰/۱۸۸) مهم‌ترین عامل در عدم تحرک زود هنگام این بیماران است (جدول شماره ۲).

براساس تفکیک گویه‌های پرسش‌نامه در بخش موانع فرآیندی، مهم‌ترین مانع در عدم تحرک زود هنگام بیماران از دیدگاه پرستاران (۳/۱۰±۱/۱۶۹) و پزشکان (۳/۳۰±۱/۰۲۰)، عدم هماهنگی و همکاری بین اعضای کادر درمان از دیدگاه فیزیوتراپ‌ها، مهم‌ترین مانع، مصرف داروهای مخدر و سداتیو (۲/۴۹±۱/۲۱) بود. (جدول شماره ۳).

در بخش موانع مرتبط با بیمار، عدم همکاری بیمار از دیدگاه پرستاران (۲/۹۶±۱/۲۱۴)، پزشکان (۲/۹۶±۱/۱۳۴) و فیزیوتراپ‌ها (۲/۹۰±۱/۳۴) مهم‌ترین مانع بود (جدول شماره ۴).

همچنین در خصوص موانع ساختاری، مهم‌ترین مانع از دیدگاه پرستاران (۳/۰۹±۰/۶۶۷) و فیزیوتراپ‌ها (۲/۱۹±۰/۸۸)، نبود تعداد کافی پرسنل و از دیدگاه پزشکان (۲/۴۸±۰/۹۹۴) فقدان امکانات و تجهیزات مورد استفاده، بود (جدول شماره ۵). در خصوص موانع فرهنگی، فقدان تفکیک جنسیتی بیماران

5. Content Validity Ratio (CVR)
6. Content Validity Index (CVI)

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی پزشک، پرستار و فیزیوتراپ‌های شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد

تعداد (درصد)	مشخصات جمعیت‌شناختی	
۷۰(۴۰/۲)	متاهل	وضعیت تأهل
۱۰۴(۵۹/۸)	مجرد	
۱۲۵(۷۱/۸)	کارشناسی	تحصیلات
۲۱(۱۲/۱)	کارشناسی ارشد	
۲۸(۱۶/۱)	پزشک و دکتری	
۲۹(۱۶/۷)	طرحی	وضعیت استخدامی
۶۳(۳۶/۲)	قراردادی	
۲۶(۱۴/۹)	پیمانی	
۵۶(۳۲/۲)	رسمی	
۴(۲/۳)	پزشک مقیم	سمت فعلی
۱۳(۷/۵)	پزشک معالج	
۶(۳/۴)	رئیس بخش	
۷(۴)	سرپرستار	
۲(۱/۱)	مسئول فیزیوتراپی	
۱۴۲(۸۱/۶)	پرستار	نوبت کاری
۲۸(۱۶/۱)	صبح	
۲(۱/۱)	شب	
۳(۱/۷)	عصر	
۱۴(۸/۱)	در گردش	

نشریه پرستاری ایران

جدول ۲. تطبیق میانگین و انحراف معیار نمره موانع تحرک زود هنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ براساس تعداد گزینه‌های پرسش‌نامه مربوط به هر بخش

موانع	تعداد گویه‌های پرسش‌نامه	میانگین \pm انحراف معیار	
		پزشک	فیزیوتراپ
مربوط به بیمار	۱۸	۰/۴۱۱ \pm ۰/۱۰۸	۰/۴۴۱ \pm ۰/۱۰۰
ساختاری	۹	۰/۴۲۸ \pm ۰/۱۲۵	۰/۴۴۶ \pm ۰/۱۲۵
فرهنگی	۶	۰/۴۷۸ \pm ۰/۱۴۶	۰/۵۳۳ \pm ۰/۱۸۸
فرآیندی	۱۵	۰/۴۴۳ \pm ۰/۱۰۵	۰/۴۷۲ \pm ۰/۱۱۶

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار موانع فرایندی تحرک زود هنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به تفکیک گویه‌ها از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ

میانگین \pm انحراف معیار			موانع فرایندی
فیزیوتراپ	پزشک	پرستار	
۱/۳۰ \pm ۱/۰۰	۲/۲۰ \pm ۱/۰۲۰	۲/۱۰ \pm ۱/۱۶۹	عدم هماهنگی/همکاری بین اعضای کادر درمان
۲/۰۲ \pm ۱/۲۰	۲/۲۲ \pm ۱/۲۰۴	۱/۰۲ \pm ۱/۲۰۹	نگرانی در مورد حمایت قانونی از کادر درمان
۱/۱۲ \pm ۱/۰۴	۲/۰۴ \pm ۱/۱۴۷	۳/۰۴ \pm ۰/۹۱۰	استرس پرستار و تیم درمان
۳/۳۵ \pm ۱/۰۱	۲/۳۵ \pm ۱/۰۷۱	۲/۰۵ \pm ۰/۹۲۸	عدم هماهنگی اعضای تیم درمان
۲/۱۰ \pm ۱/۳۰	۲/۲۰ \pm ۱/۳۶۳	۲/۰۰ \pm ۱/۰۵۶	عدم تعداد کافی تیم درمان برای به حرکت در آوردن بیمار
۲/۱۹ \pm ۱/۱۰	۲/۰۹ \pm ۱/۰۴۱	۲/۰۹ \pm ۱/۰۱۸	زمانبر بودن رویه
۲/۱۵ \pm ۰/۹۲	۲/۶۵ \pm ۰/۹۸۲	۲/۱۵ \pm ۱/۱۲۴	عدم زمان کافی فیزیوتراپیست برای همکاری
۲/۰۱ \pm ۰/۹۰	۲/۰۰ \pm ۰/۹۰۵	۱/۰۴۹ \pm ۱/۰۰	عدم زمان کافی پرستاران
۲/۷۱ \pm ۱/۱	۲/۷۴ \pm ۱/۴۲۱	۱/۱۴۸ \pm ۱/۷۴	عدم دستور تحرک زود هنگام توسط پزشک معالج
۲/۱۴ \pm ۱/۴	۲/۷۴ \pm ۱/۰۵۴	۲/۷۴ \pm ۰/۹۹۶	عدم در نظر گرفتن تحرک زود هنگام به عنوان اولویت مراقبت
۲/۱۶ \pm ۰/۸۴	۲/۲۶ \pm ۰/۸۶۴	۲/۲۰ \pm ۰/۹۰۷	عدم آگاهی کادر درمان در مورد مزایای تحرک زود هنگام
۱/۲۲ \pm ۰/۰۵	۲/۲۲ \pm ۰/۷۹۵	۲/۲۱ \pm ۱/۰۱۴	خطر جابه‌جایی تجهیزات و کاتترهای متصل به بیمار
۲/۰۳ \pm ۰/۹۰	۲/۱۳ \pm ۰/۹۶۸	۲/۱۳ \pm ۰/۹۲۶	داشتن لوله تراشه
۲/۹۴ \pm ۱/۲۱	۲/۰۴ \pm ۱/۲۶۱	۲/۱۴ \pm ۱/۰۴۸	مصرف داروهای مخدر و سداتیو
۲/۵۰ \pm ۱/۰۹	۲/۵۲ \pm ۱/۰۳۹	۲/۱۲ \pm ۱/۰۱۴	هزینه بر بودن رویه

نشریه پرستاری ایران

موانع مربوط به بیمار از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ‌ها اهمیت کمتری داشت [۱۷].

همچنین در مطالعه جولی و همکاران در ایالات متحده آمریکا در خصوص، دیدگاه پزشکان و پرستاران و فیزیوتراپ در رابطه با موانع تحرک زود هنگام بیماران در بخش مراقبت ویژه مورد بررسی قرار گرفت. موانع مرتبط به بیمار از اهمیت کمتری در بین موانع برخوردار بود [۱۸]. در مطالعه‌ای که شینده و همکاران در هند انجام دادند، بیان کردند که موانع مرتبط به بیمار کمترین اهمیت را در بین موانع تأثیرگذار بر عدم تحرک زود هنگام بیماران دارد [۱۹]. شاید این فقدان هم‌راستایی نتایج مطالعه حاضر با مطالعات پیش‌گفت از این جهت باشد که در مطالعه حاضر ترس از بدحالی بیمار و یا فرایند مراقبت از بیماران متفاوت باشد. چون بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر پرستار بودند و توانایی تصمیم‌گیری مستقل در مورد شرایط بیمار را ندارند و احتمال بدحالی بیمار را در فرایند تحرک زود هنگام می‌دهند، بنابراین موانع مرتبط با بیمار آن‌ها را از تلاش برای تحرک زود هنگام منصرف می‌کند. همچنین این احتمال وجود دارد که شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر تعریف صحیحی از تحرک

در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه پرستاران (۲/۱۸ \pm ۱/۱۵۰) و پزشکان (۲/۷۸ \pm ۱/۴۴) و از دیدگاه فیزیوتراپ‌ها فقدان سازگاری پوشش بیماران بخش مراقبت ویژه با فرهنگ پوششی بیماران (۲/۷۴ \pm ۰/۶۰)، مهم‌ترین موانع بودند (جدول شماره ۶).

بحث

یافته‌های مطالعه نشان داد موانع مرتبط به بیمار کمترین میانگین را در بین موانع تأثیرگذار در خصوص تحرک زود هنگام به خود اختصاص داده است. بدین معنی که تیم درمان در محیط پژوهش حاضر، به دلیل موانعی که مرتبط با شرایط روانی و جسمی بیمار هستند، ترجیح می‌دهند که بیمار تحرک زود هنگامی نداشته باشد.

در همین زمینه، فونتا و همکاران در مطالعه‌ای در کشور برزیل دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ را در رابطه با موانع تحرک زود هنگام بیماران بخش مراقبت ویژه بررسی و اظهار کردند که مهم‌ترین موانع تحرک زود هنگام از دیدگاه پزشکان کمبود فیزیوتراپ، از دیدگاه پرستاران استرس شغلی و از دیدگاه فیزیوتراپ‌ها آسیب‌های فردی و کمبود زمان بود. در این مطالعه

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار موانع مرتبط با بیمار در تحرک زودهنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به تفکیک گویه‌ها از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ

میانگین ± انحراف معیار			موانع مرتبط با بیمار
فیزیوتراپ	پزشک	پرستار	
۲/۰۵±۱/۶۵	۲/۶۵±۱/۲۶۵	۲/۰۵±۰/۹۸۰	نگرانی‌های مربوط به حفظ ایمنی بیمار
۱/۴۳±۱/۰۱	۲/۴۳±۰/۹۹۲	۱/۰۶±۱/۴۳	عدم آگاهی بیمار در خصوص فواید تحرک زودهنگام
۲/۱۸±۰/۴۶	۲/۴۸±۰/۸۴۶	۳/۴۸±۱/۱۱۵	ترس از بدحال شدن بیمار
۲/۳۲±۰/۰۴	۲/۳۰±۰/۹۷۴	۲/۲۰±۱/۰۷۲	بستری طولانی مدت بیمار در بخش مراقبت ویژه
۲/۰۲±۱/۶۶	۲/۲۲±۱/۱۶۶	۲/۲۲±۱/۲۰۰	ثبات همودینامیک و وضعیت ثابت بیمار
۲/۱۴±۰/۹۶	۲/۱۴±۱/۰۹۶	۲/۱۴±۱/۳۴۷	وجود اختلالات انعقادی یا دریافت داروهای ضد انعقاد
۲/۱۵±۰/۰۸	۲/۳۵±۰/۸۸۵	۲/۳۵±۰/۹۳۸	عدم وجود تجهیزات حمایتی
۲/۹۰±۱/۳۴	۲/۹۶±۱/۳۶۴	۲/۹۶±۱/۲۱۴	عدم همکاری بیمار
۲/۱۳±۰/۸۹	۲/۱۳±۰/۸۶۹	۲/۰۳±۰/۹۸۰	ضعف عمومی بیمار/خستگی بیمار
۲/۰۱±۱/۱۸	۲/۶۱±۱/۱۵۸	۲/۱۱±۱/۰۹۹	سوء تغذیه بیمار
۱/۹۶±۰/۸۲۵	۱/۹۶±۰/۸۲۵	۱/۰۶±۰/۹۳۱	دلیریوم یا اژیتاسیون بیمار
۲/۲۲±۱/۰۸	۲/۲۲±۱/۰۸۵	۲/۰۲±۱/۰۵۱	چاقی یا اضافه وزن شدید
۲/۳۶±۱/۱۹	۲/۳۶±۱/۰۴۹	۲/۳۳±۱/۱۱۳	همودینامیک متغیر بیمار
۲/۰۵±۰/۱۴	۲/۵۵±۱/۱۴۳	۲/۲۲±۱/۱۲۶	عدم انگیزه و تمایل بیمار برای تحرک زودهنگام
۲/۴۰±۱/۱۶	۲/۴۸±۱/۱۶۳	۲/۱۸±۰/۹۰۳	وجود تهویه مکانیکی
۱/۳۰±۱/۱۰	۲/۳۰±۱/۱۰۵	۱/۳۰±۰/۸۱۳	داشتن یک ناتوانی یا معلولیت
۲/۱۲±۰/۱۵	۲/۲۲±۰/۹۵۱	۲/۲۰±۱/۰۵۶	استرس داشتن بیمار

نشریه پرستاری ایران

باشد. هرچند که پژوهشگر مطالعه دقیق تری در این زمینه را پیشنهاد می‌کند، زیرا در کشور ما نیز کمبود نیروی انسانی، فقدان وجود پروتکل تحرک زودهنگام و کمبود تجهیزات کاملاً مشهود است. بنابراین به نظر می‌رسد، باید به‌طور دقیق در این زمینه بررسی صورت گیرد.

همچنین در خصوص نقش موانع فرهنگی همچون نبود سازگاری پوشش بیماران بخش ویژه (نداشتن لباس) فقدان تفکیک جنسیتی بیماران و اعضای تیم درمان در بخش مراقبت ویژه، فقدان تخصیص کادر درمان همچون باتوجه به حساسیت بیمار، فرهنگ حاکم بر بخش مراقبت ویژه بودند که همگی باتوجه به تنوع فرهنگی و مذهبی کشور ما می‌تواند از موانع اصلی عدم تحرک زودهنگام بیماران باشد. این عامل کمترین تأثیر را داشت، اما به هر حال میانگین آن نشان دهنده اهمیت موضوع است.

زودهنگام بیمار ندارند و این تحرک را فقط منوط به خروج از تخت و راه رفتن می‌دانند. همچنین توصیه می‌شود، ابتدا مبتنی بر متون و تجربه متخصصین این حرفه تعریف صحیحی در زمینه تحرک زودهنگام ارائه شود.

در خصوص نقش موانع ساختاری در این مطالعه که به موانعی همچون کمبود نیروی انسانی، نداشتن زمان کافی، فقدان پروتکل مناسب، ترخیص زودهنگام و تجهیزات می‌پردازد. مطالعه فتلا و همکاران، جولی و همکاران و هانتر و همکاران موانع ساختاری به‌عبارتی نداشتن زمان کافی و کمبود نیروی انسانی را به‌عنوان مهم‌ترین موانع تحرک زودهنگام بیماران بخش مراقبت ویژه معرفی کرده بودند [۱۶-۱۸]. هرچند که در مطالعه حاضر موانع ساختاری اهمیت کمی در فرایند تحرک زودهنگام داشتند، اما در مطالعات یادشده، موانع ساختاری از مهم‌ترین دلایل عدم تحرک زودهنگام بیان شده بود. علت این تفاوت می‌تواند تفاوت راهبردهای مدیریتی و فرهنگ سازمانی حاکم بر بیمارستان‌ها

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار موانع ساختاری تحرک زودهنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به تفکیک گویه‌ها از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ

میانگین \pm انحراف معیار			موانع ساختاری
فیزیوتراپ	پزشک	پرستار	
۱/۲۲±۰/۱۲	۲/۲۲±۰/۹۰۲	۲/۱۲±۰/۷۸۰	عدم فضای کافی در بخش مراقبت ویژه
۱/۴۸±۰/۹۴	۲/۴۸±۰/۹۹۴	۲/۱۸±۰/۹۰۹	فقدان امکانات و تجهیزات مورد استفاده
۲/۱۹±۰/۸۸	۲/۰۹±۰/۸۴۸	۳/۰۹±۰/۶۶۷	نبود تعداد کافی پرسنل
۲/۱۷±۰/۹۸	۲/۱۷±۰/۹۸۴	۲/۳۷±۰/۸۲۱	مشخص نبودن شرح وظایف کادر درمان
۲/۰۹±۱/۱۸	۲/۳۹±۱/۱۱۸	۱/۳۹±۱/۰۰۷	عدم توجه سیاست‌ها و دستورالعمل بیمارستانی
۱/۱۳±۰/۹۸	۲/۱۳±۰/۹۶۸	۲/۴۳±۰/۸۷۴	عدم وجود پروتکل مشخص
۱/۹۰±۰/۹۷	۱/۹۶±۰/۹۷۶	۱/۰۰±۰/۸۹۷	عدم آموزش کافی به کادر درمان ایمن
۲/۱۴±۱/۱۷	۲/۰۴±۱/۱۰۷	۲/۰۱±۰/۷۳۳	نبود کادر فیزیوتراپی کافی جهت اجرا
۲/۰۱±۱/۱۸	۲/۶۱±۱/۱۱۸	۲/۹۱±۰/۹۶۳	دیدگاه‌ها و تشخیص مختلف گروه درمان در رابطه با مناسب بودن وضعیت بیمار

نشریه پرستاری ایران

یا شرایط فرهنگی نیازی به تفکیک جنسیتی نیست. نکته قابل توجه در پانل خبرگان تشکیل شده برای بررسی گویه‌های این مطالعه، تأکید بر تطابق جنسیتی و فقدان پوشش مناسب بیماران در بخش مراقبت ویژه بود که در مرور متون انجام شده این مورد یافت نشد، بر همین اساس می‌توان گفت که دغدغه فرهنگی کشور ما در تحرک زودهنگام بیمار متفاوت از سایر کشورها است.

در تعیین موانع فرایندی بخش مراقبت ویژه در خصوص تحرک زودهنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه پرستار، پزشک و فیزیوتراپ تحلیل داده‌ها نشان داد که موانع فرآیندی در تحرک زودهنگام بیماران بخش مراقبت ویژه شامل فقدان هماهنگی و برنامه‌ریزی، مشخص نبودن نقش‌ها و مسئولیت‌ها در تحرک زودهنگام بیمار و استرس و آسیب کارکنان بود. در

هاجسون و همکاران در مطالعاتی در ایالات متحده آمریکا موانع فرهنگی شامل فقدان فرهنگ تحرک زودهنگام، نبود ارتباط بین تیمی، فقدان حمایت و کارکنان بی تجربه در تحرک بیماران را از موانع اصلی فقدان تحرک بیماران در بخش مراقبت ویژه معرفی کردند و بر لزوم حمایت مسئولین و اولویت دادن تحرک زودهنگام در مراقبت از بیماران بخش مراقبت ویژه و همچنین تشکیل تیم چند حرفه‌ای تأکید کردند [۲۰]. با این حال در مطالعات جولی و همکاران [۱۸] و فونتلا و همکاران [۱۷]، فرهنگ تحرک زودهنگام در بین پرسنل بخش مراقبت ویژه وجود داشت و بیشتر آن‌ها معتقد به تحرک زودهنگام بیماران بودند. علت این تفاوت می‌تواند تفاوت در فرهنگ کشورها هم باشد. برای نمونه در بسیاری از کشورها، به واسطه مذهب

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار موانع فرهنگی تحرک زودهنگام بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به تفکیک گویه‌ها از دیدگاه پزشک، پرستار و فیزیوتراپ

میانگین \pm انحراف معیار			موانع فرهنگی
فیزیوتراپ	پزشک	پرستار	
۲/۷۴±۰/۶۹	۱/۷۴±۰/۶۱۹	۱/۶۴±۰/۹۶۱	فقدان سازگاری پوشش بیماران بخش ویژه (نداشتن لباس) با فرهنگ پوششی بیماران و همراهان
۲/۰۳±۱/۰۰	۲/۱۳±۱/۱۰۰	۲/۰۰±۰/۸۶۳	ممنوعیت تحرک زودهنگام در بخش مراقبت ویژه
۲/۰۲±۰/۱۳	۲/۵۲±۱/۱۲۳	۲/۰۲±۰/۹۸۹	مسئولیت‌پذیر نبودن کادر درمان در تحرک زودهنگام بیمار
۲/۰۸±۱/۴۵	۲/۷۸±۱/۴۴۵	۲/۱۸±۱/۱۵۰	فقدان تفکیک جنسیتی بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه
۱/۷۸±۱/۳۰	۲/۷۸±۱/۳۱۳	۲/۱۸±۱/۱۶۹	تخصیص ندادن کادر درمان هم جنس با توجه به حساسیت بیمار
۱/۵۷±۱/۰۹	۲/۵۷±۱/۱۹۹	۲/۱۷±۱/۲۰۹	نگرش کادر درمان مبنی بر نبود نیاز به تحرک زودهنگام

نشریه پرستاری ایران

نتیجه‌گیری

موانع فرهنگی مهم‌ترین دلیل برای عدم تحرک زودهنگام بیماران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه است که در این بین فقدان تفکیک جنسیتی بیماران در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه پرستاران و فقدان سازگاری پوشش بیماران بخش مراقبت ویژه با فرهنگ پوششی بیماران مهم‌ترین موانع بودند. بر همین اساس داشتن یک پروتکل مناسب برای تحرک زودهنگام در بخش مراقبت ویژه، ایجاد فرهنگ همکاری بین تیمی، آموزش‌های مکرر در خصوص اهمیت این موضوع، توجه به موارد تفکیک جنسیتی و مذهب افراد، جذب نیروی پرستاری و فیزیوتراپ همگی از موارد قابل اهمیت در حرکت زودهنگام بیمار در بخش مراقبت ویژه هستند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور انجام این مطالعه، پس از کسب مجوز اخلاق از کمیته مشترک اخلاق سازمانی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (IR.TUMS.FNM.REC.1399.085)، اهداف پژوهش با تأکید بر حفظ محرمانگی برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس از شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی دریافت شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه جواد سجادی‌فر در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

مشارکت‌نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویراحمد، پرستاران، پزشکان و فیزیوتراپ‌های شرکت‌کننده در مطالعه تقدیر و تشکر می‌کنند.

همین زمینه، ژو و همکاران در مطالعه‌ای در چین شایع‌ترین موانع تحرک زودهنگام بیماران را اکستیباسیون برنامه‌ریزی‌نشده و عدم هماهنگی و حضور فیزیوتراپی بر بالین بیمار بیان کردند [۲۱].

همچنین در مطالعه کلاستر و همکاران در ایالات متحده آمریکا، موانع نبود هماهنگی بین پرستاران نمره ۷ و نیاز به مشخص بودن وظایف و نقش‌ها نمره ۸ از ۱۰ دریافت کردند [۲۲]. نمرات بالایی که پزشکان، پرستاران و فیزیوتراپ‌ها در مطالعه کلاستر و همکاران در ایالات متحده آمریکا به موانع فرآیندی دادند، نشان از اهمیت این موانع در تحرک زودهنگام بیماران بخش مراقبت ویژه است. جمع‌آوری داده‌های این مطالعه در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ بود که بسیاری از پرستاران و پزشکان به دلیل حجم کاری بالا، حاضر به شرکت در مطالعه نبودند که بعد از صحبت‌های مکرر با این شرکت‌کنندگان و دادن یک فرصت ۲ هفته‌ای برای تکمیل پرسش‌نامه و ارسال پیامک یادآوری به این افراد، آن‌ها تشویق به شرکت در مطالعه شدند. همین امر فرایند نمونه‌گیری را بسیار طولانی کرد.

توصیه می‌شود باتوجه به اینکه ممکن است نداشتن تحرک زودهنگام زوایای پنهانی هم داشته باشد، در مرحله اول یک مطالعه کیفی در این زمینه انجام شود و زوایای پیدا و آشکار این عدم تحرک زودهنگام استخراج شود. نمونه‌های این مطالعه متشکل از پرستاران، پزشکان و فیزیوتراپ‌ها بود. تنها ۲ فیزیوتراپ وارد این مطالعه شدند، در حالی که دیدگاه فیزیوتراپ به دلیل نقش مهم آن‌ها در تحرک بیماران می‌توانست، در شناخت موانع تحرک زودهنگام بیماران کمک کند. آموزش کافی و آشنایی اعضای تیم درمان با پروتکل‌های تحرک زودهنگام و همچنین همکاری بین حرفه‌ای بین فیزیوتراپ‌ها، پرستاران و پزشکان از اقدامات مهم دیگری است که باید مورد توجه قرار گیرد. در صورت اهمیت مسئولان به موضوع تحرک زودهنگام بیماران بخش مراقبت ویژه آموزش‌های ضمن خدمت متعددی در راستای افزایش دانش و تخصص تیم درمان و همچنین اجرای پروتکل‌های تحرک زودهنگام به مرحله اجرا در می‌آید که توانمندی اعضای تیم درمان را در این رابطه در پی خواهد داشت.

محدودیت‌ها

یکی از موانع جدی در مراقبت از بیماران و آماده‌سازی آن‌ها در تحرک زودهنگام می‌تواند به دلیل همین تعداد کم فیزیوتراپ‌ها باشد. معمولاً در بیمارستان‌ها جذب فیزیوتراپ‌ها محدود است که به دلیل مشغله زیاد آن‌ها در اجرای وظایف مربوط به خود، توجهی به تحرک بیماران بخش مراقبت ویژه ندارند و به دلیل اینکه یک پروسه زمان‌بر و سخت است، توجهی به تحرک بیماران بخش مراقبت ویژه ندارند. بنابراین، جهت تسهیل در اجرای پروتکل‌های مربوط به تحرک زودهنگام بیماران بخش مراقبت ویژه باید توجه ویژه‌ای به جذب نیروی فیزیوتراپ به تعداد کافی شود تا از این لحاظ مانعی در تحرک بیماران وجود نداشته باشد.

References

- [1] Daly K, Beale R, Chang RW. Reduction in mortality after inappropriate early discharge from intensive care unit: Logistic regression triage model. *BMJ*. 2001; 322(7297):1274-6. [DOI:10.1136/bmj.322.7297.1274] [PMID]
- [2] Appleton RT, Kinsella J, Quasim T. The incidence of intensive care unit-acquired weakness syndromes: A systematic review. *J Intensive Care Soc*. 2015; 16(2):126-36. [DOI:10.1177/1751143714563016] [PMID]
- [3] Khatami F, Sedaghat Siyahkal M. [Assessing the length of stay and influential factors among general intensive care units in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences (Persian)]. *J Hosp*. 2016; 14(4):51-7. [Link]
- [4] Hermans G, Van den Berghe G. Clinical review: Intensive care unit acquired weakness. *Crit Care*. 2015; 19(1):274. [DOI:10.1186/s13054-015-0993-7] [PMID]
- [5] Farhan H, Moreno-Duarte I, Latronico N, Zafonte R, Eikermann M. Acquired muscle weakness in the surgical intensive care unit: Nosology, epidemiology, diagnosis, and prevention. *Anesthesiol*. 2016; 124(1):207-34. [DOI:10.1097/ALN.0000000000000874] [PMID]
- [6] Amidei C. Mobilisation in critical care: A concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012; 28(2):73-81. [DOI:10.1016/j.iccn.2011.12.006] [PMID]
- [7] Engel HJ, Needham DM, Morris PE, Gropper MA. ICU early mobilization: From recommendation to implementation at three medical centers. *Crit Care Med*. 2013; 41(9 Suppl 1):S69-80. [DOI:10.1097/CCM.0b013e3182a240d5] [PMID]
- [8] Davydow DS, Katon WJ, Zatzick DF. Psychiatric morbidity and functional impairments in survivors of burns, traumatic injuries, and ICU stays for other critical illnesses: A review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2009; 21(6):531-8. [DOI:10.3109/09540260903343877] [PMID]
- [9] Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbaauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Ann Am Thorac Soc*. 2016; 13(5):724-30. [DOI:10.1513/AnnalsATS.201509-586CME] [PMID]
- [10] Barber EA, Everard T, Holland AE, Tipping C, Bradley SJ, Hodgson CL. Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: A qualitative study. *Aust Crit Care*. 2015; 28(4):177-82. [DOI:10.1016/j.aucc.2014.11.001] [PMID]
- [11] Hodgson CL, Berney S, Harrold M, Saxena M, Bellomo R. Clinical review: Early patient mobilization in the ICU. *Crit Care*. 2013; 17(1):207. [DOI:10.1186/cc11820] [PMID]
- [12] TEAM Study Investigators; Hodgson C, Bellomo R, Berney S, Bailey M, Buhr H, et al. Early mobilization and recovery in mechanically ventilated patients in the ICU: A bi-national, multi-centre, prospective cohort study. *Crit Care*. 2015; 19(1):81. [DOI:10.1186/s13054-015-0765-4] [PMID]
- [13] Perme C, Chandrashekar R. Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. *Am J Crit Care*. 2009; 18(3):212-21. [DOI:10.4037/ajcc2009598] [PMID]
- [14] Nydahl P, Ruhl AP, Bartoszek G, Dubb R, Filipovic S, Flohr HJ, et al. Early mobilization of mechanically ventilated patients: A 1-day point-prevalence study in Germany. *Crit Care Med*. 2014; 42(5):1178-86. [DOI:10.1097/CCM.000000000000149] [PMID]
- [15] Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers; 2014. [Link]
- [16] Hunter A, Johnson L, Coustasse A. Reduction of intensive care unit length of stay: The case of early mobilization. *Health Care Manag (Frederick)*. 2014; 33(2):128-35. [DOI:10.1097/HCM.000000000000006] [PMID]
- [17] Fontela PC, Forgiarini LA Jr, Friedman G. Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018; 30(2):187-94. [DOI:10.5935/0103-507X.20180037] [PMID]
- [18] Jolley SE, Regan-Baggs J, Dickson RP, Hough CL. Medical intensive care unit clinician attitudes and perceived barriers towards early mobilization of critically ill patients: A cross-sectional survey study. *BMC Anesthesiol*. 2014; 14(84):1-9. [DOI:10.1186/1471-2253-14-84] [PMID]
- [19] Shinde MB, Pawar S, Potdar NJ. Barriers for early mobilization of patients in critical care unit. 2020; 29(2):2925-7. [Link]
- [20] Hodgson CL, Capell E, Tipping CJ. Early mobilization of patients in intensive care: Organization, communication and safety factors that influence translation into clinical practice. In: Vincent JL, editor. *Annual update in intensive care and emergency medicine*. Cham: Springer; 2018. [DOI:10.1007/978-3-319-73670-9_46]
- [21] Zhu YP, Xia LX, Li GH. Management of early mobilization in intensive care units: A multicenter cross-sectional study. *Front Nurs*. 2018; 5(4):291-9. [DOI:10.1515/fo-n-2018-0043]
- [22] Klooster E, dos Reis Miranda D, Spronk P. Awareness of success factors and barriers to early mobilisation of ICU patients. *Neth J Crit Care*. 2017; 25(6):227-30. [Link]