

Research Paper

Knowledge, Attitude and Practice Regarding the Use of Physical Restraints Among Nurses Working in Razi Psychiatric Hospital, Tabriz, Iran



*Hossein Namdar Areshtanab¹ , Maryam Vahidi¹ , Asma Ehsani¹, Hossein Ebrahimi¹



Citation Namdar Areshtanab H, Vahidi M, Ehsani A, Ebrahimi H. [Knowledge, Attitude and Performance Regarding Restraint among Nurses Working in the Psychiatric Departments of Razi Hospital in Tabriz, Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:889. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.889.1>

<https://doi.org/10.32598/ijn.38.889.1>

Received: 20 Oct 2024

Accepted: 21 Mar 2025

Available Online: 05 May 2025

ABSTRACT

Background & Aims Psychiatric nurses are responsible for establishing or maintaining a safe and therapeutic environment for patients and ensuring optimal clinical supervision of restraints based on the standards in the psychiatric ward. This study aimed to determine the knowledge, attitude, and practice of nurses working in the Razi Psychiatric Hospital, Tabriz, Iran, regarding the use of physical restraints.

Materials & Methods This is a descriptive cross-sectional study conducted in 2022. The study population consists of all nurses working in the psychiatric wards of Razi Hospital in Tabriz, Iran. We selected 200 eligible nurses using a convenience sampling method. The data collection tools were a demographic form and a knowledge, attitude and practice scale regarding the use of physical restraints. The data were statistically analyzed in SPSS software version 18.

Results The mean scores of knowledge, attitude and practice were 19.36 ± 1.73 (out of 23), 36.51 ± 4.60 (out of 60) and 65.19 ± 3.29 (out of 75), respectively. The practice score had a statistically significant correlation with work experience in psychiatric wards ($P=0.048$) and knowledge score ($P=0.016$).

Conclusion It is better to provide in-service training programs for psychiatric nurses to improve their knowledge, attitude and practice regarding the use of physical restraints. Nursing managers can plan to reform the structure of psychiatric wards and increase the motivation of psychiatric nurses to improve their attitudes and practice regarding the use of physical restraints.

Keywords:

Attitude, knowledge, Performance, Psychiatric nursing, Restraint

1. Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

*** Corresponding Author:**

Hossein Namdar Areshtanab, Professor.

Address: Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Tel: +98 (41) 34796770

E-Mail: namdarh@tbzmed.ac.ir, hna442000@yahoo.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Patient safety is a core component of health-care quality. Ensuring patient safety is one of the fundamental rights of patients and one of the main goals of nursing care. Restraining the patient with restraints is one of the ways to ensure patient safety. The nurses in the psychiatric wards usually face unreasonable expectations and aggressive behaviors of psychiatric patients in these wards. One of the recommended ways to control the psychiatric patients' restlessness and aggressive behaviors and ensure patient safety is the use of restraints. The nurses should select the appropriate type of restraints based on standards, apply them safely to patients, and provide care based on frequent assessment of the patients' conditions. The factors affecting the use of physical restraints include the nurse's knowledge, attitude, and practice, cultural factors and regulations in the field of physical restraining. This study aims to determine the knowledge, attitude and practice of psychiatric nurses working in a hospital in Tabriz, Iran, regarding the use of physical restraints in psychiatric wards.

Methods

This cross-sectional descriptive study was conducted on 200 psychiatric nurses selected using a convenience sampling method from Razi Hospital in Tabriz, North-west Iran, in 2022. The data collection tools were a demographic form surveying age, sex, education level and work experience in the psychiatric ward and a questionnaire surveying the knowledge, attitude and practice regarding the use of physical restraints. The knowledge subscale had 23 items answered as correct (1 point) or wrong (0 points). Therefore, the total score for this section ranges from 0 to 23. The attitude subscale had 12 items rated on a five-point Likert scale from 5 (strongly agree) to 1 (strongly disagree). The total score of this section ranges from 12 to 60. A score >28 indicates a positive attitude and a score <28 indicates a negative attitude. The practice subscale had 15 items rated on a five-point Likert scale from 5 (always) to 1 (never). The total score of this section ranges from 15 to 75. A score >55 indicates good practice. The tools had good validity and reliability. The data was analyzed using SPSS software version 18 using descriptive statistics (Mean $\pm$ SD, frequency and percentage) and inferential statistics (independent t-test, analysis of variance and Pearson correlation test).

Results

The mean scores of knowledge, attitude and practice were 19.36 ± 1.73 (out of 23), 36.51 ± 4.65 (out of 60) and 65.19 ± 3.39 (out of 75), respectively.

In the field of knowledge, the highest mean score was for the item "during restraining, the health and safety of medical staff is also a priority" and the lowest score was for the item "Continuous monitoring of patients after physical restraining is necessary".

In the field of attitude, the highest mean score was for the item "I believe that restraints should not be used only for the convenience of medical staff" and the lowest score was for the item "I feel guilty when using physical restraints".

In the field of practice, the highest mean score was for the item "I restrain the patient only on the physician's order" and the lowest score was for the item "After finishing the restraining, I usually assess and record the effect of physical restraints on the patient".

The practice of using physical restraints had a statistically significant correlation with work experience in psychiatric wards ($P=0.048$) and knowledge of physical restraints ($P=0.016$).

Conclusion

According to the results of the study, it is better to provide in-service training programs for psychiatric nurses to improve their knowledge, attitude and practice regarding the use of physical restraints. Nursing managers can plan to reform the structure of psychiatric wards and increase the motivation of psychiatric nurses to improve their attitudes towards physical restraints.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Tabriz University of Medical Sciences](#) (code: IR.TBZMED.REC.1400.489). All participants read a short introduction and informed consent information. First, the objectives of the study, the anonymity of the participants, voluntary participation, and study information were explained verbally. Informed consent was obtained from all subjects and the research method was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki.

Funding

This study was conducted with financial support from the Vice Chancellor for Research of [Tabriz University of Medical Sciences](#) as a master's thesis by Asma Ehsani, a student in the field of psychiatry at the Faculty of Nursing and Midwifery of [Tabriz University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization and supervision: Hossein Namdar Arshtanab; writing original draft, review & editing, and data collection: Esma Ehsani and Hossein Ebrahimi; data analysis: Maryam Vahidi.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of [Tabriz University of Medical Sciences](#), and the nurses working in the Razi Hospital for their participation in the study.



مقاله پژوهشی

دانش، نگرش و عملکرد درمورد استفاده از مهارکننده‌ها در روانپرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بیمارستان رازی تبریز

*حسین نامدار ارشتناپ^۱، مریم وحیدی^۱، اسما احسانی^۱، حسین ابراهیمی^۱



Citation Namdar Areshtanab H, Vahidi M, Ehsani A, Ebrahimi H. [Knowledge, Attitude and Performance Regarding Restraint Among Nurses Working in the Psychiatric Departments of Razi Hospital in Tabriz, Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:889. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.889.1>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.889.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۹ مهر ۱۴۰۳
تاریخ پذیرش: ۰۱ فروردین ۱۴۰۴
تاریخ انتشار: ۱۵ اردیبهشت ۱۴۰۴

زمینه و هدف: پرستاران تصمیم‌گیرندگان کلیدی در استفاده از مهارکننده‌ها برای بیماران هستند. نقش اصلی آن‌ها این است که نوع مناسب مهارها را انتخاب کنند، آن‌ها را به‌طور ایمن برای بیماران اعمال کنند و براساس ارزیابی مکرر وضعیت و پاسخ بیمار مراقبت کنند. روانپرستاران مسئول ایجاد یک محیط ایمن و درمانی برای بیماران، حفظ آن و اطمینان از نظارت بالینی بهینه مهارکننده‌ها براساس استانداردهای اعمال محدودیت در بخش روانپزشکی هستند. از عوامل مرتبط در زمینه استفاده از مهارکننده‌ها می‌توان به دانش، نگرش، عملکرد پرستار، عوامل فرهنگی و مقررات حرفه‌ای اشاره کرد. این مطالعه با هدف تعیین دانش، نگرش و عملکرد پرستاران روانپزشکی در استفاده از محدودیت فیزیکی در محیط بالینی انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۴۰۱ می‌باشد. جامعه پژوهش این مطالعه تمام پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف مرکز روانپزشکی رازی تبریز به‌عنوان بزرگ‌ترین مرکز روان پزشکی شمال غرب کشور می‌باشد. ۲۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های روانپزشکی با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به استفاده از محدودیت جسمانی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد استفاده از مهار فیزیکی در بیماران روانپزشکی به ترتیب ۱۹/۳۶±۱/۷۳ از دامنه نمره قابل کسب (۰) تا (۲۳) و ۳۶/۵۱±۴/۶۰ از دامنه نمره قابل کسب (۱۲) تا (۶۰) و ۶۵/۱۹±۳/۲۹ از دامنه نمره قابل کسب (۱۵) تا (۷۵) بود. عملکرد با سابقه کار در بخش روانپزشکی و دانش همبستگی آماری معنی‌داری داشت ($P<0/048$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج مطالعه، بهتر است برنامه‌های آموزش ضمن خدمت با مشارکت پرستاران با سابقه کاری بالا اجرا شود تا دانش، نگرش و عملکرد پرستاران تا حد امکان ارتقا یابد. مدیران پرستاری می‌توانند برای اصلاح ساختار بخش‌های روانپزشکی و افزایش انگیزه روانپرستاران برای بهبود نگرش خود نسبت به استفاده از مهارکننده‌ها برنامه‌ریزی کنند تا بتوانند در مورد استفاده از مهارکننده‌ها تصمیم درستی بگیرند. همچنین برهمین اساس، راهنمای بالینی و پروتکل مناسب جهت مدیریت و یکپارچگی در اعمال مهارکننده‌ها توسط پرستاران تدوین شود.

کلیدواژه‌ها:

نگرش، آگاهی، عملکرد، پرستاری روانپزشکی، خویشتن‌داری

۱. گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر حسین نامدار ارشتناپ

نشانی: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه روانپرستاری.

تلفن: ۳۴۷۹۶۷۷۰ (۴۱) +۹۸

رایانامه: namdarh@tbzmed.ac.ir, hna442000@yahoo.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

پرستاران به عنوان برجسته ترین نیروهای متخصص تیم سلامت در خط مقدم ارائه خدمات در نظام سلامت قرار دارند. آن‌ها مسئول درمان و مراقبت شبانه‌روزی از بیماران هستند و از طریق مهارت‌های تخصصی خود به بیمار کمک می‌کنند تا با شرایط موجود سازگار شود و از کسب توانایی‌های قبلی خود حمایت می‌کنند [۱]. ایمنی بیمار جزء اصلی کیفیت مراقبت‌های سلامتی است [۲]. تضمین ایمنی بیمار یکی از حقوق اساسی بیماران و یکی از اهداف اصلی مراقبت‌های پرستاری است [۳].

مهار کردن بیمار با مهارکننده‌ها یکی از راه‌های توصیه شده برای تضمین ایمنی بیمار هستند. مهارکننده‌ها به عنوان استفاده از وسایلی شامل کمر بند، مهار، مانکل، ملحفه و تسمه در نزدیکی یا بدن فرد برای محدود کردن حرکت و جلوگیری از آسیب رساندن به خود یا به خطر انداختن دیگران یا اطمینان از درمان ضروری تعریف می‌شود. به طور گسترده‌ای در تنظیمات مراقبت‌های بهداشتی، در درجه اول برای محافظت از بیماران و جلوگیری از حوادث استفاده می‌شود. در حال حاضر، پرستاران تصمیم‌گیری و اجرای محدودیت‌های فیزیکی را در عمل بالینی رهبری می‌کنند و محدودیت فیزیکی بیشتر برای بیماران در بخش‌های اورژانس، جراحی مغز و اعصاب، روانپزشکی و ICU استفاده می‌شود [۴]. از سوی دیگر، پرستاران در بخش‌های روانپزشکی دائماً با انتظارات و رفتارهای غیرمنطقی از بیماران و همراهان‌شان مواجه هستند. خشونت و پر خاشاگری بیماران در این بخش‌ها نمونه‌های پارس چالش‌هایی است که پرستاران شاغل در این بخش‌ها معمولاً با آن‌ها مواجه هستند [۵].

در این بخش‌ها، بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی مستعد رفتارهای غیرعادی مانند خودکشی، آسیب رساندن به خود، آسیب رساندن به دیگران و مشارکت نکردن در درمان هستند. هنگامی که هیچ اقدام جایگزین دیگری برای اطمینان از ایمنی بیمار و پیشبرد مسالمت‌آمیز درمانی وجود ندارد، ممکن است پرستاران نیاز به استفاده از مهارکننده‌ها داشته باشند [۶].

اگرچه استفاده از این مهارکننده‌های فیزیکی در درجه اول رفتارهای پرخطر بیماران را کنترل کرده و سطح ایمنی آن‌ها را بهبود بخشیده است (مثلاً جلوگیری از سقوط بیمار)، اما چندین مطالعه نشان داده است استفاده نادرست از مهار نه تنها به هدف حفاظتی دست نمی‌یابد بلکه می‌تواند به سلامت جسمی و روانی بیماران آسیب رساند و به یک چالش اخلاقی بحث‌برانگیز در ارائه خدمات مراقبتی تبدیل شود. استفاده نامناسب از مهارکننده‌ها می‌تواند باعث ایجاد طیفی از عوارض جسمی، مانند کاهش عملکرد فیزیکی، اختلال در گردش خون محیطی، آتروفی عضلانی، زخم‌های فشاری، عفونت، یبوست و حتی خفگی و مرگ شود.

علاوه بر این، محدودیت فیزیکی می‌تواند باعث ایجاد عوارض روانشناختی مانند تحریک پذیری، اضطراب، افسردگی و احساس تحقیر در بیماران شود [۷، ۸]. از طرفی استفاده از مهارکننده‌ها عوارض و مسائل جسمی و روانی، حقوقی و قانونی برای پرستاران دارد. مطالعه‌ای که بر تجربیات روانپرستاران استفاده کننده از مهارکننده‌ها انجام شد، نشان داد آن‌ها احساس ناخوشایندی، عجز و ناتوانی و تنیدگی و آسیب‌های فیزیکی را تجربه کردند [۹].

دستورالعمل‌های علمی منتشر شده توصیه می‌کنند استفاده از این ابزارها باید به حداقل برسد و به عنوان آخرین راه حل ممکن برای کنترل رفتار بیماران بی‌قرار در نظر گرفته شود و در صورت قطع استفاده دورهای، پاسخ بیمار به آن‌ها به طور مکرر بررسی شود [۱۰]. پرستاران تصمیم‌گیرندگان کلیدی در اعمال مهارکننده‌ها برای بیماران هستند. نقش اصلی آن‌ها این است که نوع مناسب مهارها را انتخاب کنند، آن‌ها را به طور ایمن برای بیماران اعمال کنند و براساس ارزیابی مکرر وضعیت و پاسخ بیمار مراقبت کنند [۱۱، ۱۲]. از جمله عوامل مرتبط با استفاده از مهارکننده‌ها می‌توان به دانش، نگرش، عملکرد پرستار، عوامل فرهنگی و مقررات حرفه‌ای در زمینه مهار فیزیکی اشاره کرد [۱۳، ۱۴].

مطالعات نشان داده است پرستاران باید در مورد استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی تصمیم درستی بگیرند و از سطح دانش، نگرش و عملکرد مناسبی نسبت به آن برخوردار باشند [۱۲، ۱۳]. از طرفی بسیاری از مطالعات ثابت کردند دانش پرستاران در مورد محدودیت فیزیکی متوسط و نگرش آن‌ها منفی یا دوسوگرا بود [۱۵]. روانپرستاران مسئول ایجاد یک محیط امن و درمانی برای بیماران، حفظ آن و اطمینان از نظارت بالینی بهینه براساس استانداردهای اعمال محدودیت هستند [۱۶].

از آنجایی که روانپرستاران تصمیم‌گیرندگان کلیدی در اعمال مهارکننده‌ها برای بیماران روانپزشکی هستند و پیش نیاز این تصمیم‌گیری و اعمال مهارکننده‌ها داشتن دانش، نگرش و مهارت کافی در اعمال مهارکننده‌ها می‌باشد. از سوی دیگر، مطالعات اندکی در مورد آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در بخش‌های روانپزشکی در استفاده از مهارکننده‌ها در ایران انجام شده است. برای ارتقای سطح دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد استفاده از مهارکننده‌ها در مراکز روانپزشکی، نیاز به بررسی دانش، نگرش و عملکرد اولیه در مورد آن‌ها داریم. این مطالعه با هدف تعیین دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در استفاده از محدودیت فیزیکی در بیماران روانپزشکی بستری در بیمارستان رازی تبریز انجام شد.

روش بررسی

معیارهای خروج از مطالعه، تکمیل نکردن پرسش‌نامه و سابقه شرکت در کارگاه آموزشی مرتبط با محدودیت جسمانی بود.

تحلیل داده‌ها

داده‌ها طی ۲ ماه از مهر تا آذر سال ۱۴۰۱ جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های همبستگی) مانند ضریب همبستگی پیرسون^۱، آزمون تی مستقل^۲ و آنووا^۳ استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نمونه‌های پژوهش شامل ۲۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های روانپزشکی زن (۵۹/۵)، سطح تحصیلات کارشناسی (۹۰/۵) و شاغل در بخش‌های روانپزشکی مردان (۴۳ درصد) با میانگین سنی $34/26 \pm 7/37$ و سابقه کار در بخش روانپزشکی $4/61 \pm 5/30$ بودند (جدول شماره ۱).

میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد استفاده از مهارت‌های روانپزشکی به ترتیب $19/73 \pm 1/36$ ، $36/51 \pm 4/60$ و $65/19 \pm 2/39$ بود (جدول شماره ۲).

در مورد دانش پرستاران در مورد مهارت‌های مطالعه نشان داد بالاترین میانگین $0/98 \pm 0/14$ مربوط به بیانیه «حین انجام مهارت، سلامت و ایمنی کارکنان نیز در اولویت است و کمترین میانگین $0/65 \pm 0/47$ مربوط به بیانیه «پایش مداوم بیماران در زمان مهارت لازم است» بود (جدول شماره ۳).

در مورد نگرش پرستاران در مورد استفاده از مهارت‌های مطالعه نشان داد بالاترین میانگین $4/27 \pm 1/19$ مربوط به بیانیه «معتقدم نباید استفاده از مهارت صرفاً به منظور راحتی کارکنان واحد درمانی انجام شود» و کمترین میانگین $1/78 \pm 1/16$ مربوط به بیانیه «به هنگام اجرای مهارت‌کننده فیزیکی، احساس گناه می‌کنم» بود (جدول شماره ۴).

در مورد عملکرد پرستاران در مورد استفاده از مهارت‌های مطالعه نشان داد بالاترین میانگین $4/60 \pm 0/65$ مربوط به بیانیه «فقط با دستور پزشک بیمار را مهار می‌کنم» و کمترین میانگین $3/94 \pm 0/99$ مربوط به بیانیه «بعد از اتمام مهارت، من معمولاً تأثیر مهارت‌کننده فیزیکی بر بیمار را ارزیابی و ثبت می‌کنم» بود (جدول شماره ۵).

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود. جامعه مورد مطالعه را پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی مرکز آموزشی درمانی رازی در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. این مرکز بزرگ‌ترین مرکز روانپزشکی در شمال غرب ایران است.

حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه گاندی و همکاران و براساس فرمول کوکران با احتساب سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت (d) برابر با ۰/۱۵، انحراف معیار متغیر عملکرد (۶/۲) به عنوان در نظر داشتن بالاترین انحراف معیار نسبت به متغیرهای دانش و نگرش، ۲۰۰ نفر پرستار از بین پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند [۱۷].

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه دو بخشی اطلاعات جمعیت‌شناختی، آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به استفاده از مهارت‌کننده‌های فیزیکی که براساس مطالعات جانلی و سعیدی جمع‌آوری شد [۱۸، ۱۹]. پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، جنس، سطح تحصیلات و سابقه کار در بخش روانپزشکی است. پرسش‌نامه آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به استفاده از مهارت‌کننده‌ها که دارای سه بخش است: بخش اول به بررسی سطح آگاهی پرستاران درخصوص استفاده از مهارت‌کننده‌ها می‌پردازد و دارای ۲۳ سؤال با گزینه‌های درست و نادرست است که به هر پاسخ صحیح نمره (۱) و پاسخ اشتباه نمره (۰) داده می‌شود. بنابراین، دامنه نمرات این بخش (۰) تا (۲۳) است. بخش دوم نگرش پرستاران را نسبت به استفاده از مهارت‌کننده‌ها نشان می‌دهد. این بخش شامل ۱۲ گویه در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱) است. دامنه نمرات کسب‌شده در این قسمت بین (۱۲) تا (۶۰) می‌باشد. نمرات بالای ۲۸ نشان‌دهنده نگرش مثبت و نمرات زیر ۲۸ نشان‌دهنده نگرش منفی است. بخش سوم عملکرد پرستاران را در استفاده از مهارت‌کننده‌ها نشان می‌دهد. این بخش دارای ۱۵ گویه است و از شرکت‌کنندگان خواسته شد به هریک از موارد در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (همیشه=۵ تا هرگز=۱) پاسخ دهند.

دامنه نمرات این قسمت از (۱۵) تا (۷۵) است. نمرات بالای ۵۵ نشان‌دهنده عملکرد خوب است. برای تعیین روایی محتوا ابزارها، پرسش‌نامه‌ها بین ۱۰ استاد و ۱۰ پرستار مجرب روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز توزیع شد. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه‌ها، پس از جمع‌آوری اطلاعات از ۲۰ پرستار و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی پرسش‌نامه آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران نسبت به استفاده از محدودیت فیزیکی بیمار به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۵ محاسبه شد.

معیارهای ورود به مطالعه، علاقه به شرکت در پژوهش، تکمیل پرسش‌نامه و حداقل ۱ سال مشارکت مستقیم در مراقبت‌های پرستاری از بیماران روانپزشکی بود.

1. Pearson correlation coefficient
2. Independent Samples T-Test
3. ANOVA

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی

متغیر	تعداد (درصد)/ میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداقل/ حداکثر
جنسیت	مرد ۸۱ (۴۰/۵)	
	زن ۱۱۹ (۵۹/۵)	
سطح تحصیلات	کارشناسی ۱۸۱ (۹۰/۵)	
	کارشناسی ارشد ۱۹ (۹/۵)	
بخش روان	مردان ۸۶ (۴۳)	
	زنان ۶۴ (۳۲)	
	کودکان و نوجوانان ۲۷ (۱۳/۵)	
	اورژانس ۲۳ (۱۱/۵)	
سن	۳۴/۲۶ $\pm$ ۷/۲۷	۲۴ ۵۶
سابقه کار	۹/۶۴ $\pm$ ۶/۵۰	۱ ۲۸
سابقه کار در بخش‌های روانپزشکی	۴/۶۱ $\pm$ ۵/۳۰	۱ ۲۵

نشریه پرستاری ایران

حمله را گزارش کردند [۲۴]. از سوی دیگر، مطالعه حاضر نشان داد کمترین میانگین در حیطه دانش مربوط به عبارت «پایش مستمر بیماران در حین مهار فیزیکی ضروری است» می‌باشد. فقدان دانش و مهارت باعث ایجاد مشکلات شدید برای بیماران می‌شود، همچنین باعث ایجاد چالش‌های حرفه‌ای، قانونی و اخلاقی برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌شود [۲۵].

مطالعه حاضر نشان داد نگرش پرستاران به استفاده از مهارت‌کننده‌ها در بیماران روانپزشکی نسبتاً مثبت بود. در مورد نگرش پرستاران، نتایج مطالعه حاضر با نتایج حسن و همکاران در کشور عربستان در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و اسکندری و همکاران در کشور مالزی در پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان، نوزادان و اطلاق عمل که نگرش پرستاران مناسب بود مطابقت دارد [۲۶، ۲۲]. باین‌حال، این نتایج در تضاد با نتایج مطالعه لی و همکاران در کشور هنگ‌کنگ و جوکتاس و همکاران در کشور ترکیه در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بودند که به‌ترتیب نگرش پرستاران بسیار مثبت یا ضعیف بود [۲۷، ۲۰]. تفاوت در عوامل فرهنگی و ساختار سازمانی محیط مطالعه، ابزار مطالعه، اندازه، نوع نمونه‌گیری و شرکت‌کنندگان می‌تواند از علل احتمالی تفاوت در نتایج مطالعات باشد.

عوامل مؤثر بر نگرش پرستاران نسبت به استفاده از مهارت‌کننده‌های فیزیکی در مراقبت‌های روانپزشکی، خواسته‌های زمینه‌ای، سطح دانش و «جایگزین‌های مهار» است [۲۸]. همچنین، مطالعه حاضر نشان داد بیشترین میانگین در حوزه

در مورد مقایسه متغیرهای اصلی مطالعه با متغیرهای فردی اجتماعی پرستاران، نتایج مطالعه نشان داد بین سابقه کار در بخش‌های روانپزشکی و میزان عملکرد پرستاران همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود داشت ($r=0/140$, $P=0/048$). از طرفی بین دانش و عملکرد پرستاران همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($r=0/17$, $P=0/16$) (جدول شماره ۶).

بحث

مطالعه حاضر نشان داد آگاهی پرستاران در مورد استفاده از مهارت‌کننده‌ها در بیماران روانپزشکی خوب بود. در مورد دانش پرستاران، نتایج مطالعه حاضر با نتایج برخی از مطالعات از جمله مطالعه رنتالا و همکاران در کشور هند، گاندی و همکاران در کشور هند و لی و همکاران در کشور هنگ‌کنگ در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی مطابقت دارد [۵، ۱۷، ۲۰]. باین‌حال، این نتایج در تضاد با نتایج برخی از مطالعاتی همچون محمود و همکاران در کشور سودان، حسن و همکاران در کشور عربستان در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و سیون و همکاران در کشور هنگ‌کنگ در مراکز بازتوانی بیماران روانپزشکی بود [۲۳-۲۱]. تفاوت در محیط مطالعه، ابزار، اندازه، نوع نمونه‌گیری و شرکت‌کنندگان می‌تواند از علل احتمالی تفاوت در نتایج مطالعات باشد. همچنین، مطالعه حاضر نشان داد بیشترین میانگین در حوزه دانش مربوط به عبارت «در زمان مهار، سلامت و ایمنی کارکنان نیز در اولویت است» می‌باشد. یک مطالعه گزارش داد بیش از ۳۰ درصد از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در هنگام کار با بیماران مبتلا به اختلالات رفتاری حاد،

جدول ۲. دانش پرستاران در مورد مهار

بیانیه	تعداد (درصد)			میانگین $\pm$ انحراف معیار
	صحیح	غلط	نمی دانم	
بیماران حق دارند مهارکنندها را قبول نکنند.	۱۷۱(۸۵/۵)	۱۹(۹/۵)	۱۰(۵)	۰/۸۵ $\pm$ ۰/۳۲
استفاده از مهارکنندهای فیزیکی (لباس یا جلیقه‌های ایمنی) نیاز به دریافت رضایت آگاهانه از اعضای خانواده دارد.	۱۷۸(۸۹)	۱۳(۶/۵)	۹(۴/۵)	۰/۸۹ $\pm$ ۰/۳۱
مهارکنندها ممکن است گردش خون اندام‌های درگیر را مختل کند.	۱۷۳(۹۱/۵)	۱۰(۵)	۷(۳/۵)	۰/۷۳ $\pm$ ۰/۹۱
هنگامی که بیمار در تخت مهار می‌شود، مهارکننده باید به جای نرده محافظ به چارچوب تخت بسته شود.	۱۷۲(۸۷/۵)	۱۵(۷/۵)	۸(۴)	۰/۸۸ $\pm$ ۰/۳۱
به‌دلیل احتمال خطر خفگی هرگز نباید بیمار در وضعیت دراز کشیده بر روی شکم مهار شود.	۱۸۸(۹۴)	-	۱۲(۴)	۰/۹۴ $\pm$ ۰/۲۳
جایگزین‌های خوبی برای مهارکنندهای فیزیکی (دارو، ایزوله، روش‌های آرام‌سازی و...) وجود دارد.	۱۸۶(۹۳)	-	۱۴(۷)	۰/۹۳ $\pm$ ۰/۲۵
احتمال مرگ در بیمارانی که از مهارکنندها استفاده می‌شود وجود دارد.	۱۷۲(۸۷/۵)	۱۶(۸)	۷(۳/۵)	۰/۸۸ $\pm$ ۰/۳۱
مهار فیزیکی بیمار فقط با دستور پزشک انجام می‌شود.	۱۸۰(۹۰)	۱۴(۷)	۶(۳)	۰/۹۰ $\pm$ ۰/۳۰
دستور مهار فیزیکی بیمار را می‌توان به‌صورت P.R.N. تجویز نمود.	۱۸۳(۹۱/۵)	۱۴(۷)	۳(۱/۵)	۰/۹۱ $\pm$ ۰/۲۷
در طول مهار بیمار طبق دستور پزشک بایستی ارزیابی مستقیمی (چهره‌به‌چهره) از بیمار به عمل آورد.	۱۸۶(۹۳)	۰	۱۴(۷)	۰/۹۳ $\pm$ ۰/۲۵
استفاده از مهار به‌عنوان تنبیه صورت می‌گیرد.	۲(۱/۵)	۱۷۸(۸۹)	۱۹(۹/۵)	۰/۹۰ $\pm$ ۰/۱۲
استفاده از مهار فیزیکی بایستی توسط کارکنان تعلیم‌دیده صورت گیرد.	۱۸۴(۹۲)	۶(۳)	۱۰(۵)	۰/۹۱ $\pm$ ۰/۲۸
قبل از استفاده از مهار فیزیکی، همیشه باید روش‌های تنش‌زدایی (صحبت کردن و آرام کردن بیمار) را امتحان کرد.	۱۹۶(۹۸)	-	۴(۲)	۰/۹۲ $\pm$ ۰/۲۷
حین انجام مهار، سلامت و ایمنی کارکنان نیز در اولویت است.	۱۹۱(۹۵/۵)	۴(۲)	۵(۲/۵)	۰/۹۱ $\pm$ ۰/۱۴
یک بیمار مهارشده باید در جایی از بخش قرار گیرد که توسط سایر بیمارانی قابل مشاهده یا آسیب‌پذیر نباشد.	۱۷۷(۸۷/۵)	۷(۳/۵)	۱۶(۸)	۰/۹۵ $\pm$ ۰/۲۰
در صورت تهدید به خودکشی یا تهدید به زدن صدمه به دیگری مهار بیمار لازم است.	۱۳۰(۶۵)	۴۸(۲۴)	۲۲(۱۱)	۰/۸۸ $\pm$ ۰/۳۱
پایش مداوم بیمارانی در زمان مهار فیزیکی لازم است.	۱۶۲(۸۱)	۲۱(۱۰/۵)	۱۷(۸/۵)	۰/۶۵ $\pm$ ۰/۴۷
بعد از اطمینان از آرام شدن بیمار، مهار به اتمام می‌رسد.	۱۶۹(۸۴/۵)	۱۴(۷)	۱۷(۸/۵)	۰/۸۱ $\pm$ ۰/۳۹
در مهار بیمار به‌صورت خوابیده به پشت سر بیمار بایستی آزاد باشد تا بتواند به‌راحتی به اطراف بچرخد.	۱۴۰(۷۰)	۳۱(۱۵/۵)	۲۹(۱۴/۵)	۰/۸۴ $\pm$ ۰/۳۶
نام و عنوان کارکنان مشارکت‌کننده در مهار بیمار باید در پرونده بیمار ثبت گردد.	۱۶۳(۸۱/۵)	۱۲(۶)	۲۵(۱۲/۵)	۰/۷۰ $\pm$ ۰/۴۷
مرور حادثه با تمام کارکنان درگیر در رویداد و سرپرستان یا مدیران بلافاصله بعد از انجام مهار بیمار باید صورت گیرد.	۱۸۰(۹۰)	۲(۱)	۱۸(۹)	۰/۸۱ $\pm$ ۰/۳۸
هر بیمار مهارشده باید از رفتاری که باعث محدودیت او شده است و رفتار و شرایط لازم برای اتمام مهار مطلع شود.	۱۸۶(۹۳)	۰	۷(۳/۵)	۰/۹۰ $\pm$ ۰/۳۰
در دستور اعمال محدودیت توسط پزشک دلیل، نوع، زمان باید در پرونده بیمار ثبت شود.	۱۹۱(۹۵/۵)	۰	۹(۴/۵)	۰/۹۳ $\pm$ ۰/۲۵

نشریه پرستاری ایران

از سوی دیگر، مطالعه حاضر نشان داد کمترین میانگین در حیطه نگرش مربوط به عبارت «من در هنگام اعمال مهار فیزیکی احساس گناه می‌کنم» بود. احساسات منفی پرستاران شامل غم، اندوه و گناه هنگام استفاده از محدودیت فیزیکی است. آن‌ها با بیمارانی خود هم‌ذات‌پنداری می‌کردند و آن‌ها را خود یا اعضای خانواده خود می‌دانستند. آن‌ها به‌دلیل نقض حقوق بیمار احساس تعارض داشتند و از این رو پریشانی عاطفی را تجربه کردند [۳۱، ۳۰].

نگرش مربوط به عبارت «من معتقدم که محدودیت‌ها نباید تنها برای راحتی کارکنان استفاده شود» بود. به‌عنوان حقوق افرادی که مداخلات رفتاری دواطلبانه و غیرارادی در سلامت روان دریافت می‌کنند، نمی‌توان از وسایل حفاظتی و حمایتی به‌عنوان اجبار، تنبیه یا برای راحتی کارکنان یا سایر افراد استفاده کرد [۲۹].

جدول ۳. نمرات دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد مهار

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداقل	حداکثر
دانش	۱۹/۳۶ $\pm$ ۱/۷۳	۱۲	۲۲
نگرش	۳۶/۵۱ $\pm$ ۴/۶۰	۲۱	۵۱
عملکرد	۶۵/۱۹ $\pm$ ۳/۲۹	۵۴	۷۳

نشریه پرستاری ایران

به ترتیب ضعیف و متوسط گزارش کردند در تضاد بود [۲۲، ۳۴]. تفاوت در محیط مطالعه از نظر ساختار و فرهنگی سازمانی، ابزار مطالعه، اندازه و زمینه شرکت کنندگان می تواند از علل احتمالی تفاوت در نتایج مطالعات باشد. همچنین، مطالعه حاضر نشان داد بیشترین میانگین در حوزه عملکرد مربوط به این جمله است که «تنها با دستور پزشک بیمار را مهار می کنم». یکی از اصول اولیه در دستورالعمل های محدودیت برای خدمات بهداشت روان، محدود کردن بیمار تنها با دستور پزشک است که به رعایت حقوق بیماران منجر می شود [۹].

مطالعه حاضر نشان داد میانگین و انحراف معیار عملکرد پرستاران در استفاده از مهار کننده ها در بیماران روانپزشکی خوب بود. در خصوص عملکرد پرستاران، نتایج مطالعه حاضر با نتایج برخی از مطالعات از جمله وانگ و همکاران و چونگ و همکاران همسو می باشد [۳۳، ۳۲].

با این حال، این نتایج با نتایج برخی از مطالعات از جمله حسن و همکاران در کشور عربستان در پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی و کاراجز جلو و همکاران در کشور ترکیه در دانشجویان سال آخر پرستاری که سطح عملکرد پرستاران

جدول ۴. بیانیه های نگرش پرستاران مورد مطالعه در مورد مهار

بیانیه	تعداد (درصد)				میانگین $\pm$ انحراف معیار
	کاملاً مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
به نظر من اعضای خانواده حق دارند استفاده از مهار کننده های فیزیکی را نپذیرند.	۹(۴/۵)	۶۹(۳۴/۵)	۴۹(۲۴/۵)	۴۳(۲۱/۵)	۳۰(۱۵)
به نظر من بیمار باید حق امتناع یا مقاومت در برابر مهار کننده فیزیکی را داشته باشد.	۰	۳۹(۲۴/۵)	۳۴(۱۷)	۵۴(۲۷)	۶۳(۳۱/۵)
هنگام اجرای مهار کننده فیزیکی، احساس گناه می کنم.	۱۰۳(۵۱/۵)	۵۳(۲۶/۵)	۳۸(۱۹)	۵(۲/۵)	۱(۵)
به نظر من دلیل اصلی استفاده از مهار کننده های فیزیکی این است که بیمارستان با کمبود نیرو مواجه است.	۱(۵)	۶۹(۴/۵)	۷۷(۳۸/۵)	۴۴(۲۲)	۹(۴/۵)
اگر وضعیت بیمار بعد از اعمال مهار فیزیکی بدتر (مثل بیقراری) شود، احساس بدی خواهم داشت.	۱۲(۶)	۶۹(۳۴/۵)	۳۰(۱۵)	۴۲(۲۱)	۱(۵)
عزت نفس و شان بیمار هنگام مهار فیزیکی، خدشه دار می شود.	۸(۴)	۴۵(۲۲/۵)	۲۴(۱۲)	۳۶(۱۸)	۸۷(۴۳/۵)
برای حمایت های قانونی از خودم و بیمارستان، استفاده از مهار کننده های فیزیکی بسیار مهم است.	۱۶(۸)	۳۳(۲۱/۵)	۴۵(۲۲/۵)	۶۵(۳۲/۵)	۳۱(۱۵/۵)
احساس می کنم قرار گرفتن بیمار در مهار کننده فیزیکی می تواند زمان مراقبت پرستاری را کاهش دهد.	۳۳(۱۶/۵)	۹۶(۴۸)	۶۳(۳۱/۵)	۶(۳)	۲(۱)
معتقدم که مهار فیزیکی می تواند سطح ارتباط بیمار- پرستار را کاهش دهد.	۳۵(۱۷/۵)	۹۸(۴۹)	۴۳(۲۱/۵)	۲۱(۱۰/۵)	۳(۱/۵)
معتقدم نباید از مهار به عنوان تنبیه استفاده کرد.	۱۷(۸/۵)	۱۷(۸/۵)	۱۱(۵/۵)	۵۱(۲۵/۵)	۱۰۵(۵۲)
معتقدم نباید استفاده از مهار صرفاً به منظور راحتی کارکنان واحد درمانی انجام شود.	۱۱(۵/۵)	۱۵(۷/۵)	۱۱(۵/۵)	۳۴(۱۷)	۱۲۹(۶۴/۵)
استفاده از مهار فیزیکی در بیماران یک روش غیراخلاقی و بی فایده است.	۶۵(۳۲/۵)	۸۱(۴۰/۵)	۴۸(۲۴)	۵(۲/۵)	۱(۵)

نشریه پرستاری ایران

جدول ۵. بیانیه‌های عملکرد پرستاران مورد مطالعه در مورد مهار

بیانیه	تعداد (درصد)					میانگین $\pm$ انحراف معیار
	هرگز	به ندرت	گاهی	اکثر اوقات	همیشه	
قبل از مهار کردن بیمار اقدامات پرستاری دیگری مثل دعوت به آرامش، کاهش محرک‌های محیطی را امتحان می‌کنم.	۰	۶(۳)	۱۷(۷۵)	۱۰۷(۵۳/۵)	۷۰(۳۵)	۴/۲۰ $\pm$ ۰/۷۱
فقط با دستور پزشک بیمار را مهار می‌کنم.	۰	۰	۱۹(۹/۵)	۲۰(۵/۴)	۱۴۰(۷۰)	۴/۶۰ $\pm$ ۰/۶۵
وقتی احساس می‌کنم بیمار احتیاج به مهار ندارد، پیشنهاد لغو دستور مهار فیزیکی را به دکتر می‌دهم.	۰	۰	۱۰(۵)	۶۳(۳۱/۵)	۱۲۷(۶۳/۵)	۴/۵۸ $\pm$ ۰/۵۸
من به درخواست‌های بیمار مهار شده در اسرع وقت پاسخ می‌دهم.	۰	۴(۲)	۵۲(۲۶)	۶۴(۳۲)	۸۰(۴۰)	۴/۱۰ $\pm$ ۰/۸۵
اندام مهار شده را از لحاظ خراش و بریدگی بازرسی می‌کنم.	۰	۵(۲/۵)	۷(۳/۵)	۷۱(۳۵/۵)	۱۱۷(۵۷/۵)	۴/۵۰ $\pm$ ۰/۶۸
علت مهار بیمار را به اعضای خانواده اش توضیح می‌دهم.	۳(۱/۵)	۵(۲/۵)	۲۳(۱۱/۵)	۷۳(۳۶/۵)	۹۶(۴۸)	۴/۲۷ $\pm$ ۰/۸۷
در فرصت مناسب به بیمار توضیح می‌دهم که چرا مهار شده است.	۰	۱۱(۵/۵)	۳۰(۱۵)	۷۷(۳۸/۵)	۸۲(۴۱)	۴/۱۵ $\pm$ ۰/۸۷
به بیمار می‌گویم که مهارکننده‌ها چه زمانی و در چه شرایطی برداشته می‌شوند.	۰	۱(۰/۵)	۴۵(۲۲/۵)	۶۰(۳۰)	۹۴(۴۷)	۴/۲۳ $\pm$ ۰/۸۱
در صورت کمبود نیرو در مقایسه با زمانی که پرستار کافی داشته باشیم تعداد بیشتری از بیماران مهار خواهند شد.	۰	۰	۲۲(۱۱)	۷۷(۳۸/۵)	۱۰۱(۵۰/۵)	۳/۹۴ $\pm$ ۰/۶۷
کارکنان بیمارستان ما با یکدیگر همکاری می‌کنند تا غیر از استفاده از مهار فیزیکی روش‌های دیگری را برای کنترل رفتار بیماران انجام دهند.	۰	۵(۲/۵)	۲۱(۱۰/۵)	۶۳(۳۱/۵)	۱۱۱(۵۵/۵)	۴/۴۰ $\pm$ ۰/۷۷
من اغلب بیمار را از نظر داشتن شرایط ختم مهار ارزیابی می‌کنم.	۱(۰/۵)	۲(۱)	۱۷(۷/۵)	۵۴(۲۷)	۱۲۶(۶۳)	۴/۵۱ $\pm$ ۰/۷۳
هنگامی که مهارکننده فیزیکی اعمال شده من در گزارش پرستاری و فرم مهار خشونت نوع مهارکننده استفاده شده، دلیل استفاده از آن، زمان شروع درخواست و مراقبت‌های پرستاری مرتبط را ثبت می‌کنم.	۰	۲(۱)	۲۰(۱۰)	۷۷(۳۸/۵)	۱۰۱(۵۰/۵)	۴/۳۸ $\pm$ ۰/۷۰
بعد از اتمام مهار، من معمولاً تأثیر مهارکننده فیزیکی بر بیمار را ارزیابی و ثبت می‌کنم.	۱(۰/۵)	۹(۴/۵)	۷۲(۳۶)	۳۶(۱۸)	۸۲(۴۱)	۳/۹۴ $\pm$ ۰/۹۹
هنگامی که بیمار در تخت مهار می‌شود، مهارکننده را به چارچوب تخت می‌بندم نه به نرده‌های کنار تخت.	۲(۱)	۳(۱/۵)	۳۶(۱۸)	۲۲(۱۱)	۱۳۷(۶۸/۵)	۴/۴۴ $\pm$ ۰/۹۰
سعی می‌کنم حتی الامکان شان و منزلت بیمار مهار شده را حفظ نمایم.	۲(۱)	۱(۰/۵)	۳۳(۱۶/۵)	۳۱(۱۵/۵)	۱۳۳(۶۶/۵)	۴/۴۶ $\pm$ ۰/۸۶

نشریه پرستاری ایران

نتایج در تضاد با نتایج مطالعه یی و همکاران در کشور چین در پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی بود که نشان داد سطح عملکرد پرستاران در مورد محدودیت‌های فیزیکی با پرستاران مسن‌تر کاهش می‌یابد [۳۶]. عوامل فردی و سازمانی بر عملکرد پرستاران در مورد محدودیت‌های فیزیکی تأثیر می‌گذارد [۳۷].

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، دانش خوب، نگرش نسبتاً مثبت و سطح عملکرد خوب در مورد استفاده از مهار در میان پرستاران روانپزشکی مشاهده شد. در این مطالعه در حیطه دانش باتوجه به آگاهی کم در مورد لزوم نظارت مستمر بیماران در حین مهار، در حیطه نگرش باتوجه به احساس گناه در زمان اجرای مهار و در حیطه عملکرد باتوجه به عملکرد ضعیف در بررسی و ثبت اثر مهار بر

ازسوی دیگر، مطالعه حاضر نشان داد در حیطه عملکرد کمترین میانگین مربوط به این عبارت بود: «پس از تکمیل محدودیت، معمولاً تأثیر محدودیت فیزیکی بر بیمار را ارزیابی و ثبت می‌کنم». هنگامی که بیمار مهار می‌شود، پرستار باید وضعیت جسمانی، وضعیت عاطفی و واکنش‌های بیمار به مهار را تحت نظر داشته باشد. مستندسازی دقیق قسمت مهار برای مراقبت ایمن و مؤثر از بیمار حیاتی است و اطلاعاتی را ارائه می‌کند که می‌تواند کیفیت مراقبت را بهبود بخشد [۳۵].

مطالعه حاضر نشان داد عملکرد با سابقه کار در بخش روانپزشکی و آگاهی از استفاده از مهارکننده‌ها همبستگی مثبت و معناداری دارد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج برخی از مطالعات هم‌راستا است، از جمله محمود نشان داد پرستاران با تجربه تمایل به عملکرد بهتر و سازگاری بهتر دارند [۲۱]. با این حال، این

جدول ۶. دانش، نگرش و عملکرد پرستاران مورد مطالعه برحسب مشخصات فردی - اجتماعی

متغیر	دانش	نگرش	عملکرد	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
جنس	مرد	۱۹/۲۹ $\pm$ ۱/۶۹	۳۶/۶۶ $\pm$ ۴/۹۱	۶۵/۲۵ $\pm$ ۳/۵۳
	زن	۱۹/۴۰ $\pm$ ۱/۷۶	۳۶/۴۱ $\pm$ ۲/۴۹	۶۵/۱۴ $\pm$ ۳/۱۳
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۹/۳۱ $\pm$ ۱/۷۵	۳۶/۶۴ $\pm$ ۲/۵۶	۶۵/۱۰ $\pm$ ۳/۳۳
	کارشناسی ارشد	۱۹/۷۸ $\pm$ ۱/۴۷	۳۵/۷۶ $\pm$ ۵/۴۲	۶۶ $\pm$ ۳/۹۵
بخش	مردان	۱۹/۵۸ $\pm$ ۱/۶۹	۳۶ $\pm$ ۴/۸۲	۶۵/۲۹ $\pm$ ۳/۲۵
	زنان	۱۹/۳۱ $\pm$ ۱/۷۰	۳۶ $\pm$ ۴/۳۹	۶۵/۳۱ $\pm$ ۳/۲۶
	کودکان و نوجوانان	۱۹/۰۳ $\pm$ ۱/۸۲	۳۷ $\pm$ ۴/۳۶	۶۴/۳۳ $\pm$ ۳/۸۱
	اورژانس	۱۹/۰۴ $\pm$ ۱/۸۴	۳۶/۷۸ $\pm$ ۵/۰۶	۶۵/۴۷ $\pm$ ۳/۸۲
سن	$r=0/093^{***}$ $P=0/172$	$r=0/003^{***}$ $P=0/952$	$r=0/106^{***}$ $P=0/137$	
سابقه کار (کلی)	$r=0/05^{***}$ $P=0/481$	$r=0/045^{***}$ $P=0/524$	$r=0/101^{***}$ $P=0/151$	
سابقه کار در بخش‌های روانپزشکی	$r=0/081^{***}$ $P=0/251$	$r=0/068^{***}$ $P=0/331$	$r=0/140^{***}$ $P=0/048$	
دانش	$r=1^{***}$ $P\leq 0/001$	$r=0/030^{***}$ $P=0/67$	$r=0/170^{***}$ $P=0/016$	

آنووا، **تی تست مستقل، *** ضریب همبستگی درون

نشریه پرستاری ایران

این مطالعه محدودیت‌هایی دارد. ابزارهای پژوهش حاضر مبتنی بر خودگزارشی بود. بنابراین این امکان وجود دارد که پاسخ‌های شرکت‌کنندگان به بیانیه‌ها واقعی نباشد و پرستاران نتوانند احساس واقعی خود را منعکس کنند. از این رو سعی شد، با تأکید بر محرمانه ماندن داده‌ها و دادن توضیحات لازم با اعتماد کافی پرسش‌نامه‌ها را پر کنند.

به علت بار کاری زیاد پرستاران در بخش‌های روانپزشکی و طولانی بودن پرسش‌نامه‌ها و احتمال پاسخگویی ناکامل به سؤالات، به آنان فرصت یک هفته‌ای برای پاسخگویی داده شد. همچنین برای آنان هدیه‌ای نیز در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد (IR.TBZMED.REC.1400.489) تأیید شده است. همه شرکت‌کنندگان یک مقدمه کوتاه و اطلاعات رضایت آگاهانه را مطالعه کردند. ابتدا اهداف پژوهش، ناشناس ماندن شرکت‌کنندگان، مشارکت داوطلبانه و اطلاعات مطالعه به صورت شفاهی توضیح داده شد. رضایت آگاهانه از تمامی آزمودنی‌ها اخذ شد و روش تحقیق بر اساس اعلامیه هلسینکی انجام شد.

بیماران و همچنین داشتن همبستگی مثبت بین دانش و عملکرد پرستاران وجود داشت که این موارد نیاز به اجرای برنامه‌های آموزشی و آموزش بیشتر برای کارکنان پرستاری، به ویژه برای رسیدگی به تغییر نگرش پرستاران نسبت به مهارت‌کننده‌ها، ملاحظات شناختی و عملکردی مربوط به مهارت‌فیزیکی دارد.

این مطالعه در بین پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی مرکز آموزشی درمانی رازی تبریز انجام شد که تعمیم نتایج آن به سایر پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی ممکن است به دلیل عوامل زمینه‌ای مختلف و نوع نمونه‌گیری دردسترس محدود باشد.

فقدان پرسش‌نامه بومی برای ارزیابی متغیر مورد مطالعه وجود داشت که می‌تواند بر اعتبار نتایج مطالعه تأثیر بگذارد. بنابراین، با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های ترکیبی برای ساخت پرسش‌نامه بومی استفاده شود. همچنین مطالعات مشابهی در مراکز روانپزشکی شهرهای دیگر کشور با حجم نمونه بیشتر انجام شود و نتایج مطالعات با یکدیگر مقایسه شود. با توجه به نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد نیاز به توسعه و اجرای برنامه‌های آموزشی برای بهبود نگرش و عملکرد پرستاران توسط مدیران پرستاری باشد.

حامی مالی

این مطالعه با مساعدت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با شماره تصویب ۴۸۹ در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد اسما احسانی دانشجوی رشته روانپرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی و نظارت: حسین نامدار ارشتناب؛ پیش نویس اصلی، بررسی و ویرایش و گردآوری اطلاعات: اسما احسانی و حسین ابراهیمی؛ تجزیه و تحلیل داده ها: مریم وحیدی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و از پرستاران شاغل در بخش های مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی روانپزشکی رازی تبریز به دلیل مشارکت در مطالعه قدردانی می کنند.

References

- [1] Taylor C, Lynn P, Bartlett J. Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018. [Link]
- [2] Shenoy A. Patient safety from the perspective of quality management frameworks: A review. *Patient Saf Surg.* 2021; 15(1):12. [DOI:10.1186/s13037-021-00286-6] [PMID] [PMCID]
- [3] Karaka T, Aydin ozkan S, Derya ister E. Physical restraint use in elderly patients: Perceptions of nurses in university hospitals. *Turk J Geriatr.* 2018; 21(4):588-95. [DOI:10.31086/tjgeri.2018.66]
- [4] Spennato U, Lerjen N, Siegwart J, Mueller B, Schuetz P, Koch D, et al. Prevalence, risk factors and outcomes associated with physical restraint in acute medical inpatients over 4 years-A retrospective cohort study. *Geriatrics.* 2023; 8(1):15. [DOI:10.3390/geriatrics8010015] [PMID] [PMCID]
- [5] Rentala S, Thimmajja SG, Bevoor P, Nanjegowda RB. Nurses' knowledge, attitude and practices on use of restraints at State Mental health care setting: An impact of in-service education programme. *Invest Educ Enferm.* 2021; 39(1):e12. [DOI:10.17533/udea.iee.v39n1e12] [PMID] [PMCID]
- [6] Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Front Psychiatry.* 2019; 10:491. [DOI:10.3389/fpsy.2019.00491] [PMID] [PMCID]
- [7] Bellenger EN, Ibrahim JE, Lovell JJ, Bugeja L. The nature and extent of physical restraint-related deaths in nursing homes: A systematic review. *J Aging Health.* 2018; 30(7):1042-61. [DOI:10.1177/0898264317704541] [PMID]
- [8] Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2017; 24(9-10):681-98. [DOI:10.1111/jpm.12410] [PMID]
- [9] Pérez-Toribio A, Moreno-Poyato AR, Roldán-Merino JF, Nash M. Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2022; 29(5):688-97. [DOI:10.1111/jpm.12860] [PMID]
- [10] Raveesh BN, Lepping P. Restraint guidelines for mental health services in India. *Indian J Psychiatry.* 2019; 61(Suppl 4):S698-705. [DOI:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_106_19] [PMID] [PMCID]
- [11] Guvercin CH, Samur M, Gurkan K. The other side of the coin: Nurses' views and behavior on physical restraint. *Acta Bioethica.* 2018; 24(2):253-64. [DOI:10.4067/S1726-569X2018000200253]
- [12] Mehrook S, Belsiyal CX, Kamboj P, Mery A. The use of physical restraints- knowledge and attitude of nurses of a tertiary care institute, Uttarakhand, India. *J Educ Health Promot.* 2020; 9:77. [DOI:10.4103/jehp.jehp_451_19] [PMID] [PMCID]
- [13] He S, Meng Y, Liu F, Wang X, Qiu H, Zuo Z. Nurses' knowledge, attitude, and practice regarding the use of physical restraints in children in the intensive care setting in China: A cross-sectional multicentre study. *Aust Crit Care.* 2023; 36(4):515-20. [DOI:10.1016/j.aucc.2022.04.007] [PMID]
- [14] O'Connor BB. Culture and the use of patient restraints. *HEC Forum.* 1998; 10(3-4):263-75. [DOI:10.1023/A:1008848415463] [PMID]
- [15] Li Y, Wang Y, Gu Y, Gong D, Jiang S, Li J, et al. Knowledge, attitude, and practice of nursing home staff regarding physical restraint in china: A cross-sectional multicenter study. *Frontiers in Public Health.* 2022. [Link]
- [16] Kane CF. The 2014 scope and standards of practice for psychiatric mental health nursing: Key updates. *Online J Issues Nurs.* 2015; 20(1):1. [DOI:10.3912/OJIN.Vol20No01Man01] [PMID]
- [17] Gandhi S, Poreddi V, Nagarajaiah, Palaniappan M, Reddy SSN, BadaMath S. Indian nurses' knowledge, attitude and practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. *Invest Educ Enferm.* 2018; 36(1):e10. [DOI:10.17533/udea.iee.v36n1e10] [PMID]
- [18] Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical restraint use: A nursing perspective. *Medsurg Nurs.* 2006; 15(3):163-7. [Link]
- [19] Saeidi SZ, Khatiban M, Khazaei A, Soltanian AR, Rahimi Bashar F. [Assessment of intensive care unit nurses' knowledge, attitude, and practice of physical restraint use (Persian)]. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2015; 23(3):40-9. [Link]
- [20] Lee TK, Välimäki M, Lantta T. The knowledge, practice and attitudes of nurses regarding physical restraint: Survey results from psychiatric inpatient settings. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(13):6747. [DOI:10.3390/ijerph18136747] [PMID] [PMCID]
- [21] Mahmoud AS. Psychiatric nurses' attitude and practice toward physical restraint. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017; 31(1):2-7. [DOI:10.1016/j.apnu.2016.07.013] [PMID]
- [22] Hasan AA, Abulattif A. Psychiatric nurses' knowledge, attitudes, and practice towards the use of physical restraints. *Perspect Psychiatr Care.* 2019; 55(2):218-24. [DOI:10.1111/ppc.12335] [PMID]
- [23] Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs.* 2006; 55(1):20-8. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2006.03883.x] [PMID]
- [24] Weiland TJ, Ivory S, Hutton J. Managing acute behavioural disturbances in the emergency department using the environment, policies and practices: A systematic review. *West J Emerg Med.* 2017; 18(4):647-61. [DOI:10.5811/westjem.2017.4.33411] [PMID] [PMCID]
- [25] Sharifi A, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahbolaghi F. The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: An integrated literature review. *Syst Rev.* 2021; 10(1):129. [DOI:10.1186/s13643-021-01676-8] [PMID] [PMCID]
- [26] Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *J Clin Nurs.* 2017; 26(23-24):4479-88. [DOI:10.1111/jocn.13778] [PMID]

- [27] Göktaş A, Buldukoğlu K. Determination of psychiatric clinic nurses' knowledge, attitudes and practices regarding the use of physical restraints. *J Psychiatr Nurs Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2018; 9(1):1-10. [DOI:10.14744/phd.2017.38247]
- [28] Wong WK, Bressington DT. Nurses' attitudes towards the use of physical restraint in psychiatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022; 29(5):659-75. [DOI:10.1111/jpm.12838] [PMID]
- [29] Oh Y. A new perspective on human rights in the use of physical restraint on psychiatric patients-based on merleau-ponty's phenomenology of the body. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(19):10078. [DOI:10.3390/ijerph181910078] [PMID] [PMCID]
- [30] Lim HTL, Li ZD. Nurses' attitude towards usage of physical restraints in a teaching hospital in singapore. *Open J Geriatr*. 2019; 2(1):29-35. [DOI:10.22259/2639-359X.0201006]
- [31] Salehi Z, Najafi Ghezeljeh T, Hajibabae F, Joolae S. Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2020; 27(2):598-608. [DOI:10.1177/0969733019858711] [PMID]
- [32] Wang L, Zhu XP, Zeng XT, Xiong P. Nurses' knowledge, attitudes and practices related to physical restraint: A cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 2019; 66(1):122-9. [DOI:10.1111/inr.12470] [PMID]
- [33] Chong Y, Wang C, Zhi T, Fang S, Min H, Zhang L, et al. Psychiatric nurses' knowledge, attitudes, and practice regarding physical restraint in China: A multicentre cross-sectional study. *J Multidiscip Healthc*. 2023; 16:1475-89. [DOI:10.2147/JMDH.S412485] [PMID] [PMCID]
- [34] Karagozoglu S, Ozden D, Yildiz FT. Knowledge, attitudes, and practices of Turkish intern nurses regarding physical restraints. *Clin Nurse Spec*. 2013; 27(5):262-71. [DOI:10.1097/NUR.0b013e3182a0baec] [PMID]
- [35] Balci H, Arslan S. Nurses' information, attitude and practices towards use of physical restraint in intensive care units. *J Car-ing Sci*. 2018; 7(2):75-81. [DOI:10.15171/jcs.2018.012] [PMID] [PMCID]
- [36] Ye JR, Zeng JF, Xiao AX, Xia ZC, Dai LD, Wang C. Attitude and practice toward physical restraint among psychiatric nurses in Guangdong, China: A cross-sectional survey. *Front Nurs*. 2021; 8(1):59-68. [DOI:10.2478/fon-2021-0007]
- [37] Abdelaty Ahmed O, Hamdi Mohamed A, Mohamed Abdel-halim A. Factors affecting nurses'performance regarding use of physical restraints in critical care unit. *Egypt J Health Care*. 2018; 9(4):159-73. [DOI:10.21608/ejhc.2018.22769]