

Research Paper

The Factors Affecting Nurses' Perception of Their Roles Towards Family Caregivers of Patients in Intensive Care Units and Their Active Participation in Patient Care



Fateme Mahmoudi Lerd¹ , Elham Navab¹ , Abbas Varvani Farahani² , Shima Haghani³ , Marzieh Sobhani⁴
,*Mahboubeh Shali¹



Citation Mahmoudi Lerd F, Navab E, Varvani Farahani A, Haghani Sh, Sobhani M, Shali M. [The Factors Affecting Nurses' Perception of Their Roles Towards Family Caregivers of Patients in Intensive Care Units and Their Active Participation in Patient Care (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E1398.8. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.1398.8>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.1398.8>

Received: 16 Jan 2025

Accepted: 21 Mar 2025

Available Online: 25 Aug 2025

ABSTRACT

Background & Aims Given the importance of the role of family caregivers in completing the treatment and care process, it is necessary to investigate the factors related to the participation of family caregivers of patients hospitalized in intensive care units (ICUs). The present study aimed to identify the factors affecting nurses' perceptions of their roles towards family caregivers of ICU patients and their active participation in patient care.

Materials & Methods This is a cross-sectional study conducted from December 2023 to October 2024 on 150 nurses working in the ICUs of hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Data were collected using a demographic form, Hickey & Lewandowski's questionnaire to examine nurses' role with family caregivers, and the questionnaire on factors that influence family engagement (QFIFE). Data analysis was performed in SPSS v.16 software.

Results The nurses had a mean age of 34.6 ± 7.88 and were mostly female (77.3%). The mean score of nurses' perceptions of their role was 40.79 ± 6.87 (a moderate perception). Nurses' perceptions were significantly different based on family caregivers' level of participation in patient care ($P=0.004$). Also, the nurses' perceptions had a significant positive correlation with age ($P=0.004$) and nursing work experience ($P=0.015$). The QFIFE score had a significant negative correlation with the nursing activities score ($P=0.028$).

Conclusion The ICU nurses in Tehran have a moderate perception of their roles towards family caregivers. Therefore, they need more motivation and training to improve their perception and meet family needs. Nursing managers and hospital officials, in addition to providing the opportunity for the engagement of families in patient care and offering communication training programs for nurses, should provide the basis for providing family-centered care.

Keywords:

Family nursing, Family caregivers, Intensive care unit, Nurses

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

2. Department of Nursing, Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Department of Nursing, Dehaghan C, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

* Corresponding Author:

Mahboubeh Shali, Assistant professor.

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

Tel: +98 (912) 4812923

E-Mail: mehraneshali@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

The use of family caregivers in providing family-centered care is vital for completing the care and treatment process. Family caregivers are informal caregivers who are usually family members or friends of patients and provide care for the patient daily and support them physically, mentally, and socially, and do not receive any payment for the care they provide. The participation of family caregivers in patient care has a positive impact on patient comfort, communication, increased hope, and reduced anxiety. This participation in patient care is categorized into five areas, ranging from passive to active, including being present at the patient's bedside, meeting needs, communicating and receiving information, decision-making, and assist in care. The active presence of family caregivers in facilitating the assessment, meeting patient needs, providing training, and completing the care process is important.

Providing a family-centered care program that meets the needs of patients and families is the main task of the nurse in the intensive care units (ICUs). It is important for nurses to consider the needs of families and involve them in care, and to have a correct perception of their role, which is important for family participation in the ICU patient care. The majority of studies have examined this role from the perspective of family caregivers or have qualitatively examined the experiences of nurses. Only one study used a quantitative method to examine it from the perspective of nurses. There is no study available on the relationship between nurses' perceptions of their roles towards family caregivers and the factors affecting the participation of family caregivers. Given the important role of family caregivers in completing the treatment or care process, it is necessary to further identify the factors related to the participation of family caregivers of ICU patients. Hence, the present study aimed to survey Iranian nurses' perceptions of their role towards family caregivers of ICU patients and find the factors affecting the participation of family caregivers in patient care.

Methods

This cross-sectional study was conducted from December 2023 to October 2024. The samples were 150 nurses working in ICUs of hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences, who had at least one year of experience in providing direct care to patients hospitalized in the ICUs. The nurses were selected using a stratified sampling method. To collect information, three

questionnaires were used, including a sociodemographic form, Hickey & Lewandowski's questionnaire to examine nurses' role with families, and the Questionnaire on Factors That Influence Family Engagement (QFIFE). The demographic questionnaire recorded variables such as age, gender, marital status, work experience, history of employment in the ICU, employment status (planned, contractual, official), satisfaction with the nursing job, nursing activity score, history of depression and anxiety disorders, and family caregivers' level of participation (active/inactive). Considering the normal distribution of the data, data analysis was performed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and independent t-test, analysis of variance, and Pearson's correlation test in SPSS v.16 software. All statistical tests were considered significant at $P < 0.05$.

Results

The nurses participating in the study had a mean age of 34.6 ± 7.88 years, and most of them were female (77.3%) and married (62%). Also, 68.7% had no history of depression, and 67.3% had no history of anxiety disorders. The mean score of nurses' role with family caregivers was 40.79 ± 6.87 (a moderate perception). The attitude factor obtained the highest score, while the environmental factor obtained the lowest mean score. According to statistical analysis, nurses' perceptions were significantly different based on family caregivers' level of participation in patient care ($P=0.004$). The mean score of family caregivers' participation in decision-making was significantly higher than that in communication and receiving information. Also, the nurses' perceptions had a significant positive correlation with age ($P=0.004$) and nursing work experience ($P=0.015$). In other words, higher age and work experience improve nurses' perception of their role with family caregivers. The QFIFE score had no statistically significant relationship with any sociodemographic characteristics, except for the nursing activities, which was a negative correlation ($P=0.028$). In other words, with increasing nursing activities, the active participation of family caregivers decreases.

Conclusion

According to the findings, the ICU nurses in Tehran have a moderate perception of their roles towards family caregivers. Therefore, they need more motivation and training to improve their perception and meet family needs. Conducting further studies to understand the needs and challenges of family caregivers in Iranian society can be helpful for appropriate planning to address the problems of both family caregivers and patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles were considered. The study was approved by the Ethics Committee of [Tehran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.TUMS.FNM.REC.1403.030).

Funding

This article was extracted from the master's thesis of Fateme Mahmoudi Lerd, funded by [Tehran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Fateme Mahmoudi Lerd: Study design, writing original draft; Elham Navab: writing original draft; Abbas Varvani Farahani: data analysis; Marzieh Sobhani: data collection; Shima Haghani: Data analysis; Mahboubeh Shali: Study design, data analysis, writing original draft. All authors approved the final draft.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of [Tehran University of Medical Sciences](#) for providing financial support, and all nurses who participated in this research for their cooperation.



مقاله پژوهشی

ارتباط درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی با فاکتورهای مؤثر در مشارکت آنان در مراقبت از بیمار

فاطمه محمودی لرد^۱، الهام نواب^۱، عباس وروانی فراهانی^۲، شیما حقانی^۳، مرضیه سبحانی^۴، *محبوبه شالی^۱

Citation Mahmoudi Lerd F, Navab E, Varvani Farahani A, Haghani Sh, Sobhani M, Shali M. [The Factors Affecting Nurses' Perception of Their Roles Towards Family Caregivers of Patients in Intensive Care Units and Their Active Participation in Patient Care (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E1398.8. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.1398.8>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.1398.8>

چکیده

زمینه و هدف: باتوجه به اهمیت نقش مراقبین خانوادگی در تکمیل فرآیند درمان و مراقبت، لازم است عوامل مرتبط با مشارکت مراقبین خانوادگی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار گیرد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی با فاکتورهای مؤثر در مشارکت فعال آنان در مراقبت از بیماران صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در بازه زمانی آذر ماه سال ۱۴۰۲ تا مهر سال ۱۴۰۳، انجام شد. نمونه‌های پژوهش ۱۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بودند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه بررسی درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی و پرسش‌نامه فاکتورهای مؤثر در مشارکت دادن مراقبین جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: بیشتر پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش با میانگین سنی $34/6 \pm 7/88$ و زن (۷۷/۳ درصد) بودند. میانگین نمره درک پرستار از نقش خود $40/79 \pm 6/87$ بود (درک نسبی). درک پرستار با میزان مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار ارتباط معنی‌دار آماری داشت ($P=0/004$). از بین مشخصات جمعیت‌شناختی، مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی تنها با نمره فعالیت‌های پرستاری همبستگی معنی‌دار آماری معکوس نشان داد ($P=0/028$).

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های پژوهش درک پرستاران از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی متوسط بود. بنابراین، پرستاران به انگیزش و آموزش بیشتری در ارزیابی و پیش‌بینی نیازهای خانواده نیاز دارند. مدیران پرستاری و مسئولین بیمارستان‌ها بایستی در کنار فراهم کردن امکان تعامل با خانواده بیمار و آموزش مهارت‌های ارتباط با خانواده، زمینه ارائه مراقبت خانواده‌محور را فراهم آورند.

تاریخ دریافت: ۲۷ دی ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۱ فروردین ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۳ شهریور ۱۴۰۴

کلیدواژه‌ها:

پرستاری از خانواده،
مراقبین خانوادگی،
بخش مراقبت‌های ویژه،
پرستاران

۱. گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی دهقان، دهقان، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر محبوبه شالی

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

تلفن: +۹۸ (۹۱۲) ۴۸۱۲۹۲۳

رایانامه: mehraneshali@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

درک نقش پرستار در قبال مراقبین خانوادگی و فاکتورهای مؤثر در مشارکت مراقبین خانوادگی مطالعه‌ای در دسترس نیست. به نظر می‌رسد برای داشتن دانش بیشتر نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه وجود دارد. باتوجه 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. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی با فاکتورهای مؤثر در مشارکت فعال آنان در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه صورت گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در بازه زمانی آذر ماه سال ۱۴۰۲ تا مهر ماه سال ۱۴۰۳ انجام شده است. برای تعیین حجم نمونه لازم به منظور برآورد مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران از دیدگاه پرستاران، با سطح اطمینان ۰/۹۵ و با دقت برآورد $d=0/1$ و انحراف معیار ۰/۶۱، حجم نمونه ۱۴۵ نفر برآورد گردید و برای پیشگیری از ریزش نمونه‌ها میزان ۱۵۰ نفر پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شدند.

معیارهای ورود شامل پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) بودند که حداقل تجربه ۱ سال مراقبت مستقیم از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را بر عهده داشته‌اند. معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل نشدن حداقل ۳۰ درصد از گویه‌های پرسش‌نامه در نظر گرفته شد.

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 (مجمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی، سینا، ضیائی‌ان، امیراعلم و بهارلو) و باتوجه به تعداد تخت‌های بخش 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 (فرمول شماره ۱).

۱.

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

جهت جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسش‌نامه استفاده شد.

مفهوم مراقبت خانواده محور به عنوان دیدگاه فلسفی جهانی شامل چهار مفهوم هسته‌ای تکریم و احترام، اشتراک اطلاعات و مشارکت و همکاری است [۱]. استفاده از مراقبین خانوادگی در مراقبت خانواده محور یکی از اجزای حیاتی در تکمیل فرآیند مراقبت و درمان است. منظور از مراقبین خانوادگی، مراقبین غیررسمی هستند که معمولاً اعضای خانواده یا دوستان بیمار بوده و به‌طور 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]. حضور و مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران، تأثیر مثبتی در فرآیند درمان و بهبودی، راحتی بیمار، برقراری ارتباط، افزایش امیدواری و کاهش اضطراب بیماران دارد [۳-۵]. در طی مطالعات پیشین، نشان داده شد مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار باعث افزایش سطح هوشیاری بیماران [۶-۸] و بهبود عملکرد تنفسی بیماران تحت تهویه مکانیکی [۹] و تسریع در جداسازی بیمار از ونتیلاتور شده است [۱۰].

مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار در پنج حیطه مشارکت از غیرفعال تا فعال شامل با حضور داشتن در بالین بیمار، مشارکت به عنوان دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها، مشارکت به عنوان برقراری ارتباط و دریافت اطلاعات، مشارکت در تصمیم‌گیری و مشارکت به عنوان کمک به مراقبت دسته‌بندی می‌شود [۱۱]. نقش حضور فعال مراقبین خانوادگی در تسهیل امر بررسی و تشخیص نیازهای بیمار و ارائه آموزش‌ها و تکمیل فرآیند مراقبت کاملاً روشن است [۱۲]. بنابراین ارائه برنامه مراقبتی خانواده محور منطبق بر نیاز بیمار و خانواده عمده‌ترین کار پرستار، در بخش مراقبت‌های ویژه است [۱۳]. 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 [۴].

از بین مطالعاتی که در زمینه درک نقش پرستار در قبال مراقبین خانوادگی صورت گرفته است، بیشتر مطالعات این نقش را از دیدگاه مراقبین خانوادگی مورد بررسی قرار داده‌اند [۱۵، ۱۶] و یا به روش کیفی تجربیات پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است [۱۷، ۱۸] 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 [۱۹]. در زمینه بررسی ارتباط

پرسش‌نامه اول

این پرسش‌نامه 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^۱)، ابتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی و میزان مشارکت گرفتن از مراقبین خانوادگی (فعال تا غیرفعال) ثبت شد. مشارکت از غیرفعال تا فعال در حیطه‌های حضور، با حضور داشتن در بالین بیمار، مشارکت به‌عنوان دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها، مشارکت به‌عنوان برقراری ارتباط و دریافت اطلاعات، مشارکت به‌عنوان تصمیم‌گیری و مشارکت به‌عنوان کمک به مراقبت دسته‌بندی شد [۱۱].

حیطه «حضور^۲» نقش نسبتاً منفعلانه‌ای را برای مراقبین خانوادگی به‌عنوان بازدیدکنندگان در بخش مراقبت‌های ویژه یا شاهدان اقدامات تهاجمی بیان می‌کند.

در حیطه «دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها^۳»، اعضای خانواده بیماران بدحال به‌عنوان دریافت‌کنندگان مراقبت‌بانی‌های روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیکی مشخص نشان داده می‌شوند.

حیطه «ارتباط و دریافت اطلاعات^۴»، به مراقبین خانوادگی به‌عنوان فردی که با بیمار و تیم درمانی ارتباط برقرار، اطلاعات را دریافت می‌کند و یا در تفسیر و اشتراک‌گذاری اطلاعات مشارکت می‌کند اشاره دارد.

در توضیح حیطه «تصمیم‌گیری^۵»، 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^۶» 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 دربر می‌گیرد [۱۱]. در این پژوهش، جهت برآورد امتیاز فعالیت‌های پرستاری برای اندازه‌گیری حجم کاری پرستار در بخش مراقبت‌های ویژه در مقیاس صفر درصد تا ۱۰۰ درصد استفاده شد که در آن ۱۰۰ درصد نشان‌دهنده نسبت ۱:۱ بیمار به پرستار است [۲۰].

1. Nursing Activities Score (NAS)
2. presence
3. Receiving care and having needs met
4. Communication and receiving information
5. Contribution to care

پرسش‌نامه دوم

پرسش‌نامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی بیماران بود. این پرسش‌نامه را هیکی و لاواندوسکی در سال ۱۹۸۸ توسعه داده‌اند. این پرسش‌نامه دارای ۱۹ گویه است و در ایران در پژوهش حیدری و همکاران در سال ۱۳۹۰ در تهران استفاده شده است [۱۹]. پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه به‌صورت ۵ رتبه‌ای لیکرت میان (۰) تا (۴) متغیر است. به جواب هرگز امتیاز (۰)، به‌ندرت امتیاز (۱)، برخی اوقات امتیاز (۲)، بیشتر اوقات امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) تعلق می‌گیرد. در نهایت امتیاز این بخش نیز براساس نمره ۷۶ محاسبه شد. کسب نمرات تا ۲۵ نشان‌دهنده درک پایین، تا ۵۰ نشان‌دهنده درک نسبی و کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده درک بالای پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی است.

پرسش‌نامه سوم

پرسش‌نامه فاکتورهای مؤثر در مشارکت خانواده^۶ بود که یک پرسش‌نامه ۱۵ سؤالی است که از ۴ خرده‌مقیاس تشکیل شده است: ۱. محیط بخش مراقبت‌های ویژه (موارد ۱ تا ۵)، ۲. ثبات بالینی بیمار (موارد ۶ و ۷)، ۳. گردش کار پرستار (موارد ۸-۱۰) و ۴. نگرش نسبت به مشارکت مراقب خانواده در مراقبت (موارد ۱۱ تا ۱۵). این خرده‌مقیاس‌ها ادراک پرستار از محیط فیزیکی و فرهنگ بخش مراقبت‌های ویژه، ثبات بالینی بیمار، گردش کاری و نگرش نسبت به مشارکت مراقبین خانوادگی در ارائه مراقبت‌های بخش مراقبت‌های ویژه را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌ها در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱ تا ۶ قرار می‌گیرند و موارد ۶ تا ۱۰ قبل از محاسبه میانگین نمرات کل و خرده‌مقیاس به کدگذاری معکوس نیاز دارند. میانگین امتیازات بالاتر نشان‌دهنده میزان بیشتری از تأثیر تسهیل‌کننده‌های درک‌شده در مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار است [۲۱]. جهت استفاده از این ابزار به فارسی پس از کسب اجازه از طراح پرسش‌نامه، از پروتکل پروژه بین‌المللی ابزار کیفیت زندگی استفاده شد. این پروتکل شامل مراحل ترجمه نسخه اصلی به زبان مقصد توسط دو مترجم و تلفیق دو نسخه، سنجش کیفیت ترجمه از جهت وضوح، کاربرد زبان مشترک، معادل‌سازی مفهومی و کیفیت کلی ترجمه (ترجمه نسخه مقصد به زبان مبدأ توسط دو مترجم و تلفیق دو نسخه و مقایسه آن با نسخه اصلی) می‌باشد [۲۲].

به‌منظور تعیین کمی روایی محتوا، پرسش‌نامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی بیماران و پرسش‌نامه پرسش‌نامه فاکتورهای مؤثر در مشارکت خانواده به ۱۲ نفر از افراد متخصص (۹ نفر هیئت دکترا پرستاری و ۳ نفر دکترای آمار حیاتی)، ارائه شد. جهت اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت سؤال) انتخاب شده است، نسبت

6. Questionnaire on Factors That Influence Family Engagement (QFIFE)

SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. تمامی آزمون‌های آماری در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار فرض شدند.

یافته‌ها

بیشتر پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش با میانگین سنی $34/6 \pm 7/88$ و زن $77/3$ درصد و متأهل 62 درصد بودند. بنابر یافته‌ها، $68/7$ درصد از پرستاران مورد پژوهش اعلام کرده بودند که سابقه ابتلا به افسردگی ندارند و $67/3$ درصد نیز اعلام کردند سابقه ابتلا به اختلالات اضطرابی نداشته‌اند. میانگین نمره درک پرستار از نقش خود $40/79 \pm 6/87$ بود (درک نسبی) و بالاترین میانگین نمره کسب‌شده در گویه ۶ «درخواست ترک محل اعضای خانواده هنگام انجام اقدامات پرستاری» با میانگین $3/05 \pm 0/98$ و پایین‌ترین میانگین مربوط به گویه ۱۷ «دخاله دادن اعضای خانواده در امر مراقبت» با میانگین $1/13 \pm 0/99$ بود.

بر اساس تحلیل آماری درک پرستار با میزان مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار ارتباط معنی‌دار آماری داشته است ($P=0/004$)، به‌طوری‌که مقایسه دو به دو نشان‌دهنده آن بود که درک پرستاران با «تصمیم‌گیری» مراقبین بیمار به‌طور معنی‌داری بالاتر از پرستاران با «مشارکت دادن مراقب بیمار در ارتباط و دریافت اطلاعات» بود ($P=0/001$). همچنین درک پرستار با سن ($P=0/004$) و سابقه کار پرستاری ($P=0/015$) نیز همبستگی معنی‌دار آماری مثبت داشت. به‌عبارتی با افزایش سن و سابقه کار، درک پرستار از نقش خود نیز افزایش می‌یابد (جدول شماره ۱). فاکتورهای مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی با هیچ‌کدام از مشخصات جمعیت‌شناختی ارتباط معنادار آماری نداشته و تنها با نمره فعالیت‌های پرستاری همبستگی معنی‌دار آماری معکوس داشته است. به‌عبارتی با افزایش فعالیت‌های پرستاری، مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی کاهش می‌یابد ($P=0/028$) (جدول شماره ۱).

میانگین نمره کسب‌شده در فاکتورهای مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در بین پرستاران مورد پژوهش $43/95$ با انحراف معیار $10/39$ بود. برای مقایسه فاکتورها نمرات بر مبنای (t) تا (100) محاسبه شد و نتایج نشان‌دهنده آن بود که فاکتور نگرش پرستار با میانگین $38/6$ و انحراف معیار $13/85$ بالاترین و فاکتور محیطی با میانگین $31/68$ و انحراف معیار $20/72$ پایین‌ترین میانگین نمره را کسب کردند (جدول شماره ۲). هیچ‌کدام از فاکتورهای مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی با درک پرستار از نقش خود همبستگی معنی‌دار آماری نداشته است ($P>0/05$) (جدول شماره ۳).

روایی محتوا^۷ (CVR) و برای اطمینان از اینکه سؤالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا^۸ (CVI) استفاده شد.

ابتدا پرسش‌نامه، برای تیم ۱۲ نفره ارسال و از آنان درخواست شد که درخصوص هریک از سؤالات ابزار به‌صورت «ضروری است»، «ضروری نیست ولی مفید است» و «ضرورتی ندارد»، پاسخ دهند. پاسخ‌ها براساس فرمول (CVR) محاسبه شد و این میزان برای پرسش‌نامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی برابر با $0/86$ و برای پرسش‌نامه فاکتورهای مؤثر در مشارکت خانواده برابر با $0/83$ به دست آمد.

مجدداً پرسش‌نامه جهت محاسبه (CVI) به ۱۲ نفر از متخصصین ذکرشده داده شد و از آنان خواسته شد در مورد هریک از سؤالات، سه معیار زیر را براساس طیف لیکرتی ۴ قسمتی اظهار نظر کنند: مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن. (مثلاً ۱. غیرمرتبط، ۲. تاحدودی مرتبط، ۳. مرتبط و ۴. کاملاً مرتبط) و این میزان برای پرسش‌نامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی برابر با $0/88$ و برای پرسش‌نامه فاکتورهای مؤثر در مشارکت خانواده برابر با $0/86$ محاسبه شد. نظرات و پیشنهادات این افراد جمع‌آوری شد و توسط تیم تحقیق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اصلاحات لازم در آن انجام شد. ابزار اصلاح‌شده 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 گردید.

برای بررسی پایایی ابزار در هریک 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 برای پرسش‌نامه درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی برابر با $0/89$ و برای پرسش‌نامه فاکتورهای مؤثر در مشارکت خانواده برابر با $0/88$ محاسبه گردید.

پس از کسب معرفی‌نامه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارائه به مسئولین بیمارستان و دریافت رضایت از واحدهای مورد پژوهش و توضیح اهداف مطالعه، پرسش‌نامه‌ها توسط محقق، در بین نمونه‌ها توزیع و در بازه زمانی ۱-۳ 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^۹، آنالیز واریانس^{۱۰} و آزمون همبستگی پیرسون^{۱۱} با نرم‌افزار آماری

7. Content Validity Ratio (CVR)
8. Content Validity Index (CVI)
9. Independent Samples t-test
10. Analysis of Variance (ANOVA)
11. Pearson correlation coefficient

جدول ۱. ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی با فاکتورهای مرتبط با مشارکت فعال مراقبین خانوادگی و درک پرستاران در قبال نقش خود در برابر مراقبین خانوادگی

نتیجه آزمون		میانگین $\pm$ انحراف معیار	فراوانی	مشخصات فردی	
درک پرستار	فاکتورهای مرتبط				
$t=0/986^*$ $df=148$ $P=0/326$	$t=0/61^*$ $df=148$ $P=0/543$	$41/09 \pm 6/68$	۱۱۶	زن	جنسیت
		$39/76 \pm 7/5$	۳۴	مرد	
$t=1/148^*$ $df=148$ $P=0/253$	$t=1/091^*$ $df=148$ $P=0/277$	$39/96 \pm 6/25$	۵۷	مجرد	وضعیت تاهل
		$41/29 \pm 7/21$	۹۳	متاهل	
$F=1/557^{**}$ $P=0/202$	$F=0/529^{**}$ $P=0/663$	$36/85 \pm 3/84$	۷	طرحی	وضعیت استخدامی
		$40/1 \pm 7/15$	۵۸	پیمانی	
		$41/36 \pm 6/61$	۷۵	رسمی	
		$43/2 \pm 7/92$	۱۰	سایر	
$t=0/773^*$ $df=148$ $P=0/441$	$t=1/519^*$ $df=148$ $P=0/131$	$40/16 \pm 6/67$	۴۹	بله	رضایت از پرستاری
		$41/09 \pm 6/97$	۱۰۱	خیر	
$F=4/047^{**}$ $P=0/004$	$F=0/583^{**}$ $P=0/675$	$40 \pm 5/95$	۳۴	حضور	میزان مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار
		$41/05 \pm 5/15$	۱۹	برآورده کردن نیازها	
		$37/41 \pm 6/62$	۳۲	ارتباط و دریافت اطلاعات	
		$43/51 \pm 6/28$	۴۱	تصمیم‌گیری	
$F=0/244^{**}$ $P=0/784$	$F=0/336^{**}$ $P=0/715$	$41/54 \pm 8/7$	۲۴	کمک به مراقبت از بیمار	سابقه ابتلا به افسردگی
		$40/61 \pm 7/13$	۱۰۳	خیر	
		$40/35 \pm 4/48$	۱۴	بله	
		$41/51 \pm 8/97$	۳۳	نمی‌داند	
$F=0/515^{**}$ $P=0/599$	$F=0/258^{**}$ $P=0/773$	$41/13 \pm 7/26$	۱۰۱	خیر	سابقه ابتلا به اختلالات اضطرابی
		$39/52 \pm 4/02$	۲۱	بله	
		$40/46 \pm 7/16$	۲۸	نمی‌داند	
$r=0/222^{***}$ $P=0/004$		$r=-0/113^{***}$ $P=0/166$			سن (سال)
$r=0/199^{***}$ $P=0/015$		$r=-0/148^{***}$ $P=0/07$			سابقه کار پرستاری (سال)
$r=0/122^{***}$ $P=0/136$		$r=-0/11^{***}$ $P=0/182$			سابقه کار بخش ویژه (سال)
$r=-0/059^{***}$ $P=0/473$		$r=-0/18^{***}$ $P=0/028$			فعالیت‌های پرستاری

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

جدول ۲. فاکتورهای مرتبط در مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از دیدگاه پرستاران

فاکتورهای مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی	کمینه	پیشینه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	مبنای ۰ تا ۱۰۰	
				کمینه	پیشینه
محیط ICU (۳۰-۵)	۵	۲۵	۱۲/۹۲ $\pm$ ۵/۱۸	۰	۸۰
ثبات بالینی بیمار (۱۲-۲)	۲	۱۲	۵/۴۷ $\pm$ ۲/۶۴	۰	۱۰۰
حجم کاری پرستار (۱۸-۳)	۳	۱۶	۸/۷۱ $\pm$ ۲/۹۶	۰	۸۶/۶۷
نگرش پرستار (۳۰-۵)	۵	۳۰	۱۶/۸۴ $\pm$ ۵/۲۸	۰	۱۰۰
کل (۹۰-۱۵)	۱۵	۷۰	۴۲/۹۵ $\pm$ ۱۰/۳۹	۰	۷۳/۳۳

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. همبستگی درک پرستار از نقش خود با فاکتورهای مرتبط در مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه از دیدگاه پرستاران

فاکتورهای مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی	درک پرستار از نقش خود
محیط ICU	$r = -0.081$ $p = 0.334$
ثبات بالینی بیمار	$r = -0.046$ $p = 0.572$
حجم کاری پرستار	$r = -0.081$ $p = 0.334$
نگرش پرستار	$r = 0.024$ $p = 0.774$
کل	$r = -0.052$ $p = 0.524$

نشریه پرستاری ایران

بحث

کمتری داشت [۲۴]. در مطالعه‌ای که در مصر انجام شد، بیشتر پرستاران به این درک رسیده بودند که مهم‌ترین بعد از نقش آنان در قبل خانواده، برآورده کردن نیازهای اطلاعاتی بیماران است [۲۵]. در مطالعه دیگری دو موضوع کلیدی شامل نیاز به انجام کارها توسط خانواده و مشارکت در مراقبت عنوان گردید [۲۶]. در مطالعه بنفشه‌زاده و همکاران 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 [۲۷]. در مطالعه گائینی و همکاران نیز پرستاران نقش خود را شامل ارائه اطلاعات، مدیریت اطلاعات و نحوه استفاده از اطلاعات عنوان کردند [۲۸]. تفاوت‌های دیده‌شده در سطح مشارکت مراقبین خانوادگی در مطالعات یادشده 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 مطالعه حاضر میانگین نمره درک پرستار از نقش خود در

در مطالعه حاضر، بیشترین نمره کسب‌شده در مشارکت دادن مربوط به تصمیم‌گیری بوده است. در مطالعه هتلند و همکاران نیز در اوهایو، 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 توالیت کردن (۴۸ درصد) و مراقبت از پرینه (۳۸ درصد) یا فعالیت‌هایی که به‌طور خاص با نقش پرستاری حرفه‌ای مرتبط هستند، از جمله ارزیابی علائم (۳۴ درصد)، مراقبت از تراکتوستومی (۲۱/۷ درصد) و ساکشن لوله تراشه (۳/۹ درصد) مشارکت خواسته بودند [۲۳]. در مطالعه مشابهی که عمری و همکاران در سال ۲۰۱۳ در اردن بر روی ۱۲۷ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه انجام دادند، پرستاران در مداخلاتی از مراقبین خانوادگی کمک می‌گرفتند که به هیجان، زمان و مهارت‌های ارتباطی نیاز

ارتباط آماری معنی‌داری بین درک پرستار از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی و فاکتورهای مؤثر در مشارکت فعال مراقبین خانوادگی دیده نشد. در این زمینه مطالعه‌ای یافت نشد تا بتوان نتایج این مطالعه را با نتایج سایر مطالعات مورد مقایسه قرار داد و می‌توان این مطالعه را به‌عنوان مطالعه‌ای پیشگام برای شروع مطالعاتی با محوریت درک پرستاران در مراقبت‌های خانواده‌محور در نظر گرفت.

نتیجه‌گیری

بنابر یافته‌های پژوهش درک پرستاران از نقش خود در قبال مراقبین خانوادگی متوسط بود. بنابراین، پرستاران به انگیزش و آموزش بیشتری در ارزیابی و پیش‌بینی نیازهای خانواده نیاز دارند. مراقبت خانواده‌محور تنها با درک و حمایت بیشتر از این برنامه مراقبتی توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی می‌تواند وعده‌های خود را تحقق بخشد. مدیران پرستاری و مسئولین بیمارستان‌ها بایستی در کنار فراهم کردن امکان تعامل با خانواده بیمار و آموزش مهارت‌های ارتباط با خانواده، با حمایت از پرستاران بالینی بخش‌های مراقبت‌های ویژه، زمینه ارائه مراقبت خانواده‌محور را فراهم آورند. چتر حمایتی خانواده و افراد مهم در زندگی بیماران می‌تواند آنان را در مواجهه و سازگاری بهتر با عوارض و پیامدهای بیماری یاری دهد. انجام مطالعات بیشتر و شناخت و درک نیازها و چالش‌های مراقبین خانوادگی در جامعه ایران می‌تواند به‌عنوان زیربنایی در جهت برنامه‌ریزی مناسب برای مرتفع‌سازی مشکلات مراقبین خانوادگی و بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

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. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده پرستاران شاغل در سایر بخش‌های بیمارستان نیز مورد بررسی قرار گیرند تا گام‌های بیشتری در زمینه نهادهای سازی آموزش مراقبت خانواده‌محور در سیستم مراقبتی ایران برداشته شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با شناسه اخلاق (IR.TUMS.FNM. REC.1403.030) مصوب ۱۴۰۳/۰۳/۱۶ از دانشگاه علوم پزشکی تهران است. در این مطالعه تمام اصول اخلاقی رعایت شده است.

قبال مراقبین خانوادگی نشان‌دهنده درک نسبی پرستار بود. در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری 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 است که با استفاده از ابزار استفاده‌شده در پژوهش حاضر انجام شده است [۱۹]. از بین مشخصات جمعیت‌شناختی، در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری 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 به کسب بینش عمیق‌تری در ارتباط با مدیریت مراقبین در بالین و مراقبت از بیمار منجر می‌شود و می‌توان افزایش تجربه در پرستاری را امتیاز مثبتی در ارتقای این جنبه از درمان در مراقبت خانواده‌محور تلقی کرد.

در این مطالعه فاکتورهای مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی با هیچ‌کدام از مشخصات جمعیت‌شناختی ارتباط معنی‌دار آماری نداشته و تنها با نمره فعالیت‌های پرستاری همبستگی معنی‌دار آماری معکوس داشته است. در مطالعه مطالعه هتلند و همکاران، در اوهاییو ارتباط بین سن، مدرک تحصیلی، تجربه مراقبت‌های ویژه، محل بیمارستان، نوع واحد و نسبت کارکنان با فاکتورهای مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی معنی‌دار بود [۲۲]. تعداد پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش هتلند ۴۳۳ نفر و بیشتر از نمونه‌های پژوهش حاضر بود. در مطالعه مطالعه پرایس و همکاران، در ۲۳ بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان در ۱۰ کشور در ۵ قاره در میان ویژگی‌های ثبت‌شده پرستار، تحصیلات بالاتر پرستار از نظر آماری تأثیر معنی‌داری را نشان داد [۲۹]. در مطالعه آنان ۶۵ پرستار شرکت کرده بودند. تفاوت در یافته‌ها را می‌توان تا حدودی با تفاوت در حجم نمونه‌های پژوهش و تفاوت در بافت مراقبتی کشورهای شرکت‌کننده در پژوهش مرتبط دانست.

در مطالعه حاضر، فاکتور نگرش پرستار بالاترین و فاکتور محیطی پایین‌ترین میانگین نمره را کسب کردند. در مطالعه هتلند و همکاران، با استفاده از ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، نمرات خردمقیاس فاکتورهای مشارکت دادن از ۲/۵۲ برای محیط تا ۴/۵۴ برای نگرش پرستاران نسبت به مشارکت خانواده متغیر بود. کم‌ترین امتیاز در فاکتورهای مشارکت دادن مورد ۳ بود، «واحد من سیاست‌های مکتوب در مورد مشارکت مراقبان خانواده در مراقبت ایجاد کرده است» و بالاترین امتیاز مورد ۱۳ بود، «من فکر می‌کنم مراقبان خانواده‌ای که در مراقبت از بیمار مشارکت دارند، بهتر می‌توانند برای عزیزانشان تصمیم‌گیری کنند» [۲۳] که همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. در مطالعه پرایس و همکاران نیز بالاترین نمره‌ها مربوط به دو عامل نگرش پرستاران و وخامت حال بیماران گزارش گردید [۲۹].

حامی مالی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه فاطمه محمودی لرد مقطع کارشناسی ارشد، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامائی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران است و و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران حمایت مالی این طرح را بر عهده داشت.

مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه، نگارش پیش‌نویس اصلی و تأیید نهایی: فاطمه محمودی لرد؛ الهام نواب: نگارش پیش‌نویس اصلی و تأیید نهایی؛ تحلیل داده‌ها و تأیید نهایی: عباس وروانی فراهانی؛ جمع‌آوری داده‌ها و تأیید نهایی: مرضیه سبحانی؛ تحلیل آماری: شیما حقانی؛ طراحی مطالعه، تحلیل داده‌ها، نگارش پیش‌نویس اصلی و تأیید نهایی: محبوبه شالی.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله فاقد هر گونه تعارض منافی است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی این طرح را برعهده داشت و همچنین از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، قدردانی می‌کنند.

References

- [1] Hart JL, Turnbull AE, Oppenheim IM, Courtright KR. Family-centered care during the COVID-19 era. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(2):e93-7. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017] [PMID] [PMCID]
- [2] Rainville C, Skufca L, Mehegan L. Family caregiving and out-of-pocket costs: 2016 report. Washington: AARP Research; 2016. [Link]
- [3] ICU Family Presence Investigators. Family presence in adult intensive care units. *Intensive Care Med*. 2022; 48(6):759-61. [DOI:10.1007/s00134-022-06704-2] [PMID]
- [4] Mart MF, Williams Roberson S, Salas B, Pandharipande PP, Ely EW. Prevention and management of delirium in the intensive care unit. *Semin Respir Crit Care Med*. 2021; 42(1):112-26. [DOI:10.1055/s-0040-1710572] [PMID] [PMCID]
- [5] Madarshahian F, Hassanabadi M, Khazaei S. The Effect of pre-operative cares with holistic approach prior to surgical procedure on the patient's anxiety and fulfillment. *J Holist Nurs Midwifery*. 2015; 25(1):45-53. [Link]
- [6] Sedghi T, Ghaljeh M. Effect of auditory and tactile stimulation by family members on the level of consciousness in comatose patients: A quasi-experimental study. *Hayat*. 2020; 26(4):357-70. [Link]
- [7] Moattari M, Alizadeh Shirazi F, Sharifi N, Zareh N. Effects of a sensory stimulation by nurses and families on level of cognitive function, and basic cognitive sensory recovery of comatose patients with severe traumatic brain injury: A randomized control trial. *Trauma Mon*. 2016; 21(4):e23531. [DOI:10.5812/traumamon.23531] [PMID] [PMCID]
- [8] Adineh M, Elahi N, Molavynejad S, Jahani S, Savaie M. Impact of a sensory stimulation program conducted by family members on the consciousness and pain levels of ICU patients: A mixed method study. *Front Med*. 2022; 9:931304. [DOI:10.3389/fmed.2022.931304] [PMID] [PMCID]
- [9] Bureau C, Niérat MC, Decavèle M, Rivals I, Dangers L, Beurton A, et al. Sensory interventions to relieve dyspnoea in critically ill mechanically ventilated patients. *Eur Respir J*. 2024; 63(1):2202215. [DOI:10.1183/13993003.02215-2022] [PMID]
- [10] Safaeepour L, Mokhtari-Nouri J, Seyed-Moradian T, Seyed-Saied M. [The effect of family-centered care on the duration of weaning from mechanical ventilation in coronary artery bypass surgery patients: A clinical trial study (Persian)]. *J Crit Care Nurs*. 2017; 10(2):1-7. [DOI:10.5812/ccn.10655]
- [11] Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, 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] [PMID] [PMCID]
- [12] Smith HAB, Besunder JB, Betters KA, Johnson PN, Srinivasan V, Stormorken A, et al. 2022 society of critical care medicine clinical practice guidelines on prevention and management of pain, agitation, neuromuscular blockade, and delirium in critically ill pediatric patients with consideration of the icu environment and early mobility. *Pediatr Crit Care Med*. 2022; 23(2):e74-110. [DOI:10.1097/PCC.0000000000002873] [PMID]
- [13] Bohart S, Møller AM, Andreassen AS, Waldau T, Lamprecht C, Thomsen T. Effect of patient and family centred care interventions for adult intensive care unit patients and their families: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022; 69:103156. [DOI:10.1016/j.iccn.2021.103156] [PMID]
- [14] Hallaran AJ, Edge DS, Almost J, Tregunno D. New nurses' perceptions on transition to practice: A thematic analysis. *Can J Nurs Res*. 2023; 55(1):126-36. [DOI:10.1177/08445621221074872] [PMID] [PMCID]
- [15] 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 (Persian)]. *Journal of Nursing Education*. 2022; 11(6):72-83. [DOI:10.22034/JNE.11.6.72]
- [16] Naef R, von Felten S, Petry H, Ernst J, Massarotto P. Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed-methods evaluation. *Aust Crit Care*. 2021; 34(6):594-603. [DOI:10.1016/j.aucc.2020.10.014] [PMID]
- [17] 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 Crit Care Nurs*. 2018; 44:67-75. [DOI:10.1016/j.iccn.2017.08.008] [PMID] [PMCID]
- [18] Dijkstra BM, Schoonhoven L, Felten-Barentsz KM, van der Valk MJM, van der Hoeven JG, Vloet LCM. Health care providers' perceptions of family participation in essential care in the intensive care unit: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2025; 30(3):e13188. [DOI:10.1111/nicc.13188] [PMID] [PMCID]
- [19] Heidari MR, Norouzadeh R, Pishnamazy Z. [ICU nurse's perception of their roles toward the patient's family (Persian)]. *J Ethics Cult Nurs Midwifery*. 2014; 1(1):57-64. [Link]
- [20] Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaefeli W, Iapichino G; TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing activities score. *Crit Care Med*. 2003; 31(2):374-82. [DOI:10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC] [PMID]
- [21] Tsukuda M, Ito Y, Kakazu S, Sakamoto K, Honda J. Development and validity of the Japanese version of the questionnaire on factors that influence family engagement in acute care settings. *Nurs Rep*. 2023; 13(2):601-11. [DOI:10.3390/nursrep13020053] [PMID] [PMCID]
- [22] Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Lepège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. International quality of life assessment. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51(11):913-23. [DOI:10.1016/S0895-4356(98)00082-1] [PMID]
- [23] 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] [PMID] [PMCID]
- [24] Omari F. Jordanian nurses' perceptions of their roles toward the families of hospitalised critically ill patients. *J Resn Nurs*. 2013; 18(7):669-80. [DOI:10.1177/1744987112455584]

- [25] 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. *Am J Nurs Sci*. 2017; 6(4):333-46. [DOI:10.11648/j.ajns.20170604.18]
- [26] 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] [PMID]
- [27] Bafandeh Zende M, Hemmati Maslakkpak 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] [PMID] [PMCID]
- [28] Gaeeni M, Farahani MA, 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] [PMID] [PMCID]
- [29] Price AM, McAndrew NS, Thaqi Q, Kirk M, Brysiewicz P, Eggenberger S, et al. Factors influencing critical care nurses' family engagement practices: An international perspective. *Nurs Crit Care*. 2023; 28(6):1031-44. [DOI:10.1111/nicc.12824] [PMID]