Iranian Journal of Nursing Research (IJNR) Orginal Article

April-May 2025, Volume 20, Issue 1

Challenges of Active Participation of Family Caregivers in Patient Care in Intensive Care Units

Fateme Mahmoudi Lerd[1], Elham Navab[2], Shima Haghani[3], Marzieh Sobhani[4], Mahboubeh Shali[5*]

1- Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- Department of Biostatistics, Nursing care research center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4- Department of Medical Surgical Nursing, Dehaghan School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
5- Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mahboubeh Shali, Department of Critical Care Nursing, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: Mehraneshali@yahoo.com

Received: 2025/01/13 Accepted: 2025/02/15

Abstract

Introduction: Neglecting the participation of family caregivers in intensive care units can have consequences such as delaying the patient's recovery process, reducing patient discharge, and increasing their costs. The present study was conducted with the aim of determining the barriers and facilitating factors in the active participation of family caregivers in the care of patients hospitalized in the intensive care unit.

Methods: In this cross-sectional study in 2024, 150 nurses working in intensive care affiliated with Tehran University of Medical Sciences were selected using a stratified sampling method. Two questionnaires were used to collect data, including demographic information and a questionnaire to investigate barriers and facilitating factors in the participation of caregivers in patient care. The data were analyzed using SPSS version 16 software and statistical tests and frequency tables.

Results: The nurses participating in the study had a mean age of 34.6±7.88, and most of them were women (77.3%) and 62% were married. The average score of importance of barriers to caregiver participation was high (15.75 ± 2.41) and the highest score was related to "lack of time for nurses". The average score of importance of facilitating factors was moderate (12.7 ± 2.87) and the highest score was related to "creating a reward system for nurses who use the participation of family caregivers".

Conclusions: According to the findings, it is possible to take a valuable step towards promoting the active participation of family caregivers in care and promoting a culture of family-centered care by recommending sufficient staff to provide care, using nursing staff with higher communication skills, and considering rewards and privileges for active and capable nurses in this field by the care system, as well as amending specialized laws and policies regarding the presence of patients in the special ward and visiting hours in these departments.

Keywords: Family-centered care, Family caregivers, Intensive care unit, Nurses.

نشریه پژوهش پرستاری مقاله پژوهشی

فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۴، دوره ۲۰، شماره ۱

چالش های مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار در بخش های مراقبت ویژه

فاطمه محمودی لرد[۱]، الهام نواب[۲]، شیما حقانی[۳]، مرضیه سبحانی[۴]، محبوبه شالی[۵*]

۱ -گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲-گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳-گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴-گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی دهاقان، اصفهان، ایران.
۵-گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محبوبه شالی، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: Mehraneshali@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۷

چکیده

مقدمه: بی توجهی به مشارکت مراقبین خانوادگی در بخش های ملاقات ممنوع همچون بخش های مراقبت ویژه می تواند عواقبی چون تاخیر در روند بهبودی بیمار، کاهش ترخیص بیماران و افزایش هزینه های آنها شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع و عوامل تسهیل گر در مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی در سال ۱۴۰۳، تعداد ۱۵۰ پرستار شاغل در مراقبت های ویژه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران به روش نمونه گیری طبقه ای متناسب انتخاب شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه بررسی موانع و عوامل تسهیل گر در مشارکت فعال مراقبین در مراقبت از بیماران استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری و جداول فراوانی تحلیل شدند.

یافته ها: پرستاران شرکت کننده در پژوهش با میانگین سنی ۷/۸۸±۳۴/۶ و اکثرا خانم (۷۷/۳) درصد زن و ۶۲ درصد متاهل بودند. میانگین نمره اهمیت موانع در مشارکت دادن مراقبین بالا (۲/۴۱ ± ۱۵/۷۵) و بالاترین نمره مربوط به "کمبود وقت پرستاران" بود. میانگین نمره اهمیت عوامل تسهیل گر (۲/۸۷ ± ۱۲/۷) متوسط و بالاترین نمره مربوط به "ایجاد سیستم پاداش برای پرستارانی بود که از مشارکت مراقبین خانوادگی استفاده می کنند"، بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته ها، می توان با توصیه به در نظر گرفتن نیروهای کافی برای ارائه مراقبت، استفاده از نیروهای پرستاری با مهارت بالاتر در برقراری ارتباط و همچنین در نظر گرفتن پاداش و امتیازاتی برای پرستاران فعال و توانمند در این زمینه توسط سیستم مراقبتی و همچنین اصلاح قوانین و سیاست هایی تخصصی در زمینه حضور همراه کنار بیمار بستری در بخش ویژه و ساعت ملاقات در این بخش ها گامی ارزشمند در جهت ترویج مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در امر مراقبت و ارتقای فرهنگ مراقبت خانواده محور برداشت.

کلیدواژه ها: مراقبت خانواده محور، مراقبین خانوادگی، بخش مراقبت های ویژه، پرستاران.

مقدمه

مراقبت خانواده محور یکی از نیازهای اساسی بیمار و خانواده در مدت زمان بستری بیمار است. مفهوم مراقبت خانواده محور به معنای شرکت فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار است که یک رویکرد خلاق و ابتکاری برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت های بهداشتی است که بر مشارکت های مفید بین بیماران، مراقبین خانوادگی و مراقبین بهداشتی متمرکز است (۱). مراقبین غیر رسمی و یا خانوادگی که از سال ۱۹۸۰ وارد ادبیات حوزه سلامت شده است، در واقع پایه اصلی نظام مراقبت های طولانی مدت به شمار می آید. مراقبین خانوادگی اشخاصی هستند که در یک دوره بیماری یا ناتوانی، بیشترین درگیری را در امر مراقبت و ارائه کمک به مددجو، به منظور کنترل، سازگاری و بیماری دارند. مراقبین خانوادگی به طور قانونی پولی دریافت نمی کنند و شامل اعضای خانواده از قبیل همسر، فرزندان، دوستان و سایر افراد داوطلب هستند (۲).

حضور و مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران، تاثیر 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 شده که 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). به دلیل قوانین فرهنگی، وابستگی قوی خانوادگی و عقاید مذهبی، مراقبین خانوادگی معمولاً با تمام قوا در پی فراهم کردن سطح بهتری از مراقبت برای عزیزان خود هستند. این عشق و علاقه ای است که از ارتباط نزدیک خانوادگی و ارزش های فرهنگی و مذهبی نشات می گیرد و آنها را به یکدیگر متصل می کند. به همین دلیل، مراقبین خانوادگی به دنبال بهترین روش های مراقبت از عزیزان خود هستند تا آنها را در مقابل بیماری و آلام محافظت کنند و به آنها کمک کنند تا با نیروی کافی بهبود یابند (۱۱).

موارد ذکر شده مشخص می نماید که در صورت عدم پرداختن به مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار و دور نگه داشتن خانواده از بیمار در بخش های ملاقات ممنوع همچون بخش های مراقبت ویژه می تواند عواقبی چون کاهش بهبود بیمار به دلیل محرومیت حسی و همچنین تغییرات ناپایدار بیمار و کاهش ترخیص بیماران و افزایش هزینه های آنها شود (۱۲). تشویق مراقبین خانوادگی برای مشارکت در فعالیت های مراقبتی بیمار یکی از مداخلات اساسی پرستار است و می تواند دامنه ای از مشارکت غیرفعال تا مشارکت فعال بیشتر داشته باشد (۱۳).

موانع متعددی بر سر راه مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت وجود دارد، مانند تردید پرستاران، مقررات موجود در بخش، پرسنل ناکافی،کمبود زمان و باور خاص پرسنل درمان در این خصوص که حضور مراقبین خانوادگی عامل افزایش عفونت است. همچنین، این اعتقاد جود دارد که حضور مراقبین خانوادگی در بخش مراقبت ویژه موجب وقفه در استراحت بیمار شده و موجب تغییرات فیزیولوژیکی مانند افزایش ضربان قلب، آریتمی، افزایش فشار خون و اضطراب در بیماران می شود (۱۴). علاوه بر موارد یاد شده، پرستاران در مورد کاربرد بهترین شیوه‌ها برای مشارکت دادن مراقبان خانواده با حفظ حریم خصوصی و ایمنی بیمار، برداشت‌های متفاوتی دارند و سیاست‌ها و رویه‌های سازمانی و واحدی برای راهنمایی پرستاران برای اجرای ایمن و مؤثر مشارکت بیمار و مراقبین خانوادگی وجود ندارد (۱۵) و لیکن در مورد عوامل تسهیل گر در مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار، مطالعه ای در دسترس نیست.

به دلیل اینکه عملکرد خانواده ها بر اساس فرهنگ و سیاست های محیطی متفاوت است، تعاریف مراقبت خانواده محور و مشارکت فعال مراقبین خانوادگی ممکن است در کشورها و حتی سیستم های مراقبتی داخل یک کشور با هم متفاوت باشد (۱۶). به عبارت دیگر، پیاده کردن مدل های مراقبتی در هر محیطی با موانع متعدی مواجه می شود و برای اجرای مناسب این رویکرد لازم است شناخت و آمادگی لازم در سطوح مختلف مدیریتی و سازمانی وجود داشته باشد (۱۷). با توجه به اهمیت موضوع و این که موانع و عوامل تسهیل گر مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی ممکن است با توجه به شرایط هر مرکز آموزشی درمانی و هر منطقه، با مرکز یا منطقه دیگر متفاوت باشد، به نظر می رسد برای داشتن دانش بیشتر نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه وجود دارد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع و عوامل تسهیل گر در مدیریت مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در بازه زمانی آذر ماه ۱۴۰۲ تا مهر ۱۴۰۳، انجام شده است. نمونه های پژوهش ۱۵۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه (ICU) بودند. معیارهای ورود شامل پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بود که حداقل تجربه یکسال مراقبت مستقیم از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه را به عهده داشته اند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل حداقل ۳۰ درصد از گویه های پرسشنامه در نظر گرفته شد.

روش نمونه گیری پژوهش به صورت طبقه ای نسبی (متناسب) بود که در این روش تعداد نمونه در هر طبقه به اندازه نسبت آن طبقه در کل جامعه آماری است. نمونه گیری به این صورت شروع شد که ابتدا لیستی از تعداد تخت های مراقبت های ویژه ICU در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه گردید (مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی، سینا، ضیائیان، امیراعلم و بهارلو) و با توجه به تعداد تخت های ICU هر بیمارستان به تعداد کل تخت ها و ضرب در حجم نمونه مطالعه، تعداد نمونه ها از هر بیمارستان یا به عبارتی هر طبقه انتخاب گردید که تعداد پرستاران به تفکیک هر بیمارستان در جدول ۱ نمایش داده شده است.

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

جدول ۱. تعداد پرستاران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک بیمارستان

بیمارستان	مجتمع امام خمینی (ره)	دکتر شریعتی	سینا	ضیائیان	امیراعلم	بهارلو
تعداد پرستار	۴۰	۲۲	۲۵	۱۵	۲۵	۲۳

جهت جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی پرستاران بود. در پرسشنامه جمعیت شناختی متغیرهایی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار، سابقه اشتغال در بخش مراقبت های ویژه، وضعیت شغلی (طرح، پیمانی، رسمی)، رضایت از شغل پرستاری، امتیاز فعالیت های پرستاری (NAS)، ابتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی و میزان مشارکت گرفتن از مراقبین خانوادگی (فعال تا غیر فعال) ثبت شد. مشارکت از غیر فعال تا فعال در حیطه های حضور، با حضور داشتن در بالین بیمار، مشارکت به عنوان دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها، مشارکت به عنوان برقراری ارتباط و دریافت اطلاعات؛ مشارکت به عنوان تصمیم گیری و مشارکت به عنوان کمک به مراقبت دسته بندی شد (۱۸). حیطه «حضور « نقش نسبتاً منفعلانه ای را برای مراقبین خانوادگی به عنوان بازدیدکنندگان در بخش مراقبت های ویژه یا شاهدان اقدامات تهاجمی بیان می کند. در حیطه «دریافت مراقبت و برآورده کردن نیازها» ، اعضای خانواده بیماران بدحال به عنوان دریافت کنندگان مراقبت با نیازهای روانشناختی، اجتماعی و فیزیکی مشخص نشان داده می شوند. حیطه «ارتباط و دریافت اطلاعات»، به مراقبین خانوادگی به عنوان فردی که با بیمار و تیم درمانی ارتباط برقرار می کند و اطلاعات را دریافت می کند و یا در تفسیر و اشتراک گذاری اطلاعات مشارکت می کند اشاره دارد. در توضیح حیطه «تصمیم گیری»، باید گفت که در طول مدت اقامت بیمار در بخش مراقبت های ویژه، مراقبین خانوادگی اغلب باید مسئولیت تصمیم گیری مرتبط با سلامت از جمله انتخاب هایی در مورد تشخیص، درمان و مراقبت های درمانی را بپذیرند و در نهایت فعال ترین حیطه مشارکت مراقبین خانوادگی یعنی «کمک به مراقبت از بیمار» است که این نوع مشارکت طیفی از کمک های ملموس به مراقبت، مانند حمام کردن، ماساژ دادن و تمیز کردن تا کمک های ناملموس تر مانند حمایت اجتماعی و اخلاقی را در بر می گیرد (۱۸). در این پژوهش،جهت برآورد امتیاز فعالیت های پرستاری برای اندازه گیری حجم کاری پرستار در بخش مراقبت های ویژه در مقیاس صفر درصد تا ۱۷۷درصد استفاده شد که در آن ۱۰۰٪ نشان دهنده نسبت ۱:۱ بیمار به پرستار است (۱۹).

پرسشنامه دوم، پرسشنامه بررسی موانع و عوامل تسهیل گر در مشارکت دادن مراقبین در مراقبت از بیماران بود. این پرسشنامه پژوهشگر ساخته است و بر اساس مرور متون مرتبط طراحی شده است (۲۰). سوالات براساس مقیاس سه درجه ای لیکرت از خیلی با اهمیت، با اهمیت و کم اهمیت که به ترتیب نمره ۳ تا ۱ را به خود اختصاص می دهد، تنظیم شده اند. کسب نمره بالاتر نشان دهنده اهمیت موانع و یا عوامل تسهیل گر در مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار است.

بـه منظـور تعییـن روائـی کمـی محتـوا، پرسـش نامـه موانـع و عوامـل تسـهیل گـر در مشـارکت فعـال مراقبیـن خانوادگـی بـه ۱۲ نفـر از افـراد متخصـص (۹ نفـر هیئـت دکتـرای پرسـتاری و ۳ نفـر دکتـرای آمـار حیاتـی)، ارائـه گردیـد. بـرای ارزیابـی کمـی روایـی محتـوا و جهـت اطمینـان از ایـن کـه مهـم تریـن و صحیـح تریـن محتـوا (ضـرورت سـوال) انتخـاب شـده اسـت، نسـبت روایـی محتـوا (Content validity ratio) و بـرای اطمینـان از اینکـه سـوالات ابـزار بـه بهتریـن نحـو جهـت انـدازه گیـری محتـوا طراحـی شـده، از شـاخص روایـی محتـوا (Content validity index) اسـتفاده شـد. جهـت تعییـن روایـی محتوایـی پرسشـنامه، بـرای تیـم ۱۲ نفـره ارسـال و از آنـان درخواسـت شـد کـه درخصـوص هـر یـک از سـوالات ابـزار بـه صـورت «ضـروری اسـت»، «ضـروری نیسـت ولـی مفیـد اسـت» و «ضرورتـی نـدارد»، پاسـخ دهنـد. پاسـخ‌ها براسـاس فرمـول Content Validity (CVR) محاسـبه شـد و ایـن میـزان ۰/۸۵ به دسـت آمـد. مجـدداً پرسشـنامه جهـت محاسـبه CVI بـه ۱۲ نفـر از متخصصیـن ذکـر شـده داده شـد و از آنـان خواسـته شـد کـه در مـورد هـر یـک از سـوالات، سـه معیـار زیـر را بـر اسـاس طیـف لیکرتـی چهـار قسـمتی اظهـار نظـر نماینـد: مربـوط بـودن، سـاده بـودن و واضـح بـودن. (مثـلاً ۱: غیرمرتبـط، ۲: تاحـدودی مرتبـط، ۳: مرتبـط و ۴: کامـلاً مرتبـط) و ایـن میـزان برابـر بـا ۰/۸۷ بـه دسـت آمـد. نظـرات و پیشـنهادات ایـن افـراد جمـع آوری شـده و توسـط تیـم تحقیـق مـورد تجزیـه و تحلیـل قـرار گرفـت و اصلاحـات لازم در آن انجـام شـد. ابـزار اصـلاح شـده مجـدداً بـه سـه نفـر از اعضـای هیئـت علمـی کـه در ایـن زمینـه تخصـص کافـی داشـتند جهـت نظـر خواهـی نهایـی داده شـد و اصلاحـات نهایـی در آن اعمـال گردیـد.

جهـت بررسـی پایایـی ابـزار در هـر یـک از بخـش ها، همبسـتگی داخلـی سـوالات در پرسـش نامـه بـا اسـتفاده از ضریـب آلفـای کرونبـاخ سـنجیده شـد. بـه ایـن ترتیـب کـه پرسشـنامه در اختیـار ۲۰ نفـر از نمونـه هائـی کـه دارای مشـخصات یکسـان بـا واحدهـای مـورد پژوهـش بودنـد قـرار گرفـت کـه ایـن تعـداد از نمونـه هـای اصلـی پژوهـش حـذف شـدند. مقـدار ایـن ضریـب ۸۶/. محاسـبه گردیـد.

پـس از کسـب معرفـی نامـه از کمیتـه اخـلاق دانشـگاه علـوم پزشـکی تهـران و ارائـه بـه مسـئولین بیمارسـتان و اخـذ رضایـت از واحدهـای مـورد پژوهـش و توضیـح اهـداف مطالعـه، پرسشـنامه هـا توسـط محقـق، در بیـن نمونـه هـا توزیـع و در بـازه زمانـی ۳-۱ روز تکمیـل شـد. بـا توجـه بـه توزیـع نرمـال داده هـا، تجزیـه و تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از آمـار توصیفـی (میانگیـن و انحـراف معیـار) و جـداول فراوانـی تحـت نـرم افـزار آمـاری SPSS نسـخه ۱۶ انجـام شـد. تمامـی آزمـون هـای آمـاری در سـطح کمتـر از ۰/۰۵ معنـی دار فـرض شـدند.

یافته ها

پرسـتاران شـرکت کننـده در پژوهـش بـا میانگیـن سـنی ۷/۸۸±۳۴/۶ و اکثـرا خانـم (۷۷/۳) درصـد زن و ۶۲درصـد متاهـل بودنـد. بنـا بـر یافتـه هـا، ۶۸/۷درصـد از پرسـتاران مـورد پژوهش اعـلام کـرده بودنـد کـه سـابقه ابتـلا بـه افسـردگی ندارنـد و ۶۷/۳درصـد نیـز اعـلام داشـتند سـابقه ابتـلا بـه اختـلالات اضطرابـی نداشـته انـد (جـدول ۲).

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در پژوهش

مشخصات فردی		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۱۶	۷۷/۳
	مرد	۳۴	۲۲/۷
وضعیت تاهل	مجرد	۵۷	۳۸
	متاهل	۹۳	۶۲
سابقه کار در بخش ویژه (سال)	کمتر از ۵	۶۹	۴۶
	۵-۱۰	۳۹	۲۶
	۱۰-۱۵	۲۲	۱۴/۷
	بالای ۱۵	۲۰	۱۳/۳
رضایت از پرستاری	بله	۴۹	۳۲/۷
	خیر	۱۰۱	۶۷/۳

میزان مشارکت دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار	حضور	۳۴	۲۲/۷
	برآورده کردن نیازها	۱۹	۱۲/۷
	ارتباط و دریافت اطلاعات	۳۲	۲۱/۳
	تصمیم گیری	۴۱	۲۷/۳
	کمک به مراقبت از بیمار	۲۴	۱۶
نمره فعالیت های پرستاری	کم	۲۲	۱۴/۷
	زیاد	۱۲۸	۸۵/۳

میانگین نمره موانع مشارکت مراقبین خانوادگی از دیدگاه پرستاران مورد پژوهش ۱۵/۷۵ با انحراف معیار ۲/۹۳ بود و بالاترین میانگین نمره کسب شده در گویه ۶» کمبود وقت پرستار به دلیل انجام وظایف سنگین مراقبت از بیمار «با میانگین ۲/۴۱ و انحراف معیار ۰/۶۲ و پایین ترین میانگین مربوط به گویه ۳» ناتوانی پرستار در برقراری ارتباط مناسب با مراقبین خانوادگی» با میانگین ۲/۱۷ و انحراف معیار ۰/۶۱ و همچنین گویه ۴» ناتوانی پرستار در طراحی و اجرای برنامه مشارکتی متناسب با سطح تحصیلات و زمینه فرهنگی مراقبین خانوادگی» با میانگین ۲/۱۷ و انحراف معیار ۰/۵۷بود (جدول ۳).

جدول ۳. موانع مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه

	موانع مشارکت مراقبین خانوادگی	کم اهمیت (۱) فراوانی (درصد)	با اهمیت (۲) فراوانی (درصد)	خیلی با اهمیت (۳) فراوانی (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
۱	نداشتن دانش و مهارت از سوی پرستار برای نیازسنجی مشارکت مراقبین خانوادگی	۱۸(۱۲)	۸۰(۵۳/۳)	۵۲(۳۴/۷)	۲/۲۳(۰/۶۵)
۲	عدم آمادگی جسمی و روحی مراقبین خانوادگی	۸(۵/۳)	۸۲(۵۴/۷)	۶۰(۴۰)	۲/۳۵(۰/۵۷)
۳	ناتوانی پرستار در برقراری ارتباط مناسب با مراقبین خانوادگی	۱۷(۱۱/۳)	۹۰(۶۰)	۴۳(۲۸/۷)	۲/۱۷(۰/۶۱)
۴	ناتوانی پرستار در طراحی و اجرای برنامه مشارکتی متناسب با سطح تحصیلات و زمینه فرهنگی مراقبین خانوادگی	۱۴(۹/۳)	۹۶(۶۴)	۴۰(۲۶/۷)	۲/۱۷(۰/۵۷)
۵	عدم ارتباط و هماهنگی پرستاران در شیفت های مختلف و در نتیجه تداوم نداشتن امر مشارکت	۱۵(۱۰)	۸۷(۵۸)	۴۸(۳۲)	۲/۲۲(۰/۶۱)
۶	کمبود وقت پرستار به دلیل انجام وظایف سنگین مراقبت از بیمار	۱۱(۷/۳)	۶۶(۴۴)	۷۳(۴۸/۷)	۲/۴۱(۰/۶۲)
۷	نداشتن همکاری سایر اعضای تیم درمانی با پرستار در جلب مشارکت مراقبین خانوادگی	۱۹(۱۲/۷)	۸۳(۵۵/۳)	۴۸(۳۲)	۲/۱۹(۰/۶۳)
	موانع مشارکت مراقبین خانوادگی انحراف معیار± میانگین بیشینه – کمینه		۱۵/۷۵ ± ۲/۹۳ ۲۱–۷		

میانگین نمره عوامل تسهیل گر مشارکت مراقبین خانوادگی از دیدگاه پرستاران مورد پژوهش ۱۲/۷ با انحراف معیار ۲/۸۷ بود و بالاترین میانگین نمره کسب شده در گویه ۶» ایجاد سیستم های پاداش برای پرستارانی که از مشارکت مراقبین خانوادگی استفاده می کنند» با میانگین ۲/۲۱ و انحراف معیار ۰/۷۳ و پایین ترین میانگین مربوط به گویه ۵»ثبت روند مشارکت مراقبین در پرونده پزشکی جهت ارتباط و هماهنگی در شیفت های مختلف « با میانگین ۲/۰۳ و انحراف معیار ۰/۶۳ بود (جدول ۴).

جدول ٤. عوامل تسهیل گر در مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه

	عوامل تسهیل گر مشارکت مراقبین خانوادگی	کم اهمیت (۱)	با اهمیت (۲)	خیلی با اهمیت (۳)	میانگین (انحراف معیار)
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
۱	علاقه به مشارکت در مراقبین خانوادگی	۲۴ (۱۶)	۹۰ (۶۰)	۳۶ (۲۴)	۲/۰۸(۰/۶۲)
۲	اعتماد پرستار به توانمندی مراقبین خانوادگی در مشارکت از مراقبت از بیمار	۱۸ (۱۲)	۹۰ (۶۰)	۴۲ (۲۸)	۲/۱۶(۰/۶۱)
۳	در نظر گرفتن زمان خاص برای همکاری مراقبین خانوادگی جهت جلوگیری از تداخل با اقدامات درمانی تخصصی	۲۴ (۱۶)	۸۰ (۵۳/۳)	۴۶ (۳۰/۷)	۲/۱۵(۰/۶۶)
۴	به کارگیری بازخورد مشارکت مراقبین خانوادگی از سوی پرستار برای انجام اصلاحات بعدی	۲۲ (۱۴/۷)	۹۵ (۶۳/۳)	۳۳ (۲۲)	۲/۰۷(۰/۶)
۵	ثبت روند مشارکت مراقبین در پرونده پزشکی جهت ارتباط و هماهنگی در شیفت های مختلف	۲۸ (۱۸/۷)	۹۰ (۶۰)	۳۲ (۲۱/۳)	۲/۰۳(۰/۶۳)
۶	ایجاد سیستم های پاداش برای پرستارانی که از مشارکت مراقبین خانوادگی استفاده می کنند	۲۸ (۱۸/۷)	۶۲ (۴۱/۳)	۶۰ (۴۰)	۲/۲۱(۰/۷۳)
	عوامل تسهیل گر مشارکت مراقبین خانوادگی انحراف معیار±میانگین بیشینه – کمینه		۱۲/۷ ±۲/۸۷ ۶-۱۸		

بحث

این مطالعه با هدف تعیین موانع و عوامل تسهیل گر در مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه صورت گرفت. در مطالعه حاضر، بیشترین نمره کسب شده در مشارکت دادن مربوط به تصمیم گیری بوده است. در مطالعه ای که توسط هتلند و همکاران در اوهایو در سال ۲۰۱۷ انجام شد نیز، از میان فعالیت‌های مراقبت از بیمار که به خانواده‌ها ارائه می‌شد، پرستاران مراقبین خانوادگی را برای انجام کارهای ساده روزانه مانند استفاده از لوسیون، غذا دادن به بیمار، شستن دست‌های بیمار و برقراری ارتباط با بیمار دعوت می‌کردند. با احتمال بسیار کمتری، پرستاران از مراقبین خانوادگی برای کمک به اقدامات مراقبتی نیازمند به خلوت یا تهاجمی مانند توالت کردن (۴۸٪) و مراقبت از پرینه (۳۸٪) یا فعالیت هایی که به طور خاص با نقش پرستاری حرفه ای مرتبط هستند، از جمله ارزیابی علائم (۳۴٪)، مراقبت از تراکئوستومی (۲۱/۷٪) و ساکشن لوله تراشه (۳/۹٪) مشارکت خواسته بودند(۲۱). در مطالعه مشابهی که توسط عمری و همکاران (۲۰۱۳)، در اردن بر روی ۱۲۷ پرستار شاغل در بخش مراقبت های ویژه انجام شد، پرستاران در مداخلاتی از مراقبین خانوادگی کمک می گرفتند که نیاز به هیجان، زمان و مهارت های ارتباطی کمتری داشت (۲۲). در مطالعه ای که در مصر انجام شد؛ اکثریت پرستاران به این درک رسیده بودند که مهمترین بعد از نقش آنان در قبل خانواده برآورده کردن نیازهای اطلاعاتی بیماران است (۲۳). در مطالعه دیگری دو موضوع کلیدی شامل نیاز به انجام کارها توسط خانواده و مشارکت در مراقبت عنوان گردید (۲۴). در مطالعه بنفشه زاده و همکاران (۲۰۲۱)، که درک پرستاران شاغل در بخش آنکولوژی را مورد بررسی قرار دادند، پرستاران نقش خود را شامل داشتن حمایت روانی از بیمار و خانواده، آموزش به بیمار و حمایت از خودکارآمدی عنوان کرده بودند (۲۵). در مطالعه گائینی و همکاران (۲۰۲۱) نیز پرستاران نقش خود را شامل ارائه اطلاعات، مدیریت اطلاعات و نحوه استفاده از اطلاعات عنوان کردند (۲۶). تفاوت های دیده شده در سطح مشارکت مراقبین خانوادگی در مطالعات یاد شده را می توان 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 ویژگی های پرستاران شرکت کننده در پژوهش دانست.

در پژوهش حاضر بالاترین نمره در موانع مشارکت دادن فعال مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار مربوط به کمبود وقت پرستار به دلیل انجام وظایف سنگین مراقبت از بیمار بود. در پژوهش کلهر و همکاران (۲۰۲۳)، نیز که به روش کیفی انجام شده است به این یافته رسیدند که به دلیل اینکه در بخش های مراقبت ویژه، تعداد پرستاران کم بوده و بار کاری زیادی دارند، تمایل به مشارکت خانواده در درمان ندارند (۱۶) در یک مطالعه پرستاران بیان داشته اند که برای

اجرای مراقبت خانواه محور، نیروی بیشتری مورد نیاز بوده چرا که کمبود نیروی پرستاری به عنوان عمده ترین مانع در اجرای مراقبت خانواده محور بیان شده است (۲۷). نتایج مطالعه مشابه دیگری نیز بیان می دارد که فقدان زمان و کمبود کارکنان از موانع مشارکت مراقبین خانوادگی است که با مطالعه ما همسو است (۲۸). واضح است به دلیل کمبود وقت در ارائه همه مراقبت های پرستاری در بخش مراقبت های ویژه، مراقبت از بیمار بر مراقبت از مراقبین خانوادگی در الویت قرار داده می شود.

در رتبه دوم موانع، بالاترین نمره کسب شده در موانع مشارکت دادن مراقبین مربوط به عدم آمادگی جسمی و روحی مراقبین خانوادگی بوده است. در مطالعه حسینی و همکاران (۲۰۱۳)، اکثر پرستاران معتقدند حضور خانواده در بخش مراقبت های ویژه که هر لحظه احتمال نیاز بیمار به انجام فرآیندهای تهاجمی یا عملیات احیاء وجود دارد، موجب ایجاد اضطراب در خانواده شده و باعث می شود توجه پرستار از مراقبت بیمار به رسیدگی به خانواده معطوف گردد (۲۹). همچنین در مطالعه کوینه و همکاران در ایرلند (۲۰۱۳)، نتایج بررسی نظرات پرستاران در مورد موانع مراقبت خانواده محور نشان داد که عدم همکاری خانواده به عنوان مانع اصلی انجام مراقبت خانواده محور بود (۳۰) که با یافته های مطالعه حاضر همسو می باشد.

کمترین نمره در موانع مربوط به مشارکت دادن مراقبین خانوادگی، مربوط به ناتوانی پرستار در برقراری ارتباط مناسب با مراقبین خانوادگی است. در پژوهش کلهر و همکاران (۲۰۲۳) ، بیشتر خانواده ها معتقد بودند که بعضی از افراد تیم درمان پرخاشگر و بداخلاق بوده و تمایلی به صحبت کردن و آموزش به خانواده ها نداشتند و مراقبین خانوادگی خواستار برگزاری کارگاه های مهارت های ارتباطی با بیماران و کارگاه های کنترل خشم برای تیم درمان بودند (۱۶) که با یافته های پژوهش حاضر متفاوت است. برقراری ارتباط، مهارتی کلیدی در ارائهٔ مراقبت های پیچیدهٔ پرستاری است و لزوم مشارکت در مراقبت برقراری ارتباط صحیح و قرار گرفتن در مسیر صحیح کانال ارتباطی است (۳۱).

بالاترین نمره عوامل تسهیل کننده مشارکت مراقبین خانوادگی در مراقبت از بیمار مربوط به آیتم ایجاد سیستم های پاداش برای پرستارانی که از مشارکت مراقبین خانوادگی استفاده می کنند، بود. افراد زمانی که با وجود صرف کردن تلاش های بیشتر از دیگران، پاداش های یکسانی را دریافت کنند، طبق نظریه برابری، احساس نابرابری می نمایند و آنها فکر می کنند که توزیع پاداش منصفانه نیست. نظام های پاداش یکی از مهمترین مسائل در مدیریت منابع انسانی هستند. پاداش در سازمان ها از نظر جلب رضایت کارکنان و هم از نظر ایجاد انگیزش حائز اهمیت فراوان است (۳۲). بنابر این، ضرورت ایجاد یک سیستم ارزشیابی عملکردی مناسب به عنوان مبنا و مقدمه ای جهت تخصیص و توزیع مناسب پاداش ها، همچنین استفاده از مدیریت صحیح و اصولی پاداش ها و ضرورت ایجاد یک سیستم مشارکتی در طراحی و اجرای برنامه های پاداش جهت اثربخشی بیشتر پاداش ها در بیمارستان ها ضروری به نظر می رسد.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به مقطعی بودن آن اشاره کرد که نتیجه گیری درباره علیت را دشوار می سازد. انجام مطالعاتی با سایر روش های تحقیق با حجم نمونه بالاتر توصیه می شود. توصیه می شود در مطالعات آینده پرستاران شاغل در سایر بخش های بیمارستان مورد بررسی قرار گیرند تا گام های بیشتری در زمینه نهادینه سازی آموزش مراقبت خانواده محور در سیستم مراقبتی ایران برداشته شود.

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت موضوع مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در تکمیل فرآیند مراقبت و درمان، از بین بردن موانع و تقویت تسهیل گر های مشارکت مراقبین جزئی حیاتی در موفقیت برنامه های مراقبت خانواده محور است. در این زمینه می توان با توصیه به در نظر گرفتن نیروهای کافی برای ارائه مراقبت، استفاده از نیروهای پرستاری با مهارت بالاتر در برقراری ارتباط و مشارکت گرفتن از مراقبین خانوادگی به عنوان الگو و همچنین در نظر گرفتن پاداش و امتیازاتی برای پرستاران فعال و توانمند در این زمینه توسط سیستم مراقبتی، گامی ارزشمند در جهت ترویج مشارکت فعال مراقبین خانوادگی در امر مراقبت و ارتقای فرهنگ مراقبت خانواده محور برداشت. پیشنهاد می شود با همکاری مدیران و مدرسان، دستورالعمل های ارایه خدمات با هدف بیشتر کردن مشارکت مراقبین خانوادگی و مراقبت خانواده محور مورد بررسی قرار گیرد و قوانین واضح و مشخصی جهت تعیین چگونگی و میزان شرکت

دادن مراقبین خانوادگی در مراقبت وضع شود. شناخت و درک نیازها و چالش های مراقبین خانوادگی در جامعه ایران می تواند به عنوان زیربنایی در جهت برنامه ریزی مناسب برای مرتفع سازی مشکلات مراقبین خانوادگی و بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه و دارای شناسه اخلاق IR.TUMS.FNM.REC.1403.030 مصوب ۱۴۰۳/۰۳/۱۶ از دانشگاه علوم پزشکی تهران است. نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی این طرح را عهده دار شدند و همچنین از تمامی پرستاران محترک شرکت کننده در پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، قدردانی می نمایند.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچگونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Farnia F, Fooladi L, Kh N, Lotfi M. Effectiveness of family-centered care on family satisfaction in intensive care units. Hakim Research Journal. 2015;17(4):306-12. http://hakim.tums.ac.ir/article-1-1400-en.html
2. Manzari Z, Mafi M, Saboorifar H, Haji-Seyed-Javadi S, Ghaderi M. Comparison of care burden of informal caregivers (family caregivers and health volunteers) in patients with covid-19 in Mashhad city in 2019. Health Res Develop. 2024;2(1):16-27. https://doi.org/10.61186/jhrd.2.1.16
3. Bishop S, Walker M, Spivak I. Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing changes. Crit Care Nurse. 2013;33(1):14-24. doi: 10.4037/ccn2013116 https://doi.org/10.4037/ccn2013116
4. Azizi TH, Hasanzadeh F, Ehsaee M, Esmaily H, Khoshbakht S. The Impact of Patient's Families Supportive Presence onthe Attitudes of Intensive Care Unit Nurses in this Unit. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2013;12(9):719-32.. http://journal.rums.ac.ir/article-1-5282-en.html
5. Madarshahian F, Hassanabadi M, Khazaei S. The Effect of preoperative cares with holistic approach prior to surgical procedure on the patient's anxiety and fulfillment. J Holist Nurs Midwifery. 2015;25(1):45-53. http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-404-en.html
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. http://hayat.tums.ac.ir/article-1-3768-en.html
7. Moattari M, 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 monthly. 2016;21(4):1-10. https://doi.org/10.5812/traumamon.23531
8. Adinehvand M, Toulabi T, Khankeh H, Ebrahim-Zadeh F. Comparison impact of sensory excitation performed by family members and nurses on the level of consciousness in patients who are admitted to intensive care unit. Evidence Based Care. 2013;2(4):57-67.
9. Soleimani R, Heidari S, Ghorbani R, Malek F. Effect of sensory stimulation on respiratory function of patients undergoing mechanical ventilation. Koomesh. 2017:429-37. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4325415/
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. Journal Of Critical Care Nursing. 2017;10(2):1-7.https://doi.org/10.5812/ccn.10655
11. Eghtedar S, Almasi L, Jasemi M, Aparnak F, Habibzadeh H. family caregivers in cancer: experiences, capacities and solutions. Nursing and Midwifery Journal. 2023;21(3):195-205. http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4205-en.html https://doi.org/10.61186/unmf.21.3.195
12. Rezaei G, Salmani F, Azarbarzin M. The Effect of Family Presence and Participation in Patient Care on the Level of Consciousness and the Parameters of Mechanical Ventilations of Brain Injury Patients Admitted to the Intensive Care Unit: A Semi-Experimental Study. J Crit Care Nurse. 2022;15(3):1-12. http://jccnursing.com/article-1-619-en.html
13. Sole M, Klein DG. Moseley Mj, Introduction to Critical Care Nursing. California, Elsevier saunders. 2009.
14. Bashti S, Aghamohammadi M, Heidarzadeh M. The impact of family visits on the level of anxiety

in patients with angina pectoris hospitalized in intensive care units. Journal of Health and Care. 2016;18(2):161-9.

15. Corrigan J, Cuthbert J, Harrison-Felix C, Whiteneck G, Bell J, Miller A. US population estimates of health and social outcomes 5 years after rehabilitation for traumatic brain injury. The Journal of head trauma rehabilitation. 2014;29(6):E1-E9. https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000020
16. Kalhor L, Ebadi A, Mokhtari-Nouri J, Nehrir B. Obstacles and Solutions of Family Participation in Intensive Care Unit: Qualitative Content Analysis. J Police Med. 2023;12(1):1-13.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurse. 2008;62(1):107-15. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
18. Olding M, McMillan S, Reeves S, Schmitt M, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: a scoping review. Health Expect. 2016;19(6):1183-202. https://doi.org/10.1111/hex.12402
19. Miranda D, Nap R, de-Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003;31:374-82. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC
20. Abedini S, Javadi R. Inhibiting and facilitating factors of patient education from the viewpoint of patient education liaison nurses in Shahid Mohammadi Hospital, Bandar Abbas, Iran. Development Strategies in Medical Education. 2022;9(1):9-17. http://dsme.hums.ac.ir/article-1-358-en.html
21. 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. https://doi.org/10.4037/aacnacc2017118
22. Omari F. Jordanian nurses' perceptions of their roles toward the families of hospitalised critically ill patients. Journal of Research in Nursing. 2013;18(7):669-80. https://doi.org/10.1177/1744987112455584
23. Lotfy-Abdel-Aziz A, Sayed-Ahmed S-E, El-Hakeem-Younis G-A. Family Needs of Critically Ill Patients Admitted to the Intensive Care Unit, Comparison of Nurses and Family Perception. American Journal of Nursing Science. 2017;6(4):333-46.https://doi.org/10.11648/j.ajns.20170604.18
24. 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. https://doi.org/10.1111/jocn.15175
25. Bafandeh-Zendeh M, Hemmati-Maslakpak M, Jasemi M. Nurses' perceptions of their supportive role for cancer patients: A qualitative study. Nurs Open. 2022;9(1):646-54. https://doi.org/10.1002/nop2.1112
26. Gaeeni M, Farahani M, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of intensive care unit patients: the perspectives of families and nurses. Glob J Health Sci. 2014;7(2):8-19. https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p8
27. Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, Lora D, López-Maestro M, Pallás C. Necessary resources and barriers perceived by professionals in the implementation of the NIDCAP. Early Hum Dev. 2013;89(9):649-53. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.04.011
28. Farsi Z, dehghan-nayeri N, Negarandeh R, Broomand S. Nursing profession in Iran: An overview of opportunities and challenges. Jpn J Nursing Sci. 2010;7:9-18. https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00137.x
29. Hoseini-Azizi T, Hasanzadeh F, Ehsaee M, Esmaily H, Khoshbakht S. The Impact of Patient's Family Presence on the Attitudes of Icu Nurses in This Unit. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2013;12(9):719-32.
30. Coyne I, Murphy M, Costello T, O'Neill C, Donnellan C. A Survey of Nurses' Practices and Perceptions of Family-Centered Care in Ireland. J Fam Nurs. 2013;19(4):469-88. https://doi.org/10.1177/1074840713508224
31. karbasi F, khatiban M, Soltanian A. he Effects of Teaching the Communication Skills to Patients Through Role-Playing Method on Nursing Students' Self-Efficacy. T Sci J Hamadan Nurs Midwifery. 2019;26(6):357-65.https://doi.org/10.30699/sjhnmf.26.6.357
32. Mohammadi A, Vanaki Z, Memarian R. Assessing the in-effective factors in rewards for nurses: A case study. Quarterly Journal of "Nursing Management". 2012;3(1):46-54. http://ijnv.ir/article-1-88-en.html