نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هشتم، شماره ۱، سال ۱۳۹۸
Cardiovascular Nursing Journal, 8(1), 2019

**مقاله پژوهشی اصیل**

# ارزشیابی آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران برای اجرای مراقبت خانواده‌محور

**پیام عباسی[۱]، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه**
*** حمید پیروی[۲]، دکترای پرستاری**
**سید حبیب‌اله کواری[۳]، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی**
**حمید حقانی[۴]، دکترای آمار**

**خلاصه**

**هدف.** پژوهش حاضر با هدف تعیین آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران برای اجرای مراقبت خانواده‌محور انجام شد.

**زمینه.** در نظام‌های مراقبتی درمانی، ایجاد رضایت در بیماران از مهم‌ترین چالش‌ها محسوب می‌شود. مراقبت خانواده‌محور رویکردی نوآورانه برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های سلامتی است که بر همکاری‌های سودمند دو طرفه بیمار و خانواده با مراقبین سلامتی بنا نهاده شده است. مراقبت خانواده‌محور مستلزم توجه به خانواده به عنوان مرکز اصلی مراقبت‌ها است که با وجود مزایای فراوان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

**روش کار.** مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی بود که در آن، بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران به عنوان نمونه پژوهش، از نظر آمادگی جهت اجرای مراقبت خانواده‌محور مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد ۴۱۴ نفر (۳۲۸ پرستار و ۸۶ پزشک) شاغل در بخش مراقبت ویژه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه سنجش نگرش نسبت به اجرای برنامه مراقبت خانواده‌محور را تکمیل کردند. مناسبت ساختار فیزیکی و تجهیزات بخش برای اجرای مراقبت خانواده‌محور با استفاده از چک‌لیست بررسی شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده، در نرم‌افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها.** بیشترین درصد پرستاران (۶۰/۹ درصد) نسبت به مراقبت خانواده‌محور نگرش منفی داشتند و با اجرای آن مخالف بودند. در مقابل، بیشترین درصد پزشکان (۵۷/۳ درصد)، نسبت به مراقبت خانواده‌محور نگرش مثبت داشتند و با اجرای آن موافق بودند. میانگین آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران از نظر امکانات و تجهیزات، ۳۲/۷ درصد و میانگین آمادگی از نظر ساختار فیزیکی، ۵۱/۶ درصد بود.

**نتیجه‌گیری.** پزشکان و پرستاران دیدگاه‌های متفاوتی در مورد نقش خانواده در فرآیند مراقبت دارند. این تفاوت دیدگاه می‌تواند نشان‌دهنده روشن نبودن راهبرد برای انجام مراقبت خانواده‌محور باشد. رفع تفاوت‌های موجود در دیدگاه پرستاران و پزشکان درمورد مراقبت خانواده‌محور نیازمند تبیین بیشتر این مفهوم در محیط‌های مراقبتی است.

**کلیدواژه‌ها:** بخش مراقبت ویژه، مراقبت خانواده‌محور، نگرش، پرستار مراقبت ویژه

۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، بیمارستان نیکان، تهران، ایران
۲ استاد، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: peyrovi.h@iums.ac.ir
۳ استادیار، گروه مدیریت توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
۴ مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05 ]

## مقدمه

بستری ناگهانی در بخش مراقبت‌های ویژه یک رخداد برای بیمار و اعضای خانواده وی است که می‌تواند باعث تاثیرات منفی روانی و عملکردی شود و هر یک از این اختلالات می‌توانند منجر به پیامدهایی همچون اضطراب، ناامیدی، استرس، ترس و بلاتکلیفی برای بیماران و همراهان گردند (وان هورن و کاتز، ۲۰۰۷؛ دیویدسون، ۲۰۰۹). از علل دیگر بروز استرس، می‌توان به ترس و بلاتکلیفی، کمبود ارتباط موثر با بیمار و همراهان آنها اشاره کرد (بایلی و همکاران، ۲۰۱۰). مهم‌ترین نیازهای اعضای خانواده بیماران بدحال شامل نیاز به اطلاعات در مورد بیمار خود، نیاز به حمایت و اطمینان و همچنین، نیاز به نزدیک بودن با بیمار است (هنمان و کاردین، ۲۰۰۲).

در نظام‌های مراقبتی درمانی، ایجاد رضایت در بیماران از مهم‌ترین چالش‌های شناخته‌شده است و بسته به نوع و شدت بیماری و سطح هوشیاری بیماران، ایجاد این رضایت در بخش مراقبت‌های ویژه برای پرستاران با درجاتی از سختی همراه است (روبرتی و فیازپاتریک، ۲۰۱۰). همچنین، با توجه به آسیب‌پذیری بالای بیماران به علت تجربه بیماری، نیازهای درمانی و فرآیندهای مراقبتی، توجه به میزان رضایت آنها اهمیت بسیاری دارد و لازم است توجه بیشتری به آن شود (جولائی و همکاران، ۱۳۹۰). درک رفتارهای مراقبتی توسط اعضای خانواده بیماران سبب افزایش رضایتمندی آنها می‌شود (پالز و همکاران، ۲۰۱۱). به دلیل اینکه بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه اغلب قادر نیستند در تصمیمات درمانی شرکت کنند، درگیر کردن خانواده‌ها در فرآیند تصمیم‌گیری، اجرا و انجام فرآیندهای درمانی و رفع نیازهای بیماران و حمایت معنوی از آنها، معمولا منجر به بهبود پیامدهای درمان و همچنین افزایش، رضایت بیمار و خانواده می‌شود (چی‌ین و همکاران، ۲۰۰۶؛ کورسوموویچ و همکاران، ۲۰۱۳).

مراقبت خانواده محور رویکردی نوآورانه برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های سلامتی است که بر همکاری‌های سودمند دو طرفه بیمار و خانواده با مراقبین سلامتی بنا نهاده شده است (میشل و همکاران، ۲۰۰۹). چهار جزء اصلی مراقبت خانواده‌محور شامل احترام، دریافت و تبادل اطلاعات، مشارکت خانواده در مراقبت، و همکاری خانواده هستند (سیوفو و همکاران، ۲۰۱۱). کاهش استرس، کاهش اثرات منفی بستری شدن، اطمینان از کفایت برنامه درمان و ترخیص، تامین راحتی و حمایت از بیمار و کوتاه شدن مدت بستری در بیمارستان از مهم‌ترین فواید اجرای مراقبت خانواده‌محور هستند (آبراهام و مورتز، ۲۰۱۲).

اگرچه تاکنون مراقبت‌های بیمارمحور به عنوان یکی از بنیان‌های مراقبت پرستاری مورد توجه قرار گرفته است، اما نقش خانواده بیماران در حمایت و مراقبت آنها در بخش مراقبت‌های ویژه غیر قابل انکار است (میشل و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به اهمیت این حمایت‌ها لزوم اجرای طرح مراقبت خانواده‌محور بیش از پیش احساس می شود (هنمان و کاردین، ۲۰۰۲). عوامل موثر بر محدود شدن اجرای مراقبت خانواده‌محور در بخش مراقبت ویژه را می‌توان در سه بخش عوامل مربوط به کادر درمان، مربوط به بیمار و مربوط به خانواده بیمار بررسی نمود (لئون و نپ، ۲۰۰۸).

مراقبت خانواده‌محور مستلزم توجه به خانواده به عنوان مرکز اصلی مراقبت‌ها است که با وجود مزایای فراوان، کمتر مورد توجه قرار گرفته است. مراقبت خانواده‌محور در ایران در مطالعه مسعودی و همکاران (۱۳۸۹) مورد توجه قرار گرفته است، اما در هیچ کدام از مراکز درمانی دولتی و خصوصی حتی به صورت پایلوت هم مورد استفاده قرار نگرفته است، که از جمله دلایل آن شاید بتوان به فقدان آگاهی و آموزش کافی در مورد مراقبت خانواده‌محور، کمبود نیروی انسانی، محدودیت سخت‌افزاری، فقدان مطالب آموزشی کاربردی و همچنین مبنای درمان و آموزش پزشکی کشور که بر اساس مدل پزشکی است، اشاره کرد. با توجه به گرایش روز افزون خدمات درمانی رویکرد درمان‌گرمحور به سمت رویکرد خانواده محور و اهمیت و لزوم اجرای این رویکرد که از روش‌های نوین در زمینه درمان است، ضرورت دارد که ابعاد مختلف آن در جهت اجرای این طرح در بیمارستان‌های دانشگاهی متناسب با فرهنگ و جامعه ایرانی مورد بررسی، ارزیابی و کنکاش قرار گیرد. این مطالعه با هدف تعیین آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران برای اجرای مراقبت خانواده‌محور انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بود که در آن، بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران به عنوان نمونه پژوهش، از نظر آمادگی جهت اجرای مراقبت خانواده‌محور مورد بررسی قرار گرفتند. این آمادگی در قالب بررسی نگرش پرستاران و پزشکان و همچنین، بررسی امکانات و تجهیزات بخش‌های مراقبت ویژه جهت اجرای مراقبت خانواده‌محور مورد ارزیابی

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05 ]

قرار گرفت. پنجاه درصد پرستاران هر بخش مراقبت ویژه (۳۲۸ نفر) و همچنین، همه پزشکانی که به صورت روزانه بیماران بخش‌های مراقبت ویژه را ویزیت می‌کردند (۸۶ نفر) مورد پرسش قرار گرفتند. بررسی آمادگی بیمارستان‌ها از نظر تجهیزات نیز به صورت مشاهده‌ای و با استفاده از چک‌لیست انجام گرفت.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرد و آمادگی آنها را از نظر نگرش پرستاران و پزشکان جهت اجرای مراقبت خانواده‌محور، و ساختار فیزیکی و تجهیزات جهت اجرای طرح مراقبت خانواده‌محور مورد بررسی قرار داد. محقق پس از توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، اطمینان دادن به ایشان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، یادآوری اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از مطالعه، فرم رضایت آگاهانه را در اختیار ایشان قرار داد تا به امضای داوطلبان شرکت در مطالعه برسد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سه قسمت بود. فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سنجش نگرش پرستاران و پزشکان، و چک‌لیست بررسی ساختار فیزیکی و تجهیزات. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سمت شغلی، میزان سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه و بخش محل خدمت بود. در این پژوهش، از پرسشنامه سنجش نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به طرح مراقبت خانواده‌محور که توسط حسینی و همکاران (۱۳۹۲) در دانشگاه علوم پزشکی مشهد تهیه شده است استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۱۴ عبارت است که نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به مراقبت را از سه جنبه تاثیر بر بیمار، تاثیر بر خانواده بیمار و تاثیر بر کادر درمان بر اساس معیار پنج قسمتی لیکرت ("خیلی موافقم"، امتیاز ۵؛ "موافقم"، امتیاز ۴؛ "نظری ندارم"، امتیاز ۳؛ "مخالفم"، امتیاز ۲؛ و "خیلی مخالفم"، امتیاز ۱) می‌سنجد. حداکثر امتیاز کسب‌شده از پرسشنامه، ۷۰ و حداقل آن ۱۴ است. هفت عبارت دارای بار مثبت و هفت عبارت دارای بار منفی هستند و در هنگام محاسبه نمره نهایی، نمره سئوالات منفی، برعکس خواهد شد

چک لیست بررسی آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه از نظر ساختار فیزیکی و تجهیزات از سایت رسمی مراقبت خانواده‌محور استخراج شد که شامل ۲۰ مورد است. از این موارد، ۱۰ مورد مربوط به ساختار فیزیکی و ۱۰ مورد دیگرمربوط به تجهیزات بخش مراقبت ویژه برای اجرای مراقبت خانواده‌محور است که وجود یا عدم وجود این امکانات با "بلی" یا "خیر" علامت زده می‌شود. بیمارستانی که از مجموع ۲۰ مورد، صفر تا شش مورد امکانات را داشته باشد به عنوان "ضعیف"، در صورت دارا بودن هفت تا چهارده مورد امکانات، به عنوان "متوسط"، و در صورت داشتن ۱۵ تا ۲۰ مورد امکانات، به عنوان "قوی" برای اجرای مراقبت خانواده‌محور ارزیابی می‌شود (موسسه مراقبت بیمارمحور و خانواده‌محور، ۲۰۱۶). داده‌های جمع‌آوری‌شده، در نرم‌افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفتند.

## یافته‌ها

بر اساس نتایج این مطالعه، بیشترین درصد شرکت‌کنندگان، زن (۶۱/۱ درصد)، و متاهل (۷۳/۴ درصد) بودند و در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال قرار داشتند (۴۲/۵ درصد). همچنین، بیشترین درصد شرکت کنندگان، دارای مدرک کارشناسی (۷۲/۲ درصد)، پرستار (۷۹/۲ درصد)، سابقه کاری یک تا ۵ سال (۳۸/۲ درصد)، و شاغل در آی‌سی‌یو (۶۷/۹ درصد) بودند. برخی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است.

بر اساس یافته‌ها، بیشترین درصد پرستاران (۶۰/۹ درصد) نسبت به مراقبت خانواده‌محور نگرش منفی داشتند و با اجرای آن مخالف بودند. در مقابل، بیشترین درصد پزشکان (۵۷/۳ درصد)، نسبت به مراقبت خانواده‌محور نگرش مثبت داشتند و با اجرای آن موافق بودند. برای بررسی بخش‌ها از نظر مناسبت ساختار فیزیکی و تجهیزات برای اجرای مراقبت خانواده‌محور، ۱۴ بخش آی‌سی‌یو و ۲۴ بخش سی‌سی‌یو مورد بررسی قرار گرفتند. بر این اساس، بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان هاشمی‌نژاد و مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی دارای بیشترین آمادگی از نظر امکانات و تجهیزات (به ترتیب، ۵۰ و ۴۴ درصد) برای اجرای مراقبت خانواده‌محور بودند. میانگین آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران از نظر امکانات و تجهیزات، ۳۲/۷ درصد بود. همچنین، بخش‌های مراقبت ویژه مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی دارای بیشترین آمادگی از نظر ساختار فیزیکی (۸۰ درصد) برای اجرای مراقبت خانواده‌محور بود و پس از آن، بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم (ص)، هاشمی‌نژاد، هفتم تیر، و حضرت فاطمه (س) رباط کریم با ۶۰ درصد آمادگی در رده دوم قرار داشتند. میانگین آمادگی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران از نظر ساختار فیزیکی، ۵۱/۶ درصد بود.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05 ]

جدول شماره ۱: برخی ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های پژوهش

| متغیر | تعداد (درصد) | متغیر | تعداد (درصد) |
|---|---|---|---|
| جنس | | وضعیت تاهل | |
| زن | ۲۵۳ (۶۱/۱) | متاهل | ۳۰۴ (۷۳/۴) |
| مرد | ۱۶۱ (۳۸/۹) | مجرد | ۱۱۰ (۲۶/۶) |
| سن (سال) | | سابقه کار (سال) | |
| ۲۵-۳۰ | ۱۷۶ (۴۲/۵) | ۱-۵ | ۱۵۸ (۳۸/۲) |
| ۳۰-۳۵ | ۱۳۵ (۳۲/۶) | ۵-۱۰ | ۱۴۹ (۳۶/۰) |
| ۳۵-۴۰ | ۷۶ (۱۸/۴) | ۱۰-۱۵ | ۷۵ (۱۸/۱) |
| بیشتر از ۴۰ | ۲۷ (۶/۵) | بیشتر از ۱۵ | ۳۲ (۷/۷) |
| تحصیلات | | نقش حرفه‌ای | |
| کارشناسی | ۲۹۹ (۷۲/۲) | پرستار | ۳۲۸ (۷۹/۲) |
| کارشناسی ارشد | ۲۸ (۶/۸) | پزشک | ۸۶ (۲۰/۸) |
| پزشک عمومی | ۵ (۱/۲) | محل خدمت | |
| تخصص | ۷۴ (۱۷/۹) | آی‌سی‌یو | ۲۸۱ (۶۷/۹) |
| دکترای تخصصی | ۱ (۰/۲) | سی‌سی‌یو | ۱۳۳ (۳۲/۱) |
| فوق تخصص | ۷ (۱/۷) | | |

## بحث

در این مطالعه نگرش پرستاران و پزشکان و همچنین، امکانات و ساختار بخش‌ها مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران برای اجرای مراقبت خانواده‌محور مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه مشخص شد که به طور کلی، پرستاران نسبت به اجرای طرح مراقبت خانواده‌محور نگرش منفی دارند و در مقابل، پزشکان، نگرشی مثبت نسبت به اجرای طرح مراقبت خانواده‌محور داشتند. یکی از مهم‌ترین موارد مورد توافق پرستاران و پزشکان در زمینه اجرای طرح مراقبت خانواده‌محور این بود که این طرح باعث افزایش احتمال بروز عفونت می‌شود و به این ترتیب، باید اقداماتی موثر صورت بپذیرد که این نگرانی به حداقل برسد. در مطالعه مک‌ناب و همکاران (۲۰۰۰)، میزان بروز عفونت در بخش‌های با رویکرد مراقبت خانواده‌محور را بیشتر گزارش شد.

مراقبت خانواده‌محور می‌تواند سبب افزایش حجم کار تیم درمان شود، اما بازخورد آن می‌تواند منجر به افزایش توانمندی خانواده بیماران برای مراقبت در منزل شود که این موضوع مورد موافقت پرستاران و پزشکان در این پژوهش بود. در مطالعه‌ای که توسط مکستون و همکاران (۱۹۹۷) انجام شد مشخص گردید که بیشتر پرستاران و پزشکان نسبت به حضور خانواده بر بالین بیمار حین پروسیجرهای دردناک یا حیاتی مثل احیای قلبی ریوی مخالف بودند.

لازمه مراقبت خانواده محور درگیر شدن خانواده در امر مراقبت و تصمیم‌گیری است. تغییر به سمت این دیدگاه برای برخی پزشکان و پرستاران مشکل است و گاه به منزله تهدیدی برای استقلال حرفه‌ای آنها و کم شدن قدرت تعبیر می‌شود (فوستر و همکاران، ۲۰۱۰). افراد حرفه‌ای معمولا تمایل دارند زمانی تغییرات را بپذیرند که مدیران و رهبران، مثال‌ها و راهکارهای عملی ارائه می‌کنند یا بر اجرای رویکردهای جدید و مقررات و خط مشی ها تاکید می‌نمایند (شیلدز و همکاران، ۲۰۰۶).

با ریشه‌یابی علل مخالفت پرستاران در مورد اجرای مراقبت خانواده‌محور می توان دریافت که بیشترین نگرانی آنها مربوط به مسائل روانی و عاطفی است که برای خانواده‌ها به وجود می‌آید که این موضوع می تواند تبعاتی برای بیمار و بخش مراقبت ویژه داشته باشد.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05 ]

هدف همه مدل‌های درمانی ارتقای سلامت است. کاهش اضطراب و استرس بیمار منجر به بهبود وضعیت سلامت وی می‌شود و همین طور کاهش مدت بستری وی را به همراه خواهد داشت. آموزش و آشنایی با مفهوم مراقبت خانواده‌محور می‌تواند نقش مهمی در کاهش نگرانی‌های پرستاران و پزشکان برای اجرای مراقبت خانواده‌محور داشته باشد.

حیدری و همکاران (۲۰۱۱) بر اساس یک مطالعه کیفی گزارش دادند که مراقبت خانواده‌محور ارائه نمی‌شود و ضروری است که اصول مراقبتی بر اساس ارزش‌ها و اعتقادات خانواده تدوین گردد و آنها را در امر مراقبت و تصمیم‌گیری حمایت کند. روشن نبودن معنای عملی مراقبت خانواده‌محور می‌تواند منجر به بی‌ثباتی و عدم هماهنگی پرسنل و خانواده و همچنین، نادیده‌گرفتن اثرات مراقبت‌های خانواده‌محور بر ارتباطات حرفه‌ای شود (هیگمن و شاو، ۲۰۰۸). در مطالعه ویس و همکاران (۲۰۱۰) در آمریکا گزارش شد که ارتباط مناسب تیم مراقبتی با خانواده سبب رضایت بیمار و خانواده می‌شود.

از مهم‌ترین عوامل تضمین‌کننده اجرای موفق طرح مراقبت خانواده‌محور، وجود امکانات و تجهیزات استاندارد است. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده آمادگی بیمارستان‌های مورد بررسی در سطح متوسط و ضعیف است و برای اجرایی شدن آن، تغییرات گسترده در ساختار فیزیکی بیمارستان‌ها ضروری به نظر می‌رسد. هیچ یک از بیمارستان‌های مورد بررسی دارای اتاق مجزا برای ملاقات اعضای خانواده با پزشک در بخش مراقبت ویژه نبودند.

## نتیجه‌گیری

پزشکان و پرستاران دیدگاه‌های متفاوتی در مورد نقش خانواده در فرآیند مراقبت دارند. این تفاوت دیدگاه می‌تواند نشان‌دهنده روشن نبودن راهبرد برای انجام مراقبت خانواده‌محور باشد. رفع تفاوت‌های موجود در دیدگاه پرستاران و پزشکان درمورد مراقبت خانواده‌محور نیازمند تبیین بیشتر این مفهوم در محیط‌های مراقبتی است. هرچند مراقبت خانواده محور مفهوم جدیدی در مراقبت سلامتی نیست، اما نیاز به تغییر دیدگاه و فراهم آوردن ساختار برای اجرای طرح مراقبت خانواده‌محور احساس می‌شود.

## تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه در دانشگاه علوم پزشکی ایران (کد IR.IUMS.REC.1395.9311449004) است. پژوهشگران از مسئولان مراکز آموزشی درمانی مورد بررسی و نیز از کلیه پرستاران و پزشکان که در این پژوهش شرکت کردند قدردانی می‌نمایند.

## منابع فارسی

حسینی عزیزی ط، حسن‌زاده ف، احصایی م. ر، اسماعیلی ح. ا، خوشبخت ش. ا. (۱۳۹۲) تاثیر حضور خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بر نگرش پرستاران این بخش. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان: ۱۲(۹)، ص ۷۳۲-۷۱۹.

جولایی س.، حاجی‌بابایی ف، جعفرجلال ع، بحرانی ن. (۱۳۹۰) بررسی میزان رضایتمندی بیماران از خدمات پرستاری ارایه‌شده در مراکز آموزشی درمانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (حیات): ۱۷(۱)، ص ۴۴-۳۵.

مسعودی ر، الحانی ف، مقدسی ج، قربانی م. (۱۳۸۹) تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده-محور بر دانش، نگرش، و عملکرد مراقبین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند: ۱۷(۲)، ص ۹۷-۸۷.

## منابع انگلیسی

Abraham, M. & Moretz, J.G. 2012. Implementing patient-and family-centered care: part I-understanding the challenges. Pediatric Nursing, 38(1), 44-47.

Chien, W.T., Chiu, Y., Lam, L.W. & Ip, W.Y. 2006. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies, 43, 39-50.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05 ]

Ciufo, D., Hader, R. & Holly, C. 2011. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient-and family-centred care. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 9, 362-387.
Davidson, J.E., Powers, K., Hedayat, K.M., Tieszen, M., Kon, A.A., Shepard, E., Spuhler, V., Todres, I.D., Levy, M., Barr, J., Ghandi, R., Hirsch, G., Armstrong, D. 2007. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004 –2005. Critical Care Medicine, 35(2), 605-622.
Foster, M., Whitehead, L. & Maybee, P. 2010. Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. International Journal of Nursing Studies, 47, 1184-1193.
Heidari, H., & Fooladi, M. 2013. The experiences of parents with infants in neonatal intensive care unit. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 18, 208.
Henneman E.A., & Cardin, S. 2002. Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. Critical Care Nurse, 22, 12-19.
Higman, W. & Shaw, K. 2008. Nurses' understanding about the delivery of family centred care in the neonatal unit. Journal of Neonatal Nursing, 14, 193-198.
Kursumovic, E., Bilinska, J. & Molokhia, A. 2013. Family satisfaction in the ICU: Enhancing patient experience. Critical Care, 17 (Suppl 2), P 544.
Leon, A.M. & Knapp, S. 2008. Involving family systems in critical care nursing: Challenges and opportunities. Dimensions of Critical Care Nursing, 27, 255-262.
MacNab, A., Thiessen, P., McLeod, E. & Hinton, D. 2000. Parent assessment of family-centered care practices in a children's hospital. Children's Health Care, 29, 113-128.
Maxton, F.J. 1997. Old habits die hard: Changing paediatric nurses' perceptions of families in ICU. Intensive and Critical Care Nursing, 13, 145-150.
Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E. & Foster, M. 2009. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. American Journal of Critical Care, 18, 543-552.
Moretz, J.G. & Abraham, M. 2012. Implementing patient-and family-centered care: Part II-strategies and resources for success. Pediatric Nursing, 38, 106.
Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstahiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E. & Karlou, C. 2011. Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: A descriptive and correlational study in six European countries. Journal of Nursing Scholarship, 43, 341-350.
Roberti, S.M. & Fitzpatrick, J.J. 2010. Assessing family satisfaction with care of critically ill patients: A pilot study. Critical Care Nurse, 30, 18-26.
Shields, L., Prattt, J. & Hunter, J. 2006. Family centred care: A review of qualitative studies. Journal of Clinical Nursing, 15, 1317-1323.
Van Horn, E.R. & Kautz, D. 2007. Promotion of family integrity in the acute care setting: A review of the literature. Dimensions of Critical Care Nursing, 26, 101-107.
Weiss, S., Goldlust, E. & Vaucher, Y. 2010. Improving parent satisfaction: An intervention to increase neonatal parent–provider communication. Journal of Perinatology, 30, 425.

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05 ]

Original Article

# Readiness evaluation of intensive care units of hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences for the implementation of family-centered care in 2017

**Payam Abbasi[1], MSc**
*** Hamid Peyrovi[2], PhD**
**Seyed Habibollah Kavari[3], PhD**
**Hamid Haghani[4], PhD**

**Abstract**

**Aim.** This study was conducted to evaluate the readiness of intensive care units of hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences for the implementation of family-centered care in 2017.

**Background.** Patients in the intensive care unit often are not able to participate in therapeutic decisions, therefore, involving families in decision-making process, implementation and treatment processes, and meeting the their needs improves treatment outcomes and increases patient and family satisfaction. Family-centered care is one of the means of providing care that recognizes and respects the vital role of the family.

**Method.** This was a descriptive cross-sectional study in which all of the intensive care units in the hospitals of Iran University of Medical Sciences were studied in terms of their preparedness for family-centered care. Proportionate stratified sampling method was used to recruit nurses, and the physicians were recruited based on convenience sampling. In order to investigate the structure and facilities, through a census of all specialized departments of hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences, a checklist was filled out. Data were analyzed in SPSS software version 22 using descriptive and inferential statistics.

**Findings.** According to the results, 60.9% of nurses were opposed to implementing family-centered care and have a negative attitude, and 57.3% of physicians agreed to implement family-centered care. There was a statistically significant difference between the attitudes of nurses and doctors ($p \leq 0.0001$). Also, the over-all scores obtained from hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences showed that the facilities and hospital structure were poor for implementing family-centered care.

**Conclusion.** Differences in the attitudes of nurses and physicians about family-based care showed the need for clarifying the concept of family-centered care. The implementation of family-centered care requires structural changes and extensive equipment in accordance with the standards.

**Keywords:** Intensive care unit. Family-centered care, Attitude, Critical care nurse

1 MSc in Critical Care Nursing, Nikan Hospital, Tehran, Iran
2 Professor, Nursing Care Research Center, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding Author) email: peyrovi.h@iums.ac.ir
3 Assistant Professor, Department of Rehabilitation Management, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
4 PhD in Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[ Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-05 ]