ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2023;12(1):e22

Journal of Police Medicine

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

Obstacles and Solutions of Family Participation in Intensive Care Unit: Qualitative Content Analysis

Leila Kalhor[1 PhD Candidate], **Abbas Ebadi**[2 PhD], **Jamileh Mokhtari Nouri**[3 PhD], **Batool Nehrir**[4 * PhD]

[1] Research Center for Cognitive & Behavioral Sciences in Police, Directorate of Health, Rescue & Treatment, Police Headquarter, Tehran, Iran.
[2] Behavioral Sciences Research Center, Life style institute, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[3] Medicine, Quran and Hadith Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[4] Health Management Research Center of Baqiyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran.

ABSTRACT

AIMS: The basis of family-centered care is the participation of patients and their families in health decisions. Despite the advantages of family involvement in intensive care, this method is associated with many obstacles. Therefore, the present study aimed to explain the obstacles and suggested solutions for family participation in the ICU.

MATERIALS AND METHODS: This qualitative study of contract content analysis was conducted in Tehran in 1402. The tools for collecting experiences were open questions and semi-structured interviews. Purposive sampling was used to identify the participants. The selection of samples was done by observing the principle of maximum diversity to achieve a diverse range of experiences. Sampling continued until information saturation, with no formation of classes and subclasses and new information. Qualitative data analysis was performed using the four stages of content analysis of Elo and Kyngäs (2008). Lincoln and Guba's four acceptability criteria were used to strengthen the results.

FINDINGS: In this study, 15 participants, including four family members of patients, four nurses, and seven managers of the studied hospital with an average age of 49.53±12.09 years and an average years of service of 16.73±10.22 years participated. The results consisted of four classes: barriers related to the family, barriers related to the treatment team, barriers related to the physical structure of the department, and organizational barriers; 13 subclasses and 21 codes were formed.

CONCLUSION: Using solutions such as holding training workshops on communication skills with patients and families, anger control methods, and allocating funds to create favorable changes in the physical space of the ICU and providing nurses can help effectively implement this approach.

KEYWORDS: Family; Intensive Care Unit; Participate; Family Center Care

How to cite this article:

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):e22.

***Correspondence:**

Address: Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Mollasadra Street, South Sheikh Bahai Street,Shahid Nosrati Alley, Tehran, Iran. Postal Code: 143591343
Mail: **rnehrir1739@yahoo.com**

Article History:

Received: 01/10/2023
Accepted: 10/11/2023
ePublished: 21/11/2023

Copyright © 2023, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

INTRODUCTION

The intensive care unit is one of the most important parts of the hospital. It has sophisticated equipment and an experienced treatment team where sick patients are treated and cared for [1]. Statistics show that intensive care units occupy 8% of hospital beds in the United States. Hospitalization in this department worries families and causes many problems for the patient and the family [2]. As the most fundamental pillar of society, the family is responsible for providing correct and appropriate health care to the patient and his family [3]. Accordingly, patients' families should not be considered only as visitors but also as caregivers and partners of the treatment team, especially during decision-making [4]. Family-centered education is a process in which family members are trained to increase their skills and abilities to help a family member with an illness [5]. The ICU has several essential aspects: family presence in the intensive care unit, communication of the treatment team with family members, allowing family members to participate in direct care, patient and family support, and attention to the ICU environment [6-8]. Family-centered care includes examining the family and patient and family participation in the patient's health and treatment plans and decisions [9].

According to some studies, the participation of family members in the care team provides psychological support to the patient and their faster recovery, and by creating a positive mood in the patient's family, it reduces their anxiety [10]. In some countries, 80-90% of families of patients hospitalized in the intensive care unitare interested in participating in medical decisions about their patients [11]. Because families function differently based on culture and environmental policies, definitions of family-centered care may vary in different countries, and implementation and theoretical acceptance of this method may take years or even decades [12]. In other words, implementing care models in any environment faces transitory obstacles. To properly implement this approach, it is necessary to prepare at different managerial and organizational levels [13]. In this research, to solve the challenges of implementing the family-oriented care approach in military hospitals, the intensive care unitof one of the largest police hospitals was studied. Despite conducting extensive studies on the obstacles to implementing the family participation approach, the study on what solutions are available to implement this approach has been limited, and the experiences of experts in this field and the proposed solutions are not known in detail, and a qualitative methodology. Therefore, the purpose of the present study was to explain the proposed solutions to the problems of implementing the family-centered care approach from the managerial, organizational, and family perspectives.

MATERIALS & METHODS

In this qualitative study, which is a type of contractual content analysis, *Elo* and *Kyngäs's* (2008) [13] method was carried out in 2023 in one of the military hospitals in Tehran. The participants included nurses, the head of the intensive care unit, the head of the nursing department, the head of the hospital, the vice president of treatment, and the family members of the patients hospitalized in the intensive care unitof the mentioned hospital. Sampling was purposeful. The selection of samples was done by observing the principle of maximum diversity, and the participants were selected from different age, sex, education, job, and work experience categories so that a diverse range of experiences could be prepared. Sampling continued until information saturation, i.e., no formation of classes and subclasses and new information.

The interviews were conducted by an interviewer experienced in qualitative research. The participants chose the time and place of the interview. Most of the interviews related to nurses were conducted in the nurses' restroom and the policymaker's workplace. Before starting each interview, the researcher introduced himself to the patients, their families, and nurses in the intensive care unit. Permission to record the audio was obtained from the interviewees, and the members were assured that the interview would remain confidential and non-compulsory. At the beginning of each interview, the participants were asked to introduce themselves briefly. The basic requested information included the participant's age, position, work history, and workplace department. Then, in the following, some open questions were raised first. Questions related to the desired phenomenon were asked, and the exploration of the participants' views regarding family participation in the intensive care unitcontinued with the guidance of the participants. The discussion proceeded by maintaining the time until the interviewer was sure that he had received the presented concepts well. Each interview started with open questions: "Have you had an experience of family participation in the patient's care in the intensive care unit?" "How did the treatment team (doctors and nurses) approach when you wanted to care for your patient?"

Then, other questions, such as "What caused the

colleagues to prevent the family from caring for the patient?"What do you expect from the families of the patients hospitalized in this department?" The researcher tried to clarify the answer to each question mentioned by using questions and follow-up sentences such as "Can you explain more?" or "What do you mean?".

Follow-up questions were asked based on the information provided by the participant to clarify the concept under study. The interviews lasted about three months. The duration of the interview was 45 to 60 minutes. The researcher conducted all interviews. The interviews continued until sufficient in-depth data was obtained and recorded with the participants' permission with the help of a voice recorder. Immediately after completing the interviews, after listening several times as quickly as possible, the interviews were written down verbatim on paper for the necessary feedback. Provide sufficient data for subsequent interviews. In the end, the audio file was deleted for confidentiality. Then, the interviews were analyzed. The data and findings of qualitative research must be acceptable and reliable, and this issue requires accurate data collection. Increasing the number of interviews is the first step that the researcher used to increase the accuracy of the data. Sampling continued until data saturation. After conducting 15 interviews, information saturation was achieved. According to many researchers, collecting data from various sources is also a positive point for increasing the acceptability of the findings and the external validity of the study. Due to the constant presence of the researcher in the intensive care unit, notes in the field were also used about the research topic. After conducting the interviews and initial coding, the study's findings were presented to the participants, and they expressed their opinions about the harmony of the findings with their experiences to the researcher and evaluated their validity.

To ensure reliability, in addition to the researchers, some qualitative research colleagues were also asked to review the texts to assess the validity of the analysis process. The researcher ensured the verifiability of the research by keeping the documents in all stages of the research. The researcher's interest in the phenomenon under study, continuous engagement with the data, review by supervisors and qualitative experts, searching for conflicting articles, and trying to get the opinions of others in this field were other factors that ensured verifiability. In addition, the present research was conducted as a team with experts' guidance and supervision, enabling both data reliability and verifiability. In this research, to increase the transferability of data at the time of sampling, purposeful sampling was used, interviews with different participants were conducted with maximum variety, and direct quotes were provided.

Ethical permission: This study was conducted after obtaining the code of ethics from the Research Vice-Chancellor of Baqiyatallah University of Medical Sciences (R.BMSU.REC.1400.057). After explaining the purpose of the study to the participants and obtaining their cooperation, written informed consent was obtained. Other ethical points were also observed, including coding information without including names and arranging interviews in a safe place.

Statistical analysis: Data analysis was done using a qualitative content analysis method with an inductive approach. Organizing qualitative data in inductive content analysis includes open coding, creating categories, and abstraction. According to *Elo* and *Kyngäs* (2008), the inductive classification scheme in qualitative content analysis has three phases, which are the preparation phase (choosing the unit of analysis, immersing in information and creating a general sense and open coding and entering information into coding sheets), organization phase (grouping, classification, abstraction), reporting phase, analysis, and conclusion (model, conceptual system, conceptual map or classes) [14]. Lincoln and Guba's four acceptability criteria, credibility, dependability, confirmability, and transferability, were also used to strengthen the results [15]. The data and findings of the research were examined.

FINDINGS

In this study, 15 participants, including nurses, the head of the department, and families of patients admitted to the intensive care unit, the director of nursing, the vice president of treatment, and the head of the selected military hospital with an average age of 49.53±12.09 years and average years of service of 16.73±10.22 participated. (Table 1). The nurse participants worked in the selected hospital's intensive care unit. The families were also from the families of the patients hospitalized in the intensive care unit. Saturation was achieved after conducting 15 interviews, and sampling was completed with 15 participants. 4 of the participants were from the field of treatment, seven were from the management and policymaker field, and four were from the families of patients hospitalized in the intensive care unit. Nine of the samples were male (60%) and six were female (40%) (**Table 1**).

Barriers to family participation in the intensive care unit were identified in four classes with

Table 1) Demographic characteristics of the interviewees

Demographic characteristics Frequency		Man		Woman		Total	
		percentage	Frequency	Frequency	Frequency	Frequency	Frequency
Age (Year)	45-30	4	44.4	3	50	7	46.6
	60-46	1	11.2	3	50	4	26.7
	61-75	4	44.4	0	0	4	26.7
work experience ((years	3-15	4	44.5	2	33.3	6	40
	16-27	2	22.2	4	66.7	6	40
	28-39	3	33.3	0	0	3	20
post	Nurses and managers	5	55.6	6	100	11	73.3
	Family members	4	44.4	0	0	4	26.7

Table 2) Classification of family participation challenges and solutions in the ICU

Category	subclass	Meaningful codes	solutions
Obstacles related to the family	– Family tampering with the patient's communication – Congestion and crowding in the ward with the presence of the family – The spread of infection by the family – Constantly asking the treatment team	– Some families tamper with patients' connections, such as removing blood pressure cuffs – Creating crowding in the department with the presence of the family – Department control disorder – Losing the privacy of nurses – Transmission of infection from the patient to the family and vice versa – Low immune system in patients – Transmission of infection through the hands of the treatment team – Asking multiple questions to the treatment team	– Teaching the family about not touching the patient's connections – Establishing order in the department – Allowing families to enter the department one by one – Observance of hand hygiene and hand washing by the treatment team and especially nurses – Wearing gloves, gowns and masks by the family when visiting – Washing hands by the family after and before meeting the patient – Teaching patients and guiding patients – Preparation of guidelines for patient admission in the ICU department
Obstacles related to the treatment team	– Aggressiveness and rudeness of the treatment team – Teaching nurses to families – not talking to the family	– Boredom of some people in the treatment team – Some nurses' harsh treatment with families – Boredom of some nurses in teaching the family due to fatigue – The importance of nurses' exercises – Fatigue of nurses due to long shifts and overcrowding	– Holding communication skills workshops for the intensive care unit treatment team – Conducting anger management workshops for the treatment team – Holding family centered care training workshops for ICU workers – Placing the patient and family education book in the ward and filling it by ward nurses – One person from each family should be introduced to the representative, and the treatment team will explain to him – Determining a specific time per day for the doctor to meet with the patient's family regarding the patient's condition
Obstacles related to the physical structure of the department	– The inappropriateness of the meeting corridor of the ICU ward – Failure of families to see patients' faces – Meetings are prohibited in the intensive care unit	– Being behind the window of the appointment system in the ICU department	– The visiting corridor should be made so that the patients face the families. – A window should be installed above the head of each patient so that the family can communicate with the patient. – If possible, the meeting system in the department should be an open
Organizational barriers	– Few nurses – Nonreceipt of financial reward or incentive from the hospital manager – Managers' lack of awareness of new care and management methods	– The hallway is not suitable for meeting patients	– The working hours of nurses should be reduced – Nursing writing tasks should be reduced – Planning to hire nurses – Increasing the salaries and benefits of nurses working in the ICU department – Holding management and care retraining courses for hospital managers

the names of barriers related to family, barriers related to the treatment team, barriers related to the physical structure of the department, and organizational barriers in 13 subclasses and 21 codes (Table 2).

DISCUSSION

The purpose of this study was to explain the obstacles and solutions proposed to solve family participation in the intensive care unitfrom the perspective of therapeutic management and families. The study results were categorized into four categories: barriers related to family, barriers related to treatment team members, barriers related to the physical structure of the department, and organizational barriers.

The first floor had family-related obstacles. The participants believed that the presence of the family causes crowding, disorder, and disorder in the ward, as well as transmission of

infection. Therefore, the solutions proposed by the participants included educating families and preparing instructions for admitting the patient to the intensive care unit. A similar study introduced factors such as nurses' reluctance to allow families to enter the ward due to overcrowding and interference in work, nurses' workload, structural issues of the intensive care unit, and hospital management [14]. Also, in another study, the results of examining the opinions of nurses about family-centered care obstacles showed that the lack of family cooperation due to creating disorder and disruption in the department was the main obstacle to family-centered care [15]. Therefore, the nurses working in the ICU departments needed more time to be ready to participate in the care of the family, and many management problems were observed in this field.

The second floor was related to the obstacles of the treatment team. Most of the families believed that some members of the treatment team were aggressive and bad-tempered and did not want to talk and teach the families. Some of the proposed solutions are holding communication skills workshops with patients and anger management workshops for the treatment team. Because the number of nurses in intensive care units is small and they have a heavy workload, they want to avoid involving the family in the treatment, as a study has determined that nurses' high workload and lack of time prevent them from supporting family participation. Therefore, they cannot regulate the presence of the family in the department and use them in matters of participation [16]. In another study, barriers such as lack of nurses, high number of patients, lack of time for nurses, financial issues and space limitations of the department, crowded environment, and full of equipment of the intensive care unithave been mentioned as obstacles to the implementation of family-centered care [17]. According to many studies, the primary way to reduce stress in the family is to give information to the family; therefore, this method can be used as a practical solution to reduce stress because the need for information is one of the most important needs of patients' families [18, 19].

The third category was the obstacles related to the physical structure of the department, which included subcategories:

- the inappropriateness of the visiting corridor
- the lack of visibility of patients' faces by families
- the prohibition of visiting in the intensive care unit

Most of the families recommended that visits to the intensive care unit should be free or that there should be a window above the patient's head that faces the patient's face so that they can see their patient's face and talk to him. Behind the closed doors of the ICU, while the desire to visit waves and families are worried and anxious about their patient's condition, compliance with the rules prevents the treatment team from allowing the family to visit the patient. These restrictions are applied in almost all teaching hospitals in Iran, and one of the reasons for this is the nurses' particular belief regarding the effect of family presence on the increase of infection. However, the articles published in recent years, while rejecting the contradictory and negative effects of the visit, also suggest the beneficial effects of the presence of the family with the patients [20]. A study has shown that visiting family or friends increases the feeling of happiness and decreases anxiety [21].

For this reason, we are witnessing an increasing desire to lift the ban on meeting in such areas today. A significant point mentioned in a study is that their insecurity increases when relatives are not allowed to be with the patient [22]. Therefore, it is necessary to review the visiting hours in Iran and to think of arrangements so that sober patients can visit their family members if needed.

The fourth category is related to organizational obstacles with subcategories: lack of nurses and high workload. Among the solutions provided by the participants are hiring nurses, creating comfortable facilities for nurses, and reducing nurses' working hours. It is clear that due to the lack of nursing staff in the ICU, patient care is prioritized over family care. In a study, nurses have stated that more force is needed to implement family-centered care because the lack of nursing force has been expressed as the main obstacle to implementing family-centered care [23]. The results of another study also state that lack of time and lack of staff are barriers to family participation, which is in line with our study [24]. In the studies published in our country, the lack of human resources has been repeatedly emphasized as one of the major challenges of nursing. In these studies, nurses have described their work problems as lacking nursing staff, high workload, and low salaries and benefits. These cases cause a decrease in the quality of nursing services, an increase in errors, dissatisfaction among nurses, burnout, and severe stress for nurses [25, 26]. Therefore, managers and policymakers of nursing in hospitals should make arrangements to attract more nursing staff and increase the salaries and benefits of nurses.

One of the limitations of the present study is the limitations related to qualitative studies, which cannot obtain and present quantitative data such as the frequency of experiences. It is suggested that further studies extract the experiences of

managers, prominent policymakers, and more families in this field through interviews.

CONCLUSION

In short, the results of this study showed that the obstacles related to the treatment team, the family, the physical structure of the department, and organizational obstacles are among the most critical obstacles to the implementation of the family-centered care approach. Therefore, strategies such as holding educational workshops on effective communication with patients' families and anger control methods can effectively implement this approach. Also, among other solutions, we can mention allocating funds to create favorable changes in the physical space of the intensive care unitand providing nurses with a reduced workload in the effective implementation of this approach.

Clinical & Practical Tips in POLICE MEDICINE: The treatment team, policymakers, and managers of military hospitals, who are responsible for implementing the family-centered care approach, should try to use the extracted solutions that will increase satisfaction at the hospital level and ultimately improve the quality of services at the military hospital level.

Acknowledgments: We would like to thank the Research Center for Cognitive & Behavioral Sciences of Police and Baqiyatallah University of Medical Sciences, which provided the financial costs of this research project. We also thank all the participants in this research.

Conflict of interest: The authors of the article state that there is no conflict of interest regarding the present study.

Authors' Contribution: First author, idea presentation, study design, and data collection; second author, data collection; third author, data analysis; fourth author was responsible for presenting the idea, study design, and data analysis. All the authors participated in the initial writing of the article and its revision, and all accept the responsibility for the accuracy and correctness of the contents of the present article by finalizing it.

Financial Sources: This article was completed with the financial support of the Directorate of Health, rescue, and Treatment of Police and Baqiyatullah University of Medical Sciences.

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2023;12(1):e22

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

موانع و راهکارهای مشارکت خانواده در بخش مراقبت ویژه: تحلیل محتوای کیفی

لیلا کلهر[۱] PhD Candidate، عباس عبادی[۲] PhD، جمیله مختاری نوری[۳] PhD، بتول نحریر[۴] * PhD

[۱] مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، تهران، ایران.
[۲] مرکز تحقیقات علوم رفتاری، موسسه سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
[۳] مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
[۴] مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

چکیده

اهداف: اساس مراقبت خانواده محور، مشارکت بیمار و خانواده‌های آنها در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی است. علی‌رغم مزیت‌های مشارکت خانواده در بخش مراقبت ویژه، این روش با موانع بسیاری همراه است. از این رو مطالعه حاضر با هدف تبیین موانع و راهکارهای پیشنهادشده جهت مشارکت خانواده در بخش مراقبت ویژه بود.

مواد و روش‌ها: پژواین مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی است که در سال ۱۴۰۲ در شهر تهران انجام شد. ابزار جمع‌آوری تجارب، سئوالات باز و مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته بود. به منظور شناسایی مشارکت‌کنندگان از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. انتخاب نمونه‌ها با رعایت اصل حداکثر تنوع برای دستیابی به طیف متنوعی از تجارب صورت گرفت. نمونه‌گیری تا اشباع اطلاعات، یعنی عدم تشکیل طبقات و زیرطبقات و اطلاعات جدید ادامه یافت. تحلیل کیفی داده‌ها با استفاده از چهار مرحله تحلیل محتوای *Elo* و *Kyngäs* (۲۰۰۸) انجام شد. از چهار معیار مقبولیت لینکلن و گوبا برای استحکام بخشیدن به نتایج استفاده شد..

یافته‌ها: در این مطالعه ۱۵ مشارکت‌کننده شامل ۴ نفر از اعضای خانواده بیماران، ۴ نفر پرستار و ۷ نفر از مدیران بیمارستان مورد مطالعه با میانگین سنی ۱۲/۰۹±۴۹/۵۳ سال و میانگین سنوات خدمت ۱۰/۲۲±۱۶/۷۳ سال شرکت کردند. نتایج از چهار طبقه: موانع مربوط به خانواده، موانع مربوط به تیم درمان، موانع مربوط به ساختار فیزیکی بخش و موانع سازمانی، ۱۳ زیر طبقه و ۲۱ کد تشکیل شد.

نتیجه‌گیری: استفاده از راهکارهایی مانند برگزاری کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های ارتباطی با بیماران و خانواده، روش‌های کنترل خشم و تخصیص دادن بودجه جهت ایجاد تغییرات مطلوب در فضای فیزیکی بخش مراقبت ویژه و تأمین نیروهای پرستار می‌تواند به اجرای مؤثر این رویکرد کمک نماید.

کلیدواژه‌ها: خانواده، بخش مراقبت ویژه، مشارکت، مراقبت خانواده محور

نحوه استناد به مقاله:

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):e22.

نویسنده مسئول*:

آدرس پستی: تهران، خیابان ملاصدرا، خیابان شیخ بهایی جنوبی، کوچه شهید نصرتی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، دانشکده پرستاری، کد پستی: ۱۴۳۵۹۱۳۴۳۱
پست الکترونیکی:
rnehrir1739@yahoo.com

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۹
پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۹
انتشار: ۱۴۰۲/۰۸/۳۰

Copyright © 2023, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

مقدمه

بخش مراقبت ویژه از بخش‌های مهم بیمارستان است که دارای تجهیزات پیچیده و تیم درمان مجرب است که در آن بیماران بد حال تحت درمان و مراقبت قرار می‌گیرند [۱]. آمار نشان می‌دهد که ۸ درصد از تخت‌های بیمارستانی در ایالات متحده توسط بخش مراقبت‌های ویژه اشغال شده است. بستری در این بخش برای خانواده‌ها بسیار نگران‌کننده است و مشکلات زیادی را برای بیمار و خانواده به وجود می‌آورد [۲]. خانواده به عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه، مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی است [۳]. بر این اساس، خانواده بیماران نباید تنها به عنوان ملاقات‌کننده محسوب شوند، بلکه باید به عنوان مراقبت‌دهنده و شرکای تیم درمان به خصوص در زمان تصمیم‌گیری باشند [۴]. آموزش با رویکرد خانواده محور، فرآیندی است که در آن اعضای خانواده در جهت افزایش مهارت‌ها و توانایی‌های خود برای کمک به عضوی از خانواده که به بیماری مبتلا شده است، آموزش می‌بینند [۵]. مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه (ICU)، دارای چند جنبه مهم: حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه، ارتباط تیم درمان با اعضای خانواده، اجازه دادن به اعضای خانواده برای مشارکت در مراقبت مستقیم، حمایت از بیمار و خانواده و توجه به محیط ICU است [۶-۸]. در واقع اساس مراقبت خانواده محور شامل بررسی خانواده و مشارکت بیمار و خانواده در برنامه‌ها و تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و درمانی بیمار است [۹].

بر اساس برخی مطالعات، مشارکت دادن اعضای خانواده در تیم مراقبتی سبب فراهم شدن حمایت روحی-روانی بیمار و بهبودی سریع‌تر ایشان می‌شود و با ایجاد روحیه مثبت در خانواده بیمار، موجب کاهش اضطراب آنها می‌شود [۱۰]. در برخی کشورها نیز ۹۰-۸۰ درصد خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه کشور، علاقه‌مند به شرکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی در مورد بیمارشان هستند [۱۱]. به دلیل اینکه عملکرد خانواده‌ها بر اساس فرهنگ و سیاست‌های محیطی متفاوت است، تعاریفی از مراقبت خانواده محور ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد و اجرا و پذیرش نظری این روش ممکن است سال‌ها یا حتی دهه‌ها طول بکشد [۱۲]. به عبارت دیگر، پیاده کردن مدل‌های مراقبتی در هر محیطی با موانع متعدی مواجه می‌شود و برای اجرای مناسب این رویکرد لازم است آمادگی لازم در سطوح مختلف مدیریتی و سازمانی وجود داشته باشد [۱۳]. این پژوهش به منظور رفع چالش‌های اجرای رویکرد مراقبت خانواه محور، در بخش مراقبت ویژه یکی از بزرگترین بیمارستان‌های فرماندهی انتظامی ایران اجرا شد. با وجود انجام مطالعات گسترده در زمینه موانع اجرای رویکرد مشارکت خانواده، مطالعه در این مورد که چه راهکارهایی برای اجرایی نمودن این رویکرد وجود دارد، معدود بوده است و تجارب متخصصین این حوزه و راهکارهای پیشنهادی به تفصیل و در یک متودولوژی کیفی مشخص نیست. بنابراین هدف از مطالعه حاضر، تبیین راهکارهای پیشنهادشده حل مشکلات اجرایی‌کردن رویکرد مراقبت خانواده محور از دید حوزه‌های مدیریتی، سازمانی و خانواده‌ها بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کیفی که از نوع تحلیل محتوای قراردادی است، با استفاده از روش *Elo* و *Kyngäs* (۲۰۰۸) [۱۳] در سال ۱۴۰۲ در یکی از بیمارستان‌های نظامی شهر تهران انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل پرستاران، ریاست بخش مراقبت ویژه، ریاست اداره پرستاری، ریاست بیمارستان، معاونت درمان و اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان مذکور بودند. نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. انتخاب نمونه‌ها با رعایت اصل حداکثر تنوع صورت گرفت و مشارکت‌کنندگان از رده‌های سنی، جنسی، تحصیلی، پستی و سابقه کاری مختلف انتخاب شدند تا بتوان طیف متنوعی از تجارب تهیه کرد. نمونه‌گیری تا اشباع اطلاعات، یعنی عدم تشکیل طبقات و زیرطبقات و اطلاعات جدید، ادامه یافت.

مصاحبه‌ها توسط مصاحبه‌کننده مجرب در تحقیقات کیفی انجام شد. زمان و مکان مصاحبه بنا به میل و به انتخاب مشارکت‌کنندگان بود. بیشتر مصاحبه‌های مربوط به پرستاران در اتاق استراحت پرستاران و اتاق مربوط محل کار سیاستگذاران انجام شد. قبل از شروع هر مصاحبه، ابتدا پژوهشگر خود را به بیماران و خانواده و پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه معرفی کرد و اجازه ضبط کردن صدا از مصاحبه‌شوندگان اخذ شد و نیز از محرمانه ماندن و اجباری نبودن مصاحبه به اعضا اطمینان خاطر داده شد. در ابتدای هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا مختصری خود را معرفی نمایند. اطلاعات درخواستی اولیه شامل سن و سمت مشارکت‌کننده، سابقه کار و بخش محل کار بود. سپس در ادامه ابتدا چند سؤال باز مطرح شده و پس از آن سؤالات مربوط به پدیده مورد نظر پرسیده شد و کنکاش درمورد دیدگاه مشارکت‌کنندگان در خصوص مشارکت خانواده در بخش مراقبت ویژه با هدایت مشارکت‌کنندگان ادامه یافت. بحث با حفظ زمان تا آنجا پیش رفت که مصاحبه‌گر اطمینان می‌یافت، مفاهیم ارائه‌شده را به خوبی دریافت کرده است. هر یک از مصاحبه‌ها با چند سؤال باز: "آیا تجربه‌ای از مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار در بخش مراقبت ویژه داشته‌اید؟"، "وقتی می‌خواستید از بیمارتان مراقبت کنید نحوه برخورد تیم درمان (پزشکان و پرستاران) چگونه بود؟" آغاز شد. سپس سؤالات دیگر

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2023;12(1):e22

از قبیل «چه دلایلی باعث می‌شد که همکاران از مراقبت بیمار توسط خانواده، ممانعت کنند؟"، "چه توقعی از خانواده‌های بیماران بستری در این بخش دارید؟" پرسیده شد. پژوهشگر تلاش می‌نمود تا پاسخ هرکدام از سؤالات مذکور را با استفاده از سؤالات و جملات پیگیری مانند: "می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟" یا "منظور شما چیست؟"، دقیقاً آشکار نماید. سؤال‌های پیگیری‌کننده بر اساس اطلاعاتی که مشارکت‌کننده ارائه می‌نمود جهت روشن‌شدن مفهوم مورد مطالعه مطرح می‌شد. مصاحبه‌ها حدود سه ماه به طول انجامید. مدت مصاحبه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر انجام شد. مصاحبه‌ها تا دستیابی به داده‌های عمیق و کافی ادامه یافت و با اجازه مشارکت‌کنندگان با کمک دستگاه ضبط صدا، ضبط شد و بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، پس از چندین بار گوش دادن در اسرع وقت، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ نوشته شد تا بازخورد لازم برای مصاحبه‌های بعدی یا کفایت داده‌ها را فراهم نماید. در پایان برای رعایت محرمیت فایل صوتی پاک شد. سپس مصاحبه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها و یافته‌های پژوهش کیفی باید قابل پذیرش و اعتماد باشند و این مسئله مستلزم جمع‌آوری داده‌های حقیقی است. افزایش تعداد مصاحبه‌ها اولین گامی است که پژوهشگر برای افزایش صحت داده‌ها به کار برد. نمونه گیری تا زمان اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد. بعد از انجام ۱۵ مورد مصاحبه به طور کامل اشباع اطلاعاتی حاصل شد.گردآوری داده‌ها از منابع گوناگون نیز به نظر بسیاری از محققین نکته مثبتی برای افزایش مقبولیت یافته‌ها و روایی خارجی مطالعه است. با توجه به حضور مداوم محقق در بخش مراقبت ویژه، یادداشت‌های در عرصه نیز در رابطه با موضوع پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. بعد از پیاده کردن مصاحبه‌ها و کدگذاری اولیه، یافته‌های مطالعه به مشارکت‌کنندگان ارائه شد و آنها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود به محقق ابراز نمودند وصحت و سقم آنها را ارزیابی می‌کردند.

برای تضمین اطمینان‌پذیری، علاوه بر محققین، از عده‌ای از همکاران متخصص تحقیقات کیفی نیز خواسته شد تا متون را مورد بررسی قرار دهند تا صحت فرآیند تجزیه و تحلیل ارزیابی شود. پژوهشگر با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، قابلیت تأیید پژوهش را تضمین نمود. علاقه‌مندی پژوهشگر به پدیده تحت مطالعه، درگیری مداوم با داده‌ها، بازنگری ناظرین و متخصصان کیفی، جستجو برای مقالات مغایر و همچنین تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه، از دیگر عوامل تضمین‌کننده قابلیت تأیید بودند. علاوه بر این، پژوهش حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران انجام شد که هم اطمینان‌پذیری داده‌ها و هم قابلیت تأیید را امکان‌پذیر می‌نماید. در این پژوهش برای افزایش قابلیت انتقال داده‌ها در زمان نمونه‌گیری، از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و مصاحبه با مشارکت‌کنندگان متفاوت با حداکثر تنوع انجام شد و نقل قول‌های مستقیم ارائه گردید.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه پس از اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (R.BMSU.REC.1400.057) انجام شد. پس از توضیح در مورد هدف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان و جلب همکاری آنان، رضایت آگاهانه کتبی کسب شد. سایر نکات اخلاقی شامل کدگذاری اطلاعات بدون درج نام، قرار دان مصاحبه‌ها در محل امن نیز رعایت شد.

تجزیه و تحلیل آماری: تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی با رویکرد استقرایی انجام شد. سازمان‌دهی داده‌های کیفی در تحلیل محتوای استقرایی شامل کدگذاری باز (Open coding)، ایجاد طبقات (Creating categories) و انتزاعی سازی (Abstraction) است. طبق نظر *Elo* و *Kyngäs* (۲۰۰۸)، طرح طبقه‌بندی استقرایی در تحلیل محتوای کیفی دارای سه فاز است که عبارتند از: فاز آمادگی (انتخاب واحد تحلیل، غوطه‌ور شدن در اطلاعات و ایجاد یک حس کلی و کدگذاری باز و ورود اطلاعات به برگه‌های کدگذاری)، فاز سازماندهی (گروه‌بندی، طبقه‌بندی، انتزاعی‌سازی)، فاز گزارش‌دهی، تحلیل و نتیجه گیری (مدل، سیستم پنداشتی، نقشه پنداشتی یا طبقات) [۱۴]. از چهار معیار مقبولیت لینکولن و گوبا: معتبر بودن (Credibility)، اطمینان‌پذیری (Dependability)، قابلیت تأیید (Confirmability) و قابلیت انتقال (Transferability) نیز برای استحکام بخشیدن به نتایج استفاده شد [۱۵]. داده‌ها و یافته‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۵ مشارکت‌کننده شامل پرستار، ریاست بخش، خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، مدیر پرستاری، معاون درمان و ریاست بیمارستان نظامی منتخب با میانگین سنی ۱۲/۰۹±۴۹/۵۳ سال و میانگین سنوات خدمت ۱۰/۲۲±۱۶/۷۳ سال شرکت کردند (جدول ۱). مشارکت‌کنندگان پرستار در بخش مراقبت ویژه بیمارستان منتخب مشغول به خدمت بودند. خانواده‌ها نیز از خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بودند. اشباع بعد از انجام ۱۵ مصاحبه به‌دست آمد و نمونه‌گیری با ۱۵ مشارکت‌کننده به اتمام رسید. ۴ نفر از مشارکت‌کنندگان از حوزه درمانی، ۷ نفر از حوزه مدیریتی و سیاستگذاران و ۴ نفر از خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بودند. ۹ نفر از نمونه‌ها مرد (۶۰ درصد) و ۶ نفر زن (۴۰ درصد) بودند (جدول ۱).

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2023;12(1):e22

جدول ۱) مشخصات دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان

مشخصات دموگرافیک		مرد		زن		مجموع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن (سال)	۳۰-۴۵	۴	۴۴/۴	۳	۵۰	۷	۴۶/۶
	۴۶-۶۰	۱	۱۱/۲	۳	۵۰	۴	۲۶/۷
	۶۱-۷۵	۴	۴۴/۴	۰	۰	۴	۲۶/۷
سابقه کار (سال)	۱-۵	۴	۴۴/۵	۲	۳۳/۳	۶	۴۰
	۶-۱۶	۲	۲۲/۲	۴	۶۶/۷	۶	۴۰
	۲۸-۳۹	۳	۳۳/۳	۰	۰	۳	۲۰
سمت	پرستاران و مدیران	۵	۵۵/۶	۶	۱۰۰	۱۱	۷۳/۳
	اعضای خانواده	۴	۴۴/۴	۰	۰	۴	۲۶/۷

جدول ۲) طبقه‌بندی چالش‌ها و راهکارهای مشارکت خانواده در بخش مراقبت ویژه

طبقه	زیرطبقه	کدهای معنادار	راهکارها
موانع مربوط به خانواده	– دست زدن خانواده به‌اتصالات بیمار – شلوغی و ازدحام در بخش با حضور خانواده – انتقال عفونت توسط خانواده – سؤال کردن دایم از تیم درمان	– دست زدن بعضی خانواده‌ها به اتصالات بیماران مانند جدا کردن کاف فشار خون – ایجاد شلوغی و ازدحام در بخش با حضور خانواده – اختلال در کنترل بخش – از بین رفتن حریم خصوصی پرستاران – انتقال عفونت از بیمار به خانواده و برعکس – پایین بودن سیستم ایمنی در بیماران – انتقال عفونت از طریق دست تیم درمان – پرسیدن سؤالات متعدد از تیم درمان	– آموزش به خانواده راجع به دست نزدن به اتصالات بیماران – برقراری نظم در بخش – اجازه ورود خانواده‌ها به بخش به صورت تک تک – رعایت بهداشت دست و شستشوی دست توسط تیم درمان و مخصوصاً پرستاران – پوشیدن دستکش و گان و ماسک توسط خانواده در زمان ملاقات – شستشوی دست توسط خانواده بعد و قبل از ملاقات با بیمار – آموزش به بیماران و راهنمایی بیماران – تهیه دستورالعمل بستری بیمار در بخش ICU
موانع مربوط به تیم درمان	– پرخاشگری و بداخلاقی تیم درمان – آموزش ندادن پرستاران به خانواده‌ها – صحبت نکردن پزشک معالج با خانواده	– بی‌حوصله بودن برخی از افراد تیم درمان – برخورد تند برخی از پرستاران با خانواده‌ها – بی‌حوصلگی برخی پرستاران در امر آموزش به خانواده در اثر خستگی – زیاد بودن مشق‌های پرستاران – خستگی پرستاران به دلیل شیفت‌های طولانی و شلوغی بخش	– برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی برای تیم درمان بخش مراقبت ویژه – برگزاری کارگاه‌های کنترل خشم برای تیم درمان – برگزاری کارگاه‌های آموزشی مراقبت خانواده محور برای کارکنان بخش مراقبت ویژه – گذاشتن دفتر آموزش به بیمار و خانواده در بخش و پر کردن آن توسط پرستاران بخش – از هر خانواه یک نفر به نمایندگی معرفی شود که تیم درمان توضیحات رو به او بگویند – معین کردن ساعت خاص در روز برای ملاقات پزشک معالج با خانواده بیمار راجع به شرایط بیمار
موانع مربوط به ساختار فیزیکی بخش	– نامناسب بودن راهروی ملاقات بخش ICU – عدم رویت صورت بیماران توسط خانواده‌ها – ملاقات ممنوع بودن در بخش مراقبت ویژه	– از پشت پنجره بودن سیستم ملاقات در بخش ICU – مناسب نبودن راهرو جهت ملاقات با بیماران – قرار گرفتن خانواده در پشت سر بیمار در زمان ملاقات – عدم تماس چشمی یا پوستی با بیمار	– راهروی ملاقات به گونه‌ای ساخته شود که بیماران رو به خانواده‌ها قرار بگیرند. – بالای سر هر بیمار یک پنجره تعبیه شود که خانواده بتواند با بیمار ارتباط برقرار کند. – در صورت امکان سیستم ملاقات در بخش به صورت سیستم آزاد باشد.
موانع سازمانی	– تعداد کم پرستاران – عدم دریافت پاداش مالی یا تشویقی از سوی مدیر بیمارستان – عدم آگاهی مدیران از روش‌های جدید مراقبتی و مدیریتی	– کم بودن تعداد پرستاران بخش – بالا بودن بار کاری پرستاران – حقوق و مزایای پایین پرستاران – عدم تناسب بین تعداد بیماران و پرستاران	– ساعات کاری پرستاران تقلیل یابد. – کارهای نوشتاری پرستاری کاهش یابد. – برنامه‌ریزی جهت استخدام پرستاران انجام گیرد. – افزایش حقوق و مزایای پرستاران شاغل در بخش ICU – برگزاری دوره‌های بازآموزی مدیریتی و مراقبتی برای مدیران بیمارستان

موانع مشارکت خانواده در بخش مراقبت ویژه در چهار طبقه با اسامی موانع مربوط به خانواده، موانع مربوط به تیم درمان، موانع مربوط به ساختار فیزیکی بخش و موانع سازمانی در ۱۳ زیرطبقه و ۲۱ کد نمایان شد (جدول ۲).

بحث

هدف از این مطالعه، تبیین موانع و راهکارهای پیشنهادشده حل مشارکت خانواده در بخش مراقبت ویژه از دید حوزه‌های درمانی، مدیریتی و خانواده‌ها بود که نتایج مطالعه در چهار طبقه: موانع مربوط به خانواده، موانع مربوط به اعضای تیم درمان، موانع مربوط به ساختار فیزیکی بخش و موانع سازمانی دسته‌بندی شدند.

اولین طبقه، موانع مربوط به خانواده بود. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که حضور خانواده باعث ایجاد ازدحام و شلوغی، اختلال و بی‌نظمی در بخش و نیز انتقال عفونت می‌شود. لذا راهکارهای پیشنهادی مشارکت‌کنندگان نیز شامل ارائه آموزش به خانواده‌ها و تهیه دستورالعمل بستری بیمار در بخش مراقبت ویژه بود.

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2023;12(1):e22

در مطالعه مشابهی عواملی مانند عدم تمایل پرستاران به ورود خانواده‌ها در بخش به دلیل شلوغی و ازدحام در بخش و تداخل در کارها، بار کاری پرستاران، مسائل ساختاری بخش مراقبت ویژه و مدیریت بیمارستان معرفی شده است [۱۴]. همچنین در مطالعه دیگری، نتایج بررسی نظرات پرستاران در مورد موانع مراقبت خانواده محور نشان داد که عدم همکاری خانواده به دلیل ایجاد بی‌نظمی و اختلال در بخش به عنوان مانع اصلی انجام مراقبت خانواده محور بود [۱۵]. لذا پرستاران شاغل در بخش‌های ICU آمادگی شرکت‌دادن خانواده را در امر مراقبت نداشتند و مشکلات مدیریتی زیادی در این زمینه مشاهده شد.

طبقه دوم مربوط به موانع تیم درمان بود. بیشتر خانواده‌ها معتقد بودند که بعضی از افراد تیم درمان پرخاشگر و بداخلاق بوده و تمایلی به صحبت کردن و آموزش به خانواده‌ها نداشتند. برخی از راهکارهای ارائه‌شده، برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی با بیماران و کارگاه‌های کنترل خشم برای تیم درمان هستند. به دلیل اینکه در بخش‌های مراقبت ویژه، تعداد پرستاران کم بوده و بار کاری زیادی دارند، تمایل به مشارکت خانواده در درمان ندارند. همچنانکه یک مطالعه مشخص کرده که حجم کار بالا و کمبود وقت پرستاران مانع حمایت آنها از مشارکت خانواده می‌شود. بنابراین نمی‌توانند به حضور خانواده در بخش نظم دهند و از آنها در امر مشارکت استفاده نمایند [۱۶]. در مطالعه دیگری، موانعی چون کمبود پرستار، تعدا زیاد بیماران، کمبود وقت پرستاران، مسائل مالی و محدودیت‌های فضای بخش، محیط شلوغ و پر از تجهیزات بخش مراقبت ویژه را از جمله موانع اجرای مراقبت خانواده محور بیان کرده‌اند [۱۷]. با توجه به نتایج مطالعات زیادی که راه اصلی پایین آوردن استرس در خانواده را اطلاعات دادن به خانواده عنوان کرده‌اند؛ بنابراین می‌توان از این روش به عنوان راهکار عملی در پایین آوردن استرس در خانواده استفاده کرد. زیرا نیاز به اطلاعات، یکی از مهم‌ترین نیازهای خانواده بیماران است [۱۸، ۱۹].

طبقه سوم، موانع مربوط به ساختار فیزیکی بخش بود که شامل زیرطبقات: نامناسب بودن راهروی ملاقات، عدم رویت صورت بیماران توسط خانواده‌ها، ممنوع بودن ملاقات در بخش مراقبت ویژه بود. بیشتر خانواده‌ها توصیه کردند که ملاقات در بخش مراقبت ویژه آزاد باشد یا اینکه بالای سر بیمار یک پنجره باشد که رو به صورت بیمار باز باشد تا بتوانند صورت بیمار خود را مشاهده نمایند و با او صحبت کنند. در پشت درهای بسته ICU، در حالی که تمنای ملاقات موج می‌زند و خانواده‌ها دچار نگرانی و اضطراب درباره وضعیت بیمار خود هستند، اما تبعیت ازقوانین مانع از این می‌شود که تیم درمان اجازه ورود خانواده جهت ملاقات بیمار را بدهند. تقریباً در تمام بیمارستان‌های آموزشی ایران این محدودیت‌ها اعمال می‌شود که ازجمله علل آن، باور خاص پرستاران در خصوص تأثیر حضور خانواه بر افزایش عفونت است. با این حال، مقالات منتشرشده در سال‌های اخیر ضمن رد اثرات مغایر و منفی ملاقات، اثرات سودمندی نیز از حضور خانوداه در کنار بیماران مطرح می‌کنند [۲۰]. مطالعه‌ای نشان داده است که تأثیر ملاقات خانواده یا دوستان باعث افزایش حس شادی و کاهش سطح اضطراب می‌شود [۲۱]. به همین دلیل امروزه شاهد هرچه بیشتر شدن تمایل به رفع ممنوعیت ملاقات در این‌گونه بخش‌ها هستیم. نکته قابل توجهی که دریک مطالعه اشاره شده، این است که وقتی به بستگان اجازه بودن در کنار بیمار داده نمی‌شود، احساس ناامنی در آنها افزیش می‌یابد [۲۲]. بنابراین لازم است که روی ساعات ملاقات در ایران بازنگری شود و تمهیداتی اندیشه شود که بیماران هوشیار بتوانند در صورت نیاز با افراد خانواده خود ملاقات داشته باشند.

طبقه چهارم مربوط به موانع سازمانی با زیرطبقات: کمبود پرستاران، حجم کاری بالای پرستاران است. از راهکارهای ارائه‌شده مشارکت‌کنندگان می‌توان به استخدام پرستاران، ایجاد امکانات رفاهی برای پرستاران و کاهش ساعت کار پرستاران اشاره نمود. واضح است به دلیل کمبود نیروی پرستاری در بخش ICU، مراقبت از بیمار بر مراقبت از خانواده در الویت قرار داده می‌شود. در یک مطالعه پرستاران بیان داشته‌اند که برای اجرای مراقبت خانواه محور، نیروی بیشتری مورد نیاز بوده چرا که کمبود نیروی پرستاری به عنوان عمده‌ترین مانع در اجرای مراقبت خانواده محور بیان شده است [۲۳]. نتایج مطالعه دیگر نیز بیان می‌دارد که فقدان زمان و کمبود کارکنان از موانع مشارکت خانواده است که با مطالعه ما همسو است [۲۴]. در مطالعاتی که در کشور ما منتشر شده است نیز به کرات به کمبود نیروی انسانی به عنوان یکی از چالش‌های بزرگ پرستاری تأکید شده است که در این مطالعات، پرستاران مشکلات کاری خود را کمبود نیروی پرستاری، حجم کار بالا و حقوق و مزایای کم عنوان کرده‌اند. این موارد موجب کاهش کیفیت خدمات پرستاری، افزایش خطاها، نارضایتی پرستاران، فرسودگی شغلی و استرس شدید برای پرستاران می‌شود [۲۵، ۲۶]. بنابراین بایستی مدیران و سیاستگذاران پرستاری در بیمارستان‌ها تمهیداتی فراهم نمایند که نیروی پرستاری بیشتری را جذب کرده و حقوق و مزایای پرستاران را افزایش دهند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدودیت‌های مربوط به مطالعات کیفی است که نمی‌توان داده‌های کمی نظیر فراوانی تجارب را بدست آورد و ارائه نمود. پیشنهاد می‌شود برای مطالعات بعدی تجارب مدیران و سیاستگذاران بزرگ و خانواده‌های بیشتری در این زمینه از طریق مصاحبه استخراج شود.

نتیجه‌گیری

به طور خلاصه، نتایج این مطالعه نشان داد که موانع مربوط به تیم درمان، موانع مربوط به خانواده، موانع مربوط به ساختار فیزیکی بخش و موانع سازمانی از مهم‌ترین موانع جهت اجرای رویکرد مراقبت خانواده محور هستند. لذا استفاده از راهکارهایی مانند برگزاری کارگاه‌های آموزشی شیوه‌های مؤثر ارتباط با خانواده بیماران و روش‌های کنترل خشم می‌تواند در اجرای این رویکرد مؤثر باشد. همچنین از راهکارهای دیگر نیز می‌توان به تخصیص دادن بودجه جهت ایجاد تغییرات مطلوب در فضای فیزیکی بخش مراقبت ویژه و تأمین نیروهای پرستار همراه با کاهش بار کاری پرستار در اجرای مؤثر این رویکرد اشاره کرد.

نکات بالینی و کاربردی در طب انتظامی: تیم درمان، سیاست گذاران و مدیران بیمارستان‌های نظامی که در اجرایی کردن رویکرد مراقبت خانواه محور مسئولیت دارند، باید تلاش نمایند تا از انواع راهکارهای استخراج‌شده استفاده کنند که باعث افزایش رضایتمندی در سطح بیمارستان و در نهایت موجب ارتقای کیفیت خدمات در سطح بیمارستان‌های نظامی شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس معاونت بهداد فراجا و دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله که تأمین‌کننده هزینه‌های مالی این طرح پژوهشی بود، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین از تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر می‌نماییم.

تعارض منافع: بدین‌وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

سهم نویسندگان: نویسنده اول، ارائه ایده، طراحی مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها؛ نویسنده دوم، جمع‌آوری داده‌ها؛ نویسنده سوم، تحلیل داده‌ها؛ نویسنده چهارم، ارائه ایده، طراحی مطالعه و تحلیل داده‌ها را بر عهده داشتند. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بوده و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع مالی: این مقاله با حمایت مالی مرکز تحقیقات معاونت بهداشت و امداد فراجا و دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله به انجام رسید.

Reference

1. Arofiati F, Apriliyanti P. The family satisfaction on nursing services at the intensive care unit. J Med Sci. 2021;9(T4):61-4. https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5776
2. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al. Family participation in care to the critically ill: Opinions of families and staff. Intensive Care Med. 2003;29:1498-504. DOI: 10.1007/s00134-003-1904-y
3. Park M, Chesla C. Understanding complexity of Asian American family care practices. Arch Psychiatr Nurs. 2010;24(3):189-201 DOI: 10.1016/j.apnu.2009.06.005
4. van Beusekom I, Bakhshi-Raiez F, de Keizer NF, Dongelmans DA, van der Schaaf M. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. Critic Care. 2016;20:16. DOI: 10.1186/s13054-016-1185-9
5. Dehghan Nayeri N, Mohammadi S, Pedram Razi S, Kazemnejad A. Adherence of family caregivers of patients with stroke to rehabilitation regimen. Hayat. 2012;18(1):30-41. http://hayat.tums.ac.ir/article-1-36-en.html
6. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2017;43(4):550-3. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28124085/
7. Mitchell ML, Kean S, Rattray JE, Hull AM, Davis C, Murfield JE, et al. A family intervention to reduce delirium in hospitalised ICU patients: A feasibility randomised controlled trial. Intensive Critic Care Nurs. 2017;77-84. DOI: 10.1016/j.iccn.2017.01.001
8. Goldfarb MJ, Bibas L, Bartlett V, Jones H, Khan N. Outcomes of patient- and family-centered care interventions in the ICU: A systematic review and meta-analysis. Critic Care Med. 2017;45(10):1751-61. https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002624
9. Nehrir B, Ebadi A, Mokhtari Nouri J, Nehrir B. Family-Centered Care Approach: A Systematic Review Study. Journal of Police Medicine. 2022;11(1):1-19.
10. Hupcey JE, Penrod J. Concept analysis: examining the state of the science. Res Theory Nurs pract. 2005;19(2):197-208. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16025698/#:~:text=The%20authors%20argue%20that%20concept,is%20known%20about%20the%20concept.
11. Heyland DK, Davidson J, Skrobik Y, des Ordons AR, Van Scoy LJ, Day AG, et al. Improving partnerships with family members of ICU patients: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2018;19(1):3. DOI: 10.1186/s13063-017-2379-4
12. Ghaffari M, Esmali A, Mohammadi R. The Mediating Role of Family Communication Patterns in the Relationshipbetween Emotional Maturity and Self-Compassion with Vulnerability to Stress in Soldiers. Journal of Police Medicine. 2021;10(4):287-92. DOI: 10.30505/10.4.287
13. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008;62(1):107-15. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
14. Mirlashari J, Sadeghi T, Sagheb S, Khanmohammadzadeh T. Nurses' and physicians' Perspec-

tive about Barriers to Implement Family Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. Iran J Nurs. 2015;28(93):140-50. DOI: 10.29252/ijn.28.93.94.140

15. 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. DOI: 10.1177/1074840713508224.
16. Vasli P, Salsali M, Tatarpoor P. Perspectives of nurses on barriers of parental participation in pediatric care. J Hayat. 2012;18(3):22-32. http://hayat.tums.ac.ir/article-1-20-en.html
17. Laudert S, Liu WF, Blackington S, Perkins B, Martin S, Macmillan-York E, et al. Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. J Perinatol. 2007;27 Suppl 2:S75-93. DOI: 10.1038/sj.jp.7211843.
18. Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. Dimensions of critical care nursing : DCCN. 2008;27(6):255-62. https://doi.org/10.1097/01.dcc.0000338866.47164.6d
19. Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. Crit Care Nurs. 2009;29(3):28-34. DOI: 10.4037/ccn2009611
20. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. Nurs Crit Care. 2006;11(1):33-41. https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x
21. Azimi Lolaty H, Bagheri-Nesami M, Shorofi S, Golzarodi T, Charati J. The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. Complement Ther Clin Pract. 2014;20(3):147-53. DOI: 10.1016/j.ctcp.2014.03.002
22. Blom H, Gustavsson C, Sundler AJ. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study. Intensiv Crit Care Nurs. 2013;29(1):1-8. DOI: 10.1016/j.iccn.2012.04.002
23. 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
24. McKiel E. Impact of Organizational Restructuring on Nurses' Facilitation of Parental Participatory Care. Can J Nurs Leadersh. 2002;15:14-7. DOI: 10.12927/cjnl.2002.19136
25. Farsi Z, dehghan nayeri N, Negarandeh R, Broomand S. Nursing profession in Iran: An overview of opportunities and challenges. Jpn J Nursing Sci. 2010;7:9-1.DOI:10.1111/j.1742-7924.2010.00137.x
26. Nikbakht Nasrabadi A, Lipson J, Emami A. Professional nursing in Iran: An overview of its historical and sociocultural framework. J Prof Nurs. 2004;20:396-402. DOI: 10.1016/j.profnurs.2004.08.004