

دانش، نگرش و تبعیت پرستاران بخش های مراقبت ویژه در زمینه کاربرد مهارت های فیزیکی و عوامل مرتبط با آن

سیده زهرا سعیدی^۱، مهناز خطیبان^{۲*}، افشین خزایی^۳، علیرضا سلطانیان^۴، فرشید رحیمی بشر^۵

- ۱- کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۳- کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۴- دانشیار، گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
- ۵- استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۳

دریافت: ۱۳۹۴/۶/۱۰

چکیده:

مقدمه: استفاده از مهارت های فیزیکی بیماران یکی از چالش های بزرگ نظام های سلامت در جهان می باشد. هدف از این مطالعه تعیین دانش، نگرش و تبعیت پرستاران بخش های مراقبت ویژه از استانداردهای مهارت های فیزیکی بیماران و عوامل مرتبط با آنها بود.

روش کار: در این پژوهش توصیفی-تحلیلی، ۸۲ پرستار بخش های مراقبت ویژه در سه بیمارستان آموزشی همدان شرکت نمودند. ابزار پژوهش براساس مطالعات تدوین و دارای چهار پرسشنامه خود-اظهاری بود: اطلاعات دموگرافیک، دانش، نگرش و تبعیت در زمینه استانداردهای مهارت های فیزیکی. داده های گردآوری شده با نرم افزار SPSS/16، آمار توصیفی و آزمون های استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: ۵۸/۵ درصد پرستاران در رده سنی ۴۰-۳۱، ۸۱/۷ درصد زن و ۹۰٪ دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند. اکثرآ (۸۷/۸ درصد) تجربه استفاده از مهارت های فیزیکی و عوارض آن را داشتند. درمورد استانداردهای مهارت های فیزیکی، میانگین نمرات دانش پرستاران (۶/۶۵ ± ۱/۷۳) از ۱۳، میانگین نمرات نگرش (۴/۹۴ ± ۲۶/۳۲) از ۵۲ و میانگین نمرات تبعیت (۴/۱۷ ± ۲۰/۷۹) از ۳۰ بود. بین دانش، نگرش با تبعیت، دانش، نگرش با تحصیلات، تبعیت با جنسیت، تبعیت با شرکت در دوره آموزش مهارت های فیزیکی ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$).

نتیجه نهایی: وضعیت دانش، نگرش و تبعیت پرستاران در زمینه مهارت های فیزیکی مطلوب نیست. لذا باتوجه به اهمیت موضوع مهارت های فیزیکی در بیماران تحت مراقبت ویژه، لازم است که در برنامه آموزش پرستاران به این مقوله توجه بیشتری شود.

کلیدواژه ها: بخش مراقبت ویژه / پرستاران / دانش / مهارت های فیزیکی

*نویسنده مسئول: مهناز خطیبان؛ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Email: mahnaz.khatiban@gmail.com

مقدمه:

پرستار بخش های مراقبت ویژه به طور مکرر با تحریک پذیری بیماران مواجه می گردند. از ویژگی های تحریک پذیری این است که بیماران بی قرارند و اغلب نسبت به بی قراری خود، آگاه نیستند. همچنین بیماران ناراحت به نظر می رسند و حرکات غیرهدفمند از جمله تلاش جهت خروج لوله تراشه، سوندها و راه های وریدی و شریانی متصل، خروج از تخت یا افتادن از تخت (۱)، و پاسخ های کلامی و غیرکلامی تهاجمی و خصمانه، ... می نمایند (۲).

امروزه، در مدیریت تحریک پذیری بیمار، هرچند که باید استفاده از مهار فیزیکی آخرین راه حل باشد و زمانی از آن استفاده شود که تمام اقدامات لازم انجام شده اما مؤثر نباشد (۳)، اغلب، مهار فیزیکی در طیف وسیعی از موقعیت های بالینی دشوار، به خصوص حین مراقبت های ویژه، مشاهده می شود (۴). علاوه بر بخش های مراقبت ویژه، در بسیاری از کشورها، استفاده از مهار فیزیکی در بخش های روان پزشکی و خانه های سالمندان، نیز متداول می باشد (۵).

مهار فیزیکی، به هر روش یا وسیله فیزیکی یا مکانیکی، مواد یا تجهیزات که برای بی حرکتی یا کاهش توانایی حرکت دست ها، پاها، تنه یا سر بیمار به کار رود، اطلاق می گردد (۶). استفاده از مهارکننده های فیزیکی می تواند با عوارض ناخواسته خطرناکی همراه باشد. از جمله این عوارض می توان به خفگی در اثر گیر افتادن در ریل های کنار تخت یا جلیقه استفاده شده، آسیب گردش خون، آسیب تمامیت پوست، زخم های فشاری و بد شکلی حاصل از انقباضات عضله، کاهش توده و بافت استخوانی و عضلانی، شکستگی، تغییر تغذیه، بی اختیاری ادرار و مدفوع، عفونت های ادراری، یبوست، عفونت ریوی، افزایش بار کاری قلب، تغییر وضعیت ذهنی (مبارزه جویی، ترس، افزایش استرس، گیجی، از دست دادن امید، افسردگی، عصبانیت، از دست دادن اعتماد به نفس، احساس تحقیر شدن، بی قراری، افزایش مرگ و میر و غیره اشاره کرد (۷، ۸).

بررسی ها نشان می دهد که در حال حاضر پرستاران تصمیم گیرندگان اصلی استفاده از مهار فیزیکی در بخش های مراقبت ویژه می باشند (۵). در بررسی انجام شده در اسپانیا، ۹۴/۱ درصد استفاده از مهار فیزیکی با

تصمیم گیری پرستار بوده است (۹). در فرانسه نیز فقدان معمول دستور پزشکی برای شروع و یا قطع استفاده از مهارکننده فیزیکی، نشان می دهد که به طور کلی تصمیم گیری درباره به کارگیری مهار فیزیکی با پرستار می باشد (۱۰). به نظر می رسد در تداوم استفاده از مهار فیزیکی بیمار، عوامل متعددی دخیل می باشند، که در این راستا به عوامل مرتبط با پرستار می توان اشاره کرد. از جمله عوامل مرتبط با استفاده از مهار فیزیکی در پرستار، دانش، نگرش پرستار در زمینه مهار فیزیکی می باشد. دانش و نگرش، مستقیم یا غیر مستقیم تبعیت را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۱). از این رو هدف از این مطالعه بررسی دانش، نگرش و تبعیت پرستاران درباره استفاده از مهار فیزیکی در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان می باشد.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که به صورت توصیفی تحلیلی و به منظور بررسی دانش، نگرش و تبعیت پرستاران و عوامل مرتبط به آن در چهار بخش مراقبت ویژه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر همدان در سال ۹۳ انجام شد. با سرشماری، از تمامی ۱۱۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. پرسشنامه ها با مراجعه مستقیم تحویل داده شد و پس از انصراف تعدادی از پرستاران از شرکت در مطالعه و حذف پرسشنامه های ناقص، ۸۲ پرسشنامه تکمیل شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار مطالعه، پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول حاوی سوالاتی در مورد ویژگی های فردی پرستاران مانند سن، جنس، تاهل، تحصیلات، سابقه کار، سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه، وضعیت استخدام، سوابق شرکت در بازآموزی استانداردهای مهار فیزیکی و نیز سوالاتی در مورد تجربه استفاده و مشاهده عوارض و نوع عارضه مهار فیزیکی در بیماران بود. قسمت دوم پرسشنامه های بررسی دانش، نگرش و تبعیت پرستاران در زمینه مهار فیزیکی بیماران بخش های ویژه را تشکیل می داد که براساس مطالعه *Suen* و همکاران (۲۰۰۶) تدوین (۱۱) و سپس با استفاده از سایر مطالعات (۱۴-۱۲) تعدیل شد. پرسشنامه دانش پرستاران در زمینه مهار فیزیکی حاوی ۱۳ سوال

دانش ($a=0/76$)، نگرش ($a=0/72$)، و تبعیت ($a=0/82$) بود. داده‌های گردآوری شده با نرم افزار SPSS/16، پس از اعمال نمره معکوس جهت برخی سوالات، با استفاده از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی) و آزمون‌های استنباطی تی مستقل، اسپیرمن و ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

پژوهش بر روی ۸۲ پرستار نشان داد که اکثریت پرستاران در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال قرار داشتند. ۷۲٪ پرستاران متأهل بودند. ۸۱/۷٪ پرستاران، زن بوده و ۹۰/۲٪ از شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین کل سابقه کار پرستاری پرستاران شرکت کننده، ۸/۵۴ سال با انحراف معیار ۴/۹۵ بوده که کمترین سابقه کار پرستاری ۱ سال و بیشترین سابقه کار ۲۴ سال بود. میانگین سابقه کار در بخش ویژه ۴/۶۴ سال با انحراف معیار ۳/۳۵ بود. تنها ۲۰/۷ درصد از پرستاران شرکت کننده، دوره آموزشی مهار فیزیکی را به صورت شفاهی گذرانده بودند در حالی که ۸۷/۸ درصد افراد تجربه استفاده از مهار فیزیکی و تجربه عوارض مهار فیزیکی را داشتند. شایعترین عارضه تجربه شده که توسط پرستاران گزارش شد، زخم پوستی و اکیموز بود.

صحیح و غلط بوده که به هر پاسخ صحیح، نمره ۱ و به پاسخ اشتباه نمره صفر تعلق گرفت. بدین ترتیب دامنه نمرات بین صفرالی ۱۳ محاسبه شد. پرسشنامه نگرش پرستاران در زمینه مهار فیزیکی حاوی ۱۳ سوال درمقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای (از بسیار موافقم=۴ ... بسیار مخالفم=۰) بود. بدین ترتیب دامنه نمرات قابل اکتساب بین صفرالی ۵۲ محاسبه شد. نمرات بیشتر نشان دهنده نگرش مثبت و نمرات کمتر نگرش منفی پرستاران درمورد استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی بود. پرسشنامه تبعیت پرستاران در زمینه مهار فیزیکی، حاوی ۱۵ سوال، (همیشه =دوتا هرگز = صفر) که نمرات بین صفرالی ۳۰ محاسبه شد. نمرات بیشتر نشان دهنده تبعیت بهتر پرستاران از استانداردهای مهار فیزیکی و استفاده کمتر از مهارکننده‌ها می‌باشد. جهت بررسی پایایی پرسشنامه‌های دانش، نگرش و عملکرد پرستاران در مورد استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی از آزمون مجدد با فاصله دو هفته، و نیز جهت بررسی همسانی درونی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد. ضریب همبستگی پرسشنامه‌های دانش، $r=0/82$ ، $P<0/001$ ، نگرش $r=0/935$ ، $P<0/001$ و تبعیت $r=0/909$ ، $P<0/001$ نشان داد که پایایی زمانی پرسشنامه‌ها مطلوب است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ نشان دهنده همبستگی درونی مطلوب پرسش نامه‌های

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک پرستاران شرکت کننده در پژوهش برحسب ویژگی‌های فردی

متغیرهای مورد بررسی	فراوانی	درصد
سن بر حسب سال		
۲۰-۳۰	۳۱	۳۷/۸
۳۱-۴۰	۴۸	۵۸/۵
۴۱-۵۰	۳	۳/۷
جنسیت		
زن	۶۷	۸۱/۷
مرد	۱۵	۱۸/۳
تحصیلات		
کاردانی	۱	۱/۲
کارشناسی	۷۴	۹۰/۲
کارشناسی ارشد	۷	۸/۵
وضعیت تاهل		
متاهل	۵۹	۷۲
مجرد	۲۳	۲۸

معیار ۱/۱۶۸، کمترین مقدار ۱۰ و بیشترین مقدار ۲۸ (دامنه نمرات قابل اکتساب از پرسشنامه تبعیت ۳۰-۰) بود.

همچنین در این بررسی بین دانش و نگرش و تبعیت رابطه مثبت معنی داری وجود داشت. رابطه مستقیم، مثبت و معنی داری بین تحصیلات با دانش ($P < 0/05$)، تحصیلات با نگرش ($P < 0/05$)، جنسیت با تبعیت ($P < 0/05$) به دست آمد.

میانگین دانش پرستاران در زمینه مهار فیزیکی ۶/۶۵ با انحراف معیار ۱/۷۳۱، کمترین مقدار ۳ و بیشترین مقدار ۱۱ (دامنه نمرات قابل اکتساب از پرسشنامه دانش ۱۳-۰) بود. میانگین نگرش پرستاران در زمینه مهار فیزیکی ۲۶/۳۲ با انحراف معیار ۴/۹۳۶، کمترین مقدار ۱۴ و بیشترین مقدار ۴۳ (دامنه نمرات قابل اکتساب پرسشنامه نگرش ۵۲-۰) بود. میانگین تبعیت پرستاران در زمینه مهار فیزیکی ۲۰/۷۹ با انحراف

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک پرستاران شرکت کننده در پژوهش بر حسب متغیرهای شغلی

درصد	فراوانی	متغیرهای مورد بررسی	وضعیت استخدام
۱۵/۹	۱۳	طرحی	
۵۲/۴	۴۳	استخدام رسمی	
۳۰/۵	۲۵	استخدام قرار دادی/ پیمانی	
۱/۲	۱	قرار دادی/ ساعتی	
سابقه کل کار پرستاری بر حسب سال			
۶/۱	۵	کمتر از یک سال	
۱۸/۳	۱۵	۱-۵	
۴۶/۳	۳۸	۶-۱۰	
۲۲	۱۸	۱۱-۱۵	
۴/۹	۴	۱۶-۲۰	
۲/۴	۲	۲۱-۲۵	
سابقه کار پرستاری در بخش مراقبت های ویژه بر حسب سال			
۱۳/۴	۱۱	کمتر از یک سال	
۵۸/۵	۴۸	۱-۵	
۲۵/۶	۲۱	۶-۱۰	
۱/۲	۱	۱۱-۱۵	
۱/۲	۱	۱۶-۲۰	

جدول ۳: دانش، نگرش و تبعیت پرستاران شرکت کننده در پژوهش در مورد مهار فیزیکی بیماران در بخش های مراقبت ویژه

متغیرهای مورد بررسی	دامنه نمرات قابل اکتساب	تعداد	حداقل	حد اکثر	میانگین	انحراف معیار
دانش	۰-۱۳	۸۲	۳	۱۱	۶/۶۵	۱/۷۳۱
نگرش	۰-۵۲	۸۲	۱۴	۴۳	۲۶/۳۲	۴/۹۳۶
تبعیت	۰-۳۰	۸۲	۱۰	۲۸	۲۰/۷۹	۱/۱۶۸

استفاده می شود (۱۴). گرچه هدف اصلی استفاده از مهارکننده های فیزیکی تامین امنیت بیمار می باشد، تحقیقات نشان می دهند که استفاده از مهارکننده های فیزیکی می تواند به آسیب های روحی و روانی، صرف هزینه

بحث:

امروزه از مهارکننده های فیزیکی به صورت رایج در بخش های مراقبت ویژه، به منظور جلوگیری از خطر ایجاد اختلال در درمان توسط بیمار و نیز جهت حفظ ایمنی بیمار

انجام شد (۱۶) منطبق می‌باشد. آنان نیز تاکید داشتند که دانش پرستاران در زمینه مهار فیزیکی ناکافی می‌باشد. از طرفی این یافته با یافته‌های Karagozoglu و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر دانش دانشجویان پرستاری در مورد استفاده از مهار فیزیکی مغایرت دارد (۱۷). از آنجا که Karagozoglu و همکاران، مطالعه خود را در بین دانشجویان پرستاری در حین دوره کارآموزی در بخش مراقبت ویژه انجام دادند، به نظر می‌رسد که علت مغایرت یافته‌ها و بالا بودن دانش دانشجویان پرستاری به دلیل تازه بودن آموزش مباحث تدریسی در واحدهای تئوری و عملی می‌باشد.

در بررسی نگرش پرستاران در مورد استانداردهای مهار فیزیکی، میانگین نگرش پرستاران مورد مطالعه، ۲۶/۳۲ با انحراف معیار ۴/۹۴ با کمترین مقدار ۱۴ و بیشترین مقدار ۴۳ (دامنه نمرات قابل اکتساب ۵۲-۰) بود. از نکات قابل توجه بررسی نگرش پرستاران در این تحقیق این است که حدود ۸۶٪ پرستاران پاسخ دهنده با این عبارت "استفاده از مهار فیزیکی از افتادن بیمار جلوگیری می‌کند"، کاملا موافق و موافق بودند. این یافته با یافته‌های Suen و همکاران (۲۰۰۶) (۱۱) و Suen (۱۹۹۹) (۱۶) و Karagozoglu و همکاران (۲۰۱۳) در بخش مراقبت ویژه (۱۷)، در مورد استفاده پرستاران از مهار فیزیکی به منظور جلوگیری از سقوط منطبق می‌باشد. متأسفانه این نتیجه نشان دهنده این مهم است، علی‌رغم گذشت سال‌ها از انجام پژوهش‌های فوق، هنوز در بخش‌های ویژه که شرایط بیمار بحرانی است، به مهار فیزیکی به‌عنوان وسیله‌ای جهت جلوگیری از سقوط بیمار نگرسته می‌شود. با توجه به نسبت پرستار به بیمار که حداکثر ۲/۱۵ نفر پرستار به ازای هر بیمار در پژوهش حاضر بود، بالغ بر ۸۰٪ از پاسخ دهندگان با این عبارت که "با توجه به کمبود نیروی پرستار، جهت مانیتورینگ بیمار، ما مجبور به استفاده از مهار فیزیکی بیمار هستیم"، کاملا موافق و موافق بودند. ۶۷٪ شرکت کنندگان معتقدند که استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی در بیماران، به کاهش مدت‌زمان ارائه مراقبت پرستاری کمک می‌کند. نگرش نزدیک به ۶۰٪ از پاسخ دهندگان با این عبارت که "در صورت استفاده از مهار فیزیکی، بیمار می‌تواند وسایل درمانی متصل به خود را خارج نمایند"، مخالف و کاملا مخالف بودند. این یافته منطبق بر نتایج تحقیق Azab و Negm

بیشتر و افزایش آسیب‌های جدی منجر گردد (۴). در حال حاضر پرستاران تصمیم‌گیرندگان اصلی استفاده از مهار فیزیکی هستند. در صورتی که تصمیم‌گیری جهت استفاده از مهار فیزیکی بدون تفکر و ارزیابی دقیق باشد، زمینه خطا را فراهم می‌کند (۱۵). با توجه به این مهم که دانش و نگرش می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر تبعیت تاثیرگذار باشند (۱۱)، لازم است که برنامه‌ریزی مناسبی جهت کاهش استفاده از مهار فیزیکی و عوارض مربوط به آن، دانش، نگرش و تبعیت پرستاران در زمینه مهار فیزیکی بیماران و عوامل تاثیرگذار بر آن شناسایی شود.

در مطالعه حاضر، میانگین دانش پرستاران در زمینه مهار فیزیکی ۶/۶۵ با انحراف معیار ۱/۷۳۱ است. کمترین مقدار ۳ و بیشترین مقدار ۱۱ می‌باشد. (دامنه نمرات قابل اکتساب ۱۳-۰). در این بررسی، ۸۴/۱ درصد به سوال استفاده از مهار فیزیکی در بیماران، می‌تواند منجر به افزایش مرگ‌ومیر بیماران شود، پاسخ غلط داده‌اند. این یافته مهم که اکثریت پرستاران شرکت‌کننده، مهار فیزیکی را عاملی موثر در افزایش مرگ و میر بیماران نمی‌شناسند، منطبق با نتایج Azab و Negm (۲۰۱۳) (۱۲) و Farina و همکاران (۲۰۱۳) (۱۸) بود که نشان دهنده عدم شناخت عوارض مهار فیزیکی و دست کم گرفتن عوارض آن توسط پرستاران می‌باشد.

۷۶/۸ درصد از پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر اعتقاد داشتند که استفاده از مهار فیزیکی از افتادن بیمار قطعا پیشگیری می‌کند. ۹۱/۵ درصد از شرکت کنندگان، استفاده از مهار فیزیکی را روشی جهت جلوگیری از خارج‌سازی بدون برنامه‌ریزی لوله‌تراشه توسط بیمار می‌دانستند و نزدیک به ۵۰٪ پاسخ دهندگان با این عبارت که "بیمار تحت مهار فیزیکی می‌تواند وسایل درمانی متصل به خود را خارج نمایند"، مخالف بودند. در حالی که در تحقیق انجام‌شده توسط Birkett و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده است، ۷۷٪ از بیمارانی که لوله تراشه خود را خارج کرده بودند، تحت مهار فیزیکی بوده‌اند (۱۹). بنابر نتایج مطالعه حاضر، سطح دانش پرستاران شرکت‌کننده، در زمینه مهار فیزیکی ناکافی می‌باشد. این یافته با نتایج مطالعه Suen و همکاران (۲۰۰۶) که در بخش‌های بازتوانی (۱۱) و Suen (۱۹۹۹) که در خانه‌های سالمندان

نیاز به تجویز پزشک، مطابقت دارد (۲۲). این یافته، نشان دهنده این مهم است که شروع و پایان استفاده از مهار فیزیکی با تشخیص بالینی پرستار و قضاوت وی انجام می‌شود. در این راستا باید به این نکته توجه نمود که با توجه به عوارض مهار فیزیکی و پیامدهای آن و تبعات قانونی، حرفه‌ای و اخلاقی، در مواردی که استفاده از مهار فیزیکی اشتباه باشد، استفاده از مهار فیزیکی بدون دستور پزشک، می‌تواند برای پرستاران مشکل ساز باشد.

در این بررسی ۳۵/۴ درصد از پاسخ دهندگان اظهار کردند که همیشه هنگام استفاده از مهارکننده‌ها، نوع مهار فیزیکی استفاده‌شده، دلیل انتخاب آن، زمان شروع به کار بردن آن، و مراقبت پرستاری موردنیاز را در گزارش پرستاری ثبت می‌کنم. در حالی که ۵۲٪ از پاسخ دهندگان در بررسی *Azab* و *Negm* (۲۰۱۳) اظهار داشته‌اند که هرگز، هنگام استفاده از مهارکننده‌ها، نوع مهار فیزیکی استفاده‌شده، دلیل انتخاب آن، زمان شروع به کار بردن آن، و مراقبت پرستاری موردنیاز را در گزارش پرستاری ثبت نمی‌کنند (۱۲). این یافته با یافته‌های مطالعه *Kandeel* در مصر (۲۴) و یافته‌های *Akansel* (۲۰۱۴) در ترکیه در مورد عدم مستندسازی استفاده از مهار فیزیکی توسط پرستاران هم جهت می‌باشد (۲۵).

در مجموع، در مقایسه نتایج بررسی پژوهش حاضر و پژوهش *Karagozoglu* و همکاران (۲۰۱۳)، نمرات اکتسابی تبعیت دانشجویان پرستاری ترکیه بسیار بالا بوده است. نتایج *Karagozoglu* و همکاران (۲۰۱۳) نه تنها در مقایسه با بررسی حاضر بلکه در مقایسه با نتایج تحقیق *Janelli* و همکاران (۲۰۰۶) (۲۶)، و *Suen* (۲۰۰۶) (۱۱) نمرات اکتسابی تبعیت دانشجویان پرستاری از پرستاران بالاتر بوده است. شاید علت این مغایرت در نتایج، به دلیل مشابه نبودن جامعه پژوهش پرستاران و دانشجویان پرستاری و عوامل مرتبط با آن می‌باشد. *Karagozoglu* و همکاران (۲۰۱۳) با اشاره به تاثیر غیر مستقیم دانش و نگرش بر روی تبعیت، معتقد است که بالا بودن دانش و نگرش دانشجویان مورد بررسی درباره مهار فیزیکی، نقش مهمی در کسب این نمره داشته است (۱۷).

با توجه به نتایج حاصله از بررسی دانش، نگرش و

می‌باشد که، متأسفانه گاهی از مهار فیزیکی به عنوان جایگزین نیرو انسانی استفاده می‌شود (۱۲). پرستاران درباره استفاده از مهار فیزیکی، احساسات چندگانه یا متفاوتی داشتند. به عبارت دیگر، تصمیم‌گیری جهت استفاده از مهار فیزیکی، یک تصمیم‌گیری ساده نیست و گاهی پرسنل را در یک وضعیت بغرنج قرار می‌دهد. ۴۶٪ پاسخ دهندگان با این عبارت، "اگر من بیمار بودم، باید این حق را داشته باشم که در برابر استفاده از مهارکننده فیزیکی مقاومت نمایم یا آن را نپذیرم"، موافق یا کاملاً موافق بودند. نزدیک به ۷۰٪ شرکت کنندگان اذعان کردند که ناراحتی بیمار پس از این که تحت مهار فیزیکی قرار می‌گیرد، حس بدی در آنها ایجاد می‌کند. بالغ بر ۶۴٪ با این عبارت که "بیمار غیرکمایی هنگامی که تحت مهار فیزیکی قرار می‌گیرد به خاطر از دست دادن شان و منزلتش رنج می‌برد"، نظر موافق و کاملاً موافق داشتند. این موارد می‌تواند منعکس کننده دیسترس اخلاقی پرستاران در استفاده از مهار فیزیکی باشد که منطبق بر یافته‌های *Marangos* و همکاران منطبق می‌باشد (۲۰). در مجموع، نتایج مطالعه حاضر در مورد نگرش پرستاران به استفاده از مهار فیزیکی، با نتایج مطالعه *Suen* و همکاران (۲۰۰۶)، منطبق می‌باشد. آنان نیز نگرش منفی پرستاران را نسبت به عدم استفاده از مهار فیزیکی دریافتند (۱۱). یعنی این که پرستاران بیشتر تمایل داشتند تا از مهار فیزیکی استفاده نمایند.

در بررسی تبعیت پرستاران در زمینه مهار فیزیکی، میانگین تبعیت پرستاران مورد بررسی ۲۰/۷۹ با انحراف معیار ۱/۱۶۸ است. کمترین مقدار ۱۰ و بیشترین مقدار ۲۸ می‌باشد. (دامنه نمرات قابل اکتساب ۰-۳۰). در بررسی تبعیت فقط ۷/۳ شرکت کنندگان اذعان کرده‌اند که فقط با دستور پزشک بیمار را مهار می‌کنند. در بررسی *Azab* و *Negm* (۲۰۱۳)، از میان پرستاران شرکت کننده، ۱۸٪ اذعان کرده‌اند که فقط با دستور پزشک بیمار را مهار می‌کنند (۱۲). در بررسی *Karagozoglu* و همکاران (۲۰۱۳)، ۹۸/۴، از پاسخ دهندگان اذعان کرده‌اند که بدون دستور پزشک، بیماران را تحت مهار فیزیکی قرار می‌دهند (۱۷). این یافته با یافته‌های *San Turgay* و همکاران (۲۰۰۹) (۲۱)، *Martín* و همکاران (۲۰۱۱)، در زمینه اعتقاد پرستاران به استفاده از مهار فیزیکی بدون

نشده است و ممکن است شامل هر نوع آموزش در این زمینه باشد. لذا بررسی بیشتر در مورد محتوای دوره‌های آموزشی مهار فیزیکی پرستاران لازم است.

ه = بین دانش، نگرش و تبعیت ارتباط مثبت معنی دار آماری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش دانش، نگرش مثبت تر و تبعیت بهتر می‌شود. این یافته، مشابه نتایج *Karagozoglu* و همکاران (۲۰۱۳) (۱۷)، *Azab* و *Negm* (۲۰۱۳) (۱۲) می‌باشد. اما *Suen* و همکاران (۲۰۰۶) دریافتند که دانش از طریق تاثیر مستقیمی که بر نگرش دارد، به صورت غیرمستقیم منجر به بهبود تبعیت می‌شود (۱۱). یعنی رابطه دانش با نگرش مستقیم، مثبت، معنی دار و با تبعیت غیرمستقیم، مثبت و معنی دار می‌باشد. اما به نظر می‌رسد مهمترین نتیجه‌گیری این بررسی‌ها این است که، دانش چه مستقیم و چه غیر مستقیم منجر به بهبود نگرش و تبعیت شود، نقش دانش در بهتر شدن نگرش و بهبود تبعیت غیر قابل انکار است. از این رو پیشنهاد می‌گردد در مباحث درسی دانشگاهی و اعتباربخشی بیمارستانی به آموزش مهار فیزیکی در رده‌های مختلف کادر درمانی، توجه بیشتری شود.

نتیجه نهایی:

وضعیت دانش، نگرش و تبعیت پرستاران در زمینه مهار فیزیکی مطلوب نیست. با توجه به ارتباط مثبت معنی دار بین دانش، نگرش و تبعیت، که افزایش دانش منجر به بهتر شدن نگرش و تبعیت می‌شود، این یافته می‌تواند، تأکیدی بر لزوم برگزاری دوره‌های باز آموزی ضمن خدمت پرستاری، در مبحث مهار فیزیکی باشد.

محدودیت پژوهش: در پژوهش حاضر، در بررسی تبعیت، از پرسشنامه خود-اظهاری تبعیت استفاده شد. ممکن است پاسخ دهندگان بنا به دلایل مختلف، عباراتی از گزینه‌های پرسشنامه تبعیت را انتخاب نموده باشند که احتمالاً درست به نظر می‌رسد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی به جای پرسشنامه خود-اظهاری، از چک لیست جهت بررسی تبعیت استفاده شود.

سپاسگزاری:

این طرح در غالب پایان نامه دانشجویی، با شماره طرح ۹۳۰۶۱۸۲۸۶۱، مصوب معاونت تحقیقات و فن اوری دانشگاه علوم پزشکی انجام شده است. در اینجا لازم است

تبعیت پرستاران در زمینه مهار فیزیکی، در ارتباط سنجی عوامل مربوط به پرستار با دانش، نگرش و تبعیت پرستاران، به نتایج زیر دست یافتیم:

الف: دانش و نگرش با جنسیت ارتباط ندارد ($P > 0/05$)، ولی تبعیت با جنسیت مرتبط است ($P < 0/05$)، به نحوی که نمرات تبعیت در زنان بیش تر از مردان است. این یافته در مورد دانش و نگرش منطبق بر یافته *Azab* و *Negm* (۲۰۱۳) (۱۲) و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد (۲۷)، ولی در زمینه تبعیت، *Azab* و *Negm* (۲۰۱۳) ارتباطی بین این متغیرها نیافتند.

ب: بین دانش، نگرش و تحصیلات ارتباط مثبت معنی دار آماری موجود است ($P < 0/05$)، ولی تبعیت با تحصیلات ارتباطی ندارد ($P > 0/05$). *Azab* و *Negm* (۲۰۱۳) در نتایج حاصل از بررسی خود، اذعان کرده بودند که مدرک تحصیلی بر دانش، نگرش و تبعیت تاثیر ندارد (۱۲)، در صورتی که در پژوهش حاضر، ارتباط مثبت و معنی داری بین دانش و تحصیلات و نگرش و تحصیلات یافت شد. یعنی با افزایش دانش، نگرش نسبت به مهار فیزیکی مثبت تر می‌شود. در مورد این مساله که چه چیزی باعث می‌شود، پرستاری که تحصیلات بیشتری (کارشناسی ارشد) دارد، دانش و نگرش بهتری نسبت به مهار فیزیکی داشته اما در تبعیت تفاوتی با دیگر پرستاران (پرستاران دارای مدرک کارشناسی) نداشته باشد، به نوبه خود، جای بحث و بررسی بیشتری دارد.

ج: بین متغیرهای دانش، نگرش و تبعیت در زمینه استفاده از مهار فیزیکی با متغیر وضعیت استخدامی ارتباطی وجود نداشت ($P > 0/05$). به عبارت دیگر صرف نظر از نوع استخدامی، دانش پرستاران ناکافی و نگرش منفی و تبعیت افراد ضعیف به نظر می‌رسید.

د: براساس نتایج پژوهش حاضر، بین دانش و نگرش با طی دوره آموزشی مهار فیزیکی ارتباطی به دست نیامد ($P > 0/05$)، ولی تبعیت با طی دوره آموزش مهار فیزیکی ارتباط معنی داری دارد ($P < 0/05$)، و افراد با سابقه شرکت در دوره آموزشی، نمرات تبعیت بهتری را کسب نمودند. این یافته نیز در مورد تبعیت با یافته‌های *Azab* و *Negm* (۲۰۱۳) مطابقت ندارد. آنان گزارش کردند که دانش، نگرش و تبعیت با دانش قبلی درباره مهار فیزیکی ارتباطی ندارد. (۱۲) با توجه به اینکه منظور از دانش قبلی درباره مهار فیزیکی در مطالعه آنان به خوبی مشخص

همدان، مدیریت دفتر پرستاری و همکاران محترم بخش‌های مراقبت ویژه که در اجرای پژوهش نهایت همکاری را نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Morton PG, Fontaine DK. *Essentials of Critical Care Nursing: a Holistic Approach*: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
2. Chulay M BS. *AACN Essentials of Critical Care Nursing*: McGraw-Hill, Medical PubDivision; 2010.
3. *Commission Standards on Restraint and Seclusion 2009*. Available at: <https://www.crisisprevention.com> [2014].
4. Zencirci AD. *Use of physical restraints in neurosurgery: guide for a good adherence*: INTECH Open Access Publisher; 2012.
5. Li X. and Fawcett TN. *Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care unit*. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014; 1(4 december):446-450.
6. Capezuti EA, Mezey M., editors. *Physical Restraints and Side Rails in Acute Care Setting*. In: editors. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Adherence*: Springer Publishing Company; 2007. 229-245 p.
7. Taylor CR LC, LeMone P, Lynn P. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. 7 th ed ed. USA: Ca: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
8. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. *Fundamentals of nursing*: Elsevier Health Sciences; 2013.
9. Martín IV PS, Quintián GM, Velasco ST, Merino MM, Simón GM, et al. [Mechanical restraint: its use in intensive cares]. *Enfermería intensiva/Sociedad Espanola de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*. 2011;23(4):164-170.
10. De Jonghe B, Constantin J-M, Chanques G, Capdevila X, Lefrant J-Y, Outin H, et al. *Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French adherence*. *Intensive Care Medicine*. 2013; 39(1):31-37.
11. Suen LK, Lai C, Wong T, Chow S, Kong S, Ho J, et al. *Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors*. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;55(1):20-28.

که از کلیه همکاران محترم در رده‌های مختلف بیمارستان‌های آموزشی مورد بررسی تشکر و قدردانی نمایم. ضمناً از مدیریت درمان تامین اجتماعی استان

12. Azab SM, Negm LA. *Use of Physical Restraint in Intensive Care Units (ICUs) at Ain Shams University Hospitals, Cairo*. *Journal of American Science*. 2013;9(4).
13. Choi K, Kim J. *Effects of an educational program for the reduction of physical restraint use by caregivers in geriatric hospitals*. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2009; 39(6):769-780.
14. Huang H-T, Chuang Y-H, Chiang K-F. *Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and adherences: the effectiveness of an in-service education program*. *Journal of Nursing Research*. 2009;17(4):241-248.
15. Li X, Fawcett TN. *Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units*. *International Journal of Nursing Sciences*. 2014; 1(4):446-450.
16. Suen K-pL. *Knowledge, attitude and adherence of nursing home staff towards physical restraints in Hong Kong nursing homes*. *Asian Journal of Nursing Studies*. 1999;5(2):73-86.
17. Karagozoglou S, Ozden D, Yildiz FT. *Knowledge, attitudes, and adherences of Turkish intern nurses regarding physical restraints*. *Clinical Nurse Specialist*. 2013;27(5):262-271.
18. Fariña-López E, Estévez-Guerra G, Núñez GE, Pérez HDG, Gandoy CM. [Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and adherence among nursing staff]. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2012;48(5):209-215.
19. Birkett KM, Southerland KA, Leslie GD. *Reporting unplanned extubation*. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2005; 21(2):65-75.
20. Marangos-Frost S, Wells D. *Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma*. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):362-369.
21. San Türgay A, Sari D, Genc RE. *Physical restraint use in Turkish intensive care units*. *Clinical Nurse Specialist*. 2009;23(2):68-72.
22. Martín IV, Pontón SC, Quintián GM, Velasco ST, Merino MM, Simón GM, et al. *Mechanical restraint: its use in intensive cares*. *Enfermería intensiva/Sociedad Espanola de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*. 2011;23(4):164-170.

23. Langley G, Schmollgruber S, Egan A. Restraints in intensive care units-a mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011; 27(2):67-75.

24. Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints adherence in adult intensive care units in Egypt. *Nursing & Health Sciences*. 2013;15(1):79-85.

25. Akansel N. Physical restraint adherences among ICU nurses in one university hospital in Weastern Turkey. 2014.

26. Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical restraint use: a nursing perspective. *Medsurg Nursing*. 2006;15(3):163.

27. Hamers JP, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(2): 248-255.

Original Article

Assessment of intensive care unit nurses' knowledge, attitude, and practice of physical restraint use

S. Z. Saeidi¹; M. Khatiban^{2*}; A. Khazaei³; A. R. Soltanian⁴; F. Rahimi Bashar⁵

1-M.S. in Critical Care Nursing, Nursing and Midwifery School, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2-Associate Professor, Mother & Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3-M.S. in Critical Care Nursing, Nursing and Midwifery School, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4-Associate Professor, Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

5-Assisstant Professor, Medical School, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 1.9.2015

Accepted: 14.11.2015

Abstract

Background: The use of physical restraints is a major challenge in all healthcare systems throughout the world. The present study aimed to investigate the knowledge, attitude, and performance of intensive care unit nurses toward the use of physical restraints and to determine the factors affecting the mentioned variables.

Methods: In this descriptive-analytical research, the study population included nurses working in intensive care units of teaching hospitals in Hamadan, Iran. Questionnaires containing demographic characteristics and knowledge, attitude, and self-report practice of physical restraint usage were developed to collect data. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data in SPSS/16.

Result: Most nurses were female (81.7%), aged 31-40 years (58.5%), and held a Bachelor's degree in nursing (90.0%). Moreover, 87.8% of the participants had an experience of physical restraint use and facing its complications. The nurses' mean scores of knowledge, attitude, and practice were 6.65 ± 1.73 (out of 13), 26.32 ± 4.94 (out of 52), and 20.79 ± 4.17 (out of 30). Knowledge and attitude were significantly related with education and practice. Furthermore, significant positive relationships were observed between of gender and practice and also practice and attending an educational course.

Conclusion: Nurses did not show acceptable levels of knowledge, attitude, and practice of physical restraint use. Therefore, nurse education programs need to pay more attention to the significant issue of physical restraint usage.

Keywords: Intensive Care Units / Knowledge / Nurses / Restraint, Physical

*Corresponding Author: M. Khatiban; Associate Professor, Mother & Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: mahnaz.khatiban@gmail.com