

Research Paper

The Process of Involving the Family in the Care of Hospitalized Older Adult Patients: A Grounded Theory Study

Maryam Ahmadi^{1,2} , *Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi² , Mohammadali Hosseini³ , Masoud Fallahi-Khoshknab³

1. Student Research Committee, Faculty of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Nursing, Iranian Research Center on Aging, Faculty of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Nursing, Faculty of Behavioral Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation Ahmadi M, Mohammadi-Shahboulaghi F, Hosseini M, Fallahi-Khoshknab M. [The Process of Involving the Family in the Care of Hospitalized Older Adult Patients: A Grounded Theory Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 20(4):558-577. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3888.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3888.2>

ABSTRACT

Objectives Family participation in care is essential for hospitalized elderly patients. For planning and evaluating interventions that involve family members in care, a deep understanding of the process and related factors is necessary. This study aimed to explore the process and investigate the factors affecting family participation in the care of hospitalized elderly patients in Iran.

Methods & Materials This is a qualitative study using the grounded theory approach. Participants were 22 Iranian people (13 nurses, 5 family members, 4 hospitalized elderly patients) selected from three public hospitals in Kermanshah and Tehran cities during 2023-2024, using a purposive sampling method. They underwent in-depth, semi-structured interviews that continued until theoretical saturation was reached. The data were analyzed using Strauss and Corbin's method.

Results The analysis yielded 11 themes and 44 sub-themes. Contextual factors included "unfavorable hospital conditions for family participation", "insufficient professional competence of nurses for involving families", "complexity of elderly patient care" and "family capacity for participation". The used strategies included "insufficient attraction of family members to participate in care", "relative empowerment of family members to participate in care", "unplanned handover of caregiving tasks to family members", "families' attempts to participate in care, "addressing the families' attempts to participate". The outcomes included "nurses' concern about the safety and quality of family care" and "families' suspension between helplessness and empowerment". By merging the obtained concepts, the main concept of "unstructured family participation in elderly patient care" was obtained.

Conclusion Family participation in the care of hospitalized elderly patients in Iran is affected by several contextual factors. The findings can help increase nurses' understanding of these factors and their outcomes, providing a basis for further research, designing interventions, and formulating hospital policies to promote family participation.

Keywords Family participation, Patient care, Aged, Grounded theory

Article Info:

Received: 04 Nov 2024

Accepted: 05 Jan 2025

Available Online: 01 Jan 2026

* Corresponding Author:

Farahnaz Mohammadi- Shahboulaghi, Professor

Address: Department of Nursing, Faculty of Behavioral Sciences, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 22180036

E-mail: f.mohammadi@uswr.ac.ir

Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Family participation in planning and providing care has been introduced as an essential component of quality care. It means that family members should be given an opportunity to participate in plans, programs, and decisions related to their patient's care and to support them physically and psychologically. Family participation in patient care has positive outcomes, especially for hospitalized elderly patients. The present study aims to explore the factors affecting family participation in the care of hospitalized elderly patients in Iran based on the nurses' perspective, to understand the elements and concepts of the family participation process and provide a comprehensive model for family participation in the care of older patients.

Methods & Materials

This is a qualitative study conducted in 2023-2024 using the grounded theory approach. The study population consisted of nurses working in various inpatient departments (excluding ICU and emergency departments) at Imam Reza Hospital in Kermanshah, as well as Shohada-e-Tajrish and Taleghani hospitals in Tehran. In addition, family members of hospitalized elderly patients as well as hospitalized elderly patients participated in this study. They were selected using a purposive sampling method and continued until data saturation was reached through semi-structured interviews with the participants. Each interview took about 50-90 minutes for each participant, conducted in one or two sessions according to the conditions. The interview began with general questions and continued with more specific questions based on the answers to achieve the main goal of the research. Strauss and Corbin's method was used to analyze the data in MAXQDA software, version 2020. Four criteria including credibility, dependability, confirmability, and transferability were used to determine the trustworthiness of the data.

Results

In this study, 22 participants (13 nurses, 5 family members, 4 hospitalized elderly patients) were interviewed. The contextual factors included unfavorable hospital conditions for family participation (lack of a written rule for family participation, dominance of medical paternalism in the hospital, inadequate hospital facilities for family presence, nurses' high workload, lack of teamwork governance in family participation), insufficient professional competence of nurses for involving families (insufficient

knowledge of family participation, low skills for engaging families, unprofessional behavior, weak attitude towards family participation), complexity of elderly patient care (extensive care needs of elderly patients, inadequate conditions for elderly care), and family capacity for participation (family members' care knowledge, health status, social/economic status, personality traits, communication with the patient, and beliefs), which were presented as facilitators or barriers to family participation in elderly patient care.

The strategies for family participation in care included: Insufficient attraction of family members to participate in care (unfavorable welcoming to family members, lack of ability to persuade family members to accept caregiving role, insufficient family member support), relative empowerment of family members for participation in care (poor assessment of family members' educational needs, ineffective family member education, poor assessment of family member's caregiving abilities), unplanned handover of caregiving tasks to family members (informal transfer of caregiving tasks to family members, unnegotiated transfer of caregiving tasks to family members), families' attempts to participate in care (arguing with nurse over caregiving, seeking and receiving support from various sources, avoiding tension with nurse), addressing the families' attempts to participate in care (providing support sources for family members, struggling with family members' violence, managing tension with family members).

Finally, family participation in care had following outcomes: Nurses' concerns about the safety and quality of family care (risking the professional identity, breaching the elderly patient's confidentiality, breaching the elderly patient's autonomy, harming the elderly patient's health, legal and administrative consequences of unsafe family care, increasing patient safety, improving the elderly patient's health status, improving nurses' care quality), and families' suspension between helplessness and empowerment (physical burden of participation on family members, psychological burden of participation on family members, social burden of participation on family members, relative empowerment in care, relative readiness for the proper transfer of care).

Conclusion

This study presented a conceptual framework for family participation in elderly patient care by identifying the effective factors and outcomes, which can provide a basis for further research and the design of intervention programs. In addition, the findings can help healthcare professionals in Iran to understand the roles, rights, and

responsibilities of families and strengthen their communication and cooperation with them. It can also help develop hospital policies for family involvement or modify local policies or organizational practices that limit families' participation in elderly patient care and elderly care planning.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#), Tehran, Iran (Code: IR.USWR.REC.1402.022).

Funding

This article was extracted from the dissertation of Maryam Ahmadi, funded by the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization: Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi, Mohammadali Hosseini, and Maryam Ahmadi; methodology, writing draft, and data analysis: All authors; editing & review: Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi and Mohammadali Hosseini.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the participants for their cooperation in this study, as well as the Deputy for [Research of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) for their support.



مقاله پژوهشی

فرایند مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیمار سالمند بستری: یک مطالعه نظریه زمینه‌ای

مریم احمدی^{۱*}، فرحناز محمدی شاهبلاغی^۲، محمدعلی حسینی^۳، مسعود فلاحی خشک‌ناب^۴

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. گروه پرستاری، دانشکده علوم رفتاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.



Citation Ahmadi M, Mohammadi-Shahboulaghi F, Hosseini M, Fallahi-Khoshknab M. [The Process of Involving the Family in the Care of Hospitalized Older Adult Patients: A Grounded Theory Study (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2026; 20(4):558-577. <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3888.2>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/sija.2025.3888.2>

چکیده

اهداف: مشارکت خانواده در مراقبت به‌ویژه در مورد بیماران سالمند بستری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی طرح‌هایی که مشارکت خانواده در مراقبت را افزایش می‌دهد، نیاز به درک عمیق فرایند آن است. لذا مطالعه حاضر با هدف کشف فرایند مشارکت دادن خانواده در مراقبت از سالمند بستری انجام شده است.

مواد و روش‌ها: براساس مطالعه کیفی نظریه زمینه‌ای، تجارب ۲۲ نفر از افراد درگیر در مشارکت (۱۳ پرستار، ۵ نفر از اعضای خانواده، ۴ بیمار سالمند بستری) از سه بیمارستان دولتی در شهرهای کرمانشاه و تهران بین سال‌های ۲۰۲۳ تا ۲۰۲۴، از طریق مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به‌صورت نظری تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. داده‌ها براساس رویکرد استراوس و کوربین ۲۰۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده به پیدایش ۱۱ طبقه و ۴۴ زیرطبقه منجر شد. عوامل زمینه‌ای در این فرایند «بستر بیمارستانی نامساعد مشارکت خانواده»، «صلاحیت حرفه‌ای ناکافی پرستاران برای مشارکت»، «پیچیدگی مراقبت از بیمار سالمند و ظرفیت خانواده برای مشارکت» می‌باشند. مشارکت‌کنندگان در این فرایند از راهبردهای «جلب ناکافی خانواده برای مشارکت در مراقبت»، «توانمندسازی نسبی خانواده برای مشارکت در مراقبت»، «واگذاری برنامه‌ریزی‌نشده امور مراقبتی به خانواده»، «تلاش خانواده برای شراکت در مراقبت» و «مواجهه با تلاش خانواده برای مشارکت» استفاده می‌نمایند که پیامدهای «نگرانی پرستاران از ایمنی و کیفیت مراقبت خانواده» و «تعلیق خانواده بین درماندگی و توانمندی» را به دنبال دارد. از یکپارچه‌سازی و ادغام مفاهیم به‌دست‌آمده مفهوم مرکزی «مشارکت غیرساختاریافته خانواده در مراقبت» به دست آمد که سایر طبقات را می‌توان با آن توضیح داد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر با افزایش درک پرستاران از عوامل زمینه‌ای مؤثر، انواع کنش‌ها و واکنش‌های پرستاران در زمینه مشارکت دادن خانواده و پیامدهای متعاقب آن، زمینه را برای انجام تحقیقات بیشتر، طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و تدوین سیاست‌های بیمارستانی در این مورد فراهم نموده تا موجب ارتقای همکاری با خانواده‌ها گردد.

کلیدواژه‌ها: مشارکت، خانواده، مراقبت از بیمار، بیمار سالمند، نظریه زمینه‌ای

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴ آبان ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۶ دی ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:

دکتر فرحناز محمدی شاهبلاغی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، دانشکده علوم رفتاری، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه پرستاری.

تلفن: +۹۸ (۲۱) ۲۲۱۸۰۰۳۶

پست الکترونیکی: f.mohammadi@uswr.ac.ir



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

می‌باشد؛ چراکه اجرای آن همواره با موانعی روبه‌رو است [۱۹-۲۱]. به‌عنوان مثال دهقان نیری و همکاران اشاره کردند که یکی از این موانع، مشخص نبودن حدود نقش‌ها و وظایف مراقبتی خانواده می‌باشد [۱۵]. در مطالعه گیلبار^۶ و همکاران نگرش، دیدگاه و تجارب منفی پرستاران نسبت به مشارکت خانواده به‌عنوان موانع مشارکت خانواده در مراقبت ذکر شده است [۲۳]. این درحالی است که عدم مشارکت اعضای خانواده در برنامه‌های مراقبتی می‌تواند به نتایج نامطلوب مداخلات منجر شود و بیماران و اعضای خانواده را با چالش‌های زیادی مانند افزایش استرس، عدم ارتباط و نارضایتی از خدمات ارائه‌شده مواجه کند [۲۴].

علی‌رغم اهمیت شناسایی فرایند مشارکت خانواده در مراقبت، مطالعاتی اندکی در این خصوص انجام شده است [۲۵-۳۱] که این مطالعات نیز خود با محدودیت‌هایی همراه بوده‌اند. بیشتر این مطالعات بر جمعیت عمومی بیماران تمرکز داشته و به سالمندان و ویژگی‌های آن‌ها در بیماران بستری توجه نشده است [۱۰، ۲۵، ۲۷، ۲۹-۳۲]. این درحالی است که بیماران سالمند نسبت به جوانان در معرض بیشتری از عوارض بیمارستانی، وابستگی عملکردی، اختلال عملکرد شناختی و ناهنجاری‌های خلقی بوده و نیاز است در طول فرآیند بستری شدن در بیمارستان به‌خوبی حمایت شوند [۱۳، ۳۳] که همین امر نیز مشارکت خانواده در مراقبت از آن‌ها را ضروری نموده است [۱۳، ۳۴].

ازسوی دیگر اگرچه این مطالعات، اطلاعات ارزشمندی در این زمینه ارائه داشته‌اند اما بیشتر به روش کمی انجام شده‌اند [۱۰، ۲۵، ۲۶، ۲۹-۳۱]. این در شرایطی است که باتوجه به چند بعدی و پیچیده بودن مفهوم مشارکت خانواده [۱۲]، تحقیقات اکتشافی با رویکرد کیفی برای درک نحوه اجرای مشارکت خانواده براساس باورها، نگرش‌ها و ادراکات افراد درگیر در مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند بستری یک ضرورت محسوب می‌شود [۳۵]. جست‌وجوی اولیه در شواهد موجود نیز نشان داد در مطالعات، کمتر به ترجیحات خانواده برای مشارکت در مراقبت از سالمندان بستری [۳۶] و نیز استراتژی‌هایی که پرستاران برای ارتقای مشارکت خانواده در مراقبت از بیماران سالخورده در بیمارستان استفاده می‌کنند، پرداخته شده است [۳۷].

ازسویی، طبیعت مشارکت خانواده در مراقبت وابسته به عوامل مختلف «فرهنگی، نگرشی و اجتماعی، مذهبی، آموزشی و قانونی است» و می‌تواند در زمینه‌های مختلف متفاوت باشد [۳۸]. در فرهنگ ایرانی، انتظار می‌رود خانواده از عضو بیمار خود مراقبت و حمایت کند و زمانی که یکی از اعضای سالمند خانواده در بیمارستان بستری می‌شود این انتظارات شدت می‌گیرند [۱۵]. خانواده‌ها نیز شخصاً برای حضور در کنار بیمار در بیمارستان مشتاق هستند تا از مراقبت بهینه و ایجاد تجربه خوب برای بیمار اطمینان حاصل نمایند [۱۴].

در سال‌های اخیر تغییر پارادایم قابل‌توجهی در مراقبت‌های بهداشتی در رابطه با نقش اعضای خانواده در مراقبت از بستگان بستری در بیمارستان رخ داده است [۱، ۲]، به‌طوری‌که رویکرد مراقبت از رویکرد بیماری‌محور^۱ به رویکرد خانواده‌محور (FCC)^۲ تغییر کرده است [۳، ۴]. FCC به‌عنوان رویکردی نوآورانه برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های سلامتی بر همکاری‌های سودمند دو طرفه خانواده با مراقبین سلامتی بنا نهاده شده است [۵] و یک تغییر پارادایم در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است که تلاش می‌کند نگرش پرستاران را از نگاه کردن به خانواده‌ها به‌عنوان «بازدیدکنندگان» به «شرکای»^۳ مراقبت‌های بهداشتی تغییر دهد [۶]. مشارکت خانواده^۴ به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کلیدی مراقبت خانواده‌محور [۷]، یک فرآیند پیچیده و تعاملی است که شامل حضور، برقراری ارتباط و ارائه اطلاعات، مشارکت در تصمیم‌گیری مشترک و امکان مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار می‌باشد [۸، ۹]. مشارکت خانواده در برنامه‌ریزی و ارائه مراقبت به‌عنوان یک جزء اساسی از مراقبت باکیفیت تعریف شده است [۱۰، ۱۱]؛ به این معناست که به اعضای خانواده این فرصت داده می‌شود تا در طرح‌ها، برنامه‌ها و همچنین تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت از بیمار خود مشارکت نموده و او را از نظر فیزیکی و روانی حمایت کنند [۱۲].

مشارکت خانواده در مراقبت به‌ویژه در مورد بیماران سالمند بستری با پیامدهای مثبتی همراه بوده است [۱۳]. خانواده‌ها با حضور در بیمارستان و ارائه مراقبت، به حفظ روال‌های آشنا برای بیماران سالمند کمک کرده و انتقال آسان‌تر مراقبت از خانه به بیمارستان را تسهیل می‌نمایند [۱۴]. آنان با محافظت از بیمار، به مراقبت باکیفیت از بیمار و آزاد کردن زمان پرستاران برای فعالیت‌های مراقبتی مهم‌تر کمک نموده [۱۵] و خود نیز در دوران حضور در بیمارستان در معرض اطلاعات مفید قرار گرفته و مهارت‌های جدیدی را می‌آموزند که می‌توانند در خانه و حین مراقبت در منزل از آن‌ها استفاده نمایند [۱۶، ۱۷]. باین‌حال رویکرد بهینه در این زمینه هنوز نامشخص بوده [۱۸] و چگونگی اجرای درست و مدیریت این فرآیند توسط پرستاران در متون علمی مورد غفلت واقع شده و خلأ دانش در این مورد در ادبیات پژوهش کاملاً مشهود است [۱۹-۲۱].

علی‌رغم پیامدهای مثبت مشارکت خانواده [۱۶، ۱۷] و نیز درخواست سازمان‌های بین‌المللی بهداشت مانند سازمان بهداشت جهانی^۵ و نهادهای بین‌المللی برای افزایش مشارکت خانواده [۲۲]، نتایج مطالعات مختلف حاکی از ضعف اجرای آن در عمل

1. Disease-centered care
2. Family-centered care
3. Partners
4. Family participation
5. World Health Organization (WHO)

6. Gilbar

نمونه و مشارکت کنندگان مطالعه

این مطالعه کیفی در ایران انجام شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بستری بیمارستان به جز بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس (به دلیل ماهیت متفاوت این بخش‌ها از نظر موقعیت بخش و شرایط بیمار) بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه، بیمارستان شهدای تجریش و بیمارستان طالقانی تهران بودند. پرستاران مشارکت کننده دارای حداقل مدرک لیسانس و ۱ سال سابقه کار بالینی در زمینه مراقبت از بیمار سالمند را داشتند. در ادامه برحسب تحلیل داده‌ها از مشارکت کنندگان دیگر درگیر در این فرایند شامل اعضای خانواده بیمار سالمند بستری که حداقل ۱۸ سال سن و بیشترین مشارکت در ارائه مراقبت از عضو بیمار سالمند را در طول زمان بستری داشتند و نیز از بیمار سالمند بستری که حداقل ۶۰ سال سن داشته و حداقل مدت زمان بستری ۷۲ ساعت بود نیز مصاحبه به عمل آمد. در مطالعه حاضر روش نمونه‌گیری در ابتدا مبتنی بر هدف و به دنبال آن نمونه‌گیری نظری بود و تا رسیدن داده‌ها به اشباع (تکامل تمامی طبقات از نظر ویژگی‌ها و ابعاد) ادامه یافت.

روش جمع‌آوری داده

پژوهشگر با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته با مشارکت کنندگان و یادداشت در عرصه به جمع‌آوری اطلاعات پرداخت. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی، چهره‌به‌چهره و در زمان و مکان مناسب در بیمارستان که شرکت کنندگان احساس راحتی نمودند، انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی صورت گرفت. قبل از انجام مصاحبه، محقق با مشارکت کنندگان ارتباط مناسب برقرار نموده و سپس عنوان و هدف از انجام مطالعه برای مشارکت کنندگان شرح داد. رضایت آگاهانه و مکتوب به تأیید آن‌ها رسید. مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت کنندگان ضبط شد. در مجموع با هر مشارکت کننده حدود ۵۰ تا ۹۰ دقیقه مصاحبه انجام شد که این مدت با توجه به شرایط در یک یا دو جلسه انجام می‌گرفت. مصاحبه براساس راهنمای مصاحبه، پس از گرفتن اطلاعات جمعیت‌شناسی، ابتدا با سؤالات عمومی شروع شده و سؤالات اختصاصی‌تر براساس پاسخ‌های ارائه شده توسط مصاحبه‌شوندگان در جهت دستیابی به هدف اصلی تحقیق ادامه یافت. در طول مصاحبه هر زمان که مشارکت کننده احساس خستگی کرد و یا مایل بود که مصاحبه خاتمه یابد و یا قسمتی از مصاحبه ضبط نشود، پژوهشگر به نظر وی احترام گذاشته و مطابق با خواست مشارکت کننده عمل کرده است. به عنوان مثال نمونه سؤالاتی که در مصاحبه با پرستاران استفاده شد شامل

چگونه خانواده را در مراقبت از بیمار درگیر می‌کنید؟ نتیجه آن چیست؟

با وجود مشارکت رایج خانواده‌ها در مراقبت از بیماران سالمند بستری در ایران چه فیزیکی و چه غیرفیزیکی (مشارکت در بعد مراقبت فیزیکی شامل اجرای مراقبت‌های پایه مانند حمام کردن، تعویض لباس، غذا دادن و غیره و مشارکت در بعد مراقبت غیرفیزیکی شامل حضور در بالین، حمایت روانی، حمایت عاطفی، شناختی و معنوی از بیمار) [۱۵، ۳۹، ۴۰]، نقش‌ها، تجربیات و انتظارات افراد درگیر در این فرایند به اندازه کافی در این زمینه مطالعه نشده و مطالعات موجود در تبیین فرایند جاری و چگونگی مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند بستری یافته‌های را ارائه نمی‌کند [۱۵]. بنابراین شکاف دانش موجود، ضرورت انجام یک مطالعه استاندارد برای ایجاد یک چهارچوب علمی مبنا که در طرح‌ریزی مطالعات آتی در جهت مداخله و ارتقای نقش خانواده در مراقبت از بیمار سالمند بستری مؤثر باشد، مشهود است. لذا نظر به اهمیت مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیماران سالمند بستری و مشخص نبودن فرایند اجرای آن توسط پرستاران که تعاملی نزدیک و طولانی مدت با بیماران و خانواده‌های آن‌ها داشته و در موقعیت ایدئالی برای به رسمیت شناختن حقوق، مسئولیت‌ها و نیازهای خانواده‌ها در مشارکت دارند [۴۱]، مطالعه حاضر بر آن است تا با استفاده از روش‌شناسی نظریه زمینه‌ای به تبیین و شناخت عوامل مؤثر بر مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیماران سالمند بستری، درک و شناخت عناصر و مفاهیم فرایند مشارکت و ارتباط بین آن‌ها پرداخته و با توجه به شرایط موجود و سیستم سلامت در ایران و دیدگاه افراد درگیر، در پایان فرایند مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیماران سالمندان را ارائه نماید.

روش مطالعه

مکان و طرح مطالعه

پدیده مشارکت دادن خانواده در مراقبت یک رویداد متأثر از زمینه‌های خاص فرهنگی و اجتماعی و به شدت تحت تأثیر رفتارها، باورها و تجارب افراد بوده و تفسیر و تعریف پدیده توسط بیماران سالمند، اعضای خانواده و مراقبین سلامت در این زمینه معنا می‌یابد. بنابراین جهت کشف فرایند مشارکت دادن خانواده ضروری است تجربیات افراد درگیر در این فرایند به صورت عمیق و همه جانبه مورد بررسی قرار گیرد تا فرایند قابل تبیین گردد. بنابراین مطالعه کیفی حاضر در سال ۲۰۲۳-۲۰۲۴ با رویکرد تئوری زمینه‌ای انجام شد؛ چراکه در این رویکرد می‌توان ماهیت پدیده را در بستر طبیعی آن همراه با ساختار، فرایند و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن بررسی نمود [۴۲]. لذا به منظور ورود به دنیای درونی پرستاران با هدف کشف فرایند از روش تئوری زمینه‌ای استفاده شد [۴۳]. تئوری زمینه‌ای روش مناسبی برای شناسایی فرایندها در بستر اجتماعی‌شان و تجزیه و تحلیل و تفسیر عوامل و وضعیت‌های مرتبط با فرایندها می‌باشد [۴۴].

چه عاملی باعث می‌شود به خانواده بیشتر اجازه درگیر شدن در مراقبت را بدهید؟

چه عواملی باعث می‌شود کمتر تمایل به درگیر کردن خانواده در مراقبت داشته باشید؟

همچنین برای دستیابی به مضامین اصلی از سؤالات و عبارات پیگیری کننده مانند «می‌شود بیشتر توضیح دهید؟» یا «منظورتان را شفاف‌تر بیان نمایید» نیز استفاده شد. در مجموع تا رسیدن به اشباع، ۲۲ مصاحبه با مشارکت کنندگان انجام گرفت.

روش تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تجزیه و تحلیل اشتراوس و کوربین انجام شد [۴۵]. فرایند تحلیل داده‌ها به منظور رسیدن به نظریه زمینه‌ای از دیدگاه کوربین شامل کدگذاری باز به جهت تعیین مفاهیم، توسعه مفاهیم با توجه به ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها، تحلیل داده‌ها برای زمینه^۷، مرتبط ساختن فرایند با تحلیل داده‌ها^۸ و یکپارچه‌سازی طبقات^۹ می‌باشد [۴۶]. در روش اشتراوس و کوربین (۲۰۱۵) برای تحلیل کردن ملزم به قطعه کردن داده‌ها، مفهوم دادن به آن‌ها و توسعه این مفاهیم از نظر ویژگی‌ها و ابعاد آن‌ها به منظور تعیین چیزی هستیم که اجزا درباره کل به ما می‌گویند. البته این مراحل از هم جدا نبوده و به صورت چرخه‌ای و با تحلیل مقایسه‌ای مداوم انجام می‌شوند [۴۵].

راهبردهای تحلیل مانند فکر کردن درباره مفاهیم مختلف یک واژه، استفاده از فن الکلنگی^{۱۰}، برافراشتن پرچم قرمز^{۱۱}، توجه به عواطف اظهار شده، فکر کردن در تشبیهات و استعاره‌ها، جست‌وجوی موارد منفی و کمک ابزار پارادایم برحسب شرایط، کنش/کنش متقابل و پیامد نیز مورد استفاده قرار گرفتند [۴۷]. محقق در تمام فرایند جمع‌آوری و تحلیل، از یادآورنویسی^{۱۲} به عنوان تکنیک اصلی بهره گرفت. جهت مدیریت داده‌ها نیز از نرم‌افزار (MAXQDA) استفاده گردید.

در این پژوهش برای افزایش اعتبار داده‌ها^{۱۳} از روش‌هایی مختلفی همچون درگیری دائمی با موضوع پژوهش و مشارکت کنندگان، درگیر شدن طولانی مدت با داده‌ها^{۱۴}، استفاده از روش‌های چندگانه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده

شد. به منظور افزایش اعتبار داده‌ها از روش بازنگری ناظرین استفاده گردید. در این پژوهش درگیری طولانی مدت محقق با مشارکت کنندگان و موضوع پژوهشی و استفاده از روش‌هایی نظیر تحلیل مقایسه‌ای مداوم و بازبینی فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها توسط اعضای تیم تحقیق سبب افزایش ثبات^{۱۵} یافته‌های پژوهش گردید. برای ایجاد قابلیت تأییدپذیری^{۱۶}، تمامی مراحل تحقیق، اعم از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و شکل‌گیری درون‌مایه‌ها به طور کامل تشریح شد. برای افزایش قابلیت انتقال^{۱۷} داده‌ها، نمونه‌گیری با حدکثر واریانس انجام گرفت. در این راستا سعی گردید مشارکت کنندگان از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با یکدیگر متفاوت باشند.

این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است. مجوزهای مربوطه از روسای بیمارستان‌های مرتبط و نیز رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان برای حضور در مطالعه و ضبط صدای آن‌ها، اخذ شد. به مشارکت کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات، امکان خروج از مطالعه در هر زمان که بخواهند و همچنین حق دریافت نتایج در صورت درخواست آن‌ها توضیح داده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه با ۱۳ پرستار مشارکت کننده مصاحبه به عمل آمد (جدول شماره ۱). در ادامه جهت درک عمیق پدیده مورد نظر با ۴ بیمار سالمند بستری و ۵ نفر از اعضای خانواده آنان نیز مصاحبه شد. تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها به پیدایش ۱۱ طبقه و ۴۴ زیرطبقه منجر شد که در ادامه توضیح داده خواهد شد. طبقات و زیرطبقات همراه با نمونه نقل و قول‌های مشارکت کنندگان در **جدول شماره ۲، ۳ و ۴** ارائه شده است. با توجه به ماهیت مفاهیم تحلیل شده، یافته‌ها در سه گروه شامل مفاهیم زمینه‌ای (جدول شماره ۲)، راهبردهای مرتبط با مشارکت دادن خانواده (جدول شماره ۳) و پیامدهای آن (جدول شماره ۴) طبقه‌بندی شدند.

طبقات استخراج شده برای عوامل زمینه‌ای شامل بستر بیمارستانی نامساعد مشارکت خانواده، صلاحیت حرفه‌ای ناکافی پرستاران برای مشارکت، پیچیدگی مراقبت از بیمار سالمند و ظرفیت خانواده برای مشارکت بودند که این عوامل به عنوان تسهیل کننده‌ها یا موانع مشارکت خانواده در مراقبت مطرح شدند. **جدول شماره ۲** زیرطبقات مربوط به این طبقات را همراه با نمونه بیانات مشارکت کنندگان توضیح می‌دهد.

7. Analyzing Data for Context

8. Bringing Process in to the Analysis

9. Integrating Categories

10. Flip-flop thehnique

11. Waving the red flag

12. Memo writing

13. Credibility

14. Prolonged engagement

15. Dependability

16. Confirmability

17. Transferability

جدول ۱. مشخصات فردی پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه

شرکت‌کننده	بخش	سن	جنس	مدرک	سمت شغلی	وضعیت تاهل	سابقه کار در بیمارستان	بیمارستان
P۱	داخلی ۲	۳۸	زن	کارشناس پرستاری	پرستار بخش	متاهل	۱۵ سال	امام رضا (ع) کرمانشاه
P۲	داخلی ۱	۴۸	مرد	کارشناس پرستاری	پرستار بخش	متاهل	۲۳ سال	امام رضا (ع) کرمانشاه
P۳*	جراحی زنان	۲۶	زن	کارشناس پرستاری	پرستار بخش	مجرد	۳ سال	امام رضا (ع) کرمانشاه
P۴	جراحی مردان	۴۵	مرد	ارشد پرستاری	پرستار بخش / سوپروایزر بالینی	متاهل	۲۰ سال	امام رضا (ع) کرمانشاه
P۵	نرولوژی	۳۳	مرد	کارشناس پرستاری	پرستار بخش	مجرد	۱۲ سال	امام رضا (ع) کرمانشاه
P۶	انکولوژی	۳۲	زن	کارشناس پرستاری	پرستار بخش	متاهل	۷ سال	امام رضا (ع) کرمانشاه
P۷*	ارتوپدی	۵۰	زن	کارشناس پرستاری	پرستار بخش	متاهل	۲۲ سال	امام رضا (ع) کرمانشاه
P۸*	داخلی	۳۲	زن	ارشد پرستاری	پرستار بخش	متاهل	۷ سال	شهدای تجریش
P۱۰	نرولوژی	۳۰	مرد	کارشناس پرستاری	سر پرستار بخش	متاهل	۵ سال	شهدای تجریش
P۱۱	دفتر پرستاری	۴۲	زن	کارشناس پرستاری	سوپروایزر آموزشی	متاهل	۱۷ سال	شهدای تجریش
P۱۵	داخلی	۲۷	مرد	کارشناس پرستاری	پرستار بخش	متاهل	۳ سال	شهدای تجریش
P۲۴	جراحی	۳۴	زن	کارشناس ارشد پرستاری	پرستار بخش	متاهل	۵ سال	شهدای تجریش

سالمند.

*بامشارکت‌کننده دو بار مصاحبه انجام شده است



سالمند

تصویر ۱. فرایند مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیمار سالمند بستری در بیمارستان

جدول ۲. طبقات به‌دست‌آمده با نمونه‌ای از بیانات مشارکت‌کنندگان در عوامل زمینه‌ای

طبقات	زیر طبقات	نمونه نقل قول مشارکت‌کنندگان
بستر بیمارستانی نامساعد مشارکت خانواده	فقدان خط مشی مکتوب در زمینه مشارکت خانواده	«ما برای محول کردن مراقبت به خانواده‌ها هیچ راهنما یا دستورالعملی نداریم. پس از کجا بدونیم که خانواده چه نقشی رو میتونه در مراقبت داشته باشه و ما تا چه حد مجازیم که خانواده رو درگیر کنیم.»
	حاکمیت دیدگاه پترنالیستیم پزشکی در بیمارستان	«توی بیمارستان نظرات و تصمیمات خانواده برای درمان مریض اصلاً مورد توجه قرار نمیگیره چون پزشک تنها برای مریض تصمیم میگیره و اونم نظرات خانواده هیچ اهمیتی براش نداره.»
	تسهیلات نامناسب بیمارستان برای حضور خانواده	«ما توی بیمارستانمون کمترین امکانات رو برای حضور خانواده نداریم مثلاً یه تخت همراه نداریم که خانواده‌ها چند دقیقه بتونن روش دراز بکشن خستگیشون در بره یا یه غذای درست حسابی بهشون نمیدم که بتونن این چند روزی که اینجا هستن حداقل خوابشون بهم میریزه و خوراکشون خوب باشه.»
	بار کاری زیاد پرستار	«ببینید درگیر کردن خانواده باید همراه با دادن اطلاعات و آموزش و یکسری زمینه چینیا باشه وقتی من صد تا مسئولیت دارو دادن به بیمار رو و دارو گرفتن و پذیرش و ترخیص بیمار رو و کارای دیگه دارم دیگه وقت می‌کنم کنار خانواده‌ها و ایسم و بهشون اطلاعات بدم و تحویلشون بگیرم و ببینم مشکلاتشون چیه؟»
صلاحیت حرفه‌ای ناکافی پرستاران برای مشارکت خانواده	نبود حاکمیت کار تیمی در زمینه مشارکت خانواده	«من نمیفهمم چرا بیمارستان مسئولیت پاسخگویی به سؤالای همراهها و اطلاعات دادن و رابطه برقرار کردن با اونا رو فقط به ما پرستار داده. پزشک صبح میاد ویزیت زودی همه همراهها رو بیرون میندازه حتی جواب سلام شونو نمیده. بعد همه انتظار دارن ما خانواده رو تحویل بگیریم ما بهشون آموزش بدیم. ما باهاشون محترمانه صحبت کنیم و ...»
	دانش ناکافی پرستاران در زمینه مشارکت خانواده	«ما برای هر چیزی که مربوط به بیمار و مراقبت از اونا باشه توی دوران دانشجویی واحد گذروندیم ولی اصلاً تو زمان تحصیل نقش خانواده توی مراقبت و اینکه چطور باید باهاشون همکاری کرد برامون بولد نشده. همین باعث شده پرستار عملکرد مناسبی توی این زمینه نداشته باشند.»
	ضعف مهارت پرستاران در زمینه مشارکت	«مشارکت کردن با خانواده نیازمنده داشتن یه سری مهارت‌هاست مثلاً داشتن مهارت ارتباطی یا مثلاً داشتن مهارت حل تعارض با خانواده یا داشتن مهارت کنترل خشم که متأسفانه اکثراً ما پرستار این مهارت هارو نداریم.»
	رفتار غیر حرفه‌ای پرستار	«وقتی پرستاران از همان برخورد اولیه با خانواده‌ها به‌جای تحویل گرفتنشون، با عصبانیت باهاشون صحبت میکنن و حوصله سؤال پرسیدنشونو ندارن خب خانواده‌ها هم ترجیح میدن ازشون فاصله بگیرن و کاری براشون انجام ندن.»
پیچیدگی مراقبت از بیمار سالمند	ضعف در نگرش پرستار به مشارکت خانواده	«اصلاً دوست ندارم خانواده بیمار رو توی مراقبت از بیمار درگیر کنم. مراقبت از بیمار تخصص ماست، چرا باید خانواده‌ها توی این کار دخالت کنن. به نظر من خانواده‌ها حالا تو خونه چرا ولی جایگاهی توی مراقبت بیمارستانی ندارن.»
	گسترده‌ی نیازهای مراقبتی بیمار سالمند	«چیزی که باعث میشه مسئله درگیر کردن خانواده در مراقبت خیلی مهم و ضروری بشه همین وضعیت بیمار سالمند. مریضای سالمند وضعیتشون با مریضای دیگه فرق داره. اونا توی عملکرد خیلی از اعضااشون اختلال هست. مثلاً مشکل دارن تو غذا خوردن، تو راه رفتن، تو دارو خوردن. تازه اینا جنبه جسمیه روانشونم به دنبال پیر شدنشون مشکل پیدا کرده. خیلیاشون افسرده‌ان، ناامیدن، حساسن. خب از اون طرفم پرستار واقعا وقت کافی برای رسیدگی به همه مشکلات سالمندا رو ندارن. برای همین خانواده‌هاشونو درگیر می‌کنن.»
	بستر نامناسب مراقبت سالمندان	«توی بیمارستان واقعا شرایط برای مراقبت استاندارد از بیمار سالمند فراهم نیست. نه امکانات خوبی براشون داریم مثل تخت مناسب و نه نیروی متخصص سالمندی که کاملاً متوجه وضعیت و مشکلات بیمار سالمند باشه. خب توی این شرایط خانواده که خیلی خوب مریضش و مشکلاتشو میشناسه و میتونه با وجود این همه نارسایی سیستم، حواسش به مریضش باشه، باید حضور داشته باشه و به پرستار در امر مراقبت کمک کنه.»

طبقات	زیر طبقات	نمونه نقل قول مشارکت کنندگان
	دانش مراقبتی خانواده	«خیلی مهمه که اون فردی از خانواده بیمار سالمند که در بیمارستان کنارش میمونه خودش تا حدی آشنای با مراقبت باشه بدونه بیمارش چه چیزی رو برای بهتر شدن حالش نیاز داره و بدونه که چطور میتونه به مراقبت بهتر از مریضش کمک کنه. همچین خانواده هایی رو پرستار میتونن راحت تر مشارکت بدن چون میدونن که آگاهن و کارای خطرناک در مورد مریض انجام نمیدن.»
	وضعیت سلامت عضو خانواده	«قاعدتاً وضعیت سلامت خانواده بسیار در میزان و کیفیت مراقبتی که ارائه می کنه برای بیمار تأثیر گذاره. اون فردی که خودش از لحاظ جسمی مثلاً معلوله یا از لحاظ روانی، ثبات روحی - روانی نداره نمی تونیم انتظار داشته باشیم بتونه مریضش رو خوب ساپورت کنه.»
ظرفیت خانواده برای مشارکت در مراقبت	وضعیت اجتماعی/اقتصادی عضو خانواده	«واضحه که اون فردی که خودش همسر و بچه داره و نقش پدر و مادر رو ایفا می کنه نتونه نقش همراه رو تمام و کمال برای مریضش ایفا کنه. اون خانواده هایی هم که شاغلن به خاطر ترس از اخراج شدن یا از دست دادن کارشون نمی تونن تأیید زیادی رو برای بیمار سالمندشون بذارن. معمولاً اونایی که مجردن یا بیکارن بیشتر میتونن بیمارستان باشن و کارای مریضشونو انجام بدن.»
	ویژگی شخصیتی خانواده	« خانواده هایی که به ذات صبور ترن، آرام ترن، تیپ شخصیتی پویا و در عین حال انعطاف پذیری دارن، خیلی بهتر در انجام امور مراقبتی بیمار فعالیت می کنن و مراقب بهتری رو ارائه می کنن.»
	الگوی ارتباطی عضو خانواده با بیمار	« با هر همراهیم نمیشه کار کرد باید بدونیم رابطه اون همراه با بیمارش چطوره. بعضی همراهها انقد بد با بیمارشون برخورد میکنن که خود بیمار به ما میگه نذارین فلان همراهم کنارم بمونه. چون همش با هم در حال کشمش و تضادن و نمیتونن باهم کنار بیان.»
	باور های خانواده	«خیلی از خانواده ها به خاطر اعتقاداتشون که مراقبت از بیمار سالمند رو مخصوصاً آگه والدینشون باشه وظیفه و یا موهبت الهی میدونن، بیشتر در مراقبت از مریضشون همکاری میکنن و خیلی از کارای شخصی مریضشون رو انجام میدن.»

سالمند

کرد. «مشارکت دادن غیرساختارمند خانواده در مراقبت» به دنبال کشف فرایند مشارکت دادن خانواده در مراقبت ظاهر شد. مرور مصاحبه ها، کدها و یادآورهای نشان داد پرستاران در بیمارستان هایی مشغول به کار هستند که بستر مساعدی را برای مشارکت خانواده در مراقبت فراهم ننموده است. پرستاران نیز صلاحیت کافی در زمینه مشارکت دادن خانواده در مراقبت ندارند، چراکه چه در دوران دانشجویی و چه در زمان خدمت، آموزشی در این زمینه ندیده اند. در برخی از مواقع، نگرش منفی، مهارت ناکافی و درعین حال رفتارهای غیرحرفه ای پرستاران در برخورد و تعامل با خانواده ها باعث محدودیت در مشارکت خانواده ها در مراقبت شده است. این در شرایطی است که باتوجه به گستردگی نیازهای مراقبتی بیمار سالمند و همین بستر نامناسب جهت تأمین نیازهای مراقبتی بیمار سالمند بستری، درگیر کردن خانواده ها در مراقبت یک ضرورت محسوب می شود. ازسوی دیگر خود خانواده ها هم از ظرفیت متفاوتی برای مشارکت در مراقبت باتوجه به وضعیت سلامت، ویژگی شخصیتی و سطح دانش مراقبتی برخوردار هستند.

راهنمای زیر توسط پرستاران برای مشارکت خانواده در مراقبت استفاده شد: «جلب ناکافی خانواده برای مشارکت»، «توانمندسازی نسبی خانواده برای مشارکت»، «واگذاری برنامه ریزی نشده امور مراقبتی به عضو خانواده»، «تلاش خانواده برای شراکت در مراقبت»، «مواجهه با تلاش خانواده برای شراکت در مراقبت».

جدول شماره ۳: زیرطبقات مربوط به این طبقات را همراه با نمونه بیانات مشارکت کنندگان توضیح می دهد. پرستاران تحت تأثیر عوامل زمینه ای درجات و سطوح مختلفی از مشارکت دادن خانواده در مراقبت را انجام می دهند.

در نهایت مشارکت خانواده در مراقبت به نگرانی پرستاران از ایمنی و کیفیت مراقبت خانواده و تعلیق خانواده بین درماندگی و توانمندی منجر می شود. **جدول شماره ۴:** زیرطبقات مربوط به این طبقات را همراه با نمونه بیانات مشارکت کنندگان توضیح می دهد.

فرایند مشارکت خانواده در مراقبت از سالمند بستری در بیمارستان

تجزیه و تحلیل داده ها و استخراج طبقات به کشف فرایند مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار سالمند بستری کمک

جدول ۳. طبقات به دست آمده با نمونه‌ای از بیانات مشارکت کنندگان در راهبردها/عمل و عکس العمل

طبقات	زیر طبقات	نمونه نقل قول مشارکت کنندگان
جلب ناکافی خانواده برای مشارکت در مراقبت	خوشامدگویی نامطلوب از خانواده	«چطور می‌تونیم از خانواده بخوایم که تو کارای مراقبتی مریض با ما همکاری کنه. در شرایطی که توی اولین برخوردمون باهاشون معمولاً خیلی سرد باهاشون رفتار می‌کنیم. بدون اینکه اصلاً نگاهشون کنیم خیلی سریع از کنارشون رد میشیم و خیلی تحویلشون نمی‌گیریم.»
	عدم توجه خانواده برای پذیرش نقش مراقبتی	«خانواده برای اینکه بخواد با ما همکاری کنه باید اول توجه بشه که مراقبتش از بیمار ارزشمند و خیلی فواید می‌تونه داشته باشه ولی ما اصلاً براشون توضیح نمی‌دیم اونا هم فکر می‌کنن نیازی به کمکاشون نیست.»
	حمایت ناکافی از خانواده	«خانواده‌ها وقتی که میان بخش با مریضشون، کلی استرس دارن. نگرانن. هم به خاطر شرایط مریضشون هم به خاطر اینکه توی یه محیط ناشناخته و پر استرس بیمارستان قرار گرفتن. اول باید پرستار این اضطراب و استرسشون رو کم کنن تا کم اعتماد به نفسشون بالا بره و بتونن تو کارای مراقبتی بیمار درگیر بشن. ولی متأسفانه ما وقت کافی رو برای حمایت روحی روانی اونا نداریم. حتی نمی‌تونیم که اطلاعاتی که می‌خوان چه در مورد بیمار چه در مورد شرایط بخش بهشون بدیم.»
توانمند سازی نسبی خانواده برای مشارکت	ارزیابی سطحی نیازهای آموزشی خانواده	«خانواده‌ها وقتی میان به بخش طبیعیه که خیلی کارای مربوط به مراقبت از بیمار رو ندونن و نیاز داشته باشن که پرستار اونا رو بهشون آموزش بدن. باید آزمون پرسیده بشه که شما در زمینه انجام کارای شخصی بیمار یا مثلاً نحوه حمایت از بیمار آیا به آموزش نیاز دارید. چه چیزایی رو نمی‌دونید یا بلد نیستید و نیاز دارین که بهتون آموزش داده بشه. متأسفانه باتوجه به مشغله زیادمون وقت نداریم که کامل آزمون بخوایم که نیازهای آموزششون رو بهمون بگن.»
	آموزش غیر اثربخش به خانواده	«قاعدتاً با شرایط کاری سخت و نامساعد پرستار که حجم کاری و فشار کاری زیادی رو بهشون تحمیل می‌کنه دیگه وقتی برای آموزش خوب و مؤثر خانواده‌ها نمی‌مونه. اکثراً آموزشمون خیلی سطحی و گذرا اونه به شکل تیوریه. حتی اگه خانواده‌ها متوجه آموزش ما نشن وقتی برای تکرار مطالب آموزشی نداریم.»
	ارزشیابی محدود توانایی مراقبتی عضو خانواده	«ما حتی وقت نمی‌کنیم درست حسابی وقتی که به خانواده‌ها آموزش می‌دیم که مثلاً چطور از بیمارشون بعد از عمل مراقبت کنن، ببینیم درست این کارو انجام می‌دن یا نه؟ اصلاً یاد گرفتن؟ نیاز ندارن دوباره براشون توضیح بدیم؟»
واگذاری برنامه‌ریزی نشده امور مراقبتی به عضو خانواده	واگذاری غیررسمی امور مراقبتی به عضو خانواده	«چون ما توی بیمارستان هیچ دستورالعمل یا گاید لاینی در مورد نحوه درگیر کردن خانواده در مراقبت نداریم، اینکه چه کارای مراقبتی رو می‌تونیم بهشون محول کنیم یا چطور یا به چه میزانی می‌تونیم اونا رو درگیر در مراقبت کنیم، پرستار خیلی سلیقه‌ای تو این زمینه عمل می‌کنن. به‌طوری‌که نحوه مشارکت دادن خانواده‌ها در مراقبت، از پرستار به پرستار و از شیفت به شیفت متفاوت.»
	واگذاری بدون مذاکره امور مراقبتی به عضو خانواده	«وقتی بحث شراکت با خانواده‌ها در زمینه انجام کارای مراقبتی میشه قاعدتاً باید باهاشون صحبت کنیم. اینکه چه کارایی رو تمایل دارن انجام بدن، انتظارات ما و اونا از همدیگه چیه؟ باید مذاکره صورت بگیره و حدود نقش‌های مراقبتی‌شون رو طی توافق با خودشون مشخص کنیم و بهشون برای تعیین طیف و میزان مشارکتشون حق انتخاب بدیم که البته این کار صورت نمی‌گیره و بدون اینکه چیزی رو براشون توضیح بدیم و توافقی صورت بگیره بعضی امور رو بهشون محول می‌کنیم.»
	جدال با پرستار بر سر مراقبت	«خیلی وقتا پیش میاد که خانواده‌ها به خاطر اینکه توی پروسه مراقبت از بیمار نادیده گرفته شدن مثلاً بهشون اطلاعات درستی از سیر درمان بیمار داده نشده یا آموزش مفیدی دریافت نکردن میان به پرستار معترض میشن، پرخاش می‌کنن یا حتی دعوا می‌کنن که چرا ما رو درست درگیر مراقبت از بیمار نمی‌کنن.»
تلاش خانواده برای شراکت در مراقبت	جست‌وجو و دریافت حمایت از منابع مختلف	«پرستار چون وظایف نوشتنی و مراقبتی از مریض دارن و وقتشون کمه نمی‌تونن اونطور که باید خانواده‌ها رو چه از نظر عاطفی چه اطلاعاتی ساپورت کنن. خانواده‌ها هم برای اینکه بتونن این خلأ رو جبران کنن و خودشون رو در امر مراقبت از بیمار سهیم کنن میان از بقیه همراه یا مثلاً اینترنت اطلاعات در مورد بیماری مریضشون و یا نحوه مراقبت میگیرن. یا با بقیه همراه صحبت میکنن و از تجربه اونا استفاده می‌کنن تا استرسشون برای انجام کارای مراقبت از بیمار کم بشه و بتونن کنار مریضشون بمونن و بهشون کمک کنن.»
	گریز از تنش با پرستار	«خانواده‌ها معمولاً چند ساعت که کنار بیمارشون می‌مونن می‌بینن که پرستار کاراشون خیلی زیاده یا نمی‌تونن خیلی برای اونا وقت بذارن و اگه سؤال بپرسن یا چیزی از پرستار بخوانن عصبانی می‌شن برای همین سعی می‌کنن برای اینکه همون ارتباط کم خودشون رو با پرستار حفظ کنن و دیده بشن، میان کمتر ناراحتی و استرسشون روبه‌روز میلن. سعی می‌کنن خیلی جلو چشم پرستار نباشن و مزاحم کارشون نشن.»

طبقات	زیر طبقات	نمونه نقل قول مشارکت کنندگان
تأمین منابع حمایتی برای عضو خانواده		«ما تلاشمون که از حداقل شرایط استفاده کنیم و به خانواده‌های کمک کنیم مثلاً بعضی‌هاشون که مشکل مالی دارن به مددکاری ارجاع میدیم یا به خیرین که می‌تونن کمکشون کنن معرفی شون میکنیم. اون خانواده‌هایی که مریضشون بیماری‌های خاصی دارن به خانواده‌هایی که اونا هم مریضشون اون مشکل رو دارن آشنا می‌کنیم.»
مواجهه با تلاش خانواده برای شراکت در مراقبت	جدال با خشونت عضو خانواده	«خانواده‌ها گاهی پیش میاد که پاشونو فراتر از حد خودشون می‌ذارن و شروع میکنن به درگیری لفظی و توهین کردن به پرستار. اینجاست که دیگه مجبوریم برای اینکه بتونیم کنار هم کار کنیم و شراکتمون ادامه پیدا کنه، یه مقدار با قاطعیت بیشتری در مقابل رفتارهای اعتراضی و اهانت‌هاشون داشته باشیم تا حد و مرز خودشون رو بدونن.»
مدیریت تنش با عضو خانواده		«بعضی وقت‌ها پیش میاد که خانواده‌ها بهمون توهین می‌کنن. ولی خب ما هم اگه بخوایم مقابله به مثل کنیم جو بخش به هم می‌ریزه و لج و لجبازی میشه و نهایتاً بیمار متضرر میشن. برای همین مجبوریم بهشون بگیم که خیلی شرایط برای مشارکتشون فراهم نیست. ما هم درکشون می‌کنیم. خیلی وقتا هم وقتی داد می‌زنن، ما سکوت می‌کنیم و سعی می‌کنیم برگردیم استیشن تا کم کم آرام بشن و شرایط دوباره برای همکاری فراهم بشه.»

سالمند

خانواده با همتایان با تجارب مشابه، «مقابله با خشونت عضو خانواده» به‌صورت تذکر دادن به عضو خانواده برای حفظ حد و مرز خود در روابط با پرستار، عصبانی شدن، پرخاشگری، درگیری فیزیکی و لفظی با عضو خانواده و «مدیریت تنش با عضو خانواده» به‌صورت حفظ کردن آرامش، خونسردی، صبوری کردن و سکوت کردن در مقابل پرخاشگری خانواده‌ها، همدردی کردن و دوری و اجتناب از تنش با خانواده‌ها استفاده می‌نمایند. راهبردهای اتخاذشده توسط پرستاران پیامدهای مختلفی را برای پرستاران و خانواده‌ها چون «نگرانی پرستاران از ایمنی و کیفیت مراقبت خانواده‌ها» و «تعلیق خانواده بین درماندگی و توانمندی» را به دنبال داشته است (تصویر شماره ۱).

بحث

به‌طور کلی مشارکت کنندگان درگیر شدن خانواده‌ها در مراقبت را ارزشمند دانسته و آن‌ها را در مراقبت‌های شخصی بیمار درگیر کردند و درعین حال مسئولیت حمایت عاطفی، روانی و معنوی از بیمار سالمند را به آن‌ها محول کردند. نتایج مطالعات مختلف در این زمینه نیز نشان دادند مراقبت‌های محول‌شده به مراقبان خانواده بیمار سالمند در طول بستری شدن در بیمارستان به‌طور کلی در سه حوزه متمرکز بود: ارائه کمک با فعالیت‌های روزمره زندگی (ADLs)^{۱۸} و فعالیت‌های ابزاری زندگی (IADLs)^{۱۹}، ارائه حمایت عاطفی و اجتماعی و تا حدودی، نظارت بر مراقبت [۴۷-۵۰].

یافته‌های مطالعه حاضر با کشف فرایند مشارکت دادن خانواده در مراقبت از بیمار سالمند بستری به ظهور مدل مفهومی «مشارکت دادن غیرساختارمند خانواده در مراقبت» شد. عوامل زمینه‌ای در این فرایند شامل بستر بیمارستانی نامساعد مشارکت خانواده، صلاحیت حرفه‌ای ناکافی پرستاران برای مشارکت، پیچیدگی

باتوجه‌به مواجهه پرستاران با محدودیت‌ها و موانع متعدد در راستای مشارکت دادن خانواده، آنان خانواده‌ها را به شکل غیرساختارمند در مراقبت درگیر می‌نمایند. در این شرایط پرستاران خانواده‌ها را برای شراکت در مراقبت و همکاری در مراقبت به‌اندازه کافی جلب و جذب نمی‌کنند، به‌طوری‌که از همان ابتدای حضور و ورود خانواده‌ها به بخش «خوشامدگویی مطلوبی» از آن‌ها به عمل نیاورده و «حمایت از خانواده‌های بیماران» و «توجیه آن‌ها برای شراکت در مراقبت» نیز به‌صورت محدود انجام شده است. «ارزیابی سطحی نیازهای آموزشی خانواده‌ها»، «آموزش ناکافی آنان در زمینه مراقبتی» و «ارزشیابی جزئی آنان در زمینه دانش و مهارت مراقبتی عضو خانواده» بیانگر توانمندسازی نسبی خانواده‌ها در زمینه مشارکت می‌باشد.

ازسوی دیگر پرستاران «بدون برنامه‌ریزی» برخی از امور مراقبتی بیماران را به خانواده‌ها محول می‌نمایند. از آنجاکه پرستاران هیچ‌گونه خط‌مشی در زمینه نحوه درگیر کردن خانواده در مراقبت ندارند، امور مراقبتی را به‌صورت سلیقه‌ای و بر مبنای نظرات شخصی به خانواده‌ها محول می‌نمایند «واگذاری غیررسمی امور مراقبتی به خانواده‌ها». ازسوی دیگر پرستاران امور مراقبتی را «بدون مذاکره» به خانواده‌ها محول می‌کنند. بدین معنی که واگذاری امور مراقبتی به خانواده‌ها بدون بررسی، شفاف‌سازی و پرسش از آن‌ها در زمینه تمایل یا عدم تمایل برای مشارکت، انتظارات، ترجیحات و توقعات، ظرفیت‌ها و محدودیت‌های آنان برای مشارکت انجام شده است. در این شرایط خانواده‌ها برای شراکت در مراقبت از بیمار خود و پذیرفته‌شدن در این زمینه به تلاش می‌پردازند. پرستاران نیز در مواجهه با تلاش خانواده‌ها برای شراکت در مراقبت از راهبردهای مختلفی چون «تأمین موردی منابع حمایتی برای عضو خانواده» به‌صورت معرفی و ارجاع موردی عضو خانواده به واحد مددکاری، مشاوره‌های روانشناختی موردی عضو خانواده و معرفی و آشناکردن عضو

18. Activities of Daily Living (ADLs)

19. Instrumental Activities of Daily Living (IADLs)

جدول ۴. طبقات به‌دست‌آمده با نمونه‌ای از بیانات مشارکت‌کنندگان در پیامدها

طبقات	زیرطبقات	نمونه نقل قول مشارکت‌کنندگان
	به خطر افتادن هویت حرفه‌ای پرستار	«وقتی که خانواده‌ها رو با خودت تو مراقبت شریک می‌کنی و حد درگیرشودنشونم مشخص نمی‌کنی، یکی از مشکلاتش اینه که خانواده‌ها زیادی جوگیر میشن و فکر می‌کنن همه کارن و شروع می‌کنن تو کارای پرستارا دخالت کردن، مقایسه شون می‌کنن با همدیگه، بهشون میگن چی کار کنن - چی کار نکن. در واقع پاشونو از گلیمشون درازتر می‌کنن و حدشون رو توی بیمارستان نمی‌فهمن و به جایگاه ما احترام نمی‌ذارن.»
	آسیب به محرمانگی بیمار سالمند	«ما هیچ وقت برای خانواده‌ها مشخص نکردیم که شما چه کارهایی رو می‌تونین توی بیمارستان انجام بدین چه کارهایی رو نمی‌تونین. خب اونا هم فکر می‌کنن می‌تونن اطلاعات رو از پرونده مریشون بر دارن و به هر کسی که دلشون می‌خواد منتقل کنن.»
	آسیب به خودمختاری بیمار سالمند	«بیمارستان حد و مرزی برای دخالت کردن خانواده‌ها در امور مراقبتی و تصمیم‌گیری خانواده‌ها تعیین نکرده، و ما پرستارا هم وقتی برای مذاکره با اون‌ها نداشتیم، خب تو این شرایط خیلی وقتا خانواده‌ها هم حد دخالت کردتشون رو در تصمیمات درمانی مریش نمی‌دونن و میان کلاً حق انتخاب و اظهارنظر و تصمیم‌گیری رو از بیمارشون می‌گیرن و خودشون میشن همه کاره برای مریض.»
نگرانی پرستاران از ایمنی و کیفیت مراقبت خانواده	آسیب به سلامت بیمار سالمند	واضح که وقتی پرستارا توان، وقت و انگیزه کافی رو برای آموزش و دادن اطلاعات به خانواده‌ها ندارن و نمی‌تونن اون‌طور که باید به خانواده‌ها کارای مراقبتی رو یاد بدن، خانواده‌ها هم گاهی مراقبت رو طوری انجام می‌دن که به بیمار آسیب می‌رسه. مثلاً درست تغییر پوزیشنشون رو انجام نمی‌دن و بیمار زخم بستر می‌گیره.»
عواقب قانونی و اداری مراقبت‌های نالایم خانواده	افزایش ایمنی بیمار	خانواده‌ها آموزش کافی نمی‌بینن، نمی‌دونن چطور مراقبت درست از بیمار رو انجام بدن همین باعث میشه موقع مراقبت از مریض، کاری رو انجام بدن که بیمار آسیب ببینه. اون وقت کسی که مسئولیت آسیب به بیمار رو باید بپذیره پرستاره. چون می‌گن مراقبت از مریض وظیفه شماس. شما باید نظارت می‌کردین. خیلی وقتا پرستارا به خاطر خطاهای خانواده‌ها توبیخ و تنبیه میشن یا کار به پرداخت دیه و شکایت می‌رسه.»
	بهبود وضعیت سلامت بیمار سالمند	حضور خانواده در کنار بیمار سالمند کمک می‌کنه که کمتر بیمارای سالمند که مستعد زخم بستر و سقوط و آسیب هستن دچار مشکل بشن چون سعی می‌کنن همه جوره مواظب بیمارشون باشن.»
	بهبود کیفیت مراقبت پرستاران	خانواده‌ها کمک می‌کنن بیمارای سالمند غذاشونو بهتر بخورن، داروهاشونو سر موقع بخورن و کلاً روحیه شون هم خیلی بهتر بشه. امیدوارتر درمانشون رو ادامه میدن.»
	بار جسمی مشارکت برای عضو خانواده	وقتی خانواده‌ها کنار مریضشون هستن، می‌تونن کارای اولیه رو برای مریضشون انجام بدن خب این کمک می‌کنه که ما کارای مراقبتی مهم‌تر رو برای بیمار انجام بدیم و مدیریت بهتری رو رو شرایطشون داشته باشیم.»
	بار روانی مشارکت برای عضو خانواده	وقتی شرایط و امکانات رفاهی برای حضور خانواده در بخش نباشه، خانواده‌ها آسیب جسمی می‌بینن. مثلاً وقتی تخت همراه تو بخش نیست خانواده‌ها مجبورن روی زمین بخوابن که کمرشون داغون میشه.»
تعلیق خانواده بین درماندگی و توانمندی	بار اجتماعی مشارکت برای عضو خانواده	خانواده در طول حضورشون در بیمارستان، دائماً با صحنه‌ها و پروسیجرهای دردناکی مواجه میشن که ممکنه تحملش براشون سخت باشه. در کنار اینکه وضعیت بیمارشون براشون مبهمه و دائماً نگران وضعیت و شرایط بیمارشون هستن.
	توانمندسازی نسبی در مراقبت	خیلی وقتا خانواده‌ها مجبورن ۲۴ ساعته کنار مریضشون حضور داشته باشن. همین باعث میشه موقعیت شغلی و خانوادگی و اجتماعیشون به خطر بیفته.
	آمادگی نسبی جهت گذار مطلوب مراقبت	بودن در کنار بیمارمون توی بیمارستان و دیدن نحوه مراقبت از بیمار کمک می‌کنه که لااقل یه حداقل‌هایی رو از مراقبت یاد بگیریم که کمک می‌کنه از بیمارمون بهتر مراقبت کنیم.»
		من الان ۷ روزه که کنار مریضم توی بیمارستان هستم. اینجا هر روز پانسمان زخم بستر مریضمو عوض می‌کنم. منم خوب دقت کردم بدونم چطور این کارو انجام میدن تا بعد از ترخیص مریضم بتونم پانسمانشونو عوض کنم.»

مشارکت خانواده در مراقبت را ضروری می‌سازد [۵۶، ۱۷].

عوامل در طبقه ظرفیت خانواده برای مشارکت بیانگر این مهم بودند که خانواده‌هایی که از لحاظ جسمی و روانی دارای وضعیت بهتر، باورهای شخصی، مذهبی و فرهنگی قوی‌تر و نیز رابطه بهتر و مسالمت‌آمیزتری با بیمار سالمند بودند در ارائه مراقبت به بیمار سالمند بهتر عمل کرده و بیشتر درگیر در کارهای مراقبتی بیمار خود می‌شدند. هم‌راستا با یافته مطالعه اخیر، مطالعه جانسون^{۲۰} و همکاران برخی خصوصیات خانواده مانند سن، جنسیت، قومیت، سطح سواد، نوع رابطه خانواده با بیمار، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، وضعیت سلامت، اعتقادات مذهبی و سطح تحصیلات خانواده را از عوامل مؤثر در مشارکت خانواده در مراقبت ذکر کرده است [۵۷].

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد پرستاران از راهبردهای مختلفی چون «جلب ناکافی خانواده برای مشارکت»، «توانمندسازی نسبی خانواده برای مشارکت»، «واگذاری برنامه‌ریزی‌نشده امور مراقبتی به عضو خانواده»، «تلاش خانواده برای شراکت در مراقبت»، «مواجهه با تلاش خانواده برای شراکت در مراقبت» برای درگیر کردن خانواده در مراقبت استفاده می‌نمایند. این طبقات حاکی از آن بودند که پرستار با کار کردن در بیمارستانی که هیچ سیاستی در زمینه مشارکت دادن خانواده ندارد و همچنین با داشتن شرایط کاری که حجم و فشار کار بالایی را به آن‌ها تحمیل نموده است در عمل وقت کافی برای خوشامدگویی و استقبال مناسب از خانواده‌ها، حمایت روحی، روانی و اطلاعاتی از آن‌ها، مذاکره در زمینه تعیین حد و حدود نقش‌های مراقبتی و نیز آموزش مؤثر به خانواده‌ها را نداشته‌اند و همین امر باعث شده است آنان امور مراقبتی را به‌صورت غیررسمی و سلیقه‌ای به خانواده‌ها واگذار کنند.

این در حالی است که در مطالعه اکسپوزیتو و همکاران حمایت‌های روحی-روانی و اطلاعاتی از خانواده‌ها، آموزش خانواده‌ها در زمینه نحوه انجام امور مراقبتی و آشنا کردن آن‌ها با محیط بیمارستان از مهم‌ترین نیازهای خانواده در زمینه مشارکت در مراقبت بیان شده است [۵۸]. مطالعه جعفرپور و همکاران نیز بیانگر آن است که در بیمارستان مشارکت دادن خانواده در مراقبت بدون داشتن سیاست مکتوب و به شکل سلیقه‌ای انجام می‌شود. به‌گونه‌ای که در برخی شرایط برای انجام بعضی کارهای روتین به خانواده‌ها مجوز داده نشده و در برخی شرایط امور مراقبتی بدون پرسش از تمایل آن‌ها به با آن‌ها محول شده است [۵۹]. یافته‌های مطالعه ریچاردز^{۲۱} و همکاران نیز بیانگر آن بود که پرستاران باید قبل از درگیر کردن خانواده‌ها در مراقبت نیازها، ترجیحات و شرایط خانواده‌ها برای مشارکت را بررسی کرده و منعطف به مذاکره در نقش با آن‌ها باشند. به‌گونه‌ای که مشارکت

مراقبت از بیمار سالمند و ظرفیت خانواده برای مشارکت بودند که این عوامل به‌عنوان تسهیل‌کننده‌ها یا موانع مشارکت دادن خانواده در مراقبت مطرح شدند.

«بستر بیمارستانی نامساعد مشارکت خانواده» یکی از عوامل زمینه‌ای تأثیرگذار بر مشارکت خانواده در مراقبت می‌باشد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، بلنجر و همکاران مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل تسهیل‌کننده و مانع مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار بستری انجام دادند. آن‌ها بیان کردند نداشتن دستورالعمل مشخص درباره نحوه و چگونگی مشارکت خانواده در مراقبت و نیز نبود امکانات رفاهی برای خانواده‌ها جهت حضور و درگیر شدن در مراقبت از عوامل مهم بازدارنده مشارکت خانواده‌ها در مراقبت می‌باشند [۳۲].

در مطالعه عابدینی و همکاران نیز در این زمینه اشاره شده است که در ایران هنوز دستورالعمل استاندارد برای مشارکت اعضای خانواده در فرایند مراقبت از بیمار وجود ندارد و حضور اعضای خانواده در بیمارستان‌های آموزشی ایران همچنان بحث‌برانگیز است و دیدگاه‌های متفاوتی در این مورد وجود دارد [۵۱].

در مطالعه نورالدین و همکاران نیز کمبود نیروی پرستاری و متعاقب آن افزایش حجم کار آنان به‌عنوان یکی از بازدارنده‌های مهم در زمینه مشارکت دادن خانواده ذکر شده است [۵۲].

یکی دیگر از عوامل مؤثر مداخله‌گر در درگیر کردن خانواده در مراقبت صلاحیت ناکافی پرستاران در زمینه مشارکت خانواده در مراقبت می‌باشد. آن‌ها چه در دوران خدمت و چه در دوران دانشجویی، آموزشی در زمینه مشارکت و همکاری با خانواده ندیده‌اند. در مطالعه اعظمی آغداش و همکاران نیز سطح درک و دانش پرستاران در مورد مشارکت خانواده‌ها در درمان بیماران پایین گزارش شده بود [۵۳].

در مطالعه ریسجورد و همکاران و الموتیر و همکاران نیز ضعف نگرش پرستاران نسبت به خانواده مانند در نظر گرفتن خانواده به‌عنوان مزاحم، غیرعلاقه‌مند، ناخوشایند و قابل چشم‌پوشی به‌عنوان یک عامل بازدارنده مهم در مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار ذکر شده است [۵۴، ۵۵]. پیچیدگی مراقبت از بیمار سالمند بستری یکی از طبقات به‌دست‌آمده درخصوص عوامل زمینه‌ساز فرایند مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار سالمند بستری در این مطالعه می‌باشد.

هم‌راستا با یافته‌های مطالعه حاضر، یافته‌های مطالعات ابرسول و همکاران و لیندهارت و همکاران نیز نشان دادند اکثریت بیماران سالمند مخصوصاً در سال‌های آخر زندگی خود از طیف وسیعی از ناتوانی‌های جسمانی-ذهنی و ابتلای هم‌زمان به بیماری‌های مزمن متعدد رنج می‌برند که آن‌ها را در زمان بستری مستعد ابتلا به عوارض و ناتوانی‌های متعدد نموده که این امر نیاز به مراقبت گسترده‌تری را برای آن‌ها ایجاد کرده است که همین امر

20. Johnson

21. Richards

راستا مطالعه سنابای و همکاران بیانگر آن است که خانواده‌ها باتوجه‌به حضور در بیمارستان و قرار گرفتن در معرض آموزش پرستاران، برای مراقبت آینده بیمار بعد از ترخیص از بیمارستان توانمند شده‌اند [۶۴].

نتیجه‌گیری نهایی

این مطالعه فرآیند مشارکت دادن خانواده در مراقبت از سالمند بستری در بیمارستان را بررسی کرده و یک مدل مفهومی برای مشارکت خانواده ارائه کرد. تئوری به‌دست‌آمده این مطالعه با مشخص کردن عوامل زمینه‌ای مؤثر، انواع کنش‌ها و واکنش‌هایی پرستاران در زمینه مشارکت دادن خانواده، و پیامدهای متعاقب آن، درک پرستاران در زمینه مشارکت را افزایش داده که این امر زمینه را برای تحقیقات بیشتر و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای در این مورد فراهم می‌نماید. افزون بر این، یافته‌های این مطالعه به متخصصان مراقبت بهداشتی در زمینه شناخت نقش‌ها، حقوق و مسئولیت‌های خانواده تحت عنوان «مشارکت» کمک کرده و می‌تواند ارتباط و همکاری میان آن‌ها را تقویت نماید.

همچنین می‌تواند به «تدوین سیاست‌های بیمارستانی» در مورد مشارکت خانواده یا تغییر در سیاست‌های محلی یا شیوه‌های سازمانی که ممکن است مشارکت اعضای خانواده را در مراقبت و برنامه‌ریزی مراقبت محدود می‌نماید، کمک نماید. مشارکت خانواده در مراقبت مفهومی مبتنی بر زمینه است که به مطالعه از دیدگاه فرهنگ‌ها و زمینه‌های متنوع نیاز دارد تا تعریفی جامع ارائه شود. بنابراین برای روشن شدن جزئیات بیشتر مفهوم مشارکت خانواده در بافت اجتماعی و فرهنگی بیمارستان‌های ایران، مطالعات بیشتری مورد نیاز است.

محدودیت‌ها

باتوجه‌به سالمند بودن بیماران بستری به‌عنوان یکی از گروه‌های مشارکت‌کننده در این پژوهش، بی‌حوصلگی و خستگی این افراد در جریان مصاحبه پیش می‌آمد که پژوهشگر سعی نمود تمامی اطلاعات موردنیاز را در یک مصاحبه دریافت کند.

پیشنهادهای

باتوجه‌به اینکه نتایج حاصل از این مطالعه متأثر از فرهنگ، بسترهای مراقبتی و شرایط اجتماعی-اقتصادی کشور ایران می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد ابزاری مناسب جهت سنجش چالش‌ها و نیازهای خانواده‌ها در زمینه مشارکت در مراقبت باتوجه‌به گزاره‌های مستخرج از این مطالعه طراحی گردد.

پیشنهاد می‌گردد مداخلات متناسب با فرهنگ و شرایط اجتماعی-اقتصادی ایران مبتنی بر مدل حاضر برای مشارکت خانواده در مراقبت طراحی گردد.

با خانواده‌ها براساس شرایط فردی و شخصی آن‌ها برنامه‌ریزی شده و توسط هنجارهای فرهنگی و نهادی دیکته نشده باشد [۶۰]. مطالعه نائف و همکاران نیز حاکی از آن است که برای مشارکت اصولی خانواده‌ها در مراقبت باید در ابتدا ارزیابی درستی از عملکرد، احساسات، نیازها و ترجیحات خانواده‌ها صورت گرفته تا حد و مرز مشارکت آن‌ها در مراقبت بر مبنای آن برنامه‌ریزی گردد [۶۱].

مشارکت دادن خانواده در چنین شرایطی نگرانی پرستاران از ایمنی و کیفیت مراقبت خانواده را به همراه داشته است. انگستروم و همکاران نیز بیان کردند که یکی از تجارب منفی پرستاران در زمینه مشارکت خانواده در مراقبت مربوط به آسیب به خودمختاری و حریم شخصی بیمار بوده است. به این دلیل که در برخی از مواقع خانواده‌ها به خواست و تمایل بیمار خود در زمینه مراقبت احترام نگذاشته، بدون هماهنگی با وی برای او تصمیم‌گرفته یا با ورود به حریم شخصی او به او احساس ناامنی داده‌اند [۱۲].

در مطالعه رویو و همکاران نیز بیان شده است که یکی از نگرانی‌های پرستاران در زمان درگیر کردن خانواده‌ها در مراقبت مربوط به حفظ ایمنی بیمار است؛ چراکه طبق تجارب پرستاران مراقبت‌های خانواده‌ها در برخی از مواقع ایمن نبوده و به سلامت بیمار آسیب رسانده است. در برخی مواقع نیز با حضور خانواده‌ها در بخش احتمال انتقال عفونت در بخش افزایش یافته است. این موضوع در مورد بیماران سالمند که سطح ایمنی کمتری دارند اهمیت بیشتری داشته است [۴۱]. در مطالعه هتلند و همکاران یکی از موانع مشارکت خانواده در مراقبت از بیماران، ترس پرستاران از عواقب قانونی ناشی از مراقبت‌های نایمن خانواده ذکر شده است [۲۹]. یکی دیگر از پیامدهای مشارکت دادن خانواده در مراقبت تعلیق خانواده بین درماندگی و توانمندی می‌باشد.

یافته‌های مطالعات تابوت وانگ و کایوانوکا و برنز و همکاران حاکی از آن است که درگیر کردن خانواده برای مشارکت از لحاظ فیزیکی برای آنان خستگی، ازلحاظ روانی افسردگی، نگرانی، ناامیدی و احساس خجالت در صورت انجام نادرست وظایف مراقبتی، ازلحاظ اجتماعی برای آنان اختلال در سبک زندگی، ارتباط محدود با دوستان و بقیه اعضای خانواده و ازلحاظ اقتصادی برای آنان مشکلات کاری و شغلی به همراه داشته است [۶۳، ۶۲]. ازسوی دیگر در مطالعه برنز و همکاران بیان شده است که یکی از پیامدهای مثبت درگیر کردن خانواده در مراقبت، افزایش سواد سلامت خانواده‌ها و افزایش مهارت آنان در مدیریت بیماری‌های مزمن بیماران، گرفتن تصمیم‌گیری‌های بالینی و ایمنی بیمار می‌باشد [۶۳]. یافته‌های مطالعه دهقان نیری و همکاران بیانگر آن است که خانواده‌ها در دوران حضور در بیمارستان در معرض اطلاعات مفید قرار گرفته و مهارت‌های جدیدی را می‌آموزند که می‌توانند در منزل از آن‌ها استفاده نمایند [۱۵]. در واقع در همین

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای کد اخلاق (IR.USWR.REC.1402.022) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی است.

حامی مالی

مطالعه حاضر بخشی از یافته حاصل از رساله دکتری مریم احمدی در گروه پرستاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران است. حامی مالی این مقاله دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی بود.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: فرحناز محمدی شاه‌بلاغی، محمدعلی حسینی و مریم احمدی؛ ویراستاری نهایی: فرحناز محمدی شاه‌بلاغی و محمدعلی حسینی؛ روش‌شناسی، نگارش پیش‌نویس و تحلیل: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به خاطر حمایت‌هایشان تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

- [1] Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*. 2013; 32(2):223-31. [DOI:10.1377/hlthaff.2012.1133] [PMID]
- [2] Heyland DK, Davidson J, Skrobik Y, des Ordon 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] [PMID]
- [3] Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*. 2009; 29(3):28-34. [DOI:10.4037/ccn2009611] [PMID]
- [4] Mohammadi N, Seyedfotemi N, Hoshemi S. Hindrances to the implementation of family-centered care approach: A grounded theory study. *Revista Latinoamericana de Hipertension*. 2020; 15(3):170-6. [Link]
- [5] Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*. 2009; 18(6):543-52. [DOI:10.4037/ajcc2009226] [PMID]
- [6] Johnson B, Abraham M, Conway J, Simmons L, Edgman-Levitan S, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2008. [Link]
- [7] McSherry R, Pearce P, Grimwood K, McSherry W. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*. 2012; 20(1):7-19. [DOI:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x] [PMID]
- [8] Brown SM, Rozenblum R, Aboumatar H, Fagan MB, Milic M, Lee BS, et al. Defining patient and family engagement in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2015; 191(3):358-60. [DOI:10.1164/rccm.201410-1936LE] [PMID]
- [9] Olding M, McMillan SE, Reeves S, Schmitt MH, Puntillo K, Kitto S. Patient and family involvement in adult critical and intensive care settings: A scoping review. *Health Expectations*. 2016; 19(6):1183-202. [DOI:10.1111/hex.12402] [PMID]
- [10] Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, Martinez KA, Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*. 2014; 23(7):548-55. [DOI:10.1136/bmjqs-2012-001769] [PMID]
- [11] Cené CW, Johnson BH, Wells N, Baker B, Davis R, Turchi R. A narrative review of patient and family engagement: The "foundation" of the medical home. *Medical Care*. 2016; 54(7):697-705. [DOI:10.1097/MLR.0000000000000548] [PMID]
- [12] Engström B, Uusitalo A, Engström Å. Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011; 27(1):1-9. [DOI:10.1016/j.iccn.2010.11.004] [PMID]
- [13] Li H. Identifying family care process themes in caring for their hospitalized elders. *Applied Nursing Research*. 2005; 18(2):97-101. [DOI:10.1016/j.apnr.2004.06.015] [PMID]
- [14] Molazem Z, Ahmadi F, Mohammadi E, Bolandparvaz S. Improvement in the nursing care quality in general surgery wards: Iranian nurses' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011; 25(2):350-6. [DOI:10.1111/j.1471-6712.2010.00833.x] [PMID]
- [15] Dehghan Nayeri N, Gholizadeh L, Mohammadi E, Yazdi K. Family involvement in the care of hospitalized elderly patients. *Journal of Applied Gerontology*. 2015; 34(6):779-96. [DOI:10.1177/0733464813483211] [PMID]
- [16] Abedi H, Mostafavidarani F, Riji HM. The elderly perception and views on their health-Facilitating and inhibiting factors in elderly health care in Iran: A qualitative study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5:2222-6. [DOI:10.1016/j.sbspro.2010.07.439] [PMID]
- [17] Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(5):668-81. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010] [PMID]
- [18] O'Leary KJ, Killarney A, Hansen LO, Jones S, Malladi M, Marks K, et al. Effect of patient-centred bedside rounds on hospitalised patients' decision control, activation and satisfaction with care. *BMJ Quality & Safety*. 2016; 25(12):921-8. [DOI:10.1136/bmjqs-2015-004561] [PMID]
- [19] Tallon MM, Kendall GE, Snider PD. Rethinking family-centred care for the child and family in hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 24(9-10):1426-35. [DOI:10.1111/jocn.12799] [PMID]
- [20] Rainey H, Ehrich K, Mackintosh N, Sandall J. The role of patients and their relatives in 'speaking up' about their own safety-a qualitative study of acute illness. *Health Expectations*. 2015; 18(3):392-405. [DOI:10.1111/hex.12044] [PMID]
- [21] Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*. 2012; 16(2):297-305. [DOI:10.1007/s10995-011-0751-7] [PMID]
- [22] Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2013; 158(5_Part 2):390-6. [DOI:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005] [PMID]
- [23] Gilbar R. Family involvement, independence, and patient autonomy in practice. *Medical Law Review*. 2011; 19(2):192-234. [DOI:10.1093/medlaw/fwr008] [PMID]
- [24] Ghiasvandian S, Abbas A, Morteza G, Zahra S. The effect of open visiting on the beliefs of nurses working in the ICU ward based on the theory of action based on the reason in sina hospital. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2002; 32:50-6. [Link]
- [25] Hetland B, Hickman R, McAndrew N, Daly B. Factors influencing active family engagement in care among critical care nurses. *AACN Advanced Critical Care*. 2017; 28(2):160-70. [DOI:10.4037/aacnacc2017118] [PMID]
- [26] Laitinen P, Isola A. Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: Informal caregivers' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. 1996; 23(5):942-7. [DOI:10.1046/j.1365-2648.1996.09012.x] [PMID]

- [27] Mackie BR, Mitchell M, Marshall PA. The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian*. 2018; 25(1):131-40. [DOI:10.1016/j.colegn.2017.01.006]
- [28] Hamilton R, Kleinpell R, Lipman J, Davidson JE. International facilitators and barriers to family engagement in the ICU: Results of a qualitative analysis. *Journal of Critical Care*. 2020; 58:72-7. [DOI:10.1016/j.jccr.2020.04.011] [PMID]
- [29] Hetland B, McAndrew N, Perazzo J, Hickman R. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018; 44:67-75. [DOI:10.1016/j.iccn.2017.08.008] [PMID]
- [30] Mackie BR, Marshall A, Mitchell M. Acute care nurses' views on family participation and collaboration in fundamental care. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27(11-12):2346-59. [DOI:10.1111/jocn.14185]
- [31] Kleinpell R, Zimmerman J, Vermoch KL, Harmon LA, Vondracek H, Hamilton R, et al. Promoting family engagement in the ICU: Experience from a national collaborative of 63 ICUs. *Critical Care Medicine*. 2019; 47(12):1692-8. [DOI:10.1097/CCM.0000000000004009] [PMID]
- [32] Bélanger L, Desmartis M, Coulombe M. Barriers and facilitators to family participation in the care of their hospitalized loved ones. *Patient Experience Journal*. 2018; 5(1):56-65. [DOI:10.35680/2372-0247.1250]
- [33] Palmer RM, Bolla L. When your patient is hospitalized: Tips for primary care physicians. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*. 1997; 52(9):36-42. [PMID]
- [34] Lindhardt T, Bolmsjö IA, Hallberg IR. Standing guard-being a relative to a hospitalised, elderly person. *Journal of Aging studies*. 2006; 20(2):133-49. [DOI:10.1016/j.jaging.2005.06.001]
- [35] Sharp S, Mcallister M, Broadbent M. The tension between person centred and task focused care in an acute surgical setting: A critical ethnography. *Collegian*. 2018; 25(1):11-7. [DOI:10.1016/j.colegn.2017.02.002]
- [36] Li H. Family caregivers' preferences in caring for their hospitalized elderly relatives. *Geriatric Nursing*. 2002; 23(4):204-7. [DOI:10.1067/mgn.2002.126966] [PMID]
- [37] Misto K. Nurse perceptions of family nursing during acute hospitalizations of older adult patients. *Applied Nursing Research*. 2018; 41:80-5. [DOI:10.1016/j.apnr.2018.04.009] [PMID]
- [38] Jazieh AR, Volker S, Taher S. Involving the family in patient care: A culturally tailored communication model. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*. 2018; 1(2):33-7. [DOI:10.4103/JQSH.JQSH_3_18]
- [39] Heydari A, Sharifi M, Moghaddam AB. Family participation in the care of older adult patients admitted to the intensive care unit: A scoping review. *Geriatric Nursing*. 2020; 41(4):474-84. [DOI:10.1016/j.gerinurse.2020.01.020] [PMID]
- [40] Li H, Stewart BJ, Imle MA, Archbold PG, Felver L. Families and hospitalized elders: A typology of family care actions. *Research in Nursing & Health*. 2000; 23(1):3-16. [DOI:10.1002/(SICI)1098-240X(200002)23:1<3::AID-NUR2>3.0.CO;2-U]
- [41] Rou BX, Tengah A, Zolkefli Y. Nurses' Perspectives on Family Involvement in Intensive Care. *International Journal of Care Scholars*. 2021; 4(1):3-9. [DOI:10.31436/ijcs.v4i1.152]
- [42] Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Pennsylvania: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2007. [Link]
- [43] Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. [Link]
- [44] Polit D. *Nursing research: Principles and methods*. Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. [Link]
- [45] Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative research*. California: Sage; 1990. [Link]
- [46] Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1990. [Link]
- [47] Allen D. Negotiating the role of expert carers on an adult hospital ward. *Sociology of Health & Illness*. 2000; 22(2):149-71. [DOI:10.1111/1467-9566.00197]
- [48] Laitinen P. Participation of caregivers in elderly-patient hospital care: Informal caregiver approach. *Journal of Advanced Nursing*. 1993; 18(9):1480-7. [DOI:10.1046/j.1365-2648.1993.18091480.x] [PMID]
- [49] MacLeod M, Chesson RA, Blackledge P, Hutchison JD, Ruta N. To what extent are carers involved in the care and rehabilitation of patients with hip fracture? *Disability and Rehabilitation*. 2005; 27(18-19):1117-22. [DOI:10.1080/09638280500056303] [PMID]
- [50] Pena SB, Diogo MJ. [Nursing team expectations and caregivers' activities in elderly-patient hospital care (Portuguese)]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009; 43(2):351-7. [DOI:10.1590/S0080-62342009000200014] [PMID]
- [51] Abedini F, Zareiyani A, Alhani F, Teimouri F. [The implementation of family-centered empowerment model on the empowerment parameters of patients with prosthetic heart valves (Persian)]. *Military Caring Sciences*. 2016; 3(3):174-83. [DOI:10.18869/acadpub.mcs.3.3.174]
- [52] Mohammadi N, Seyedfatemi N, Hashemi S. Hindrances to the implementation of family-centered care approach: A grounded theory study. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2020; 15(3):170-8. [Link]
- [53] Azami-Aghdash S, Jabbari H, Bakhshian F, Shafaei L, Shafaei S, Kolahdouzan K, et al. Attitudes and knowledge of Iranian nurses about hospice care. *Indian Journal of Palliative Care*. 2015; 21(2):209-13. [DOI:10.4103/0973-1075.156505] [PMID]
- [54] Risjord M. Nursing and human freedom. *Nursing Philosophy*. 2014; 15(1):35-45. [DOI:10.1111/nup.12026] [PMID]
- [55] Al-Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. Needs and experiences of intensive care patients' families: A Saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*. 2014; 19(3):135-44. [DOI:10.1111/nicc.12040] [PMID]
- [56] Ebersole P, Touhy TA. *Geriatric nursing: Growth of a specialty*. New York: Springer Publishing Company; 2006. [Link]
- [57] Johnson CC, Suchyta MR, Darowski ES, Collar EM, Kiehl AL, Van J, et al. Psychological sequelae in family caregivers of critically ill intensive care unit patients. A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*. 2019; 16(7):894-909. [DOI:10.1513/AnnalsATS.201808-540SR] [PMID]

- [58] Ventura Expósito L, Arreciado Marañón A. Needs and participation strategies proposed by the family in the daily care of the critically ill patient. *Enfermeria Clinica (English Edition)*. 2021; 31(5):294-302. [DOI:10.1016/j.enfcle.2020.10.010] [PMID]
- [59] Jafarpour H, Vasli P, Manoochehri H. How is family involved in clinical care and decision-making in intensive care units? A qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2020; 56(3):215-29. [DOI:10.1080/10376178.2020.1801350] [PMID]
- [60] Naef R, Brysiewicz P, Mc Andrew NS, Beierwaltes P, Chiang V, Clisbee D, et al. Intensive care nurse-family engagement from a global perspective: A qualitative multi-site exploration. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2021; 66:103081. [DOI:10.1016/j.iccn.2021.103081] [PMID]
- [61] Naef R, von Felten S, Petry H, Ernst J, Massarotto P. Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed-methods evaluation. *Australian Critical Care*. 2021; 34(6):594-603. [DOI:10.1016/j.aucc.2020.10.014] [PMID]
- [62] Tabootwong W, Kiwannuka F. Family caregiver participation in caregiving for hospitalized elderly patients with a tracheostomy: A literature review. *Working with Older People*. 2020; 24(2):105-11. [DOI:10.1108/WWOP-02-2020-0005]
- [63] Burns KEA, Misak C, Herridge M, Meade MO, Oczkowski S; Patient and Family Partnership Committee of the Canadian Critical Care Trials Group. Patient and Family Engagement in the ICU. Untapped Opportunities and Underrecognized Challenges. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2018; 198(3):310-319. [DOI:10.1164/rccm.201710-2032CI] [PMID]
- [64] Senabye JS. Family Centered Care in an Intensive Care Unit in Botswana: The Views of Families. Pretoria: University of Pretoria (South Africa); 2018. [Link]

This Page Intentionally Left Blank