Volume 26, Issue 1 (January- February 2027)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The Relationship between demographic and occupational factor and nurses, perception to use physical restraints in elderly care

Haniyeh Mortazi[1], Majideh Heravi-Karimooi[2*], Maryam Aghabarari[3], Farid Zayeri[4]

1 .Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
2. Elderly Care Research Center, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
3. Social Determinants of Health Research Center, Alborz Univercity of Medical Sciences, Karaj, Iran
4. Proteomics Research Center, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 11 July 2025
Accepted for publication: 14 February 2026
[EPub a head of print- 22 November 2026]
Payesh: In Press

Abstract

Objective(s): The growing elderly population and the increasing prevalence of behavioral disorders among patients have led to the continued use of physical restraints in nursing care, despite substantial research evidence indicating their negative physical and psychological consequences. As nurses' decisions regarding the use of physical restraint are influenced by their demographic and professional characteristics, identifying these factors is essential to improving the safety and quality of elderly care. This study aimed to examine the relationship between demographic and occupational factors and nurses' perceptions of the use of physical restraint in the care of elderly patients.

Methods: This cross-sectional analytical study was conducted in 2023 among 260 nurses working in medical–surgical and intensive care units of teaching hospitals affiliated with Alborz University of Medical Sciences. Multistage cluster sampling with probability proportional to size was used. Data were collected using a demographic questionnaire and the Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ). Data analysis was performed using SPSS software (version 21), applying descriptive statistics and univariate and multivariate linear regression analyses simultaneously.

Results: The mean score of nurses' perceptions of physical restraint use was 65.43 out of 85. In the prevention (elder protection) domain, prevention of falls from bed (4.45 ± 0.88) was the most influential factor; in the prevention of treatment interruption domain, prevention of feeding tube removal (4.26 ± 0.82); and in the provision of a safe environment domain, prevention of access to dangerous objects (3.83 ± 1.05) received the highest rating. Significant associations were found between nurses' age, educational level, and work experience and their perceptions of physical restraint use ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings indicate that nurses' perceptions of physical restraint use in elderly care are predominantly influenced by safety considerations, with individual and professional characteristics playing a significant role. These results highlight the complexity of clinical decision-making in the care of older adults. Future qualitative studies are recommended to explore nurses' decision-making processes and the ethical and cultural factors influencing physical restraint use within the Iranian health care context.

Keywords: Nurse, Aging, Elderly, Perception, Physical restraints, Patient safety

[*] Corresponding Author: Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

سال بیست و ششم، شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

ارتباط عوامل جمعیت شناختی و شغلی با ادراک پرستاران در استفاده از مهار فیزیکی در مراقبت از بیماران سالمند

حانیه مرتاضی بیابانی[۱]، مجیده هروی کریموی[۲*]، مریم آقابراری[۳] ، فرید زایری[۴]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

۴. مرکز تحقیقات پروتئومیکس، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱ آذر ۱۴۰۵]

نشریه پایش: پیش انتشار

چکیده

مقدمه: افزایش جمعیت سالمندان و شیوع اختلالات رفتاری در بیماران، به استمرار کاربرد مهار فیزیکی در مراقبت‌های پرستاری انجامیده است؛ این در حالی است که شواهد پژوهشی متعدد بر پیامدهای منفی جسمی و روانی این مداخله دلالت دارند. از آنجا که تصمیم پرستاران در استفاده از مهار فیزیکی تحت‌تأثیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شغلی آنان است. شناسایی این عوامل برای ارتقای ایمنی و کیفیت مراقبت از سالمندان ضرورت دارد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی و شغلی با ادراک پرستاران از استفاده از مهار فیزیکی در مراقبت از بیماران سالمند انجام شد.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع مقطعی- تحلیلی (Cross-sectional-analytical) است که در سال ۱۴۰۲ در بین ۲۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های داخلی- جراحی و مراقبت های ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شده است. نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای و انتخاب نمونه ها از نوع احتمال متناسب با اندازه انجام گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های جمعیت شناختی و ادراک استفاده از مهار فیزیکی(PRUQ) بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد و از آزمون‌های توصیفی و رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره همزمان استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین ادراک استفاده از مهار فیزیکی توسط پرستاران ۶۵/۴۳ از ۸۵ بوده است. در بعد پیشگیری(حفاظت سالمند) بیشترین عامل سقوط از تخت (۰/۸۸±۴/۴۵)، در بعد پیشگیری از قطع یا تزاحم درمان بیشترین عامل کشیدن لوله تغذیه (۰/۸۲±۴/۲۶) و در بعد تامین محیط ایمن بیشترین عامل پیشگیری از استفاده از وسایل خطرناک (۱/۰۵±۳/۸۳) بوده است. بین سن، تحصیلات و سابقه خدمتی با ادراک استفاده از مهارکننده های فیزیکی رابطه آماری معناداری یافت شد (P< ۰/۰۵)

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه نشان داد ادراک پرستاران درباره به‌کارگیری مهار فیزیکی در مراقبت از سالمندان عمدتاً تحت تأثیر ملاحظات ایمنی قرار دارد و ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای آنان در این نگرش نقش معناداری ایفا می‌کرد. این نتایج بر پیچیدگی فرآیند تصمیم‌گیری بالینی در مراقبت از سالمندان تأکید دارد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با رویکرد کیفی، به بررسی عمیق‌تر فرآیندهای تصمیم‌گیری پرستاران و ملاحظات اخلاقی و فرهنگی مؤثر بر استفاده از مهار فیزیکی در بافت مراقبتی ایران بپردازند.

کلیدواژه‌ها: پرستار، سالمندی، سالمند، ادراک، مهارکننده های فیزیکی، ایمنی بیمار

کد اخلاق: IR.SHAHED.REC.1402.085

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شاهد، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی

Email: heravi@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

مقدمه

ایمنی بیمار یکی از اساسی‌ترین مؤلفه‌های کیفیت مراقبت سلامت است و از مهم‌ترین حقوق بنیادین بیماران محسوب می‌شود. در این میان، پرستاران به‌عنوان ارائه‌دهندگان خط مقدم مراقبت، نقش تعیین‌کننده‌ای در پیشگیری از آسیب‌های ناخواسته دارند و بسیاری از تصمیمات بالینی مربوط به ارتقای ایمنی بیمار توسط آن‌ها اتخاذ می‌گردد[۱]. یکی از این تصمیمات، استفاده از مهار فیزیکی است که به‌عنوان روشی برای محدود کردن حرکات اختیاری بیمار با هدف جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران به‌کار می‌رود. مهارهای فیزیکی شامل انواع وسایل مکانیکی مانند مچ‌بند، قوزک‌بند، کمربندهای تنه و نرده‌های تخت است که بسته به شرایط بیمار، سطح هوشیاری و خطر رفتارهای ناایمن، مورد استفاده قرار می‌گیرد [۲،۳]. شواهد موجود نشان می‌دهد که میزان استفاده از مهار فیزیکی در بیمارستان‌ها، گستره وسیعی از ۰/۰۳ تا ۶۴/۹ درصد را شامل می شود. این ناهمگونی عمدتاً ناشی از تفاوت در سیاست‌های سازمانی، علت بستری، ویژگی‌های جمعیتی بیماران، سطح آگاهی و نگرش پرستاران، و عوامل محیطی بخش‌های بیمارستان است [۵-۳]. در میان گروه‌های مختلف بیماران، سالمندان بیشترین میزان اعمال مهار فیزیکی را تجربه می کنند؛ به‌طوری که احتمال اعمال مهار در آنان حدود سه برابر بیشتر از سایر گروه‌های سنی گزارش شده است و از هر پنج بیمار سالمند بستری، یک نفر تجربه مهار را دارد [۶،۷]. این موضوع عمدتاً ناشی از ضعف شناختی، اختلالات رفتاری، زوال عقل، وابستگی، افزایش خطر سقوط، و وجود تجهیزات پزشکی تهاجمی در سالمندان و معضلات اخلاقی پرستاران است؛ عواملی که پرستاران را به‌سمت استفاده بیشتر از مهار فیزیکی سوق می‌دهد [۵،۸،۹].

با وجود ضرورت‌های بالینی در برخی شرایط، استفاده نابجا یا بیش‌ازحد از مهار فیزیکی پیامدهای منفی متعددی از جمله عواقب جسمی مختلفی (مانند آسیب به پوست، زخم‌های فشاری، آتروفی عضلانی و آسیب اندام)، عواقب پزشکی (مانند افزایش فشار خون و ضربان قلب، کاهش گردش خون، عفونت بیمارستانی، یبوست، انقباضات و بی‌اختیاری) و عواقب روانی و عاطفی (مانند از دست دادن فردیت، افسردگی، خشم، مشکلات شناختی، کاهش عزت نفس و افزایش آشفتگی، هذیان، اضطراب و تنهایی) و حتی افزایش احتمال مرگ‌ومیر را به دنبال دارد[۱۰،۱۱]. به همین دلیل، سیاست‌های بین‌المللی مراقبت سلامت بر کاهش حداکثری استفاده از مهار تأکید دارند [۱۲]. در این میان، ادراک پرستاران از مهار فیزیکی نقشی تعیین‌کننده در انتخاب، اجرای صحیح و یا جایگزینی روش‌های ایمن‌تر دارد[۱۳].

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ادراک پرستاران درباره ضرورت، ایمنی و پیامدهای مهار بسیار متفاوت است و این تفاوت‌ها تحت تأثیر عوامل متعدد فردی و حرفه‌ای شکل می‌گیرد[۱۹-۱۴]. برای مثال، پژوهش Fariña-López و همکاران نشان داد کمک پرستاران در مقایسه با پرستاران ، امتیاز بالاتری از اهمیت درک‌شده از مهار فیزیکی کسب کردند و پرستاران به طور مداوم، مهار فیزیکی را به عنوان یک اقدام ایمنی، در درجه اول برای جلوگیری از سقوط و سپس محافظت از دستگاه‌های پزشکی، معرفی کردند[۱۴]. همچنین پژوهش‌هایی در آسیا و اروپا نشان داده‌اند که اختلال در عملکرد حرکتی، تعداد اختلالات رفتاری سالمند، سن، سطح تحصیلات، سابقه کاری، نوع بخش محل خدمت، بار کاری و میزان آموزش رسمی پرستاران درباره مهار از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر نگرش و ادراک پرستاران محسوب می‌شوند[۱۸-۱۵]. مطالعه Suliman نشان داد که بخش قابل‌توجهی از پرستاران از پیامدهای بالقوه منفی مهار فیزیکی و نیز راهکارهای جایگزین ایمن آگاهی کافی ندارند[۱۹]. این مطالعات، اهمیت بررسی عمیق‌تر ادراک حرفه‌ای پرستاران و عوامل فردی و شغلی مرتبط با آن را برجسته می‌سازد.

با وجود اهمیت موضوع، مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که اگرچه مطالعاتی درباره شیوع و علل استفاده از مهار انجام شده است، اما مطالعات انجام شده در خصوص ادراک پرستاران در رابطه با مهار فیزیکی با تمرکز بر بیماران سالمند و به‌ویژه با تحلیل همزمان عوامل جمعیت‌شناختی و شغلی آنان، در ایران بسیار محدود است. همچنین بیشتر پژوهش‌های بین‌المللی بر جنبه‌های عمومی استفاده از مهار تمرکز داشته‌اند و کمتر به تفاوت‌های فردی و حرفه‌ای پرستاران در اتخاذ تصمیم‌های بالینی درباره مهار پرداخته‌اند. این شکاف پژوهشی به‌طور خاص در بیمارستان‌های آموزشی ایران و به‌ویژه در استان البرز برجسته است، زیرا این بیمارستان‌ها با حجم بالای سالمندان و شرایط پرفشار کاری مواجه هستند. بنابراین، برای درک بهتر الگوی تصمیم‌گیری پرستاران در ارتباط با مهار فیزیکی و شناسایی عوامل جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای مؤثر بر ادراک آنان، انجام پژوهش حاضر، ضروری و اجتناب‌ناپذیر به‌نظر می رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط عوامل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

جمعیت‌شناختی و شغلی با ادراک پرستاران در استفاده از مهار فیزیکی در مراقبت از بیماران سالمند انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مقطعی- تحلیلی (Cross-sectional-analytical) است و در بازه زمانی اسفند ماه سال ۱۴۰۲ تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۳ در میان پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی-جراحی و مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز انجام شده است. بر اساس مطالعه Al-Khaled و همکاران[۱۷]حداقل ضریب همبستگی مورد انتظار بین عوامل جمعیت شناختی و شغلی با ادراک استفاده از مهار فیزیکی در میان پرستاران برابر با $r = 0.20$ در نظر گرفته شد و حجم نمونه با فرمول حجم نمونه برای برآورد ضریب همبستگی و با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد حداقل حجم مورد نیازبرای انجام مطالعه برابر ۲۶۰ نفر محاسبه شد.

$C = ۰/۵ \times \ln [(۱ + ۰/۲) / (۱ - ۰/۲)] = ۰/۲۰$

$N = [(۱/۹۶ + ۱/۲۸) / ۰/۲۰]^2 + ۳ = ۲۶۰$

نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انجام گرفت. ابتدا از میان بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی البرز در مجموع ۴ بیمارستان شامل بیمارستان های مدنی، امام علی (ع)، شهید رجائی و کوثر که دارای بخش های داخلی- جراحی و مراقبت های ویژه بودند، انتخاب شدند. در مرحله دوم، از هر بیمارستان، تعدادی از پرستاران به روش احتمال متناسب با اندازه (Probability Proportional to Size - *PPS*) و بر اساس تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی–جراحی و مراقبت‌های ویژه که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند. به این ترتیب از بیمارستان امام علی ۷۷پرستار، از بیمارستان رجایی ۷۷ پرستار، از بیمارستان مدنی۶۳ پرستار و از بیمارستان کوثر ۴۳ پرستار وارد پژوهش شدند.

پس از تأیید کمیته اخلاق با کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز، به صورت حضوری به بیمارستان های منتخب مراجعه و پس از مراجعه به مراکز، اهداف پژوهش توسط پژوهشگر برای مسئولان این مراکز توضیح داده شد و نمونه گیری از میان پرستاران شاغل در بخش ها با معیار های ورود به پژوهش انجام گردید. بدین صورت که پژوهشگر پس از معرفی خود و کسب رضایت واحد ها جهت شرکت در مطالعه، هدف از انجام پژوهش را برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و بعد از کسب رضایت کتبی و آگاهانه وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل اشتغال و وجود حداقل یک سال سابقه کار در در بخش‌های داخلی–جراحی یا مراقبت‌های ویژه بود؛ چرا که تجربه بالینی کافی و مواجهه مستمر با بیماران، پیش شرط کسب ادراک واقعی و معتبر از پدیده مورد مطالعه محسوب می‌شود. همچنین، پرستاران دارای سمت‌های مدیریتی در معیارهای ورود گنجانده نشدند؛ زیرا نقش‌های نظارتی و مدیریتی آنان با ماهیت مراقبت مستقیم تفاوت اساسی دارد و این تفاوت می‌تواند موجب ناهمگنی در داده‌ها، بروز سوگیری ادراکی و کاهش اعتبار درونی پژوهش شود. حذف این گروه به منظور دستیابی به نمونه‌ای همگن و ارتقای دقت اندازه‌گیری ادراک واقعی پرستاران خط مقدم از استفاده مهار فیزیکی صورت گرفت. معیارهای خروج از پژوهش شامل انصراف داوطلبانه مشارکت‌کنندگان در هر مرحله از مطالعه، عدم همکاری کافی در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها، و حذف پرسشنامه‌هایی بود که به‌دلیل ناقص بودن، مخدوش بودن یا عدم اعتبار محتوایی، قابلیت ورود به تحلیل آماری را نداشتند.

ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های جمعیت شناختی و ادراک استفاده از مهار فیزیکی(PRUQ) بود. پرسشنامه جمعیت شناختی حاوی اطلاعات سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، محل خدمت، نام بیمارستان و بخش، وضعیت استخدام، سابقه خدمت، سابقه فعالیت در بخش فعلی، سابقه دریافت آموزش‌های شغلی مرتبط با مراقبت از سالمندان، سابقه آموزش‌های مرتبط با استفاده از مهار فیزیکی و میزان استفاده از مهار بود.

جهت اندازه گیری ادراک پرستاران از مهار فیزیکی از پرسش‌نامه ادراک استفاده از مهار فیزیکی(PRUQ) استفاده شد. این ابزاربه عنوان یکی از معتبرترین، استانداردترین و پرتکرارترین ابزارهای بین‌المللی برای سنجش ادراک پرستاران نسبت به مهار فیزیکی[۱۸،۲۰-۲۲]، اولین بار توسط Evans & Strumpf در سال ۱۹۸۸ در دانشگاه پنسیلوانیا طراحی و در سال ۱۹۹۳ ارتقاء یافت. هدف این پرسش‌نامه، ارزیابی درک پرستاران از ضرورت و اهمیت دلایل استفاده از مهار فیزیکی برای سالمندان است. PRUQ شامل ۱۷ گویه در مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۱ = ضروری نیست تا ۵ = بسیار ضروری است) با دامنه نمره ۱۷ تا ۸۵ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده احساس ضرورت بیشتر برای استفاده از مهار فیزیکی هستند. روایی صوری و محتوایی آن ارزیابی شد و ضریب آلفای آن ۰/۸۰ بود[۲۳]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

توسط شریفی و همکاران در سال ۱۴۰۰ ارزیابی شد. تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نشان داد که سه بعد اصلی شامل تأمین محیط ایمن (۹ گویه)، پیشگیری از قطع یا مزاحمت در درمان (۵ گویه) و پیشگیری از سقوط (۳ گویه) شناسایی شدند. نمونه ای از گویه های بعد پیشگیری از سقوط: حفاظت سالمند از سقوط از تخت، بعد پیشگیری از قطع یا تزاحم در درمان: محافظت از کارکنان یا سایر بیماران از آزار و خشونت فیزیکی، و بعد تامین محیط ایمن: پیشگیری از کشیدن لوله تغذیه است. ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی ۰/۸۲ و شاخص همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۸۶محاسبه شده است[۲۰]. از مشارکت کنندگان خواسته شد پرسشنامه ها را پایان شیفت، ولی پیش از ترک بخش، تکمیل نمایند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. برای این منظور، از آزمون‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار استفاده گردید. همچنین برای بررسی ارتباط بین متغیرها، از مدل رگرسیون خطی تک‌متغیره و چندمتغیره همزمان با رعایت پیش فرض های لازم (متغیرهای مستقل در مدل رگرسیون باید از نوع کمی باشند) استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش، در مجموع ۲۶۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز که ۱۳۱ پرستار از بخش های داخلی-جراحی و ۱۲۹ پرستار از بخش های مراقبت های ویژه بودند، وارد مطالعه شدند. دامنه سنی پرستاران ۲۴ تا ۴۹ سال و میانگین و انحراف معیار سن برابر با ۰۱ /۵ ± ۳۲/۹۴ سال بود. مطابق جدول ۱، بیشترین گروه جنسیتی در پرستاران مورد مطالعه مربوط به زنان (۶۵٪) بود. از نظر وضعیت تاهل، اکثریت شرکت کنندگان متاهل (۵۱/۹٪) بودند. بیشترین سطح تحصیلات مربوط به کارشناسی (۹۲/۷٪) بود. اکثریت پرستاران، شیفت کاری در گردش (۹۰/۴٪) بودند. اکثریت پرستاران سابقه آموزش مراقبت از سالمند (۵۸/۱٪) و سابقه آموزش مهارکننده های فیزیکی (۸۷/۷٪) را داشتند. در زمینه سوابق خدمتی و حرفه ای، میانگین و انحراف معیار سابقه کار در حرفه پرستاری ۴/۵۳±۷/۸۸ سال و سابقه کار اختصاصی در بخش های مورد مطالعه پرستاران ۲/۲۵±۳/۰۸ سال بوده است. نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد که ادراک پرستاران در مورد استفاده از مهار فیزیکی برای سالمندان در شهر کرج در سطح بالایی قرار داشت. میانگین ادراک استفاده از مهار فیزیکی توسط پرستاران ۶۵/۴۳ از ۸۵ بوده است که این مقدار حاکی از آن است که اهمیت و ضرورت استفاده از مهار فیزیکی ازدیدگاه پرستاران در مراقبت از سالمندان حائز اهمیت است. در بعد پیشگیری(حفاظت سالمند)، میانگین نمره ۱۲/۶۶ از ۱۵ ثبت شده که نشان‌دهنده اهمیت بسیار زیاد استفاده از مهار فیزیکی در جلوگیری از سقوط سالمندان است. در بعد پیشگیری از قطع یا مزاحمت در درمان، میانگین نمره ۲۰/۵۰ از ۲۵ به دست آمد که حاکی از اهمیت زیاد استفاده از مهار فیزیکی در حفظ روند درمان سالمندان است. همچنین، در بعد تأمین محیط ایمن، میانگین نمره ۳۲/۲۷ از ۴۵ نشان‌دهنده این است که مهار فیزیکی برای ایجاد محیطی امن بسیار ضروری است. مطابق جدول ۳، در بعد پیشگیری(حفاظت سالمند) بیشترین عامل، "سقوط از تخت " و کمترین عامل " جابجایی غیرایمن " به ترتیب با میانگین و انحراف معیار نمره ۰/۸۸±۴/۴۵ و ۰/۹۷±۴/۰۵ بود. در بعد پیشگیری از قطع یا تزاحم درمان بیشترین عامل " کشیدن لوله تغذیه " و کمترین عامل " درآوردن پانسمان " بوده است به ترتیب با میانگین و انحراف معیار ۰/۸۲±۴/۲۶ و ۱/۰۴±۳/۸۵ بود. در بعد تامین محیط ایمن، بیشترین عامل "پیشگیری از استفاده از وسایل خطرناک " با میانگین و انحراف معیار ۱/۰۵±۳/۸۳ و کمترین عامل " جلوگیری از گرفتن اشیا از دیگران " با میانگین و انحراف معیار ۱/۲۰±۳/۲۲ بود.

بر اساس جدول ۴ برآورد ۳/۰۹ در بخش مراقبت ویژه به‌صورت رگرسیون خطی تک متغیره نشان می‌دهد که در پرستاران شاغل در این بخش نسبت به پرستاران بخش داخلی جراحی، به‌طور متوسط میزان ادراک پرستاران به استفاده از ابزار مهارتی ۳/۰۹ نمره افزایش می‌یابد. این افزایش معنادار است (P=۰/۰۲۴۶) و تنها ۱/۲درصد از واریانس ادراک می‌تواند با نوع بخش کاری توجیه شود.برآورد ۰/۴۳ در سن به‌صورت رگرسیون خطی تک متغیره نشان می‌دهد که سن، بطور متوسط میزان ادراک پرستاران، استفاده از ابزار مهارتی در افراد سن بالاتر نسبن به سن پایین ۰/۴۳ نمره افزایش می‌یابد. این افزایش معنادار است (P=۰/۰۰۲) و تنها ۳/۶۱ درصد از واریانس ادراک می‌تواند با سن توجیه شود.برآورد ۱۱/۸۲ در تحصیلات لیسانس به‌صورت رگرسیون خطی تک متغیره نشان می‌دهد که در این پرستاران ، به‌طور متوسط میزان ادراک پرستاران در استفاده از ابزار مهارتی نسبت به پرستاران دارای مدرک فوق لیسانس ۱۱/۸۲ نمره افزایش می‌یابد. این افزایش معنادار است (P<۰/۰۰۱) و تنها ۷/۳۸ درصد از واریانس ادراک می‌تواند با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

تحصیلات در این بعدتوجیه شود.برآورد ۰/۴۱ در سابقه خدمت پرستاری به‌صورت تک‌متغیره نشان می‌دهد که در این پرستاران، به‌طور متوسط میزان ادراک پرستاران در استفاده از ابزار مهارتی نسبت به پرستاران دارای سابقه خدمتی کمتر ۰/۴۱ نمره افزایش می‌یابد. این افزایش معنادار است (P=۰/۰۰۷) و تنها ۲/۷۵ درصد از واریانس ادراک می‌تواند با سابقه خدمت پرستاری در این بعدتوجیه شود. همچنین نتایج مدل رگرسیون چند متغیره به‌طور همزمان حاکی از آن است که تعدادی از عوامل مانند تحصیلات، سن، جنسیت، وضعیت تأهل و ساعات کاری مورد بررسی قرار گرفتند. ضریب همبستگی ۰/۳۶۹ نمایانگر وجود رابطه متوسط مثبت بین مجموعه متغیرهای مستقل و نگرش پرستاران نسبت به استفاده از ابزار مهارتی است. این نشان‌دهنده همبستگی میان آن‌ها می‌باشد. ضریب تعیین ۰/۱۳۶ نشان می‌دهد که ۱۳/۶ درصد از تغییرات در ادراک پرستاران نسبت به استفاده از ابزار مهارتی توسط این متغیرهای مستقل توضیح داده می‌شود که به معنای آن است که بخش عمده‌ای از تغییرات ممکن است به دیگر عواملی بستگی داشته باشد که در این مدل لحاظ نشده‌اند. ضریب تعیین تعدیل‌شده ۰/۱۰۱ بیانگر آن است که دقت مدل در پیش‌بینی میزان تغییرات در ادراک پرستاران در استفاده از ابزار مهارتی، با توجه به تعداد متغیرهای موجود، بهبود می‌یابد. خطای استاندارد برآورد ۱۰/۷۵ نشان‌دهنده اختلاف بین مقادیر پیش‌بینی شده و مقادیر واقعی است و دقت پیش‌بینی مدل را بیان می‌کند. در نهایت، برآورد ۳/۰۹ در بخش ویژه حاکی از آن است که در پرستاران شاغل در این بخش نسبت به پرستاران بخش داخلی جراحی به‌طور متوسط میزان ادراک پرستاران نسبت به استفاده از ابزار مهارتی ۳/۰۹ نمره افزایش می‌یابد و این میزان افزایش معنادار بوده است (P=۰/۰۲۴). برآورد ۱۲/۷۴در تحصیلات فوق لیسانس حاکی از آن است که در پرستاران داراک مدرک لیسانس نسبت به پرستاران فوق لیسانس به‌طور متوسط میزان ادراک پرستاران نسبت به استفاده از ابزار مهارتی ۱۲/۷۴ نمره افزایش می‌یابد و این میزان افزایش معنادار بوده است (P<۰/۰۰۱). سایر عوامل در این مدل تأثیرگذار نبوده‌اند.

جدول۱: شاخص‌های جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران شهر کرج (۲۶۰ نفر)

متغیر(کیفی)	تعداد	درصد	متغیر(کمی)	میانگین	انحراف معیار
بخش کاری			**سن**	۳۲/۹۳۸	۵/۰۱۰
داخلی جراحی	۱۳۱	۵۰/۴			
مراقبت ویژه	۱۲۹	۴۹/۶			
جنسیت					
زن	۱۶۹	۶۵	**سابقه کار در پرستاری (سال)**	۷/۸۸۵	۴/۵۳۷
مرد	۹۱	۳۵			
تاهل			**سابقه کار در بخش(سال)**	۳/۰۸۵	۲/۲۵۹
مجرد	۱۳۵	۵۱/۹			
متاهل	۱۲۵	۴۸/۱			
تحصیلات					
لیسانس	۲۴۱	۹۲/۷			
فوق لیسانس	۱۹	۷/۳			
شیفت					
ثابت	۲۵	۹/۶			
در گردش	۲۳۵	۹۰/۴			
سابقه اموزش مراقبت از سالمند					
بلی	۱۵۱	۵۸/۱			
خیر	۱۰۹	۴۱/۹			
سابقه آموزش مهارکننده های فیزیکی					
بله	۲۲۸	۸۷/۷			
خیر	۳۲	۱۲/۳			
میزان استفاده از مهار فیزیکی					
بندرت	۶۹	۲۶/۶			
گاهی	۱۳۶	۵۲/۳			
بیشتر اوقات	۵۵	۲۱/۲			

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

جدول۲: ادراک استفاده از مهار فیزیکی برای سالمندان در پرستاران (۲۶۰ نفر)

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
پیشگیری از سقوط(از ۱۵)	۳	۱۵	۱۲/۶۶	۲/۳۳
پیشگیری از قطع یا تزاحم درمان (از ۲۵)	۸	۲۵	۲۰/۵۰	۳/۷۳
تامین محیط امن (از ۴۵)	۱۲	۴۵	۳۲/۲۷	۷/۵۸
ادراک استفاده از مهار فیزیکی(از ۸۵)	۲۹	۸۵	۶۵/۴۳	۱۱/۳۵
ادراک استفاده از مهار فیزیکی(۵)	۱/۷۱	۵	۳/۸۴	۰/۶۶

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره سوالات ادراک استفاده از مهار کننده های فیزیکی در پرستاران

متغیر	میانگین	انحراف معیار	رتبه میانگین
پیشگیری از سقوط از تخت	۴/۴۵	۰/۸۸۰	۱
پیشگیری از سقوط از صندلی	۴/۱۶۰	۰/۹۷۶	۲
پیشگیری از جابه جایی غیر ایمن	۴/۰۵۰	۰/۹۷۳	۳
جلوگیری از سرگردانی سالمند	۳/۷۴۰	۱/۱۱۵	۲
جلوگیری از گرفتن اشیاء از دیگران توسط سالمند	۳/۲۲۰	۱/۲۰۰	۹
جلوگیری از استفاده از وسایل خطرناک	۳/۸۳۰	۱/۰۵۳	۱
جلوگیری از آزار و اذیت دیگران توسط سالمند	۳/۶۰۰	۱/۲۰۲	۹
فراهم کردن شرایط آرام و استراحت سالمند	۳/۵۱۰	۱/۱۹۴	۷
فراهم کردن ایمنی سالمند هنگام اختلال قضاوت	۳/۷۱۰	۱/۰۸۲	۳
جایگزینی برای مشاهده توسط کارکنان	۳/۴۱۰	۱/۲۱۶	۸
محافظت از کارکنان یا سایر بیماران	۳/۵۵۰	۱/۱۷۶	۶
مدیریت آزیتاسیون	۳/۷۰۰	۱/۲۸۴	۴
پیشگیری از کشیدن کتتر	۴/۲۳۰	۰/۸۵۴	۲
پیشگیری از کشیدن لوله تغذیه	۴/۲۶۰	۰/۸۲۴	۱
پیشگیری از کشیدن رگ وریدی	۴/۰۹۰	۰/۹۴۰	۳
پیشگیری از پاره کردن بخیه ها	۴/۰۷۰	۰/۹۶۴	۴
پیشگیری از درآوردن پانسمان	۳/۸۵۰	۱/۰۴۸	۵

جدول ۴: ارتباط عوامل جمعیت شناختی پرستاران با ادراک استفاده از مهار فیزیکی بر اساس پرسشنامه ادراک استفاده از مهار فیزیکی سالمندی در سالمندان شهر کرج– سال ۱۴۰۲(۲۶۰ نفر)

متغیر	رده	مرجع	ضریب غیر استاندارد	خطای معیار	سطح معناداری
بخش (تک متغیر)	مراقبت ویژه	داخلی جراحی	۲/۵۵۳	۱/۴۰۱	۰/۰۷۰
بخش (چند متغیره)	مراقبت ویژه	داخلی جراحی	۳/۰۹۵	۱/۳۶۳	۰/۰۲۴۶
جنسیت(تک متغیره)	مرد	زن	-۰/۸۳۸	۱/۴۷۷	۰/۵۷۱
جنسیت(چندمتغیره)	مرد	زن	-۱/۱۰۲	۱/۴۴۷	۰/۴۴۷
سن(سال- تک متغیر)	-	-	۰/۴۳۰	۰/۱۳۸	۰/۰۰۲
سن(سال-چندمتغیره)	-	-	۰/۲۶۰	۰/۲۷۶	۰/۳۴۷
تاهل (تک متغیر)	متاهل	مجرد	-۱/۱۳۰	۱/۴۰۹	۰/۴۲۳
تاهل (چند متغیره)	متاهل	مجرد	-۰/۶۴۵	۱/۴۶۳	۰/۶۶۰
تحصیلات(تک متغیر)	لیسانس	فوق لیسانس	۱۱/۸۲۵	۲/۶۰۷	۰/۰۰۱
تحصیلات(چندمتغیره)	لیسانس	فوق لیسانس	۱۲/۷۴۵	۲/۶۶۲	۰/۰۰۱
سابقه کار بیمارستان	-	-	۰/۴۱۵	۰/۱۵۴	۰/۰۰۷
سابقه کار بیمارستان	-	-	۰/۲۵۶	۰/۳۱۱	۰/۴۴۷
شیفت کاری(تک متغیر)	ثابت	در گردش	۰/۲۲۷	۲/۳۹۱	۰/۹۲۴
شیفت کاری (چند متغیره)	ثابت	در گردش	-۰/۲۴۳	۲/۳۰۸	۰/۹۱۶
سابقه کار در بخش	-	-	۰/۲۶۴	۰/۳۱۲	۰/۳۹۸
سابقه کار در بخش	-	-	-۰/۳۶۳	۰/۳۵۴	۰/۳۰۶
سابقه آموزش مراقبت سالمند	بلی	خیر	۱/۳۴۹	۱/۴۲۶	۰/۳۴۵
سابقه آموزش مراقبت سالمند	بلی	خیر	۱/۰۹۸	۱/۴۰۶	۰/۴۳۵
سابقه آموزش مهار فیزیکی	بلی	خیر	۰/۱۷۵	۲/۱۴۶	۰/۹۳۵
سابقه آموزش مهار فیزیکی	بلی	خیر	-۰۶/۲	۲/۱۴۰	۰/۷۷۹

*رگرسیون چند متغیره

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

بحث و نتیجه گیری

علیرغم روند جهانی برای کاهش استفاده از مهار فیزیکی[۲۴]، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ادراک پرستاران نسبت به ضرورت استفاده از مهار فیزیکی در مراقبت از بیماران سالمند در سطح نسبتاً بالا قرار دارد. این یافته همسو با نتایج مطالعات بین‌المللی اخیر است که نشان داده‌اند پرستاران در سراسر محیط‌های مراقبتی، به ویژه در مراقبت‌های ویژه، به طور مداوم مهار فیزیکی را به عنوان یک اقدام پیشگیرانه ایمنی می‌شناسند [۲۷-۲۵]. مطالعهDolan و همکاران نشان داد که پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه جراحی، هنگام تعیین استفاده از مهار، «تضمین ایمنی و راحتی بیمار» را در اولویت قرار می‌دهند. Kalula و همکاران نشان دادند در بخش‌های جراحی، مهارها "عمدتاً برای محافظت از دستگاه‌های پزشکی و به عنوان محافظت از آسیب" استفاده می‌شوند. Weiner و همکاران دریافتند که پرستاران بخش داخلی در مقایسه با پرستاران سایر مراکز مراقبت‌های بهداشتی، بیشتر با استفاده از مهارهای فیزیکی موافق هستند. انگیزه‌های اصلی، محافظت از ایمنی بیمار، محافظت از سایر بیماران و رفع نیازهای سازمانی بود[۳۰-۲۸]. Freeman و همکاران دریافتند که همه پرستاران مورد بررسی، معتقد بودند که مهار فیزیکی در مراقبت از بیمار جایگاه وبژه ای دارد و ایمنی به عنوان توجیه اصلی آن است. Lao و همکاران تأیید کردند که هدف اصلی پرستاران، محافظت از بیمار است، حتی اگر به معنای "فدا کردن راحتی بیماران برای اطمینان از ایمنی آنها" باشد. Luk و همکاران مستند کردند که ۴۳٪ از موارد استفاده از مهار به دلیل آشفتگی بیمار بوده است و ۱۷٪ به عنوان یک اقدام احتیاطی استفاده شده است. در حالی که مطالعات نگرانی‌های اخلاقی بالقوه را تصدیق می‌کنند، اجماع قاطع این است که پرستاران مهار فیزیکی را به عنوان یک مداخله پیشگیرانه ضروری برای محافظت از بیماران در برابر خودآزاری یا برداشتن دستگاه پزشکی می‌دانند[۲۷-۲۵].

داده‌های مطالعه حاضر ممکن است نشان دهد که این رویه‌ها در مقایسه با کشورهایی که تغییر نگرش در آنها رخ داده است، بخش ضروری از روال روزمره تلقی می‌شوند[۳۱،۳۲].

اهمیت بالای مهار فیزیکی به دلیل پیشگیری از سقوط در پژوهش حاضر، با مطالعات انجام شده در اسپانیا، ترکیه ، ایران و ایرلند، که خطر بالای سقوط در سالمندان بستری را گزارش کرده‌اند کاملاً هم‌خوان است. Farina-Lopez و همکاران، گزارش دادند که ۹۸٪ از پرستاران از مهارهای فیزیکی استفاده کرده‌اند و پیشگیری از سقوط، منطق اصلی آنها بوده است. Hakverdioğlu Yönt و همکاران نشان داد که پیشگیری از سقوط دلیل اصلی استفاده از مهارهای فیزیکی است و عوامل مرتبط با بیمار مانند سرگردانی، آشفتگی و اختلال شناختی محرک‌های اصلی آن هستند [۲۴،۳۳]. Sharifi و همکاران دریافتند که پرستاران، پیشگیری از سقوط را بسیار مهم ارزیابی کرده‌اند. Leahy-Warren و همکاران تأیید کردند که در نقش‌های مختلف پرستاری، کاهش سقوط همواره مهمترین توجیه برای استفاده از مهار بوده است[۱۶،۳۴]. بنابراین طبیعی است که پرستاران، در نبود منابع کافی یا فقدان راهکارهای جایگزین، مهار فیزیکی را به‌عنوان یک راهبرد ضروری برای کاهش خطرات ایمنی درک کنند.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که «پیشگیری از قطع لوله تغذیه یا تجهیزات درمانی» از دیگر دلایل مهمی است که ادراک پرستاران از مهار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعاتی هماهنگ است که استفاده از مهار را در شرایطی که خطر اختلال در درمان وجود دارد، قابل قبول می داند. Fariña-López و همکاران، دریافتند که هم پرستاران ثبت‌شده و هم دستیاران پرستاری، مهار را مهم‌ترین عامل برای جلوگیری از برداشتن دستگاه‌های پزشکی مانند لوله‌های داخل وریدی و کاتترهای ادراری می‌دانند. Sharifi و همکاران، نیز به طور مشابه گزارش دادند که جلوگیری از بیرون کشیدن کاتتر توسط بیماران، دلیل اصلی مهار فیزیکی است. Nianqi Cui و همکاران تأکید کردند که مهارهای فیزیکی با جلوگیری از خارج کردن لوله تراشه بدون برنامه‌ریزی، از ایمنی بیمار به قیمت از دست رفتن راحتی بیمارمحافظت می‌کنند[۱۴،۱۶،۳۵]. یکی از یافته‌های کلیدی مطالعه حاضر، وجود رابطه معنادار میان سن و ادراک پرستاران از مهار فیزیکی بود. برخی شواهد بیانگر آن است که سن به طور قابل توجهی با درک پرستاران از مهار فیزیکی مرتبط است[۳۶،۳۷]. در حالی که یافته های مطالعات دیگری نگرش پرستاران نسبت به مهار فیزیکی را بررسی کردند و سن را به عنوان یک عامل تعیین‌کننده کلیدی نیافتند[۱۴،۳۸]. این یافته احتمالاً به این دلیل است که تجربه عملی، سیاست‌های سازمانی، فرهنگ واحد، سطح آموزش‌های تخصصی و مرحله حرفه‌ای پرستاران اثر قوی‌تری نسبت به سن شناسنامه‌ای دارند. همچنین یکسان بودن آموزش‌ها برای گروه‌های سنی مختلف و ناهمگنی محدود در سن نمونه‌ها، می‌تواند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

عامل دیگری برای عدم معناداری این رابطه باشد. بنابراین، سن به‌تنهایی نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی ادراک نسبت به مهار فیزیکی باشد و عوامل مرتبط با تجربه و شرایط محیطی نقش برجسته‌تری ایفا می‌کنند.

یکی از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر، وجود رابطه معنادار میان تحصیلات و ادراک پرستاران از مهار فیزیکی بود. Leahy-Warren و همکاران، دریافتند که تحصیلات عامل معناداری در اهمیت درک شده از استفاده از مهار فیزیکی نبود[۳۴]. در حالی که برخی مطالعات، سطح تحصیلات ر ابه طور قابل توجهی با درک پرستاران از مهار فیزیکی مرتبط می داند؛ یافته های تحقیق Kassew و همکاران، نشان داد مدارک تحصیلی پایین‌تر با سطح دانش پایین‌تر مرتبط هستند، در حالی که سطوح تحصیلات بالاتر با نگرش منفی نسبت به مهار فیزیکی مرتبط هستند[۳۹]. عدم وجود رابطه معنادار بین تحصیلات و ادراک مهار فیزیکی در برخی مطالعات را می‌توان ناشی از یکنواختی محتوای آموزشی مرتبط با مهار در مقاطع مختلف، غلبه عوامل محیطی و سازمانی بر عوامل فردی، نقش تعیین‌کننده تجربه بالینی به‌جای تحصیلات آکادمیک، و نیز محدودیت‌های آماری برخی پژوهش‌ها دانست. بنابراین، به‌نظر می‌رسد سطح تحصیلات پیش‌بینی‌کننده قدرتمندی برای ادراک مهار نیست، مگر آن‌که با آموزش‌های هدفمند، ساختاریافته و مبتنی بر شواهد همراه باشد.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که رابطه معنادار میان سابقه کار و ادراک پرستاران از مهار فیزیکی وجود داشت. این یافته همسو با نتایج مطالعات Sharifi و همکاران است که تأیید کردند که سابقه کار رابطه معناداری با نمرات کل ادراک از استفاده از مهار فیزیکی دارد. Gandhi و همکاران، خاطرنشان کردند که پرستاران با بیش از ده سال سابقه، در مقایسه با همکاران کم‌تجربه‌تر، نگرش مطلوب‌تری نسبت به مهار فیزیکی نشان داده‌اند[۱۴،۴۰]. اگرچه انتظار می‌رود سابقه کاری نقش مهمی در شکل‌گیری ادراک پرستاران نسبت به مهار فیزیکی داشته باشد، اما نتایج برخی مطالعات چنین رابطه‌ای را گزارش نکرده‌اند. Barr و همکاران، یک بررسی سیستماتیک از ویژگی‌های کارکنان پرستاری انجام دادند و هیچ همبستگی معناداری بین سن، جنسیت و تجربه و تمایل به استفاده از مهار فیزیکی پیدا نکردند. به طور مشابه، Balci و همکاران، هیچ ارتباطی بین سال‌های حرفه‌ای و نمرات اطلاعات، نگرش یا عملکرد پرستاران در مورد مهار فیزیکی گزارش نکردند[۴۱،۴۲]. این ناهمخوانی می‌تواند ناشی از استاندارد بودن آموزش‌ها، یکسان بودن نقش‌های حرفه‌ای، غلبه فرهنگ واحد بر تفاوت‌های فردی، روتین بودن مهار در برخی بخش‌ها، ناهمگنی ناکافی سابقه کاری در نمونه‌ها و تأثیر قوی‌تر عوامل سازمانی و محیطی باشد. علاوه بر این، ادراک نسبت به مهار فیزیکی تا حد زیادی یک متغیر نگرشی و اخلاقی است و نه صرفاً تابع تعداد سال‌های خدمت؛ از این رو، تجربه واقعی، کیفیت مواجهه و باورهای حرفه‌ای ممکن است اثر قوی‌تری از میزان سابقه کاری داشته باشند. تحقیق حاضر نشان می‌دهد که عوامل پیچیده‌تری بر دیدگاه پرستاران در مورد مهار فیزیکی تأثیر می‌گذارند، از جمله محیط کار، تجربیات آموزشی و مواجهه بالینی، نه صرفاً سطح تحصیلات رسمی. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه نسبت به پرستاران بخش داخلی– جراحی، ادراک بالاتری از ضرورت استفاده از مهار فیزیکی دارند. اگرچه این تفاوت در تحلیل تک‌متغیره تنها در آستانه معناداری قرار داشت، اما در مدل چندمتغیره و با کنترل سایر عوامل جمعیت‌شناختی و شغلی، اثر بخش به‌عنوان یک پیش‌بینی‌کننده مستقل تقویت شد و به سطح معناداری رسید. این یافته بیانگر آن است که **ماهیت خاص** محیط مراقبت ویژه نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌دهی به برداشت و رویکرد پرستاران نسبت به مهار فیزیکی دارد.

Jiang و همکاران، دریافتند که پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه "بسیار بیشتر از پرستاران بخش عمومی پزشکی و بخش جراحی از مهار فیزیکی استفاده می‌کنند[۴۳]. علی رغم تلاش وافر نویسندگان مطالعه ای پیدا نشد که با این یافته همسو نباشد. برای درک کامل تفاوت‌های بین بخش ها، مطالعات جامع‌ترو هدفمندتری مورد نیاز است. در پژوهش حاضر متغیرهایی مانند جنسیت، نوع شیفت و سابقه آموزش با ادراک ارتباط نداشتند. مطالعات متعدد نشان می‌دهد که پیشینه جنسیتی ارتباط معناداری با ادراک یا استفاده از مهار فیزیکی نداشته است.یک بررسی سیستماتیک توسط Barr و همکاران، هیچ همبستگی معناداری بین جنسیت و تمایل به استفاده از مهار در محیط‌های سلامت روان پزشکی قانونی پیدا نکرد[۴۱]. در حالی که برخی مطالعات مانند O’Callaghan و همکاران، ارتباط معنادار مرتبط با جنسیت را یافتند[۴۴]، شواهد کلی نشان می‌دهد که جنسیت عامل مهمی در ادراک یا اجرای مهار فیزیکی نیست که دلایل آن را می‌توان در استاندارد بودن دستورالعمل‌های مهار و شباهت نقش‌های حرفه‌ای بین پرستاران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

زن و مرد جستجو کرد. مطالعه Fariña-López و همکاران، نشان داد که ارتباط بین ادراک استفاده از مهار و متغیرهای مختلف، معنادار نبود[۱۶]. برعکس، Kodal و همکاران، دریافتند که مهار فیزیکی به طور قابل توجهی با شیفت‌های عصر مرتبط است[۴۵].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش قبلی در زمینه مهار یا آموزش سالمندان ارتباطی با ادراک استفاده از مهار ارتباط نداشتند. برخی شواهد بیانگر آن است که آموزش به طور قابل توجهی با درک پرستاران از مهار فیزیکی مرتبط نیست[۱۶،۳۴]. این موضوع می‌تواند نشان‌دهنده دو نکته باشد: نخست، کیفیت دوره‌های آموزشی ارائه شده به پرستاران ممکن است ناکافی، کوتاه‌مدت یا غیرکاربردی بوده باشد؛ دوم، حضور فشارهای محیطی، کمبود نیروی انسانی، نبود سیاست‌های جایگزین یا کمبود تجهیزات می‌تواند باعث شود پرستاران با وجود آموزش، همچنان مهار را گزینه‌ای ضروری تلقی کنند.

در تحلیل جامع یافته‌ها، می‌توان گفت سطح بالای ادراک گزارش‌شده از مهار فیزیکی، احتمالاً ترکیبی از عوامل محیطی (مانند کمبود پرسنل)، عوامل فرهنگی (تسلط الگوی مراقبت سنتی مبتنی بر کنترل رفتار بیمار)، و عوامل سازمانی (فقدان سیاست‌های صریح کاهش مهار) است. پژوهش‌های بین‌المللی نیز نشان داده‌اند که نگرش‌های پرستاران در جهت‌گیری به سمت استفاده از مهار، اغلب تحت تأثیر فرهنگ سازمانی است[۴۶،۴۷]. بیمارستان‌هایی با فرهنگ ایمنی پیشرفته و سیاست‌های جایگزین مؤثر، نرخ استفاده از مهار بسیار کمتری دارند[۴۸،۴۹].

یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به‌عنوان یک مبنای پژوهشی و اجرایی برای سیاست‌گذاران نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد. از دیدگاه مدیریتی، ارتقای برنامه‌های آموزش حرفه‌ای، به‌ویژه برای پرستاران جدید یا کم‌تجربه، ارائه دستورالعمل‌های استاندارد مبتنی بر شواهد، ارتقای فرهنگ مراقبت ایمن و فراهم کردن گزینه‌های جایگزین مانند پرستار همراه، تجهیزات مانیتورینگ، محیط‌های حفاظت‌شده، و تخت‌های مخصوص سالمندان می‌تواند به کاهش اتکای نظام سلامت به مهار فیزیکی کمک کند.

در نهایت، پژوهش حاضر با وجود ارائه یافته‌های ارزشمند، محدودیت‌هایی نیز دارد. طراحی مقطعی مطالعه امکان نتیجه‌گیری علی و معلولی را محدود می‌کند. همچنین شرایط جسمی و روحی پرستاران شرکت کننده در پژوهش در شیفت ها و ساعات مختلف کاری، ممکن است در نحوه تکمیل پرسشنامه و انتخاب پاسخ درست و دقت در پاسخ دهی به سوالات موثر بوده باشد

نتایج این پژوهش نشان داد که ادراک پرستاران نسبت به استفاده از مهار فیزیکی در مراقبت از بیماران سالمند در سطح نسبتاً مطلوب قرار دارد. بیشترین انگیزه برای به‌کارگیری مهار فیزیکی، پیشگیری از سقوط بیمار و جلوگیری از کشیدن لوله تغذیه بود که نشان‌دهنده غلبه نگرش ایمنی‌محور در تصمیم‌گیری‌های بالینی پرستاران است. با این حال، وجود رابطه معنادار بین متغیرهای سن، تحصیلات و سابقه خدمت با ادراک استفاده از مهارکننده‌های فیزیکی بیانگر آن است که عوامل فردی و شغلی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری نگرش و تصمیم‌گیری پرستاران دارند. به نظر می‌رسد پرستاران با سن و سابقه کاری بیشتر، به دلیل تجربه بالینی و مواجهه مکرر با شرایط بحرانی، نسبت به ضرورت استفاده از مهار فیزیکی در موقعیت‌های پرخطر آگاهی و حساسیت بیشتری دارند. از سوی دیگر، افزایش سطح تحصیلات با کاهش تمایل به استفاده از مهارکننده‌ها همراه است که می‌تواند ناشی از آشنایی بیشتر این گروه با اصول مراقبت انسانی، جایگزین‌های غیرفیزیکی و الزامات اخلاقی در مراقبت از سالمندان باشد. این یافته‌ها بر ضرورت بازنگری در برنامه‌های آموزشی و سیاست‌های بیمارستانی در زمینه استفاده ایمنی و اخلاق مبتنی بر شواهد از مهار فیزیکی تأکید دارد. به‌ویژه، آموزش‌های ضمن خدمت در خصوص **مدیریت** رفتار بیماران سالمند بدون توسل به محدودسازی فیزیکی می‌تواند به ارتقای کیفیت مراقبت، احترام به کرامت انسانی بیماران و کاهش خطرات ناشی از مهار فیزیکی منجر شود. در نهایت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با رویکرد کیفی، به بررسی عمیق‌تر فرآیندهای تصمیم‌گیری پرستاران و ملاحظات اخلاقی و فرهنگی مؤثر بر استفاده از مهار فیزیکی در بافت مراقبتی ایران بپردازند.

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر بر گرفته از نتایج پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری سالمندی است که در کمیته اخلاق دانشگاه شاهد مطرح و با کد IR.SHAHED.REC.1402.085 مورد تأیید قرار گرفته است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

سهم نویسندگان

حانیه مرتاضی بیابانی: طراحی طرح‌نامه، جمع آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله

مجیده هروی کریموی: مدیریت پایان‌نامه، تحلیل داده‌ها و مشارکت در تدوین مقاله

مریم آقابراری: مدیریت پایان نامه

فرید زایری: مدیریت تجزیه و تحلیل آماری و مشارکت در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، دانشگاه علوم پزشکی البرز و پرسنل محترم بیمارستانهای منتخب و همچنین از پرستاران شرکت کننده در این مطالعه بـه خـاطر صـبر، حوصله و اعتمادشان ابراز می‌دارنـد. همچنـین از سـرکارخانم دکتـر شریفی و همکاران محتـرم کـه نسـخه فارسـی پرسـش‌نامـه ادراک استفاده از مهار فیزیکی را در اختیار پژوهشگران قرار دادنـد، کمـال سپاس را داریم.

منابع

1. Najafi Ghezeljeh T, Keyvanloo Shahrestanaki S, Mohammadbeigi T, Haghani S. Patient Safety Competency in Emergency Nurses in Educational-Medical Centers of Iran University of Medical Sciences, 2020. Iran Journal of Nursing 2022;34: 60-73 [persion]
2. Collins LG, Haines C, Perkel RL. Restraining devices for patients in acute and long-term care facilities. American Family Physician 2009;79:254-256
3. Belayneh Z, Chavulak J, Lee DA, Petrakis M, Haines TP. Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Nursing 2024;33:1256-1281
4. Thomann S, Hahn S, Bauer S, Richter D, Zwakhalen S. Variation in restraint use between hospitals: a multilevel analysis of multicentre prevalence measurements in Switzerland and Austria. BMC Health Services Research. 2021;21:367
5. Ang SY, Bakar Aloweni FA, Perera K, WeeSL, Manickam A. Physical restraints among the elderly in the acute care setting: Prevalence, complications and its association with patients' characteristics. Proceedings of Singapore Healthcare 2015;24:137-143
6. Korczak V, Kirby A, Gunja N. Chemical agents for the sedation of agitated patients in the ED: a systematic review. American Journal of Emergency Medicine 2016;34:2426–2431
7. Rentala S, Thimmajja SG, Bevoor P, Nanjegowda RB. Nurses' knowledge, attitude and practices on use of restraints at State Mental health care setting: An impact of in-service education programme. Invest Educ Enferm 2021;39:e12
8. Minguell C, Gassó AM, Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Arimany-Manso J. Physical restraints in nursing homes: A qualitative study with multiple stakeholders. Nursing Open 2024; 11:1-10
9. Salehi Z, Najafi Ghezeljeh T, Hajibabaee F, Joolaee S. Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. Nursing Ethics 2020;27:598-608.
10. Ye J, Wang C, Xiao A, Xia Z, Yu L, Lin J, et al. Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. International Journal of Nursing Sciences 2019;6:343-348
11. Hudhud HN, Al-Qaaneh AM, Al-Nbabteh Kh. E, Bani Mohammad EH & Shehadeh JH. The Use of Physical Restraint and Its Alternatives Among Jordanian Nurses in the Intensive Care Units. Journal of Client-Centered Nursing Care 2025;11, 5-22
12. Cui N, Yan X, Zhang Y, Chen D, Zhang H, Zheng Q, Jin J. Non-Pharmacological Interventions for Minimizing Physical Restraints Use in Intensive Care Units: An Umbrella Review. Frontiers in Medicine (Lausanne) 2022; 9:806945
13. Jiang H, Li C, Gu Y, He Y. Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. Nursing Ethics 2015;22:652-60
14. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Polo-Luque ML, Hanzeliková Pogrányivá A, Penelo E. Physical Restraint Use With Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals, Nursing Research 2018; 67:55-59
15. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. Journal of the American Geriatrics Society 2001;49:1722-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

16. Sharifi A, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M ,et al. Iranian nurses' perceptions about using physical restraint for hospitalized elderly people: a cross-sectional descriptive-correlational study. BMC Geriatrics 2020; 20, 233

17. Al-Khaled TH, Zahran EM, El-soussi AH. Nurses' related factors influencing the use of physical restraint in critical care units. Journal of American Science 2011;7, 13-22

18. Kim J, Yang Y. Factors affecting nursing practice of patient physical restraint among nurses. Arch Public Health 2024;16:82:9

19. Suliman, M., Aloush, S., and Al-Awamreh, K. Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. Nursing in Critical Care 2017;22: 264–269

20. Sharifi A, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahbolaghi F, Ebadi A. Psychometric Properties of the Persian Version of Perceptions of Physical Restraint Use Questionnaire. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2021; 16:260-273[Persian]

21. Thunborg, C., Salzman-Erikson, M. & Olsson, A. The Swedish translation of Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ): A test-retest reliability study in two dementia nursing homes. BMC Geriatrics 2021; 21, 589

22. Karaka T, Aydin Özkan S, Derya İster E. Physical restraint use in elderly patients: Perceptions of nurses in university hospitals. Turkish Journal of Geriatrics. 2018; 21:588-95

23. Registred Nurses' Association of Ontario. Best Practice Guideline: Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints 2012. Available from:https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints. Accessed September 26, 2025

24. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. Journal of Nursing Scholarship 2014;46:322-30

25. Freeman S, Hallett C, McHugh G. Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. Nursing in Critical Care 2016;21:78-87

26. Luk E, Burry L, Rezaie S, Mehta S, Rose L. Critical care nurses' decisions regarding physical restraints in two Canadian ICUs: A prospective observational study. Canadian Journal of Critical Care Nursing 2 015;26:16-22

27. Lao Y, Chen X, Zhang Y, Shen L, Wu F, Gong X. Critical care nurses' experiences of physical restraint in intensive care units: A qualitative systematic review and meta-synthesis. Journal of Clinical Nursing 2023;32:2239-2251

28. Dolan J, Dolan Looby SE. Determinants of Nurses' Use of Physical Restraints in Surgical Intensive Care Unit Patients. American Journal of Critical Care 2017;26:373-379

29. Kalula SZ, Petros SG. Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. Curationis 2016;10;39:e1-e8

30. Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. Nursing Ethics 2003;10:512-25

31. McCabe DE, Alvarez CD, McNulty SR, Fitzpatrick JJ. Perceptions of physical restraints use in the elderly among registered nurses and nurse assistants in a single acute care hospital. Geriatric Nursing 2011;32:39-45

32. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. International Journal of Nursing Study 2014;51:274-88

33. Hakverdioğlu Yönt G, Kisa S, Princeton DM. Physical Restraint Use in Nursing Homes-Regional Variances and Ethical Considerations: A Scoping Review of Empirical Studies. Healthcare (Basel) 2023 4;11:2204

34. Leahy-Warren P, Varghese V, Day MR, Curtin M. Physical restraint: perceptions of nurse managers, registered nurses and healthcare assistants. International Nursing Review 2018;65:327-335

35. Cui N, Qiu R, Zhang Y, Jin J. "Patient Comfort Can Be Sacrificed for Patient Safety"-Perception and Practice Reported by Critical Care Nurses Toward Physical Restraints: A Qualitative Descriptive Study. Frontiers in Medicine (Lausanne) 2021;8:573601

36. Tsai PC, Cheng CH, Tzeng IS. A cross-sectional study examining the factors affecting nurses' knowledge, attitude, and behavior toward physical restraint use. Perspect Psychiatr Care 2022;58:1467-1475.

37. Saito J, Suzuki H. [Factors associated with physical restraint use in acute care hospitals: A comparison of patient characteristics between patients

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]

with and without restraints. Nihon Ronen Igakkai Zasshi 2019;56:283-289
38. Wong WK, Bressington DT. Nurses' attitudes towards the use of physical restraint in psychiatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2022;29:659-675
39. Kassew T, Dejen Tilahun A, Liyew B. Nurses' Knowledge, Attitude, and Influencing Factors regarding Physical Restraint Use in the Intensive Care Unit: A Multicenter Cross-Sectional Study. Critical Care Research and Practic 2020;4235683
40. Gandhi S, Poreddi V, Nagarajaiah, Palaniappan M, Reddy SSN, BadaMath S. Indian nurses' Knowledge, Attitude and Practice towards use of physical restraints in psychiatric patients. Investigación y Educación en Enfermería 2018;36:e10
41. Barr L, Wynaden D, Heslop K. Understanding the influence of nursing staff characteristics on the use of seclusion and restraint in the adult forensic inpatient setting: a systematic literature review, British Journal of Mental Health Nursing 2021;11,1-11
42. Balci H, Arslan S. Nurses' Information, Attıtude and Practices towards Use of Physical Restraint in Intensive Care Units. Journal of Caring Sciences 2018;7:75-81
43. Jiang H, Li C, Gu Y, He Y. Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. Nursing Ethics 2015;22:652-60
44. O'Callaghan AK, Plunkett R, Kelly BD. The association between perceived coercion on admission and formal coercive practices in an inpatient psychiatric setting. International Journal of Law and Psychiatry 2021;75:101680
45. Kodal JS, Kjaer JN, Larsen ER. Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward. Nordic Journal of Psychiatry 2018;72:103-108
46. Unoki T, Hamamoto M, Sakuramoto H, Shirasaka M, Moriyasu M, Zeng H, Fujitani S. Influence of mutual support and a culture of blame among staff in acute care units on the frequency of physical restraint use in patients undergoing mechanical ventilation. Acute Medicine & Surgery 2019;7:e479
47. Sawan M, Jeon YH, Chen TF. Relationship between Organizational Culture and the Use of Psychotropic Medicines in Nursing Homes: A Systematic Integrative Review. Drugs Aging 2018;35:189-211
48. Cosper P, Morelock V, Provine B. Please release me: restraint reduction initiative in a health care system. J Nurs Care Qual 2015;30:16-23
49. Dike CC, Lamb-Pagone J, Howe D, Beavers P, Bugella BA, Hillbrand M. Implementing a program to reduce restraint and seclusion utilization in a public-sector hospital: Clinical innovations, preliminary findings, and lessons learned. Psychological Services 2021;18:663-670

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-22]