

Visiting in intensive care units and nurses' beliefs

Alizadeh¹ R (B.Sc.) - Pourshaikhian² M (MSc.) - Emami-Sigaroodi³ A (Ph.D) - Kazemnejad-Leili⁴ E (Ph.D).

Abstract

Introduction: Hospitalization in intensive care units is regarded as a critical problem for patients and their family. The issue of visiting in these units is one of the most basic issues in promoting holistic care to patients. Although evidences show the benefits of visiting, it is forbidden in intensive care units of Iran. Visiting is always a challenging matter for nurses; consequently, they show different reaction to it. For changing the policy of visiting in intensive care units, it is important to pay attention to nurses' beliefs. The aim of the present study was to investigate the nurses' beliefs toward the open visiting in intensive care units.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted on 127 nurses working in intensive care units of educational hospitals affiliated to Guilan University of Medical Sciences in Rasht in 2014. Data collection instrument form to access nurses' socio-demographic information and BAVIQ questionnaire to assess nurses' beliefs. Data collected was analyzed using SPSS ver. 21 by t test and binomial test and ($P<0.05$) was considered as significant.

Results: Results indicated that 80.3 and 78.7 percent of nurses have more negative beliefs to open visiting due to hampering adequate planning interfering with direct nursing care. But 59.80 percent of nurses believe that open visiting policy decreases family's anxiety ($p<0.05$).

Conclusion: Most nurses believe that open visiting due to bad effects on patient and increasing their work load, is not useful and therefore insist on its prohibition.

Keywords: BAVIQ, Intensive care unit, nurse's belief, open visiting, ICU visiting

Accepted: 11 March 2015

Accepted: 5 May 2015

1- B.Sc, Medical Sciences of Critical Care Nursing (Student), School of Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery, Gilan Universtiy of Medical Sciences, Rasht, Iran

2- Corresponding author: Faculty Member (Anesthesia Instructor), School of Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery , Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

e-mail: pourshaikhian_m@yahoo.com

3- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4- Assistant Professor, Department of Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, School of Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

ملاقات در بخش های آی سی یو و باور پرستاران

رحیم عزیزاده^۱، مجید پورشیکیان^۲، عبدالحسین امامی سیگارودی^۳، احسان کاظم نژاد لیلی^۴

چکیده

مقدمه: بستری شدن در بخش های مراقبت ویژه به عنوان یک بحران برای بیمار و خانواده بوده و موضوع ملاقات در این بخش ها از اساسی ترین مفاهیم در پیشبرد مراقبت همه جانبه و یکی از نیازهای اساسی آنها می باشد. علیرغم وجود مدارک مبتنی بر شواهد مبنی بر فوائد ملاقات، همچنان ممنوعیت ملاقات در بخشهای مراقبت ویژه ایران اعمال می شود و این موضوع همواره به عنوان موضوعی چالش بر انگیز بین پرستاران می باشد که در برخورد با پدیده ملاقات رفتارهای مختلفی از خود نشان می دهند. جهت ایجاد تغییر در سیاست ملاقات در بخش های مراقبت ویژه آگاهی از باور پرستاران حائز اهمیت است. هدف مطالعه حاضر، بررسی باور پرستاران درباره ملاقات آزاد در بخش های مراقبت ویژه بود.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بر روی ۱۲۷ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان در شهر رشت در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابزار بررسی شامل فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک جهت دستیابی به اطلاعات فردی اجتماعی پرستاران و پرسشنامه BAVIQ جهت بررسی باور پرستاران می باشد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و به کمک آزمون تی تک نمونه ای و آزمون دو جمله ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ($p < 0/05$) از نظر آماری، معنی دار تلقی شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که به ترتیب ۸۰/۳۰ و ۷۸/۷۰٪ پرستاران به دلیل اختلال در برنامه ریزی و انجام مراقبتهای مستقیم پرستاری باور منفی تری نسبت به ملاقات آزاد دارند. اما ۵۹/۸۰٪ آنها معتقدند که ملاقات آزاد باعث کاهش اضطراب خانواده می شود ($p < 0/05$).
نتیجه گیری: اغلب پرستاران معتقدند که ملاقات آزاد به دلیل تاثیرات سوء روی بیمار و افزایش بار کاری خودشان، مفید نمی باشد و بنابراین، باور منفی نسبت به آن دارند.

کلید واژه: باور پرستار، بخش مراقبت ویژه، ملاقات آزاد، ملاقات در آی سی یو، BAVIQ

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۲- دانشجوی دکترای سلامت در بلايا و فوریت ها، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسؤل)
پست الکترونیکی: pourshaikhian_m@yahoo.com
- ۳- استادیار، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
- ۴- استادیار آمار حیاتی، عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

مقدمه

سلامت، مبتنی بر سیستم بیمار محور و خانواده محور است (۱) و سلامت فردی، به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه های کرامت انسانی محسوب می شود. از این رو حق بر سلامتی به عنوان یکی از حقوق بنیادین بشری در نظام بین المللی به رسمیت شناخته شده است (۲). اختلال در روند سلامتی موجب بستری شدن فرد در بیمارستان می شود که در موارد حاد و بحرانی بستری شدن در بخش مراقبت ویژه ضرورت می یابد (۳). بستری شدن در ICU، به دلیل شدت بیماری و تهدید حیات، اضطراب ناشی از پروسیجرهای تشخیصی و درمانی، بی تحرکی، درد و بی خوابی موجب استرس، هراس و تنش های روانی در بیمار و خانواده می شود (۴، ۶). اما در این میان، دور بودن از اعضای خانواده یکی از مهمترین عوامل تنش زای روانی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه محسوب می شود که دلیل عمده آن، ساختار و فلسفه بخشهای مراقبت ویژه می باشد که در آنها ملاقات به شدت محدود است (۶، ۸).

لی و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند که ملاقات یکی از ده نیاز مهم و برتر بیمار بستری در ICU می باشد (۹). علاوه بر این، موضوع ملاقات از بیماران هم به لحاظ انسانی و هم در دین مبین اسلام، یک وظیفه توأم با اجر و پاداش معنوی و یک وظیفه انسانی است (۷). علی رغم پیشرفتهای علمی و تحولات پرستاری که در حرفه پزشکی و پرستاری به وجود آمده است، موضوع ملاقات در ایران به عنوان یکی از موضوعات مهم بیمارستانی، مورد غفلت قرار گرفته است و حدود چهل سال است که در کشورمان، در مورد مقررات ملاقات در ICU بازنگری صورت نگرفته است و در حال حاضر در اکثر بیمارستانهای ایران محدودیت ملاقات اعمال می شود (۸). علت متفاوت بودن سیاست ملاقات در کشورهای مختلف ممکن است ناشی از مواردی مانند تفاوت فرهنگها و نگرش در جوامع، فضای بیمارستان و بخش های مراقبت ویژه، موقعیت جغرافیایی، دسترسی به امکانات و تکنولوژی و آمادگی کارکنان نسبت به ایجاد تغییر در روال کار باشد (۵).

ممنوعیت ملاقات در ICU باعث بروز حالت انزوا و ایجاد تنش در بیمار می گردد (۱۰). همچنین در ایران، به دلیل اعتقادات مذهبی و فرهنگی، محدودیت ملاقات باعث ایجاد چالش های متعددی میان پرستاران و ملاقات کنندگان شده است (۴). همچنین در بررسی مزایا و فواید ملاقات، بایستی علاوه بر مد نظر قرار دادن منافع و ترجیحات بیمار و خانواده، به عقاید و باور پرستاران

به عنوان عضو کلیدی بخش مراقبت ویژه نیز اهمیت داد (۱۱). چرا که قبل از تلاش برای تغییر خط مشی ملاقات، بررسی اعتقادات پرستاران در این زمینه، موجب کشف چالش های موجود می گردد (۱). جونز (۲۰۱۲) نیز معتقد است که باور پرستاران بر رفتارشان تأثیر می گذارد؛ بنابراین آگاهی از این باورها را امری مهم و ضروری می داند (۱۲). اکثر مطالعات انجام گرفته در ایران به بررسی تأثیر ملاقات بر روی بیمار و خانواده و خط مشی ملاقات پرداخته اند و توجه کمتری به باور و عقاید پرستاران در این خصوص شده است. همچنین جهت بررسی باور پرستاران در خصوص ملاقات در ICU مطالعه محدودی در کشورمان انجام گرفته است و نتایج مطالعات محدود در سایر کشورها نیز با توجه به تفاوت های فرهنگی و اجتماعی، قابل تعمیم به جامعه ایران نیست.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می باشد. محیط پژوهش، مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بود و جامعه پژوهش، پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه (ICU)، شهر رشت بودند. معیار ورود پرستاران شامل اشتغال در بخش های ICU بیمارستانهای شهر رشت، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری و داشتن حداقل شش ماه سابقه کار در بخش ICU بود و پرستارانی که تمایلی به تکمیل پرسشنامه نداشتند از مطالعه خارج گشتند. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه برتی و همکاران (۱۳) با ضریب اطمینان ۹۵٪ و در نظر گرفتن حد اشتباه برآورد کمتر از ۱۰٪ تعداد ۱۲۷ نفر تعیین گردید که به روش نمونه گیری در دسترس از بین ۱۴۸ پرستار حاضر در این بخشها انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده ها شامل دو بخش بود. بخش اول پرسشنامه، فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک پرستاران شامل جنس، سن، سابقه خدمت، سابقه کار در ICU، وضعیت استخدامی، نوع شیفت کاری، صاحب فرزند بودن و وضعیت تأهل بود. بخش دوم پرسشنامه شامل گویه های مربوط به باورهای مثبت و منفی در مورد ملاقات بود. این پرسشنامه، بخشی از "پرسشنامه باور و نگرش در مورد ملاقات در بخش های مراقبت ویژه" The Beliefs and Attitudes Toward Visitation in ICU (BAVIQ) Questionnaire است که با کسب اجازه از مبدع آن آقای پروفیسور فیلیپ مونس و از طریق ایمیل از شخص ایشان دریافت شده است که از این پرسشنامه در سال ۲۰۰۷ در مطالعه خود در

نسبت باورهای موافق و مخالف، عبارات موافق و کاملاً موافق تحت عنوان گروه موافق و عبارات کاملاً مخالف و مخالف تحت عنوان مخالف در نظر گرفته شده است و نظرات مربوط به آیتیم "نظری ندارم" از مقایسه کنار گذاشته شده است. (نمرات ۰ و ۱: کاملاً مخالف و مخالف، نمرات ۳ و ۴: موافق و کاملاً موافق و نمره ۲: نظری ندارم).

پس از اخذ مجوز پژوهش از مسئولین ذریبط دانشگاه علوم پزشکی گیلان و کمیته اخلاق، پرسشنامه با از اخذ رضایت نامه آگاهانه و کتبی، برای کاهش سوءگیری احتمالی در جمع آوری اطلاعات، محقق شخصاً به توزیع پرسشنامه در بین پرستاران واجد شرایط و در شبیفت های مختلف صبح و عصر و شب پرداخت از آنها درخواست گردید که همزمان با دریافت پرسشنامه بدون ذکر نام، در کوتاهترین زمان ممکن نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند و نیز نسبت به در میان گذاشتن نظرات شخصی با سایر پرستاران اجتناب نمایند. نمونه گیری در مرداد ماه ۱۳۹۳ انجام گرفت. پس از جمع آوری داده ها، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و به کمک آزمون تی تک نمونه ای و آزمون دو جمله تجزیه و تحلیل آماری انجام گرفت. آزمون ها به صورت دو طرفه مورد بررسی قرار گرفت و سطح معنی داری آزمونها در این مطالعه $P < 0.05$ ، به صورت معنی داری آماری در نظر گرفته شد. در پرسشنامه توزیع شده، گویه های با جهت مثبت و منفی موجود در جداول ۱ و ۲ به صورت پراکنده و به صورت یک جدول طراحی شده بود.

یافته ها

از ۱۲۷ پرستار شرکت کننده در مطالعه ۹۱/۳٪ مونث و بقیه مذکر بودند. از این تعداد ۵۸/۲۶٪ متأهل و ۵۴/۳۰٪ سن بین ۳۰ تا ۴۰ سال داشتند و ۴۴/۸۹٪ صاحب فرزند بودند. جوانترین پرستار ۲۴ ساله و بالاترین سن ۴۹ سال بود. تعداد ۱۱۵ نفر (۹۰/۵۵٪) دارای مدرک کارشناسی و ۱۲ نفر (۹/۴۵٪) کارشناسی ارشد بودند. میانگین سابقه کار در ICU $7/12 \pm 4/67$ بود که کمترین سابقه کار در ICU یک سال و بیشترین ۲۰ سال بود و ۷۸٪ به صورت شیفت در گردش کار می کردند.

کشور بلژیک استفاده نموده اند. هربرت و همکاران در سال ۲۰۱۱ در آفریقای جنوبی پایایی این ابزار را سنجیده اند که ضریب آلفای کرونباخ را بالاتر از ۷۰٪ و بین ۷۴/۶ تا ۷۸/۳ با میانگین ۷۷/۲٪ گزارش نموده اند (۱۴). با توجه به جامع بودن پرسشنامه و نیز بکارگیری مکرر آن توسط پژوهشگرانی از کشورهای آمریکا، ایتالیا، یونان، آفریقای جنوبی و ایران در مطالعات خود، در این پژوهش نیز از این پرسشنامه استفاده گردید. جهت بررسی روایی محتوا، ابتدا پرسشنامه به فارسی ترجمه گردید و سپس در اختیار متخصص ترجمه زبان انگلیسی و بدون دسترسی به نسخه اصلی، مجدداً به انگلیسی باز ترجمه شد و مجدداً نسخه باز ترجمه شده، با ابزار اصلی تطبیق و مقایسه گردید و هرگونه اختلاف موجود، مشخص و نسخه فارسی روان و مناسبی از ابزار آماده شد. سپس پرسشنامه ترجمه شده در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت قرار گرفت که $CVR = 0.93$ و $CVI = 0.96$ برای گویه ها به دست آمد و در آخر، بعد از جمع آوری پیشنهادات و انجام اصلاحات لازم، پرسش نامه نهایی تنظیم شد.

بخش مربوط به باور در این ابزار شامل ۲۰ گویه بود که ۱۳ گویه آن دارای جهت منفی و ۷ گویه دارای جهت مثبت در مورد ملاقات بود. نحوه امتیاز دهی بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه ای بود که از ۰ تا ۴ نمره دهی گردید. گویه ها در دو گروه گویه های با جهت منفی و گویه های با جهت مثبت دسته بندی شدند. برای هر یک از گویه های با جهت مثبت، امتیاز دهی به صورت کاملاً مخالفم (۰ امتیاز)، مخالفم (۱ امتیاز)، نظری ندارم (۲ امتیاز)، موافقم (۳ امتیاز)، کاملاً موافقم (۴ امتیاز) بودند. امتیاز دهی برای هر یک از گویه های با جهت منفی، برعکس گویه های مثبت، در نظر گرفته شد.

جهت تعیین باور پرستاران در مورد ملاقات به تفکیک گویه ها از شاخص های فراوانی و درصد فراوانی، میانگین رتبه ای و میانه و جهت آزمون نسبت باورها به هر یک از گویه های پرسشنامه از آزمون دو جمله ای استفاده گردید و برای به دست آوردن نمره کل باور، نمرات ۲۰ سؤال پرسشنامه بعد از هم راستا شدن گویه های مثبت و منفی، با هم جمع و بر عدد ۲۰ تقسیم شد که میانگین عدد به دست آمده بین اعداد ۰ تا ۴ بود. نزدیکی هرچه بیشتر این عدد به ۴ نشان دهنده موافقت پرستاران با ملاقات آزاد می باشد. جهت بررسی معنی داری باور پرستاران نسبت به ملاقات آزاد، از آزمون تی تک نمونه ای استفاده شد تا نمره کل باور بدست آید. جهت مقایسه

جدول ۱- توزیع فراوانی نحوه پاسخگویی نمونه های مورد پژوهش به گویه های با جهت منفی در ارتباط با ملاقات در ICU

کاملا مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		کاملا موافقم		گویه
فراوانی		فراوانی		فراوانی		فراوانی		فراوانی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱/۰	۱۴	۳۷/۸	۴۸	۷/۹	۱۰	۳۳/۱	۴۲	۱۰/۲	۱۳	۱- ملاقات آزاد باعث میشود که پرستاران زمان بیشتری را جهت ارائه اطلاعات به خانواده صرف نمایند.
۰/۸	۱	۱۳/۴	۱۷	۵/۵	۷	۴۸/۸	۶۲	۳۱/۵	۴۰	۲- ملاقات آزاد در برنامه ریزی مراقبتهای پرستاری وقفه ایجاد می کند.
۱/۶	۲	۱۵/۷	۲۰	۳/۹	۵	۴۸/۰	۶۱	۳۰/۷	۳۹	۳- ملاقات آزاد باعث اختلال در مراقبتهای پرستاری می شود.
۶/۳	۸	۱۸/۹	۲۴	۱۷/۳	۲۲	۴۴/۱	۵۶	۱۳/۴	۱۷	۴- ملاقات آزاد به حریم شخصی بیمار لطمه می زند.
۲/۴	۳	۲۸/۳	۳۶	۲۷/۶	۳۵	۳۵/۴	۴۵	۶/۳	۸	۵- ملاقات آزاد خانواده را خسته می کند، زیرا آنها احساس ماندن اجباری کنار بیمار می کنند.
۷/۹	۱۰	۲۳/۶	۳۰	۱۸/۱۱	۲۳	۳۷/۰	۴۷	۱۳/۴	۱۷	۶- ملاقات آزاد مانعی برای شوخی و مزاح پرستاران می باشد.
۱/۶	۲	۱۸/۱	۲۳	۷/۹	۱۰	۵۸/۳	۷۴	۱۴/۲	۱۸	۷- ملاقات آزاد باعث ایجاد تنش های فیزیولوژی از قبیل (دیس ریتمی، تعریق تاکی پنه ...) در بیمار می شود.
۳/۱	۴	۳۰/۷	۳۹	۲۱/۳	۲۷	۳۱/۵	۴۰	۱۳/۴	۱۷	۸- ملاقات آزاد باعث می شود پرستاران احساس کنند تحت کنترل هستند.
۶/۳	۸	۴۲/۵	۵۴	۱۳/۴	۱۷	۲۹/۱	۳۷	۸/۷	۱۱	۹- ملاقات آزاد پرستاران را عصبی میکند زیرا از احتمال بروز اشتباه در زمان ملاقات هراس دارند.
۳/۹	۵	۲۲/۸	۲۹	۱۷/۳	۲۲	۴۶/۵	۵۹	۹/۴	۱۲	۱۰- ملاقات باعث ایجاد تنش های روانی (مثل بی قراری و احساس درد و ...) در بیمار می شود.
۳/۹	۵	۲۹/۱	۳۷	۱۸/۹	۲۴	۳۳/۹	۴۳	۱۴/۲	۱۸	۱۱- ملاقات آزاد خطر بروز اشتباهات پرستاری را افزایش می دهد.
۰/۸	۱	۱۶/۵	۲۱	۸/۷	۱۱	۵۱/۲	۶۵	۲۲/۸	۲۹	۱۲- ملاقات استراحت بیمار را مختل می کند.
۲/۴	۳	۱۵/۷	۲۰	۱۵/۰	۱۹	۵۲/۸	۶۷	۱۴/۲	۱۸	۱۳- ملاقات موجب تغییرات نامطلوب همودینامیک (تغییر در علائم حیاتی مثل فشار خون و نبض و ...) در بیمار می شود.

جدول ۲- توزیع فراوانی نحوه پاسخگویی نمونه های مورد پژوهش به گویه های با جهت مثبت در ارتباط با ملاقات در ICU

کاملا مخالفم		مخالفم		نظری ندارم		موافقم		کاملا موافقم		گویه
فراوانی		فراوانی		فراوانی		فراوانی		فراوانی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷/۹	۱۰	۳۳/۹	۴۳	۱۱/۸	۱۵	۴۰/۲	۱۵	۶/۳	۸	۱- ملاقات آزاد تأثیرات مثبت و سودمندی روی بیمار دارد.
۳/۱	۴	۵۲/۲	۳۲	۱۸/۱	۳۲	۴۱/۷	۵۳	۱۱/۸	۱۵	۲- ملاقات کنندگان می توانند در درک و ارائه اطلاعات به بیمار کمک کنند.
۳/۱	۴	۲۱/۳	۲۷	۱۵/۷	۲۰	۴۳/۳	۵۵	۱۶/۵	۲۱	۳- ملاقات آزاد اضطراب خانواده را کاهش می دهد.
۳/۱	۴	۳۹/۴	۵۰	۱۱/۰	۱۴	۳۷/۰	۴۷	۹/۴	۱۲	۴- ملاقات آزاد در روند بهبودی بیمار میتواند نقش مؤثری داشته باشد.
۷/۱	۹	۲۷/۶	۳۵	۳۳/۱	۴۲	۲۹/۱	۳۷	۳/۱	۴	۵- ملاقات آزاد همسو و در راستای مراقبت بیمار محور است.
۳/۱	۴	۳۲/۳	۴۱	۲۲/۸	۲۹	۳۸/۶	۴۹	۳/۱	۴	۶- در سیستم ملاقات آزاد بیمار احساس راحتی بیشتری می کند.
۱۸/۱	۲۳	۴۴/۱	۵۶	۲۰/۴	۲۶	۱۵/۰	۱۹	۲/۴	۳	۷- ملاقات می تواند جنبه حمایتی برای پرستار داشته باشد.

جدول ۳- مقایسه نسبت باور موافق و مخالف پرستاران در خصوص ملاقات در گویه های با جهت مثبت پرسشنامه با استفاده از آزمون دو جمله ای

گویه	فراوانی	گروه مخالف	گروه موافق	سطح معنی داری (P)
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱- ملاقات آزاد تأثیرات مثبت و سودمندی روی بیمار دارد.	۱۱۲	۵۳ (۴۷٪)	۵۹ (۵۳٪)	۰/۶۳۷
۲- ملاقات کنندگان میتوانند در درک و ارائه اطلاعات به بیمار کمک کنند.	۱۰۴	۳۶ (۳۵٪)	۶۸ (۶۵٪)	۰/۰۰۲
۳- ملاقات آزاد اضطراب خانواده را کاهش می دهد.	۱۰۷	۳۱ (۲۹٪)	۷۶ (۷۱٪)	۰/۰۰۰۱
۴- ملاقات آزاد در روند بهبودی بیمار می تواند نقش مؤثری داشته باشد.	۱۱۳	۵۴ (۴۸٪)	۵۹ (۵۲٪)	۰/۷۰۷
۵- ملاقات آزاد همسو و در راستای مراقبت بیمار محور است.	۸۵	۴۴ (۵۲٪)	۴۱ (۴۸٪)	۰/۸۲۸
۶- در سیستم ملاقات آزاد بیمار احساس راحتی بیشتری می کند.	۹۸	۴۵ (۴۶٪)	۵۳ (۵۴٪)	۰/۴۸۰
۷- ملاقات می تواند جنبه حمایتی برای پرستار داشته باشد.	۱۰۱	۷۹ (۷۸٪)	۲۲ (۲۲٪)	۰/۰۰۰۱

جدول ۴- مقایسه نسبت باور موافق و مخالف پرستاران در خصوص ملاقات در گویه های با جهت منفی پرسشنامه با استفاده از آزمون دو جمله ای

گویه	فراوانی	گروه مخالف	گروه موافق	سطح معنی داری (P)
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱- ملاقات آزاد باعث می شود که پرستاران زمان بیشتری را جهت ارائه اطلاعات به خانواده صرف نمایند.	۱۱۷	۶۲ (۵۳٪)	۵۵ (۴۷٪)	۰/۵۷۹
۲- ملاقات آزاد در برنامه ریزی مراقبت های پرستاری وقفه ایجاد می کند.	۱۲۰	۱۸ (۱۵٪)	۱۰۲ (۸۵٪)	۰/۰۰۰۱
۳- ملاقات آزاد باعث اختلال در مراقبت های مستقیم پرستاری می شود.	۱۲۲	۲۲ (۱۸٪)	۱۰۰ (۸۲٪)	۰/۰۰۰۱
۴- ملاقات آزاد به حریم شخصی بیمار لطمه می زند.	۱۰۵	۳۲ (۳۰٪)	۷۳ (۷۰٪)	۰/۰۰۰۱
۵- ملاقات آزاد خانواده را خسته می کند، زیرا آنها احساس ماندن اجباری کنار بیمار می کنند.	۹۲	۳۹ (۴۲٪)	۵۳ (۵۸٪)	۰/۱۷۵
۶- ملاقات آزاد مانعی برای شوخی و مزاح پرستاران می باشد.	۱۰۳	۴۰ (۳۹٪)	۶۴ (۶۲٪)	۰/۰۳۰
۷- ملاقات آزاد باعث ایجاد تنش های فیزیولوژی (از قبیل دیس ریتمی، تعریق، تاکی پنه و ...) در بیمار می شود.	۱۱۷	۲۵ (۲۱٪)	۹۲ (۷۹٪)	۰/۰۰۰۱
۸- ملاقات آزاد باعث می شود پرستاران احساس کنند تحت کنترل هستند.	۱۰۰	۴۳ (۴۳٪)	۵۷ (۵۷٪)	۰/۱۹۳
۹- ملاقات آزاد پرستاران را عصبی می کند زیرا از احتمال بروز اشتباه در زمان ملاقات هراس دارند.	۱۱۰	۶۲ (۵۶٪)	۴۸ (۴۴٪)	۰/۲۱۵
۱۰- ملاقات باعث ایجاد تنش های روانی (مثل بی قراری و احساس درد و ...) در بیمار می شود.	۱۰۵	۳۴ (۳۲٪)	۷۱ (۶۸٪)	۰/۰۰۰۱
۱۱- ملاقات آزاد خطر بروز اشتباهات پرستاری را افزایش می دهد.	۱۰۳	۴۲ (۴۱٪)	۶۱ (۵۹٪)	۰/۰۷۶
۱۲- ملاقات استراحت بیمار را مختل می کند.	۱۱۶	۲۲ (۱۹٪)	۹۴ (۸۱٪)	۰/۰۰۰۱
۱۳- ملاقات موجب تغییرات نامطلوب همودینامیک (تغییر در علائم حیاتی مثل فشار خون و نبض و ...) در بیمار می شود.	۱۰۸	۲۳ (۲۱٪)	۸۵ (۷۹٪)	۰/۰۰۰۱

جدول ۵- میانگین، انحراف معیار و فاصله اطمینان ۹۵٪ متوسط گویه های مثبت، منفی و کل با استفاده از آزمون تی تک نمونه ای

سطح معنی داری (P)	تفاوت فاصله اطمینان ۹۵٪		انحراف معیار	میانگین	تعداد	
	پایین ترین	بالا ترین				
۰/۳۹۱	۱/۹۳	۲/۱۶	۰/۶۶	۲/۰۵	۱۲۷	متوسط جمع ۷ عبارت مثبت
۰/۰۰۰۱	۱/۵۲	۱/۷۲	۰/۵۷	۱/۶۲	۱۲۷	متوسط جمع ۱۳ عبارت منفی
۰/۰۰۰۱	۱/۶۸	۱/۸۶	۰/۵۰	۱/۷۷	۱۲۷	متوسط جمع کل عبارات

بر اساس اطلاعات جدول ۳، باور نمونه های مورد پژوهش در مورد گویه های ۲، ۳ و ۷ از لحاظ آماری معنی دار بود ($P > 0/05$). در این بررسی مشخص گردید ۵۹/۴۸٪ بر این باورند که ملاقات آزاد اضطراب خانواده را کاهش می دهد و ۵۳/۵۰٪ معتقدند که ملاقات کنندگان می توانند در ارائه و درک اطلاعات به بیمار کمک کنند. اما ۶۲/۲۰٪ ملاقات را فاقد جنبه حمایتی برای پرستاران می دانند و بر اساس اطلاعات جدول ۴، باور نمونه های مورد پژوهش در مورد گویه های ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹ و ۲۰ از لحاظ آماری معنی دار بود ($P < 0/05$). بطوری که ۸۰/۳۰٪ ملاقات را عاملی در ایجاد اختلال در برنامه ریزی مراقبتهای پرستاری و ۷۸/۷۰٪ آن را عامل اختلال در مراقبتهای مستقیم پرستاری می دانند. همچنین بر اساس اطلاعات جدول ۵، باور پرستاران در مورد ملاقات از لحاظ آماری معنی دار بود که با فاصله اطمینان ۹۵٪ متوسط جمع نمرات شان ۱/۷۷ بود و باور مخالف نسبت به ملاقات داشتند.

بحث

با توجه به نتایج حاصل از گویه های پرسشنامه، اصلی ترین باورهای منفی نسبت به ملاقات در پرستاران مورد مطالعه، در دو حیطة قابل بحث است. حیطة اول مد نظر قرار دادن شرایط بیمار می باشد که شامل عدم باور به تأثیرات مثبت و سودمند ملاقات روی بیمار، ایجاد تشمهای فیزیولوژیکی، تشمهای روانی، اختلالات نامطلوب همودینامیکی، اختلال در استراحت و تجاوز به حریم شخصی بیمار می باشد. حیطة بعدی مد نظر قرار دادن شرایط خود پرستاران می باشد که شامل باور بر نبود جنبه حمایتی ملاقات برای پرستاران، مانع دانستن ملاقات با شوخی و مزاح آنها، ایجاد اختلال در برنامه ریزی و مراقبتهای مستقیم پرستاری به واسطه ملاقات می باشد. اما باور پرستاران مورد مطالعه در مورد گویه های کمک به درک و ارائه اطلاعات به بیمار توسط ملاقات کنندگان و کاهش اضطراب خانواده از طریق ملاقات جزء باورهای مثبتی است که به نفع ملاقات و حضور خانواده بیماران بیان شده است.

چنین بر می آید که پرستاران در بیان باورهای خود هم شرایط و منافع بیمار را در نظر دارند و هم خواهان آرامش و راحتی خود هستند. همچنین ممکن است شکل گیری باور منفی در میان پرستاران مورد مطالعه و داشتن تمایل کمتر نسبت به حضور ملاقات کنندگان به علت کمبود فضا، سر و صدا و شلوغی بخش، عدم قبول مسئولیت بیشتر، بی حوصلگی در پاسخگویی به ملاقات کنندگان، خستگی و بار کاری زیاد باشد. به همین علت مخالفت شان را با

ملاقات در اکثر گویه ها نشان داده اند.

در مورد تأثیرات سودمند و مفید ملاقات بر روی بیمار، پرستاران مورد مطالعه نظری نداشتند، این در حالی است که مطالعات برتی و همکاران (۱۳)، مهدوی و همکاران (۱۴) و بیانکوفیوره و همکاران (۱۵)، باور مثبت اغلب پرستاران را نسبت به این گویه گزارش نموده اند. نتایج این گویه جزء موارد غیر قابل انتظار بود. گیائوندیان و همکاران (۲۰۱۰) به نقل از مارکو (۲۰۰۶) می نویسند نحوه رفتار پرستاران با ملاقات کنندگان، ناشی از باورهای آنان درباره اثرات ملاقات می باشد و باور افراد عاملی تأثیرگذار بر تصمیمات و قصد انجام و رفتار خاص است (۷). همچنین بیانکوفیوره (۲۰۱۰) طی مطالعه خود اشاره می کند که وجود باور منفی در خصوص ملاقات شاید به این دلیل باشد که پرستاران خود را مسئول مراقبت بیمار دانسته و حقی برای خانواده قائل نیستند (۱۵). بنابراین می توان گفت یکی از دلایل اصلی وجود باور منفی در زمینه ملاقات، نداشتن اعتقاد بر سودمند بودن آن برای بیمار می باشد. در حالی که صاحب نظران به دلیل تأکید بر مشارکت اعضای خانواده به همراه تیم درمان در امر مراقبت بیمار، به کارگیری واژه "تیم چند حرفه ای" را به جای واژه "تیم پزشکی" شایسته می دانند (۱۶).

همچنین پرستاران مطالعه حاضر معتقدند که ملاقات باعث لطمه زدن به حریم شخصی بیمار می گردد و نیز مانعی برای شوخی و مزاح پرستاران می باشد، در حالی که مهدوی و همکاران (۱۴)، نتیجه ای متفاوت نسبت به این گویه گزارش نموده اند.

علاوه بر این پرستاران مطالعه حاضر معتقدند که تشمهای فیزیولوژیکی، روانی و اختلالات همودینامیکی به واسطه ملاقات، ایجاد می گردد که تفاوت آماری معنی داری در جهت منفی مشاهده شد. در حالی که پرستاران در مطالعات مهدوی و همکاران (۱۴)، بیانکوفیوره و همکاران (۱۵) و برتی و همکاران (۱۳)، چنین نظری نداشته اند و نتایج این سه گویه نیز جزء موارد غیر قابل انتظار بودند چرا که مدارک مبتنی بر شواهد نیز چنین موارد را صحیح نمی دانند. لازم به ذکر است که عظیمی لولتی (۲۰۱۴) در بررسی تأثیر ملاقات بر شاخص های فیزیولوژیکی بیماران، نتایجی مغایر با باور پرستاران مورد مطالعه ما بدست آوردند (۱۷). آنها همانند نتایج صلواتی و همکاران (۳)، عنوان داشتند که ملاقات باعث کاهش این شاخص ها می گردد. لذا توصیه نمودند که محدودیت ملاقات در این بخشها کاهش یابد (۱۷). رحمانی و همکاران (۲۰۱۳) نیز در مطالعه خود کاهش معنی داری در شاخص های فیزیولوژیکی بیماران بعد از اجرای ملاقات برنامه ریزی شده مشاهده نمودند.

مشارکت دادن خانواده در امر مراقبت بیمار صورت می گیرد. واضح است به دلیل کمبود نیروی پرستاری در بخش ICU، مراقبت از بیمار بر مراقبت از خانواده در اولویت قرار داده می شود؛ اما استفاده از حضور مثبت خانواده در تسریع روند بهبودی بیمار را نباید نادیده گرفت. با در نظر داشتن نتایج این حاصله، می توان گفت با فشاری بر مقررات ملاقات ممنوع در این بخش ها، به عنوان یک مشکل در سیستم درمانی خود را نشان می دهد و رفع نگرانی های موجود در بین پرستاران و اصلاح باورهای ایشان در این خصوص، می تواند زمینه مناسبی برای استفاده از مزایای حضور خانواده فراهم سازد.

علاوه بر این پرستاران مورد مطالعه، ملاقات را فاقد جنبه حمایتی خود دانسته اند که مشابه این یافته، در مطالعه بیانکوفیوره و همکاران (۱۵) نیز گزارش شده است. به نقل از حسینی عزیزی و همکاران (۲۰۱۳)، مرور پژوهش ها نشان می دهد که حضور خانواده در ICU رضایت شغلی پرستاران را افزایش می دهد و مشارکت خانواده در انجام برخی مراقبت های پایه، با رضایت بالای پرسنل همراه بوده است. ایشان بر اساس نتایج مطالعه آگارد و همکارش (۲۰۱۱) می نویسند، احساس عدم حمایت پرستاران از سوی مدیران، در مواقعی که آنان برای تعامل با خانواده نیاز به کمک دارند، باعث نگرانی پرستاران از حضور خانواده بیمار می شود (۲۱). خطیب و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی میزان آگاهی پرستاران در ارتباط با مهارت ارتباط شفاهی مؤثر، عنوان داشتند که مهارت در برقراری ارتباط مناسب با بیماران، موجب افزایش تواناییها و اعتماد به نفس پرستار گردیده، استعداد و دستاوردهای حرفه ای او را جلوه گر می سازد و احترام و قدردانی دیگران را جلب می کند (۲۲).

این پژوهش نشان داد که عقاید پرستاران مورد مطالعه، در مورد کمک به درک و ارائه اطلاعات توسط ملاقات کنندگان، اختلال در مراقبت های مستقیم پرستاری و کاهش اضطراب خانواده از طریق ملاقات، همانند مطالعات مهدوی و همکاران (۱۴)، برتی و همکاران (۱۳) و بیانکوفیوره و همکاران (۱۵) می باشد. این گویه ها از جمله باورهای مثبت پرستاران نسبت به ملاقات می باشد و پرستاران از این منظر، از حضور ملاقات کنندگان استقبال می کنند. اما بسیاری از نتایج این مطالعه، باور منفی پرستاران نسبت به ملاقات را تأیید می کنند. البته بایستی این موضوع را در نظر داشت که تمامی ملاقات کنندگان ممکن است شرایط محیطی و بالینی بیمار از قبیل فضای محدود اتاقها، برهم خوردن خلوت و حریم شخصی بیمار، محدودیت سر و صدای بخشها، تعداد ملاقات کنندگان نسبت به هر بیمار و دیگر علل را رعایت نکنند. بنابراین احتمال دارد پرستاران به علت عدم اعتماد به ملاقات کنندگان، ترس از شلوغی، عدم کنترل بخش و تداخل

آنها نیز در نتایج مطالعه خود بیان نمودند که اثر حمایتی ملاقات برنامه ریزی شده بر روی بیماران، بیشتر از ملاقات محدود است و کاهش شاخصهای فیزیولوژیک و متعاقب آن بهبود کیفیت درمان امکانپذیر است. بنابراین آگاه سازی پرستاران در مورد نتایج مطالعات و مستندات موجود، ضرورت دارد (۱۸).

همچنین در مورد تأثیرات همودینامیکی ملاقات، مشابه یافته مطالعه حاضر، در مطالعه مهرنژاد و همکاران (۲۰۱۴) به نقل از کولن (۲۰۰۳) بیان شده است که پرستاران نگران این مسأله هستند که شاید مواجه شدن بیمار با خانواده منجر به اختلالات همودینامیکی در بیماران شود (۱۹). این در حالی است که صلواتی و همکاران در نتیجه مطالعات خود عنوان نمودند که ملاقات برنامه ریزی شده باعث کاهش فشارخون و تعداد ضربان قلب گردید (۳).

البته در مورد نقش مؤثر ملاقات در روند بهبودی بیمار در مطالعات مشابه توافق نظر وجود ندارد. در مطالعه حاضر همانند مطالعه بیانکوفیوره و همکاران (۱۵)، نظرات موافقین و مخالفین نزدیک به هم می باشد، در حالی که برتی و همکاران (۱۳)، مخالفت، و مهدوی و همکاران (۱۴)، موافقت پرستاران را نسبت به این گویه گزارش نموده اند. در این گویه نیز اختلاف نظر در مطالعات مختلف وجود دارد. در حقیقت پرستاران مطالعه حاضر ملاقات را به عنوان عاملی در جهت حمایت عاطفی و روانی بیماران متصور نیستند و علاوه بر عدم اعتقاد به مفید و سودمند بودن ملاقات، آن را در روند بهبودی بیمار نیز مؤثر نمی دانند. این در حالی است که مهرنژاد و همکاران به نقل از روبرتی و فیتزپاتریک (Susan M. ۲۰۱۰) (Joyce J. Fitzpatrick & Roberti) بیان داشتند خانواده در مراقبت از بیمار نقش حیاتی دارد، زیرا با حمایت از وی باعث تسریع بهبودی بیمار می شود (۱۹). همچنین به عقیده مارکو و همکاران حضور اعضای خانواده می تواند سبب افزایش میل به زندگی در بیمار گردد. علاوه بر این حسینی عزیزی و همکاران (۲۰۱۴) نیز در نتایج مطالعات خود عنوان نمودند که طراحی ملاقات آزاد در بخش ویژه، شانس بهبودی بیمار را افزایش می دهد (۲۰).

با توجه به این که اعضای خانواده بخشی جدایی ناپذیر در امر مراقبت از بیمار بستری در ICU می باشد و به عنوان عضو اصلی در کمک به بهبود بیمار محسوب می شوند، بنابراین، به نظر می رسد که پرستاران از اهمیت تأثیرات سودمند ارتباط بیمار با خانواده آگاهی کمتری دارند و به همین دلیل نسبت به ملاقات نظر مساعدی ندارند. همچنین احتمال دارد پرستاران، خود و تیم درمان را مسئول مراقبت و مشکلات بیمار دانسته و خانواده بیمار را به عنوان عضوی از تیم درمان نمی پذیرند. در حالی که مدارک مبتنی بر شواهد نشان می دهد که در سراسر دنیا، اخیراً تلاش زیادی جهت

گرفت. پرستاران بخش های ICU مورد مطالعه، نسبت به تأثیرات سودمند ملاقات بر روی بیماران و پرستاران باور منفی دارند و بر این باورند که ملاقات در برنامه ریزی و مراقبتهای پرستاری اختلال ایجاد کرده، کیفیت مراقبتی را پایین می آورد. این باور یک مانع اساسی در تغییر سیاست ملاقات در ICU در جهت مرتفع کردن نیازهای روانی عاطفی بیماران می باشد.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

نتایج این تحقیق می تواند شروعی برای ایجاد تغییر ذهنیت در خصوص خط مشی ملاقات در ICU باشد. علاوه بر این، نتایج یافته ها می تواند زمینه پذیرش و توجه به نیاز بیمار از طریق ارتباط با خانواده، باعث انعطاف پذیری بیشتری در برنامه سیاست ملاقات از سوی مدیریت پرستاری فراهم نماید. مهمتر اینکه این یافته ها در آموزش پرستاری با تأکید بر ارتباط بیمار و خانواده در درک نیازهای بیماران، جهت ارائه مراقبتهای بیمار محور برای دانشجویان پرستاری می تواند مفید واقع گردد. با توجه به اینکه در این مطالعه مشخص گردید که نزدیک به ۲۶٪ از پرستاران، خواهان اجرای ملاقات انعطاف پذیر و نسبی هستند؛ بنابر این با انجام تدابیر مناسب و مدیریت صحیح برنامه ملاقات، می توان به این مهم دست یافت. نکته مهم و قابل ذکر این است که با توجه به سیاست کنونی ملاقات در کشورهای پیشرفته که ملاقات باز دارند (البته این نا محدود سازی مربوط به افراد محبوب بیمار می باشد) امیدواریم تغییرات مناسب و مؤثر در کشور ما نیز صورت گیرد و با توجه به نظر بیمار، افراد محبوب و مورد نظر بیمار بر اساس نیاز و با برنامه ریزی مناسب، بتوانند در بخشهای ICU بر بالین بیمار حضور داشته باشند. چرا که این امر موجب افزایش رضایتمندی بیمار و اعضای خانواده و کاهش اضطراب و استرس آنها می گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از طرح پژوهشی مصوب پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه دانشکده پرستاری و مامایی شهید دکتر بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان به شماره ثبت ۹۱۶۲ می باشد. بدین وسیله پژوهشگران از تمامی پرستاران بخش های ICU بیمارستان های ولایت، دکتر حشمت، رازی و پورسینا که در انجام مطالعه، کمال همکاری را داشتند و همچنین از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان، که در انجام پژوهش ما را یاری کردند، مراتب تشکر خود را اعلام می دارند.

داشتن با مراقبت های پرستاری، باور مخالفی با ملاقات پیدا کرده اند. همچنین در برخی گویه ها به نظر می رسد باور منفی پرستاران ناشی از کمبود آگاهی و دانش باشد. بنابراین نیاز به اطلاع رسانی و افزایش آگاهی در بین پرستاران در زمینه فواید و نتایج مدارک مبتنی بر شواهد در خصوص ملاقات ضروری به نظر می رسد. همچنین آموزش و ارزیابی مداوم می تواند در اتخاذ استراتژی مناسب برای خط مشی ملاقات به پرستاران کمک نماید. با توجه به موارد ذکر شده و نیز وجود اختلاف نظر در بین پرستاران، نیاز به مطالعه بیشتر در این زمینه همچنان ضرورت دارد. البته این امر مستلزم گذشت زمان و انتشار یافته های تحقیقات است تا پرستاران بتوانند بهترین تصمیم را درباره خط مشی ملاقات در جهت بهترین منافع برای بیماران بگیرند. علاوه بر این، مدیران بیمارستانها، پزشکان، مددکاری اجتماعی و گروه های حمایتی سایر منابع، در این زمینه می توانند کمک کننده باشند. در خصوص محدودیت های مطالعاتی می توان گفت وضعیت روحی - روانی پرستاران، فشار کاری، شلوغی بخش و موارد مشابه می توانست در شکل گیری باور منفی پرستاران مورد مطالعه نسبت به ملاقات تأثیر داشته باشد و منجر به پاسخ منفی در این زمینه گردد که تا حدی خارج از کنترل پژوهشگر بود. هر چند برای کنترل نسبی این محدودیت، زمانی پرسشنامه در اختیار پرستاران قرار می گرفت که حجم کاری بخش سبک تر بود و پرستاران تمایل خود را نسبت به تکمیل پرسشنامه اعلام می نمودند.

نتیجه گیری

ما در این پژوهش به این نتیجه رسیدیم که علی رغم وجود مدارک مبتنی بر شواهد و توصیه های علمی در خصوص اهمیت ملاقات و امکان ایجاد ملاقات در ICU، اغلب پرستاران همچنان باور منفی خود را نسبت به ملاقات در این بخشها حفظ نموده اند. در مورد نحوه اجرای ملاقات، ۷۴/۰۲٪ خواهان تداوم روند ممنوعیت ملاقات و تنها ۲۵/۸۰٪ موافق با اجرای ملاقات آزاد بودند. بررسی های متعدد در خصوص باور پرستاران در کشورهای مختلف از جمله بلژیک، اسپانیا، آمریکا و ایتالیا انجام گرفته است که در حالت کلی نتایج مطالعه ما متفاوت و مغایر با این مطالعات نبود. البته در سراسر دنیا باور منفی نسبت به ملاقات در ICU وجود ندارد و در برخی از کشورهای اروپایی در حال حاضر ملاقات آزاد و یا ملاقات باز اجرا می شود و حتی افزایش قابل توجهی در جهت مشارکت اعضای خانواده در امر مراقبت بیمار بستری در ICU بوجود آمده است. این مطالعه به منظور بررسی باور پرستاران درباره ملاقات در ICU مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان (شهر رشت) صورت

منابع

- 1- Khaleghparast S, Joolae S. Visiting hours in Intensive Care Units: Is the time for change? *Cardiovascular Nursing Journal*. 2013;2(1):62-8.
- 2- Alekajbaf H. Concept and situation of Rights to Health under the International Human Rights bills. *medical law*. 2013;7(24):139-70.
- 3- Salavati M, Najafvandezadeh M, Oshvandi K, Homayonfar PDS, Soltanian A. The Effects of Programmed Visiting on Physiological Indexes in CCU Patients. *Journal of Nursing and Midwifery, Hamedan*. 2013;20:43-9.
- 4- Tayebi Z, Dehghan-Nayeri N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. *Nursing in Critical Care*. 2014;19(3):117-25.
- 5- Haghbine S, Tayebi Z, Abasiyan A, Farkhondeh T, Kazemi V. Visiting Hour Policies in Intensive Care Units, Southern Iran. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2013;14(3):381-6.
- 6- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2004;292(6):1-4.
- 7- Ghiasvandian S, Abbaszadeh A, Sheikhalipour Z. The Personal Social Factors of Nurses Beliefs about Open Visiting in ICU of Sina-Tabriz Hospital: Based on Reasoned-Action Theory of Ajzen-Fishbein. *Research Journal of Biological Sciences*. 2010;4(1):64-70.
- 8- Kamrani F, Seyedjavadi M, Abedsaeedi Z, Alavimajd H, Hosseinian E. Physiologic indices of patients before, during and after visit in coronary care unit at Imam Khomeini hospital in Ardebil. *Journal of Nursing and Midwifery*. 2011;20(70):18-22.
- 9- Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Critical care medicine*. 2007;35(2):497-501.
- 10- Dadgari A, Yaghmaie F, Shahnazarian J, Dadvar L. Nurses knowledge, attitude and practice in prevention of ICU syndrome. *Knowledge and health*. 2007;2(3):28-35.
- 11- Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit*. *Critical care medicine*. 2008;36(1):30-5.
- 12- Jones B. Nurse Beliefs And Other Influencing Variables On Nurses' Intentions And Decisions Regarding [Dissertation]. Michigan: Wayne State University; 2012.
- 13- Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive care medicine*. 2007;33(6):1060-5.
- 14- Mahdavi shahri sm, Asadi noghabi AA, Zolfaghari M, Haghani H. Nurses viewpoint about visiting in coronary care unit. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2014;2(4):24-16.
- 15- Biancofiore G, Bindi L, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva anesthesiologica*. 2010;76(2):93-9.
- 16- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open Intensive Care Units: A Global Challenge for Patients, Relatives, and Critical Care Teams. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2014;33(4):181-93.

- 17- Lolaty HA, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Golzarodi T, Charati JY. The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2014;20(3):147-51.
- 18- Rahmani R, Yazdi RA, Motahedian E, Rahimi A. To assess the effect of planed meeting on the physiologic indicators of the patients who suffer from Acute Coronary Syndrome. *Iran J Crit Care Nurs*. 2013;6(1):57-64.
- 19- Mehrnejad N, navidhamidi m, rezayee Hemami M, Ganji T, Ardeshiri M, Fathi P. Theeffect of family presence at the bedside on serum cortisol levels and physiological indexes in patients hospitalized in intensive care unit. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2014;2(4):36-42. 8983-2251 2014.
- 20- Hoseini Azizi T, Hasanzadeh F, Esmaily H, Ehsaee MR, Masoudynia M. The effect of family's supportive presence on the recovery of patients with brain injury in intensive care unit: a randomized clinical trial. *Journal of Nursing and Midwifery Urmia University of Medical Sciences*. 2014;11(12):977-87.
- 21- Hoseini Azizi T, Hasanzadeh F, Ehsaee MR, Esmaily H, Khoshbakht S. The Impact of Patient's Family Presence on the Attitudes of Icu Nurses in This Unit. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2013;12(9):719-32.
- 22- Khatib Zanjani N, Moharreri M. Assessing the Nurses' Knowledge and Awareness of Effective Verbal Communication Skills. *Magazine of E-learning Distribution In academy (MEDIA)*. 2012;3(1):11-20.