

سیاست ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه کیفی

مهری دوستی ایرانی^۱، بتول علیدوست^۲، لیلا رفیعی وردنجانی^۳، کبری نوریان^۴*

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۲/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۵/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ملاقات از بیمار یکی از راه‌های اجرای مراقبت خانواده‌محور است، ولی باوجود مطالعات فراوان هنوز توافقی در مورد شیوهی اجرای ملاقات در ICU وجود ندارد و سیاست‌های متفاوتی وجود دارد. این مطالعه‌ی کیفی باهدف بررسی سیاست فعلی ملاقات در ICU بیمارستان‌های کاشانی و هاجر شهر کرد انجام گردید.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، کیفی از نوع توصیفی-اکتشافی است. مشارکت‌کنندگان ۳۵ نفر (۲۰ پرستار، ۹ همراه بیمار و ۶ بیمار بستری در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی بیمارستان‌های آموزشی شهر کرد) در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۶ بودند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری و به روش تحلیل تماتیک استقرایی تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های موردبررسی به‌صورت محدود اجرا می‌گردد. مشارکت‌کنندگان به دوتم «دلایل محدودیت ملاقات» شامل ساختار فیزیکی ICU و ماهیت ویژه و خاص بیمار ICU و «شیوه‌ی فعلی ملاقات» شامل ملاقات از پشت شیشه (ملاقات محدود) و دیدار حضوری کوتاه (ملاقات منعطف) اشاره نمودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه برنامه‌ریزی‌های آتی برای ارتقاء شرایط موجود باید با در نظر گرفتن روش و سیاست فعلی و دیدگاه و نقطه نظرات پرستاران باشد تا بتوان برنامه‌ای عملیاتی و اثربخش را اجرا نمود می‌توان از شناختی که از شیوه فعلی ملاقات و دلایل محدودیت ملاقات به دست آمد برای حرکت به سمت ملاقات باز استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: بخش مراقبت ویژه، ملاقات، مطالعه‌ی توصیفی-اکتشافی، مطالعه‌ی کیفی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۳۲، مهر ۱۳۹۹، ص ۵۵۴-۵۴۳

آدرس مکاتبه: شهر کرد، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه نگر، تلفن: ۰۹۱۳۲۸۰۰۳۸۸

Email: nooriandehkordy@yahoo.com

مقدمه

پیامدهای مثبت ملاقات در مطالعات بسیاری به تأیید رسیده است

(۴). این در حالی است که سال‌هاست محدودیت ملاقات در ICU به‌صورت یک عملکرد روش مطرح است و ملاقات محدود نیز شرایط را برای بیمار و خانواده دشوارتر می‌کند (۵).

به‌طور کلی، ملاقات یک واژه‌ی کلی با محدوده‌ای از معانی در محیط بیمارستان است (۶). امروزه سه روش ملاقات در ICU در جوامع مختلف استفاده می‌شود که به شرح ذیل است. الف- ملاقات محدود: تعداد مشخصی از افراد با زمان تعیین شده که معمولاً توسط سیاست‌های بیمارستان تعیین می‌شود، ملاقات انجام می‌دهند (۶)

مراقبت ویژه، مراقبت حمایتی از بیماران، با تجهیزات پزشکی پیشرفته، به‌منظور حفظ حیات بیمار است. پذیرش در ICU به‌عنوان یک موقعیت پرسترس، برای بیمار و اعضای خانواده محسوب می‌شود (۱) و نیاز به هم‌جواری با بیمار، از شاخص‌ترین نیازهای اعضای خانواده‌ی بیماران بستری در بخش‌های ویژه اعلام شده است (۲). ملاقات از بیمار به‌عنوان یک تدبیر مثبت و اثرگذار برای کمک به بیمار و اعضای خانواده به‌منظور سازگاری و تطابق بهتر با استرس ایجادشده به دنبال بیماری حاد مورد تأکید قرار گرفته است (۳).

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، گرایش ویژه بزرگسالان، شهر کرد، ایران

^۳ مربی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران

^۴ مربی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران (نویسنده مسئول)

كه به خانواده اجازه داده مي‌شود تا در يك دوره و زمان مشخصي از روز ملاقات انجام دهند و تعداد افراد ملاقات‌كننده در هر دوره محدود است (۷). ب- ملاقات باز (Open Visiting) (OVP) به خانواده‌ها اجازه داده مي‌شود كه در هر زماني كه بيمار يا خانواده تمايل دارند، ملاقات انجام شود و امكان دسترسي به خانواده در هر زماني از شبانه‌روز وجود دارد كه ممكن است با يا بدون محدوديت در تعداد ملاقات‌كنندگان در طي يك دوره ملاقات باشد (۶). OVP در ICU اطفال بسيار رايج است ولي هنوز در ICU بزرگسالان رايج نشده است (۷). ج- ملاقات برنامه‌ريزي شده (ملاقات نرم/منعطف): يك اصطلاح بين ملاقات كاملاً باز و ملاقات كاملاً محدود است (۸).

با مرور متون مرتبط با ملاقات مي‌توان دريافت كه يافته‌ي غالب در اكثر مطالعاتي كه با شيوع نسبتاً بالايي در اغلب كشورها به‌ويژه كشورهاي اروپايي به‌منظور توصيف سياست‌هاي رايج ملاقات در ICU ها طراحي شده است، وجود سياست‌هاي محدودكننده ملاقات در آي‌سي‌يوها و البته به درجات متنوع و متفاوت است. ازجمله‌ي اين مطالعات مي‌توان به مطالعاتي در بلژيك (۹)، هلند (۱۰)، فرانسه (۱۱)، امريكا (۱۲)، انگلستان (۱۳) و ايتاليا (۱۴)، استان فارس (۱۵) اشاره نمود. نتايج اكثر اين مطالعات دلالت بر اعمال سياست‌هاي محدوديت ملاقات دارد. با اين حال در برخي كشورها از جمله سوئد، نتايج مطالعات يافته‌هاي قابل‌تأملي را نشان مي‌دهد به اين ترتيب كه در ۷۰ درصد بخش‌هاي ويژه، هيچ محدوديتي براي ملاقات خانواده‌هاي بيماران وجود ندارد و اين مسئله حتي در ساعات شب نيز رعايت مي‌شود (۱۶).

تفاوت‌هاي موجود در سياست ملاقات در بيمارستان‌ها احتمالاً منعكس‌كننده‌ي زمينه‌هاي فرهنگي و نگرش در جوامع، فضاي بيمارستان و بخش‌هاي مراقبت ويژه، موقعيت جغرافيايي، دسترسي به امكانات و فناوري و آمادگي كاركنان نسبت به ايجاد تغيير در روال كار و همچنين دانش جديد و روش‌هاي موجود باشد (۱۶، ۱۷). طيبي نشان داد كه نوع رفتارهاي ملاقات‌كنندگان در شكل‌گيري فرآيند ملاقات حائز اهميت بوده و اين نوع رفتار كاملاً وابسته به فرهنگ است كه گاهي به‌صورت كلي فرهنگ ملي يا منطقه‌اي و گاهي موارد تفاوت فرهنگ در بيمارستان‌ها و بخش‌هاي مختلف يك شهر، موردنظر بوده است. اين كه بيمارستان در چه شهري و حتي در چه منطقه‌اي از شهر قرار دارد اين رفتارها را تحت تأثير قرار مي‌دهد. مطالعه‌ي طيبي نشان داد كه رفتار مردم حتي در نقاط مختلف تهران نيز متفاوت است و بايد بر همين اساس، سياست‌هاي ملاقات را تنظيم نمود (۱۸). حق‌بين و همكاران (۲۰۱۱) اشاره مي‌كنند كه اصلاح رويه‌هاي فعلي ملاقات بايد با توجه به زمينه‌ي فرهنگي كشور ايران صورت گيرد (۱۵). در مطالعات خارج از كشور

كمتر به موضوع فرهنگ در پديده‌ي ملاقات پرداخته شده است به‌جز در مواردی كه تأكيد مي‌شود رفع نيازهاي ملاقات‌كنندگان و بيماران بايد بر اساس فهم فرهنگي آن‌ها باشد. به‌عنوان مثال ابرينگر (Obringer) و همكاران (۲۰۱۲) (۱۹)، فارل (Farrel) (۲۰۰۵) (۲۰)، برويك و كاتاكل (Berwick&Kotagal) (۲۰۰۴) (۲۱)، كوك (Cook) (۲۰۰۶) (۲۲) به موضوع توجه به تفاوت‌هاي فرهنگي در اجراي ملاقات اشاره کرده‌اند. لذا با توجه به اينكه اكثر مطالعات انجام‌شده در ايران در زمينه ملاقات از طرح‌هاي كمي استفاده نموده‌اند كه فرصت توصيف عميق پديده‌ي ملاقات و زوايا و ابعاد پنهان آن را فراهم نمي‌كند. ضمن آن كه در اكثر اين مطالعات، كليده‌ي ذي‌نفعان پديده‌ي ملاقات (پرستار، بيمار، ملاقات‌كننده) با هم موردبررسي قرار نگرفته‌اند و اطلاعات اندكي در اين حوزه وجود دارد محقق بر آن شد تا در مطالعه‌اي توصيفي-اكتشافي با همراهي بيماران ICU، خانواده‌ي آن‌ها و پرستاران ICU به بررسي سياست ملاقات در ICU در بيمارستان‌هاي آموزشي دانشگاه علوم پزشكي شهر كرد بپردازد تا بتواند به دركي عميق از پديده دست يابد و از آن به‌عنوان پايه‌اي براي مطالعات بعدي استفاده نمايد.

مواد و روش‌ها

اين مطالعه به‌صورت كيفي با رويکرد توصيفي-اكتشافي در بيمارستان‌هاي كاشاني و هاجر شهر كرد در نيمه اول سال ۱۳۹۶ انجام شد. مطالعه‌ي توصيفي-اكتشافي يك روش پركاربرد و شناخته‌شده براي انجام تحقيقات كيفي، خصوصاً زماني است كه دانش ثنورتيك و واقعي (Theoretical or Factual Knowledge) اندكي در مورد يك پديده‌ي خاص وجود دارد (۲۲، ۲۳). بيماران هوشيار بستري در آي‌سي‌يوهاي بيمارستان‌هاي كاشاني و هاجر شهر كرد وابسته به دانشگاه علوم پزشكي شهر كرد (صرفنظر از زمان بستري شدن و طول مدت‌زمان بستري)، همراهان آن‌ها كه تقاضاي ملاقات داشتند، پرستاران شاغل در اين آي‌سي‌يوها به شيوه‌ي مبتني بر هدف (۲۴) انتخاب شدند. در هر سه گروه، جمعيت مورد مطالعه كه قادر به برقراري ارتباط كلامي با محقق بودند در صورت تمايل در مطالعه وارد مي‌شدند و هر كس توانايي انتقال تجربيات خود را نداشت از مطالعه خارج مي‌شد. جهت جمع‌آوري اطلاعات، مصاحبه عميق و نيمه‌ساختاريافته با ۳۵ نفر مشاركت‌كننده شامل شش بيمار (شش نفر در كاشاني)، نه همراه بيمار (هفت نفر در كاشاني، دو نفر در هاجر) ۲۰ پرستار (۱۱ نفر در كاشاني، نه نفر در هاجر) انجام شد. نمونه‌گيري بدون تعيين تعداد مشاركت‌كننده شروع و تا زمان رسيدن به اشباع اطلاعات ادامه يافت. با ۲۵ مصاحبه با ۲۵ نفر از مشاركت‌كنندگان صورت گرفت. با ۷ نفر از مشاركت‌كنندگان دو مصاحبه و با ۳ نفر ۳ مصاحبه جهت تكميل

اطلاعات انجام شد. پس از مصاحبه با ۳۰ نفر، سایر مصاحبه‌ها هیچ داده جدیدی به داده‌ها اضافه نکرد و به‌عنوان اشباع داده‌ها لحاظ گردید. مصاحبه‌ها توسط محقق دوم انجام شد و هیچ‌یک از محققان عضوی از پرسنل مورد مصاحبه نبودند و به‌عنوان یک محقق مستقل خارجی محسوب می‌شدند.

مصاحبه‌ها با رضایت افراد و رعایت اصل محرمانه بودن ضبط گردید و تلاش شد که مکان مصاحبه‌ی همراهان و بستگان بیمار با توافق مشارکت‌کنندگان جهت سهولت کار برای آن‌ها در مکان موردنظر آن‌ها باشد که شرایط انجام مصاحبه را نیز داشته باشد. در عمل، پرستاران در شیفت کاری در زمانی که بیمارشان اقدام مراقبتی اورژانسی نیاز نداشت و بنا به تشخیص خودشان، زمان مصاحبه را برای محقق تعیین می‌نمودند و در طول مصاحبه بیمارشان را به یکی از همکاران می‌سپردند و مصاحبه با آن‌ها در مکانی از بخش که اتاق استراحت پرسنل یا آبدارخانه‌ی بخش بود، انجام می‌شد. مصاحبه با بیماران هوشیار بر بالین آن‌ها در شیفت عصر که محیط ICU خلوت‌تر است و با اجازه از پرستار انجام گردید. مدت‌زمان هر مصاحبه برحسب تمایل مشارکت‌کننده به مصاحبه، و نوع پاسخ‌گویی مشارکت‌کننده به‌طور میانگین ۳۰ دقیقه بود. سؤالات اولیه از پرستاران شامل این موارد بود: «روش رایج ملاقات در بخش شما چگونه است»، «شما چه روشی برای ملاقات پیشنهاد می‌دهید»، «زمانی که همراه بیمار از شما تقاضا می‌کند که بیمار را ببینید، واکنش شما چیه»، «دلیل این واکنش چیه»، «چه راه حلی برای این مسئله دارید؟». از همراهان و بستگان بیمار پرسیده شد که «چگونه بیمار خود را در ICU ملاقات می‌کنید» و از بیماران سؤال شد که «اگر نیاز به ملاقات با بستگانتان داشته باشید چه می‌کنید»، «تا کنون چه کسانی به ملاقات شما آمده‌اند»، «ملاقات در اینجا برای شما به چه صورتی بوده است»، «دوست دارید ملاقات به چه روشی اجرا شود». برحسب پاسخ‌هایی که مشارکت‌کنندگان به سؤالات می‌دادند، سؤالات دیگری نیز پرسیده می‌شد تا محقق را به سوی پاسخ به سؤالات تحقیق رهنمون سازد.

تجزیه و تحلیل هم‌زمان با گردآوری داده‌ها، طی شش مرحله با رویکرد تحلیل تماتیک انجام شد (۲۵). در گام اول آشنایی با داده‌ها صورت گرفت و بدین منظور هر مصاحبه پس از ضبط، کلمه به کلمه روی کاغذ توسط محقق پیاده شد. مصاحبه‌های پیاده‌شده روی کاغذ، چندین و چند بار جهت رسیدن به درک عمیق خوانده شد. در حاشیه‌ی متن مصاحبه، ایده‌های اولیه که از صحبت‌های مشارکت‌کنندگان به ذهن محقق می‌رسید، به‌صورت خام و اولیه در حاشیه‌ی متن یادداشت گردید تا محقق جهت انجام مصاحبه‌ی بعدی پیش‌زمینه‌ی ذهنی کامل‌تری داشته باشد و سؤالات عمیق‌تری بپرسد. در گام دوم بر اساس یادداشت‌های اولیه که

به‌صورت جملات خام در حاشیه‌ی متن یادداشت شده بود، کدهای اولیه استخراج گردید به‌طوری‌که مطالب مهم هر مصاحبه کدگذاری شده و مطالب مشابه آن نیز مورد بررسی و جستجو قرار گرفتند. در گام سوم کدهای مشابه طبقه‌بندی شدند تا تم‌های بالقوه را تشکیل دهند. در واقع بعد از پیاده کردن تمام مصاحبه‌ها روی کاغذ و استخراج یادداشت‌های اولیه و ایجاد کدهای اولیه، کدهای مشابه از نظر معنا و مفهوم در یک گروه تحت عنوان کدهای مشابه قرار گرفتند. در مرحله‌ی چهارم تم‌ها مجدد مرور شد تا اطمینان حاصل شود که کدهای استخراج‌شده را کاملاً پوشش داده‌اند. در مرحله‌ی پنجم، تم‌ها تعریف و نام‌گذاری گردیدند. در نهایت در مرحله‌ی ششم تحلیل داده‌ها گزارش گردید.

از درگیری طولانی‌مدت با کمک مصاحبه‌های عمیق و گاهاً متعدد جهت افزایش باورپذیری (اعتبار) استفاده شد. از بازبینی هم‌تایان نیز جهت افزایش باورپذیری (اعتبار)، افزایش خنثی و عینی بودن داده‌ها (تأییدپذیری) استفاده گردید (۲۴). مسئولیت اصلی تحلیل داده‌ها با محقق بود. اما قبل از مرحله‌ی گروه‌بندی کدها، کلیه‌ی مصاحبه‌ها و کدهای باز آن‌ها در اختیار اساتید راهنما و مشاور قرار گرفت تا اطمینان حاصل شود که همه‌ی کدهای ممکن در حاشیه‌ی متن یادداشت شده‌اند و هیچ کدی از قلم نیفتاده است (بازبینی هم‌تایان). از بازبینی یک ممیز خارجی هم استفاده شد. از بازبینی ۲۴ نفر از مشارکت‌کنندگان جهت افزایش اطمینان‌پذیری (قابلیت اعتماد)، و افزایش خنثی و عینی بودن داده‌ها (تأییدپذیری) استفاده شد. از توصیف عمیق کار جهت افزایش قابلیت انتقال استفاده شد. به‌طور کلی یافته‌های مطالعات کیفی قابلیت انتقال ندارد اما به‌رحال این احتمال وجود دارد که بتوان از آن در سایر زمینه‌ها استفاده کرد (۲۴). لذا تمام تلاش محقق بر این بود که کلیه‌ی مراحل کار را تا حد امکان جزء به جزء بیان و توصیف نماید. این مقاله بخشی از یک مطالعه وسیع با کد اخلاقی IR.SKUMS.REC.1395.30 است که توسط دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد مورد تصویب قرار گرفت. از همه مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه و ضبط صدا اخذ شد و هیچ اجباری برای حضور در مطالعه برای ایشان وجود نداشت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه که همگی مؤنث بوده (۱۰۰ درصد) با میانگین سنی $37/60 \pm 5/52$ سال و با سابقه خدمت عمومی $7/36 \pm 15/56$ سال به‌عنوان پرستار و سابقه $4/85 \pm 9/12$ سال کار در بخش مراقبت‌های ویژه بودند. هم چنین ۶ بیمار با میانگین سنی $12/41 \pm 54/83$ سال که ۴ نفر مذکر و ۲ نفر مؤنث بودند و ۹ همراه بیمار که ۶ نفر مؤنث و ۳ نفر

مذكر با ميانگين سني ۱۵/۹۲ ± ۳۹/۸۸ شركت نمودند. نتايج حاصل
از مصاحبه‌هاي انجام شده در دوتم شامل «دلایل محدودیت
ملاقات» و «شیوه‌ی فعلی ملاقات» قابل توصیف است که در
جدول ۱ ارائه شده است.

جدول (۱): روش فعلی ملاقات

دلایل محدودیت ملاقات	ساختار فیزیکی ICU		ظرفیت محدود و نامناسب ICU به لحاظ فیزیکی جهت برقراری ملاقات		
			وجود تجهیزات فراوان در ICU و احتمال خرابی دستگاه‌ها		
	ماهیت ویژه و خاص بیمار ICU		استعداد بیمار برای ابتلا به عفونت		
			نیاز بیمار به آرامش		
			نیاز بیمار به مراقبت ویژه و خاص و پیشگیری از ایجاد اختلال در روند مراقبت‌های پرستاری		
			شرایط خاص و استرس‌زای بیمار ICU برای خانواده		
شیوه فعلی ملاقات	ملاقات پشت شیشه	مزایای	دیدار بیمار با بستگان		
			رفع دلایل ممنوعیت ملاقات		
	معایب ملاقات پشت شیشه	عدم تأمین نیاز همراه	نداشتن ارتباط عاطفی، کلامی و لمسی همراه با بیمار		
			عدم تسلط ملاقات‌کنندگان به بیمار		
			شرایط فیزیکی نامناسب راهروی ملاقات		
			عدم تأمین نیاز بیمار	عدم ارتباط بیمار با همراهان	
	با دستور کتبی پزشک				
	دیدار حضوری کوتاه (ملاقات منعطف)	تشخیصی پرستار با	جهت بستگان درجه یک		
			موارد استثنا	بیماران بی‌قرار	
				کودکان	
				بیماران در حال احتضار	
				بیماران پرخاشگر	
				سالمندان	
بنا به درخواست خود بیمار					

۱- دلایل محدودیت ملاقات در ICU

با بررسی سخنان و نظرات مشارکت‌کنندگان مشخص می‌شود که «ساختار فیزیکی ICU» و «ماهیت ویژه و خاص بیمار ICU» ایجاب می‌کند که ملاقات در ICU محدود باشد. اکثر مشارکت‌کنندگان علیرغم اعتقاد به لزوم انجام ملاقات از نظر روانی

جهت کاهش استرس بیمار و خانواده، با ارائه‌ی توضیحاتی معتقد بودند که بهتر است ملاقات در ICU محدود باشد. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان به دو دلیل، ساختار فیزیکی ICU ایجاب می‌کند که ملاقات به‌صورت محدود باشد. این دلایل عبارت‌اند از «ظرفیت محدود و نامناسب ICU به لحاظ فیزیکی جهت برقراری ملاقات» و «وجود تجهیزات فراوان در ICU و احتمال

خرابی دستگاه‌ها. مشارکت‌کننده‌ی ده (پرستار ICU قلب کاشانی) معتقد است:

«اصلاً همیشه این کار را کرد، چون که ICU به فضای بسته‌ی کوچیکه، تجمع زیاد میشه ... اصلاً نمیشه ...»

مشارکت‌کننده‌ی سه (پرستار ICU هاجر) می‌گوید:

«همیشه ملاقات توی ICU مثل بقیه‌ی بخش‌ها آزاد باشه، چون مریضا زیر دستگاهند. خیلی از مردم اطلاعات ندارند و ممکنه بیان یکی از دستگاه‌ها را دستکاری کنند و مخاطره‌ای برا بیمار ایجاد کنند ...»

مشارکت‌کنندگان در بیانان خود، به کرات به این موضوع اشاره داشتند که ICU با سایر بخش‌های بیمارستان متفاوت است. هر عامل خارجی ممکن است باعث اضافه شدن عفونت‌ی خطرناک روی بیماری زمینه‌ای شود و از طرفی پرسنل بخش و به‌ویژه پرستاران، جهت ارائه‌ی مراقبت‌های پیچیده‌ی پرستاری از یک بیمار بدحال، نیاز به تمرکز دارند و این تمرکز فراهم نمی‌شود مگر در صورت فراهم نمودن یک محیط ساکت و بی‌سروصدا و کم‌تردد. مشارکت‌کنندگان به چهار سبب تم در این مقوله اشاره داشتند که شامل «استعداد بیمار برای ابتلا به عفونت»، «نیاز بیمار به آرامش» «نیاز بیمار به مراقبت ویژه و خاص و پیشگیری از ایجاد اختلال در روند مراقبت‌های پرستاری» و «شرایط خاص و استرس‌زای بیمار ICU برای خانواده» است. مشارکت‌کننده‌ی ۱۱ (پرستار ICU قلب کاشانی) می‌گوید:

«فکر نمی‌کنم بشه ملاقات را توی ICU آزاد کرد... فضای ICU نسبت به بخش‌های دیگه محدودتره. اینجا خیلی از نظر عفونت و اینا رنج بالایی داره، که هر کسی بخواد وارد و خارج بشه...»

مشارکت‌کننده‌ی ۲۴ (همراه بیمار ICU_۱ کاشانی) بیان می‌کند: «والا حضوری که خوب نیست چون زخمند، عمل کردند. احتمال عفونت، خیلی چیزها هست...»

مشارکت‌کننده‌ی هفت (پرستار ICU هاجر) می‌گوید:

«شلوغی زیاد دور و بر مریض، به خصوص مریضی که ویژه باشه خوب نیست. باید به محیطی باشه که ساکت باشه. مریض بتونه با آرامش به سلامتیش دست پیدا کنه.»

مشارکت‌کننده‌ی دو (پرستار ICU هاجر) توضیح می‌دهد:

«بیمار در ICU نیاز به مراقبت‌ها و توجه بیشتری دارد. در فاصله‌ی ملاقاتی قطعاً از دست خارج میشه که بگیم ملاقات مداوم داشته باشه...»

۲- شیوه‌ی فعلی ملاقات در ICU

شیوه‌ی فعلی ملاقات به دو صورت می‌باشد که عبارت‌اند از «ملاقات از پشت شیشه (ملاقات محدود)»، و «دیدار حضوری کوتاه (ملاقات منعطف)».

یکی از روش‌های رایج برای انجام ملاقات، روش ملاقات از پشت شیشه است که در واقع به‌صورت ملاقات محدود اجرا می‌گردد.

مشارکت‌کننده‌ی ۱۴ (سرپرستار ICU_۲ کاشانی) می‌گوید:

«ملاقات تو ICU ممنوعه ولی ساعت ملاقات می‌تونند از راهروی ملاقات و از پشت پنجره‌ها مریضشون را ملاقات کنند.»

مشارکت‌کننده‌ی ۱۷ (همراه بیمار ICU قلب کاشانی) می‌گوید:

«می‌ذارن مریضمون را ببینیم نمیشه رفت تو، فقط از پشت شیشه می‌گن برین ببین».

مشارکت‌کنندگان به توصیف مزایا و معایب این روش پرداختند. مزایای ملاقات از پشت شیشه عبارت‌اند از «دیدار بیمار با بستگان» و «رفع دلایل ممنوعیت ملاقات». مشارکت‌کننده‌ی پنج (پرستار ICU_۲ کاشانی) معتقد است:

«پشت شیشه خوبیش آینه که ... آخه خب خودتون که در جریان هستید مریضهای ICU خیلی اتصالات زیادی دارند و مرتب در حال گرفتن دارو هستند... وقتی ملاقاتی نباشه و ما بهتر میتونیم برای مریض کار کنیم.»

در مجموع صحبت‌های مشارکت‌کنندگان نشان می‌داد که ملاقات پشت شیشه با شرایط فعلی برای خانواده مزیت برجسته‌ای ندارد، تنها فایده‌ی آن برای مراجعین، خاصیت تسلی‌بخش بودن آن به‌واسطه‌ی دیدار مختصر و بسیار جزئی بیمار و بستگان است. مشارکت‌کننده‌ی ۳۵ (پرستار ICU هاجر) می‌گوید:

«به نظر من ملاقات از پشت شیشه، حالت مسکن داره، یعنی میتونه به‌صورت موقتی از استرس همراهان کم کنه ... فقط در حد آینه که می‌بینند مریضشون زنده است...»

«ملاقات پشت شیشه» معایب متعددی در بردارد که به‌طور کلی عبارت‌اند از «عدم تأمین نیاز همراه» و «عدم تأمین نیاز بیمار». ملاقات پشت شیشه به سه دلیل نمی‌تواند نیاز همراهان را تأمین نماید. دلیل اول «نداشتن ارتباط عاطفی، کلامی و لمسی همراه با بیمار» است. مشارکت‌کننده‌ی هفت (پرستار ICU هاجر) می‌گوید:

«خب معایبش آینه که ارتباط کلامی و ارتباط عاطفی با مریضشون ندارند، دورند از مریضشون...»

دومین دلیل عدم تأمین نیاز همراهان «عدم تسلط ملاقات‌کنندگان به بیمار» است. مشارکت‌کننده‌ی پنج (پرستار ICU_۲ کاشانی) معتقد است:

از جمله مواردی که پرستاران بنا به تشخیص و با اجازه و مسئولیت خودشان امکان دیدار حضوری کوتاه را فراهم می‌کنند «**موارد استثناء**» هستند. «**بیماران بی‌قرار، کودکان، بیماران در حال احتضار، بیماران پر خاشگر و سالمندان**» جز موارد استثناء نام برده شد. مشارکت‌کننده‌ی دو (پرستار ICU هاجر) معتقد است: «بعضی بیماران نیاز دارند که همراه کنارشون باشه. اگر بی‌قرار باشند، بچه‌های کوچکتر مادرشون کنارشون می‌مونه. یا بیمارانی که بدحال‌ترند و در حال احتضارند اجازه میدیم که درجه یک بالای سر بیمار بیان و بیمارشون را ملاقات کنند. برای بچه‌ها مادرشون ۲۴ ساعته کنارشونه».

پرستاران در صورت هوشیاری بیمار و «**بنا به درخواست خود بیمار**» نیز قانون محدودیت ملاقات را زیر پا گذاشته و امکان ملاقات کوتاه حضوری را فراهم می‌کنند. مشارکت‌کننده‌ی ۱۸ (پرستار ICU کاشانی) می‌گوید: «استثناء هم آینه که آگه بیماری هوشیار باشه و خودش تقاضا بکنه، خب طبق انسانیت ما می‌گیم که همراهش بیاد بالا سرش چند دقیقه‌ای باهاش حرف بزنه».

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه «روش یا سیاست فعلی ملاقات» در آی‌سی‌یوهای بیمارستان هاجر و کاشانی مورد بررسی قرار گرفت و به شکل «دلایل محدودیت ملاقات» و «شیوه‌ی فعلی ملاقات» توصیف شد.

الف- دلایل محدودیت ملاقات

مشارکت‌کنندگان به دو ساب تم شامل «ساختار فیزیکی ICU» و «ماهیت ویژه و خاص بیمار ICU» به عنوان مهم‌ترین علل محدودیت ملاقات در ICU اشاره نمودند. به علت دو اشکال ساختاری عمده در ICU، شامل «ظرفیت محدود و نامناسب ICU به لحاظ فیزیکی جهت برقراری ملاقات» و «وجود تجهیزات فراوان در ICU و احتمال خرابی دستگاه‌ها» ملاقات باید به صورت محدود اجرا گردد. دومین عاملی که مشارکت‌کنندگان جزء دلایل محدودیت ملاقات عنوان نمودند «ماهیت ویژه و خاص بیمار ICU» بود. در برخی از مطالعات انجام‌شده در مورد ملاقات نیز نتایج نسبتاً مشابهی حاصل شده است. ایجاد آرامش بیمار و پیشگیری از ایجاد اختلال در مراقبت پرستاری یکی از موانع ملاقات در مطالعه‌ی حاضر مطرح شده بود. دلایل زیادی برای محدودیت ساعت ملاقات در ICU از جمله ایجاد نظم و انضباط بیشتر در بخش و جلوگیری از انتقال عفونت عنوان شده است. در مطالعات زیادی اشاره شده است که به منظور فراهم کردن زمان بیشتری جهت استراحت بیمار، جلوگیری از شلوغی و تداخل با مراقبت‌های پرستاری، ملاقات محدود در ICU اجرا می‌گردد. برخی نیز بر این باورند که حضور بدون محدودیت

«پشت شیشه هم چون ملاقاتی‌ها از بالای سر، مریضشون رو می‌بینند خیلی نمی‌تونند، مریض نه راحت میتونه ملاقاتی‌اش رو از روبرو ببینه و نه ملاقاتی میتونه راحت مریض را ببینه».

سومین دلیل عدم تأمین نیاز همراهان «**شرایط فیزیکی نامناسب راهروی ملاقات**» است. مشارکت‌کننده‌ی ۱۴ (سرپرستار ICU_۲ کاشانی) معتقد است:

«...راهروی ملاقات ممکنه از نظر شرایط فیزیکی مناسب نباشه... تابستون‌ها گرم باشه، ممکنه تهویه درست انجام نشه...»
مشارکت‌کننده‌ی ۲۸ (همراه بیمار ICU_۲ کاشانی) نیز می‌گوید: «شرایط پشت شیشه را من شرایط ایده‌آلی ندیدم. آفتاب، گرما و محیطی که این مکان داشت، محیط پشت شیشه محیط جالبی نبود».

ملاقات پشت شیشه در «**تأمین نیاز بیمار**» نیز ناتوان است و نمی‌تواند «**ارتباط بیمار با همراهان**» را فراهم نماید. مشارکت‌کننده‌ی ده (پرستار ICU قلب کاشانی) می‌گوید: «ولی خب معایبش هم آینه که به هر حال نمیتونن از پشت شیشه زیاد ارتباط برقرار کنن...»

مشارکت‌کنندگان، به‌ویژه پرستاران، با وجودی که تأکید داشتند روش ملاقات در ICU از پشت شیشه است ولی همگی تلویحاً اشاره داشتند که در مواردی، برحسب شرایط بیمار، با تشخیص پزشک یا پرستار، اجازه‌ی ملاقات حضوری در حد چند دقیقه، آن‌هم فقط به همراهان و بستگان درجه یک بیمار داده می‌شود که تحت عنوان «**دیدار حضوری کوتاه یا ملاقات منعطف**» به آن اشاره می‌شود.

ملاقات منعطف به دو صورت انجام می‌شود یا «**با دستور کتبی پزشک در پرونده**» و یا «**به صورت موردی توسط پرستار بخش**». مشارکت‌کننده‌ی ۱۴ (سرپرستار ICU_۲ کاشانی) بیان می‌کند:

«استثناها را پزشک می‌گه که مثلاً ملاقات با خانواده داشته باشه».

اجرای «**ملاقات منعطف با تشخیص پرستار**» در سه مورد توسط پرستاران صورت می‌گیرد که عبارت‌اند از: «**جهت بستگان درجه یک بیمار**»، «**موارد استثناء**» و «**بنا به درخواست خود بیمار**».

پرستاران معتقدند فقط در صورتی که مطمئن شوند فرد متقاضی ملاقات از اعضای درجه یک خانواده‌ی بیمار است به او اجازه‌ی ملاقات خواهند داد. مشارکت‌کننده‌ی سه (پرستار ICU هاجر) می‌گوید:

«یکی بخواد ملاقات کنه اول می‌پرسیم شما کی هستید، آگه مطمئن شدیم که این فامیل نزدیکه، درجه یک، اجازه‌ی ملاقات میدیم».

اعضای خانواده در کنار بیمار باعث سلب آرامش او می‌شود. درحالی‌که در بسیاری مطالعات انجام‌شده در این زمینه به تأثیر آرامش‌بخشی ملاقات در بیماران اشاره کرده‌اند و بیماران به افزایش زمان ملاقات تمایل نشان داده‌اند (۸). مطالعه‌ی علیزاده و همکاران (۱۳۹۴) (۲۶)، حقیبن (۲۰۱۳) (۲۷)، برتی و همکاران (۲۰۰۷) (۲۸) نیز ملاقات را عاملی در ایجاد اختلال در برنامه‌ریزی مراقبت‌های پرستاری بیان می‌کنند همان‌طور که اشاره شد تداخل با مراقبت پرستاری به‌عنوان یک مانع در این مطالعات و مطالعه‌ی حاضر بیان شده است، درحالی‌که در مطالعه مشاهده‌ای آیندنگر کوهورت که توسط گاروست-اورگاس (Garrouste-Orgeas) و همکاران (۲۰۰۸) در ICU انجام شد، نه پرستاران و نه پزشکان، سیاست ملاقات آزاد را به‌عنوان عامل مختل‌کننده‌ی مراقبت بیمار درک نکرده بودند (۲۹).

غیاثوندیان و همکاران (۱۳۸۹) بیان می‌کنند که از علل اعمال محدودیت ملاقات، وجود این باور در بین پرستاران است که حضور اعضای خانواده موجب وقفه در استراحت بیمار شده و تغییرات فیزیولوژیکی مانند تاکی‌کاردی، آریتمی، هایپوتانسیون و اضطراب در بیماران ایجاد می‌کند (۳۰). این در حالی است که مطالعه‌ی صلواتی و همکاران (۱۳۹۱) (۳۱) و کامرانی و همکاران (۱۳۸۸) (۳۲) مشخص نموده که ملاقات برنامه‌ریزی‌شده برای حضور خانواده و دوستان بر بالین بیمار، تغییرات مهم و معنی‌داری در شاخص‌های قلبی-عروقی ایجاد نمی‌کند و بنابراین دلیلی برای محدودیت ملاقات نیست. بصیری مقدم و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند ملاقات حمایتی منظم مراقبین خانوادگی می‌تواند باعث تعدیل شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران مبتلا به سکته‌ی مغزی بستری در ICU شود (۳۳). رحمانی و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند تأثیر حمایتی ملاقات برنامه‌ریزی‌شده بسیار بیشتر از ملاقات محدود است و باعث کاهش شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران دچار سندرم حاد کرونری و کمک به درمان می‌شود (۸).

پیشگیری از عفونت از دیگر علل مطرح‌شده برای محدودیت ملاقات در مطالعه‌ی حاضر بود. غیاثوندیان و همکاران (۱۳۸۹) (۳۰)، حقیبن (۲۰۱۳) (۲۷)، طیبی (۱۳۹۴) (۱۸) نیز بیان می‌کنند که ساعت ملاقات محدود به دلایل متعددی مانند جلوگیری از انتقال عفونت اجرا می‌شود. درحالی‌که مطالعه‌ی فوماگولی (Fumagalli) و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که حضور ملاقاتی تأثیری بر افزایش عفونت در بیماران ندارد و شستن دست‌ها، مهم‌ترین عامل در پیشگیری از عفونت در ICU است (۳۴).

شرایط خاص و استرس‌زای بیمار ICU برای خانواده از مسائلی است که به اعتقاد مشارکت‌کنندگان مطالعه‌ی حاضر، موجب اعمال محدودیت ملاقات می‌شود. ترس از احیاء و ناشناخته‌ها در سایر

مطالعات نیز مورد اشاره قرار گرفته است، اما همیشه به‌عنوان دلیلی برای محدودیت ملاقات ذکر نشده است. به‌عنوان مثال والز (Walls) (۲۰۰۹) موانع درک‌شده‌ی پرسنل نسبت به ملاقات را مسائل مربوط به کارکنان، احتمال لزوم عملیات احیاء در حضور ملاقات‌کنندگان و عدم آموزش خانواده ذکر می‌کند (۳۵). اکثر پرستاران معتقدند حضور خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه که هر لحظه احتمال نیاز بیمار به انجام فرآیندهای تهاجمی یا عملیات احیاء وجود دارد، موجب ایجاد اضطراب در خانواده شده و باعث می‌شود توجه پرستار از مراقبت بیمار به رسیدگی به خانواده معطوف گردد، اما تاکنون مطالعه‌ای مبنی بر اثرات منفی روانی حضور خانواده هنگام عملیات احیاء بیمار یا فرآیندهای تهاجمی وجود ندارد. بلکه ۷۴ درصد خانواده‌هایی که با انتخاب خود در حین عملیات احیای بیمارشان حضور یافتند، باور داشته‌اند که با حضور خود به بیمار کمک کرده‌اند (۳۶). باوجود همه‌ی این نگرانی‌ها، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حضور خانواده در کنار بیمار بخش مراقبت ویژه، رضایت شغلی پرستاران را افزایش می‌دهد و مشارکت خانواده در انجام مراقبت‌هایی که تداخل با تکنیک‌ها نداشته و درعین حال به‌طورمعمول توسط پرستاران انجام می‌شود مانند مرطوب کردن لب‌ها، با رضایت بالای پرسنل همراه بوده است (۳۷). مطالعات نشان داده است که ایجاد رضایت در خانواده و قرار دادن آن‌ها در جریان روند درمان منجر به تجارب بهتر در خانواده و تشویق آن‌ها به حضور در کنار بیمار و حمایت از بیمار شده است (۳۸). حضور و مشارکت نامحدود یک شخص حامی می‌تواند موجب افزایش رضایت بیمار و خانواده گردد زیرا باعث بهبود ایمنی در مراقبت می‌گردد. (۳۹).

چارلتون (Charlton) (۲۰۱۵) می‌گوید تصمیم برای محدودیت حضور خانواده به بهانه‌ی محافظت بیمار از عفونت، استرس و اختلال در استراحت، هنوز بهترین بهانه‌ای است که هیچ شواهد معتبری ندارد و ناشی از ترس و عقاید شخصی پرستاران است (۴۰). آگارد (Agard) و لومبرگ (Lomborg) (۲۰۱۰) نیز اشاره کرده‌اند که پرستاران دیدگاه‌های متفاوتی برای محدود کردن یا اجازه‌ی حضور خانواده دارند که عمدتاً بر اساس ارزیابی فردی آن‌ها و نه در تعامل با بیمار است (۴۱). در مطالعه‌ی حاضر به برخی دلایلی که در سایر مطالعات ذکر شده مانند تغییرات فیزیولوژیک در بیمار و تنش بین پرسنل و همراهان به‌عنوان دلیلی برای محدودیت ملاقات اشاره نکردند.

ب- شیوه‌ی فعلی ملاقات

یکی از مواردی که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند، توصیف شیوه‌ی رایج ملاقات در آی‌سی‌یوهای بیمارستان کاشانی و

هاجر شهرکرد بود که شامل «ملاقات از پشت شیشه (ملاقات محدود)» و «دیدار حضوری کوتاه (ملاقات منعطف)» بود.

در شیوهی ملاقات محدود، امکان انجام آزادانه‌ی ملاقات در طول شبانه‌روز وجود ندارد. مشارکت‌کنندگان به مقوله‌ی ملاقات از پشت شیشه از دو منظر «مزایای ملاقات پشت شیشه» و «معایب ملاقات پشت شیشه» نگریستند. آن‌ها «دیدار بیمار با بستگان» و «رفع دلایل ممنوعیت ملاقات» را به‌عنوان مزایای ملاقات از پشت شیشه عنوان نمودند. مشارکت‌کنندگان به معایب این روش رایج ملاقات (ملاقات از پشت شیشه) نیز اشاره کردند. این معایب عبارت‌اند از: «عدم تأمین نیاز همراه» و «عدم تأمین نیاز بیمار». «داشتن ارتباط عاطفی، کلامی و لمسی»، «عدم تسلط ملاقات‌کنندگان به بیمار»، «شرایط فیزیکی نامناسب راهروی ملاقات» از فاکتورهای مؤثر در عدم تأمین نیاز همراه عنوان گردید. در مورد «عدم تأمین نیاز بیمار» نیز اشاراتی به «عدم ارتباط بیمار با همراهان» داشتند و معتقد بودند این شیوه از ملاقات سودی به حال بیمار نخواهد داشت.

مطالعاتی که در ایران و سایر کشورها انجام‌شده است، طور واضح و دقیق به بررسی این شیوه از ملاقات (ملاقات از پشت شیشه) نپرداخته‌اند و اکثراً به‌صورت کمی به بررسی شاخص‌های خاصی در مورد تأثیر انجام ملاقات بر بیماران در خانواده پرداخته‌اند و هیچ‌یک روی شیوهی ملاقات تمرکز نکرده‌اند تنها مطالعه‌ای که به این موضوع پرداخته است مطالعه‌ی کیفی طبیی (۱۳۹۴) است. وی بیان می‌کند: «در این شیوه ملاقات‌کنندگان از طریق پنجره‌هایی که به همین منظور تعبیه‌شده است، در ساعات خاصی از روز مجازند که بیمار را مشاهده (نه ملاقات) کنند. این شیوه از ملاقات از سوی کادر درمان کاملاً پذیرفته‌شده و موردقبول است. به این دلیل که ملاقات‌کنندگان بدون این‌که وارد بخش شوند و کنترل بخش را از دست پرسنل خارج کنند و احتمالاً برای بیمار خطری ایجاد کنند، بیمار خود را به‌اصطلاح ملاقات می‌کنند (۱۸).

علاوه بر ملاقات پشت شیشه، دومین شیوهی فعلی ملاقات دیدار حضوری کوتاه (ملاقات منعطف) بود. در این روش، امکاناتی فراهم می‌شود که بستگان نزدیک بیمار به‌صورت حضوری در ICU با بیمار خود ملاقات داشته باشند. این شیوه از ملاقات معمولاً در مواردی خاص که واقعاً نیاز به برقراری ملاقات حضوری است به کار می‌رود و در بقیه‌ی موارد پرسنل ترجیح می‌دهند ملاقات به روش اول، یعنی از پشت شیشه اجرا گردد. امکان این نوع ملاقات منعطف «با دستور کتبی پزشک» و یا «با تشخیص پرستار» فراهم می‌گردد. پرستاران در سه حالت امکان ملاقات حضوری را فراهم می‌کنند که عبارت‌اند از: جهت بستگان درجه‌یک، موارد استثناء «شامل بیماران بی‌قرار، کودکان، بیماران در حال احتضار، بیماران پرخاشگر و سالمندان»،

بنا به درخواست خود بیمار. آن‌ها تأکید زیادی داشتند که به‌جز موارد فوق، واقعاً انجام ملاقات حضوری نیاز نیست و سودی به حال بیمار نخواهد داشت.

مطالعه‌ی کیفی طبیی اشاره نموده است علی‌رغم تلاش برای محدود نمودن ملاقات از سوی کادر درمانی ICU، مواردی به‌عنوان چراغ سبزه‌ای ملاقات یا ملاقات اجتناب‌ناپذیر مطرح شد که تسهیل‌کننده‌های فرآیند ملاقات قلمداد می‌شوند و در بخش‌های ویژه مصداق بیشتری پیدا می‌کنند. سطح هوشیاری بیمار، نسبت فامیلی ملاقات‌کننده با بیمار، بیمار مراحل انتهایی، بیمار خصوصی (Private) و بیمار غیرفارسی‌زبان از جمله مهم‌ترین مواردی بود که باعث می‌شد پرسنل انعطاف بیشتری نشان دهند و استدلالات منطقی و غیرمنطقی خود را به کنار گذاشته و ملاقات را تسهیل کنند. البته همیشه هم با میل این کار را انجام نمی‌دادند (۱۸).

در سایر مطالعات نیز به‌صورت گذرا (و نه به‌عنوان یک یافته‌ی اصلی)، اشاره‌ای به یکی از استثنائات ملاقات شده است. به‌عنوان مثال وندیچک (Vandijck) و همکاران (۲۰۱۰) اشاره می‌کنند که ملاقات در ۱۹ درصد از ICU های بلژیک صرفاً به اعضای درجه‌یک خانواده‌ی بیمار محدود می‌شود (۹). اولسن (Olsen) و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ی کیفی از دیدگاه بیماران نشان می‌دهند که بیماران تمایل دارند ملاقات، محدود به افرادی باشد که ارتباط نزدیکی در زندگی روزمره با آن‌ها دارند (۴۲). غیاثوندیان و همکاران (۲۰۰۹) اشاره می‌کنند که اکثر پرستاران فرصتی را برای وداع، برای خانواده‌ی بیماران مراحل انتهایی اختصاص می‌دهند (۴۳). بااین‌وجود در اکثر مطالعات انجام‌شده درباره‌ی موضوع ملاقات در ICU اشاره‌ی کلی به لزوم برقراری ملاقات با خانواده، جهت بیماران بستری در ICU شده و اغلب اشاره‌شده است که انجام ملاقات حضوری هم برای بیمار و هم خانواده مفید است و به‌صورت جزئی به مواردی که ملاقات باید به‌صورت حضوری انجام شود، اشاره‌ی واضحی نکرده‌اند.

شیوهی کنونی ملاقات یعنی ملاقات از پشت شیشه و دیدار حضوری کوتاه به‌وضوح نشان می‌دهد که سیاست‌های محدودکننده‌ی ملاقات، در آسی‌یوهای بیمارستان کاشانی و هاجر شهرکرد حاکم است. کلیه‌ی مشارکت‌کنندگان اشاره داشتند که روش اصلی و رایج ملاقات، به‌صورت محدود و به‌طور خاص از پشت شیشه اجرا می‌گردد و مواردی را نیز که اشاره به انجام ملاقات حضوری داشتند، تأکید می‌نمودند که این روش نیز با نظارت کامل پرسنل و تحت شرایط خاصی بازهم به‌صورت محدود اجرا می‌گردد. سیاست ملاقات بز امروزه موضوع موردتوجه بسیاری از مؤسسات است اما بدون توجه به فرهنگ عمومی و سازمانی و همچنین شرایط ویژه‌ی هر بیماری نمی‌توان به تغییر ناگهانی و اعمال ملاقات باز

جهت انجام مصاحبه نداشتند و تمایل به مصاحبه با فردی غریبه را نداشتند. لذا امکان دریافت اطلاعات از این گروه با دشواری‌هایی همراه بود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با کد اخلاقی IR.SKUMS.REC.1395.30 توسط دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال ۱۳۹۵ مورد تصویب قرار گرفت. جا دارد از همکاری و مساعدت تمامی پرستاران بخش‌های ذکرشده، خانواده‌ی بیماران بستری و بیماران گرامی نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشیم که با همکاری صمیمانه‌ی خود، در رسیدن به نتیجه‌ی بهتر ما را یاری نمودند.

اقدام نمود بلکه باید به تدریج به سمت ملاقات باز حرکت نمود. برای این حرکت لازم است روتین و سیاست‌ها و باورهای موسسه موردنظر را شناخت و در نظر گرفت. با توجه به نتایج مطالعه و شناخت دلایل زیربنایی ملاقات محدود و شناخت چالش‌های نحوه فعلی ملاقات می‌توان برنامه‌هایی طراحی نمود تا به توصیف و توضیح مستندات موجود پیرامون این دلایل پرداخت و زمینه را برای ملاقات باز فراهم نمود. به‌هرحال باید در نظر داشت که این مطالعه یک مطالعه کیفی است و محدودیت‌های خاص مطالعات کیفی را در بر دارد ازجمله اینکه نتایج آن بیش از هر جا، در مکان مورد مطالعه قابل تعمیم و استفاده است. به علت بستری شدن بیماران بسیار بدحال در ICU، تعداد بیماران هوشیار در این بخش کم بود و مهم‌تر از آن بیمارانی هم که هوشیار محسوب می‌شدند هنوز وضعیت جسمانی مناسبی

References

1. Gaeni M, Farahani MA, Mohammadi N, Seyedfatemi N. Sources of hope: Perception of Iranian family members of patients in the Intensive Care Unit. Iran J Nurs Midwifery Res 2014;19(6):635.
2. Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. Crit Care Nurse 2002;22(6):12-9.
3. Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. J Adv Nurs 2001;34(1):61-8.
4. Smith L, Harrison M, Medves J, Tranmer J, Waytuck B. The Impact of Hospital Visiting Hour Policies on Pediatric and Adult Patients and Families. JBI Database Syst Rev Implement Rep 2006;4(10 Suppl):115-28.
5. Tayebi Z, Dehghan-Nayeri N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. Nurs Crit Care 2014;19(3):117-25.
6. Cook DA. Open visiting: Does this benefit adult patients in intensive care units. (Unpublished Masters thesis). Otago Polytechnic, Dunedin, Aotearoa/New Zealand; 2006.
7. da Silva Ramos FJ, Fumis R, Azevedo L, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. Ann Intensive Care 2013;3(1):34.
8. Rahmani R, Motahedian Tabrizi 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.
9. Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. Heart & Lung 2010;39(2):137-46.
10. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: a complete survey of Dutch ICUs. intensive Crit Care Nurs 2011;27(1):27-30.
11. Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catineau J, de Tinténia A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. Intensive Care Med 2002;28(10):1389-94.
12. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. Crit Care 2013;17(71):1-7.

13. Lee MD, Friedenber AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Crit Care Med* 2007;35(2):497-501.
14. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(6):366-74.
15. Haghbin S, Tayebi Z, Abbasian A, Haghbin H. Visiting hour policies in intensive care units, southern Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2011;13(9):684-6.
16. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiol* 2007;73(5):299.
17. Smith L, Medves J, Harrison MB, Tranmer J, Waytuck B. The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *JBH Database Syst Rev Implement Rep* 2009;7(2):38-79.
18. Tayebi Z. Explain the process of the special meeting. Tehran: Tehran; 2012.
19. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *J Clin Nurs* 2012;21(11-12):1651-8.
20. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nursing Forum* 2005; 40(1):18-28.
21. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA* 2004;292(6):736-7.
22. Bahrami M. Meanings and aspects of quality of life for cancer patients: A descriptive exploratory qualitative study. *Contemp Nurse* 2011;39(1):75-84.
23. Glacken M, Kernohan G, Coates V. Diagnosed with hepatitis C: A descriptive exploratory study. *Int J Nurs Stud* 2001;38(1):107-16.
24. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006;3(2):77-101.
26. Alizadeh R, Pourshaikhian M, Emami Sa, Kazemnejad Le. Visiting in intensive care units and nurses' beliefs. *Nur Res* 2015;10(2):11-21.
27. Haghbine S, Tayebi Z, Abasiyan A, Farkhondeh T, Kazemi V. Visiting Hour Policies in Intensive Care Units, Southern Iran. *Middle East J Sci Res* 2013;14(3):381-6.
28. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med* 2007;33(6):1060-5.
29. 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. *Crit Care Med* 2008;36(1):30-5.
30. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojzadeh M, 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. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2010;32(3):50-6.
31. Salavati M, Najafvandezadeh M, Oshvandi K, Homayounfar S, Soltanian A. The Effects of Programmed Visiting on Physiologic Indexes in CCU Patients. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2013;20(3):43-9.
32. Kamrani F, Seyedjavadi M, Abedsaeedi Z, Ezzati Z, Alavimajd H, Hosseinian A. Physiologic indices of patients before, during and after visit in coronary care unit at imam khomeini hospital in ardebil. *Adv Nurs Midwifery* 2010;20(70):18-22.
33. Basirimoghadam M, Jani M, MR R, Hamzei A, SM M, MH S. The Effect of Regular Family Caregivers' Supportive Meeting on Physiologic

- Parameters in CVA Patients in Intensive Care Unit. *Med Surg* 2015;4(3):61-8.
34. Fumagalli S, Boncinelli L, Nostro AL, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation* 2006;113(7):946-52.
 35. Walls M. Staff attitudes and beliefs regarding family visitation after implementation of a formal visitation policy in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2009;24(4):229-32.
 36. Cypress BS. The intensive care unit: experiences of patients, families, and their nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 2010;29(2):94-101.
 37. Hoseini Azizi T HF, Ehsaee MR, Esmaily H, Khoshbakht Sh. 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.
 38. Sheaffer H. The met and unmet needs of families of patients in the ICU and implications for social work practice. (PhD Dissertation). Philadelphia, PA: University of Pennsylvania; 2010.
 39. Bell L. Family presence: visitation in the adult ICU. *Am J Crit Care* 2011;32(4):76-8.
 40. Charlton S-GM. Family presence and visitation in critical care: a rapid evidence assessment. University of British Columbia; 2015.
 41. Ågård AS, Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *J Clin Nurs* 2011;20(7-8):1106-14.
 42. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive Crit Care* 2009;25(4):190-8.
 43. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojzadeh M, Sheikhalipour Z. The effect of open visiting on intensive care nurse's beliefs. *Res J Biol Sci* 2009;4(1):64-70.

VISITING POLICY IN INTENSIVE CARE UNITS: A QUALITATIVE STUDY

Mehri Doosti Irani¹, Batool Alidoost², Leila Rafiee Vardanjani³, Kobra Noorian^{4*}

Received: 11 May, 2020; Accepted: 19 August, 2020

Abstract

Background & Aims: Patient visit is one of the ways to perform family-based care, but despite many studies, there is still no agreement on how to perform ICU visits and there are different policies. This qualitative study was conducted to evaluate the current ICU visiting policy of Kashani and Hajar hospitals in Shahrekord, Iran.

Materials & Methods: This is a qualitative descriptive-exploratory study. 35 participants (20 nurses, 9 family members of patients, and 6 patients hospitalized in intensive care units of Shahrekord teaching hospitals) enrolled in this study. Data were collected using in-depth semi-structured interviews and were analyzed by inductive thematic analysis.

Results: Findings showed that visits to intensive care units of the studied hospitals are limited. Participants referred to two topics: (1) "rationales for restricting visitation," including the physical structure of the ICU, and the specific nature of the ICU patient, and (2) "current policy for visiting", including visiting through the window (restricted) and brief (flexible) visits.

Conclusion: Since the current policies and the nurses' viewpoints should be considered for future planning to improve the current situation and implement an operational and effective plan, it can be possible to use the results about visiting policy and its related reason to move toward open visiting.

Keywords: Intensive Care Unit, visiting, Descriptive-Exploratory Study, Qualitative Study

Address: Community-Oriented Nursing and Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

Tel: +989132800388

Email: nooriandehkordy@yahoo.com

¹ Assistant Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Community-Oriented Nursing and Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

² MSc in Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

³ Instructor of Critical Care Nursing, Community-Oriented Nursing and Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

⁴ Instructor of Medical Surgical Nursing, Community-Oriented Nursing and Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran (Corresponding Author)