

شیوه‌ها و موانع ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان: یک مرور یکپارچه

عیسی محمدی^۱، فاطمه سلمانی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۵/۱۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۸/۱۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در بخش مراقبت‌های ویژه بیماران بحرانی که نیاز به مراقبت‌های خاص دارند بستری گردیده که ملاقات همراهان در این بخش‌ها متفاوت از بخش‌های دیگر می‌باشد. بطوریکه در بیمارستان‌های مختلف مقررات محدودکننده یا حتی ممنوعیت‌هایی وضع کرده و یا شکل و نوع ملاقات را متفاوت مقرر می‌کنند. این محدودیت‌ها می‌تواند برای بیمار و خانواده استرس‌زا و پیامدهایی داشته باشد. دلایل این مقررات خاص در عین اینکه متفاوت است اما شناخته‌شده و تعریف‌شده نیست. این مطالعه باهدف بررسی شیوه‌ها و موانع ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان انجام گردیده است.

مواد و روش کار: این مقاله یک مطالعه مروری یکپارچه از متون مرتبط با شیوه‌ها و موانع ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان می‌باشد که در پایگاه‌های داده‌های (SID) CINAHL, Medline, Scopus, Cochrane Data Base of Systematic Reviews, Iran Medex, Scientific Information Database and Google Scholar در طی دوره سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ منتشرشده، موردبررسی قرار گرفت. در طی جستجو ۵۱ مقاله، ۱ پایان‌نامه و یک کتاب در این زمینه بررسی و انتخاب گردید. تحلیل داده‌ها به روش راسل (۲۰۰۵) انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌های حاصله نشان داد که چهار شیوه ملاقات محدود، باز، آزاد و بر طبق ترجیحات بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد. موانع مختلفی جهت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه عنوان گردیده است که از مهم‌ترین آن‌ها وجود باور منفی پرسنل بخش در زمینه ملاقات و نداشتن اعتقاد بر سودمند بودن آن برای بیمار می‌باشد. ازجمله باورهای منفی محدود کردن ملاقات در بخش‌های ویژه که در اکثر مطالعات به آن‌ها اشاره شده است شامل افزایش ریسک عفونت، تداخل با برنامه درمانی و مراقبتی، افزایش استرس روانی و فیزیولوژیکی و خستگی بیمار و خانواده می‌باشد.

نتیجه‌گیری: انتخاب روش یا نوع ملاقات در بخش‌های ویژه تحت تأثیر موانع مفروض، تجربه‌شده یا ذهنی پرسنل و مدیران است. با توجه به اینکه از موانع اصلی ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه باورهای منفی در مورد ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد پیشنهاد می‌گردد آموزش مناسب در این زمینه جهت پرسنل بخش مراقبت ویژه صورت گیرد به‌طوری‌که اصلاح باورهای پرسنل بخش مراقبت ویژه در مورد ملاقات بیمار می‌تواند زمینه را برای استفاده از مزایای حضور خانواده فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها: ملاقات محدود، ملاقات آزاد، موانع ملاقات، بخش مراقبت‌های ویژه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۲۳، دی ۱۳۹۸، ص ۷۸۰-۸۰۹

آدرس مکاتبه: اصفهان دانشگاه آزاد نجف‌آباد- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری، تلفن: ۰۹۱۳۳۲۶۰۶۶۸

Email: f-salmani@iaun.ac.ir

مقدمه

چنین شرایطی اهمیت مداخله در خصوص مقابله با استرس وارده به بیمار و خانواده، حفظ یکپارچگی سیستم خانواده و افزایش میزان رضایتمندی آن‌ها امری ضروری می‌باشد. مطالعات زیادی ملاقات بدون محدودیت بیمار و خانواده را به‌عنوان چنین مداخله‌ای با توجه به شواهد محکمی مبنی بر مفید بودن آن در تمام جوانب توصیه کرده‌اند (۸-۶). اما ملاقات در بخش‌های ویژه همیشه موضوع چالش بین کارکنان درمانی، بیماران و ملاقات‌کنندگان بوده است (۸).

سالیانه تعداد زیادی از خانواده‌ها، بستری شدن یکی از عزیزان خود را در بخش مراقبت‌های ویژه تجربه می‌کنند. بستری شدن در این بخش‌ها برای بیمار و خانواده استرس‌زا بوده و آن‌ها را متحمل مشکلات فراوانی می‌کند که گریز از تأثیرات منفی آن‌ها اجتناب‌ناپذیر است (۱). جدا شدن بیمار از خانواده و محدودیت ملاقات تأثیر منفی روی مراقبت و بهبودی بیماران دارد (۵-۲).

^۱ استاد گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول)

این در حالی است که برای بیماران بدحال و درحال مرگ ملاقات به صورت ۲۴ ساعت در روز وجود دارد و هیچ‌کدام از بخش‌های مراقبت ویژه دستورالعمل مراقبت خانواده محور را اجرا نمی‌کنند. در این کشور پرسنل پرستاری محدودیت ملاقات را مطلوب دانسته و ملاقات با بیمار را مضر برای بیمار و مراقبت سازمان دانسته‌اند. این در حالی است که دستورالعمل‌های ICU در هلند کیفیت بالا در مراقبت از بیمار را بدون در نظر گرفتن ملاقات بیمار و تنها با توصیف سازمان و گردش بیمار در این بخش‌ها تضمین می‌کند (۱۵). در کشورهای دیگر اروپایی نیز شیوه‌های مختلف ملاقات اعمال نمی‌گردد به طوری که در فرانسه ۹۷ درصد بخش‌های مراقبت ویژه محدودیت ملاقات داشته‌اند (۱۶). در ایتالیا نیز محدودیت‌های سختی جهت ملاقات در بخش‌های ویژه اعمال می‌گردد (۱۷). در فنلاند فقط ۳ درصد بخش‌های مراقبت ویژه ملاقات باز و بدون محدودیت دارند در این مطالعه بیشتر پرستاران تداخل ملاقات با مراقبت‌های پرستاری را عامل محدودیت ملاقات دانسته‌اند (۱۸). همچنین بررسی‌های اخیر از ۱۷۱ بیمارستان در انگلستان نشان داد که تنها یک سوم آن‌ها ملاقات بدون محدودیت داشته‌اند. سه موضوع مهم در خصوص اثرات بالقوه سیاست‌های ملاقات باز در بخش‌های مراقبت ویژه محدودیت فضا، حجم بالای کار پرسنل و باربخش می‌باشد (۱۹). اگرچه سیاست ملاقات آزاد در بخش مراقبت ویژه در بسیاری از بیمارستان ایالات متحده اجرا شده است، ساعات ملاقات سخت، هنوز هم در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان وجود دارد (۳،۲۰).

علیرغم روش‌ها و سیاست‌های مختلفی که جهت بازدید بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد ولی این روش‌ها در بخش‌های مراقبت ویژه اجرا نمی‌گردد. به طوری که پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه عنوان کردند که فلسفه، سیاست، و شیوه ساعات ملاقات باید قبل از آنکه به سطح بخش‌ها برسد در سطح سازمانی روشن و شفاف گردد زیرا پرستاران به یک سیاست ملاقات روشن و شفاف که توسط همه کارکنان واحدها حمایت شود، نیاز دارند. همچنین آن‌ها عنوان نمودند در صورت اجرای شیوه‌های ملاقات باز و آزاد، بیمارستان باید مسئولیت در قبال مهیا کردن زیرساخت‌های آن از جمله اتاق خواب برای ملاقات‌کنندگان در بخش را داشته باشد (۲۱).

همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شد که بیشتر پرستاران ملاقات محدود و یا آزاد که با برنامه‌ریزی قبلی پرسنل انجام شده باشد را بر اساس وضعیت بیمار ترجیح می‌دهند و اغلب آن‌ها موقع مراقبت‌های معمول روزانه ترجیح می‌دهند که ملاقات‌کنندگان اتاق بیمار را ترک کنند. آن‌ها عنوان کردند که بودن خانواده بیمار در هنگام مراقبت‌ها ممکن است به دلیل عدم اطلاع خانواده از استانداردهای مراقبت آن‌ها را دچار سردرگمی کند. در این مطالعه

روش‌های مختلفی جهت ملاقات بیماران (۹-۱۱) در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد اما در بیشتر بخش‌های مراقبت ویژه محدودیت ملاقات وجود دارد. ملاقات از نیازهای اساسی بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه است و همسو با مراقبت با محوریت بیمار و خانواده و تأمین نیازهای آن‌هاست اما هنوز عقاید و نظرات مختلفی در مورد خطمشی ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه مطرح است (۹). همچنین در مورد چگونگی بهترین وجه مدیریت ملاقات‌کنندگان و نوع ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه اختلاف نظر وجود دارد. به طوری که در مطالعات مختلف محدودیت در فراوانی بازدیدکننده، مدت زمان هر بازدید، تعداد بازدیدکنندگان و کودکان وجود داشت (۸). با توجه به اینکه خانواده بخش اساسی از سلامت هر فردی است و نقش بسزایی در سلامت و بهبود بیمار دارد باید در برنامه مداخلات پرستاری به اندازه خود بیمار مهم تلقی شود (۱۲). اما بنا به دلایلی همیشه خانواده از بیمار دور می‌گردد. در بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل ساختار و فلسفه این‌گونه بخش‌ها حضور اعضای خانواده ممنوع و ملاقات به شدت محدود می‌شود (۸). محدودیت ملاقات به دلیل حفظ زندگی و سلامت بیمار صورت می‌گیرد غافل از اینکه ایزوله کردن عاطفی بیمار سلامتی وی را به خطر می‌اندازد (۱۲). در حال حاضر تقریباً در کلیه بیمارستان‌های آموزشی در ایران این محدودیت‌ها اعمال می‌گردد. در بیمارستان‌های ایران قوانین بسیار سختی را جهت ملاقات وضع کرده‌اند و بیماران و خانواده‌ها در طی این مدت متحمل استرس‌های فراوانی می‌شوند. به طوری که در مطالعه‌ای که در ۷۱ بخش مراقبت ویژه در سال ۲۰۰۹ در ایران انجام گردید نشان داده شد که ساعات، سن و تعداد ملاقات‌کنندگان در بخش‌های مراقبت ویژه محدودیت دارد. به طوری که در این مطالعه بیان گردید، ۴۰ درصد بخش‌ها هیچ ملاقات‌کننده‌ای اجازه ورود ندارد. ۱۵ درصد ساعات ملاقات ۲-۱/۵ ساعت در روز، ۲۴ درصد ساعات ملاقات یک ساعت در روز داشته و در بعضی از بخش‌ها ملاقات از پشت پنجره امکان‌پذیر بوده است (۱۳). در حالی که دستورالعمل‌های بالینی مراقبت خانواده محور، سیاست ملاقات بدون محدودیت در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان را توصیه می‌کند ولی این دستورالعمل‌ها در بخش‌های مراقبت ویژه اجرا نمی‌گردد (۲). با وجود اینکه در دو دهه اخیر در بیشتر بخش‌ها (بخش‌های زنان و مراقبت ویژه اطفال) سیاست‌های ملاقات تغییر یافته است، نیاز است که در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان نیز به طور آرام شیوه ملاقات خانواده تغییر یابد (۱۴). اما هنوز محدودیت شدید در ساعت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان در اکثر کشورها اعمال می‌گردد (۷). به طوری که در هلند ۸۵/۷ درصد بخش‌های مراقبت ویژه محدودیت ملاقات داشته‌اند و ۶۰ درصد آن‌ها هیچ تغییری در سال‌های اخیر در شیوه‌های ملاقات نداشته‌اند.

تحقیقات آینده، تولید یک سؤال پژوهشی، شناسایی یک چارچوب نظری یا مفهومی و کاوش روش‌های تحقیقاتی که با موفقیت استفاده شده است انجام می‌گردد. مطالعه مروری یکپارچه بر اساس مدل راسل شامل ۵ مرحله می‌باشد: (۱) فرموله کردن مشکل، هدف و سؤال پژوهش، (۲) جمع آوری داده‌ها و یا جستجوی مقالات (۳) ارزیابی داده‌ها، (۴) تجزیه و تحلیل داده‌ها و (۵) تفسیر و ارائه نتایج (۲۵).

۱- فرموله کردن مشکل، هدف و سؤال پژوهش^۲

با توجه به مواردی که در مقدمه مقاله به آن پرداخته شد این مطالعه با هدف تعیین شیوه‌ها و موانع ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه انجام گردیده است. دو سؤال کلیدی هدایت کننده روند این بررسی مروری شامل: شیوه‌های مختلف ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه چیست؟ و چه موانعی باعث می‌گردد که ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه محدود گردد؟

پاسخ به این دو سؤال کلیدی باعث تعیین شیوه‌های ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه و موانع موجود در ملاقات بیماران خواهد شد.

۲- جمع آوری داده‌ها یا جستجوی متون^۳

در این مطالعه جمعیت هدف شامل تمام مطالعاتی (کتاب، مقاله و پایان‌نامه) بود که در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان درمورد شیوه‌ها و سیاست‌های ملاقات و موانع ملاقات در این بخش‌ها انجام شده بود و دسترسی به کل مقاله و یا پایان‌نامه امکان پذیر بود. منابع در دسترس ما شامل کلیه مطالعاتی که در زمینه ملاقات در بخش‌های ویژه بزرگسالان در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۷ انجام شده بود و در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. پایگاه‌های اطلاعاتی مورد جستجو عبارت بودند از:

CINAHL, Scopus, Medline, Cochrane Data Base of Systematic Reviews, Iran Medex, Scientific Information Database (SID) and Google Scholar

کلیدواژه‌های مورد جستجو عبارت بودند از:

Visiting policies, Relatives visiting, Family visiting, Care of family, Care of relatives, visiting Barriers, meeting

ملاقات باز، ملاقات محدود، سیاست‌های ملاقات، موانع ملاقات، محدودیت‌های ملاقات
(در جدول شماره ۱ کلیدواژه‌ها و ترکیب آن‌ها آورده شده است).

پیشنهاد شد که وجود یک سیاست و دستورالعمل شفاف در مورد ملاقات در سازمان باعث می‌گردد که پرستاران ملزم به اجرای آن در بخش‌ها گردند (۲۱). فارل (۲۰۰۵) نشان داد که مشکل در مدیریت وظایف پیچیده، حفظ ایمنی بیمار و تعادل نیازهای متنوع بازدیدکنندگان وجود دارد که باعث می‌گردد در بیشتر بخش‌ها ملاقات به شدت محدود گردد. همچنین سلیقه‌ای عمل کردن ملاقات توسط پرستاران باعث ایجاد اختلاف در ارتباط بین پرستار- خانواده خواهد شد (۲۲). باینکه موانع متعددی مانند تردید پرستاران، مقررات موجود در بخش، پرسنل ناکافی و کمبود زمان بر سر راه ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد اما مطالعات نشان داده‌اند که خانواده‌ها علاقه زیادی جهت ملاقات و مراقبت از بیمار داشته و به آن اهمیت می‌دهند (۲۳) و عنوان کرده‌اند که اضطراب و نگرانی آن‌ها در طی ملاقات با بیمار کاهش می‌یابد (۷). همچنین عدم پیش‌بینی حضور خانواده در کنار بیمار این بخش‌ها را از محیطی مطلوب جهت بهبود بیماران دور ساخته است. مطالعات پیشنهاد می‌دهند که جهت رفع نیازهای همه‌جانبه بیمار و خانواده‌اش محیطی انسانی که شامل حضور خانواده در کنار بیمار می‌باشد فراهم گردد (۲۴). با توجه به شیوه‌ها مختلفی که جهت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد ولی این شیوه‌ها شناخته شده و تعریف شده نمی‌باشد و موافق و مخالف‌هایی جهت اجرای آن وجود دارد. همچنین با توجه به مجموعه‌ای از شرایط محیطی بیان شده در مورد بخش مراقبت‌های ویژه، بحث‌های طولانی و مداوم در مورد سیاست ملاقات با برخی از باورها در مورد محدودیت ملاقات وجود داشته است. از طرف دیگر در ایران بیشتر بخش‌های مراقبت ویژه سیاست‌های محدودیت ملاقات را اجرا کرده و شیوه‌های دیگر به دلیل عدم اقبال پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه مورد توجه قرار نگرفته است. با توجه به موارد گفته شده مطالعه‌ای باهدف تعیین شیوه‌ها و موانع ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه انجام گردیده است تا بتوان با شناخت این موانع گام کوچکی جهت مرتفع کردن آن‌ها برداشت.

مواد و روش کار

این مقاله یک مطالعه مروری یکپارچه^۱ درباره شیوه‌ها و موانع ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان می‌باشد. مرور یکپارچه متون، خلاصه کردن تحقیقات گذشته به وسیله استخراج نتایج مطالعات می‌باشد که این روش برای ارزیابی قدرت شواهد علمی، شناسایی شکاف در پژوهش حاضر، شناسایی نیاز برای

³ Data collection or literature search

¹ Integrative review

² Problem formulation

که در این بررسی ۵ عدد کتاب، ۱۱۴ عدد مقاله و ۱ پایان‌نامه یافت گردید.

جدول (۱): کلیدواژه‌های جستجو و نحوه ترکیب آن‌ها

Key words	Combination
Visiting, meeting	“Open visiting” OR “ Visiting policies ” OR “, Family visiting ” OR “ Care of family ” OR “family meeting” OR “ Care of relatives ” OR “ visiting Barriers ” OR “ Relatives visiting” OR “ Restrictive visiting” OR ” Visiting preferences” OR “family care center” OR “ Family Presence “ OR ” family participant”
ملاقات	AND “بخش مراقبت ویژه” یا “موانع” یا “مزایا” یا “معایب” یا “بزرگسال” یا “افراد مسن” “ملاقات باز” یا “ملاقات محدود” یا “سیاست‌های ملاقات” یا “ملاقات انعطاف پذیر” یا “ملاقات خانواده” یا “مراقبت خانواده محور” یا “موانع ملاقات” یا “محدودیت‌های ملاقات” یا “ملاقات برنامه‌ریزی شده”

۱- ارزیابی داده‌ها^۱

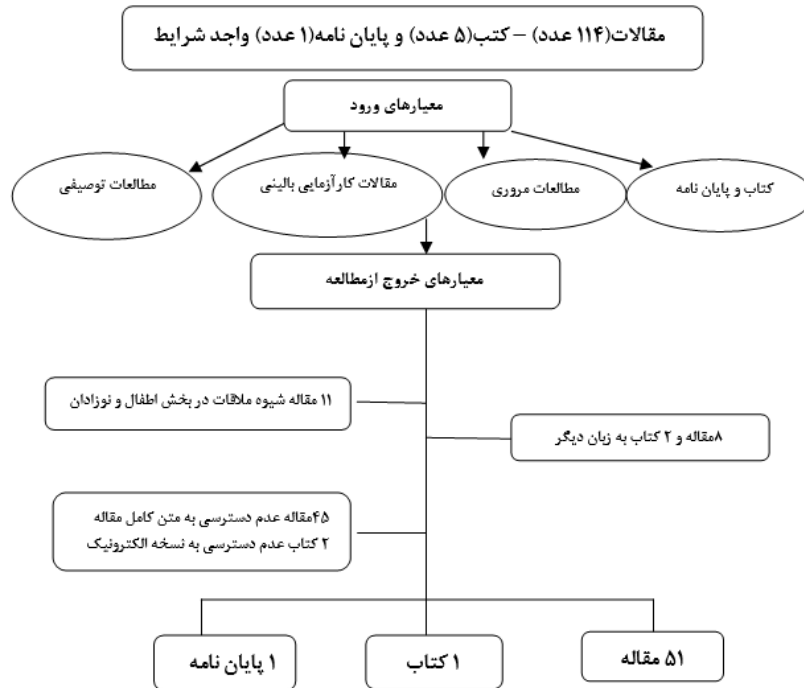
ارزیابی داده‌ها توسط تیم تحقیق که شامل یک نفر استاد پرستاری (هیات علمی دانشگاه تربیت مدرس) و یک نفر استادیار پرستاری (دانشگاه آزاد واحد نجف‌آباد) انجام گردید، مقالات مرتبط یافت شده، براساس عنوان، چکیده و متن و همچنین معیارهای ورود و خروج مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مقالات مروری، توصیفی و کارآزمایی بالینی بود که به زبان فارسی و انگلیسی در مورد شیوه ملاقات و علل عدم ملاقات در بخش مراقبت ویژه منتشر شده بود. مقالاتی که در مورد شیوه‌های ملاقات در بخش اطفال یا نوزادان یا

دیگر بخش‌ها بود از مطالعه خارج گردید. همچنین از معیارهای خروج از مطالعه عدم دسترسی به متن کامل مقاله، انتشار مقاله به زبان‌های دیگر و عدم همخوانی مقاله با سؤال پژوهش بود.

انتخاب مطالعه:

پس از جستجوی نظام‌مند، مطالعات مرتبط با کلیدواژه‌های جستجو یافت شدند. پس از حذف عناوین تکراری، عنوان، چکیده و متن کامل مطالعات یافت شده توسط تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت و معیارهای ورود و خروج نیز در نظر گرفته شدند. درضمن تیم تحقیق در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت با بحث مجدد به توافق نظر رسیدند.

¹Data evaluation



شکل (۱): دیاگرام روند انتخاب منابع و داده‌ها

باعث گردیده قوانین سختی جهت ملاقات در این بخش‌ها وجود داشته باشد (۲۶). همچنین وجود بیماران بدحال، اورژانسی بودن وضعیت بیماران، زیاد بودن حجم کار پرسنل، نگرش منفی پرسنل نسبت به ملاقات و همچنین محدودیت جا در این بخش‌ها باعث محدودیت ملاقات در این بخش‌ها گردیده است (۲۷). ساختار فیزیکی بخش‌های مراقبت ویژه در ابتدای تأسیس به گونه‌ای بود که بیماران به صورت مجزا از هم قرار نگرفته بودند و بیشتر بیماران در یک اتاق بزرگ بدون وجود فاصله استاندارد قرار داشتند که وجود همراهان در این بخش‌ها می‌توانست حریم خصوصی بیماران دیگر را تحت تأثیر قرار دهد (۲۸) و در نهایت محدودیت ملاقات در این بخش‌ها جهت کاهش سر و صدای بخش به نفع سلامت، راحتی و آرامش بیماران انجام می‌گرفت (۲۹). همچنین فارل^۳ در سال ۲۰۰۵ عقیده داشت که پرستاران معتقدند که ملاقات‌کنندگان زمان زیادی از وقت آن‌ها را تلف می‌کنند که این زمان‌ها باید صرف مراقبت از بیمار گردد (۲۲). به همین دلیل پرسنل تمایل زیادی به محدودیت ملاقات در این بخش‌ها داشتند. به طوری که در مطالعات انجام شده از سیاست‌های آشکار در مورد ملاقات در بخش‌های ویژه عواملی مانند اندازه بیمارستان، نوع بیمارستان و سطح آموزش پرستاران را عنوان کردند (۲۵-۲۱).

۳- تجزیه و تحلیل داده‌ها^۱

در این مرحله مقالات به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت ۵۱ مقاله، ۱ کتاب و ۱ پایان‌نامه مرتبط با هدف مطالعه، مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. هر مقاله به صورت کامل خوانده شد و نتایج مطالعات از آن‌ها استخراج گردید. بعد از استخراج نتایج مقالات، پایان‌نامه و کتب مرتبط، نتایج و تحلیل‌های آماری آن‌ها با هم مقایسه گردید. نتایجی که بیشترین فراوانی را در بین مقالات داشت در مرحله بعد مورد تفسیر بیشتر قرار گرفت.

۴- تفسیر اطلاعات و ارائه نتایج^۲

در این مرحله با توجه به آنالیز مطالعات مرتبط و مقایسه مطالعات با یکدیگر و با توجه به فراوانی داده‌ها موارد زیر استخراج گردید:

فلسفه و سیاست ملاقات

سیاست‌های متفاوتی جهت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد که در مطالعات به آن پرداخته شده است.

۱- فلسفه محدودیت ملاقات

محدودیت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه در ابتدا به دلیل ساختار فیزیکی این‌گونه بخش‌ها و همچنین وضعیت بحرانی بیماران

³ Farrell

¹ Data analysis

² Interpretation and presentation

۲- فلسفه ملاقات باز

فلسفه ساعات ملاقات باز به دین صورت است که به خانواده اجازه می‌دهد سهم بیشتری از مراقبت از بیمار را به عهده بگیرد و منجر به ابراز نظرات بیشتر (۳۱-۳۰) و دستیابی به درک بهتری از وضعیت بیمار توسط خانواده می‌گردد. در نتیجه باعث کاهش اضطراب خانواده و توانایی بیشتری برای حمایت از بیمار و شرکت در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از بیمار می‌شود (۷). یکی از سیاست‌هایی که جهت ملاقات باز برجسته شده است و در سیاست‌های ملاقات در برخی کشورها گنجانده شده است بیان عینی اصل احترام به افراد، سازگاری با اصول استقلال، احسان، و نرساندن ضرر به بیمار می‌باشد. بر اساس دانش علمی فعلی حضور اعضای خانواده و نزدیکان بیمار در کنار بستر بیمار به هیچ وجه نمی‌تواند تهدیدی برای بیمار باشد در مقابل باعث تأثیر مفید برای بیمار و خانواده می‌گردد و از نقطه نظر اخلاقی نیز محدود کردن ملاقات بیمار غیر قابل توجیه می‌باشد مگر در موارد استثنایی که ملاقات ممکن است باعث رساندن ضرر و زیان به بیمار گردد که در هر دو صورت اخلاقی و بالینی محدودیت ملاقات می‌تواند باعث آسیب و ضرر رساندن به بیمار گردد. همچنین فلسفه این نوع سیاست این است که باز بودن ملاقات فقط شامل عدم محدودیت زمانی نمی‌باشد بلکه باز بودن شامل ابعاد فیزیکی و ارتباطی با بیمار نیز می‌باشد (۳۲). بعد فیزیکی آن شامل تمام موارد تحمیل شده بر ملاقات‌کنندگان مانند عدم تماس فیزیکی با بیمار یا پوشیدن گان می‌باشد که هیچ ارزشی در کنترل عفونت ندارد (۳۳). بعد روابط شامل ارتباطات اغلب محدود و یا بی اثر در میان پرسنل ICU، بیمار و خانواده است. اگر بیمارستان بتواند این سه جنبه (زمانی، فیزیکی و ارتباطی) را جهت ملاقات خانواده در نظر بگیرد می‌تواند ادعا کند که ملاقات باز برای بخش مراقبت ویژه در نظر گرفته شده است (۳۲). همچنین فلسفه و سیاست ملاقات باز این است که در مرحله اول به احترام و حفظ روابط بیمار با خانواده و دوستان کمک می‌کند و در درجه دوم به اعضای خانواده اجازه می‌دهد که در درمان بیمار نقش داشته باشند (۳۴). در بخش مراقبت ویژه در واقع خانواده یک منبع هست تا یک مانع (۷). در نهایت اینکه اجرای ملاقات باز در بخش‌های مراقبت ویژه هدف قابل دسترس می‌باشد اگرچه ممکن است مانند هر تغییر سازمانی در ابتدا با مقاومت روبرو گردد (۳۵).

۳- فلسفه ملاقات آزاد

فلسفه این شیوه ملاقات در این است که در این شیوه نیازهای بیمار، خانواده و پرسنل جهت برنامه‌ریزی ملاقات در نظر گرفته

می‌شود و ساعاتی جهت ملاقات با توجه به تمایلات خانواده برنامه‌ریزی می‌گردد که در این شیوه ملاقات، ضمن حفظ ارتباطات خانوادگی و عاطفی بیمار و خانواده، ساعات ملاقات با تمایل و راحتی خانواده برنامه‌ریزی می‌گردد. همچنین تعاملات بین بیمار، خانواده و پرسنل نیز حفظ گردیده و بیمار می‌تواند در امر مراقبت بیمار نیز مشارکت نماید (۱۰).

۴- فلسفه ملاقات براساس ترجیحات بیمار

فلسفه این شیوه از ملاقات بدین صورت است که با توجه به سن، جنس، نوع بیماری و شخصیت بیمار، نوع بخش مراقبت ویژه و یا حتی شرایط فیزیولوژیک خواب و بیداری بیمار ملاقات برنامه‌ریزی می‌گردد و با توجه به اینکه ترجیحات بیمار جهت ملاقات در نظر گرفته می‌شود ساعات ملاقات انعطاف پذیر می‌باشد. همچنین در این شیوه نشان می‌دهد بیماران برخی از محدودیت‌ها جهت ملاقات را نیاز دارند. این محدودیت‌ها شامل زمان‌هایی است که بیمار احساس خوبی ندارد یا ملاقات کننده پویایی مطلوب را ندارد. در این مواقع یک فرصت برای بیمار و پرستار جهت ارتباط باز فراهم می‌گردد که به تدبیر مشترک، برای بهترین شیوه ملاقات بر اساس نیازهای بیمار پردازند. اگر بیماران محدودیت‌های شخصی جهت ملاقات را نیاز دارند باید دو مقوله در نظر گرفته شود: در مرحله اول اینکه چگونه پرستار مطمئن شود که هر بیمار چه محدودیتی نیاز دارد و چگونه می‌شود آن را با بیمار قبل از رسیدن ملاقات کننده‌ها هماهنگ کند و در مرحله دوم چگونه این محدودیت‌ها اجرا شود؟ (۹)

شیوه‌های ملاقات

۱- ملاقات محدود^۴

در این نوع ملاقات ساعات و تعداد ملاقات کننده در بخش مراقبت‌های ویژه محدودیت دارد و خانواده بیمار در ساعات خاصی بسته به سیاست بیمارستان، می‌توانند بیمار خود را ملاقات کنند (۹). از نظر تاریخی طبیعت بخش‌های مراقبت ویژه به‌طور منظمی روی ملاقات در این بخش‌ها تأثیر داشته است. هامر^۵ در سال ۱۹۹۰ گزارش کرده است که در سال ۱۹۶۲ مراکز خدمات بهداشتی در آمریکا توصیه‌هایی را برای محدودیت ملاقات و محدود شدن تعداد ملاقات‌کنندگان در بخش‌های ویژه منتشر و پیشنهاد کردند که ملاقات فقط توسط اعضای خانواده در دوره‌های کوتاهی طی روز انجام پذیرد و باید برای خانواده‌ها اتاق انتظار کنار بخش مراقبت ویژه در دسترس باشد (۲۶). در سال ۱۹۶۵ پیشنهاد گردید که تعداد ملاقات کننده و طول ملاقات براساس موقعیت و توانایی جسمی

⁴ Restrictive visiting

⁵ Hamner

ایالات متحده آمریکا با ۳۲ درصد، انگلستان و فرانسه با ۲۳ درصد توانسته‌اند در بخش‌های مراقبت ویژه خود را به روی خانواده‌ها باز بگذارند (۸). در این شیوه ملاقات مشارکت خانواده در مراقبت از بیماران بدحال باعث کاهش استرس در بیمار و خانواده بیمار می‌گردد و برای بیمار و خانواده مفید می‌باشد پرستاران هنوز هم به نظر می‌رسد به اعمال قدرت و کنترل قابل توجهی در مورد محدود کردن ملاقات‌کنندگان پایبندند (۳۹-۳۸، ۲۷).

تفاوت این دو شیوه ملاقات در این می‌باشد که در ملاقات باز ضمن مشارکت خانواده در مراقبت‌ها، آن‌ها می‌توانند در تصمیم‌گیری جهت درمان بیمار نیز مشارکت داشته باشند. در حالیکه محدودیت ملاقات باعث کاهش تعامل بین بیمار، خانواده و پرستار و کاهش فرصت برای ارائه یک محیط درمانی مطلوب برای درمان بیماران بدحال می‌گردد. اجرای شیوه ملاقات باز نشان می‌دهد که پرستاران لزوماً همیشه بیمار محور نیستند (۳۷، ۴۰). همچنین در ملاقات باز روابط خانوادگی و عاطفی بیماران حفظ گردیده و اعضای خانواده بخش مهمی از روند مراقبت می‌گردند. به این دلیل پرستاران موظف به ایجاد ارتباط مؤثر با خانواده می‌باشند به دلیل اینکه در بخش مراقبت‌های ویژه، مراقبت به نیازهای فیزیولوژیکی و تکنیکی برای بیمار محدود نمی‌شود و مراقبت شامل آموزش به بیمار در زمینه خانواده وی می‌باشد (۴۱).

مزایای ملاقات باز

مزیت‌های ملاقات آزاد برای بیمار، خانواده و پرسنل در مطالعات مختلف بررسی گردیده و شامل مواردی مانند انرژی مثبت جهت زنده ماندن بیمار و احساس حمایت و امنیت بیمار در حین پروسیجرها (۴۲)، افزایش حمایت بیمار (۴۳)، دریافت اطلاعات بیمار از خانواده (۴۴-۴۳)، تفسیر حالات بیمار توسط خانواده (۴۵، ۴۳)، افزایش میزان رضایتمندی پرسنل حین تعامل با خانواده (۴۶)، آرامش و کاهش اضطراب بیمار (۴۶، ۱۴)، جداسازی سریعتر بیمار از دستگاه تهویه مکانیکی (۴۷)، افزایش تحریکات حسی و تسریع روند بهبودی بیماران کمایی (۴۸)، کاهش ریسک مردن در بیمار (۱۴)، کاهش اضطراب، افسردگی و علائم استرس پس از سانحه (۴۹-۵۰)، فرصتی برای آموزش خانواده و آمادگی خانواده جهت ترخیص بیمار (۵۱)، حمایت بیمار در پایان زندگی، تسهیل یادگیری مراقبت‌ها برای خانواده، مشارکت خانواده در راندهای بالینی و مشارکت با تیم درمان (۵۲)، بهبودی شرایط فیزیولوژیکی بیمار از قبیل فشار خون، ضربان قلب، فشار داخل جمجمه،

بیمار و مشخصات بخش با ملاقات‌کنندگان تطبیق داده شود. به‌طور معمول، شیوه‌های ملاقات بیشتر به فعال کردن بیمارستان برای کنترل و سازگاری بستگان بیماران، به نفع آرامش و راحتی بیمار بود (۲۸). نویسندگان مختلف نشان دادند که ملاقات محدود مربوط به باورهای سنتی افراد به جای تحقیق مبتنی بر شواهد می‌باشد. در مطالعه‌ای که بر روی سیاست‌های ملاقات ۵۰ بخش مراقبت ویژه قلب انجام شد نشان داد که محدودیت ملاقات در این بخش‌ها بیشتر به علت افزایش استراحت برای بیماران، کنترل بیشتر پرستاران در بخش و کاهش شلوغی بخش بوده است (۳۶). همچنین در مطالعه دیگری متغیرهای مؤثر بر شیوه‌های ملاقات را نیاز بیمار برای استراحت، حجم کار پرستاران و درک مثبت اثرات بازدید در بیماران عنوان کرد (۲۷). در مطالعه دیگری درک پرستاران از سیاست ملاقات ایده آل شامل محدودیت‌های موجود در تعداد بازدیدکنندگان (۷۵ درصد)، ساعت بازدید (۵۷ درصد)، ملاقات توسط کودکان (۵۵ درصد)، و مدت‌زمان بازدید (۵۴ درصد) بود که درخواست بیمار یا اعضای خانواده بیمار به‌عنوان معیار کم اهمیت رتبه بندی شد ولی هیچ درصدی از آن عنوان نشده است (۱۰). برخی از مطالعات نشان می‌دهد که سیاست‌های ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه بر نیازهای عاطفی بیماران ارجحیت داده می‌شود. همچنین در مطالعه‌ای که در ۶۱ بخش مراقبت ویژه انجام شد نشان داد که محدودیت ملاقات در ساعات خاص، ملاقات‌کنندگان کودک و محدودیت در اینکه چه کسی بیمار را ملاقات کند اعمال می‌گردد (۲۷).

مزایا محدودیت ملاقات:

کاهش شلوغی و سرو صدای بخش (۳۶)، استراحت و راحتی بیماران (۲۷)، حفظ حریم خصوصی بیمار و دیگر بیماران (۲۸-۲۷).

۲- ملاقات باز^۶

در این شیوه ملاقات، خانواده بیمار در هر ساعت در طول ۲۴ ساعت شبانه روز با هر تعداد می‌توانند بیمار خود را ملاقات کنند و در این شیوه کودکان هم محدودیت ملاقات ندارند. همچنین خانواده تا هر ساعتی که تمایل داشته باشد می‌تواند بر بالین بیمار حضور یابند. در این شیوه ساعات ملاقات بیمار انعطاف پذیر می‌باشد (۳۷). ملاقات باز از سال ۱۹۹۲ توسط کشور انگلستان رایج گردید و فلسفه این نوع شیوه ملاقات، مشارکت خانواده و کلیه پرسنل بهداشتی اعم از پزشک و پرستار در تصمیم‌گیری برای بیمار بوده است (۹). ملاقات باز در برخی از کشورها اجرا گردیده است ولی این میزان هنوز به مورد مطلوب نرسیده است. به‌طوری‌که سوئد با ۷۰ درصد،

⁶ Open visiting

مارکرهای هورمونی استرس (TSH) و کاهش مرگ و میر بیمار (۵۳) و افزایش میزان رضایتمندی بیمار و خانواده بوده است.

۳- ملاقات آزاد^۷

بهترین نوع سازش بین قوانین سخت ملاقات (ملاقات محدود) و ملاقات غیر منظم (ملاقات باز) ملاقات آزاد می‌باشد. در این شیوه از ملاقات به ملاقات کننده اجازه داده می‌شود که در ساعات خاصی از ۲۴ ساعت شبانه روز که بوسیله پرسنل بخش مراقبت ویژه برای هر خانواده و بیمار به‌طور اختصاصی برنامه‌ریزی شده است در بالین بیمار حضور یابد در این روش بر خلاف ملاقات محدود ساعات ملاقات ثابت نبوده و بر اساس تمایل خانواده برنامه‌ریزی می‌گردد (۱۰).

مزایای ملاقات آزاد

تأثیرات مثبت روحی و عاطفی، احساس خوب بودن و کاهش اضطراب بیمار، تأثیر روی نتایج و پیامدهای بیمار، حفظ ارتباط بین خانواده، بیمار و پرسنل، انتخاب ملاقاتی توسط بیمار (۵۴).
از معایب این نوع ملاقات که در مطالعه‌ای بیان گردیده تداخل ورود خانواده با مداخلات پزشکی و پرستاری و مشکل بودن آموزش دانشجویان در حضور خانواده عنوان گردیده است (۵۵).

۴- ملاقات براساس ترجیحات بیمار

در این شیوه ملاقات، به ترجیحات بیمار جهت ساعات، نوع ملاقات و حتی افراد ملاقات کننده توجه می‌گردد (۹). فلسفه این شیوه از ملاقات بدین صورت است که با توجه به سن، جنس، نوع

..

بیماری و شخصیت بیمار، نوع بخش مراقبت ویژه و یا حتی شرایط فیزیولوژیک خواب و بیداری بیمار ملاقات برنامه‌ریزی می‌گردد و با توجه به اینکه ترجیحات بیمار جهت ملاقات در نظر گرفته می‌شود ساعات ملاقات انعطاف پذیر می‌باشد (۱۴).

به‌طوری‌که در مطالعات عنوان گردیده که بیماران در دو جنس مختلف ترجیحات و نیازهای متفاوتی جهت ملاقات داشته‌اند و ممکن است نسبت به بیماری و پذیرش در بخش مراقبت ویژه و داشتن شبکه حمایتی اجتماعی به‌طور متفاوتی پاسخ دهند (۱۴). همچنین ویژگی‌های فردی بیماران از جمله سن، ویژگی‌ها و مشخصات مرتبط با بیماری، شخصیت بیمار و نوع بخش روی دیدگاه بیمار در مورد سیاست‌های ملاقات تأثیر گذار می‌باشد. به‌طوری‌که تفاوت در ترجیحات ساعات ملاقات بین بیماران بستری در CCU و بیماران بستری در ICU وجود داشت (۵۸-۵۶، ۱۴).

همچنین ترجیحات پرستاران نیز بر روی ملاقات بیمار تأثیر گذار می‌باشد که شامل نیازهای روحی روانی بیمار، خانواده‌هایی که از راه دور برای ملاقات می‌آیند، زمان فوت بیمار، زمان ترخیص و زمان راندهای پزشک بود (۵۹).

در کل این مطالعات نشان داد که بیماران از داشتن ملاقات به‌صورت باز و انعطاف پذیر رضایت کامل دارند ولی رضایت کامل در این مطالعات از ملاقات انعطاف پذیر لزوماً به این معنی نیست که دیگر بیماران هم این نوع ملاقات را ترجیح می‌دهند. در پایان نتیجه‌گیری می‌گردد که در شیوه و سیاست‌های ملاقات به تمایل و ترجیحات بیماران هم باید توجه ویژه داشت

⁷ Liberalized visiting

ردیف	نام نویسنده و سال	عنوان مقاله	نوع مطالعه	تعداد نمونه	روش کار	نتایج	نتیجه
۱.	Liu et al (2013) آمریکا	Visitation policies and practices in US ICUs	توصیفی	۶۰۶ بیمارستان	بین سالهای ۲۰۰۸ تا ۲۰۰۹ یک بررسی تلفنی در مورد سیاست‌های ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه بر اساس نوع بیمارستان (جامعه، فدرال یا دانشگاه)، مشخصات بیمارستان و شماره تخت بیمارستانها، شماره واحد مراقبت‌های ویژه و حضور ملاقات‌کنندگان و نوع رهبری ICU در این بخش‌ها انجام شد. محدودیت‌های مراجعه به بیمارستان و بخش مراقبت‌های ویژه در پنج ملاک انجام شد: ساعت مراجعه؛ مدت‌زمان بازدید؛ تعداد بازدیدکنندگان؛ سن بازدیدکنندگان و نوع بازدیدکنندگان.	نتایج مطالعات نشان داد که بیشتر بیمارستان‌ها بیشتر از ۳ محدودیت داشتند که بیشتر مربوط به ساعت بازدید و تعداد یا سن بازدیدکنندگان بود. سیاست‌های ملاقات باز در بخش‌های مراقبت ویژه با تعداد تخت کمتر از ۱۵۰ شایع‌تر بود. در بین بخش‌های مراقبت ویژه محدودیت در اندازه تخت، نوع بیمارستان، تعداد واحد مراقبت‌های ویژه و رهبری ICU با محدودیت‌ها همراه نبود. به‌طور متوسط، بیمارستان‌های منطقه میانه غربی دارای حداقل سیاست‌های محدودکننده بودند، در حالی که بیمارستان‌های شمال شرقی بیشترین محدودیت را داشتند.	آن‌ها نتیجه گرفتند که در سال ۲۰۰۸، اکثریت قریب به اتفاق ICU های آمریکا در این مطالعه سیاست‌های بازدیدکننده داشته است. تنوع گسترده‌ای در سیاست‌های بازدید، نشان می‌دهد که مطالعه بیشتر در مورد تأثیر بازدیدهای بخش مراقبت‌های ویژه در مراقبت و نتایج برای استاندارد سازی عمل ضروری است.
۲.	Berwick & Kotagal (2004)	Restricted visiting hours in ICUs: time to change	مروری	۶ مطالعه	این مطالعه به‌صورت مرور بر مطالعات انجام شده است.	نتایج مطالعه نشان داد که موانع ملاقات باز در بخش‌های مراقبت ویژه را استرس‌های فیزیولوژیک برای بیمار، موانع برای مراقبت، خستگی خانواده عنوان کردند.	آن‌ها نتیجه گرفتند با توجه به منافی که ملاقات باز در بخش‌های مراقبت ویژه دارد (ارتباط بین خانواده و بیمار، حمایت روحی از بیمار) وقت آن رسیده است که محدودیت‌های ملاقات در این بخش‌ها تغییر کند.
۳.	Garrouste-Orgeas et al (2008)	Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit	آینده نگر	بیماران (۲۰۹ نفر)، خانواده‌ها (۱۴۹ نفر) و کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه (۴۳ نفر)	در این مطالعه نظرات کارکنان در مورد محدودیت ملاقات و ساعات بازدید و تعداد بازدید شونده‌ها مورد بررسی قرار گرفت.	نتایج مطالعه نشان داد هیچ ارتباطی بین شدت بیماری، بار کاری و طول بازدید وجود ندارد. اگرچه تفاوت‌های زیادی مشاهده شد، نه پرستاران و نه پزشکان مراجعه حضوری را مختل کننده مراقبت از بیمار نمی‌دانستند. در مقایسه با پرستاران، پزشکان اعتماد بیشتری به خانواده داشته و استرس خانوادگی بیشتر و اضطراب بیشتر هنگام معاینه بیمار را گزارش دادند.	آن‌ها نتیجه گرفتند سیاست بازدید ۲۴ ساعته توسط خانواده‌ها به‌صورت مطلوب درک شد. همچنین ملاقات فقط ناراحتی متوسط را به دلیل احتمال وقفه در مراقبت در بین کارکنان پرستاری بخش مراقبت‌های ویژه ایجاد کرده است.

<p>آن‌ها نتیجه گرفتند با توجه به منافی که ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه دارد باید ملاقات باز در بخش‌های مراقبت ویژه وجود داشته باشد.</p>	<p>شواهد نشان داد اختلاف بین آنچه بهترین عمل می‌باشد و پرستاران به آن معتقدند و آنچه بیماران و بازدیدکنندگان می‌خواهند وجود دارد. بازدیدکنندگان به‌عنوان مسئول افزایش سر و صدا، گرفتن زمان پرستاری، جلوگیری از مراقبت‌های پرستاری و شیوع عفونت شناخته شده‌اند. شواهد بررسی شده نشان می‌دهد که مزایای بسیاری برای بیماران و پرستاران در مورد ملاقات مراجعه کنندگان وجود دارد. هیچ مدرکی وجود ندارد که نشان دهد بازدیدکنندگان خطر ابتلا به عفونت مستقیم را برای بیماران دارند. بازدیدکنندگان انرژی مثبتی را به بیماران وارد می‌کنند و می‌توانند اطلاعات مهمی در مورد بیماران به پرستاران ارائه دهند و این امر باعث می‌شود پرستار بتواند مراقبت‌های فردی بهتری را ارائه دهد.</p>	<p>مطالعه بر اساس پرستاری مبتنی بر شواهد در مورد معیارهایی که بیماران و بازدیدکنندگان باید هنگام مراجعه به یک واحد مراقبت ویژه بزرگسالان در قرن بیست و یکم در انگلستان انتظار داشته باشند می‌باشد.</p>	<p>نامشخص</p>	<p>مروری</p>	<p>Position statement on visiting in adult critical care units in the UK.</p>	<p>Gibson et al (2012)</p>	<p>۴</p>
<p>نتیجه این مطالعه، توصیه یک سیاست ملاقات باز متناسب با بیماران است، زیرا این امر باعث تقویت عمل پرستاری و در نهایت به نفع بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌شود.</p>	<p>مزایا و مضرات ملاقات باز به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار در مراجعه به بیمارستان است. بررسی مقالات موجود مربوط به مراجعه به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) نشان داد که بیماران می‌خواستند ساعات باز ملاقات داشته باشند اما همچنین حاکی از وجود برخی از محدودیت‌های ملاقات است. به نظر می‌رسد که پرستاران از اهمیت خانواده در مراقبت برخوردار بوده و از نیازهای بیمار و خانواده آگاه بوده‌اند، حتی اگر ممکن بود ملاقات را با توجه به شیوه‌های کاری خود محدود کنند. اعضای خانواده می‌توانستند حمایت روانشناختی از بیمار و داده‌های مهم در مورد بیمار را ارائه دهند، در مورد مراقبت‌های جسمی به پرستار کمک کنند و جهت بهبودی بیمار تلاش نمایند.</p>	<p>بررسی مزایای ملاقات باز برای بیمار، اعضای خانواده و پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد به منظور تعیین اینکه ملاقات باز بهترین عمل برای بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان (ICU) است. این مطالعه به بررسی شیوه‌های بازدید در بخش‌های مراقبت ویژه پرداخته است.</p>	<p>۳۶ مطالعه</p>	<p>مروری</p>	<p>Open visiting: does this benefit adult patients in intensive care units?</p>	<p>Cook (2006)</p>	<p>۵</p>
<p>آن‌ها نتیجه گرفتند پرستاران در شناسایی بهترین نیازهای بیماران بهترین وضعیت را دارند. در همه حال همه بیماران به بازدیدکننده نیاز ندارند. تصمیم در مورد ملاقات با توجه به نیاز بیمار متفاوت خواهد بود.</p>	<p>در اینجا مزایای بسیاری از بازدیدهای انعطاف پذیر برای بیماران، خانواده‌ها و پرسنل وجود دارد. اولین فایده آن، کاهش اضطراب بیمار است به طوری که وقتی می‌توانند خانواده و دوستان خود را ببینند، احساس آرامش بیشتری می‌کنند. علاوه بر این، بیماران احساس رضایت و امنیت بیشتری می‌کنند که بیشترین ملاقات کننده را داشته باشند. سیاست ملاقات آزادتر می‌تواند نتایج مراقبت از بیمار را اثبات کند، اضطراب بیمار را کاهش دهد، رضایت</p>	<p>موضوع ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار گرفته است. هنوز نگرانی‌های زیادی درباره فواید بازدید باز با انعطاف پذیر وجود دارد. موانع درک شده برای بازدید انعطاف پذیر و مزایای آن در این مقاله ارائه خواهد شد.</p>	<p>نامشخص</p>	<p>مروری</p>	<p>A Look at Critical Care Visitation The Case for Flexible Visitation</p>	<p>Sims & miracle (2006)</p>	<p>۶</p>

	خانواده را بهبود بخشد و ارتباط بین بیماران، خانواده‌ها و پرستاران را بهبود بخشد. به نظر می‌رسد که ملاقات باعث بهبود کیفیت مراقبت از بیماران و خانواده‌ها می‌شود.						
۷	haghbin et al (2011)	Visiting Hour Policies in Intensive Care Units, Southern Iran	توصیفی	۷۱ بخش مراقبت ویژه	در این مطالعه که در ۷۱ بخش مراقبت ویژه در سال ۲۰۱۱ در ایران انجام گردید ساعات، سن و تعداد ملاقات‌کنندگان در بخش‌های مراقبت ویژه مورد بررسی قرار گرفت.	در این مطالعه بیان گردید محدودیت‌ها در تعداد و سن بازدیدکنندگان و ساعت بازدید در کلیه واحدها وجود داشت. ۴۰٪ بخش‌ها هیچ ملاقات‌کننده‌ای اجازه ورود ندارد. ۱۵٪ ساعات ملاقات ۲-۱/۵ ساعت در روز، ۲۴٪ ساعات ملاقات یک ساعت در روز داشته و در بعضی از بخش‌ها ملاقات از پشت پنجره امکان‌پذیر بوده است	آن‌ها نتیجه گرفتند نگرش کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه مهم‌ترین عاملی است که می‌تواند مسیر دستیابی به سیاست ملاقات باز را تسهیل کند. بنابراین تجدید نظر در سیاست‌های ملاقات در ایران به منظور ایجاد اثرات مثبت و رضایت بیشتر از جانب بیماران و خانواده‌های آن‌ها مورد نیاز است.
۸	Gonzalez et al (2004)	Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit	کیفی	۶۲ بیمار	در این مطالعه کیفی ۶۲ بیمار در یک مصاحبه ساختارمند شرکت کردند که ترجیحات بیماران برای ملاقات، عوامل استرس‌زا و فواید ملاقات و رضایت درک شده بیماران از دستورالعمل‌های بیمارستان برای ملاقات را ارزیابی کردند.	در این مطالعه نشان داده شد که در بخش مراقبت‌های ویژه بیماران نسبت به بیماران بخش عمومی از رضایت بیشتری برخوردار هستند، هرچند که هر دو گروه ملاقات حضوری ۳۵ تا ۵۵ دقیقه، ۳ تا ۴ بار در روز و معمولاً بیشتر از ۳ بازدیدکننده را ترجیح دادند.	آن‌ها نتیجه گرفتند که این داده‌ها ورود بیماران را در بحث شیوه‌های ملاقات در هر دو بخش مراقبت‌های ویژه و واحد مراقبت‌های عمومی فراهم می‌کند. بیماران از ملاقات‌هایی که به اندازه کافی انعطاف پذیر باشد برای پاسخگویی به نیازهای خود و اعضای خانواده خود راضی بودند.
۹	& Spreen Schuurmans (2011)	Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs	توصیفی	تمام بخش‌های مراقبت ویژه کشور هلند	در این مطالعه با سرپرستاران تمام بخش‌های مراقبت ویژه هلند به صورت تلفنی در مورد سیاست‌های بازدید در این بخش و شیوه‌های ملاقات سؤال گردید.	نتایج این مطالعه نشان داد که هیچ یک از ICU دارای یک سیاست ملاقات باز نیستند، اما در سیاست‌های بیمارستان‌ها هیچ محدودیتی برای زمان ملاقات، مدت‌زمان ملاقات و یا تعداد ملاقات‌کنندگان وجود ندارد. اکثر ICU های هلندی (۸۵٫۷٪) سیاست‌های ملاقات محدود دارند.	آن‌ها نتیجه گرفتند علیرغم چندین دستورالعمل بین‌المللی، مطالعه و تحقیق در مورد ساعات ملاقات نامحدود در ICU، هیچ یک از ICU ها در این مطالعه با چنین سیاستی ملاقات ندارند. اگر این نتایج را در نظر بگیریم، این سؤال مطرح می‌شود که آیا بخش مراقبت‌های ویژه از نیازهای بیماران و خانواده آن‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه آگاهی دارند یا نه.
۱۰	Quinio et al (2002)	A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units	مطالعه توصیفی	۲۰۰ بخش مراقبت ویژه	در این مطالعه پرسشنامه‌ای درباره سیاست ملاقات به ۲۰۰ ICU فرانسه ارسال شد.	نتایج نشان داد که ۹۷٪ ICU گزارش سیاست‌های ساعت ملاقات محدود، اجازه ملاقات فقط یک یا چند بار با وقت تعیین شده را داشتند. میانگین زمان ملاقات روزانه ۱۶۸ دقیقه بود. تعداد ملاقات‌کنندگان در ۹۰ آی سی یو (۹۵٪)	آن‌ها نتیجه گرفتند که با توجه به محدودیت‌های ملاقات در اکثر بخش‌های مراقبت ویژه نیاز به تغییر سیاست‌های ملاقات در این بخش‌ها می‌باشد.

	محدود شده بود. در ۵۷ مورد (۶۰٪) نوع مراجعه کنندگان (فقط بستگان نزدیک) محدود شده بود. مراجعه کودکان در ۱۰ بخش (۱۱٪) ممنوع بود و ۴۱ بخش (۴۴٪) محدوده سنی را برای مراجعه تعیین کردند.						
آن‌ها نتیجه گرفتند که با توجه به محدودیت‌های ملاقات در اکثر بخش‌های مراقبت ویژه نیاز به تغییر سیاست‌های ملاقات در این بخش‌ها می‌باشد.	نتایج نشان داد که همه ICU ها به جز یکی سیاست‌های ملاقات محدود داشته‌اند. در پنج بخش ICU ملاقات مجاز نبود. میانگین زمان بازدید روزانه ۶۰ دقیقه بود. در تعداد (۹۲٪ واحد) و نوع (۱۷٪) بازدیدکنندگان و در دیدار کودکان (۶۹٪) محدودیت وجود داشت. در ۹٪ موارد بخش مراقبت‌های ویژه، برای بیمارانی که در حال مرگ بودند، سیاست‌ها ملاقات بدون محدودیت وجود داشت.	پرشننامه‌ای به تمام ۳۰۳ بخش مراقبت ویژه در ایتالیا برای ارزیابی سیاست‌های ملاقات ارسال شد.	۳۰۳ بخش مراقبت ویژه	مطالعه توصیفی	Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey	Giannini et al (2008)	۱۱
وی نتیجه گرفت که این سیاست به دلیل منافع باید در بخش‌های مراقبت ویژه اجرا گردد.	مطالعات نشان می‌دهد که جدایی از خانواده یک دلیل مهم رنج برای بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه است، علاوه بر این ملاقات باز، برای بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان، عوارض قلبی گردش خون را به‌طور قابل توجهی کاهش می‌دهد، همچنین باعث کاهش اضطراب بیمار و شاخص‌های استرس هورمونی می‌شود.	این یک مطالعه مروری می‌باشد.	نا مشخص	مروری	The "open" ICU: not just a question of time	Giannini (2010)	۱۲
آن‌ها نتیجه گرفتند که آزادسازی جزئی سیاست‌های بازدید از بخش مراقبت‌های ویژه در طی یک سال با افزایش اندک اما قابل توجه در میزان فرسودگی شغلی کارکنان همراه بود. با این وجود پزشکان و پرستاران این سیاست را مثبت ارزیابی کردند و این نظر را بعد از ۱ سال حفظ کردند.	نتایج مطالعه نشان داد سطح فرسودگی بالا در ۳۴٫۵٪ از شرکت کنندگان در T0 و ۴۲٫۶٪ در T2 مشخص شد (P=۰/۰۰۱). هر سه مرحله به‌صورت غالب فرسودگی شغلی را در پرستاران نشان دادند (P=۰/۰۰۲). نمرات اضطراب حالت و صفت پایدار باقی مانده است.	در این مطالعه ۸ ICU ایتالیایی حداقل ۸ ساعت ملاقات آزاد برای آن‌ها در نظر گرفته شد. شرکت کنندگان قبل از تغییر سیاست (T0)، پس از ۶ ماه (T1) و ۱۲ ماه (T2) بعد از مداخله پرسشنامه فرسودگی ماسلاچ-جکسون و پرسشنامه اضطراب را تکمیل کردند.	۸ بخش مراقبت ویژه	مطالعه نیمه تجربی	Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study.	Giannini et al (2013)	۱۳
او نتیجه گرفت که وقت تغییر در سیاست‌های سنتی و باز کردن درب بخش‌های مراقبت ویژه و ملاقات باز رسیده است.	نتایج مطالعه نشان داد در این کشورها هم در سیاست‌ها و هم در راهنماهای بالینی این بخش‌ها سیاست‌های ملاقات باز و بدون محدودیت وجود دارد ولی اجرا نشده است.	در این مطالعه محقق به بررسی سیاست‌های ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه در کشورهای مختلف آمریکا، انگلستان و ایتالیا پرداخته است.	-	مطالعه مروری	What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed?	Giannini et al (2014)	۱۴

۱۵	Berti et al (2007)	Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy	مطالعه توصیفی	۵۳۱ پرسنل بخش مراقبت ویژه	در این مطالعه اعتقادات و نگرش پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) نسبت به ملاقات، ساعات مراجعه و سیاست‌های ملاقات باز در بخش مراقبت‌های ویژه توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.	نتایج مطالعه نشان داد پرستاران معتقد بودند که ملاقات باز، مانع از برنامه‌ریزی کافی مراقبت پرستاری (۷۵/۲٪) و تداخل در مراقبت مستقیم پرستاری (۷۳/۸٪) می‌گردد و باعث می‌شود که پرستاران وقت بیشتری را در ارائه اطلاعات به خانواده بیماران بگذرانند (۸۲/۳٪). اثرات احتمالی ملاقات بر روی بیماران و خانواده‌ها متناقض بود. بیشتر پرستاران (۷۵،۳٪) مایل به آزادسازی سیاست ملاقات از واحد خود نبودند.	آن‌ها نتیجه گرفتند که با توجه به نگرش پرسنل بخش مراقبت ویژه نسبت به ملاقات باز فرهنگ آزادسازی ملاقات در این بخش‌ها فراهم نمی‌باشد.
۱۶	Lee et al (2007)	Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement.	مطالعه توصیفی	۱۷۱ بخش مراقبت ویژه	بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان در شش ایالت انگلستان با استفاده از لیست کتابخانه‌ای در تمام بیمارستان‌های منطقه انتخاب شدند. برای تعیین خط‌مشی ساعت بازدید در هر بخش مراقبت‌های ویژه از مصاحبه و پرسشنامه تلفنی استفاده شد.	نتایج مطالعه نشان داد از بین ICU های مورد بررسی ۶۲٪ بخش (۳۲٪) ساعات ملاقات باز و بدون محدودیت داشتند. از این تعداد، ۵۷٪ بخش (۹۲٪) ICU های پزشکی یا ICU های پزشکی جراحی ملاقات مختلط داشتند. پرسنل پرستاری سه منطقه اصلی نگرانی نسبت به سیاست باز را در ساعات ملاقات مربوط به کمبود فضای بخش، درگیری و بارکاری خود عنوان کردند.	آن‌ها نتیجه گرفتند که اکثر ICU ها در انگلستان ساعات مراجعه را محدود کرده‌اند. فقط یک‌سوم ICU خط‌مشی‌های باز ملاقات دارند.
۱۷	Simon et al (1997)	Current practices regarding visitation policies in critical care units.	مطالعه توصیفی و کیفی	۲۰۱ پرستار	در این مطالعه تعیین نگرش پرستاران در مورد ساعات ملاقات به میزان محدود و تأثیر آن بر بیمار، خانواده بیمار و پرستار به‌صورت کمی و کیفی در آمریکا مورد بررسی قرار گرفت.	۷۰٪ از سیاست‌های ملاقات در این مطالعه محدودکننده بود. متغیرهایی که بر ساعات ملاقات تأثیر داشت، نیاز بیمار به استراحت، حجم کار پرستار و تأثیرات مفید ملاقات بر بیماران بود. تقاضاهای بیماران و خانواده‌های آن‌ها از اهمیت کمتری برخوردار بود. در مورد محدودیت بازدید اعضای خانواده و تعداد بازدیدکنندگان تفاوت معنی داری در عملکرد مشاهده شد. ساعات محدود به منظور کاهش سر و صدا (۸۳٪) و ترویج استراحت بیماران (۸۵٪) بود. ملاقات باز برای بیمار (۶۷٪) و خانواده بیمار (۸۸٪) و کاهش اضطراب (۶۴٪) بود. ساعت بازدید ایده آل شامل محدودیت در تعداد بازدیدکنندگان (۷۵٪)، ساعات (۵۷٪)، بازدید کودکان (۵۵٪) و مدت‌زمان بازدید (۵۴٪) است، اما هیچ محدودیتی برای بازدید اعضای خانواده نزدیک وجود ندارد (۶۰٪). داده‌های کیفی تم‌های مکرر در شیوه‌های ملاقات، سیاست‌ها و استثانات، کنترل ملاقات توسط بیماران و خواسته‌های پرستاران را نشان داد.	داده‌ها حاکی از آن است که اکثر پرستاران، صرف نظر از اینکه سیاست‌های محدود کننده‌ای در این زمینه وجود دارد، ملاقات را محدود نمی‌کنند. اکثر پرستاران تصمیمات ملاقات را بر اساس نیاز بیمار و پرستار پایه گذاری می‌کنند. نیازهای خانواده در تصمیم‌گیری در مورد ملاقات خانواده از اهمیت کمتری برخوردار بود.

۱۸	Khaleghparast et al (2016)	A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units	مقاله مروری	۴۲ مطالعه	این مطالعه به بررسی راهبردها، چالش‌های احتمالی و همچنین ابعاد مختلف سیاست‌های ساعت بازدید در بخش‌های مراقبت ویژه پرداخته است.	مطالعه حاضر نشان داد که ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه تحت تأثیر نگرش پرستاران، ترجیحات بیماران و پاسخ‌های فیزیولوژیکی و چشم انداز خانواده‌ها بوده است.	آن‌ها نتیجه گرفتند که نیاز به تحقیقات بیشتر در زمینه ملاقات و تغییر نگرش پرستاران در زمینه ملاقات خانواده می‌باشد.
۱۹	Khaleghparast et al (2016)	Visiting hour's policies in Intensive Care Units: Exploring participants' views	کیفی	۵۱ مشارکت کننده از بیماران و خانواده و پرسنل	در این مطالعه کیفی، چشم انداز ۵۱ شرکت کننده از جمله بیماران، خانواده‌ها و پرسنل در مورد "سیاست‌های بازدید" بررسی شده است.	با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته از روش تحلیل محتوا، دو طبقه ملاقات محدود و ملاقات نامحدود از داده‌ها بدست آمد. بر اساس نظرات دریافت شده از شرکت کنندگان، چهارده زیر شاخه شامل مزایا و مضرات ملاقات محدود و ملاقات نامحدود پدیدار گشت.	آن‌ها نتیجه گرفتند، باید پایه و اساس بازدیدها به گونه‌ای برقرار شود که بین نگرانی‌های بیماران و خانواده‌ها از یک سو و نگرانی‌های کارکنان از طرف دیگر تعادل برقرار شود.
۲۰	et Livesay al (2005)	Nurses' Perceptions of Open Visiting Hours in Neuroscience ICU.	کیفی	۲۶ پرستار	در این مطالعه کیفی، درک ۲۶ شرکت کننده پرسنل پرستاری در مورد "سیاست‌های ملاقات باز" بررسی شده است.	تنوع گسترده‌ای در تفسیر پرستاران و اجرای ملاقات باز وجود داشت که موارد زیر از داده‌ها استخراج شد: آموزش کارکنان در مورد سیاست ملاقات باز و اجرای آن، مروری بر مطالعات برای تعیین اعتبار نگرانی در مورد اثرات فیزیولوژیکی مضر در مورد ملاقات بیماران و بهبود ارتباط بین پرستاران.	آن‌ها نتیجه گرفتند که اجرای ملاقات باز در بخش‌های مراقبت ویژه اعصاب نیاز به زیر ساخت و آماده سازی پرسنل پرستاری دارد.
۲۱	farrel et al (2005)	Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance Among Patient, Visitor and Staff Needs	کیفی	۸ پرستار	در این مطالعه کیفی، درک ۸ شرکت کننده پرسنل پرستاری در مورد "سیاست‌های ملاقات باز" بررسی شده است.	نتایج مطالعه چندتم رفتار با ملاقات کنندگان در مراقبت‌های روزانه، دسترسی داشتن، رویکردهای عمومی و تقاضای خانواده برای ترک بخش را نشان داده است.	آن‌ها نتیجه گرفتند وارد کردن ملاقات اعضای خانواده در برنامه مراقبت بیمار نیاز به تعادل نیاز ملاقات‌کنندگان برای اطلاعات و بودن خانواده کنار عزیزان و نیازهای پرستار برای مدیریت مراقبت ایمن دارد.
۲۲	et al biley (2005)	Issues in intensive care visiting	توصیفی	۱۲۲ بخش مراقبت ویژه	در این مطالعه به منظور به دست آوردن دیدگاه فعلی در مورد ساعت بازدید در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) در انگلستان، یک نظرسنجی تلفنی ملی انجام شد.	نتایج مطالعه نشان داد تعداد ۶۶ واحد مجاز به ملاقات در هر ساعت از شبانه روز بودند. اما بسیاری از واحدها تعداد یا نوع بازدید کننده را محدود کرده و تنها ۱۹٪ می‌توانند ملاقات باز داشته باشند. بازدید در هر ساعت از روز برای هر سن حتی کودک و برای هر یک از اعضای خانواده، یا دوستان مجاز بود.	آن‌ها نتیجه گرفتند که باید محدودیت در ملاقات بخش‌های ویژه برداشته شود که برای این کار نیاز به تحقیقات بیشتر می‌باشد.

۲۳	Whitton & Pittiglio (2011)	Critical Care Open Visiting Hours	مروری	۱۰ مطالعه	در این مطالعه ۱۰ مقاله تجربی در مورد ملاقات باز مورد بررسی قرار گرفت.	نتایج مطالعات نشان داد که یک سیاست ملاقات باز می‌تواند کیفیت مراقبت و رضایت بیماران، اعضای خانواده و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را بهبود بخشد. مطالعات بررسی شده نشان داد که اگرچه بیشتر پرستاران مراقبت‌های ویژه می‌دانند که ساعت‌های باز ملاقات ممکن است مانع مراقبت از بیمار شود، اما منافع بیماران و خانواده از هرگونه تأثیر منفی بر بیمار بیشتر است.	آن‌ها نتیجه گرفتند اگرچه این سیاست تغییر ملاقات باز می‌تواند با مقاومت روبرو شده و سخت باشد، اما این یک جنبه اساسی برای مراقبت بیمار است که نیاز به بهترین وجه هماهنگی ذهن، بدن و روح را ایجاد می‌کند.
۲۴	Plowright (1996)	Revisiting visiting in the intensive therapy unit	توصیفی	نامشخص	هدف از این مطالعه بررسی این موضوع است که آیا مراجعه به واحدهای درمانی مراقبت ویژه محدود است. این مطالعه در ماه‌های تابستان ۱۹۹۵ انجام شد و با پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه در جنوب انگلستان در مورد ملاقات با بیمار تماس گرفته شد.	نتایج مطالعه نشان داد که محدودیت ملاقات در این بخش‌ها جهت کاهش سر و صدای بخش به نفع سلامت، راحتی و آرامش بیماران انجام می‌گیرد. و ملاقات در این بخش‌ها می‌تواند باعث اتلاف وقت پرسنل گردد. همچنین افزایش تعداد ملاقات‌کنندگان باعث عدم اطمینان و راحتی بیماران دیگر خواهد شد.	آن‌ها نتیجه گرفتند با توجه به محدودیت‌هایی که در این بخش‌ها وجود دارد ولی ملاقات در این بخش‌ها باید به صورت بیشتری انجام گردد.
۲۵	burchardi (2002)	Let's open the door!	مروری	نامشخص	در این مطالعه به بررسی وضعیت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه و مزایا و معایب آن پرداخته است.	نتایج مطالعه نشان داد که که عفونت در بخش‌های مراقبت ویژه بیشتر ناشی از عدم شستشوی دست‌ها در مراقبین می‌باشد. همچنین ملاقات خانواده با بیمار باعث افزایش اعتماد به نفس در بیمار می‌گردد. اعضای خانواده ممکن است به بیمار در تحمل دوره سخت مراقبت‌های ویژه کمک کنند. ایجاد اعتماد و اطمینان بین اعضای خانواده و کادر پزشکی ممکن است به اقوام کمک کند تا شرایط سخت را تحمل کنند.	آن‌ها نتیجه گرفتند زمان باز کردن ICU‌هایی که هنوز بسته هستند رسیده است. همه بیماران، خانواده‌ها و کل تیم مراقبت‌های ویژه از باز بودن ملاقات در بخش‌های ویژه سود خواهند برد.
۲۶	Salavati et al (2012)	The Effects of Programmed Visiting on Physiological Indexes in CCU Patients	مطالعه نیمه تجربی	۶۰ بیمار	۶۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بطور تصادفی به ۲ گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. در گروه آزمون، از بیمار درخواست می‌شد که نام کسانی که با آن‌ها احساس راحتی بیشتری دارد و تمایل به حضور آنان در زمان ملاقات دارد؛ را بیان کند و ملاقات‌کنندگان در مورد رعایت آداب صحیح ملاقات آموزش می‌دیدند. داده‌ها توسط پرسشنامه و چک لیست‌های مربوط به شاخص‌های فیزیولوژیک قبل،	نتایج مطالعه نشان داد میانگین شاخص‌های فیزیولوژیک (فشارخون سیستولیک، دیاستولیک، فشارخون متوسط شریانی، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس و اشباع اکسیژن خون شریانی) ۱۰ دقیقه قبل و حین ملاقات در گروه آزمون اختلاف آماری معناداری نداشتند ($P > 0/05$). اما در گروه کنترل فشارخون سیستولیک، دیاستولیک، فشار متوسط شریانی، تعداد ضربان قلب اختلاف آماری معنادار داشته ولی تعداد تنفس و اشباع اکسیژن خون شریانی تفاوت معنادار نداشتند.	نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان داد که ملاقات برنامه‌ریزی شده بر شاخص‌های فیزیولوژیک مؤثر بوده است و باعث کاهش فشارخون سیستولیک، دیاستولیک، تعداد ضربان قلب و تعداد تنفس و همچنین افزایش درصد اشباع اکسیژن خون شریانی شده است.

		حین و بعد از ملاقات گردآوری و تجزیه و تحلیل شد.					
نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اثر ملاقات‌های برنامه‌ریزی شده نسبت به ملاقات ملاقات محدود است تأثیر حمایتی بیشتری بر بیماران دارد به همین دلیل ملاقات برنامه‌ریزی شده باعث کاهش شاخص‌های فیزیولوژیک و در نتیجه به درمان کمک می‌کند.	نتایج نشان داد که شاخص‌های فیزیولوژیک روز سوم بستری در مقایسه با روز اول در گروه مداخله در مقابل با گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. همچنین متغیرهای فوق در گروه مداخله قبل و بعد از ملاقات به‌طور معنی داری کمتر از کنترل بود.	این مطالعه نیمه تجربی است که روی ۷۲ بیمار سکنه حاد قلبی انجام شده است. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. برنامه ملاقات، در گروه مداخله برنامه‌ریزی شده بود و شامل سه جلسه در روز دوم و سوم بستری در بیمارستان با حضور یک تا سه بستگان بیمار بود. در گروه کنترل ملاقات به‌صورت یک بار در روز بود. قبل حین و بعد ملاقات فشار خون، ضربان قلب، تنفس و اختلالات قلبی هر دو ساعت یکبار ثبت شد.	۷۲ بیمار	مطالعه نیمه تجربی	To assess the effect of planed meeting on the physiologic indicators of the patients who suffer from Acute Coronary Syndrome	rahmani et al (2013)	۲۷
آن‌ها نتیجه گرفتند ملاقات بیمار بر کیفیت هوای داخل محیط ICU خصوصاً از نظر غلظت ذرات درشت تأثیر می‌گذارد. برای اطمینان از کیفیت بهینه هوا در محیط داخلی، نظارت دوره‌ای از راندمان سیستم تهویه لازم است.	تقریباً ۹۰٪ از نمونه‌های CO2 از ۱۰۰۰ ppm تجاوز کرده و ۲۰٪ نمونه‌های ذرات ریز از ۳۵ میکروگرم بر متر مکعب تجاوز کردند. سطح باکتریها و قارچها در طول دوره بررسی متفاوت بود. مقادیر اندازه‌گیری شده برای تمام خصوصیات هوای داخل به جز غلظت باکتری‌ها پس از مراجعه بیمار نسبت به قبل از مراجعه بیمار بیشتر بود. ارتباط معنی داری بین غلظت ذرات درشت و تعداد ملاقات‌کنندگان بیمار مشاهده شد.	یک اتاق ۴ تخته با بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه پزشکی برای پایش طولانی مدت هوا به مدت یک سال انتخاب شد. درجه حرارت هوا، رطوبت نسبی، CO2، ذرات، باکتری‌ها و قارچ‌ها اندازه‌گیری شد.	۴ تخت	مطالعه توصیفی	Impact of patient visiting activities on indoor climate in a medical intensive care unit: A1-year longitudinal study	tang et al (2009)	۲۸
آن‌ها نتیجه گرفتند که پوشیدن گان در هنگام ورود به بخش مراقبت ویژه الزامی جهت کنترل عفونت ایجاد نمی‌کند.	یافته‌های مطالعه نشان داد که همه این بخش‌ها قانون شستن دست‌ها را در ابتدای ورود به بخش دارند ولی ۱۰ بخش قانون پوشیدن گان در بخش را دارند.	این مطالعه بر روی ۲۰۶ بخش مراقبت ویژه در مورد کنترل عفونت انجام گردید.	۲۰۶ بخش مراقبت ویژه	مطالعه توصیفی	Visitation in the Intensive Care Unit: <u>impact on infection prevention and control</u>	Adams et al (2011)	۲۹
آن‌ها نتیجه گرفتند که در بیشتر موارد خانواده تمایل به بودن در کنار بیمار دارد ولی به وی اجازه داده نمی‌شود.	مطالعات مختلف تنوع در مورد سیاست‌های بازدید باز در بخش‌های مراقبت ویژه را نشان داد. بالاترین درصد در سوئد (۷۰٪) پایین‌ترین میزان در ایتالیا (۱٪). سیاست‌های ساعت و تعداد بازدیدکنندگان مجاز متغیر بود. محدودیت ملاقات تا ۲۴ ساعت و معمولاً ۲ بازدیدکننده وجود داشت. بیماران، بازدیدکنندگان و کارکنان تمایل به ملاقات باز دارند اگرچه پزشکان تمایل بیشتری به استفاده از برنامه‌های ICU باز دارند.	این مطالعه با هدف توصیف وضعیت فعلی آن بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) سیاست‌ها و ساعات بازدید در سطح بین‌المللی و به منظور بررسی تأثیر سیاست‌های بازدیدکننده از بخش مراقبت‌های ویژه در مورد بیماران؛	۲۹ مقاله	مطالعه مروری	Open Intensive Care Units: A Global Challenge for Patients, Relatives, and Critical Care Teams	Cappellini et al (2014)	۳۰

		درک بازدیدکنندگان و درک کارکنان و همچنین پیامدهای بیماران بود.					
با توجه به یافته‌های مطالعه، عوامل غالب در باور پرستار عوامل اجتماعی، به ویژه: اعتقاد همکار، نقش ناظران، مدیران واحد و سیاست‌ها بود.	یافته‌ها نشان داد که قبل از تغییر در سیاست بازدید، باور پرستاران منفی بود و بعد از ملاقات باور پرستاران نسبت به ملاقات افزایش یافت. تفاوت بین میانگین نمرات اعتقاد پرستاران قبل و بعد از تغییر سیاست بازدید، اختلاف معنادار داشت. همبستگی بین باورهای پرستاران و عوامل اجتماعی معنی دار نبود همبستگی بین باورهای پرستاران و عوامل اجتماعی معنی دار نبود	این مطالعه بر روی باور پرستاران در مورد تغییر سیاست ملاقات از محدود به باز در بخش مراقبت ویژه تبریز انجام گردید.	۱۸ پرستار	مطالعه نیمه تجربی	The Personal Social Factors of Nurses Beliefs about Open Visiting in ICU of Sina-Tabriz Hospital: Based on Reasoned-Action Theory of Ajzen-Fishbein.	Ghiasvandian et al (2010)	۳۱
آن‌ها نتیجه گرفتند اغلب پرستاران معتقدند که ملاقات آزاد به دلیل تأثیرات سوء روی بیمار و افزایش بار کاری پرسنل، مفید نمی‌باشد و بنابراین، باور منفی نسبت به آن دارند.	یافته‌ها نشان داد پرستاران به دلیل اختلال در برنامه‌ریزی و انجام مراقبت‌های مستقیم پرستاری باور منفی‌تری نسبت به ملاقات آزاد دارند. اما پرستاران معتقدند که ملاقات آزاد باعث کاهش اضطراب خانواده می‌شود	این مطالعه بر روی باور پرستاران در ملاقات آزاد در بخش‌های مراقبت ویژه رشت انجام گردید	۱۲۷ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه	توصیفی مقطعی	Visiting in intensive care units and nurses' beliefs	Alizadeh et al (2015)	۳۲
آن‌ها نتیجه گرفتند که توجه به نیازهای خانواده و ملاقات با بیمار می‌تواند در رضایت مندی خانواده مؤثر باشد.	یافته‌های مطالعه نشان داد که رابطه ملاقات افراد نزدیک خانواده با رضایت بیمار همبستگی مثبت داشت. همچنین رابطه تعداد ملاقات‌کنندگان و رضایت خانواده همبستگی مثبت داشت.	این مطالعه سنجش توانایی تأمین نیازهای خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه را بررسی کرده است.	۱۱۵ نفر	توصیفی تحلیلی	Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit	Johnson et al (1998)	۳۳
آن‌ها نتیجه گرفتند وجود اعضای خانواده برای مراقبت از بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه مهم هستند. آن‌ها نقش‌های مختلفی را اجرا می‌کنند که غالباً از طرف ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ICU مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرند.	یافته‌های مطالعه نشان داد که نقش‌های خانواده در مراقبت از بیمار شامل حضور فعال، محافظ بیمار، تسهیلگر، تاریخ نگار، مربی و مراقب داوطلبانه بود.	این مطالعه برای توصیف کمک‌های لازم برای مراقبت از اعضای خانواده در حالی که نزدیکانشان در معرض خطر مرگ در بخش مراقبت‌های ویژه قرار دارند انجام شده است. مصاحبه با ۲۵ عضو خانواده انجام شد.	۲۵ عضو خانواده	کیفی	Unrecognized contributions of families in the intensive care unit	Macadam et al (2008)	۳۴

<p>آن‌ها نتیجه گرفتند برای فراهم کردن وضعیت بهینه برای ملاقات، باید پیامدهای منفی آن به حداقل برسد و نگرش و عقاید پرستاران در مورد ملاقات ارزیابی شود.</p>	<p>یافته‌های مطالعه نشان داد پرستاران معتقد بودند که نتیجه ویزیت از نظر روانشناختی برای بیمار مثبت‌تر از دیدگاه فیزیولوژیکی است اما اثرات ممکن است بسته به بیمار، بازدیدکننده و شرایط متفاوت باشد. آن‌ها معتقد بودند که ملاقات عواقب منفی برای خانواده‌ها دارد، زیرا آن‌ها خسته می‌شوند و مراجعه به بیمارستان برای ارائه خدمات مراقبت پرستاری مختل کننده است.</p>	<p>این مطالعه برای ارزیابی باورها و نگرش پرستاران مراقبت‌های ویژه در مورد تأثیر ملاقات بر روی بیماران، کارکنان و خانواده انجام شده است. داده‌ها توسط مصاحبه و پرسشنامه جمع آوری شد.</p>	<p>۸ بخش مراقبت ویژه و ۷۰ پرسنل بخش مراقبت ویژه</p>	<p>کیفی و توصیفی</p>	<p>Nurses beliefs and attitudes toward visiting adult critical care settings</p>	<p>Kirchhoff et al (1993)</p>	<p>۳۵</p>
<p>این مطالعه مزایای مشارکت خانواده در مراقبت جسمی بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه را هم برای پرستاران و هم بستگان نشان می‌دهد.</p>	<p>بخش بالایی از پرستاران و نمونه‌های مربوطه (به ترتیب ۹۶/۳ و ۸۵ درصد) رضایت خود را با مفهوم مشارکت بستگان در مراقبت جسمی بیماران نشان دادند. مضامین مطرح شده و مستخرج از مصاحبه شامل مشکلات سازگاری پرستاران و خانواده‌های درگیر و ایجاد روابط بود.</p>	<p>این مطالعه یک طرح پیمایشی توصیفی در یک محیط مراقبت ویژه عمومی برای توصیف نگرش پرستاران و بستگان نسبت به ملاقات عزیزانشان انجام شد.</p>	<p>۲۰ پرستار</p>	<p>توصیفی و کیفی</p>	<p>Involving families in care within the intensive care environment: A descriptive survey.</p>	<p>Hammond (1993)</p>	<p>۳۶</p>
<p>محقق نتیجه گرفت که ملاقات بیمار می‌تواند باعث رضایت مندی و آرامش در خانواده حتی در بیماران بدحال در حال مرگ گردد.</p>	<p>بیمار پس از انجام اقدامات تهاجمی به دلیل بدخیمی، در حال مرگ بود. بیمار و خانواده می‌خواستند "همه چیز" انجام شود و بیمار برای معالجه نارسایی حاد تنفسی به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل می‌شود. همسر بیمار از پرستار پرسید که آیا می‌تواند در کنار شوهرش باشد. یک پرستار آنچه را که می‌دید، توضیح داد و او را به کنار تخت‌خواب برد. او در کنار تخت ایستاده بود، سر شوهرش را نوازش کرد و در گوشش نرم صحبت کرد. پسر بیمار به رختخواب آمد و آخرین سخنان خود را به پدر گفت. همسر در مواقعی که درمان متوقف شده بود حاضر شد و بیمار جان خود را از دست داد. او به پرستار که همراهش بود گفت: "بزرگ‌ترین هدیه ممکن را به من بخشیدی - به من اجازه دادی که در آخر با شوهرم باشم".</p>	<p>این مطالعه به‌صورت موردی جهت خانواده بیمار در حال مرگ حین ملاقات در لحظات آخر انجام شد.</p>	<p>۱ خانواده</p>	<p>موردی</p>	<p>Family-Centred Critical Care: An option or obligation</p>	<p>Marsden (1992)</p>	<p>۳۷</p>
<p>آن‌ها نتیجه گرفتند که وسیله ملاقات با خانواده بیماران ممکن است بتواند خود را تأیید کنند و به وسیله "شجاعت بودن" قدرت و پشتیبانی از بیمار کمک خواهد شد.</p>	<p>چهارچوب تئوریک تفسیر مبتنی بر نظریه تلیش در مورد "شجاعت بودن" و نظریه اریکسون در مورد "رنج" بود. مشخص شد که رنج از بیماری شدید یا آسیب دیدگی نه تنها تهدیدی برای فرد ایجاد می‌کند، بلکه در مقابل فرد به‌عنوان بخشی از جهان، با احساسات بیگانگی و ترس از بی‌معنی بودن همراه است. اما تهدید می‌تواند با حضور و بازدیدهای نزدیکان خنثی شود. این‌ها نمایانگر کمک،</p>	<p>این مطالعه با هدف بررسی، توصیف و توضیح تجربیات بیماران از حضور و ملاقات نزدیکترین عضو خانواده و مشارکت آن‌ها در روند مراقبت در طول مدت اقامت در بخش مراقبت‌های ویژه به روش هرمنوتیک انجام شد.</p>	<p>۵ بیمار</p>	<p>کیفی</p>	<p>The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients</p>	<p>& Bergbom Askwall (2000)</p>	<p>۳۸</p>

	همدلی و مشارکت هستند و بنابراین می‌توانند به حفظ هویت و شخصیت بیمار کمک کنند.					
آن‌ها نتیجه گرفتند خانواده‌ها می‌توانند تأثیر بسیار مثبتی در مراقبت از بیمار و بهبودی بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه داشته باشند، در این صورت باید اعضای خانواده و پرسنل پرستاری از حمایت مناسب برخوردار شوند.	یافته‌های مطالعه به سه موضوع را نشان داد: آشنایی با بیمار از طریق خانواده، سهم خانواده در مراقبت و نقش پرستاران در حمایت از خانواده بیماران.	این مطالعه با استفاده از یک رویکرد طبیعت‌گرایانه انجام شد، داده‌ها از طریق مشاهده، ضبط ویدیو، مصاحبه‌های عمیق و تجزیه و تحلیل فیلم بازتابی جمع‌آوری شدند تا روند و عوامل مؤثر بر سهم خانواده‌ها در مراقبت از بیمار را بررسی کنند.	نامشخص	کیفی	The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry	Williams (2005) ۳۹
آن‌ها نتیجه گرفتند که پرسنل بخش مراقبت ویژه باور مثبتی نسبت ملاقات و ملاقات باز خانواده در این بخش‌ها دارند.	اعتقاد پرستاران در مورد تأثیر بازدیدکننده مثبت بود. دستیابی به میانگین (بیمار ۳/۰۴، خانواده ۳/۳ و پرستاران ۲/۸) در مقیاس با حداکثر ارزش ۴ است. میانگین نمره به دست آمده در مقیاس نگرش نسبت به ملاقات باز میانگین (بیمار ۶،۴۱، خانواده ۶،۳۷ و پرستاران ۵،۲۲) با حداکثر ۷ بود. همبستگی بین اعتقاد و نگرش معنادار و مثبت بود. مقایسه متغیرهای جامعه‌شناختی با باورها و نگرشها تفاوت معنی‌داری از نظر آماری نشان نداد.	هدف از این مطالعه، بررسی رابطه بین باورها و نگرش پرستاران و تأثیر سیاست ملاقات باز بر بیماران، خانواده و پرستاران است.	۴۶ پرستار	توصیفی همبستگی	Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses	Marco et al (2006) ۴۰
نتیجه مطالعه نشان داد، بازدید نامحدود برای اعضای نزدیک خانواده، باعث حمایت بیمار و بازدیدکننده و کاهش استرس آن‌ها می‌گردد.	بیمار بخش مراقبت ویژه قلبی برای ملاقات ارزش بیشتری قائل بودند که دلیل آن تفسیر اطلاعات، آرامش بخش بودن و قرار دادن اطلاعات در اختیار پرسنل، کمک به مراقبت بیمار و تأثیر بیشتر درمان بود. در نمره استرسور کل بین بیماران بخش مراقبت ویژه و پست CCU اختلاف وجود نداشت، اگرچه بیمار بخش مراقبت ویژه قلبی بیشتر نگران بازدیدکنندگان خود بودند. بیمار بستری در بخش پست CCU احساس می‌کرد که بازدیدکنندگان برای استراحت اختلال ایجاد می‌کنند و بازدیدکنندگان درد وی را شدت می‌بخشیدند. اکثر بیماران ساعات ملاقات نامحدود را ترجیح می‌دهند و اینکه ۳ بازدیدکننده در یک زمان داشته باشند.	هدف از این مطالعه مقایسه تفاوت در ترجیحات بیمار برای ملاقات در هنگام بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی در مقایسه با بیماران بستری در بخش پست مراقبت‌های ویژه قلبی است.	۱۲۴ بیمار	توصیفی مقایسه‌ای	Visiting preferences of cardiovascular patients.	& Carroll Gonzalez (2009) ۴۱

	Abbasi et al (2009)	Effect of a regular family visiting program as an affective, auditory, and tactile stimulation on the consciousness level of comatose patients with a head injury	کارآزمایی بالینی	۵۰ بیمار	هدف از این مطالعه تعیین تأثیر برنامه ملاقات خانواده به‌طور منظم و انجام تحریک شنوایی، عاطفی و لمسی، بر سطح آگاهی بیماران ضربه مغزی بود.	نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سطح هوشیاری در روز اول قبل از مداخله اختلاف معنی داری در هر دو گروه ندارد. نتایج آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که تغییرات سطح هوشیاری بین دو گروه در طی ۶ روز در گروه مداخله معنی دار بود.	نتایج مطالعه حاضر شواهدی را تأیید می‌کند که یک برنامه ملاقات منظم خانواده می‌تواند تحریک بیماران مبتلا به ضربه مغزی را افزایش دهد. بنابراین می‌توان آن را یک مداخله بالقوه پرستاری دانست.
	Happ et al (2007)	Family Presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation.	کیفی	نامشخص	این مطالعه توصیف تعاملات خانواده با بیمار حین جداسازی بیمار از دستگاه تهویه مکانیکی می‌باشد. جمع‌آوری داده‌ها شامل مشاهدات میدانی انجام شده از نوامبر ۲۰۰۱ تا ژوئیه ۲۰۰۳ است. مصاحبه با بیماران، اعضای خانواده و پزشکان و بررسی سوابق بالینی بیمار می‌باشد.	اعضای خانواده در ۴۶ درصد از زمان جداسازی بیمار از دستگاه تهویه مکانیکی در بستر بیماران حضور داشتند و از طریق لمس، صحبت و نظارت با بیماران در تعامل بودند. فعالیت‌های نظارت بر بیمار در حضور خانواده‌ها تفسیر نمایشگرهای مانیتور عددی و مقادیر آزمایشگاهی، محافظت از ایمنی و راحتی بیمار بود و اغلب منحصراً روی جداسازی بیمار از دستگاه تهویه مکانیکی متمرکز بود. پزشکان حضور خانواده را مفید، مانع و یا مؤثر بر روند جداسازی توصیف کردند. تجزیه و تحلیل کمی نشان داد طول مدت جداسازی و آزمایشات جداسازی روزانه در بیماران بدون حضور خانواده به‌طور معنی داری طولانی‌تر از زمان حضور خانواده‌ها بود.	این مطالعه یک چارچوب مفهومی بالقوه مفید از رفتارهای خانوادگی با بیماران بستری طولانی مدت را ارائه می‌دهد که می‌تواند گفتگو در مورد مراقبت خانواده محور را تقویت کرده و تحقیقات آینده را در مورد حضور خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه راهنمایی کند.
	Sadeghi et al (2013)	Effect of Family Participation in ICU Patients Care on Family's Anxiety level	مطالعه نیمه تجربی	۷۰ نفر	این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی با طراحی قبل و بعد دو گروهی می‌باشد. اعضای خانواده بیماران بستری در بخش آی سی یو مرکز آموزشی درمانی آیت الله موسوی زنجان به روش آسان انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. عضو خانواده گروه مداخله از روز سوم بستری بیمار تا روز هفتم، روزی ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر شده و در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیمار شرکت داشت. هر دو گروه سؤالات مربوط به پرسشنامه اضطراب را تکمیل کردند.	نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره اضطراب گروه آزمون در قبل از مداخله و بعد از مداخله تفاوت معنادار داشت به‌طوری‌که بعد از مداخله کاهش یافت در صورتیکه در گروه کنترل تفاوت معنادار نداشت. میانگین نمره اضطراب در دو گروه بعد از مداخله تفاوت معنادار داشت.	نتیجه مطالعه نشان داد، مشارکت دادن اعضای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه در برنامه مراقبتی از بیمار، می‌تواند نقش مؤثری در کاهش اضطراب اعضای خانواده ایفا نموده و از این طریق موجب بهبود روند مراقبت از بیماران گردد.

<p>نتیجه مطالعه نشان داد ملاقات اعضای خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه باید انعطاف پذیر و باز باشد. این ممکن است شامل برنامه‌ریزی برای خانواده باشد تا در مواقع نیاز، دسترسی آزاد وجود داشته باشد. بنابراین، هر خانواده برنامه‌ای دارد که از دینامیک منحصر به فرد خود تبعیت می‌کند.</p>	<p>نتایج مطالعه نشان داد ساعات مناسب برای خانواده‌ها برای ملاقات از ۴ تا ۸ شب می‌باشد. اکثر پرستاران می‌خواستند ساعات ملاقات در شیفت روز باشد در صورتیکه اعضای خانواده تمایل داشتند ساعات ملاقات در طول روز تقسیم گردد. پرستاران از ساعات ملاقات ۳۰ دقیقه‌ای در سه نوبت از روز را رضایت داشتند. پرستاران دیدگاه‌های مختلفی پیرامون ملاقات داشتند و محدودیت متناوب را پیشنهاد کردند. آن‌ها ملاقات را در موارد زیر جایز دانستند: سکونت خانواده خارج از شهر، نیازهای عاطفی بیمار، مرگ بیمار، زمان ترخیص و صحبت با یک پزشک.</p>	<p>هدف از این مطالعه، تعیین رضایت و ترجیح بیماران بحرانی با ساعات ملاقات محدود در بخش‌های مراقبت ویژه در یک بیمارستان ۴۳۵ تختخوابی با مراقبت حاد در کارولینای شمالی بود. اهداف اصلی این مطالعه (۱) شناسایی زمانی است که بیشتر بیماران برای ملاقات ترجیح می‌دهند و (۲) مشخص کردن اینکه چه تعداد اغلب بیماران می‌خواستند بازدید کننده داشته باشند.</p>	۷۲ پرستار	توصیفی	Critical care visitation: the patients' perspective.	Hardin et al (2011)	۴۵
<p>نتیجه مطالعه نشان داد که ملاقات باید بر اساس ترجیحات بیمار انجام گردد.</p>	<p>آلودگی میکروبی محیطی به‌طور قابل توجهی در گروه اول بالاتر بود اما عوارض سپتیک در دو گروه مشابه بود. خطر عوارض قلبی عروقی در گروه دوم دو برابر گروه اول بود. همچنین میزان مرگ و میر در گروه دوم به‌طور غیر قابل توجهی بالاتر بود. در گروه اول کاهش بیشتر در نمره اضطراب و افزایش قابل توجهی کاهش هورمون تحریک کننده تیروئید را نشان داد.</p>	<p>هدف از این مطالعه کارآزمایی تصادفی، مقایسه عوارض مرتبط با یک بازدید کننده با فراوانی و مدت‌زمان انتخاب شده توسط بیمار (گروه اول) و یک ملاقات کننده به مدت ۳۰ دقیقه دو بار در روز (گروه دوم) بود. آلودگی میکروبی محیطی، عوارض سپتیک و قلبی عروقی، مشخصات هیجانی و پاسخ هورمونهای استرس به‌طور سیستماتیک ارزیابی شد.</p>	۲۲۶ بیمار	کارآزمایی بالینی	Reduced Cardio circulatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit.	Fumagalli et al (2006)	۴۶
<p>محقق نتیجه گرفته است که وقت آن است که دلایل اینکه چرا افراد خانواده و کودکان را از کنار تخت بیماران جدا می‌کنیم، آگاه شویم و اطمینان حاصل کنیم که مستندات ما در زمان محدودیت ملاقات خانواده، صحت دارد.</p>	<p>در این مقاله به موانع ملاقات شامل نگرش منفی پرستاران نسبت به ملاقات، افزایش عفونت در بخش‌ها، محدود کردن تعداد ملاقات کننده و محدودیت ملاقات کودکان پرداخته است.</p>	<p>هدف این مطالعه بررسی سیاست‌های ملاقات و موانع آن در بخش مراقبت ویژه می‌باشد.</p>	۱۹ مقاله	مروری	visiting practice in hospital	Plowright (2007)	۴۷
<p>محقق نتیجه گرفته است که زیرساخت‌های ملاقات باز در بیمارستان وجود ندارد و در صورتی که خواهیم ملاقات باز را در بخش‌ها اجرا کنیم نیاز به تغییر ساختار و فرهنگ داریم تا با مقاومت روبرو نشویم.</p>	<p>نتایج نشان داد که پرسنل عقیده داشتند که ملاقات باز می‌تواند ایمنی بیمار و پرسنل را تهدید کند.</p>	<p>هدف این مطالعه بررسی عقاید و نگرش پرسنل بخش مراقبت ویژه در مورد ملاقات، ساعات ملاقات و ملاقات آزاد در بخش مراقبت ویژه می‌باشد.</p>	۱۹۶ پرسنل بخش مراقبت ویژه	پایان‌نامه توصیفی مقایسه‌ای	open visiting policy: belief and attitude of intensive care clinicians	Herbart (2011)	۴۸

<p>محقق نتیجه گرفته است ملاقات بیماران با توجه به خصوصیات شخصی و بیماری انجام گیرد.</p>	<p>ترجیحات بیماران از نظر طول مدت ملاقات با توجه به سن آن‌ها، خصوصاً در بیماران CCU متفاوت بود. ترجیحات بیماران نسبت به تعداد دفعات مراجعه به بیماران، مانند ترجیحات معمول آن‌ها برای بودن با دیگران بود. شدت بیماری درک شده بیمار، به ویژه برای بیماران جراحی مراقبت ویژه قلبی با تعداد ملاقات کننده ارتباط داشت. تعداد بیشتری از بیماران بخش جراحی قلبی در مقایسه با بیماران CCU، هر زمان، روز یا شب را برای ملاقات ترجیح می‌دهند. بیماران مراجعه کنندگان را مفید ارزیابی می‌کردند نه خسته کننده.</p>	<p>در این مطالعه روابط بین ترجیحات بیماران برای ملاقات، انتخاب خصوصیات شخصی و بیماری و تأثیر درک شده از ملاقات در دو گروه بیماران بخش مراقبت ویژه قلبی و مراقبت ویژه جراحی با هم مقایسه شد.</p>	<p>۱۰۰ بیمار</p>	<p>توصیفی مقایسه‌ای</p>	<p>Critical care patients perceptions of visits</p>	<p>Simpson (1991)</p>	<p>۴۹</p>
<p>آن‌ها نتیجه گرفتند که ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه تا حد زیادی به ترجیحات پرسنل بخش مراقبت ویژه بستگی دارد.</p>	<p>نتایج نشان داد ترجیحات پرستاران بر روی ملاقات بیمار تأثیر گذار می‌باشد که شامل نیازهای روحی روانی بیمار، خانواده‌هایی که از راه دور برای ملاقات می‌آیند، زمان فوت بیمار، زمان ترخیص و زمان راندهای پزشک بود. نظرسنجی‌ها نشان دهنده رضایتمندی بالاتر از بیماران و خانواده و کاهش چشمگیر شکایات رسمی بعد از اجرای ملاقات می‌باشد.</p>	<p>نظرسنجی در مورد سیاست‌های ملاقات و ترجیحات پرسنل در مورد ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه از پرسنل بخش انجام گردیده است.</p>	<p>نامشخص</p>	<p>توصیفی</p>	<p>Visiting in critical care: Processes and outcomes of a performance improvement initiative</p>	<p>Roland et al (2001)</p>	<p>۵۰</p>
<p>آن‌ها نتیجه گرفتند که ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه تا حد زیادی به ترجیحات منحصر به فرد بیماران بر اساس سن و وضعیت بالینی بخش مراقبت ویژه بستگی دارد.</p>	<p>نتایج نشان داد هر دو بیماران میانسال و مسن به‌طور مداوم خواستند تعداد مراجعه کنندگان را به دو یا سه نفر در هر مراجعه محدود کنند. در مقایسه با بیماران میانسال، تعداد بیشتری از بیماران مسن ترجیح می‌دهند بازدید یکبار در روز را محدود کنند و می‌خواستند طول مدت بازدید نامحدود باشد. تعداد بیشتری از بیماران بخش مراقبت‌های ویژه مسن ترجیح می‌دهند بازدید دو بار در روز محدود گردد.</p>	<p>در این مطالعه ترجیحات ملاقات در افراد میانسال و سالخورده در بخش مراقبت‌های ویژه مقایسه گردیده است.</p>	<p>۹۹ بیمار</p>	<p>توصیفی مقایسه‌ای</p>	<p>Visit preferences of middle aged versus older critically ill patients</p>	<p>Simpson (1993)</p>	<p>۵۱</p>
<p>نتیجه مطالعه نشان داد ملاقات اعضای خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه باید انعطاف پذیر و باز باشد. این ممکن است شامل برنامه‌ریزی برای خانواده باشد تا در مواقع نیاز، دسترسی آزاد وجود داشته باشد. بنابراین، هر خانواده برنامه‌ای دارد که از دینامیک منحصر به فرد خود تبعیت می‌کند.</p>	<p>نتایج مطالعه نشان داد ساعات مناسب برای خانواده‌ها برای ملاقات از ۴ تا ۸ شب می‌باشد. اکثر پرستاران می‌خواستند ساعات ملاقات در شیفت روز باشد در صورتیکه اعضای خانواده تماایل داشتند ساعات ملاقات در طول روز تقسیم گردد. پرستاران از ساعات ملاقات ۳۰ دقیقه‌ای در سه نوبت از روز را رضایت داشتند. پرستاران دیدگاه‌های مختلفی پیرامون ملاقات داشتند و محدودیت متناوب را پیشنهاد کردند. آن‌ها ملاقات را در موارد زیر جایز دانستند: سکونت</p>	<p>هدف از این مطالعه، بررسی رضایت خانواده، پرستاران و بیماران در مورد ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد.</p>	<p>۷۲ پرستار</p>	<p>توصیفی</p>	<p>Critical-Care Visitation.</p>	<p>Hart & Stepp (2013)</p>	<p>۵۲</p>

	خانواده خارج از شهر، نیازهای عاطفی بیمار، مرگ بیمار، زمان ترخیص و صحبت با یک پزشک.						
--	---	--	--	--	--	--	--

مزایای ملاقات بر اساس ترجیحات بیمار

رضایتمندی بیمار و خانواده (۵۷،۱۴)، کاهش طول مدت اقامت بیمار در بیمارستان (۵۷)، آرامش و کاهش استرس در بیمار و خانواده (۵۶).

موانع ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه

با توجه به مزایای ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه که در مطالعات مختلف به آن اشاره شده است ولی هنوز موانع زیادی بر سر راه ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان وجود دارد. به طوری که در مطالعات مختلف نشان داده شده است. با توجه به موانعی که در این مطالعات اشاره شده است می‌توان این موانع را به چند دسته تقسیم کرد:

۱- موانع مربوط به ساختار بخش مراقبت ویژه

همانطور که در مطالعات مختلف نشان داده شده است به دلیل محدودیت فضا در بخش‌های مراقبت ویژه افزایش تعداد ملاقاتی باعث افزایش سر و صدا در بخش و شلوغی بخش خواهد شد و به دلیل اینکه در بخش‌های مراقبت ویژه محدودیت جا وجود دارد در مواقع اورژانسی ایمنی و حریم خصوصی بیمار ممکن است مورد تهدید واقع شود (۲۲). همچنین افزایش تعداد ملاقات‌کنندگان باعث عدم اطمینان و راحتی بیماران دیگر خواهد شد (۲۹).

۲- کمبود پرسنل و افزایش حجم کار پرسنل بخش مراقبت ویژه

در مطالعات مختلف بیان شده است که خانواده‌ها بر روی مراقبت از بیمار تمرکز نمی‌کنند و بیشتر وقت ملاقات‌کنندگان صرف سوالاتی در مورد بیمار می‌گردد و زمان‌هایی که می‌باید به آموزش خانواده و یا مراقبت از بیمار معطوف گردد صرف جواب به سوالات ملاقات‌کنندگان می‌گردد (۶۰) که می‌تواند باعث اتلاف وقت پرسنل گردد (۲۹). همچنین ملاقات‌کنندگان باعث کاهش وقت و منابع انسانی می‌گردند (۶۱) و همچنین پرستاران عنوان کردند که تعامل با بازدیدکنندگان می‌تواند باعث سخر شدن شغلشان گردیده (۶۲) و می‌تواند زمان بندی مداخلات برای بیماران را تغییر دهد (۳۹).

۳- نگرش منفی پرسنل بخش مراقبت ویژه جهت ملاقات خانواده با بیمار

برتی^۱ در سال ۲۰۰۷ نشان داد که پرستاران عنوان کردند که دادن اطلاعات به خانواده وقت زیادی که باید صرف مراقبت بیمار شود را می‌گیرد در نتیجه آن‌ها دید مثبتی به این کار ندارند (۱۸). همچنین برخی از پرستاران به جنبه‌های تکنیکی بیشتر از جنبه‌های عاطفی توجه می‌کنند. در حالیکه جانسون و همکاران نشان دادند که مهارت‌های ارتباط با خانواده به همان اندازه مهارت‌های تکنیکی

مهم است و می‌تواند مراقبت جامع را تحت تأثیر قرار دهد (۶۳). همچنین در مطالعه دیگری نشان داده شد به دلایل مختلف پرستاران وجود خانواده در بخش را تحمل نمی‌کنند که شامل انجام روش‌های تهاجمی برای بیمار، خستگی یا اضطراب بیمار و در صورتی که پرستار احساس کند ملاقات خانواده بیش از حد طولانی بوده است. همچنین خانواده بیماران عنوان کردند که پرستاران به‌عنوان نگهبان بیمار هستند و از خانواده‌هایی که برای حمایت و مراقبت به ملاقات بیمار می‌آیند خواسته می‌شود بیمار را ترک کنند (۶۴). پژوهشگران در این زمینه اتفاق نظر دارند که نگرش کارکنان ICU مهم‌ترین عامل است که می‌تواند باعث ایجاد ملاقات نامحدود در بخش‌های ویژه گردد. به طوری که در مطالعه‌ای که بر روی نگرش ۱۲۷ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی گیلان نسبت به ملاقات در بخش‌های ویژه انجام شد نشان داده شد که ۸۰/۳ درصد پرستاران ملاقات را عاملی در ایجاد اختلال در برنامه‌ریزی مراقبت‌های پرستاری و ۷۸/۷ درصد آن را عامل اختلال در مراقبت‌های مستقیم پرستاری و ۶۲/۲ درصد ملاقات را فاقد جنبه حمایتی برای پرستاران می‌دانند (۶۵). همچنین غیاثوندیان در مطالعه خود می‌نویسد نحوه رفتار پرستاران با ملاقات‌کنندگان، ناشی از باورهای آنان درباره اثرات ملاقات می‌باشد و باور افراد عاملی تأثیرگذار بر تصمیمات و قصد انجام و رفتار خاص است (۶۶). همچنین بیانکوفیوره (۲۰۱۰) طی مطالعه خود اشاره می‌کند که وجود باور منفی در خصوص ملاقات شاید به این دلیل باشد که پرستاران خود را مسئول مراقبت بیمار دانسته و حتی برای خانواده قائل نیستند (۶). بنابراین می‌توان گفت یکی از دلایل اصلی محدود کردن ملاقات وجود باور منفی در زمینه ملاقات و نداشتن اعتقاد بر سودمند بودن آن برای بیمار می‌باشد (۶).

که این موانع بیشتر در ملاقات باز مطرح شده است. در صورتی که اگر از روش‌های دیگری مانند ملاقات آزاد استفاده گردد موانع گفته شده با برنامه‌ریزی قابل حل می‌باشد.

۴- افزایش خطر عفونت

یکی از نگرانی‌های تیم مراقبت همواره این نکته می‌باشد که با حضور بازدیدکنندگان در بخش، بیماران به‌صورت داوطلبانه در معرض عفونت قرار می‌گیرند. مطالعات زیادی در این زمینه انجام شد و نشان داده شد که با حضور بازدیدکنندگان خطر عفونت در بخش افزایش نمی‌یابد (۶۷،۵۳). همچنین بیشترین میزان عفونت در بیماران مربوط به انتقال از دست‌های آلوده مراقبین در بین بیماران دانسته است. شواهد نشان داده است اگر بازدیدکنندگان به خوبی دست‌های خود را قبل از ملاقات بشویند خطر عفونت در

¹ Berti

می‌شود (۷)، حمایت بیمار و کاهش استرس بیمار (۴۳)، همچنین می‌توان در موارد اورژانسی و یا برای انجام روش‌های خاص به‌طور مؤدبانه از خانواده خواست تا به‌طور موقت اتاق بیمار را ترک کنند (۷۰)

۶- افزایش استرس بیمار

در اکثر مطالعات انجام شده وجود خانواده باعث کاهش اضطراب و استرس بیمار بوده است (۱۴،۴۶). حتی در مطالعه‌ای که نگرش پرستاران درمورد ملاقات مورد ارزیابی قرار گرفته بود ۶۰ درصد پرستاران عنوان نمودند که ملاقات بیمار باعث کاهش اضطراب در بیماران می‌گردد (۶۶) و در مطالعه دیگری نشان داده شد که سطح اضطراب خانواده نیز با ملاقات بیمار کاهش می‌یابد (۵۲).

۷- تغییرات فیزیولوژیک در بیمار

یکی دیگر از عواملی که باعث محدودیت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه می‌گردد این باور است که ملاقات باز به‌طور بالقوه برای بیماران مضر است. آن‌ها بر این باورند که ملاقات با بیمار باعث افزایش فشار داخل جمجمه، فشار خون، ضربان قلب و باعث انقباضات زودرس بطنی و دهلیزی می‌گردد. هیچ مطالعه‌ای برای حمایت از اثرات منفی فیزیولوژیکی از ملاقات خانواده با بیمار وجود ندارد در مقابل، محققان نشان می‌دهند که ملاقات باز باعث کاهش استرس و منجر به آرامش بیماران می‌گردد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که نه تنها ملاقات بیمار باعث افزایش در شاخص‌های قلبی و عروقی (به‌عنوان مثال فشار خون، ضربان قلب، و غیره) نمی‌گردد بلکه این شاخص‌ها در حین ملاقات بطور قابل توجهی پایین‌تر بوده است (۷۱،۷۰) و ملاقات با بیمار هیچ تأثیر مخرب فیزیولوژیک در پی نداشت (۹،۵۵،۷۰). همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شد که ملاقات برنامه‌ریزی شده هیچ تأثیر بالینی قابل توجهی بر شاخص‌های قلبی عروقی ندارد (۷۲).

۸- خستگی بیمار و خانواده

برخی از محققین معتقدند که ملاقات باز باعث خستگی بیمار و خانواده می‌گردد. با این حال حقیقت این است که ملاقات باز باعث کاهش اضطراب بیمار و خانواده گردیده به‌طوری‌که خانواده زمان بیشتری را با بیماران گذرانده و احساس امنیت بیشتری در کنار بیمار دارد (۱۳). به‌طوری‌که در مطالعه‌ای نشان داده شد که ملاقات باز دارای اثر مثبت بر روی ۸۸ درصد از خانواده‌ها و کاهش اضطراب در ۶۵ درصد از آن‌ها بوده است (۶۶). از طرفی حمایت خانواده یک بخش حیاتی نقش پرستار است. پرستاران تعهد حرفه‌ای برای درک نیاز خانواده دارند. پرستاران باید در حین ملاقات بیمار حمایت روانی و اجتماعی ملاقات‌کنندگان را تأمین کنند (۷۲).

بخش‌ها افزایش نمی‌یابد (۸). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی ۲۰۶ بخش مراقبت ویژه در مورد کنترل عفونت انجام گردید نشان داده شد که همه این بخش‌ها قانون شستن دست‌ها را در ابتدای ورود به بخش دارند ولی ۱۰ بخش قانون پوشیدن گان در بخش را دارند (۶۸). جیانینی^۲ (۲۰۰۸) گزارش کرد که هیچ مدرکی دال بر کاهش عفونت جهت پوشیدن دستکش، گان، ماسک و کفش برای بازدیدکنندگان وجود ندارد ولی می‌تواند باعث ایجاد ارزش روانی در فهماندن به ملاقات‌کنندگان که این بخش‌ها ویژه می‌باشد گردد (۱۷).

فومیگالی^۳ (۲۰۰۶) نشان داد که با توجه به اینکه میزان آلودگی میکروبی محیطی با ملاقات باز افزایش می‌یابد ولی عوارض ناشی از عفونت در زمان ملاقات باز یا ملاقات محدود مشابه می‌باشد. همچنین نشان داد که خطر ابتلا به عوارض گردش خون دو برابر در طی ملاقات محدود افزایش می‌یابد. به دلیل اینکه در طی ملاقات محدود استرس بیمار افزایش یافته و افزایش معناداری در میزان هورمون تحریک کننده تیروئید TSH ایجاد می‌گردد. این مطالعه نشان داد که نه تنها ملاقات آزاد باعث عفونت نمی‌شود بلکه تأثیرات مفیدی بر روی عوارض قلبی و عروقی دارد (۵۵).

در مطالعه دیگری ارتباط بین ملاقات با درجه حرارت، رطوبت، دی اکسید کربن، ریز قطره‌ها، باکتری‌ها و قارچ‌های موجود در بخش بررسی گردید. تمام عوامل به جزء باکتری‌ها بعد از ملاقات افزایش داشت. آن‌ها ارتباط بین غلظت ذرات در هوا و تعداد ملاقات‌کنندگان پیدا کردند و پیشنهاد کردند که تعداد ملاقات‌کنندگان باید محدود گردد ولی نیاز به مطالعات بیشتر در آینده می‌باشد (۶۹). البته افزایش تهویه بیمار در طول و پس از بازدید ممکن است اثرات بازدیدکنندگان بر کیفیت هوا را نفی کند (۸).

البته با توجه به اینکه طول مدت تهویه مکانیکی با افزایش تعداد ملاقات‌کنندگان افزایش نمی‌یابد نشان می‌دهد که با ورود همراهان در بخش کیفیت و غلظت هوا مشکل پیدا نمی‌کند (۵۱).

۵- تداخل با درمان

یکی از دلایل محدود کردن ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه تداخل ساعات ملاقات با مراقبت پرستاران و ویزیت پزشکان می‌باشد که می‌تواند مراقبت از بیمار را مشکل سازد. هر چند که وجود خانواده سرعت ارائه کار را ممکن است کاهش دهد ولی (۳) می‌تواند در موارد زیر باعث بهبود روند درمان گردد: تسهیل ارتباط بیمار با پرسنل، اطلاعات مفید در مورد بیمار به تیم مراقبت بازخورد موثرتر از خانواده در مورد بیمار باعث بهتر شدن شرایط کاری پرسنل

³ Fumigalli

² Gianini

می‌گردد آموزش مناسب در این زمینه جهت پرسنل بخش مراقبت ویژه صورت گیرد به طوری که اصلاح باورهای پرسنل بخش مراقبت ویژه در مورد ملاقات بیمار می‌تواند زمینه را برای استفاده از مزایای حضور خانواده فراهم آورد. همچنین پیشنهاد می‌گردد موانع مختلفی که در زمینه ملاقات بخش‌های مراقبت ویژه وجود دارد از جمله موانع ساختاری و کمبود پرسنل در بخش‌های مراقبت ویژه مرتفع گردد تا زمینه ملاقات‌های باز در کشور ایران نیز مهیا گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعات نشان داد که شیوه‌های متفاوتی جهت ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه در کشورهای مختلف وجود دارد که انتخاب روش یا نوع ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه تحت تأثیر موانع مفروض، تجربه شده یا ذهنی پرسنل و مدیران است. با توجه به اینکه از موانع اصلی ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه باورهای منفی در مورد ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه می‌باشد پیشنهاد

References

- Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care* 2013; 17(2):R71.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit. *Crit Care Med* 2007, 35:605-22.
- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA* 2004, 292:736-7.
- The Joint Commission: Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-centered Care: A Roadmap for Hospitals Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010.
- Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care* 1997, 6:210-17.
- Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S: Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anestesiol* 2010, 76:93-9.
- Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, Bretteville G, Verdavainne A, Misset B, Carlet J: Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008,36:30-5.
- Gibson V, Plowright C, Collins T, Dawson D, Evans S, Gibb P, et al. Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nurs Crit Care* 2012;17(4):213-8.
- Cook DA. Open visiting: Does this benefit adult patients in intensive care units. Unpublished Master's thesis Otego Polytechnic, Dunedin, Aotearoa/New Zealand. 2006.
- Sims J, Miracle VA. A look at critical care visitation: the case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs* 2006; 25(4):175-180.
- Simpson, T. Visit preferences of middle aged versus older critically ill patients. *Am J Crit Care* 1993, 2(4): 339-45.
- Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care* 2009; 18(6):543-52.
- Hagbin S, Tayebi Z, Abbasian A, Hagbin H. Visiting hour policies in intensive care units, southern Iran. *Iran Red Crescent Med J* 2011;13(9):684. (persian)
- Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *Am J Crit Care* 2004; 13(3):194-8.
- Afien E, Marieke J. Schuurmansb. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intensive Crit Care Nurs* 2011; 27: 27-30.
- de Tinténac A, Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catoire J. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med* 2002;28:1389-94.
- Giannini A, Miccinesi G, Leocino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med* 2008; 34(7): 1256-62.

18. 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.
19. Lee MD, FriedenberG AS, Mukpo DH, et al: Visiting hours policies in New England intensive care units: Strategies for improvement. *Crit Care Med* 2007; 35:497-501.
20. Youngner SJ, Coulton C, Welton R, et al: ICU visiting policies. *Crit Care Med* 1984; 12:606-8.
21. Livesay S, Alicia Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, Joanne V. Hickey. Nurses' Perceptions of Open Visiting Hours in Neuroscience ICU. *J Nurs Care Qual* 2005. 20(2): 182-9.
22. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott. Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance Among Patient, Visitor and Staff Needs. *Nurs Forum* 2005; 40(1): 18-28.
23. Sole ML, Klein DG, Moseley MJ. Introduction to Critical Care Nursing6: Introduction to Critical Care Nursing. Elsevier Health Sciences; 2013.
24. Rubert R, Long LD, Hutchinson ML. Creating a healing environment in the ICU. *Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes*, MA: Jones and Bartlett Publishers. 2007:27-39.
25. Russell C. An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation* 2005; 15(1): 8-13.
26. Hamner, J. Visiting policies in the ICU: A time for change. *Crit Care Nurs* 1990; 10(1): 48-53.
27. Biley F, Millar B, Wilson A. Issues in intensive care visiting. *Intensive Crit Care Nurs* 1993; 9: 75-81.
28. Milne, C. Open Door. *Nurs Standard* 1998; 2(25): 27.
29. Plowright C. Revisiting visiting in the intensive therapy unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1996; 12(4): 231-232.
30. Azoulay E, Pochard F: Meeting the needs of intensive care unit patients' family members: Beyond satisfaction. *Crit Care Med* 2002; 30:2171.
31. Molter NC: Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung* 1979; 8:332-9.
32. Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010; 76:89-90.
33. Burchardi H. Let's open the door!. *Intensive Care Med* 2002; 28:1371-2.
34. McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008; 34:1097-101.
35. Alberto Giannini Maite' Garrouste-Orgeas Jos M. Latour. What's new in ICU visiting policies: can we Continue to keep the doors closed?. *Intensive Care Med* 2014; 40:730-733.
36. Hopping B, Sickbert S, Ruth J. A study of factors associated with CCU visiting policies. *Crit Care Nurs* 1992; 12(2): 8-15.
37. Kirchoff K, Pugh E, Calame R, Reynolds N. Nurses beliefs and attitudes toward visiting adult critical care settings. *Am Crit Care* 1993; 2(3): 238-245.
38. Henneman E, Cardin S. Family-centred critical care: A practical approach to making it happen. *Crit Care Nurs* 2002; 22: 12-9.
39. Livesay S, Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, Hickey J. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *J Nurs Care Qual* 2004; 20(2): 182-9.
40. Hammond, F. (1995). Involving families in care within the intensive care environment: A descriptive survey. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 1: 256- 264.
41. Marsden C. Family-Centred Critical Care: An option or obligation. *Am J Crit Care* 1992; 1(3): 115-7.
42. Bergbom I, Askwall A. The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive Crit Care Nurs* 2000; 16(6): 384-95.
43. McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2008; 34(16): 1097-101.
44. Williams CMA. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nurs Crit Care* 2005; 10(1): 6-14.
45. 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.

46. Marco L, Bermajillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall M, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006;11(1): 33- 41.
47. Carroll DL, Gonzalez CE. Visiting preferences of cardiovascular patients. *Prog Cardiovasc Nurs* 2009;24(4): 149-54.
48. Abbasi M, Mohammadi E, Sheaykh Rezayi A. Effect of a regular family visiting program as an affective, auditory, and tactile stimulation on the consciousness level of comatose patients with a head injury. *Jpn J Nurs Sci* 2009; 6(1):21-6.
49. Happ MB, Swigart VA, Tate JA, Arnold RM, Sereika SM, Hoffmann LA. Family Presence and surveillance during weaning from prolonged mechanical ventilation. *Heart Lung* 2007; 36(1): 47-57.
50. Sadeghi Z, Payami M, MoosaviNasab S N. Effect of Family Participation in ICU Patients Care on Family's Anxiety level. *PCNM*. 2013; 2 (2):10-7.
51. Hardin SR, Burkhart-Tindale K, Hart A, Stepp A, Henson A. Critical care visitation: the patients' perspective. *Dimens Crit Care Nurs* 2011;30(1):53-61.
52. Hardin SR, Kaplow R. Synergy for Clinical Excellence. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2005.
53. Fumagalli S, Boncinelli L, Antonella Lo N. Reduced Cardio circulatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit. *Circulation* 2006; 113: 946-52.
54. Plowright C. visiting practice in hospital. *Nurs Crit Care* 2007; 12(2): 61-3.
55. Herbart V. open visiting policy: belief and attitude of intensive care clinicians. Master of nursing thesis; university of the Witwatersrand, Johannesburg, 2011.
56. Simpson, T. Critical care patients perceptions of visits. *Heart Lung* 1991; 20(6): 681-8.
57. Roland P, Russell J, Richards K, Sullivan, S. Visiting in critical care: Processes and outcomes of a performance improvement initiative. *J Nurs Care Qual* 2001; 15(2): 18-26.
58. Simpson, T. Visit preferences of middle aged versus older critically ill patients. *Am J Crit Care* 1993, 2(4): 339-45.
59. Hart A, Stepp A. Critical-Care Visitation. *Dimens Crit Care Nurs* 2013;32(6):289-99.
60. Gurses AP, Carayon P. Performance Obstacles of Intensive Care Nurses. *Nurs Res* 2007; 56(3): 185-94.
61. Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med* 1998; 26 266-71.
62. Levy MM. A view from the other side. *Crit Care Med* 2007; 35(2): 603-4.
63. Alizadeh R, Pourshaikhian M, Emami-Sigaroodi A, Kazemnejad-Leili E. Visiting in intensive care units and nurses' beliefs. *IJNR* 2015; 10 (2):11-21.(persian)
64. 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. *Res J Biol Sci* 2010;4(1):64-70.(persian)
65. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open Intensive Care Units: A Global Challenge for Patients, Relatives, and Critical Care Teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):181-93.
66. Adams S, Herrera A & Miller L . Visitation in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurs Qul* 2011;34(1): 3-10.
67. Tang C-S, Chung F-F, Lin M-C, Wan G-H . Impact of patient visiting activities on indoor climate in a medical intensive care unit: A1-year longitudinal study. *Am J Infect Con* 2009; 37(3): 183-8.
68. Rahmani R, Motahedian Tabrizi E, Rahimi A. (2013). To assess the effect of planned meeting on the physiologic indicators of the patients who suffer from Acute Coronary Syndrome. *J Crit Care Nurs* 2013; 6(1): 57-64.(persian)
69. Salavati M, Najafvanzadeh M, Oshvandi Kh, Homayonfar Sh, Soltanian A.R. The Effects of Programmed Visiting on Physiological Indexes in CCU

Patients. Sci J Hamadan Nurs Midwif Facul 2012; 20
(3) :43-53.

70. Damboise C, Cardin S. Family-Centered Critical Care:
How one unit implemented a plan. Am J Nurs 2003;
103(6): 56AA-56EE.

THE PRACTICES AND BARRIERS TO ADULT VISITING IN INTENSIVE CARE UNITS: AN INTEGRATED REVIEW

Esa Mohammadi¹, Fatemeh Salmani²

Received: 04 Aug, 2019; Accepted: 05 Nov, 2019

Abstract

Background & Aims: In the intensive care unit, critical patients are admitted to care. The family visits in these units are different from other units. Different hospitals impose restrictive regulations or even prohibitions for visiting or the form and type of visitings are different. These restrictive visitings can be stressful for the patient and family and they may have consequences. The reasons for these special regulations are different, but they are not known and well-defined. The aim of this study was to investigate the practices and barriers of visiting in adult intensive care units.

Materials & Methods: This study is an integrated review of texts related to the methods and barriers for visiting the adult intensive care units. Studies in CINAHL, Medline, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews, Iran Medex, Scientific Information Database (SID), and Google Scholar databases were reviewed from 1990 to 2017. During the search, 51 articles, 1 dissertation and one book in this field were reviewed and selected. Data analysis was performed using Russell's (2005) method.

Results: Analysis of the data showed that there are four methods of visiting in the intensive care units: restricted, open, liberalized, and according to the patient's preferences. There were various barriers to visiting in the intensive care units, the most important of which is the belief that the staff has a negative experience in the field of visiting and they believe that it is not beneficial for the patient. Some of the negative beliefs that were mentioned in most studies are increased risk of infection, interference with treatment and care, increased psychological and physiological stress, and patient and family fatigue.

Conclusion: The choice of method or type of visiting in the intensive care units is influenced by the assumed, experienced or subjective obstacles of personnel and managers. Given that one of the main barriers to visiting is the negative beliefs regarding visits to the intensive care unit, it is recommended that appropriate training be provided for ICU staff in order to modify their beliefs regarding patient visits.

Keywords: restricted visiting, liberalized visiting, barriers to visiting, intensive care units

Address: Nursing And Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Tel: +989133260668

Email: f-salmani@iaun.ac.ir

¹ Professor of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

² Nursing And Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author)