نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دوم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۲
Cardiovascular Nursing Journal, 2(4), Winter 2014

مقاله پژوهشی اصیل

دیدگاه پرستاران درباره ملاقات در بخش های مراقبت ویژه قلبی

سید مسلم مهدوی شهری[۱]، دانشجوی دکترای پرستاری
احمدعلی اسدی نوقابی[۲]، دکترای سالمندشناسی
میترا ذوالفقاری[۳]، دکترای آموزش از راه دور
حمید حقانی[۴]، کارشناس ارشد آمار

خلاصه

هدف. هدف این پژوهش، بررسی دیدگاه پرستاران درباره ملاقات در بخش های مراقبت ویژه قلبی بود.

زمینه. حمایت های اجتماعی شامل حمایت های عاطفی و مادی است که توسط (ملاقات) خانواده و دوستان فراهم می شود و بر بهبود بیماران بستری در بخش های ویژه قلبی موثر می باشد. ملاقات در بخش های ویژه همیشه موضوعی چالش برانگیز بین کارکنان درمانی، بیماران و ملاقات کنندگان بوده است.

روش کار. در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۱۴۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه قلب مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک و "پرسشنامه دیدگاه و نگرش در مورد ملاقات در بخش های ویژه" (BAVIQ) جمع آوری و با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ به روش های توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها. پرستاران عقیده داشتند ملاقات باعث اختلال در انجام مراقبت های پرستاری می شود (۶۵ درصد) و باعث می شود پرستاران وقت بیشتری را صرف دادن اطلاعات به خانواده ها نمایند (۸۲/۸ درصد)، اما درباره تاثیر ملاقات بر بیمار و خانواده اش دیدگاه متفاوتی داشتند. بیشتر پرستاران با اجرای سیاست ملاقات آزاد مخالف بودند (۸۵ درصد).

نتیجه گیری. نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران بخش های مراقبت ویژه قلب نسبت به ملاقات دیدگاه مخالفی دارند و این، مانعی اساسی در تغییر برنامه ملاقات در جهت مرتفع ساختن نیازهای عاطفی روانی بیماران و خانواده های شان می باشد.

کلیدواژه ها: دیدگاه درباره ملاقات، بخش مراقبت های ویژه قلب، پرستار

۱ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران (× نویسنده مسئول) پست الکترونیک: s.moslemmahdavi@gmail.com
۲ استادیار، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳ استادیار، عضو مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت های ویژه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴ مربی، گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

مقدمه

داشتن دانش و مهارت در ارائه مراقبت های پرستاری ویژه، تنها عوامل تاثیر گذار بر بهبود بیماران در بخش های ویژه قلب نیستند. پایش های محیطی به معنای ایجاد محیطی دلپذیر و در حداقل استرس، از مهارت ها و فرایندهای پرستاری در بخش های ویژه محسوب می شود. این پایش ها شامل کنترل نور، صدا، رنگ، منظره، موسیقی و حمایت های اجتماعی می باشد. تامین حمایت های اجتماعی به وسیله حمایت روحی و جسمی توسط خانواده و دوستان صورت می گیرد؛ لذا ملاقات در بخش های ویژه از مفاهیم مهم در پیشبرد مراقبت همه جانبه از بیمار می باشد (رنی و همکاران، ۲۰۰۹).

بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه قلب به عنوان محیط درمان بیماران قلبی، منجر به محرومیت از ادراکات حسی و جدا شدن از خانواده و ایجاد استرس می شود و استرس این بیماران به وسیله محیط پیچیده این بخش ها و اعمال روتین آن تشدید می شود (کرمانی و همکاران، ۲۰۱۰). بیماری قلبی عروقی، پیامدها و عوارض ناشی از آن و ورود به محیط درمانی خاص با تاثیرات مختلف بر نحوه درک بیماران از عوامل یاد شده، بر فشارهای روانی ایشان می افزاید و هنگامی که این بیماران از روابط اجتماعی معنی دار محروم می گردند، تظاهرات رفتاری اضطراب، تغییرات شناختی، توهمات بینایی و شنوایی و بی قراری در آنها ظاهر می گردد (ساناتا فریتاس و همکاران، ۲۰۰۷) و ممکن است احساس وابستگی یا نیاز به دیگران را در بیمار تقویت نماید (مارکو و همکاران، ۲۰۰۵).

روبرمن در یک مطالعه پیگیر سه ساله بر روی ۲۳۳۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد نتیجه گرفت که دو فاکتور روانی اجتماعی که بر میزان مرگ و میر بیماران بستری در بخش های مراقبت ها ویژه قلب اثر می گذارد؛ سطح استرس مربوط به بیماری و عدم تماس با خانواده و دوستان می باشد و بیمارانی که هر دو استرس را دارند، میزان مرگ و میر در آنها تقریبا دو برابر می باشد (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۱).

شواهد قوی در مورد اثر وجود خانواده بر بهبود بیماران بدحال بخش مراقبت ویژه به دست آمده است. اعضای خانواده می توانند به بیمار در سازگاری با محیط و کاهش اضطراب کمک کنند و منبع حمایتی برای بیمار باشند (ماریان و همکاران، ۲۰۱۱)، اما به دلایلی این تداوم در مشارکت خانواده همیشه امکان پذیر نیست و خانواده از بیمار دور می شود. یکی از این موارد بستری شدن در بخش های مراقبت ویژه است که معمولا در این گونه بخش ها حضور اعضای خانواده ممنوع و ملاقات ها به شدت محدود می شوند (مارکو و همکاران، ۲۰۰۶). این در حالی است که اطلاع خانواده در مورد نیازمندی های بیمار و حصول اطمینان از ارایه بهترین مراقبت به سازگار شدن و احساس امنیت در خانواده کمک می کند. کزازی به نقل از ماریان و همکاران (۲۰۱۱) عنوان می کند پرستاران بخش های مراقبت ویژه برقراری ارتباط با خانواده بیمار را جدی نمی گیرند یا درباره اثر ارتباط درمانی با بیمار و خانواده او آگاهی لازم را ندارند.

در حال حاضر در کلیه بیمارستان های آموزشی در ایران محدودیت شدید ملاقات در بخش های مراقبت ویژه قلب اعمال می شود که از جمله علل آن وجود این باور در بین پرستاران است که حضور اعضای خانواده بر خطر عفونت می افزاید (آلن و همکاران، ۲۰۰۹)، موجب وقفه در استراحت بیمار می شود و باعث تغییرات فیزیولوژیک مانند تاکی کاردی، آریتمی، پرفشاری خون و اضطراب در بیماران می گردد (اردلان و همکاران، ۱۹۹۷). همچنین، پرستاران، ملاقات را مانعی برای ارائه خدمات پرستاری و عاملی مخل در امور درمانی بیمار می دانند (برویک و همکاران، ۲۰۰۴). در اکثر بخش های مراقبت ویژه فرصت ملاقات به صورت یک بار در روز و هر بار حداکثر یک ساعت و بیشتر مواقع از پشت شیشه اتاق بیمار فراهم می شود (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۱). این نحوه ملاقات، مدت زمانی را که خانواده ها می توانند در کنار بیمار خود بگذرانند کاملا محدود می نماید (گودرزی و همکاران، ۲۰۱۰).

در مقالات منتشر شده سال های اخیر ضمن رد اثرات نامطلوبی که به ملاقات نسبت داده می شد، اثرات سودمند حضور خانواده در کنار بیماران نیز مطرح گردیده است (مارکو و همکاران، ۲۰۰۵). ملاقات های فامیلی باعث حفظ ادراکات حسی بیمار در محیط های مراقبت ویژه می شوند (اردلان و همکاران، ۱۹۹۷). زورمن (۱۹۹۶) در مطالعه خود نشان داد که در شاخص های همودینامیک بیماران با مشکلات مغزی بستری در بخش مراقبت های ویژه، قبل، حین و بعد از ملاقات تفاوت آماری معناداری ایجاد نشده بود. فوماگالی و همکاران (۲۰۰۶) نیز در یک مطالعه بر روی ۲۲۶ بیمار نتیجه گرفتند که ملاقات نه تنها باعث اختلال در وضعیت قلبی عروقی نمی شود، بلکه افزایش زمان ملاقات باعث کاهش عوارض قلبی عروقی و کاهش اضطراب بیماران می شود (کرمانی و همکاران، ۲۰۱۰). نزدیک به چهل سال است که در ایران در مقررات ملاقات بازنگری صورت نگرفته است و سالها است که در بخش های مراقبت ویژه

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

محدودیت ملاقات اعمال می شود (صفدری و همکاران، ۲۰۰۴). علیرغم اینکه ملاقات تحت تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی می باشد، برنامه ملاقات از بیماران در بخش های مختلف، بیشتر وابسته به مشخصات و قوانین بیمارستان ها یا بخش های درمانی است که توجهی به عوامل شخصیتی یا نوع بیماری ندارند (غیاثوندیان و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه، مطالعات نشان می دهند که راهبرد ملاقات محدود هیچ گونه پایه علمی ندارد (ماریان و همکاران، ۲۰۱۱). ضمن اینکه بافت مذهبی سنتی کشور ایران باعث شده است موضوع ملاقات از بیماران یک وظیفه انسانی توام با اجر و پاداش معنوی تلقی گردد (غیاثوندیان و همکاران، ۲۰۱۰).

جهت برنامه ریزی و اخذ تصمیم مناسب درباره برنامه ملاقات، به نحوی که مورد پذیرش و مبتنی بر نیازهای پرستار، بیمار و خانواده بیمار باشد، لازم است دیدگاه پرستاران درباره ملاقات مورد کنکاش قرار گیرد. مطالعه دیدگاه پرستاران درباره چگونگی شرایط و طول مدت ملاقات، تعداد افراد ملاقات کننده، و اثرات، فواید و محدودیت های ملاقات می تواند در برنامه ریزی هر چه بهتر جهت اخذ سیاستی مناسب، قبل از تغییر در سیاست ملاقات در این بخش ها به علت جلوگیری از وقوع چالش های احتمالی کمک کننده باشد (فارل و همکاران، ۲۰۰۵).

به اعتقاد پرینز پرستاران بخش های مراقبت ویژه مایل هستند تعادلی بین نیاز خانواده بیماران به ملاقات و اثرات مثبت یا منفی احتمالی ملاقات بر بیماران برقرار سازند. انجام تحقیقات در این زمینه اطلاعات ارزشمندی در اختیار پرستاران بخش های مراقبت ویژه برای برنامه ریزی مناسب در زمینه ملاقات قرار می دهد. ارتقای کیفیت مراقبت های پرستاری، مستلزم بررسی باورهای سنتی رایج در پرستاری به منظور اصلاح آنها و دستیابی به هدف نهایی ایجاد تحولات قابل توجه در حیطه های آموزش و خدمات پرستاری است (کرمانی و همکاران، ۲۰۱۰). واضح است که پرستاران نقش محوری در مدیریت ساعات ملاقات بازی می کنند، بنابراین، یکی از اجزای مهم در موفقیت آزادسازی سیاست های ملاقات، آگاهی از عقاید و دیدگاه های پرستاران می باشد (بیانکوفیوره و همکاران، ۲۰۰۹).

علیرغم انجام پژوهش هایی درباره ملاقات بیماران، تاکنون مطالعه ای در خصوص بررسی دیدگاه پرستار درباره ملاقات در بخش های ویژه قلبی انجام نشده است. نتایج مطالعات معدود در سایر کشورها نیز با توجه به تفاوت های فرهنگی اجتماعی، قابل تعمیم به جامعه ایران نیست. هدف این پژوهش، بررسی دیدگاه پرستاران درباره ملاقات در بخش های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران بود.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی می باشد. در این مطالعه، محیط پژوهش، بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران بودند. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران بودند و معیار ورود پرستاران شامل اشتغال در بخش های مراقبت های ویژه قلب بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران، دارا بودن مدرک لیسانس و بالاتر و داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه قلب بود. تعداد ۱۴۰ پرستار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل بخش های اطلاعات فردی و "پرسشنامه دیدگاه و نگرش در مورد ملاقات در بخش های ویژه" یا The Beliefs and Attitudes Toward Visitation in ICU Questionnaire (BAVIQ) بود. از پرسشنامه BAVIQ در چند مطالعه در کشورهای دیگر استفاده شده است و اعتبار و پایایی پرسشنامه فوق در این مطالعات تایید گردیده است. بعد از ترجمه پرسشنامه به فارسی، با توجه به تفاوت های فرهنگی بومی، جهت روایی صوری و محتوا، ترجمه پرسشنامه توسط ده نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی بررسی شد و تغییرات و اصلاحات لازم روی آن صورت گرفت. اطلاعات فردی شامل متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، نوع نوبت کاری، سابقه پرستاری و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه قلب بود. پرسشنامه "دیدگاه و نگرش در مورد ملاقات در بخش های ویژه" که در مطالعه برتی و همکاران (برتی و همکاران، ۲۰۰۷) ساخته و به کار برده شد، شامل ۳۴ گویه می باشد، ۳۲ گویه این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (کاملا موافق، موافق، نه موافق– نه مخالف، مخالف و کاملا مخالف) است که از ۰ تا ۴ نمره دهی می شود. گویه ها در دو گروه گویه های با جهت مثبت (۱۹ سوال) و گویه های با جهت منفی (۱۳ سوال) دسته بندی می شوند. گویه های با جهت منفی در امتیاز دهی، معکوس گویه های با جهت مثبت لحاظ شدند، بدین صورت که گزینه "کاملا مخالف" دارای بیشترین نمره (۴) و گزینه "کاملا موافق" دارای کمترین نمره (صفر) می باشد؛ و همچنین، دو سوال باز شامل گویه های ۲۳ و ۲۵ بودند، که در آن ها

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد عدد مورد نظر خویش را در آن بیان نمایند. بالاترین جمع نمره در این پرسشنامه، نمره ۱۲۸ برای ۳۲ گویه در مقیاس لیکرت در صورت کسب نمره ۴ می باشد که با تقسیم بر ۳۲، نمره ۴ که معادل "کاملا موافق" است، حاصل می شود که بالاترین نمره (موافق ترین) دیدگاه درباره ملاقات در بخش مراقبت های ویژه می باشد و کمترین نمره ممکن، در صورت کسب نمره صفر در تمام گویه ها حاصل می گردد که معادل "کاملا مخالف" و کمترین نمره (مخالف ترین) دیدگاه درباره ملاقات در بخش مراقبت های ویژه می باشد. در بررسی گویه ها، علاوه بر مقایسه نمره کلی برای هر گویه (نمره صفر، معادل کاملا مخالف؛ نمره ۱، معادل مخالف؛ نمره ۲، معادل بی نظر؛ نمره ۳، معادل موافق؛ و نمره ۴، معادل کاملا موافق)، از مقایسه درصد فراوانی دیدگاه موافق (مجموع درصد فراوانی دیدگاه های کاملا موافق و موافق) و دیدگاه مخالف (مجموع درصد فراوانی دیدگاه های کاملا مخالف و مخالف) نیز بهره برده شد.

پس از اخذ مجوز لازم و معرفی نامه های مربوط از دانشکده پرستاری و مامایی، به محیط های پژوهش مراجعه و اطلاعاتی در مورد اهمیت و اهداف پژوهش در اختیار مسئولین مراکز قرار داده شد. سپس، پژوهشگر یا کمک پژوهشگر در شیفت های مختلف صبح، عصر و شب به بیمارستان های منتخب مراجعه و نمونه هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انتخاب کردند و با دادن آگاهی به آن ها درباره محرمانه ماندن اطلاعات و جلب اطمینان آنان رضایت نامه آگاهانه به طور کتبی قبل از ارایه پرسشنامه ها کسب گردید و پس از آن، پرسشنامه ها در اختیار نمونه ها قرار گرفت. نمونه گیری تا زمانی که حجم نمونه پس از ریزش نمونه های فاقد معیارهای ورود، به مقدار تعیین شده رسید، ادامه یافت. سپس داده ها مورد تجزیه و تحلیل آماری توصیفی (میانگین، میانه) و تحلیلی (آنالیز واریانس و کروسکال والیس) با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ قرار گرفت. سطح معناداری، ۰/۰۵در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۱۴۰ پرستار شرکت کننده در مطالعه، ۷۶/۴ درصد، مونث و ۲۳/۶ درصد، مذکر بودند. همچنین، ۵۵ درصد، متاهل و ۴۵ درصد مجرد بودند. متوسط سن پرستاران ۳۲/۶۷ سال بود. همچنین، ۵۳/۶ درصد دارای سن بین ۲۶ تا ۳۵ سال و ۲۳/۶ درصد در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال بودند. جوان ترین پرستار ۲۲ ساله و بالاترین سن ۵۳ سال بود. علاوه بر این، ۱۳۱ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۹ نفر کارشناس ارشد بودند. پنج سرپرستار نیز در مطالعه شرکت نمودند. از بین پرستاران، ۶۴/۳ درصد دارای سابقه کار کمتر از پنج سال در بخش مراقبت های ویژه قلب و ۲۴/۳ درصد دارای سابقه بین ۶ تا ۱۰ سال بودند.

پرستاران با تاثیر مثبت ملاقات بر بیمار و خانواده موافق بودند (جدول شماره ۱). همچنین، ۸۸/۶ درصد پرستاران با گویه "ملاقات تاثیرات مثبتی روی بیمار دارد"، ۸۴/۳ درصد با گویه "ملاقات باعث کاهش اضطراب خانواده بیمار می شود" و ۸۰/۷ درصد با گویه "ملاقات برای بهبود بیمار مهم است" دیدگاه موافق داشتند. آنها ملاقات را فاقد جنبه حمایتی برای خود می دانستند.

جدول شماره ۱: دیدگاه پرستاران درباره گویه های با موضوع تاثیر مثبت ملاقات بر بیمار، ملاقات کنندگان و پرستار

گـــــــویه	میانگین (انحراف معیار)	موافق (کل)	مخالف (کل)	کاملا موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملا مخالف
ملاقات تاثیرات مثبتی روی بیمار دارد	۳/۰۹ (۰/۸۷)	۸۸/۶	۹/۳	۳۰/۷	۵۷/۹	۲/۱	۷/۹	۱/۲۴
ملاقات باعث کاهش اضطراب خانواده بیمار می شود	۳/۰۱ (۰/۷۶)	۸۴/۳	۶/۴	۲۲/۹	۶۱/۴	۹/۳	۶/۹۴	۰
ملاقات برای بهبود بیمار مهم است	۲/۹۱ (۰/۸۳)	۸۰/۷	۷/۸	۱۹/۳	۶۱/۴	۱۱/۴	۶/۴	۱/۴
ملاقات برای بیمار ایجاد احساس راحتی می کند	۲/۷۴ (۰/۸۲)	۷۷/۲	۹/۳	۹/۳	۶۷/۹	۱۳/۶	۶/۹۴	۲/۴۹
ملاقات کنندگان به بیمار در درک اطلاعات کمک می کنند	۲/۳۲ (۰/۹۶)	۵۲/۸	۲۳/۶	۵/۷	۴۷/۱	۲۳/۶	۲۰/۷	۲/۹
ملاقات باعث بهبود و ارتقاء مراقبت های متمرکز بر بیمار (بیمار محور) می گردد	۲/۱۴ (۰/۹۹)	۴۰/۷	۲۸/۶	۵/۷	۳۵	۳۰/۷	۲۴/۳	۴/۳
ملاقات برای پرستاران، حمایت سودمندی است	۱/۸۴ (۱/۰۷)	۲۶/۴	۴۰/۷	۷/۱	۱۹/۳	۳۲/۹	۳۱/۴	۹/۳

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

از سویی، پرستاران، مخالف اثرات نامطلوب ملاقات بر بیمار و خانواده وی بودند (جدول شماره ۲). آنها با اینکه ملاقات باعث تنش فیزیولوژیک، پاسخ های ناخواسته همودینامیک، فشار روانی بر بیمار و لطمه به حریم شخصی وی می گردد، مخالف بودند. ضمنا ۶۰/۷ درصد پرستاران با "ملاقات باعث خستگی خانواده می شود، چون احساس می کنند مجبورند با بیمار باشند" مخالف بودند. همچنین، ۶۵ درصد آنها ملاقات را عامل اختلال در مراقبت های پرستاری می دانستند و عقیده داشتند در هنگام ملاقات، مجبور هستند بیشتر وقت خویش را صرف دادن اطلاعات به خانواده نمایند (۸۲/۸ درصد).

جدول شماره ۲: دیدگاه پرستاران درباره گویه های با موضوع تاثیر منفی ملاقات بر بیمار، ملاقات کنندگان و پرستار

گـــــــویه	میانگین (انحراف معیار)	موافق (کل)	مخالف (کل)	کاملا موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملا مخالف
ملاقات باعث می شود پرستاران زمان بیشتری را صرف دادن اطلاعات به خانواده ها کنند	۱/۰۹ (۰/۷۵)	۸۲/۸	۷/۹	۱۶/۴	۶۶/۴	۹/۳	۷/۹	۰
ملاقات باعث اختلال در انجام مراقبت های پرستاری می شود	۱/۴۱ (۱/۱۱)	۶۵	۲۱/۴	۲۰	۴۵	۱۳/۶	۱۷/۱	۴/۶۳
ملاقات مانع استراحت بیمار می شود	۱/۹۴ (۱/۰۶)	۴۷/۲	۴۰	۳/۶	۴۳/۶	۱۲/۹	۳۵	۵
ملاقات مانعی برای برنامه ریزی مراقبت های پرستاری است	۱/۹۷ (۱/۱۸)	۴۰/۷	۴۱/۵	۱۱/۴	۲۹/۳	۱۷/۹	۳۳/۶	۷/۹
ملاقات خطر ایجاد اشتباهات را زیاد می کند	۱/۰۱ (۱/۰۹)	۳۷/۲	۴۲	۸/۶	۲۸/۶	۲۰	۳۸/۶	۳/۴
ملاقات پرستاران را عصبی می کند، آنها از اینکه ملاقات باعث افزایش اشتباهات شان شود، می ترسند	۲/۲۱ (۱/۱۴)	۳۵	۳۵/۷	۳/۵۶	۳۱/۴	۱۹/۳	۳۱/۴	۱۴/۳
ملاقات باعث پاسخ های ناخواسته همودینامیک (مثلا تغییر فشارخون و نبض) می شود	۲/۲۴ (۱/۰۴)	۳۰/۷	۵۱/۴	۳/۶	۲۷/۱	۱۷/۹	۴۴/۳	۷/۱
ملاقات باعث تنش فیزیولوژیک (مثل تعریق و بی قراری) در بیمار می شود	۲/۱۷ (۱/۰۱)	۳۰	۴۷/۹	۵	۲۵	۲۲/۱	۴۳/۶	۴/۳
ملاقات باعث می شود پرستاران احساس کنند تحت کنترل هستند	۲/۲۹ (۱/۰۸)	۲۹/۳	۴۲/۱	۴/۳	۲۵	۱۸/۶	۴۲/۱	۱۰
ملاقات باعث فشار روانی در بیمار می شود	۲/۳۵ (۰/۹۶)	۲۲/۹	۵۴/۳	۲/۹	۲۰	۲۲/۹	۴۷/۹	۶/۴
ملاقات مانعی برای شوخی و مزاح بین پرستاران است	۲/۵۸ (۱/۱۶)	۲۰	۵۷/۹	۵	۱۵	۲۲/۱	۳۲/۹	۲۵
ملاقات باعث خستگی خانواده می شود، چون احساس می کنند مجبورند با بیمار باشند	۲/۴۹ (۱/۰۲)	۱۸/۶	۶۰/۷	۵	۱۳/۶	۲۰/۷	۴۹/۶۹	۱۱/۴
ملاقات به حریم شخصی بیمار لطمه می زند	۲/۵۵ (۰/۹۶)	۱۵	۶۵/۷	۵	۱۰	۱۹/۳	۵۶/۴	۱۹/۳

پرستاران مخالف ترین دیدگاه ها را در مورد سیاست های آزادمنشانه ملاقات بیان کردند (جدول شماره ۳). بر این اساس، ۸۹/۹ درصد پرستاران با گویه "تعداد ملاقات کنندگان به طور همزمان نباید محدود باشد"، ۸۵/۷ درصد با گویه "مدت زمان ملاقات نباید محدود باشد"، ۷۷/۲ درصد با گویه "نباید تعداد ملاقات کنندگان را در ۲۴ ساعت محدود نمود"، و ۷۵/۷ درصد پرستاران نیز با گویه "هنگامی که خانواده بیمار با ساعت تعیین شده ملاقات مشکل دارد، ساعت ملاقات باید انعطاف پذیر باشد" مخالف بودند. همچنین، ۸۵ درصد

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

پرستاران دیدگاه مخالفی با اجرای سیاست ملاقات آزاد داشتند.

جدول شماره ۳: دیدگاه پرستاران درباره گویه های با موضوع مشخصات ملاقات

گـــــــویه	میانگین (انحراف معیار)	موافق (کل)	مخالف (کل)	کاملا موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملا مخالف
زمان ملاقات باید برای بیماران در حال مرگ بیمار انعطاف پذیر باشد	۲/۳۱ (۱/۲۱)	۱/۶۲	۲۸/۵	۱۰	۵۲/۱	۹/۳	۱۶/۴	۱۲/۱
هنگامی که بیمار نیاز عاطفی دارد، ساعت ملاقات باید انعطاف پذیر باشد	۲/۱۸ (۱/۱۸)	۵۲/۹	۳۰/۷	۷/۹	۴۵	۱۶/۴	۱۸/۶	۱۲/۱
در صورت تمایل بیمار هر کسی مجاز است به ملاقاتش بیاید	۱/۹۸ (۱/۲۱)	۴۵	۳۳/۵	۷/۹	۳۷/۱	۱۱/۴	۳۲/۱	۱۱/۴
ملاقات باید مطابق فرهنگ و قومیت بیمار باشد	۱/۴۹ (۱/۱۷)	۲۷/۸	۵۶/۴	۲/۱	۲۵/۷	۱۵/۷	۳۲/۱	۲۴/۳
ملاقات باید در ۲٤ ساعت اول بستری شدن بیمار انعطاف پذیر باشد	۱/۳۸ (۱/۰۸)	۲۱/۴	۶۲/۲	۱/۴	۲۰	۱۶/۴	۳۹/۳	۲۲/۹
زمان آغاز ملاقات باید مشخص باشد ولی مدت زمان آن می تواند انعطاف پذیر باشد	۱/۱۹ (۱/۱۴)	۲۰/۷	۶۹/۳	۱/۴	۱۹/۳	۱۰	۳۵/۷	۳۳/۶
هنگامی که خانواده بیمار با ساعت تعیین شده ملاقات مشکل دارد، ساعت ملاقات باید انعطاف پذیر باشد	۱/۱۸ (۱/۵۴)	۱۷/۱	۷۵/۷	۲/۱	۱۵	۶/۴	۴۱/۴	۳۴/۳
نباید تعداد ملاقات کنندگان را در ۲٤ ساعت محدود نمود	۱/۰۹ (۱/۲۲)	۱۷/۸	۷۷/۲	۷/۱	۱۰/۷	۵	۳۸/۶	۳۸/۶
هنگامی که بیمار توانایی تصمیم گیری دارد، می تواند تعداد ملاقات کنندگان، زمان و مدت ملاقات را تعیین کند	۰/۹۴ (۰/۹۹)	۱۸/۴	۸۰	۷	۱۱/۴	۷/۹	۴۱/۴	۳۸/۶
ملاقات آزاد (عدم محدودیت در تعداد ملاقات کننده و مدت زمان ملاقات) باید اجرا شود	۰/۸۱ (۱/۰۴)	۱۱/۵	۸۵	۲/۹	۸/۶	۳/۶	۳۷/۱	۴۷/۹
مدت زمان ملاقات نباید محدود باشد	۰/۶۴ (۰/۸۲)	۹/۱	۸۵/۷	۷	۲/۱	۱۱/۴	۳۲/۱	۵۳/۶
تعداد ملاقات کنندگان به طور همزمان نباید محدود باشد	۰/۷۰ (۰/۸۶)	۵/۷	۸۹/۳	۱/۴	۴/۳	۷۵	۴۱/۴	۴۷/۹

در مورد گویه هایی که با سوالات باز بررسی شدند، پرستاران در رابطه با تعداد ملاقات کنندگان در ۲۴ ساعت با میانگین تعداد ۴/۳ ملاقات کننده در یک شبانه روز موافق بودند. در مورد تعداد ملاقات کنندگان همزمان در هر ملاقات، پرستاران با حداکثر ۲ نفر (میانگین ۲/۱) اعلام موافقت نمودند.

هیچ یک از مشخصات دموگرافیک پرستاران رابطه معنادار آماری با دیدگاه آنان درباره ملاقات در بخش های مراقبت ویژه قلب نداشت و پرستاران با مشخصات دموگرافیک مختلف، دیدگاه مشترک مخالف خویش را نسبت به ملاقات در بخش های مراقبت ویژه حفظ کرده اند. این ممکن است به علت دیدگاه منفی نسبت به ملاقات باشد که در بخش های مراقبت ویژه حاکم است.

بحث

پرستاران با اخذ نمره کل دیدگاه برابر با ۱/۸ (بر اساس مقیاسی که نمره صفر، معادل کاملا مخالف؛ نمره ۱، معادل مخالف؛ نمره ۲، معادل بی نظر؛ نمره ۳، معادل موافق؛ و نمره ۴، معادل کاملا موافق بود) دیدگاه مخالفی با ملاقات داشتند. علیرغم اینکه اطلاعات

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

تجربی نشان می دهد که ملاقات های نامحدود با عوارض کمتر قلبی و عروقی همراه می باشد، پرستاران بخش های ویژه قلب دیدگاه منفی خویش را نسبت به ملاقات حفظ کرده اند. اصلی ترین اشکالاتی که پرستاران برای ملاقات قائل می شوند، عقیده به این است که ملاقات با فرایندهای پرستاری به علت تداخل با برنامه ریزی جهت ارایه مراقبت های مستقیم بیمار، تداخل دارد. صرف زمان بیشتر جهت ارئه اطلاعات به خانواده بیماران و عدم وجود جنبه حمایتی در ملاقات برای پرستاران نیز از دلایل دیگر می باشد. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه که از ابزار یکسان با مطالعه حاضر بهره برده اند (BAVIQ) همخوانی دارد. در مطالعه بیانکوفیوره و همکاران با عنوان "بررسی عقاید و نگرش پرستاران و پزشکان در مورد ملاقات آزاد در بخش های مراقبت ویژه" که در ایتالیا انجام شد، نتایج مشابهی در مورد عقاید پرستاران درباره ملاقات در بخش های مراقبت ویژه به دست آمد. بیشترین توافق در مورد گویه ۱۰ (۶۷/۴ درصد موافق) و گویه ۱ (۶۷/۱ درصد موافق) و سپس به ترتیب، مربوط به گویه های ۷ (۵۱/۱ درصد موافق)، ۵ (۴۷/۲ درصد موافق)، ۹ (۴۰/۷ درصد موافق)، ۲۰ (۳۸/۹ درصد موافق) بود. در مورد گویه ۱۹ نیز ۳۴/۹ درصد پرستاران موافق و ۳۶/۳ درصد مخالف بودند که یافته های مطالعه حاضر را تایید می نماید (بیانکوفیوره و همکاران، ۲۰۰۹). در مطالعه برتی و همکاران با عنوان دیدگاه و نگرش پرستاران در مورد ملاقات و ملاقات آزاد در بخش های مراقبت ویژه" که در کشور بلژیک صورت گرفت، ۷۵/۱ درصد پرستاران دیدگاه موافقی با گویه "ملاقات تاثیرات مثبتی روی بیمار دارد" داشتند. همچنین، ۶۰/۲ درصد با گویه "ملاقات کنندگان به بیمار در درک اطلاعات کمک می کنند" و ۴۷/۵ درصد با گویه ۱۰ "ملاقات باعث کاهش اضطراب خانواده بیمار می شود" موافق بودند. گویه ۱۹ نیز با ۱۴/۳ درصد موافقت و ۴۶/۸ درصد مخالفت روبرو گردید که تا اینجا با یافته های مطالعه حاضر هماهنگ می باشد.

در مورد دیدگاه پرستاران در سایر گویه ها اختلافاتی بین نتایج پژوهش حاضر و مطالعات قبلی وجود داشت، بدین ترتیب که ۵۵/۹ درصد با گویه "ملاقات برای بهبود بیمار مهم است" و ۵۷/۸ درصد با گویه "ملاقات برای بیمار ایجاد احساس راحتی می کند" مخالف بودند (برتی و همکاران، ۲۰۰۷) که با یافته های مطالعه حاضر (۸۰/۷ درصد پرستاران موافق با گویه ۵ و ۷۷/۲ درصد موافق با گویه ۹) تفاوت دارد. احتمالا پرستاران مورد بررسی در مطالعه حاضر علاوه بر اعتقاد به مفید بودن ملاقات، آن را در روند بهبودی بیمار موثر می دانند و آن را حمایتی عاطفی و روانی برای بیماران تصور می کنند که بر بهبودی جسمی وی نیز تاثیر دارد. از آنجا که در این مطالعه، ملاقات به جای ملاقات آزاد مورد پژوهش قرار گرفته است و احتمالا با توجه به وجود روابط خانوادگی قوی در جامعه ایران و نگاه مذهبی ایرانیان به ملاقات و تفاوت های فرهنگی، در مطالعه حاضر پرستاران ملاقات را برای بیماران رضایت بخش و آرام بخش می دانند.

تحقیق مارکو و همکاران در اسپانیا تحت عنوان عقاید و نگرش پرستاران بخش های مراقبت ویژه در مورد تاثیر ملاقات آزاد روی بیماران، خانواده و پرستاران نیز نتایج مشابهی داشت. تمامی پرستاران با این نظر که ملاقات کنندگان برای بیمار حمایت روحی فراهم می کنند و ملاقات باعث کاهش خستگی و ملالت بیمار می شود و اینکه ملاقات باعث افزایش رضایت خانواده بیمار می گردد، کاملا موافق بودند. آنها تاثیرات ملاقات را وابسته به هر دو طرف یعنی بیمار و خانواده دانستند و مشابه با مطالعه حاضر، اثرات سوء ملاقات را رد نمودند. آنها نظر مخالف خویش را در مورد اینکه حضور ملاقات کنندگان مانع استراحت بیمار می شود (۸۲/۶ درصد)، باعث افزایش حس درد در بیماران می شود (۶۳ درصد) و اینکه وضعیت بیمار را ناپایدار می سازد (۹۷/۸ درصد)، اعلام نمودند. از سویی، حضور خانواده را مانع ارائه مراقبت های پرستاری، به ویژه رویه های دردناک مانند ساکشن تراشه دانستند (۸/۸۴٪) (ساناتا فریتاس و همکاران، ۲۰۰۷).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که پرستاران بخش های مراقبت ویژه قلب علیرغم اذعان به اثرات مفید ملاقات بر بیماران و ملاقات کنندگان و عدم تاثیرات منفی برای بیماران، آن را فاقد تاثیر مثبت بر خود می دانند و ملاقات را مخل برنامه ریزی و انجام مداخلات پرستاری تلقی می کنند و با آن مخالفند. این دیدگاه یک مانع اساسی در تغییر برنامه ملاقات در جهت مرتفع ساختن نیازهای عاطفی روانی بیماران و خانواده های شان می باشد. بنابراین، پیشنهاد می شود جهت آگاهی پرستاران از اثرات مفید ملاقات، نتایج مطالعات و پژوهش های این حوزه در اختیار آنها قرار داده شود و آموزش هایی در این زمینه در برنامه آموزش های پرستاری گنجانده شود و

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

برنامه ریزی در جهت تغییر سیاست های ملاقات در دستور کار مدیران بیمارستان ها قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی پرستاران بخش های مراقبت ویژه قلب بیمارستان های امام خمینی، ولی عصر، فیروزگر، شریعتی، رسول و شهید رجایی که در انجام مطالعه همیاری داشتند، نهایت تشکر را داریم. همچنین، از واحد پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران در کمک به هموارسازی مسیر انجام این پژوهش، قدردانی می کنیم.

منابع

ABAZARI, F. & ABBASZADE, A. 2001. Comparison of the attitudes of nurses and relatives of ICU and CCU patients to'Wards the psyhosoial needs of patients relatives. *The journal of Qazvin university of medical sience,* 19**,** 57-63.

ALLEN, S. 2009. Prevention and control of infection in the ICU. *Current Anaesthesia & Critical Care,* 16**,** 191-199.

ARDALAN, M., MANASAKI, P. & GHAZI ZADE, A. 1997. The effect of visitors bedside presence on change in cardiovascular indices of patients admitted to cardiac care unit of Tohid hospital in Sanandaj. *The journal of Kordestan university of medical sience,* 8**,** 18-25.

BERTI, D., FERDINANDE, P. & MOONS, P. 2007. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive care medicine,* 33**,** 1060-1065.

BERWICK, D. & KOTAGAL, M. 2004. Restricted visiting hours in ICUs time to change. *American medical association,* 292**,** 736-738.

BIANCOFIORE, L. 2009. Open ICU: a regional servey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva anestasiologia,* 76**,** 92-101.

ERIKSSONA, T., BERGBOMB, I. & BERIT, L. 2011. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit :A hermeneutic interview study. *Intensive and critical care nursing,* 27**,** 60-66.

FARRELL, M. & EDAYLE HUNT, J. 2005. Visiting hours in the ICU: Finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nursing forum,* 40.

GOUDARZI, F., BASAMPOOR, S. & ZAKERI-MOGHADAM, M. 2010. Changes in level of consciousness during auditory stimulation by familiar voice in comatose patients. *Iran journal of nursing,* 23**,** 43-52.

KAMRANI, F., SEYEDJAVADI, M., ABEDSAEEDI, Z. & EZZATI, Z. 2010. Physiologic indices of patients before, during and after visit in coronary care unit at Imam Khomeini hospital in Ardebil. *Journal of nursing & midwifery shahid beheshti university of medical sciences and health services,* 20**,** 18-22.

MARCO, L., BERMEJILLO, I., GARAYALDE, N., SARRATE, L. & MARGALL, M. 2006. Beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Journal of nursing in critical care,* 1**,** 33-41.

MARIAN, C. & BURNS, S. 2011. *AACN essential of critical care nursing*, Salemi.

RENEE, R., DIANNE LONG, L. & HUTCHINSON, M. 2009. Creating a healing environment in the ICU. *Physical inviroment in ICU.*

SAFDARI, M., ABASPOUR, S. & ABASPOUR, S. 2004. The necessity of reviewing patients care plans in medical centers. *Abstract book of 14th congress iranian heart association with britain. Tehran. (persian).* Tehran.

SANTANA FREITAS, K. & KIMURA, M. 2007. Family members' needs at intensive care units: Comparative analysis between a public and a private hospital. *Artigo original,* 1**,** 84-92.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]

Original Article

Nurses viewpoint about visiting in coronary care unit

Seyyed-Moslem Mahdavi-Shahri[1], Ph.D Candidate
Ahmad-Ali Asadi-Noghabi[2], Ph.D
Mitra Zolfaghari[3], Ph.D
Hamid Haghani[4], MSc

Abstract

Aim. The aim of this study was to evaluate nurses' views about visiting in coronary care unit (CCU).

Background. Social support includes emotional and instrumental support provided by family and friends who visit the patient. Visiting is shown to be influential on patients' recovery. On the other hand, visiting time has been an issue of the medical staff, patients and visitors.

Method. In this descriptive cross-sectional study, 140 nurses working in CCU participated in the study. Data were collected by the use of demographic questionnaire and "The Beliefs and Attitudes Toward Visitation in ICU Questionnaire" (BAVIQ). The data were analyzed by descriptive and inferential statistics using SPSS Version 19.

Findings. Most nurses believed that visiting interferes with direct nursing care (65%), and causes nurses to spend more time in providing information to the patients' families (82.8%). Most nurses (85%) did not desire to liberalize the visiting policy of their unit.

Conclusion. The results of the study showed that CCU nurses have rather negative viewpoints toward visiting and open visiting policy that is in conflict with emotional needs of patients and their families.

Keywords: Viewpoint, Visiting, Coronary care Unit, Nurses, Visitors

1 Ph.D Candidate, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran (* Corresponding Author) email: s.moslem mahdavi@gmail.com
2 Associate Professor, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3 Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Virtual School, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4 Department of Biostatistics, School of Management and Information Technology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-09-15]