

راهکارهای رفع چالش‌های ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه: مطالعه‌ای توصیفی اکتشافی

مه‌ری دوستی ایرانی^۱، بتول علی‌دوست^۲، لیلا رفیعی وردنجانی^۳، زهرا طیبی^۴، کبری نوریان^{۵*}

تاریخ دریافت: 99/2/12

تاریخ پذیرش: 99/4/15

تاریخ انتشار: 99/6/18

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

بستری شدن در بخش‌های مراقبت ویژه تجربه‌ای بسیار استرس‌زا برای بیمار و خانواده‌ی آنان است و جدا کردن آن‌ها از یکدیگر هم چندان به تأیید نرسیده است. در حال حاضر ملاقات در ICU به صورت محدود اجرا می‌شود و چالش‌هایی را ایجاد می‌کند؛ لذا در این مطالعه‌ی توصیفی اکتشافی به تبیین راهکارهای رفع چالش‌های ملاقات پرداخته شد. این مطالعه، کیفی از نوع توصیفی اکتشافی است که از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۳۵ مشارکت‌کننده در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد شامل (شش بیمار، نه همراه بیمار و بیست پرستار) در سال ۱۳۹۶ انجام شد. انجام مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت؛ سپس تجزیه و تحلیل اطلاعات با رویکرد تحلیل تماتیک استقرایی انجام شد. راهکارهای رفع چالش ملاقات از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در دو ساب‌تم «کاهش نیاز به ملاقات» (از طریق آموزش قوانین، ارتقای محیط و تعامل با خانواده) و «تعدیل ملاقات» (از طریق ارتقای ملاقات پشت شیشه، استفاده از مانیتور دائم و ملاقات منعطف) طبقه‌بندی شد. ملاقات در ICU بیمارستان‌های آموزشی شهرکرد، مانند سایر نقاط کشور به صورت محدود اجرا می‌شود. با این حال امید است با عملیاتی کردن راهکارهای استخراج شده در بخش‌های مراقبت ویژه بسیاری مسائل مرتبط با ملاقات حل شود و تجربه‌ی تعارض در بیماران، همراهان و پرسنل از بین برود.

واژگان کلیدی: بخش مراقبت ویژه، مطالعه‌ی توصیفی اکتشافی، ملاقات

1. استادیار، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
2. کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
3. مربی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
4. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، البرز، ایران.
5. مربی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: شهرکرد، رحمتیه، مجتمع آموزشی پردیس رحمتیه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۳۲۸۰۰۲۸۸،

Email: nooriandehkordy@yahoo.com

مقدمه

واژه‌ی مراقبت ویژه، مراقبت حمایتی از بیماران با تجهیزات پزشکی پیشرفته، به منظور حفظ حیات بیمار است و افراد مبتلا به بیماری‌های حاد و شدید اغلب به مراقبت در بخش ویژه^۱ (ICU) نیاز دارند (۱). با این حال، بستری شدن در بخش مراقبت ویژه، واقعیت و رخدادی بالقوه اضطراب‌آور است. در این موقعیت درد و اختلالات جسمی ناشی از بیماری با نوسانات ناشی از ترس از اقدامات تشخیصی درمانی، محرومیت از خواب و بی‌حرکتی همراه می‌شود (۲)؛ این موقعیت، هم برای بیمار و هم برای اعضای خانواده‌ی او موقعیتی پراسترس محسوب می‌شود که معمولاً به صورت غیرمنتظره و ناگهانی رخ می‌دهد (۱). در واقع مطالعات انجام‌شده بیانگر این نکته است که از یک سو جدایی بیمار از بستگانش هنگام پذیرش در بخش مراقبت ویژه، رنج و درد وی را تشدید می‌کند (۳) و از سوی دیگر بیماری بحرانی نه تنها بیمار را آزرده و پریشان می‌کند، بلکه بر خانواده‌ی بیمار نیز تأثیرگذار است. خانواده غالباً با تصمیمات مربوط به مراقبت‌های زندگی عزیزشان در ستیز و کشمکش هستند و استرس، اضطراب، افسردگی و اختلال سندرم پس از حادثه را تجربه می‌کنند (۴)؛ به گونه‌ای که نیاز به هم‌جواری با بیمار، از شاخص‌ترین نیازهای اعضای خانواده‌ی بیماران بستری در بخش‌های ویژه اعلام شده است (۵).

ملاقات می‌تواند بر وضعیت بیمار و متعاقب آن وضعیت خانواده‌ی او تأثیر مثبت بگذارد و به آن‌ها در سازگاری بهتر با بحران ایجادشده کمک کند و میزان رضایت آن‌ها را بالا ببرد (۷ و ۶).

با توجه به تأثیر دوسویه‌ی خانواده و بیمار بر یکدیگر، امروزه بر نقشی که خانواده‌ها در بهبودی بیماران بدحال در

شرایط بحرانی ایفا می‌کنند، بسیار تأکید شده است (۸). ملاقات، امید را در دل بیمار زنده نگه می‌دارد؛ از ایجاد محرومیت حسی پیشگیری می‌کند؛ منجر به افزایش میزان رضایتمندی بیمار و خانواده می‌شود و یادآوری‌کننده‌ی زندگی طبیعی برای بیمار است (۹). اکثر بیماران ترجیح می‌دهند انتخاب کنند که چه کسی و برای چه مدتی آن‌ها را ملاقات کند و این باعث احساس بهبودی در آن‌ها می‌شود و تجربه‌ای استرس‌زا نیست (۱۰). حضور اعضای خانواده در ICU روی فرایند بهبودی و احساس خوب بودن تأثیر مثبت دارد و پیامدهای مثبت ملاقات در مطالعات بسیاری به تأیید رسیده است (۷ و ۶). این در حالی است که سال‌هاست محدودیت ملاقات در ICU به صورت یک عملکرد رایج مطرح است و ملاقات محدود نیز شرایط را برای بیمار و خانواده دشوارتر می‌کند (۱۱). این محدودیت بر این اعتقاد استوار است که سروصدا، محرک‌های زیاد، همراه با ملاقات مکرر خانواده‌ها برای بیمار خسته‌کننده است و فرصت کافی را برای استراحت بیمار از بین می‌برد (۱۲). دلایل متعددی برای اتخاذ سیاست محدودکردن ملاقات مطرح شده؛ اما هیچ‌یک براساس شواهد و مدارک معتبر نبوده است؛ به همین دلیل در سال‌های اخیر روش‌های رایج ملاقات در برخی بخش‌های مراقبت ویژه‌ی اروپا و آمریکا با محدودیت کمتری ایجاد می‌شود (۱۳). بدیهی است که حرکت به سوی ملاقات باز، بدون شناخت عمیق راهکارهای عملی ملاقات، از دیدگاه همه‌ی ذی‌نفعان از جمله بیماران و خانواده‌ها و پرستاران امری خطیر و دشوار است. امروزه مطالعات زیادی درباره‌ی سازمان‌دهی سیاست‌های ملاقات انجام می‌شود، اما اغلب این مطالعات در ایالات متحده انجام شده‌اند؛ درحالی‌که داشتن دانش و اطلاعات کافی پیرامون راهکارهای سازمان‌دهی سیاست‌های ملاقات، اولین گام برای ارائه‌ی شیوه‌ای مناسب برای ملاقات

1. Intensive Care Unit (ICU)

محدود است و تحقیقات انجام شده تاکنون به طور دقیق و تئوریک و قطعی مشکلات این حوزه و راهکارهای مناسب آن را متناسب با زمینه‌ی فرهنگی و اجتماعی شهرکرد مشخص نکرده‌اند و هدف پژوهش حاضر، توصیف راهکارها بود، برای بررسی ابعاد مختلف این موضوع از روش توصیفی-اکتشافی استفاده شد.

مشارکت‌کنندگان این پژوهش شامل پرستاران و بیماران و همراهان آنها در بخش‌های مراقبت ویژه بود. در هر سه گروه، افراد در صورت تمایل به مطالعه وارد می‌شدند؛ همچنین بیمارانی برای مطالعه انتخاب شدند که قادر به برقراری ارتباط کلامی با محقق بودند. در نهایت ۳۵ نفر شامل شش بیمار، نه همراه بیمار و بیست پرستار از دو بیمارستان شهر شهرکرد (آیت‌الله کاشانی و هاجر(س)) در مطالعه شرکت کردند. از همه‌ی مشارکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ی کتبی اخذ شد و هیچ اجباری برای حضور در مطالعه برای ایشان وجود نداشت.

گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی عمیق و نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت. مدت‌زمان هر مصاحبه برحسب تمایل مشارکت‌کننده به مصاحبه و نوع پاسخ‌گویی مشارکت‌کننده بود. میانگین زمان مصاحبه‌ها حدود ۴۵ دقیقه بود که توسط نویسنده‌ی دوم انجام گرفت. سؤالات اولیه از پرستاران شامل این موارد بود: «روش رایج ملاقات در بخش شما چگونه است؟»، «شما چه روشی برای ملاقات پیشنهاد می‌دهید؟» از همراهان و بستگان بیمار نیز پرسیده شد که «چگونه بیمار خود را در ICU ملاقات می‌کنید؟» و از بیماران سؤال شد که «اگر به ملاقات با بستگان نیاز داشته باشید چه می‌کنید؟»، «دوست دارید ملاقات به چه روشی اجرا شود؟» برحسب پاسخ‌هایی که مشارکت‌کنندگان به سؤالات می‌دادند، سؤالات دیگری نیز پرسیده می‌شد تا محقق را به سوی پاسخ به سؤالات تحقیق رهنمون سازد. تلاش بر این بود که

است (۱۴). در واقع همان‌طور که جیانینی^۱ و همکاران (۲۰۱۴) می‌نویسند درهای ICU باید همین امروز (و نه فردا) باز شود (۱۵)، تنها باید به دنبال شیوه‌ای مناسب برای آن بود.

لذا با توجه به تجربه‌ی محقق به‌عنوان پرستار ICU درباره‌ی موانع و مشکلات اجرای ملاقات در ICU و نظر به ممنوعیت ملاقات در اکثر بخش‌های ICU در بیمارستان‌های کاشانی و هاجر شهرکرد، محقق بر آن شد تا در مطالعه‌ی توصیفی-اکتشافی با همراهی بیماران، خانواده‌ی آنها و پرستاران ICU به بررسی و کاوش تجارب، ادراکات و ترجیحات آنان درباره‌ی راهکارهای رفع چالش‌های ملاقات بپردازد تا بتواند به درکی عمیق از راهکارهای رفع مشکل ملاقات در ICU دست یابد.

روش کار

این مطالعه به‌صورت کیفی با رویکرد توصیفی-اکتشافی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال ۱۳۹۶ انجام شد. مطالعه‌ی توصیفی-اکتشافی یک روش پرکاربرد و شناخته‌شده برای انجام تحقیقات کیفی، خصوصاً زمانی است که دانش تئوریک و واقعی^۲ اندکی درباره‌ی یک پدیده‌ی خاص وجود دارد. این روش راهی مناسب برای دستیابی به تجارب مشارکت‌کنندگان است (۱۶ و ۱۷). این روش به درک بهتر مشکل کمک می‌کند و محققانی که از این روش استفاده می‌کنند باید با به‌دست‌آوردن بینش و اطلاعات جدید به تغییر رویه‌ی خود تمایل داشته باشند (۱۸). این رویکرد برای توصیف پدیده به کار می‌رود. در این روش نسبت به سایر روش‌های کیفی، یافته‌ها به داده‌ها نزدیک‌تر است و در آن کمتر تفسیر (بیشتر توصیف) صورت می‌گیرد (۱۹). به دلیل اینکه اطلاعات محقق درباره‌ی چالش‌های ملاقات بیمار در ICU و به‌خصوص راهکارهای غلبه بر آن،

1. Giannini
2. Theoretical or Factual Knowledge

حاضر از درگیری طولانی‌مدت برای افزایش باورپذیری (اعتبار) استفاده شد. برای درگیری طولانی‌مدت محقق سعی کرد با مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ی عمیق داشته باشد تا بدین ترتیب به فهمی عمیق درباره‌ی هر مشارکت‌کننده برسد. از بازبینی همتایان نیز برای افزایش باورپذیری (اعتبار)، افزایش خنثی و عینی‌بودن داده‌ها (تأییدپذیری) استفاده شد. علاوه‌براین، از بازبینی مشارکت‌کنندگان نیز برای افزایش اطمینان‌پذیری (قابلیت اعتماد)، و افزایش خنثی و عینی‌بودن داده‌ها (تأییدپذیری) استفاده شد.

یافته‌ها

براساس بیانات مشارکت‌کنندگان برای حل چالش‌های ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه دو راهکار «کاهش نیاز به ملاقات» و «تعديل شیوه‌ی ملاقات» وجود دارد (جدول شماره‌ی یک).

مصاحبه با پرستاران نیز براساس خواست آن‌ها در هر مکان آرامی که مدنظر آن‌ها بود انجام شود. در عمل، پرستاران در شیفت کاری در زمانی که بیمارشان اقدام مراقبتی اورژانسی نیاز نداشت و بنا به تشخیص خودشان، زمان مصاحبه را برای محقق تعیین می‌کردند و در طول مصاحبه بیمارشان را به یکی از همکاران می‌سپردند و مصاحبه با آن‌ها در مکانی از بخش که خودشان صلاح می‌دانستند، که معمولاً اتاق استراحت پرسنل یا آبدارخانه‌ی بخش بود، انجام می‌شد. مصاحبه با بیماران هوشیار، بر بالین آن‌ها در شیفت عصر که محیط ICU خلوت‌تر است و با اجازه از پرستار انجام شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با گردآوری آن‌ها (به‌صورت دستی)، طی شش مرحله با رویکرد تحلیل تماتیک استقرایی انجام شد (ضبط مصاحبه‌ها، بازنویسی به‌صورت کلمه به کلمه، آشنایی با داده‌ها، ایجاد کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای مشابه، تشکیل درون‌مایه‌های بالقوه و نام‌گذاری و گزارش تحلیل) (۲۰). به‌منظور تأمین ریگور، در مطالعه‌ی

جدول شماره‌ی ۱- راهکارهای رفع چالش‌های ملاقات

موضوع	آموزش بیمار (در صورت هوشیاری)	
	قبل از ورود به ICU	پس از ورود به ICU
آموزش قوانین	آموزش خانواده (ترجیحاً نماینده‌ی خانواده)	
	آموزش کلیه‌ی متقاضیان ملاقات	
	آموزش جامعه	
	آموزش چهره به چهره	آموزش از طریق پمفلت
کاهش نیاز به ملاقات	آموزش از طریق تابلو/بنر روی در ورودی	آموزش از طریق صداوسیما
	مسئول آموزش	پرستار
ارتقای محیط	اصلاح ساختار ICU جهت ارتباط بیمار با محیط طبیعی بیرون	ارتقا محیط داخلی
	تمهیدات مناسب جهت استراحت همراهان	ارتقا محیط خارجی
تعامل با خانواده	رفع کمبود نیروی پرستاری در ICU	اصلاح زیرساخت تعامل با خانواده
	دقت در گزینش پرستاران ICU از نظر روحی روانی	
	مشارکت پزشکان شاغل در ICU	

اختصاص فردی متصدی ارتباط با خانواده در ICU			
ارائه‌ی شرح حال روزانه‌ی بیمار به صورت حضوری و تلفنی دادن اطمینان خاطر به همراهان درباره‌ی برآورده کردن نیازهای اولیه‌ی بیمار	برقراری تعامل با خانواده		
تعبیه‌ی پنجره‌ی اختصاصی ملاقات برای هر تخت قراردادن کامل بیمار رو به پنجره فراهم کردن امکان مکالمه‌ی تلفنی بین شیشه	اصلاح ساختار داخلی ICU	ارتقای ملاقات پشت شیشه	تعديل ملاقات
اصلاح فضای فیزیکی راهروی ملاقات پارتنیشن بندی داخل راهرو	اصلاح فضای خارج ICU		
تعبیه‌ی مانیتورهای در راهروی ملاقات یا خارج ICU تعبیه‌ی مانیتورهای بالای در ورودی ICU	استفاده از مانیتور دائم		
آزادی عمل پرستاران برای ملاقات منعطف	تعیین و تصویب قوانین	ملاقات منعطف	
جلوگیری از اعمال سلیقه	واضح و مشخص درون سازمانی		

الف. کاهش نیاز به ملاقات

به عقیده‌ی مشارکت‌کنندگان باید تدابیری اتخاذ کرد تا نیاز به ملاقات به سه شیوه‌ی «آموزش قوانین»، «ارتقای محیط» و «تعامل با خانواده» کاهش یابد.

آموزش قوانین

آموزش قوانین با توجه به «گروه‌های هدف»، «کانال‌های آموزش» و «افراد مسئول آموزش» راهکاری مؤثر برای رفع مشکلات ملاقات است. آموزش باید به «بیماران هوشیار»، «خانواده (ترجیحاً نماینده‌ی خانواده)»، «کلیه‌ی متقاضیان ملاقات بیمار» و «کل جامعه» ارائه شود. «آموزش بیمار در صورت هوشیاری» شامل دو نوع «آموزش قبل از ورود به ICU» و «آموزش پس از ورود به ICU» می‌شود. «آموزش قبل از ورود به ICU» پیرامون دلایل محدودیت ملاقات، (در صورت امکان) راهکاری مناسب برای کاهش تقاضا و نیاز به ملاقات خواهد بود؛ به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲۷ (پرستار ICU هاجر) این‌گونه بیان نمود: «بیان برخی مسائل قبل از ورود به بخش خیلی مهمه، مریض باید بدونه

اینجا ملاقات نداره و بچه‌هاش اون رو رها نکردن، همسرش اون رو رها نکرده، این خیلی مهمه...»
«آموزش پس از ورود به ICU» هم باید به‌طور مکرر پیرامون دلایل محدودیت ملاقات باشد. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷ (پرستار ICU هاجر) می‌گوید: «بیماری که ICU بستری می‌شه اولاً که تو یه محیط غریب قرار می‌گیره، وسایل و تجهیزات برایش ناآشناست و یه سری افرادی که غریبه هستند... مریض وقتی متوجه می‌شه که ICU بستریه فکر می‌کنه که اینجا آخرین جاییه که وجود داره برایش... مریض رو توجیهش کنیم تا توی درمان همکاری داشته باشه و استرسش کم بشه. بگیم اینجا قانونه که ملاقات نباشه. این‌طوره.»

مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که «آموزش خانواده‌ها» در کاهش تقاضای ملاقات نقشی بسیار مهم خواهد داشت و در صورت امکان باید این آموزش ترجیحاً به یک نماینده (که از سوی خانواده انتخاب می‌شود) و در غیر این صورت باید به همه‌ی کسانی که متقاضی ملاقات بیمار هستند ارائه شود.

می‌گوید: «همون وقتی که من تو بخش به هوش اومدم... توی ICU پرسنل بخش برام خیلی توضیح دادند که اینجا ملاقات نداریم، منم دیگه با این شرایط کنار اومدم و قبول کردم.»

«آموزش از طریق پمفلت»، «آموزش از طریق تابلو/ بنر روی در ورودی» و «آموزش از طریق صداوسیمما» از سایر کانال‌های اشاره شده بود. تقریباً همه‌ی مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که «پرستار» باید مسئولیت آموزش خانواده درباره‌ی قوانین ICU را به عهده بگیرد. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۴ (پرستار ICU هاجر) معتقد است: «وقتی مریض میاد توی ICU، ما پرستارا باید بهشون اطلاع‌رسانی کنیم که شرایط مریض شما اینطوری هستش، عبور و مرورها، رفت‌وآمدها تو بخش خیلی فرق می‌کنه و اینکه ما اطلاع می‌دیم به همراهها می‌تونن تماس بگیرند تو شرایط خاصی از شرایط مریضشون اطلاع پیدا کنن.»

ارتقای محیط

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در صورت اصلاح ساختاری فضای خارج و داخل بخش، ارتباط بیمار با بیرون به نحوی صحیح‌تر برقرار خواهد شد و این امر همراه با آسایش خانواده در کاهش تقاضای ملاقات نقشی بسیار مهم خواهد داشت. تعدادی از مشارکت‌کنندگان از جمله پرستاران به «اصلاح ساختار ICU برای ارتباط بیمار با محیط طبیعی بیرون» اشاره کرده و معتقد بودند در صورتی که ارتباط بیمار ICU با محیط بیرون قطع نشود و بیمار از شرایط بیرون آگاهی داشته باشد، از استرس او بسیار کاسته می‌شود و کمتر تقاضای ملاقات می‌کند. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ (پرستار ICU هاجر) معتقد است: «محیط ICU در بسته است. راه به بیرون نداره. همراه هم آگه نگه می‌داریم، بیرونه. گاهی وارد ICU می‌شه و دوباره می‌ره. حتی آگه مریض آگه پنجره‌ای بود بیرون رو می‌دید، روزه، شبه، بارونیه... آرامش بیشتری پیدا می‌کرد. همراهان بیرون هم احساس نمی‌کردن ICU مثل قبره و دسترسی به بیمار ندارن.»

محتوای این آموزش باید «قوانین ملاقات» و «دلایل محدودیت ملاقات» و «امکان انجام‌دادن ملاقات فقط برای بستگان درجه یک بیمار» باشد؛ به عنوان مثال مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۲ (همراه بیمار ICU2 کاشانی) به آموزش ناکافی به خانواده‌ها اشاره‌ای می‌کند و می‌گوید: «والا اصلاً کسی به ما نگفته ملاقات تو ICU چه شکلیه. من تا امروز نمی‌دونستم باید از پشت شیشه پیام ملاقات. آگه می‌دونستم بالاخره ما طبق مقررات عمل می‌کردیم و اصرار هم نمی‌کردم که پیام داخل.»

نکته‌ی جالب توجه اینکه چالش ملاقات، مدت‌ها قبل از اینکه کسی در ICU بستری شود بروز می‌کند و پیشگیری باید از آنجا آغاز شود؛ بنابراین مشارکت‌کنندگان به «آموزش جامعه» به طور کلی اشاره می‌کردند. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ (پرستار ICU هاجر) می‌گوید: «همیشه محیط در بسته، مردم کنجکاو می‌شن توش چیه. آیا به مریض می‌رسند، کارها را انجام می‌دن. آگاهی خوبی به ICU ندارند. بیشتر هم به خاطر تلویزیون هست، می‌بینند مریض توی ICU هست، پرستاری وجود نداره، همراه‌های مریض دورش هستند، مریض می‌میره و هیچ کسی خبردار نمی‌شه، همراه می‌ره می‌گه مرده، این به علت اطلاعات کم است.»

هم پرستاران و هم خانواده‌ی بیماران معتقد بودند از طریق «آموزش چهره به چهره» می‌توان قوانین و مقررات را به همراهان تفهیم کرد. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲۷ (پرستار ICU هاجر) در این باره چنین بیان می‌کند: «اینارو ما باید طی حالا یک بروشور به بیمار، یا به خصوص یه بار حضوری به همراه بیمار آموزش بدیم که ما نمی‌تونیم... یعنی من پرستار باید واقعاً آزاد باشم... همراهها باید توجیه بشند که واقعاً وقتی می‌گیم محدود، هم به خاطر حالا این ارتباطها، کانکشن‌هایی که هست، بی‌قرارشدن مریض هست. بعضی وقت‌ها اصلاً ملاقات باعث آذیت‌شدن بیشترش هم می‌شه.»

مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳۴ (بیمار ICU2 کاشانی)

«برقراری تعامل» قرار داد.

با کمک چهار راهبرد «رفع کمبود نیروی پرستاری در ICU»، «دقت در گزینش پرستاران ICU از نظر روحی‌روانی» و «مشارکت پزشکان شاغل در ICU» و «اختصاص‌دادن متصدی ارتباط با خانواده در ICU» می‌توان به «اصلاح زیرساخت تعامل با خانواده» پرداخت. «رفع کمبود نیروی پرستاری در ICU» راهبردی شایان توجه است. هم پرستاران و هم همراهان بیمار کاملاً متوجه تعداد کم پرستاران در ICU برای برقراری ارتباط مناسب با خانواده‌ی بیماران هستند. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۸ (پرستار ICU2 کاشانی) می‌گوید: «تو شیفت صبح تعداد نیرو کمتره... کمتر نیست ولی خب به هر صورت چون بار کاری زیاده، تعداد نیروهایی که هست کفاف نمی‌ده، نمی‌تونه جبران بکنه. پس ما یه نیرو نداریم که دم در بایسته مثلاً به همراهها جواب بده. اینا باید اصلاح بشه.»

«دقت در گزینش پرستاران ICU از نظر روحی‌روانی» نکته‌ی دیگری است و باید سعی شود پرستارانی به کار گرفته شوند که راه‌های تعامل با خانواده و برقراری ارتباط صحیح با آن‌ها را بدانند. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۳۵ (پرستار ICU هاجر) می‌گوید: «یه موضوع مهم که همیشه به نظر من میاد اینه که متأسفانه توی این چند سال کاری، من هر بیمارستانی دیدم معمولاً پرستارهایی رو که توی بخش‌های جنرال با همراهان بیمار دچار^۱ contact می‌شن و روش برخورد با همراهها رو نمی‌دونن، برای کاهش تنش‌ها منتقل می‌کنن به بخش‌های ویژه که همراه حضور نداره و این کار بسیار غلطیه. پرستار ICU همون‌طور که از لحاظ علمی باید در رتبه‌ی بالایی باشه و اصول مراقبت ویژه رو به‌طور کامل بدونه، به نظر من باید یه روان‌پرستار باشه. نیازهای روحی و روانی

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند شرایط بیرون از ICU برای خانواده اصلاً مناسب نیست و هیچ‌کس درک درستی از شرایط نامناسب آن‌ها ندارد. خانواده به‌عنوان همراهان بیمار در راهروهای بیمارستان بدون داشتن مکانی برای نشستن، تهیه‌ی نوشیدنی و... واقعاً سردرگم هستند و به ورود به بخش اصرار دارند؛ در صورتی‌که اگر مکان مناسبی در بیمارستان‌ها برای آنان در نظر گرفته می‌شد با خیال راحت در آن مکان منتظر می‌ماندند تا شرایط ملاقات فراهم شود؛ به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۷ (پرستار ICU هاجر) می‌گوید: «به نظر من که همراه مریض هم باید درک بشه. چون تا زمانی که آدم خودش همراه مریض نباشه، پرسنل درمانی باشه، توجهی به همراه نداره و فکر می‌کنه که همراهها مزاحم‌اند... باید یه سری امکانات براشون در نظر گرفته بشه که حالا یه جایی باشه که مثلاً مستقر بشن در جوار بخش ICU، حالا تو خود بخش هم نباشن؛ چون اون‌ی هم که بیمارش ICU بستریه، همراه مریض، خودش واقعاً آژینه و بی‌قراره، زندگی خیلی سختی داره. به نظر من سخت‌تر از اونه که رو تخته. یه جایی باید برایش در نظر گرفته بشه که مثلاً نزدیک ICU باشه، هر زمان، امکانات داشته باشه، مثلاً تلفن داشته باشه. هر زمان که مریض احساس کرد همراهش رو می‌خواد ما باهاش تماس بگیریم بیاد مریض رو ببینه، با مریضش ارتباط داشته باشه... اونم آسایش داشته باشه. فشار زیادی روش هست. این‌جوری کمتر هی می‌خواد بیاد تو.»

تعامل با خانواده

اکثر مشارکت‌کنندگان از جمله پرستاران و همراهان، معتقد بودند که برقراری ارتباط صحیح بین پرستار و خانواده‌ی بیمار و آگاه‌کردن همراهان از سیر و روند درمان بیمار، استرس ملاقات‌کنندگان و تقاضای ملاقات را بسیار کاهش می‌دهد. صحبت‌های مشارکت‌کنندگان در موضوع «تعامل با خانواده» را می‌توان در دو گروه «اصلاح زیرساخت تعامل با خانواده» و

۱. کشمکش

تعامل با خانواده ذکر کردند «دادن اطمینان خاطر به همراهان درباره‌ی برآورده‌کردن نیازهای اولیه‌ی بیمار» است؛ برای مثال مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۸ (پرستار ۲ ICU کاشانی) بیان می‌کند: «یه چیزی به همراه مریض می‌گم که دلشوره‌اش کمتر بشه، استرسش کم بشه و اعتمادش بهم بیشتر بشه. اینکه فکر نکنه چون محیط بسته است و نمی‌دونه داخل چی می‌گذره، ممکنه کوتاهی در حق بیمارش بشه. بدونه که من هیچی از مریضش کم نمی‌ذارم. گرسنه و تشنه نمی‌مونه. من خودم سعی می‌کنم، یعنی خودم شخصاً سعی می‌کنم که یه جوری با طرف صحبت کنم که اعتمادش به پرسنل بیشتر بشه.»

ب. تعدیل ملاقات

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که علاوه بر انجام راهبردهایی برای «کاهش نیاز به ملاقات» باید راهکارهایی اتخاذ شود که ملاقات فعلی (حتی به صورت محدود) بتواند تا حد زیادی نیازهای خانواده را مرتفع گرداند؛ بنابراین به «تعدیل ملاقات فعلی» اشاره می‌کردند. آن‌ها مواردی مانند «ارتقای ملاقات پشت شیشه»، «استفاده از مانیتور دائم» و «ملاقات منعطف» را ذکر نمودند. بهبود روند ملاقات از پشت شیشه به «اصلاح ساختار داخلی ICU» و «اصلاح فضای خارجی ICU» نیاز دارد. برای رفع مشکلات ساختاری راه‌حل‌هایی ارائه شد. اولین راه‌حل «تعبیه‌ی پنجره‌ی اختصاصی ملاقات برای هر تخت» است. «قراردادن کامل بیمار رو به پنجره» دومین راه‌حل است. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۵ (پرستار ۲ ICU کاشانی) می‌گوید: «پشت شیشه چون ملاقاتی‌ها از بالای سر، خیلی نمی‌تونن مریضشون رو ببینن، مریض نه راحت می‌تونه ملاقاتی‌اش رو از روبه‌رو ببینه و نه ملاقاتی می‌تونه راحت مریضش رو ببینه. اگر بخش ICU ساختارش یه جوری باشه که مریضا بتونن از روبه‌رو با ملاقاتی‌ها دیدار داشته باشن به نظر من بهتره.» یکی از معایب عمده‌ی ملاقات از پشت شیشه، ناممکن بودن صحبت‌کردن ملاقات‌کنندگان با بیمار است. آن‌ها

همراهان و بیمار رو هم به اندازه‌ی نیاز بیمار به مراقبت درک کنه. اصلاً باید پرستارانی که وارد ICU می‌شن از لحاظ این مسأله هم ارزیابی شن و اگر کسی توانایی برقراری این ارتباط با همراهان رو نداره، اجازه‌ی کار در ICU به اون ندن.»

مشارکت‌کنندگان با اشاره به «مشارکت پزشکان شاغل در ICU» به لزوم برگزاری دوره‌های آموزشی برای دخیل‌کردن پزشکان در اجرای فرایند ملاقات تأکید داشتند و معتقد بودند باید پزشکان را بیشتر درگیر آموزش به خانواده‌ها کرد. ایشان معتقد بودند پزشک نیز باید مانند پرستار در اجرای مراقبت خانواده‌محور دخیل باشد و همان‌طور که برای سلامتی بیمار تلاش می‌کند، با خانواده‌ی بیمار نیز برای کاهش استرس و اضطرابشان همکاری کند و آنان را راهنمایی نماید. عده‌ای از مشارکت‌کنندگان نیز بیان کردند که باید «فردی متصدی ارتباط با خانواده در ICU» شود و با آرامش در فرصت کافی، توضیحات لازم را درباره‌ی وضعیت بیماران به خانواده‌ها ارائه کند.

«برقراری تعامل با خانواده» یکی از راه‌های بسیار مهم برای رفع مشکلات ملاقات مطرح شد. یکی از راه‌حل‌ها برای برقراری تعامل با خانواده «ارائه‌ی شرح‌حال روزانه‌ی بیمار به صورت حضوری و تلفنی» به خانواده است. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۷ (همراه بیمار ICU قلب کاشانی) می‌گوید: «پرستارها خیلی می‌تونن در کاهش اضطراب خونواده کمک کنن. این بستگی به اخلاقشون داره. هر چی اخلاقشون بهتر باشه، دیگه بیمار و خونواده احساس آرامش بیشتری می‌کنن. وقتی یه همراه مریض میاد و از شرایط مریضش سؤال می‌کنه، با هزار امید و آرزو اومده. بعد هم روند بیماری را برامون توضیح بدن که چی شد... وقتی آگاه بشن از شرایط، دیگه اصراری ندارن که بیان داخل.»

علاوه بر اینکه می‌توان شرح‌حال روزانه‌ی بیمار را به صورت حضوری ارائه کرد، می‌توان از تلفن نیز بهره گرفت. یکی دیگر از مواردی که مشارکت‌کنندگان به‌عنوان راه‌های

«جلوگیری از اعمال سلیقه» باید مکتوب و قانونی باشد. برخی مشارکت‌کنندگان پرستار معتقد بودند به دلیل نبود قوانین واضح و روشن برای شیوهی ملاقات، هرکدام از پرستاران طبق روش و خواست و صلاحدید خود عمل می‌کنند و همین امر موجب بی‌نظمی بخش و سردرگمی پرسنل و ملاقات‌کنندگان و اختلال در آسایش بیماران می‌شود.

بحث

راهکارهای رفع چالش ملاقات از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در دو ساب‌تم «کاهش نیاز به ملاقات» و «تعدیل ملاقات» بررسی شد. «کاهش نیاز به ملاقات» از طریق «آموزش قوانین»، «ارتقای محیط» و «تعامل با خانواده» ممکن است.

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند با ارائه «آموزش قوانین» و مقررات ICU و دلایل محدودیت ملاقات به‌طور صحیح به «بیمار»، «خانواده»، «متقاضیان ملاقات» و «کل جامعه»، از کانال‌های مناسب «چهره به چهره، پمفلت، تابلو و بنر و صداوسیما» می‌توان باعث شد که تقاضای خانواده برای داشتن ملاقات حضوری کمتر شود و در نتیجه از استرس بیمار و خانواده و بار کاری پرستاران بسیار کاسته شود. در مطالعات موجود، به لزوم ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی روند درمان و سیر بهبودی به خانواده برای برقراری تعامل بهتر اشاره‌هایی شده است و کمتر به ارائه‌ی آموزش قوانین ملاقات به خانواده و کانال‌ها و مسئولان آن اشاره شده است. تنها لیوسی و همکاران (۲۰۰۵) توصیه می‌کنند بسته‌های آموزشی حاوی اطلاعات مفیدی در رابطه با سیاست ملاقات در میان ملاقات‌کنندگان توزیع شود (۲۱). طیبی (۲۰۱۲) نیز معتقد است دانشکده‌های ما، علاوه بر بازنگری مجدد بر فرایندها و مواد آموزشی، موظف‌اند سطح آگاهی عمومی را در ارتباط با ملاقات از بیمار در ICU ارتقا دهند. استفاده از رسانه‌های

به‌عنوان راهکار، «فراهم کردن امکان مکالمه‌ی تلفنی بین بیمار و ملاقات‌کنندگان» را مطرح نمودند. از طرفی باید ساختار راهروی ملاقات درخور شأن و جایگاه خانواده طراحی شود تا ایشان با رضایت کامل از طریق راهرو، بیمارشان را ملاقات کنند. مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۸ (پرستار ۲ ICU کاشانی) درباره‌ی «اصلاح فضای فیزیکی راهروی ملاقات» می‌گوید: «پشت شیشه به نظرم فقط استرس‌زاست برا همراه مریض. محیط تنگه، محیط پشت شیشه گرمه، تهویه‌ی درستی نمی‌شه، ملاقاتی‌های همه‌ی مریضا با هم در ارتباطاند، از هم می‌پرسند تو مریضت کی خوب شد، کی این‌جوری شد و هی دارند مقایسه می‌کنن، براشون یه کم سخته، حتی خیلی سخته... اینا را باید تغییر بدیم».

آن‌ها به «پارتیشن‌بندی داخل راهرو» برای حفظ حریم خانواده‌ها و «تعبیه‌ی مانیتور در راهروی ملاقات» یا «در ورودی بخش» اشاره کردند. همچنین اکثریت قریب‌به‌اتفاق مشارکت‌کنندگان به اجرای سیاست ملاقات منعطف در ICU معتقد بودند و بیان کردند که ملاقات در ICU باید شیوه‌ای بین ملاقات کاملاً آزاد و ملاقات کاملاً محدود باشد و برحسب شرایط بتوان در مواقعی از شبانه‌روز امکان برقراری ملاقات حضوری خانواده با بیمار را فراهم نمود. بر اساس نظرات مشارکت‌کنندگان برای تسهیل در اجرای سیاست ملاقات منعطف راهکارهایی ارائه شد که می‌توان آن‌ها را به شکل «تعیین و تصویب قوانین واضح و مشخص درون‌سازمانی» توصیف کرد. این قوانین باید «آزادی عمل پرستاران را برای ملاقات منعطف» فراهم کند؛ به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۲ (پرستار ICU هاجر) این‌طور می‌گوید: «باید ملاقات به نظر خود پرستار شیفت باشه، او تشخیص می‌ده که بیمار، همراه، ملاقاتی نیاز داره ولی در صورت داشتن ملاقاتی برخورد می‌شه. بیشتر این تشخیص را پرستار بخش می‌ده».

خانواده برآورده می‌شود، در فرایند ارائه‌ی مراقبت اختلالی به وجود نمی‌آید (۲۴). کِسیگلُو و همکاران (۲۰۱۲) به اهمیت طراحی فضاهایی برای استراحت خانواده‌ی بیماران (با امکان تهیه‌ی نوشیدنی و استفاده از اینترنت) تأکید دارند (۲۵). یکی از نیازهای اساسی بیمار و خانواده‌اش امکان مجاورت و نزدیکی با یکدیگر است (۲۲). به‌رحال اغلب این مطالعات خانواده را به‌طور کلی در نظر گرفته‌اند و به این موارد به‌عنوان راهکاری برای کاهش نیاز به ملاقات اشاره نکرده‌اند.

سومین راهکار «تعامل با خانواده» است. یکی از راه‌های برقراری تعامل بهتر با خانواده، اصلاح زیرساخت‌های تعامل با خانواده است که از طریق «رفع کمبود نیروی پرستاری»، «دقت در گزینش پرستاران ICU از نظر روحی‌روانی»، «مشارکت پزشکان شاغل در ICU» و «اختصاص فردی متصدی برای ارتباط با خانواده در ICU» می‌توان به این هدف دست یافت.

کمبود نیروی پرستاری موجب می‌شود پرستاران به مشارکت خانواده در مراقبت و حمایت‌کردن خانواده تمایلی نداشته باشند (۲۶)؛ ولی این امر مانعی برای ملاقات عنوان نشده است. متون موجود نیز اشاره می‌کنند که در انتخاب پرستار ICU باید به نکاتی مانند ضریب هوشی، سن، سلامت جسمی و روانی، ثبات عاطفی و تسلط بر اعصاب، انگیزه و علاقه، بلوغ اجتماعی و معلومات توجه کرد (۲۷)؛ اگرچه آن‌ها بر موضوع ملاقات تمرکز نکرده‌اند. پرسنل ICU باید درباره‌ی نحوه‌ی ارتباط مؤثر با خانواده‌ها (۲۳) و فواید ملاقات (۲۸) آموزش ببینند. لیوسی (۲۰۰۵) و فارل (۲۰۰۵) نیز به قراردادن فردی به‌عنوان متصدی ارتباط با خانواده اشاره دارند (۲۹ و ۲۱).

برقرارنشدن ارتباط مناسب بین کارکنان و خانواده‌های بیماران و نبود تعامل بین ایشان، باعث پیدایش مشکلاتی

جمعی دیداری و نوشتاری، قطعاً بهترین مسیر برای اصلاح برخی رفتارهای عرفی است که ناآگاهانه مشکلاتی را برای سیستم درمانی کشور ایجاد می‌کنند (۲۲).

دومین راهکار «ارتقای محیط ICU» است که شامل محیط داخلی (برای رفاه بیشتر بیماران و عدم جدایی از محیط بیرونی) و محیط خارج ICU (برای فراهم‌کردن امکانات رفاهی بیشتر برای خانواده‌ی بیماران) است. مشارکت‌کنندگان معتقد بودند در صورتی که فضا و ساختار درونی ICU طوری طراحی شود که ارتباط بیمار ICU با بیرون کاملاً قطع نشود و از فضای بیرون مطلع باشد، میزان بروز دیلیریوم در وی کاهش می‌یابد و در نتیجه تقاضای کمتری برای دیدن اعضای خانواده‌ی خود خواهد داشت. از طرفی معتقد بودند، فضای خارج ICU، برای خانواده‌ی بیمار اصلاً مناسب نیست. اعضای خانواده سرگردان و بلا تکلیف پشت درهای ICU در انتظارند تا بتوانند خبری از بیمارشان دریافت کنند. اگر شرایطی فراهم شود که در نزدیکی ICU، فضایی برای استقرار همراهان ایجاد شود که شامل امکانات رفاهی مثل محلی برای نشستن و استراحت، نوشیدنی و خوراکی باشد، خانواده با رضایت کامل در آن محل مستقر می‌شوند و چون خود را به بیمار نزدیک می‌بینند، از استرس آن‌ها به میزان زیادی کاسته می‌شود؛ از طرفی آنان مطمئن هستند که اگر بیمار، به حضور آن‌ها نیاز فوری داشت می‌توانند به‌سرعت بر بالین او حاضر شوند و بدین ترتیب از استرس آن‌ها کاسته می‌شود و تقاضای کمتری برای واردشدن به داخل بخش خواهند داشت.

والز^۲ (۲۰۰۹) اشاره می‌کند که یکی از فاکتورهای مهم برای ایجاد هر تغییری در سیاست ملاقات، رفع‌کردن موانع ساختاری است (۲۳). تامسون^۳ و همکاران (۲۰۱۲) نیز معتقدند که در طراحی بخش‌های مراقبت ویژه باید یک منطقه‌ی حمایتی خانواده لحاظ شود؛ زیرا مادامی‌که نیازهای

2. Walls
3. Thompson

اشاره داشتند. برای برقراری ملاقات منعطف نیز به «تعیین و تصویب قوانین واضح و مشخص درون‌سازمانی» و «آزادی عمل پرستاران برای ملاقات منعطف» اشاراتی داشتند. در طی صحبت‌های مشارکت‌کنندگان، به‌وضوح مشخص شد که اکثریت آن‌ها از نحوه‌ی اجرای ملاقات از پشت شیشه، شرایط فیزیکی راهروی ملاقات و ناممکن بودن برقراری ارتباط کلامی بین بیمار و خانواده ناراضی هستند و همگی اذعان دارند که هرچند این روش، برای کنترل عفونت و کاهش تردد در ICU روش بسیار مناسبی است، شرایط فعلی آن، نمی‌تواند نیاز بیمار و خانواده را تأمین کند. مشارکت‌کنندگان بیان کردند در صورتی که در روش فعلی ملاقات که همان ملاقات از پشت شیشه است، تغییرات و اصلاحاتی صورت گیرد و تمهیداتی اندیشیده شود که ملاقات از پشت شیشه به روش بهتری انجام شود، در آن صورت خانواده‌ی بیمار و خود بیمار، با همین شیوه‌ی ملاقات رضایت بالایی کسب خواهند کرد. این امر مستلزم ارتقای محیط داخلی و خارجی ICU برای تسهیل و بهینه‌سازی ملاقات پشت شیشه است.

مشارکت‌کنندگان به ساختار نامناسب فضای راهروی ملاقات نیز اشاره داشتند. اکثراً از تهویه نامناسب، کوچک بودن فضا و تداخل ملاقات‌کنندگان با همدیگر شاکی بودند و اشاره داشتند که اگر امکاناتی فراهم شود که فضای راهرو اصلاح شود و بتوانند حتی از پشت شیشه به‌راحتی با بیمار خود ارتباط برقرار کنند، درخواست وارد شدن به بخش نخواهند داشت. طیبی (۱۳۹۴) اشاره کرده مشارکت‌کنندگان از فضای راهروی ملاقات شاکی هستند و بیان کرده‌اند که ساختار بخش و راهروی مشاهده به‌گونه‌ای است که حتی مشاهده‌ی بیمار هم به‌خوبی امکان‌پذیر نیست و به اصلاح ساختار راهروی ملاقات تأکید دارد ولی از آن به‌عنوان راهکاری برای رفع چالش ملاقات یاد نشده است. طیبی

می‌شود. اگر به‌طریقی بتوان تعاملی بین پرسنل و خانواده فراهم کرد، تقاضای ملاقات به میزان زیادی کاهش خواهد یافت. این تعامل به دو شیوه‌ی «ارائه‌ی شرح‌حال روزانه‌ی بیمار به همراهان به‌صورت حضوری و تلفنی» و «دادن اطمینان خاطر به همراهان درباره‌ی برآورده‌کردن نیازهای اولیه‌ی بیمار» امکان‌پذیر است. اهمیت آموزش مهارت‌های ارتباطی رسمی به پرسنل برای تسهیل اجرای سیاست ملاقات باز (۸)، آموزش پرستاران در خصوص اهمیت تأثیرات سودمند ارتباط بیمار با خانواده (برای تغییر نظرات پرسنل نسبت به ملاقات) (۲۸)، لزوم حفظ ارتباط مؤثر پرستار و خانواده‌ی بیمار (۳۰ و ۳۱) در مطالعات بیان شده است. ارتباط مؤثر بین طرفین ملاقات در شکل‌گیری فرایند مطلوب ملاقات از بیمار ICU نقش کلیدی دارد. زمانی که پرسنل برای خانواده‌ی بیمار وقت کافی می‌گذارند و درباره‌ی وضعیت بیمار و بخش، توضیحات کافی و کامل ارائه می‌کنند، در اغلب موارد چالشی در پدیده‌ی ملاقات وجود ندارد (۲۲). برای بستگان نزدیک بیماران مشارکت در درمان و نزدیک‌بودن به بیمار، اطمینان به درمانی که بیمار دریافت می‌کند و دلگرمی (۲۶، ۲۷، ۳۰ و ۳۳) باید همیشه مدنظر باشد.

راهکار دیگر برای رفع چالش ملاقات در ICU، «تعديل ملاقات» به‌واسطه‌ی «ارتقای ملاقات پشت شیشه»، «استفاده از مانیتور دائم» و «ملاقات منعطف» است. در سخنان مشارکت‌کنندگان اشاره شد که «ارتقای ملاقات پشت شیشه» از طریق اصلاح ساختار داخلی ICU (تعبیه‌ی پنجره‌ی اختصاصی برای هر تخت، قراردادن کامل بیمار رو به پنجره و فراهم کردن امکان مکالمه‌ی تلفنی بین شیشه) و اصلاح فضای خارج ICU (اصلاح فضای فیزیکی راهروی ملاقات، پارتیشن‌بندی داخل راهرو) امکان‌پذیر است. درباره‌ی استفاده از مانیتور دائم نیز به «تعبیه‌ی مانیتور در راهروی ملاقات یا خارج از ICU» و «تعبیه‌ی مانیتور بالای در ورودی ICU»

خانواده خواهد بود. گاهی پرستار تشخیص می‌دهد که از خانواده برای انجام مراقبت‌های اولیه مثل تعویض لباس، شستن دست و صورت و... استفاده کند و به این بهانه امکان ملاقات حضوری را هم فراهم نماید. بدین ترتیب هم به نفع بیمار و هم خانواده‌ی بیمار عمل کرده است. در مطالعات زیادی در خصوص ملاقات نیز به این نکته اشاره شده است (۳۵، ۳۲ و ۳۶).

نتیجه‌گیری

نتیجه‌ی حاصل از این مطالعه شامل دو سبب «کاهش نیاز به ملاقات» و «تعدیل ملاقات» بود که راهکارهای مختلفی جهت این چالش ارائه داد، امید است با عملیاتی کردن این راهکارها در بخش‌های مراقبت ویژه بسیاری مسائل مرتبط با ملاقات به راحتی حل شود و تجربه‌ی تعارض در بیماران و همراهان و پرسنل از بین برود. در طی این مطالعه و با دقت نظر در سخنان مشارکت‌کنندگان، به یافته‌ی ضمنی دیگری دست یافتیم که جای تأمل دارد. نکته‌ی بارزی که به چشم می‌خورد، وجود ارتباطات بسیار نزدیک و صمیمی و گسترده‌ی قومی و ایلی در بین طوایف بختیاری است. اکثر بیماران بستری در بیمارستان‌های شهرکرد، همه‌ی اعضای فامیل خود را موظف می‌دانند که در صورت بستری شدن یکی از اعضای فامیل، حتماً به ملاقات او بروند. اصرار و پافشاری آن‌ها برای ملاقات تا اندازه‌ای است که حتی در مواردی که می‌دانند به آن‌ها اجازه ملاقات داده نمی‌شود به علت احساس وظیفه نسبت به اعضای فامیل و گاهی موارد به علت رودربایستی، حتماً برای انجام دادن ملاقات حضور پیدا می‌کنند. به‌وضوح مشخص است که ارتباطاتی با این شکل و شمایل در استان‌ها و شهرهای بزرگ‌تر کشور وجود ندارد و همین نکته به‌تنهایی کافی است که بگوییم پدیده‌ی ملاقات یک موضوع کاملاً وابسته به فرهنگ است و نمی‌توان برای شیوه‌ی اجرای ملاقات در کل نقاط ایران نسخه‌ای واحد پیچید و لازم است در هر منطقه برحسب شرایط همان منطقه،

می‌نویسد در طراحی ICU باید یونیت‌های بیماران به‌گونه‌ای طراحی شود که در زمان ملاقات، خلوت بیماران و خانواده‌ها به‌خوبی حفظ شود. او به لزوم ملاقات مجازی از طریق مانیتورهای تعبیه‌شده در ورودی بخش هم اشاره می‌کند (۲۲). علاوه بر ارتقای ملاقات پشت شیشه، برقراری امکان ملاقات منعطف همچنان به‌عنوان یک راهکار برای رفع تعارضات مطرح بود. مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که تلاش می‌کنند مفری هرچند کوتاه برای ملاقات فراهم کنند؛ اما این تلاش در استرس و تعارض صورت می‌گیرد و قانون واضح و روشنی نیز جهت اجرای ملاقات منعطف در بیمارستان وجود ندارد. باید قانون به شکلی وضع شود که پرستاران به‌عنوان کلیدی‌ترین عضو تیم درمان در ICU آزادی عمل بیشتری برای اجرای ملاقات منعطف داشته باشند و بنا بر تشخیص خودشان، در مواقعی که شرایط مهیاست، امکان انجام ملاقات حضوری را فراهم کنند و از اعمال سلیقه در اجرای ملاقات پیشگیری شود. لیوسی و همکاران (۲۰۰۵) نیز نتیجه گرفتند که فلسفه و خط‌مشی و روش اجرای نحوه‌ی ملاقات، هم در سطح سازمانی و هم در سطح بخش باید به‌خوبی شفاف شود؛ در غیر این صورت عملکردهای متفاوت پرسنل منجر به سردرگمی بیمار و خانواده‌ی وی می‌شود (۲۱). ملاقات منعطف برای بیمار ICU مفید است و منجر به کاهش اضطراب و افزایش رضایت در بیمار می‌شود و ترکیبی از سیاست‌های ملاقات آزاد و ساعات ساکت و آرام در بخش می‌تواند برای بیماران و خانواده‌ها و پرستاران مفید باشد (۳۴).

مشارکت‌کنندگان و به‌خصوص پرستاران، معتقد بودند پرستار عضوی از تیم درمان است که به‌صورت ۲۴ ساعته بر بالین بیمار حضور دارد. اوست که با نیازهای بیمار و خانواده آشناست و تشخیص می‌دهد که در چه موقعیتی می‌توان اجازه‌ی ملاقات حضوری به خانواده داد و او تشخیص می‌دهد که چه زمانی انجام ملاقات حضوری به نفع بیمار و

قوانینی برای کاهش چالش‌های ملاقات تدوین کرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه است که با کد اخلاقی IR.SKUMS.REC.1395.30 توسط دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد تصویب شد. بدین وسیله نویسندگان از معاون محترم تحقیقات و فناوری، مرکز تحقیقات پرستاری جامع‌نگر و همه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

- 1- Gaeeni M, Farahani MA, Mohammadi N, Seyedfatemi N. Sources of hope: Perception of Iranian family members of patients in the Intensive Care Unit. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(6):635.
- 2- Fumagalli S, Boncinelli L, Nostro AL, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation*. 2006;113(7):946-52.
- 3- Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive care medicine*. 2008;34(7):1256-62.
- 4- Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care*. 2013;17(71):1-7.
- 5- Henneman EA, Cardin S. Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*. 2002;22(6):12-9.
- 6- Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of clinical nursing*. 2012;21(11-12):1651-8.
- 7- Smith L, Harrison M, Medves J, Tranmer J, Waytuck B. The Impact of Hospital Visiting Hour Policies on Pediatric and Adult Patients and Families. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2006;4(10 Suppl):115-28.
- 8- Lee MD, Friedenbergs AS, Mukpo DH, Conray K, Palmisciano A, Levy MM. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Critical care medicine*. 2007;35(2):497-501.
- 9- Clarke C, Harrison D. The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;34(1):61-8.
- 10- Charlton S-GM. Family presence and visitation in critical care: a rapid evidence assessment: University of British Columbia; 2015.
- 11- Tayebi Z, Dehghan Nayeri N, Kohan M. Rationales of restricted visiting hour in Iranian intensive care units: a qualitative study. *Nursing in critical care*. 2014;19(3):117-25.
- 12- Hardin SR, Bernhardt-Tindal K, Hart A, Stepp A, Henson A. Critical-care visitation: the patients' perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011;30(1):53-61.
- 13- Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*. 2009;25(4):190-8.
- 14- Vandijck DM, Labeau SO, Geerinckx CE, De Puydt E, Bolders AC, Claes B, et al. An evaluation of family-centered care services and organization of visiting policies in Belgian intensive care units: a multicenter survey. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2010;39(2):137-46.
- 15- Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour JM. What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? *Intensive care medicine*. 2014;40(5):730-3.
- 16- Bahrami M. Meanings and aspects of quality of life for cancer patients: A descriptive exploratory qualitative study. *Contemporary Nurse*. 2011;39(1):75-84.
- 17- Glacken M, Kernohan G, Coates V. Diagnosed with hepatitis C: A descriptive exploratory study. *International journal of nursing studies*. 2001;38(1):107-16.
- 18- Francis CJ. The feasibility of mobile telework/virtual working: a study of 3PL firms in India: Dublin Business School; 2013.
- 19- Pelentsov LJ, Fielder AL, Esterman AJ. The supportive care needs of parents with a child with a rare disease: a qualitative descriptive study. *Journal of pediatric nursing*. 2016;31(3):e207-e18.
- 20- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative*

- research in psychology. 2006;3(2):77-101.
- 21- Livesay S, Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, Hickey JV. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *Journal of nursing care quality*. 2005;20(2):182-9.
 - 22- Tayebi Z. Explain the process of the special meeting. Tehran: Tehran; 2012.
 - 23- Walls M. Staff attitudes and beliefs regarding family visitation after implementation of a formal visitation policy in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2009;24(4):229-32.
 - 24- Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Critical care medicine*. 2012;40(5):1586-600.
 - 25- Kesecioglu J, Schneider MM, van der Kooi AW, Bion J. Structure and function: planning a new ICU to optimize patient care. *Current opinion in critical care*. 2012;18(6):688-92.
 - 26- Hoseini Azizi T HF, Ehsaee MR, Esmaily H, Khoshbakht Sh. The Impact of Patient's Family Presence on the Attitudes of Icu Nurses in This Unit. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2013; 12(9): 719-32. *J Rafsanjan Univ Med*. 2013;12(9):719-32.
 - 27- Asgari M SM. Special Nursing Care in CCU, ICU and Dialysis. 2, editor. Iran, Tehran: Boshra, Medical Science Publishing Center; 1395.
 - 28- Alizadeh R, Pourshaikhian M, EMAMI SA, KAZEMNEJAD LE. VISITING IN INTENSIVE CARE UNITS AND NURSES' BELIEFS. *Journal of Nursing Research*. 2015;10(2):11-21.
 - 29- Farrell ME, Joseph DH, Schwartz □ Barcott D, editors. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. *Nursing forum an Independent Voice for Nursing*; 2005: Wiley Online Library.
 - 30- Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study. *Journal of caring sciences*. 2014;3(1):67.
 - 31- Hinkle JL, Fitzpatrick E, Oskrochi GR. Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2009;41(2):85-91.
 - 32- Blom H, Gustavsson C, Sundler AJ. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2013;29(1):1-8.
 - 33- Hasandoost F MM, Dehghankar L. Investigation the Family Needs of Patients in ICU wards of Educational and Remedial Centers in Ghazvin University of Medical Sciences in 2015. 2015.
 - 34- Smith L, Medves J, Harrison MB, Tranmer J, Waytuck B. The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2009;7(2):38-79.
 - 35- Eriksson T, Bergbom I, Lindahl B. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit—a hermeneutic interview study. *Intensive and critical care nursing*. 2011;27(2):60-6.
 - 36- Marco L, Bermejillo 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. *Nursing in critical care*. 2006;11(1):33-41.

Original Article

Strategies for Stepping Out of Visiting-Related Challenges in Intensive Care Units: Descriptive Exploratory Study

Mehri Doosti Irani¹, Batool Alidoost², Leila Rafiee Vardanjani³, Zahra Tayebi⁴, Kobra Noorian^{*5}

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

²MSc in Nursing, Shahrekord University of medical sciences, Shahrekord, Iran

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

⁴ Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Alborz, Iran.

⁵Instructor of Medical Surgical Nursing, Community-Oriented Nursing and Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

* Corresponding Author: nooriandehkordy@yahoo.com

Abstract

Hospitalization in Intensive Care Units (ICUs) is a very stressful experience for the patient and family and their separation has not been confirmed in any of the studies. At present, ICU visiting is limited that makes several challenges. Therefore, this descriptive-exploratory study, aimed to explore strategies for overcoming the challenges of visiting. This was a descriptive-exploratory qualitative study conducted through in-depth semi-structured interviews with 35 participants in educational hospitals of Shahrekord University of Medical Sciences including 6 patients, 9 patients' family members or friends, and 20 nurses during 2018. Interviews were continued until data saturation and then data analysis was performed using inductive thematic analysis approach. Participants stated two main themes for stepping out of visiting-related Challenges. (1) "Reducing the Need to Meet" through "Education about visiting rules", "Improving the Environment" and "Family Interaction" and (2) "Modified Meetings" through "Upgrading the Meeting Behind the windows", "using permanent monitor" and "flexible meeting". The ICU visits in Shahrekord hospitals, are limited like in other parts of the country. However, it is hoped that implementation of the extracted strategies in ICUs will solve many of visiting-related issues and eliminate the conflicting experience of patients, peers, and staff.

Keywords: Intensive care unit, Visiting, Descriptive-exploratory study

