

## تبیین فرایند ملاقات از بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان

زهرا طیبی<sup>۱</sup>، ناهید دهقان نیری<sup>۲\*</sup>، لیلی  
پروم‌نژاد<sup>۳</sup>، رضا نبی‌امجد<sup>۴</sup><sup>۱</sup>استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده  
پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی  
البرز  
<sup>۲</sup>استاد آموزش پرستاری، گروه پرستاری  
ویژه و مدیریت پرستاری، مرکز تحقیقات  
مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده  
پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی  
تهران  
<sup>۳</sup>استاد پرستاری، مرکز تحقیقات  
مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و  
مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

## چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۲/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۳۰

زمینه: ملاقات از بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه، امروزه به عنوان یکی از جنبه‌های مهم مراقبت بیمار محور تعریف می‌شود، با این حال ملاقات محدود به عنوان سیاست غالب در بخش‌های مراقبت ویژه بسیاری از بیمارستانهای ایران و جهان اجرا می‌شود. مطالعات بسیار محدودی که در ایران انجام شده است، اطلاعات جامع و دقیقی از فرایند جاری ارائه نمی‌نماید و بیانگر ابعاد پدیده ملاقات نیست. لذا این مطالعه با هدف تبیین فرایند ملاقات از بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان انجام شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد گراند تئوری است که از سال ۱۳۹۰ الی ۱۳۹۲ به طول انجامیده است. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته، مشاهده، تحلیل اسناد و مدارک و یادداشت‌های در عرصه جمع‌آوری شد. مشارکت کنندگان اولیه این مطالعه، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و ملاقات‌کننده‌ها بودند که در ادامه و با توجه به روند ظهور داده‌ها در رویکرد نمونه‌گیری نظری، بیماران، پزشکان و یک پرستار بخش عمومی نیز وارد مطالعه شدند. در مجموع ۲۹ مصاحبه با ۲۷ نفر انجام شد. داده‌های حاصل بر اساس نسخه ۲۰۰۸ کوربین و اشتراوس در سه سطح مفاهیم، زمینه و فرایند، تحلیل شدند.

یافته‌ها: مفهوم محوری این پژوهش "حفظ منطقه امن" نام گرفت. طبقات اصلی "فرهنگ" و "ماهیت آی‌سی‌یو" زمینه پدیده ملاقات را شکل دادند و طبقه اصلی "الگوهای حفظ کنترل" بیانگر فرایند شکل گرفته در این مطالعه بود. طبقه اصلی "انتظار" نیز، ملاقات را از دیدگاه بیماران و ملاقات‌کنندگان در درون و بیرون بخش تبیین نمود. نظریه پایه منتج از این مطالعه، "تئوری حفظ منطقه امن" است که بیانگر پاسخ‌های پرستاران و تلاش آنها برای مدیریت و کنترل آی‌سی‌یو در فرایند ملاقات از بیمار است که در بستری از فرهنگ عمومی، فرهنگ سازمان و ماهیت آی‌سی‌یو شکل می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که اگر چه حمایت و محافظت از بیمار یکی از پررنگ‌ترین استدلال‌های محدودیت ملاقات از سوی پرستاران مشارکت‌کننده در این مطالعه عنوان شد، اما تلاش برای حفظ کنترل بروی بخش و به ویژه حفظ حریم عملکردی پرسنل محوری‌ترین مفهوم در فرایند جاری ملاقات است. درونی نشدن رویکرد کل نگر و عدم تاکید بر مراقبت‌های بیمار محور و خانواده محور منجر به بروز الگوهایی می‌شود که نتیجه آن توجه صرف به بعد جسمی بیمار و تلاش برای حفظ شرایط کنترل شده آی‌سی‌یو است.

کلمات کلیدی: ملاقات از بیمار، بخش مراقبت ویژه، ایران، گراند تئوری

## نویسنده مسئول:

استاد آموزش پرستاری، گروه پرستاری  
ویژه و مدیریت پرستاری، مرکز  
تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و  
مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی،  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

۰۹۳۸-۲۱۵۸۰۹۰

E-mail: rezaamjad8504@gmail.com

## مقدمه

بستری شدن در بخش مراقبت ویژه برای بیمار و خانواده وی، رخدادی بالقوه اضطراب آور و بحران‌زاست.<sup>۱-۴</sup> یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که جدایی بیمار از بستگانش رنج و درد وی را تشدید می‌کند<sup>۵</sup> لذا صاحب‌نظران براین باورند که بیمار آی‌سی‌یو علاوه بر دریافت مراقبت از جانب تیم درمان، نیازمند اطمینان خاطر، آرامش و حمایتی است که صرفاً خانواده و نزدیکان می‌توانند به وی اعطا کنند.<sup>۶</sup> به همین دلیل نیاز به همجواری با بیمار و نزدیکی با وی، از شاخص‌ترین نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های ویژه اعلام شده است.<sup>۷</sup>

ملاقات از بیمار به عنوان یک تدبیر مثبت و اثرگذار برای کمک به بیمار و اعضای خانواده به منظور سازگاری بهتر با بحران و استرس ایجاد شده به دنبال بستری شدن در بخش‌های مراقبت ویژه مورد تاکید قرار گرفته است.<sup>۸-۱۱</sup> سیاست‌ها و قوانین ملاقات در نقاط مختلف جهان با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، وسعت بیمارستان، موقعیت جغرافیایی بیمارستان، دسترسی بیمارستان به تکنولوژی رایج دنیا و توانایی کارکنان برای پذیرش تغییر در این رابطه و همچنین دانش جدید و روتین‌های موجود متفاوت است.<sup>۱۱</sup> در غالب مراکز، سیاست‌های ملاقات بر پایه نیازهای موسسه و یا عقاید و باورهای سنتی و نه بر پایه یافته‌های پژوهشی تنظیم می‌شود.<sup>۱۲</sup> در حال حاضر با این که سیاست‌های آزاد ملاقات به عنوان یک نیاز مهم برای بیماران و خانواده‌های آنها تعیین شده و دستورالعمل‌های بالینی مراقبت خانواده محور، سیاست‌های نامحدود ملاقات را در آی‌سی‌یوها پیشنهاد می‌کنند، اما همچنان ساعات ملاقات محدود به عنوان رویه معمول در آی‌سی‌یوهای بزرگسالان اجرا می‌شود.<sup>۱۳</sup>

در ایران مطالعات محدودی در ارتباط با موضوع ملاقات از بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شده است. یافته‌های تنها مطالعه انجام شده بیانگر اعمال سیاست‌های محدود کننده ملاقات در اغلب آی‌سی‌یوها بوده است.<sup>۱۴</sup> سایر مطالعات که البته بسیار کم تعداد هستند از مناظر متفاوت از جمله تاثیر ملاقات بر سلامت جسمی بیماران و باور پرستاران در ارتباط با پدیده ملاقات، به این بحث پرداخته‌اند.<sup>۱۵،۱۶</sup>

نقش‌های تبیین شده پرستاران از جمله نقش مدافع و حامی بیمار، تصمیم‌گیری، عامل اخلاقی و مدیریت بخش، همگی از اهمیت نقش گروه پرستاری در رابطه با پدیده ملاقات حکایت می‌کنند. به علاوه رویکرد انسان‌گرایانه حرفه پرستاری و تاکید بر رفع نیازهای مددجو و خانواده وی، اهمیت تامل در رابطه با این نیاز تبیین شده در بخش‌های مراقبت ویژه را برای گروه پرستاری آشکار می‌نماید. از آن سو، تجربه بالینی محقق به عنوان پرستار بخش ویژه و به عنوان مدیر میانی در سیستم پرستاری و همچنین هدایت تنها مطالعه توصیفی در ارتباط با سیاست‌های ملاقات در کشور، اهمیت پرداختن به این موضوع را دو چندان کرد. لذا محقق بر آن شد تا با بررسی عمیق پدیده مورد نظر، ابعاد موضوع را شفاف نماید. قطعاً شناسایی زمینه و ابعاد پدیده ملاقات به رفع موانع ملاقات منعطف در بخش‌های مراقبت ویژه کمک خواهد کرد. واضح است که قبل از تلاش برای هر گونه تغییر در سیاست‌های محدود کننده فعلی از طریق اجرای مطالعات مداخله‌ای یا حتی استفاده از رویکردهای کیفی مثل اقدام پژوهی، نیاز به تبیین فرایند ملاقات و شناخت ابعاد و ویژگی‌های آن ضروری است. لذا این مطالعه با هدف تبیین فرایند ملاقات از بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

## مواد و روش‌ها

با توجه به ماهیت تعاملی ملاقات و سوال پژوهش که به دنبال کشف فرایند ملاقات از بیمار بود، رویکرد گراندد تئوری به عنوان روش پژوهش انتخاب شد؛ با فرض بر این که شناخت ابعاد این پدیده از این طریق با احتمال بیشتری رخ می‌دهد. مشارکت کنندگان اولیه این مطالعه پرستاران آی‌سی‌یو و ملاقات کنندگان بودند که در ادامه راه و براساس نمونه‌گیری نظری، بیماران، پزشکان و یک پرستار بخش عمومی هم وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه همانند اغلب مطالعات کیفی، نمونه‌گیری ابتدا به صورت هدفمند انجام شد و بتدریج با ظهور مفاهیم و هدایت داده‌ها از طریق نمونه‌گیری نظری، مسیرهای بعدی نمونه‌گیری تعیین شد. بر این اساس و با رعایت اصل حداکثر تنوع از انواع آی‌سی‌یو(داخلی - جراحی - میکس - زنان - جراحی قلب - جراحی

یکپارچه سازی طبقات ایجاد شده و کشف مفهوم محوری، داستان کلی تحلیل تقریر شد. در داستان تحلیلی همه طبقاتی که به نوعی به مفهوم محوری مربوط می‌شوند و فرایند ملاقات در ایران را توضیح می‌دهند، یکپارچه شدند. در نهایت اجزای نظریه که عبارتند از مفاهیم و قضایا در بخش جداگانه ای مطرح شد.

برای دستیابی به دقت علمی و اعتبار یافته‌ها از معیارهای دقت علمی (Rigour) کوربین در این مطالعه استفاده شد. به این ترتیب که برای حفظ معیار تناسب یافته‌ها با دو نفر از مشارکت کنندگان، دو نفر از سرپرستارانی که در مطالعه شرکت نداشتند، یکی از دانشجویان دکترای پرستاری که سابقه کار در بخش آی‌سی‌یو داشت بازبینی و به اشتراک گذاشته شد. نتیجه این هم اندیشی‌ها، اطمینان یافتن از مسیر مطالعه بود. یافته‌های این مطالعه حقایق ارزشمندی را در اختیار گروه‌های مختلف سیاستگذار در حوزه بالین و آموزش قرار می‌دهد لذا معیار قابلیت کاربرد هم لحاظ شده است. به منظور دستیابی به شاخص زمینه‌ای بودن مفاهیم، به تفصیل اهمیت زمینه در شکل‌گیری فرایند ملاقات پرداخته شد. تغییرپذیری نیز در نحوه نمونه‌گیری و ترکیب مشارکت کنندگان کاملاً لحاظ شد. با توجه به موضوع مورد مطالعه، بیان تجارب در وضعیت روانی و جسمی هیچ یک از مشارکت کنندگان تأثیر نامناسبی نداشت و حتی در صورتی که اطلاعات فاش می‌شد هیچ یک از مشارکت کنندگان مورد تهدید قرار نمی‌گرفتند. بنابراین همه مشارکت کنندگان با اختیار کامل و تمایل برای شرکت در مطالعه حضور یافتند؛ تنها در یک مورد سرپرستار معرفی شده برای مصاحبه تمایل نداشت و با احترام به نظر ایشان، فرد دیگری از همان بخش برای مصاحبه انتخاب شد. با این حال از همه مشارکت کنندگان خواسته شد رضایت نامه کتبی مطالعه را امضا کنند و برای ضبط مصاحبه‌ها رضایت ایشان اخذ شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۷ نفر به عنوان مشارکت کننده حضور داشتند (جدول ۱) که ۲۹ مصاحبه با این ۲۷ نفر انجام شد. با توجه به محدودیت لغات در مجله یافته‌ها به صورت مختصر ارائه می‌شود (جدول ۲).

مغز و اعصاب- پیوند)، انواع کشیک‌های کاری (ثابت روز- ثابت شب- تمام روز و شیفت در گردش) و بیمارستان‌های مختلف (دولتی و خصوصی) در مناطق مختلف شهری و در شهرهای مختلف نمونه‌گیری انجام شد. علاوه بر این، داده‌هایی پدیدار شد که تیم تحقیق را به سمت نمونه‌گیری از مفاهیم خاصی (از جمله بیمار هوشیار در مقابل بیمار مراحل انتهایی، مفهوم وکالت بیمار) پیش برد. نمونه‌گیری در بیمارستان‌های منتخب تهران، کرج و شیراز انجام شد. روش غالب جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. علاوه بر مصاحبه از مشاهده غیرفعال در ساعات ملاقات بخش‌ها هم برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که البته سهم بسیار کمتری در داده‌های جمع‌آوری شده داشت. بررسی اسناد و مدارک مرتبط با سیاست‌های ملاقات و یادداشت‌های عرصه نیز در جمع‌آوری و تحلیل نهایی داده‌ها به کار گرفته شد.

برای پرستاران شرکت کننده، دو سوال برای شروع در نظر گرفته شده بود: "زمانی که همراه بیماری از شما تقاضا می‌کنه که بیمارش را ببینه، واکنش شما چیه؟"، "چه شرایطی باعث می‌شه که درباره ملاقات از بیمار اینگونه برخورد کنید؟" مدت زمان مصاحبه‌ها به طور میانگین ۳۰ دقیقه و بین ۶۰-۱۵ دقیقه در نوسان بود. مصاحبه‌ها به همان شکلی که ضبط شده بودند، پیاده شدند. پس از پیاده سازی متن مصاحبه بر روی نرم افزار word و انتقال آن به نرم افزار MAXQDA10، فرایند تحلیل آغاز شد. مبنای تحلیل در این مطالعه، نسخه ۲۰۰۸ کوربین (Corbin) بود و در چهار قسمت تحلیل برای مفاهیم، تحلیل برای زمینه، تحلیل برای فرایند و ترکیب طبقات انجام شد. از همان ابتدای تحلیل یادآورنویسی هم به کمک فرایند تحلیل آمد. در فرایند تحلیل، طبق پیشنهاد کوربین داده‌ها به صورت تکه‌ای (Chunk) تحلیل شد<sup>۱۷</sup>. بلافاصله بعد از مصاحبه اول کدهای به دست آمده به صورت ابتدایی بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها طبقه بندی شدند و البته این روند در همه مصاحبه‌ها ادامه داشت. در خلال فرایند مصاحبه از تکنیک‌های الکلنگی (Flip-flop) و برافراشتن پرچم قرمز (Red flog) به تناسب موضوع استفاده شد. از همان ابتدا تحلیل برای زمینه و فرایند به صورت همزمان آغاز شد و محققین تلاش کردند زمینه‌های میکرو و ماکرو مفهوم مورد مطالعه را تبیین کنند. در مرحله آخر به منظور ترکیب و

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان

تعداد مشارکت کنندگان	تعداد مصاحبه	جنسیت		شغل		
		زن	مرد	پرستار	سرپرستار ویژه	پزشک بیهوشی
۲۷	۲۹	۱۹	۸	۱۰	۶	۲
						۷
						۲
						۲

جدول ۲: طبقات اصلی و فرعی حاصل از مطالعه پدیده ملاقات

طبقات فرعی	زیر طبقات	طبقات اصلی	مفهوم محوری
تمنای ملاقات	پشت درهای بسته	انتظار دیدار	حفظ منطقه امن
تمکین قوانین			
مشتری مداری	چشم به راه بودن		
روتین محوری	فرهنگ سازمانی	فرهنگ	
باورهای غلط آموزشی			
رفتارهای عرفی	فرهنگ عمومی		
وابستگی‌های عاطفی			
ساختار آی‌سی‌یو	بخش ویژه در مقابل بخش عمومی	ماهیت آی‌سی‌یو	
فضای مراقبتی آی‌سی‌یو			
حریم عملکردی پرسنل			
حریم بیمار	وکالت بیماری دفاع		
امنیت بیمار			
مراقبت ایمن			
پیشگیری از انتقال عفونت			
بحران ملاقات	چالش ملاقات		
تناقض ملاقات			
بیمار مراحل انتهایی	ملاقات اجتناب ناپذیر		
هوشیار بودن بیمار			
خانواده درجه یک			
بیمار خصوصی			
بیمار غیرفارسی زبان			
ملاقات مجازی	دیدارهای یک سویه	الگوهای حفظ کنترل	
ملاقات شیشه ای			
ملاقات خارج از بخش	تلاقی رو در رو		
ملاقات ثابت و محدود حضوری	شکل دهی ارتباط موثر		
	ملاقات مبتنی بر فرد		

## تحلیل برای مفاهیم

در این مرحله که اولین و در واقع پایه ای ترین مرحله هر مطالعه کیفی است، داده ها برای استخراج مفاهیم کلیدی تحلیل شدند و برخی از نقل قول ها و یادآورهای مرتبط با آنان در ذیل ارائه شد.

انتظار دیدار: انتظار برای ملاقات هم در پشت درهای آی سی یو برای ملاقات کنندگان و هم در درون بخش برای بیماران معنا می یابد. اولین طبقه تحت عنوان "انتظار دیدار" نام گذاری شد که از دو زیر طبقه "پشت درهای بسته" و "چشم به راه بودن" شکل گرفت. طبقه پشت درهای بسته شامل دوزیر طبقه "نمای ملاقات" و "تمکین قوانین" است. تجارب ملاقات کنندگان که غالبا اعضای درجه یک خانواده های بیماران بودند، مملو از تمنا برای ملاقات و تلاش برای آگاهی یافتن از شرایط بیمار بود که به شدت تحت تاثیر نحوه تعامل آنها با بخش و پرسنل بود.

توی بخش عمومی خیلی بیشتر می فهمیدم شرایطش چطوریه چون خودم همیشه کنارش بودم و هر وقت بالای سرش می آمدند ازشون درباره شرایطش سوال می کردم اونا هم جوابمو می دادند و خیالم راحت می شد. اما اینجا یه کم مبهم است یه جواب واضح نمی دهند که آدم خیالش راحت بشه و نخواهد پشت در وایسه. وقتی جواب درست بدهند آدم میره خونه دیگه. (مشارکت کننده شماره ۳ - ملاقات کننده)

## تحلیل برای زمینه

**فرهنگ:** نکته ای که در روایت اکثریت پرسنل مشارکت کننده در مطالعه نمایان بود، اهمیت نوع رفتارهای ملاقات کنندگان در شکل گیری فرایند ملاقات بود و معتقد بودند این نوع رفتار کاملاً وابسته به فرهنگ است. گاهی به صورت کلی فرهنگ ملی یا منطقه ای مورد نظر بود، و گاهی موارد تفاوت فرهنگ در بیمارستان ها و بخش های مختلف یک شهر مورد خطاب قرار می گرفت:

خود ماها یعنی پرسنل هنوز برامون جا نیافتاده که آی سی یو هم مثل بخشها باید ویزیتور داشته باشه. فکر می کنیم چون آی سی یو هست باید ملاقات ممنوع باشه. آگه دیده باشید توی تلویزیون هم همیشه آی سی یو را ملاقات ممنوع نشون می دهند (سرپرستار

## آی سی یو میکس)

ماهیت بخش ویژه: حریم عملکردی پرسنل آی سی یو، ساختار و فضای مراقبتی خاص آی سی یو طبقات فرعی این زیر طبقه مهم را تشکیل دادند. کنترل عفونت، حفظ حریم بیمار، پیشگیری از آسیب به ملاقات کننده و بخش به دلیل شوکه شدن از شرایط بیمار و تلاش برای ارائه مراقبت ایمن از جمله مفاهیمی بود که در قالب وکالت بیمار و در توجیه محدودیت ملاقات از سوی مشارکت کنندگان مطرح شد.

مثلا فکر کنید من بخوام مریضم رو ساکشن نازال کنم کسی که اصلا با این پروسیجر آشنایی نداره و ببینه که من دارم اینکارو انجام می دهم، چه فکری می کنه؟ فکر می کنه این آدم داره چه بلایی سر مریضم میاره؟ داره می کشتش. یا کارهای دیگه ای مثل گذاشتن لوله معده، یا حتی نمونه گیری ساده. داد می زند می گن مگه مریضم چقدر خون داره که همینطوری داری میگیری. (پرستار آی سی یو جراحی قلب)

علیرغم اعمال محدودیت ملاقات، اما بعضی شرایط از جمله بیماران مراحل انتهایی، بیماران private، بیماران هوشیار و بعضا درخواست ملاقات خانواده های درجه یک، این محدودیت ها کمتر اجرا می شد و در واقع به نوعی اجتناب ناپذیر می شد.

## تحلیل برای فرایند

با توجه به اینکه مفهوم غالب در یافته ها، تلاش برای حفظ کنترل بر روی بخش توسط پرسنل و حفظ منطقه امن آی سی یو برای کار کردن و ارائه مراقبت بود، سوال اصلی که در وارد کردن فرایند به درون تحلیل ایجاد شد عبارت بود از:

" چگونه پرسنل آی سی یو، ملاقات را به گونه ای مدیریت می کنند که کنترل خود را بر بخش حفظ نمایند و منطقه را امن نگه دارند؟ "

پاسخ به این سوال مبنای شکل گیری طبقاتی است که در زیر مشاهده می کنید. طبقه اصلی "الگوهای حفظ کنترل" نامگذاری شد که در واقع راهبردهایی را مطرح می کند که به واسطه آنها کادر درمانی آی سی یو و خاصه پرسنل پرستاری تلاش می کنند تا فرایند ملاقات را به گونه ای مدیریت کنند که فضای بخش را امن نگه

به عنوان یک استراتژی کلیدی استفاده می‌کردند، برقراری ارتباط موثر با خانواده بیمار بود. آنها معتقد بودند اگر این ارتباط به خوبی شکل بگیرد، فرایند ملاقات مسئله چالش برانگیزی نخواهد شد.

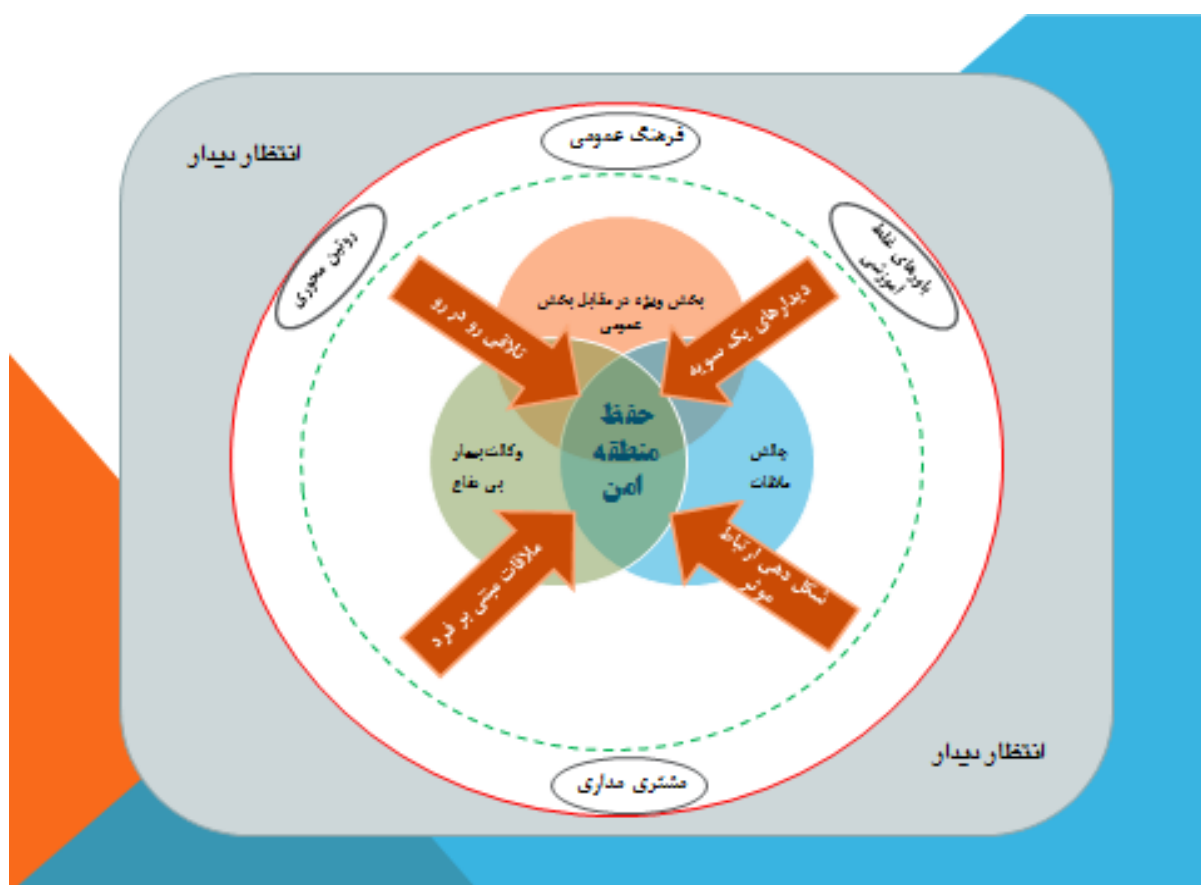
### نظریه نهایی

با توجه به تحلیل نهایی داده‌ها و داستان تحلیلی مطالعه، مفهوم محوری این مطالعه که می‌توان به نوعی طبقات دیگر را با آن مرتبط دانست "حفظ منطقه امن" است. مدل شماتیک نهایی حاصل از تلفیق طبقات که بیانگر پدیده ملاقات و فرایند جاری در آن است در دیاگرامی ارائه شده است (نمودار ۱).

دارند و کنترل خود را بر بخش حفظ نمایند و در عین حال تا جایی که امکان دارد، نیاز بیمار و خانواده اش را برای ملاقات برآورده نمایند. سه زیر طبقه "دیدارهای یک سویه"، "تلاقی رو در رو"، "شکل دهی ارتباط موثر" و "ملاقات مبتنی بر فرد" در برگیرنده الگوهای حفظ کنترل هستند.

ملاقات شیشه‌ای بارزترین مصداق دیدارهای یک سویه هستند. در این نوع ملاقات راهرویی تحت عنوان مشاهده تعبیه شده است که امکان ملاقات از بیمار از پشت پنجره‌های بزرگ بخش به این ترتیب فراهم می‌شود. در این شیوه البته بیمارانی که سطح هوشیاری پایینی دارند، به هیچ وجه منتفع نخواهد شد، حتی بیماران هوشیار هم این شیوه را نمی‌پسندند.

نکته بسیار مهمی که در داده‌ها خودنمایی می‌کرد و پرسنل از آن



نمودار ۱: مدل شماتیک فرایند ملاقات از بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه

## بحث

به عنوان پدیده ای چالش برانگیز یاد کردند. چانه زنی‌ها و اصرارهای هر روزه ملاقات کنندگان برای حضور در بخش، وجود تناقضاتی میان نفع و ضرر ملاقات برای بیمار و تلاش برای حفظ کنترل بخش، ملاقات از بیمار را به چالشی جدی برای پرستاران تبدیل کرده که غالباً در نتیجه سیاست پذیرفته شده توسط سازمانها بروز می‌نماید.<sup>۱۹</sup> همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج برخی مطالعات خارج از کشور نیز نشان می‌دهد که پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه، ملاقات آزاد را با خسته شدن بیمار، اختلال در روند درمان، افزایش خطر عفونت و کاهش ایمنی محیط مصادف می‌دانند.<sup>۲۱و۲۰</sup>

علیرغم تلاش برای محدود نمودن ملاقات از سوی کادر درمانی ای‌سی‌یو، اما مواردی به عنوان چراغ سبزه‌های ملاقات یا ملاقات‌های اجتناب ناپذیر از سوی ایشان مطرح شد. سطح هوشیاری بیمار، نسبت فامیلی ملاقات کننده با بیمار، بیمار مراحل انتهایی، بیمار سفارش شده (Private patient)، و بیمار غیرفارسی زبان از جمله مهمترین مواردی بود که به عنوان تسهیل کننده‌های فرایند ملاقات مطرح شدند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که فرهنگ اعم از فرهنگ سازمانی و فرهنگ عمومی ملاقات کنندگان به عنوان بخش دیگری از زمینه، بر فرایند ملاقات تاثیرگذار است. مشارکت کنندگان پرستار این مطالعه مکرراً از نقش فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی ملاقات کنندگان در شکل گیری فرایند ملاقات صحبت به میان آوردند. در برخی موارد فرهنگ ملاقات کنندگان ایرانی با سایر کشورها مقایسه می‌شد در حالی که در موارد دیگر شهرها و حتی مناطق مختلف یک شهر با هم مقایسه می‌شدند. تعداد زیاد مراجعه کنندگان برای ملاقات و عاطفی بودن افراد خانواده شرایط ملاقات در ایران را با سایر کشورها متفاوت جلوه می‌دهد. علاوه بر آموزه‌های مذهبی که افراد را به ملاقات تشویق می‌کند، تعارفات اجتماعی و برخی سنت‌ها نیز در هجوم مردم به سمت بیمارستان‌ها نقش دارد. شایلی علیرضایی در مقاله ای که به مبحث تعارف در فرهنگ ایرانیان پرداخته، به این نکته اشاره می‌کند که تعارف یکی از الگوهای آداب معاشرت است که جزئی از خصیصه‌های فرهنگی ایرانی‌ها محسوب می‌شود و نقش عمده ای در فرهنگ ایرانی بازی می‌کند و مردم

هدف مطالعه حاضر، تبیین فرآیند ملاقات از بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان بود. با توجه به رویکرد مطالعه و حجم بسیار زیاد یافته‌های مطالعه، در این بخش، صرفاً برخی از یافته‌های اصلی مورد بحث قرار می‌گیرد.

پرستاران مشارکت‌کننده در این مطالعه، به رغم آگاه بودن و در نظر داشتن نیاز بیمار و خانواده وی برای ملاقات، تلاش می‌کردند از طریق الگوهای حفظ کنترل، امنیت مورد نظر خویش را برای بخش و بیمار تامین نمایند و به ویژه حریم عملکردی خود را امن نگاه دارند. در برخی موارد این الگوها نتیجه سیاست‌ها و قوانین سازمانها و گاه خود پرسنل هستند. آسان‌ترین شیوه برای حفظ کنترل بخش از طریق دور کردن خانواده از بخش و بیمار با استفاده از استراتژی دیدارهای یک سویه است. سایر الگوهای مورد استفاده همراه شدن ملاقات کنندگان با بیمار در زمان اجرای مداخلات و پروسیجرهای خارج از بخش، و ملاقات مبتنی بر فرد بود.

آنچه زمینه شکل گیری مفهوم محوری این مطالعه است فرهنگ و ماهیت بخش ویژه می‌باشد. یکی از طبقات اصلی تشکیل دهنده زمینه پدیده ملاقات، ماهیت یا چستی آی‌سی‌یو به عنوان بخشی متفاوت با بخشهای عمومی بیمارستان بود. وکالت بیماری دفاع آی‌سی‌یو، بخش ویژه در مقابل بخش عمومی، چالش ملاقات و ملاقات اجتناب‌ناپذیر، زیر طبقات اصلی این طبقه را تشکیل می‌دهند.

وکالت بیمار بی دفاع یکی از وظایف اصلی پرستاران است اما پرستاران تعبیر مختلفی از آن دارند. در مطالعه حاضر، "حفظ حریم فیزیکی بیمار"، "حفظ امنیت بیمار"، "مراقبت ایمن" و "پیشگیری از انتقال عفونت" که در قالب محدودیت ملاقات شکل می‌گیرد، مصادیقی از حمایت و وکالت بیمار مطرح می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر مصادیق این وکالت شامل برقراری ارتباط با خانواده به جهت ارتقای احساس خوب بودن بیمار، حمایت از حریم و محرمانگی بیمار، حمایت از بیمار در مسائل اخلاقی از جمله دستور عدم احیا و ارائه اطلاعات به بیمار و خانواده درباره وضعیت موجود، پروسیجرها، اقدامات درمانی، ابزار و تجهیزات و پیش آگهی بیماری مطرح شده است.<sup>۱۸</sup> در این مطالعه پرستاران از ملاقات در آی‌سی‌یو

تعارف کردن و تعارف شدن را نوعی احترام که آن هم برخاسته از ارزش‌های اجتماعی است، می‌دانند.<sup>۲۲</sup> مشارکت کنندگان معتقد بودند رفتار مردم حتی در نقاط مختلف تهران نیز متفاوت است و باید بر همین اساس، سیاست‌های ملاقات را تنظیم نمود. در مطالعه حق بین و همکاران که در ایران انجام شده است نیز مولفین به این نکته اشاره می‌کنند که اصلاح رویه‌های فعلی ملاقات باید با توجه به زمینه فرهنگی کشور ایران صورت گیرد به نحوی که میان ایمنی بیماران، نیازهای خانواده‌ها و مدیریت آی‌سی‌یو به وسیله پرستاران و پزشکان تعادل برقرار شود.<sup>۱۴</sup> در مطالعات خسار از کشور کمتر به موضوع فرهنگ در پدیده ملاقات پرداخته شده است به جز در مواردی که تاکید می‌شود رفع نیازهای ملاقات کنندگان و بیماران باید براساس فهم فرهنگی آنها باشد. به عنوان مثال آبرینگر (Obringer) و همکاران عنوان می‌کنند که نیاز به اطمینان خاطر و دلگرمی مورد نظر خانواده‌ها ممکن است در فرهنگ‌های مختلف به گونه‌های متفاوتی بیان شود.<sup>۹</sup>

علاوه بر فرهنگ عمومی مولفه تاثیرگذار دیگری که در این مطالعه مطرح شد، فرهنگ سازمانی بود. روتین محوری، یکی از اصلی‌ترین مصادیق این طبقه مطرح شد. دهقان نیری و خسروی و همچنین اشغلی فراهانی و همکاران بیان می‌کنند که روتین محوری سایه‌ای تیره بر اجرای آموخته‌های جدید در بخش می‌اندازد و باعث می‌شود پرستاران به جای عهده داری مراقبت کامل بیمار و اجرای نقش‌های حرفه‌ای و خلاقانه، صرفاً مامور اجرای دستورات پزشکی و انجام کارهای روتین بخش باشند.<sup>۲۳</sup> در مطالعه چاکما (Chakma) نیز به مانند این مطالعه نیمی از پرستاران شرکت کننده بیان کردند که همواره بدون در نظر گرفتن شرایط بیمار، از روتین ملاقات بیمارستانشان پیروی می‌کنند اما نیم دیگر بیان کردند که گاهی اوقات برخلاف سیاست موجود عمل می‌کنند و براساس نیاز خانواده عمل می‌کنند.<sup>۱۹</sup> با این حال تاکید فزاینده بر عملکرد مبتنی بر شواهد، همه اقدامات روتین را با علامت سوال رو به رو نموده است. لیو (Liu) و همکاران عدم هماهنگی و عدم وجود الگوی یکسان در سیاست ملاقات در بخش‌ها و بیمارستان‌های مختلف را منعکس کننده این واقعیت دانسته‌اند که عملکرد پرسنل و بخش‌ها بر مبنای عملکردهای روتین گذشته است به جای اینکه تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد باشد.<sup>۲۴</sup>

در پشت درهای بسته آی‌سی‌یو، در حالی که تمنای ملاقات موج می‌زد اما تمکین و تبعیت از قوانین ملاقات نیز برجسته بود. با این حال خانواده‌ها از لحظاتی صحبت کردند که اضطراب، بی‌خبری از وضعیت بیمار و عدم دریافت اطلاعات صحیح و دقیق به واسطه محدودیت ملاقات را تجربه کرده بودند و همین امر منجر به بیتوجهی آنها در پشت درهای بسته آی‌سی‌یو می‌شد. مطالعات بسیاری در خارج و داخل با هدف توصیف تجارب یا نیازهای خانواده‌های بیماران بستری در آی‌سی‌یو انجام شده است که تقریباً همه آنها، نیاز به نزدیک بودن به بیمار و ملاقات منعطف از جمله نیازهای اساسی مطرح شده است. پارداویلا و ویوار (Pardavila and Vivar) و همچنین کوتاش و نورثروپ (Kutash and Northrop) یکی از اساسی‌ترین نیازهای خانواده‌های بیماران آی‌سی‌یو را دریافت مناسب اطلاعات درباره بیمار از تیم درمان و نیاز برای بر بالین بیمار بودن است.<sup>۲۵، ۲۶</sup> نکته قابل توجهی که در مطالعه بلوم (Blom) و همکاران اشاره شد این بود که وقتی به بستگان اجازه بودن در کنار بیمار داده نمی‌شود، احساس ناامنی آنها افزایش می‌یابد.<sup>۲۷</sup>

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اگر چه حمایت و محافظت از بیمار یکی از پررنگ‌ترین استدلال‌های محدودیت ملاقات از سوی پرستاران مشارکت‌کننده در این مطالعه عنوان شد، اما تلاش برای حفظ کنترل بر روی بخش و به ویژه حفظ حریم عملکردی پرسنل محوری‌ترین مفهوم در فرایند جاری ملاقات است. یافته‌ها نشان داد که در اغلب اوقات اعضای تیم درمان به اندازه کافی نسبت به نیازهای واقعی بیماران و خانواده‌ها حساس نیستند. درونی نشدن رویکرد کل نگر و عدم تاکید بر مراقبت‌های بیمار محور و خانواده محور منجر به بروز الگوهای می‌شود که نتیجه آن توجه صرف به بعد جسمی بیمار و تلاش برای حفظ شرایط کنترل شده آی‌سی‌یو است.

### محدودیت پژوهش

عمده‌ترین محدودیت روش شناسی مطالعه حاضر عدم امکان دریافت ادراک بیماران آی‌سی‌یو به عنوان افراد محوری این پژوهش



## تشکر و سپاسگزاری

این مقاله منتج از پایان نامه ثبت شده به تاریخ ۱۳۹۲/۱۱/۱۴ در دانشگاه علوم پزشکی تهران با عنوان "تبیین فرایند ملاقات از بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه و ارائه مدل" است و مورد تایید کمیته اخلاق می‌باشد. نویسندگان از همکاری تمام شرکت کننده‌ها سپاسگزاری میکنند.

بود. سطح هوشیاری پایین اکثر بیماران آی‌سی‌یو این امکان را برای تیم تحقیق حاضر فراهم نکرد که بتوان با تنوع و تعداد بیشتری به بررسی و توصیف احساس و ادراک این بیماران پرداخت.

## References

- Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Australian Critical Care* 2017 Mar 1;30(2):91-7.
- Jouot T, Challan-Belval A, Floccard B, Rimmelé T. Intensive care unit staff will not go back to restricted visiting hours. *British journal of anaesthesia* 2015 Jul ; 115 (2):319-20.
- 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. *Critical care medicine* 2008 Jan 1;36(1):30-5.
- Kean S, Mitchell M. How do intensive care nurses perceive families in intensive care? Insights from the United Kingdom and Australia. *Journal of clinical nursing* 2014 Mar;23(5-6):663-72.
- Giannini, A. Miccinesi, G. and Leoncino, S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide. *Intensive Care Med.* 2008; 34:1256-62.
- Petterson, M. Process Helped Gain Acceptance for Open Visitation Hours. *Critical Care Nurse* 2005; 25: 72-70.
- Henneman, E. Cardin, S. Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical care nurse* 2002; 22:12-19.
- 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.
- 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.
- 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. *Critical care medicine* 2008 Jan 1;36(1):30-5.
- 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. *JBHI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2009 1;7(2):38-79.
- Krapohl, GL., Visiting Hours in Adult Intensive Care Unit: Using research to develop a system that works. *Dimens Crit Care Nurs.* 1995;14(5):245-258.
- Spreen, A. Schuurmans, M., Visiting policies in adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUs. *Intens and Criti Care Nur.* 2011; 27: 27-30
- Hagbini SA, Tayebi Z, Abbasian A, Hagbini H. Visiting hour policies in intensive care units, southern Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2011 Sep; 13(9):684.
- Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojzadeh M, Sheikhalipour Z. The effect of open visiting on intensive care nurse's beliefs. *Research Journal of Biological Sciences* 2009;4(1):64-70.
- Kamrani F, Seyedjavadi M, Saiedi X, Ezati X, Alavi H, Hoseinian A. Comparison of physiological indices of patients before and after visitation in cardiac care unit in Imam Khomeini hospital in Ardebil. *Advances In Nursing & Midwifery* 2010; 20(70): 18-22.[In Persian].
- Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.
- Cypress BS. The lived ICU experience of nurses, patients and family members: a phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011;27(5):273-80.
- Chakma N, Ocampo JP. Personal reflection: critical-care visitation and the headache that follows. *Dimensions of Critical Care Nursing* 2011;30(1):39-40.
- Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *American journal of critical care* 2014 1;23(4):316-24.

21. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Frequently Asked Questions. Institute for Patient- and Family-Centered Care website. <http://www.ipfcc.org/faq.html>. Published December 2010. Accessed April 22, 2014
23. Farahani m, Mohamadi E, Ahmadi F, Maleki M, Hajizadeh E. Patient education barriers in cardiac care unit and post cardiac care unit. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22(58): 55-74. [In Persian].
22. Shayli A. Compliments in Iranian Culture. *Journal of Culture* 2008; 8(9): 101-114.
24. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Critical Care* 2013 Apr; 17(2): R71.
25. Pardavila MB, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enfermeriaintensiva* 2012; 23(2): 51-67.
26. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of Advanced Nursing* 2007 Nov; 60(4): 384-8.
27. 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.

Zahra Tayebi<sup>1</sup>, Nahid Dehghan Nayeri<sup>1,2</sup>, Leili Barimnejad<sup>3</sup>, Reza Nabi Amjad<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

<sup>2</sup> Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Iran

## Exploring the Process of Patient Visiting in Adult Intensive Care Units

Received:7 May 2019; Accepted:21 Sept 2019

### Abstract

**Background:** Today, critical care visitation is considered an important aspect of patient-centered care and its positive effects on patients and their relatives have been demonstrated. However, restricted visiting hours in the ICUs is often an adopted norm. Limited studies in this area have been carried out in Iran, So comprehensive and accurate information about the current process does not provide. Therefore, this study aimed to explain the process of patient visiting in adult intensive care unit, So that all dimensions, characteristics, facilitators and barriers are identified and discussed the perceptions of all stakeholders to be done.

**Method:** A qualitative methodology and grounded theory approach conducted this study. Semistructured interviews were done with 27 participants who include 9 intensive care nurses, 6 head nurses, 2 patients, 7 visitors, 2 physicians and 1 general nurse. Data based on 2008 Corbin and Strauss version were analyzed in three levels of concepts, context and process. Memo writing as an analysis tool, helps the researcher to classify and categorize the concepts and also understanding the context and the phenomenon under investigation and ultimately helped provide the substantive theory.

**Findings:** "maintaining the safe zone" was the core category of this study. "Culture" and "the nature of ICU" constituted the context and "patterns of maintaining control" explain the process of this phenomenon. Theory of "maintaining safe zone" is the substantive theory derived from this study which is represent the responses of nurses and their efforts to maintain control of the process of patient visiting which in the context of popular and organizational culture as well as the nature of the ICU takes the form.

**Conclusion:** The findings showed that although protection of the patient was identified as the major rational for restricted visiting stated by participating nurses ,trying to maintain control over the ward, and in particular the staff privacy was the central concept of visiting process. Results showed that the health care workers often are not sensitive to the real needs of patients and families. Lack of internalization of holistic approach and also lack of emphasis on patient and family- centered care cause the patterns which resulting in considerable time on patient's physical condition and effort to maintain the control of ICU.

**Keywords:** Intensive Care Unit, Iran, Grounded theory, Patient visiting

**\*Corresponding Author:**  
Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 0938-2158090  
E-mail: rezaamjad8504@gmail.com