J Crit Care Nurs. 2021 March;14(1)

Published online 2021

**Research Article**

# The Effect of Scheduled Appointments on the Views of Nurses and Families of Patients Admitted to the General Intensive Care Unit

**Fahimeh Shojaefar[1*], Fariba Saeedinejad[2]**

*1. Department of Internal Surgery Nursing, Shahid Sadoughi School of Nursing and Midwifery, Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2. Department of Intensive Care Nursing, Shahid Sadoughi Hospital, Yazd, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

*Corresponding author: Fahimeh Shojaefar, Department of Internal Surgery Nursing, Shahid Sadoughi School of Nursing and Midwifery, Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.E-mail: fahimehshojaefar@yahoo.com*

**Abstract**

**Background and Aim:** Admission in intensive care units is a crisis for the patient and family and the critical condition of patients admitted to intensive care units or the possibility of their death in these wards necessitates the need for their families' visits. This study aimed to investigate the effect of scheduled visitation from the perspective of nurses and families of patients admitted to the general intensive care unit.

**Methods:** The present study was conducted using a quasi-experimental design in 2019. The participants were 60 nurses working in adult intensive care units and 197 families of patients admitted to the ICU who were selected by convenience sampling. The instruments used to collect the data were a demographic information registration form to record the nurses' demographic data, the Beliefs and Attitudes Visitation Questionnaire (BAVIQ) to assess the nurses' beliefs, and the Attitudes Evaluation Questionnaire to survey the families of patients admitted to the intensive care unit. In this study, patients' families were asked to be present at the patient's bedside for 6 days and perform the trained procedures. The patients' families completed the Attitudes Evaluation Questionnaire before and after the intervention. The nurses also completed the BAVIQ questionnaire before and after the research project.

**Results:** The results showed that 68.3% of the nurses were female, 48.3% were in the age group of 30-45 years, 56.7% were married, 45% of them were working contractually, and 81.7% were working in rotating shifts. Besides, the results of the paired samples t-test showed that the nurses' views about visitation were significantly different before and after the intervention ($p<0.001$).However, the Patients' family attitudes had not significantly different views toward scheduled visitation before and after the intervention (Pvalue=0.375).

**Conclusion:** The present study suggested that the nurses had positive views about the presence of families of patients admitted to the intensive care unit and there is a conducive context for the presence of the patients 'families. However, the patients' families reported a negative view. Accordingly, some measures must be taken to prepare the families emotionally with the training given to them and make them familiar with the positive effects of attending their patient's bedside.

***Keywords:*** *Scheduled Appointments, Nurses' Point of View, Patients' Families' Point of View, Intensive Care Unit*

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

**مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه**
**دوره ۱٤، شماره۱، ۱٤۰۰**
**صفحات:۳۵-۲۷**

# تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر دیدگاه پرستاران و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جنرال

**فهیمه شجاعی‌فر[1*]، فریبا سعیدی‌نژاد[2]**

*۱. گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی شهیدصدوقی یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهیدصدوقی یزد، یزد، ایران

۲. گروه پرستاری مراقبت ویژه، بیمارستان شهید صدوقی یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

*نویسنده مسوول: فهیمه شجاعی فر، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید صدوقی یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.*
*E-mail: fahimehshojaefar@yahoo.com*

**چکیده**

**زمینه و هدف:** بستری شدن در بخش‌های مراقبت ویژه به عنوان یک بحران برای بیمار و خانواده بوده و شرایط بحرانی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه یا امکان مرگ آنها در این بخش‌ها، نیاز به ملاقات خانواده‌هایشان را ضروری می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی ملاقات برنامه‌ریزی شده بر دیدگاه پرستاران و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جنرال انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که ۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و ۱۹۷ نفر از خانواده بیماران بستری در این بخش به شیوه در دسترس در سال ۱۳۹۸ انتخاب و انجام شد. ابزار بررسی شامل فرم ثبت اطلاعات دموگرافیک جهت دستیابی به اطلاعات دموگرافیک پرستاران، پرسش‌نامه BAVIQ جهت بررسی دیدگاه پرستاران و پرسش‌نامه ارزیابی نگرش خانواده بیماران بستری در این بخش است. در این پژوهش از خانواده بیماران خواسته شد تا به مدت شش روز بر بالین بیمار حضور یابند و اقدامات آموزش داده شده را انجام دهند. قبل و بعد از مداخله خانواده‌ها پرسش‌نامه ارزیابی نگرش خانواده بیماران را تکمیل نمودند. هم چنین قبل از شروع و بعد از اتمام طرح پرسش‌نامه BAVIQ توسط پرستاران تکمیل شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه ۶۸/۳ درصد پرستاران زن، ۴۸/۳ درصد در گروه سنی ۳۰-۴۵ سال، ۵۶/۷ درصد متأهل، ۴۵ درصد پیمانی و ۸۱/۷ درصد شیفت‌های در گردش داشتند. دیدگاه پرستاران قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$) ولی نگرش خانواده بیماران به ملاقات برنامه‌ریزی شده معنی‌دار نبود ($p=۰/۳۷۵$).

**نتیجه‌گیری:** پرستاران نسبت به حضور خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه دیدگاه مطلوب دارند و زمینه برای حضور خانواده بیماران وجود دارد ولی خانواده بیماران دیدگاه منفی را گزارش کردند. بنابراین پیشنهاد می‌شود، شرایطی فراهم شود تا با آموزش‌های داده شده به خانواده‌ها از نظر روحی آماده شوند و با تأثیرات مثبت حضور بر بالین بیمار خود آشنا شوند.

**کلیدواژه‌ها:** ملاقات برنامه‌ریزی شده، دیدگاه پرستاران، دیدگاه خانواده بیماران، بخش مراقبت ویژه

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

## مقدمه

بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) به عنوان حیط درمان بیماران، منجر به محرومیت از ادراکات حسی و جدا شدن از خانواده و ایجاد استرس می‌شود و استرس این بیماران به وسیله محیط پیچیده این بخش‌ها و اعمال روتین آن تشدید می‌شود[۱]. بستری شدن در ICU، به دلیل شدت بیماری تهدید حیات، بی‌تحرکی، درد و بی‌خوابی موجب استرس، هراس و تنش‌های روانی در بیمار و خانواده می‌شود[۲, ۳]. این استرس‌ها قادر هستند بر روی همه‌ی جنبه‌های ایمنی فرد تأثیر بگذارند و منجر به بروز عکس‌العمل‌های نامناسب شوند و این امر می‌تواند منجر به تشدید بیماری و یا مرگ شود. بنابراین هم زمان با ارایه‌ی مراقبت‌های درمانی در این بیماران ارزشیابی استرس نیز طی بستری حائز اهمیت است[۴]؛ که به علت ساختار بخش مراقبت‌های ویژه همیشه این تداوم در مشارکت خانواده امکان پذیر نیست و خانواده از بیمار دور می‌شود[۵]. در این میان، دور بودن اعضای خانواده از بیمار یکی از عوامل تنش‌زای روانی بیماران بستری در این بخش به حساب می‌آید[۶]. محرومیت حسی ایجاد شده در بخش مراقبت‌های ویژه یکی از عوارض تهدیدکننده بیمار کمایی است. ایجاد تحریک حسی برای بیمار کمایی، جزو مراقبت‌های ضروری پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه شناخته شده است. اما غالباً مراقبت از بیماران کاملاً وابسته، موجب می‌شود پرستاران وقت و انرژی لازم برای ایجاد تحریکات حسی لازم را نداشته باشند. از سوی دیگر حضور خانواده در کنار بیمار بخش مراقبت‌های ویژه، می‌تواند منشأ مناسبی برای ایجاد این تحریکات حسی باشد[۷] که به دلیل ساختار و فلسفه این بخش‌ها ملاقات در آنها به شدت محدود است. در صورتی که ملاقات یکی از نیازهای اساسی بیماران و خانواده‌ها در مدت زمان بستری است[۸]. علاوه بر این، پرستاران به عنوان یکی از اعضای درمانگران حرفه سلامت باید از نیاز بیماران به ملاقات و تأثیرات مثبت و منفی ملاقات بر آنها آگاهی داشته باشند[۹].

از آنجایی که بیماری‌های وخیم و بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه اغلب بدون هشدار قبلی رخ می‌دهند[۷] برخی از خانواده‌ها که قادر به سازگاری با شرایط پیش آمده نیستند ممکن است دچار آسیب روحی و بحران عاطفی شوند[۱۰]. زیرا آنها از آمادگی روانی کافی جهت رویارویی با موضوع پذیرش عضوی از اعضاء خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه برخوردار نیستند[۷]. بیماران بستری در ICU تغییرات متنوعی از جمله تغییرات شناختی و روان شناختی، ناتوانی‌های فیزیکی، مشکلات رفتاری و فقدان حس و شناخت را تجربه می‌نمایند که خود می‌تواند منجر به بروز نقص حسی در بیماران شود. لذا سعی در کاهش نقص حسی ایجاد شده در بخش‌های ویژه بسیار حائز اهمیت است[۱۱]. تحقیقات کیفی که در این زمینه انجام شده است نشان می‌دهد که برقراری ارتباطات مؤثر و انسانی، تقویت گوش دادن به بیمار، رعایت کدهای اخلاقی و منشور حقوق بیماران می‌تواند تأثیر زیادی برکاهش این تنش‌ها داشته باشد[۴].

تقریباً سه چهارم از بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قادر به مشارکت در تصمیمات درمانی خود نیستند، بنابراین پزشکان و پرستاران باید برای تصمیم‌گیری در مورد انجام روش‌های درمانی به اعضاء خانواده آنها تکیه کنند[۱۲]. که این خود به سنگینی فشار تحمیل شده بر اعضاء خانواده و نیازهای عاطفی آنها می‌افزاید[۱۳]. با این وجود، پرستاران به علت تمرکز و توجه به مراقبت از بیمار سهواً احساسات و نیازهای خانواده را نادیده می‌گیرند و آنها را به لحاظ اهمیت در مرتبه بعد از مراقبت از بیمار قرار می‌دهند[۱۴]. در عین حال، ارزیابی و پاسخ به نیازهای خانواده در ابتدای بروز بحران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به عبارتی، شناسایی و پاسخ‌گویی به موقع به نیازهای خانواده، اثرات منفی استرس بر خانواده را تقلیل و تأثیر آن بر تیم درمانی و در نهایت بیمار را کاهش داده و توجه خانواده را به مراقبت از بیمار معطوف می‌کند[۱۵]. ارائه حمایت عاطفی و روانی یکی از نقش‌ها و وظایف سنتی پرستاران محسوب می‌شود و در پرستاری جامع نگر، حمایت روانی به عنوان پیش نیاز شفا قلمداد می‌شود[۱۶].

در اکثر بخش‌های ICU ملاقات به صورت یک بار در روز و هر بار حداکثر یک ساعت و بیشتر مواقع از پشت شیشه اتاق بیمار فراهم می‌شود. این نحوه ملاقات، مدت زمانی را که خانواده‌ها می‌توانند در کنار بیمار خود بگذرانند کاملاً محدود می‌نماید. اعضای خانواده می‌توانند به بیمار در سازگاری با محیط و کاهش اضطراب کمک کنند و منبع حمایتی برای بیمار باشند، این در حالی است که اطلاع خانواده در مورد نیازمندی‌های بیمار و حصول اطمینان از ارائه بهترین مراقبت به سازگار شدن و احساس امنیت در خانواده کمک می‌کند[۱۷].

در حال حاضر سه روش ملاقات در جوامع مختلف وجود دارد که شامل ملاقات محدود، ملاقات آزاد و ملاقات برنامه‌ریزی شده (انعطاف پذیر) است. از نظر کوک ملاقات برنامه‌ریزی شده لفظی بین نهایت یک ملاقات کاملاً آزاد و یک ملاقات کاملاً محدود است[۱۸]. بنابراین ارائه اقداماتی مانند ملاقات به شکل برنامه‌ریزی شده که در حیطه وظایف و قابل انجام توسط اعضای خانواده باشد می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد. احمدیان و همکاران در این راستا مطالعه‌ای انجام و دریافتند که ملاقات برنامه‌ریزی شده در مقابل ملاقات محدود باعث کاهش سطح اضطراب و افسردگی بیماران قلبی شده است[۱۹].

علیرغم پیشرفت‌های علمی و تحولات پرشتابی که در حرفه پزشکی و پرستاری به وجود آمده است، موضوع ملاقات در بخش‌های ویژه ایران به عنوان یکی از موضوعات مهم

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

بیمارستانی، مورد غفلت قرار گرفته است و حدود چهل سال است که در کشورمان، در مورد ملاقات در آی سی یو بازنگری صورت نگرفته است و در حال حاضر در اکثر بیمارستان‌های ایران ملاقات محدود در بخش‌های مراقبت ویژه اعمال می‌شود. علت متفاوت بودن سیاست ملاقات در کشورهای مختلف ممکن است ناشی از مواردی مانند تفاوت فرهنگ‌ها و نگرش در جوامع، فضای بیمارستان و بخش‌های مراقبت ویژه، موقعیت جغرافیایی، دسترسی به امکانات و تکنولوژی و آمادگی کارکنان نسبت به ایجاد تغییر در روال کار باشد[۲۰]. بنابراین مطالعه، با هدف بررسی تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر دیدگاه پرستاران و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه جنرال انجام شد.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی و جامعه مورد نظر شامل پرستاران شاغل و خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۹۸ بود. در این پژوهش ۶۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش آی سی یو جنرال بیمارستان شهید صدوقی یزد و ۱۹۷ نفر از خانواده بیماران بستری در این بخش به صورت در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند.

معیار ورود پرستاران شامل اشتغال در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر یزد، دارا بودن مدرک کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری و داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه بود. پرستاران در صورت عدم تکمیل پرسش‌نامه یا عدم شرکت در مداخله، از مطالعه خارج گشتند.

معیارهای ورود مطالعه خانواده بیمار شامل: فامیل نزدیک (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند) بیمارانی که به هر علت در بخش مراقبت ویژه بستری شده باشند، حداقل ۲۴ ساعت از بستری شدن بیمار آنان در بخش ویژه گذشته باشد، در گروه سنی بالاتر از ۱۸ سال باشند، توانایی فهم و درک مطالب به زبان فارسی را داشته باشند، سابقه بیماری شناخته شده اعصاب و روان نداشته باشد. معیارهای خروج مطالعه خانواده بیماران شامل عدم تمایل ادامه شرکت در مطالعه، معلولیت و مسن بودن، ناآشنایی با زبان فارسی در خواندن و نوشتن بود.

روش کار بدین گونه بود که پس از صحبت کردن با پرستاران و خانواده بیماران در مورد اهداف تحقیق، ۶۰ نفر از پرستاران با معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. قبل از شروع مداخله و بعد از اتمام مداخله ملاقات برنامه‌ریزی شده، پرستاران پرسش‌نامه BAVIQ را تکمیل کردند. هم چنین بیماران دارای با معیارهای ورود انتخاب و از یکی از اعضای خانواده‌های آنها خواسته شد که پرسش‌نامه را تکمیل نمایند.

سپس به مدت شش روز مداوم از خانواده‌هایشان درخواست شد که مدت یک ساعت روزانه در بخش حضور پیدا کنند و ملاقات را به شیوه برنامه‌ریزی شده شامل صحبت کردن با بیمار، گفتن خاطرات خوش و لذت بخش برای بیمار و در صورت نداشتن کنتراندیکاسیون بیمار را طبق موارد آموزش داده شده ماساژ دهند. مجدداً پس از شش روز پرسش‌نامه‌ها توسط خانواده بیماران تکمیل شد[۱۳].

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}\right)^2 \times S^2}{(\overline{x}_1 - \overline{x}_2)^2}$$

با توجه به اطلاعات مطالعه مشابه گذشته و طبق فرمول زیر و در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد و در نظر گرفتن انحراف معیار ۱۲ برای نمره نگرش در بیماران و در نظر گرفتن پنج واحد در اختلاف میانگین نمره نگرش قبل و بعد مداخله حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای گروه خانواده بیماران ۲۰۰ نمونه است و حجم نمونه برای گروه پرستاران شامل تمامی پرستاران شاغل در بخش آی سی یو بیمارستان شهید صدوقی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا باشند، است.

ابزار پژوهش پرسش‌نامه بوده که یک پرسش‌نامه سه قسمتی است که شامل: ۱) پرسش‌نامه دموگرافیک پرستاران شامل جنس، سن، سابقه خدمت، سابقه کار در ICU، وضعیت استخدامی، نوع شیفت‌کاری، وضعیت تأهل. ۲) پرسش‌نامه دیدگاه و نگرش پرستاران در مورد ملاقات در بخش‌های ویژه (BAVIQ) و ۳) پرسش‌نامه ارزیابی نگرش خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بود.

پرسش‌نامه BAVIQ توسط هربرت و همکاران، در سال ۲۰۱۱ در آفریقای جنوبی پایایی این ابزار را سنجیده‌اند که ضریب آلفای کرونباخ را بالاتر از ۷۰ درصد و بین ۷۴/۶ تا ۷۸/۳ درصد با میانگین ۷۷/۲ درصد گزارش نموده‌اند[۶,۲۱]. نحوه امتیازدهی بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای بود که از صفر تا ۴ نمره‌دهی شد.

گویه‌ها در دو گروه گویه‌های با جهت منفی و گویه‌های با جهت مثبت دسته‌بندی شدند. برای هر یک از گویه‌های با جهت مثبت، امتیازدهی به صورت کاملاً مخالفم (۰ امتیاز)، مخالفم (۱ امتیاز)، نظری ندارم (۲ امتیاز)، موافقم (۳ امتیاز)، کاملاً موافقم (۴ امتیاز) بودند. امتیازدهی برای هر یک از گویه‌های با جهت منفی، برعکس گویه‌های مثبت، در نظر گرفته شد[۶].

ابزار سوم پرسش‌نامه ارزیابی نگرش خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بود. نحوه امتیازدهی بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای بود که از صفر تا ۴ نمره‌دهی شد. گویه‌ها در دو گروه گویه‌های با جهت منفی و گویه‌های با جهت مثبت دسته بندی شدند. برای هر یک از گویه‌های با جهت مثبت، امتیازدهی به صورت کاملاً مخالفم (۰ امتیاز)، مخالفم (۱ امتیاز)، نظری ندارم (۲ امتیاز)، موافقم (۳ امتیاز)، کاملاً موافقم (۴ امتیاز) بودند.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

امتیازدهی برای هر یک از گویه‌های با جهت منفی، برعکس گویه‌های مثبت، در نظر گرفته شد. برای به دست آوردن نمره کل، نمرات ۱۸ سؤال از پرسش‌نامه جمع بندی و بر ۱۸ تقسیم شد، میانگین تعداد اعداد به دست آمده بین صفر تا چهار بود. هرچه این عدد به چهار نزدیک‌تر شود حاکی از توافق اعضای خانواده بیماران جهت حضور در بالین است که این پرسش‌نامه در مطالعه قربانی و همکاران استفاده شده است[۲۲].

پس از جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از نرم افزار $SPSS_{21}$ و به کمک آزمون تی زوجی، تی مستقل و آنووا تجزیه و تحلیل آماری انجام گرفت. آزمون‌ها به صورت دو طرفه مورد بررسی قرار گرفت و سطح معنی‌داری آزمون‌ها در این مطالعه $P<0/05$ به صورت معنی‌داری آماری در نظر گرفته شد.

کافی در مورد اهداف مطالعه، اهمیت آن رضایت کتبی اخذ شد. به علاوه به پرستاران و خانواده بیماران گفته شد که اطلاعات مندرج در ابزارها به صورت محرمانه خواهد ماند و هر زمان که بخواهند می‌توانند مطالعه را ترک نمایند.

**جدول ۱ : توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک پرستاران**

| متغیر | | فراوانی | درصد |
|---|---|---|---|
| **جنسیت** | مرد | ۱۹ | ۳۱/۷ |
| | زن | ۴۱ | ۶۸/۳ |
| **گروه سنی** | کمتر از ۳۰ سال | ۲۷ | ۴۵ |
| | ۴۵-۳۰ سال | ۲۹ | ۴۸/۳ |
| | بیشتر از ۴۵ سال | ۴ | ۶/۷ |
| **سابقه کار** | کمتر از پنج سال | ۱۶ | ۲۶/۷ |
| | ۱۵-۵ سال | ۳۷ | ۶۱/۷ |
| | بالاتر از ۱۵ سال | ۷ | ۱۱/۷ |
| **وضعیت تاهل** | مجرد | ۲۶ | ۴۳/۳ |
| | متاهل | ۳۴ | ۵۶/۷ |
| **وضعیت استخدامی** | رسمی | ۱۵ | ۲۵ |
| | پیمانی | ۲۷ | ۴۵ |
| | طرحی | ۱۵ | ۲۵ |
| | قراردادی | ۳ | ۵ |
| **شیفت کاری** | صبح | ۷ | ۱۱/۷ |
| | عصر | ۴ | ۶/۷ |
| | در گردش | ۴۹ | ۸۱/۷ |

## نتایج

از ۶۰ پرستار شرکت کننده در مطالعه، ۳۱/۷ درصد مذکر و ۶۸/۳ درصد افراد مونث بودند. هم چنین از لحاظ سنی، تقریباً نیمی از افراد در رده‌ی سنی ۴۵-۳۰ سال و ۵۶/۷ درصد افراد متأهل بودند.

از نظر سابقه کار ۶۱/۷ درصد افراد سابقه کار ۱۵-۵ سال و ۴۵ درصد افراد پیمانی بودند. هم چنین بیش از ۸۰ درصد افراد شیفت در گردش داشتند(جدول ۱).

همان‌گونه که در (جدول ۲) مشاهده می‌شود با استفاده از آزمون تی زوجی، میانگین نمره دیدگاه پرستاران در پیش آزمون

**جدول۲ : مقایسه میانگین نمره دیدگاه پرستاران قبل و بعد از مداخله**

| متغیر | قبل از مداخله | بعد از مداخله | تغییرات | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | |
| **دیدگاه پرستاران** | ۴۴/۷۶ (۵/۴۴) | ۴۸/۹۳ (۵/۷۶) | ۴/۱۶ (۶/۸۱) | کمتر از ۰/۰۰۱ |

## ملاحظات اخلاقی

پس از اخذ مجوز پژوهش از مسئولین ذی‌ربط دانشگاه علوم پزشکی یزد و کمیته اخلاق و دریافت کد اخلاق (IR.SSU.REC.1398.144)، پرسش‌نامه با دادن اطلاعات

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

۴۴/۷۶±۵/۴۴ و در پس آزمون ۴۸/۹۳±۵/۷۶ است و از نظر آماری معنی‌دار است (P-value< ۰/۰۰۱) و طبق (جدول ۳) با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و آنووا، میانگین نمره دیدگاه

## بحث

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین نمره دیدگاه پرستاران بعد از ملاقات برنامه‌ریزی شده در بخش

**جدول۳ : مقایسه میانگین نمره دیدگاه پرستاران قبل و بعد از مداخله بر حسب مشخصات دموگرافیک**

| متغیر | | قبل از مداخله | بعد از مداخله | تغییرات |
|---|---|---|---|---|
| | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
| جنسیت | مرد | ۴۴ (۵/۰۷) | ۴۹ (۵/۸۴) | ۵ (۷/۵۴) |
| | زن | ۴۵/۱۲ (۵/۶۳) | ۴۸/۹ (۵/۷۹) | ۳/۷۸ (۶/۴۹) |
| **p-value** | | ۰/۴۶۳ | ۰/۹۵۲ | ۰/۵۲۳ |
| گروه سنی | کمتر از ۳۰ سال | ۴۵/۱۸ (۷) | ۴۹/۵۵ (۵/۳۲) | ۴/۳۷ (۷/۵۳) |
| | ۳۰-۴۵ سال | ۴۴/۳۱ (۳/۹۶) | ۴۸/۱ (۶/۰۵) | ۳/۷۹ (۶/۴۶) |
| | بیشتر از ۴۵ سال | ۴۵/۲۵ (۲/۸۷) | ۵۰/۷۵ (۷/۱۳) | ۵/۵ (۵/۰۶) |
| p-value | | ۰/۸۲۶ | ۰/۵۲۶ | ۰/۸۸۰ |
| سابقه کار | کمتر از پنج سال | ۴۵/۶۸ (۶/۸۵) | ۴۹/۴۳ (۵) | ۳/۷۵ (۷.۶۷) |
| | ۱۵-۵ سال | ۴۴/۳۷ (۵/۱۹) | ۴۸/۴۵ (۶.۰۹) | ۴/۰۸ (۶.۹۳) |
| | بالاتر از ۱۵ سال | ۴۴/۷۱ (۲/۹۸) | ۵۰/۲۸ (۶.۱) | ۵/۵۷ (۴.۱۱) |
| p-value | | ۰/۷۳۱ | ۰/۶۹۲ | ۰/۸۳۸ |
| تاهل | مجرد | ۴۴/۹۶ (۵/۴۱) | ۵۰/۵۳ (۵/۳۸) | ۵/۵۷ (۶/۳۲) |
| | متاهل | ۴۴/۶۱ (۵/۵۴) | ۴۷/۷ (۵/۸۱) | ۳/۰۸ (۷/۰۵) |
| p-value | | ۰/۸۱۱ | ۰/۰۵۹ | ۰/۱۶۲ |
| رابطه استخدامی | رسمی | ۴۴/۱۳ (۴/۶۲) | ۵۰/۶۶ (۵/۳۲) | ۶/۵۳ (۵/۳۴) |
| | پیمانی | ۴۴/۸۸ (۴/۷۶) | ۴۸/۳۷ (۵/۸۶) | ۳/۴۸ (۷/۲۶) |
| | طرحی | ۴۵/۴۶ (۷/۶۵) | ۴۸/۸ (۶/۰۳) | ۳/۳۳ (۷/۷۱) |
| | قراردادی | ۴۳/۳۳ (۳/۲۱) | ۴۶ (۶/۲۴) | ۲/۶۶ (۳/۰۵) |
| p-value | | ۰/۸۸۶ | ۰/۵۰۴ | ۰/۴۹۳ |
| شیفت کاری | صبح | ۴۶/۲۸ (۳/۷۲) | ۵۱/۲۸ (۴/۵۳) | ۵ (۵/۰۹) |
| | عصر | ۴۳/۵ (۲/۶۴) | ۴۸ (۲/۴۴) | ۴/۵ (۳/۴۱) |
| | در گردش | ۴۴/۶۵ (۵/۸۱) | ۶۷/۴۸ (۶/۰۷) | ۴/۰۲ (۷/۲۷) |
| p-value | | ۰/۶۸۴ | ۰/۵۱۲ | ۰/۹۳۶ |

پرستاران و تغییرات ایجاد شده بر حسب متغیرهای دموگرافیک بررسی شده است که معنی‌دار نیست (P-value >۰/۰۵). هم

مراقبت ویژه جنرال در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شده است. این بدین معناست که انجام برنامه

**جدول٤ : مقایسه میانگین نمره دیدگاه خانواده بیماران قبل و بعد از مداخله**

| متغیر | قبل از مداخله | بعد از مداخله | تغییرات | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | |
| دیدگاه خانواده بیماران | ۵۱/۶۵ (۴/۴۲) | ۵۱/۴۸ (۴/۳۳) | ۰/۱۷ (۲/۷۳) | ۰/۳۷۵ |

چنین با استفاده از آزمون تی زوجی میانگین نمره دیدگاه خانواده بیماران در پیش آزمون ۴/۴۲± ۵۱/۶۵ و در پس آزمون ۵۱/۴۸±۴/۳۳ است که از نظر آماری معنی‌دار نیست (P-value=۰/۳۷۵) (جدول ۴).

ملاقات و حضور عضو مؤثر خانواده توانسته است نظر مثبت پرستاران را به خود جلب کند. علی رغم این که در این مطالعه میانگین نمره نگرش خانواده بیماران بعد از مداخله معنی‌دار نشده است.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

علیزاده و همکاران در سال ۱۳۹۴ مطالعه‌ای توصیفی مقطعی تحت عنوان ملاقات در بخش‌های آی سی یو و باور پرستاران را انجام دادند. با استفاده از پرسش‌نامه BAVIQ، یافته‌ها نشان می‌دهد که ملاقات آزاد به دلیل تأثیرات سوء روی بیمار و افزایش بار کاری خودشان، مفید نیست و بنابراین، باور منفی نسبت به آن دارند[۶] که با مطالعه حاضر غیرهمسو است.

حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) مطالعه‌ای نیمه تجربی را انجام و دریافتند که نمره نگرش پرستاران قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت. آنها اظهار کردند که پرستاران با وجود آگاهی از فواید حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه به دلیل وجود نگرانی‌هایی در رابطه با کیفیت مراقبت از بیمار، انجام مراقبت در حضور خانواده و موانع فرهنگی درک ماهیت مراقبت از سوی خانواده، نگرش مثبتی نسبت به آن ندارند[۲۳]. که نتایج مشابهی با مطالعه حاضر نداشته است که این می‌تواند به علت تفاوت در بخش و حساسیت بیشتر بیماران در مطالعه حسن‌زاده و همکاران باشد.

هم چنین ذوالفقاری و همکاران نیز مطالعه‌ای مشابه توصیفی مقطعی در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی انجام دادند و با دیدگاه مخالف پرستاران نسبت به ملاقات در این بخش مواجه شدند[۲۱] که غیر هم‌سو با مطالعه حاضر است که احتمالاً به علت تفاوت در نوع مطالعه و عدم آموزش کافی جهت بالا بردن آگاهی پرسنل از فواید ملاقات برنامه‌ریزی شده و تحت نظر پزشک بوده است.

در مطالعه مروری هاشمی و همکاران که دیدگاه پرستاران در ده سال گذشته را مورد بررسی قرار دادند به این نتیجه دست یافتند که پرستاران علی رغم مزایای بسیار زیاد حضور خانواده بیماران برای بیمار و خانواده‌هایشان، دیدگاه مناسبی در مورد مراجعه به بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه ندارند[۲۴] که مخالف با مطالعه فوق است که به علت عدم آگاهی مناسب پرستاران از فواید حضور برنامه‌ریزی شده و در زمان خاص خانواده بیماران است.

اولسن و همکاران در مطالعه کیفی مفهوم حضور خانواده در طی اقامت بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه را بررسی کردند. نتایج نشان داد بیماران بخش مراقبت‌های ویژه خواهان ملاقات روزانه اعضای نزدیک خانواده‌شان بودند. ملاقات برای بیماران و خانواده‌ها فواید بسیاری داشت. هم‌چنین نمایانگر آن بود که برای برطرف نمودن چالش‌های موجود نیاز به همکاری پرستاران آی سی یو و خانواده‌های بیماران وجود دارد[۲۵]. که غیرهم‌سو با مطالعه حاضر است که احتمالاً به علت تفاوت در نوع مطالعه است. به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر به علت درگیر کردن خانواده‌ها در امر مراقبت از بیمار با حساسیت‌های ویژه این بیماران باعث عدم تفاوت معنی‌دار شده است.

غیاثوندیان و همکاران مطالعه‌ای نیمه تجربی با عنوان تأثیر ملاقات آزاد بر باور پرستاران شاغل در بخش آی سی یو بیمارستان سینا بر اساس تئوری عمل مبتنی بر دلیل "آجزن و فیش بین" انجام و دریافتند که باور پرستاران قبل از تغییر در خط مشی ملاقات منفی بود ولی توزیع نمرات باور پرستاران قبل و بعد از تغییر خط مشی ملاقات تفاوت معنی‌داری را نشان داد[۵] که هم‌سو با این مطالعه و در این مطالعه معنی‌دار شدن می‌تواند به علت کم بودن حجم نمونه‌ها و جوان بودن پرستاران باشد.

Yakubu و همکاران در سال ۲۰۱۸ مطالعه‌ای توصیفی مقطعی با عنوان اعتقادات و نگرش اعضای خانواده نسبت به سیاست دیدار در بخش مراقبت‌های ویژه در چهار بیمارستان در غنا انجام و دریافتند در حالی که اعضای خانواده به اثرات سودمند پیروی از سیاست‌های بازدید در بخش‌های مراقبت‌های ویژه اعتقاد داشتند، نگرش آنها تردیدآمیز و محدودکننده بود[۲۶]. می‌توان بیان کرد در مطالعه حاضر به علت مداخله‌ای بودن و حضور خانواده‌ها در شرایط پر استرس بخش مراقبت‌های ویژه، نگرش اعضای خانواده‌ها تفاوت معنی‌داری ایجاد نکرده است.

محدودیت‌های مطالعاتی شامل وضعیت روحی- روانی پرستاران، فشار کاری، شلوغی بخش و موارد مشابه که می‌تواند در برقراری ارتباط مؤثر با همراهان بیماران نسبت به ملاقات تأثیر داشته باشد و منجر به پاسخ منفی در این زمینه شود که تا حدی خارج از کنترل پژوهش‌گر بود. هر چند برای کنترل نسبی این محدودیت، زمانی پرسش‌نامه در اختیار پرستاران قرار می‌گرفت که حجم کاری بخش سبک‌تر بود و پرستاران تمایل خود را نسبت به تکمیل پرسش‌نامه اعلام می‌نمودند. هم چنین بعضی خانواده‌ها به علت عدم آگاهی کافی ترس از آسیب به بیمار خود را داشتند که با آموزش‌های داده شده، برطرف شد.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

## نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه، پرستاران بخش‌های ویژه با توجه به وضعیت بیماران خود برای حضور یک عضو مؤثر خانواده بر بالین و انجام یک سری تحریکات حسی حرکتی نظر موافقی داشتند که باید مدیران بیمارستانی برای اجرای چنین فرآیندی در سایر بخش‌های مراقبت ویژه، آموزش‌های کافی از فواید و نحوه‌ی اجرای این اقدام را برای پرستاران تشریح نمایند.

در ضمن اینکه با توجه به دیدگاه مثبت پرستاران در این مطالعه و دیدگاه نسبتاً منفی در مطالعات قبلی، انجام این اقدام نیازمند توجه به وضعیت بالینی بیمار و زیر نظر پزشک، و نه اجرای آن برای تمامی بیماران، است. هم چنین در مورد عدم تفاوت نگرش خانواده‌ها قبل و بعد از مداخله نسبت به این اقدام لازم است ابتدا آموزش‌های کافی در مورد اقداماتی که باید انجام دهند به آنها داده شود تا شرایط بهتری برای درک و همکاری آنها ایجاد شود.

## تقدیر و تشکر

این مطالعه با کد اخلاق IR.SSU.REC.1398.144 کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از آبان ماه تا اسفند سال ۱۳۹۸ انجام شد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان شهید صدوقی یزد و از تمامی بیماران و خانواده‌هایشان و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه که در این پژوهش، همکاری نمودند تشکر و قدردانی کنند

**تضاد منافع:** بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## کتاب‌نامه

1. Zolfaghari M, Haghani H. Nurses viewpoint about visiting in coronary care unit. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2014;2(4):16-24. [Persian]
2. Tayebi Z, Borimnejad L, 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.
3. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. Jama. 2004;292(6):736-7.
4. Nasiri M, Rahimiyan B, Jahanshahi M, Hajiyan K, Nikfar J. Stressors associated with hospitalization in the stressful cardiac care unit. Iran J Crit Care Nurs. 2011;4(3):141-8. [Persian]
5. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojazadeh M, Sheikhalipour Z. The Personal Social Factors of Nurses Beliefs about Open Visiting in ICU of Sina-Tabriz Hospital: Based on Reasoned-Action Theory of Ajzen-Fishbein. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2010;32(9):56-0.
6. Alizadeh R, Pourshaikhian M, Emami-Sigaroodi A, Kazemnejad-Leili E. Visiting in intensive care units and nurses' beliefs. Iranian Journal of Nursing Research. 2015;10(2):11-21.
7. Shorofi SA, Jannati Y, Roohi Moghaddam H. The psychosocial needs of the families of the patients admitted to intensive care units: A review of literature. Clinical Excellence. 2014;3(1):46-57.
8. Salavati M, Najafvandzadeh M, Oshvandi K, Homayonfar PDS, Soltanian A. The effects of programmed visiting on physiological indexes in CCU patients. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2012;20(3):43-53. [Persian]
9. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. American journal of critical care. 2004;13(3):194-8.
10. Loiselle CG, Gélinas C, Cassoff J, Boileau J, McVey L. A pre–post evaluation of the Adler/Sheiner Programme (ASP): A nursing informational programme to support families and nurses in an intensive care unit (ICU). Intensive and Critical Care Nursing. 2012;28(1):32-40.
11. Basiri Moghadam M, Jani MR, Razm Ara MR, Hamzei A, Mohseni Zadeh SM, Sarvari MH. The effect of regular family caregivers' supportive meeting on physiologic parameters in CVA Patients in Intensive Care Unit. Medical-Surgical Nursing Journal. 2015;4(3):61-8.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]

12. Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. Heart & Lung. 2007;36(5):367-76.
13. Tyrie LS, Mosenthal AC. Care of the family in the surgical intensive care unit. Surgical Clinics. 2011;91(2):333-42.
14. Acaroglu R, Kaya H, Sendir M, Tosun K, Turan Y. Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. Neurosciences. 2008;13(1):41-5.
15. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. Intensive and Critical Care Nursing. 2011;27(5):263-72.
16. Papathanassoglou ED. Psychological support and outcomes for ICU patients. Nursing in critical care. 2010;15(3):118-28.
17. Monroe M, Wofford L. Open visitation and nurse job satisfaction: An integrative review. Journal of clinical nursing. 2017;26(23-24):4868-76.
18. Rahmani R, Ahmadian Yazdi R, Motahedian Tabrizi E, Rahimi A. To assess the effect of planed meeting on the physiologic indicators of the patients who suffer from Acute Coronary Syndrome. Journal of Critical Care Nursing. 2013;6(1):57-64. [Persian]
19. Ahmadian R, Rahimi A, Motahedian E. Effect of scheduled visiting on hospital anxiety and depression of hospitalized acute coronary syndrome patient in cardiac careunit in Baqiyatallah hospital. J Mil Psychol. 2013;4(2):13.
20. Khaleghparast S, Joolaee S. Visiting hours in Intensive Care Units: Is the time for change. Cardiovasc Nurs J. 2013;2(1):62-8.
21. Zolfaghari M, Haghani H, Mahdavi-Shahri S, Asadi-Noghabi A. Nurses viewpoint about visiting in coronary care unit. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2014;2(4):16-24. [Persian]
22. Ghrbani S, Basirinezhad MH, Heydarinejad F, Nakhaee S, Kavosi A. Data on the attitudes of nurses and patient ′s family regarding the family presence in the intensive care unit in Birjand, Iran. Data in brief. 2018;20:1561-7.
23. Hoseini Azizi T, Hasanzadeh F, Ehsaee M, Esmaily H, Khoshbakht S. The impact of patient's families supportive presence on the attitudes of Intensive Care Unit nurses in this Unit .Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2013;12(9):719-32.[Persian]
24. Seyedfatemi N, Mohammadi N, Hashemi S. Promoting patients health in intensive care units by family members and nurses: A literature review. Journal of Education and Health Promotion. 2020;9(1):114.
25. 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.
26. Yakubu YH, Esmaeilie M, Navab E. Nurses Beliefs And Attitudes Towards Visiting Policy In The Intensive Care Units Of Ghanaian Hospitals. Advances in Bioscience and Clinical Medicine. 2018;6(4):25-32.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14 ]