

مقاله پژوهشی

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دوره ۳۲ شماره ۳ مرداد و شهریور ۱۳۸۹ صفحات ۵۶-۵۰

تاثیر ملاقات آزاد بر باور پرستاران شاغل در بخش آی سی یو نسبت به آن در بیمارستان سینا براساس تئوری عمل مبتنی بر دلیل آجزن و فیش بین

شهرزاد غیاثوندیان: گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
عباس عباس زاده: گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
مرتضی قوجازاده: گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

زهرا شیخ علیپور: گروه داخلی - جراحی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

Email:samveis@yahoo.com

دریافت: ۸۸/۲/۲۷، پذیرش: ۸۷/۶/۳۱

چکیده

زمینه و اهداف: بستری شدن در بخش‌های ویژه به عنوان یک بحران برای بیمار و خانواده بوده و موجبات استرس و نگرانی شدیدی برای آنان می باشد پرستاران نیز در برخورد با پدیده ملاقات خانواده از بیماران بستری در بخش ویژه رفتارهای مختلفی از خود نشان می‌دهند که از دلایل آن می‌تواند بروز مشکلات مختلف برای بیماران بستری و نیز بروز مشکلاتی در اداره بخش باشد. سیاست ملاقات خانواده از بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه در حال حاضر دارای محدودیتهای بسیاری می‌باشد. این مطالعه بر اساس تئوری "عمل بر پایه دلیل آجزن و فیش بین" انجام شده است. هدف این مطالعه تحلیل تاثیر تغییر خط مشی ملاقات آزاد روی باور پرستاران در مورد مراقبت پرستاری است.

روش بررسی: یک مطالعه نیمه تجربی طراحی شد. به دلیل مخالفت با اعمال تغییر در شیوه ملاقات در سطح وسیع لذا نمونه شامل ۱۴ نفر پرستار شاغل در بخش مراقبتهای ویژه از یک بیمارستان آموزشی در تبریز بود که هر یک در دو نوبت یک پرسشنامه محقق ساخته را تکمیل می کردند. پرسشنامه با معیار لیکرت و تعداد ۲۸ سوال در مورد عوامل فردی و اجتماعی باور پرستاران در باره تغییر خط مشی ملاقات از محدود به آزاد طراحی گردید و روایی و پایایی آن محاسبه شد. و سپس داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.15.0/win مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که باور پرستاران قبل از تغییر در خط مشی ملاقات منفی بود، بر اساس معیار با حداکثر نمره ۴، میانگین نمرات $76/71 \pm 6/31$ بود و بعد از آزاد کردن ملاقات میانگین نمرات $5/94 \pm 79/64$ بود. تفاوت توزیع نمرات باور پرستاران قبل و بعد از تغییر خط مشی ملاقات معنی دار بود ($P=0/028$) و رابطه بین باورپرستاران با عوامل اجتماعی معنی دار نبود ($r=0/053$ $P=0/85$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه عامل غالب در باور پرستاران در بین عوامل اجتماعی به ویژه نقش همکاران و سوپروایزران و سیاست گذاری و مدیریت بود.

کلید واژه ها: باور، ملاقات آزاد، بخش مراقبتهای ویژه، تئوری عمل مبتنی بر دلیل

مقدمه

در حال حاضر و به منظور ایجاد انعطاف ملاقات و کاهش محدودیت‌ها، تصمیم گرفته شد با کمک تئوری آجزن و فیش بین، اثر یک عامل اجتماعی مانند تغییر در خط مشی ملاقات بیمارستان در یک سطح محدود یعنی در بخش مراقبت‌های ویژه بر باور پرستاران مورد بررسی قرار داده شود مشابه کاری که گیولیانو^۱ و همکاران (۲۰۰۰) برای ایجاد تغییر در سیاست ملاقات و مارکو و همکاران (۲۰۰۶) به منظور به حداکثر رساندن انعطاف در ملاقات، انجام داده‌اند (۱۹، ۲).

مواد و روش‌ها

هدف از مطالعه تعیین تفاوت در باور پرستاران به دنبال اعمال ملاقات آزاد در بخش مراقبت‌های ویژه بود. این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بوده، که در یک بخش (۶ تختخوابی) مراقبت‌های ویژه جراحی بیمارستان دانشگاهی سینا (تبریز - ایران) اجرا شده است.

حجم نمونه متشکل از تعداد ۱۴ نفر از پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه جراحی بیمارستان سینا تبریز بود، که همگی دارای درجه لیسانس پرستاری و ۱۲ نفر زن بودند. روش نمونه‌گیری از پرستاران بصورت تمام شماری بود. ابزار گردآوری بکار رفته برای استخراج اثر سیستم ملاقات آزاد بر باور پرستاران درباره مراقبت از بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه پرسشنامه و دارای چندین بخش بود:

به منظور دستیابی به اطلاعاتی در مورد باور پرستاران درباره ملاقات آزاد، از یک پرسشنامه ۲۸ سوالی با معیار لیکرت، دارای ۲۳ سوال مثبت و ۵ سوال منفی که به دو بخش (بخش اول شامل ۱۷ سوال مربوط به عوامل فردی یا شخصی و بخش دوم با ۱۱ سوال در مورد عوامل اجتماعی که بر اساس تئوری آجزن و فیش بین ساخته شده بود)، استفاده شد. این معیار امکان ۴ نوع پاسخ را از چهار به معنی کاملاً موافق، سه موافق، دو مخالف و یک کاملاً مخالف فراهم می‌کرد. در هنگام محاسبه نهایی، نمره سوالات منفی (شماره‌های ۱۱، ۴، ۱۷، ۱۶، ۱۳) برعکس شد و میانگین نمره کل مقیاس همراه با زیر مقیاس‌ها محاسبه گردید. نمره بالا (ماکزیمم ۴) نشان دهنده این بود که باور پرستار نسبت به آزاد شدن سیستم ملاقات مثبت است. نتایج اندازه‌گیری پایایی، آلفای کرونباخ بدست آمده برای مقیاس باور ۰/۷۷ (زیر مقیاس عوامل فردی ۰/۷۶ و زیر مقیاس عوامل اجتماعی ۰/۶۰) بود.

بخش دیگر داده‌ها در مورد مشخصات دموگرافیک اعم از داده‌های شخصی و حرفه‌ای پرستاران شامل سن، وضعیت تاهل، داشتن فرزند، تجربه کار در بخش مراقبت‌های ویژه، نوع استخدام، سابقه کار بود. سه سوال (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) می‌شد بطور جداگانه به سوالات بخش دموگرافیک اضافه گردید. محقق خود مسئول نمونه‌گیری بود. در ضمن ملاقات فردی کوتاهی با پرستاران، آنها را از اهداف پژوهش آگاه نموده و

از آنجایی که خانواده و زندگی خانوادگی بخش اساسی از سلامت هر فردی است و خانواده به لحاظ اهمیت و نقش بسزایی که برای بیمار دارد باید در برنامه مداخلات پرستاری به اندازه خود بیمار مهم تلقی شود امروزه محیط مراقبت شامل بیماران و خانواده بوده و مراقبت کلی، مراقبت از خانواده و بیمار را در بر می‌گیرد (۱، ۲، ۳، ۴، ۵). اما بنا به دلایلی همیشه این تداوم در مشارکت خانواده امکان پذیر نیست و خانواده از بیمار دور می‌شود. یکی از این موارد بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه است که بدلیل ساختار و فلسفه این گونه بخشها حضور اعضای خانواده ممنوع و ملاقاتها به شدت محدود می‌شوند (۲، ۶). در حال حاضر تقریباً در کلیه بیمارستانهای آموزشی در ایران این محدودیتها اعمال می‌شود. که از جمله علل آن وجود این باور در بین پرستاران است که حضور اعضای خانواده بر خطر عفونت می‌افزاید، موجب وقفه در استراحت بیمار شده و تغییرات فیزیولوژیکی مانند تاکی کاردی، آریتمی، هیپرتانسیون، اضطراب را در بیماران موجب می‌شود. بهر حال موضوع ملاقات از بیماران هم به لحاظ انسانی و هم در دین اسلام، یک وظیفه توأم با اجر و پاداش معنوی و یک وظیفه انسانی است.

نتایج مطالعه مارکو^۱ و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که ۸۴٪ از پرستاران عقیده داشتند که حضور اعضای خانواده بعضی از مراقبتها و درمانها را قطع کرده و به تعویق انداخته و موجب عدم رضایت و افزایش درد بیماران شده است.

مارکو (۲۰۰۶) می‌نویسد نحوه رفتار پرستاران با ملاقات کنندگان بیماران، منبعث از باورهای آنان درباره اثرات ملاقات می‌باشد و باور افراد عاملی تاثیر گذار بر تصمیمات و قصد انجام و رفتار خاص است (۷). در مقالات منتشر شده در سالهای اخیر ضمن رد اثرات مغایر و منفی ملاقات، اثرات سودمندی نیز از حضور خانواده در کنار بیماران مطرح گردیده است (۲).

به این دلایل امروزه شاهد هر چه بیشتر شدن تمایل به رفع ممنوعیت‌های ملاقات در اینگونه بخشها می‌باشیم. در کشور ما تحقیقی که نشان دهد وضعیت ملاقات در بخشهای ویژه چه تاثیری بر باور پرستاران و خانواده بیماران بستری دارد انجام نشده است.

هدف مطالعه حاضر مورد خطاب قرار دادن این محدودیتها با اقتباس یک رویکرد تئوریک و متدولوژیک تحت عنوان تئوری عمل مبتنی بر دلیل (آجزن و فیش^۲ بین ۱۹۸۰) بوده است، اگرچه این تئوری توسط کرچهوف^۳ و همکاران (۱۹۹۳) و سیمپسون^۴ و همکاران (۱۹۹۶) به منظور فهمیدن رفتار پرستاران در مورد ملاقات مورد استفاده واقع شده (۸، ۹)، و در حیطه‌های مراقبت سلامت از این تئوری استفاده شده است (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷)، اما این رویکرد پیش از این در مطالعه ای مداخله ای در مورد اثر یکی از عوامل باور در بخش مراقبت‌های ویژه بکار برده نشده است.

ملاقات کنندگان در مرحله قبل از مداخله ۲۸/۶ درصد از پرستاران تجربه مثبت، ۷/۱ درصد تجربه منفی و در مرحله بعد از مداخله ۳۵/۷ درصد تجربه مثبت داشتند و ۶۴/۳ درصد دارای تجربه مثبت و نیز تجربه منفی در مرحله قبل و بعد از مداخله بودند.

با توجه به اینکه در ارتباط با ملاقات کنندگان در مرحله قبل از مداخله ۲۸/۶ درصد از پرستاران تجربه مثبت و موافق با حضور ملاقات کننده در بخش بودند و ۷۱/۴ درصد از پرستاران با حضور خانواده در بخش مخالف بودند بعد از گذشت یک ماه از اعمال تغییر و آزاد کردن ملاقات در بخش، میزان مخالفت به ۵۷/۱۴ درصد کاهش پیدا کرد و نیز ۴۲/۸۵ درصد از پرستاران موافق با آزاد شدن ملاقات شدند.

همچنین نتایج نشان داد که بین باور پرستاران با داشتن تجربه بستری خود یا نزدیکان در ICU با متغیرهای باور، عوامل فردی و اجتماعی رابطه معنی داری وجود نداشت ($P = 0/057$ ، $P = 0/095$ ، $P = 0/108$). همچنین رابطه بین باور پرستاران با مشخصات دموگرافیک سن، سابقه کار و سابقه کار در ICU رابطه معکوس و معنی دار ($P = 0/038$ ، $r_s = -0/055$ ، $P = 0/01$ ، $r_s = -0/066$ ، $P = 0/038$ ، $r_s = -0/056$ و با جنس، وضعیت تاهل رابطه معنی داری وجود نداشت ($P = 0/26$ ، $r_s = 0/055$ ، $P = 0/69$ ، $r = 0/19$) (=).

نتایج نشان می دهد که میانگین نمره کل باور پرستاران در مرحله قبل از مداخله $76/71 \pm 6/31$ و بعد از مداخله $79/64 \pm 5/94$ بوده که نشان دهنده مثبت تر شدن باور پرستاران بعد از آزاد کردن ملاقات بود و براساس آزمون ویلکاکسون تفاوت معنی داری وجود داشت ($P = 0/038$) همچنین میانگین نمره عامل اجتماعی در مرحله قبل از مداخله $21/57 \pm 3/67$ و بعد از مداخله $21/64 \pm 2/40$ بوده که براساس آزمون ویلکاکسون تفاوت معنی داری در قبل و بعد مشاهده نشد ($P = 0/90$). میانگین نمره عامل فردی در مرحله قبل از مداخله $43 \pm 4/32$ و بعد از مداخله $46/28 \pm 5/46$ بود و آزمون ویلکاکسون تفاوت معنی داری بین توزیع نمرات قبل و بعد از آزاد کردن ملاقات وجود داشت ($P = 0/022$).

بحث

نتایج نشان می دهند که در دو مرحله قبل و بعد از آزاد کردن ملاقات باور پرستاران برای حضور خانواده در بخش تفاوت اساسی داشته و تعداد کسانی که موافق حضور خانواده بودند افزایش داشته است. این امر نشان می دهد که پرستاران احساس مثبت تری در مورد ملاقات خانواده در بخش مراقبتهای ویژه دارند. اکثر پرستاران دارای تجربه مثبت و منفی در برخورد با ملاقات کنندگان بوده اند که تجربه منفی ناشی از اضطراب و نگرانی خانواده به علت بستری بودن فرد مورد علاقه شان در ICU و مشغله زیاد پرستاران در مراقبت از بیماران بدحال بوده که بر کیفیت ارتباط آنها تاثیر داشته است.

رضایت نامه آگاهانه از آنها گرفته می شد. این پرستاران قبول می کردند که پرسشنامه را بدون ذکر نام تکمیل نمایند. به منظور کاهش سوگیری احتمالی این فرایند در کوتاهترین زمان ممکن یعنی ۴۵ دقیقه گردآوری گردید. از شرکت کنندگان خواسته شد تا تکمیل پرسشنامه ها هیچ نوع اظهار نظری در خصوص آن به دیگر همکاران ارائه نمایند.

کمیته اخلاق دانشگاه رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش را تأیید نمود. هر یک از پرستاران برای شرکت و تکمیل پرسشنامه و ترک کردن مطالعه هر زمان که مایل باشند، آزاد بودند. فرمهای رضایت نامه آگاهانه توسط آنها قبل از تکمیل پرسشنامه امضا شد.

پرسشنامه یک بار قبل از مداخله و بار دیگر در پایان یک ماه کاری در اختیار پرستاران قرار داده شد. به منظور تصدیق ثبات درونی مقیاس اندازه گیری استفاده شده در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ تعیین شد. داده های بدست آمده از مطالعه بوسیله روشهای آماری توصیفی (میانگین \pm انحراف معیار و فراوانی - درصد)، آزمون رابطه مجذور کاری، آزمون ناپارامتری ویلکاکسون جهت مقایسه میانگین نمرات قبل و بعد از مداخله و ضریب همبستگی اسپیرمن و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.15.0/win مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

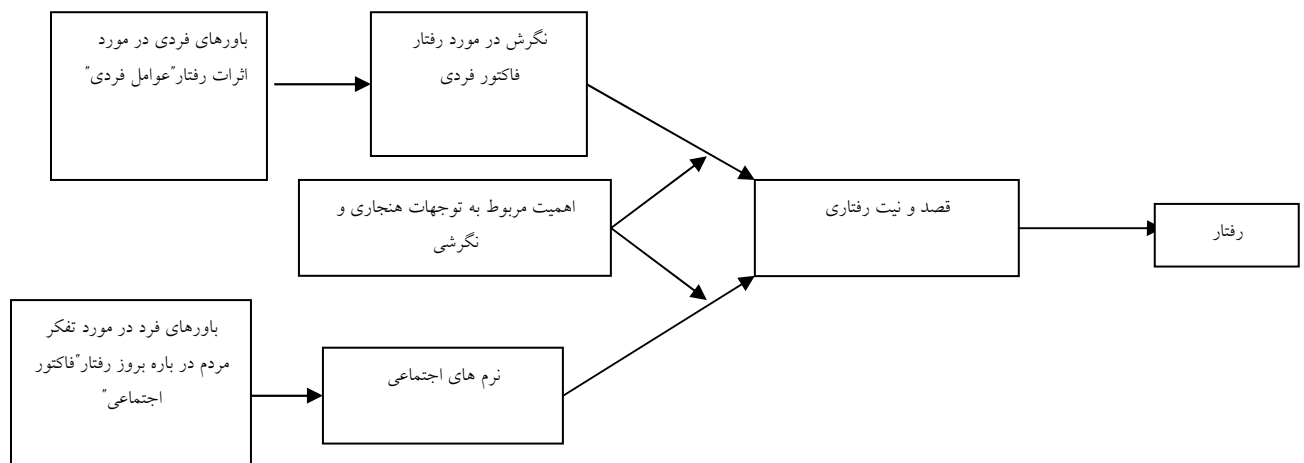
نتایج نشان داد که میانگین سنی پرستاران شرکت کننده در مطالعه ۲۹/۶۴ سال و انحراف استاندارد ۲/۷۰ سال بود (محدوده سنی ۲۹-۳۹ سال). حداکثر با ۵۷/۱ درصد بین ۵-۰ سال سابقه کار و ۷۸/۶ درصد بین ۵-۰ سال سابقه کار در ICU را داشتند. همه پرستاران شرکت کننده در پژوهش دارای مدرک کارشناسی پرستاری و حداکثر با ۷۸/۶ درصد استخدام پیمانی بوده و ۸۵/۷ درصد از آنان زن، ۶۴/۳ درصد متاهل و همه دارای فرزند بودند. بر اساس مقیاس بررسی باور، میانگین نمره پرستاران بر اساس حداکثر نمره ۴ و حداقل نمره ۱، قبل از مداخله $76/71 \pm 6/31$ و بعد از مداخله $79/64 \pm 5/94$ محاسبه گردید. نتایج مربوط به هر آیت، اثر ملاقات آزاد روی عوامل فردی (جدول ۱) و عوامل اجتماعی (جدول ۲) و در کل باور پرستاران را نشان می دهد.

در مورد سوال «داشتن سابقه قبلی بستری شدن خود یا اعضای خانواده خود در بخش ICU»، ۴۲/۹ درصد از پرستاران پاسخ دادند «بلی»، ۵۷/۱ درصد «خیر» و از میان کسانی که دارای تجربه بستری بودند ۱۶/۷ درصد دارای تجربه مثبت، ۳۳/۳ درصد دارای تجربه منفی و ۵۰ درصد از آنان هم تجربه مثبت و هم تجربه منفی داشتند. همچنین نتایج نشان داد که قبل از مداخله ۲۸/۶ درصد از پرستاران موافق حضور خانواده در بخش بودند که این رقم بعد از مداخله به ۴۲/۸۵ درصد افزایش پیدا کرد. در مرحله قبل از مداخله ۷۱/۴ درصد از آنان با حضور خانواده در بخش مخالف بودند که بعد از مداخله این رقم به ۵۷/۱۴ درصد کاهش پیدا کرد در ارتباط با

پرستاران برخوردار شده و اطلاعات زیادی را در مورد بیمار از پرستاران کسب می‌کند. همچنین اکثر پرستاران با فراوانی بالا در مرحله بعد از مداخله بر این باور بودند که حضور خانواده در کنار بیمار رضایت آنان را افزایش می‌دهد. اکثر پرستاران در هر دو مرحله معتقد بودند که خانواده با حضور در بخش از ارائه مراقبت مطلوب به بیمار اطمینان حاصل می‌کند اگر چه در مرحله بعد از آزاد کردن ملاقات تعداد افرادی که بر این باور بودند کاهش یافته بود و این یافته می‌تواند ناشی از این امر باشد که مدت زمان حضور خانواده بر بالین بیمار کم بوده و نیز پرستاران در زمان حضور خانواده سعی می‌کردند تا وقت بیشتری را برای خلوت خانواده با بیمار اختصاص دهند و در نتیجه کمتر می‌توانستند خانواده را در جریان مراقبت‌های ارائه شده برای بیمار قرار دهند. نتایج مطالعات مشابه نشان می‌دهد که پرستار در ضمن دادن اطلاعات به خانواده، با بیمار و خانواده ارتباط برقرار کرده و خانواده از ارائه مراقبت مطلوب به بیمارشان مطمئن گشته و در رفع نیازهایی مثل کسب اطلاعات و سازگاری با بحران پیش آمده به آنان کمک می‌کند و این امر بنوبه خود رضایت آنان را افزایش داده و به خانواده کمک می‌نماید تا با بیمار خود بهتر برخورد کرده و حمایت به عمل بیاورد (۲۰، ۵).

اکثر پرستاران در هر دو مرحله قبل و بعد بر این باور بودند که خانواده با حضور در کنار بیمار از وی حمایت عاطفی به عمل آورده و باعث کاهش اضطراب وی می‌گردد. همچنین پرستاران موافق تاثیر حضور خانواده در کاهش درک بیمار از درد بودند اما در مرحله بعد از مداخله میزان موافقت با این تاثیر کمتر بود که این می‌تواند ناشی از حضور خانواده مضطرب و نگران که گاهاً بر بالین بیمار اشک می‌ریزند باشد که هنوز با وضعیت موجود کنار نیامده و قادر به حمایت خوب از بیمار نمی‌باشند (۵). اکثر پرستاران خصوصاً در مرحله بعد از مداخله حضور خانواده را عاملی بر ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی (هیپرتانسیون، تاکی کاردی و...) در بیماران می‌دانستند. همچنین پرستاران با درصد فراوانی بالائی در مرحله بعد از مداخله بر این باور بودند که حضور خانواده در کنار بیمار موجب تسریع روند بهبودی آنان می‌باشد. طی مطالعه مشابهی که توسط سیمپسون^۱ (۱۹۹۶) و مارکو (۲۰۰۶) و همکاران انجام شد مشخص گردید که پرستاران بر این باور بودند که خانواده با حضور در کنار بیمار از وی حمایت عاطفی به عمل آورده و میل به زندگی را در بیمار افزایش می‌دهند. همچنین پرستاران حضور خانواده را عاملی بر ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی در بیماران می‌دانستند اما براساس باور آنها این تغییرات بعد از ۱۰ دقیقه به حالت نرمال قبل می‌رسید (۹، ۲).

اکثر پرستاران در هر دو مرحله قبل و بعد از آزاد کردن ملاقات بر این باور بودند که در طی ملاقات خانواده از حمایت روحی توسط



شکل ۱: تئوری مبتنی بر عملکرد آجزن و فیش بین (هوک^۱ ۲۰۰۲)

جدول ۱: عوامل فردی باور پرستارنسبت به مراقبت قبل و بعد از اترملقات آزاد (N= ۱۴)

عوامل فردی باور پرستار	قبل		بعد	
	موافق	مخالف	موافق	مخالف
حمایت عاطفی از بیمار	۹۲/۸	۷/۱	۹۲/۸	۷/۱
کاهش درک بیمار از درد	۷۸/۶	۲۱/۴	۷۱/۴	۲۸/۶
تغییرات فیزیکی در بیمار (هیپر تانسیون...)	۶۴/۲	۳۵/۷	۷۸/۶	۲۱/۴
افزایش رضایت خانواده	۷۱/۴	۲۸/۶	۸۵/۷	۱۴/۳
تداخل در استراحت بیمار	۷۸/۵	۲۱/۴	۷۱/۴	۲۸/۶
کاهش اضطراب بیمار	۸۵/۷	۱۴/۳	۸۵/۷	۱۴/۳
کسب اطلاعات بیشتر در مورد بیمار توسط خانواده	۸۵/۷	۱۴/۳	۸۵/۷	۱۴/۳
برخورداری خانواده از حمایت روحی پرستاران	۹۲/۸	۷/۱	۹۲/۸	۷/۱
اطمینان از ارائه مراقبت مطلوب به بیمار	۹۲/۸	۷/۱	۸۵/۷	۱۴/۳
تداخل حضور خانواده با مراقبتهای پرستاری	۸۵/۷	۱۴/۳	۵۰	۵۰
کسب اطلاعات در مورد بیمار از خانواده	۸۵/۷	۱۴/۳	۹۲/۸	۷/۱
افزایش بار مسئولیتی پرستار با حضور خانواده	۷۱/۴	۲۸/۵	۵۰	۵۰
افزایش روند بهبودی بیمار	۴۲/۹	۵۷/۲	۵۷/۱	۴۲/۹
کمک به پرستار در ارائه مراقبتهای پرستاری	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰
صرف وقت بیشتر جهت دادن اطلاعات به خانواده	۶۴/۳	۳۵/۷	۵۰	۵۰
عدم ارائه مراقبت مطلوب در حضور خانواده	۷۸/۵	۲۱/۴	۵۷/۲	۴۲/۸
افزایش رضایت شغلی پرستار با حضور خانواده	۲۸/۶	۷۱/۵	۵۰	۵۰
	M±SD		M±SD	
	43± 4/32		46/28± 5/46	
	Pvalue		P=0/02	

جدول ۲: عوامل اجتماعی باور پرستارنسبت به مراقبت قبل و بعد از اترملقات آزاد (N= ۱۴)

عوامل اجتماعی باور پرستار	قبل		بعد	
	موافق	مخالف	موافق	مخالف
تاثیر میزان اهمیت مسئولین به کار پرستار	۸۵/۷	۱۴/۳	۸۵/۷	۱۴/۳
اهمیت نظر همکار در مورد حضور خانواده	۸۵/۷	۱۴/۳	۹۲/۹	۷/۱
اهمیت نظر سرپرستار در مورد حضور خانواده	۵۷/۱	۴۲/۹	۹۲/۹	۷/۱
اهمیت نظر پزشک در مورد حضور خانواده	۹۲/۹	۷/۱	۷۸/۶	۲۱/۴
اهمیت نظر سوپروایزر در مورد حضور خانواده	۷۸/۶	۲۱/۴	۹۲/۹	۷/۱
اهمیت نظر خانواده در مورد حضور در کنار بیمار	۴۲/۹	۵۷/۱	۹۲/۹	۷/۱
تاثیر میزان وخامت حال بیمار بر حضور خانواده	۱۰۰	۰	۹۲/۹	۷/۱
تاثیر سیاست و مقررات بخش بر ملاقات	۱۰۰	۰	۹۲/۹	۷/۱
ملاک بودن نظر خود پرستار بر حضور خانواده	۶۴/۳	۳۵/۷	۴۲/۹	۵۷/۲
لزوم دادن اهمیت به نظر دیگران	۹۲/۹	۷/۱	۸۵/۷	۱۴/۳
تاثیر دیدگاه جامعه در مورد پرستار بر نحوه مراقبت	۷۸/۶	۲۱/۴	۸۵/۸	۱۴/۲
	M±SD		M±SD	
	21/57± 3/67		21/64± 2/40	
	Pvalue		P=0/90	

• بدلیل پراکندگی کمتر داده ها برای گزینه های کاملاً موافقم و کاملاً مخالفم، این دو با گزینه های موافقم و مخالفم ادغام گردید.

بخش به آنها در ارائه مراقبتهای پایه پرستاری کمک می نماید که معیار نتایج تحقیق انجام شده توسط مارکو (۲۰۰۶) و چسلا (۱۹۹۷) است که پرستاران خانواده را عاملی بر قطع و به تعویق افتادن مراقبتهای پرستاری دانسته و معتقدند که آنها در ارائه مراقبتهای پایه پرستاری نمی توانند به پرستاران کمک نمایند (۲).

اگر چه اکثر پرستاران در مرحله قبل از آزاد کردن ملاقات حضور خانواده را عاملی بر قطع مراقبتهای پرستاری می دانستند اما در مرحله بعد تعداد کسانی که بر این باور بودند کاهش یافته بود. همچنین یافته ها نشان داد حدود نیمی از پرستاران قبل و بعد از آزاد کردن ملاقات در بخش معتقد بودند که خانواده با حضور در

کم را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۲۵، ۲۶). بریکزینسکی (۲۰۰۶) بیان می‌دارد که مشارکت خانواده در مراقبت از بیمار می‌تواند تحت تاثیر درک پرستار از نیازهای خانواده قرار گیرد. نیازهایی مثل کسب اطلاعات در مورد بیمار، حضور بر بالین بیمار و... که باید بخوبی بررسی و برآورده شوند. اما پرستاران - علیرغم اکثر مطالعات انجام یافته - باز بر مراقبت از بیمار متمرکز شده و کمتر به بررسی نیازهای خانواده می‌پردازند که در نتیجه ممکن است به محدود کردن ملاقات اقدام ورزند (۲۵).

اکثر پرستاران در مرحله بعد از آزاد کردن ملاقات، میزان اهمیتی که مسئولین به کادر پرستاری داده و دیدگاه جامعه در مورد پرستار را عاملی تاثیر گذار در ارائه مراقبت آنها به بیمار می‌دانستند که این مورد در توافق با یافته‌های مطالعه غیاثوندیان و همکاران (۲۰۰۸) می‌باشد (۲۷). همچنین یافته‌ها نشان داد که پرستاران به نظر خود در مورد حضور خانواده کمتر از بقیه اهمیت داده که این نشان دهنده تاثیرپذیر بودن آنها از نظرات و باورهای دیگران می‌باشد، همچنین به دلیل ماهیت کار تیمی و همکاری و هماهنگی در بین پرستاران، آنها ناگزیر از در نظر گرفتن نظر دیگر اعضای تیم مراقبت از بیمار می‌باشند.

نتیجه گیری

در مطالعات انجام یافته براساس تئوری عمل مبتنی بر دلیل آجزن و فیش بین، به سهم عوامل اجتماعی - به عنوان یکی از عوامل پیش بینی‌کننده رفتار - در تغییر باور افراد کمتر پرداخته شده و سهم کمتری به آن در تغییر باورها داده‌اند. اما در مطالعه حاضر به بررسی آن پرداخته و مشاهده شد که این عوامل در تغییر باور افراد نقش دارند. بطوریکه با مداخله یا تغییر در بعضی از آنها می‌توان به تغییر در باور و رفتار افراد دست یافت.

اگر چه تفاوت آماری معنی داری در دو مرحله قبل و بعد در نمره عوامل اجتماعی مشاهده نگردید، اما در بین عوامل اجتماعی، نظر همکاران و سوپروایزر، بیشتر از سایر عوامل اجتماعی در تغییر باور پرستاران موثر بود. همچنین سیاست و مقررات حاکم بر بخش در مورد ملاقات، عاملی تاثیرگذار بر باور پرستاران و نوع برخورد آنان با پدیده ملاقات بود. که می‌توان با وضع قوانین جدید به پرستاران برای داشتن سیستم ملاقاتی با انعطاف بیشتر کمک نمود.

همچنین در این مطالعه آشکار شد که گردش بودن شیفت کاری پرستاران و داشتن فرزند در کسب نمره باور بالاتر (باور مثبت تر) عاملی تاثیر گذار است.

تقدیر و تشکر

محققان بر خود لازم می‌دانند تا مراتب سپاس خود را از کلیه پرستاران عزیز بخش مراقبت‌های ویژه جراحی و سوپروایزرها و مدیریت محترم بیمارستان سینا که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند، تقدیم نمایند.

۲۱). مطالعه ما در توافق با نتایج مطالعه هنمن^۲ (۱۹۸۹) نشان داد که حضور خانواده با ارائه مراقبت‌ها تداخلی نداشته است (۲۲) اگرچه هوپینگ^۳ (۱۹۹۲) طی مطالعه‌ای بیان کرده اگرچه ملاقات از نزدیک بیمار باعث قطع ارائه مراقبت نمی‌شود اما یک فشار اضافی به بیمار وارد می‌نماید (۲۳). نتایج مطالعات مشابه انجام گرفته در خصوص تاثیر ملاقات آزاد در ICU نشان می‌دهند که این نوع ملاقات برای خانواده مفید بوده و میزان رضایت آنها را افزایش داده و سطح اضطرابشان را کاسته و موجب کسب اطلاعات بیشتر و صحیح در مورد وضعیت بیمارشان گردیده است (۲، ۹، ۲۲).

همچنین نتایج نشان داد که اکثر پرستاران در هر دو مرحله و با فراوانی بیشتر در مرحله بعد از آزاد کردن ملاقات بر این باور بودند که اطلاعات زیادی را در مورد بیمار از خانواده در طی حضور در بخش کسب کرده که در ارائه مراقبت بهتر به آنان کمک می‌نماید. این یافته در توافق با نتایج مطالعات مشابه انجام شده نشان می‌دهد که ملاقات از نزدیک بیمار توسط خانواده، اطلاعات ارزشمندی را در مورد بیمار، عادات، عکس العمل‌های وی و... در اختیار پرستاران قرار می‌دهد و به آنان در برنامه ریزی و ارائه مراقبت بهتر کمک می‌نماید (۸، ۹، ۵، ۲).

نتایج حاصل از تحلیل ادراک پرستار از فشار اجتماعی درک شده در قالب تغییر خط مشی ملاقات از محدود به آزاد (برای اینکه به طریق دیگری عمل و رفتار کند) نشان داد که وخامت حال بیمار عامل بسیار تاثیرگذاری در اجرای خط مشی ملاقات آزاد از طرف پرستاران می‌باشد چرا که بدلیل بدحال بودن بیمار و لزوم اجرای پروسیجرهای اورژانسی برای حفظ جان بیمار، پرستاران از ورود خانواده به بخش در طی این مدت خودداری می‌ورزند. اما در زمانی که بیمار بسیار بدحال است و بعد از اجرای اقدامات لازم برای بیمار، بدلیل بیم از فوت بیمار اکثر پرستاران برای وداع خانواده با بیمار و آرامش بخشیدن به آنها، اجازه حضور خانواده را بر بالین بیمار می‌دهند. نتایج مطالعه فراید^۴ (۲۰۰۷) در مورد حضور خانواده بر بالین بیمار در حال مرگ نشان داد که پرستاران موافق ملاقاتهای زمان مرگ بوده و خواستار ایجاد تسهیلاتی جهت حضور همراهان بر بالین بیمار بوده و تلاش می‌کنند تا محیط خلوتی را برای خانواده فراهم سازند تا با بیمار خود در آرامش وداع نمایند (۲۴).

همچنین پرستاران به نظر همکاران خود و سوپروایزر کشیک در مورد حضور خانواده در بخش بیش از نظر سرپرستار اهمیت داده و اهمیت به نظر پزشک بعد از سرپرستار قرار داشت که احتمالاً بدلیل حضور کمتر پزشکان در بخش می‌باشد. نتایج مطالعه بریکزینسکی^۵ (۲۰۰۶) کویر^۶ (۲۰۰۷) که به بررسی پرستاری خانواده محور در بخش مراقبت‌های ویژه پرداخته بودند، نشان داد که نگرش و باور پرستاران در مورد خانواده بیماران بستری در این بخش‌ها می‌تواند تحت تاثیر سلسله مراتب، سیاست‌ها، فلسفه سازمانی و دیگر همکاران قرار گیرد. همچنین پرستاران ارشد - با سابقه و تجربه بالا - نگرش و باور پرستاران بی تجربه و با سابقه

1- Chesla

2- Henneman

3- Hopping

4- Fridh

5- Brykczynski

6- Coyer

References:

1. Abbas-Zadeh A, Abazry F, Amin MR. Psychosocial needs of hospitalized patient's family in intensive care unit. *Mashhad Journal of Nursing and Midwifery Faculty* 1378; **2**: 7-13.
2. Marco I, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall M. Intensive Care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *J Nursing in Critical Care* 2006; **11**(1): 33-41.
3. Colleen EG, Diane LC, Jeanne SE, Patricia AF, Heather JV. Visiting Preferences of Patients in the Intensive Care Unit and in a Complex Care Medical Unit. *American Journal of Critical Care* 2004; **13**(3): 194-198.
4. Lee LYK, Yee LL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clinical Nursing* 2003; **12**, 490-500.
5. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs* 2007; **57**(6): 623-630.
6. Farrell ME, Dayle HJ, and Donna SB. Visiting Hours in the ICU: Finding the Balance among Patient, Visitor and Staff Needs. *J Nurs Forum* 2005; **40**(1): 7-12.
7. Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current Practices Regarding visitation policies in critical care units. *American J Critical Care* 1997; **6**: 210-217.
8. Kirchoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *American J Critical Care* 1993; **2**: 238-245.
9. Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and Evaluation of a liberalized visiting policy. *American J Critical Care* 1996; **5**(6): 420-426.
10. Bos A, Hoogstraten J, Prah-Andersen B. The theory of reasoned action and patient compliance during orthodontic treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; **33**: 419-426.
11. Puffer S, Rashidian A. Practice nurses' intentions to use clinical guideline. *J Adv Nurs* 2004; **47**(5): 500-509.
12. Swanson V, Power KG. Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behavior. *J Adv Nurs* 2005; **50**(3): 272-282.
13. Mckinlay A, Couston M, Cowan S. Nurses' behavioural intentions towards self-poisoning patients: a theory of reasoned action, comparison of attitudes and subjective norms as predictive variables. *J Adv Nurs* 2001; **34**(1): 107-116.
14. Mckinlay A, Cowan S. Student nurses' attitudes towards working with older patients. *J Adv Nurs* 2003; **43**(3): 298-309.
15. Syrjälä AMH, Niskanen MC, Knuutila MLE. The theory of reasoned action in describing tooth brushing, dental caries and diabetes adherence among diabetic patients. *J Clin Periodontol* 2002; **29**: 427-432.
16. Werner P, Mendelsson G. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *J Adv Nurs* 2001; **35**(5): 784-791.
17. Donald I, Cooper SR. A fact approach to extending the normative component of the theory of reason. *The British Journal of Social Psychology* 2001; **40**: 599.
18. Hogg MA, Vaughan GM. *Social Psychology*, 3rd ed. London, Prentice Hall, 2002; PP: 158.
19. Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quirk PA, Wood J. A quality-improvement approach to meeting the needs of critically ill patients and their families. *J Dimensions Critical Care Nurs* 2000; **19**: 30-34.
20. Coulter MA. The needs of family members of patients in ICU. *J Intensive Care Nursing* 1989, **5**(1): 4-10.
21. Chesla CA. Reconciling technologic and family care in critical care nursing. *Image. J Nurs Scholarship* 1997; **28**(3): 199-203.
22. Henneman EA, Cardin S, Papillo J. Open visiting hours in the critical care setting. *NTI Res Abstr* 1989; **18**: 291-292.
23. Hopping BL. A study of factors associated with CCU visiting policies. *J Critical Care Nurse* 1992; **12**(2): 8-15.
24. Fridh I, Forsberg A, Bergbom I. Family presence and Environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; **51**: 395-401.
25. Brykczynski KA. Patricia Benner from Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. In: *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. Philadelphia, Mosby Inc, 2006; PP: 140-166.
26. Coyer F, Courtney M, O'Sullivan J. Establishing an action research group to explore family-focused nursing in the intensive care unit. *International J Nurs Practice* 2007; **13**: 14-23.
27. Ghiyasvandian Sh, Abedi HA, Zamanzadeh V, Navali M. An exploring on the behavioral Principles and the Values Related to Human Care: Heideggerian Hermeneutic Analysis of the Clinical Nurses Living Experiences. *The Soc Sci* 2008; **3** (6): 473-483.