مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۲، آذر ۱۳۹۲، ۷۳۲-۷۱۹

تأثیر حضور خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بر نگرش پرستاران این بخش

طوبا حسینی عزیزی[۱]، فرزانه حسن‌زاده[۲]، محمدرضا احصایی[۳]، حبیبا... اسماعیلی[۴]، شمس‌الملوک خوشبخت[۵]

دریافت مقاله: ۹۱/۶/۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۱/۶/۲۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۱/۹/۲۰ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: با وجود تأثیر مثبت خانواده بر بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، به دلیل نگرانی‌هایی چون تهدید ایمنی بیمار و افزایش عفونت‌های بیمارستانی، حضور خانواده در این بخش‌ها محدود شده است. تصحیح نگرش پرستاران می‌تواند بستر مناسب برای حضور خانواده بیمار و استفاده از اثرات مثبت آن را فراهم نماید. لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر حضور خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بر نگرش پرستاران این بخش انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی در فاصله زمانی اسفند ماه ۱۳۸۹ تا مرداد ماه ۱۳۹۰ روی ۴۵ پرستار بخش‌های مراقبت ویژه اعصاب بیمارستان شهید کامیاب مشهد انجام شد. از پرسش‌نامه‌ای شامل ۱۴ سؤال و سه زیر مجموعه بر اساس معیار لیکرت برای بررسی نگرش پرستار نسبت به حضور خانواده بیمار قبل و بعد از مداخله استفاده شد. مداخله حضور یکی از اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه دو بار در روز بود. داده‌ها توسط آزمون‌های t زوجی و فریدمن تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بین نمره نگرش پرستاران قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت (p=۰/۸۱۰). بین تغییرات نمره نگرش پرستاران و بخش محل خدمت اختلاف معنی‌دار یافت شد (p=۰/۰۰۸). مقایسه تغییرات نمره کسب شده از هر سؤال پرسش‌نامه بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین رتبه کسب شده از ۱۴ سؤال نشان داد (p=۰/۰۱۳).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان می‌دهد 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.

واژه‌های کلیدی: حضور خانواده بیمار، نگرش پرستار، بخش مراقبت ویژه

۱- مربی گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

۲- (نویسنده مسئول) مربی گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تلفن: ۸۵۹۱۵۱۱-۰۵۱۱، دورنگار: ۸۵۹۱۵۱۱-۰۵۱۱، پست الکترونیکی: hasanzadehf@mums.ac.ir

۳- دانشیار گروه آموزشی جراحی مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- دانشیارگروه آموزشی آمار زیستی و عضو مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵- کارشناس پرستاری بیمارستان امدادی شهید کامیاب، مشهد، ایران

مقدمه

خانواده بخش اساسی از سلامت فردی انسان است، لذا نقش مهم خانواده برای بیمار، بایستی در برنامه مراقبت پرستاری به اندازه خود بیمار مهم تلقی گردد [۱]. چنانچه در تعریف پرستاری، به مراقبت از خانواده بیمار هم سنگ با مراقبت درمانی بیمار اهمیت داده شده است [۲]. اما از آن‌جا که به شکل سنتی در بخش مراقبت‌های ویژه، حضور خانواده کنار بیمار ممنوع و ملاقات محدود است، خانواده از بیمار دور می‌شود [۴-۳، ۱]. در واقع با پذیرش بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه مانعی فیزیکی و روانی برای ارتباط بیمار و خانواده به‌وجود می‌آید و افراد خانواده پشت درهای بسته، به انتظار کسب اطلاعات از بیمارشان فشار روانی بالایی را تحمل می‌کنند [۵].

برآوردن نیازهای اعضای خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه، یکی از بخش‌های اساسی مسئولیت‌های پزشکان و پرستاران واحد مراقبت‌های ویژه است. Motler در سال ۱۹۷۹ به بررسی نیازهای خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه پرداخت. این نیازها شامل ۴۵ مورد در پنج حوزه اطمینان، نزدیکی به بیمار، دریافت اطلاعات، راحتی و حمایت دسته‌بندی شده و فهرست نیازهای خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه [Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)]: تهیه گردید [۶]. طبق نتایج مطالعات متعدد، نیاز به اطلاع‌رسانی و نزدیکی فیزیکی به بیمار مهم‌ترین این نیازهاست [۳].

عوامل دخیل در محدود شدن حضور خانواده در کنار بیمار بخش مراقبت‌های ویژه از سوی پرستاران را می‌توان در سه بخش عوامل مربوط به پرستار، مربوط به بیمار و مربوط به خانواده بیمار بررسی نمود.

از جهت عوامل مربوط به پرستار، فقدان آموزش‌های لازم به پرستاران مراقبت ویژه در خصوص پرستاری از خانواده بیمار در کنار مسئولیت‌های متعدد پرستاران و کمبود نیروی پرستاری از دلایلی هستند که موجب می‌شوند پرستاران مراقبت ویژه به خانواده بیمار اجازه دسترسی مناسب و شرکت در مراقبت از بیمار را ندهند [۷]. دشواری مراقبت از بیمار در این بخش‌ها برای پرستاران تازه کار آن‌ها را نیازمند حمایت برای انجام مراقبت در حضور افراد خانواده کرده، از سوی دیگر، پرستاران با سابقه کار بیش از ۱۰ سال در بخش مراقبت ویژه به دلیل سابقه انس گرفتن با شرایط سنتی مراقبت، کمتر تمایل به شرکت خانواده در مراقبت از بیمار نشان می‌دهند [۸].

درخصوص عوامل مربوط به بیمار باید اشاره کرد بخش‌های مراقبت ویژه به منظور ارائه بهینه مراقبت از بیماران به شدت آسیب‌پذیر، از تجهیزات خاص و سازماندهی منظمی برخوردار است. از این رو حضور خانواده در این بخش‌ها، همواره از طرف پرستاران با نگرانی‌هایی در رابطه با ایمنی بیمار به دنبال اتفاقات ناخواسته، نظیر خارج شدن تصادفی لوله تراشه، خارج شدن کاتتر و تداخل در کنترل عفونت‌های بیمارستانی همراه بوده است [۴]. در رد این نگرانی‌ها مطالعه Fumagalli و همکاران نشان دادند ملاقات آزاد منجر به کاهش معنی‌دار اضطراب بیمار، عوارض قلبی، میزان مرگ و میر و سطح هورمون‌های کورتیزول و محرک تیروئید (هورمون‌های دخیل در پاسخ به استرس) در بیماران شده و با بالا رفتن میزان عوارض عفونی همراه نبوده است [۹]. کاهش آریتمی‌های قلبی و اضطراب بیمار به دنبال حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه قلبی [Cardiac Care Unit

[(CCU) در مطالعات متعدد گزارش شده است [۱۳-۱۰]. همچنین، حضور منظم اعضای خانواده در کنار بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری به عنوان منبع ایجاد تحریکات حسی آشنا، باعث کاهش زمان بستری بیمار در بخش مراقبت ویژه شده، [۱۶-۱۴] زمینه را برای بهبود سریع‌تر وضعیت شناختی بیمار و بهبود پیش‌آگهی بیماری، فراهم می‌آورد [۱۹-۱۷].

دسته سوم عوامل مربوط به خانواده هستند. اکثر پرستاران معتقدند حضور خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه که هر لحظه احتمال نیاز بیمار به انجام فرآیندهای تهاجمی یا عملیات احیاء وجود دارد، موجب ایجاد اضطراب در خانواده شده و باعث می‌شود توجه پرستار از مراقبت بیمار به رسیدگی به خانواده معطوف گردد. اما تاکنون مطالعه‌ای مبنی بر اثرات منفی روانی حضور خانواده هنگام عملیات احیاء بیمار یا فرآیندهای تهاجمی وجود ندارد. بلکه ۷۴٪ خانواده‌هایی که با انتخاب خود در حین عملیات احیای بیمارشان حضور یافتند، باور داشته‌اند که با حضور خود به بیمار کمک کرده‌اند [۲۰].

با وجود همه این نگرانی‌ها مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حضور خانواده در کنار بیمار بخش مراقبت ویژه، رضایت شغلی پرستاران را افزایش می‌دهد و مشارکت خانواده در انجام مراقبت‌هایی که تداخلی با تکنیک‌ها نداشته و در عین حال به طور معمول توسط پرستاران انجام می‌شود مانند مرطوب کردن لب‌ها، با رضایت بالای پرسنل همراه بوده است [۲۱].

طی دو دهه اخیر در کنار پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی که پرستاری در بخش مراقبت‌های ویژه را به شدت پیچیده کرده [۲۲]، تعامل با خانواده به عنوان وظیفه‌ای چالش برانگیز و نیازمند مهارت‌های ارتباطی بالا مطرح شده است [۲۳]. اما با وجود شواهد کافی در مورد فواید اجرای مقررات ملاقات آزاد در بخش مراقبت ویژه و نیاز واضح خانواده‌های آگاه امروزی برای دریافت اطلاعات و شرکت فعال در تصمیم‌گیری، هنوز حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه مورد بحث و اختلاف بوده [۲۵-۲۴] و پرستاران بخش مراقبت ویژه در عمل از آن استقبال نمی‌کنند [۲۶].

در حال حاضر محدودیت حضور خانواده بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه به‌خصوص در بیمارستان‌های آموزشی کشور و از جمله شهر مشهد به شدت اعمال می‌گردد. لذا ضرورت طراحی و اجرای مداخلاتی برای تصحیح نگرش پرستاران این بخش‌ها نسبت به حضور خانواده در کنار بیمار احساس می‌شود. در این مطالعه برآن شدیم تا تغییر نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه اعصاب را به دنبال یک دوره حضور اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه، مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی در فاصله زمانی اسفندماه ۱۳۸۹ تا مرداد ۱۳۹۰ روی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد انجام گرفت. بخش‌های مراقبت ویژه اعصاب یک، سه و پنج بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شد. این بیمارستان دارای پنج بخش مراقبت ویژه است که بیماران ضربه مغزی در این بخش‌ها پذیرش شده و همگی ملاقات ممنوع هستند. روند معمول بستری بیمار در این بخش‌ها به این صورت است که بیماران در بدو پذیرش در بخش مراقبت ویژه یک

بستری، پس از انجام آزمایشات تشخیصی و عمل جراحی به تدریج با پذیرش بیماران جدید به بخش‌های مراقبت ویژه سه و پنج منتقل می‌شوند. با طولانی شدن زمان بستری، ادامه مراقبت از بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه دو و چهار صورت می‌گیرد.

چون در مطالعه حاضر، مداخله در هفته اول پذیرش بود بخش‌های مراقبت ویژه یک، سه و پنج انتخاب شدند. بخش‌های مراقبت ویژه سه و پنج مجاور یکدیگر، دارای سرپرستار واحد و پرسنل مشترک بودند. شرایط ملاقات عضو خانواده با بیمار در سه بخش مراقبت ویژه یک، سه و پنج، مشابه (از پشت شیشه) بود.

اسفند ماه ۱۳۸۹، نمونه‌گیری پرستاران به روش آسان از میان پرستاران بخش مراقبت ویژه یک، سه و پنج انجام شد، به طوری که از میان کلیه پرستاران شاغل در این بخش‌ها، ۵۳ پرستار واجد معیارهای ورود (مایل به شرکت در مطالعه، کارشناس پرستاری، پرسنل ثابت) انتخاب و پس از توضیح اهداف پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی، مشخصات فردی آن‌ها از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری و پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران نسبت به حضور خانواده توسط آنان تکمیل گردید.

مداخله شامل حضور یک عضو منتخب از خانواده بیماران واجد شرایط در بخش مراقبت ویژه، دو نوبت یک ساعته در روز، در هفته اول پذیرش و شرکت در انجام مراقبت‌های پایه بیمار نظیر تمیز کردن سر و صورت، چرب کردن لب‌ها و ایجاد تحریکات حسی بود. طول مدت مداخله با توجه به مرور مطالعات مشابه [۹، ۵، ۱] و موافقت مسئولین بیمارستان حداکثر یک هفته به ازاء هر بیمار تعیین شد. پس از پایان مداخله در مرداد ماه ۱۳۹۰، ۸ نفر از پرستاران به دلایل مرخصی استعلاجی (۲ نفر)، انتقالی (۱ نفر)، اتمام طرح (۱ نفر)، عدم تکمیل پرسش‌نامه (۳ نفر) و فوت (۱ نفر) از مطالعه خارج شده، در نهایت ۴۵ پرستار پرسش‌نامه‌ها را تکمیل و تحویل دادند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای دو بخشی شامل ۱۴ پرسش راجع به اطلاعات فردی و ۱۴ عبارت در مورد نگرش پرستار نسبت به حضور خانواده از سه جنبه تأثیر بر بیمار، تأثیر بر خانواده بیمار و تأثیر بر پرستار بر اساس معیار پنج نقطه‌ای لیکرت بود. این ابزار امکان پنج حالت پاسخ به هر عبارت را فراهم می‌کرد: خیلی موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و خیلی مخالفم. بسته به محتوای پرسش به هر کدام از گزینه‌ها، امتیازی بین ۵-۱ تعلق گرفت به گونه‌ای که حداکثر امتیاز کسب شده از پرسش‌نامه ۷۰ و حداقل آن ۱۴ امتیاز بود. هفت عبارت دارای بار مثبت و هفت عبارت دارای بار منفی بوده و در هنگام محاسبه نمره نهایی، نمره سؤالات منفی تبدیل گردید. نمره کل و نمره هر یک از زیر مجموعه‌ها در مبنای ۱۰۰ محاسبه شد.

اعتبار پرسش‌نامه با روش اعتبار محتوی تعیین گردید. بدین منظور با مطالعه جدیدترین منابع علمی و مطالعات مرتبط با زمینه پژوهش، فرم‌های مذکور با نظر اساتید محترم راهنما و مشاور تنظیم و جهت ارزیابی در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن نظرات اصلاحی، فرم‌ها جهت استفاده تدوین شد. پایایی پرسش‌نامه در کل با تعیین ضریب آلفا کرونباخ (۰/۸۳) و در هر یک از زیر مجموعه‌ها با ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ تأیید و نتایج با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل گردید.

برای مقایسه تفاوت نمره نگرش پرستاران قبل و بعد از دوره مداخله از آزمون آماری t زوجی و برای مقایسه نگرش نسبت به ویژگی‌های فردی پرستاران، از آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده، در نهایت با آزمون اندازه‌گیری‌های تکراری عوامل مؤثر بر نگرش پرستاران بررسی شد. تغییرات نمرات کسب شده از هر سؤال پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران بعد از مداخله، توسط آزمون فریدمن مورد بررسی قرار گرفت.

سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و کلیه کدهای اخلاقی مربوط به این پژوهش رعایت گردیده است.

نتایج

میانگین و انحراف‌معیار سنی پرستاران ۴/۴۳±۲۷/۳۱ سال، ۸۲/۲٪ زن و ۵۵/۶٪ مجرد بودند. از میان ۴۵ پرستار، (۴۲/۲٪) ۱۹ نفر در بخش مراقبت ویژه یک شاغل بودند، همگی علاقمند به شغل پرستاری و کار در بخش مراقبت ویژه بوده، هیچ‌کدام از پرستاران سابقه بستری در بخش مراقبت ویژه را نداشتند. تنها ۴ نفر (۸/۹٪) تجربه بستری عضو خانواده در بخش مراقبت ویژه را بیان کردند. همچنین، ۴۲ نفر (۹۳/۳٪) پرستار بالین بوده، دسته‌بندی پرستاران از لحاظ سابقه کار نشان داد، ۳۷/۸٪ کمتر از یکسال، ۴۰٪ بین یک تا پنج سال، ۱۷/۸٪ بین پنج تا ده سال و ۴/۴٪ بالاتر از ده سال سابقه کار داشتند. به‌علاوه، ۵۷/۸٪ آنان کمتر از یکسال، ۲۸/۹٪ بین یک تا پنج سال و ۱۳/۳٪ بیش از پنج سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه را دارا بودند.

نمره نگرش پرستاران (در مبنای صد) قبل از مداخله، ۱۱/۰۶±۵۷/۷۷ و بعد از مداخله ۹/۱۷±۵۷/۳۳ بود. نتیجه آزمون t زوجی نشان داد بین نمره نگرش پرستاران قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت (p=۰/۸۱۰).

از میان مشخصات فردی و شغلی پرستاران مورد مطالعه، تنها بین تغییرات نمره نگرش پرستاران و بخش محل خدمت اختلاف معنی‌دار مشاهده شد (p=۰/۰۰۸). به صورتی که نمره نگرش پرستاران بخش مراقبت ویژه یک نسبت به نمره نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه سه و پنج، پس از مداخله، افزایش معنی‌داری نشان داد (جدول ۱).

بین متغیرها مدت‌زمان گذشته از فارغ‌التحصیلی (r=-۰/۲۰۱ p= ۰/۱۸۵)، سابقه کار (r= -۰/۰۵۲ p=۰/۷۳۶)، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه (r= -۰/۰۶۳ p= ۰/۶۸۳)، و سن پرستاران (واحد متغیرهای ذکر شده بر حسب سال اندازه‌گیری شده) (r= -۰/۱۳۹ p=۰/۳۹۴)، با نمره نگرش ایشان رابطه معکوس و غیر معنی‌دار مشاهده گردید.

جدول ۱- مقایسه تغییرات نمره نگرش پرستاران نسبت به حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه بر حسب مشخصات فردی و شغلی آنان

	متغیر	تغییرات نمره نگرش انحراف معیار ± میانگین	نوع آزمون	مقدار p	df
جنس	**زن**	-۰/۰۷۷±۱۳/۱۴	*t* مستقل	۰/۵۴۸ (t=۰/۰۵)	۴۳
	مرد	۲/۸۵±۷/۸۶			
تأهل	**مجرد**	-۰/۹۷±۱۲/۶۶	*t* مستقل	۰/۳۹۶ (t=۰/۸۵۸)	۴۳
	متأهل	۲/۲۱±۱۲/۰۱			
وضعیت استخدامی	**رسمی و پیمانی**	-۰/۴۷±۱۴/۹۴	آنالیز واریانس یک‌طرفه	۰/۵۱۱ (F=۰/۶۸۱)	(۲/۴۲)
	قراردادی و تبصره‌ای	۳/۱۹±۱۳/۶۷			
	طراحی	-۱/۴۲±۱۰/۶۶			
سمت شغلی	**پرستار بالین**	۰/۶۱±۱۲/۰۰	*t* مستقل	۰/۳۱۹ (t=۱/۰۰۸)	۴۳
	پرستار استاف و سرپرستار	-۱/۹۰±۱۹/۷۰			
داشتن سابقه بستری عضو خانواده در ICU		-۲/۱۴±۱۲/۵۸	*t* مستقل	۰/۶۶۶ (t=۰/۴۳۵)	۴۳
بخش محل خدمت	**بخش مراقبت ویژه یک**	-۵/۱۱±۱۱/۳۹	*t* مستقل	۰/۰۰۸ (t=۲/۷۷۰)	۴۳
	بخش مراقبت ویژه یک	۴/۵۰±۱۱/۵۸			

با مقایسه میانگین نمره کسب شده از هر سؤال قبل و بعد مداخله مشخص شد قبل از مداخله، پرستاران بیشترین نمره را از گزینه " حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه، باعث افزایش توانایی خانواده برای مراقبت از بیمار پس از ترخیص می‌گردد" کسب کردند. به نحوی که ۸۲/۲٪ آنان با این گزینه موافق و خیلی موافق بودند. کمترین نمره از گزینه "حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه، احتمال عفونت در بیمار را افزایش می‌دهد" فقط با ۱۱٪ مخالف و خیلی مخالف و گزینه "حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه ، باعث تداخل یا به تأخیر افتادن روش‌های درمانی دردناک می‌شود" با ۸۲/۲٪ موافق و خیلی موافق گرفته شد. بعد از مداخله، گزینه "حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه باعث می‌شود خانواده اطلاعات بیشتری از بیمار خود دریافت کرده و وضعیت بیمار را بهتر درک نماید" با ۸۶/۶٪ موافق و خیلی موافق بیشترین نمره را گرفت.

قبل از مداخله ۱۷/۸٪ پرستاران و بعد از آن ۳۳/۳٪ آنان نظر مخالف و خیلی مخالف با عبارت "حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، با توجه به فرهنگ ما امکان‌پذیر نیست" داشتند.

با هدف مقایسه تغییرات نمره کسب شده از هر سؤال پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران بعد از مداخله، نتیجه آزمون فریدمن نشان داد، اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین رتبه کسب شده از ۱۴ سؤال وجود دارد (p=۰/۰۱۳).

از بین سؤالات موجود در پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران، بیشترین میانگین اختلاف رتبه مربوط به سؤال شماره ۹ (حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه باعث می‌شود، پرستاران زمان بیشتری را صرف اطلاع‌رسانی و نظارت بر خانواده کرده و زمان کمتری برای مراقبت از بیمار باقی بماند.) و کمترین آن مربوط به سؤال ۲ (حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه، باعث حمایت خانواده

از پرستار شده و خانواده درک می‌کند بهترین مراقبت از بیمارش انجام می‌شود) و سؤال ۳ (حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه، باعث افزایش توانایی خانواده برای مراقبت از بیمار پس از ترخیص می‌گردد) می‌باشد. این بدان معناست که پرستاران از سؤال ۹ نمره بالاتری را بعد از مداخله نسبت به قبل آن کسب کرده‌اند. میانگین نمره پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران نسبت به حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه، به تفکیک سؤالات و مقایسه این نمرات قبل و بعد مداخله با آزمون ویلکاکسون در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول۲- میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده از سؤالات پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران نسبت به حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه قبل و بعد از مداخله

سؤال حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه:	نمره قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	نمره بعد از مداخله	*مقدار p
۱- باعث می‌شود خانواده اطلاعات بیشتری از بیمار خود در یافت کرده و وضعیت بیمار را بهتر درک نماید.	۳/۸۷±۰/۹۶	۳/۹۱±۰/۷۳	۰/۵۸۸
۲- باعث حمایت خانواده از پرستار شده و خانواده درک می‌کند بهترین مراقبت از بیمارش انجام می‌شود.	۳/۳۸± ۱/۱۱	۳/۰۰± ۰/۹۷	۰/۰۵۴
۳- باعث افزایش توانایی خانواده برای مراقبت از بیمار پس از ترخیص می‌گردد.	۴/۰۴±۰/۹۰	۳/۷۳± ۰/۹۱	۰/۰۴۹
۴- با توجه به فرهنگ ما امکان پذیر نیست.	۲/۳۶± ۱/۱۱	۲/۶۴± ۱/۲۴	۰/۰۱۸
۵- خطر جداشدن لوله‌ها و درن‌ها و کاتترهای متصل به بیمار را افزایش داده و ایمنی بیماربه خطر می‌افتد.	۲/۹۶± ۱/۱۴	۲/۸۴± ۱/۱۸	۰/۶۸۹
۶- احتمال عفونت در بیمار را افزایش می‌دهد.	۱/۹۳± ۱/۰۳	۲/۰۹± ۰/۸۲	۰/۲۷۴
۷- باعث می‌شود پرستار اطلاعات ارزشمندی از بیمار به دست آورد.	۳/۵۱± ۰/۹۲	۳/۲۹± ۰/۸۴	۰/۰۹۴
۸- باعث تداخل یا به تاخیر افتادن روش‌های درمانی دردناک می‌شود.	۲/۰۰± ۰/۷۹	۲/۰۷± ۰/۹۱	۰/۶۱۸
۹- باعث می‌شود پرستاران زمان بیشتری را صرف اطلاع رسانی و نظارت بر خانواده کرده و زمان کمتری برای مراقبت از بیمار باقی بماند.	۲/۳۱± ۱/۰۸	۲/۷۸±۰/۹۹	۰/۰۱۴
۱۰- جایگاه اجتماعی پرستار را بهتر مشخص می‌کند.	۳/۴۹±۰/۹۹	۳/۲۴± ۱/۰۲	۰/۱۸۴
۱۱- باعث افزایش حجم کاری پرستاران می‌شود.	۲/۴۲±۰/۹۸	۲/۶۰± ۰/۹۳	۰/۵۰۷
۱۲- به پرستار در انجام مراقبتهای اولیه کمک می‌کند.	۲/۶۹±۰/۹۹	۲/۸۰± ۱/۱۲	۰/۳۵۳
۱۳- باعث نگرانی پرستار از تحت نظر بودن می‌شود.	۲/۵۱±۰/۹۹	۲/۴۰± ۱/۰۳	۰/۵۵۹
۱۴- باعث افزایش رضایت حرفه‌ای پرستاران می‌شود.	۲/۹۸± ۱/۰۳	۲/۷۳± ۰/۷۵	۰/۲۰۷
نمره کل	۴۰/۴۴± ۷/۷۴	۴۰/۱۳± ۶/۴۲	
نمره کل در مبنای ۱۰۰	۵۷/۷۷± ۱۱/۰۶	۵۷/۳۳± ۹/۱۷	
نتیجه آزمون ***t*** زوجی	P-value= ۰/۸۱۰		

پرسش‌های ۱ تا ۴ زیر مجموعه نگرش از جنبه تأثیر بر خانواده
پرسش‌های ۵ تا ۹ زیر مجموعه نگرش ازجنبه تأثیر بر بیمار
پرسش‌های ۱۰ تا ۱۴ زیر مجموعه نگرش از جنبه تأثیر بر پرستار
****: آزمون ویلکاکسون***

آزمون اندازه‌گیری‌های تکراری که در آن یکی از عوامل زمان (قبل و بعد مداخله) و عامل دیگر نمرات کسب شده از سه زیر مجموعه پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران بود، انجام و مشخص شد اختلاف معنی‌داری بین مقادیر نمرات نگرش قبل و بعد از مداخله به طور کلی وجود ندارد (p=۰/۰۷۶). اما سه عامل زیر مجموعه پرسش‌نامه یعنی نمره نگرش پرستاران از جنبه تأثیر بر بیمار، تأثیر بر خانواده بیمار و تأثیر بر پرستار با هم اختلاف معنی‌دار دارند (p=۰/۰۰۱). به طوری که بیشترین نمره مربوط به زیر مجموعه تأثیر بر خانواده بیمار با میانگین ۶۷/۳۳ و کمترین نمره مربوط به گروه بیمار با میانگین ۵۱/۵۵ می‌باشد. مقایسه جفت نمرات این سه زیر مجموعه با هم نیز تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمرات زیر مجموعه خانواده و زیر مجموعه بیمار (p=۰/۰۰۱)، بین میانگین نمرات زیر مجموعه خانواده و زیر مجموعه پرستار (p=۰/۰۰۱) و بین میانگین نمرات زیر مجموعه پرستار و زیر مجموعه بیمار (p=۰/۰۰۷) نشان داد. اطلاعات مربوط به نمره کسب شده از هر زیر مجموعه قبل و بعد از مداخله در جدول ۳ آورده شده است.

جدول۳- مقایسه میانگین نمرات کسب شده از سه زیر مجموعه پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران نسبت به حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه

زیر مجموعه پرسش‌نامه	میانگین نمره نگرش پرستار	
	قبل	بعد
خانواده	۶۸/۲۲±۱۳/۷۰	۶۶/۴۴±۱۱/۵۱
بیمار	۵۰/۸۴±۱۱/۹	۵۲/۲۷±۱۱/۵۸
پرستار	۵۶/۳۶±۱۳/۸۵	۵۵/۱۱±۱۲/۰۸
نتیجه آزمون اندازه‌گیری‌های تکراری:		
قبل و بعد مداخله (زمان)	F = ۰/۰۸	p=۰/۷۶
نمرات کسب شده از سه زیر مجموعه	F =۵۱/۲۳	p= ۰/۰۰۱
رابطه متقابل زمان و نمرات سه زیر مجموعه	F = ۰/۰۵۳	p=۰/۸۲۰

بحث

نقش پرستار، به‌عنوان یک مراقب جامع‌نگر و محوری در تعامل با بیماران و خانواده آنها به خصوص در بخش مراقبت های ویژه کلیدی است [۲۷]. نحوه نگرش پرستار به این بعد مراقبتی، رفتار آنان را در قبال خانواده بیمار شکل می‌دهد. رفع نگرانی‌های پرستاران از حضور خانواده در بخش مراقبت‌های ویژه در کنار افزایش آگاهی آنان از اثرات مثبت این حضور می‌تواند زمینه را برای اجرای مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت‌های ویژه فراهم آورد [۲۸]. در مطالعه حاضر سعی شد تا با فراهم کردن امکان درک حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه برای پرستاران، نگرش آنان اصلاح گردد. اما میانگین نمره نگرش پرستاران نسبت به حضور خانواده بیماران بخش مراقبت ویژه، قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری نشان نداد. بنابراین، عامل مداخله ما یعنی حضور اعضای خانواده نتوانست تأثیری بر تغییر نگرش پرستاران در این زمینه ایجاد نماید. در تضاد با نتیجه مطالعه حاضر، نتایج مطالعه Rodriguez و همکاران [۵] حاکی از آن بود که

بعد از حضور اعضای خانواده بیماران در بخش مراقبت ویژه، نگرش پرستاران در اکثر حوزه‌های مورد بررسی به شکل معنی‌داری مثبت‌تر شده است. این اختلاف به ویژه در خصوص نگرش پرستار از جنبه تأثیر بر بیمار و پرستار دیده شد. در این مطالعه میانگین سن پرستاران (۶/۵۲±۳۸ سال) بالاتر از میانگین سنی پرستاران مطالعه ما (۴/۴۳±۲۷/۳۱ سال) و سابقه کار اکثر آن‌ها در بخش مراقبت ویژه بالای ۶ سال بود، در مقایسه با پژوهش ما که نیمی از پرستاران سابقه کار زیر یکسال در بخش مراقبت ویژه داشتند. با افزایش سن و سابقه کار، انتظار می‌رود مقاومت پرستاران در برابر حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه بیشتر شود [۳۰-۲۹، ۱]. به شکلی که Sims و همکارش نشان دادند پرستاران با سابقه کار کمتر از یکسال نگرش مثبت‌تر معنی‌داری نسبت به سایر پرستاران نسبت به حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه داشتند [۳۰]. با این وجود کسب نمره بالاتر نگرش در مطالعه Ghiyasvandian و همکاران نسبت به مطالعه حاضر را باید در عوامل دیگر جستجو کرد. مقررات بخش تأثیر بالایی بر حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه دارد [۱]. در مطالعه مذکور اجازه ملاقات خانواده با بیمار در بخش محیط مطالعه از قبل وجود داشته و عامل مداخله، شکل حضور خانواده و تکرار آن را تغییر داده است. اما در محیط پژوهش ما، ملاقات حضوری کاملاً ممنوع بود و پرستاران اکثراً تازه کار، قبل از مداخله شانس تعامل با خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه را نداشتند.

به نظر می‌رسد زمان کوتاه مداخله (۵ ماه) نیز برای تغییر نگرش آن‌ها کافی نبوده است. به علاوه تقریباً همگی پرستاران (۹۳/۳٪) پژوهش ما، پرستار بالین بودند. پرستاران بالین مقاومت بیشتری در برابر حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه، نشان می‌دهند [۳۰] و نظرات سوپر وایزر و سر پرستار در این خصوص بر باورهای آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۱]. بر اساس نتایج مطالعه Agard و همکارش، احساس عدم حمایت پرستاران بالین از سوی مدیران در مواقعی که برای تعامل با خانواده نیاز به کمک دارند، باعث نگرانی آنان از حضور خانواده بیمار می‌شود [۲۳].

پرستاران مطالعه حاضر مسئولیت مراقبت از بیمارانی را به عهده داشتند که اکثریت قریب به اتفاق آنان ضربه مغزی، در کما و وابسته به تهویه مکانیکی بودند. نتایج مطالعات متعدد نشان داده است با افزایش وخامت حال بیمار نگرانی پرستاران از به خطر افتادن ایمنی بیمار، افزایش احتمال عفونت و تداخل با مراقبت، باعث می‌شود تمایل کمتری نسبت به حضور خانواده بیمار داشته باشند [۳۰، ۴، ۱]. در تأیید این نتایج، کسب نمره پایین‌تر پرستاران از زیر مجموعه تأثیر بر بیمار، نسبت به دو زیر مجموعه دیگر نشان می‌دهد این پرستاران بیش از همه نگران اثرات منفی حضور خانواده بر بیمار بوده‌اند.

Ghiyasvandian و همکاران نیز نشان دادند بعد از فراهم کردن امکان ملاقات خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه به مدت یک ماه، باور پرستاران نسبت به ملاقات در بخش مراقبت ویژه تغییر مثبت معنی‌داری پیدا کرده است [۱]. به گونه‌ای که قبل از مداخله ۲۸/۶٪ از پرستاران و پس از آن ۴۲/۸۵٪ موافق حضور خانواده در بخش بودند. جدا از ضعف عمده این مطالعه که تنها مطالعه یافت شده در زمینه تأثیر ملاقات بر باورهای پرستاران بخش مراقبت ویژه در ایران می‌باشد در کم بودن تعداد واحدهای

پژوهش (۱۴ پرستار بخش مراقبت ویژه)، تفاوت‌های تأثیرگذار این مطالعه با پژوهش ما، ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران و طول مدت مداخله می‌باشد. در مطالعه Ghiyasvandian و همکاران نسبت به مطالعه حاضر، پرستاران از سابقه کار بالاتری برخوردار بوده و نیمی از پرستاران سابقه بستری اعضای خانواده در بخش مراقبت ویژه را ذکر کرده بودند. تجربه بستری یکی از اعضای خانواده و قرار گرفتن پرستار در مقام عضو خانواده، رنج خانواده این بیماران را برای پرستار ملموس‌تر کرده و روی نگرش وی به حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه اثرگذار است. شاید اثر تفاوت‌های ذکر شده در تقابل با هم مسئول چنین اختلاف نتیجه‌ای بین این مطالعه و پژوهش ما باشد. هر چند نباید از تأثیر ویژگی‌های محیط مطالعه و بیماران بر نتایج غافل بود، اما از آنجا که در مطالعه Ghiyasvandian و همکاران به نوع بخش مراقبت ویژه و بیماران بستری در آن اشاره‌ای نشده است، نمی‌توان آن را مورد بررسی قرار داد.

در مطالعه حاضر بعد از مداخله، گزینه "حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، باعث می‌شود خانواده اطلاعات بیشتری از بیمار خود دریافت کرده و وضعیت بیمار را بهتر درک نماید" با ۸۶/۶٪ موافق و خیلی موافق بیشترین نمره را گرفت. کمترین نمره در این مرحله، مشابه مرحله قبل از مداخله در رابطه با افزایش احتمال عفونت و تداخل با روش‌های درمانی بود. مشابه به این نتایج مطالعه Ghiyasvandian و همکاران نیز نشان دادند ۸۵/۷٪ پرستاران ملاقات آزاد را راهی برای اطلاع خانواده از وضعیت بیمار می‌دانستند [۱]. همچنین در این مطالعه، ۸۵/۷٪ پرستاران قبل از مداخله، معتقد بوده‌اند که ملاقات آزاد با انجام مراقبت‌های پرستاری تداخل دارد که بعد از مداخله با کاهش معنی‌دار به ۵۰٪ رسیده بود.

در مطالعه Rodriguez و همکاران نیز تغییر معنی‌دار مثبتی در باور پرستاران نسبت به حضور خانواده و تداخل با مراقبت‌های پرستاری قبل و بعد از مداخله گزارش شد [۵]. Agard و همکارش نیز نگرانی پرستار از تداخل حضور خانواده با مراقبت از بیمار ذکر کردند [۲۳]. اما مطالعه Ramsey و همکاران نشان داد بعد از افزایش دفعات ملاقات در بخش مراقبت ویژه، هیچ‌یک از پرستاران نگران تداخل ملاقات با مراقبت نبودند [۳۱]. تنوع و پیچیدگی مراقبت از بیمار بدحال و به شدت وابسته بخش مراقبت ویژه از یک سو و ناپایدار بودن وضعیت بیمار از سوی دیگر باعث می‌شود پرستاران زمان زیادی برای انجام مراقبت نیاز داشته باشند و همواره نگران کمبود وقت و یا تغییر ناگهانی در وضعیت بالینی بیمار باشند. حضور خانواده بر بالین بیمار به این نگرانی می‌افزاید. طبق نتایج پژوهش حاضر تجربه عملی حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه نتوانسته این نگرانی را تعدیل نماید.

از سوی دیگر تغییرات نمره نگرش پرستاران بعد از مداخله نشان داد نمره پرستاران از گزینه "حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، باعث می‌شود پرستاران زمان بیشتری را صرف اطلاع‌رسانی و نظارت بر خانواده کرده و زمان کمتری برای مراقبت از بیمار باقی بماند" بیشترین افزایش را داشته است. در واقع، تجربه حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه نگرانی پرستاران از وقت‌گیر بودن حضور خانواده برای آن‌ها را کاهش داده است.

اکثریت پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بر امکان‌پذیر نبودن حضور خانواده بیمار در بخش به دلیل ویژگی‌های فرهنگی خانواده‌های ایرانی تأکید می‌کنند. بنابراین، در تدوین پرسش‌نامه سنجش نگرش پرستاران، عبارت "حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، با توجه به فرهنگ ما امکان‌پذیر نیست" گنجانده شد. بررسی نظرات پرستاران نشان داد حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه توانسته این باور را در پرستاران تعدیل نماید به گونه‌ای که قبل از مداخله ۱۷/۸٪ پرستاران و بعد از آن ۳۳/۳٪ آنان نظر مخالف و خیلی مخالف با این گزینه داشتند. با توجه به دوره نسبتاً کوتاه مداخله، به مدت ۵ ماه، افزایش دو برابری مخالفین با این نگرش قابل توجه است.

در مطالعه حاضر با این‌که نمره نگرش پرستاران در کل، پس از مداخله افزایش نداشت اما نمره نگرش پرستاران بخش مراقبت ویژه یک نسبت به نمره نگرش پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه سه و پنج افزایش معنی‌داری نشان می‌دهد. از آنجا که مداخله در بخش مراقبت ویژه یک آغاز و در صورت انتقال بیمار به بخش مراقبت ویژه سه و پنج تا یک هفته در آنجا ادامه می‌یافت، در عمل پرستاران بخش مراقبت ویژه یک بیش از همکاران خود در بخش‌های مراقبت ویژه سه و پنج، مداخله و تأثیرات آن را درک می‌کردند که بر افزایش نمره نگرش آنان اثر گذاشته است. انتقال بیماران در طی مداخله از محدودیت‌های مطالعه ما بود که با توجه به حجم بالای پذیرش بیمار در این بیمارستان، اجتناب‌ناپذیر بود. همچنین، محدود شدن مدت مداخله به یک هفته از طرف مدیران بیمارستان و کوتاه بودن زمان مطالعه به مقتضای یک کار پایان نامه‌ای از دیگر محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رفت.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد پرستاران به دلیل وجود نگرانی‌هایی چون افزایش احتمال عفونت در بیمار، تأخیر و تداخل با مراقبت‌های پرستاری، انجام مراقبت در حضور خانواده و موانع فرهنگی درک ماهیت مراقبت، نگرش مثبت نسبت به حضور خانواده بیماران در بخش مراقبت ویژه ندارند. با توجه به نیاز بالای اعضای خانواده به نزدیکی به بیمار، ممنوع بودن حضور خانواده در بخش مراقبت ویژه به عنوان یک باور سنتی منسوخ شده است. لذا ممنوع بودن ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه در ایران نیاز به بازنگری دارد. مدیران پرستاری و مسئولین بیمارستان‌ها بایستی در کنار فراهم کردن امکان تعامل با خانواده بیمار و آموزش مهارت‌های ارتباط با خانواده، با حمایت از پرستاران بالینی این بخش‌ها، زمینه برخورداری خانواده بیماران از این حق خود را فراهم آورند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته شده از نتایج پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد می‌باشد که با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گرفته است. محققین بر خود لازم می‌دانند تا مراتب سپاس خود را از کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، سوپروایزرها و مدیریت خدمات پرستاری بیمارستان امدادی شهید کامیاب مشهد که ما را در انجام این مطالعه صمیمانه یاری دادند، تقدیم نمایند.

References

[1] 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. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Serv* 2010; 32(3): 50-6. [Farsi]

[2] Cypress BS. The intensive care unit: experiences of patients, families, and their nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 2010; 29(2): 94-101.

[3] Alvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care* 2006; 12(6): 614-8.

[4] Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med* 2003; 29(9): 1498-504.

[5] Rodriguez Martinez Mdel C, Rodriguez Morilla F, Roncero del Pino A, Morgado Almenara MI, Theodor Bannik J, Flores Caballero LJ, et al. Family involvement in the critically ill patient basic care. *Enferm Intensiva* 2003; 14(3): 96-108.

[6] Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med* 2009; 37(10 Suppl): S448-56.

[7] Leon AM, Knapp S. Involving family systems in critical care nursing: challenges and opportunities. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27(6): 255-62.

[8] Slota M, Shearn D, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Crit Care Med* 2003; 31(5 Suppl): S362-6.

[9] Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, 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.

[10] Abbasi M, Mohammadi E, Sheaykh Rezayi A. Effect of a regular family visiting program as an affective, auditory, and tactile stimulation on the consciousness level of comatose patients with a head injury. *Jpn J Nurs Sci* 2009; 6(1): 21-6.

[11] Ardalan M, Manaseki P, Ghazizade A. Effect of visitors on the bedside of patients admitted to coronary care unit on cardiovascular indicators changes at Tohid Hospital in Sanandaj 1996. *J Kurdistan Univ Med Sci* 1998; 8(2): 18-23. [Farsi]

[12] Yazdani M. Effect of family visits on anxiety and physiological responses of patients admitted in CCU. [dissertation]. Tehran: IRAN University of Medical Sciences; 1990. [Farsi]

[13] Danesh A, Maghroun A, Hasanzadeh M. Effece of visiting methodes on patient's anxiety in CCU. [dissertation]. Mashhad: university of medical science; 2002. [Farsi]

[14] Ehsaee MR, Bahadorkhan GR, Samini F, Etemad Rezaee H. Rehabilitation of comatouse patients with brain injury resulting from use of sensory stimulation. *J Mashhad Univ Med Sci* 2004; 85: 295-9. [Farsi]

[15] Hushmand P, Shadfar Z. Effect of sensory stimulation on coma caused by head trauma patients with altered consciousness. [dissertation]. Mashhad: University of Medical Sciences;1996. [Farsi]

[16] Ilkhani M, Behravesh A, Nikravan mofrad M. The effect of music on anxiety in patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit patients by hospitals in Sari city. [dissertation]. Tehran: Beheshti University of Medical Sciences 2001. [Farsi]

[17] Gerber CS. Understanding and managing coma stimulation: are we doing everything we can? *Crit Care Nurs Q* 2005; 28(2): 94-108; quiz 9-10.

[18] Goudarzi F, Basampoor S, Zakeri-Moghadam M, Faghih-Zadeh S, Rezaie F, Mohamad-Zadeh F. Changes in Level of Consciousness during Auditory Stimulation by Familiar Voice in Comatose Patients. *J Iran Nursing* 2010; 23(63): 43-50. [Farsi]

[19] Sosnowski C, Ustik M. Early intervention: coma stimulation in the intensive care unit. *J Neurosci Nurs* [reviewe] 1994; 26(6): 336-41.

[20] Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care* 2007; 16(3): 270-9; quiz 80; discussion 81-2.

[21] Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit JF, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care* 2010; 25(4): 634-40.

[22] 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. *Am J Crit Care* 2004; 13(3): 194-8.

[23] Agard AS, Maindal HT. Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *Nurs Crit Care* 2009; 14(5): 264-72.

[24] McAdam JL, Puntillo K. Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care* 2009; 18(3): 200-9; quiz 10.

[25] Thacker KS, Long JM. Family presence in final moments: a precious gift. *J Christ Nurs* 2010; 27(1): 38-42.

[26] Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family-centered care: do we practice what we preach? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33(4): 421-7.

[27] Chandler NJ. How to make a lonely place a little less lonely. *Nursing* 1982; 12(10): 47-50.

[28] Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnstee M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005; 14(4): 501-9.

[29] Schiller WR, Anderson BF. Family as a member of the trauma rounds: a strategy for maximized communication. *J Trauma Nurs* 2003; 10(4): 93-101.

[30] Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation: the case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs* 2006; 25(4): 175-80.

[31] Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Glenn LL. Visitor and nurse satisfaction with a visitation policy change in critical care units. *Dimens Crit Care Nurs* 1999; 18(5): 42-8.

The Impact of Patient's Families Supportive Presence on the Attitudes of Intensive Care Unit Nurses in this Unit

T. Hoseini Azizi[1] , F. Hasanzadeh[2], M.R. Ehsaee[3], H. Esmaily [4], Sh. Khoshbakht[5]

Received: 22/08/2012 Sent for Revision: 11/09/2012 Received Revised Manuscript: 10/12/2012 Accepted: 17/12/2012

Background and Objective: Despite the proven positive impacts of family presence on the patients in the intensive care units (ICU), family presence in the ICU was limited due to concerns about patient safety and increase of nosocomial infection. Correcting the ICU nurses' attitudes can be supportive for the patient's family and provide positive effects. So, this study aimed to investigate the impact of patient's family presence on the attitudes of ICU nurses in this unit.

Materials and Methods: This quasi- experimental study was conducted between March 2010 to July 2011 on 45 nurses working in neurology ICUs of Mashhad Shahid Kamyab Hospital. The questionnaire consisting of 14 questions and 3 subsets based on the Likert scale and was used to evaluate the attitudes of nurses about family presence in the ICU before and after the intervention. Intervention included the presence of patient's family twice a day. The results were analyzed with Paired *t*-test and Friedman test.

Results: Paired *t* -test results indicated that there was no statistically significant difference between the attitudes of nurses before and after the intervention (p=0.810). There was a significant difference between changes in the nurses' attitude and place of work (p=0.008). The Friedman test showed significant differences between changes of the average scores of each of the 14 questions after the study (p=0.013).

Conclusion: This study shows that nurses are aware of the benefits of patient's families supportive presence in the ICU, but due to concerns about the quality of patient care, providing care in the presence of family and cultural barriers in families about understanding the nature of care, they do not show a positive attitude towards it.

Key words: patient's family supportive presence, nurses' attitude, ICU

Funding: This research was funded by Mashhad University of Medical Science.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Mashhad University of Medical Science approved the study. (number 89487)

How to cite this article: Hoseini Azizi T, Hasanzadeh F, 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. [Farsi]

1- Academic member, Dept. of Internal-surgical, Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran
2- Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author) Tel: (0511) 8591511, Fax: (0511) 8591511, E- mail: hasanzadehf@mums.ac.ir
3- Associate professor, Dept of Neurosurgery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4- Associate Prof., Dept. of Biostatistics and Member of Health Sciences Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5- BSc of Nursing, Shahid Kamyab Hospital, Mashhad, Iran