

Summer 2024, Volume 10, Issue 4

## Comparison of Family Perceived Needs From the Perspective of Nurses and Mothers of Children Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit

Mahnaz Shoghi<sup>1\*</sup>, Elnaz Haghdoost lotfi<sup>2</sup>

1-Associate Professor of Nursing , Nursing and Midwifery Care Research Center, Health Management Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-MSN Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and midwifery, Pediatric and Neonatal Intensive Care Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Mahnaz Shoghi, Associate Professor of Nursing , Nursing and Midwifery Care Research Center, Health Management Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Email:** shoghi.m@iums.ac.ir

Received: 25 Feb 2024

Accepted: 2 April 2024

### Abstract

**Introduction:** Meeting family needs without considering their desires and what they feel as needs result in dissatisfaction with the quality of care and services received from the healthcare team. Therefore, this study was conducted to compare family needs from the perspective of nurses and mothers of hospitalized children in the pediatric intensive care unit of selected centers in Tehran hospitals.

**Methods:** In this descriptive-comparative study, 110 mothers with children hospitalized in the pediatric intensive care unit and 110 nurses working in the aforementioned units participated. Mothers and nurses were available in three educational and medical centers in Tehran in 2022. Data was collected using the Family Needs Inventory questionnaire for individuals with a family member hospitalized in the intensive care unit. Mothers and nurses separately answered the questionnaire's questions using a 5-point Likert scale.

**Results:** The mean and standard deviation of the overall family needs score from the perspective of mothers were  $(33.129 \pm 9.43)$  and from the perspective of nurses were  $(49.127 \pm 8.80)$ . 68.7% of mothers and 66.8% of nurses reported the importance of meeting family needs. There was a significant difference in estimating the need for closeness to the child between nurses and mothers ( $P = 0.020$ ).

**Conclusions:** Given the similarities in the two groups' perspectives, there seem to be other barriers to meeting the important needs of families with hospitalized children in the pediatric intensive care unit.

**Keywords:** Needs of family, Nurses, Mothers, Intensive care unit, Children.

## مقایسه نیازهای خانواده از دیدگاه پرستاران و مادران کودکان بستری در بخش مراقبت های ویژه کودکان

مهناز شوقی<sup>۱\*</sup>، الناز حق دوست لطفی<sup>۲</sup>

۱- مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
۲- گروه پرستاری کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

**نویسنده مسئول:** مهناز شوقی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.  
ایمیل: shoghi.m@iums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۲/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۷

### چکیده

**مقدمه:** عدم رفع نیازهای درک شده خانواده منجر به نارضایتی آنها از کیفیت مراقبت و خدمات دریافتی از سوی تیم درمان می شود. لذا این مطالعه با هدف مقایسه نیازهای خانواده از دیدگاه پرستاران و مادران کودکان بستری در بخش مراقبت های ویژه کودکان مراکز آموزشی و درمانی منتخب دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی-مقایسه ای ۱۱۰ مادر دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان و ۱۱۰ پرستار شاغل در بخش های فوق شرکت داشتند. مادران به صورت در دسترس و پرستاران در سه بیمارستان مرکز طبی کودکان، بیمارستان علی اصغر و رسول اکرم از فروردین سال ۱۴۰۱ به مدت ۶ ماه انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه نیازهای خانواده دارای فرد بستری در بخش مراقبت ویژه (Family Needs inventory) استفاده شد. مادران و پرستاران به طور جداگانه به سوالات پرسشنامه فوق در طیف لیکرت ۵ بخشی پاسخ دادند.

**یافته ها:** میانگین و انحراف معیار نمره نیازهای کلی خانواده از دیدگاه مادران ( $9/43 \pm 129/33$ ) و از دیدگاه پرستاران ( $8/80 \pm 127/49$ ) بود. ۶۸٪ درصد مادران و ۶۶٪ درصد پرستاران برآورده شدن نیازهای خانواده را با اهمیت گزارش کردند. تفاوت معنی داری در برآورد نیاز به نزدیکی به کودک میان پرستاران و مادران وجود داشت ( $P=0/020$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به تشابهات دیدگاه دو گروه به نظر می رسد موانع دیگری در مسیر رفع نیازهای مهم خانواده های دارای کودک بستری در بخش مراقبت های ویژه کودکان وجود دارد.

**کلیدواژه ها:** نیازهای خانواده، پرستاران، مادران، بخش مراقبت ویژه، کودکان.

### مقدمه

نیازهای والدین دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه با والدین دارای کودک بستری در سایر بخش ها تفاوت های زیادی دارد. بستری غیرمنتظره، سریع و بدون آمادگی قبلی فرصت کمی را در اختیار تیم درمان و به ویژه پرستاران جهت آماده سازی والدین و کودک فراهم می آورد. آنها در بیشتر مواقع بدون هیچ آمادگی با بخش و شرایط محیطی و روانی آن مواجه می شوند (۱). والدین نه تنها تحت استرسورهای مربوط به شرایط حاصل از بیماری

کودک بوده بلکه بسیار تحت تاثیر محیط بخش مراقبت ویژه کودکان، دستگاهها و نحوه برخورد کادر درمان به ویژه پرستاران قرار می گیرند. استرس و اضطراب والدین تنها به شرایط بالینی کودک و ناتوانی او برای برقراری ارتباط کلامی با والدین و اعضای خانواده و مراقبین تیم سلامت مرتبط نبوده، آنها نگران وضعیت کودک در مراحل مختلف مراقبتی و درمانی و پیش آگهی بیماری در کوتاه مدت و درازمدت، و مراقبت های پس از ترخیص می باشند (۲). آنها می خواهند بدانند شانس زنده ماندن کودکشان چقدر بوده و آیا سطح عملکرد و شرایط او به پیش از وقوع این مشکل

بر روی نیازهای آموزشی خانواده در جهت رفع نیازهای کودک و ارائه مراقبت صحیح از او متمرکز بوده و کمتر به سایر نیازهای خانواده و به ویژه مادران توجه دارند (۱۴)، در حالی که ممکن است فشار ناشی از برآورده نشدن نیازهای دیگر آنقدر زیاد باشد که آمادگی آنها برای فراگیری را تحت تاثیر قرار دهد (۱۳). لذا این مطالعه با هدف مقایسه دیدگاه پرستاران و مادران در مورد نیازهای درک شده خانواده های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان را در بیمارستان های آموزشی-درمانی منتخب شهر تهران طراحی شد.

### روش کار

این مطالعه توصیفی-مقایسه ای در سال ۱۴۰۰ در بخشهای مراقبت ویژه بیمارستان های شهر تهران انجام شد. نمونه گیری از فروردین ۱۴۰۰ تا مرداد ۱۴۰۰ انجام شد بخش های مراقبت های ویژه کودکان بیمارستان های رسول اکرم، مرکز طبیبی کودکان و حضرت علی اصغر محیط پژوهش مطالعه فوق را تشکیل دادند. ۱۱۰ مادر دارای معیارهای ورود دارای کودک بستری در بخش مراقبت های ویژه کودکان و ۱۱۰ پرستار دارای معیارهای ورود شاغل در بخشهای مراقبت های ویژه کودکان بیمارستان های رسول اکرم، مرکز طبیبی کودکان و حضرت علی اصغر در این مطالعه مشارکت داشتند.

معیارهای ورود مادر شامل سن بالای ۱۸ سال مادر، توانایی خواندن و نوشتن، گذشت حداقل ۴۸ ساعت از زمان بستری کودک در بخش، عدم ابتلا به بیماری روانی مطابق خود اظهار مادر، اولین تجربه بستری کودک در بخش مراقبت ویژه کودک بود. معیار ورود پرستار عبارت بود از: سابقه حداقل ۶ ماه کار در بخش های مراقبت ویژه کودکان نمونه گیری برای مادران با روش در دسترس به شکل غیر تصادفی انجام شد. در نمونه گیری از پرستاران به دلیل کم بودن حجم نمونه از کلیه افراد دارای معیارهای ورود برای شرکت در مطالعه دعوت شد. نمونه گیری پس از اخذ کد اخلاق (IR.IUMS.REC.1398.1245) از فروردین ۱۴۰۰ آغاز و به مدت ۶ ماه ادامه داشت.

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

مطالعات مشابه قبلی نشان می دهد که ۶۵ درصد از والدین، میزان برآورده شدن نیازهای والدین را تا حدودی و یا کامل برآورده شده می دانند (۱۵). مطابق این برآورد، با قبول سطح خطای ۵ درصد، تعیین می شود. برای تعیین مقدار، از آنجا که بازه مورد قبول برای آن می باشد، ما فرض

بر خواهد گشت (۳)

عدم توجه به نیازهای خانواده های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه با پیامدهای منفی کوتاه مدت و دراز مدت زیادی برای خانواده و کودک همراه است. شواهد وجود علائم افسردگی و سندرم پس از واقعه را در اعضای خانواده دارای فرد بستری در بخش مراقبت ویژه یکسال بعد از حادثه نشان داده است (۴، ۵). استرس ناشی از بیماری و وخامت وضعیت بالینی کودک از یک سو و عدم رفع نیازهای خانواده در ابعاد مختلف از سوی دیگر می تواند نحوه مقابله و سازگاری والدین را تحت تاثیر قرار داده و حمایت کودک از سوی آنها را مختل نماید و این خود موضوعی است که می تواند روند بهبودی را کند نموده و پیش آگهی بیمار را تغییر دهد. تلاش برای رفع فوری نیازهای والدین به اندازه رفع نیازهای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان حائز اهمیت بوده و باید مورد توجه تیم مراقبت سلامتی قرار گیرد (۶).

شناخت نیازهای اساسی خانواده و والدین دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان توسط اعضای تیم ارائه دهنده مراقبت سلامتی به ویژه پرستاران بسیار حیاتی بوده و توجه و رفع آنها با کاهش یا رفع دسترس در خانواده همراه خواهد بود. شواهد نشان می دهد عدم توجه به درخواست ها و نیازهای والدین از سوی پرستاران و دیگر اعضای تیم درمان سبب اختلال در ارتباط آنها و خانواده شده و ممکن است سلامت آنها را تحت تاثیر قرار دهد (۷-۹)

مطالعات انجام شده بر روی رضایتمندی خانواده از بخش مراقبت ویژه نشان می دهد برطرف نشدن نیازهای خانواده بر رضایتمندی آنها تاثیر منفی دارد. توجه به نیازهای والدین و به ویژه مادران به عنوان مراقب اصلی کودک نه تنها از بعد ارائه مراقبت خانواده محور حائز اهمیت بوده (۱۰) و آگاهی و برآورده سازی آن مورد توجه می باشد بلکه ارتباط بین اعضای خانواده و تیم درمان را تسهیل کرده و رضایتمندی خانواده از خدمات ارائه شده در بیمارستان افزایش می دهد (۱۱).

نتایج مطالعات نشان می دهد میان درک پرستاران و تیم درمان از نیازهای خانواده و به ویژه مادران با آنچه آنها به عنوان نیاز واقعی خود می پندارند و در انتظار رفع آن هستند در بسیاری از ابعاد کاملاً مشابه نیست (۱۲، ۱۳). بدین جهت گاه با این که پرستاران تلاش زیادی برای رفع نیازهای آنها انجام می دهند ولی این منطبق با خواسته آنها نبوده و تغییری در شرایط ایجاد نمی کند. پرستاران بیشتر

می کنیم. با این اطلاعات، تعداد والدین ۱۰۸ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{(1/96)^2 \times 0.65 \times (1 - 0.35)}{0.065^2} = 108$$

لازم به ذکر است برای سایر آیت‌های نحوه ی درک حجم نمونه کمتر از این مقدار برآورد شد. نمونه گیری از پرستاران به صورت تمام شماری بوده (با در نظر گرفتن این نکته که تعداد پرستاران کمتر از ۱۰۰ نفر نباشد) پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه کودکان دارای معیارهای ورود جهت حضور در مطالعه دعوت شد.

محقق پس از اخذ کد اخلاق و مجوزهای لازم و معرفی نامه‌های مربوطه از دانشکده پرستاری و مامایی، و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران به محیط‌های پژوهش مراجعه و اطلاعاتی در مورد اهمیت و اهداف پژوهش در اختیار مسئولین مراکز قرار داد. مادران به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های مراقبت های ویژه کودکان از مادران دارای معیارهای ورود برای شرکت در مطالعه دعوت نمود. از آنجا که حضور مادران در صبح ها هنگام ویزیت پزشک در بخش بیشتر بود بیشتر نمونه گیری از مادرها در ساعات صبح قبل یا بعد از صحبت با پزشک بر حسب راحتی مادر انجام شد. ابتدا اهداف مطالعه برای مادر توضیح داده شد و از او خواسته شد سوالات را بررسی اجمالی کند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی به پرسشنامه پاسخ دهد و مهم بودن برطرف سازی نیاز را از دیدگاه خانواده علامت گذاری کند. در طول پاسخدهی خلوت بیمار رعایت شد و پژوهشگر تنها برای پاسخدهی و رفع ابهامات مادر حین پاسخدهی در محیط حضور داشت. برای جمع آوری داده ها از پرستاران پژوهشگر ابتدا به مراجعه به دفتر پرستاری و دریافت لیست اسامی پرستاران و سابقه کار آنها افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه را شناسایی نمود. سپس با مراجعه به بخش‌های مراقبت های ویژه کودکان از پرستاران فوق جهت شرکت در مطالعه دعوت نمود. پس از اخذ رضایت نامه کتبی پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت. در طول پاسخدهی خلوت پرستار رعایت شد و پژوهشگر تنها برای پاسخدهی و رفع ابهامات پرستار حین پاسخدهی در محیط حضور داشت. از آنجا که پرستاران در شیفت های مختلف مشغول به کار بودند. محقق برای دریافت اطلاعات از پرستاران در شیفت های مختلف به بیمارستان های مربوطه مراجعه نمود. به دلیل محدود بودن تعداد پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه کودکان جهت تکمیل حجم

نمونه مورد نظر نمونه گیری از پرستاران به صورت تمام شماری (حداقل ۱۱۰ نفر) انجام شد.

پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش شامل دو بخش (اطلاعات دموگرافیک پرستار و مادر و کودک و پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده دارای فرد بستری در بخش مراقبت ویژه) بود. در بخش نخست اطلاعات دموگرافیک پرستار و مادر و کودک قرار داشت و در بخش دوم سوالات مرتبط با نیازهای خانواده دارای فرد بستری در بخش مراقبت ویژه گنجانده شد. برای سنجش نیازهای خانواده از پرسشنامه نیازهای خانواده های دارای فرد بستری در بخش مراقبت ویژه ((Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI استفاده شده است. این پرسشنامه توسط Leske ساخته شده است (۱۶). دارای ۴۵ عبارت در طیف لیکرت (۱= اصلا مهم نیست، ۲= اهمیت کمی دارد، ۳= مهم است، ۴= بسیار مهم است) می باشد. از پاسخ دهنده (مادر / پرستار) خواسته شد با خواندن عبارات موجود در ابزار به میزان اهمیت برطرف شدن آن نیاز برای خانواده در طیف لیکرت پاسخ دهد. این ابزار دارای ۵ بعد شامل نیازهای به حمایت (۱۴ سوال)، نیاز به فراهم سازی آسایش (۶ سوال)، نیاز به دریافت اطلاعات (۹ سوال)، نزدیکی به کودک (۹ سوال)، و اطمینان بخشی (۷ سوال) می باشد. (طیف نمرات این پرسشنامه از ۴۵-۱۸۰ بود شامل: طیف امتیاز در بعد نیاز به حمایت: ۱۴-۵۶، طیف امتیاز در بعد نیاز به فراهم سازی آسایش: ۶ الی ۲۴، طیف امتیاز در بعد نیاز به دریافت اطلاعات: ۹-۳۶، طیف امتیاز در بعد نزدیکی به کودک: ۹ الی ۳۶. کسب امتیاز بالاتر در هر بعد و همچنین امتیاز کل بیانگر نیاز بیشتر درک شده از سوی مادران و پرستاران در آن بخش و یا در امتیاز کل بود (۱۷).

در این مطالعه جهت تعیین روایی محتوی پرسشنامه فوق ابزار به ۳ نفر از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی ارائه و پس از جمع آوری نظرات اصلاحی و پیشنهادی ایشان، تغییرات لازم به کمک اساتید محترم راهنما اعمال شد. پرسشنامه از نظر روایی صوری توسط ۱۰ مادر کنترل شد و پس از رفع ابهامات موجود در درک سوالات، همبستگی درونی ابزار سنجش نیازهای خانواده دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان با محاسبه آلفای کرونباخ سنجیده شد. پرسشنامه توسط ۱۰ پرستار شاغل در بخش کودکان و ۱۰ مادر دارای کودک بستری در بخش کودکان تکمیل و ضریب همبستگی درونی پرسشنامه اندازه گیری شد. مادران: ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه  $\alpha=0/87$  محاسبه شد. پرستاران: ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه  $\alpha=0/89$

## مهناز شوقی و الناز حق دوست لطفی

کودک انجام می شود ( $3/6 \pm 0/50$ )، ( $3/63 \pm 0/50$ )، گفتگوی روزانه با پزشک ( $3/56 \pm 0/53$ )، ( $3/45 \pm 0/50$ )، صحبت روزانه با یک پرستار مشخص ( $3/43 \pm 0/56$ )، ( $3/02 \pm 0/53$ ) (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار نمره نیازهای کلی خانواده از دیدگاه مادران ( $129/33 \pm 9/43$ ) و از دیدگاه پرستاران ( $127/49 \pm 8/80$ ) بود. نیاز نزدیکی به کودک از دیدگاه مادران و دیدگاه پرستاران تفاوت معناداری داشت ( $P=0/02$ ) (جدول ۳). نتایج نشان داد بین شغل مادران با نیازهای درک شده خانواده ارتباط آماری معناداری در سطح  $0/05$  وجود داشت ( $P<0/05$ ) همچنین ارتباط معنی داری بین مدت بستری نوزاد ( $P<0/00$ ) و وضعیت تاهل پرستاران ( $P=0/037$ ) با

محاسبه شد.

برای تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و از آزمونهای آنالیز واریانس و t مستقل استفاده شد.

## یافته ها

در این مطالعه ۱۱۰ مادر و ۱۱۰ پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه کودکان شرکت داشتند. مشخصات جمعیتی شناختی مادران، کودکان و پرستاران در (جدول ۱) نشان داده شده است. در بررسی سوالات در ابعاد مختلف نیازهای درک شده خانواده از دیدگاه مادران و پرستاران بر اساس اولویت (میانگین) عبارت بود از: نیاز به داشتن امید ( $3/72 \pm 0/46$ )، ( $3/77 \pm 0/46$ )، در جریان قرار گرفتن علت کارهایی که برای

جدول ۱: فراوانی و میانگین و انحراف معیار مشخصات جمعیتی شناختی مادران، کودکان و پرستاران شرکت کننده در مطالعه

| مشخصات جمعیتی شناختی      | تعداد (۱۱۰ نفر)                                 | درصد | انحراف معیار $\pm$ میانگین |
|---------------------------|---|------|----------------------------|
| شغل                       | خانه دار  | ۶۰   | ۵۴/۵                       |
|                           | کارمند  | ۵۰   | ۴۵/۵                       |
| سطح تحصیلات               | زیردیپلم  | ۲    | ۱/۸                        |
|                           | دیپلم   | ۴۷   | ۴۲/۷                       |
|                           | کاردانی و بالاتر                                | ۶۱   | ۵۵/۵                       |
| وضعیت تاهل                | متاهل   | ۱۱۰  | ۱۰۰                        |
|                           | مطلقه   | -    | -                          |
| مادر محل سکونت            | تهران   | ۷۵   | ۶۸/۲                       |
|                           | حومه  | ۱۸   | ۱۶/۴                       |
|                           | سایر  | ۱۷   | ۱۵/۵                       |
| سن مادر (سال)             | <۳۰   | ۳۱   | ۲۸/۲                       |
|                           | ۳۰-۳۵   | ۵۷   | ۵۱/۸                       |
|                           | >۳۵   | ۲۲   | ۲۰                         |
| تعداد فرزند               | ۱   | ۴۴   | ۴۰                         |
|                           | ۲   | ۵۰   | ۴۰/۵                       |
|                           | ۳   | ۱۶   | ۱۴/۵                       |
| تشخیص کودک                | جراحی (قلب و جراحی اعصاب)                       | ۳۰   | ۲۷/۳                       |
|                           | کتواسیدوز دیابتیک و بیماریهای مادرزادی متابولیک | ۴۳   | ۳۹/۱                       |
|                           | پنومونی آسپیراسیون و درگیری های تنفسی           | ۲۱   | ۱۹/۱                       |
|                           | حملات تشنجی مقاوم و صرع                         | ۱۶   | ۱۴/۵                       |
| مدت زمان بستری کودک (روز) | ۲-۶   | ۸۳   | ۷۵/۵                       |
|                           | ۷-۱۰  | ۱۶   | ۱۴/۵                       |
|                           | ۱۱-۶۰   | ۱۱   | ۱۰                         |
| جنسیت                     | زن  | ۱۰۶  | ۹۶/۴                       |
|                           | مرد   | ۴    | ۳/۶                        |
| وضعیت تاهل پرستار         | مجرد  | ۶۳   | ۵۷/۳                       |
|                           | متاهل   | ۴۷   | ۴۲/۷                       |
| سطح تحصیلات               | لیسانس  | ۱۰۲  | ۹۲/۷                       |
|                           | کارشناسی ارشد                                   | ۸    | ۷/۳                        |
|                           | لیسانس  | ۱۰۲  | ۹۲/۷                       |
| رتبه شغلی                 | مسئول شیفت                                      | ۴۱   | ۳۷/۳                       |
|                           | پرستار در شیفت                                  | ۶۹   | ۶۲/۷                       |

|                                     |                             |    |      |                |
|-------------------------------------|-----------------------------|----|------|----------------|
| سن (سال)                            | <۳۰                         | ۳۸ | ۳۴/۵ | ۳۱/۹۱ ± ۴/۳۲   |
|                                     | ۳۵-۳۰                       | ۵۰ | ۴۵/۵ |                |
|                                     | >۳۵                         | ۲۲ | ۲۰   |                |
| سابقه کار                           | <۵                          | ۳۳ | ۳۰   | ۶/۹۴ ± ۳/۸۵    |
|                                     | ۱۰-۵                        | ۵۶ | ۵۰/۹ |                |
|                                     | >۱۰                         | ۲۱ | ۱۹/۱ |                |
| سابقه کار در بخش مراقبت ویژه کودکان | <۴                          | ۴۸ | ۴۳/۶ | ۵/۳۲ ± ۳/۶۵    |
|                                     | ۸-۴                         | ۳۷ | ۳۳/۶ |                |
|                                     | >۸                          | ۲۵ | ۲۲/۷ |                |
| ساعت کاری در ماه (ساعت)             | <۱۷۰                        | ۳۳ | ۳۰   | ۱۷۸/۴۷ ± ۲۱/۲۴ |
|                                     | ۱۹۵-۱۷۰                     | ۵۷ | ۵۱/۸ |                |
|                                     | >۱۹۵                        | ۲۰ | ۱۸/۲ |                |
| تعداد محل های اشتغال به کار         | تعداد محل های اشتغال به کار | ۹۹ | ۹۰   | ۱۷۸/۴۷ ± ۲۱/۲۴ |
|                                     |                             | ۱۱ | ۱۰   |                |

جدول ۲: فراوانی و میانگین و انحراف معیار ابعاد و گویه های نیازهای خانواده دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان از دیدگاه پرستاران و مادران شرکت کننده

| ابعاد   | بیانیه ها (نیازها)   | اصلا مهم نیست | تا حدودی مهم است | مهم است  | خیلی مهم است | (انحراف معیار) میانگین |
|---|--|---------------|------------------|----------|--------------|------------------------|
| نیازهای خانواده در بعد نیاز به حمایت            | نیاز به دریافت دستورالعمل هایی راجع به کارهایی که باید در بالین بیمار انجام داد      | ۰-            | ۳(۲/۷)           | ۸۹(۸۰/۹) | ۱۸(۱۶/۴)     | ۳/۱۳(۰/۴۱)             |
|   | نیاز به وجود کسی که نگران سلامتی شما است.  | ۰-            | ۱۲(۱۰/۹)         | ۹۲(۸۳/۶) | ۶(۵/۵)       | ۲/۹۴(۰/۴۰)             |
| نیازهای خانواده در بعد نیاز به فراهم سازی آسایش | نیاز به حصول اطمینان از اینکه اگر برای مدتی بیمارستان را ترک کنید مشکلی پیش نمی آید. | ۰-            | ۵۳(۴۸/۲)         | ۵۴(۴۹/۱) | ۳(۲/۷)       | ۳/۴۶(۰/۵۵)             |
|   | نیاز به داشتن احساس مقبولیت در میان پرسنل بیمارستان                                  | ۰-            | ۱۱(۱۰)           | ۸۸(۸۰)   | ۱۱(۱۰)       | ۳/۰۱(۰/۴۴)             |
| نیازهای خانواده در بعد نیاز به دریافت اطلاعات   | نیاز به در جریان قرار گرفتن در مورد علت کارهایی که روی کودک انجام می شود.            | ۰             | ۱(۰/۹)           | ۴۱(۳۷/۳) | ۶۸(۶۱/۸)     | ۳/۶۰(۰/۵۰)             |
|   | نیاز به صحبت هر روزه با پزشک   | -             | ۱(۰/۹)           | ۳۸(۳۴/۵) | ۷۱(۶۴/۶)     | ۳/۶۳(۰/۵۰)             |
| نیازهای خانواده در بعد نزدیکی به کودک           | نیاز به صحبت با یک پرستار مشخص در هر روز   | --            | ۲(۱/۸)           | ۴۴(۴۰)   | ۶۴(۵۸/۲)     | ۳/۵۶(۰/۵۳)             |
|   | نیاز به دریافت اطلاعات در مورد بیمار حداقل یک بار در روز                             | --            | ۱(۰/۹)           | ۷۶(۶۹/۱) | ۳۳(۳۰)       | ۳/۲۹(۰/۴۷)             |
| نیازهای خانواده در بعد اطمینان بخشی             | نیاز به داشتن این حس که پرسنل بیمارستان مراقب بیمار هستند                            | --            | ۲(۱/۸)           | ۹۱(۸۲/۷) | ۱۷(۱۵/۵)     | ۳/۱۳(۰/۳۹)             |
|   | نیاز به داشتن حس امید.   | --            | ۱(۰/۹)           | ۲۲(۲۰)   | ۸۷(۷۹/۱)     | ۳/۷۸(۰/۴۳)             |
|   |  | --            | ۶۲(۵۶/۴)         | ۴۷(۴۲/۷) | ۱(۰/۹)       | ۳/۵۵(۰/۵۱)             |
|   |  | --            | ۱(۰/۹)           | ۲۸(۲۵/۵) | ۸۱(۷۳/۶)     | ۳/۷۲(۰/۴۶)             |
|   |  | ۰             | ۲(۱/۸)           | ۲۱(۱۹/۱) | ۸۷(۷۹/۱)     | ۳/۷۷(۰/۴۶)             |

### مهنز شوقی و الناز حق دوست لطفی

**جدول ۳:** فراوانی و میانگین و انحراف معیار نیاز خانواده و ابعاد آن از دیدگاه پرستاران و مادران دارای کودکان بستری در بخش مراقبت های ویژه کودکان (n=۱۱۰)

| نتیجه آزمون آماری*  | دیدگاه پرستاران |                 |                        | دیدگاه مادران   |                 |                        | کل                     |                          | گروه نیازهای درک شده |
|---------------------|-----------------|-----------------|------------------------|-----------------|-----------------|------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|
|                     | کم اهمیت (درصد) | با اهمیت (درصد) | (انحراف معیار) میانگین | کم اهمیت (درصد) | با اهمیت (درصد) | (انحراف معیار) میانگین | (انحراف معیار) میانگین | (انحراف معیار) میانگین   |                      |
| t=-۱/۳۳۶, P=۰/۱۸۳   | ۵۲/۹۷           | ۴۷/۰۳           | ۳۸/۷۶(۳/۰۹)            | ۵۵/۵۸           | ۴۴/۴۲           | ۳۹/۳۷(۳/۶۴)            | ۳۹/۰۶(۳/۳۸)            | نیاز به حمایت            |                      |
| t=۰/۰۷۹, P=۰/۹۳۷    | ۴۷/۷۳           | ۵۲/۲۷           | ۱۵/۶۲(۱/۶۹)            | ۴۹/۸۵           | ۵۰/۱۵           | ۱۵/۶۰(۱/۶۹)            | ۱۵/۶۱(۱/۶۹)            | نیاز به فراهم سازی آسایش |                      |
| t=-۰/۲۹۳, P=۰/۷۷۰   | ۷۸/۰۷           | ۲۱/۹۳           | ۲۳/۹۰(۱/۸۲)            | ۷۶/۳۷           | ۲۳/۶۳           | ۲۳/۹۷(۱/۸۵)            | ۲۳/۹۳(۱/۸۳)            | نیاز به دریافت اطلاعات   |                      |
| t=-۲/۳۵۳, **P=۰/۰۲۰ | ۷۸/۷۹           | ۲۱/۲۱           | ۲۷/۱۶(۲/۳۱)            | ۸۳/۸۴           | ۱۶/۱۶           | ۲۷/۹۳(۲/۵۵)            | ۲۷/۵۵(۲/۴۶)            | نزدیکی به کودک           |                      |
| t=-۱/۹۳۳, P=۰/۰۵۵   | ۸۳/۹            | ۱۶/۱            | ۲۲/۰۳(۱/۵۸)            | ۸۴/۴            | ۱۵/۶            | ۲۲/۴۴(۱/۵۵)            | ۲۲/۲۴(۱/۵۷)            | اطمینان بخشی             |                      |
| t=-۱/۵۰۰, P=۰/۱۳۵   | ۶۶/۸            | ۳۳/۲            | ۱۲۷/۴۹(۸/۸۰)           | ۶۸/۷            | ۳۱/۳            | ۱۲۹/۳۳(۹/۴۳)           | ۱۲۸/۴۱(۹/۱۵)           | نیازهای کلی خانواده      |                      |

\* آزمون t مستقل \*\* معنی داری

**جدول ۴:** میانگین و انحراف معیار نیازهای خانواده دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان بر حسب مشخصات دموگرافیک مادران، کودکان و پرستاران شرکت کننده در مطالعه

| آزمون آماری | انحراف معیار ± میانگین | نیازهای خانواده<br>مشخصات جمعیت شناختی مادران    |                |
|-------------|------------------------|--|----------------|
| t=۲/۹۵۸     | ۱۳۱/۶۸ ± ۱۱/۵۷         | خانه دار   | شغل            |
| p= ۰/۰۰۴    | ۱۲۶/۵۲ ± ۴/۶۷          | کارمند   |                |
| P =۲/۰۵۶    | ۱۴۱/۰۱ ± ۱۴/۱۴         | زیردیپلم   |                |
| F= ۰/۱۳۳    | ۱۲۸/۱۲ ± ۷/۵۵          | دیپلم  | سطح تحصیلات    |
|             | ۱۲۹/۸۸ ± ۱۰/۴۲         | کاردانی و بالاتر                                 |                |
| P=۰/۱۱۴     | ۱۲۸/۱۸ ± ۸/۳۰          | تهران  | محل سکونت      |
| F= ۲/۲۱۲    | ۱۳۰/۳۸ ± ۳/۹۲          | حومه تهران                                       |                |
|             | ۱۳۳/۲۹ ± ۱۵/۷۲         | سایر   |                |
| P =۰/۹۸۲    | ۱۲۹/۲۹ ± ۶/۸۲          | <۳۰  | سن             |
| F=۰/۰۱۹     | ۱۲۹/۲۲ ± ۹/۱           | ۳۰-۳۵  |                |
|             | ۱۲۹/۶۸ ± ۱۳/۱          | >۳۵  |                |
| F= ۲/۳۹۸    | ۱۳۱/۷۰ ± ۱۱/۸۶         | ۱  | تعداد فرزند    |
| P=, ۰/۰۹۶   | ۱۲۷/۱۶ ± ۷/۶           | ۲  |                |
|             | ۱۲۸/۲۵ ± ۵/۰۳          | ۳  |                |
| F=۸/۹۴۳     | ۱۲۸/۳۲ ± ۵/۹           | ۶-۲  | مدت بستری کودک |
| * P<۰/۰۰    | ۱۲۷/۴ ± ۷/۹            | ۱۰-۷   |                |
|             | ۱۳۹/۷ ± ۲۱/۳           | ۶۰-۱۱  |                |
|             | ۱۲۶/۳۳ ± ۴/۰۳          | جراحی (قلب و جراحی اعصاب)                        | کودکان         |
| F =۶/۶۳۶    | ۷/۱۳۳ ± ۱۶/۱۳          | کتو اسیدوز دیابتیک و بیماریهای مادرزادی متابولیک |                |
| *P =۰/۰۰۱   | ۷۶/۱۲۷ ± ۲/۴           | پنومونی اسپیراسیون و درگیری های تنفسی            |                |
|             | ۱۸/۱۲۴ ± ۸/۲           | حملات تشنجی مقاوم و صرع                          |                |

|          |                |                |                   |
|----------|----------------|----------------|-------------------|
| P=۰/۰۹۴  | ۱۲۷/۷۶ ± ۸/۸۴  | زن             | جنسیت             |
| t=۱/۶۹۰  | ۱۲۰/۲۵ ± ۱/۸۹  | مرد            |                   |
| *P=۰/۰۳۷ | ۱۲۹/۰۱ ± ۱۰/۳۷ | مجرد           | وضعیت تاهل        |
| t=۲/۱۱۴  | ۱۲۵/۴۶ ± ۵/۵۸  | متاهل          |                   |
| P=۰/۸۳۴  | ۱۲۷/۴۴ ± ۹/۰۱  | کارشناسی       | سطح تحصیلات       |
| t=-۰/۲۱۱ | ۱۲/۱۲۸ ± ۱۲/۶  | ارشد           |                   |
| P=۰/۵۷۶  | ۸۷/۱۲۶ ± ۶۷/۷  | مسئول شیفت     | رتبه شغلی         |
| t=-۰/۵۶۱ | ۸۵/۱۲۷ ± ۴۴/۹  | پرستار در شیفت |                   |
| P=۰/۱۹۴  | ۱۲۸/۶۳ ± ۹/۶   | <۳۰            | سن                |
| F=۱/۶۶۸  | ۱۲۵/۵۴ ± ۴/۵   | ۳۰-۳۵          |                   |
|          | ۱۲۹/۹۵ ± ۱۳/۰۷ | >۳۵            | پرستاران          |
| P=۰/۱۷۴  | ۱۲۷/۶ ± ۸/۱    | <۵             | سابقه کار         |
| F=۰/۹۵۴  | ۱۲۶/۲ ± ۶/۶۷   | ۵-۱۰           |                   |
|          | ۱۳۰/۶۱ ± ۱۳/۳۲ | >۱۰            |                   |
| P=۰/۳۰۸  | ۱۲۶/۳ ± ۶/۲۶   | <۴             | سابقه کار در بخش  |
| F=۱/۱۹۲  | ۱۲۷/۵ ± ۸/۸۵   | ۴-۸            |                   |
|          | ۱۲۶/۷۲ ± ۳/۶۶  | <۱۷۰           | مراقبت ویژه       |
| P=۰/۵۹   | ۱۲۷/۳۱ ± ۸/۲   | ۱۷۰-۱۹۵        |                   |
| F=۰/۵۳۰  | ۱۲۹/۲۵ ± ۱۴/۷۵ | >۱۹۵           | ساعات کاری در ماه |
| P=۰/۳۶۲  | ۱۲۷/۷۴ ± ۸/۸۱  | ۱              | تعداد محل اشتغال  |
| t=-۰/۹۱۶ | ۱۲۵/۱۸ ± ۸/۸۰  | >۱             |                   |

F: آزمون آنالیز واریانس، T آزمون تی مستقل، \* معنی داری

## بحث

تفاوت در فراوانی کلی نیازهای درک شده در جوامع مختلف مسلماً حاصل از خدمات ارائه شده در مراکز مورد مطالعه، انتظارات مراجعه کنندگان از خدمات دریافتی آن مراکز و بسیاری عوامل دیگر مانند فرهنگ و ساختار خانواده ها در جوامع مختلف می باشد (۲۱،۲۲).

در مطالعه حاضر بیش از دو سوم مادران اطمینان بخشی و نزدیکی به کودک را از مهمترین نیازهای خانواده دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان می دانستند. نیازهای درک شده خانواده از دیدگاه مادران به ترتیب اهمیت شامل نیاز به داشتن امید، نیاز به درک حقایق خاص در مورد بیماری کودک، نیاز به دریافت پاسخ صادقانه از تیم مراقبتی، در جریان قرار گرفتن علت کارهایی که برای کودک انجام می شود، گفتگوی روزانه با پزشک، صحبت روزانه با یک پرستار مشخص بود. پرستاران نیز نیازهای مهم درک شده خانواده را به ترتیب نیاز به اطمینان بخشی، نزدیکی به کودک، نیاز به دریافت اطلاعات، نیاز

در این مطالعه که با هدف مقایسه دیدگاه پرستاران و مادران در مورد نیازهای درک شده خانواده های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان در بیمارستان های آموزشی- درمانی منتخب شهر تهران انجام شد. نتایج نشان داد اکثریت مادران نیازهای درک شده بالایی داشته و برآورده سازی بیشتر نیازها را با اهمیت می دانستند. پرستاران نیز همچنین معتقد بودند این گروه از خانواده ها نیازهای درک شده بالایی دارند. در مطالعات مشابه انجام شده همسو با مطالعه فوق نیازهای درک شده والدین و خانواده های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه از دیدگاه مادران و پرستاران بالا و قابل توجه گزارش شده است (۱۸-۲۱). هرچند علی رغم بالا بودن فراوانی کلی نیازهای درک شده خانواده در مطالعات و جوامع مختلف، مقادیر گزارش شده در مورد نیازهای درک شده خانواده در مطالعات مختلف متفاوت با مطالعه فوق بوده است. این

بستری کودک در بخش مراقبت ویژه کودکان بسیار متوجه شرایط کودک بوده و نیازهای فردیشان برایشان چندان اهمیت نداشته یا در اولویت نیست. آنها در زمان بستری کودک نیازهای خود را نادیده گرفته و تمرکزشان را بر رفع و توجه به نیازهای مربوط به کودک و شرایط بیماری او معطوف می کنند (۲۹، ۳۰). از سوی دیگر نیاز به دریافت حمایت که به نظر نیاز مهمی محسوب می شود و در بسیاری از مطالعات نیازی مهم برای این والدین در شرایط بحران دانسته شده در مطالعه فوق و همچنین به طور همسو در برخی مطالعات جز الویت های اولیه توسط این گروه از مادران در نظر گرفته نشد. تمایل به دریافت حمایت یک موضوع فرهنگی بوده و عوامل متعددی بر روی آن تاثیرگذار هستند. در ایران بیشتر خانواده ها از سوی دوستان و اقوام در شرایط بحرانی تحت حمایت قرار گرفته و این موضوع می تواند بر احساس کمتر به نیاز دریافت حمایت تاثیرگذار باشد. از سوی دیگر بی توجهی به نیازهای فردی و خانوادگی در شرایط بستری کودک در بخش مراقبت ویژه کودکان نیز بر این نیاز تاثیرگذار است. خانواده ها غالباً از نیازهای روانی-عاطفی خود و خانواده در آن شرایط چشم پوشی کرده و به نیازهای آسایش و دریافت حمایت روانی، عاطفی و جسمی خودبی اعتنا هستند (۲۹).

مطابق نتایج علی رغم تفاوت های جزئی، تشابهات زیادی بین دیدگاه پرستاران و مادران در تعیین نیازهای خانواده دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان وجود داشت. در تمامی ابعاد جز بعد نیاز به دریافت اطلاعات پرستاران نیازهای خانواده را کمتر از مادران برآورد کرده و در تعیین نیازهای کلی این خانواده ها نیز آنها نیازهای خانواده را کمتر از مادران گزارش نمودند. مطالعه مشابه انجام شده نشان داد که پرستاران در مقایسه با والدین، پزشکان نیز برآورد کمتری از نیازهای اینگونه خانواده ها داشتند (۲۱). در مطالعه حاضر مادران نیاز خانواده را برای نزدیکی به کودک به طور معنی داری بیشتر از پرستاران شرکت کننده در مطالعه می دانستند. ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر در مطالعه ای مشابه علی رغم وجود تفاوت ها میان دیدگاه پرستاران، والدین و پزشکان در هیچ بعدی دیدگاه آنها تفاوت معنی داری نداشت (۲۱). در حالی که در دیگر مطالعه انجام شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان در همه ابعاد تفاوت معنی داری میان دیدگاه پرستاران و مادران گزارش شده است (۲۵). علی رغم وجود شباهت های کلی، تفاوت در

به حمایت و نیاز به تامین آسایش برآورد کردند. در بیشتر مطالعات نیازهای مهم از سوی پرستاران نیازهای مربوط به کودک یا نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه بود و نیازهای مرتبط به خانواده مانند آسایش و حمایت اولویت کمتری داشتند. این موضوع به وضوح نشان می دهد پرستاران به رفع نیازهای فرد بستری متمرکز بوده و در این شرایط بحرانی که خانواده با چالش های بسیاری مانند استرس، سردرگمی، اضطراب، حس تقصیر و برهم خوردن تعادل در خانواده مواجه است نیازهایشان کمتر از سوی تیم درمان به ویژه پرستاران مورد توجه قرار گرفته و تلاشی برای رفع آنها صورت می گیرد (۱۱). نتایج دیگر مطالعات نیز در ابعاد مختلف نیاز های درک شده خانواده در بسیاری موارد مشابه و در برخی موارد از جمله اعلام ترتیب نیازهای مهم ناهمسو با مطالعه حاضر بوده است (۲۳، ۲۴). مقایسه نتایج مطالعه فوق با مطالعات دیگر انجام شده در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان، کودکان و بالغین بیانگر وجود تشابهات زیاد و تفاوت های اندک در یافته ها می باشد. در مطالعات مشابه همسو با نتایج مطالعه فوق نیاز به اطمینان بخشی به عنوان بالاترین نیاز این گروه از والدین گزارش شده است (۱۸-۲۱، ۲۵، ۲۶). مطالعه مروری انجام شده نیز همسو با مطالعه ما نیاز به اطمینان بخشی را بالاترین نیاز این والدین و خانواده های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه دانسته است (۲۷). در مقایسه اولویت بندی ابعاد مختلف نیازهای درک شده خانواده در بسیاری موارد مشابه و در برخی موارد از جمله اعلام ترتیب نیازهای مهم ناهمسو با مطالعه حاضر بوده است. (۲۳، ۲۴). به نظر می رسد با وجود تفاوت در خدمات ارائه شده به والدین دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان در جوامع مختلف و به کارگیری مراقبت خانواده محور در بسیاری از کشورهای توسعه یافته نیاز های درک شده در این گروه از خانواده ها همچنان بالا بوده و از نظر والدین رفع و توجه به آنها از سوی تیم ارائه دهنده مراقبت سلامتی بسیار ضروری گزارش شده است (۲۸).

مطابق نتایج در بعد آسایش بیشتر نیازهای مطرح شده از دیدگاه مادران از اهمیت کمی برخوردار بودند. همسو با یافته های مطالعه حاضر در بیشتر مطالعات نشان داده شده است نیازهای مربوط به تامین آسایش والدین و خانواده از دیدگاه آنها از اهمیت کمتری برخوردار است (۲۹). اهمیت کم نیازهای تامین آسایش در مطالعه حاضر و دیگر مطالعات می تواند حاصل از این موضوع باشد که مادران در طول

تخمین نیاز خانواده در بعد نزدیکی به کودک نشاندهنده تقاضای بیشتر خانواده‌ها برای توجه به این مساله نسبت به پرستاران است (۲۲).

مسئله شناخت نیازهای واقعی درک شده خانواده‌ها توسط پرستاران راهنمایی برای ارائه مراقبت خانواده محور، ارتقای کیفیت مراقبت و رضایتمندی خانواده‌ها به ویژه والدین می‌باشد. برقراری و ارتقای ارتباط کلامی و غیر کلامی میان پرستاران و مراقبین یکی از راهکارهای موثر در جهت شناخت نیازهای واقعی خانواده‌های دارای کودک بستری می‌باشد. بیشتر مطالعات نشان داده است ارتباط میان پرستاران و والدین کودکان بستری کافی و موثر نبوده و این موضوع بر درک نیازهای واقعی این گروه از خانواده‌ها توسط پرستاران تاثیرگذار است (۱۳، ۳۱).

مطابق نتایج نیازهای درک شده خانواده بر حسب شغل مادران و مدت بستری کودک تفاوت معنی داری داشت. مادران خانه دار در مقایسه با مادران شاغل نیازهای خانواده را به طور معنی داری بالاتر برآورد کردند. وجود احساس نیاز بیشتر در مادران خانه دار می‌توان حاصل از این شرایط باشد که مادران خانه دار زمان بیشتری برای ماندن در بیمارستان داشته و با نیازهای موجود بیشتر مواجه می‌شوند. در مطالعه انجام شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر وجود ارتباط بین سابقه تجربه قبلی مادر و کمتر شدن نیازهای درک شده نشان داده شده است (۱۲).

مطابق نتایج پرستاران مجرد به طور معنی داری نیازهای درک شده خانواده را بیشتر از پرستاران متاهل برآورد کرده بودند. در مطالعات دیگر این نوع ارتباطات مورد بررسی قرار نگرفته است ولی ممکن است این یافته حاصل از این باشد که پرستاران مجرد بیشتر بر کار خود و ارائه مراقبت متمرکز بوده در حالی که پرستاران متاهل فعالیت‌های چندجانبه داشته و همزمان مسئولیت‌های متعددی را در نقش‌های مختلف مانند نقش مادری، فرزند، همسری، پرستاری را ایفا می‌کنند.

آنطور که به نظر می‌رسد نیازهای خانواده در شرایط بستری کودک در بخش مراقبت ویژه کودکان به بیشتر مشخصات دموگرافیک مادران و پرستاران ارتباط نداشته و این شرایط محیطی و بحران حادث شده است که به نیازهای خانواده شکل می‌دهد. بنابراین ایجاد تغییرات محیطی، مراقبتی و ارتباطی در بخش مراقبت ویژه کودکان

می‌تواند در کاهش یا رفع نیازهای اصلی و مهم درک شده این خانواده‌ها تاثیرگذار بوده و با نتایج مثبتی برای ارتقای کیفیت مراقبت ارائه شده توسط تیم ارائه دهنده مراقبت سلامتی به ویژه پرستاران و والدین همراه باشد. رفع یا کاهش نیازهای درک شده خانواده مستلزم ایجاد تغییرات محیطی، دانشی و نگرشی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه کودکان و همچنین تقویت ارتباط میان تیم ارائه دهنده مراقبت سلامتی و خانواده و مشارکت هر چه بیشتر خانواده در امر مراقبت از کودک می‌باشد و این موضوع نیازمند استفاده از برنامه‌های اجرایی دقیق می‌باشد (۳۲، ۳۳).

با توجه به یافته‌ها پیشنهاد می‌شود مطالعه مداخله‌ای با هدف رفع یا کاهش نیازهای مهم درک شده خانواده‌های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان و تاثیر آن بر کاهش اضطراب و استرس آنها سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود مطالعه مداخله‌ای با هدف رفع یا کاهش نیازهای مهم درک شده خانواده‌های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان و تاثیر آن بر رضایت مندی خانواده سنجیده شود. با توجه به تشابه در دیدگاه مادران و پرستاران پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با هدف تعیین موانع و تسهیل‌کننده‌های انجام اقدامات لازم برای رفع نیازهای فوق انجام شود.

خستگی و بی‌حوصله‌گی مادران به دلیل بستری کودکان در بخش مراقبت ویژه کودکان و بدحالی او در بیمارستان یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود. محقق با بیان اهداف مطالعه و نشان دادن سوالات که مربوط به شناسایی نیازهای آنان بود سعی نمود تا حد ممکن آنها را به شرکت در مطالعه ترغیب کند. عدم رغبت پرستاران به شرکت در مطالعه و آوردن دلایل مختلف جهت عدم مشارکت مشکل دیگری بود محقق با بیان اهداف مطالعه و استمرار در نمونه‌گیری سعی نمود تا حد ممکن آنها را به شرکت در مطالعه ترغیب کند.

### نتیجه گیری

شناخت پرستاران و مادران از نیازهای خانواده‌های دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان بسیار مشابه بوده و پرستاران درک درستی از نیازهای این خانواده‌ها دارند. توجه به این موضوع که چرا علی‌رغم این شناخت همچنان نیازهای این خانواده‌ها مرتفع نشده حائز اهمیت است. پرستاران نقش کلیدی در مراقبت داشته

دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفته است. از تمامی پرستاران و شرکت کنندگان و دیگر کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

### تعارض منافع

هیچ تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

### References

1. Abela KM, Wardell D, Rozmus C, LoBiondo-Wood G. Impact of pediatric critical illness and injury on families: an updated systematic review. *Journal of pediatric nursing*. 2020;51:21-31. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.013>
2. Butler AE, Hall H, Willetts G, Copnell B. Family experience and PICU death: a meta-synthesis. *Pediatrics*. 2015;136(4):e961-e73. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1068>
3. Jakobsen L, Kristensen KK, Laerkner E. Parents' experiences during and after their child's stay in the paediatric intensive care unit-A qualitative interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021;67:103089. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103089>
4. Youngblut JM, Brooten D, Cantwell GP, Del Moral T, Totapally B. Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU death. *Pediatrics*. 2013;132(5):e1295-e301. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1194>
5. Sanchez R, Hoehn KS. First, Do No Harm: How Do We Mitigate the Stress on Children and Families During Their PICU Stay? *Pediatric Critical Care Medicine*. 2019;20(4):394-5. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001911>
6. Matziou V, Boutopoulou B, Chrysostomou A, Vlachioti E, Mantziou T, Petsios K. Parents' satisfaction concerning their child's hospital care. *Japan Journal of Nursing Science*. 2011;8(2):163-73. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00171.x>
7. O'Meara A, Akande M, Yagiela L, Hummel K, Whyte-Nesfield M, Michelson KN, et al. Family outcomes after the pediatric intensive care unit: a scoping review. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2022;37(9):1179-98. <https://doi.org/10.1177/08850666211056603>
8. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: an overview. *Journal of*

و باید نقش فعالی در تصمیم گیری های اعضای تیم ارائه دهنده مراقبت سلامتی داشته باشند.

### سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق (IR.IUMS.REC.1398.1245) از کمیته اخلاق در پژوهش

- translational internal medicine. 2017;5(2):90-2. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
9. Huggins EL, Bloom SL, Stollings JL, Camp M, Sevin CM, Jackson JC. A Clinic Model: Post-Intensive Care Syndrome and Post-Intensive Care Syndrome-Family. *AACN advanced critical care*. 2016;27(2):204-11. <https://doi.org/10.4037/aacnacc.2016611>
  10. Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: an integrative review. *Journal of pediatric nursing*. 2018;41:22-33. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.007>
  11. Khalaila R. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of advanced nursing*. 2013;69(5):1172-82. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x>
  12. Wang L, He JL, Fei SL. Perceived needs of parents of premature infants in NICU. *Western journal of nursing research*. 2018;40(5):688-700. <https://doi.org/10.1177/0193945916683679>
  13. Park B, Oh W-O. Differences in the perceptions of partnership between nurses and mothers of children in a pediatric intensive care unit in South Korea: a qualitative study. *Child Health Nursing Research*. 2022;28(3):197. <https://doi.org/10.4094/chnr.2022.28.3.197>
  14. Laudato N, Yagiela L, Eggly S, Meert KL. Understanding parents' informational needs in the pediatric intensive care unit: A qualitative study. *Progress in Pediatric Cardiology*. 2020;57:101172. <https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2019.101172>
  15. Karimi R, Daneshvar Z, Sadat Hoseini A, Mehran A, Shiri M. Perceptions of Parents and Nurses on Needs of Hospitalized Children's Parents. *Hayat*. 2008;14(1):31-9.
  16. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & lung: the journal of critical care*. 1991;20(3):236-

- 44.
17. Dağ GS, Dicle A, Firat MZ. Psychometric properties of the critical care family needs inventory-emergency department. *Applied Nursing Research*. 2017; 33: 113-20. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.001>
  18. Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric nursing*. 2001;27(3):281.
  19. Mundy CA. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*. 2010;19(2):156-63. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010130>
  20. Govindaswamy P, Laing S, Waters D, Walker K, Spence K, Badawi N. Needs of parents in a surgical neonatal intensive care unit. *Journal of paediatrics and child health*. 2019;55(5):567-73. <https://doi.org/10.1111/jpc.14249>
  21. Alnajjar H, Elarousy W. Exploring family needs in neonatal and pediatric intensive care units at King Khaled Hospital-Jeddah. *Clinical and Medical Investigations*. 2017; 2:1-7. <https://doi.org/10.15761/CMI.1000145>
  22. Latour JM, van Goudoever JB, Duivenvoorden HJ, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, et al. Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2011;12(5):e211-e5. <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3181fe3193>
  23. Sturdivant L, Warren NA. Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Critical care nursing quarterly*. 2009;32(2):149-58. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181a27f6d>
  24. Shields L, Kristensson-Hallström I, O'Callaghan M. An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17(2):176-84. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00215.x>
  25. Ladani MT, Abdeyazdan Z, Sadeghnia A, Hajiheidari M, Hasanzadeh A. Comparison of Nurses and Parents' Viewpoints Regarding the Needs of Parents of Premature Infants in Neonatal Intensive Care Units. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2017;22(5):367. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.215672>
  26. Amorim M, Alves E, Kelly-Irving M, Silva S. Needs of parents of very preterm infants in Neonatal Intensive Care Units: A mixed methods study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.05.003>
  27. Hendrawati S, Adistié F, Maryam NNA. A Literature Review: Parental Needs in The Neonatal Intensive Care Room. *Journal of Maternity Care and Reproductive Health*. 2018;1(1). <https://doi.org/10.36780/jmcrh.v1i1.8>
  28. Spitz-Köberich C, Barth M, Spirig R. Parents of a critically ill child-what do they expect from the team of the pediatric intensive care unit? *Pflege*. 2010;23(5):299-307. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000063>
  29. Seyedamini B. Fears, Needs and Nursing Support of Mothers during Their Child's Hospitalization. *Iran Journal of Nursing* (2008-5923). 2011;24(72).
  30. Almasi S, Cheraghi F, Roshanaei G, Khalili A, Dehghani M. Relation of Nursing Support From Parents With Meeting the Needs of Mothers of Children Hospitalized in Besat Hospital, Hamadan. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2018;26(5):323-32. <https://doi.org/10.30699/sjnhmf.26.a5.323>
  31. Hallman ML, Bellury LM. Communication in pediatric critical care units: a review of the literature. *Critical care nurse*. 2020;40(2):e1-e15. <https://doi.org/10.4037/ccn2020751>
  32. Gawronski O, Sansone V, Cancani F, Di Nardo M, Rossi A, Gagliardi C, et al. Implementation of paediatric intensive care unit diaries: Feasibility and opinions of parents and healthcare providers. *Australian Critical Care*. 2023;36(3):370-7. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.01.011>
  33. Leland BD, Wocial LD, Madrigal VN, Moon MM, Ramey-Hunt C, Walter JK, et al. Group Concept Mapping Conceptualizes High-Quality Care for Long-Stay Pediatric Intensive Care Unit Patients and Families. *The Journal of pediatrics*. 2023;252:48-55. e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.08.007>