نیازهای اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی در زمان انتظار: مطالعه‌ای کیفی

تابنده صادقی[1]، ناهید دهقان نیری[2*]، عباس عباس زاده[3]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۲۷
سال پانزدهم شماره اول، بهمن ـ اسفند ۱۳۹۴ صص ۵۱-۴۱
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار- ۲۷ دی ۹۴]

چکیده

اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی، ساعت ها برای دریافت خبر از بیمارشان منتظر می‌مانند. افزایش آگاهی نسبت به نیازهای اعضای خانواده در این زمان، می‌تواند پرستاران را در ارائه مراقبت بهتر یاری نماید. لذا، این مطالعه با هدف توصیف نیازهای اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی در زمان انتظار انجام شد. در این مطالعه کیفی، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۱۷ عضو از خانواده بیماران تحت عمل جراحی انجام شد. مشارکت‌کنندگان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و نظری انتخاب و داده‌ها با روش تحلیل محتوای کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۳ طبقه و ۶ زیرطبقه حاصل شد که شامل نیازهای روحی (″ نیاز به دلداری″ و ″نیاز به دریافت امید″)، نیازهای اطلاعاتی (″نیاز به دریافت اطلاعات در مورد بیماری و سیر عمل جراحی″ و ″نیاز به مشاوره و راهنمایی″) و نیازهای فیزیکی (″ نیاز به مکان مناسب″ و″ نیاز به امکانات رفاهی″) بودند. یافته‌های این مطالعه می‌تواند به کارکنان نظام سلامت به ویژه پرستاران کمک کند تا آگاهی بیشتری نسبت به نیازهای اعضای خانواده در این زمان کسب نموده ودر جهت برآورده نمودن این نیازها، برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات لازم را به عمل آورند.

کلیدواژه: نیاز، اعضای خانواده، انتظار، عمل جراحی، تحقیق کیفی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۶۶۹۲۲۷۰۰
E-mail: nahid.nayeri@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

مقدمه

انتظار جراحی، رویدادی است که خانواده و دوستان بیمار، منتظر شنیدن خبری در مورد بیمار تحت جراحی هستند. زمانی که شخصی تحت عمل جراحی است، خانواده و دوستان او ساعتها را نگران و آشفته سپری می‌کنند. عدم آگاهی از طول مدت عمل، تشخیص و وضعیت بیمار، این انتظار را طولانی‌تر می‌کند [۱].

پرستاری منحصر به برآورده کردن نیازهای بیمار نیست بلکه دوستان و خانواده را نیز شامل می‌شود [۲]. خانواده از زمان فلورانس نایتینگل یکی از گروه‌های مورد نظر پرستاری بوده و امروزه توجه بیشتری را به خود جلب نموده است [۳]. خانواده به لحاظ اهمیت و نقش به‌سزایی که برای بیمار دارد، باید در برنامه مداخله پرستاری به اندازه خود بیمار مهم تلقی شود. شناخت نیازهای خانواده بیمار به پرستار کمک می‌کند که بتواند عناصر اصلی و واقعی بحران را مشخص نماید و در طرح‌ریزی اقدامات درمانی به کار گیرد [۴]. اعضای خانواده از طریق تعامل معنی‌دار با بیمار و همکاری با تیم درمان نقش مهمی در احساس خوب بودن بیمار در بیمارستان دارند. مطالعات نشان داده‌اند، توجه به نیازهای اعضای خانواده منتظر در اتاق انتظار، سبب کاهش اضطراب و استرس آنان شده است، آنان را قادر به مشارکت در امر مراقبت از بیمار نموده، منجر به پیشرفت سیر بهبودی بیمار بعد از جراحی شده و به تداوم مراقبت از بیمار بعد از ترخیص از بیمارستان کمک می‌کند [۶-۵]. برای اجرای مراقبت خانواده محور پرستاران نیاز به درک همدلانه اعضای خانواده دارند. دانستن نیازها برای پرستاران یک ضرورت محسوب می‌شود تا آن‌ها را قادر سازد نیازهای اعضای خانواده را برآورده سازند. نیاز خانواده، ضرورتی است که در صورت برآورده شدن سبب کاهش استرسها و افزایش حس خوب بودن در بیمار می‌شود [۷]. در مطالعات مختلف ، نیاز به اطلاعات، حمایت و امید، به عنوان نیازهای اساسی اعضای خانواده بیماران گزارش شده‌اند که باید مورد توجه واقع شوند [۳، ۱۰-۸] اما شواهد زیادی وجود دارد که ارائه دهندگان خدمات سلامتی و مراقبتی تنها روی نیازهای بیمار متمرکز می‌شوند [۱۱] و نتایج مطالعات متعددی، عدم توجه به نیازهای اعضای خانواده را گزارش نموده‌اند[۱۳-۱۲] .

عدم پاسخ به موقع به نیازها می‌تواند ناشی از فقدان درک و بررسی نامناسب موقعیت و بی‌توجهی به ارزش نقش مراقبتی اعضای خانواده باشد. درحالی که برای تطابق بعد از عمل جراحی به خصوص مراقبت در منزل این نکته بسیار ضروری است[۱۴]. به منظور کاهش تنش و قوی کردن اعضای خانواده، لازم است افراد حرفه‌ای، تجارب فردی آنان را بفهمند و هماهنگ با دغدغه های آنان عمل کنند تا بتوانند مراقبت و حمایت بهتری را ارائه نمایند[۱۲]. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و با عنایت بر این امر که بر اساس جستجوی صورت گرفته، در ایران هیچ مطالعه کیفی یا کمی نیازهای اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی در زمان انتظار را مورد بررسی قرار نداده است. از طرفی تحقیقات کمی محقق محور بوده و تنها منعکس کننده بخشی از واقعیت هستند، حال آن‌که درک ذهنی و تجربه‌های واقعی افرادی که به طور مستقیم پدیده را تجربه می‌کنند معیار دقیق‌تری برای مشخص شدن نیازهاست و این امر با رویکرد کیفی میسر است. در مطالعات کیفی، رویدادهای واقعی، دیدگاهها و تجربیات افراد در زمینه‌های کاری متفاوت جهت کشف عمیق و جامع موضوع بررسی می‌شود [۱۵]، بنابراین مطالعه حاضر با هدف توصیف نیازهای اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی در زمان انتظار با روش کیفی انجام شد تا بر اساس دیدگاه این گروه از مددجویان به این موضوع پرداخته و مداخلاتی جهت ارتقای کیفیت مراقبتها پیشنهاد نماییم.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر، از نوع کیفی بود و در آن به منظور کشف و آشکار شدن تجارب مشارکت کنندگان، رویکرد تحلیل محتوای کیفی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل محتوا یک رویکرد تحقیقی و ابزار علمی است که هدف آن تأمین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی است [۱۶]. این نوع از تحقیق می‌تواند پاسخگوی سوالات اختصاصی مرتبط با کارکنان بالینی و سیاست‌گذاران مانند نگرانیهای افراد راجع به یک واقعه و پاسخهای افراد مانند نگرش، احساسات و افکار آنها باشد[۱۷]، به این دلیل در این مطالعه نیز این رویکرد مورد استفاده قرار گرفت. مشارکت‌کنندگان این مطالعه را ۱۷ عضو خانواده بیماران تحت اعمال جراحی در بیمارستان علی بن ابیطالب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تشکیل دادند. توانایی درک و صحبت کردن به زبان فارسی، سن ۱۸ سال و بالاتر ، دارا بودن شرایط مساعد از نظر روحی و جسمانی برای شرکت در مطالعه، تمایل به شرکت در مطالعه و امضا نمودن فرم رضایت آگاهانه معیارهای ورود به مطالعه بودند. وقوع حادثه ناگوار برای بیمار تحت عمل جراحی و یا اتمام عمل جراحی بیمار و خروج بیمار از اتاق عمل برای انتقال به بخش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

معیارهای خروج از مطالعه را تشکیل می‌دادند(فقط در یک مورد بیمار از اتاق عمل به بخش منتقل شد، بنابراین پژوهشگر مجبور به خاتمه مصاحبه گردید). در این پژوهش، مشارکت‌کنندگان به گونه-ای انتخاب شدند که محققان بتوانند بهترین اطلاعات را کسب نمایند. در ابتدا مشارکت‌کنندگان به صورت "نمونه‌گیری مبتنی بر هدف" وارد مطالعه شدند. بر اساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های مصاحبه‌های قبلی، مشارکت‌کننده‌ی بعدی و همچنین سؤالاتی که باید در مصاحبه‌های بعدی پرسیده می‌شدند تعیین می‌شد. در واقع، با پیشرفت مطالعه، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به "نمونه‌گیری نظری" تبدیل شد. به‌طور کلی، تمام تلاش بر این بود که از افراد با تجربیات متفاوت در مطالعه استفاده شود تا اشباع نظری در طبقات مفهومی حاصل گردد، زیرا که اشباع، معیار کفایت نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌هاست[۱۵]. پژوهشگر از طریق بررسی مرتب داده‌ها و پرسیدن سؤالات، نهایتاً با ۱۷ مصاحبه به اشباع طبقات مفهومی رسید. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بود. پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها با توافق مشارکت‌کنندگان در اتاقی که برای این امر در نظر گرفته شده بود انجام شد. تمام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر هدایت شد. مصاحبه ها با یک سؤال کلی و باز "می‌توانید به من بگویید در این مدت زمانی که بیمار شما داخل اتاق عمل است و شما اینجا منتظر هستید چه نیاز یا نیازهایی دارید؟" آغاز شده و سوالات بعدی بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان به سوال اول و در جهت روشن شدن موضوع تحت مطالعه مطرح گردید. به عنوان مثال در ادامه پرسیده می‌شد: "از نظر روحی چه کسی می‌تونه بهتون کمک کنه؟"، "در این زمینه چه کمکی مفیدتره؟"، "کسب اطلاعات در مورد بیمار با عث چی می‌شه؟"،" بهتره اطلاع رسانی به چه صورتی انجام بشه؟"، "چه کسی این اطلاعاتو به شما بده؟"، یا در مورد امکانات فیزیکی سوالاتی از قبیل "نظرتون در مورد محلی که منتظر نشستید چیه؟"، "بهتر بود به چه صورت باشه؟"، "آیا دوست داشتید در یک اتاق مخصوص منتظر می‌موندید؟"، "انتظار در اتاق چه فوایدی داره ؟" و ..پرسیده شد. مدت زمان هر جلسه‌ی مصاحبه به طور متوسط بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بر حسب وضعیت و تمایل مشارکت‌کنندگان به ادامه به طول انجامید. تجزیه و تحلیل و جمع-آوری داده‌ها به طور همزمان صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در راستای هدف پژوهش بر اساس روش پیشنهادی Granheim & Lundman در طی شش مرحله ۱) تبدیل مصاحبه‌ها به متون کتبی و آشنایی محقق با داده‌ها، ۲)لحاظ کردن کل مصاحبه به عنوان واحد تحلیل، ۳) در نظر گرفتن کلمات، جملات و یا پاراگراف‌ها به عنوان واحدهای معنایی، ۴)مفهوم پردازی واحدهای معنایی و نام‌گذاری آنها توسط کدها، ۵) مقایسه کدها از نظر تشابهات و تفاوت‌هایشان و قرار دادن آنها در طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص، ۶) مقایسه طبقات با یکدیگر، تعریف و نام گذاری درون‌مایه‌ها، انجام شد [۱۷]. جهت تسهیل روند تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزارهای Onenote و Word نسخه ۲۰۰۷ استفاده شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از تایید مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان (کد اخلاق: k/۹۱/۱۹۹)، به مشارکت‌کنندگان در مورد پژوهش و اهداف آن توضیح داده شد و از همگی رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد، در مورد محرمانه نگه داشتن نام و اطلاعات مشارکت‌کنندگان و آزادی آنان در ترک مطالعه در هر زمان از پژوهش به آنان اطمینان داده شد، و اصل رازداری هم در انتشار اطلاعات و محرمانه نگه داشتن آن‌ها رعایت گردید. به منظور استحکام و موثق بودن داده‌ها، از روش‌های کنار گذاشتن پیش فرض های اولیه توسط محقق، لحاظ کردن حداکثر تنوع‌پذیری در داده‌ها، دقت در ثبت داده‌ها، درگیری طولانی مدت با داده‌ها، بازنگری مشارکت‌کنندگان، همکاران تحقیق و نیز ناظرین خارجی استفاده شد.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان این مطالعه را ۱۷ عضو خانواده بیماران تحت اعمال جراحی تشکیل دادند. محدوده‌ی سنی مشارکت‌کنندگان ۵۵-۲۰ سال (با میانگین سنی: ۳۵/۳) سال بوده و محدوده مدت زمان انتظار آنان ۴۵ دقیقه تا دو ساعت و ۳۰ دقیقه بود(جدول ۱) . با تحلیل داده‌ها، ۶ زیرطبقه و ۳ طبقه پدیدار شد(جدول۲). "نیازهای روحی"، "نیازهای اطلاعاتی" و "نیازهای کالبدی" طبقات مطالعه بودند که در ادامه شرح داده می‌شوند.

۱- نیازهای روحی: از منظر مشارکت‌کنندگان "نیازهای روحی" شامل "نیاز به دلداری" و "نیاز به دریافت امید" بود که سبب راحتی زمان انتظار می‌شد. در این خصوص یک مشارکت‌کننده سوم گفت: "آدم نیاز داره یکی بهش دلداری بده، مثلا" بگه خدا رو شکر که به خیر گذشته، خدا کنه بدتر نیاد، ناشکری نکن، این طور چیزهایی که بگن آدم دلش آرامش پیدا می‌کنه."

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

نیاز به دریافت امید نیز از جمله نیازهای ابراز شده توسط مشارکت‌کنندگان بود. در این رابطه مادری که پسرش داخل اتاق عمل بود، گفت:

"امیدواری دادن خیلی مهمه، یه چراغی تو زندگی آدم یه سویی بزنه خیلی مهمه، امیدواری به آدم می‌ده، امید زندگی رو به آدم می‌ده، آرامش می‌ده."

یک مشارکت‌کننده نیز گفت:

"پشت در اتاق عمل اگه مادر نشسته باشه خیلی فرق می‌کنه، مادر بیشتر حرص می‌خوره، نیازه یکی باشه بهشون دلداری بده، امید بده، بگه این قدر مونده، اون قدر شاید مونده، نه این که در رو ببندند، برند داخل و یک مرتبه بیاند بگند تموم شد."

۲- نیازهای اطلاعاتی: "نیاز به دریافت اطلاعات در مورد بیماری و سیر عمل جراحی" و "نیاز به مشاوره و راهنمایی " شکل دهنده این طبقه بودند.

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، نیاز به آگاهی از وضعیت بیمار، برنامه درمان، مراقبت و آموزش درباره نحوه مشارکت در مراقبت، و عدم دریافت اطلاعات و آموزش کافی و مناسب را که همراه با افزایش تنش بود را تجربه و بیان نمودند. در این خصوص مادری که فرزندش برای عمل جراحی فتق به اتاق عمل رفته بود، گفت:

"اینجا نیازه کسی پیشت باشه، دلداریت بده، در مورد بیماری باهات صحبت کنه، که چه قدر بهبود داره، چه قدر زود خوب می‌شه، یا بروشور چیزی هم باشه در مورد این بیماری باشه، خیلی دوست داشتم الان باشه که بخونم که بعدش باید چه کار کنیم؟ چگونه بهبود پیدا می‌کنه؟ خیلی بهم کمک می‌کرد."

مشارکت‌کننده دیگری که منتظر عمل پسرش بود در این رابطه گفت:

" اگه از وضعیت بیمار اطلاع می‌دادند آدم خیلی راحت‌تر بود، الان می‌گم چطوره ؟ ساعت ده و خرده‌ای است چرا بچه رو نمی‌آرند بیرون ؟ چطوریه؟ چند ساعت باید تو اتاق عمل باشه؟ دارو بیهوشی چقدر می‌زنن، به هوش بیاد نیاد؟ "

مشارکت‌کننده در این زمینه گفت:

"من قبلا" که مامانم تو شهر دیگری عمل شده بود پشت در اتاق عمل نوشته می‌شد که چه وقت عمل شروع شده است. این که تو اتاق عمل سیستمش می‌نویسه که چه وقت عمل شروع شده، همراه استرسش کمتر می‌شه نسبت به اینجا که مریض می‌ره تو اتاق عمل، اطلاعاتی داده نمی‌شه، همراه می‌گه چه وقت عمل شروع شده؟، اگه می‌گفت استرس همراه کمتر می‌شد."

مشارکت‌کننده نیز که پدرش داخل اتاق عمل بود، در این زمینه اظهار داشت:

" به نظرم نیازه مرتب بیاند و وضعیت مریضو اطلاع بدند، مثلا" بگند مریض تو این وضعیته و عملش این قدر مونده، یک گزارش از وضعیت مریض بدند، چون به نظر من بعضی وقت‌ها مریض می‌ره تو اتاق عمل قبل از این که عملش شروع بشه شاید ۲ ساعت منتظر بمونه ولی همراهی فکر می‌کنه عملش شروع شده و این قدر طولانی شده، خب اینجوری خیلی سخت می‌گذره، به نظر من اگه بیاند اطلاع بدند خیلی خوب است."

نیاز همراه به راهنمایی و مشاوره نیز از جمله موارد دیگر بود. این مورد را می‌توان در صحبت‌های مشارکت‌کننده‌ای که همسرش داخل اتاق عمل بود، مشاهده کرد که گفت:

"نیازه، ... موقعی مریض را تو بیمارستان می‌آرن، کسی باشه که مشورتی بده، یه اتاقی باشه، یه ساختمانی باشه، دو نفر نشسته باشن، پولش هم آخر سر از مریض بگیرن، که مشاوره را روی هزینه بیمارستان بذارن، طرف‌ها وقتی ببینن مشاوره شدن ، درست صحبت شده، توضیح بهشون دادن درد مریضتون این طوری می‌شه، خیلی بهتر بود هم قبل عمل، هم وقتی رفت داخل اتاق عمل."

مشارکت‌کننده نیز در این زمینه گفت:

"به نظرم نیازه با کسی که پشت در اتاق عمل است مشاوره بشه، یک روانشناسی باشه در مورد مسائل صحبت کنه، به نظرم اینطوری وقت می‌گذره، متوجه انتظار نمی‌شه."

مشارکت‌کننده دیگری نیز که شوهرش داخل اتاق عمل بود در این رابطه گفت:

"پشت در اتاق عمل می‌خوان از مریضشون خبر بگیرند، خبر بهشون بدند، یکی هم موقعی که دکتر صبح میاد مریضشونو ویزیت کنه، یک همراه باشه کنار مریض، این خیلی بهتره که از دکتر بپرسه، مثلا"من دفعه اولم بود صبح بیرونم کردند، اصلا" نمی‌دونستم اتاق عمل کجایه؟ کجا برم، دیگه این قدر التماس کردم که گذاشتند اومدم بالا... من از نگهبان پرسیدم، گفتند طبقه دوم باید بری، بعد اومدم بالا در اتاق عمل نوشته بود پرسیدم اینجاست گفتند بله."

۳- نیازهای فیزیکی: " نیاز به مکان مناسب" و "نیاز به امکانات رفاهی" شکل دهنده این طبقه بودند. از آن جا که در بیمارستان مورد بررسی اتاق انتظار وجود نداشت و اعضای خانواده داخل راهرو

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

پشت در اتاق عمل منتظر می‌ماندند، مشارکت‌کنندگانی بودند که حضور در اتاق انتظار را ترجیح داده و دلایل خاص خود را داشتند. مانند یک مشارکت کننده که منتظر عمل فرزندش بود، در این زمینه گفت:

"نیازه اتاقی برا انتظار باشه، داخل اتاق به نظرم آرامش آدم بیشتره، خب تو سالن رفت و آمد زیاده، سر و صدا هست،"

مشارکت‌کننده دیگر نیز که پسرش برای عمل جراحی به اتاق عمل رفته بود، گفت:

" داخل اتاق آدم راحت‌تره، چون مریض فراوون از در اتاق عمل میارند بیرون، .... آدم وقتی می‌بینه بیشتر اعصابش خرد می‌شه، وقتی اتاق جدا باشه آدم چشمش نمی‌بینه اما وقتی پشت در باشی مریضها را میارند بیرون می‌بینی بیشتر ناراحت می‌شی".

مشارکت‌کننده دیگری نیز اظهار داشت:

"نیازه، مرکزی باشه که کسی پشت در اتاق عمل نشینه، بگن افرادی که مریضشون داخل اتاق عمله، بیاند داخل این سالن بشینند، سالنی باشه مشخص، فیلمی پخش بشه، روان‌شناسی صحبت کنه، بهترین چیز همینه که افراد را سرگرم می‌کنه."

یک مشارکت‌کننده نیز اظهار داشت:

"به نظر من اتاق باشه که خیلی بهتره، به نظرم می‌تونن سی دی-های مربوط به عمل‌ها رو بذارن، همراهها می‌بینند که چه کار می‌کنند، .... پشت در اتاق عمل که دیدید چند تا صندلی بیشتر نیست، به محض این که تعداد همراهی‌ها زیاد می‌شه، نگهبان میاد بیرون می‌کنه، همراهها مجبورند برند پشت در نگهبانی، مرتب زنگ بزنند بپرسند مریض ما اومد، نیومد، یه وقت هم نگهبان سخت‌گیره، سر و صدا راه می‌اندازه، بیرونشون می‌کنه، نگرانیهاشون بیشتر می-شه، اتاق انتظار حدقل جایی برای نشستن فراهم می‌کنه،"

از دیدگاه این مشارکت‌کنندگان، انتظار در اتاق، پیامدهایی مانند احساس راحتی و آرامش را در پی داشت. خانمی که شوهرش داخل اتاق عمل بود، در این رابطه گفت:

"خب اتاق انتظار باشه، این اتاق عمل مرتب درش باز و بسته می‌شه، من داخلش رو که می‌بینم خودم وحشت می‌کنم، پرده را که می-بینی می‌گی الان چه جوریه، چه کارش دارن می‌کنن؟ یکی زنگ می‌زنه، یکی می‌ره، مریض می‌برن، میارن، آدم روش بیشتر تأثیر می‌ذاره، الان اینجا داخل اتاق کنار شما نشستم یه خرده دلم قرص-تره که هیچی نمی‌بینم، دیدن اتاق عمل و مریض استرسم رو بیشتر می‌کنه، تو اتاق آرامش بیشتره."

یک مشارکت‌کننده شماره ده نیز در این زمینه گفت:

"نیازه، یک جای مناسبی باشه، توی راهرو نباشند چون رفت و آمد مریض و سر و صدا استرس را بیشتر می‌کنه، یک اتاق نزدیک اتاق عمل یا جایی باشه و اون اتاق یک پنجره‌ای به بیرون داشته باشه که مرتب گزارش بدند یا تلفنی باشه زنگ بزنند، یعنی اتاقی برا انتظار باشه، چون توی راهرو رفت و آمد بقیه هست و استرس بیشتر وارد می‌شه."

در زمینه امکانات رفاهی نیز، تمیزی و بهداشت محیط و سکوت از جمله موارد مطرح شده توسط مشارکت‌کنندگان بود. مشارکت-کننده دیگر در این زمینه گفت:

"اینجا خیلی رفت و آمد زیاده، آدم نشسته تو ذهنش اینه که داره چه اتفاقی می‌افته یه هو سطل آشغال رو می‌کشن رو زمین، یا وسایلی رو که می‌خوان جابجا کنن تق تق صدا می‌ده، بهتره سکوت باشه یا یک آهنگ ملایمی باشه که آدم رو آروم کنه نه این که یه چیزی رو طوری جابجا کنن که تو سر آدم صدا بده، این صندلی‌ها هم وسطش گوده، آدم همینطوری استرس داره دست و پاش درد می‌کنه، این صندلی‌ها هم که راحت نیست، محیط تمیز نیست، آب سردکن این قدر کثیف بود که من دلم نگرفت آب بخورم، آب معدنی خوردم، باور کن من تا زمانی خونه برم هیچی نمی‌خورم غیر همین آدامس تو دهنم..."

یک مشارکت‌کننده نیز ابراز داشت:

" به نظر من نیازه یک جوری افراد منتظر سرگرم بشند، بهتره اتاق دارای تجهیزاتی باشه، مثل تلویزیون چیزی که افراد خودشونو سرگرم کنند، اینجوری زمان زودتر می‌گذره."

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

جدول ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش

	جنسیت	سن(سال)	نسبت خانوادگی	نوع عمل جراحی	مدت زمان انتظار
۱	زن	۳۰	همسر	بریدگی و عفونت کف پا	یک ساعت
۲	زن	۳۵	خواهر	هموروئید	یک ساعت و ۳۰ دقیقه
۳	زن	۴۰	مادر(پسر تحت عمل)	ترمیم زخم عمیق روی ساق پا	یک ساعت و ۴۵ دقیقه
۴	زن	۴۰	فرزند(مادر تحت عمل)	کله سیستیت	یک ساعت و ۳۰ دقیقه
۵	مرد	۵۰	همسر	عفونت زخم دیابتی	یک ساعت
۶	زن	۳۰	فرزند(پدر تحت عمل)	جراحی قلب	یک ساعت و ۳۰ دقیقه
۷	زن	۲۳	مادر(کودک تحت عمل)	فتق اینگوئینال	۴۵ دقیقه
۸	زن	۵۵	مادر(دختر تحت عمل)	ترمیم بریدگی انگشت	۴۵ دقیقه
۹	مرد	۲۲	فرزند(پدر تحت عمل)	بریدگی و پارگی ناحیه فمور	دو ساعت
۱۰	زن	۳۵	خواهر	سنگ کیسه صفرا	یک ساعت
۱۱	زن	۵۱	مادر	توده روی ناحیه دنده ها	دو ساعت و ۱۵ دقیقه
۱۲	زن	۲۰	همسر	فتق و واریکوسل	یک ساعت و ۱۵ دقیقه
۱۳	زن	۲۱	خواهر	ترمیم بریدگی پا	یک ساعت و ۳۰ دقیقه
۱۴	مرد	۵۳	پدر(پسر تحت عمل)	پارگی رگ دست	دو ساعت و ۱۰ دقیقه
۱۵	مرد	۲۸	پسر(پدر تحت عمل)	ترمیم شکستگی فک	یک ساعت
۱۶	زن	۲۸	همسر	ترمیم جداشدگی انگشت	دو ساعت و ۳۰ دقیقه
۱۷	مرد	۴۰	همسر	سنگ کیسه صفرا	یک ساعت

جدول۲: طبقات و زیرطبقات استخراج شده از داده‌ها

	زیرطبقات	کدهای اولیه
نیازهای روحی	نیاز به دلداری	راحتی انتظار با دلداری گرفتن
		نیاز به دلداری گرفتن از پرسنل
		کمک پرسنل به همراه با دلداری دادن
		وجود شخصی برای امید دادن لازمه
	نیاز به دریافت امید	دریافت امیدواری، امید زندگی رو به آدم می‌ده
		دادن امید به مریض روحیه می‌ده
	نیاز به دریافت اطلاعات در مورد بیماری و سیر عمل جراحی	نیاز به دریافت اطلاعات در مورد وضعیت بیمار هنگام عمل
		تحمل راحت انتظار با دریافت اطلاعات در مورد سیر عمل
		کسب آرامش و راحتی با دریافت خبر از وضعیت بیمار
نیازهای اطلاعاتی	نیاز به مشاوره و راهنمایی	اتاق یا ساختمانی برا مشاوره لازمه
		بهتره همراه در مورد سیر عمل و مراقبت‌های لازم مشاوره بشه
		راهنمایی همراه در مورد محیط بیمارستان و آدرس دهی لازمه
	نیاز به مکان مناسب	احساس راحتی با حضور در اتاق انتظار
		اتاق برا انتظار لازمه، چون تو راهرو رفت و آمد زیاده
		آرامش بیشتر همراه در اتاق انتظار
نیازهای فیزیکی	نیاز به امکانات رفاهی	در نظر گرفتن امکاناتی برای نظم دادن به حضور همراه لازمه
		نیاز به تمیزی و بهداشت محیط فیزیکی
		وجود تلویزیون برای سرگرمی و گذران زمان خوبه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها، "نیازهای روحی"، "نیازهای اطلاعاتی" و "نیازهای فیزیکی" از جمله نیازهای اعضای خانواده در زمان انتظار هستند. در زمینه نیازهای روحی، نتایج مطالعات مختلف دیگر نیز همسو با این مطالعه نشان داد، بررسی خانواده قبل از عمل جراحی، صرف زمان برای اعضای خانواده و شناسایی احساسات آنها از جمله نیازهای اعضای خانواده است [۶، ۱۹-۱۸] و برآورده شدن این نیازها یکی از مهم‌ترین عوامل در کاهش اضطراب اعضای خانواده است [۲۰]. Verhaeghe و همکاران نیز، که در مطالعه خود به بررسی نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در ICU پرداختند، اظهار داشتند: مهم ترین نیاز اعضای خانواده این بیماران نیاز به امیدواری است. نیاز به دریافت ارتباط توأم با صداقت، در درجه بعدی اهمیت قرار دارد [۲۱]. " نیازهای اطلاعاتی" از جمله نیازهای دیگری بود که در نحوه گذشتن زمان انتظار تأثیر داشت. "نیاز به دریافت اطلاعات در مورد بیماری و سیر عمل جراحی" و "نیاز به مشاوره و راهنمایی همراه" شکل دهنده این طبقه بودند. در این زمینه، مطالعات دیگری نیز نتایج مشابهی گزارش نموده‌اند. به عنوان مثال، Dickerson و همکاران دسترسی به اطلاعات برای خود و دیگران و شناخت شبکه حمایتی در دسترس را از جمله نیازهای اعضای خانواده برشمردند [۲۲]. Rantanen و همکاران نیز نوشته اند: حتی اگر بیماران از عوارض جدی بعدی از عمل رنج نبرند، به دلیل نقش مراقبتی و مسئولیت، استرس واقعیتی برای اعضای خانواده است و آنها نیازمند دریافت اطلاعات و آموزش در زمینه نقش مراقبتی‌شان هستند[۸]. Stefan نیز در دسترس بودن پرسنل و دریافت اطلاعات در مورد بیماری و عمل جراحی را از جمله مهم-ترین نیازهای اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی معرفی می‌کند[۲۳]. بر اساس نتایج مطالعه Agren و همکاران نیز اعضای خانواده بیماران نیاز به دریافت اطلاعات واضح و شفاف را ذکر نموده و خواستار ارتباط با کارکنان نظام سلامت، در صورت وجود هرگونه سوالی بودند[۲۴]. نتایج مطالعه Hinkle & Fitzpatrick نیز که با رویکرد کمی به بررسی نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه پرداخته‌اند، نشان داد: نیاز به دریافت پاسخ صادقانه به سوالات و اطمینان از ارائه بهترین مراقبت ممکن برای بیمار، از جمله مهم‌ترین نیازهای اعضای خانواده است[۲۵]. در داخل کشور ایران نیز، گرچه مطالعه مشابهی در زمینه خانواده بیماران تحت عمل جراحی یافت نشد اما در مطالعات انجام شده بر روی مادران کودکان و نوزادان بستری[۹، ۲۷-۲۶] و همراهان سالمندان بستری در بیمارستان[۱۰]، دریافت اطلاعات از جمله نیازهای اعضای خانواده بود. بنابراین می‌توان اظهار نمود با توجه به این که زمینه فرهنگی و اجتماعی مشارکت‌کنندگان مطالعات متفاوت است، اما نیاز به دریافت اطلاعات در مورد مداخلات و مراقبت از بیمار مشترک بوده و نکته مورد تاکید همه مطالعات است. پس از آن‌جا که دادن اطلاعات به اعضای خانواده به افزایش آگاهی آنان کمک نموده و آنها می توانند بیش از پیش به بیمار کمک نمایند لازم است این نکته مورد توجه پرستاران قرار گیرد. نیازهای فیزیکی که از زیرطبقات "نیاز به مکان مناسب" و "نیاز به امکانات رفاهی" تشکیل شد، دیگر مفهوم ظاهر شده از داده‌ها بود. در این راستا، پژوهش‌های دیگری نیز که در محیط‌های متفاوت و با مشارکت-کنندگان و رویکردهای مختلف به بررسی موضوع انتظار پرداخته‌اند، نتایج مشابهی گزارش نموده‌اند. به عنوان مثال در مطالعه Rabie Siahkali و همکاران بین عدم وجود اتاق انتظار و اضطراب اعضای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه ارتباط آماری معناداری یافت شد [۲۸]. chien و همکاران نیز ارتباط معنادار بین فراهم کردن اتاق انتظار و اضطراب اعضای خانواده پیدا کردند [۲۹]. نتایج مطالعه Lee & Lau نیز نشان داد، یکی از ده نیاز بر اساس اولویت برای اعضای خانواده، داشتن یک اتاق انتظار نزدیک بیمارشان بوده است [۳۰]. Bernard نیز طراحی اتاق انتظار را به عنوان یک اولویت معرفی کرده و نوشته است که محیط فیزیکی، امکانات و تجهیزات اتاق انتظار می‌تواند استرس تجربه شده توسط اعضای خانواده منتظر را کاهش دهد و بر تعادل فیزیولوژیکی در طول زمان انتظار تاثیر می‌گذارد [۳۱]. Gray نیز در این زمینه اظهار داشت: اتاق انتظار فلسفه بیمارستان در زمینه مراقبت را تقویت می‌کند. او فراهم کردن مبل و صندلی‌های راحت، مجله و کتاب، دسته گل و حتی جایی برای بازکردن لپ تاپ را در اتاق انتظار پیشنهاد می‌کند و معتقد است چنین فضایی آرام‌بخش بوده و استرس اعضای خانواده را کاهش می‌دهد[۳۲]. امکانات رفاهی محیط نیز از جمله مواردی بود که سبب ایجاد آرامش و احساس راحتی اعضای خانواده می‌شد. در این راستا، پژوهش‌های مختلف دیگری نیز نتایج مشابهی را گزارش نموده‌اند. به عنوان مثال، Carmichael and Agre زمانی که در حال طراحی یک اتاق انتظار جدید برای اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی بودند، مطالعه‌ای بر اساس مرور متون در زمینه اتاق انتظار انجام دادند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

نتایج این مطالعه نشان داد که فراهم کردن اتاق مجهز، خلق کننده جوی حمایتی برای اعضای خانواده است. وجود پنجره‌های بزرگ و دسترسی به تلفن عمومی اولویت خیلی زیادی داشت و از دیدگاه اعضای خانواده، وجود پنجره و تلفن در اتاق انتظار از تلویزیون و کامپیوتر مهم‌تر بود. وجود صندلی‌های راحت و تاشو نیز از مواردی بود که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان اهمیت زیادی داشت. همچنین آن‌ها اعتقاد داشتند در صورتی که چیدمان صندلی‌ها طوری باشد که حریم اعضای خانواده حفظ شود محل انتظار راحت‌تر خواهد بود. بر اساس نتایج این مطالعه، یکی دیگر از امکانات رفاهی که در کاهش اضطراب اعضای خانواده نقش داشت استفاده از پیجر بود، زیرا باعث می‌شد اعضای خانوده بتوانند به راحتی بیرون از محل انتظار قدم زده و نگران از دست دادن اطلاعات مربوط به بیمار نباشند [۳۳]. در مطالعه Top و همکاران نیز چنین نتیجه‌ای به دست آمد و از وجود پیجر به عنوان یک گویه تاثیرگذار نام برده شد. یعنی با امکان‌پذیر بودن دریافت اطلاعات از طریق پیجر، اعضای خانواده می‌توانستند فعالیت‌های بیشتری مثل بازی با بچه‌ها یا رفتن به کافی شاپ بیمارستان را بیرون از اتاق انتظار انجام دهند و لازم نبود در اتاق منتظر بمانند، چرا که مطمئن بودند که هیچ گونه اطلاعات مهمی را از دست نمی‌دهند [۳۴]. در این راستا نتایج مطالعه Kihlgren و همکاران نیز که به بررسی تجربه انتظار اعضای خانواده بیماران پذیرش شده به اورژانس پرداخته‌اند، همسو با مطالعه حاضر نشان داد: کمبود حریم در حضور بیمارانی که داخل اتاق انتظار یا راهرو روی صندلی‌ها نشسته یا دراز کشیده بودند، آمد و رفت پرسنل، باز و بسته شدن درب‌ها، انتقال بیماران، گریه کودکان، رنگ سفید دیوارها، لامپ‌های درخشان اتاق انتظار، رها شدن بیمار به تنهایی بر روی یک تخت نامناسب به طوری که باعث کمردرد بسیاری از بیماران می‌شد و انتظار طولانی برای دریافت جواب آزمایشات و یا ملاقات با پزشک از جمله دلایل ناراحتی و اضطراب اعضای خانواده بود[۳۵]. بر اساس نتایج مطالعه Kutash & Northrop نیز، نیاز به محیط راحت، یکی از طبقات ظاهر شده از داده‌ها بود که نیاز به انتظار در یک محیط راحت و دوستانه نزدیک به بیمار را نشان می‌داد. بر اساس نتایج مطالعه آنها، دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مورد محل انتظار، بسیار منفی بود و اغلب آن را سرد، کثیف و کوچک توصیف می‌کردند و خواستار چک کردن وسایل محیط مثل صندلی‌ها، آب سرد و پتو و بالش کافی داخل اتاق توسط پرسنل بودند [۳۶]. اما نکته قابل تامل اینجاست که در کشور ایران محلی به عنوان اتاق انتظار وجود ندارد و اعضای خانواده مجبور به نشستن در راهرو بوده و در این راهرو هیچ یک از امکانات ذکر شده در مطالعات فوق وجود ندارد و گاه برخوردهایی نیز بین اعضای خانواده منتظر و نگهبان پیش می‌آید و مجبور به ترک محل می‌شوند. در این زمینه می‌توان اظهار کرد، گرچه معمولاً محیط روانی اجتماعی و محیط فیزیکی جدا تصور می شوند ولی اثر متقابلی روی هم دارند. معمولاً ساختمان‌های مؤسسات مراقبتی بر اساس نیازهای خانواده‌های بیماران طراحی نشده و امکانات رفاهی از قبیل صندلی و تخت‌ها نیز مناسب نیستند، این یافته‌ها اهمیت توجه بیشتر به فراهم نمودن اتاق انتظار و امکانات رفاهی برای این افراد را نشان می‌دهد که لازم است مورد توجه مسئولان قرار گیرد. نیازهای اعضای خانواده بیماران تحت عمل جراحی که در این مطالعه به دست آمد، چارچوب مناسبی را برای تشخیص نیازهای آموزشی پرستاران و تدوین یک برنامه آموزشی مناسب فراهم می‌کند. باید توجه داشت که حمایت از اعضای خانواده و فراهم نمودن آسایش جسمی و توجه به نیازهای اولیه آنان ضروری است، باید به این نیازها بها داد و آموزش بر اساس این نیازها را به عنوان یک اولویت آموزشی محسوب نمود. اگر کارکنان مراقبت سلامتی درک بهتری از نیازهای اعضای خانواده داشته باشند و بتوانند حمایت‌های لازم را از آنان به عمل آورند تأثیر به‌سزایی در روند انتظار آنان خواهند داشت. فراهم کردن امکاناتی در راستای حمایت روحی و اطلاعاتی اعضای خانواده منتظر، می‌تواند کمک‌کننده باشد. پرستاران می‌توانند اعضای خانواده را تشویق نمایند تا احساسات خود را بیان کنند و یک مشاوره‌ی حمایتی به آن‌ها ارائه دهند.

محدودیت تعداد مشارکت‌کنندگان و احتیاط در تعمیم‌پذیری نتایج مربوط به ماهیت تحقیق کیفی از جمله محدودیت های مطالعه حاضر است، از طرفی، کمبود مطالعات مشابه در داخل کشور امکان مقایسه یافته ها با مطالعات داخلی را محدود کرد؛ بنابراین به منظور ارائه تصویر کامل‌تر از نیازهای اعضای خانواده بیماران، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه در سایر مناطق و با فرهنگ‌های مختلف انجام گردد.

سهم نویسندگان

تابنده صادقی: مجری طرح، جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و تهیه مقاله

ناهید دهقان نیری: تجزیه و تحلیل داده‌ها، نظارت بر اجرای طرح

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

عباس عباس‌زاده: تجزیه و تحلیل داده‌ها، نظارت بـر اجـرای طـرح و همکاری در تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکتری مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان است که از مسئولین مربوطه تشـکر و قـدردانی مـی‌شـود. از کلیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه نیز تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1.Lerman Y, Kara I, Porat N. Nurse Liaison: The bridge between the perioperative department and patient accompaniers. AORN Journal 2011; 94: 385-92

2.McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phemenological study. Intensive and Critical Care Nursing 2010; 26: 254-61

3.Trimm DR, Sanford JT. The process of family waiting during surgery. Journal of Family Nursing. 2010; 16: 435-61

4.Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: a social constructionist grounded theory study. Intensive and Critical Care Nursing 2009;: 10-20

5.Baileya JJ, Sabbaghb M, Loiselle CG, Boileaug J, McVeyh L. Supporting families in the ICU: A descriptive correlational study of informational support, anxiety, and satisfaction with care. Intensive and Critical Care Nursing 2010; 26: 114-22

6.Okkonen E, Vanhanen H. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. Heart & Lung. 2006; 35: 234-44

7.Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Struggling to create new boundaries: a grounded theory study of collaboration between nurses and parents in the care process in Iran. Journal of Advanced Nursing 2011; 67: 841-53

8.Rantanen A, Kaunonen M, Sintonen H, Koivisto A, Astedt-Kurki P, Tarkka M. Factors associated with health-related quality of life in patients and significant others one month after coronary artery bypass grafting. Journal of Clinical Nursing 2008; 17: 1742-53

9.Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Parental participation and mismanagement: A qualitative study of child care in Iran. Nursing and Health Sciences 2009; 11: 221-7

10. Abedi H, Khademi M, Daryabeigi R, Alimohammadi N. Educational needs of hospitalized elderly patients' caregivers: A basic concept for nursing education. Iranian Journal of Medical Education 2006; 6): 65-73 [Persian]

11. Ivarsson B, Larsson S, Lührs C, Sjöberg T. Serious complications in connection with cardiac surgery–Next of kin's views on information and support. Intensive and Critical Care Nursing 2011; 27: 331-7

12. Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. Journal of Nursing Scholarship 2009; 41: 28-34

13. Paavilainen E, Salminen-Tuomaala M, Kurikka S, Paussu P. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. Journal of Clinical Nursing 2009; 18): 2217-24

14. Muldoon M, Cheng D, Vish N, Dejong S, Adams J. Implementation of an informational card to reduce family members' anxiety. AORN Journal. 2011; 94: 246-253

15. Burns N, Grove SK. Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice. 5th ed. Philadelphia,PA: Elsevier/Saunders; 2011

16. Hsieh H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis Qualitative Health Research 2005; 15: 1277-88

17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24: 105-12

18. Falk AC, Von Wendt L, Klang B. Informational needs in families after their child's mild head injury. Patient Education and Counseling 2008; 70: 251-5

19. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. Semin Perinatol 2011; 35: 20-28.

20. Barthelsson C, Lützén K, Anderberg B, Nordström G. Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. Journal of Clinical Nursing 2003; 12:253-9

21. 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

unit: A review of the literature. Journal of Clinical Nursing 2005; 14: 501-9
22. Dickerson SS, Alqaissi N, Underhill M, Lally RM. Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. Journal of Advanced Nursing. 2011; 67: 1468-79
23. Stefan K. The nurse liaison in perioperative services: A family-centered approach. AORN Journal. 2010; 92: 150-7
24. Agren S, Frisman GH, Berg S, Svedjeholm R, Strömberg A. Addressing spouses' unique needs after cardiac surgery when recovery is complicated by heart failure. Heart & Lung 2009; 38: 284-91
25. Hinkle JL, Fitzpatrick E. Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. Intensive and Critical Care Nursing 2011; 27: 218-25
26. 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: 31-40 [Persian]
27. Valizadeh L, Akbarbegloo M, Asadollahi M. Supports provided by nurses for mothers of premature newborns hospitalized in NICU. Iran Journal of Nursing 2009; 22: 89-98 [Persian]
28. Rabie Siahkali S, Avazeh A, Eskandari F, Khalegh doost Mohamadi T, Mazloom S, Paryad E. A survey on psychological and environmental factors on family anxiety of the hospitalized patients in intensive care units. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2011; 3: 171-6 [Persian]
29. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies 2006; 43 : 39-50
30. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing 2003; 12 : 490-500
31. Bernard A. In our unit: Making the wait more bearable. Critical Care Nurse 1999; 19: 96
32. Gray BB. Lobbing for better waiting rooms. from http://www.nurseweek.com/ednote/99/990401 .html. NurseWeek. 1999
33. Carmichael J, Agre P. Preferences in surgical waiting area amenities. AORN Journal 2002; 75: 1077-83
34. Top R, Walsh E, Sanford C. Can providing paging devices relieve waiting room anxiety? AORN Journal 1998; 67: 852-8
35. Kihlgren AL, Nilsson M, Skovdahl K, Palmblad B, Wimo A. Older patients awaiting emergency department treatment. Scandinavian Journal of Caring Science 2004; 18: 169-76
36. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. Journal of Advanced Nursing 2007; 60: 384-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]

Payesh

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

ABSTRACT

The needs of family members in waiting time when their patients undergo surgery: a qualitative study

Tabandeh sadeghi [1], Nahid dehghan nayeri [2*], Abbas abbaszadeh [3]

1. Nursing and Midwifery School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2016; 1: 41-51
Accepted for publication: 17 January 2015
[EPub a head of print-17 January 2016]

Objective (s): This study aimed to explain the needs of family members awaiting patients' surgery.
Methods: A qualitative design using content analysis approach was used to collect data and analyze the experience of 17 family members who were waiting for their patients' surgery.
Results: Data analysis led to the development of 3 categories and 6 subcategories. They included: Emotional need (need to consolation, need for hope), Informational need (need to receive information about illness and surgery process, need to consulting and guidance) , Physical need (need to appropriate site, need to facilities and amenities).
Conclusion: The finding might help healthcare professionals especially nurses to get a better understanding of the families' needs in this situation and as a result could be better planning and intervening for meeting of this needs.

Key Words: Need, Family, Waiting, Surgery, Qualitative Study

[*] Corresponding author: Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 66922700
E-mail: nahid.nayeri@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.15.1.4.0]