

## تبیین نیاز مراقبان خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی زنان به امکانات و تجهیزات فیزیکی در بیمارستان

نسرين گله‌دار<sup>۱</sup>، مرضیه حسن‌پور<sup>۲\*</sup>، اشرف کاظمی<sup>۳</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: طراحی فضاهای درمانی و امکانات فیزیکی نیازمند شناسایی نیازهای خانواده بیمار و از مؤلفه‌های مهم در نظریه‌های پرستاری است. هدف از این مطالعه تبیین نیازهای مراقبان خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی زنان به امکانات و تجهیزات فیزیکی در بیمارستان می‌باشد. روش بررسی: این مطالعه برگرفته از نتایج بخش کیفی مطالعه بزرگ ترکیبی در خصوص تدوین و اجرای برنامه آرایه خدمت مبتنی بر نیاز به مراقبان بیماران تحت عمل جراحی زنان در سال ۱۳۹۶ می‌باشد. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند و با حداکثر تنوع انجام یافت. داده‌های مطالعه با استفاده از ۳۱ (۱۶ مراقب، ۶ پرستار، ۴ پزشک، ۳ بیمار و ۲ نیروی خدماتی) مصاحبه عمیق و مشاهده، جمع‌آوری و به روش تحلیل محتوای کیفی متعارف با رویکرد Zhang و Wildemuth مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به توسعه درون‌مایه «نیاز به امکانات فیزیکی» شد که از دو طبقه «نیاز به ساختار فیزیکی مناسب در بیمارستان» با زیرطبقات «نیاز مراقب به امکانات استراحتی در پشت درب اتاق عمل»، «نیاز به تأمین امکانات رفاهی در بیمارستان برای مراقب»، «نیاز به امکانات رفاهی در بخش جراحی»، «ضرورت تخصیص اتاق به بیماران مشابه» و طبقه «نیاز به امکانات و تجهیزات بیمارستانی مناسب» با زیرطبقات «نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی مراقب»، «نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی برای راحتی بیمار خود» شکل گرفت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده اهمیت وجود ساختار فیزیکی متناسب با نیازهای مراقبان خانوادگی به همراه وجود امکانات و تجهیزات مناسب در بیمارستان زنان است. از محدودیت‌های مطالعه منع ملاقات مردان در بیمارستان زنان بود. توصیه می‌شود مطالعه‌ای در خصوص نیازهای همراهان مرد و ضرورت حضور آنان با توجه به بافت فرهنگی انجام گیرد. همچنین طراحی معماری جدید جهت ایجاد محیط درمانی مناسب و تأثیر مثبت آن بر بهبود بیماران و افزایش رضایتمندی بیمار و خانواده پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مراقبان خانوادگی بیمار، نیاز، عمل جراحی زنان، امکانات و تجهیزات فیزیکی، بیمارستان، مطالعه کیفی

نویسنده مسئول:  
مرضیه حسن‌پور،  
دانشکده پرستاری و  
مامایی، دانشگاه علوم  
پزشکی تهران، تهران،  
ایران

e-mail:  
m-hasanpour@sina.tums.ac.ir

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۹ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۹ - انتشار الکترونیک مقاله: ۰۰/۲/۲۶

### مقدمه

سالیان متمادی طراحی فضاهای درمانی وابسته به نیازهای کادر پزشکی بود و بیمار و

خانواده بیمار نادیده گرفته می‌شد. اما رقابتی شدن مراکز درمانی در جذب بیمار، نیاز به پاسخ‌گویی به درخواست‌های بیماران و خانواده آن‌ها از جمله دسترسی آسان به امکانات، ایمنی و زیبایی سبب تغییراتی در این روند شد (۱). با این حال بیمارستان‌ها از کیفیت فضایی مطلوب

۱- گروه آموزشی اتاق عمل، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران  
۲- گروه آموزشی پرستاری کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۳- گروه آموزشی مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

برخوردار نیستند (۲). مطالعات نشان‌دهنده اثر محیط‌های درمانی بر سلامتی، روند درمانی و بهبودی بیماران است (۳). ارائه‌دهندگان خدمات درمانی بر این باورند که محیط بیمارستان می‌تواند بر خلق و خو، اضطراب، استرس، تقویت توانایی‌ها و رضایت کلی بیماران و خانواده آن‌ها و کارکنان تأثیر بگذارد (۴ و ۵). Florence Nightingale بر اهمیت و تأثیر محیط فیزیکی، عوامل محیطی نظیر تهویه، گرما، نور، تغذیه، پاکیزگی، سروصدا و سکوت بر آسایش بیماران تأکید نموده است (۵). Kolcaba در نظریه اختصاصی خود، راحتی را توانایی برآوردن نیازهای انسانی دانسته و در خصوص محیط به درجه حرارت، نور، صدا، بو، رنگ، اسباب و اثاثیه و فضا توجه نموده است (۶). لزوم توجه به نیازهای بیمار، معماران را ملزم به رعایت علمی‌تر و دقیق‌تر اصول و مؤلفه‌های معماری می‌کند. به طور مثال ایجاد یک سالن انتظار در درمانگاه و نحوه ارائه اطلاعات در صفحه نمایشگر منجر به افزایش ارزیابی مثبت بیماران از محیط، بهبود خلق و خو و در نهایت رضایتمندی بیماران می‌شود. بیمارستان ارتقادهنده سلامت بر محیط بیمارستان یا عوامل فیزیکی تمرکز داشته و وجود فضا و تجهیزات مطابق با شرایط و استانداردها را به عنوان عوامل مؤثر بر خدمات رسمی مناسب به بیماران می‌داند (۷).

مشارکت اعضای خانواده سبب فراهم شدن حمایت روحی روانی برای بیمار، بهبود سریع‌تر وی و ایجاد روحیه مثبت در آن‌ها می‌شود (۸). در کنار اثرات حمایتی خانواده بیماران، توجه به نیاز آن‌ها به صورت مراقبت خانواده محور در مراکز درمانی اهمیت به

سزایی دارد (۹ و ۸). براساس مطالعات، خانواده بیماران جراحی نیازهای متفاوتی دارند، از جمله نیاز به اتاق انتظار مجهز به صندلی‌های راحتی، تلویزیون و تلفن (۱۰)، اطمینان از امکان تماس ایستگاه پرستاری و اتاق مددجو با اعضای خانواده (۱۱). اعضای خانواده بیمار نیاز دارند که دیده شوند و به عنوان فردی وابسته به تیم مراقبت سلامتی مورد حمایت قرار گیرند (۱۲). مطالعات گذشته بیش‌تر بر نیاز آموزشی، روانی و حمایتی خانواده بیماران تأکید کرده‌اند (۱۳ و ۱۴). با عنایت به لزوم ارائه خدمات خانواده محور، رشد جنبش رضایتمندی، صرفه اقتصادی حاصل از بهبود سریع‌تر بیماران، نیاز روزافزون به ارتقای سطح کیفیت ارائه خدمات و کمبود مطالعه در این خصوص و نقش محوری خانواده در حمایت و درمان بیمار، به نظر می‌رسد، توجه به نیازهای آنان و ارائه برنامه و خدمات در راستای رفع نیازهایشان گامی مؤثر در تحولات نظام خدمات بهداشتی و درمانی باشد. اعتقاد به وجود واقعیت‌های چندگانه، تجربه متفاوت افراد از وقایع و نیاز به درک کامل و عمیق یک پدیده، همگی از عواملی هستند که نیاز به بررسی موضوع مورد بحث را به روش کیفی بیان می‌کنند (۱۵). مطالعه حاضر با هدف «تبیین نیازهای مراقبان خانوادگی بیماران تحت عمل جراحی زنان به امکانات و تجهیزات فیزیکی در بیمارستان» انجام گرفته است.

### روش بررسی

این مطالعه قسمتی از نتایج بخش کیفی یک مطالعه بزرگ‌تر ترکیبی در خصوص تدوین

و اجرای برنامه ارایه خدمت مبتنی بر نیاز، به مراقبان بیماران تحت عمل جراحی زنان می‌باشد که به روش کیفی از نوع تحلیل محتوای کیفی متعارف با رویکرد استقرایی در سال ۱۳۹۶ انجام یافته است. محیط پژوهش یک مرکز آموزشی درمانی تخصصی زنان با اتاق عمل، زایشگاه، اورژانس، بخش مراقبت ویژه نوزادان و دو بخش جراحی بود.

نمونه‌گیری به روش هدفمند با حداکثر تنوع از نظر نوع عمل جراحی، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت و نسبت خانوادگی با بیمار در یکی از مراکز تخصصی جراحی زنان انجام یافت. مشارکت‌کنندگان ۳۱ نفر شامل ۱۶ مراقب، ۶ پرستار، ۴ پزشک، ۳ بیمار و ۲ نیروی خدماتی بودند. داده‌ها با استفاده از ۳۱ مصاحبه انفرادی عمیق نیمه ساختارمند و مشاهده جمع‌آوری شد. مصاحبه‌ها با میانگین ۴۰ دقیقه و با دامنه بین ۲۰ تا ۶۰ دقیقه انجام گرفت. تمایل شرکت در مطالعه، توانایی درک و صحبت به زبان فارسی و نداشتن سابقه بیماری روانی از معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان بود. علاوه بر این برای مشارکت‌کنندگان اولیه یعنی مراقبان، حضور در زمان بستری بیمار و برای مشارکت‌کنندگان ثانویه از تیم سلامت، سابقه خدمتی بیش از دو سال به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شد. زمان و مکان مصاحبه با انتخاب مشارکت‌کنندگان و در بیمارستان، منزل محقق و منزل مشارکت‌کنندگان، تعیین می‌گردید. مصاحبه‌ها با یک سؤال باز و کلی «لطفاً تجربیات خود در مورد امکانات فیزیکی و ساختار بیمارستان را از بدو ورود بیان

فرمایید» شروع می‌شد و سپس براساس پاسخ‌های مشارکت‌کننده با سؤال‌های موشکافانه‌تری نظیر «منظورتان چیست؟»، «لطفاً در این مورد بیش‌تر توضیح دهید»، «می‌توانید یک مثال بزنید؟» ادامه می‌یافت. گردآوری داده‌ها تا زمان اشباع ادامه یافت. مصاحبه‌ها توسط دستگاه MP4 Player Digital مدل Rock ضبط شدند.

داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق و مشاهده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی و با رویکرد Zhang و Wildemuth تجزیه و تحلیل گردیدند. جهت دستیابی و درک عمیق از تجارب مشارکت‌کنندگان چندین بار فایل صوتی مصاحبه‌ها گوش داده می‌شدند و با استفاده از نرم‌افزار Jet Audio به صورت متن کلمه‌به‌کلمه نوشته شده و به محیط Word منتقل شدند. در این پژوهش، واحد تحلیل، پاراگراف جمله یا عبارت معنادار در نظر گرفته شد. برای دستیابی به معانی اصلی، جملات چندین بار خوانده و بازخوانی شدند. سپس این عبارات و جملات توسط برنامه کامپیوتری One Note 6 متمایز گردیدند. برای مراقبان از حرف C، پرستاران حرف N، پزشکان حرف D، نیروهای خدمات و نگهبان حرف G و برای بیماران حرف P در نظر گرفته شد. برای هر نظر پیشنهادی، معنی تفسیری طبق شماره مشارکت‌کننده به ترتیب شماره‌ای اختصاص داده شد (مثلاً C2INT1-8 یعنی مفهوم استنباط شده شماره ۸ در متن مصاحبه اول مراقب مشارکت‌کننده اول). شکل‌گیری طبقات و نقشه‌کدگذاری کدهای مفهومی به شیوه استقرایی انجام و به طور مستقیم از داده‌های

پژوهشگر پس از معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و بیان اهداف مطالعه از آنان رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه و ضبط صدا اخذ نمود. اختیاری بودن شرکت و آزادی برای انصراف در هر مرحله از مطالعه به آنان توضیح داده شد. اصل رازداری و بی‌نامی در کلیه مراحل انجام تحقیق برای محل مطالعه و مشارکت‌کنندگان و همچنین انتشار نتایج حفظ گردید. به پاس همکاری مشارکت‌کنندگان پس از انجام مصاحبه به آن‌ها هدایایی تقدیم گردید.

### یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که مشارکت‌کنندگان در محدوده سنی ۶۰-۲۳ و با میانگین ۳۴/۶۹ سال بودند. مراقبان دارای نسبت‌های فامیلی متفاوت با بیماران بودند. بیمارانی که مراقبان مورد مطالعه همراه آنان بودند، تحت اعمال جراحی متفاوتی قرار داشتند. تیم درمانی مورد مطالعه دارای سابقه کار با میانگین ۱۶/۱ سال و میانگین سنی ۴۳/۷۵ سال بودند (جدول شماره ۲). تحلیل محتوای کیفی داده‌ها منجر به کشف ۶ زیرطبقه، ۲ طبقه و یک درون‌مایه گردید (جدول شماره ۳). نتایج به همراه نقل‌قول‌هایی از تجارب مشارکت‌کنندگان در مورد درون‌مایه نیاز به امکانات فیزیکی و دو طبقه اصلی آن یعنی «نیاز به ساختار مناسب فیزیکی بیمارستان» و «نیاز به تجهیزات بیمارستانی مناسب» می‌باشد.

#### ۱. نیاز به ساختار مناسب فیزیکی

##### بیمارستان

براساس تجارب مشارکت‌کنندگان این طبقه از چهار زیرطبقه «نیاز مراقب به امکانات

اصلی استخراج شدند. سپس مفاهیم مشابه در طبقات گذاشته شدند و به این ترتیب زیرطبقات، طبقات و طبقات اصلی شکل گرفتند. برای آزمایش نقشه کدگذاری بر روی یک نمونه از متن، کدگذاری توسط پژوهشگران به طور انفرادی انجام یافت و سپس برای صحت و استحکام کدگذاری‌ها تا رسیدن به توافق نهایی، جلسات مکرر گروه پژوهشگران برگزار شد. سپس کلیه مصاحبه‌ها و کدهای مربوط به محیط OneNote منتقل شدند و کدهای مفهومی مشترک مشخص گردیدند. سپس مفاهیم مربوط به هم دسته‌بندی شده و کدگذاری مجدد انجام گرفت. برای ارزیابی ثبات کدگذاری، متون مصاحبه‌ها همراه با کدها و طبقات استخراج شده، توسط پژوهشگران از نظر تأیید روند تولید مفهوم تا توافق بین پژوهشگران در چند مرحله مورد بررسی قرار گرفتند. صحت و استحکام داده‌ها براساس چهار معیار پیشنهادی Guba و Lincoln (۱۵) حاصل شد. کدها به روش بازبینی همتایان توسط ۷ نفر خوانده شده و مورد تأیید قرار گرفتند. فرآیند انجام کلیه مراحل پژوهش به دقت شرح و نوشته شد تا قابلیت انتقال‌پذیری نتایج و به‌کارگیری توسط سایر پژوهشگران فراهم گردد. داده‌ها چندین بار خوانده شد و طبقات اصلی مشخص گردیدند (۱۶). نمونه‌ای از کدگذاری تا دستیابی به درون‌مایه در جدول شماره ۱ آمده است.

این پژوهش، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی لرستان (LUMS.REC.1394.2) تصویب و مجوز لازم جهت اجرای مطالعه اخذ شد.

خوند ... تا بیمارستان بودم نماز نخوندم؟ گفتم خدایا منو ببخش. چون واقعاً زمین کثیفه ... پرسیدیم، گفتن یه نمازخونه پایین هست. رفتیم ولی نمازخونه بسته بود. ظاهراً فقط وقت اذان باز می‌شد ...» [مراقب شماره ۱۲].

مشارکت‌کنندگان از مناسب نبودن محیط بیمارستان سخن گفتند. نگهبان با سابقه این مرکز درمانی در این زمینه گفت: «... این‌جا یه فضایی نداره مثل بقیه بیمارستان‌ها، یه فضای سبز که یه همراه مریض اگه اومد از اون فضا استفاده کنن. تو فضای درمانگاه هم زن و مرد محیطش مشترکه و خیلی‌ها رعایت نمی‌کنن ...» [نگهبان شماره ۱].

مراقب دیگری گفت: «... سقف اتاق‌ها خیلی کوتاهه حالت خیلی دلگیری رو به وجود آورده. دیگه کوچیک بودن اتاقاشم که آدمو خفه می‌کنه. چند اتاق روشویی داره و بقیه باید برن اونجا دست بشورن ...» [مراقب شماره ۸].

مراقبی دیگر تجربه خود را در این مورد چنین شرح داد: «... یکی از این مشکلات اینه که جای استراحت همراه آقا وجود نداره. محوطه درمانگاه هم یکسره پر مریضه و اصلاً جایی برای حتی نشستن ما وجود نداره ...» [مراقب شماره ۱۵].

#### - نیاز به امکانات رفاهی در بخش جراحی

تجارب مشارکت‌کنندگان لزوم امکانات رفاهی را در بخش جراحی نشان داد. مراقبی در مورد رعایت حریم خصوصی بیمار گفت: «... موقعی که دختر من می‌خواست لباسش رو عوض کنه جایی برای تعویض لباسش نبود و همینم منو خیلی ناراحت کرد. روبه‌روی همه لباسش رو عوض کرد، دختر من خیلی خجالت کشید ...» [مراقب شماره ۴].

استراحتی در پشت درب اتاق عمل»، «نیاز به تأمین امکانات رفاهی در بیمارستان برای مراقب»، «نیاز به امکانات رفاهی در بخش جراحی» و «ضرورت تخصیص اتاق به بیماران مشابه» حاصل گردید.

#### - نیاز مراقب به امکانات استراحتی در پشت

##### درب اتاق عمل

یکی از نیازهای مهم دسترسی به امکانات استراحتی و رفاهی در بیمارستان بود. آنان بیان نمودند که در مجاورت اتاق عمل، محلی برای نشستن مراقبان وجود ندارد. چنان که یکی از مراقبان گفت:

«... بیمارستان اتاق انتظار نداره، کنار اتاق

عمل محلی نبود که ما هم این چند ساعت اون‌جا بشینیم. همه مجبور بودیم پشت در اتاق عمل بایستیم. من خودم به خدا الآن سردرد گرفتم، کمردرد گرفتم ...» [مراقب شماره ۲].

#### - نیاز به تأمین امکانات رفاهی در

##### بیمارستان برای مراقب

یکی دیگر از موارد مهم به تجربه مشارکت‌کنندگان نیاز به امکانات رفاهی نظیر نیاز به امکانات تغذیه‌ای و امکانات مذهبی و بهینه‌سازی ساختار بیمارستان بود. در این خصوص مراقبی چنین گفت:

«... غذا که به همراه نمیدن ... وقتی هم که

برامون از بیرون غذا میارن جایی برای غذا خوردن نیست. بعضی از همراه‌ها میرن خارج از بیمارستان زیر درختی یه جایی که خنک باشه میشینن و غذاشونو می‌خورن ...» [مراقب شماره ۴].

مراقبی دیگر تجربه خود را برای یافتن

نمازخانه این‌گونه بیان کرد: «... مشکل داشتیم برای نماز خوندن، کف زمین که نمی‌شه نماز

پژوهشگر در مشاهده خود این موضوع را چنین وصف کرد: «... تعویض لباس بیمار در اتاق بستری وی و در ملأ عام صورت گرفت...» [مشاهده شماره ۳].

در مواردی مراقبان از شهرستان‌ها آمده بودند و مجبور به اقامت چند روزه در کنار بیمار بودند. پزشکی در این خصوص گفت: «... لازمه که همراه‌ها جایی داشته باشند به خصوص همراه بیماری که از راه دور میاد یا کس دیگه‌ای نیست و همراه مجبوره ۴۸ ساعت یا حتی بیش‌تر یکسره بالای سر مریضش بمونه و خیلی سخته و خسته می‌شن...» [پزشک شماره ۲].

مراقبی هم کمبود سرویس بهداشتی را این‌گونه توضیح داد: «... سرویس بهداشتی توی همین بخش واقعاً کمه یعنی فقط یکی برای بیمار و همراه وجود داره. تازه بیمارای این بخش همشون به توالت فرنگی نیاز دارن که نیست...» [مراقب شماره ۷].

- ضرورت تخصیص اتاق به بیماران مشابه  
تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد، وجود بیماران متفاوت در یک اتاق مشترک سبب آزرده خاطر شدن بیماران و مراقبان آن‌ها می‌شود. مشارکت‌کنندگان لازم دانستند محل بستری بیماران قبل و بعد از جراحی و محل بستری بیماران جراحی زنان از بیماران سزارینی جدا باشد. در این زمینه مراقبی گفت: «... مثلاً اونی که عمل کرده رو میارن جفت این مریضی که قراره فردا عمل بشه. بعد مریض من، مریض عمل شده رو می‌بینه و استرس‌اش بیش‌تر می‌شه...» [مراقب شماره ۲].

یکی از مراقبان لزوم جداسازی بیماران سزارینی از غیرسزارینی را این‌گونه اظهار نمود: «... به نظر من باید عمل سزارین رو با کسی که مشکل دیگه‌ای داره جدا بکنن. سروصدای بچه و مراجعه‌کننده‌های زیادی که برای عیادت سزارینیا میان بقیه رو اذیت می‌کنه...» [مراقب شماره ۱۱].

## ۲. نیاز به تجهیزات بیمارستانی مناسب

براساس تجارب مشارکت‌کنندگان این طبقه حاصل دو زیرطبقه «نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی برای خود» و «نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی برای راحتی بیمار خود» بود.

### - نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی

مراقبان دسترسی به تجهیزات و امکانات برای رفاه و آسایش خود و بیمارشان را امری ضروری دانستند. همچنان که یکی از مراقبان در این خصوص گفت:

«... اونجا دم در اتاق عمل حتی یک صندلی برای نشستن افرادی که مسن بودند و قادر نبودند سر پاشون و ایسن نبود...» [مراقب شماره ۱].

مراقبی از نظر دما و تهویه، بیمارستان را این‌گونه توصیف کرد: «... محیط پشت در اتاق عمل دماش نامناسب بود. وسیله‌ای برای سرد کردن هوا حالا اگه هوا سرد باشه وسیله برای گرم کردن هم فکر نمی‌کنم اون‌جا باشه...» [مراقب شماره ۳].

اغلب مشارکت‌کنندگان ابراز کردند مراقبان در بخش جراحی زنان به صندلی و تخت برای استراحت کردن و پتو نیاز دارند.

- نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی  
برای راحتی بیمار خود

براساس تجارب مراقبان مشارکت‌کننده، مراقبان برای بیماران خود که در حقیقت عضو خانواده آنان هستند، نیاز به امکانات و وسایل رفاهی دارند. بیمارانی که عمل جراحی نموده‌اند به دلیل درد حاصل از محل برش جراحی نیاز به امکانات حرکتی دارند. مراقبی این‌گونه اظهار کرد: «... بلندی تخت‌ها به کنار یه چهارپایه کوچیک ندارن که زیر تخت‌شون بذارن تا راحت بتونن بالا برن. مریض‌های ما واقعاً اذیتن ...» [مراقب شماره ۷].

از نظر مشارکت‌کنندگان تجهیزات درمانی مورد نیاز اتاق‌ها کم است. مراقبی در این زمینه گفت: «... از لحاظ دستگاه تنظیم ضربان قلب و اکسیژن اگه حداقل تو هر اتاق یه دستگاه بود خیلی بهتر بود. اکسیژن رو تا می‌خوان بیارن دو ساعت طول می‌کشه ...» [مراقب شماره ۵].

مراقبی نیاز به تخت مناسب را این‌گونه شرح داد: «... تخت‌هاش بالا و پایین نمی‌کنه. این قسمت بیمارستان تخت‌هاش خیلی بلنده واقعاً واسه پایین اومدن بیمارا اذیت می‌شن. لازمه تخت‌های مناسب و راحتی برای بیمارا بذارن تا راحت بالا و پایین برن ...» [مراقب شماره ۷].

مشارکت‌کنندگان معتقد بر عدم رعایت رژیم بیماران در سرو غذا توسط مسؤل تغذیه بودند. بیماری در این مورد گفت: «... برای مریض هم غذا خوب نمیدن، به من گفتن مایعات بخور، سر صبح واسم تخم مرغ آوردن، مثلاً صبحانه برای من ساعت ۹ آوردن. ساعت غذا دادن شون اصلاً خوب نیست. ...» [بیمار شماره ۲].

مراقبی تجربیات خود را در فراهم نمودن صندلی در بخش چنین شرح داد: «... بخش هم صندلی کافی نداره که کنار تخت مریضت بشینی. با اون همه مریض تو اون اتاق (اتاق ۵ تخته) فقط دو تا صندلی داره. باید می‌رفتم از اتاق‌های دیگه پیدا می‌کردم تا راحت بشینم ...» [مراقب شماره ۹].

همین مراقب در این زمینه گفت: «... تخت اضافه‌ای ندارن که همراه بتونه وقتی بیمارش خوابید و مشکلی نداشت یه کم استراحت کنه تا برای فردا دوباره جون بگیره. همراه هم آمده از آهن که نیستن ...» [مراقب شماره ۹].

به مراقبان در این مرکز درمانی غذا داده نمی‌شد. مراقبی اوضاع تغذیه‌ای خود را این‌چنین شرح داد: «... بخش فاقد امکانات رفاهی هستش. غذا به همراه بیمار نمیدن. نگفتن که ما می‌تونیم از سلف بیمارستان غذا بخریم ...» [مراقب شماره ۱۰].

کمبود امکانات رفاهی از تجربیات مشارکت‌کنندگان بود. مراقبی در این زمینه گفت: «... بیمارستان هیچ‌گونه امکاناتی برای همراه نداشت. حتی می‌رفتم بیرون و آبجوش از تو بوفه می‌خریدیم ...» [مراقب شماره ۱۳].

مراقبی در مورد فقدان آبسردکن در بیمارستان گفت: «... حتی یه آبسردکن نداره. من خودم آب معدنی خریدم ...» [مراقب شماره ۱۴].

یکی از مراقبان فقدان سیستم ارتباطی را چنین توصیف کرد: «... برا هر کاری باید بری تا ایستگاه پرستاری. اونم که باید چند بار بری، یه زنگی نداشتن که وقتی کاری داری زنگ بزنی و هی نخوای بری و بیای ...» [مراقب شماره ۹].

**جدول ۱- نمونه‌ای از چگونگی استخراج کدها از مفاهیم**

مضمون	طبقه	زیرطبقه	کدمفهومی	کدتفسیری	واحد معنایی
نیاز به امکانات فیزیکی	نیاز به امکانات و تجهیزات بیمارستانی مناسب	نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی	ضرورت نصب وسایل گرمایشی و سرمایشی در بیمارستان	تمایل به وجود وسیله خنک‌کننده	«... توی هوای گرم دوست داریم وسیله خنک‌کننده باشه. می‌گم وسیله خنک‌کننده واقعاً الآن بیمارستان خیلی گرم بود به طوری که ما برای این که خنک‌مون بشه مجبور بودیم بریم جلوی راهرو و ایسیم تا به کمی باد خنک بهمون بخوره. از بس که هوا گرم بود یا این که دوست داریم وقتی هوا سرد و وسیله گرم‌کننده باشه ...» [C4INT1-81].

**جدول ۲- مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان**

بیماران	تیم سلامت	مراقبان	جنس	خصوصیات
۳	۰	۱۴	زن	جنس
۰	۱۲	۲	مرد	
۱	۱	۷	۲۰-۳۰	سن
۲	۴	۵	۳۰-۴۰	
۰	۴	۳	۴۰-۵۰	
۰	۳	۱	۵۰-۶۰	
۱	۰	۴	زیردیپلم	سطح تحصیلات
۱	۲	۳	دیپلم	
۱	۲	۲	فوق دیپلم	
۰	۳	۵	لیسانس	
۰	۱	۲	فوق لیسانس	
۰	۴	۰	متخصص	
۰	۲	۵	مجرد	وضعیت تأهل
۳	۹	۱۱	متاهل	

**جدول ۳- جدول طبقات، طبقات اصلی و درون‌مایه تحقیق**

درون‌مایه	طبقه اصلی	زیرطبقه
نیاز به امکانات فیزیکی	نیاز به ساختار فیزیکی بیمارستان مناسب	نیاز مراقب به امکانات استراحتی در پشت درب اتاق عمل
		نیاز به تأمین امکانات رفاهی در بیمارستان برای مراقب
		نیاز به امکانات رفاهی در بخش جراحی
		ضرورت تخصیص اتاق به بیماران مشابه
	نیاز به امکانات و تجهیزات بیمارستانی مناسب	نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی برای خود
		نیاز مراقب به امکانات و وسایل رفاهی برای راحتی بیمار خود

**بحث و نتیجه‌گیری**

در دو طبقه اصلی «نیاز به ساختار مناسب فیزیکی بیمارستان» و «نیاز به تجهیزات بیمارستانی مناسب» بود. از آن‌جا که اکثر

براساس نتایج این مطالعه نیاز به تجهیزات بیمارستانی مناسب و ساختار مناسب



در این مطالعه بود که منجر به نارضایتی آنان شده بود. در سایر مطالعات بیمار نگران نیازهای همراه خود است. وجود امکانات اولیه در بیمارستان برای بیمار و همراه او بسیار مورد درخواست آنهاست، هرچند در بیمارستان‌های دولتی امکانات در حد درخواست آنان نیست (۲۲ و ۲۳).

از نظر خانواده‌ها نیاز تغذیه‌ای در بخش‌های متفاوت وجود داشته و یکی از نکات مهم در ابزار نیازسنجی است. براساس مطالعات، تغذیه از نیازهای درمانی محسوب می‌شود. باید به رژیم بیمار توجه نمود، ولی تغذیه بیمار نباید طوری باشد که بیماران اصلاً تمایلی به آن نداشته باشند. بنابراین تنوع در غذا براساس رژیم لازم است (۲۰، ۲۳ و ۲۴).

نبودن محلی برای ادای فریضه نماز سبب ناراحتی مراقبان شده است. نیاز به امکانات عبادت در مطالعات دیگر هم به عنوان نیاز مطرح شده است. گاهی مکان و امکانات وجود دارد، ولی مراجع از این امکان بی‌اطلاع است، بنابراین لازم است ضمن فراهم نمودن این امکانات به طرز صحیح اطلاع‌رسانی صورت گیرد (۲۳ و ۲۴).

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه ساختار بیمارستان را نامناسب گزارش نمودند. Devlin و Andrade نشان دادند که در زمان بستری، خانواده بیمار به عنوان همراه در کنار بیمار هستند و امکانات رفاهی و تجهیزات مناسب لازم دارند (۲۵). خصوصیات و امکانات خوب بیمارستان بر روی نیازهای روانی و روحی بیمار و خانواده بیمار در بیمارستان مؤثر و مثبت است. محققان معتقدند برای افزایش

مراقبان در ایران به صورت تمام وقت در کنار بیمار خود می‌مانند و به طور غیررسمی برخی از نیازهای بیماران را برآورده می‌کنند، بنابراین ضرورت توجه به محیط فیزیکی مناسب بیشتر اهمیت پیدا می‌کند. مطالعات، برآورده شدن نیازهای خانواده بیماران از جمله داشتن اتاق انتظار و مجهز بودن اتاق انتظار به سرویس بهداشتی، مبلمان، وسایل رفاهی و تلفن، نوساز بودن بیمارستان، نور و دمای مناسب، امکانات و حریم خصوصی را لازم دانسته و وجود این امکانات را بر رضایتمندی خانواده بیماران مثبت گزارش نمودند (۱۷ و ۱۸).

طبق نتایج مطالعه حاضر در مجاورت اتاق عمل محلی برای نشستن مراقبان وجود نداشت. در مجموع به گزارش همراهان بیماران و مشاهدات انجام یافته توسط پژوهشگر امکانات و تسهیلات رفاهی مانند اتاق انتظار، صندلی، آب جوش، چای، تلویزیون، تلفن، تهویه هوا و آب سردکن در بیمارستان وجود نداشت. براساس منابع، وجود امکانات و تجهیزات فیزیکی اولیه از جمله وجود اتاق انتظار مجهز به صندلی راحتی و سایر امکانات اولیه رفاهی برای همراهان و اعضای خانواده بیماران لازم است (۱۹ و ۲۰). وجود اتاق انتظار به عنوان یک نیاز و نبودن آن به عنوان عامل اضطراب‌آور در مطالعات گزارش شده و طراحی این اتاق به عنوان یک اولویت و تقویت‌کننده فلسفه بیمارستان معرفی شده است (۲۱). نتایج مطالعات بالا همسو با نتایج مطالعه حاضر بودند.

کمیبود امکانات تغذیه‌ای، امکانات رفاهی، امکانات مذهبی و بهینه‌سازی ساختار بیمارستان از دیگر نیازهای مشارکت‌کنندگان

بهره‌وری و سطح رضایتمندی مراجعان باید بیمارستان براساس نیاز بیماران و مراجعان و همچنین مبتنی بر شواهد تجهیز گردد (۲۵ و ۲۶). وجود فضای سبز و باغ در بیمارستان سبب رفاه بیمار و خانواده بیمار شده و نتایج سلامتی مفیدی را حاصل می‌نماید. همچنین برای کاهش استرس و کمک به درمان مثبت گزارش شده است (۲۷).

همچنین مشارکت‌کنندگان در این مطالعه فقدان رختکن برای تعویض لباس بیمار را تجربه نمودند. هرچند مطالعات رعایت حریم و قلمرو انسانی را یکی از نیازهای مهم مراجعان به مراکز درمانی می‌دانند، ولی سطح مناسب و خوبی از رعایت حریم و قلمرو انسانی برای بیماران گزارش شده است. نتایج مطالعات نشان داد که قبل از انجام روش‌های درمانی، توضیح در مورد مراقبت‌های درمانی، کسب اجازه و در زدن زمان ورود به اتاق بیماران ایجاد محیط خصوصی در هنگام انجام مراقبت‌ها، صورت نمی‌گیرد. (۲۳ و ۲۸). مطالعات بالا در راستای مطالعه حاضر، نیاز به رعایت حریم و قلمرو انسانی را گزارش نموده‌اند.

مشارکت‌کنندگان نیاز به امکانات رفاهی داشتند. مطالعات دیگر هم نیاز به امکانات رفاهی و آسایشی برای بیمار و همراه و خانواده بیمار را لازم و مورد درخواست مشارکت‌کنندگان گزارش نموده‌اند (۲۳ و ۲۴). نتایج مطالعات نیاز به محل استراحت برای همراه بیمار در بیمارستان‌ها را نشان داد. در راستای این نیاز مطالعه‌ای در خارج از ایران یافت نشد. به نظر می‌رسد این نیاز مختص ایران باشد.

براساس تجارب مشارکت‌کنندگان تفکیک محل بستری بیماران قبل و بعد از جراحی و همچنین بیماران سزاینی از سایر بیماران امری ضروری بوده است. براساس مطالعات همخوانی بیماران یک اتاق می‌تواند در ایجاد آرامش مؤثر باشد، در حالی که حالت متضاد آن باعث ایجاد محیطی ناهماهنگ می‌شود و آسایش را از بیماران سلب می‌کند (۲۳).

نیاز به امکانات رفاهی نظیر آب سردکن، تلفن، آب جوش، بوفه مجهز، تلویزیون، حمام و امثال آن از تجربیات دیگر مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بود. Souza dos Santos و همکاران برای بیماران بستری در بیمارستان نیاز به امکانات رفاهی نظیر پتو، ملافه و امکانات نظافت و بهداشت را گزارش نمودند. آن‌ها معتقد بودند در صورت برآورده نشدن این نیاز فشارهای روانی به بیمار تحمیل می‌شود (۲۹).

مراقبان مشارکت‌کننده در این مطالعه خواستار امکانات جهت ارتقای سطح سلامت بیمار خود نظیر چهارپایه و تخت سالم و مناسب بودند. تغییرات محیطی شدید پس از ورود به بیمارستان احساس راحتی را که فرد در محیط خانه دارد از او می‌گیرد و فرد براساس دیدگاه خود از محیط، امکانات خاصی را می‌طلبد (۲۲، ۲۳ و ۳۰). مطالعات به انجام خدمات کمکی از سوی مراقبان به بیماران از جنبه‌های متفاوت تغذیه‌ای، بهداشتی و نظافتی، دفعی و حرکتی اشاره نموده‌اند و معتقدند فراهم نمودن امکانات رفاهی برای بیمار و مراقبان، هر دو می‌تواند موجبات آرامش و رفع

نیازهای مراقبان و همراهان مرد و ضرورت حضور یا عدم حضور آنان برای ملاقات بیماران بستری زن با توجه به زمینه فرهنگی طراحی و انجام گیرد. علاوه بر این، برای هزینه‌کرد برنامه‌ریزی شده و جلوگیری از اتلاف منابع مالی انجام مطالعات کشوری و سپس تخصیص بودجه برای بهینه‌سازی مراکز درمانی براساس نیازهای فیزیکی واقعی پیشنهاد می‌شود. تصمیم‌گیری درباره طراحی معماری جدید، و ایجاد مؤثرترین محیط درمانی جهت ارائه خدمات سلامت و تأثیر مثبت آن بر درمان و بهبود بیماران و افزایش رضایتمندی بیمار، خانواده، مراقبان، همراهان آنان پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از یک پایان‌نامه بزرگ در مقطع دکتری تخصصی پرستاری مصوب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۳۹۳۷۶۷) و دانشگاه علوم پزشکی لرستان (LUMS.REC.1394.2) و با حمایت مالی این مراکز می‌باشد. بنابراین نویسندگان برخود لازم می‌دانند تا از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و لرستان، همچنین دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی اصفهان به خاطر حمایت و پشتیبانی در تصویب و اجرای این طرح قدردانی نمایند. همچنین از کلیه مشارکت‌کنندگان در مطالعه که انجام پژوهش بدون به اشتراک‌گذاری تجارب آنان غیرممکن بود، نهایت تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

نیاز مراقبان را فراهم سازد (۲۳ و ۳۰). مطالعات در راستای نتایج مطالعه حاضر بودند.

مطالعه حاضر نشان داد مراقبان خانوادگی دغدغه نیازهای فیزیکی متنوعی را تجربه نموده‌اند. مراقبان ساعت‌ها در کنار بیماران حضور دارند، ولی در شرایط فعلی وضعیت مناسبی در مراکز بهداشتی درمانی ندارند و زیرساخت مناسبی هم برای اجرای خدمات خانواده محور در مراکز وجود ندارد. نتایج این مطالعه گواهی بر لزوم بازنگری و تغییر در رویکرد ارائه خدمات از رویکرد وظیفه-محور و در حالت مطلوب فعلی، بیمار محور به رویکرد جامع‌تر «بیمار محور، ارتباط محور و خانواده محور» تغییر جهت دهد. مراکز درمانی با تغییر دیدگاه خود و توجه به خانواده بیماران و این مهم که خانواده بیمار از اعضای تیم سلامت محسوب می‌شود، خود را در مقابل مراقب و همراه بیمار مسئول دانسته و در جهت رفع مشکلات آنان گام بردارند. بنابراین همان‌طور که در این مطالعه و سایر مطالعات گزارش شد، لازم است به نیازهای اولیه آنان توجه شود و در راستای آن نیازها برنامه‌های عملیاتی مناسب توسط مسئولان تدوین و اجرا گردد.

از محدودیت‌های مطالعه منع ورود و ملاقات مردان در محیط بیمارستان زنان مورد مطالعه بود. بنابراین ممکن بود نیازهای دیگری توسط مراقبان مرد تجربه شود که به دلیل این محدودیت، نتایج مطالعه حاضر به تجارب مراقبان و همراهان زن محدود شده است و توصیه می‌شود مطالعه‌ای در خصوص

## منابع

- 1 - Fadda J. Quality of healthcare: a review of the impact of the hospital physical environment on improving quality of care. In: Sayigh A. Sustainable building for a cleaner environment. Cham: Springer; 2019. P. 217-253. doi: 10.1007/978-3-319-94595-8\_20.
- 2 - Iyendo TO, Uwajeh PC, Ikenna ES. The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: a narrative review. *Complement Ther Clin Pract*. 2016 Aug; 24: 174-88. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.06.008.
- 3 - Hosseinzadeh H, Zare MA. [Study and analysis of patients' satisfaction with architecture and physical environment of hospital rooms in heart hospital (case study of Fatemeh Al-Zahra Sari heart hospital)]. First International Conference and Third National Conference on Architecture and Urban Landscape Paydar: 2016 May 27: Mashhad, Iran. (Persian)
- 4 - Amoyan P. [The effect of environmental graphics and environmental psychology in children's hospital]. 2nd International Conference and 5th National Conference on Urban Development with a New Technology Attitude: 2015 March 8-10: Sanandaj, Iran. (Persian)
- 5 - NG SH. Application of Kolcaba's comfort theory to the management of a patient with hepatocellular carcinoma. *Singapore Nursing Journal*. 2017 Jan-Apr; 44(1): 16-23.
- 6 - Borzou R, Anosheh M, Mohammadi E, Kazemnejad A. [Environmental barriers of the hemodialysis patient's comfort: a qualitative study]. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2013; 21(4): 12-21. (Persian)
- 7 - Zarei F, Taghdisi MH, Keshavarz Mohamadi N, Tehrani H. [Health promoting hospital: a pilot study in Bo-Ali hospital, Qazvin, Iran]. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013; 3(3): 215-223. (Persian)
- 8 - De Maeseneer J. European expert panel on effective ways of investing in health: opinion on primary care. *Prim Health Care Res Dev*. 2015 Apr; 16(2): 109-10. doi: 10.1017/S1463423615000067.
- 9 - Mottram A. "Like a trip to McDonalds": a grounded theory study of patient experiences of day surgery. *Int J Nurs Stud*. 2011 Feb; 48(2): 165-74. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.007.
- 10 - Mosadeghrad AM, Esfahani P. [Strategic planning success factors in hospitals: a qualitative study]. *Journal of Payavard Salamat*. 2020; 14(1): 23-39. (Persian)
- 11 - Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. P. 261-302.
- 12 - dos Santos TD, de Oliveira Aquino AC, de Pinho Chibante CL, do Espirito Santo FH. The nursing team and the family member accompanying adult patients in the hospital context. An exploratory study. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(2): 218-225.
- 13 - Vinutha M, Yeshodhara K. Social intelligence and educational needs of Grama Panchayath women members. *International Journal of Social and Economic Research*. 2017; 7(2): 74-86. doi: 10.5958/2249-6270.2017.00014.9.
- 14 - McDonald FEJ, Patterson P, Tindle R. What young people need when a family member dies of cancer. *Support Care Cancer*. 2020 Apr; 28(4): 1631-1638. doi: 10.1007/s00520-019-04973-0.
- 15 - Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. P. 54-61.
- 16 - Hasanpour M, Galehdar N, Kazemi A, Zamani A. Reminding the health team about what companions of the patients undergoing gynecological surgery should know: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017 Sep-Oct; 22(5): 408-413. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_140\_16.

- 17 - Khaleghparast S, Joolae S, Maleki M, Peyrovi H, Ghanbari B, Bahrani N. Patients' and families' satisfaction with visiting policies in cardiac intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs*. 2017 May/Jun; 36(3): 202-207. doi: 10.1097/DCC.0000000000000247.
- 18 - Mohebbifar R, Keshavarz Mohammadi N, Mohammadi N, Mouseli L. [Situation analysis of surgical services at district hospitals in Iran on the basis of WHO program]. *Iranian Journal of Surgery*. 2010; 18(3): 47-57. (Persian)
- 19 - Sadeghi T, Dehghan Nayeri N, Abbaszadeh A. The waiting process: a grounded theory study of families' experiences of waiting for patients during surgery. *Journal of Research in Nursing*. 2015; 20(5): 372-382. doi: 10.1177/1744987115587776.
- 20 - Ribeiro PCPSV, Marques RMD, Ribeiro MP. Geriatric care: ways and means of providing comfort. *Rev Bras Enferm*. 2017 Jul-Aug; 70(4): 830-837. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0636.
- 21 - Rabie Siahkali S, Pourmemari MH, Khaleghdoost Mohamadi T, Eskandari F, Avazeh A. [Study on effective factors on patients' family members anxiety in intensive care units]. *Journal of Advances in Medical and Biomedical Research*. 2010; 18(70): 91-101. (Persian)
- 22 - de Azevedo Ponte KM, Bastos FES, de Sousa JG, Fontenele MGM, Aragao OC. Comfort requirements of patients assisted by the urgency and emergency service: implications for the nursing profession. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental Online*. 2019; 11(4): 925-930. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.925-930.
- 23 - Yousefi H, Abedi HA, Yarmohammadian MH, Elliott D. Comfort as a basic need in hospitalized patients in Iran: a hermeneutic phenomenology study. *J Adv Nurs*. 2009 Sep; 65(9): 1891-8. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05026.x.
- 24 - Lorente S, Vives J, Losilla JM. Instruments to assess the patient comfort during hospitalization: a psychometric review protocol. *J Adv Nurs*. 2017 Mar; 73(3): 735-741. doi: 10.1111/jan.13180.
- 25 - Devlin AS, Andrade CC. Quality of the hospital experience: impact of the physical environment. In: Fleury-Bahi G, Pol E, Navarro O. *Handbook of environmental psychology and quality of life research*. Switzerland: Springer; 2017. P. 421-440. doi: 10.1007/978-3-319-31416-7.
- 26 - Andrade CC, Devlin AS, Pereira CR, Lima ML. Do the hospital rooms make a difference for patients' stress? a multilevel analysis of the role of perceived control, positive distraction, and social support. *Journal of Environmental Psychology*. 2017 Nov; 53: 63-72. doi: 10.1016/j.jenvp.2017.06.008.
- 27 - van der Riet P, Jitsacorn C, Junlapeeya P, Thursby E, Thursby P. Family members' experiences of a "Fairy Garden" healing haven garden for sick children. *Collegian*. 2017 Apr; 24(2): 165-173. doi: 10.1016/j.colegn.2015.11.006.
- 28 - Mozaffari N, Dadkhah B, Payandeh H. Comparing perceived dignity and privacy in patients hospitalized in internal and surgical wards of Ardabil educational medical centers. *Journal of Advanced Pharmacy Education and Research*. 2019; 9(S2): 38-43.
- 29 - Souza dos Santos JK, de Carvalho Nagliate P, Comassetto I, Soares Figueiredo Trezza MC, de Lima Batista JC, Alencar Goncalves P. Comfort of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*. 2016 Oct; 10(10): 3796-3805. doi: 10.5205/1981-8963-v10i10a11445p3796-3805-2016.
- 30 - Rosenwax A. Hospitalization and basic critical care. In: Chitty J, Monks D. *BSAVA manual of avian practice: a foundation manual*. Quedgeley, Gloucester: British Small Animal Veterinary Association (BSAVA); 2018. P. 156-171. doi: 10.22233/9781910443323.11.

# Explaining the needs of family caregivers of patients undergoing gynecological surgery for physical facilities and equipment in hospital

Nasrin Galehdar<sup>1</sup>, Marzieh Hasanpour<sup>2\*</sup>, Ashraf Kazemi<sup>3</sup>

## Abstract

**Article type:**  
**Original Article**

Received: Jan. 2021  
Accepted: Mar. 2021  
e-Published: 16 May 2021

**Background & Aim:** Designing healthcare spaces and physical facilities requires the identification of the patient's family needs, and it is considered an important component of nursing theories. The aim of this study was to explain the needs of family caregivers of patients undergoing gynecological surgery for physical facilities and equipment in hospital.

**Methods & Materials:** This study is based on the results of the qualitative part of a large hybrid study on the development and implementation of a need-based service delivery program for the caregivers of patients undergoing gynecological surgery in 2017. The selection of participants was purposefully done with maximum variation. The study data were collected using 31 (16 caregivers, 6 nurses, 4 doctors, 3 patients and 2 service workers) in-depth interviews and observations and analyzed by the conventional qualitative content analysis using the Zhang and Wildemuth approach.

**Results:** Data analysis led to the development of the theme "need for physical facilities", which fell into two categories "need for proper physical structure in the hospital" with the following subcategories: "need for care facilities behind the operating room door", "need to provide welfare facilities in the hospital for caregivers", "need for welfare facilities in the surgical ward", "necessity of allocating rooms to the similar patients", and category "need for appropriate hospital facilities and equipment" with subcategories "caregiver's need for facilities and amenities", and "caregiver's need for facilities and amenities for the comfort of the patient".

**Conclusion:** The results show the importance of having a physical structure tailored to the needs of family caregivers as well as the availability of appropriate facilities and equipment in hospital. One of the limitations of the study was preventing men from visiting patients in the women's hospital. It is recommended that the needs of male companions and the necessity of their presence according to the cultural context be studied. Also, a new architectural design is suggested to create a suitable therapeutic environment and positive effect on patients' improvement and increase patient and family satisfaction.

Corresponding author:  
Marzieh Hasanpour  
e-mail:  
m-hasanpour@sina.tums.ac.ir

**Key words:** family caregivers, need, gynecological surgery, facilities, equipment, hospital, qualitative study

### Please cite this article as:

- Galehdar N, Hasanpour M, Kazemi A. [Explaining the needs of family caregivers of patients undergoing gynecological surgery for physical facilities and equipment in hospital]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2021; 27(1): 14-27. (Persian)

1 - Dept. of Surgical Technologist, School of Paramedical, Lorostan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran; Social Determinants of Health Research Center, Lorostan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2 - Dept. of Pediatric and Neonatal Intensive Care Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 - Dept. of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

