J Crit Care Nurs. 2020 Sep;13(3)

Published online 2020

Research Article

Nurses' toward Palliative Care and its Barriers in Neonatal Intensive Care Units

Zamzam Ghazanchaie[1], Manijeh Nourian[1*], Leila Khanali Majan[1], Parastoo Oujian[1], Arash Heidari[2]

*1. School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Corresponding author: Manijeh Nourian, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: Nourianma@gmail.com*

Abstract

Background and Aim: Palliative care is one of the most important aspects of neonatal intensive care. Providing palliative care for infants faces many obstacles and challenges. The aim of this study was to determine the attitude to palliative care and the barriers for delivering palliative care practices among nurses in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

Material and Method: In the present descriptive cross-sectional study, 128 nurses working in NICUs of hospitals affiliated to the Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran were selected by census method in 2018. Data were collected with "Fromelt Attitude Towards Caring for Dying Patient" (FATCOD) and "Neonatal Palliative Care Attitude Scale" (NPCAS).

Results: Nurses' attitude toward palliative care was positive (102.17±4.81) and a statistically significant association was observed between shift work and nurses' attitudes ($p<0.001$). A strong barrier to providing palliative care was the presence of insufficient resources (10.93±2.66). Improper application of technology (5.90±1.59), organizational culture (18.69±5.25) and professional competence of nurses (18.09±4.82) were classified as intermediate barriers. The weak barrier to the implementation of palliative care was the individual and social attitude of the nurse (18.67±2.60).

Discussion and Conclusion: Nurses have a positive attitude to providing palliative care, and it is necessary to strengthen their positive attitude by providing clinical and theoretical training. It is also important to pay more attention to eliminating other factors that can affect the implementation of palliative care. Insufficient resources are a strong obstacle to providing palliative care in neonates. So equipping the resources in terms of a suitable physical environment, adequate skilled manpower, providing counseling services and developing guidelines and policies for the nurses, are important in order to improve the implementation of neonatal palliative care.

Keywords: Palliative care, Nursing, Attitude, Neonate, Intensive Care Units , End of Life Care

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۳، شماره ۳، ۱۳۹۹
صفحات: ۳۰-۲۰

نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی و موانع آن در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

زمزم قازانچایی[۱]، منیژه نوریان[۱*]، لیلا خانعلی مجن[۱]، پرستو اوجیان[۱]، آرش حیدری[۲]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده مسوول: منیژه نوریان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: Nourianma@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: یکی از جنبه‌های مهم مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، مراقبت تسکینی است. ارائه مراقبت تسکینی نوزادان با موانع و چالش‌های زیادی روبرو است. این پژوهش با هدف تعیین نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی و موانع اجرای آن در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان انجام شده است.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۷بر روی ۱۲۸ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که به روش سرشماری انتخاب شدند، انجام شد . داده‌ها با استفاده ازدو پرسش نامه " نگرش فروملت نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ" (FATCOD) و"مقیاس نگرش به مراقبت تسکینی نوزادان"(NPCAS) جمع آوری شد.

یافته‌ها: نگرش پرستاران نسبت به مراقبت تسکینی مثبت بود(۴/۸۱±۱۰۲/۱۷) و ارتباط معنادار آماری بین شیفت‌کاری و نگرش پرستاران ($p<۰/۰۰۱$) مشاهده شد. مانع قوی ارائه مراقبت تسکینی وجود منابع ناکافی(۲/۶۶±۱۰/۹۳) بود. کاربرد نامناسب تکنولوژی(۱/۵۹±۵/۹۰)، فرهنگ سازمانی(۵/۲۵ ±۱۸/۶۹) و صلاحیت حرفه‌ای پرستاران (۴/۸۲±۱۸/۰۹) در ردیف موانع متوسط طبقه بندی شدند و مانع ضعیف اجرای مراقبت تسکینی؛ نگرش فردی و اجتماعی پرستار(۲/۶۰±۱۸/۶۷) بود.

نتیجه‌گیری: پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، نگرش مثبت به اجرای مراقبت تسکینی نوزادان دارند. لزوم تقویت بیشتر میزان نگرش مثبت پرستاران با برگزاری آموزش‌های بالینی و تئوری و هم‌چنین توجه و تمرکز بیشتر بر رفع عوامل دیگری که می‌تواند مانع اجرای مراقبت تسکینی باشد، از اهمیت ویژه برخوردار است. وجود منابع ناکافی مانع قوی ارائه مراقبت تسکینی در نوزادان است لذا تجهیز منابع بخش از نظر محیط فیزیکی مناسب، نیروی انسانی کافی و ارائه مشاوره به پرستاران و تدوین دستورالعمل‌ها و سیاست‌های اجرای مراقبت تسکینی در بخش های مراقبت ویژه نوزادان، در اجرای مراقبت تسکینی تأثیر مثبت خواهد داشت.

کلیدواژه‌ها: مراقبت تسکینی، پرستاری، نگرش، نوزادان، بخش‌های مراقبت ویژه، مراقبت پایان حیات

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

مقدمه

مراقبت تسکینی در اوایل دهه۱۹۸۰، در زمانی که توسعه فن آوری در مقابل مسائل اخلاقی و انسانی پیشی گرفته بود مطرح شد[۱،۲]. این مراقبت جامع که مبتنی بر استانداردهای بالینی، فرهنگی و اخلاقی است[۳]، دارای نگاهی بین رشته‌ای وکل نگر بوده و تمام قلمرو مراقبت از پیشگیری تا تسکین درد و رنج نوزاد و ارتقاء کیفیت زندگی نوزاد و خانواده را در بر می‌گیرد[۴]. نرخ مرگ و میر نوزادان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان (Neonatal Intensive Care Unit) بالاست[۵] و ۹۸ درصد مرگ و میر نوزادان درNICU رخ می‌دهد[۶]. نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۸ در ایران میزان مرگ و میر نوزادان بستری در بخش های مراقبت ویژه را بالا در حد ۱۶/۴ درصد در سال گزارش کرده است[۷]. در مطالعه دیگری نیز در بیمارستان فاطمیه همدان این میزان ۱۸/۵۱ درصد بوده است[۸] با توجه به بالا بودن میزان مرگ و میر نوزادان، مراقبت تسکینی نوزادان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به کارگیری مراقبت تسکینی منجر به مدیریت بهتر علایم نوزاد، ارتباط بهتر با خانواده و حمایت بیشتر از آنها در مراحل نهایی زندگی نوزاد و کاهش پیامدهای منفی از دست دادن نوزاد در خانواده می‌شود[۹،۱۰].

پرستاران بیشترین تعامل را با نوزاد و خانواده داشته و مسئول تضمین کیفیت مراقبت‌های ارائه شده هستند[۱۱]. آنان لازم است علاوه بر اجرای مراقبت تسکینی، در جهت تغییر رویکرد سازمان به سمت ارائه مراقبت تسکینی نیز فعال باشند[۹]. این در حالی است که نگرش غالب در بسیاری از بخش‌های NICU، نگرش "درمانی" است[۱۲] و این اعتقاد وجود دارد که ارائه مراقبت تسکینی با فضای NICU که مملو از تجهیزات پیشرفته است منافات داشته و تغییر رویکرد به سمت مراقبت تسکینی بسیار دشوار است[۵]. شواهد نشان می‌دهد با وجود آنکه ۴۱ درصد از کل مرگ و میرها به نوزادان اختصاص دارد اما فقط ۲ درصد نوزادان خدمات مراقبت تسکینی را دریافت می‌کنند[۱۴]. نتایج مطالعه‌ای هم‌چنین نشان داده است میزان انطباق مراقبت‌های پرستاری از نوزادان و والدین آن‌ها در مراحل پایان حیات با استانداردها، در NICU فقط ۱۶/۷۸ درصد بوده است[۱۵] که نشان دهنده اجرای ضعیف و دور از استاندارد مراقبت تسکینی است. با وجود آنکه پروتکل‌های متعددی برای ارائه مراقبت تسکینی نوزادان تدوین و در اختیار پرستاران قرار گرفته است اما هم‌چنان کاربرد مراقبت تسکینی در بالین مغفول مانده است[۱۲،۱۶].

شواهد نشان می‌دهد که پرستاران در ارائه مراقبت تسکینی با موانع و چالش‌های فراوانی روبرو هستند[۱۷]. شناسایی موانع از دیدگاه آنان قدم اساسی در جهت یافتن مسیر پیشرفت ارائه مراقبت تسکینی مطلوب است. در متون داخلی در خصوص موانع مراقبت تسکینی نوزادان، یک مطالعه با حجم نمونه کم (۵۷ پرستار) در سال ۲۰۱۵ در سه شهر کرمان، یزد و رفسنجان به دست آمد و نتایج آن نشان دهنده پنج مانع بود که مهم‌ترین آنها از دیدگاه پرستاران منابع ناکافی بود[۱۸].

نتایج مطالعات خارج از کشور نشان دهنده موانع متفاوتی نظیر منابع ناکافی و محیط فیزیکی[۱۹]، موانع سازمانی و استفاده نادرست از تکنولوژی[۲۰]،کمبود آگاهی پرستاران، عدم رعایت قلمرو فردی بیماران، ویژگی‌های فردی پرسنل[۲۱]، ارتباط ناکافی، عدم وجود خدمات مشاوره‌ای، عدم امکان ابزار عقیده در خصوص مراقبت تسکینی، عدم وجود نیروی انسانی کافی[۲۲]، کمبود دانش و ویژگی‌های متفاوت فرهنگی و مذهبی والدین و نبود تیم مراقبت تسکینی[۲۳] است.

نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی در موفقیت اجرای آن تأثیر دارد[۲۴] زیرا انگیزه پرستاران در اجرای مراقبت تسکینی تحت تأثیر نگرش آنان است و نگرش پرستاران نیز به عوامل مختلفی نظیر عوامل فرهنگی اجتماعی، اعتقادات، روابط خانوادگی و تجربه‌های قبلی، وضعیت اقتصادی که می‌تواند در جوامع یا حتی بخش‌های بالینی مختلف متفاوت باشد، وابسته بوده و بر اجرای مراقبت تسکینی از نوزاد و خانواده تأثیر می گذارد[۲۵]. اگر پرستاران نسبت به اجرای مراقبت تسکینی نوزادان باور داشته باشند انگیزه اجرای مراقبت تسکینی استاندارد در آنها بیشتر می‌شود. نتایج چند مطالعه میزان نگرش و نوع آن را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان متفاوت گزارش نموده است[۲۸-۲۶]. از آنجا که شناخت نگرش پرستاران در مورد مراقبت تسکینی و موانع آن می‌تواند بر ارتقاء هرچه بیشتر ارائه مراقبت تـسکینی تأثیرگذار باشـد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی و موانع اجرای آن در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر، این مطالعه یک مطالعه توصیفی – مقطعی بود که از مرداد تا آذر سال ۱۳۹۷ با مشارکت تمام پرستاران شاغل در NICU بیمارستان‌های مهدیه، کودکان مفید، شهدای تجریش، طالقانی و امام حسین(ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، در شهر تهران انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود تمام پرستارانی که دارای مدارک کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری بودند و در سمت پرستار و سرپرستار با حداقل یکسال سابقه کار در NICU مشغول به کار بودند(۱۳۵ نفر) وارد مطالعه شدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ها که به صورت بی‌نام آماده شده بود بعد از کسب رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه، در شیفت های مختلف توزیع شد. به سؤالات پرستاران در هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده می‌شد. از ۱۳۵ پرستاری که پرسش‌نامه

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

به آنان داده شد ۱۲۸ نفر پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ۱۵ تا ۲۰ دقیقه زمان لازم بود. پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناسی توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد. جمع‌آوری اطلاعات چهار ماه به طول انجامید.

پرسش‌نامه "اطلاعات جمعیت شناسی"، دارای هفت سؤال در خصوص سن، جنس، سمت، میزان تحصیلات، میزان سابقه کار، وضعیت تأهل و شرکت در دوره‌های آموزش مصوب مراقبت تسکینی بود.

برای تعیین نگرش پرستاران نسبت به مراقبت تسکینی از پرسش‌نامه "نگرش فروملت نسبت به مراقبت از بیماران در حال مرگ"(FATCODE) استفاده شد. ۳۰ عبارت این ابزار در لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) نمره‌گذاری شد. عبارات منفی نیز به طور معکوس نمره گذاری شد. میانگین نمرات نگرش پرستاران نسبت به هر کدام از عبارات پرسش‌نامه بین ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده بود. نمره میانگین هر سؤال به صورت نگرش منفی(۲-۱)، نگرش نسبتاً منفی(۳-۲)، نگرش خنثی(۳)، نگرش نسبتاً مثبت(۴-۳) و نگرش مثبت(۵-۴) مورد ارزیابی قرار گرفت و نمره کل پرسش‌نامه بین ۳۰ تا ۱۵۰ بود، که هر چه نمره بالاتر بود، نشان دهنده نگرش مثبت‌تر به مراقب تسکینی بود. نمره میانگین کل پرسش‌نامه به صورت کمتر از ۵۰ نگرش منفی، ۶۰-۵۰ نگرش خنثی و بیشتر از ۶۵ نگرش مثبت مورد ارزیابی قرار گرفت.

این پرسش‌نامه توسط Frommelt در سال ۱۹۹۱ در کشور آمریکا جهت بررسی نگرش نسبت به مراقبت بیماران در حال مرگ طراحی شده است[۲۹] و در مطالعات اولیه در جامعه پرستاران بخش‌های انکولوژی و بخش‌های جراحی در کشور آمریکا از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده (۰/۹۴- CVI=۰/۹۰) و پایایی همسانی درونی ابزار نیز ۰/۷۵ بوده است[۳۰]. در ایران نیز این ابزار به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف بررسی و قابل قبول گزارش شده است[۲۷،۲۸].

برای تعیین موانع اجرای مراقبت تسکینی از پرسش‌نامه "مقیاس نگرش به مراقبت تسکینی نوزادان"(NPCAS) که دارای۲۶ عبارت بود، استفاده شد. عبارات ابزار در لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی مخالفم) تا ۵ (خیلی موافقم) نمره گذاری شد و موانع در پنج زیر مقیاس منابع(۵ عبارت)، استفاده از تکنولوژی(۲ عبارت)، نگرش فردی و اجتماعی(۶ عبارت)، فرهنگ سازمانی(۵ عبارت) و صلاحیت پرستاری(۷ عبارت) ارزیابی شد. نمره دهی ابزار به صورت مانع قوی کمتر از ۵۰ درصد نمره کل هر زیر مقیاس، مانع متوسط ۷۰-۵۰ درصد نمره کل هر زیر مقیاس و مانع ضعیف بیشتر از ۷۰ درصد نمره کل هر زیر مقیاس بود[۲۱].

این پرسش‌نامه توسط Kain and etal(2007) در کشور آمریکا با هدف سنجش نگرش پرستاران نسبت به موانع مراقبت تسکینی نوزادان طراحی شد. این ابزار برای اولین بار توسط گروهی از پرستاران مراقبت ویژه نوزادان آمریکا و استرالیا تحت روایی و پایایی قرار گرفت که از روایی(۰/۱۰۰)=CVI برخوردار بود. پایایی ثبات ابزار نیز r=۰/۷۰ اعلام شد[۳۱]. در داخل کشور این ابزار در مطالعه عزیززاده و همکاران(۲۰۱۷) بعد از ترجمه و بررسی روایی و پایایی آن در جامعه پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان، مورد استفاده قرار گرفته است[۱۸].

در مطالعه حاضر شاخص روایی کل (محاسبه میانگین شاخص روایی محتوا (SCVI)، در مورد دو ابزار "FATCODE " و "NPCAS" با قضاوت یازده تن از اعضاء هیئت علمی و صاحب نظران، به ترتیب ۰/۹۳ و۰/۱۰۰ بود و هم‌چنین روایی صوری نیز بر اساس نظر مشارکت کنندگان بررسی و تغییرات لازم در ابزار داده شد. در مطالعه حاضر پایایی همسانی درونی ابزارها (محاسبه آلفای کرونباخ) بررسی شد که به ترتیب:
در ابزار "79/0 " FATCODE و در ابزار " 75/0 "NPCAS بود.

داده‌های مطالعه توسط نرم‌افزار $SPSS_{16}$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد. از آزمون‌های آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد فراوانی و میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در آمار استنباطی از آزمون تی زوجی برای متغیرهای دو حالته و تحلیل واریانس یک طرفه برای متغیرهایی که دارای چند حالت بودند استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها P=۰/۰۵ با احتمال ۹۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میزان پاسخگویی ۹۴/۸۱ درصد بود. بیشتر پرستاران(۲۹/۶۸ درصد) در محدوده سنی ۳۵-۳۰ سال قرار داشتند و اکثریت آنان (۵۱/۶ درصد) متأهل بودند و ۸۴/۴ درصد آنان در شیفت‌های در گردش انجام وظیفه می‌کردند. اکثریت پرستاران(۸۳/۳ درصد) سابقه کاری ۱۵-۱۰ سال داشتند. ۹۶/۱ درصد مشارکت کنندگان در پژوهش سمت پرستار داشتند. تمام مشارکت کنندگان در پژوهش زن بودند و در دوره آموزشی و یا کارگاه مصوب شرکت نکرده بودند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره کل نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی ۴/۸۱±۱۰۲/۱۷ بود (جدول شماره ۱). میانگین نگرش پرستارانی که در شیفت صبح کار می‌کردند بیشتر از پرستارانی بود که شیفت در گردش بودند و این اختلاف معنادار بود(p<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۲).

نتایج این مطالعه در خصوص موانع مراقبت تسکینی در (جدول شماره۳) آورده شده‌است. در بررسی ارتباط بین ویژگی

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

های جمعیت شناسی پرستاران و موانع مراقبت تسکینی هیچ‌گونه ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد($p<0/05$) و هم‌چنین با انجام آنالیز واریانس نشان داده شد که هیچ‌گونه اختلاف معنادار آماری بین سطوح مختلف نگرش کلی پرستاران(منفی، مثبت و خنثی) به مراقبت تسکینی و نگرش آنان به موانع وجود ندارد ($p<0/05$).

عمواست. در کشور ترکیه نتایج مطالعه‌ای با ابزار مشابه در سال ۲۰۱۳، نشان‌دهنده مثبت بودن نگرش پرستاران بود اما نسبت به مطالعه حاضر از درجه مثبت کمتری برخوردار بود[۳۲]. نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران نشان‌دهنده مثبت بودن نگرش به مراقبت تسکینی بود اما

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نگرش پرستاران نسبت به مراقبت تسکینی بر حسب خصوصیات جمعیت شناسی

ویژگی‌های جمعیت شناسی		N	درصد	میانگین نمره نگرش به مراقبت تسکینی	SD	P-value
میزان تحصیلات	کارشناسی	۱۱۹	۹۳	۱۰۲/۱۵	۴/۸۵	T=۰/۱۰ P=۰/۹۱
	کارشناسی ارشد	۹	۷	۱۰۲/۳۳	۴/۴۴	
	دکترا	۰	۰	–	–	
وضعیت تأهل	مجرد	۶۰	۴۶/۹	۶۰/۱۰	۳۶/۴	T=۱/۳۵ P=۰/۱۸
	متاهل	۶۶	۵۱/۶	۷۵/۱۰	۲۰/۵	
	مطلقه	۲	۱/۶	۱۰۰	۸	
سن (سال)	۲۰–۲۵	۱۸	۱۴/۰۶	۹۹/۷۸	۵/۱۲	F=۲/۴۴ P=۰/۳۸
	۲۶–۳۰	۳۰	۲۳/۴۳	۱۰۱/۳	۴/۸۷	
	۳۱–۳۵	۳۸	۲۹/۶۹	۱۰۲/۶۶	۴/۰	
	۳۶–۴۰	۲۳	۱۷/۹۶	۱۰۲/۷۸	۴/۷۱	
	۴۱–۴۵	۴۵	۱۱/۷۱	۱۰۴/۶۷	۵/۶۱	
	۴۵ به بالا	۴	۳/۱۲	۱۰۴	۲/۱۶	
شیفت کاری	صبح	۱۹	۱۴/۸	۱۰۶/۳۱	۳/۲۸	T=۴/۳۶ P<۰/۰۰۱
	عصر	۱	۰/۸	۸۹	----	
	شب	۰	۰	۰	۰	
	در گردش	۱۰۸	۸۴/۴	۱۰۱/۵۶	۴/۵۳	
سابقه کاری	۱–۵	۲۳	۱۸	۱۰۰/۷۳	۶/۲۹	F=۴/۶ P=۰/۱۳۰
	۶–۱۰	۳۲	۲۵	۱۰۰/۷۱	۴/۴۰	
	۱۱–۱۵	۴۹	۳۸/۳۱	۱۰۲/۳۲	۳/۹۲	
	۱۶–۲۰	۲۰	۱۵/۶	۱۰۵/۴۰	۴/۴۰	
	بالاتر از ۲۰	۴	۳/۱	۱۰۴	۲/۱۶	
سمت شغلی	پرستار	۱۲۳	۹۶/۱	۱۰۲/۲	۴/۷۷	T=۱/۷۴ P=۰/۸۵
	سرپرستار	۵	۳/۹	۱۰۵/۸۰	۴/۴۳	

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی و موانع اجرای آن در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان انجام شد. نتایج نشان دهنده مثبت بودن نگرش پرستاران نسبت به مراقبت تسکینی بود. اگر چه مطالعات زیادی یافته‌ی مطالعه حاضر در این خصوص را مورد تأیید قرار می‌دهد[۲۸–۲۵]. اما میانگین نمره نگرش مثبت پرستاران در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است و این موضوع می‌تواند مرتبط با تفاوت‌های موجود در ویژگی‌های جمعیت شناسی و بستر مطالعه و متفاوت بودن بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان نسبت به بخش‌های

میانگین نمره نگرش بسیار بیشتر از مطالعه حاضر بود[۲۷،۲۸]. [۳۲]. این موضوع نشان‌دهنده اهمیت و ضرورت ارتقاء نگرش مثبت مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر می‌باشد که می‌تواند با آموزش و برگزاری جلسات آموزش تئوری و بالینی، میسر شود. هم‌چنین در خصوص اینکه چرا پرستاران در مطالعه حاضر نمره کمتری از پرسش‌نامه FATCODE نسبت به مطالعات دیگر [۳۴–۳۲] به دست آورده‌اند نیاز به بررسی بیشتر وجود دارد.

در مطالعه حاضر بیشترین میانگین نمره مربوط به عبارت "باید به احساسات والدین نوزاد در حال مرگ توجه کرد" بود. در واقع اکثر مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران باید به احساسات والدین توجه نشان دهند. این یافته در مقایسه با نتایج

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ که در آن درصد کمتری از مشارکت کنندگان توجه به احساسات خانواده را مورد تأکید قرار داده بودند، متفاوت بود[۲۶].

در مطالعه حاضر اکثریت مشارکت‌کنندگان نشان دادند که از دیدگاه آنان "خانواده نوزاد در حال مرگ نیاز به حمایت عاطفی دارد" و میزان توافق پرستاران در مورد این عبارت بالا بود. در مطالعه خنجری و همکاران ۲۰۱۹، نیز هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر درصد بالایی از مشارکت کنندگان موافقت خود را با دو عبارت فوق نشان دادند[۳۲]. حمایت عاطفی از خانواده و مادر نوزاد در حال مرگ، شرایط جهت سازگاری مثبت با بحران را فراهم نموده[۳۵] و منجر به ارتقاء کیفیت زندگی نوزاد و خانواده می‌شود.

در مطالعه حاضر کمترین میانگین نمره نگرش مربوط به عبارت شماره ۳ بود. در واقع درصد بالایی از پرستاران هنگامی که درباره مرگ با والدین نوزاد در حال مرگ صحبت می‌کردند احساس بدی داشتند. در حالی که نتایج برخی مطالعات نشان دهنده اتفاق نظر کمتر پرستاران در این مورد است[۳۶،۳۷]. این ناهم‌سویی می‌تواند مرتبط با تفاوت‌های فرهنگی و تأثیر آن در ارائه خبر بد و یا صحبت از مرگ نوزاد با والدین باشد. از سوی دیگر با توجه به آنکه هیچ‌کدام(۱۰۰درصد) از مشارکت کنندگان آموزش مراقبت تسکینی در نوزادان را دریافت نکرده بودند نتیجه‌ای دور از انتظار نیست شاید پرستاران جهت دور کردن خود از استرس از شیوه بلوک کردن استفاده می‌کردند و با دور کردن خود از موقعیت و صحبت نکردن در مورد مرگ با والدین، سعی در حفظ آرامش خود داشتند[۳۸].

در مطالعه حاضر ارتباط معنادار آماری بین میزان نگرش پرستاران و شیفت کاری آنان مشاهده شد به طوری که پرستارانی که در شیفت کاری صبح فعال بودند نگرش مثبت‌تری به مراقبت تسکینی نوزادان داشتند. به نظر می‌رسد برخورداری پرستاران از شرایط آموزشی بهتر بخش در شیفت‌های صبح موجب ارتقاء نقش پرستار در ایفاء مراقبت تسکینی می‌شود. بر خلاف نتایج مطالعه خنجری و همکاران ۲۰۱۹، نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده عدم وجود ارتباط معناداری آماری بین نگرش پرستاران و سمت آنان بود. در مطالعه حاضر ارتباط معنادار آماری بین نگرش پرستاران و میزان تحصیلات آنان نیز مشاهده نشد که از این نظر با نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۴ در کشور اتیوپی انجام شده است[۲۶]، ناهمسو بود. از آنجا که مباحث مرتبط با مراقبت تسکینی در کوریکولوم آموزشی پرستاران گنجانده نشده است، عدم وجود ارتباط بین سطح تحصیلات پرستاران و نگرش آنان به مراقبت تسکینی قابل توجیه است.

نتایج مطالعه حاضر در مورد نگرش پرستاران نسبت به موانع مراقبت تسکینی نشان داد که کاربرد نا مناسب تکنولوژی جهت تداوم حیات نوزاد، مانعی با شدت متوسط در ارائه مراقبت تسکینی است. اگر چه این نتیجه توسط مطالعات مختلف حمایت می‌شود [۳۱-۲۳]، اما نتایج مطالعه‌ای در سال۲۰۱۹ ناهمسو با مطالعه حاضر نشان داد که از دیدگاه متخصصان نوزادان، کاربرد تکنولوژی تسهیل‌کننده ارائه مراقبت تسکینی است[۳۹]. به نظر می‌رسد پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه با کاربرد تکنولوژی از یک‌سو و مطالبات والدین و خواسته‌های آنان به منظور ادامه تلاش برای زنده نگه داشتن نوزاد در حال مرگ از سوی دیگر، با چالش مواجه هستند و این موضوع در شواهد علمی نیز مورد تأکید است[۴۲-۴۰ ،۳۸] و به عنوان یک چالش اخلاقی می‌تواند مانعی در جهت ارائه مراقبت‌های تسکینی در نورادان باشد.

نتایج نشان داد یکی از موانع قوی ارائه مراقبت تسکینی در نوزادان، ناکافی بودن منابع است و درصد بالایی از پرستاران محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان را برای ارائه مراقبت تسکینی مناسب نمی‌دانستند. عدم رعایت حریم خصوصی نوزاد و خانواده و نیز محیط شلوغ و غیراستاندارد از نظر نور و صدا برای ارائه مراقبت تسکینی مناسب نیست و می‌تواند مانع ارائه مراقبت تسکینی باشد[۲۱]. نتایج مطالعه حاضر در خصوص محیط فیزیکی بخش توسط مطالعات متعددی مورد تأیید قرار می‌گیرد [۱۸،۲۱،۴۱]. در این زیر مقیاس، یکی دیگر از موانع قوی، نداشتن زمان کافی برای سپری کردن با خانواده بود. این یافته نشان می‌دهد که نسبت پرستار به بیمار در بخش‌های NICU ممکن است استاندارد نباشد و پرستاران زمان کافی برای تصمیم-گیری و حضور بیشتر در کنار نوزاد و خانواده که لازمه مراقبت تسکینی است ندارند. منابع علمی نیز کمبود زمان را عامل شایعی می‌دانند که مانع مراقبت تسکینی می‌شود[۴۲]. در مطالعه حاضر نیز درصد بسیار بالایی از پرستاران اعلام کردند که تعداد پرسنل برای ارائه مراقبت تسکینی کافی نیست. نتایج مطالعه حاضر هم چنین نشان داد که نبود دستورالعمل‌ها و سیاست‌هایی که به انجام مراقبت تسکینی کمک کند و عدم دسترسی به خدمات مشاوره‌ای برای پرستاران، در صورت مرگ نوزاد موانع قوی ارائه مراقبت تسکینی در زیر مقیاس منابع ناکافی است. این در حالی است که شواهد علمی اهمیت وجود راهنماهای بالینی و امکان ارائه مشاوره‌های تخصصی به پرستاران در اجرای مراقبت تسکینی را مورد تأکید قرار داده‌اند[۴۴-۴۳]، مطالعات دیگر نیز در این زمینه به نتایج مشابهی دست یافته‌اند[۲۳-۲۰].

نتایج مطالعه نشان داد که نگرش فردی و اجتماعی پرستاران مشارکت کننده، مانع ضعیف ارائه مراقبت تسکینی محسوب می شود. نتایج مطالعه در این خصوص با نتایج مطالعه‌ای در پرستاران NICU در شمال کشور ایران، ناهمسو است در مطالعه فوق نگرش فردی و اجتماعی، مانع قوی ارائه مراقبت‌های تسکینی بود[۱۸]. مطالعه حاضر نشان داد که ۹۴/۶ درصد پرستاران در هنگام ارائه مراقبت از نوزاد در حال مرگ، مدیریت درد را در

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

الویت قرار می‌دهند و میانگین نمره این عبارت بالا و از مطالعات دیگر[۳۳-۱۹] بیشتر بود.

این یافته نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر به اهمیت مدیریت درد در ارائه مراقبت تسکینی واقف هستند. در این زیر مقیاس درصد بالایی از پرستاران معتقد بودند که حمایت اجتماعی از مراقبت تسکینی نوزادان وجود ندارد. نا همسو با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ در کشور کره جنوبی بود که با بررسی وظائف پرستاران و چالش‌های آنان، نشان داد که پرستاران از حمایت اجتماعی و سازمانی جهت ارائه مراقبت‌های تسکینی برخوردار هستند[۴۵]. از آنجا که عدم وجود حمایت اجتماعی می‌تواند مانعی برای ارائه مراقبت تسکینی محسوب شود لذا لازم است به طور خاص از دیدگاه پرستاران ایرانی در مورد حمایت اجتماعی و چگونگی تأثیر آن بر اجرای مراقبت تسکینی نوزادان، مطالعات بیشتر صورت گیرد.

فرهنگ سازمانی از دیدگاه پرستارانِ مطالعه حاضر، مانع متوسط برای ارائه مراقبت تسکینی در نوزادان بود که از این نظر با نتایج مطالعه عزیززاده و همکاران ۲۰۱۷ همسو بود[۱۸] ولی ناهمسو با نتایج مطالعه‌ای در کشور مصر(۲۰۲۰) و در کشور ایتالیا (۲۰۱۸) بود که نشان داد فرهنگ سازمانی مانع قوی مراقبت تسکینی است[۴۶-۱۹].

در توجیه این ناهمسانی می‌توان به اهمیت فرهنگ و به ویژه فرهنگ سازمانی در پذیرش ضرورت ارائه مراقبت تسکینی به نوزادان و عوامل چندگانه تأثیرگذار بر آن توجه داشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد صلاحیت حرفه‌ای مانع متوسط ارائه مراقبت تسکینی از دیدگاه پرستاران است. در مطالعه حاضر با وجود آنکه اکثریت پرستاران ۱۱ تا ۱۵ سال سابقه کار داشتند و درصد بسیار بالایی از آنان نیز اعلام کرده بودند که آموزش برای ارائه مراقبت تسکینی ضروری است اما فقط ۶/۳ درصد آموزش حین خدمت در مورد ارائه مراقبت و ارتباط با نوزاد در حال مرگ و خانواده او دریافت کرده بودند و فقط ۱۲/۵ درصد تجربه‌ی ارائه مراقبت تسکینی را داشتند و برای درصد بالایی از پرستاران مراقبت از نوزاد در حال مرگ تلخ و تکان‌دهنده بود. در مطالعات مختلف در مورد اهمیت شناخت نیازهای آموزشی به پرسنل و ارتقاء دانش و آگاهی پرستاران به طور تئوری و عملی تأکید شده است[۴۸-۴۷] و کمبود آموزش مراقبت تسکینی نوزادان در برنامه‌های آموزشی آکادمیک و بالینی پرستاران از موانع اجرای مراقبت تسکینی محسوب می‌شود[۲۱]. نتایج این مطالعه در خصوص صلاحیت حرفه‌ای با یافته‌های مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ در تایوان و هم‌چنین مطالعه دیگری در سال ۲۰۱۹ در کشور کره(۲۰۱۹) که نشان داد که برای بیش از سه چهارم پرستاران، صلاحیت حرفه‌ای، تسهیل‌کننده مراقبت تسکینی نوزادان است، نا همسو بود[۵۰-۴۹]. تفاوت در تجربه بالینی و بهره‌مندی بیشتر از آموزش‌های ضمن خدمت و هم‌چنین نگرش فردی پرستاران به مرگ که متأثر از شرایط فرهنگی و اجتماعی است می‌تواند دلیل این نا هم‌سویی را توجیه نماید.

محدودیت اصلی مطالعه حاضر خود گزارشی بودن ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات و شرایط روحی و روانی پرستاران در هنگام تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

این مطالعه در جامعه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد و تعمیم نتایج آن به سایر بخش‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به آنکه وجود منابع ناکافی مانع قوی ارائه مراقبت تسکینی است پیشنهاد می‌شود با تدوین راهکارهای عملیاتی مشخص، در جهت اجرا نمودن مراقبت تسکینی گام‌های مؤثر برداشته شود و مطالعات بیشتر در خصوص هر کدام از موانع و عوامل مرتبط با آن انجام شود. جهت بررسی عمیق‌تر و تبیین بهتر جنبه‌های مختلف موانع مراقبت تسکینی، انجام مطالعه کیفی و مصاحبه با پرستارانی که نگرش منفی به مراقبت تسکینی دارند، توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران ایرانی شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان، نسبت به مراقبت تسکینی نوزادان نگرش مثبت دارند اما لازم است با آموزش و برگزاری جلسات آموزش تئوری و بالینی، در جهت افزایش نگرش مثبت پرستاران اقدامات بیشتری صورت گیرد و با توجه به مثبت بودن نگرش پرستاران لازم است بر عوامل دیگری که اجرای مراقبت تسکینی را ارتقاء می‌بخشد، توجه داشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به ترتیب وجود منابع ناکافی و نگرش فردی و اجتماعی موانع قوی و ضعیف اجرای مراقبت تسکینی نوزادان هستند. تجهیز منابع بخش از نظر محیط فیزیکی مناسب، نیروی انسانی کافی و ارائه مشاوره به پرستاران و تدوین دستورالعمل‌ها و سیاست‌های اجرای مراقبت تسکینی در بخش های مراقبت ویژه نوزادان در اجرای مراقبت تسکینی تأثیر مثبت خواهد داشت. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در جهت رفع موانع اجرای مراقبت تسکینی و به تبع آن ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کدIR.SBMU.PHNM.1395.588 مورد تأیید قرار گرفته است. این مطالعه حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. لازم است از تمام مدیران پرستاری و پرستاران

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر و قدردانی شود.

تضاد منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان مقاله اعلام نشده است.

منابع

1. Whitfield JM, Siegel RE, Glicken AD, Harmon RJ, Powers LK, Goldson EJ. The application of hospice concepts to neonatal care. American journal of Diseases of Children. 1982;136(5):421-4.
2. Kain VJ, Chin SD. Conceptually Redefining Neonatal Palliative Care. Advances in Neonatal Care. 2020;20(3):187-95.
3. de Queiroz MEG. Atenção em cuidados paliativos/Palliative care. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2012;20(2.(
4. Taib F, Chan LC. palliative Care Approach for preemie–An Ethical Case Learning. Education in Medicine Journal. 2018;10(2.(
5. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. The Lancet. 2012;379(9832):2151-61.
6. Zargham-Boroujeni A, Zoafa A, Marofi M, Badiee Z. Compilation of the neonatal palliative care clinical guideline in neonatal intensive care unit. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2015;20(3):309.
7. akbarian bafghi Mj, etemadi s, ghafarian malmiri z, sotudeh far f, zare h. The Incidence Rate and Causes of Neonatal Deaths in Neonatal Intensive Care Units: a case study. Journal of Health Based Research. 2018;3(4):389-97.
8. Basiri B, Shokoohi M, Otogara M, Shirmohamadi N, Shayan A. Evaluation of the Frequency and Causes of Infants Mortality in the Neonatal Intensive Care Unit at Fatemieh Hospital of Hamadan, Iran, 2015. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2018;4(3):25-30.
9. Ferrell B, Thaxton CA, Murphy H. Preparing Nurses for Palliative Care in the NICU. Advances in Neonatal Care. 2020;20(2):142-50.
10. Ferrell BR, Coyle N, Paice J. Oxford textbook of palliative nursing: Oxford University Press; 2014.
11. Ferrell BR, Coyle N, Paice J. Oxford Textbook of Palliative Nursing: Oxford University Press; 2019 2015-01.
12. Kain V. Palliative care delivery in the NICU: what barriers do neonatal nurses face? Neonatal Network. 2006;25(6):387-92.
13. Yam BM, Rossiter JC, Cheung KY. Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing. 2001;10(5):651-9.
14. Keele L, Keenan HT, Sheetz J, Bratton SL. Differences in characteristics of dying children who receive and do not receive palliative care. Pediatrics. 2013;132(1):72-8.
15. S. St. Clinical Assessment of End - of- Life Care
16. Tehran, Iran: Shahid Beheshti university of medical sciences; 2011.
17. Beckstrand RL, Isaacson RF, Macintosh JL, Luthy KE, Eden L. NICU nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles. Journal of Neonatal Nursing. 2019;25(1):32-6.
18. Salmani N, Rassouli M, Mandegari Z, Bagheri I, Fallah Tafti B. Palliative Care in Neonatal Intensive Care Units: Challenges and Solutions. Iranian Journal of Neonatology IJN. 2018;9(2):33-41.
19. Azzizadeh Forouzi M, Banazadeh M, Ahmadi JS, Razban F. Barriers of palliative care in neonatal intensive care units: attitude of neonatal nurses in southeast Iran. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2017;34(3):205-11.
20. Ismail MSM, Mahrous ES, Mokbel RA. Facilitators and Barriers for Delivery of Palliative Care Practices among Nurses in Neonatal Intensive Care Unit.
21. Kain V, Gardner G, Yates P. Neonatal palliative care attitude scale: development of an instrument to measure the barriers to and facilitators of palliative care in neonatal nursing. Pediatrics. 2009;123(2):e207-e13.
22. Kilcullen M, Ireland S. Palliative care in the neonatal unit: neonatal nursing staff perceptions of facilitators and barriers in a regional tertiary nursery. BMC palliative care. 2017;16(1):1-12.
23. Chen C-H, Huang L-C, Liu H-L, Lee H-Y, Wu S-Y, Chang Y-C, et al. To explore the neonatal nurses' beliefs and attitudes towards caring for dying neonates in Taiwan. Maternal and Child Health Journal. 2013;17(10):1793-801.
24. Wright V, Prasun MA, Hilgenberg C. Why is end-of-life care delivery sporadic?: A quantitative look at the barriers to and facilitators of providing end-of-life care in the neonatal intensive care unit. Advances in Neonatal Care. 2011;11(1):29-36.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

25. De Lisle-Porter M, Podruchny AM. The dying neonate: family-centered end-of-life care. Neonatal Network. 2009;28(2):75-83.
26. Al-Hajery M, Al-Mutairi H, Ayed A, Ayed M. Perception, Knowledge and Barriers to End of Life Palliative Care among Neonatal and Pediatric Intensive Care Physicians. J Palliat Care Med. 2018;8(326):2.
27. Kassa H, Murugan R, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. BMC palliative care. 2014;13(1):6.
28. Bagherian S, Iranmanesh S, Dargahi H, Abbaszadeh A. The attitude of nursing staff of institute cancer and Valie-Asr hospital toward caring for dying patients. Journal of qualitative Research in Health Sciences. 2010;9(1):8-14.
29. Aghaei M, Mohajjel Aghdam A, Bodaghi S, Azami Agdash S. Knowledge and attitude of nurses toward caring for end of life patients. Iran Journal of Nursing. 2017;30(107):74-82.
30. Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 1991;8(5):37-43.
31. Dunn KS, Otten C, Stephens E, editors. Nursing experience and the care of dying patients. Oncology nursing forum; 2005.
32. Kain VJ. Pilot study of an instrument to measure attitudes to palliative care practice in neonatal intensive care nursing. Collegian. 2007;14(4):16-20.
33. Khanjari S, Fathi Z, Haghani H. Nurses' attitude towards end-of-life care in neonatal intensive care units. Journal of Pediatric Nursing. 2019;6(1):31-8.
34. Zargham-Boroujeni A, Bagheri SHS, Kalantari M, Talakoob S, Samooai F. Effect of end-of-life care education on the attitudes of nurses in infants' and children's wards. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2011;16(1):93.
35. Henoch I, Browall M, Melin-Johansson C, Danielson E, Udo C, Sundler AJ, et al. The Swedish version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale: Aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. Cancer nursing. 2014;37(1):E1-E11.
36. Kenner C, Press J, Ryan D. Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: a family-centered integrative approach. Journal of Perinatology. 2015;35(1):S19-S23.
37. Ali WGM, Ayoub NS. Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura university hospitals. Journal of Medicine and Biomedical Sciences. 2010;1(1):16-23.
38. De Kock F. Factors influencing nurses' attitudes towards caring for dying patients in oncology settings in the Western Cape Metropole: Stellenbosch: University of Stellenbosch; 2011.
39. Kopelman AE. Understanding, avoiding, and resolving end-of-life conflicts in the NICU. The Mount Sinai Journal of Medicine, New York. 2006;73(3):580-6.
40. Dombrecht L, Piette V, Deliens L, Cools F, Chambaere K, Goossens L, et al. Barriers to and Facilitators of End-of-Life Decision Making by Neonatologists and Neonatal Nurses in Neonates: A Qualitative Study. Journal of pain and symptom management. 2020;59(3):599-608. e2.
41. Bradley EH, Cramer LD, Bogardus Jr ST, Kasl SV, Johnson-Hurzeler R, Horwitz SM. Physicians' ratings of their knowledge, attitudes, and end-of-life-care practices. Academic Medicine. 2002;77(4):305-11.
42. Kyc SJ, Bruno CJ, Shabanova V, Montgomery AM. Perceptions of Neonatal Palliative Care: Similarities and Differences between Medical and Nursing Staff in a Level IV Neonatal Intensive Care Unit. Journal of Palliative Medicine. 2020;23(5):662-9.
43. Davies B, Sehring SA, Partridge JC, Cooper BA, Hughes A, Philp JC, et al. Barriers to palliative care for children: perceptions of pediatric health care providers. Pediatrics. 2008;121(2):282-8.
44. Cuttini M, Casotto V, de Vonderweid U, Garel M, Kollée LA, Saracci R, et al. Neonatal end-of-life decisions and bioethical perspectives. Early human development. 2009;85(10):S21-S5.
45. Jacobs HH, Ferrell B, Sumner L, Malloy P. promoting perinatal, neonatal, and pediatric palliative care nursing education (510). Journal of Pain and Symptom Management. 2010;39(2):411.
46. Kim S, Savage TA, Song M-K, Vincent C, Park CG, Ferrans CE, et al. Nurses' roles and challenges in providing end-of-life care in neonatal intensive care units in South Korea. Applied Nursing Research. 2019;50:151204.
47. Cortegiani A, Russotto V, Raineri SM, Gregoretti C, Giarratano A, Mercadante S. Attitudes towards end-of-life issues in intensive care unit among Italian anesthesiologists: a nation-wide survey. Supportive Care in Cancer. 2018;26(6):1773-80.
48. Lewis SL. Palliative care in the neonatal intensive care setting: our past and our future. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2012;14(2):149-57.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

49. Catlin A, Carter B. Creation of a neonatal end-of-life palliative care protocol. Neonatal Network. 2002;21(4):37-49.
50. Ke Y-X, Hu SH, Takemura N, Lin C-C. Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. International Journal for Quality in Health Care. 2019;31(10):741-7.
51. Park J-Y, Oh J. Influence of perceptions of death, end-of-life care stress, and emotional intelligence on attitudes towards end-of-life care among nurses in the neonatal intensive care unit. Child Health Nursing Research. 2019;25(1):38-47.

جدول شماره ۱: سؤالات پرسشنامه جهت تعیین نگرش پرستاران بخش های مراقبت ویژه نوزادان از مراقبت تسکینی

عبارات	کاملاً مخالفم/ مخالفم N(%)	نظری ندارم N(%)	کاملاً موافقم/ موافقم N(%)	Mean	SD	نگرش
۱. مراقبت از نوزاد در حال مرگ یک تجربه مفید است	(۳۲)۴۱	۲۳(۱۸)	۶۴(۵۰)	۳/۱۷	۰/۸۹	نسبتاً مثبت
۲. مرگ نوزاد بدترین چیزی نیست که می‌تواند برای هر والدینی اتفاق بیفتد	۶۱(۴۷/۷)	۲۸(۲۱/۹)	۳۹(۳۰/۹)	۲/۸۹	۰/۹۸	نسبتاً منفی
۳. وقتی با والدین نوزادی که در حال مرگ است درباره مردن صحبت می‌کنم احساس بدی پیدا می‌کنم	۵(۳/۹)	۳(۲/۳)	۱۲۰(۹۳/۷)	۱/۱۷	۰/۷۶	منفی
۴. مراقبت پرستاری از خانواده نوزاد در طول دوره سوگ باید ادامه داشته باشد	۴۷(۳۶/۷)	۲۱(۱۶/۴)	۶۰(۴۶/۹)	۳/۱۳	۰/۹۵	نسبتاً مثبت
۵. دوست ندارم که فقط به طور اختصاصی از نوزادان در حال مرگ مراقبت نمایم	۲(۱/۶)	۲۱(۱۶/۴)	۱۰۵(۸۱)	۱/۸۲	۰/۷۵	منفی
۶. پرستار نباید یک کلمه در مورد مردن با والدین نوزاد در حال مرگ صحبت نماید	۹۰(۷۰/۳)	۱۶(۱۲/۵)	۲۲(۱۷/۲)	۳/۵۳	۰/۷۷	نسبتاً مثبت
۷. مراقبت کردن از نوزادان در حال مرگ برای مدت طولانی من را ناامید می‌کند	۳۷(۲۸/۹)	۲(۱/۶)	۸۹(۶۹/۴)	۲/۵۶	۰/۹۴	نسبتاً منفی
۸. هنگامی که از نوزاد در حال مرگی که والدینش امید بهتر شدن دارند پرستاری می‌کنم، منقلب می‌شوم	۳۰(۲۳/۴)	۲۸(۲۱/۹)	۷۰(۵۴/۷)	۲/۶۱	۰/۹۲	نسبتاً منفی
۹. برقراری ارتباط با خانواده نوزاد درحال مرگ سخت است	۲(۱/۶)	۴(۳/۱)	۱۲۲(۹۵/۳)	۱/۶۷	۰/۶۱	منفی
۱۰. نوزاد در حال مرگ، مدت زیادی را در این حال می‌گذراند	۷۲(۵۶/۳)	۲۲(۷/۲)	۵۳(۲۶/۶)	۲/۷۵	۰/۹۵	نسبتاً منفی
۱۱. زمانی که والدین نوزاد سؤال می‌کند،" نوزادم می‌میرد؟" فکر می‌کنم که بهترین پاسخ تغییر موضوع به سمت شاد کردن والدین است	۱۰۶(۸۲/۸)	۵(۳/۹)	۱۷(۱۳/۳)	۲/۳۱	۰/۷۱	نسبتاً منفی
۱۲. خانواده در مراقبت فیزیکی از نوزاد در حال مرگ باید مشارکت داشته باشد.	۳۹(۳۰/۵)	۶(۴/۷)	۸۳(۶۴/۹)	۳/۴۲	۱/۰۱	نسبتاً مثبت
۱۳. امیدوارم در هنگام مرگ نوزادی که از آن مراقبت می‌کنم، بر بالینش حضور نداشته باشم	۱۲(۹/۴)	۱۸(۱۴/۱)	۹۸(۷۶/۵)	۲/۲۱	۰/۷۶	نسبتاً منفی
۱۴. از اینکه به نوزاد در حال مرگ وابسته شوم، می‌ترسم	۹۲(۷۱/۹)	۱۷(۱۳/۳)	۱۹(۱۴/۸)	۳/۵۷	۰/۷۳	نسبتاً مثبت
۱۵. از مراقبت کردن نوزادی که در حال مرگ است، می‌ترسم	۱۰۳(۸۰/۵)	۱۲(۹/۴)	۱۳(۱۰/۲)	۳/۶۹	۰/۶۷	نسبتاً مثبت
۱۶. خانواده نوزاد در حال مرگ نیاز به حمایت روحی دارد	۱(۰/۸)	۰(۰)	۱۲۷(۹۹/۲)	۴/۴۳	۰/۵۴	مثبت
۱۷. زمانی که نوزادی در حال مرگ است، پرستار باید حداقل دست‌کاری حین مراقبت انجام دهد	۹(۷)	۵(۳/۹)	۱۱۴(۸۹/۱)	۳/۹۰	۰/۶۳	نسبتاً مثبت
۱۸. خانواده نوزاد در حال مرگ باید کمک کند تا نوزاد باقیمانده زندگی آرامی داشته باشد	۰(۰)	۷(۵/۵)	۱۲۱(۹۴/۶)	۴/۱	۰/۳۴	مثبت
۱۹. والدین نوزاد در حال مرگ باید در مراقبت از نوزادشان شرکت داده شوند	۱۸(۱۴/۱)	۸(۶/۳)	۱۰۲(۷۹/۷)	۳/۷۸	۰/۷۵	نسبتاً مثبت
۲۰. خانواده نوزاد در حال مرگ باید در محیط مناسبی در بیمارستان نگه داشته شود	۵ (۳/۰۵)	۳۸(۲۹/۷)	۸۵(۶۶/۴)	۳/۷۸	۰/۷۵	نسبتاً مثبت
۲۱. باید به احساسات والدین نوزاد در حال مرگ توجه کرد	۰(۰)	۴(۳/۱)	۱۲۴(۹۶/۸)	۴/۴۵	۰/۵۵	مثبت
۲۲. از خانواده نوزاد در حال مرگ نیز باید مراقبت شود	۰(۰)	۱۵(۱۱/۷)	۱۱۳(۸۸/۳)	۳/۹۵	۰/۴۳	نسبتاً مثبت
۲۳. مراقبت پرستاری از نوزاد در حال مرگ باید انعطاف‌پذیر باشد	۱(۰/۸)	۲۳(۱۸)	۱۰۴(۸۱/۲)	۳ /۹۶	۰/۶۰	نسبتاً مثبت
۲۴. والدین نوزاد در حال مرگ باید در جلسات نوزادشان شرکت داده شوند	۶(۴/۷)	۱۳(۱۰/۲)	۱۰۹(۸۵/۲)	۳/۸۵	۰/۵۶	نسبتاً مثبت
۲۵. پرستار نباید در مورد تسکین درد نوزاد در حال مرگ تردید کند	۱(۰/۸)	۶(۴/۷)	۱۲۱(۹۴/۵)	۴/۱۰	۰/۸۴	مثبت
۲۶. زمانی که والدین نوزاد در حال مرگ گریه می‌کند بسیار ناراحت می‌شوم	۰(۰)	۲(۱/۶)	۱۲۶(۹۸/۴)	۴/۰۷	۰/۳۱	مثبت
۲۷ . به والدین نوزاد در حال مرگ باید جواب‌های درستی درباره شرایط نوزادشان داده شود	۱(۰/۸)	۵(۳/۹)	۱۲۲(۹۵/۳)	۴/۱۱	۰/۴۷	مثبت
۲۸. آموزش والدین نوزاد در حال مرگ جزو مسئولیت‌های پرستاری نیست	۴۵(۳۵/۲)	۲۱(۱۶/۴)	۶۲(۴۸/۴)	۲/۸۶	۰/۹۰	نسبتاً منفی
۲۹. والدین نوزادی که ارتباط خوبی با نوزاد در حال مرگشان دارند در کارهای مربوط به نوزاد شرکت می‌کنند	۱۸(۱۴/۱)	۴۱(۳۲)	۶۹(۵۳/۹)	۳/۴۳	۰/۷۸	نسبتاً مثبت
۳۰. پرستار می‌تواند والدین نوزاد در حال مرگ را از لحاظ روحی برای مرگ نوزاد آماده کند	۷(۵/۵)	۹(۷)	۱۱۲(۸۷/۵)	۳/۹۱	۰/۶۱	نسبتاً مثبت
نمره کل نگرش پرستاران به مراقبت تسکینی		**کمینه ۸۷**	**بیشینه ۱۱۳**	**۱۰۲/۱۷**	**٤/۸۱**	**مثبت**

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و میانگین نمرات نگرش پرستاران نسبت به موانع مراقبت تسکینی

عبارات	مخالفم/ خیلی مخالفم N(%)	نظری ندارم N(%)	موافقم/ خیلی موافقم N(%)	Mean±SD	زیر مقیاس
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم، کارکنان در مورد استفاده از تکنولوژی حمایت از زندگی بسیار احساس راحتی می‌کنند	۱۳(۹/۱۱)	۸۴(۶۴/۶)	۳۱(۹۰/۸)	۳/۱۱±۰/۶۳	استفاده از تکنولوژی ۵/۹۰±۱/۵۹
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم، والدین می‌توانند خواهان ادامه مراقبت‌های طولانی کننده زندگی باشند در حالی که کارکنان عقیده دارند که ادامه درمان بی‌فایده است	۵۷(۴۴/۵)	۳۱(۲۴/۲)	۴۰(۳۱/۳)	۲/۷۹±۰/۹۶	
محیط فیزیکی بخشی که در آن مشغول به کار هستم، جهت انجام مراقبت تسکینی برای نوزادان در حال مرگ ایده‌آل است	۱۰۳(۸۰/۵)	۱۲(۹/۴)	۱۳(۱۰/۲)	۲/۳۱±۰/۶۹	منابع ۱۰/۹۳±۲/۶۶
تعداد پرسنل بخشی که در آن مشغول به کار هستم، برای فراهم کردن مراقبت تسکینی برای نوزادان در حال مرگ و خانواده هایشان کافی است	۱۱۸(۹۲/۲)	۶(۴/۷)	۴(۳/۱)	۲/۱۱±۰/۴۰	
در هنگام فوت یک نوزاد، زمان کافی برای سپری کردن با خانواده‌اش را دارم	۱۱۹(۹۳)	۶(۴/۷)	۳(۲/۳)	۲/۰۹±۰/۵۳	
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم، دستورالعمل‌ها و سیاست‌هایی وجود دارد که به انجام مراقبت تسکینی کمک می‌کنند	۱۰۹(۸۵/۲)	۱۰(۷/۸)	۹(۷)	۲/۲۱±۰/۶۰	
زمانی که یک نوزاد در بخش من می‌میرد، در صورت نیاز امکان مشاوره برای من فراهم است	۱۰۱(۷۸/۹)	۱۴(۱۰/۹)	۱۳(۱۰/۲)	۲/۲۱±۰/۴۴	
برای نوزادان مراقبت تسکینی به اندازه مراقبت درمانی مهم است	۰(۰)	۳۴(۲۷)	۹۴(۷۳)	۴/۴۶ ±۰/۴۵	نگرش اجتماعی و فردی ۱۸/۶۷±۲/۶۰
حمایت اجتماعی از مراقبت تسکینی نوزادان وجود دارد.	۱۰۶(۸۲/۲)	۱۵(۱۱/۷)	۷(۵/۵)	۲/۲۲±۰/۵۳	
زمانی که نوزادی در بخش من در حال مردن است از نظر من تسکین درد در الویت است	۲(۱/۶)	۵(۳/۹)	۱۲۱(۹۴/۶)	۴/۱۰±۰/۵۲	
آموزش مراقبت تسکینی برای پرستاران نوزادان ضروری است	۱(۰/۸)	۰(۰)	۱۲۷(۹۹/۲)	۴/۲۱±۰/۴۶	
مراقبت تسکینی بر خلاف ارزش‌های پرستاری از نوزادان نیست	۱۱(۸/۶)	۱۷(۱۳/۳)	۱۰۰(۷۸/۱)	۳/۶۸±۰/۶۴	
یک اعتقاد در جامعه وجود دارد که نوزادان تحت هیچ شرایطی نباید بمیرند	۵۱(۳۹/۸)	۲۶(۲۰/۳)	۵۱(۳۹/۸)	۳/۰۰±۰/۸۹	فرهنگ سازمانی ۱۸/۶۹±۵/۲۵
در حیطه مراقبت ویژه نوزادان، مراقبت درمانی و مراقبت تسکینی اهمیت دارند	۹۹(۵۷/۳۳)	۱۵(۱۱/۷)	۱۴(۱۰/۹)	۲/۱۳±۰/۴۲	
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم، کارکنان از مراقبت تسکینی نوزادان در حال مرگ حمایت می‌کنند.	۲۱(۱۶/۴)	۱۰(۷/۸)	۹۷(۷۵/۸)	۳/۵۹±۰/۷۵	
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم، والدین در تصمیم گیری‌های مربوط به نوزاد در حال مرگشان دخالت داده می‌شوند	۱۰(۸۵/۹)	۲(۱/۶)	۱۶(۱۲/۵)	۲/۲۷±۰/۶۹	
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم، زمانی که پیش آگهی یک نوزاد مطلوب نباشد والدین از گزینه‌های مراقبت تسکینی مطلع می‌شوند	۱۰۲(۷۹/۷)	۱۸(۴/۱)	۸(۶/۳)	۲/۲۶±۰/۵۶	
تیم مراقبتی / درمانی بخشی که در آن مشغول به کار هستم، نظرات، ارزش‌ها و اعتقادات خود را در مورد فراهم کردن مراقبت تسکینی نوزادان در حال مرگ بیان می‌کنند.	۶۰(۴۶/۹)	۲۱(۱۶/۴)	۴۷(۳۶/۸)	۲/۹۱±۰/۹۳	
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم تمام اعضای تیم مراقبتی با اجرای مراقبت تسکینی برای نوزاد در حال مرگ موافقند و از آن حمایت می‌کنند.	۵۷(۴۴/۵)	۳۰(۲۳/۴)	۳۰(۲۳/۴)	۲/۵۳±۱/۰۱	
من تجربه مراقبت تسکینی از نوزادان در حال مرگ و خانواده‌هایشان را داشته‌ام	۱۰۹(۸۵/۲)	۳(۲/۳)	۱۶(۱۲/۵)	۲/۲۸±۰/۷۲	صلاحیت حرفه‌ای پرستار ۱۸/۰۹±۴/۸۲
زمانی که یک نوزاد فوت می‌کند من از نظر شخصی احساس عدم کفایت نمی‌کنم	۵(۳/۹)	۱۴(۱۰/۹)	۱۰۹(۸۵/۲)	۳/۸۱±۰/۴۸	
تجربیات قبلی من در مورد انجام مراقبت تسکینی از نوزادان در حال مرگ رضایت بخش بوده است	۱۰۷(۸۳/۶)	۷(۵/۵)	۱۴(۱۱)	۲/۲۸±۰/۶۷	
در بخشی که در آن مشغول به کار هستم، اغلب با مرگ مواجه می‌شوم	۴۱(۳۲)	۹(۷)	۷۸(۶۰/۹)	۲/۷۵±۰/۹۷	
مراقبت از نوزاد در حال مرگ برای من تلخ و تکان دهنده نیست	۱۱۲(۸۷/۵)	۶(۴/۷)	۱۰(۷/۸)	۱/۹۷±۰/۷۶	
من آموزش حین خدمت دیده‌ام که این آموزش به من کمک می‌کند تا با والدین نوزادان در حال مرگ ارتباط برقرار کرده و از آنها حمایت کنم	۱۱۱(۸۶/۷)	۹(۷)	۸(۶/۳)	۲/۱۹±۰/۵۳	
نگرش شخصی من در مورد مرگ، بر تمایلم در مورد انجام مراقبت تسکینی تأثیرگذار است	۴۳(۳۳/۶)	۶۵(۵۰/۸)	۲۰(۱۵/۶)	۲/۸۱±۰/۶۹	

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-08]