

مشارکت والدین در مراقبت فیزیکی-روانی از کودکان بستری: دیدگاه کارکنان بهداشتی درمانی

عصمت جعفر بگلو^{۱*}، ناهید مهران^۲، هدی احمري طهران^۳، زهرا عابدینی^۴، مرضیه رئیسی^۵

۱. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۲. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۳. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۴. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۵. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اهداف مراقبت خانواده محور، مراقبت از کودکان به منظور ارتقاء سلامت کودکان و خانواده آنها است. برای مشارکت موثر والدین در مراقبت از کودک بستری، نگرش مثبت کارکنان بهداشتی در این زمینه لازم است. هدف از این پژوهش، تعیین نگرش کارکنان بهداشتی درمانی بیمارستان کودکان قم نسبت به مشارکت والدین در مراقبت فیزیکی-روانی از کودکان بستری می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی بر روی ۱۰۰ نفر از کارکنان بیمارستان کودکان قم در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت. نمونه ها با روش نمونه گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای دو بخشی، شامل ویژگی های جمعیت شناختی و سوالات مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری بود. پاسخ ها با استفاده از مقیاس لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف با امتیاز صفر تا چهار محاسبه شد. جهت تأیید اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و جهت پایایی از آزمون مقدماتی و روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ ($R=0/82$) استفاده شد. داده ها با نرم افزار اسپس پی اسپس نسخه ۱۱/۵ و آزمون های آماری تی تست و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره کلی نگرش افراد مورد مطالعه $94/67 \pm 10/96$ بود که جزء گروه خنثی طبقه بندی می شود. بین سن، سابقه کار، جنسیت، وضع تاهل و تحصیلات با نمره نگرش ارتباط معنی دار نبود.

نتیجه گیری: برای اجرایی شدن اهداف مراقبت خانواده محور لازم است که مراقبان بهداشتی در مورد مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری خود، نگرش مثبت داشته باشند؛ لذا لازم است با برگزاری دوره های آموزش مداوم و اصلاح دستورالعمل های بهداشتی درمانی در مورد کودکان، زمینه مشارکت بیشتر والدین فراهم شود.

کلید واژه ها: نگرش، مشارکت والدین، مراقبت خانواده محور، کودک بستری

مقدمه

بیمار و ارائه مراقبت منحصر به فرد برای هر کودک می باشد (Cushing, 2005). این مفهوم والدین باید در کلیه تصمیم گیری ها و اقدامات مراقبتی درمانی برای کودک بیمار در داخل و خارج بیمارستان شرکت داشته باشند (Knight, 1995)؛ و مشارکت فعال والدین در مراقبت از کودکان بستری شده در بیمارستان یکی از اجزاء اصلی مراقبت خانواده محور می باشد (Cushing, 2005).

مراقبت خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی مراقبت کودکان در قرن ۲۱ مورد توجه است (Newton و همکاران، ۲۰۰۰) هدف آن حفظ تمامیت و یکپارچگی خانواده ی کودک

*نویسنده مسئول مکاتبات: عصمت جعفر بگلو، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

والدین هنگام انجام رویه های دردناک نبودند (Egemen, ۲۰۰۶).

از آنجائیکه والدین در اوج علاقه به کودکشان بوده و نسبت به او احساس مسئولیت می کنند؛ می توانند در تصمیم گیری و مشارکت در امور کودک بستری خود سهیم باشند؛ اما چگونگی شرکت والدین در مراقبت از کودکان بستری و موانع آن نیاز به بحث و بررسی دارد. از آنجا که مراقبان بهداشتی که در بخش کودکان کار می کنند خصوصا آنهایی که در محیط های حساس مشغول به کار هستند؛ ممکن است حضور و یا مشارکت والدین را به عنوان مانعی در انجام کارهای خود محسوب کنند و با توجه به نقش کلیدی والدین در امر مراقبت و بهبود سریعتر کودکان؛ مطالعه ی حاضر نگرش مراقبان بهداشتی درمانی بیمارستان کودکان قم را نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که بر روی ۱۰۰ نفر از کارکنان بیمارستان کودکان قم (شامل پزشک، پرستار و دانشجویان پرستاری که واحد کودکان را می گذراندند) در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت. نمونه ها با روش نمونه گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای دو بخشی بود که بخش اول آن شامل ویژگی های جمعیت شناختی: سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و سابقه کار و بخش دوم حاوی ۳۶ سوال (گویه) در مورد مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری بود. پاسخ ها به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از کاملا موافق تا کاملا مخالف تنظیم شده بود. برای هر گویه امتیازی از صفر تا چهار (کاملا موافق = ۴، موافق = ۳، نظری ندارم = ۲، مخالف = ۱، کاملا مخالف = ۰) محاسبه شده بود و در مورد سوالات معکوس امتیازدهی نیز معکوس محاسبه شد.

برای تعیین نگرش هر یک از واحد های مورد پژوهش نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری جمع نمرات اختصاص یافته توسط هر یک از آنان به ۳۶ گویه محاسبه و پاسخ دهندگان بر اساس نمره های کسب شده (۱۴۴-۰) در سه گروه دارای نگرش مثبت یا موافق (۱۴۴-۹۷)، دارای نگرش خنثی یا بی تفاوت (۹۶-۴۹) و دارای نگرش منفی یا مخالف (۴۸-۰) طبقه بندی شدند.

پرسشنامه حاضر با استفاده از مقیاس نگرش نسبت به مشارکت والدین (PARENT PARTICIPATION ATTITUDE SCALE) که توسط SEID و PILLITTERI در

بیش از ۴۰ سال پیش Platt (۱۹۵۹) توصیه کرد که هنگام بستری شدن کودکان، مادران هم پذیرش شوند و والدین اجازه ی ملاقات کودکانشان را داشته باشند و تا حد امکان در مراقبت از کودکانشان کمک کنند (Cushing, ۲۰۰۵؛ Wahlam و همکاران ۲۰۰۶). از آن زمان تا کنون سودمندی مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری هم برای کودک و هم برای والدین مد نظر قرار گرفته است (Wahlam, ۲۰۰۶). مزایای بسیاری برای مشارکت والدین در مراقبت از کودکان نام برده اند که شامل: کاهش اضطراب جدایی در والدین و کودک، افزایش همکاری کودک در انجام پروسه ها، کاهش طول مدت بستری، کاهش هزینه ی مراقبت پرستاری، احساس کمتر از درد در کودک، تقویت و تداوم روابط خانوادگی و افزایش رضایتمندی والدین (Cushing, ۲۰۰۵، Knight, ۱۹۹۵، Brown, ۱۹۹۰). نتایج مثبت و فواید بی نظیر از پژوهش های گذشته، این حقیقت را نشان می دهد که والدین نقش کلیدی در ارتقاء سلامت و تکامل کودکانشان دارند (Cushing, ۲۰۰۵).

علی رغم گذشت بیش از چند دهه تلاش برای اجرای مراقبت خانواده محور از کودک بستری، در عمل، بین مراقبان بهداشتی درمانی در این زمینه توافق جمعی وجود ندارد و هنوز در مورد چگونگی مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری اختلاف نظر وجود دارد (ولی زاده ۱۳۸۶).

در مطالعه ای که Johnson و همکاران در سال ۱۹۹۶ در استرالیا انجام دادند؛ نگرش مراقبان بهداشتی درمانی در مراقبت از کودک بستری خنثی بوده است (Johnson, ۱۹۹۶). در مطالعه ی Daneman و همکاران در سال ۲۰۰۳ در آمریکا نشان داد که نگرش مراقبان بهداشتی درمانی در مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری مثبت می باشد (Daneman, ۲۰۰۳). مطالعه ی Evagelou و همکاران در سال ۲۰۰۳ در یونان نشان داد که بیش از ۹۰ درصد پرستاران عقیده دارند که حمایت روانی والدین از کودک بستری خود بسیار حائز اهمیت است و حتی اعتقاد داشتند والدین مراقبت های فیزیکی کودک را بهتر از پرستاران و بهیارها انجام می دهند (Evagelou, ۲۰۰۳). در مطالعه ای که توسط ورعی و همکاران در سال ۲۰۰۴ انجام شد نشان داد که ۹۶ درصد پزشکان و ۶۱/۵ درصد پرستاران مخالف حضور والدین در صحنه احیای قلبی ریوی بودند (ورعی، ۲۰۰۴)؛ و در مطالعه ای که توسط Egemen و همکاران در سال ۲۰۰۶ در ترکیه انجام شد هیچ یک از واحدهای مورد مطالعه موافق حضور

پزشکی بودند. ۶۲/۹ درصد افراد شرکت کننده در این پژوهش متاهل و ۳۵/۸ درصد مجرد بودند. همچنین میانگین سابقه کار آنها $9/25 \pm 8/59$ (۲۹ - ۱) سال بود. ۲۲/۲ درصد مدرک دیپلم و پایین تر، ۵۷/۱ درصد مدرک کاردان و کارشناس و ۲۰/۶ درصد نیز مدرک کارشناسی ارشد و دکتری داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمره کلی نگرش افراد مورد مطالعه نسبت به گویه های پرسشنامه $10/96 \pm 94/67$ بود و بر این اساس نگرش آنها نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری خنثی طبقه بندی می شود. ۵۴/۶ درصد افراد شرکت کننده دارای نگرش خنثی یا بی تفاوت و ۴۵/۴ درصد افراد دارای نگرش مثبت نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری بودند و هیچ یک از افراد شرکت کننده نگرش منفی نسبت به کل گویه های پرسشنامه نداشتند.

همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است؛ در بررسی نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به هر یک از گویه های پرسشنامه به طور جداگانه، نگرش آنها نسبت به ۱۷ گویه مثبت، ۱۰ گویه منفی و ۹ گویه خنثی بود.

سال ۱۹۶۷ طراحی و در ۱۹۸۷ و ۱۹۹۰ توسط GILL مورد تعدیل قرار گرفت؛ تنظیم شد. جهت اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و نظرات چهار نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قم استفاده شد. همچنین جهت پایایی پرسشنامه از آزمون مقدماتی و روش همبستگی درونی آلفای کرونباخ $(I=0/82)$ استفاده شد.

داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۱/۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت؛ و از آزمون های آماری همچون میانگین، انحراف معیار، تی تست و آنالیز واریانس استفاده شد و $P \leq 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

۱۰۰ عدد پرسشنامه به بیمارستان کودکان قم ارسال شد که تمامی آنها توسط کارکنان بهداشتی درمانی، تکمیل و سپس برگشت داده شد. میانگین سن افراد مورد مطالعه $7/94 \pm 33/05$ (۴۸ - ۲۰) سال بود که ۷۲ درصد را زنان و ۲۸ درصد را مردان تشکیل می دادند. ۴۷/۶ درصد افراد کارشناس پرستاری، ۷ درصد پزشک، ۲۳/۵ درصد بهیار، ۱۲/۷ درصد دانشجوی پرستاری و ۹/۲ درصد دانشجوی

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و نوع نگرش مراقبان بهداشتی درمانی بیمارستان کودکان قم به هر یک از گویه های پرسشنامه

| نگرش | M±SD | گویه های پرسشنامه نگرش مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری |
|------|------------|---|
| مثبت | ۳/۵۴± ۰/۷۳ | ۱- والدین باید در تمام جنبه های مراقبت و درمان کودک بستری در بیمارستان مشارکت داشته باشند. |
| مثبت | ۳/۰۵± ۱/۰۴ | ۲- مشارکت والدین در تصمیم گیری اقدامات تشخیصی، مراقبتی و درمانی کودک بستری ضروری است. |
| مثبت | ۳/۲۵± ۰/۹۲ | ۳- مشارکت والدین در برنامه مراقبت کودک بستری باعث تداوم روابط خانوادگی می شود. |
| مثبت | ۳/۴۷± ۰/۶۶ | ۴- مشارکت والدین در طرح مراقبت کودک باعث تقویت احساس شایستگی و اعتماد به نفس آنها می شود. |
| مثبت | ۳/۵۷± ۰/۶۲ | ۵- مشارکت والدین باعث کسب مهارت مراقبت از کودک در منزل بعد از ترخیص می شود. |
| مثبت | ۳/۵۹± ۰/۷۱ | ۶- مشارکت والدین باعث احساس راحتی و رفع بهتر نیاز های جسمی کودک می شود. |
| مثبت | ۳/۷۴± ۰/۴۵ | ۷- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث ایجاد احساس امنیت در کودک بستری می شود. |
| مثبت | ۳/۴۱± ۰/۷۴ | ۸- مشارکت والدین باعث کاهش اختلالات و تغییرات رفتاری در کودک بستری می شود. |
| مثبت | ۳/۳۹± ۰/۷۲ | ۹- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث سازگاری بهتر با بستری شدن و بیماری او می شود. |
| مثبت | ۳/۰۴± ۱/۱۰ | ۱۰- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث کوتاه شدن مدت بستری کودک می شود. |
| مثبت | ۳/۳۴± ۰/۶۸ | ۱۱- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث بهبود وضعیت تغذیه کودک بستری می شود. |
| مثبت | ۳/۴۳± ۰/۶۹ | ۱۲- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث ارضای بهتر نیازهای تکاملی کودک می شود. |
| مثبت | ۳/۵۳± ۰/۷۸ | ۱۳- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث رفع بهتر نیازهای عاطفی کودک می شود. |
| خنثی | ۲/۷۱± ۱/۲۶ | ۱۴- حضور و مشارکت والدین فقط در صورت مزمن بودن بیماری کودک بستری ضروری است. |
| خنثی | ۲/۸۰± ۱/۱۹ | ۱۵- حضور و مشارکت والدین فقط در صورت حاد بودن بیماری کودک بستری ضروری است. |
| خنثی | ۲/۷۸± ۱/۰۳ | ۱۶- حضور والدین بر بالین کودک کافی است و نیازی به مشارکت آنها در مراقبت از کودک نیست. |
| منفی | ۱/۴۳± ۱/۳۴ | ۱۷- باید به والدین کودک بستری اجازه داد هر وقت تمایل داشتند کودکشان را ببینند و با او باشند. |
| منفی | ۱/۳۸± ۱/۳۲ | ۱۸- باید به والدین کودک در طی مدت بستری اجازه داد به صورت مداوم کودکشان را ببینند و با او باشند. |
| خنثی | ۲/۵۳± ۱/۱۸ | ۱۹- عدم حضور یا حضور کمتر والدین کودک بستری در بخش جهت کنترل عفونت ضروری است. |
| منفی | ۱/۷۱± ۱/۱۶ | ۲۰- اکثر والدین خودشان از زمان مناسب برای همراه بودن یا نبودن با کودکشان به خوبی مطلع هستند. |
| منفی | ۱/۵۵± ۱/۲۴ | ۲۱- ملاقات های کوتاه مدت (روزانه ۲ - ۱ ساعت) بهتر از حضور مداوم والدین بر بالین کودک است. |
| منفی | ۱/۶۱± ۲/۱۴ | ۲۲- مشارکت والدین در مراقبت از کودک باعث کاهش مسئولیت کارکنان در مراقبت از کودک می شود. |
| منفی | ۱/۹۸± ۱/۳۱ | ۲۳- مشارکت والدین باعث افزایش فشار کار کارکنان (برای آموزش و نظارت بر کار والدین) می شود. |
| منفی | ۱/۶۷± ۱/۲۰ | ۲۴- حضور مداوم والدین و مشارکت آنها باعث تداخل و دخالت در انجام کار کارکنان می شود. |
| خنثی | ۲/۴۵± ۱/۲۷ | ۲۵- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث تضعیف قدرت کارکنان می شود. |
| خنثی | ۲/۸۹± ۱/۱۰ | ۲۶- یادگیری مهارت های مراقبتی توسط والدین باعث در خطر افتادن هویت شغلی و حرفه ای کارکنان می شود. |
| خنثی | ۲/۳۶± ۱/۲۷ | ۲۷- والدین فقط می توانند در مراقبت های روزانه کودک بستری (تغذیه، لباس، دفع و) مشارکت داشته باشند. |

| | | |
|------|------------|---|
| منفی | ۱/۹۴± ۱/۲۳ | ۲۸- والدین می توانند با گرفتن آموزش لازم در فعالیت های خاصی چون گواژ و پانسمان مشارکت داشته باشند. |
| مثبت | ۳/۳۶± ۱/۰۱ | ۲۹- دارو در بخش فقط باید توسط کارکنان داده شود. |
| خنثی | ۲/۲۶± ۱/۳۱ | ۳۰- در صورت تمایل، والدین می توانند هنگام انجام رویه های دردناک برای کودک در اتاق حضور داشته باشند. |
| منفی | ۱/۰۹± ۱/۲۳ | ۳۱- در صورت تمایل والدین آنها می توانند هنگام انجام CPR کودک در اتاق حضور داشته باشند. |
| منفی | ۱/۹۴± ۱/۶۶ | ۳۲- برای مراقبان توضیح رویه برای کودک آسان تر از توضیح آن برای والدین است. |
| مثبت | ۳/۰۲± ۰/۸۴ | ۳۳- پس از آموزش لازم به والدین، می توان خواست که کودک را برای رویه آماده کنند. |
| مثبت | ۳/۱۵± ۰/۷۳ | ۳۴- در توضیح رویه باید نحوه انجام و انتظارات از کودک و والدین هنگام انجام رویه را توضیح داد. |
| مثبت | ۳/۱۷± ۰/۷۲ | ۳۵- توضیح رویه برای والدین باعث حمایت بهتر کودک توسط آن ها هنگام رویه می شود. |
| خنثی | ۲/۸۹± ۰/۹۹ | ۳۶- در صورت ضرورت محدود کردن کودک، هنگام رویه می توان از والدین کمک گرفت. |

تاهل و تحصیلات با میانگین نمرات نگرش واحد های مورد پژوهش مشاهده نشد.

بر اساس یافته هایی که در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است؛ ارتباط معنی داری بین سن، سابقه کار، جنسیت، وضع

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی کارکنان بهداشتی درمانی بیمارستان کودکان قم و میانگین نمرات نگرش نسبت به

مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری در سال ۱۳۸۸

| P | M±SD | N درصد | ویژگی |
|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| *۰/۹۶ | ۹۴/۲۹± ۱۱/۱۸ | ۲۴(۲۴/۷) | ۲۵> |
| | ۹۵/۰۷± ۱۲/۳۰ | ۳۸(۳۹/۲) | ۲۵-۳۵ |
| | ۹۴/۸۸± ۱۰/۹۵ | ۳۵(۳۶/۱) | ۳۵< |
| *۰/۹۹ | ۹۴/۸۶± ۱۱/۲۰ | ۲۳(۲۳/۵) | ۱> |
| | ۹۴/۴۵± ۱۳/۸۰ | ۲۲(۲۲/۴) | ۱-۵ |
| | ۹۴± ۱۱/۶۹ | ۱۶(۱۶/۳) | ۶-۱۰ |
| **۰/۳۳ | ۹۵/۰۸± ۱۰/۴۳ | ۳۷(۳۷/۸) | ۱۱< |
| | ۹۵/۳۲± ۱۱/۷۴ | ۶۸(۶۸) | زن |
| | ۹۲/۸۷± ۱۰/۵۷ | ۳۲(۳۲) | مرد |
| ***۰/۵۱ | ۹۳/۹۱± ۱۱/۷۳ | ۳۶(۳۶) | مجرد |
| | ۹۵/۴۷± ۱۱/۲۶ | ۶۴(۶۴) | متاهل |
| | *۰/۸۷ | ۹۳/۴۲± ۱۲/۳۸ | ۱۴(۱۴) |
| ۹۷/۷۰± ۸/۹۸ | | ۱۰(۱۰) | دانشجوی پزشکی |
| ۹۵/۱۰± ۱۱/۹۲ | | ۴۷(۴۷) | کارشناس پرستاری |
| ۹۳/۶۵± ۱۰/۸۹ | | ۲۳(۲۳) | بهبار |
| ۹۳± ۱۲/۰۸ | | ۶(۶) | پزشک |

*آزمون آنالیز واریانس

بحث و نتیجه گیری

خنثی در این زمینه بودند (Johnson, ۱۹۹۶). در پژوهش Daneman و همکاران که بر روی پرستاران، پزشکان، تکنسین کودکان و درمانگر تنفسی در یکی از بیمارستان های ایالات متحده آمریکا انجام شد؛ نگرش افراد در این زمینه مثبت بود (Daneman, ۲۰۰۳).

در پژوهش حاضر، کارکنان بهداشتی نسبت به فواید حضور و مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری نگرش مثبت داشتند. آنها معتقد بودند که حضور و مشارکت والدین در رفع نیازهای جسمی (تغذیه و) و عاطفی- روانی (کاهش اختلالات رفتاری، افزایش اعتماد به نفس، افزایش احساس امنیت در کودک و) بسیار موثر می باشد؛ همچنین آنها عقیده داشتند که حضور و مشارکت والدین باعث تسریع بهبودی کودک، کاهش عوارض بیماری و سازگاری بهتر کودک با بیماری خود می شود. علاوه بر این، به نظر مراقبان

نتایج مطالعات گذشته نشان میدهد که اغلب خانواده ها تمایل دارند در تمامی جنبه های مراقبت از کودک بستری شرکت داشته باشند، و بیشتر این خانواده ها، مشارکت را برای خود و کودکشان مفید توصیف می کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده بی تفاوتی اکثر مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری در بیمارستان است. داشتن نگرش خنثی می تواند نشانگر بی تفاوتی کارکنان نسبت به این قضیه باشد. ممکن است این افراد در مرحله عمل نه تنها از مشارکت خانواده در مراقبت از کودک بستری در بیمارستان، حمایت نکنند؛ بلکه با مانع تراشی و مقاومت، مانع گسترش و اجرای طرح مراقبت خانواده محور شوند. در پژوهش Johnson و همکاران در استرالیا انجام شرکت کنندگان دارای نگرش

در بررسی ارتباط ویژگی های فردی و حرفه ای با نحوه نگرش، بین سن، سابقه کار، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با نتایج سایر مطالعات همخوانی ندارد (Daneman, ۲۰۰۳ و Egemen, ۲۰۰۶).

بین سن و نگرش واحدهای مورد پژوهش اختلاف معنی داری مشاهده نشد. اما گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال نگرش مثبت تری نسبت به گروه سنی پایین تر و بالاتر از خود داشتند. می توان از پژوهش حاضر این گونه نتیجه گرفت که برای ارائه خدمات خانواده محور به کودکان نباید روی سن مراقبت دهندگان زیاد تاکید شود. یعنی برای اجرای این روش مراقبتی لزومی ندارد که حتما پرستاران ما از سن بالایی برخوردار باشند.

بین سابقه کار و نگرش واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی دار نبود ولی افرادی که بیش از ۱۰ سال سابقه کار داشتند نگرش مثبت تری نسبت به افراد با سابقه کار کمتر داشتند. نتایج پژوهش Evagelou و همکاران نشان داد که پرستاران با سابقه، مشارکت والدین را در حمایت فیزیکی روانی کودکان بسیار با اهمیت می دانستند (Evagelou, ۲۰۰۳). ولی نتایج مطالعه ولی زاده و همکاران (۱۳۸۶) با نتایج این پژوهش مشابه بود. اما با توجه به اینکه بین سابقه کار و نگرش واحد های مورد پژوهش اختلاف معنی داری یافت نشد؛ لازم نیست برای ارائه خدمات خانواده محور حتما کارکنان بهداشتی درمانی از سابقه کاری بالا برخوردار باشند.

بین تاهل و جنسیت با نمره نگرش نیز ارتباط معنی دار نبود. اما نمره نگرش در زنان و افراد متاهل بالاتر از نمره نگرش مردان و افراد مجرد بود که نشان می دهد که بهتر است برای اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های کودکان از زنان افراد متاهل استفاده کرد. نتایج پژوهش ولی زاده و همکاران نیز نشان داد نمره نگرش با وضعیت تاهل مرتبط (در زنان متاهل، بالاتر) و با جنسیت مرتبط نیست.

همچنین بین تحصیلات و نمره نگرش نیز ارتباط معنی دار نبود. اما بر اساس نمره های نگرش، دانشجویان پزشکی دارای نگرش مثبت و دانشجویان پرستاری، پرستاران، بهیارها و پزشکان دارای نگرش خنثی برای مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری بودند. لذا پیشنهاد می شود حتی الامکان از دانشجویان پزشکی برای آموزش مراقبت های خانواده محور به سایر کارکنان بهداشتی استفاده شود. و در درس دانشگاهی دانشجویان، مزایا و مراقبت های خانواده محور تاکید بیشتری شود.

با توجه به گسترش مراقبت جامعه نگر و تاکید سازمان های حمایتی کودکان بر آن پیشنهاد می شود اساتید و مربیان در

بهداشتی حضور و مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری منجر به تقویت و تداوم روابط خانوادگی و کاهش اثرات منفی بیماری کودک بر روی والدین و سایر اعضای خانواده می گردد. مراقبان بهداشتی عقیده دارند حضور و مشارکت والدین در تصمیم گیری های درمانی و انجام اقدامات تشخیصی و مراقبتی برای کودکانشان لازم و ضروری است.

در بررسی موردی گویه های پرسشنامه مشخص شد که مراقبان بهداشتی نسبت به مواردی از حضور و مشارکت والدین که نیاز به نظارت و صرف انرژی و وقت بیشتری توسط کارکنان دارد نگرش خنثی و بی تفاوت دارند؛ زیرا اصولاً اجرای مراقبت خانواده محور، مستلزم صرف وقت و انرژی کافی جهت آموزش و نظارت دقیق بر عملکرد والدین در مراقبت از کودک خود می باشد. همچنین مراقبان بهداشتی در مورد حضور و مشارکت والدین در زمان انجام رویه های دردناک برای کودک، بی تفاوت بودند و احتمالاً این حضور و مشارکت را بر حسب تمایل والدین و علاقه آنها به عهده خودشان گذاشته اند.

در نهایت واحد های پژوهش معتقدند مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری به خصوص هر وقت که والدین تمایل داشتند و یا حضور مداوم والدین موجب تداخل در کار کارکنان و امور پرستاری کودک شده و با آن مخالف بودند و از طرفی اعتقاد داشتند نباید ملاقات والدین با کودکان بستری خود کوتاه باشد.

با توجه به نتایج، علی رغم اینکه مراقبان بهداشتی نسبت به حقوق والدین برای شرکت در برنامه های مراقبتی درمانی کودکان بستری خود در بیمارستان و سودمندی های این حضور و مشارکت برای کودک دارای نگرش مثبت هستند؛ اما این مشارکت را فقط در حد انجام امور روزمره و رفع نیازهای جسمی و روانی - عاطفی کودک جایز می دانند و نسبت به مشارکت والدین در سایر موارد حساس مثل مشارکت و یا حضور والدین در انجام فعالیت های تخصصی کارکنان نگرش خنثی یا منفی دارند.

با توجه به این که عقاید و نگرش ها بر رفتار و عملکرد تاثیر می گذارد (brown, ۱۹۹۰ و Daneman, ۲۰۰۳)، این امکان وجود دارد که مراقبان در مواردی که دارای نگرش منفی یا بی تفاوت نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری هستند؛ در عمل نیز طوری رفتار کنند که نه تنها باعث حمایت و تسهیل مشارکت والدین نشوند، بلکه با مانع تراشی موجب کاهش مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری شوند (Gill, ۱۹۹۳).

مورد بررسی قرار دهند. همچنین انجام مطالعات کیفی از تجربیات والدین در مراقبت از کودکانشان انجام شود. از یافته های این مطالعه می توان نتیجه گرفت که به دلیل اینکه نگرش بی تفاوت مراقبان بهداشتی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری ممکن است موجب عدم اجرای درست این مشارکت توسط والدین (که در راستای اهداف مراقبت خانواده محور است) می شود؛ لذا با برگزاری دوره های آموزش مداوم و اصلاح دستورالعمل های بهداشتی درمانی در مورد کودکان، زمینه مشارکت بیشتر والدین را فراهم نمود.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از اعضای شورای پژوهشی و پرسنل بیمارستان کودکان قم قدردانی می شود.

محیط های کارآموزی کودکان و نوزادان روش های مختلف شرکت دادن والدین در مراقبت از کودکان بستری را به صورت عملی به دانشجویان گروه پزشکی و پیراپزشکی آموزش دهند و در دروس نظری نیز آن را مورد بحث قرار داده تا نگرش دانشجویان در این زمینه مثبت و حمایتی شود. علاوه بر این پیشنهاد می شود کلاس های ضمن خدمت و کارگاه های آموزشی در مورد لزوم و فواید مشارکت همه جانبه والدین در برنامه مراقبتی کودکان خود، برای کارکنان بهداشتی درمانی تشکیل شود همچنین می توان با فراهم کردن امکانات، نحوه مراقبت از کودک بستری را به والدین آموزش داد.

پیشنهاد میشود با همکاری مدیران و مسئولین دستورالعمل های ارائه خدمات در بیمارستان های کودکان با هدف بیشتر کردن مشارکت والدین و اجرای طرح مراقبت خانواده محور مورد بازبینی قرار گیرد و قوانین واضح و مشخصی جهت میزان حضور و مشارکت والدین و چگونگی انجام آن وضع شود و استراتژی های ارتقاء مشارکت والدین در بخش های مختلف مراقبت کودکان مشخص شود.

پیشنهاد می شود پژوهش هایی به صورت مداخله ای اثر مشارکت والدین را روی کودک، کارکنان بهداشتی و خانواده

REFERENCES

- Brown J Ritchie J (1990) Nurses' perceptions of parent and nurse roles in caring for hospitalized children. *Child Health Care*. 19 (1) 28-36.
- Cushing A (2005) Parent participation in care: Bridging the gap in the pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 5(4)179-187.
- Daneman S Macaluso J Guzzetta C (2003) Health care providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *Journal for Specialists Pediatric Nursing*. 8 (3) 90-98.
- Evagelou E et al (2003) Parental participation in their hospitalized child's physical and psychological care: Nurses' perceptions. *ICUs and Nursing Web Journal*. 13(1) 1-13.
- Egemen A et al (2006) Parental presence during invasive procedures and resuscitation: Attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatric Emergency Care*. 22 (4) 230-4.
- Gill KM (1993). Health professionals' attitudes toward parent participation in hospitalized children's care. *Child Health Care*. 22 (4) 257-71.
- Johnson A Lindschua A (1996). Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. *Pediatric Nursing*. 22(2) 99- 102.
- Knight L (1995). Child health negotiating care roles. *Nursing Times*. 91(27) 31-33.
- Newton M (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*. 26 (2)164-8.
- Valizadeh F Ghasemi F (2008). [Medical staff attitude toward parents' participation in the care of their hospitalized children]. *Hayat Journal*. 14 (1) 69- 76. (Persian)
- Varaei Sh (2004). Opinions of children's parents, physicians and nurses of ICU ward concerning attendance of parents at the time of child's resuscitation. *The journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services*. 31(4) 62-67. (persian).
- Wahlam L Chang A Morrissey J (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalized children: A qualitative study. *International journal of nursing studies*. 43(4) 535- 545.