

بررسی تأثیر مراقبت خانواده محور بر اضطراب والدین کودکان مبتلا به تشنج ناشی از تب

فهمیه جلیلی^۱، لیلی بریم نژاد^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۵/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۸/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بستری شدن کودکان یکی از مهم‌ترین علل پیدایش اضطراب در والدین هست. این مطالعه باهدف بررسی تأثیر مراقبت خانواده محور بر کاهش اضطراب والدین کودکان بستری مبتلا به تشنج ناشی از تب انجام گردید.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی، تعداد ۹۰ والد دارای کودک مبتلا به تشنج ناشی از تب به روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. کودکان در گروه مداخله تحت مراقبت خانواده محور و در گروه کنترل تحت مراقبت‌های معمول قرار گرفتند. اضطراب والدین در فاصله ۱۲ ساعت پس از بستری کودک و یک ماه پس از بستری کودک با استفاده از پرسشنامه اسپیلبرگر تعیین و در دو گروه مقایسه شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و کای‌دو و آزمون دقیق فیشر در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که یک ماه پس از بستری، میانگین نمره کلی اضطراب والدین در گروه کنترل $18/66 \pm 123/18$ و در گروه مداخله $28/64 \pm 106/87$ به دست آمد که این کاهش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل معنی‌دار بوده است. پس از مداخله، میانگین نمره اضطراب کل $28/64 \pm 106/87$ به‌طور معناداری در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله $15/26 \pm 133/02$ کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: اجرای مراقبت خانواده محور منجر به کاهش اضطراب والدین می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود از این روش در مراقبت کودکان بستری استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: تشنج ناشی از تب، اضطراب والدین، توانمندسازی والدین، مراقبت خانواده محور

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۳۴، آذر ۱۳۹۹، ص ۷۴۰-۷۳۲

آدرس مکاتبه: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تلفن: +۹۸۲۳۳۱۵۳۲۲۲۱

Email: Borimnejad.1@iums.ac.ir

مقدمه

تب غالباً در جوامع آسیایی رخ می‌دهد. به‌عنوان نمونه این نوع از تشنج $3/4$ تا $9/3$ درصد کودکان ژاپنی و 5 تا 10 درصد کودکان هندی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. درحالی‌که این آمار برای کودکان آمریکایی و اروپای غربی تنها 2 تا 5 درصد گزارش شده است. همچنین بیشترین میزان شیوع تشنج ناشی از تب مربوط به گوام با 14 درصد است (۱). تشنج ناشی از تب و شیوع آن با توجه به نوع آب‌وهوا در ایران متغیر است. به‌طوری‌که آمار تشنج ناشی از تب در مرکز ایران $40/3$ درصد، در شرق ایران $59/4$ درصد، در جنوب ایران $44/1$ درصد و در غرب حدود $57/5$ درصد می‌باشد. طبق آمار، کمترین شیوع تشنج ناشی از تب در شمال کشور که حدود 33 درصد می‌باشد، مشاهده شده است (۴). در بیشتر موارد تشنج ناشی از تب عوارض جانبی دیده نمی‌شود و ابتلا به صرع در آینده بسیار

با گذار اپیدمیولوژیک، الگوی ابتلا و مرگ‌ومیر در میان جوامع تغییر کرده و کنترل بیماری‌های غیر واگیر به اولوبیتی مهم در حوزه سلامت تبدیل شده است. در این گروه، اختلالات عصبی بخش قابل‌توجهی از عوامل مؤثر بر ابتلا، مرگ‌ومیر، ناتوانی و کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد (۱). تشنج ناشی از تب تغییر ناگهانی در فعالیت‌های الکتریکی نرمال مغز است. هنگام تشنج سلول‌های مغز به‌طور غیرقابل‌کنترلی تا چهار برابر وضعیت طبیعی خود برانگیخته می‌شوند (۱). تشنج ناشی از تب از شایع‌ترین تشنج‌ها در کودکان است که بر 2 تا 5 درصد از کودکان تأثیر می‌گذارد (۲). مطالعات جهانی نشان می‌دهد که شایع‌ترین سن برای تشنج 6 ماه تا 60 ماهگی است و اوج آن در سال دوم زندگی است (۳). تشنج ناشی از

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران

^۲ استاد عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران (نویسنده مسئول)

به‌عنوان یک مشکل اصلی مطرح می‌باشد، بنابراین ضرورت انجام مطالعه‌ای به‌منظور کاهش اضطراب والدین احساس می‌شود و به‌منظور کنترل اضطراب، لزوم انجام مداخله برای این گروه ضروری می‌باشد. در مراقبت خانواده محور تمرکز اصلی بر روی والدین می‌باشد. لذا می‌توان از این خصوصیت مراقبت خانواده محور استفاده کرد تا خانواده‌ها را به سمت کاهش اضطراب ناشی از بستری شدن فرزندشان هدایت نمود.

هدف این مطالعه تعیین تأثیر مراقبت خانواده محور بر اضطراب آشکار و پنهان والدین کودکان بستری مبتلا به تشنج ناشی از تب می‌باشد.

سؤال مطرح‌شده در مطالعه این است که آیا مراقبت خانواده محور اضطراب والدین کودکان بستری مبتلا به تشنج ناشی از تب را کاهش می‌دهد یا خیر.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی است و نمونه‌های این پژوهش، ۹۰ نفر از والدین کودکان ۶ ماه تا ۵ سال مبتلا به تشنج ناشی از تب بستری‌شده در بخش اطفال بیمارستان امیرالمؤمنین و شفا شهر سمنان می‌باشند. نمونه‌گیری در این مطالعه به روش در دسترس و تخصیص نمونه‌ها به دو گروه مداخله و کنترل به روش تصادفی ساده صورت پذیرفت. به‌منظور جداسازی گروه‌ها و پیشگیری از امکان تماس، گروه مداخله و کنترل به‌صورت یک هفته در میان (در مجموع ۴۵ والد از هر گروه) قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها در مدت ۳ ماه (از اواسط آبان ماه ۹۸ تا اواسط بهمن‌ماه ۹۸) انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، داشتن کودک با سن ۶ ماه تا ۵ سال بستری مبتلا به تشنج ناشی از تب، نداشتن سابقه صرع در کودک، حداقل سواد خواندن و نوشتن والدین و معیارهای خروج از مطالعه، ابتلا به اختلالات جسمی یا روانی در والدین بر اساس خوداظهاری و شرکت نکردن والدین در جلسات آموزشی می‌باشد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های دموگرافیک و اسپیلبرگر بود. پرسشنامه دموگرافیک یک ابزار ساخته‌شده توسط پژوهشگر است و شامل گویه‌هایی در مورد ویژگی‌های جسمی و اجتماعی کودک و خانواده وی می‌باشد. این گویه‌ها شامل نام کودک، سن کودک، جنس کودک، فرزند چندم خانواده، محل تولد، محل زندگی، بیماری‌های زمینه‌ای کودک، داروی مصرفی کودک، سن مادر و پدر، تحصیلات مادر و پدر و تعداد روز بستری می‌باشد. پرسشنامه اسپیلبرگر توسط اسپیلبرگر، گورساج و لوسین تدوین و اعتباریابی شده است و دارای دو مقیاس آشکار و پنهان اضطراب است که هرکدام دارای ۲۰ عبارت می‌باشند. مقیاس اضطراب آشکار و پنهان شامل ۲۰ جمله است که احساسات فرد را در زمان

کم (حدود ۱ درصد) می‌باشد. اما هنوز هم باعث ترس و اضطراب در والدین می‌شود (۵). اضطراب والدین به علت عدم آگاهی و یا آگاهی ناقص در مورد تشنج ناشی از تب می‌باشد (۱۲). خانواده با اضطراب بالا ممکن است قادر نباشد از بیمار خود حمایت کافی را داشته باشند و این امر می‌تواند برای بیمار پیامدهای منفی به همراه داشته باشد (۶). وقتی اضطراب والدین زیاد شود، این اضطراب مانع مراقبت خانواده از فرزند خود شده و بر والدین تأثیر منفی می‌گذارد (۷). وقتی والدین اضطراب را تجربه می‌کنند ممکن است بر تعادل عاطفی بین والدین و کودک تأثیر منفی بگذارد (۸). لذا ارائه راهکارهایی برای پیشگیری و کاهش عوامل اضطراب‌زا ضروری است. یکی از علت‌های مهم اضطراب و استرس اعضای خانواده بیماران، برخوردار نبودن آن‌ها از اطلاعات کافی در رابطه با پیش‌آگهی و درمان بیماری، و عدم آشنایی با محیط و تجهیزات پیچیده بخش آی سی یو و عدم آشنایی با اطلاعات کم در زمینه مراقبت از بیمار در منزل می‌باشد (۹). تحمل استرس جزء اصلی تجربه خانواده بیماران بستری است. از همین رو اعضای خانواده بیماران را نباید تنها به‌عنوان ملاقات‌کننده بیمار در نظر گرفت، بلکه باید آن‌ها را به مداخلات و مراقبت‌های ویژه باهدف کاهش فشارهای روان‌شناختی ناشی از بستری شدن بیمار سوق داد (۶). یکی از روش‌های غیردارویی که برای کنترل اضطراب والدین کودکان بستری‌شده در بیمارستان مناسب به نظر می‌رسد مراقبت خانواده محور می‌باشد (۱۰). مراقبت خانواده محور اهمیت اساسی خانواده را برای بهبودی بیماری تشخیص داده است و مسئولیت تیم مراقبت‌های بهداشتی را برای فراهم کردن حمایت از خانواده‌های بیماران شرح می‌دهد (۱۱). رویکرد خانواده محور و عناصر اصلی آن برای اولین بار در سال ۱۹۸۷ برای کودکان بستری نیازمند به مراقبت‌های ویژه بهداشتی در ایالات‌متحده به رسمیت شناخته شد (۱۲). مراقبت خانواده محور ممکن است به‌نوبه‌ی خود به بهینه‌سازی رشد کودک و توسعه‌ی اجتماعی و عاطفی کودک کمک کند و به‌عنوان نقش پیشگیرانه مهمی در کیفیت زندگی اطفال شناخته شده است (۱۳). برخی از اصول اصلی مراقبت خانواده محور شامل موارد ذیل است: با والدین با شأن و احترام برخورد شود، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اطلاعاتی را با والدین به‌صورت یکپارچه در دسترس به اشتراک بگذارند و والدین از طریق مشارکت، تجارب مختلف را بیان کنند (۱۴). در مراقبت خانواده محور اعضای خانواده غالباً به‌عنوان پشتیبان بیمار در تصمیم‌گیری کمک می‌کنند و با ارتباط مؤثر، تسهیل در امر مراقبت را برای مراقبان بهداشتی فراهم می‌آورند. علاوه بر این درگیر شدن در تصمیم‌گیری، ممکن است اضطراب و استرس و پریشانی را در بین اعضای خانواده کاهش دهد (۱۵). به دلیل شیوع بالای تشنج ناشی از تب در کودکان و اضطراب والدین آن‌ها و با توجه به این‌که مشکل اضطراب والدین

برنامه مشارکت و روند انجام آن، توجه به نیازهای شخصی و استراحت مادران، مراقبت‌های حین بستری و پس از ترخیص در زمینه تغذیه کودک را به‌صورت سخنرانی و عملی به والدین آموزش داد. همچنین پژوهشگر در جلسه سوم، تعویض لباس و تعویض پوشک (در کودکان زیر ۳ سال)، گرفتن درجه حرارت بدن، کنترل جذب و دفع، نظافت کودک، پاشویه کردن و دادن داروهای خوراکی و استفاده از دیازپام مقعدی را به‌صورت عملی آموزش داده شد. در کلیه جلسات یاد شده، هر لحظه که والدین سؤال یا مشکلی داشتند با پژوهشگر در میان گذاشتند. والدین تا زمان بستری کودک در بیمارستان، مراقبت خانواده محور را انجام داده و پس از ترخیص بیمار، مراقبت‌ها در منزل انجام گرفت. ضمناً به خانواده‌ها گفته شد که در صورت داشتن هرگونه سؤال یا مشکلی با پژوهشگر تماس تلفنی حاصل نمایند. پس از یک ماه، مجدداً پرسشنامه اسپیل برگر از طریق فضای مجازی (عموماً از طریق نرم‌افزار واتساپ) در اختیار والدین قرار گرفت و والدین نیز پرسشنامه را در همان فضا برای پژوهشگر ارسال نمودند. با مقایسه پرسشنامه پر شده اولیه و پرسشنامه پر شده پس از یک ماه از زمان بستری کودک در گروه مداخله و گروه کنترل، میزان اضطراب والدین در دو گروه مذکور سنجیده شده و لذا تأثیر مراقبت خانواده محور بر روی اضطراب والدین کودکان بستری مبتلا به تشنج ناشی از تب بررسی گردید.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر عبارتند از: اخذ تأییدیه کمیته اخلاق با کد IR.IUMS.REC.1398.150 و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ارائه معرفی نامه و اخذ مجوز از بیمارستان امیرالمؤمنین سمنان و بیمارستان شفا سمنان، توضیح اهداف پژوهش برای کلیه واحدهای مورد پژوهش، اختیاری بودن شرکت واحدهای مورد پژوهش در مطالعه، اطمینان خاطر دادن به واحد پژوهش نسبت به محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، رعایت صداقت در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع آوری اطلاعات، انتخاب نمونه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها، آگاه نمودن نمونه‌های پژوهش از نتیجه مطالعه در صورت تمایل، ارائه نتایج حاصل از تحقیق به واحدهای مورد پژوهش و مسئولین در صورت تمایل و دریافت رضایت‌نامه کتبی از والدین.

یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین سن کودک به ماه و سن مادر و پدر به سال در دو گروه مداخله و کنترل نشان داده شده است. میانگین سن کودک و مادر در دو گروه اختلاف معنی‌داری دارد ($P < 0/05$) ولی میانگین سن پدر در دو گروه اختلاف معنی‌داری ندارد ($P > 0/05$).

پاسخگویی ارزشیابی می‌کند به هرکدام از عبارات آزمون وزنی بین ۱ تا ۴ تخصیص می‌یابد که نمره ۴، نشان‌دهنده اضطراب زیاد می‌باشد. بنابراین نمرات مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۸۰ دارد. برای اضطراب آشکار، نمره ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، نمره ۳۲ تا ۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳ تا ۵۳ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۵۴ تا ۶۴ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۵ تا ۷۵ اضطراب شدید و نمره ۷۶ به بالا اضطراب بسیار شدید در نظر گرفته می‌شود. برای اضطراب پنهان نمره ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، نمره ۳۲ تا ۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳ تا ۵۲ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۵۳ تا ۶۲ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۳ تا ۷۲ اضطراب شدید و نمره ۷۳ به بالا اضطراب بسیار شدید در نظر گرفته می‌شود. این پرسشنامه در جمعیت ایران هنجاریابی شده و از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است. پایایی مقیاس اضطراب آشکار، ۹۱٪ و اضطراب پنهان ۹۰٪ و برای اضطراب کل ۹۴٪ گزارش شده است و با استفاده از شیوه ملاکی هم‌زمان روایی آزمون مورد تأیید است (۱۶).

ابتدا پس از ۱۲ ساعت بعد از بستری شدن کودک در بیمارستان رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش از والدین اخذ گردید. پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه اسپیل برگر در اختیار تمامی اعضای گروه مداخله و کنترل قرار گرفت. برای گروه کنترل مراقبت‌ها طبق روال عادی بخش صورت گرفت. نمونه‌های گروه کنترل با شرایط معمول بخش (صرفاً حضور مادر بر بالین کودک و تذکرات پرستار) در امر مراقبت از کودکان عمل نمودند. برای گروه مداخله مراقبت خانواده محور که شامل ۴ جزء تبادل اطلاعات، احترام، مشارکت و همکاری مراقبت می‌باشد، انجام گرفت. ابتدا برای والدین گروه مداخله (پدر یا مادر) ۳ جلسه آموزشی هرکدام به مدت حدوداً ۴۰ دقیقه در محل اتاق آموزش بخش اطفال بیمارستان امیرالمؤمنین و شفا سمنان برگزار شد. در این جلسات سعی بر این شد که سطح آگاهی و شناخت والدین از بیماری و عوارض آن افزایش یابد و مجموعه‌ای از اطلاعات، رفتارها و عملکردهایی که بایستی والدین در برخورد با کودک بیمار خود انجام دهند، طبق کتابچه آموزشی تهیه شده توسط پژوهشگر به آن‌ها داده شود. پژوهشگر در جلسه اول، با جزئیات به ترتیب درباره ماهیت و فرایند بیماری، سبب شناسی و پیشگیری، علائم، سیر و پیش‌آگهی، تصحیح برداشتهای اشتباه در زمینه بیماری، اهمیت درمان دارویی و نقش آن در پیشگیری از بازگشت بیماری، نحوه مراقبت و چگونگی برخورد با علائم بیماری، نقش پرستار و خانواده در کنترل تشنج ناشی از تب را با سخنرانی و ارائه پاورپوینت و همچنین بحث گروهی ارائه کرد. در جلسه دوم، آشنایی با بخش و امکانات موجود (محیط فیزیکی بخش، تجهیزات عمومی مثل اتصالات به بیمار مثل سرم و میکروست دارو، قوانین و مقررات بخش، و شماره تلفن تماس با بخش)، ایجاد آمادگی و توجه

۱۶ درصد پراکندگی نمره اضطراب اشکار در یک ماه بعد از بستری را تبیین می‌کند. متغیرهای سن کودک و نمره اضطراب اشکار در روز بستری بر آن اثر معنی‌داری نداشته است ($P > 0/05$).

بر نمره اضطراب پنهان در یک ماه بعد از بستری، اثر مداخله معنی‌دار بوده است ($P < 0/05$). مداخله حدود ۱۸ درصد پراکندگی نمره اضطراب پنهان در یک ماه بعد از بستری را تبیین می‌کند. نمره اضطراب پنهان در روز بستری بران اثر معنی‌داری داشته است ($P < 0/05$) و حدود ۳۱ درصد پراکندگی را تبیین می‌کند. متغیر سن کودک اثر معنی‌داری بر نمره اضطراب پنهان در یک ماه بعد از بستری نداشته است.

بر نمره اضطراب کل در یک ماه بعد از بستری، اثر مداخله معنی‌دار بوده است ($P < 0/05$). مداخله حدود ۱۷ درصد پراکندگی نمره اضطراب کل در یک ماه بعد از بستری را تبیین می‌کند. نمره اضطراب کل در روز بستری بران اثر معنی‌داری داشته است ($P < 0/05$) و حدود ۳۶ درصد پراکندگی را تبیین می‌کند. متغیر سن کودک نیز اثر معنی‌داری بر نمره اضطراب کل در یک ماه بعد از بستری داشته است و حدود ۵ درصد پراکندگی این متغیر را تبیین می‌کند.

در جدول ۲ توزیع متغیرهای کیفی به تفکیک دو گروه نشان داده شده است. توزیع متغیرها در دو گروه با آزمون‌های کای-دو و دقیق فیشر بررسی شده است. در هر دو گروه تعداد دختران بیشتر از پسران است. بیشترین تعداد روزهای بستری در هر دو گروه سه روز بوده است. در این دو گروه، توزیع جنسیت کودکان و تعداد روزهای بستری یکسان است ($P > 0/05$).

همانطور که در جدول ۳ مشخص است، در گروه مداخله میانگین اضطراب اشکار از ۶۷ به ۵۳، اضطراب پنهان از ۶۵ به ۵۳ و اضطراب کل از ۱۳۳ به ۱۰۶ کاهش یافته است. در گروه کنترل میانگین اضطراب اشکار از ۶۵ به ۶۲، اضطراب پنهان از ۶۳ به ۶۱ و اضطراب کل از ۱۲۸ به ۱۲۳ کاهش یافته است. آزمون تی مستقل در دو گروه اجرا گردید و نشان داده شد که میانگین اضطراب اشکار، پنهان و کل در روز بستری در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). میانگین اضطراب اشکار، پنهان و کل در یک ماه بعد از بستری در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P < 0/05$).

نتیجه نشان می‌دهد که بر نمره اضطراب اشکار در یک ماه بعد از بستری، اثر مداخله معنی‌دار بوده است ($P < 0/05$). مداخله حدود

جدول (۱): میانگین متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان به تفکیک گروه

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	اماره آزمون	p-value
سن کودک (ماه)	۳۲/۱۸ ± ۱۶/۲۰	۲۵/۱۱ ± ۱۲/۹۹	۲/۲۶۷	۰/۰۲۶
سن مادر	۳۳/۸۷ ± ۴/۰۷	۳۱/۸۲ ± ۴/۳۹	۲/۲۹۰	۰/۰۲۴
سن پدر	۳۶/۹۶ ± ۴/۲۵	۳۵/۲۲ ± ۴/۳۱	۱/۹۲۰	۰/۰۵۸

جدول (۲): توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	سطوح	گروه مداخله	گروه کنترل	اماره آزمون	p-value
جنسیت کودک	دختر	۲۳ (۵۱/۱)	۳۲ (۷۱/۱)	۳/۷۸۷	۰/۰۵۲
	پسر	۲۲ (۴۸/۹)	۱۳ (۲۸/۹)		
محل تولد	سمنان	۴۵ (۱۰۰)	۳۴ (۷۵/۶)	-	< ۰/۰۰۱x
	سایر شهرها	-	۱۱ (۲۴/۴)		
محل زندگی	سمنان	۴۵ (۱۰۰)	۴۱ (۹۱/۱)	-	۰/۰۱۷x
	سایر شهرها	-	۴ (۸/۹)		
بیماری‌های زمینه‌ای	ندارد	۴۵ (۱۰۰)	۴۲ (۹۳/۳)	-	< ۰/۰۰۱x
	دارد	-	۳ (۶/۷)		
داروی مصرفی	ندارد	۴۵ (۱۰۰)	۴۲ (۹۳/۳)	-	< ۰/۰۰۱x
	دارد	-	۳ (۶/۷)		
تعداد روزهای بستری	۱	۳ (۶/۷)	۳ (۶/۷)	۱/۵۳۳	۰/۶۷۵
	۲	۱۴ (۳۱/۱)	۱۶ (۳۵/۶)		
	۳	۲۴ (۵۳/۳)	۱۹ (۴۲/۲)		
	۴	۴ (۸/۹)	۷ (۱۵/۶)		

جدول (۳): مقایسه میانگین متغیرهای اضطراب به تفکیک روز بستری و یک ماه بعد از بستری در دور گروه مداخله و کنترل					
متغیر وابسته	زمان اندازه گیری	گروه مداخله	گروه کنترل	مقدار اماره آزمون	p-value
اضطراب اشکار	روز بستری	۶۷/۵۸ ± ۷/۸۱	۶۵/۲۳ ± ۹/۷۰	۱/۲۳۳	۰/۲۲۱
	یک ماه بعد از بستری	۵۳/۲۷ ± ۱۵/۲۸	۶۲/۱۶ ± ۱۰/۲۰	۳/۲۴۵	۰/۰۰۲
اضطراب پنهان	روز بستری	۶۵/۴۴ ± ۸/۵۶	۶۳/۶۰ ± ۹/۴۹	۰/۹۶۸	۰/۳۳۶
	یک ماه بعد از بستری	۵۳/۶۰ ± ۱۳/۹۵	۶۱/۰۲ ± ۹/۳۲	۲/۹۶۸	۰/۰۰۴
اضطراب کل	روز بستری	۱۳۳/۰۲ ± ۱۵/۲۶	۱۲۸/۸۹ ± ۱۸/۱۲	۱/۱۷۱	۰/۲۴۵
	یک ماه بعد از بستری	۱۰۶/۸۷ ± ۲۸/۶۴	۱۲۳/۱۸ ± ۱۸/۶۶	۳/۲۰۱	۰/۰۰۲

بحث و نتیجه گیری

در راستای اهداف پژوهش و براساس جدول شماره ۳، با مقایسه میانگین نمره اضطراب والدین دارای کودک مبتلا به تشنج ناشی از تب در گروه مداخله و کنترل بعد از یک ماه از شروع اجرای مداخله، مشخص می شود که مداخله آموزشی بر نمره اضطراب اشکار در یک ماه بعد از بستری اثر گذار بوده است. اثر مداخله حتی در گروه کنترل هم معنادار بوده است. اگرچه ما در گروه کنترل هم کاهش نمره اضطراب را داریم، اما تغییرات این نمره در گروه مداخله بیشتر می باشد.

یافته های پژوهش طاهری و همکاران باهدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی کنترل تشنج ناشی از تب بر دانش، نگرش، نگرانی و عملکرد مادران کودکان مبتلا به تشنج ناشی از تب، حاکی از این بود که مداخله آموزشی نه تنها در افزایش آگاهی مادران اثرگذار است، بلکه قادر به بهبود نگرش و عملکرد آنان می باشد و منجر به کاهش نگرانی آن ها می گردد (۱۷). مطالعه نوحی و همکاران باهدف تعیین تأثیر مراقبت خانواده محور بر اضطراب مادران کودکان مبتلا به عفونت گوارشی، نشان داد میانگین نمرات اضطراب مادران در گروه مداخله در سطح متوسط به بالا بود، اما پس از مداخله میانگین نمره اضطراب به طور معناداری در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافت. براساس یافته های این مطالعه یکی از عواملی که می تواند اضطراب مادران را کاهش دهد و آن ها را به آرامش برساند مشارکت دادن مادر جهت مراقبت از کودکان می باشد (۱۸).

آموزش بر میزان آگاهی و نگرش مادران کودکان دارای تب ناشی از تشنج تأثیرگذار است، و بعد از آموزش، میزان آگاهی و نگرش مادران افزایش یافته است (۱۹). اگرچه اکثریت پرستاران به امر آموزش و اهمیت آن آگاه هستند اما در عمل در بیمارستان ها موانعی دیده می شود که این مهم را تحت تأثیر قرار می دهد. در راستای این نظر پژوهشگر، نتایج مطالعه توصیفی- مقطعی میرلشاری و همکاران باهدف تعیین موانع اجرایی مراقبت خانواده محور از دیدگاه پرستاران و پزشکان شاغل در بیمارستان های

دانشگاه علوم پزشکی تهران، نشان داد عواملی که از دیدگاه پرستاران بیشترین نقش را در ممانعت از اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های مراقبت های ویژه نوزادان هستند شامل مجهز نبودن بخش برای اجرای مراقبت خانواده محور، مشکلات خانوادگی والدین مثل فاصله زیاد خانه از بیمارستان، داشتن مسئولیت در خانه، اختلافات خانوادگی، نگرانی از فرزندان دیگر، مشکلات کاری و اقتصادی، اعتیاد، عدم حضور والدین به حضور طولانی مدت در بخش، خستگی و استرس در اثر تعداد زیاد بیماران و خستگی در اثر زیاد بودن کارهای نوشتاری می باشند (۲۱). قابل ذکر است مطالعه ما در دو مرکز دولتی انجام شد و معمولاً مراکز دولتی شلوغ تر می باشند مطالعه ریاحی باهدف بررسی نحوه ارائه خدمات خانواده محور توسط کادر پزشکی و توانایی بخشی نشان دادن حساسیت بین فردی، ارائه اطلاعات کلی و میانگین نمره کل در مراکز مختلف ارائه دهنده خدمت با یکدیگر اختلاف معنادار آماری دارند و نمره حاصل از فرایند مراقبت خانواده محور در مراکز خصوصی به لحاظ آماری، معنادار و بیشتر از مراکز دولتی است (۲۰).

با استناد به نتایج مطالعات انجام شده و یافته های حاضر، والدین کودکان بستری مبتلا به تشنج ناشی از تب اضطراب بالایی را تجربه می کنند و این اضطراب و ترس والدین به علت عدم آگاهی و یا آگاهی ناقص در مورد تشنج ناشی از تب می باشد. بنابراین با به کارگیری مراقبت های خانواده محور و آموزش و مشارکت والدین می توان راهکاری جهت کاهش تنش و اضطراب و کاستن درد و رنج خانواده استفاده کرد. ذینفعان در مرحله اول خانواده و کودک آن ها و در نهایت سیستم درمان خواهد بود.

توجه به خانواده بیمار از ارکان مهم مراقبت از بیماران می باشد، زیرا اکثر مواقع خانواده ها مسئولیت حمایت از بیمار و کودک خود را به عهده دارند. معمولاً والدین با بیماری کودک اعم از موارد حاد مثل تب و تشنج دچار اضطراب و نگرانی می شوند و این اضطراب روی روند مراقبت از کودک و آرامش کودک اثر می گذارد. بنابراین

از محدودیتهای اجرایی طرح می‌توان به کوتاه بودن مدت آموزش اشاره کرد که با توجه به امکانات و فضای بیمارستان، امکان افزایش زمان آموزش و مداخله وجود نداشت. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی مدت زمان آموزش افزایش یابد. ضمناً پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای باهدف مقایسه مدت زمان آموزش و کاهش اضطراب والدین انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد که از مسئولین مربوطه تشکر و قدردانی می‌گردد. همچنین از زحمات مدیریت و پرسنل بیمارستان‌های امیرالمؤمنین و شفای شهر سمنان صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

ضروری به نظر می‌رسد که درآموزش مداوم پرستاری مراقبت خانواده محور به‌عنوان یک اصل مراقبتی در نظر گرفته شود. مجریان امر آموزش پرستاری می‌توانند با استفاده از یافته‌های این تحقیق، برنامه‌های آموزشی را به نحوی تنظیم و اجرا کنند که پرسنل پرستاری و دانشجویان و تمام عوامل کار با خانواده کودکان با مفهوم و اهمیت مراقبت خانواده محور آشنا شوند و به‌صورت عملی این مراقبت مهم به اجرا گردد.

با توجه به گسترش روز افزون تکنولوژی و همگام با آن علوم پرستاری، تحقیقات گسترده‌تری در زمینه مراقبت و بهبود و ارتقای کیفیت آن و کاهش مشکلات خصوصاً اضطراب والدین در امر مراقبت احساس می‌شود. در این راستا هر پرستاری دارای سهم کوچکی در شکل‌گیری ارزش‌ها می‌باشد و در انجام پژوهش و به‌کارگیری آن‌ها و ایجاد حس مشارکت در این زمینه مسئول می‌باشد.

References:

1. Ahangari Saryazdi S, Rahgozar M, Bakhshi E, Hosseinzadeh S, Shahrolhi A. Factors Affecting the Recurrence of Seizure in Children with Developmental Disorders Using Frailty Model for Recurrent Event and Considering Restraint Period. *Archives of Rehabilitation* 2019;20(4):360-75.
2. Sharif MR, Kheirkhah D, Madani M, Kashani HH. The relationship between iron deficiency and febrile convulsion: a case-control study. *Glob J Health Sci* 2016;8(2):185.
3. Whelan H, Harmelink M, Chou E, Sallowm D, Khan N, Patil R, et al. Complex febrile seizures— a systematic review. *Disease-a-Month* 2017;63(1):5-23.
4. Dalbem JS, Siqueira HH, Espinosa MM, Alvarenga RP. Febrile seizures: a population-based study. *Jornal de pediatria* 2015;91(6):529-34.
5. Gabriel-Job N, Frank-Briggs A. Febrile Convulsions among Children Admitted in University of Port Harcourt Teaching Hospital, Rivers State, Nigeria. *Asian Journal of Research and Reports in Neurology* 2019;2(2):1-7.
6. Golaghaie F, Hekmatpou D, Vafaie M, Rafeie M, Rafei F. Effect of a family-centered clinical intervention on the anxiety of family members of the patients hospitalized in critical care units. *J Gorgan Univ Med Sci* 2016;18(3):7-13.
7. Ayenew NT, Endalew NS, Agegnehu AF, Bizuneh YB. Prevalence and factors associated with preoperative parental anxiety among parents of children undergoing Anesthesia and Surgery. A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open* 2020;24:18-26.
8. Cosgrove KT, Kerr KL, Aupperle RL, Ratliff EL, DeVille DC, Silk JS, et al. Always on my mind: Cross-brain associations of mental health symptoms during simultaneous parent-child scanning. *Developmental cognitive neuroscience*. 2019;40:100729.
9. Shoushi F, Jannati Y, Mousavinasab NA, Shafipour V. The impact of family centered care on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients undergoing open heart surgery. *Iranian Journal of Rehabilitation Research* 2017;3(2):53-60.
10. Lali M, Jouzi M, Moghimian M. The Effect of Back Massage on Anxiety Components of Mothers With Preterm Infants. *Complementary Medicine Journal* 2020;9(4):3902-13.

11. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 2017;45(1):103-28.
12. Prasopkittikun T, Srichantaranit A, Chunyasing S. Thai nurses' perceptions and practices of family-centered care: The implementation gap. *International journal of nursing sciences* 2020;7(1):74-80.
13. Hielkema M, Winter AF, Reijneveld SA. Validity of a family-centered approach for assessing infants' social-emotional wellbeing and their developmental context: a prospective cohort study. *BMC Pediatr* 2017;17(1):148.
14. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. Family centred care and family delivered care—What are we talking about? *J Neonatal Nurs* 2018;24(1):8-12.
15. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2017;43(4):550-3.
16. Spielberger CD, Krasner SS, Solomon EP. The experience, expression, and control of anger. Individual differences, stress, and health psychology. Springer; 1988. p. 89-108.
17. Taheri Z, Rayyani M, Soltanahmadi J, Pouraboli B, Movahedi Z. The effects of febrile convulsion control program on knowledge, attitude, anxiety, and action of mothers. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2014;3(3):156.
18. Nouhi E, Karbalaizadeh M, Abazari F. The effect of mothers' participation and the family-centered care on mother's anxiety with children suffering from gastrointestinal infections: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2015; 3 (4):47-55.
19. Hoseini S. The effects of multimedia education on illness uncertainty in women with breast cancer. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences* 2018; 6 (3):38-51.
20. Riyahi A, Rassafiani M, Rafiei F. Family-Centered Services by Medical and Rehabilitation Staff: A Descriptive Study. *Archives of Rehabilitation* 2019; 20 (1):16-27.
10. Shoushi F, Jannati Y, Mousavinasab NA, Shafipour V. The impact of family centered care on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients undergoing open heart surgery. *Iranian Journal of Rehabilitation Research* 2017;3(2):53-60.
11. Lali M, Jouzi M, Moghimian M. The Effect of Back Massage on Anxiety Components of Mothers With Preterm Infants. *Complementary Medicine Journal* 2020;9(4):3902-13.
12. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 2017;45(1):103-28.
13. Prasopkittikun T, Srichantaranit A, Chunyasing S. Thai nurses' perceptions and practices of family-centered care: The implementation gap. *International journal of nursing sciences* 2020;7(1):74-80.
14. Hielkema M, Winter AF, Reijneveld SA. Validity of a family-centered approach for assessing infants' social-emotional wellbeing and their developmental context: a prospective cohort study. *BMC Pediatr* 2017;17(1):148.
15. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. Family centred care and family delivered care—What are we talking about? *J Neonatal Nurs* 2018;24(1):8-12.
16. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2017;43(4):550-3.
17. Spielberger CD, Krasner SS, Solomon EP. The experience, expression, and control of anger.

- Individual differences, stress, and health psychology. Springer; 1988. p. 89-108.
18. Taheri Z, Rayyani M, Soltanahmadi J, Pouraboli B, Movahedi Z. The effects of febrile convulsion control program on knowledge, attitude, anxiety, and action of mothers. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2014;3(3):156.
19. Nouhi E, Karbalaizadeh M, Abazari F. The effect of mothers' participation and the family-centered care on mother's anxiety with children suffering from gastrointestinal infections: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2015; 3 (4):47-55.
20. Mirlashari J, Sadeghi T, Sagheb S, Khanmohammadzadeh T. Nurses' and physicians' perspective about barriers to implement family centered care in Neonatal Intensive Care Units. *Iran J Nurs* 2015;28(93):140-50.
21. Riyahi A, Rassafiani M, Raffei F. Family-Centered Services by Medical and Rehabilitation Staff: A Descriptive Study. *Archives of Rehabilitation* 2019; 20 (1):16-27.

THE EFFECT OF FAMILY-CENTERED CARE ON THE PARENTAL ANXIETY OF CHILDREN WITH FEBRILE SEIZURE

Fahimeh Jalili¹, Leili Borimnejad²*

Received: 10 August, 2020; Accepted: 09 November, 2020

Abstract

Background & Aims: Hospitalization of children is a major cause of anxiety emergence in parents. The aim of this study was to determine the effect of family-centered care on parental anxiety of children with febrile seizure.

Materials & Methods: In the present quasi-experimental study, using a convenience sampling method, 90 parents with children suffering from febrile seizure were divided into two groups: control (45 parents) and intervention groups (45 parents). Children in intervention group received family-centered care while the control group received normal care. Using the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory questionnaire, mothers' anxiety between 12 hours after hospitalization and one month after hospitalization was determined and compared together in two groups. Data were analyzed using descriptive statistics and a chi-square test, a Fisher's exact test via SPSS22.

Results: The results showed that the anxiety score of parents at one month after hospitalization was 123.18 ± 18.66 in the control group and 106.87 ± 28.64 in the intervention group. This decrease in intervention group was significant compared to control group ($p < 0.05$). After the intervention, the total anxiety mean score (106.87 ± 28.64) decreased significantly in the experimental group compared to the baseline (133.02 ± 15.26) ($p < 0.05$).

Conclusion: Family-centered care can help reduce maternal anxiety. Therefore, it is recommended to use this method in the care of hospitalized children.

Keywords: febrile seizure, parents Anxiety, parents empowerment, family-centered care

Address: School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

Tel: + 982331532221

Email: Borimnejad.l@iums.ac.ir

¹ MS Student, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.

² Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (Corresponding Author)