

نگرش مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری

فاطمه ولی‌زاده* سیده فاطمه قاسمی*

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت خانواده محور، یکی از اساسی‌ترین مفاهیم پرستاری کودکان می‌باشد که باعث حفظ تمامیت و یکپارچگی خانواده کودک و ارایه مراقبت منحصر به فرد به او و ارتقای سلامتی کودک و خانواده می‌شود. خانواده یکی از اجزای مهم ارایه مراقبت اختصاصی به کودک در هنگام بیماری است و انتظار می‌رود افراد خانواده در مراقبت از کودک در داخل یا خارج بیمارستان مهارت کافی داشته باشند. هدف این تحقیق شناخت نگرش مراقبان بهداشتی درمانی بیمارستان کودکان شهید مدنی خرم‌آباد نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری بوده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است. تعداد ۱۶۹ نفر از مراقبان بهداشتی درمانی شاغل در بیمارستان کودکان شهید مدنی خرم‌آباد نمونه مورد مطالعه را تشکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام یافت. پرسشنامه شامل ویژگی‌های جمعیت شناختی و نگرش مراقبان نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری میانگین، انحراف معیار، همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره نگرش افراد مورد مطالعه $92/28 \pm 12/55$ بود و بر این اساس نگرش آن‌ها نسبت به نحوه مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری خنثی طبقه‌بندی می‌شود. بین وضعیت تأهل ($p < 0/04$)، داشتن فرزند ($p < 0/04$) و دانشجویی پرستاری بودن (نسبت به دانشجویان پزشکی) ($p = 0/04$) با داشتن نگرش مثبت ارتباط معنادار دیده شد.

نتیجه‌گیری: نگرش مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری خنثی می‌باشد لذا باید نگرش دانشجویان در دوره تحصیل و کارکنان بهداشتی با شرکت در کلاس‌های آموزش مداوم اصلاح شده و مدیران با برگزاری دوره‌های آموزش مداوم و اصلاح دستورالعمل‌های ارایه خدمات بهداشتی درمانی به کودکان، و همچنین استفاده از مراقبان متأهل و دارای فرزند در بیمارستان‌های کودکان زمینه مشارکت بیشتر والدین در مراقبت از کودکان بستری را فراهم آورند.

واژه‌های کلیدی: نگرش، مراقبان، مشارکت والدین، کودک بستری

نویسنده مسؤول: فاطمه ولی‌زاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

e-mail: valizadeh1352@yahoo.com

- دریافت مقاله: آبان ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷

مقدمه

نقش خانواده‌ها در مراقبت بهداشتی از کودکان در طی ۴ دهه گذشته کاملاً تغییر کرده است. در دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ والدین در مراقبت از کودک شرکت داده نمی‌شدند و فقط هنگام پذیرش و ترخیص کودک خود در بیمارستان حضور می‌یافتند و ملاقات‌های کوتاه

مدت هفته‌ای ۱ تا ۲ بار با کودک بستری خود داشتند. در سال ۱۹۶۵ با تشکیل سازمان مراقبت‌های بهداشتی کودکان و شناسایی نیازهای روحی و روانی کودکان بستری، قوانین محدودکننده حضور والدین هنگام بستری شدن کودک تغییر یافت (۱). مراقبت خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری کودکان در قرن ۲۱ مطرح می‌باشد (۲) و هدف از آن حفظ

* مربی گروه آموزشی پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

مراقبت از کودک بستری و موانع آن نیاز به بحث و پژوهش دارد. هدف این تحقیق شناخت نگرش مراقبان بهداشتی درمانی بیمارستان شهید مدنی خرم‌آباد نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری بوده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است. نمونه مورد مطالعه ۱۶۹ نفر از کارکنان پزشک، پرستار و دانشجویان پزشکی و پرستاری مشغول به ارائه خدمت در بیمارستان کودکان شهید مدنی خرم‌آباد در سال ۱۳۸۳ بودند که به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای دو بخشی بود که بخش اول ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، جنسیت، سابقه کار، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت والدی (داشتن یا نداشتن فرزند) را بررسی می‌کرد و بخش دوم شامل ۳۶ گویه در مورد فواید و موارد مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری بود و پاسخ‌ها به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تنظیم شده بود. پرسشنامه با استفاده از مقیاس نگرش نسبت به مشارکت والدین (Parent Participation Attitude Scale) که توسط Pilltteri & Seid در ۱۹۶۷ طراحی و در ۱۹۸۷ و ۱۹۹۰ توسط Gill مورد بررسی و تعدیل قرار گرفت، تهیه شد. جهت روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و همچنین نظرات بعضی (۵ نفر) از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و جهت پایایی از آزمون مقدماتی و روش همبستگی درونی آلفای کرانباخ ($r=0/92$) استفاده شد.

تمامیت و یکپارچگی خانواده کودک بیمار و ارایه مراقبت منحصر به فرد برای هر کودک می‌باشد (۳). بر اساس این مفهوم والدین باید در کلیه تصمیم‌گیری‌ها و اقدامات مراقبتی درمانی برای کودک بیمار در داخل و خارج از بیمارستان شرکت داشته باشند (۴). این نوع مراقبت برای والدین فواید بسیاری مانند کمک به حفظ و تداوم روابط خانوادگی، کسب مهارت و احساس شایستگی جهت مراقبت از کودک بعد از ترخیص دارد. همچنین برای کودک نیز مزایای بسیاری مانند کاهش استرس‌های عاطفی و اختلالات رفتاری، افزایش احساس امنیت و... دارد (۵).

علی‌رغم گذشت بیش از ۴ 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 و میزان مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری اختلاف نظر زیاد است. مثلاً نتایج مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد نگرش مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری خنثی بوده است (۶). مطالعه دیگری در آمریکا نشان داد نگرش مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری مثبت می‌باشد (۵). در مطالعه Egemen و همکاران در ترکیه که در مورد نگرش کارکنان درمانی نسبت به حضور والدین هنگام رویه‌های دردناک بود، هیچ یک از واحدهای مورد مطالعه موافق حضور والدین هنگام انجام اقدامات احیای قلبی ریوی نبودند (۷). در تحقیق ورعی ۹۶٪ پزشکان و ۶۱/۵٪ پرستاران مخالف حضور والدین در صحنه احیای قلبی ریوی بودند (۸). لذا به نظر می‌رسد چگونگی شرکت والدین در

میانگین سنی افراد مورد مطالعه 27 ± 2 (۲۰-۵۲) سال بود. $76/3\%$ (۱۲۹ نفر) زن، 45% دانشجوی پرستاری، 26% پرستار، $18/3\%$ دانشجوی پزشکی، $5/3\%$ بهیار، $3/6\%$ متخصص اطفال و $1/8\%$ پزشک عمومی بودند. $57/4\%$ متأهل و $27/2\%$ دارای فرزند بودند. $7/1\%$ در بخش اورژانس، $5/9\%$ در بخش ویژه و $86/4\%$ در بخش‌های عمومی مشغول به کار بودند. میانگین سابقه کار کارکنان 7 ± 8 (۱-۲۷) سال بود.

میانگین و انحراف معیار نمره کلی نگرش افراد مورد مطالعه نسبت به گویه‌های پرسشنامه $92/28 \pm 12/55$ بود. $65/7\%$ از آنان دارای نگرش خنثی و $34/3\%$ دارای نگرش مثبت نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری بودند و هیچ یک نگرش منفی نسبت به کل گویه‌های پرسشنامه نداشتند.

در بررسی نگرش واحدهای مورد پژوهش نسبت به هر یک از گویه‌های پرسشنامه به طور جداگانه، نگرش آن‌ها نسبت به ۱۳ گویه مثبت، ۱۵ گویه خنثی و ۸ گویه منفی بود (جدول شماره ۱).

بین وضعیت تأهل ($p=0/04$)، داشتن فرزند ($p=0/04$) و دانشجوی پرستاری بودن (نسبت به دانشجوی پزشکی) ($p=0/04$) با داشتن نمره نگرش بالاتر یعنی نگرش مثبت ارتباط معناداری دیده شد. اما ارتباط معناداری بین میانگین نمرات نگرش واحدهای مورد پژوهش با سطح تحصیلات، سن، سابقه کار، جنس، نوع بخش، دانشجو یا کارمند بودن و جزء کارکنان پرستاری یا پزشکی بودن به دست نیامد (جدول شماره ۲).

پرسشنامه به روش خودگزارشی توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. برای هر گویه امتیازی از صفر تا ۴ (کاملاً موافق=۴، موافق=۳، نظری ندارم=۲، مخالف=۱ و کاملاً مخالف=۰) در نظر گرفته شده بود و در مورد سؤالات معکوس، امتیازدهی نیز معکوس محاسبه شد. برای هر گویه میانگین امتیازات پاسخ‌های داده شده محاسبه گردید و میانگین ۲-۳ به عنوان نگرش منفی یا مخالف، ۳-۴ به عنوان نگرش مثبت یا حمایت‌گر پاسخ‌دهندگان نسبت به آن گویه در نظر گرفته شد.

همچنین برای تعیین نگرش هر یک از واحدهای مورد پژوهش نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری، جمع نمرات اختصاص یافته توسط هر یک از آنان به ۳۶ گویه محاسبه و پاسخ‌دهنده‌ها بر اساس نمره‌های کسب شده (۰-۱۴۴) در سه گروه دارای نگرش مثبت یا پذیرا (۹۷-۱۴۴)، دارای نگرش خنثی یا بی‌تفاوت (۴۹-۹۶) و دارای نگرش منفی یا مخالف (۰-۴۸) طبقه‌بندی شدند. بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای ($p=0/9$ و $Z=0/562$) نمرات نگرش از توزیع نرمال برخوردار بود، لذا داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.11 و آزمون‌های آماری پارامتریک چون میانگین، انحراف معیار، همبستگی پیرسون، تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۲۰۰ پرسشنامه ارسالی ۱۶۹ مورد تکمیل و برگشت داده شد ($84/5\%$).

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و نوع نگرش مراقبان بهداشتی درمانی بیمارستان کودکان شهید مدنی خرم‌آباد به هر یک از گویه‌های پرسشنامه در سال ۱۳۸۳

نگرش	M±SD	گویه‌های پرسشنامه نگرش مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری
مثبت	۳/۰۵±۰/۹۹	۱- والدین باید در تمام جنبه‌های مراقبت و درمان کودک بستری در بیمارستان مشارکت داشته باشند.
خنثی	۲/۷۵±۱/۱۸	۲- مشارکت والدین در تصمیم‌گیری اقدامات تشخیصی، مراقبتی و درمانی کودک بستری ضروری است.
مثبت	۳/۱۴±۰/۸۵	۳- مشارکت والدین در برنامه مراقبت کودک بستری باعث تداوم روابط خانوادگی می‌شود.
مثبت	۳/۰۳±۰/۸۴	۴- مشارکت والدین در طرح مراقبت کودک باعث تقویت احساس شایستگی و اعتماد به نفس آن‌ها می‌شود.
مثبت	۳/۳۱±۰/۶۹	۵- مشارکت والدین باعث کسب مهارت مراقبت از کودک در منزل بعد از ترخیص می‌شود.
مثبت	۳/۲۸±۰/۷۱	۶- مشارکت والدین باعث احساس راحتی و رفع بهتر نیازهای جسمی کودک می‌شود.
مثبت	۳/۵۰±۰/۵۹	۷- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث ایجاد احساس امنیت در کودک بستری می‌شود.
مثبت	۳/۱۶±۰/۷۴	۸- مشارکت والدین باعث کاهش اختلالات و تغییرات رفتاری در کودک بستری می‌شود.
مثبت	۳/۳۵±۰/۷۴	۹- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث سازگاری بهتر با بستری شدن و بیماری می‌شود.
خنثی	۲/۷۰±۱/۰۴	۱۰- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث کوتاه شدن مدت بستری کودک می‌شود.
مثبت	۳/۲۳±۰/۸۲	۱۱- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث بهبود وضعیت تغذیه کودک بستری می‌شود.
مثبت	۳/۱۰±۰/۸۸	۱۲- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث ارضای بهتر نیازهای تکاملی کودک می‌شود.
مثبت	۳/۴۹±۰/۶۵	۱۳- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث رفع بهتر نیازهای عاطفی کودک می‌شود.
خنثی	۲/۱۷±۱/۲۷	۱۴- حضور و مشارکت والدین فقط در صورت مزمن بودن بیماری کودک بستری ضروری است.
خنثی	۲/۴۳±۱/۲۵	۱۵- حضور و مشارکت والدین فقط در صورت حاد بودن بیماری کودک بستری ضروری است.
خنثی	۲/۴۰±۱/۱۲	۱۶- حضور والدین بر بالین کودک کافی است و نیازی به مشارکت آن‌ها در مراقبت از کودک نیست.
خنثی	۲/۷۴±۱/۰۹	۱۷- باید به والدین کودک بستری اجازه داد هر وقت تمایل داشتند کودکشان را ببینند و با او باشند.
خنثی	۲/۷۷±۱/۰۹	۱۸- باید به والدین کودک در طی مدت بستری اجازه داد به صورت مداوم کودکشان را ببینند و با او باشند.
منفی	۱/۶۰±۱/۰۲	۱۹- عدم حضور یا حضور کمتر والدین کودک بستری در بخش جهت کنترل عفونت ضروری است.
منفی	۱/۸۲±۱/۱۳	۲۰- اکثر والدین خودشان از زمان مناسب برای همراه بودن یا نبودن با کودکشان به خوبی مطلع هستند.
خنثی	۲/۰۳±۱/۲۰	۲۱- ملاقات‌های کوتاه مدت (روزانه ۲-۱ ساعت) بهتر از حضور مداوم والدین بر بالین کودک است.
خنثی	۲/۳۶±۱/۲۱	۲۲- مشارکت والدین در مراقبت از کودک باعث کاهش مسئولیت کارکنان در مراقبت از کودک می‌شود.
منفی	۱/۹۵±۱/۱۶	۲۳- مشارکت والدین باعث افزایش فشار کار کارکنان (برای آموزش و نظارت بر کار والدین) می‌شود.
منفی	۱/۶۳±۱/۱۳	۲۴- حضور مداوم والدین و مشارکت آن‌ها باعث تداخل و دخالت در انجام کار کارکنان می‌شود.
خنثی	۲/۲۷±۱/۰۸	۲۵- مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری باعث از بین رفتن (تضعیف) قدرت کارکنان می‌شود.
خنثی	۲/۴۱±۱/۱۶	۲۶- یادگیری مهارت‌های مراقبتی توسط والدین باعث در خطر افتادن هویت شغلی و حرفه‌ای کارکنان می‌شود.
منفی	۱/۵۷±۱/۱۶	۲۷- والدین فقط می‌توانند در مراقبت‌های روزانه کودک بستری (تغذیه، لباس، دفع و) مشارکت داشته باشند.
خنثی	۲/۰۸±۱/۲۸	۲۸- والدین می‌توانند با گرفتن آموزش لازم در فعالیت‌های خاصی چون گاوآژ و پانسمان مشارکت داشته باشند.
مثبت	۳/۲۶±۰/۹۴	۲۹- دارو در بخش فقط باید توسط کارکنان داده شود.
خنثی	۲/۱۹±۱/۳۰	۳۰- در صورت تمایل، والدین می‌توانند هنگام انجام رویه‌های دردناک برای کودک در اتاق حضور داشته باشند.
منفی	۱/۲۱±۱/۱۵	۳۱- در صورت تمایل والدین آن‌ها می‌توانند هنگام انجام CPR کودک در اتاق حضور داشته باشند.
منفی	۱/۹۱±۰/۹۱	۳۲- برای مراقبان توضیح رویه برای کودک آسان‌تر از توضیح آن برای والدین است.
خنثی	۲/۸۹±۰/۹۱	۳۳- پس از آموزش لازم به والدین، می‌توان خواست که کودک را برای رویه آماده کنند.
خنثی	۲/۹۶±۰/۸۸	۳۴- در توضیح رویه باید نحوه انجام و انتظارات از کودک و والدین هنگام انجام رویه را توضیح داد.
مثبت	۳/۱۶±۰/۷۲	۳۵- توضیح رویه برای والدین باعث حمایت بهتر کودک توسط آن‌ها هنگام رویه می‌شود.
منفی	۱/۳۵±۱/۱۲	۳۶- در صورت ضرورت محدود کردن کودک، هنگام رویه می‌توان از والدین برای این کار کمک گرفت.

جدول ۲- توزیع فراوانی مراقبان بهداشتی درمانی بیمارستان کودکان شهید مدنی خرم‌آباد بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و میانگین نمرات نگرش نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری در سال ۱۳۸۳

<i>p</i>	M±SD	n (%)	ویژگی	
*۰/۶۷	۹۳/۰۱±۱۲/۰۸	۷۳(۴۳/۲)	<۲۵	سن (سال)
	۹۲/۰۹±۱۳/۶۴	۷۵(۴۴/۴)	۲۵-۳۵	
	۹۰/۴۳±۱۰/۱۵	۲۱(۱۲/۴)	>۳۵	
***۰/۸۸	۸۷/۳±۱۴/۲	۱۰(۱۵/۹)	<۱	سابقه کار (سال)
	۹۶/۳۲±۱۰/۷	۱۹(۷۶/۳)	۱-۵	
	۹۷/۹۴±۱۴/۷۴	۱۷(۲۷)	۶-۱۰	
	۸۸/۳۵±۹/۹۵	۱۷(۲۷)	>۱۱	
***۰/۴۷	۹۲/۶±۱۲/۵۹	۱۲۹(۷۶/۳)	زن	جنسیت
	۹۱/۰۵±۱۲/۴۸	۴۰(۲۳/۷)	مرد	
***۰/۰۴	۹۰/۶۴±۱۲/۵	۹۷(۵۷/۴)	مجرب	وضعیت تأهل
	۹۴/۴۸±۱۲/۳۶	۷۲(۴۲/۶)	مقائل	
***۰/۰۴	۹۵/۴۳±۱۱/۴۹	۴۶(۲۷/۲)	دارای فرزند	وضعیت والدی
	۹۱/۱۰±۱۲/۷۶	۱۲۳(۷۲/۸)	بدون فرزند	
*۰/۹۴	۹۲±۱۱/۳۶	۱۲(۷/۷)	اورژانس	بخش
	۸۶/۹۰±۱۲/۶۲	۱۰(۵/۹)	ویژه	
	۹۲/۲۸±۱۲/۵۴	۱۴۶(۸۶/۴)	عمومی	
*۰/۲۰	۹۳/۶۷±۱۲/۲۱	۷۶(۴۵)	دانشجوی پرستاری	تحصیلات
	۸۷/۹۰±۱۲	۳۱(۱۸/۳)	دانشجوی پزشکی	
	۹۳/۲۷±۱۲/۶۰	۴۴(۲۶)	پرستار کارشناس	
	۸۶/۵±۱۴/۳	۹(۵/۳)	بهیار	
	۹۷/۶۶±۱۳/۳۹	۳(۱/۸)	پزشک عمومی	
	۹۷±۵/۶۹	۶(۳/۶)	پزشک متخصص اطفال	

* همبستگی پیرسون

** آزمون آنالیز واریانس

*** آزمون *t*-test

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیقات نشان می‌دهد اغلب خانواده‌ها تمایل دارند در تمامی جنبه‌های مراقبت از کودک بستری شرکت داشته باشند و اغلب این مشارکت را برای خود و کودکشان مفید توصیف می‌کنند (۹).

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر بی‌تفاوتی اکثر مراقبان بهداشتی درمانی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری

در بیمارستان است. داشتن نگرش خنثی می‌تواند به معنای بی‌تفاوتی در مقابل این مسأله باشد، ممکن است این افراد در مرحله عمل نه تنها مشارکت خانواده در مراقبت از کودک بستری را حمایت نکنند، بلکه با مانع تراشی و مقاومت مانع گسترش و اجرای مراقبت خانواده محور شوند. در تحقیق Johnson و Lindschau در مورد ۶۲ نفر از کارکنان بیمارستانی شامل پرستار، منشی

در نهایت افراد مورد مطالعه معتقدند مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری به خصوص در شرایط حاد و اورژانس موجب افزایش بار کاری مراقبان می‌شود همچنان که باعث دخالت والدین در کار کارکنان و کاهش قدرت آن‌ها نیز می‌گردد.

با توجه به نتایج، مراقبان بهداشتی درمانی علی‌رغم این که نسبت به حق والدین برای شرکت در برنامه‌های مراقبتی درمانی کودکان بستری در بیمارستان و مفید بودن این مشارکت برای کودک، والدین و خانواده دارای نگرش مثبت و مناسب هستند، اما این مشارکت را فقط در حد انجام امور روزمره زندگی و حمایت عاطفی کودک جایز می‌شمارند و نسبت به مشارکت والدین در سایر موارد ضروری مثل مشارکت و یا حضور والدین در انجام فعالیت‌های تخصصی کارکنان، نگرش خنثی یا منفی دارند. با توجه به این نتیجه و این که عقاید و نگرش‌ها بر رفتار و عملکرد تأثیر می‌گذارد (۵ و ۱۰)، این احتمال وجود دارد که مراقبان در مواردی که دارای نگرش منفی یا بی‌تفاوت 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 مانع‌تراشی موجب کاهش مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری شوند (۱۱).

در بررسی ارتباط ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای با نحوه نگرش، بین سن، سابقه کار و نگرش افراد مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده نشد، که با نتایج سایر مطالعات انجام یافته مطابقت ندارد (۵ و ۹). و ممکن است علت

بخش، فیزیوتراپ و مددکار اجتماعی در جنوب استرالیا نیز شرکت‌کنندگان دارای نگرش خنثی در این زمینه بودند (۶). اما در تحقیق Daneman و همکاران در مورد ۲۵۶ نفر ارایه‌دهنده مراقبت بهداشتی شامل پرستار، پزشک، تکنسین کودکان و درمانگر تنفسی شاغل در یکی از بیمارستان‌های جنوب غربی ایالات متحده آمریکا، نگرش شرکت‌کنندگان در این زمینه مثبت بود (۵).

در مطالعه حاضر از لحاظ نحوه نگرش به جنبه‌های مختلف مشارکت والدین، کارکنان مورد مطالعه نسبت به فواید حضور و مشارکت والدین برای مراقبت از کودک بستری نگرش مثبت داشتند. یعنی معتقد بودند که حضور و مشارکت والدین برای کودک مفید و باعث تسریع بهبودی وی و کم شدن عوارض بیماری و بستری شدن در کودک می‌شود. همچنین آنان نسبت به فواید حضور و مشارکت والدین برای خود والدین نیز نگرش مثبت داشتند. به نظر می‌رسد حضور و مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری موجب تقویت روابط خانوادگی و کاهش اثرات منفی بیماری کودک بر والدین و خانواده می‌شود.

در بررسی موردی گویه‌های پرسشنامه نتایج نشان داد مراقبان نسبت به مواردی از حضور و مشارکت والدین که نیاز به نظارت و صرف انرژی و وقت بیشتری توسط کارکنان دارد، نگرش خنثی و بی‌تفاوت دارند چرا که تبعاً اجرای مراقبت خانواده محور مستلزم صرف وقت و نیروی کافی جهت آموزش و نظارت دقیق بر عملکرد والدین در مراقبت از کودک می‌باشد.

جوان بودن مراقبان مورد مطالعه در این تحقیق باشد، اما می‌توان نتیجه گرفت برای ارایه خدمات خانواده محور به کودکان نباید روی بالا بودن سن و تجربه مراقبت‌دهندگان زیاد تأکید شود یعنی برای اجرای این روش مراقبتی لزومی ندارد که حتماً پرستاران ما از سن و تجربه بالایی برخوردار باشند.

بین نوع تحصیلات (پزشکی، پرستاری) و نگرش واحدهای مورد پژوهش تفاوت معناداری دیده نشد، اما نگرش دانشجویان پرستاری مثبت‌تر از نگرش دانشجویان پزشکی بود، که ممکن است به علت گنجانیدن برنامه مراقبت خانواده محور در سرفصل دوسر رشته پرستاری و گرفتن آموزش‌های لازم در این زمینه باشد.

بر اساس نتایج افراد متأهل و دارای فرزند نسبت به افراد مجرد و فاقد فرزند دارای نگرش مثبت‌تری بودند، لذا پیشنهاد می‌شود حتی‌الامکان در بیمارستان‌های کودکان از مراقبان متأهل و دارای فرزند استفاده شود.

با توجه به گسترش فلسفه مراقبت جامعه‌نگر و خانواده محور و تأکید سازمان‌های حمایتی کودکان بر آن، پیشنهاد می‌شود اساتید و مربیان با عملکرد مناسب در محیط‌های کارآموزی کودکان و نوزادان روش‌های مختلف شرکت دادن والدین در مراقبت از کودکان بستری را به صورت عملی به دانشجویان گروه‌های علوم پزشکی آموزش دهند و در دروس نظری نیز این مسأله را به طور مفصل بحث و بررسی کنند تا نگرش دانشجویان در این زمینه مثبت و حمایتی شود.

همچنین پیشنهاد می‌شود مدیران با برگزاری کلاس‌های آموزش مداوم و کارگاه‌های آموزشی و کلاس‌های آموزش ضمن خدمت در مورد لزوم و فواید مشارکت همه جانبه والدین در برنامه مراقبتی کودکان بستری، سعی کنند نگرش کارکنان را در این زمینه به سمت مثبت شدن سوق دهند. علاوه بر این مدیران می‌توانند با فراهم کردن امکانات (اتاق آموزش، وسایل کمک آموزشی و...) و نیروی انسانی (مثلاً اضافه کردن تعداد پرستار و حتی پزشک و...) جهت آموزش و نظارت بر عملکرد والدین در مراقبت از کودک بستری، نقش مؤثری را در این زمینه ایفا کنند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود با همکاری مدیران و مدرسان، دستورالعمل‌های ارایه خدمات در بیمارستان‌های کودکان با هدف بیشتر کردن مشارکت والدین و مراقبت خانواده محور مورد بررسی قرار گیرد و قوانین واضح و مشخصی جهت تعیین چگونگی و میزان شرکت دادن والدین در مراقبت از کودکان بستری وضع شود.

در نهایت، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی به صورت کارآزمایی بالینی در مورد شیوه‌های مختلف شرکت دادن والدین در مراقبت از کودکان بستری انجام گیرد و مزایای آن برای کودک، خانواده و مراقبان مشخص شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه پرستاران، پزشکان و دانشجویان پزشکی و پرستاری شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- 1 - Johnson BH. The changing role of families in health care. *Child Health Care*. 1990 Fall; 19(4): 234-41.
- 2 - Newton MS. Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatr Nurs*. 2000 Mar-Apr; 26(2): 164-8.
- 3 - May KA, Mahlmeister LR. *Comprehensive maternity nursing: nursing process and the childbearing family*. Philadelphia: Lippincott Co; 1990.
- 4 - Knight L. Child health. Negotiating care roles. *Nurs Times*. 1995 Jul 5-11; 91(27): 31-3.
- 5 - Daneman S, Macaluso J, Guzzetta CE. Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *J Spec Pediatr Nurs*. 2003 Jul-Sep; 8(3): 90-8.
- 6 - Johnson A, Lindschau A. Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. *Pediatr Nurs*. 1996 Mar-Apr; 22(2): 99-102, 120.
- 7 - Egemen A, Ikizoğlu T, Karapnar B, Coşar H, Karapnar D. Parental presence during invasive procedures and resuscitation: attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatr Emerg Care*. 2006 Apr; 22(4): 230-4.
- 8 - Varaei Sh. [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*. 2004; 31: 62-67. (Persian)
- 9 - Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med*. 2002 Aug; 40(2): 193-205.
- 10 - Brown J, Ritchie JA. Nurses' perceptions of parent and nurse roles in caring for hospitalized children. *Child Health Care*. 1990 Winter; 19(1): 28-36.
- 11 - Gill KM. Health professionals' attitudes toward parent participation in hospitalized children's care. *Child Health Care*. 1993 Fall; 22(4): 257-71.