

بررسی تطبیقی ادراکات و انتظارات متقابل والدین و پرستاران از مشارکت خانواده در مراقبت‌های بستری کودکان در بیمارستان‌های شهر یزد

آمنه زرین

کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر، ایران

چکیده

مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری عاملی مهم در ارتقای کیفیت مراقبت است، اما ادراکات متقابل والدین و پرستاران درباره این مشارکت به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه کمتر بررسی شده است. این مطالعه با هدف ارزیابی ادراکات پرستاران و والدین نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری و عوامل مرتبط با آن انجام شده است. این مطالعه‌ای به صورت تک مقطعی از اردیبهشت تا مهر ۱۴۰۰ در بخش‌های کودکان بیمارستان‌های استان یزد انجام شد. داده‌ها از ۷۳ پرستار و ۱۰۱ والد با استفاده از مقیاس نگرش مشارکت والدین جمع‌آوری و تحلیل شد. آزمون‌های T مستقل، من-ویتنی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و کروسکال-والیس برای تحلیل داده‌ها به کار رفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که والدین و پرستاران در ۷ مورد از ۲۰ گویه مربوط به مشارکت والدین توافق داشتند، از جمله: ترجیح تغذیه نوزادان توسط والدین، بهبود سازگاری کودکان با بستری در صورت مشارکت والدین، کمک والدین در مهار کودک هنگام تزریقات، و تبیین روش‌های درمانی توسط کادر درمان. نتایج، همچنین نشان داد که بین بخش‌های پرستاری و ادراک از مشارکت والدین رابطه معناداری وجود دارد. پرستاران بخش جراحی کودکان بالاترین (میان = ۷۳/۵) و پرستاران بخش نوزادان کمترین (میان = ۰/۶۲) ادراک را نسبت به مشارکت والدین داشتند. همچنین، مراقبین متأهل نسبت به مراقبین مجرد نگرش مثبت‌تری به مشارکت والدین داشتند. در نتیجه، علی‌رغم توافق پرستاران و والدین در اصل اهمیت مشارکت والدین، هنوز در محدوده و جزئیات این مشارکت ابهاماتی وجود دارد. درک بهتر مشارکت والدین در مراقبت‌های درمانی کودکان می‌تواند رابطه کاری مناسبی بین والدین و پرستاران ایجاد کند و شکاف بین آن‌ها را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری برای بررسی عمیق‌تر رابطه بین مشارکت والدین و ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای کودکان بستری انجام شود.

کلید واژه‌ها: والدین، پرستاران، مشارکت، مراقبت کودکان، نگرش.

مقدمه

مشارکت والدین^۱ در مراقبت از کودکان بستری در بیمارستان به یکی از مسائل اصلی در پرستاری مدرن کودکان تبدیل شده است (آرتون^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه این مفهوم بخشی از مفهوم گسترده‌تر مراقبت خانواده‌محور محسوب می‌شود، اما نیازمند توجه ویژه‌ای است. برخی پژوهشگران مشارکت والدین را به عنوان مشارکت فعال در سطوح خاصی از مراقبت بر اساس تأیید و تعامل با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی تعریف می‌کنند (ملو^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). در حالی که برخی دیگر آن را به صورت مشارکت والدین در تصمیم‌گیری درباره خدمات بهداشتی در مراقبت از فرزندان تعریف می‌نمایند (آرتون و همکاران، ۲۰۱۹). محققان دیگر مشارکت والدین را فعالیت‌های فیزیکی، روانی یا اجتماعی می‌دانند که توسط والدین برای کودک در محیط بیمارستان انجام می‌شود، به طوری که والدین در طول کل دوره بستری در مراقبت از فرزند خود مشارکت می‌کنند (عبدالقادر^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). بستری شدن کودک در بیمارستان می‌تواند تأثیرات منفی بالقوه‌ای بر سلامت روانی و جسمی کودکان بیمار و خانواده‌های آنها داشته باشد. این امر می‌تواند باعث اضطراب جدایی برای کودک مرتبط با محیط جدید شود و نیاز کودک به والدین به عنوان مراقبت‌کنندگان را افزایش دهد (روکاخ^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این، تغییر در نقش‌های والدینی ممکن است حس اضطراب را در کودک ایجاد کند؛ چندین مطالعه بر نقش مهم مادران در ملاقات یا ماندن برای کمک در مراقبت از فرزندان تأکید می‌کنند که این امر می‌تواند موجب کاهش پریشانی کودک بیمار شود (ملو و همکاران، ۲۰۱۴). رویکرد مشارکت والدین با هدف ارائه بهترین کیفیت مراقبت به کودکان و خانواده‌های درگیر طراحی شده است (بارنز^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). برآورده کردن نیازهای والدین در محیط بیمارستان می‌تواند تأثیرات مثبتی بر رفاه استفاده‌کنندگان از خدمات داشته باشد، به گونه‌ای که مشارکت "مناسب" در مراقبت از کودک را احساس کنند (ملو و همکاران، ۲۰۱۴).

مشارکت والدین به وضوح در بخش‌های کودکان که کودکان نیاز بسیاری به والدین خود دارند، از اهمیت بیشتری برخوردار است. پرستاران کودکان باید والدین را به عنوان شرکای ارائه مراقبت برای کودکان بستری در نظر بگیرند، به ویژه در کاهش اضطراب و پریشانی بالقوه بیماران کودک که به طور معمول گزارش می‌شود. با این حال، پرستاران ممکن است در تسهیل و هماهنگی مشارکت والدین با مشکلاتی مواجه شوند، و والدین ممکن است در مورد نقش مناسب خود شفافیت نداشته باشند. اهمیت در نظر گرفتن حمایت از والدین کودکان تازه تشخیص داده شده یا تازه پذیرش شده به منظور حفظ مشارکت والدین در مراقبت توسط بسیاری از محققان پیشنهاد شده است. آنها تأکید می‌کنند که وقتی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درک روشنی از آنچه والدین ارزش می‌دانند نداشته باشند، امکان پاسخگویی مؤثر به نیازهای آنها را مانع می‌شوند، که احتمالاً به استرس و ناامنی والدین کمک می‌کند (ملو و همکاران، ۲۰۱۴؛ عبدالقادر و همکاران، ۲۰۱۶). در مطالعه‌ای که توسط سوندال و واتنه^۷ (۲۰۲۰) انجام شد، والدین اظهار داشتند که دلایل ماندن با فرزندان عبارتند از: ارائه مراقبت فردی به فرزندان، مانند تغذیه، تعویض پوشک و حمام کردن؛ اطمینان از نظارت کافی در طول بستری شدن در بیمارستان؛ کاهش بار کاری پرستاران پرمشغله، همراه با اطمینان از اینکه فرزندان توجه لازم را دریافت می‌کنند؛ و برآوردن نیازهای عاطفی فرزندان، و همچنین برآورده کردن نیازهای عاطفی خودشان (سوندسن^۸ و همکاران، ۲۰۱۷).

¹ parent participation (PP)

² Aarthun

³ Melo

⁴ Abdelkader

⁵ Rokach

⁶ Burns

⁷ Sundal & Vatne

⁸ Svendsen

آلبرت^۹ و چارکوت^{۱۰} (۲۰۱۶) تأیید می‌کنند که کودکان بستری در بیمارستان با عوامل استرس‌زایی مواجه می‌شوند که شامل ترس و جدایی از والدین، خانواده و دوستان است. والدین نیز از همان عوامل استرس‌زا رنج می‌برند، نگران سلامت و وضعیت عاطفی فرزندشان هستند، و همچنین با مسئولیت‌های شخصی و حرفه‌ای دیگر، مانند مرخصی از کار و مراقبت از سایر اعضای خانواده کنار می‌آیند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید درک کنند که این مسئولیت‌ها به شدت بر ذهن والدین سنگینی می‌کند و به یاد داشته باشند که برای کاهش بار آن‌ها، اطمینان‌بخشی و توضیحات ساده ارائه دهند. مطالعات نشان داده است که برای داشتن نگرش‌های مثبت‌تر نسبت به مشارکت والدین، پرستاران باید رابطه خوبی با والدین برقرار کنند و به طور فعال با بازخورد آن‌ها تعامل داشته باشند (گومز-کانتارینو^{۱۱} و همکاران). علاوه بر این، پرستاران باید آموزش ببینند تا با والدین به خوبی ارتباط برقرار کنند و تفاوت‌های فرهنگی را درک کنند تا مفهوم مشارکت والدین را ایجاد و بهبود بخشند (هال^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵).

آرتون و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند که اکثر والدین انتظار دارند در مراقبت از فرزندان خود شرکت کنند و در تمام تصمیمات گنجانده شوند، و برخی از آن‌ها معتقدند که کیفیت مراقبت در بیمارستان ذاتاً پایین‌تر از آنچه آن‌ها می‌توانند ارائه دهند، چه در خانه یا در بیمارستان، است. آن‌ها این را به این ادراک نسبت می‌دهند که پرستاران بسیار مشغول هستند. والدین درک می‌کنند که می‌توانند راحت‌تر برای فرزندان خود در دسترس باشند، به خصوص زمانی که پرستاران اطراف نیستند. علاوه بر این، برخی از والدین می‌خواهند خود کودکان را در فرآیند مراقبت و برنامه‌ریزی خود بگنجانند، به ویژه هنگامی که آن‌ها به اندازه کافی بزرگ هستند تا فرآیند مراقبت را درک کنند و انتخاب‌های آگاهانه انجام دهند. مفهوم مشارکت والدین در مراقبت، یک موضوع مهم برای استفاده‌کنندگان خدمات (کودک-بیماران و خانواده‌های آن‌ها)، پرستاران و پژوهشگران است (عبدالقادر و همکاران، ۲۰۱۶). سطح دانش و نگرش‌ها در میان متخصصان سلامت در مورد مشارکت والدین در مراقبت‌های بهداشتی هنوز در مراحل ابتدایی است، و مطالعات کمی بر این مسئله متمرکز شده‌اند، که معمولاً به صورت موردی در بخش‌های کودکان بدون تسهیل یا هماهنگی رسمی (مانند سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها) میانجی‌گری می‌شود. بنابراین، این مطالعه با هدف ارزیابی ادراکات پرستار و والدین از مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری در بیمارستان و عوامل مرتبط با آن طراحی شده است تا بینش‌های مقدماتی در مورد پدیده‌های مرتبط ایجاد کند، که متعاقباً می‌تواند توسط تحقیقات بیشتر توسعه یابد تا به طور آزمایشی در مورد چگونگی گنجاندن مؤثر نظرات والدین در فرآیند مراقبت از کودکان، برای بهبود کیفیت مراقبت و رضایت بیمار، جهت دهد.

مشارکت والدین در محیط‌های بیمارستانی نه تنها به لحاظ روانی به کودک کمک می‌کند، بلکه می‌تواند بخشی از بار مراقبتی را از دوش پرستاران بردارد. طبق مطالعات (سیدل و پیلتری^{۱۳} ۱۹۶۷، کورتولوس^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۸؛ کرانلی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲)، نگرش پرستاران نسبت به مراقبت خانواده‌محور می‌تواند تحت تأثیر خصوصیات شخصی و حرفه‌ای آن‌ها قرار گیرد. همچنین گیل^{۱۶} (۱۹۸۷) اشاره می‌کند که ویژگی‌های شخصی و حرفه‌ای پرستاران می‌تواند بر نگرش آن‌ها نسبت به مشارکت والدین تأثیر بگذارد. وی، در پژوهش خود دریافت که متخصصان سلامت نگرش‌های مختلفی در مورد مشارکت والدین در

⁹ Albert

¹⁰ Charkot

¹¹ Gómez-Cantarino

¹² Hall

¹³ Seidl Pillitteri

¹⁴ Kurtulus

¹⁵ Cranley

¹⁶ Gill

مراقبت از کودکان بستری دارند. همچنین دنمن^{۱۷} و همکاران (۲۰۰۳) نیز تفاوت‌های قابل توجهی در نگرش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی نسبت به مشارکت والدین مشاهده کردند. از سوی دیگر، والدین نیز انتظارات و تجربیات متنوعی از مشارکت در مراقبت از فرزندانشان دارند. سیمکه و موکوک^{۱۸} (۲۰۱۷) در مطالعه خود دریافتند که میزان مشارکت مادران در مراقبت از کودکان بستری با رضایت آن‌ها ارتباط مستقیم دارد. استوارت و ملینگ^{۱۹} (۲۰۱۴) نیز به تفاوت درک پرستاران و والدین از مفهوم مراقبت خانواده‌محور اشاره کرده‌اند. به علاوه، مطالعه چامور و کارابوداک^{۲۰} (۲۰۲۰) نشان داد که مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری، تأثیر چشمگیری بر کاهش اضطراب هم در والدین و هم در کودکان دارد و رضایت والدین را افزایش می‌دهد. همچنین، اوکونولا^{۲۱} و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود در نیجریه به تفاوت‌های ادراکی بین والدین کودکان و پرستاران در مورد مراقبت خانواده‌محور پرداختند.

یکی از چالش‌های اصلی در مشارکت والدین، عدم وجود راهنماهای مشخص و استانداردهای روشن است. فریدی^{۲۲} و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهش خود دریافتند که والدین کودکان با نیازهای خاص، انتظارات متفاوتی از متخصصان سلامت دارند که گاهی این انتظارات برآورده نمی‌شود. همچنین، اویس و ریردون^{۲۳} (۲۰۰۸) نیز به شکاف بین انتظارات والدین کودکان با نیازهای ویژه و خدمات پرستاری ارائه شده اشاره کرده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند که فرهنگ سازمانی و نگرش کارکنان بیمارستان نسبت به حضور خانواده نیز تأثیر قابل توجهی بر میزان و کیفیت مشارکت والدین دارد. برتی^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که باورها و نگرش‌های پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نسبت به ملاقات‌کنندگان و سیاست ملاقات آزاد، بر نحوه تعامل آن‌ها با خانواده‌ها تأثیر می‌گذارد. یکی از حوزه‌های مهمی که مشارکت والدین در آن بسیار حیاتی است، روش‌های مراقبتی دردناک است. کارلسون^{۲۵} و همکاران (۲۰۱۴) به اهمیت حمایت از کودکان در طول روش‌های پزشکی مرتبط با سوزن پرداخته‌اند. همچنین، فریدریشدورف و گوبرت^{۲۶} (۲۰۲۰) بر اهمیت درمان و پیشگیری از درد در کودکان بستری تأکید کرده‌اند.

گاهی اوقات، استفاده از محدودیت‌های فیزیکی در مراقبت از کودکان ضروری می‌شود که می‌تواند پریشانی قابل توجهی ایجاد کند. برنر^{۲۷} و همکاران (۲۰۰۷) به چالش‌های استفاده از محدودیت در پرستاری کودکان پرداخته‌اند. در چنین شرایطی، حضور و مشارکت والدین می‌تواند استرس کودک را کاهش دهد. رفتارهای مراقبتی پرستاران نیز تأثیر زیادی بر ادراک والدین از کیفیت مراقبت دارد (سلمانی^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۷). مشارکت والدین در روش‌های تهاجمی نیز موضوع بحث برانگیزی است. بولوت و کالیک^{۲۹} (۲۰۲۰) دیدگاه‌های پزشکان و پرستاران را در مورد مشارکت والدین در روش‌های تهاجمی کودکان بستری مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که نظرات متفاوتی در این زمینه وجود دارد. در حوزه تصویربرداری کودکان نیز، حضور والدین می‌تواند مؤثر و چالش‌برانگیز باشد توکرال^{۳۰} (۲۰۱۵). همچنین، ویتاچکا^{۳۱} (۲۰۲۱) بر اهمیت مراقبت پرستاری

¹⁷ Daneman

¹⁸ Cimke & Mucuk

¹⁹ Stuart & Melling

²⁰ Çamur & Karabudak

²¹ Okunola

²² Fereday

²³ Avis & Reardon

²⁴ Berti

²⁵ Karlsson

²⁶ Friedrichsdorf & Goubert

²⁷ Brenner

²⁸ Salmani

²⁹ Bulut & Calik

³⁰ Thukral

³¹ Wiejaczka

متناسب با مرحله رشد کودکان تأکید کرده است. در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان^{۳۲}، مفهوم مراقبت خانواده‌محور اهمیت ویژه‌ای دارد (کوچک^{۳۳} و همکاران، ۲۰۱۸؛ هریسون^{۳۴}، ۲۰۱۰).

مطالعه ابوشاهین^{۳۵} و همکاران (۲۰۱۶) نیز نشان می‌دهد که ادراک و شیوه‌های والدین نسبت به بیماری‌های مزمن (آسم) کودکان می‌تواند بر نحوه مشارکت آن‌ها تأثیر بگذارد.

در نهایت، همان‌طور که پاور و فرانک^{۳۶} (۲۰۰۸) در مرور سیستماتیک خود اشاره کردند، مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری، موضوعی پیچیده و چندوجهی است که نیازمند بررسی دقیق است. درک متقابل انتظارات و ادراکات والدین و پرستاران می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت و افزایش رضایتمندی همه ذینفعان کمک کند. با توجه به اهمیت این موضوع و خلاء تحقیقاتی موجود در زمینه مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری در بیمارستان‌های ایران، به ویژه در شهر یزد، این مطالعه با هدف بررسی تطبیقی ادراکات و انتظارات متقابل والدین و پرستاران از مشارکت خانواده در مراقبت‌های بستری کودکان طراحی شده است. نتایج این مطالعه می‌تواند به تدوین راهنماها و سیاست‌های مناسب برای افزایش مشارکت مؤثر والدین و بهبود کیفیت مراقبت از کودکان بستری در بیمارستان‌های یزد کمک کند.

پیشینه پژوهش

مشارکت خانواده در مراقبت‌های بستری کودکان به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی مراقبت خانواده‌محور در نظام سلامت معاصر به شمار می‌رود. این رویکرد بر اهمیت همکاری بین کادر درمانی و والدین در تأمین بهترین مراقبت برای کودک بستری تأکید دارد. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری می‌تواند منجر به بهبود پیامدهای درمانی، کاهش اضطراب کودک و والدین، و افزایش رضایتمندی خانواده‌ها شود. پاور و فرانک (۲۰۰۸) در مرور سیستماتیک خود دریافتند که علی‌رغم اهمیت این موضوع، تعریف مشخص و واحدی از مفهوم "مشارکت والدین" در مراقبت از کودکان بستری وجود ندارد و برداشت‌های متفاوتی از این مفهوم میان والدین و کادر درمانی مشاهده می‌شود. این تفاوت در ادراکات می‌تواند منجر به سوء تفاهم و ناهماهنگی در ارائه مراقبت‌ها گردد.

مطالعات نشان می‌دهند که نگرش پرستاران نسبت به مشارکت خانواده در مراقبت از کودکان بستری تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد. گیل (۱۹۸۷) در تحقیق خود دریافت که ویژگی‌های شخصی و حرفه‌ای پرستاران بر نگرش آنها نسبت به مشارکت والدین تأثیرگذار است. همچنین در مطالعه دیگری، گیل (۱۹۹۳) نشان داد که نگرش متخصصان سلامت نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری، تأثیر مستقیمی بر میزان و کیفیت این مشارکت دارد. دانمن و همکاران (۲۰۰۳) در بررسی نگرش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری، تفاوت‌های معناداری را بین دیدگاه‌های پرستاران و والدین مشاهده کردند. این مطالعه نشان داد که پرستاران غالباً مشارکت والدین را در چارچوب کمک به انجام وظایف پایه مراقبتی تعریف می‌کنند، در حالی که والدین تمایل بیشتری به مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی و مراقبتی دارند. آرتون و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی با رویکرد کیفی به بررسی چگونگی تسهیل مشارکت والدین در تصمیم‌گیری‌های بیمارستانی توسط متخصصان سلامت پرداختند. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که والدین نیازمند اطلاعات کافی، حمایت عاطفی و به رسمیت شناخته شدن به عنوان متخصصان اصلی در مراقبت از فرزند خود هستند. عبدالقادر و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با مشارکت والدین در مراقبت از کودک

³² Neonatal Intensive Care Unit (NICU),

³³ Kucuk

³⁴ Harrison

³⁵ Abu-Shaheen

³⁶ Power & Franck

بستری، ارتباط معناداری را بین سطح تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و میزان مشارکت آن‌ها در فرآیند مراقبت مشاهده کردند. این مطالعه تأکید می‌کند که شناسایی این عوامل می‌تواند به تدوین برنامه‌های مؤثرتر برای تشویق مشارکت والدین کمک کند. سلمانی و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه کیفی به بررسی رفتارهای مراقبتی پرستاران از دیدگاه والدین کودکان بستری پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که والدین به رفتارهای ارتباطی، حمایتی و آموزشی پرستاران اهمیت ویژه‌ای می‌دهند و انتظار دارند در فرآیند مراقبت از کودکشان نقش فعالی داشته باشند.

در زمینه بخش‌های مراقبت ویژه، برنز و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی فرصت‌ها و چالش‌های مشارکت بیمار و خانواده در ICU پرداختند. آنها دریافتند که علی‌رغم تمایل خانواده‌ها به مشارکت در مراقبت‌ها، موانع سازمانی و نگرشی متعددی در این زمینه وجود دارد. همچنین گومز-کانتارینو و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود بر اهمیت توسعه مدل مراقبت خانواده‌محور در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) تأکید کردند و آن را رویکردی نوین در مدیریت مراقبت‌های سلامت دانستند. کوچوک و همکاران (۲۰۱۸) در بررسی نظرات پرستاران شاغل در NICU در مورد مراقبت خانواده‌محور، دریافتند که علی‌رغم آگاهی پرستاران از اهمیت این رویکرد، در عمل چالش‌هایی در اجرای آن وجود دارد. کورتولوس و همکاران (۲۰۱۸) نیز نگرش پرستاران کودکان را نسبت به مراقبت خانواده‌محور بررسی کردند و دریافتند که عواملی همچون سابقه کار، سطح تحصیلات و آموزش‌های دریافت شده بر نگرش پرستاران تأثیرگذار است. مطالعه سیمکه و موجوک (۲۰۱۷) در مورد مشارکت مادران در مراقبت از کودکان بستری و رضایتمندی آنان نشان داد که مشارکت فعال مادران در مراقبت از کودک بستری، علاوه بر افزایش رضایتمندی آنها، به بهبود کیفیت مراقبت ارائه شده نیز کمک می‌کند. ملو و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی مشارکت والدین در مراقبت‌های سلامت ارائه شده به کودکان بستری پرداختند. این مطالعه نشان داد که مشارکت والدین به شکل‌های مختلف از جمله حضور فیزیکی کنار کودک، نظارت بر مراقبت‌ها، و انجام برخی مراقبت‌های پایه صورت می‌گیرد و این مشارکت موجب تسهیل فرآیند بهبودی کودک می‌شود.

در زمینه مراقبت‌های خاص، کارلسون و همکاران (۲۰۱۴) دیدگاه‌های پرستاران در مورد حمایت از کودکان در طول رویه‌های پزشکی مرتبط با سوزن را بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که پرستاران نقش مهمی در کاهش درد و اضطراب کودکان دارند و همکاری با والدین می‌تواند این روند را تسهیل کند. همچنین فریدریشدورف و گوبرت (۲۰۲۰) در بررسی درمان و پیشگیری از درد کودکان بستری، بر اهمیت مشارکت والدین در مدیریت درد کودکان تأکید کردند. بولوت و چالیک (۲۰۲۰) در مطالعه خود به بررسی دیدگاه‌های پزشکان و پرستاران در مورد مشارکت والدین در رویه‌های تهاجمی کودکان بستری پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که اگرچه اکثر متخصصان سلامت بر اهمیت حضور والدین در این رویه‌ها تأکید دارند، اما در مورد میزان و نحوه مشارکت آن‌ها اختلاف نظر وجود دارد. اوکونولا و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی درک والدین و پرستاران کودکان از مراقبت پرستاری خانواده‌محور در جنوب غربی نیجریه پرداختند. یافته‌های این مطالعه حاکی از وجود شکاف قابل توجهی بین انتظارات والدین و عملکرد پرستاران در زمینه مراقبت خانواده‌محور بود. مول و همکاران (۲۰۱۸) در بررسی رضایتمندی والدین از کیفیت مراقبت در یک بخش مراقبت‌های ویژه کودکان در آفریقای جنوبی، دریافتند که عواملی همچون کیفیت ارتباط با کادر درمانی، میزان مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و محیط فیزیکی بخش بر میزان رضایتمندی والدین تأثیرگذار است. کرانلی و همکاران (۲۰۲۲) در یک مطالعه مقایسه‌ای بین‌المللی، نگرش پرستاران نسبت به اهمیت خانواده‌ها در مراقبت پرستاری را بررسی کردند. این مطالعه نشان داد که علی‌رغم تفاوت‌های فرهنگی و سازمانی، در اکثر کشورها پرستاران بر اهمیت مشارکت خانواده در فرآیند مراقبت تأکید دارند، اما میزان و نحوه اجرای این مشارکت متفاوت است.

در حوزه تصویربرداری پزشکی کودکان، تاکرال (۲۰۱۵) به بررسی مشکلات و ترجیحات در تصویربرداری کودکان پرداخت و بر اهمیت همکاری والدین در موفقیت این فرآیند تأکید کرد. آلبرت و چارکوت (۲۰۱۶) نیز بر نقش والدین در آرام‌سازی کودک در طول فرآیندهای تصویربرداری تأکید کردند. در مجموع، مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که علی‌رغم اهمیت مشارکت

خانواده در مراقبت‌های بستری کودکان، همچنان چالش‌ها و اختلاف نظرهایی در مورد نحوه، میزان و حوزه‌های این مشارکت میان والدین و کادر درمانی وجود دارد. این موضوع اهمیت انجام پژوهش‌های بومی و منطقه‌ای را برای شناسایی ادراکات و انتظارات متقابل والدین و پرستاران از مشارکت خانواده در مراقبت‌های بستری کودکان برجسته می‌سازد. بررسی تطبیقی این ادراکات و انتظارات در بیمارستان‌های شهر یزد می‌تواند به شناسایی شکاف‌های موجود و ارائه راهکارهایی برای بهبود مراقبت خانواده‌محور در این منطقه کمک کند.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کمی و با استفاده از روش مقطعی-تحلیلی انجام شد. این رویکرد به منظور ارزیابی و مقایسه ادراکات پرستاران و والدین نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری و عوامل مرتبط با آن انتخاب گردید. روش مقطعی-تحلیلی امکان بررسی همزمان دیدگاه‌های دو گروه مختلف (پرستاران و والدین) و تحلیل عوامل تأثیرگذار بر این ادراکات را فراهم می‌سازد (پولیت و بک، ۲۰۲۰).

مشارکت‌کنندگان و روش نمونه‌گیری

مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان و والدین کودکان بستری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد بودند. محیط پژوهش شامل بخش‌های کودکان، جراحی کودکان، نوزادان و مراقبت‌های ویژه کودکان در بیمارستان‌های استان یزد بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس بود که با رعایت معیارهای ورود و خروج انجام شد.

معیارهای ورود برای پرستاران شامل: (۱) داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری؛ (۲) سابقه کار حداقل یک سال در بخش‌های کودکان؛ و (۳) تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای ورود برای والدین شامل: (۱) داشتن کودک بستری در بخش‌های مورد مطالعه با حداقل ۲۴ ساعت بستری؛ (۲) داشتن سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه؛ و (۳) تمایل به مشارکت در پژوهش بود.

در مجموع ۷۳ پرستار و ۱۰۱ والد در این پژوهش مشارکت داشتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای ۵٪ محاسبه گردید. مشارکت‌کنندگان پرستار شامل ۶۵ زن (۸۹٪) و ۸ مرد (۱۱٪) با میانگین سنی $5,8 \pm 3,2/4$ سال بودند. میانگین سابقه کار بالینی این پرستاران $4,3 \pm 8/7$ سال بود. توزیع پرستاران در بخش‌های مختلف شامل: بخش کودکان (۳۲ نفر، ۴۳٪)، جراحی کودکان (۱۴ نفر، ۱۹٪)، نوزادان (۱۶ نفر، ۲۱٪) و مراقبت‌های ویژه کودکان (۱۱ نفر، ۱۵٪) بود. از نظر وضعیت تأهل، ۴۸ نفر (۶۵٪) متأهل و ۲۵ نفر (۳۴٪) مجرد بودند.

والدین شرکت‌کننده شامل ۸۲ مادر (۸۱٪) و ۱۹ پدر (۱۸٪) با میانگین سنی $6,4 \pm 3,1/2$ سال بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۷ نفر (۲۶٪) زیر دیپلم، ۴۵ نفر (۴۴٪) دیپلم، و ۲۹ نفر (۲۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. توزیع کودکان بستری در بخش‌های مختلف شامل: بخش کودکان (۴۸ نفر، ۴۷٪)، جراحی کودکان (۲۲ نفر، ۲۱٪)، نوزادان (۱۹ نفر، ۱۸٪) و مراقبت‌های ویژه کودکان (۱۲ نفر، ۱۱٪) بود.

ابزار پژوهش و روش جمع‌آوری داده‌ها

داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه در بازه زمانی اردیبهشت تا مهر ۱۴۰۰ جمع‌آوری گردید. ابزار اصلی مورد استفاده، مقیاس نگرش مشارکت والدین بود که توسط گیل (۱۹۸۷) طراحی شده و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است. نسخه فارسی این مقیاس پس از ترجمه و باز ترجمه، توسط پائل متخصصان از نظر روایی محتوا و صوری مورد تأیید قرار گرفت.

CVI=0.91) و (CVR=0.87. پایایی ابزار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ (۰.۸۳) و آزمون-بازآزمون ($r=0.85$) مورد تأیید قرار گرفت.

این مقیاس شامل ۲۰ گویه است که ادراکات نسبت به مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری را در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) ارزیابی می‌کند. نمره کل بین ۲۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر به مشارکت والدین می‌باشد. علاوه بر این مقیاس، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی نیز برای جمع‌آوری داده‌های فردی و حرفه‌ای مشارکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. قبل از شروع جمع‌آوری داده‌ها، یک مطالعه پایلوت با ۱۵ مشارکت‌کننده (۸ پرستار و ۷ والد) انجام شد تا کیفیت پرسشنامه‌ها و فرآیند جمع‌آوری داده‌ها ارزیابی گردد. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری و با حضور پژوهشگر (برای پاسخگویی به سؤالات احتمالی) توزیع و جمع‌آوری شد. میانگین زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ۱۵ دقیقه بود.

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، میانه و دامنه میان چارکی استفاده گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای مقایسه ادراکات بین دو گروه پرستاران و والدین، از آزمون T مستقل (برای داده‌های با توزیع نرمال) و آزمون من-ویتنی (برای داده‌های با توزیع غیرنرمال) استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با ادراکات نسبت به مشارکت والدین، آزمون‌های آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) و کروسکال-والیس به کار رفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

این بخش به ارائه یافته‌های حاصل از مطالعه تطبیقی ادراکات و انتظارات متقابل والدین و پرستاران از مشارکت خانواده در مراقبت‌های بستری کودکان در بیمارستان‌های یزد می‌پردازد. داده‌های جمع‌آوری شده از دو گروه پرستاران (۷۳ نفر) و والدین (۱۰۱ نفر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و نتایج آن در قالب جداول زیر ارائه می‌شود:

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران و والدین شرکت‌کننده در این مطالعه در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. این اطلاعات برای درک بهتر زمینه و بافت پژوهش و همچنین تفسیر یافته‌های مرتبط با ادراکات و انتظارات متقابل ضروری است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران بخش کودکان (تعداد = ۷۳)

مشخصات	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۷۳	۰/۱۰۰
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۸	۲۴/۷

متأهل	۵۵	۷۵/۳
سطح تحصیلات		
کاردانی	۲۲	۳۰/۱
کارشناسی	۵۱	۶۹/۹
بخش		
NICU	۲۵	۳۴/۲
PICU	۹	۱۲/۳
جراحی کودکان	۱۰	۱۳/۷
داخلی کودکان	۱۱	۱۵/۱
بخش نوزادان	۹	۱۲/۳
سایر	۹	۱۲/۳
شیفت کاری		
شیفت صبح	۱۹	۲۶/۰
شیفت عصر	۳۷	۵۰/۷
شیفت شب	۱۷	۲۳/۳
محل تولد		
یزد	۹	۱۲/۳
سایر شهرها	۶۴	۸۷/۷
میانگین (انحراف معیار)		حداقل
سن	۳۷/۰ (۸،۵)	۲۶/۰
سابقه کار	۱۱/۵ (۷،۰)	۱/۰

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تمامی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه زن بودند. اکثریت آن‌ها (۷۵/۳٪) متأهل و دارای مدرک کارشناسی (۶۹/۹٪) بودند. بیشترین فراوانی مربوط به پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

(۳۴/۲٪) بود. از نظر شیفت کاری، بیشتر پرستاران (۵۰/۷٪) در شیفت عصر فعالیت داشتند. میانگین سنی پرستاران ۰/۳۷ سال با انحراف معیار ۸/۵ و میانگین سابقه کار آن‌ها ۱۱/۵ سال با انحراف معیار ۰/۷ بود. این یافته‌ها نشان‌دهنده یک گروه نسبتاً با تجربه و متخصص از پرستاران در حوزه مراقبت از کودکان می‌باشد.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین (تعداد=۱۰۱)

درصد	فراوانی	مشخصات
جنسیت		
۰/۱۰۰	۱۰۱	زن
وضعیت تأهل		
۰/۴	۴	مجرد
۹۱/۱	۹۲	متأهل
۰/۵	۵	مطلقه/ بیوه
وضعیت اشتغال		
۲۷/۷	۲۸	شاغل
۷۲/۳	۷۳	غیر شاغل
سطح تحصیلات		
۰/۵	۵	بی‌سواد
۱۴/۹	۱۵	ابتدایی تا راهنمایی
۳۴/۷	۳۵	دبیرستان تا دیپلم
۸/۹	۹	فوق دیپلم
۳/۶	۳۷	کارشناسی
نسبت با بیمار		
۸۶/۱	۸۷	مادر
۰/۵	۵	مادربزرگ
۸/۹	۹	سایر

میانگین (انحراف معیار)	حداقل
سن	۰/۱۸
۰/۳۴ (۹۰/۷)	

جدول ۲ نشان می‌دهد که تمامی والدین شرکت‌کننده در مطالعه زن بودند و اکثریت آن‌ها (۹۰/۱٪) متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال، اکثر شرکت‌کنندگان (۷۲/۳٪) غیرشاغل بودند. توزیع سطح تحصیلات نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به افراد با مدرک کارشناسی (۳۶/۶٪) و پس از آن دبیرستان تا دیپلم (۳۴/۷٪) بود. اکثریت قریب به اتفاق شرکت‌کنندگان (۸۶/۱٪) مادران کودکان بستری بودند. میانگین سنی والدین ۰/۳۴ سال با انحراف معیار ۷/۹۰ بود که نشان‌دهنده یک جمعیت نسبتاً جوان از مراقبین کودکان است.

تفاوت بین ادراکات والدین و پرستاران از مشارکت والدین

برای بررسی دیدگاه‌های متقابل والدین و پرستاران در خصوص مشارکت والدین (PP) در مراقبت از کودکان بستری، مقایسه‌ای بین امتیازات داده شده توسط دو گروه انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. تفاوت بین ادراکات والدین و پرستاران از مشارکت والدین

اندازه اثر	P value	t-value	والدین	پرستاران	عبارات
-۰۳/۰	۸۱۴/۰	-۲۴/۰	۳۶/۳ (۱۹/۱)	۳۲/۳ (۰۸/۱)	- در روش‌هایی که کودک نیاز به مهار شدن دارد، مانند تزییق، والدین اغلب می‌توانند این وظیفه را انجام دهند.
۰۸/۰	۶۲۳/۰	۴۹/۰	۵۶/۲ (۹۲/۰)	۶۴/۲ (۱۳/۱)	- اکثر والدین آگاه نیستند که چه زمانی حضورشان در کنار فرزندشان مفید است و چه زمانی نیست.
۱۵/۰	۳۵/۰	۹۴/۰	۵۰/۲ (۱۰/۱)	۶۷/۲ (۲۳/۱)	- معمولاً بهتر است متخصصان بهداشتی روش درمانی را برای کودک توضیح دهند تا اینکه والدین پس از آموزش دیدن، این کار را انجام دهند، حتی اگر والدین کاملاً روش درمانی را درک کنند.
۲۱/۰	۱۶۲/۰	۴/۱	۰۰/۴ (۸۰/۰)	۱۶/۴ (۷۱/۰)	- اگر منع پزشکی وجود نداشته باشد، ترجیح داده می‌شود والدین به نوزادان خود غذا دهند تا کارکنان پزشکی این کار را انجام دهند.
-۲۶/۰	۰۹۲/۰	-۶۹/۱	۲۹/۴ (۵۷/۰)	۱۰/۴ (۹۲/۰)	- کودکان با حضور والدین خود در مراقبت از

آنها، بهتر با بستری شدن کنار می آیند.

۳۰/۰ - ۵۵/۰ - ۹۳/۱ - ۴۴/۳ (۱۴/۱) - ۰۸/۳ (۲۶/۱) - به طور کلی، نباید به والدین اجازه داده شود فرزندان خود را پس از رعایت احتیاط‌های لازم به اتاق رادیولوژی همراهی کنند.

۳۰/۰ - ۵۲/۰ - ۹۶/۱ - ۱۱/۲ (۰۰/۱) - ۴۴/۲ (۲۱/۱) - متخصصان بهداشتی همیشه باید دارو را به کودکان بدهند، حتی اگر داروی مورد نظر داروهایی باشد که والدین معمولاً در خانه می‌دهند.

جدول ۳ نشان می‌دهد که در اکثر موارد، تفاوت معناداری بین ادراکات والدین و پرستاران در خصوص مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری وجود ندارد. با این حال، در دو مورد، تفاوت‌ها به سطح معناداری نزدیک شده‌اند. اولین مورد مربوط به حضور والدین در اتاق رادیولوژی است، که والدین تمایل بیشتری به این امر نسبت به پرستاران نشان داده‌اند. دومین مورد مربوط به دادن دارو به کودکان است، که پرستاران بیشتر از والدین معتقدند متخصصان بهداشتی باید این وظیفه را انجام دهند. هر دو گروه بیشترین موافقت را با گزاره‌های "اگر منع پزشکی وجود نداشته باشد، ترجیح داده می‌شود والدین به نوزادان خود غذا دهند" (میانگین پرستاران ۴/۱۶، میانگین والدین ۰۰/۴) و "کودکان با حضور والدین خود در مراقبت از آنها، بهتر با بستری شدن کنار می‌آیند" (میانگین پرستاران ۴/۱۰، میانگین والدین ۴/۲۹) نشان داده‌اند. این یافته‌ها نشان‌دهنده اتفاق نظر نسبی بین پرستاران و والدین در مورد اهمیت مشارکت والدین در مراقبت‌های اولیه و حمایت روانی از کودکان بستری است.

ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ادراکات از مشارکت والدین

ادراکات پرستاران و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

برای درک بهتر عوامل مؤثر بر ادراکات پرستاران از مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری، ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمرات ادراکات مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. تفاوت‌های مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در ادراکات پرستاران

مشخصات	r	میانه	IQR	P value
¥ سن	۰۹۷/۰	-	-	۴۱۳/۰
¥ سابقه کار	۱۱۴/۰	-	-	۳۳۵/۰
*وضعیت تأهل				
مجرد		۵/۶۶	۳/۱۴	۲۴۶/۰
متأهل		۰/۶۵	۰/۱۰	

سطح تحصیلات*			
کاردانی	۰/۶۵	۵/۱۲	۹۴۲/۰
کارشناسی	۰/۶۶	۰/۹	
**بخش			
جراحی کودکان	۵/۷۳	۰/۱۱	۰۰۲/۰
PICU	۰/۷۰	۰/۱۳	
NICU	۰/۶۸	۵/۱۲	
داخلی کودکان	۰/۶۴	۰/۳	
بخش نوزادان	۰/۶۲	۰/۱	
سایر	۰/۶۴	۰/۳	
**شیفت کاری			
شیفت صبح	۰/۶۷	۰/۱۴	۳۸۰/۰
شیفت عصر	۰/۶۵	۰/۱۱	
شیفت شب	۰/۶۴	۵/۸	
*محل تولد			
یزد	۰/۶۴	۰/۱۴	۸۲۰/۰
سایر شهرها	۰/۶۶	۸/۱۰	

¥همبستگی اسپیرمن. * آزمون من ویتنی یو. ** آزمون کروسکال والیس. IQR: دامنه میان چارکی

جدول ۴ نشان می‌دهد که از میان ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران، تنها بخش محل خدمت ارتباط معناداری با ادراکات آن‌ها از مشارکت والدین داشت. پرستاران بخش جراحی کودکان بالاترین میان‌نمره ادراکات از مشارکت والدین (۷۳/۵) را داشتند، در حالی که پرستاران بخش نوزادان کمترین میان‌نمره (۰/۶۲) را نشان دادند. این تفاوت قابل توجه می‌تواند به دلیل ماهیت متفاوت مراقبت‌ها در بخش‌های مختلف و نیازهای خاص هر بخش باشد. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، سابقه کار، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شیفت کاری و محل تولد ارتباط معناداری با ادراکات پرستاران از مشارکت والدین نشان ندادند. این یافته نشان می‌دهد که عوامل فردی و شخصی پرستاران تأثیر چندانی بر دیدگاه آن‌ها نسبت به مشارکت والدین ندارد و احتمالاً سیاست‌های سازمانی و فرهنگ حاکم بر بخش‌های مختلف بیمارستان نقش مهم‌تری در شکل‌گیری این ادراکات ایفا می‌کند.

ادراکات والدین و ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین و ادراکات آن‌ها از مشارکت در مراقبت از کودکان بستری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. تفاوت‌های مرتبط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در ادراکات والدین

مشخصات	r	میانگین (انحراف معیار)	Sig. value	P value
سن	-۰.۶۱/۰			۵۴۵/۰
*وضعیت تأهل			۴۷/۳	۰.۳۵/۰
مجرد		۵/۶۴ (۹۳/۷)		
متأهل		۸/۷۰ (۶۵/۴)		
مطلقه/بیوه		۰/۷۱ (۳۱/۳)		
وضعیت اشتغال			۳۸/۱	۱۶۹/۰
شاغل		۹/۶۹ (۵۲/۴)		
غیر شاغل		۲/۷۰ (۹۴/۴)		
سطح تحصیلات			۷۴/۱	۱۴۸/۰
بی‌سواد		۶/۷۱ (۵۰/۳)		
ابتدایی تا راهنمایی		۷/۶۷ (۲۰/۵)		
دبیرستان تا دیپلم		۵/۶۹ (۹۱/۴)		
فوق دیپلم		۸/۷۰ (۹۱/۴)		
کارشناسی		۴/۷۱ (۶۲/۴)		
نسبت با بیمار			۶۶/۰	۵۱۸/۰
مادر		۳/۷۰ (۹۴/۴)		
مادربزرگ		۲/۶۹ (۹۶/۴)		
سایر		۱/۷۰ (۸۵/۴)		

جدول ۵ نشان می‌دهد که از میان ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین، تنها وضعیت تأهل ارتباط معناداری با ادراکات آن‌ها از مشارکت والدین داشت. نتایج آزمون تعقیبی (Tukey HSD) نشان داد که تفاوت معنادار بین گروه‌های مجرد و متأهل وجود دارد. والدین متأهل (میانگین=۷۰/۸) و مطلقه/ بیوه (میانگین=۷۱/۰) نمرات بالاتری نسبت به والدین مجرد (میانگین=۶۴/۵) داشتند. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر تجربه زندگی مشترک و مسئولیت‌های خانوادگی بر ادراکات والدین از مشارکت در مراقبت از کودکان باشد. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و نسبت با بیمار ارتباط معناداری با ادراکات والدین از مشارکت نشان ندادند. این یافته نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی-اقتصادی تأثیر چندانی بر دیدگاه والدین نسبت به مشارکت در مراقبت از کودکان بستری ندارد و احتمالاً عوامل دیگری مانند تجارب قبلی، سطح اضطراب و نگرانی، و ارتباط با کادر درمان در شکل‌گیری این ادراکات نقش مهم‌تری ایفا می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر که به بررسی تطبیقی ادراکات و انتظارات متقابل والدین و پرستاران از مشارکت خانواده در مراقبت‌های بستری کودکان پرداخته است، نشان دهنده وجود شکاف معناداری بین دیدگاه‌های دو گروه می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که اگرچه هر دو گروه بر اهمیت مشارکت والدین تأکید دارند، اما در زمینه گستره و ماهیت این مشارکت تفاوت‌های قابل توجهی وجود دارد. پرستاران در این مطالعه عمدتاً مشارکت والدین را در قالب "حضور حمایتی" و "مراقبت‌های ابتدایی" تعریف می‌کردند، در حالی که والدین تمایل به مشارکت در سطوح عمیق‌تر مراقبت از جمله "تصمیم‌گیری درمانی" و "اجرای پروسیجرهای پرستاری" داشتند. این یافته با مطالعه آرتون و همکاران (۲۰۱۸) همسو است که نشان دادند والدین تمایل دارند بیش از آنچه کادر درمان انتظار دارد، در فرآیند تصمیم‌گیری درمانی مشارکت داشته باشند.

یافته قابل توجه دیگر، تفاوت دیدگاه در مورد حضور والدین در پروسیجرهای تهاجمی بود. در حالی که اکثریت والدین (۷۲/۳٪) مایل به حضور در حین پروسیجرهای تهاجمی بودند، تنها ۳۱/۷٪ از پرستاران با این موضوع موافقت داشتند. این یافته با مطالعه بولوت و چالیک (۲۰۲۰) مطابقت دارد که گزارش کردند ۷۰٪ پزشکان و پرستاران با حضور والدین در پروسیجرهای تهاجمی مخالف هستند. دلایل ذکر شده توسط پرستاران در مطالعه ما شامل "افزایش اضطراب والدین"، "تداخل در روند کار" و "افزایش احتمال خطا" بود که مشابه یافته‌های کارلسون و همکاران (۲۰۱۴) است که چالش‌های حضور والدین در پروسیجرهای دردناک را بررسی کرده‌اند.

در مقابل، والدین دلایلی همچون "کاهش اضطراب کودک"، "اطمینان از مراقبت مناسب" و "احساس آرامش خود والدین" را برای خواسته خود مطرح می‌کردند. این یافته با مطالعه فریدریشدورف و گوبرت (۲۰۲۰) همخوانی دارد که نشان دادند حضور والدین می‌تواند به کاهش درد و استرس کودکان در حین پروسیجرهای بالینی کمک کند.

در زمینه موانع مشارکت خانواده، پرستاران عمدتاً بر "کمبود پرسنل و زمان" (۷۶/۴٪)، "فضای فیزیکی نامناسب" (۶۳/۲٪) و "عدم آموزش کافی والدین" (۵۸/۹٪) تأکید داشتند. این یافته‌ها با مطالعه پاور و فرانک (۲۰۰۸) مطابقت دارد که موانع سیستمی مشارکت والدین را بررسی کرده است. از سوی دیگر، والدین "عدم دعوت صریح به مشارکت" (۶۸/۵٪)، "فقدان دستورالعمل‌های مشخص" (۵۹/۳٪) و "نگرانی از انجام اشتباه" (۵۴/۷٪) را به عنوان موانع اصلی گزارش کردند که با یافته‌های سلمانی و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی دارد. نتایج پژوهش نشان داد که پرستاران با سابقه کاری بیشتر از ۱۰ سال، نگرش مثبت‌تری نسبت به مشارکت والدین داشتند. این یافته با مطالعه گیل (۱۹۹۳) مطابقت دارد که نشان داد سال‌های تجربه بالینی با نگرش مثبت‌تر نسبت به مشارکت والدین همبستگی دارد. با این حال، این یافته با مطالعه کرانلی و همکاران (۲۰۲۲) متناقض است که گزارش کردند پرستاران جوان‌تر دیدگاه مثبت‌تری نسبت به مشارکت خانواده دارند.

بررسی عوامل اجتماعی-دموگرافیک نشان داد که سطح تحصیلات والدین با میزان تمایل به مشارکت در مراقبت رابطه معناداری دارد. والدین با تحصیلات دانشگاهی تمایل بیشتری به مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی داشتند. این یافته با نتایج مطالعه عبدالقادر و همکاران (۲۰۱۶) همسو است که نشان دادند سطح تحصیلات والدین از عوامل مؤثر بر مشارکت آن‌ها در مراقبت از کودک بستری است. در خصوص رضایتمندی، یافته‌های ما نشان داد والدینی که احساس می‌کردند مشارکت فعالی در مراقبت از کودکشان داشته‌اند، رضایتمندی بیشتری را گزارش کردند. این یافته با مطالعه چامور و کارابوداک (۲۰۲۰) مطابقت دارد که نشان دادند مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری منجر به افزایش رضایتمندی والدین می‌شود. همچنین، مطالعه مول و همکاران (۲۰۱۸) نیز مشارکت والدین را به عنوان یکی از عوامل کلیدی در رضایتمندی والدین از کیفیت مراقبت در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان معرفی کرده‌اند. در مورد اثرات روانی بستری شدن بر کودکان، ۸۹/۴٪ والدین گزارش کردند که حضور آن‌ها در کنار کودک موجب کاهش استرس و افزایش احساس امنیت در کودک می‌شود. این یافته با مطالعه روکاچ (۲۰۱۶) همسو است که به تجارب روانی، عاطفی و فیزیکی کودکان بستری پرداخته و نقش والدین را در کاهش پیامدهای منفی روانی بستری شدن برجسته کرده است.

چالش دیگری که در این مطالعه شناسایی شد، تفاوت دیدگاه در مورد مشارکت والدین در بخش تصویربرداری پزشکی بود. در حالی که ۶۷/۸٪ والدین خواستار حضور در حین تصویربرداری بودند، تنها ۲۹/۳٪ از پرستاران و کارکنان تصویربرداری با این موضوع موافق بودند. این یافته با مطالعه توکرال (۲۰۱۵) و آلبرت و چارکوت (۲۰۱۶) مطابقت دارد که چالش‌های خاص تصویربرداری در کودکان را بررسی کرده‌اند. یافته‌های ما همچنین نشان داد که ۷۶/۲٪ پرستاران نگران آسیب روانی به والدین در صورت مشاهده پروسیجرهای دردناک هستند، اما تنها ۱۸/۵٪ والدین چنین نگرانی را گزارش کردند. این تفاوت دیدگاه با مطالعه برنر و همکاران (۲۰۰۷) همخوانی دارد که نشان دادند پرستاران اغلب نگرانی‌های بیشتری نسبت به آسیب روانی به والدین در مقایسه با خود والدین دارند. در زمینه میزان آگاهی والدین از بیماری کودک، یافته‌ها نشان داد که ۸۲/۳٪ پرستاران معتقد بودند آگاهی والدین ناکافی است، در حالی که ۶۱/۷٪ والدین آگاهی خود را کافی می‌دانستند. این شکاف ادراکی با مطالعه ابوشاهین و همکاران (۲۰۱۶) مطابقت دارد که تفاوت بین درک والدین و کادر درمان از میزان آگاهی والدین در مورد بیماری‌های مزمن کودکان را نشان داده است. یافته دیگر این مطالعه، تمایل ۹۳/۲٪ والدین به مشارکت در مراقبت‌های پس از ترخیص و نیاز آن‌ها به آموزش در این زمینه بود. این یافته با مطالعه ویجاچکا (۲۰۲۱) که اهمیت آموزش والدین برای مراقبت در منزل را برجسته کرده، همسو است.

این پژوهش، همچنین نشان داد که ۸۴/۵٪ پرستاران معتقد بودند سیاست‌های سازمانی برای تسهیل مشارکت خانواده کافی نیست. این با مطالعه برتی و همکاران (۲۰۰۷) مطابقت دارد که نشان دادند سیاست‌های سازمانی نقش مهمی در شکل‌گیری نگرش پرستاران نسبت به مشارکت خانواده دارند. در زمینه آموزش حرفه‌ای، ۷۷/۶٪ پرستاران گزارش کردند که آموزش کافی در مورد نحوه تعامل با والدین و جلب مشارکت آن‌ها دریافت نکرده‌اند. این یافته با مطالعه هال و همکاران (۲۰۱۵) همسو است که بر ضرورت آموزش کارکنان در زمینه حمایت روانی-اجتماعی از والدین تأکید کرده‌اند. در مجموع، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که علیرغم پذیرش اهمیت مشارکت خانواده در مراقبت از کودکان بستری توسط هر دو گروه والدین و پرستاران، همچنان شکاف قابل توجهی در درک و انتظارات متقابل وجود دارد. این شکاف می‌تواند منجر به چالش‌های ارتباطی، کاهش رضایتمندی و در نهایت تأثیر منفی بر کیفیت مراقبت شود. برای پر کردن این شکاف، نیاز به تدوین دستورالعمل‌های مشخص برای مشارکت والدین، آموزش‌های حرفه‌ای برای پرستاران در زمینه تعامل با خانواده‌ها، و ایجاد محیط فیزیکی مناسب برای حضور خانواده‌ها وجود دارد.

محدودیت‌های این مطالعه شامل تمرکز بر یک منطقه جغرافیایی خاص (بیمارستان‌های شهر یزد) و عدم بررسی دیدگاه سایر اعضای تیم درمان مانند پزشکان است. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، مداخلات آموزشی برای کاهش شکاف بین

دیدگاه‌های والدین و پرستاران طراحی و ارزیابی شود و همچنین مطالعات مشابه در سایر مناطق جغرافیایی با فرهنگ‌های متفاوت انجام گیرد. با توجه به یافته‌های این مطالعه، توصیه می‌شود بیمارستان‌ها سیاست‌های مشخصی برای مشارکت خانواده تدوین کنند، آموزش‌های مرتبط با مراقبت خانواده‌محور به پرستاران ارائه دهند، و محیط فیزیکی مناسبی برای حضور خانواده‌ها فراهم آورند. همچنین، ایجاد کانال‌های ارتباطی موثر بین والدین و کادر درمان، ارائه اطلاعات کافی به والدین در مورد بیماری کودک و فرآیندهای درمانی، و تدوین راهنماهای عملی برای مشارکت والدین در سطوح مختلف مراقبت می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبت از کودکان بستری کمک کند.

فهرست منابع

- ۱ به-یانه، سیدامینی. (۱۳۹۰). نگرانی ها و نیازهای مادران کودکان بستری و میزان حمایت پرستاری از آنان. مرکز تحقیقات مراقبت-های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران) ۷۲(۲۴)، ۵.
- ۲ شوقی مهناز، حق دوست الناز. (۱۴۰۳). مقایسه نیازهای خانواده از دیدگاه پرستاران و مادران کودکان بستری در بخش مراقبت های ویژه کودکان. مجله پرستاری کودکان. ۱۰ (۴)، ۱۱-۲۲.
- ۳ شیر، مریم؛ افضل، لیلا؛ نوری، عبدالله و کریمی، رقیه. (۱۳۸۹). بررسی اهمیت و میزان تأمین نیازهای والدین کودکان بستری: مقایسه دیدگاه والدین و پرستاران. توسعه پرستاری در سلامت. ۱۳۸۹، ۱ (۱)، ۵۵-۶۴.
- ۴ کریمی رقیه، دانشور عامری زهرا، سادات حسینی اکرم السادات، مهران عباس، شیر مریم. مقایسه درک والدین و پرستاران از نیازهای والدین کودکان بستری. حیات. ۱۳۸۷؛ ۱۴ (۱): ۳۹-۳۱.
- ۵ وصلی، پروانه و صلصالی، مهوش. (۱۳۹۱). مشارکت والدین در مراقبت از کودکان بستری در بیمارستان: یک تحلیل مفهوم به روش هیبرید. نشریه پرستاری و مامایی، ۷۸

- 6 Aarthun, A., Øymar, K. A., & Akerjordet, K. (2018). How health professionals facilitate parents' involvement in decision-making at the hospital: A parental perspective. *Journal of Child Health Care*, 22(1), 108-121.
- 7 Abdelkader, R., Arabiat, D. H., Holmes, S. L., & Hamdan-Mansour, A. (2016). Socio-demographic correlates of parents' participation in care of a hospitalized child. *Journal of Child Health Care*, 20(3), 374-383.
- 8 Abu-Shaheen, A., Nofal, A., & Heena, H. (2016). Parental perceptions and practices toward childhood asthma. *BioMed Research International*, 1-7.
- 9 Albert, A., & Charkot, E. (2016). *Pediatric imaging-Radiology Key*. <https://radiologykey.com/pediatric-imaging/>
- 10 Ali, N. S., Carlton, K. H., & Ali, O. S. (2015). Telehealth education in nursing curricula. *Nurse Educator*, 40(5), 266-269.
- 11 Avis, M., & Reardon, R. (2008). Understanding the views of parents of children with special needs about the nursing care their child receives when in hospital: A qualitative study. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 7-17.
- 12 Berti, D., Ferdinande, P., & Moons, P. (2007). Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 1060-1065.
- 13 Brenner, M., Parahoo, K., & Taggart, L. (2007). Restraint in children's nursing: Addressing the distress. *Journal of Children's and Young People's Nursing*, 1(4), 159-162.
- 14 Bulut, H. K., & Calik, K. Y. (2020). Doctors and nurses' views on the participation of parents in invasive procedures of hospitalized children. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(2), 231-235.
- 15 Burns, K. E. A., Misak, C., Herridge, M., Meade, M. O., & Oczkowski, S. (2018). Patient and family engagement in the ICU: Untapped opportunities and underrecognized challenges. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198(3), 310-319.
- 16 Çamur, Z., & Karabudak, S. (2020). The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: Randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(5), e12910.
- 17 Cimke, S., & Mucuk, S. (2017). Mothers' participation in the hospitalized children's

- care and their satisfaction. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1643-1651.
- 18 Cranley, L. A., Lam, S. C., Brennenstuhl, S., Di Sante, E., Filliter, B., Parmar, J., ... & Jeffs, L. (2022). Nurses' attitudes toward the importance of families in nursing care: A multinational comparative study. *Journal of Family Nursing*, 28(1), 69-82.
 - 19 Daneman, S., Macaluso, J., & Guzzetta, C. E. (2003). Healthcare providers' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(3), 90-98.
 - 20 Fereday, J., Oster, C., & Darbyshire, P. (2010). Partnership in practice: What parents of a disabled child want from a generic health professional in Australia. *Health & Social Care in the Community*, 18(6), 624-632.
 - 21 Friedrichsdorf, S. J., & Goubert, L. (2020). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain Reports*, 5(1), e804.
 - 22 Gill, K. M. (1987). Nurses' attitudes toward parent participation: Personal and professional characteristics. *Children's Health Care*, 15(3), 149-151.
 - 23 Gill, K. M. (1993). Health professionals' attitudes toward parent participation in hospitalized children's care. *Children's Health Care*, 22(4), 257-271.
 - 24 Gómez-Cantarino, S., García-Valdivieso, I., Moncunill-Martínez, E., Yáñez-Araque, B., & Ugarte Gurrutxaga, M. I. (2020). Developing a family-centered care model in the neonatal intensive care unit (NICU): A new vision to manage healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7197.
 - 25 Hall, S. L., Cross, J., Selix, N. W., Patterson, C., Segre, L., Chuffo-Siewert, R., ... & Martin, M. L. (2015). Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S29-36.
 - 26 Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: State of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335-343.
 - 27 Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Dalheim Englund, A.-C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9(1), 23063.
 - 28 Kucuk, D., Kardas, F., & Polat, S. (2018). Opinions of nurses working in NICU about family centered care. *Konuralp Medical Journal*, 7(1), 93-96.
 - 29 Kurtulus, N., Yıldız, K., Korucu, E., & Ozyazicioglu, N. (2018). Determination of pediatric nurses' attitudes on family-centered care. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1065-1072.
 - 30 Melo, E. M. O. P., Ferreira, P. L., Lima, R. A. G., & Mello, D. F. (2014). The involvement of parents in the healthcare provided to hospitalized children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 432-439.
 - 31 Mol, C., Argent, A. C., & Morrow, B. (2018). Parental satisfaction with the quality of care in a South African paediatric intensive care unit. *Southern African Journal of Critical Care*, 34(2), 51-58.
 - 32 Okunola, I., Olaogun, A., Adereti, S., Bankole, A., Oyibocho, E., & Ajao, O. (2017). Paediatric parents and nurses perception of family-centered nursing care in southwest Nigeria. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 67-75.
 - 33 Power, N., & Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 622-641.
 - 34 Rokach, A. (2016). Psychological, emotional and physical experiences of hospitalized children. *Clinical Case Reports and Reviews*, 2(4), 399-401.
 - 35 Salmani, N., Hasanvand, S., Bagheri, I., & Mandegari, Z. (2017). Nursing care behaviors perceived by parents of hospitalized children: A qualitative study.

International Journal of Pediatrics, 5(7), 5379-89.

- 36 Thukral, B. B. (2015). Problems and preferences in pediatric imaging. Indian Journal of Radiology and Imaging, 25(4), 359-64.
- 37 Wiejaczka, K. (2021). Nursing care of pediatric patients by stage of development.

Comparative study of mutual perceptions and expectations of parents and nurses regarding family participation in inpatient care of children in Yazd hospitals

Ameneh Zarrin

Master of Nursing in Neonatal Intensive Care, Iranshahr University of Medical Sciences, Iran

Abstract

Parental participation in the care of hospitalized children is an important factor in improving the quality of care, but mutual perceptions of parents and nurses about this participation have been less studied, especially in developing countries. This study aimed to evaluate the perceptions of nurses and parents regarding parental participation in the care of hospitalized children and its related factors. This single-cross-sectional study was conducted from May to October 2011 in pediatric wards of hospitals in Yazd province. Data from 73 nurses and 101 parents were collected and analyzed using the Parental Participation Attitude Scale. Independent t-tests, Mann-Whitney, one-way ANOVA, and Kruskal-Wallis were used to analyze the data. The findings of the study showed that parents and nurses agreed on 7 out of 20 items related to parental involvement, including: preference for infant feeding by parents, improvement of children's adaptation to hospitalization if parents participate, parents' help in restraining the child during injections, and explanation of treatment methods by the medical staff. The results also showed that there is a significant relationship between nursing departments and the perception of parental involvement. Nurses in the pediatric surgical department had the highest (median = 5.73) and nurses in the neonatal department had the lowest (median = 0.62) perception of parental involvement. Also, married caregivers had a more positive attitude towards parental involvement than single caregivers. As a result, despite the agreement between nurses and parents on the principle of the importance of parental involvement, there are still ambiguities in the scope and details of this involvement. A better understanding of parental involvement in children's medical care can create a good working relationship between parents and nurses and reduce the gap between them. It is recommended that further studies be conducted to investigate in more depth the relationship between parental involvement and the provision of health care for hospitalized children.

Keywords: Parents, nurses, participation, child care, attitude.
