مقایسه درک اهمیت مراقبت خانواده محور از دیدگاه کارکنان پرستاری و مادران کودکان بستری در بخش‌های کودکان

آذر آران* فرخ اباذری** جمیله فرخ‌زادیان** منصوره عزیززاده فروزی***

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: *مراقبت خانواده محور مفهومی برای توصیف رویکرد مراقبت از کودکان و خانواده‌های آن‌ها در حوزه خدمات بهداشتی است و عنصر اصلی آن دخالت والدین در مراقبت از کودک می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه درک اهمیت مراقبت خانواده محور از دیدگاه کارکنان پرستاری و مادران کودکان بستری در بخش‌های کودکان انجام یافته است.*

روش بررسی: *این مطالعه مقطعی در مورد ۸۲ مادر و ٦۰ نفر از کارکنان پرستاری شاغل در بخش‌های کودکان بیمارستان افضلی‌پور کرمان در سال ۱۳۹۵ انجام گرفته است. در این مطالعه از پرسشنامه درک مراقبت خانواده محور از دیدگاه پرستاران و مادران استفاده شده است. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی، آنووا و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفته است.*

یافته‌ها: *میانگین نمره درک اهمیت مراقبت خانواده محور از دیدگاه مادران ۰/۸۵±۲/٤۷ و کارکنان پرستاری ۰/۷۹±۳/۱۷ (حداکثر نمره قابل کسب ٤) و تفاوت دو گروه معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). در هر دو گروه بیش‌ترین میانگین مربوط به حیطه همکاری و کم‌ترین مربوط به حیطه حمایت بود.*

نتیجه‌گیری: *یافته‌ها نشان داد درک پرستاران و مادران از مراقبت خانواده محور مثبت است، ولی پرستاران به طور معناداری درک مثبت‌تری نسبت به مادارن دارند. این می‌تواند امیدوار کننده باشد و نیاز است که کارکنان پرستاری نسبت به مشارکت مادران در مراقبت کوشا باشند، تا کودک از مراقبت بهتری برخوردار شود.*

نویسنده مسؤول:
منصوره عزیززاده فروزی؛ دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
e-mail:
forozy@gmail.com

واژه‌های کلیدی: *کارکنان پرستاری، کودکان، مراقبت پرستاری، مراقبت خانواده محور، مادران*

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹٦ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹٦ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۷/۳/۹

مقدمه

«مراقبت خانواده محور مفهومی برای توصیف رویکرد مراقبت از کودکان و خانواده‌های آن‌ها در حوزه خدمات بهداشتی است و عنصر اصلی آن دخالت والدین در مراقبت از کودک می‌باشد» (۱). به عبارت دیگر خانواده نقش مرکزی این نوع مراقبت را به عهده دارد (۲). این مراقبت به صورت سیستماتیک سازمان‌دهی شده است، به طوری که پویایی و پیچیدگی‌های گوناگون ابعاد مختلف بیمار و خانواده را مدنظر قرار داده و چالش‌هایی نظیر نیازهای آموزشی، عاطفی، ایفای نقش مؤثر، روابط اجتماعی، برنامه‌های درمانی و مراقبتی بیماران و نیازهای خانواده آنان را نیز در بر می‌گیرد. این شیوه به عنوان یک دیدگاه فلسفی جهانی شامل ٤ عنصر

* گروه آموزشی نوزادان دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
** گروه آموزشی بهداشت همگانی دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
*** گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

اساسی، تکریم و احترام، اشتراک اطلاعات، مشارکت و همکاری است (۳).

در حال حاضر آکادمی کودکان، مراقبت خانوده محور را رویکردی مراقبتی اعلام کرده است که موجب شکل‌گیری سیاست‌ها، برنامه‌ها، طراحی تسهیلات و تعاملات روزانه بین بیماران، خانواده، پزشک و دیگر کارکنان حرفه‌ای می‌شود. برای دستیابی به پیامد مطلوب در بیماران، باید ارتباط و همکاری بین بیمار، اعضای خانواده، پزشکان، پرستاران و تمامی اعضای تیم مراقبت برقرار گردد (٤).

لازم به ذکر است که مراقبت خانواده محور همچنین موجب کاهش اضطراب و تنش ناشی از بستری، کاهش زمان لازم برای بهبودی، همکاری بهتر بیمار در هنگام انجام رویه‌ها و افزایش ظرفیت حل مشکلات و مسایل مددجو می‌شود. از طرفی این نوع مراقبت باعث کاهش اضطراب موقعیتی مادران شده و در زمینه پرستاری موجب ارتقای تصمیمات بالینی، بهبود شرایط پیگیری به دلیل همکاری خانواده، شناخت توانایی و ظرفیت خانواده و بهبود ارتباطات بین اعضای تیم مراقبت سلامت می‌شود (٥).

Foster و همکاران بیان می‌کنند، مادران تمایل دارند که در مراقبت از کودکانشان مشارکت داشته باشند (٦). نتایج مطالعه Stuart و Melling نشان داد که مادران و کارکنان پرستاری تحت مطالعه آنان درک مشابهی نسبت به مراقبت خانواده محور داشتند و مادران مورد مطالعه آماده بودند که کارهای پایه مراقبتی انجام بدهند (۷). Hodgetts و همکاران نیز در یافته‌های مطالعه خود گزارش کردند که درک افراد خانواده از مراقبت خانواده محور برحسب نوع مراقبتی که باید انجام دهند، مثبت است (۸). در مطالعه‌ای که توسط Gill و همکاران انجام یافت، درک مادران و پرستاران از مراقبت خانواده محور مثبت اعلام شده است (۱). نتایج مطالعه Mitchell و همکاران در استرالیا نشان داد درک اعضای خانواده از احترام، تشریک مساعی و حمایت بعد از کاربرد مراقبت خانواده محور افزایش یافته است (۹).

در عین حال یافته‌های مطالعه ولی‌زاده و قاسمی نشان می‌دهد که پرستاران علی‌رغم داشتن نگرش مثبت نسبت به شرکت والدین در برنامه‌های مراقبتی و درمانی نوزادان بستری، نسبت به مشارکت والدین در امور ضروری و یا حضور آنان در کارهای تخصصی کارکنان نگرش خنثی یا منفی دارند و با وجود آشنایی نسبی پرستاران با اصول این فلسفه مراقبتی همچنان تمایلی به اجرای این شیوه ندارند (۱۰). Suhonen و همکاران بیان می‌کنند، درک پرستاران و مادران از مراقبت خانواده محور می‌تواند به عواملی مانند تجربه فرد، باورها، اعتقادات و استانداردهای مراقبت بستگی داشته باشد (۱۱). Kilic و Oztunc نیز معتقدند شناسایی درک دریافت‌کننده و ارایه‌دهنده مراقبت می‌تواند به افزایش کیفیت مراقبت و در نهایت بهبود کیفیت سیستم ارایه‌دهنده مراقبت کمک کند (۱۲).

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، مشارکت مادران در تسریع بهبودی کودک و کاهش اضطراب وی می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۳) و پرستاران نیز نقش عمده‌ای در مراقبت از کودکان دارند؛ در واقع کودک نقطه عطف

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

ارتباط پرستار با مادر است. بنابراین بررسی درک این دو گروه از اهمیت اجرای مراقبت خانواده محور ضروری به نظر می‌رسد. از آن جا که تفاوت درک مفاهیم تحت تأثیر عواملی چون تجربه فرد، موقعیت فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، باورها، شیوه‌های آموزش پرستاری می‌باشد (۱۲)، به نظر می‌رسد همراستا بودن درک این دو گروه می‌تواند در تسهیل اجرای مراقبت خانواده محور مؤثر واقع شود و موانع موجود را برطرف و یا شرایط را بهبود بخشد. زیرا تفاوت درک نشان‌دهنده روشن نبودن راهبردها و اهداف انجام این نوع مراقبت است و نیاز به تبیین بیش‌تر این مفهوم در محیط‌های مراقبتی دارد. در ضمن احتمالاً بررسی دیدگاه این دو گروه می‌تواند بر فراهم آوردن راه حل‌های مؤثر و ارتقای ارایه مراقبت تأثیرگذار باشد.

با توجه به این که آگاهی از وضعیت درک اهمیت مراقبت خانواده محور در ۲ گروه مادران و پرستاران دست کم در زمینه مطالعه حاضر اندک است و نظر به این که برای اتخاذ تدابیر لازم در جهت اجرای این روش، شواهد بیش‌تری مورد نیاز است، لذا این مطالعه با هدف مقایسه درک اهمیت مراقبت خانواده محور از دیدگاه کارکنان پرستاری و مادران کودکان بستری در بخش‌های کودکان انجام یافته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی است. جامعه پژوهش آن را کارکنان پرستاری (پرستاران و بهیاران) و مادران کودکان بستری در بخش اطفال ۱، اطفال ۲، مراقبت‌های ویژه اطفال، اورژانس اطفال و بخش آنکولوژی اطفال بیمارستان افضلی‌پور دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. در بخش اورژانس اطفال به دلیل این که کودکان بیمار در کم‌تر از ٦ ساعت تعیین تکلیف می‌شدند و به بخش‌های بستری فرستاده می‌شدند، نمونه‌گیری از مادران انجام نگرفت و تنها کارکنان پرستاری این بخش وارد نمونه‌های پژوهش شدند.

حجم نمونه برای مادران ۸۲ نفر محاسبه شد. تعداد کارکنان پرستاری ٦۰ نفر بودند که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. حجم نمونه مادران براساس مطالعات قبلی (۱) و با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد.

$$n=\frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}+z_{1-\frac{\beta}{2}}\right)^2(\delta_1^2+\delta_2^2)}{(\mu_1-\mu_2)2}=\frac{(1.96+0.8)^2(0.38^2+0.39^2)}{0.22^2}=\frac{7.61\times 031}{0.04}=\frac{2.35}{0.04}$$
$$=58$$

$$n=\frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}+z_{1-\frac{\beta}{2}}\right)^2(\delta_1^2+\delta_2^2)}{(\mu_1-\mu_2)2}=\frac{(1.96+1.28)^2(0.38^2+0.39^2)}{0.22^2}=\frac{10.49\times 031}{0.04}=\frac{3.26}{0.04}$$
$$=82$$

معیار ورود مادران شامل مادرانی بود که توانایی انجام کارهای کودک خود و شرکت در مطالعه را داشتند. همچنین کودکانشان حداقل ۷ روز در بخش اطفال بستری بودند (۱). معیار ورود کارکنان پرستاری شامل پرستاران و بهیارانی بود که سابقه کار بیش از ٦ ماه در بخش‌های مورد مطالعه داشتند.

ابزار مورد استفاده عبارت بود از: ۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای کارکنان پرستاری شامل سن، جنس،

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار، سابقه کار در بخش‌های کودکان، نوبت کاری، سمت (سرپرستار، پرستار، بهیار) و شرکت آنان در دوره‌های آموزشی مراقبت خانواده محور.

۲- پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی مادران و کودکان شامل سن، سطح سواد، محل زندگی، جنس کودک، سن کودک، تعداد فرزندان، بخش بستری کودک، سابقه بستری قبلی کودک، دفعات بستری قبلی، علت بستری فعلی (با توجه به نمونه‌های جمع‌آوری شده در ۸ گروه «بیماری‌های مربوط به سیستم عصبی، سیستم تنفسی، سیستم گوارشی، سیستم عضلانی- اسکلتی، سیستم کلیه و مجاری ادراری، بیماری‌های قلبی، خونی و سرطان‌ها» تقسیم‌بندی شد). همچنین مدت زمان بستری و زمان ترخیص کودک نیز جزء پرسشنامه یاد شده بود.

۳- پرسشنامه درک مراقبت خانواده محور از دیدگاه مادران و کارکنان پرستاری ابتدا توسط Shields و Tanner و براساس گویه‌های استفاده شده به وسیله Galvin و همکاران و Hutchfield در استرالیا توسعه و اعتباریابی شده است (۱). این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه در ۳ مقیاس فرعی است.

مقیاس‌های فرعی «احترام» که حقوق خانواده در بیمارستان را بیان می‌کند و شامل ٦ گویه است (از سؤال ۱ تا ٦). مقیاس فرعی «همکاری» بازتاب به رسمیت شناختن نقش مشارکت مادران در مراقبت از کودک است و متشکل از ۹ گویه می‌باشد (از سؤال ۷ تا ۱۵). مقیاس فرعی «حمایت»، حمایت کارکنان از نیازهای خانواده کودک بستری در بیمارستان را توصیف می‌کند و شامل ۵ گویه است (از سؤال ١٦ تا ۲۰). گویه ۲۰ پرسشنامه به دلیل عدم تطابق گویه مطرح شده با فرهنگ ایرانی حذف شد و پرسشنامه با ۱۹ گویه مورد استفاده قرار گرفت. در نتیجه مقیاس فرعی «حمایت» از ۵ گویه به ٤ گویه کاهش یافت (سؤال ١٦ تا ۱۹). گویه‌ها در هر دو پرسشنامه یکسان است، فقط در پرسشنامه مادران از ضمیر من و در پرسشنامه کارکنان، از مادران در ابتدای سؤالات استفاده می‌شود. پاسخ‌های گویه‌ها به صورت چهار گزینه‌ای لیکرت است: هرگز (امتیاز ۱)، گاهی (امتیاز ۲)، معمولاً (امتیاز ۳) و همیشه (امتیاز ٤).

نمره کلی درک از مراقبت خانواده محور براساس جمع میانگین پاسخ‌های مربوط به هر گویه در مبنای ٤ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشانه درک بیش‌تر اهمیت مراقبت خانواده محور است. در این مطالعه برای ترجمه و فرایند تطابق فرهنگی پرسشنامه از روش ترجمه باز ترجمه استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه توسط سه فرد ماهر در ترجمه متون انگلیسی ترجمه و دوباره توسط ۳ نفر از متخصصان زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. بعد میزان عدم تطابق‌ها و تطابق‌ها بررسی و نسخه فارسی پرسشنامه با تغییرات در جمله‌بندی سؤالات تهیه شد. روایی محتوای پرسشنامه ۰/۸۹ برآورد گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه والدین ۰/۹۱ و برای پرسشنامه کارکنان ۰/۸۵ تعیین شد. پرسشنامه پرستاران و مادران به صورت خودگزارشی است و برای مادرانی که بی‌سواد

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

بودند به صورت مصاحبه تکمیل شد. پژوهشگر در همان زمان پرسشنامه‌ها را گردآوری کرد.

به منظور تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، از روش‌های آمار توصیفی فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و همچنین روش‌های آمار استنباطی t مستقل، آنالیز واریانس یک راهه (ANOVA)، ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در این مطالعه ملاحظات اخلاقی رعایت شد: دریافت تأییدیه و کد اخلاق از کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان (ir.kmu.rec.1395.172)، گرفتن معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی رازی جهت معرفی به محیط و نمونه‌ها، کسب اجازه از مسؤولان بیمارستان‌ها و مدیران پرستاری برای اجرای طرح، شرح کامل اهداف پژوهش به صورت شفاهی و کتبی به مسؤولان بیمارستان‌ها، توضیح اختیاری بودن شرکت در پژوهش به نمونه‌های مورد پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، اطمینان دادن به نمونه‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده از آن‌ها، توضیح به آزمودنی‌ها در مورد عدم لزوم ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها، تقدیر از نمونه‌های مورد پژوهش در پایان مطالعه و هنگام انتشار نتایج و اجازه خروج به آزمودنی‌ها از مطالعه در هر مرحله تحقیق.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد میانگین و انحراف معیار سن کارکنان پرستاری ۷/۴۵±۳۰/۹۶، سابقه کار ۷/۶۷ ±۱۰/۶۳ و سابقه کار در بخش اطفال ۵/۳۵±۷/۷۷ بود. بیش‌ترین کارکنان پرستاری شاغل در بخش‌های کودکان زن (۹۸/۴۰٪)، متأهل (۸۱/۷۰٪)، دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۹۱/۷۰٪) و در سمت پرستار (۸۳/۴۰٪) مشغول به کار بودند. کلیه کارکنان (۱۰۰٪) در دوره‌های آموزشی مراقبت خانواده محور شرکت نکرده بودند (جدول شماره ۱).

یافته‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مادران و کودکان نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن مادران ۵/۸۰±۳۲/۳۹ و میانگین و انحراف معیار سن کودکان ۳/۷۴±۴/۷۰ بود. بیش‌تر مادران دارای مدرک کارشناسی (۴۲/۷۰٪)، ساکن شهر (۷۵/۶۰٪) با تعداد فرزند بیش‌تر از ۲ (۶۷٪) و جنس کودک دختر (۵۲/۴۰٪) بودند. اطلاعات مربوط به کودکان نشان داد اکثر کودکان سابقه بستری قبلی (۷۸٪) داشتند. بیش‌ترین تعداد دفعات بستری قبلی آن‌ها ۳-۱ دفعه (۸۰/۰۰٪) و بیش‌ترین علت بستری آن‌ها بیماری‌های دستگاه گوارش (۳۰/۵۰٪) با مدت بستری ۵-۳ روز (۵۰/۰۰٪) بود و اکثر آن‌ها (۸۶/۶۰٪) زمان ترخیص از بیمارستان را نمی‌دانستند (جدول شماره ۲).

یافته‌های مرتبط با مقایسه درک پرستاران و مادران نشان داد که میانگین کلی درک از مراقبت خانواده محور کارکنان پرستاری و مادران به ترتیب ۰/۷۹±۳/۱۷ و ۰/۸۵±۲/۴۷ بود که نشان می‌دهد درک پرستاران از مراقبت خانواده محور نسبت به مادران بیش‌تر بوده است.

همچنین بین میانگین نمره درک اهمیت مراقبت خانواده محور از دیدگاه کارکنان

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

پرستاری و مادران در ۳ حیطه احترام، همکاری و حمایت تفاوت آماری معناداری وجود داشت؛ به طوری که در هر سه حیطه میانگین نمره درک پرستاران بیش‌تر از مادران بود.

در گروه کارکنان پرستاری بیش‌ترین میانگین مربوط به حیطه همکاری (۳/۲۲±۰/۷۸) و کم‌ترین مربوط به حیطه حمایت (۳/۱۳±۰/۷۵) بود. در مادران نیز بیش‌ترین میانگین مربوط به حیطه همکاری (۲/۵۱±۰/۸۵) و کم‌ترین مربوط به حیطه حمایت (۲/۴۳±۰/۸۲) بود (جدول شماره ۳).

در این مطالعه بین درک اهمیت مراقبت خانواده محور و متغیرهای جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای پرستاران از جمله سن، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار، سمت، سابقه کار در بخش‌های کودکان و نوبت کاری تفاوت معناداری پیدا نشد ($p>0/05$).

از بین متغیرهای مربوط مادران و کودکان، فقط سابقه بستری کودک ($p=0/03$، $t=-2/15$) و زمان ترخیص ($p<0/001$، $F=5/98$) با درک مراقبت خانواده محور تفاوت آماری معناداری را نشان داد. به طوری که مادرانی که کودکشان سابقه بستری قبلی در بیمارستان را داشتند و زمان ترخیص کودکشان در همین هفته بود، درک بیش‌تری از مراقبت خانواده محور داشتند.

همچنین بین سن مادر و درک اهمیت مراقبت خانواده محور ارتباط معنادار مستقیم مشاهده شد ($p=0/01$، $r=0/26$)، یعنی با افزایش سن درک مادر بیش‌تر می‌شد.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای کارکنان پرستاری شاغل در بخش‌های کودکان مراکز آموزشی درمانی کرمان در سال ۱۳۹۵

متغیر	سطح بندی	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۱	۱/۶۰
	زن	۵۹	۹۸/۴۰
وضعیت تأهل	متأهل	۴۹	۸۱/۷۰
	مجرد	۱۱	۱۸/۳۰
مدرک تحصیلی	دیپلم بهیاری	۵	۸/۳۰
	لیسانس	۵۵	۹۱/۷۰
نوبت کاری	ثابت	۵	۸/۳۰
	در گردش	۵۵	۹۱/۷۰
سمت	سرپرستار	۵	۸/۳۰
	پرستار	۵۰	۸۳/۴۰
	بهیار	۵	۸/۳۰
شرکت در دوره‌های آموزشی مراقبت خانواده محور	بله	۰	۰
	خیر	۶۰	۱۰۰/۰
کل		۶۰	۱۰۰/۰

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۲- مشخصات مادران و کودکان بستری در بخش‌های کودکان مراکز آموزشی درمانی کرمان در سال ۱۳۹۵

متغیر	سطح‌بندی	فراوانی	درصد	متغیر	سطح بندی	فراوانی	درصد
محل زندگی	شهر	٦٢	٧٥/٦٠	سابقه بستری قبلی	بلی	٦٤	٧٨/٠٠
	روستا	٢٠	٢٤/٤٠		خیر	١٨	٢٢/٠٠
مدت زمان بستری	١تا٢ روز	٤٠	٤٨/٧٠	تعداد دفعات بستری قبلی	١ تا ٣	٥٢	٨٠/٠٠
	٣ تا ٥ روز	٤١	٥٠/٠٠		٤ تا ٧	١٢	١٨/٤٠
	٧ و بیشتر	١	١/٢٣٠		٨ و بیشتر	١	١/٦٠
جنس کودک	دختر	٤٣	٥٢/٤٠	علت بستری فعلی	عصبی	١٤	١٧/١٠
	پسر	٣٩	٤٧/٦٠		تنفسی	٧	٨/٥٠
زمان ترخیص	امروز	٢	٢/٤٠		دستگاه گوارش	٢٥	٣٠/٥٠
	فردا	١	١/٢٠		سرطان	١٠	١٢/٢٠
	همین هفته	٨	٩/٨٠		بیماری‌های خونی	١٢	١٤/٦٠
	نمی‌دانم	٧١	٨٦/٦٠				
تعداد فرزند در خانواده	تا ٢	٢٧	٣٣		اسکلتی عضلانی	٣	٣/٧٠
	بیش‌تر از ٢	٥٥	٦٧		کلیوی	٨	٩/٨٠
سطح سواد	زیر دیپلم	١٠	١٢/٢٠		قلبی	٣	٣/٦٠
	دیپلم	٢٣	٢٨/٠٠	کل		٨٢	١٠٠
	کاردانی	١٤	١٧/١٠				
	کارشناسی	٣٥	٤٢/٧٠				

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره درک اهمیت مراقبت خانواده محور و حیطه‌های آن از دیدگاه کارکنان پرستاری و مادران کودکان بستری در بخش‌های کودکان مراکز آموزشی درمانی کرمان در سال ۱۳۹۵

	گروه	میانگین و انحراف معیار	معناداری
میانگین و انحراف معیار کل	پرستاران	٣/١٧±٠/٧٩	$p<٠/٠٠١$
	مادران	٢/٤٧±٠/٨٥	
حیطه همکاری	پرستاران	٣/٢٢±٠/٧٨	$p<٠/٠٠١$
	مادران	٢/٥١±٠/٨٥	
حیطه احترام	پرستاران	٣/١٨±٠/٨٤	$p<٠/٠٠١$
	مادران	٢/٤٩±٠/٨٨	
حیطه حمایت	پرستاران	٣/١٣±٠/٧٥	$p<٠/٠٠١$
	مادران	٢/٤٣±٠/٨٢	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مرتبط با مقایسه درک اهمیت مراقبت خانواده محور از دیدگاه کارکنان پرستاری و مادران کودکان بستری در بخش‌های کودکان نشان داد که میانگین نمره درک کارکنان پرستاری از مراقبت خانواده محور نسبت به مادران بیش‌تر بوده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات محمودی و همکاران مطابقت دارد (١٤). احتمالاً مادران بر این تصور بوده‌اند که اگر در مراقبت فرزندشان دخالت کنند نتیجه مطلوبی به دست نخواهد آمد. به همین دلیل نسبت به کارکنان پرستاری مورد مطالعه نمره درک کم‌تری را کسب کرده‌اند. اصولاً بیماری کودک حادثه بسیار مهمی برای

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

خانواده به خصوص برای والدین و به‌خصوص برای مادر است، توجه مادر بیش‌تر به سمت بهبودی فرزند است تا دخالت در امر مراقبت.

نتایج مرتبط با مقایسه درک اهمیت مراقبت خانواده محور برحسب حیطه‌ها از دیدگاه کارکنان پرستاری و مادران کودکان بستری در بخش‌های کودکان نشان داد که بیش‌ترین میانگین نمره هر دو گروه مربوط به حیطه همکاری بوده است. این نتایج با مطالعات Gill و همکاران (۱)، Power و Franck (۱۵)، James و همکاران (۱۶) همچنین با نتایج مطالعات آیین و همکاران (۱۷) که در مورد مادران انجام یافته است، هم‌خوانی دارد. بدیهی است مشارکت‌کنندگان اصلی در مراقبت از کودک به لحاظ نیازی که کودک به والدین خود دارد، بعد از پرستار، والدین می‌باشند. اصولاً وابستگی کودک به مادر مانع جدایی آن‌ها شده و این خود می‌تواند مادر را به عنوان تسهیلگر وارد عرصه مراقبت نموده و همکاری لازم را با پرستار به عمل آورد. از طرفی پرستاران جهت ارایه هرچه بهتر مراقبت به این گروه در خطر (کودکان) همکاری لازم را به عمل می‌آورند. بدیهی است که بدون همکاری، انجام مراقبت امکان‌پذیر نمی‌باشد. به همین دلیل است که این حیطه از نظر دو گروه به عنوان مهم‌ترین حیطه مراقبت خانواده محور انتخاب شده است.

بعد از حیطه همکاری، بیش‌ترین میانگین نمره در هر دو گروه به حیطه احترام اختصاص یافته است که با نتایج Mitchell و همکاران هم‌خوانی دارد (۹). اصولاً احترام به شأن افراد اساس مراقبت پرستاری است و برای انجام مراقبت مناسب، پرستار نیاز دارد که ارتباط باز و صمیمانه با بیمار برقرار کند و نسبت به وجود تفاوت‌ها در افراد حساس باشد. علاوه بر دانش و مهارت، رعایت ادب و احترام و اخلاق حرفه‌ای، از مسایل مهم اخلاقی در پرستاران است؛ بنابراین احترام به کودک بستری و مادر گامی در جهت افزایش رضایت از خدمات ارایه شده توسط کارکنان پرستاری است و تبعاتی چون ارتباط مطلوب بین مادران و پرستاران، احساس امنیت، کاهش مدت اقامت در بیمارستان، کاهش هزینه‌ها و افزایش انگیزه کارکنان جهت ارایه خدمات بهتر را به همراه دارد (۱۸).

یافته‌های مطالعه همچنین نشان داد که کم‌ترین میانگین نمره هر دو گروه مربوط به حیطه حمایت بوده است. مراقبت خانواده محور یک استاندارد طلایی در بخش کودکان است. بنابراین یکی از شروط بالا بردن این استاندارد همکاری خانواده و تعامل در کنار حمایت است. حمایت از والدین مترادف با واژه مراقبت خانواده محور به کار می‌رود. احتمالاً عواملی مانند کمبود وقت به دلیل کمبود تعداد پرستار نسبت به بیمار، مهارت ناکافی پرستاران در برقراری ارتباط، بی‌توجهی پرستاران به نیازهای مادران، عجله داشتن و صحبت کردن با لحن خشن، عدم توجه و گوش سپردن به صحبت‌های اعضای خانواده بیمار، عدم توضیح در مورد رویه‌ها سبب در حاشیه گذاشتن برقراری ارتباط با والدین و متعاقباً عدم تأمین حمایت کافی والدین شده و اصل حمایت را تحت شعاع خود قرار داده و به همین دلیل این حیطه کم‌ترین میانگین نمره را در این

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

مطالعه به خود اختصاص داده است. این نتایج با نتایج بگجانی و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۹).

در این مطالعه بین درک اهمیت مراقبت خانواده محور و متغیرهای جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای کارکنان پرستاری از جمله سن، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار، سمت، سابقه کار در بخش‌های کودکان و نوبت کاری تفاوت معناداری پیدا نشد. ولی‌زاده و قاسمی نیز طی مطالعه خود در این زمینه نتیجه مشابهی را گزارش کردند (۱۰). احتمالاً پرستاران در هر سنی و با هر مشخصات جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای می‌توانند در جهت اجرایی شدن این شیوه مراقبتی قدم بردارند. لازم به ذکر است عدم اجرای صحیح و مطابق اصول مراقبت خانواده محور نیز می‌تواند دلیل فقدان ارتباط بین درک و متغیرهای جمعیت‌شناختی و حرفه‌ای کارکنان پرستاری مورد مطالعه باشد.

همچنین نتایج نشان داد بین سابقه بستری کودک و زمان ترخیص با درک مراقبت خانواده محور مادران تفاوت آماری معناداری وجود داشته است. بدین معنی که هرچه تجربه بستری کودک بیش‌تر باشد و یا کودک مدت بیش‌تری (یک هفته) در بیمارستان بستری باشد، احتمالاً مادران تجارب مراقبتی بیش‌تری کسب کرده، نسبت به امور مراقبتی کودک حساس‌تر شده و با مسایل مربوط به کودک منطقی‌تر برخورد می‌کنند. در نتیجه درک آن‌ها از مراقبت خانواده محور افزایش یافته و در این زمینه بیش‌تر همکاری می‌کنند.

نتایج این مطالعه ارتباط معنادار مثبتی بین سن مادر و درک مراقبت خانواده محور نشان داد؛ یعنی با افزایش سن، درک مادر نسبت به اهمیت مراقبت خانواده محور بیش‌تر می‌شود. آنچه مسلم است مادارن جوان از سایر افراد به عنوان مثال از مادر یا خواهر خود برای مراقبت از کودک کمک می‌گیرند و مادرانی که سن بالاتری دارند، احتمالاً تجربه بیش‌تری در امر مراقبت دارند؛ بنابراین در این زمینه درک مثبت‌تری را به دست می‌آوردند.

با توجه به این که هر دو گروه مورد مطالعه درک مثبتی از مراقبت خانواده محور داشتند و درک پرستاران با توجه به ماهیت حرفه‌ای آن‌ها بالاتر بوده است و با عنایت به این امر که این شیوه مراقبتی چند محوری است و جوهره اصلی آن، دخیل کردن خانواده در تصمیم‌گیری، همکاری و ارتباط دو جانبه (پرستاران و مادران) می‌باشد، بهتر است هرچه بیش‌تر و بهتر اجرا شود تا به جنبه‌های مختلف مراقبت از کودک دست یابد و ضمن همکاری، حمایت‌ها و احترام لازم نیز در این نوع مراقبت مورد توجه قرار گیرد. بدیهی است که این امر امکان‌پذیر نیست، مگر این که توجه کافی به ساختار زیربنایی از جمله فراهم آوردن کارکنان کافی و آموزش دیده و فضای فیزیکی مناسب جهت اجرای این مراقبت صورت گیرد.

از محدودیت‌های مطالعه این که تنها در بخش‌های اطفال بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفت. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیش‌تری در کشور انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه نوزادان دانشکده

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان است. از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه جهت تأیید طرح و اختصاص کد اخلاق تقدیر و تشکر می‌شود و همچنین از کلیه کارکنان پرستاری و مادران شرکت‌کننده نیز تقدیر به عمل می‌آید.

منابع

1 - Gill FJ, Pascoe E, Monterosso L, Young J, Burr C, Tanner A, et al. Parent and staff perceptions of family-centered care in two Australian children's hospitals. European Journal for Person Centered Healthcare. 2013; 1(2): 317-325.
2 - Shivalli S, Majra JP, Akshaya KM, Qadiri GJ. Family centered approach in primary health care: experience from an urban area of Mangalore, India. The Scientific World Journal. 2015; 1-8.
3 - Bolderston A, Lewis D, Chai MJ. The concept of caring: perceptions of radiation therapists. Radiography. 2010 Aug; 16(3): 198-208.
4 - Hockenberry MJ, Wilson D, Rodgers CC. Wong's essentials of pediatric nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier Health Sciences; 2016. P. 965.
5 - Al Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, Piaw CY, Al Kawafha MM. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. J Clin Nurs. 2016 Oct; 25(19-20): 2745-56.
6 - Foster M, Whitehead L, Maybee P. Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: a review of the literature. Int J Nurs Stud. 2010 Sep; 47(9): 1184-93.
7 - Stuart M, Melling S. Understanding nurses' and parents' perceptions of family-centred care. Nursing Children and Young People. 2014 Sep; 26(7): 16-21.
8 - Hodgetts S, Nicholas D, Zwaigenbaum L, McConnell D. Parents' and professionals' perceptions of family-centered care for children with autism spectrum disorder across service sectors. Soc Sci Med. 2013 Nov; 96: 138-46.
9 - Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. Am J Crit Care. 2009 Nov; 18(6): 543-52.
10 - Valizadeh F, Ghasemi SF. [Medical staff attitude toward parents' participation in the care of their hospitalized children]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2008; 14(1): 69-76. (Persian)
11 - Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, et al. European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: a comparative study. J Clin Nurs. 2009 Oct; 18(20): 2818-29.
12 - Kilic M, Oztunc G. Comparison of nursing care perceptions between patients who had surgical operation and nurses who provided care to those patients. International Journal of Caring Sciences. 2015 Sep-Dec; 8(3): 625-632.
13 - Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. J Nurs Manag. 2007 Jul; 15(5): 508-21.
14 - Mahmoudi H, Mohmmadi E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013 Mar; 18(2): 145-51.
15 - Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. J Adv Nurs. 2008 Jun; 62(6): 622-41.
16 - James SR, Nelson K, Ashwill J. Nursing care of children: principles and practice. 4th ed. London: Elsevier Health Sciences; 2014.
17 - Aeen F, Alhani F, Mohammadi I, Kazemnejad A. [Mother's needs of sick in-patient children: a basic concept for nursing education]. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3(1,2): 70-81. (Persian)
18 - Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. J Pediatr Nurs. 2010 Oct; 25(5): 335-43.
19 - Begjani J, Mohammad Nejad E, Mohajer T, Noorian M, Nasiri Osquei N. [Parents' views about the importance of principles of family-centered care]. Journal of Health and Care. 2011; 13(4): 52-59. (Persian)

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]

Comparing the perception of family-centered care from the perspectives of nursing staff and mothers of hospitalized children in children's wards

Azar Aran* Farokh Abazari Jamileh Farokhzadian** Mansooreh Azizzadeh Forouzi*****

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Jan. 2018
Accepted: Mar. 2018
e-Published: 30 May 2018

Background & Aim: Family-centered care is a concept for describing the approach to caring for children and their families in health services and its main element is the involvement of parents in child care. This study aimed to compare the perception of family-centered care from the perspectives of nursing staff and mothers of hospitalized children in children's wards.

Methods & Materials: This study was a cross-sectional study conducted on 82 mothers of hospitalized children and 60 nurses working in children's wards of Afzalipour hospital in Kerman in 2017. In this study, a questionnaire on the family-centered care perception from the perspectives of nurses and mothers was used for data collection. Data were analyzed through SPSS software version 20 using t test, analysis of variance and Pearson correlation coefficient.

Results: Average scores for the perception of family-centered care from the perspective of nurses (3.17±0.79) and of the mothers (2.47±0.85) had significant differences between the two groups (P<0.001). In two groups, the highest average was related to the area of cooperation and the lowest average was related to the support area.

Conclusion: Findings showed nurses' and mothers' perceptions of family-centered care were positive but nurses have significantly more positive perception than mothers. This can be promising and nursing staff are required to be diligent about mothers' participation in care so that the child receives better care.

Corresponding author:
Mansooreh Azizzadeh Forouzi
e-mail:
forozy@gmail.com

Key words: nurses, children, nursing care, family-centered care, mothers

Please cite this article as:
- Aran A, Abazari F, Farokhzadian J, Azizzadeh Forouzi M. [Comparing the perception of family-centered care from the perspectives of nursing staff and mothers of hospitalized children in children's wards]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2018; 24(1): 48-58. (Persian)

* Dept. of Neonatal, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
** Dept. of Public Health, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
*** Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Nursing Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2026-11-04]