

بررسی تاثیر مشارکت مدیریت شده پرستار- والد بر میزان رضایت مادران از مراقبت کودکان مبتلا به بیماری مزمن

دکتر فرشته آئین^۱، نسرين فروزنده^۱، دکتر عیسی محمدی^۲، دکتر فاطمه الحانی^{۳*}

گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۱/۵/۲۴ اصلاح نهایی: ۹۱/۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۲

چکیده:

زمینه و هدف: علیرغم توافق جهانی در خصوص اهمیت مشارکت خانواده در مراقبت، معنای آن دچار ابهام است. در مطالعه حاضر، محقق به تعیین تأثیر بکارگیری مدل مشارکت پرستار-والد بر میزان رضایت مادران از مراقبت پرداخته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع مداخله‌ای با طراحی تحقیق نیمه تجربی دو گروهی بود که در مرکز طبی کودکان تهران انجام گرفت. ابتدا در یک دوره ۳ ماهه ۳۰ کودک سن مدرسه مبتلا به بیماری مزمن گوارشی و روماتیسمی بستری در بیمارستان و مادران آنان به عنوان گروه کنترل (دریافت کننده مراقبت روتین) وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری در دو مقطع زمانی ۳ ماهه صورت گرفت. در مدت زمان پژوهش تمامی نمونه‌هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه گردیدند. پس از اتمام نمونه‌گیری مرحله کنترل (تعداد نمونه: ۳۰ نفر)، مشارکت مدیریت شده پرستار-والد در بخش به اجرا گذاشته شد. پس از گذشت دو هفته از شروع اجرای مدل، ۲۵ کودک بستری و مادران آنها به عنوان گروه آزمون وارد مطالعه گردیدند. رضایت مادران هر دو گروه نیز با استفاده از پرسشنامه رضایت از مراقبت تدوین شده توسط پژوهشگر در هنگام ترخیص مورد ارزشیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین رضایت کلی مادران از مراقبت پرستاری در گروه آزمون $(80/24 \pm 10/8)$ به طور معنی داری از گروه کنترل $(20/7 \pm 8)$ بیشتر است $(P < 0/001)$. همچنین میانگین رضایت مادران در پنج حیطه اطلاع رسانی، ارتباطات، مهارت‌های بالینی، عاطفی و مشارکت خانواده به تفکیک در گروه آزمون بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل است $(P < 0/001)$.

نتیجه‌گیری: یافته‌های نهایی این پژوهش حاکی از آن است که مشارکت مدیریت شده پرستار-والد می‌تواند جهت افزایش رضایت مادران از مراقبت مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بستری شدن، بیماری مزمن، کودکان، مشارکت پرستار-والد، رضایت مادر.

مقدمه:

و سبب زنده ماندن بسیاری از کودکان مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوانی شده است (۱-۳). آنها نیاز به بستری شدن‌های مکرر و طولانی دارند و ۳۰ درصد کل مدت

پیشرفتهای قابل توجه پزشکی و تکنولوژی در چند دهه اخیر باعث کاهش میزان مرگ و میر کودکان

*نویسنده مسئول: تهران-دانشگاه تربیت مدرس-دانشکده پزشکی- گروه پرستاری-تلفن: ۰۹۱۳۱۰۲۴۵۸۱

E-mail: alhani_f@modares.ac.ir

بستری در بیمارستان را شامل می‌شوند (۴،۲). در مطالعات، تجربه والدین این کودکان در یک طیف زمانی از تشخیص بیماری کودک تا یادگیری مراقبت از کودک توصیف شده است. تجربه تشخیص بیماری مژمن در کودک و بستری شدن وی سبب برانگیختن احساسات شدید، نگرانی، ترس و اضطراب در والدین می‌شود (۱۰-۵). همچنین ارتباط طولانی‌مدت بین کودک، اعضای خانواده و مراقبین بهداشتی را در پی دارد. اگر این ارتباط مناسب باشد، می‌تواند یک منبع مهم حمایت برای خانواده باشد و بالعکس ارتباط ناکارآمد می‌تواند سلامت کل خانواده را مختل نماید (۱۱). از این رو رویکرد خانواده-محور به عنوان روشی برای حل این مشکلات معرفی شده است (۱۲). در این رویکرد، برنامه‌ریزی مراقبت حول محور کلیت خانواده و نه فقط کودک صورت می‌گیرد (۱۳). فلسفه مراقبت خانواده-محور، مددجو را شامل کودک و خانواده می‌داند و خانواده را در تعامل نزدیک با مراقبین بهداشتی قرار می‌دهد (۱۴). مفهوم مشارکت والدین عنصر ادغام شده رویکرد خانواده-محور است که بطور روز افزونی مورد تأکید قرار گرفته است (۱۹-۱۵). شواهد نشان می‌دهد که همراهی کودک توسط والدین در مدت بستری، هم اضطراب کودک و هم اضطراب والدین را کاهش خواهد داد (۱۴) و اگر بتوان آن را به نحو صحیح مدیریت نمود، افزایش رضایت کودک و والدین از مراقبت، کاهش طول مدت بستری کودک و کاهش هزینه‌ها را بدنبال خواهد داشت (۲۰). در بسیاری کشورها نظیر انگلیس (۱۸)، آمریکا (۲۱)، سوئد (۲۲) و استرالیا (۲۳) فلسفه مراقبت خانواده-محور مورد توجه قرار گرفته است. با این حال با گذشت چند دهه از شروع مشارکت والدین و ظهور آن در اسناد سیاستی کشورهای مختلف و بکارگیری آن توسط بیمارستان‌ها، تغییرات سازنده محدودی در دستورالعمل‌های پرستاری بالینی این بیمارستان‌ها مورد لحاظ قرار گرفته است.

روش بررسی:

مطالعه حاضر، مداخله‌ای با طراحی تحقیق نیمه تجربی بود. نمونه‌های مطالعه را مادران کودکان سن مدرسه مبتلا به بیماری مژمن بستری در بخش تشکیل می‌دادند. بدلیل عدم امکان همسان سازی دو بیمارستان از نظر متغیرهای مداخله‌گر، یک بیمارستان (بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران) انتخاب و در دو دوره زمانی، یک گروه کنترل (تعداد ۳۰ مادر) و دیگری آزمون (تعداد ۲۵ مادر) در سال ۱۳۸۸ در نظر گرفته شد. بخش

مشارکت مدیریت شده پرستار-والد را اجرا نموده و سپس نمونه‌گیری گروه آزمون را شروع نماید. نمونه-گیری در دو مقطع زمانی ۳ ماهه (۳ ماهه اول: گروه کنترل، سه ماهه دوم: گروه آزمون) صورت گرفت. در هر ۳ ماهه تمامی نمونه‌هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند وارد مطالعه گردیدند. میزان رضایتمندی مادران از مراقبت پرستاری در مدت بستری نیز از مادران گروه کنترل و آزمون هنگام ترخیص تکمیل گردید.

به منظور تبیین مشارکت مدیریت شده پرستار-والد ابتدا کمیته‌ای متشکل از افراد کلیدی بیمارستان شامل محقق، مدیره پرستاری بیمارستان، یک سوپروایز بالینی، سوپروایزر آموزشی بیمارستان و سرپرستاران بخشها تشکیل گردید و فرآیند مشارکت پرستار-والد در مراقبت بر اساس فلسفه مراقبت خانواده-محور طراحی گردید و در مدت مداخله در بخش به اجرا درآمد. ارکان فرآیند مشارکت مدیریت شده پرستار-والد شامل موارد زیر بود: ۱- منشور مشارکت پرستار-والد در مراقبت تهیه و در بخش نصب گردید. این منشور در برگیرنده ارتباط بین پرستار و والدین بود که پرستار را موظف می نمود در چارچوب اصول فلسفه مراقبت خانواده محور به ارائه مراقبت از کودک بستری پردازد. ۲- وظایف پرستار در قبال کودک و والدین به روشنی تعریف شد و میزان و نحوه مشارکت والدین در برنامه‌ریزی، ارائه و ارزشیابی مراقبت تعریف گردید و در بدو پذیرش کودک به بخش، توسط پرستار به اطلاع مادر رسانده شد و جهت کمک به والدین برای یادگیری مهارتهای پرستاری مورد نیاز برنامه‌ریزی از لحظه پذیرش کودک به بخش انجام گرفت. ۳- انتظارات متقابل مدیریت پرستاری بیمارستان و والدین از یکدیگر در مدت بستری کودک در بیمارستان در قالب بروشور راهنمای اقامت والدین در بیمارستان تعریف گردید و در بدو پذیرش در اختیار مادر قرار گرفت. ۴- پمفلت‌های آموزشی نوشتاری-

غدد، گوارش و روماتولوژی به عنوان محیط پژوهش انتخاب گردید. جهت جلوگیری از تورش، ابتدا نمونه-گیری گروه کنترل ظرف یک دوره زمانی سه ماهه در بخش مذکور انجام گرفت و سپس نمونه‌گیری گروه آزمون طی دوره سه ماهه دوم انجام شد. نمونه‌گیری به روش آسان و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انجام شد.

معیارهای ورود شامل: توانایی برقراری کافی ارتباط کلامی، توانایی درک سؤالات پرسشنامه، توانایی درک و صحبت به زبان فارسی، هوشیاری کامل و همکاری در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه و دارا بودن کودک مبتلا به بیماری مزمن بستری در بخش بودند. حداقل زمان بستری کودک در بخش ۴ روز در نظر گرفته شد.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک کودکان دربرگیرنده ۷ سؤال شامل سن، جنس، نام بیماری، مدت بستری، تعداد دفعات بستری، سابقه قبلی بستری شدن، سن تشخیص بیماری و اطلاعات دموگرافیک والدین حاوی ۶ سؤال شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، سلامت سایر فرزندان خانواده نیز جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک کودکان تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

دو گروه از نظر نوع بیماری، سن و جنس کودک و دفعات بستری با یکدیگر همسان‌سازی شدند. در دوره اول نمونه‌گیری، گروه کنترل مراقبت روتین را دریافت نمودند و سپس در دوره دوم مشارکت پرستار-والد جهت مراقبت از کودکان گروه آزمون به اجرا درآمد.

از آنجا که متغیر مستقل این مطالعه مشارکت پرستار- خانواده بود که نیازمند تغییر نگرش پرستاران به سمت مشارکت با مادران بود، لذا قبل از شروع مداخله برای جلوگیری از تورش، محقق ناچار بود که ابتدا بیماران گروه کنترل را بر اساس معیارهای ورود بر مطالعه نمونه‌گیری کرده و در مرحله بعد، مداخله یعنی

گردید. جهت تعیین اعتماد علمی پرسشنامه بررسی رضایتمندی والدین از مراقبت پرستاری از ضریب پایایی آلفاکرونباخ استفاده گردید. پرسشنامه بررسی رضایتمندی والدین از مراقبت پرستاری ارائه شده با ضریب پایایی ($r=0/75$) مورد تأیید قرار گرفت. به منظور تعیین نوع توزیع داده‌های پرسشنامه رضایت مادران از مراقبت از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید و جهت تعیین اختلاف در میانگین رضایت مادران بین دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد و جهت مقایسه رضایت در هر یک از حیطه‌ها از آزمون من‌ویتنی استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS استفاده گردید و سطح معنی‌داری کمتر از ۵ صدم در نظر گرفته شد.

پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس تأیید گردید. از مادران گروه کنترل و آزمون هنگام تکمیل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه رضایت از مادر، رضایت آگاهانه کسب شد و اختیاری بودن تکمیل پرسشنامه به آنان توضیح داده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به پرسشنامه رضایت از مراقبت و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک یک کد مشترک تعلق گرفت و پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام مادر و کودک تکمیل گردید. معرفی‌نامه به بیمارستان و بخش مربوطه نیز لحاظ گردد.

یافته‌ها:

ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های پژوهش نشان می‌دهد که در هر دو گروه، بیشتر مادران در گروه سنی ۳۱-۴۰ قرار داشتند و غیر شاغل بودند و اکثریت کودکان در محدوده سنی ۹-۷ سال قرار داشتند. بیش از نیمی از مادران ساکن تهران و مابقی ساکن شهرستان‌ها بودند. اکثریت مادران سابقه بستری قبلی کودک را نداشتند. آزمون آماری کای دو، فیشر و کولموگروف اسمیرنوف دو نمونه‌ای اختلاف معنی‌داری به لحاظ آماری بین گروه آزمون و کنترل در آزمون هیچکدام از

تصویری در خصوص بیماری‌های موجود در بخش و پروسیجرهای تشخیصی با زبان قابل درک برای والدین و به منظور اطلاع رسانی مناسب به والدین بود که پس از قطعی شدن تشخیص بیماری کودک و یا قبل از انجام پروسیجرهای تشخیصی در اختیار والدین قرار می‌گرفت. ۵- پرستار نقش واسطه در ارتباط بین پزشک و والدین جهت اطلاع رسانی بموقع به مادر در خصوص وضعیت کودک و پاسخگویی به سؤالات والدین را انجام می‌داد. پرستار نقش رابط بین خانواده و سیستم‌های حمایتی در دسترس از جمله مددکار اجتماعی، انجمن دیابت ایران، مرکز حمایت از کودکان سرطانی را نیز ایفا نمود. ۶- یک صندوق مشارکت‌دوستانه در مراقبت در بخش تعبیه شد و مادران تشویق شدند تا پیشنهادات خود در جهت ارتقاء کیفیت مراقبت در بخش را درون صندوق بیندازند. ۷- پرستار مسئول هر شیفت به عنوان ناظر مشارکت تعیین گردید تا بر کیفیت مشارکت پرستاران و مادران در طول شیفت و حسن اجرای آن بر طبق مداخله پژوهش (مشارکت مدیریت شده پرستار-والد در مراقبت) نظارت داشته باشد.

تأثیر مداخله بر روی رضایت والدین از کیفیت مراقبت ارائه شده مورد بررسی قرار گرفت. به منظور سنجش سطح رضایت والدین از مراقبت پرستاری در طول مدت بستری کودک، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲۵ گویه در پنج حیطه اطلاع‌رسانی، ارتباطات، مهارت‌های بالینی، عاطفی و مشارکت خانواده که طبق مقیاس لیکرت، ۵ امتیازی شامل اصلاً، تا حدی، متوسط، زیاد و کاملاً را می‌توانست به خود اختصاص دهد، توسط محقق ساخته شد. گویه‌های ابزار، به صورت قیاسی با بهره‌گیری از متون و ابزارهای موجود در این زمینه استخراج گردید. جهت تعیین روایی ابزار ابتدا از روایی صوری کمی و کیفی از دیدگاه گروه هدف (۲۰ مادر) استفاده گردید و سپس روایی محتوا کیفی و کمی از دیدگاه گروه متخصصین (۱۰ نفر از اساتید) انجام

متغیرهای دموگرافیک نشان نداد.

آزمون آماری کالموگروف اسمیرنوف نشان داد توزیع داده‌ها در خصوص رضایت مادران از مراقبت دارای توزیع نرمال می‌باشد. براساس آزمون t مستقل رضایت مادران از مراقبت در گروه آزمون با سطح معنی‌داری ($P < 0/001$) بالاتر از رضایت مادران از مراقبت در گروه کنترل است که نمایانگر تاثیر مداخله بر افزایش چهار برابری رضایت مادران از مراقبت می‌باشد.

آزمون من ویتنی به منظور مقایسه رضایت مادران دو گروه در هر یک از حیطه‌های رضایت نشان

داد که میانگین رضایت مادران در تمام حیطه‌ها به تفکیک در گروه آزمون بطور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل است ($P < 0/001$) و نمایانگر تأثیر مداخله در افزایش رضایت در تمام حیطه‌ها می‌باشد. به طوری که با افزایش ۷ برابری در حیطه رضایت از تبادل اطلاعات و ارتباطات، افزایش ۲ برابری در حیطه رضایت از مهارت‌های بالینی و کمتر از آن در حیطه رضایت از تأمین نیازها و افزایش ۳ برابری در حیطه رضایت از مشارکت خانواده در مراقبت همراه بوده است.

جدول شماره ۱۰: مقایسه میانگین و انحراف معیار رضایت مادران از مراقبت تأثیر مشارکت مدیریت شده پرستار -

والد

مراحل گروهها	کنترل	آزمون
حیطه اطلاعات	۳/۵±۱/۳	۲۲/۸±۲/۲۸
حیطه ارتباطات	۳/۱۵±۱/۲۴	۲۱/۳۲±۴/۴۶
حیطه مهارت‌های بالینی	۵±۲/۰۱	۱۰/۳۵±۲/۰۴
حیطه نیازها	۵/۱۳±۲/۷۷	۸/۵۹±۲/۶۴
حیطه مشارکت خانواده	۳/۹۸±۱/۶۹	۱۶/۷۲±۴/۰۷
رضایت کلی	۲۰/۷±۸	۸۰/۲۴±۱۰/۸

$P < 0/001$ بین دو گروه برای صفحه مقادیر

بحث:

یافته‌های مطالعه حاضر در رابطه با مقایسه میزان رضایت والدین از مراقبت در جهت تأمین نیازهای کودک و والدین در گروه آزمون و گروه کنترل، نشان داد که میانگین رضایت مادران از مراقبت پرستاری در جهت تأمین نیازهای کودک و والدین، در گروه کنترل در محدوده اصلاً تا کم قرار داشت. در حالی که میانگین رضایت مادران در گروه آزمون در محدوده زیاد تا کاملاً قرار داشت. بدین ترتیب میزان رضایت مادران از مراقبت در جهت تأمین نیازهای کودک و

والدین در گروه آزمون بطور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. بدین معنی که مداخله حاضر توانسته بود سبب افزایش رضایت والدین از مراقبت پرستاری ارائه شده به کودک در مدت بستری در بیمارستان گردد. یافته‌های مطالعه حاضر در این زمینه مشابه یافته‌های مطالعات انجام شده (۲۷،۲۸،۲۹) بر روی والدین کودکان قبل از جراحی و پروسیجرهای تشخیصی (۳۰) و بیماری کودک (۳۱، ۳۲) بود. در این مطالعات نیز آماده‌سازی والدین برای عمل جراحی، بیهوشی و یا پروسیجرهای تشخیصی از طریق دادن اطلاعات مناسب و همچنین برقراری ارتباط بین فردی مناسب با والدین

(۳۳). همانطور که مطالعه Dunst (۳۴) نیز مؤید این بود که میزان رضایت والدین از مراقبت با میزان پاسخ‌دهی کادر درمان به سؤالات آنان ارتباط مستقیم دارد. از سوی دیگر تبیین روشن انتظارات متقابل پرستاران و والدین از یکدیگر در بدو ورود در جهت کمک به اجتماعی‌شدن والدین در بیمارستان، بخش دیگری از افزایش چهار برابری رضایت والدین را حمایت می‌کند. مطالعه‌ای متا آنالیز توسط Dunst (۳۴) نیز در خصوص مراقبت‌های خانواده- محور ارتباطی و یا مشارکتی و تأثیر آن بر رضایت مشارکت‌کنندگان مؤید این مطلب بود که بیشترین تأثیرات مثبت هم‌عملکردهای مشارکتی خانواده محور و هم‌عملکردهای ارتباطی خانواده محور بر رضایت مشارکت‌کنندگان ناشی از تعامل مطلوب به منظور ارائه اطلاعات بین مراقبین بهداشتی و مددجویان بوده است.

نتیجه‌گیری:

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت مدیریت شده پرستار-والد می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مناسب و راهنمای عملی و کاربردی برای پرستاران و والدین در بیمارستان جهت افزایش رضایت مادران از مراقبت مورد استفاده قرار گیرد. با این حال این احتمال را هم نباید از نظر دور داشت که بخشی از افزایش رضایت ممکن است به دلیل احساس مثبت والدین نسبت به پرستاران در این مدت باشد که سبب تکمیل بزرگوارانه پرسشنامه رضایت والدین از مراقبت با دیده اغماض نسبت به برخی نیازهایی بود که ممکن است بطور کامل برآورده نگردیده باشد. از طرفی با توجه به اینکه مدل حاضر بر اساس تجربیات والدین دچار بیماریهای مزمن طراحی شده و در مطالعه حاضر بر روی والدین کودکان مبتلا به این نوع بیماریها آزمون شد تعمیم دهی نتایج در کودکان دچار بیماری حاد که

منجر به افزایش رضایت والدین از مراقبت شده بود که مشابه با یک حلقه از مداخلات صورت گرفته در مطالعه حاضر، یعنی اطلاع رسانی بموقع و مطابق با نیاز به والدین و یا حلقه برقراری ارتباط در تمام مدت بستری کودک در بیمارستان بود که علاوه بر افزایش رضایت کلی، منجر به افزایش رضایت در حیطه اطلاعات نیز شده بود. یافته قابل توجه مطالعه حاضر، افزایش چهار برابری رضایت والدین در گروه آزمون از مراقبت پرستاری بود. در صورتی که مطالعه Conny (۲۷) میانگین رضایت در گروه کنترل ۶۸/۸۸ و در گروه آزمون به ۷۵/۹۶ افزایش یافته بود و در مطالعه Bellew و همکاران (۲۹) ۸۰ درصد مادران گروه کنترل به اندازه کافی راضی بودند و در گروه آزمون ۹۳ درصد آنها رضایت در حد کافی داشتند. افزایش ۴ برابری رضایت مادران پس از مداخله در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات ذکر شده بسیار بیشتر است که نشان می‌دهد مجموع حلقه‌های طراحی شده در مشارکت مدیریت شده در مطالعه حاضر بیش از مداخلات محدود صورت گرفته در سایر مطالعات در افزایش میزان رضایت مادران مؤثر است. با عنایت به اینکه گروه کنترل و آزمون در پژوهش حاضر از نظر توزیع متغیرهای دموگرافیک و مداخله‌گر همسان بودند و افزایش قابل توجه رضایت مادران گروه آزمون در تمام حیطه‌های اطلاعات، ارتباطات، مهارت‌های بالینی، نیازهای جسمی، عاطفی و مشارکت خانواده، می‌توان گفت: مشارکت مدیریت شده پرستار-والد در مطالعه حاضر توانسته است مطابق با نیازهای شناخته شده والدین عمل کند. همچنین برقراری ارتباط بین فردی مناسب با والدین از سوی کادر درمان از مضامین اصلی بدست آمده در مطالعه کیفی Aein و همکاران بر روی تجربیات والدین از مراقبت تعاملی در بخش‌های کودکان بوده است

فرآیندی کاملاً متفاوت دارد را با محدودیت مواجه است لذا پیشنهاد می گردد این مدل در مراقبت از کودکان دچار بیماری حاد بستری در بیمارستان نیز مورد آزمون قرار گیرد.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

از آنجا که مادران کودکان مبتلا به بیماری مزمن در تعامل نزدیک با مراقبین حرفه‌ای بهداشتی در مدت بستری کودک در بیمارستان قرار دارند، رضایت آنان به عنوان شرکای مراقبت یکی از معیارهای ارزشیابی کیفیت مراقبت است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر مشارکت مدیریت شده پرستار-والد می-تواند به افزایش رضایت مادران از مراقبت در مدت بستری کودک منجر شود لذا در جهت کاربرد یافته‌های پژوهش موارد زیر توصیه می‌گردد: ۱- مدیران پرستاری بیمارستان منشور مشارکت پرستار-والد در مراقبت که در برگیرنده ارتباط بین پرستار و والدین است و پرستار را موظف می‌نمود در چارچوب اصول فلسفه مراقبت خانواده-محور به ارائه مراقبت از کودک بستری پردازد، تهیه و در بخش نصب کنند. ۲- مدیران پرستاری بیمارستانهای کودکان، وظایف پرستار در قبال کودک و والدین به روشنی تعریف نمایند و میزان نحوه مشارکت والدین در برنامه‌ریزی، ارائه و ارزشیابی مراقبت تعریف گردد و در بدو پذیرش کودک به بخش، توسط پرستار به اطلاع مادر رسانده شود و جهت کمک به والدین برای یادگیری مهارت‌های پرستاری مورد نیاز برنامه ریزی از لحظه پذیرش کودک به بخش

انجام گیرد. ۳- مدیران پرستاری بیمارستان انتظارات متقابل مدیریت پرستاری بیمارستان و والدین از یکدیگر در مدت بستری کودک در بیمارستان در قالب بروشور راهنمای اقامت والدین در بیمارستان تعریف نمایند و در بدو پذیرش در اختیار مادر قرار دهند. ۴- آموزش به والدین با استفاده از پمفلت‌های آموزشی نوشتاری-تصویری در خصوص بیماریهای موجود در بخش و پروسیجرهای تشخیصی با زبان قابل درک برای والدین و به منظور اطلاع‌رسانی مناسب به والدین تهیه گردد که پرستاران بالینی، پس از قطعی شدن تشخیص بیماری کودک و یا قبل از انجام پروسیجرهای تشخیصی در اختیار والدین قرار دهند. ۵- پرستاران بالینی نقش واسطه در ارتباط بین پزشک و والدین جهت اطلاع‌رسانی بموقع به مادر در خصوص وضعیت کودک و پاسخگویی به سؤالات والدین را عهده دار شوند. پرستار نقش رابط بین خانواده و سیستم‌های حمایتی در دسترس از جمله مددکار اجتماعی، انجمن دیابت ایران، مرکز حمایت از کودکان سرطانی را ایفا نماید.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از تمامی ماران و پرستارانی که سخاوتمندانه در پژوهش حاضر شرکت نمودند و از تمامی مدیران پرستاری بیمارستان که در اجرای مدل همکاری لازم مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع:

1. Nuutila L, Salanterä S. Children with a long-term illness: parents' experiences of care. J Pediatr Nurs. 2006 Apr;21(2):153-60.
2. Hostler SL. Family-centred care. Pediatr Clin Am. 1991 Dec; 38(6):1545-60.
3. Boyd JR, Hunsberger M. Chronically ill children coping with repeated hospitalizations: their perceptions and suggested interventions. J Pediatr Nurs. 1998 Dec; 13(6):330-42.
4. Charron-Prochownik D. Special needs of the chronically ill child during middle childhood: application of a stress-coping paradigm. J Pediatr Nurs. 2002 Dec; 17(6):407-13.
5. Kristensson-Hallström I. Parental participation in pediatric surgical care. AORN J. 2000 May; 71(5):1021-4, 1026-9.
6. Cimete G. Stress factors and coping strategies of parents with children treated by

- hemodialysis: A qualitative study. *J Pediatr Nurs*. 2002 Aug; 17(4):297-306.
7. Hallström I, Runesson I, Elander G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *J Pediatr Nurs*. 2002 Apr; 17(2):140-8.
 8. Hallström I, Runeson I, Elander G. An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nurs Ethics*. 2002 Mar; 9(2):202-14.
 9. Pölkki T, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K, Laukkala H, Ryhänen P. Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. *J Pediatr Nurs*. 2002 Aug; 17(4):270-8.
 10. Hopia H, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. The diversity of family health: constituent systems and resources. *Scand J Caring Sci*. 2005 Sep; 19(3):186-95.
 11. Van Riper M. Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart Lung* 2001 Jan-feb; 30(1): 74-84.
 12. Hallström I, Elander G. Decision-making during hospitalization: parents' and children's involvement. *J Clin Nurs*. 2004 Mar; 13(3):367-75.
 13. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2006 Oct; 15(10):1317-23.
 14. Hutchfield K. Family-centred care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 1999 May; 29(5):1178-87.
 15. Alsop-Shields L, Mohay H. John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital, *J Adv Nurs*. 2001 Jul; 35(1):50-8.
 16. Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centered care: a review of the research. *J Clin Nurs*, 2006 Oct; 15(10):1308-16.
 17. Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2008 Jun; 62(6):622-41.
 18. Coyne I. Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *J Clin Nurs*. 2006 Jan; 15(1):61-71.
 19. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *J Pediatr Nurs*. 2009 Apr; 24(2):164-70.
 20. American Academy of Pediatrics: Institute for Family-centered care. Family-centered care and pediatrician's role. *Pediatr*. 2003; 112(3):691-695.
 21. Galvin E, Boyers L, Schwartz PK, Jones MW, Mooney P, Warwick J, et al. Challenging the precepts of family-centered care: testing a philosophy. *Pediatr Nurs*. 2000 Nov-Dec; 26(6):625-32.
 22. Kristensson-Hallström I, Elander G. Parents' experience of hospitalization: different strategies for feeling secure. *Pediatr Nurs*. 1997 Jul-Aug; 23(4):361-7.
 23. Shields L, Nixon J. Hospital care of children in four countries. *J Adv Nurs*. 2004 Mar; 45(5):475-86.
 24. Bruce B, Letourneau N, Ritchie J, Larocque S, Dennis CH, Elliott M.R. A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *J Family Nurs*. 2002; 8(4):408-429.
 25. Swallow VM, Jacoby A. Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *J Adv Nurs*. 2001 Dec; 36(6):755-64.
 26. Coyne I, Cowley S. Challenging the philosophy of partnership with parents: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 2007 Aug; 44(6):893-904.
 27. Chan CS, Molassiotis A. The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. *Paediatr Anaesth* 2002 Feb; 12(2):131-9.
 28. Spencer C, Franck LS. Giving parents written information about children's anesthesia: are setting and timing important? *Paediatr Anaesth*. 2005 Jul; 15(7):547-53.

29. Bellew M, Atkinson KR, Dixon G, Yates A. The introduction of a pediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction. *Pediatric Anaesth* 2002 Feb; 12(2):124-30.
30. Hemman EA, Scheffer K, Day I, Chance V, Ormazabal A. Development of a patient educational intervention to improve satisfaction of parents whose children are having a VCUG. *J Radiol Nurs*. 2010, 29(2): 48-53.
31. Pfafflin M, Petermann F, Rau J, May TW. The psychoeducational program for children with epilepsy and their parents (FAMOSEs): results of a controlled pilot study and a survey of parent satisfaction over a five-year period. *Epilepsy & Behavior* 2012; 25: 11-16.
32. Fisher MJ, Broome ME. Parent-provider communication during hospitalization. *J Pediatr Nurs*. 2011 Feb; 26(1):58-69.
33. Aein F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Struggling to create new boundaries: a grounded theory study of collaboration between nurses and parents in the care process in Iran. *J Adv Nurs*. 2011 Apr; 67(4):841-53.
34. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007; 13(4):370-8.

The effect of Nurse-parent collaboration Model on mother's satisfaction

Aein F (PhD)¹, Frouzandeh N (MSc)¹, Mohammadi E (PhD)², Alhani F (PhD)^{2*}

¹Nursing Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R.

Iran. ²Nursing Dept., Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran.

Received: 15/Aug/2012 Revised: 11/Sep/2012 Accepted: 13/Sep/2012

Background and aims: Hospitalization is a stressful event for children and their families. Despite of global agreement about the importance of family participation in the care of hospitalized children, its meaning remains unclear that needs to be defined according to cultural and institutional characteristics. The current study has been carried out to investigate the effect of Nurse-parent Collaboration on parent's satisfaction of chronically-ill children in hospital setting.

Methods: This quasi-experimental study was performed in Pediatric Medicine Center. During a three-month period, 30 mothers of hospitalized school-aged, chronically-ill children receiving routine care were selected as control group. Then, for a second three-month period, the Nurse-Parent collaboration was introduced in practice and 25 mothers of hospitalized school-aged, chronically-ill children receiving this new care model participated in the study as intervention group. Parent's Satisfaction with care was also evaluated before leaving the hospital on the discharge day using the prepared questionnaire by researcher.

Results: Findings showed that satisfaction level of mothers in intervention group ($X=80.24$) was significantly higher than those of control group ($X=20.7$, $P=0.000$).

Conclusion: It is concluded that Nurse-Parent Collaboration Model designed culturally-appropriate for Iranian families is a suitable model to define nurse-parent interaction in the care of hospitalized chronically-ill children at hospital to increase mothers' satisfaction with care at hospital.

Keywords: Nurse-parent collaboration, Chronic illness, Hospitalization, Children, Parent satisfaction.

Cite this article as: Aein F, Frouzandeh N, Mohammadi E, Alhani F. The effect of Nurse-parent collaboration Model on mother's satisfaction. J Clin Nurs Midwifery. 2012 Summer; 1(1): 42-51.

***Corresponding author:**

Nursing Dept., Tarbiat Modares University, Tehran, I.R. Iran, Tel:00989131024581, E-mail: alhani_f@modares.ac.ir