

Effect of fathers' participation in the care of hospitalized child in pediatric intensive care unit on fathers' stress and coping strategies

Ghaderi S¹, Alaei Karahrودي F², Yousefi-chaijan P³, Nasiri Oskooi N⁴

- 1- Vali-Asr Hospital, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
- 2- Department of Pediatric Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- Department of Pediatrics, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
- 4- Department of Social Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 19 Sep 2013, Accepted: 4 Dec 2013

Abstract

Background: Hospitalization of a child in pediatric intensive care unit (PICU) is a stressful experience for parents. High stress in father can lead to decline in psychological adaptation and associated problems. The present study aimed to determine the effect of fathers' participation in the care of hospitalized child in PICU on his stress and coping strategies.

Material and methods: This case-control study was performed on 60 fathers with children admitted to the PICU in intervention and control groups. Fathers in intervention group participated in the care of the child in 5 times, during a 5-days course. Fathers' stress and coping strategies were surveyed in intervention group before and after participation course and in control group before and after a 5-days course.

Results: fathers' stress in intervention group decreased significantly after participation ($p \leq 0/001$) but in control group difference was not significant after time course. Fathers in both groups applied similar coping strategies that were often emotion focused.

Conclusion: Fathers of children in PICU would experience too much stress. Their participation in the care of the children would be effective to decline their stress and reach most adaptation with disease, cure and cares in children.

Keywords: Coping Skill, fathers, Pediatric Intensive Care Units

*Corresponding author:

Address: Vali-Asr Hospital, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: somayeghaderi@gmail.com

تأثیر مشارکت پدر در مراقبت از کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان بر تنش و راهبردهای تطابقی پدر

سمیه قادری^{1*}، فاطمه علایی کرهرودی²، دکتر پارسا یوسفی جایجان³، دکتر نویده نصیری اسکوی⁴

1. کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، بیمارستان ولی عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2. مربی، گروه پرستاری کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

3. استادیار، گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

4. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: 92/6/28 تاریخ پذیرش: 92/9/13

چکیده

زمینه و هدف: بستری شدن کودک در بخش مراقبت ویژه کودکان تجربه‌ای تنش‌زا برای والدین است. تنش زیاد در پدر می‌تواند کاهش سازگاری روانی و مشکلات متعاقب را به دنبال داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مشارکت پدر در مراقبت از کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان بر تنش و راهبردهای تطابقی وی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که بر روی 60 پدر دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. در گروه مداخله مشارکت پدر در مراقبت از کودک طی 5 نوبت در طول 5 روز انجام گردید. میزان تنش و راهبردهای تطابقی پدران گروه مداخله قبل و بعد از دوره مشارکت و گروه کنترل قبل و بعد از یک دوره زمانی 5 روزه، سنجیده شد.

یافته‌ها: میزان تنش پدران در گروه مداخله بعد از مشارکت به طور معنی‌داری کاهش یافت ($p < 0/001$) اما در گروه کنترل بعد از طی دوره زمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین پدران هر دو گروه از راهبردهای تطابقی مشابهی که اغلب هیجان محور بودند، استفاده نمودند.

نتیجه‌گیری: پدران کودکان بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان تنش زیادی را تجربه می‌کنند. مشارکت آنها در مراقبت از کودکانشان در کاهش تنش و رسیدن آنها به حداکثر سازگاری با بیماری، درمان و مراقبت‌های کودک بسیار موثر است.

واژگان کلیدی: تطابق، پدر، مشارکت در مراقبت، بخش مراقبت ویژه کودکان، تنش.

*نویسنده مسئول: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، بیمارستان ولی عصر (عج)

Email:somayeghaderi@ymail.com

مقدمه

پیشرفت تکنولوژی در سال‌های اخیر در زمینه نجات جان بیماران باعث شده که امروزه اغلب کودکان مبتلا به بیماری‌های سخت، تحت مراقبت‌های ویژه قرار گیرند (1، 2). طبق آمار انجمن ملی بیمارستان‌ها و موسسات مرتبط با کودکان، تقریباً سالانه 150 تا 200 هزار کودک در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان (Pediatric intensive care unit- PICU) بستری می‌شوند (3). بستری شدن کودک در این بخش‌ها تجربه‌ای پر تنش برای کودک و خانواده است (4-6). از بین عوامل تنش‌زایی که در این شرایط والدین با آن مواجه می‌شوند، محیط بخش مراقبت ویژه با مداخلات تهاجمی بسیار، تجهیزات ناآشنا، طبیعت و شدت بیماری‌های موجود و نتیجه نامشخص بیماری‌ها، خود ممکن است تنش زیادی را برای آنان ایجاد نماید (9-7). تنش بالای آنها بر نقش والدینشان تأثیرگذار بوده و تنش والد با عملکرد منفی والد و خانواده مرتبط می‌باشد (10).

اغلب پژوهش‌ها تنها به بررسی میزان تنش و نیازهای مادران دارای کودک بستری در بخش مراقبت ویژه پرداخته‌اند و در مورد تجربیات پدران دارای کودکان شدیداً بیمار پژوهش‌های بسیار کمی وجود دارد (11). در حالی که امروزه پدران نسبت به گذشته در زندگی روزمره کودکانشان بیشتر درگیر بوده (12) و نقش‌های آنان در مراقبت از کودکانشان به واسطه تغییرات سریع و اساسی اجتماعی و اقتصادی و نیز تحول در درک و انتظارات جامعه از نقش‌های پدران، بسیار توسعه یافته است (13). تنش زیاد در پدر می‌تواند واکنش‌های فیزیولوژیک شدید، رفتارهای تهاجمی و متعاقب آن مشکلات اجتماعی و خانوادگی را ایجاد کرده و بدین ترتیب باعث برآورده نشدن انتظارات اعضای خانواده از نقش‌های پدر و عدم رضایت از عملکرد وی گردد. این امر سبب ایجاد احساسات ناامیدی و افسردگی در پدر شده و می‌تواند سلامت جسمی و ذهنی، اعتماد به نفس و عزت نفس وی را تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش سازگاری روانی وی شود (4). راهبردهای تطابقی تلاش‌های شناختی و رفتاری افراد برای تفسیر و غلبه بر موقعیت‌های تنش‌زا هستند (14). در صورتی که پدر در

برخورد با موقعیت تنش‌زا از راهبردهای تطابقی موثرتر استفاده نماید، به سازگاری دست یافته و در غیر این صورت سطح تنش در وی افزایش می‌یابد (12). بنابر این پی بردن به میزان تنش پدران کودکان بستری در PICU و چگونگی برخورد آنها با این موقعیت تنش‌زا امری بسیار حائز اهمیت است (11).

منابع مختلف بیش‌ترین میزان تنش والدین در PICU را مرتبط با تغییر در روند طبیعی ارتباط والد با کودک و تغییر در نقش والدی مطرح کرده‌اند (1، 5، 6، 15 و 16). بنابر این از مداخلات مهم برای به حداقل رسانی تنش والدین در این بخش‌ها، تعیین شیوه‌هایی است که والدین می‌توانند با انجام دادن آنها به عملکرد والدی خود ادامه دهند. این موارد می‌تواند شامل مشارکت در تغذیه یا حمام کودک و امثال آن باشد (6). مشارکت والدین در مراقبت از کودک یکی از اجزای مهم مراقبت خانواده محور است (17). بر اساس مفهوم مراقبت خانواده محور، والدین باید در کلیه اقدامات مراقبتی درمانی برای کودک بیمار در داخل و خارج از بیمارستان مشارکت داشته باشند. مراقبت خانواده محور برای والدین فواید بسیاری از جمله کمک به حفظ و تداوم روابط خانوادگی، کسب مهارت و احساس شایستگی جهت مراقبت از کودک بعد از ترخیص، کاهش تنش و اضطراب، بهبود ارتباط با کارکنان بهداشتی و توانمندی در اخذ تصمیمات مهم مراقبتی و برای کودک نیز مزایای بسیاری مانند کاهش تنش عاطفی و اختلالات رفتاری، بهبود تطابق با بیماری و بستری و افزایش احساس امنیت به همراه دارد. اما علی‌رغم گذشت بیش از چهار دهه تلاش برای اجرای مراقبت خانواده محور، بین مراقبان بهداشتی درمانی در زمینه مشارکت والدین در مراقبت از کودک بستری، در عمل توافق جمعی وجود نداشته (5، 18) و بعضی از بخش‌های مراقبت ویژه کودکان، دسترسی والدین به کودکان را بسیار محدود می‌کنند (19).

در کشور ما نیز پدران مشارکت محدودی در مراقبت از کودک بستری خود به ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان دارند و مشارکت معمولاً تنها به تهیه دارو و لوازمی برای کودک، محدود می‌گردد. عدم حضور پدران

در کنار کودکان نشان و ارتباط با آنها، می‌تواند باعث افزایش سطح تنش پدران و استفاده آنان از راهبردهای تطابقی غیر موثر جهت تطابق با موقعیت گردد. از این رو باید هر تلاشی همراه با احترام و همدردی جهت کمک به آنان برای سازگاری با موقعیت پیش آمده انجام گیرد. لذا پژوهشگر بر آن شد که به بررسی تأثیر مشارکت پدر در مراقبت از کودک بستری در PICU بر تنش و راهبردهای تطابقی پدر بپردازد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که به مدت 6 ماه در بیمارستان امیرکبیر اراک وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام گردید (شماره مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: 7416-86-01-89). تمام پدران واجد شرایط و دارای کودک با معیارهای مورد نظر و بستری در PICU می‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند. تعداد نمونه‌ها با 95 درصد اطمینان و بر اساس پژوهش‌های مشابه گذشته، 30 پدر در هر گروه برآورد شد. بدین ترتیب 60 پدر در این پژوهش شرکت کردند که به صورت تصادفی در گروه مداخله یا کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه تنش والدین در بخش مراقبت ویژه کودکان [Parental Stressor Scale: PICU]، پرسش‌نامه بازنگری شده شیوه‌های تطابق [Ways of Coping Questionnaire (Revised)] همراه با پرسش‌نامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک پدر و کودک بود.

پرسش‌نامه تنش والدین در بخش مراقبت ویژه کودکان توسط کارتر و مایلز در سال 1982 طراحی و در سال‌های 1984 و 1989 توسط ایشان بازنگری شده است. این ابزار خودگزارشی شامل 37 بیانیه یا آیتیم با نمره دهی لیکرت می‌باشد که تنش والدین در PICU را در 7 حیطه شامل ظاهر کودک، صحنه‌ها و صداها، بخش مراقبت ویژه، اقدامات انجام شده بر روی کودک، ارتباط کارکنان حرفه‌ای، رفتارها و پاسخ‌های احساسی کودک، رفتارهای کارکنان حرفه‌ای و تغییر نقش‌های والدین اندازه‌گیری

می‌کند. نمره کل ابزار بین 185-37 بوده و نمرات بالا نشان‌دهنده تنش بالای والدین است. همسانی درونی این ابزار 0/82 به دست آمد.

پرسش‌نامه شیوه‌های تطابق برای بررسی راهبردهای تطابقی به کار گرفته شده توسط پدران برای تطابق با مسئله بستری شدن کودک در PICU استفاده شد. این پرسش‌نامه در سال 1980 توسط لازاروس و فولکمن طراحی و در سال 1985 توسط ایشان بازنگری شده است. این ابزار خودگزارشی شامل 66 آیتیم با نمره دهی لیکرت می‌باشد که راهبردهای تطابقی به کار گرفته شده توسط فرد را در دو بخش مسئله محور و هیجان محور مورد ارزیابی قرار می‌دهد. راهبردهای مسئله محور شامل 2 گروه می‌باشد که عبارتند از:

- مواجهه‌ای: تلاش‌های ستیزه جویانه برای تغییر موقعیت
- حل مسئله با برنامه ریزی: تلاش‌های سنجیده برای حل یا تحلیل موقعیت جهت رسیدن به یک راه حل و نیز انجام اقدامات مستقیم برای اصلاح مشکل
راهبردهای هیجان محور شامل 6 گروه می‌باشد که عبارتند از:

- ارزیابی مجدد مثبت: تلاش برای یافتن معنای مثبت در تجربه با تأکید بر رشد شخصی و گاهی اوقات با رنگ مایه‌ای مذهبی

- پذیرش مسئولیت: پذیرش نقش خود در ایجاد مشکل و در عین حال سعی برای سامان بخشیدن به کارها
- مهار فردی: تلاش‌های فرد برای تنظیم و کنترل احساسات خود

- فرار - اجتناب: تلاش برای رهایی یا پرهیز از موقعیت یا خوش خیال بودن در مورد موقعیت پیش آمده

- جستجوی حمایت اجتماعی: تلاش‌هایی در راستای کسب حمایت عاطفی و اطلاعاتی از دیگران

- فاصله گرفتن: تلاش‌های فکری در راستای جدا شدن از موقعیت یا ایجاد نگرش مثبت (20، 21). نمره میانگین هر گروه راهبرد بین 3-0 قرار دارد و نمرات بالا نشان‌دهنده استفاده بالای فرد از آن راهبرد در برخورد با مشکل است. همسانی درونی این ابزار 0/83 به دست آمد.

زمانی 5 روز از تکمیل اولیه پرسش‌نامه‌ها، پرسش‌نامه تنش دوباره تکمیل شد.

پرسش‌نامه شیوه‌های تطابق نیز در هر دو گروه 72 ساعت بعد از بستری شدن کودک (پس از پایدار شدن شرایط جسمی کودک و شرایط روحی پدران) و به طور مجدد با فاصله زمانی 5 روز بعد از آن تکمیل گشت. در نهایت میزان تنش و راهبردهای تطابقی پدران گروه مداخله قبل و بعد از مشارکت و نیز گروه کنترل قبل و بعد از فاصله زمانی 5 روز مورد مقایسه قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تی زوجی و نرم افزار آماری SPSS نسخه 18 استفاده شد.

یافته‌ها

در متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول 1). میانگین سن پدران $5/77 \pm 32/35$ سال بود. اکثر نمونه‌ها دارای سطح تحصیلات دبیرستانی ($41/66$ درصد)، شغل آزاد ($48/33$ درصد) و نیز 2 فرزند ($43/33$ درصد) بودند و تجربه بستری فرزندان در بخش مراقبت ویژه را نداشتند ($83/77$ درصد). میانگین سنی کودکان $23/72 \pm 39/58$ ماه بود. اکثر آن‌ها دختر ($53/33$ درصد) و نیز اولین فرزند خانواده بوده ($46/67$ درصد) و سابقه بستری در بخش مراقبت ویژه را نداشتند ($73/33$ درصد).

پژوهشگر با مراجعه روزانه به PICU و تعیین پدران دارای مشخصات پژوهشی مورد نظر، پس از بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، به صورت تصادفی گروهی از پدران را به عنوان گروه کنترل و گروهی را به عنوان گروه مداخله تعیین نمود و جهت جلوگیری از تبادل اطلاعات بین دو گروه، آن‌ها را از نظر زمانی از هم جدا کرد.

در هر دو گروه طی 48-24 ساعت پس از بستری شدن کودک، پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و تنش توسط پدران تکمیل شد. سپس در گروه مداخله پس از ارائه آموزش حضوری به صورت فردی بر روی کودک بستری و ارائه کتابچه آموزشی، پدران طی 5 روز (هر روز یک نوبت) و با هماهنگی قبلی با پژوهشگر، در انجام مراقبت‌های مورد نیاز بهداشتی برای کودک (مانند پاشویه، فیزیوتراپی اندام‌ها، مراقبت از چشم و گوش، مراقبت از پوست، مراقبت از دهان، تغذیه از راه دهان و تغذیه از راه لوله معده‌ای) بسته به سن و شرایط کودک، با همکاری پژوهشگر یا به صورت مستقل و با نظارت پژوهشگر شرکت کردند. بعد از انجام 5 نوبت مراقبت در طی 5 روز، پرسش‌نامه تنش دوباره تکمیل شد. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای به غیر از ملاقات‌های کوتاه و حمایت‌های معمول در بخش، انجام نشد و با فاصله

جدول 1. توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب برخی خصوصیات فردی به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله		p
	تعداد(درصد)	گروه کنترل تعداد(درصد)	
سن پدر (سال)	$32/33 \pm 5/78$	$32/37 \pm 5/86$	0/98
سطح تحصیلات دبیرستانی	11 (18/33)	14 (23/33)	0/61
شغل آزاد	12 (20)	17 (28/33)	0/37
تعداد فرزندان دو فرزند	12 (20)	14 (23/33)	0/95
تجربه بستری فرزندان در بخش ویژه منفی	17 (45/94)	14 (37/83)	0/08
سن کودک (ماه)	$47/33 \pm 20/23$	$31/83 \pm 24/72$	0/05
جنس دختر	14 (23/33)	18 (30)	0/21
رتبه تولد اولین فرزند	16 (26/67)	12 (20)	0/74
سابقه بستری در بخش ویژه منفی	23 (38/33)	21 (35)	0/55

در گروه مداخله بین نمرات تنش پدران در دو مرحله قبل و بعد از مشارکت در مراقبت از کودک تفاوت معنی داری دیده شد و تنش پدران بعد از مشارکت نسبت به قبل از آن کاهش پیدا کرده بود. اما در گروه کنترل بین نمرات تنش پدران در فاصله زمانی 5 روز تفاوت معنی داری مشاهده نشد (جدول 2).

جدول 2. مقایسه نمرات تنش پدران در دو مرحله قبل و بعد از مشارکت در گروه مداخله و قبل و بعد از فاصله زمانی در گروه کنترل

گروه	نمره تنش	P
مداخله		
قبل	102/27±23/04	<0/001
بعد	92/27±16/10	
کنترل		
قبل	87/80±19/17	0/10
بعد	89/70±16/24	

اما در مورد راهبردهای تطابقی، پدران هر دو گروه در مرحله دوم تکمیل پرسش نامه شیوه‌های تطابقی، به طور معنی داری از گروهی از راهبردها شامل حل مسئله با برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، مهار فردی، جستجوی حمایت اجتماعی و فاصله گرفتن به میزان بیشتری استفاده کردند. همان طور که مشاهده می‌شود اغلب این راهبردها از گروه راهبردهای هیجان محور بودند (جدول 3).

جدول 3. مقایسه میانگین میزان استفاده پدران از راهبردهای تطابقی در دو مرحله قبل و بعد از مشارکت در گروه مداخله و قبل و بعد از فاصله زمانی در گروه کنترل

راهبرد تطابقی	گروه	مرحله	میانگین	p
مواجهه ای	مداخله	قبل	1/37±0/55	0/55
		بعد	1/33±0/40	
	کنترل	قبل	1/07±0/50	0/94
		بعد	1/07±0/54	
حل مسئله با برنامه ریزی	مداخله	قبل	0/40±0/36	<0/001
		بعد	0/92±0/41	
کنترل	کنترل	قبل	0/68±0/46	<0/001
		بعد	1/06±0/38	
ارزیابی مجدد مثبت	مداخله	قبل	1/19±0/52	<0/001
		بعد	1/70±0/66	
	کنترل	قبل	0/97±0/48	<0/001
		بعد	1/50±0/49	
پذیرش مسئولیت	مداخله	قبل	1/18±0/70	0/01
		بعد	1/37±0/70	
	کنترل	قبل	1/05±0/50	0/53
		بعد	1/02±0/53	
مهار فردی	مداخله	قبل	0/66±0/41	<0/001
		بعد	1/14±0/31	
کنترل	کنترل	قبل	1/08±0/43	0/003
		بعد	1/25±0/38	

0/06	1/26±0/26	قبل	مداخله	فرار-اجتناب
	1/34±0/24	بعد		
<0/001	1/17±0/28	قبل	کنترل	
	1/39±0/37	بعد		
<0/001	1±0/62	قبل	مداخله	جستجوی حمایت اجتماعی
	1/48±0/72	بعد		
<0/001	0/58±0/47	قبل	کنترل	
	0/87±0/59	بعد		
<0/001	0/54±0/39	قبل	مداخله	فاصله گرفتن
	0/90±0/42	بعد		
0/003	0/78±0/40	قبل	کنترل	
	0/96±0/41	بعد		

بحث

زیان‌آور برای او می‌باشد، به عنوان یک تهدید ارزیابی می‌کند. اغلب والدین تجربه‌ای از بستری شدن کودک خود در بخش مراقبت ویژه نداشته و ممکن است وقایع موجود در این بخش‌ها را به عنوان یک تهدید یا یک موقعیت زیان‌آور که غیر قابل پیش‌بینی و دارای برآیند نامشخص می‌باشد برآورد کنند که این امر باعث ایجاد تنش زیادی در آن‌ها می‌گردد (26).

در ارتباط با راهبردهای تطابقی پدران در برخورد با مسئله بستری شدن کودکان در PICU، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پدران در هر دو گروه از راهبردهای مشابهی که اغلب هیجان محور هستند، جهت تطابق با موقعیت استفاده کردند. در پژوهش پانگنوکرو در تایلند نیز مادران کودکان بستری در PICU غالباً راهبردهای هیجان محور را در برخورد با موقعیت به کار بردند (26). به نظر می‌رسد ارزیابی پدران از تغییر ناپذیری شرایط پر تنش موجود در طول دوره زمانی کوتاه، باعث شده که آن‌ها برای حفظ امیدواری و خوش‌بینی از راهبردهای تطابقی هیجان محور استفاده کنند. هر دو شیوه تطابقی مسئله محور و هیجان محور، به فرآیند سازش پذیری فرد با موقعیت تنش زا کمک می‌کنند (27). در اغلب موارد راهبردهای هیجان محور به طور اولیه تنش را کاهش داده و راهبردهای مسئله محور باعث افزایش حس کنترل بر موقعیت و

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشارکت پدران در امر مراقبت از کودک بستری‌شان در PICU، باعث کاهش تنش در پدران می‌شود. نتایج پژوهش اسمیت و همکاران در آمریکا نیز در راستای پژوهش حاضر بود. در این مطالعه تأثیر حضور مداوم والدین در PICU بر تنش آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت (9). هم‌چنین کاموداری نیز در پژوهش خود در کشور ایتالیا نشان داد که درک از تنش در والدین دارای یک کودک بستری به علت بیماری حاد، به طور قابل توجهی تحت تأثیر مشارکت والدین در مراقبت از کودک قرار داشت (22). نتایج پژوهش مولینا و مارکون در برزیل هم به نیاز والدین جهت انجام مراقبت‌های ساده و پیچیده برای مراقبت از کودک بستری‌شان در PICU اشاره دارد (23). براون و تالمی نیز در پژوهشی در آمریکا به نتایج مشابهی در مورد تأثیر مداخلات خانواده محور بر تنش مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان دست یافتند (24). اما در پژوهش لائو در کانادا که والدین تنها بخش مراقبت خاص شیرخواران را به صورت معمول ملاقات کرده و در مراقبت از شیرخوار خود مشارکت نداشتند، نمرات تنش پدران طی 24 ساعت و یک هفته بعد از پذیرش شیرخواران به این بخش‌ها نسبت به اولین ملاقات، کاهش معنی‌داری نداشت (25). هر فرد به طور طبیعی موقعیت جدیدی را که احتمالاً دارای جنبه‌هایی

منابع

- 1- Sigari M. Mothers' stressors and severity of them in PICUs at hospitals affiliated to Health Ministry in Tehran. Iran University of Medical Sciences, 1995.[Persian]
- 2- Beilan N, Ghafari Sh, Shiva Sh. Effective agents on outcomes of patients in PICUs. Medical Journal of Tabriz Medical University 2008; 79:21-26.[Persian]
- 3- Board R, Ryan-Wenger N. Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2002;31(1):53-66.
- 4- Saied H. Stress, Coping, Social Support and Adjustment Among Families of CHD Children in PICU After Heart Surgery: Case Western Reserve University; 2006.
- 5- Martens F, Loof SD, Idrissi SH. Parental participation in care in the pediatric intensive care unit. Pediatric Intensive Care Nursing. 2008; 9:11-5.
- 6- Hockenberry MJ, Wilson D. Nursing Care of Infants and Children. 9th ed. St Louis: Mosby company; 2011.
- 7- Ball JW, Bindler RC. Pediatric Nursing: Caring for Children. 4th ed. Philadelphia: Prentice Hall; 2003.
- 8- Aldridge MD. Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. Critical care nurse. 2005;25(6):40-50.
- 9- Smith AB, Hefley GC, Anand K. Parent bed spaces in the PICU: Effect on parental stress. Pediatric nursing. 2007;33(3):215-21.
- 10- Walker AP. Parenting stress: A comparison of mothers and fathers of disabled and non-disabled children. 2000.
- 11- Board R. Father stress during a child's critical care hospitalization. Journal of Pediatric Health Care. 2004;18(5):244-9.
- 12- Broger B, Zeni MB. Fathers' Coping Mechanisms Related to Parenting a Chronically Ill Child: Implications for Advanced Practice Nurses. Journal of Pediatric Health Care. 2011;25(2):96-104.
- 13- Coleman WL, Garfield C. Fathers and pediatricians: enhancing men's roles in the

خود کارآمدی و در نهایت قابلیت مدیریت تنش می گردند (25).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، پدران تنش زیادی را در بخش مراقبت های ویژه کودکان تجربه می کنند. در این موقعیت انجام اقداماتی که پدران را در طول مرحله حاد بستری شدن کودکان در بخش مراقبت ویژه حمایت کند، امری ضروری به نظر می رسد. مشارکت پدران در مراقبت از کودکان در کاهش تنش و نیز رسیدن آنها به حداکثر سازگاری با بیماری، درمان و مراقبت های کودک بسیار موثر است. مرحله حاد و اولیه بستری شدن کودک در PICU که تجربه ای تهدید کننده و بیگانه برای والدین است، می تواند با نزدیک شدن کارکنان بخش به والدین و کمک به آنها جهت تطابق هر چه بهتر با موقعیت، به تجربه ای همراه با احساس آشنایی و امنیت برای والدین تبدیل شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله ماحصل یک پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری کودکان در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و با عنوان " بررسی تاثیر مشارکت پدر در مراقبت از کودک بستری در بخش مراقبت ویژه کودکان بر تنش و راهبردهای تطابقی وی (پدر) در بیمارستان امیر کبیر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی اراک " می باشد. (شماره تصویب طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: 89-01-86-7416). بدین وسیله از مسئولین محترم این دانشگاه، مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی اراک، پرستاران محترم بخش مراقبت های ویژه کودکان بیمارستان امیر کبیر اراک و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش نقشی داشته اند به خصوص پدران گرامی تشکر و قدردانی می گردد.

- 21- Sarafino AP. Health Psychology: Translated by Mirzaee A. Tehran: Iran. Roshd Press; 2005.[Persian]
- 22- Elena C. Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. Italian Journal of Pediatrics. 2010; 36:1-9.
- 23- Molina RCM, Marcon SS. Benefits of mothers' permanence and participation in the care for their hospitalized child. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2009;43(4):856-64.
- 24- Browne JV, Talmi A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. Journal of Pediatric Psychology. 2005;30(8):667-77.
- 25- Lau R, Morse CA. Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. Stress and Health. 2003;19(2):69-78.
- 26- Pangnukroh L. Factorrs Predicting Adptation of mothers having a hospitalized child in pediatric intensive care unit: Mahidol University; 2005.
- 27- Hajizadegan M. Gender differences in confront stress. Ravanshenasan Irani 2007; 4:169-76.[Persian]
- care and development of their children. Pediatrics. 2004;113(5):1406-11.
- 14- Nasirzadeh R, RasoulzadehTabatabaee K. Relationship between religious beliefs and coping strategies in students. OfoghDanesh. 2009; 15:36-46.[Persian]
- 15- Just AC. Parent participation in care: bridging the gap in the pediatric ICU. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2005;5(4):179-87.
- 16- Fuhrman BP, Zimmerman JJ. Pediatric critical care: Mosby-Elsevier Philadelphia^ ePA PA; 2006.
- 17- Power N, Franck L. Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. Journal of advanced nursing. 2008;62(6):622-41.
- 18- Valizadeh F, Ghasemi SF. Health care professionals views to parents participation in the care of hospitalized children.Haiat. 2008; 14:69-76.[Persian]
- 19- Curley MA, Moloney-Harmon PA. Critical care nursing of infants and children. Miscellaneous Papers. 2001;4.
- 20- Masoodnia A. Understood self efficacy and coping strategies in stressful situations. Andisheh&Raftar. 2007; 13:405-15. [Persian]