Design and psychometric obstacles of implementation of family-centered care in Pediatric and Neonate intensive care units from the Nurses' perspective

Jalal Rezaei[1], Pegah Azhand[2], Arash Khalili [3], Mohadeseh Rezaei [4]*

1. Msn, Department of Critical care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Msn, Department of community health Nursing, Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
3. Ph.D Nursing Student, Pediatric Nursing Department, Maternal and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Msn, Department of Pediatric Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

*** Corresponding Author:** Mohadeseh Rezaei, **Email:** arash5920@yahoo.com, **Tel:** 0813-8380535

Received: 30 April 2023 **Accepted:** 31 May 2023

Abstract

Background & Aim: There are obstacles for the implementation of family-centered care in special care departments for children and infants by nurses. The present study was conducted with the aim of designing and psychometrically evaluating the obstacles to the implementation of family-centered care from the perspective of Nurse of Hamadan, 2023.

Materials & Methods: After the field study, the face validity of the 36-item questionnaire was conducted with both quantitative and qualitative methods. Quantitative face validity was done by 10 nurses, qualitative face validity by 5 nursing faculty members, and content validity by 10 faculty members. Reliability was carried out in two stages, two weeks apart, by 20 nurses of children's departments. Cronbach's alpha coefficient was calculated for internal consistency. Factor analysis of the questionnaire was done by 95 special care nurses.

Results: The content validity index and content validity ratio of the 25-question questionnaire were calculated as 0.90 and 0.95, respectively, and 11 questions were removed. Cronbach's alpha of the questionnaire was 0.95and intra-cluster correlation was 0.955. KMO equal to 0.859 and Bartlett's sphericity test showed that the correlation matrix is suitable for factor analysis. Factor analysis extracted five factors of parental burdensomeness, high workload, inappropriate executive policy, low self-confidence of parents and provision of adequate care by the nurse with an explanation rate of 75.69% of the total variance.

Conclusion: The questionnaire of obstacles to the implementation of family-centered care from the nurse point of view is a reliable and valid tool to investigate the obstacles to the implementation of family-centered care in Pediatric and neonate intensive care units.

Keywords: Family-centered care, children, barriers, Nurse.

How to cite this article: Rezaei J, Azhand P, Khalili A, Rezaei M*. Design and psychometric obstacles of implementation of family-centered care in Pediatric and Neonate intensive care units from the Nurses' perspective. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(4), spring, pp 64 - 75 . https://sjnmp.muk.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-465-8&sid=1&slc_lang=fa.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران

جلال رضایی[1]، پگاه آژند[2]، آرش خلیلی[3]، محدثه رضایی*[4]

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

۳. دانشجوی دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴. مربی، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

***نویسنده مسئول:** محدثه رضایی، **ایمیل:**arash5920@yahoo.com، **تلفن:** ۰۸۱۳۸۳۸۰۵۳۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۰ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۳/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: برای اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از سوی پرستاران موانعی وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران شهر همدان سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پس از مطالعه میدانی، روایی صوری پرسشنامه ۳۶ گویه ای با دو روش کمی و کیفی انجام شد. روایی کمی صوری توسط ۱۰ نفر از پرستاران، روایی کیفی صوری توسط ۵ نفر از اعضای هیئت‌علمی پرستاری و روایی محتوا توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی صورت گرفت. پایایی در دو مرحله به فاصله دو هفته توسط۲۰ نفر از پرستاران بخشهای کودکان انجام شد.جهت ثبات درونی ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. تحلیل عاملی پرسشنامه توسط ۹۵ نفر از پرستاران مراقبت ویژه انجام شد.

یافته‌ها: شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا پرسشنامه ۲۵ سوالی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۵ محاسبه شد و ۱۱ سوال حذف شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۵و همبستگی درون خوشه ای ۰/۹۵۵ به دست آمد. KMO معادل ۰/۸۵۹ و آزمون کرویت بارتلت نشان داد ماتریس همبستگی به منظور تحلیل عاملی مناسب است. تحلیل عاملی پنج عامل دست و پا گیر بودن والدین، حجم کاری بالا، سیاست اجرایی نامناسب، اعتماد به نفس کم والدین و ارائه مراقبت کافی توسط پرستار را با میزان تبیین ۷۵/۶۹ درصد واریانس کل استخراج کرد.

نتیجه‌گیری: پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور از دیدگاه پرستاران ابزاری پایا و روا برای بررسی موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های کودکان و نوزادان است.

واژه‌های کلیدی: مراقبت خانواده محور، کودکان، موانع، مراقبت ویژه، پرستار.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

مقدمه

بستری شدن کودکان و نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه هم برای بیمار و هم خانواده ایشان همواره با استرس همراه بوده است(۱). لذا به منظور کاهش استرس بیمار و خانواده ایشان و کمک به روند بهبودی کودکان و نوزادان بستری، در دهه‌های اخیر مفهومی به نام مراقبت خانواده محور مد نظر محققین حوزه سلامت قرار گرفته است(۲). مراقبت خانواده محور(Family-Center Care(FCC)) یک رویکرد جامع است که در آن بیماران و خانواده‌ها به طور کلی از نظر جنبه‌های فیزیکی، عاطفی، اجتماعی، فکری، فرهنگی و معنوی درمان می‌شوند(۳). در تعریف مراقبت خانواده محور گفته می‌شود که مراقبت خانواده محور بر پایه مشارکت‌های سودمند متقابل بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، بیماران و خانواده استوار است (۴). مراقبت‌های خانواده محور اگر به درستی ارائه شود می‌تواند یک رابطه مشترک بین متخصص مراقبت‌های بهداشتی و بیمار را تقویت کند. این رابطه می‌تواند منجر به ایجاد درک بهتر اعضای خانواده بیمار از منطق پشت استراتژی های ارائه مراقبت خاص شود. همچنین می‌تواند به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی اجازه دهد تا احترام بیشتری برای ارزش‌ها و سنت‌های فرهنگی خانواده ایجاد کنند. ماهیت جامع و مشارکتی مراقبت خانواده محور می‌تواند طیف وسیعی از مزایای را به همراه داشته باشد. این‌ها شامل رضایت بیشتر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، تخصیص کارآمدتر منابع، بهبود ارائه مراقبت و پتانسیل بیشتر برای بهبود نتایج بیمار است(۵). توسعه راهبردهای موثر مراقبت خانواده محور یک فرآیند لایه‌ای است که از پنج اصل اساسی مراقبت خانواده محور تشکیل شده است. هر اصل برای پرورش اعتماد و همکاری بین ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، بیمار و خانواده بیمار طراحی شده است. این اعتماد برای تحقق مزایای مراقبت خانواده محور مرکزی است. این اصول عبارتند از باز گذاشتن ارتباط با اعضای خانواده، شناخت اهمیت خانواده، خانواده و همکاری سازمانی، توانمندسازی اعضای خانواده برای حمایت از درمان و تشویق سواد فرهنگی(۶). اما بر خلاف این تعریف، نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که بسیاری از بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه از خانواده و عزیزان خود با سیاست‌های محدودکننده جدا شده‌اند که می‌تواند بر مراقبت و بهبودی کودکان بستری تأثیر منفی بگذارد(۷, ۸) و به نظر می‌رسد که این فلسفه هنوز به خوبی توسط پرستاران درک نشده است(۹, ۱۰). با این حال، نویسندگان در مطالعات خود دریافتند که پرستارانی که طرفدار اجرای مراقبت خانواده محور هستند، مشکلاتی را در اجرای آن از جمله حجم کار، سطوح تحصیلات پایین والدین یا نگرش‌هایی مانند افراد خانواده که مانع آن‌ها می‌شوند درک نمودند(۱۱, ۱۲). اما با وجود تمام این مطالعات، به نظر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

می‌رسد اجرای کامل مراقبت خانواده محور در عمل دشوار باشد و اجرای بهینه آن نیازمند شناخت بهتر باورها، نگرش و عقاید پرستاران است و با شناخت درست چالش‌های موجود از دیدگاه پرستاران می‌توان در مسیر حذف آن‌ها گام برداشت(۱۵-۱۳). از سوی دیگر، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و نیز حیطه وظایف پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در ایران نسبت به سایر کشورها، شناخت مناسب چالش‌های موجود بر سر راه اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان در ایران نیازمند ابزار تخصصی متناسب با فرهنگ حاکم موجود در پرستاری کشور است(۱۰, ۱۶, ۱۷) که علی‌رغم جستجوی گسترده در بانک‌های اطلاعاتی داخل و خارج کشور، هیچ پرسشنامه یا ابزار فارسی یا انگلیسی‌زبان برای شناخت موانع موجود بر سر راه اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران یافت نشد و لذا، محقق بر آن شد تا مطالعه حاضر را با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران طراحی کند.

مواد و روش‌ها

در مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی حاضر که با هدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخشهای مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران شهر همدان سال ۱۴۰۱ انجام گرفت، معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر و شاغل بودن در یکی از بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان بیمارستان بعثت و فاطمیه شهر همدان حداقل به مدت یک سال بود.

در این مطالعه، مراحل انجام کار به شرح زیر بود: مرحله اول، تعیین محتوای اولیه پرسشنامه و مطالعات میدانی. مرحله دوم تعیین روایی صوری کیفی و کمی. مرحله سوم تعیین روایی محتوای کیفی و کمی. مرحله چهارم تعیین روایی سازه. مرحله پنجم، تعیین پایایی. تعیین محتوای پرسشنامه اولیه با انجام مطالعات میدانی گسترده در حوزه مراقبت خانواده محور، موانع اجرای مراقبت خانواده محور از دیدگاه پرستاران، موانع اجرای مراقبت خانواده محور از دیدگاه والدین، مطالعات کیفی موجود در حیطه مراقبت خانواده محور، گایدلاینهای موجود در این حوزه(۲۰-۱۸) انجام شد. اختصاصی کردن سئوالات برای سنجش اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان و تهیه پرسشنامه اولیه با انجام نشست های مختلفی با اساتید متخصص رشته پرستاری کودکان و نوزادان صورت گرفت. با انجام مطالعات گسترده و مرور مطالعات پیشین، بررسی مطالعات کیفی و کمی در خصوص مراقبت خانواده محور، بررسی ابزار خارجی مشابه در این حوزه(۹, ۲۴-۲۱) و نیز استفاده از نظرات افراد دارای سابقه بالینی در خصوص مراقبت‌های ویژه کودکان و نوزادان، استخر گویه ها شامل ۳۶ سوال طراحی شد. نتایج دربردارنده‌ی موانع اجرای

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان در پنج بعد دست و پا گیر بودن والدین(سوالات ۱ تا ۷)، حجم کاری بالا(سوالات ۸ تا ۱۰)، سیاست اجرایی نامناسب (سوالات ۱۱ تا ۱۶)، اعتماد به نفس کم والدین(سوالات ۱۷ تا ۲۱) و ارائه مراقبت کافی توسط پرستار(سوالات۲۲ تا ۲۵) بود.

بررسی روایی صوری پرسشنامه اولیه با استفاده از روش‌های پیشنهادی پولیت(۲۰۲۰) (۲۵) با دو روش کمی و کیفی انجام شد. تعیین کمی روایی صوری پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان و تعیین روایی کیفی صوری توسط ۵ نفر از اعضای هیئت‌علمی پرستاری کودکان و نوزادان انجام شد. با در نظر گرفتن نظرات ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی پرستاری دانشکده پرستاری و مامائی برای یافتن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام عبارت و یا وجود نارسایی در معانی کلمات، تعیین روایی محتوا صورت گرفت. تعیین روایی کمی محتوا با بررسی شاخص‌های CVR و CVI توسط ۱۰ نفر از اعضای محترم هیئت‌علمی پرستاری انجام شد(۲۶). تعیین پایایی به وسیله ارائه دو بار نسخه روا شده به فاصله دو هفته به ۲۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان انجام شد. نمرات این دو مرحله با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای با هم مقایسه شد. ثبات درونی سوالات پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد(۲۵, ۲۶). تحلیل عاملی نیز با توجه به عدم وجود مطالعه مشابه، بر اساس قانون سر انگشتی به ازای هر گویه ۳ تا ۸ نمونه در نظر گرفته شد(۲۷). با توجه به اینکه تعداد کل پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان شهر همدان ۱۲۰ نفر و همگی جنسیت مونث داشتند، با شرط کنار گذاشتن پرستاران مورد بررسی در پایایی بازآزمون از گروه کلی، تعداد پرستاران مد نظر برای ۲۵ گویه تعداد ۱۰۰ نفر بود که ۵ نفر حاضر به شرکت در مطالعه نشدند و از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۹۵ نفر موردمطالعه قرار گرفتند. تحلیل داده‌های توصیفی با استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و یافته‌های تحلیلی نیز از طریق شاخص همبستگی درون خوشه‌ای، ضریب آلفای کرونباخ و شاخص KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) و کرویت بارتلت از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه۶/۷ ± ۳۵/۴۱ سال، میانگین سابقه کار ۶/۳ ± ۱۰/۷۸ سال بود. ۴۸/۴ درصد پرستاران مورد مطالعه شیفت ثابت داشتند و ۱۰۰ درصد واحدهای موردپژوهش مونث بودند. با توجه به اینکه نمره تأثیر(Impact Score) تمامی سوالات پرسشنامه مساوی یا بیشتر از ۱/۵ بودند، تمامی سوالات در پرسشنامه گنجانده شد. سوالات با کسب مقدار نسبت روایی محتوایی پایین تر از ۰/۶۲ و شاخص روایی محتوای کمتر از ۰/۷۹ با در نظر گرفتن تعداد اعضای پانل، از لیست سوالات حذف

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

شدند(۱۳). با توجه به کسب میانگین مناسب هر یک از سوالات، پس از محاسبه CVI و CVR، ۱۱ سوال حذف گردید. شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوای کل پرسشنامه ۲۵ سوالی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۵ محاسبه گردید. شاخص همبستگی درون خوشه‌ای(ICC) بیانگر میزان همبستگی به مقدار ۰/۹۵۵ بود. ضریب آلفای کرونباخ میزان سنجش ثبات درونی را مقدار ۰/۹۵ محاسبه کرد(۲۶). مقدار KMO برای ماتریس همبستگی پرسشنامه ۰/۸۵۹ به دست آمد. نتایج آزمون کرویت بارتلت نشان‌دهنده مناسب بودن ماتریس همبستگی جهت تحلیل عاملی بود(۲۵).

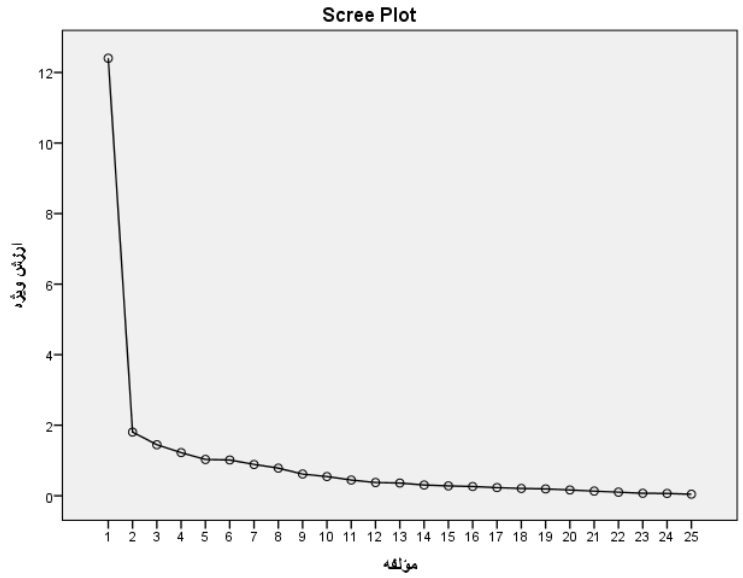
در جدول شماره ۱، قدرت رابطه میان عامل و متغیر قابل‌مشاهده به وسیله بار عاملی نشان داده می‌شود. بار عاملی مقداری بین صفر و یک است. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۳ باشد، رابطه ضعیف در نظر گرفته شده و از آن صرف‌نظر می‌شود. بار عاملی بین ۰/۳ تا ۰/۶ قابل قبول است و اگر بزرگتر از ۰/۶ باشد، خیلی مطلوب است.

جدول شماره ۱: ماتریس عامل‌های چرخش یافتهٔ مجموعهٔ ۲۵ سوالی موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران

سوالات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
بعد: دست و پا گیر بودن والدین	۰/۶۶۵	۰/۶۸۵	۰/۷۹۴	۰/۶۰	۰/۸۱	۰/۹۱	۰/۷۳
سوالات	۸	۹	۱۰				
بعد: حجم کاری	۰/۷۵	۰/۶۵	۰/۷۰				
سوالات	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	
بعد: سیاست اجرایی نامناسب	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۷۴	۰/۶۶	۰/۷۹	۰/۷۷	
سوالات	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱		
بعد: اعتماد به نفس کم والدین	۰/۸۳	۰/۷۸	۰/۸۴	۰/۷۴	۰/۷۸		
سوالات	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵			
بعد: ارائه مراقبت کافی توسط پرستار	۰/۷۶	۰/۸۰	۰/۷۷	۰/۷۹			

همچنین، ماتریس عامل‌های چرخش یافته مجموعهٔ ۲۵ سؤالی به شیوهٔ واریماکس پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران نشان می‌دهد، همهٔ ۲۵ عبارت دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۳ است و میزان واریانس مشترک بین متغیرها برای این ۵ عامل دست و پا گیر بودن والدین، حجم کاری بالا، سیاست اجرایی نامناسب، اعتمادبه‌نفس کم والدین و ارائه مراقبت کافی توسط پرستار روی هم ۷۵/۶۹ درصد کل واریانس است(شکل شماره۱).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]



شکل شماره ۱: نمودار سنگ ریزه، موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخشهای مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران

بحث

فلسفه مراقبت خانواده محور بر این فرض استوار است که خانواده قدرت و پشتیبان اولیه در مراقبت از بیمار است و حضور آن‌ها می‌تواند به بهبود روند بیماری کودک و بهبود کیفیت مراقبت کمک کند(۹). مطالعه حاضر باهدف طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران شهر همدان در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نتایج مطالعه حاضر در خصوص طراحی و روان‌سنجی پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران بیانگر میزان روایی و همبستگی مناسب برای استفاده از این ابزار در مطالعات هدف می‌باشد و به نظر می‌رسد که این ابزار می‌تواند کمک شایانی به شناسایی موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران کند.

در این مطالعه ۵ بعد دست و پا گیر بودن والدین، حجم کاری بالا، سیاست اجرایی نامناسب،اعتماد به نفس کم والدین و ارائه مراقبت کافی توسط پرستار به عنوان ابعاد پرسشنامه موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان شناخته شدند که این یافته با یافته مطالعه Hansson و همکاران(۲۰۲۱) هم خوانی دارد(۲۸). Hansson و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود دریافتند که دیدگاه اصلی پرستاران بر مثبت بودن حضور والدین است. با این حال، حضور آن‌ها اغلب اولویت کمتری نسبت به تمرکز بر درمان کودک و نگرانی از شکست در درمان دارد. بنابراین مراقبین درمانی این قدرت را دارند که تصمیم بگیرند که آیا والدین می‌توانند در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

شرایط بحرانی حضورداشته باشند یا خیر. تنها زمانی که والدین تقاضای حضور دارند، این تقاضا بر تصمیمات مراقبین غلبه می‌کند. کمبود منابع در تیم و ترس از ایجاد مزاحمت یا حواس‌پرتی والدین به عنوان دلایل اصلی برای عدم حضور والدین شناخته شد. همراستا با این یافته، Boztepe و همکاران(۲۰۱۷) در مطالعه خود دریافتند که برای اجرای بهتر این مدل، پرستاران نه تنها باید مدل را به صورت مفهومی درک کنند، بلکه باید حقوق، نقش‌ها و مسئولیت‌های والدین را نیز درک کنند و منابع کافی، آموزش مناسب و حمایت مدیران خود را در این مسیر همراه داشته باشند(۲۹).

همچنین Prasopkittikun و همکاران(۲۰۲۰) نیز همراستا با یافته فوق، در مطالعه خود بیان می‌دارند که دلایل اصلی اجرای نامناسب مراقبت خانواده محور می‌تواند شامل مواردی از جمله تصور ذهنی نامناسب از مراقبت خانواده محور در نزد مراقبین، نگرش ضعیف پرستاران نسبت به نقش‌های خود و کمبود پرستار باشد(۳۰). Done و همکاران(۲۰۲۰) همراستا با این یافته در مطالعه خود دریافتند که موارد پر اهمیت برای اجرای مراقبت خانواده محور می‌تواند شامل درک اهمیت نقش خانواده در مراقبت از کودکان از سوی پرستاران، کمک به خانواده‌ها در طول بستری شدن کودکان؛ اجرای مراقبت خانواده محور حتی با دانش ناقص و ترویج فرهنگ مراقبت خانواده محور باشد(۳۱).

از بررسی یافته‌های مطالعه حاضر و نتایج به‌دست‌آمده این چنین استنباط می‌شود که به نظر می‌رسد فلسفه مدل مراقبت خانواده محور توسط مسئولین بیمارستان‌ها، مدیران پرستاری و خود پرستاران به خوبی درک نشده و در این خصوص آموزش کافی ارائه نشده است و پرستاران در عمل از مزایای این مدل و لزوم اجرای آن به خوبی آگاه نیستند. به همین خاطر، لازم است که مسئولین بیمارستانی و مدیران پرستاری، آموزش این مدل به پرستاران را در برنامه آموزش سالیانه پرستاران قرار داده و تمهیدات لازم جهت اجرای آن را در دستور کار قرار دهند.

از سوی دیگر، میزان شاخص‌های CVI، CVR، ICC، آلفای کرونباخ و KMO و بارتلت به‌دست‌آمده در خصوص ابزار موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان از دیدگاه پرستاران در سطح مطلوب و قابل قبولی بود که این یافته از مطالعه حاضر با یافته مطالعه Paraszczuk و همکاران(۲۰۲۱) هم خوانی دارد (۲۱). ایشان در مطالعه خود که با عنوان آزمون روان‌سنجی ابزار مراقبت خانواده محور انجام شد، میزان آلفای کرونباخ ابزار را ۰/۸۶ بیان کردند. میزان KMO در مطالعه ایشان ۰/۸۲ و میزان شاخص بارتلت معنادار بود. فاکتور آنالیز تجزیه و تحلیل عاملی سه عامل را در دو کانون سوال برای (الف) عملکرد خود پرستار و (ب) حمایت سازمان از FCC نشان داد. اما تفاوت ابزار مطالعه ایشان با ابزار مطالعه حاضر در این بود که در

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

مطالعه ایشان، تمرکز بر روی اهمیت اجرای مراقبت خانواده محور بود به نحوی که نویسندگان این مطالعه در نتیجه‌گیری خود بیان می‌دارند که این ابزار اهمیت مراقبت خانواده محور را برای پرستاران کودکان و حمایت آن‌ها از مراقبت خانواده محور را در محل کار اندازه‌گیری می‌کند و می‌تواند در مطالعات آینده برای ارزیابی اهمیت مراقبت خانواده محور مورداستفاده قرار گیرد حال‌آنکه تمرکز ابزار در مطالعه حاضر بر موانع اجرایی مراقبت خانواده محور بود. مطالعه دیگری هم راستا با یافته مطالعه حاضر توسط Al-Motlaq و همکاران(۲۰۱۷) با عنوان توسعه و اعتبارسنجی ابزاری برای ارزیابی اجرای مراقبت خانواده محور در واحدهای مراقبت ویژه نوزادان سنتی باز انجام شد که میزان آلفای کرونباخ مطالعه ایشان ۰/۹۳ به دست آمد(۱۱). در مطالعه ایشان نیز ارزیابی اجرای مراقبت خانواده محور مد نظر بود و با هدف مطالعه حاضر که به دنبال بررسی موانع اجرای مراقبت خانواده محور بود متفاوت بود به نحوی که نویسندگان نتیجه می‌گیرند که ابزار توسعه‌یافته می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای مطالعه FCC در زمینه مراقبت از نوزادان و همچنین اهداف اعتباربخشی و توسعه کیفیت خدمات استفاده شود.

Kainiemi و همکاران (۲۰۲۲) نیز مطالعه‌ای با عنوان ویژگی‌های روان‌سنجی ابزاری برای اندازه‌گیری کیفیت مراقبت خانواده محور در NICU به منظور اندازه‌گیری کیفیت مراقبت خانواده محور انجام دادند که همبستگی درونی سوالات مطلوب بود و میزان آلفای کرونباخ مطالعه ایشان ۰/۷۴ به دست آمد (۲۳)، که نتایج به‌دست‌آمده با یافته مطالعه حاضر همراستاست. نکته مهم در مطالعه ایشان این بود که مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان آزمودنی‌های مطالعه بودند. جعفرپور و همکاران(۲۲) نیز مطالعه‌ای با عنوان اندازه‌گیری مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه: توسعه و آزمایش ویژگی‌های روان‌سنجی، انجام دادند که در مطالعه ایشان، تعیین روایی صوری و محتوایی، تعداد گویه ها به ۲۶ مورد کاهش یافت. مقیاس ۲۰ ماده‌ای شامل ۵ مؤلفه (عامل) شامل کرامت، دریافت اطلاعات، حمایت، توانمندسازی خانواده و دسترسی به پزشک که ۶۳/۴ درصد از کل واریانس مقیاس را به خود اختصاص می‌دهد، تهیه شد. پایایی ابزار تحقیق براساس آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون طبقاتی با ۰/۸۹ و ۰/۹۳ قابل قبول بود. از دلایل مغایرت ابعاد پرسشنامه ایشان می‌توان به این نکته مهم اشاره کرد که ابزار ایشان در حوزه مراقبت‌های ویژه بزرگسالان انجام شده که به مراتب حساسیت کمتری از نوزادان و کودکان دارد. نکته بعد اینکه مقادیر شاخص‌های به‌دست‌آمده در مطالعه ایشان مانند مطالعه حاضر در سطح مطلوبی بود. Oh و همکاران (۲۰۱۸) نیز مطالعه‌ای با عنوان روایی و پایایی نسخه کره‌ای اهمیت خانواده‌ها در مراقبت‌های پرستاری- ابزار نگرش پرستاران اطفال انجام دادند که در این مطالعه تمرکز بر نقش و اهمیت خانواده در مراقبت خانواده محور

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

بود(۲۴). در مطالعه ایشان ۶ عامل خانواده به عنوان "شریک گفتگو"، "مشارکت‌کننده در مراقبت"، "حمایت‌کننده برای پرستار"، "بارمراقبتی"، "دریافت‌کننده توانمندسازی" و "خانواده به عنوان منبع خود مراقبتی" به عنوان ابعاد اصلی شناخته شد. CVI مطالعه ایشان ۰/۷۱، KMO بالای ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰،۸۵ میزان شاخص‌های به‌دست‌آمده در مطالعه ایشان بود و در ضمن، تفاوت ابزار ایشان با ابزار مطالعه حاضر در هدف اصلی ابزار بود.

نتیجه‌گیری

پرسشنامه ۲۵ سوالی استاندارد شده موانع اجرای مراقبت خانواده محور از دیدگاه والدین ابزاری پایا و روا برای بررسی موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان است. لذا ابزار استاندارد حاضر می‌تواند برای شناسایی موانع اجرای موجود بر سر راه مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان استفاده و سپس براساس موانع شناسایی شده، برنامه‌ریزی های لازم برای رفع این موانع، ارتقاء کیفیت مراقبت پرستاری، کاهش استرس والدین و بیماران، رضایتمندی بیشتر از خدمات درمانی و ایجاد حس کفایت و ارزشمندی در والدین صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1401.410 می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران نهایت سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، مسئولین محترم، کادر درمانی مراکز آموزشی درمانی شهر همدان و تمامی افرادی که به هر نحو در گردآوری این مطالعه همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان هرگونه تعارض منافع در این مطالعه را نفی می‌کنند.

References

1. Foster M, Whitehead L, Maybee P. The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting: A synthesis of quantitative research. Journal of Family Nursing. 2016;22(1):73-6.
2. Almaze J, De Beer J. Patient-and family-centred care practices of emergency nurses in emergency departments in the Durban area, KwaZulu-Natal, South Africa. Southern African Journal of Critical Care. 2017;33(2):59-65.
3. Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(1):683-95.
4. Beverley H, Elizabeth Crocker MEd, Terri L, William E, Nancy DiVenere BA. Patient-and family-centered care.2021. Available from: https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

5. Abukari AS, Acheampong AK, Aziato L. Experiences and contextual practices of family-centered care in Ghanaian nicus: a qualitative study of families and clinicians. BMC Health Services Research. 2022;22(1):1051.
6. Davidson JE, Hudson CA. Family-centered care: A reflection. Critical Care Nursing Clinics. 2020;32(2):xv-xx.
7. Tume LN, Latour JM. Family Involvement in PICU Rounds: Reality or Rhetoric? Pediatric Critical Care Medicine. 2015;16(9):875-6.
8. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. Critical Care. 2013;17(2):1-7.
9. Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. Intensive care medicine. 2017;43(4):550-3.
10. Foster M, Whitehead L, Arabiat D, Frost L. Parents' and staff perceptions of parental needs during a child's hospital admission: An Australian study. Journal of Pediatric Nursing. 2018;43:e2-e9.
11. Al-Motlaq MA, Abuidhail J, Salameh T, Awwad W. Development and validation of an instrument to assess the implementation of family-centred care in traditional open bay Neonatal Intensive Care Units. Early Child Development and Care. 2017;187(1):168-77.
12. Benjamin JM, Cox ED, Trapskin PJ, Rajamanickam VP, Jorgenson RC, Weber HL, et al. Family-initiated dialogue about medications during family-centered rounds. Pediatrics. 2015;135(1):94-101.
13. Tsironi S, Koulierakis G. Factors affecting parents' satisfaction with pediatric wards. Jpn J Nurs Sci. 2019;16(2):212-20.
14. Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. J Pediatr Nurs. 2018;41:22-33.
15. Terp K, Weis J, Lundqvist P. Parents' views of family-centered care at a pediatric intensive care unit—a qualitative study. Frontiers in Pediatrics. 2021;9.
16. Mirlashari J, Brown H, Fomani FK, de Salaberry J, Zadeh TK, Khoshkhou F. The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. Journal of pediatric nursing. 2020;50:e91-e8.
17. Prouhet PM. The Influence of Nurses' Attitudes, Beliefs, and Biases Toward Families on Family-Centered Care Delivery in a Neonatal Intensive Care Unit: A Grounded Theory: University of Missouri-Kansas City; 2021.
18. Beverley H, Elizabeth Crocker MEd, Terri L, William E, Nancy DiVenere BA. Advancing the practice of patient- and family- centered care in hospitals How to get started. . 2017; (301) 652-0281.
19. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Critical care medicine. 2017;45(1):103-28.
20. Franck LS, Bisgaard R, Cormier DM, Hutchison J, Moore D, Gay C, et al. Improving family-centered care for infants in neonatal intensive care units: Recommendations from frontline healthcare professionals. Advances in Neonatal Care. 2022;22(1):79-86.
21. Paraszczuk AM, Feeg VD, Betz CL, Mannino JE. Psychometric Testing of Family Centered Care (FCC) Instrument: A Mixed Methods Analysis of Pediatric Nurses and Their Workplace Perceptions of FCC. Journal of Pediatric Nursing. 2021;61:75-83.
22. Jafarpoor H, Vasli P, Manoochehri H, Zayeri F. Measuring family-centered care in intensive care units: developing and testing psychometric properties. Signa Vitae. 2020;16(2):82-91.
23. Kainiemi E, Flacking R, Lehtonen L, Pasanen M, Axelin A. Psychometric Properties of an Instrument to Measure the Quality of Family-Centered Care in NICUs. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2022;51(4):461-72.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]

24. Oh J, Kim YY, Yoo SY, Cho H. Validity and Reliability of the Korean Version of the Families' Importance in Nursing Care-Pediatric Nurses' Attitudes Instrument. Child Health Nursing Research. 2018;24(3):274-86.
25. Polit D, Beck C. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice: Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
26. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel psychology. 1975;28(4):563-75.
27. Plichta SB, Kelvin EA, Munro BH. Munro's statistical methods for health care research. 2013.
28. Hansson J, Hörnfeldt A, Björling G, Mattsson J. The Healthcare Staffs' Perception of Parents' Participation in Critical Incidents at the PICU, a Qualitative Study. Nursing Reports. 2021;11(3):680-9.
29. Boztepe H, Kerimoğlu Yıldız G. Nurses perceptions of barriers to implementing family-centered care in a pediatric setting: A qualitative study. J Spec Pediatr Nurs. 2017;22(2): e12175.
30. Prasopkittikun T, Srichantaranit A, Chunyasing S. Thai nurses' perceptions and practices of family-centered care: The implementation gap. International Journal of Nursing Sciences. 2020;7(1):74-80.
31. Done RDG, Oh J, Im M, Park J. Pediatric Nurses' Perspectives on Family-Centered Care in Sri Lanka: A Mixed-Methods Study. Child Health Nursing Research. 2020;26(1):72.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-18]