

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر میزان دانش والدین کودکان دارای استومی

*اشرف السادات حکیم^۱، الهام پالیزبان^۲، کامبیز احمدی انگالی^۳

چکیده

مقدمه: تعبیه استومی یکی از جراحی‌هایی است که از بدو تولد یا دوران شیرخوارگی به منظور حفظ بقاء بدن بال نقایص مادرزادی دستگاه تحتانی گوارش انجام می‌گیرد. مراقبت صحیح و پیشگیری از عوارض این جراحی نیازمند آموزش و توانمند کردن خانواده‌های درگیر در امر مراقبت از آنان می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر میزان دانش والدین کودکان دارای استومی می‌باشد.

روش: پژوهش حاضر، یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که بر روی کودکان شیرخوار دارای استومی و والدین آنان انجام شده است. تعداد ۶۰ نفر از کودکانی که تحت عمل جراحی استومی قرار گرفته به همراه والدین خود با رعایت موازین اخلاقی و با داشتن معیار ورود به مداخله انتخاب و بطور تصادفی (زوج و فرد) به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. کودکان و والدین گروه مداخله با استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده محور طی ۴ جلسه ۱ ساعته تحت آموزش قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سنجش دانش در حیطه‌های مراقبت و عوارض و پرسشنامه سنجش ابعاد الگوی توانمندسازی می‌باشد، که قبل از مداخله در هر دو گروه و ۲ ماه بعد از مداخله، در گروه مداخله تکمیل شدند.

یافته‌ها: در گروه آزمون از نظر دانش والدین مرتبط با عوارض استومی کودکان، قبل و بعد از مداخله (۴۵/۶۳ و ۵۰/۹۳) با میزان (p=۰/۰۰۰۱) اختلاف معنی دار بود. دانش والدین مرتبط با مراقبت استومی کودکان (۵۱/۲۳ و ۸۶/۶۰) با میزان (p=۰/۰۰۰۱) اختلاف معنی دار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از پژوهش بیانگر این است که با آموزش والدین کودکان دارای استومی از طریق الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌توان دانش مراقبتی و پیشگیری از عوارض استومی کودکان را افزایش داد.

واژگان کلیدی: الگوی توانمندسازی خانواده محور، استومی، دانش، شیرخوارگی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱۲

۱- مرکز تحقیقات مراقبت بیماریهای مزمن، عضو هیات علمی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: hakim3448200@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

۳- استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

مقدمه

استومی یک ارتباط بین روده یا مجاری ادراری با سطوح خارجی بدن است که براساس محل آناتومیکی نامگذاری می شود (۱). طی این عمل جراحی که بر روی همه سنین از نوزادی تا کهنسالی انجام می گیرد، مسیر خروج مدفوع از طریق یک روزنه شکمی به سمت بیرون از بدن منحرف می شود (۲). این جراحی گاهی در جهت بقای بیمار یا به منظور افزایش کیفیت زندگی او صورت می گیرد، لیکن در هر دو حالت فرد با فشار روحی عظیمی مواجه می گردد (۳). در حالیکه آمار مربوط به بروز جهانی بیماری کولورکتال به راحتی در دسترس است، هنوز آمار بین المللی استومی بصورت دقیق مشخص نشده است (۴و۵). نتایج تحقیقات نشان دهنده این است که بیش از یک میلیون نفر از مردم ایالات متحده ی آمریکا (۶و۷) و ۱۰۲ هزار نفر از مردم انگلستان استومی روده ای دارند (۸و۹). در کشور ایران نیز هنوز آمار دقیقی از تعداد بیماران استومی وجود ندارد، اما به نقل از انجمن استومی ایران در حدود ۳۰ هزار بیمار استومی زندگی می کنند (۱۰).

استومی یکی از مراحل درمان نقایص مادرزادی دستگاه تحتانی گوارش یا مجاری ادراری در کودکان می باشد. مهمترین دلیل آنتروکولیت نکروزان، مقعد بسته و بیماری هیرشپرونک در شیرخواران و در کودکان بزرگتر بیماریهای التهابی روده است. مراقبت و کنترل استومی در کودک در مقایسه با بزرگسال متفاوت است. یکی از مهمترین نکات در مراقبت از کودکان، آموزش چگونگی مراقبت به کودک و خانواده است (۲).

با توجه به جستجوهای وسیع اینترنتی آمار دقیقی از کودکان مبتلا به استومی در ایران و سایر نقاط جهان یافت نشد. سالانه تعداد زیادی از بیماران استومی بعلت مراقبت غیر صحیح ناشی از کمبود دانش و عملکرد مراقبتی در معرض جراحی های مجدد، بستری طولانی مدت و هزینه های بالای ناشی از آن قرار می گیرند. کودکان یکی از گروه های سنی هستند که ریسک بالایی برای بستری مجدد ناشی از عوارض استومی دارند (۲).

مطالعه ای توسط ماریون تحت عنوان مراقبت خانواده محور راهی برای ارتباط بیماران، خانواده ها و پرستاران در مراقبت های بحرانی در سال ۲۰۱۰ در استرالیا انجام شد، نتایج این مطالعه نشان داد که اعضای خانواده بیماران بدحال از اینکه در مراقبت از بیماران خود سهیم بوده اند، احساس مفید بودن کرده اند و ارتباط خانواده و پرستاران یک رویکرد مشارکتی ایجاد کرده که مراقبت روزانه از بیماران با موفقیت بهتری انجام شده است (۱۱). مطالعه دیگری نشان داد که آموزش در قالب برنامه مدون می تواند آگاهی و تبعیت از رژیم درمانی بیماری های مزمن را بهبود بخشد (۱۲). در این راستا نتایج پژوهشی مشخص نمود که آموزش به کودکان و والدین آنها میتواند سطح دانش و رعایت رژیم درمانی آنها را بالا ببرد. سطح دانش والدین بستگی به سن و آموزش های دریافتی دارد، آموزش به والدین در قالب جلسه هایی می تواند محدودیت ها و عوارض ناشی از استومی را کاهش دهد، بطوریکه یادگیری مهارت های بالینی برای والدین، بعنوان مراقب یک کودک دارای استومی بسیار اهمیت دارد (۱۳). نتایج پژوهش الفادل (۲۰۰۸) نشان داده است که کودکان دارای استومی با مسائلی بعد از عمل جراحی که ناشی از فقدان دانش و عملکرد نامناسب قبل و بعد از عمل و مراقبت های غیر استاندارد است، روبرو هستند. آنها از عوارض مستقیم یا غیر مستقیم که شامل تنگی استومی، پرولاپس، نکروز، پارگی، خونریزی و فتق های اطراف استومی رنج می برند (۱۴). نتایج مطالعه ترن (۲۰۰۱) نشان داد که اطلاعات و مشاوره هایی که بعد از عمل جراحی توسط پرستاران و متخصصان جراحی به بیماران دارای استومی ۲۵ تا ۵۵ ساله ارائه می شود ناکافی است و پیشنهاد داده شد که استاندارد هایی برای افزایش کیفیت مراقبت ها و ارزیابی آنها اتخاذ شود (۱۵). خانواده به عنوان اساسی ترین رکن جامعه، مسئول ارائه مراقبت های صحیح و مناسب بهداشتی به بیماران و اطرافیان می باشد. در جریان مراقبت از یک بیمار، خانواده وی نیازمند درک صحیح از بیماری است (۱۶). خانواده دارای ظرفیت های آموزشی متنوعی برای یادگیری و فهمیدن برنامه های درمانی است که با دخالت آنها در امر مراقبت و نهایتا ارتقاء عملکرد، نظارت بر

محور، توانمندکردن سیستم خانواده (بیمار و سایر اعضای خانواده) به منظور ارتقاء سطح سلامت است (۲۱). پرستار به عنوان یکی از اعضای کلیدی در کنار مراقبت از کودک بیمار، به خانواده نیز در جهت افزایش امید و اعتماد کمک می کند. چنین رویکردی باعث ارتقاء سلامت و رفاه خانواده خواهد شد. بنابراین پرستاران در وضعیت منحصر به فردی جهت تعامل با افراد و اعضای خانواده قرار دارند، آنها می توانند دانش، مهارت و حمایت لازم را جهت حفظ کیفیت مراقبت در منزل فراهم آورند که هدف از مداخلات پرستاری در مراقبت خانواده محور، ارتقاء توانایی اعضای خانواده در حیطه های معینی می باشد تا بتوانند بر موانع موجود در زمینه های بهداشتی و سلامتی فائق آیند (۲۲). نتایج مطالعات مؤید این نکته است که آموزش مداوم و مستند به خانواده ها بر میزان اطلاعات آنان در زمینه اجرای مراقبتهای پیگیر تأثیر داشته است. بنابراین ضروری است که اطلاعات صحیح از طریق برنامه های آموزشی مدون به این بیماران ارائه گردد. امروزه آموزش به بیماران به عنوان بخشی از فعالیت های کلیه کارکنان سلامت مورد پذیرش قرار گرفته است. محققین بر این باورند که اجرای برنامه آموزشی می تواند بر افزایش دانش و عملکرد مؤثر باشد. طبق نظر محققین توانمندسازی والدین کودک باعث مسئولیت پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی درمانی، رضایت، پاسخ بهتر کودک به درمان، پیشگیری از عوارض استومی، کاهش هزینه های درمانی ناشی از استومی و نگاه مثبت به بیماری مربوطه گردد، که برای رسیدن به این مهم نیاز به همکاری والدین نیز می باشد، با توجه به اینکه تفاوت های فردی در بحث یادگیری و تفاوت های اجتماعی، محیطی و امکانات در دسترس می تواند در ارائه مراقبت کیفی مؤثر باشد، بنابراین محققین بر آن شدند تا پژوهشی را جهت بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر دانش والدین کودکان با استومی در شهر اهواز انجام دهد چرا که این مکان پژوهشی از تنوع فرهنگی، اجتماعی و محیطی بسیاری برخوردار است.

دارو درمانی افزایش پیدا کرده و همچنین باعث می شود احساس مفید بودن به عنوان عضوی از اعضای تیم درمانی داشته باشند (۱۷). همانطور که انسان ها با هم تفاوت دارند خانواده ها و فرهنگ ها با یکدیگر تفاوت دارند. تفاوت خانواده ها و فرهنگ ها را از دیدگاه های مختلف می توان مقایسه کرد، زیرا هر یک از این تفاوتها می تواند در انتقال مفاهیم و آموزش مؤثر باشند (۱۸). بیماری مزمن و ناتوانی کودک اثرات قابل توجهی در کارکرد خانواده دارد و خانواده را درگیر با وظایف، مسئولیتها و نگرانی زیاد در ارتباط با نیازهای مراقبتی کودک، مشکلات مالی، جسمی و عاطفی می کند (۱). بنابراین خانواده نیز در محافظت از کارکرد خود برای مراقبت بهتر از کودک باید فعال شود، لذا مداخلات پرستاری برای این کودکان باید مشارکت خانواده را نیز به همراه داشته باشد. از آنجا که مشارکت اعضا خانواده در مراقبت کودک یکی از اصول کلیدی در توانمندسازی خانواده محور است، پرستار با دادن فرصت به فرد بیمار و اعضای خانواده سبب می شود که آنان به کفایت ها و توانایی های موجود در خود که برای برآوردن نیازهای کودک ضروری است پی ببرند و در شیوه های کمک به افراد و خانواده ها بیشتر از دادن کمک، بر توانمندسازی آنان تأکید داشته باشد (۱۹).

برنامه توانمندسازی خانواده محور با تأکید بر مؤثر بودن نقش خانواده در ابعاد انگیزشی، روانشناختی (خودباوری، خودکنترلی، خودکارآمدی)، دانش، نگرش و تهدید درک شده طراحی شده است (۲۰). بسیاری از صاحب نظران معتقدند که توانمندی فرآیندی پویا، تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل گرفته و به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه های درمانی و نگاه مثبت به بیماری منجر می شود، به همین دلیل در سال های اخیر مفهوم توانمند سازی بیمار و خانواده در پژوهش های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه ای برخوردار شده و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده شده است و هدف اصلی برنامه توانمندسازی خانواده

روش

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی است. ۶۰ نفر از والدین کودکانی که در یکی از بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز مورد جراحی استومی قرار گرفته، براساس شرایط معیارهای ورود شامل؛ حداقل یک ماه از جراحی کودک گذشته باشد (با توجه به تشخیص پزشک مربوطه)، باقی ماندن حداقل شش ماه تا زمان بستن استومی، قادر به شرکت در پژوهش و همکاری لازم، داشتن شرایط لازم جهت پاسخگویی به سئوالات. دعوت آنها به شرکت در برنامه توانمند سازی از طریق تماس تلفنی انتخاب و بطور تصادفی به روش شماره گذاری از یک تا شصت و تقسیم اعداد زوج و فرد به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. والدین کودک بارضایت کتبی و آگاهانه در پژوهش شرکت نمودند.

در این پژوهش ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه ها و چک لیست های طراحی شده به دست محقق می باشد که با مرور متون تهیه شده و دارای پنج بخش است: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک والدین، بخش دوم شامل اطلاعات دموگرافیک کودک، بخش سوم شامل پرسشنامه هایی جهت تعیین نمره اجزای الگوی توانمندسازی شامل خودکارآمدی، خودکنترلی، شدت حساسیت درک شده، شدت تهدید درک شده، بخش چهارم شامل پرسشنامه ای جهت سنجش دانش والدین کودک با استومی در حیطه مراقبت (تعریف استومی، اتیولوژی، آناتومی، تغذیه، بهداشت، مراجعه به موقع در صورت وقوع عارضه، بازی و فعالیت) شامل ۱۱ سؤال، بخش پنجم پرسشنامه ای جهت سنجش دانش در زمینه عوارض (آسیب پوستی، پارگی، نکروز، فتق، پرولاپس، سوختگی) که شامل ۱۱ سؤال می باشد. نحوه ی نمره دهی به اجزای پرسشنامه براساس معیار لیکرتی ۵گزینه ای بوده که به ترتیب در پاسخ به گزینه بسیار مخالفم نمره ۲- کمترین نمره و در پاسخ به گزینه بسیار موافقم با نمره ۲+ بیشترین نمره داده شد.

برای تعیین روایی پرسش نامه، از روش اعتبارمحتوا استفاده شد، بدین صورت که پرسش نامه توسط جمعی از اعضاء محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی

اهواز مورد قضاوت و نظرخواهی قرار گرفت. جهت تعیین پایایی پرسش نامه از آلفای کرونباخ که یک پیوستگی درونی است استفاده گردید. ضریب آلفای کرونباخ پرسش نامه ۰/۸ بود که بیانگر تأیید اعتماد علمی ابزار می باشد. پژوهشگر پس از معرفی خود، بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت و مشارکت نمونه ها از واحد های پژوهش درخواست نمود که ابزارهای تحقیق را تکمیل نمایند. پس از تجزیه و تحلیل داده های حاصل از مرحله قبل از مداخله و شناخت امکانات، محدودیت ها و نیاز های آموزشی والدین در زمینه های مختلف رژیم درمانی، محتوای آموزشی الگوی توانمندسازی، متناسب با نیاز ها و خواسته های نمونه های پژوهش تنظیم گردید

الگوی توانمند سازی خانواده محور براساس گام های سه گانه (تهدید درک شده، مشکل گشایی و ارزشیابی) برای نمونه های پژوهش اجرا شد (۱۹). اولین گام درالگوی توانمندسازی افزایش تهدید درک شده (منظور شدت درک شده، یعنی درک وجود خطر در صورت عدم پیشگیری لازم) می باشد. یکی از مشکلات خانواده کودکان دارای استومی بویژه والدین، کمبود دانش آنها می باشد. این مرحله با افزایش دانش، شناخت و در نتیجه درک شدت از طریق آگاه شدن نسبت به ماهیت جراحی، عوارض زودرس و دیررس شامل تنگی استومی، پرولاپس، نکروز، پارگی، خونریزی و فتق های اطراف استومی و مسائل مهم درمورد تغذیه و ورزش کودکان استومی در طی دو جلسه به اجرا درآمد. هدف پژوهشگر در گام دوم (مشکل گشایی)، شناخت مشکل توسط نمونه های پژوهش و ارائه راه حل و اجرا از طریق بحث و گفتگو بود که به روش بحث گروهی طی یک جلسه اجرا شد. گام سوم (ارزشیابی) که دومرحله بود از طریق ارزشیابی فرآیند (شامل فرآیند مداخله در تمامی جلسات با پرسش های شفاهی درمورد مطالب بحث شده در جلسات قبلی) و ارزشیابی نهایی (تکمیل مجدد پرسشنامه) انجام شد. ۲ ماه بعد از مداخله نیز مجددا پرسشنامه تکمیل گردید. داده های حاصل از پژوهش از طریق SPSS نسخه ۲۱ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار

استنباطی (آزمون آماری X^2 برای متغیرهای کیفی، t زوجی و تی مستقل) برای متغیرهای کمی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

نتایج نشان داد فراوانی و درصد علت جراحی استومی در کودکان دارای استومی به تفکیک دو گروه آزمون و شاهد بر همگن بودن علت جراحی در کودکان دارای استومی دلالت دارد ($p=0/475$). با توجه به نتایج بدست آمده، علت جراحی استومی، مقعد بسته، هیرشپرونک، انسداد روده، مگاکولون به ترتیب در گروه آزمون ۲۱ مورد (۳۵ درصد)، ۸ مورد (۱۳ درصد)، ۱ مورد (۲ درصد)، صفر مورد (۰/۰ درصد) و در گروه شاهد مورد ۱۹ (۳۱/۷ درصد)، ۷ مورد (۳ درصد)، ۲ مورد (۳ درصد)، ۲ مورد (۳ درصد) می باشد. فراوانی و درصد عوارض منجر به بستری ناشی از جراحی استومی در کودکان دارای استومی به تفکیک دو گروه آزمون و شاهد بر همگن بودن محل جراحی در کودکان دارای استومی دلالت دارد ($p=0/932$). با توجه به نتایج بدست آمده، از میان ۲۶ نمونه مورد مطالعه با سابقه بستری ناشی از عوارض جراحی، انسداد، فتق، سوختگی، پرولاپس، به ترتیب در گروه آزمون ۱۳ مورد (۵۰ درصد)، ۲ مورد (۸ درصد) ۲ مورد (۸ درصد)، ۱ مورد (۴ درصد) و در گروه شاهد ۵ مورد (۱۹ درصد)، ۱ مورد (۴ درصد)، ۱ مورد (۴ درصد)، ۱ مورد (۴ درصد) می باشد. (جدول ۱)

جدول شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک کیفی

P value	شاهد		آزمون		متغیرها
	درصد فراوانی	فراوانی	درصد	فراوانی	
P=0/398	۵۰	۱۵	۲۸	۱۷	جنسیت کودکان
	۵۰	۱۵	۱۳	۱۳	پسر دختر
P=0/397	۲۷	۱۶	۳۰	۱۸	روش زایمان کودک
	۲۳	۱۴	۲۰	۱۲	طبیعی سزارین
P=0/50	۲۳	۲۰	۲۵	۲۱	واسطه فامیلی والدین
	۱۷	۱۰	۱۵	۹	فامیل غیر فامیل
P=0/050	۴۶/۷	۲۸	۳/۲۸	۲۹	محل جراحی استومی
	۳/۳	۲	۱/۷	۱	کولون ایلئوم
					علت جراحی استومی

- میانگین مدت زمان بستری ناشی از عوارض جراحی استومی در کودکان دارای استومی در دو گروه آزمون و شاهد بر همگن بودن مدت زمان بستری نمونه های مورد مطالعه دلالت دارد ($p=0/173$). میانگین مدت زمان بستری در گروه مداخله ۱۰/۷ روز و در گروه شاهد ۵/۱۲ روز می باشد.

- میانگین سن والدین کودکان دارای استومی در دو گروه آزمون و شاهد بر همگن بودن سن والدین نمونه های مورد مطالعه دلالت دارد ($p=0/164$). میانگین سن والدین در گروه مداخله ۲۴ سال و در گروه شاهد ۲۶/۶ سال می باشد. (جدول ۲)

- مقایسه میانگین نمره دانش والدین مرتبط با عوارض استومی کودکان قبل و بعد از مداخله در در گروه آزمون (۶۳/۴۵ و ۵۰/۹۳)، معنی دار بوده است ($p=0/0001$). اما در گروه شاهد تفاوت آماری معنی دار از نظر دانش مرتبط با عوارض، در مقایسه قبل و بعد از مداخله (۴۵/۶۳ و ۴۵/۶۴) دیده نشده است ($p=1/000$) (جدول ۳).

- مقایسه میانگین نمره دانش والدین در مورد مراقبت از استومی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون (۵۱/۲۳ و ۸۶/۶۰) معنی دار بوده است ($p=0/0001$). اما در گروه شاهد تفاوت آماری معنی دار از نظر دانش والدین در مورد مراقبت از استومی، در مقایسه قبل و بعد از مداخله (۸۶/۶۰ و ۸۶/۶۰) دیده نشده است ($p=0/109$). (جدول ۴)

P=۰/۴۷۵	۳۱/۷	۱۹	۳۵	۲۱	مقعد بسته
	۱۲	۷	۱۳	۸	هیوش پرونگ
	۳	۲	۲	۱	انسداد روده
	۳	۲	۰	۰	مگا کولون
					عوارض منجر به بستری
P=۰/۳۹۸	۱۸	۵	۵۰	۱۳	انسداد
	۴	۱	۸	۲	فتق
	۴	۱	۸	۲	سوختگی
	۳۰	۸	۷۰	۱۸	پرو لاپس
					تحصیلات مادران
	۱۳/۳	۸	۱۵	۱۹	بیسواد
P=۰/۳۹۳	۱۸/۳	۱۱	۲۰	۱۲	ابتدایی
	۱۸/۳	۱۱	۱۱/۷	۷	متوسطه
	۰	۰	۳/۳	۲	دانشگاهی
					محل سکونت
P=۰/۶۰۲	۲۵	۱۵	۲۵	۱۵	شهر
	۲۵	۱۵	۲۵	۱۵	روستا
					وضعیت شغل
P=۰/۲۴۶	۰	۰	۳	۲	شاغل
	۵۰	۳۰	۴۷	۲۸	خانه دار

جدول شماره ۲: اطلاعات دموگرافیک کمی

P value	شاهد	آزمون		گروه	متغیرها
		فرآوانی	اعداد ± میانگین		
P=۰/۷۳۷	۵/۵۷±۳/۸	۳۰	۵/۲۰±۴/۶	۳۰	سن کودکان
P=۰/۹۴۶	۲۹۵۰±۶۲۰	۳۰	۲۹۶۳±۸۷۱	۳۰	وزن زمان تولد کودکان
P=۰/۳۷۷	۷۹۰۰±۴۸۰	۳۰	۹۰۷۶±۵۹۷	۳۰	وزن کنونی کودکان
P=۰/۱۷۳	۵/۱۲±۳/۵۲	۳۰	۱۰/۷۷±۵۸	۳۰	تعداد روزهای بستری ناشی از عوارض استومی
P=۰/۱۶۴	۲۶/۶±۷/۶	۳۰	۲۴±۷/۲	۳۰	سن مادران

جدول شماره ۳: مقایسه نمره دانش والدین کودکان دارای استومی در ارتباط با عوارض استومی

آزمون تی زوجی	گروه	
	قبل	بعد
P=۰/۰۰۰۱	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۴۵/۶۳±۵/۵۸۶	۵۰/۹۳±۲/۷۲۸
P=۱/۰۰۰	۴۵/۶۳±۵/۵۸۶	۴۵/۶۴±۵/۵۸۲۸
	P=۱/۰۰۰	P=۰/۰۰۰۱
	آزمون تی مستقل	

جدول شماره ۴: مقایسه نمره دانش والدین کودکان دارای استومی در ارتباط با مراقبت از استومی

آزمون تی زوجی	گروه	
	قبل	بعد
P=۰/۰۰۰۱	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۵۱/۲۳±۳/۸۶۶	۸۶/۶۰±۱۰/۷۰۵
P=۱/۰۰۰	۸۶/۶۰±۱۰/۷۰۵	۸۶/۶۰±۱۱/۱۰۳
	P=۱/۰۰۰	P=۰/۰۰۰۱
	آزمون تی مستقل	

بحث

محور اصلی پژوهش حاضر، تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر میزان دانش والدین کودکان دارای استومی در مورد مراقبت و پیشگیری از عوارض استومی می باشد. بر طبق نتایج این تحقیق اجرای برنامه توانمندسازی خانواده محور بر میزان دانش والدین کودکان دارای استومی تأثیر بسزایی دارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عارضه مقعد بسته بیشترین علت انجام جراحی، در بین کودکان دارای استومی می باشد. پژوهش اولجنیک و همکارانش (۲۰۰۵) نیز نشان داد که علت اکثر موارد جراحی استومی کودکان هیرشپرونک و مقعد بسته بوده (۱۳)، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

برنامه توانمندسازی خانواده محور در کشور ایران طراحی و در مورد چندین بیماری مزمن در رده های سنی نوجوانی، جوانی، میانسالی و سالمندی اجرا شده ولی در رده سنی کودکان شیرخوار و خانواده آنان اجرا نشده است. براساس مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۸)، استفاده از برنامه توانمندسازی خانواده محور دانش نوجوانان را در گروه آزمون ($p=0/007$) افزایش داده است (۲۰). همچنین نتایج تحقیق رخشندهرو و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که استفاده از مداخله آموزشی، آگاهی بیماران دیابتی را افزایش می دهد ($p<0/05$) (۲۳). همچنین نتایج مطالعه تیموری و همکاران (۲۰۱۱) مشخص نمود که آموزش و تقویت اطلاعات به خانواده ها کمک می کند تا بتوانند مسئولیت کنترل بیماری را برعهده داشته باشند (۲۴). که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی دارد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، اجرای الگوی توانمندسازی می تواند باعث ارتقاء دانش والدین کودکان دارای استومی و به دنبال آن اجرای مراقبت بهتر و اصولی گردد. نتایج پژوهش مسعودی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که اجرای برنامه توانمند سازی خانواده محور، دانش مراقبین مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز را در گروه آزمون ($p<0/005$) افزایش می دهد (۱۶). در این راستا نتایج مطالعه حکیم و همکاران (۱۳۹۳) نیز اثر بخشی برنامه توانمندسازی خانواده محور را بر افزایش میزان رعایت نکات بهداشتی توسط والدین کودکان مبتلا به عود

عفونت ادراری مشخص نمود (۲۵). همچنین نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می دهد که آموزش نقش مهمی در ارتقاء دانش والدین دارد. اگر چه بر اساس نتایج تحقیقات بسیاری از پژوهشگران جهت تغییر رفتار ضروری باید آموزش مستمر و مداوم صورت گیرد. لازم به ذکر است که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور با کمترین امکانات قابل اجرا می باشد، به طوریکه والدین نسبت به انجام آن استقبال بیشتر و تقاضای تداوم این چنین آموزشی را دارند. لذا پیشنهاد می گردد، چنین برنامه ای برای افزایش دانش والدین و خانواده بیماران دارای استومی درسایر رده های سنی و سایر بیماران مزمن درمؤسسات مربوطه اجرا شود.

نتیجه گیری نهایی

نتایج حاصل از پژوهش بیانگر این است که با آموزش والدین کودکان دارای استومی از طریق الگوی توانمندسازی خانواده محور می توان دانش مراقبتی و پیشگیری از عوارض استومی کودکان را افزایش داد. همچنین بروز عوارض ناشی از مراقبت غیر اصولی از استومی کودکان را تا حد ممکن به تأخیر انداخت و از تحمیل هزینه های اضافی بر بیمار و سیستم سلامت برای درمان عوارض جلوگیری نمود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی/دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بوده که با حمایت مالی آن دانشگاه به مرحله اجرا درآمده است (شماره طرح 9206-CDCRC). کد کار آزمایشی بالینی IRCT2014042617445N1 می باشد. در ضمن از کلیه خانواده های مشارکت کننده در این مطالعه تشکر و قدر دانی بعمل می آید.

منابع

- 1- Marlyn J, David W. Wongs nursing care of infant & children. Winning ham's; 2013.
- 2- Grinspun D. stoma Care and management: clinical best practice guidelines. (Serialontheinternet).2009Aug, availablefrom: http://www.rnao.org/storage/59/5393_stoma_care_management.pdf. Accessed 2010, December.
- 3- Mahjoubi B, derakhshani S. Care of stoma, 2, Tehran: Eshtiyagh, 2002.
- 4- sampaio F, Aquino P, Araujo T, & galvao M. nursing care to an stoma patient: Application of the orem's theory: Acta paul Enferm.2008; 21(1):94-100.
- 5- Thorpe G, McArthur M, Richardson B. bodily change following fecal stoma formation Qualitative interpretive synthesis. j Adv Nurs.2009;65(9):1778-89.
- 6- Cataldo PA, Mackeigan JM. Intestinal stoma: Principles, techniques, and management .2nded.New York: Marcel Dekker Inc.; 2004.
- 7- Agarwal SH, Ehrlich A, stoma dermatitis: prevalent but often overlooked. Dermatitis.2010; 21(3):138-47.
- 8- Porrett T, Mcgrath A. stoma Care .new York: Blackwell, 2005.
- 9- Burch j. caring for peristomal skin: what every nurse should know .Br j Nurs.2010; 19(3):166-170.
- 10- Iranian Stoma Association. Homepage(on the Internet) <http://iranstomy.persianblog.ir>. Accessed jun 2011.
- 11- Marion L, Mitchell A, Wendy CH, family center cared way to connect patient ,families and nurses in critical care.Journal of intensive and critical care nursing.2010 26;2(2):160-154.
- 12- Hakim A, Mahmoodi F, Alijani Renani H, Latifi M, Effect of family-centered empowerment model on treatment regimen of the school-aged children with diabetes: A randomized controlled trial.Jundishapur Journal of Chronic Disease Care.2013; 2(2):46-53.
- 13- olejnik B, Maciorkowska E, Lenkiewicz T, Sierakowska M. Educational and nursing problems of parents of children with stoma. Annales Academiae MedicasBsis.2005, 50(1):163-166.
- 14- Abo elfadel S. Effect of individualized teaching on Bowel function for colstoma patients.18th annual meeting of the Egyptian Society of Surgeons, Congress on congress on colorectal surgery.The Cleveland Clinic foundation and University of Alexandria, 2008.
- 15- Turn D. psychosocial issues: pelvic exenterative surgery, journal of surgical oncology, 2001; 76(3):224-30.
- 16- Masoudi R, Alhani F, Moghadasi G , Ghorbani M, The impact of a family empowerment model On knowledge and attitude and performance of patients with multiple sclerosis. Journal of Birjand University of Medical Sciences.2011; 17 (2) :87-97.
- 17- Marlyn J, David W. The child with endocrine dysfunction. Nursing care of infant& children. Wongs nursing care of infant & children, 2011; chapter 38, 1594-1615.
- 18- Ganji H, Psychology of Individual Differences, Tehran: publishingroshd; 2006.

- 19- Alhani F. Designing and evaluation of family centered empowerment model in preventing I.D.A. submitted as partial a thesis fulfillment of requirements for degree of PhD in health education. Tehran: school of medical science tarbiat modares University.2003.
- 20- Heidari M, Alhani F, kazem nejad F, Moezi F. Evaluate the effect of family centered empowerment model on quality of life in adolescents with diabetes. Iranian Journal of Pediatrics. 2008; 17 (1):23-26.
- 21- Vahedian R, Alhani F, Ahmadi F, Kazem nejad A, Effect family empowerment model - based on the lifestyle of patients with myocardial infarction. Journal Critical Care Nursing. 2009; 2(4): 127-132.
- 22- Alla yari E', Alhani F.Kazem zadeh A, Izadyar M. Effect of family empowerment model - based on the quality of life of school- age children with thalassemia. Iranian Journal of Pediatrics. 2007; 16 (4): 455-461.
- 23- Rakhshandehroo S, Ghaffari M, Heidarnia AS, Rajab A, Effectiveness of educational interventions on metabolic impact of diabetic patients referred to the Diabetes Association.Iranian journal of diabetes and lipid, Special factors for cardiovascular disease .2009; (2): 57-64.
- 24- Timuri F, Alhani F, Kazem nezhad, The effect of family-centered empowerment on quality of life school age children with asthma. Journal of Nursing Research,2011;6(20):52-63
- 25- Hakim A, Barjasteh M, The effect of family centered empowerment program on hygiene compliance in parents with children of recurrent urinary tract infections. JPEN. 2014; 1 (1):54-62.

The effect of family-centered empowerment model on the Level of parents' knowledge of children with ostomy

*Hakim A¹, Palizban E², Ahmadi Angali K³

Abstract

Introduction: Ostomy is one of surgeries that from birth or infancy in order to Maintaining Followed lower gastrointestinal tract congenital defects survival is done. Proper care and prevention of complications of this surgery requires education and empowering families involved in the care of them. The aim of this study was to determine the effect of family-centered empowerment model on Level of parents' knowledge of children with ostomy.

Method: This study is a clinical trial on infancy children with intestinal stoma and their parents. A total of 60 children and their parents have been chosen to intervention with the ethical standards and criteria. They were divided randomly into two groups. The case group educated with family centered empowerment model during four sessions 1 hour. Data were collected with questionnaires, included demographics, knowledge and parts of empowerment model that before the intervention in the both groups and 2 months after the intervention, the case groups were completed and the data evaluated with spss₂₁ software and descriptive and analytical statistical test (X^2 test for qualitative variables, t-test and independent t for quantitative variables).

Results: The results showed, in the case group about of knowledge related with complication before and after intervention (45.63, 50.93) with level ($p=0.0001$) the difference was significant. Parents knowledge related to Children ostomy care (51.23, 86.60) with level ($p=0.0001$) the difference was significant.

Conclusions: The results of the study indicate that parent's education of children with ostomy through family-centered educational model can increase the knowledge that is related to caring and complication of ostomy.

Keywords: Knowledge, ostomy, Family-centered empowerment model, Infancy.

Received: 17 January 2015

Accepted: 2 June 2015

1- Chronic Disease Care Research Center, faculty member of Nursing Department, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: hakim3448200@yahoo.com

2- Nursing master student, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3- Statistics and Epidemiology Department, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.