

مقایسه درک پرستاران و مادران نوزادان نارس از نیازهای مادران

در بخش مراقبت ویژه نوزادان

سیده زهرا اعمی*، زهرا احمدی**، طیبه ریجانی***، حمید حقانی****

چکیده

زمینه و هدف: از اهداف مهم مراقبت پرستاری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، فراهم کردن مراقبت جامع نگر و افزایش بهترین نتایج ممکن می باشد. برای دستیابی به این اهداف درک نیازهای مادران از اهمیت بالایی برخوردار است. این مطالعه با هدف مقایسه درک پرستاران و مادران نوزادان نارس از نیازهای مادران در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام یافته است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی-مقایسه ای با شرکت ۶۳ پرستار و ۶۳ مادر نوزاد نارس، به روش نمونه گیری طبقه ای در بخش مراقبت ویژه نوزادان چهار مرکز آموزشی، درمانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در طی دو ماه (اسفند ۱۳۹۱ و فروردین ۱۳۹۲)، با استفاده از پرسشنامه نیازهای خانواده نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان Ward انجام گرفت. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون t مستقل) و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در میان ابعاد نیازهای خانواده، نیاز به نزدیکی به نوزاد (۹۵/۳۷٪)، دلگرمی (۹۴/۱۸٪)، آگاهی (۹۱/۱۵٪)، حمایتی (۷۹/۷۷٪) و راحتی (۷۲/۸۶٪) به ترتیب اهمیت توسط مادران، همچنین نیاز به دلگرمی (۸۰/۳۳٪)، نزدیکی به نوزاد (۷۵/۲۶٪)، آگاهی (۷۰/۸۰٪)، راحتی (۶۶/۳۶٪) و حمایتی (۶۴/۸۳٪) به عنوان درک پرستاران گزارش شد.

نتیجه گیری: پیشنهاد می شود پرستاران با توجه به نتایج این مطالعه و ارزیابی های دوره ای از نیازهای مادران، تعریف خود را از نیازهای واقعی مادران عینی سازند و ارتباط موثر و متقابل خود را با آنان بهبود بخشند، تا با تامین این نیازها بر اساس اهمیت و الویت از دیدگاه مادران، گامی هر چند کوچک در ارتقای سلامت مادر و نوزاد برداشته شود.

نویسنده مسؤول: زهرا احمدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

e-mail: z-ahmadi@tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: پرستار، مادران نوزاد نارس، نیاز درک شده مادران

- دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۹۲ - پذیرش مقاله شهریور ماه ۱۳۹۲

مقدمه

حدود ۹/۶۱٪ (۱۲/۹ میلیون) تولدها در سراسر جهان به صورت تولد نارس (قبل از

هفته ۳۷ بارداری) است (۱). بخش مراقبت ویژه نوزادان (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) برای مراقبت از تولدهای آسیب پذیر در جهان مسؤلیت خطیری دارد. پیشرفت های اخیر در مراقبت قبل از تولد و دوره نوزادی، منجر به افزایش حیات در نوزادان آسیب پذیر شده است (۲).

*کارشناسی ارشد پرستاری

** مربی گروه پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

*** مربی گروه آموزشی کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
**** مربی گروه آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

ایران

ماهیت استرس‌زای محیط NICU برای والدین نوزاد بیمار به‌خوبی اثبات شده است. تولد نارس نه تنها سلامتی نوزاد، بلکه سلامتی اعضای خانواده را با چالش مواجه می‌کند (۳). تولد یک نوزاد نارس و بیمار، فرایند انتقال به مرحله والد شدن را به‌خطر می‌اندازد (۴). مادر شدن به تنهایی یک وظیفه ویژه می‌باشد که با پذیرش نوزاد در NICU مادر با یک موقعیت جدید، به‌علاوه یک بحران پیش‌بینی نشده مواجه می‌شود، درچنین شرایطی مادر ممکن است تجربه قبلی برای درک مفاهیم و سازمان‌دهی تنش‌های جدید نداشته باشد (۵).

بدیهی است که مراقبت در NICU بر نیازهای نوزاد متمرکز است، اما هنگامی که مادر به‌عنوان جزئی از مراقبت در نظر گرفته نشود، احساس محروم‌شدن در مادر تقویت شده و این حس، احساسات مادر را به‌شکل منفی تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. در شیوه محروم‌سازی از مراقبت، جایی که نیازهای مادر در نظر گرفته نشود، بی‌احترامی به مقام مادری و شکلی از عدم مراقبت صورت می‌گیرد که به رنج بیش از حد لزوم مادر از مراقبت منتهی می‌شود (۶).

از آن‌جا که پرستاران امکان فراهم نمودن مراقبت را نه‌تنها برای نوزاد بیمار، بلکه والدین دچار استرس دارند، در یک موقعیت منحصر به فرد برای کمک به مادر قرار دارند (۴). از چالش برانگیزترین جنبه‌های مراقبت در NICU، مدیریت و حمایت والدین به خصوص مادر می‌باشد. اورژانسی بودن مراقبت از نوزاد، باعث شناخت کمی از نقش منحصر به فرد خانواده‌ها در بهبود نوزادشان و اهمیت فراهم نمودن

فرصت برای وابستگی و پیوستگی می‌شود. با وجود این پرستار نوزادان، یک نقش مهم و اساسی در کم‌کردن تاثیر محیط و تلاش برای ایجاد توازن در جهت نیازهای مادر دارد (۷). نیاز ناشی از یک وضعیت نامطلوب از امور، ضرورت و کمبودی است که از طریق قضاوت شناسایی می‌شود (۸). نیاز مادران نوزادان نارس به‌عنوان ضرورتی است که اگر برطرف شود، استرس را کاهش یا تسلی می‌دهد و حس کفایت و سلامتی مادران را ارتقا می‌بخشد (۹). هنگام کارکردن با مادر، تیم سلامت مسوول هماهنگ‌کردن نیازهای مادر با منابع در دسترس می‌باشد، بنابراین صرف زمانی برای شناسایی دقیق این نیازها و تعیین بهترین شیوه برای حمایتی که پرستاران می‌توانند فراهم نمایند، لازم می‌باشد (۱۰).

تامین نیازهای مادر، یک جنبه مهم از حمایت مادر به حساب می‌آید که حداقل بخشی از آن توسط پرستار نوزادان پاسخ داده می‌شود. درک مادران از موقعیت خود، ممکن است مشابه دیدگاه پرستاران نباشد که این عدم تشابه در درک باعث ایجاد استرس و مشکل در ارتباطات برای مادر می‌شود. ایجاد مفاهیم مشترک بین مادر و پرستار نوزادان، باید ترویج داده شود (۵).

فراهم نمودن نیازهای مادران توسط پرستاران می‌تواند تاثیر شدت بحران ایجاد شده به‌علت تولد یک نوزاد نارس را کاهش داده و سلامتی مادر را ارتقا بخشد (۵). ارزیابی از تجربه‌ها و نیازهای والدین تضمینی برای بهبود خدمات در جهت نتایج بهتر برای نوزاد و سلامتی والدین به‌ویژه مادر می‌باشد. بعضی

تفاوت‌ها میان درک والدین به‌ویژه مادر و تیم سلامت به‌آسانی قابل توضیح می‌باشد. معمولاً پرستاران و پزشکان تجربه بیشتری در مراقبت از نوزاد دارند، اما مادر ممکن است برای یک‌بار در طول زندگی خود NICU را تجربه نماید (۱۱).

درک آگاهی‌ها و نیازهای والدین به شکل برجسته‌ای به‌عنوان استاندارد از ارزیابی مراقبت در بخش مراقبت ویژه‌ی نوزادان در نظر گرفته می‌شود (۱۲). برای پرستار NICU فراهم نمودن هم‌زمان مراقبت برای نوزاد و توجه به نیازهای مادر چالش است. تناقض در فراهم نمودن منابع برای مواجهه با نیازهای مادر می‌تواند روی درک، ارزیابی و سازگارشدن مادر با بحران تولد نوزاد نارس یا بیمار تاثیر داشته باشد که در نهایت، نتایج نوزاد را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد (۱۳). پاسخ نامناسب به نیازهای مادر، ممکن است منجر به اضطراب، ترس و گنجی بیشتر شود. بنابراین درک نیازهای منحصر به فرد مادر ضروری است (۲).

پرستاران می‌دانند هنگامی که مادران را حمایت نمایند، مراقبت غیرمستقیم از نوزاد را انجام داده‌اند. در این صورت مادر احساس اطمینان نموده و قادر به مراقبت بهتر از نوزادش خواهد بود (۱۴). به خاطر سپردن این مسأله مهم است که روش توجه کارکنان NICU به نیازهای مادر ممکن است به‌طور مستقیم روابط آن‌ها با خانواده و مادر را در آینده تحت‌تاثیر قرار دهد که این رابطه الزاماً با ترخیص نوزاد از NICU پایان نمی‌پذیرد (۲). با توجه به ابعاد نیازهای مادران، پرستار می‌داند با فراهم نمودن حمایت برای مادر به

سازگاری‌اش نسبت به استرس کمک کرده، منابع مادر را تقویت نموده و به مادر امکان حفظ قدرت برای حمایت از نوزاد می‌دهد. فراهم نمودن راحتی مادر، به کاهش استرس و اضطرابش کمک می‌کند. همچنین با فراهم نمودن نزدیکی به نوزاد، پرستار مادر را برای حفظ ارتباط، باقی ماندن نزدیک نوزاد از لحاظ عاطفی و ارایه حمایت برای نوزاد یاری می‌کند. با فراهم نمودن اطلاعات برای مادر، اساسی برای تصمیم‌گیری و اداره نوزاد فراهم می‌شود، اضطراب مادر را کاهش می‌یابد و باعث ایجاد حس کنترل در وی می‌شود. پرستار با ایجاد اطمینان و دل‌گرمی در مادر، نسبت به امیدوار بودن درباره نتایج نوزاد، اعتماد به نفس، اطمینان و رهایی از تردید در مورد تیم سلامت و سیستم مراقبت در او ایجاد می‌نماید. پاسخ به نیازهای خانواده به‌ویژه مادر به کاهش اضطراب، حس اطمینان مادر نسبت به سیستم مراقبت سلامت و در نهایت بهبود نتایج نوزاد کمک می‌کند. گرچه ممکن است پرستاران و مادران درک متفاوتی از نیازها داشته باشند، مطالعات دوره‌ای و ارزیابی‌های مجدد نیازهای مادران، امکان ایجاد بینشی نسبت به عملکرد مراقبتی حال و آینده مادر را برای پرستاران فراهم می‌نماید (۱۳).

با عنایت به افزایش روز افزون نوزادان نیازمند مراقبت ویژه و اهمیت درک و ارزیابی نیازهای مادران نوزادان نارس برای کمک به والدین به‌ویژه مادران، پرستاران نیازمند داشتن تصویری روشن از نیازهای مادران، اهمیت و اولویت این نیازها از دیدگاه آنان می‌باشند تا در برنامه‌ریزی برای مراقبت از نوزاد

برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و بافرض این‌که درک از نیازهای مادران در بخش مراقبت ویژه نوزادان از دیدگاه مادران و پرستاران حداقل $d=0/5$ نمره تفاوت داشته باشد تا از نظر آماری معنادار تلقی گردد، پس از مقدارگذاری در فرمول:

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 * 2S_2}{d^2}$$

$$= \frac{(1.96 + 0.84)^2 * 2 * 1}{(0.5)^2} = 63$$

حجم نمونه لازم هر گروه ۶۳ نفر برآورد گردید.

لازم به ذکر است که بر اساس مطالعات مشابه انحراف معیار هریک از ابعاد نیازها حداکثر $S=1$ برآورد گردید.

معیار ورود به تحقیق، برای گروه مادران داشتن نوزاد نارس ۳۷-۳۲ هفته بستری در NICU، نداشتن تجربه قبلی از بستری نوزاد در NICU، نداشتن تجربه قبلی از فوت نوزاد و نداشتن نوزادی با ناهنجاری عمده و برای گروه پرستاران دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و حداقل سابقه ۶ ماه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه نیازهای خانواده نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU Family Needs Inventory : NFNI) که توسط Ward طراحی شده، به همراه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مادر، نوزاد و پرستار بود. این ابزار یک نسخه ویرایش یافته از

و مادر بتوانند به نحو شایسته‌ای پاسخگویی این نیازها باشند. تفاوت های اقلیمی، فرهنگی و اجتماعی بر درک مادران از نیازهای خود موثر بوده، از طرفی چالش‌های پیش‌روی مادران در جوامع مختلف یکسان نیست و عوامل مختلفی بر وجود این مشکلات تاثیرگذار می‌باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه درک پرستاران و مادران نوزادان نارس از نیازهای مادران در بخش مراقبت ویژه نوزادان، انجام یافته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی-مقایسه ای است. جامعه پژوهش همه پرستاران شاغل و مادران نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. نمونه‌گیری در طی ۲ ماه (اسفند ۱۳۹۱ و فروردین ۱۳۹۲) انجام یافت. محیط پژوهش در این مطالعه بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان ۴ بیمارستان دولتی امام رضا (ع) با ۲۵ تخت، قائم با ۲۵ تخت، ام‌البین با ۲۴ تخت و هاشمی‌نژاد با ۱۶ تخت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد، با دارا بودن سه سطح مراقبتی بود. کمیته جنین و نوزاد آکادمی اطفال آمریکا (American Academy of Pediatrics (AAP): در سال ۲۰۱۲، بخش مراقبت ویژه نوزادان را از جهت نوع خدماتی که ارائه می‌دهد به چهار سطح تقسیم می‌کند که در هر سطح با- توجه به کارکنان، فضای فیزیکی، تجهیزات، تکنولوژی و سازمان‌دهی مراقبت، گروه خاصی از نوزادان مراقبت می‌شوند (۱۵)، در ایران بخش مراقبت ویژه نوزادان به سه سطح مراقبتی تقسیم می‌شود.

پرسشنامه نیازهای خانواده بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه (Critical Care Family) شامل ۵۶ آیتم در ۵ بعد دل‌گرمی (نیاز برای احساس اطمینان در مورد نتایج نوزاد)، نزدیکی به نوزاد (نیاز برای باقی ماندن نزدیک نوزاد)، آگاهی (نیاز برای کسب اطلاعات واقعی در مورد نوزاد)، راحتی (نیاز برای راحتی جسمی، فردی) و حمایتی (نیاز برای حمایت عاطفی اجتماعی) است. از ۵۶ جمله پرسشنامه، بعد دل‌گرمی ۱۲ پرسش (به‌طورمثال: وضعیت نهایی نوزادش را بداند)، نزدیکی ۸ پرسش (به‌عنوان نمونه: قادر به ملاقات نوزادش در هر زمانی باشد)، حمایتی ۱۸ پرسش (به‌طور مثال: مکان خصوصی برای شیر دادن یا استفاده از شیر دوش داشته باشد)، آگاهی ۱۱ پرسش (به‌عنوان نمونه: دقیقاً آن‌چه را که برای نوزادش انجام می‌شود بداند) و راحتی ۷ پرسش (به‌عنوان نمونه: صندلی راحتی کنار بستر نوزادش داشته باشد) را به‌خود اختصاص داده است. دامنه نمرات در بعد دل‌گرمی ۴۸-۱۲، بعد نزدیکی ۳۲-۸، بعد آگاهی ۴۴-۱۱، بعد راحتی ۲۸-۷ و بعد حمایتی ۷۲-۱۸ است. در پرسشنامه Ward از معیار ۵ امتیازی/لیکرت برای امتیازدهی دیدگاه‌های اعضای خانواده درباره جملات استفاده شده است، ولی در این مطالعه دیدگاه عدم قابلیت اجرا (نمره ۵) از معیار به‌منظور قطعی‌بودن دیدگاه پرستاران و مادرانی که به جملات پاسخ دادند، حذف شد. بنابراین پرسشنامه ویرایش‌شده مورد استفاده برای این مطالعه شامل یک معیار ۴ امتیازی با دامنه‌ای از نمره ۱ (بدون اهمیت)، نمره ۲ (تا

حدودی مهم)، نمره ۳ (مهم) و نمره ۴ (خیلی مهم) بود که اهمیت نیاز را از دیدگاه مادران و پرستاران در طی بستری نوزاد در NICU بررسی کرد. پرسشنامه ترجمه و با فرهنگ ایرانی متناسب‌سازی شد و به همراه توضیحات کتبی درخصوص اهداف مطالعه، روش کاربرد ابزار پژوهش و موضوعات مورد بررسی توسط آن، همراه متن انگلیسی پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، صاحب‌نظران، پزشکان متخصص نوزاد، سرپرستاران و کارکنان پرستاری شاغل در NICU قرار گرفت و پس از انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، روایی پرسشنامه تایید شد. سوال ۲۲ پرسشنامه حضور کشیش، روحانی یا فردی از کلیسا با توجه به عدم‌کاربرد آن در ایران و در روال روایی ابزار با نظر اساتید محترم اعضای هیأت علمی به اجازة برای گذاشتن کتاب دعا بر بالین نوزاد یا خواندن دعا تغییر داده شد.

به منظور بررسی سازگاری درونی ابزار از ضریب *آلفای کرونباخ* و برای سنجش تکرار-پذیری از آزمون-باز آزمون (Test-retest) استفاده شد. ضریب *آلفای کرونباخ* برای گروه مادران (۰/۸) و برای گروه پرستاران (۰/۹۸)، هم‌چنین ضریب همبستگی برای گروه مادران ($r=0/63$) و برای گروه پرستاران ($r=0/75$) محاسبه شد. قبلاً روایی و پایایی ابزار در مطالعه ward با محاسبه ضریب *آلفای کرونباخ* (۰/۹۱) مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه Sargent (۲) نیز ضریب *آلفا* برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۸۷ گزارش شد. ضریب *آلفای*

کرونباخ در مطالعه‌ی Mundy (۹) نیز (۰/۹۴) گزارش شده است.

پس از کسب موافقت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، با ارایه معرفی‌نامه رسمی به معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، همچنین پس از جلب موافقت ریاست مراکز آموزشی و درمانی و واحدهای مربوط، در محیط پژوهش که NICU بیمارستان‌های قائم، امام رضا (ع)، ام‌البینین و هاشمی‌نژاد بود، نمونه‌گیری آغاز شد. نمونه‌گیری به‌روش طبقه‌ای برای مادران نوزادان نارس به روش مستمر و برای پرستاران با تخصیص متناسب با توجه به تعداد NICU های در نظر گرفته شده و بر-اساس معیارهای ورود انجام پذیرفت. در روش طبقه‌ای با تخصیص متناسب نمونه به پرستاران به این صورت که ابتدا NICU به-عنوان طبقه در نظر گرفته شد، سپس حجم نمونه به نسبت تعداد پرستاران شاغل در هر NICU تعیین گردید (از فرمول: تعداد نمونه × کل پرستاران / بیمارستان A) و پس از آن با روش تصادفی ساده و براساس معیارهای ورود نمونه‌گیری انجام شد. برای مادران نوزادان نارس در روش طبقه‌ای به روش مستمر، به این صورت که ابتدا NICU به‌عنوان طبقه در نظر گرفته شد، سپس حجم نمونه به نسبت میانگین تعداد پذیرش روزانه نوزاد در هر NICU تعیین گردید (از فرمول: تعداد نمونه × تعداد کل پذیرش بیمارستان‌ها / بیمارستان A) و پس از آن به‌روش مستمر و براساس معیارهای ورود نمونه‌گیری انجام شد. نمونه‌ها با آگاهی از اهداف پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه وارد مطالعه می‌شدند.

تکمیل پرسشنامه به‌شکل خود گزارش-دهی بود در مورد مادران نوزادان نرسی که سواد خواندن و نوشتن نداشتند، پرسشنامه به-شکل مصاحبه تکمیل شد. پس از استخراج، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی تحلیلی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. چون ابعاد نیازهای مادران در پرسشنامه دامنه نمرات متفاوتی داشتند، به-منظور امکان مقایسه ابعاد با یکدیگر استاندارد-سازی صورت پذیرفت و ابعاد بر مبنای درصد بیان شد. مقایسه در دو گروه با آزمون t مستقل انجام و P-value کمتر از ۰/۰۵ به-عنوان معنادار بودن رابطه در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۳-۱ جهت توصیف توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی نوزادان نارس، مادران نوزادان نارس و پرستاران مورد مطالعه تنظیم شده است.

مطالعه ریزش نمونه نداشت و ۶۳ مادر نوزاد نارس و ۶۳ پرستار در مطالعه شرکت نمودند. در بیمارستان‌های مورد مطالعه، بیمارستان امام رضا (ع) ۱۶، قائم ۲۱، ام‌البینین ۱۶ و هاشمی‌نژاد ۱۰ مادر را به‌خود اختصاص داد. همچنین از بیمارستان امام رضا (ع) ۲۰، قائم ۱۷، ام‌البینین ۱۷ و هاشمی‌نژاد ۹ پرستار در مطالعه شرکت کردند.

نتایج حاکی از آن است که در میان ابعاد نیازهای خانواده، نیاز به نزدیکی به نوزاد (۹۵/۳۷٪)، دل‌گرمی (۹۴/۱۸٪)، آگاهی (۹۱/۱۵٪)، حمایتی (۷۹/۷۷٪) و راحتی (۷۲/۸۶٪) به ترتیب اهمیت توسط مادران، همچنین نیاز به

دل‌گرمی (۸۰/۳۳٪)، نزدیکی به نوزاد (۷۵/۲۶٪)، آگاهی (۷۰/۸٪)، راحتی (۶۶/۳۶٪) و حمایتی (۶۴/۸۳٪) به‌عنوان درک پرستاران از نیازهای مادران نوزادان نارس در NICU به ترتیب اهمیت در نظر گرفته شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی نوزادان نارس مورد مطالعه در ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

متغیر	میانگین	(انحراف معیار)
سن حاملگی (دامنه تغییرات ۲۷-۲۵ هفته)	۳۲/۶۲	(۲/۸۸)
طول مدت بستری (دامنه تغییرات ۶۵-۴روز)	۱۳/۴۳	(۱۴/۳۹)
وزن بدو تولد (دامنه تغییرات ۲۹۵۰-۷۵۰ گرم)	۱۷۷۴/۸	(۵۷۷/۰۱)
جنس	تعداد	درصد
دختر	۲۴	(۳۸/۱)
پسر	۳۹	(۶۱/۹)
تشخیص	تعداد	درصد
نارسی	۴۴	(۶۹/۸)
های پزشکی نوزاد	تعداد	درصد
سندرم دیسترس تنفسی	۴	(۶/۳)
دیگر	۱۵	(۲۳/۸)
اولین فرزند	تعداد	درصد
بله	۳۹	(۶۱/۹)
خیر	۲۴	(۳۸/۱)
سطح NICU	تعداد	درصد
یک	۲	(۳/۲)
دو	۴۳	(۶۸/۳)
سه	۱۸	(۲۸/۶)

جدول ۲- توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی مادران نوزادان نارس مورد مطالعه در ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن (۴۲-۱۴ سال)	۲۶/۷۸	(۶/۲۶)
تحصیلات	تعداد	درصد
بی سواد	۲	(۳/۲)
ابتدایی	۸	(۱۲/۷)
راهنمایی	۲۴	(۳۸/۱)
دیپلم	۱۸	(۲۸/۶)
دانشگاهی	۱۱	(۱۷/۵)
تعداد زایمان	تعداد	درصد
نخست‌زا	۳۹	(۶۱/۹)
چند‌زا	۲۴	(۳۸/۱)
وضعیت اشتغال	تعداد	درصد
خانه‌دار	۶۱	(۹۶/۸)
کارمند	۲	(۳/۲)
آزاد	۰	(۰)
وضعیت اقتصادی	تعداد	درصد
خوب	۶	(۹/۵)
متوسط	۴۷	(۷۴/۶)
ضعیف	۱۰	(۱۵/۹)

جدول ۳- توزیع فراوانی مشخصات جمعیتی شناختی پرستاران مورد مطالعه در ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن (۵۵-۲۵ سال)	۲۴/۵۷	(۶/۷۷)
سابقه کار در NICU (۲۷۶-۷ ماه)	۶۷/۲۴	(۶۰/۷۴)
تحصیلات	تعداد	درصد
لیسانس	۶۰	(۹۵/۲)
فوق لیسانس	۳	(۴/۸)
وضعیت تأهل	تعداد	درصد
متاهل	۵۳	(۸۴/۱)
مجرد	۱۰	(۱۵/۹)

در جدول شماره ۴ به مقایسه درک پرستاران و مادران نوزادان نارس از نیازهای مادران در بخش مراقبت ویژه نوزادان پرداخته شده است.

مادران به هر یک از ابعاد امتیاز بیشتری نسبت به پرستاران دادند و در ۵ بعد تفاوت معناداری بین درک مادران و پرستاران مشاهده گردید ($P\text{-value} < 0.05$).

جدول ۴- مقایسه درک پرستاران و مادران نوزادان نارس از نیازهای مادران در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در ابعاد مختلف (دل‌گرمی، نزدیکی به نوزاد، آگاهی، راحتی، حمایتی) در ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

نتایج آزمون t	پرستاران		مادران		گروه‌ها ابعاد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t=۱۲۴ df=۴/۳۹ P-value<۰/۰۰۱	۲۷/۶۷	۷۵/۲۶	۲۳/۵۲	۹۵/۳۷	نزدیکی به نوزاد
t=۶/۴۷ df=۸۳/۴۷ P-value<۰/۰۰۱	۱۵/۶۴	۸۰/۳۳	۶/۶۱	۹۴/۱۸	دل‌گرمی
t=۷/۷۷ df=۹۸/۵۶ P-value<۰/۰۰۱	۱۸/۰۴	۷۰/۸۰	۱۰/۳۰	۹۱/۱۵	آگاهی
t=۵/۰۵ df=۱۲۴ P-value<۰/۰۰۱	۱۹/۳۲	۶۴/۸۳	۱۳/۴۱	۷۹/۷۷	حمایتی
t=۲/۱۵ df=۱۲۴ P-value=۰/۰۳۳	۱۶/۴۹	۶۶/۳۶	۱۷/۴۱	۷۲/۸۶	راحتی

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل آماری داده‌های این مطالعه تفاوت معناداری بین درک پرستاران و مادران نوزادان نارس از ابعاد نیازهای مادران در ۵ بعد نشان داد. عموماً مادران به هر یک از ابعاد امتیاز بیشتری نسبت به پرستاران دادند. درحالی‌که مادران نیاز به نزدیکی به نوزاد را با بیشترین و راحتی را با کمترین اهمیت گزارش کردند، پرستاران نیاز به دل‌گرمی را به‌عنوان مهم‌ترین و نیاز حمایتی را با کمترین اهمیت در نظر گرفتند.

نتایج مطالعه *Vaskelyte* و همکاران نشان داد نیازها به ترتیب اهمیت توسط والدین نیاز به دل‌گرمی، نزدیکی به نوزاد، آگاهی، حمایتی و راحتی، همچنین توسط پرستاران نیاز به دل‌گرمی، آگاهی، نزدیکی به نوزاد، حمایتی و راحتی گزارش شد. نیاز به دل‌گرمی، نزدیکی به نوزاد و آگاهی به طور معناداری با اهمیت بیشتری توسط والدین در مقایسه با پرستاران در نظر گرفته شد. نیازهای حمایتی به طور معناداری توسط پرستاران خیلی مهم گزارش شدند (۱۶). نتایج گزارش شده در مطالعه یاد شده با مطالعه حاضر تفاوت دارد.

نتایج مطالعه *Ward* نشان داد والدین نیاز به دل‌گرمی و آگاهی را به‌عنوان مهم‌ترین نیازها، درحالی‌که نیاز حمایتی را با کمترین اهمیت گزارش نمودند. متوسط زمان جمع‌آوری داده‌ها (در طی نخستین هفته بستری شدن) می‌تواند به‌عنوان یک عامل مهم پاسخ‌های والدین را تحت تاثیر قرار دهد. در طی این زمان والدین نوزاد در NICU، اغلب احساس شوک،

پیش‌بینی و بلا تکلیفی در مورد نتایج نوزادشان را توصیف نموده‌اند. در طی هفته اول بستری شدن، والدین نوزادان در NICU ممکن است قادر به شنیدن توضیحات، فراهم نمودن مراقبت اساسی برای نوزاد یا تشخیص حفظ سلامتی خودشان نباشند. مادران ممکن است سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب را تجربه نمایند. شاید این توضیحی برای امتیاز بیشتر والدین این مطالعه به نیاز برای دل‌گرمی و آگاهی باشد. نیازهای حمایتی به شکل غیر منتظره‌ای با کمترین اهمیت توسط والدین گزارش شد، یک دلیل برای این گزارش این است که در NICU مورد مطالعه، گروه‌های حمایتی به والدین پیشنهاد نمی‌شد (۸). نتایج این مطالعه نیز با مطالعه حاضر تفاوت دارد.

مطالعه *Mundy* نیز نشان داد ۵۲ (۹۳٪) مورد از ۵۶ آیتم مهم یا خیلی مهم توسط والدین امتیازدهی شدند و والدین به نیاز به دل‌گرمی (میانگین ۳/۸۹) بالاترین و به نیاز حمایتی (میانگین ۲/۳۳) کمترین امتیاز را دادند. نیازها به ترتیب اهمیت دل‌گرمی، نزدیکی به نوزاد، آگاهی، راحتی و حمایتی توسط والدین گزارش شد. وی نتیجه گرفت شناسایی نیاز والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادان کیفیت ارتباط پرستاران با والدین را افزایش داده و به پرستاران امکان در نظر گرفتن نیازهای والدین را در برنامه مراقبتی خانواده می‌دهد (۹). گزارش اولویت نیازها توسط والدین در این مطالعه نیز با مطالعه حاضر تفاوت دارد.

در مطالعه *Sargent* اولویت و اهمیت نیازها از دیدگاه مادران به ترتیب اهمیت، در حالی‌که نوزادشان در NICU بستری بود، نیاز

به دل‌گرمی، آگاهی، نزدیکی به نوزاد، راحتی و حمایتی گزارش شد. مادران این مطالعه نیاز به دل‌گرمی (میانگین ۳/۸۵) را به‌عنوان مهم‌ترین نیاز و نیاز به حمایت شدن (میانگین ۳/۲۶) را با کم‌ترین اهمیت در نظر گرفتند (۲). نتایج این مطالعه نیز با مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

آنالیز داده‌های مطالعه *Bialoskurski* و همکاران نشان داد نیاز برای اطلاعات دقیق در مورد نوزاد اولویتی برای ۹۳٪ مادران بوده است. ارتباط خوب با کارکنان نیز با ارزش تلقی شد. مادران رفتار ایثارگرانه از خود نشان‌دهنده و نیازهای مربوط به خود را در جایگاه دوم قرار دادند. محققان نتیجه گرفتند که مفاهیمی از نیازهای مادران باید میان مادران و پرستاران به اشتراک گذاشته شود تا مراقبت خانواده محور تسهیل شود. برای پرستار مهم است که نیازهای فردی مادران را در نظر بگیرد چون برآوردن این نیازها برای سلامتی مادر ضروری می‌باشد (۵).

با توجه به این که نظام مراقبت در ایران به‌گونه‌ای است که خانواده بیمار، به‌ویژه مادر برای اطمینان از مراقبت نوزادش زمان زیادی را در بیمارستان گذرانده، مدت‌ها به انتظار اطلاع از وضع نوزادش می‌ماند، در مطالعه حاضر نیاز به نزدیکی به نوزاد به‌عنوان مهم‌ترین نیاز توسط مادران گزارش شده است.

تفاوت‌های اقلیمی، فرهنگی و اجتماعی بر درک مادران از نیازهای خود موثر بوده، از طرفی چالش‌های پیش روی مادران در جوامع مختلف یکسان نیست و عوامل مختلفی بر وجود این مشکلات تاثیرگذار می‌باشد. نحوه پاسخ‌گویی کارکنان به نیازهای مادران و

سیاست‌های بخش از عوامل تاثیرگذار بر درک مادران از نیازهای خود می‌باشد. با توجه به نتایج این مطالعه شاید بتوان ادعان نمود سیاست حضور بدون محدودیت، درهای باز و مراقبت خانواده محور، مبتنی بر ارتباط و آموزش هنوز هم به طور کامل در NICU های ما اجرا نمی‌شود، زیرا از دیدگاه مادران این مطالعه، بعد نزدیکی به نوزاد و دل‌گرمی به‌عنوان با اهمیت‌ترین نیازها گزارش شده است.

نتایج این مطالعه تفاوت معناداری بین درک پرستاران و مادران نوزادان نارس از نیازهای مادران در بخش مراقبت ویژه نشان داد. شاید بتوان گفت که این تفاوت در درک باعث ایجاد شکاف مراقبتی، بین مراقبتی که از سوی پرستاران ارائه می‌شود با مراقبتی که از دیدگاه مادران مورد انتظار است، می‌شود. این شکاف مراقبتی بر کیفیت مراقبت ارائه شده، ارتباط مادر با پرستار همچنین ارتباط موثر مادر با نوزادش تاثیرگذار است، لذا پرستاران نیازمند داشتن تصویری روشن از این نیازها و اهمیت و اولویت آن از دیدگاه مادران می‌باشند. پیشنهاد می‌شود پرستاران که بیشترین وقت خود را در بخش مراقبت ویژه با نوزادان سپری می‌کنند با انجام ارزیابی‌های دوره‌ای از نیازهای مادران، نیازهای واقعی درک شده توسط مادران را بهتر بشناسند تا بتوانند در مواجهه با این نیازها بهترین عملکرد را داشته باشند و بدین وسیله گامی هر چند کوچک در جهت اعتلای مراقبت از نوزاد و ارتقای سلامت مادر و نوزاد برداشته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از طرح مصوب پایان-
نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی
تهران می‌باشد. بدین‌وسیله محققان مراتب
تشکر خود را از حمایت مالی دانشگاه علوم
پزشکی تهران و مساعدت‌های معاونت

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اعلام
می‌دارند. همچنین از همه پرستاران و مادران
شرکت‌کننده در پژوهش برای همکاری آن‌ها
در انجام مطالعه حاضر تشکر و قدردانی می
شود.

منابع

- 1 - Malusky S, Donze A. Neutral head positioning in premature infants for intraventricular hemorrhage prevention: an evidence-based review. *Neonatal Netw.* 2011 Nov-Dec; 30(6): 381-96.
- 2 - Sargent AN. Predictors of needs in mothers with infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 2009; 27(2): 195-205.
- 3 - Valizadeh L, Zamanzadeh V, Akbarbegloo M, Sayadi L. Importance and Availability of Nursing Support for Mothers in NICU: A Comparison of Opinions of Iranian Mothers and Nurses. *Iran J Pediatr.* 2012 Jun; 22(2): 191-6.
- 4 - Malakouti J, Jabraeeli M, Valizadeh S, Babapour J. Mothers' experience of having a preterm infant in the neonatal intensive care Unit, a phenomenological study. *Iran J Crit Care Nurs.* 2013; 5(4): 172-181.
- 5 - Bialoskurski MM, Cox CL, Wiggins RD. The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *J Adv Nurs.* 2002 Jan; 37(1): 62-9.
- 6 - Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstrom AL. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci.* 2006 Mar; 20(1): 35-41.
- 7 - Boxwell G. *Neonatal intensive care nursing.* 2nd ed. London: Routledge; 2010.
- 8 - Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatr Nurs.* 2001 May-Jun; 27(3): 281-6.
- 9 - Mundy CA. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *Am J Crit Care.* 2010 Mar; 19(2): 156-63.
- 10 - Nicholas AL. An examination of the needs of mothers with infants in the neonatal intensive care unit. Dissertation. University of Maryland, 2006.
- 11 - Latour JM, Hazelzet JA, Duivenvoorden HJ, van Goudoever JB. Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices. *J Pediatr.* 2010 Aug; 157(2): 215-220.
- 12 - Latour JM, van Goudoever JB, Duivenvoorden HJ, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, et al. Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices. *Pediatr Crit Care Med.* 2011 Sep; 12(5): e211-5.
- 13 - Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung.* 2007 Sep-Oct; 36(5): 367-76.

- 14 - Hall EO, Brinchmann BS, Aagaard H. The challenge of integrating justice and care in neonatal nursing. *Nurs Ethics*. 2012 Jan; 19(1): 80-90.
- 15 - Papile LA, Baley JE, Benitz W, Cummings J, Carlo WA, Kumar P, et al. Levels of neonatal care. *Pediatrics*. 2012 Sep; 130(3): 587-97.
- 16 - Vaskelyte A, Butkeviciene R, Klemmac D. Assessing needs of families with premature newborns in the Neonatal Intensive Care Unit. *Medicina (Kaunas)*. 2009; 45(4): 320-6.

Comparison of Perceptions of Nurses and Premature Infants' Mothers about Mothers' Needs in Neonatal Intensive Care Unit

Seyedeh Zahra Aemmi*(MSc.) - Zahra Ahmadi** (MSc.) - Tayebeh Reyhani*** (MSc.) - Hamid Haghani****(MSc.)

Abstract

Received: Apr. 2013
Accepted: Sep. 2013

Background & Aim: An important goal of nursing care in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is to provide holistic care as well as the best possible outcome. Understanding perceived needs of mothers is valuable to achieve these goals. This study aimed to compare perceptions of nurses and premature infants' mothers about mothers' needs in the NICUs.

Methods & Materials: This was a cross-sectional study in which 63 nurses and 63 mothers with premature infants were selected from the NICUs of four educational hospitals affiliated to the Mashhad University of Medical Sciences through stratified sampling method in two months. Data were gathered using the NICU Family Needs Inventory of Ward and were analyzed using descriptive-analytical statistical methods in the SPSS v.16.

Results: Among the subscales related to family needs, the following items were reported to be important by mothers: Proximity (95.3%), Assurance (94.1%), Information (91.1%), Support (79.7%) and Comfort (72.8%). On the other hand, nurses believed that the following items were the most important needs of the mothers: Assurance (80.3%), Proximity (75.2%), Information (70.8%), Comfort (66.3%) and Support (64.8%).

Conclusion: According to study findings, nurses should periodically assess needs of the mothers in the NICUs to be aware of the actual needs instead of placing subjective assumptions on mothers needs. This can improve effective communication and interaction with mothers and enhance satisfaction of the mothers with care.

Corresponding author:
Zahra Ahmadi
e-mail:
z-ahmadi@tums.ac.ir

Keywords: nurse, premature infant, perceived need

Please cite this article as:

- Aemmi Z, Ahmadi Z, Reyhani T, Haghani H. [Comparison of Perceptions of Nurses and Premature Infants' Mothers about Mothers' Needs in Neonatal Intensive Care Unit]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2013; 19(2): 14-26. (Persian)

*MSc. in Nursing

** Dept. of Neonatal Intensive care nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*** Dept. of pediatric nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

**** Dept. of mathematics and statistics, School of management and medical information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran