

Perceptions of Preterm Infant Mothers from Receiving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: A Cross-Sectional Study

Rasoolpur P¹, Rahkar Farshi M², Jabraeili M*²

1. Student Research Center, Tabriz school of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Department of Pediatric, Tabriz school of Nursing & Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

* *Corresponding Author*. Tel: +989141106684, E-mail: jabraeilim@gmail.com

Received: Apr 07, 2022

Accepted: Jun 19, 2022

ABSTRACT

Background & aim: Tabriz is the pole of developmental care in Iran and family-centered care is implemented in neonatal intensive care units. However, detailed information about the amount of received family-centered care by mothers is not available. Therefore, the aim of this study was to determine the perception of Preterm Infant Mothers from Receiving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit.

Methods: The present study is a descriptive cross-sectional study that was performed on 150 mothers of premature infants admitted to the neonatal intensive care unit of Tabriz hospitals in 1400. Data were collected using tool of parental perception of family-centered care (PFCC-P) in the neonatal intensive care unit. Data were analyzed using SPSS software version 21 and Pearson correlation, chi-square and regression tests. Statistically significance was considered at $p < 0.05$.

Result: The results showed that in the dimensions of family-centered care, mothers gave the most score to the dimension of respect and the least to the dimension of support. Also, the mean score of mothers on receiving family-oriented care was 2.14 ± 0.19 . In this study, there was no significant relationship between mothers' perceptions of receiving family-centered care and their demographic characteristics.

Conclusion: The results of the present study showed that despite the policy in neonatal intensive care units based on the implementation of family-centered care, mothers do not have a perfect perception of receiving these services, so there is a need for basic changes in the structures, human resources, and policies of hospitals.

Keywords: Perception, Mothers, Family-centered Care, Neonatal Intensive Care Unit

درک مادران نوزادان نارس از دریافت مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان: مطالعه توصیفی - مقطعی

پروین رسول پور^۱، ماهنی رهکار فرشی^۲، مهناز جبرائیلی^{۲*}

۱. مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۱۱۰۶۶۸۴ ایمیل: jabraeilim@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: شهر تبریز قطب مراقبت تکاملی در ایران بوده و مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان اجرا می‌شود. با وجود این اطلاعات دقیقی در مورد میزان مراقبت دریافتی مادران بر اساس اصول مراقبت خانواده محور در دسترس نیست. لذا هدف از انجام این پژوهش تعیین درک مادران نوزادان نارس از میزان دریافت مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی بود که بر روی ۱۵۰ نفر از مادران نوزادان نارس بستری در بخش ویژه مراقبت نوزادان بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزار درک والدین از مراقبت خانواده محور (PFCC-P) در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS-21 و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، کای دو و رگرسیون استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از میان ابعاد مراقبت خانواده محور، مادران بیشترین امتیاز را به بعد احترام و کمترین را به بعد حمایت دادند. همچنین میانگین امتیاز مادران به میزان دریافت مراقبت خانواده محور $2/14 \pm 0/19$ بود. در این مطالعه بین درک مادران از دریافت مراقبت خانواده محور و هیچکدام از ویژگی‌های دموگرافیکی آنها ارتباط معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با وجود سیاست‌گذاری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان مبنی بر اجرای مراقبت‌های خانواده محور، مادران درک کاملی از دریافت این خدمات ندارند، لذا نیاز است تغییرات اساسی در امکانات مربوط به ساختارها، نیروی انسانی و سیاست‌های حاکم در بیمارستان‌ها اعمال گردد.

واژه‌های کلیدی: درک، مادران، مراقبت خانواده محور، بخش مراقبت ویژه نوزادان

دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۸ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

مقدمه

مراقبت خانواده محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت شناخته و مبتنی بر مشارکت دوطرفه بین بیمار، خانواده و مراقبین

بهداشتی است (۱). این نوع مراقبت بر پایه تئوری سیستمی استوار بوده و در آن بیمار و خانواده وی هر دو به عنوان گیرنده مراقبت محسوب می‌شوند (۲). در چند دهه اخیر تاکید زیادی بر اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های نوزادان شده است (۳).

طبق آمار انجمن ملی بیمارستان‌ها و موسسات مرتبط با کودکان هر ساله ۱۴۰ میلیون نوزاد در جهان متولد می‌شود که حدود ۱۵ میلیون نوزاد به دلیل مشکلات متعدد در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بستری می‌شوند (۴). بستری شدن نوزاد در این بخش‌ها تجربه‌ای پرتنش برای نوزاد و خانواده است. اصول مراقبت خانواده محور از نظر آکادمی اطفال آمریکا شامل احترام، تنوع، قدرت، انتخاب، انعطاف پذیری، به اشتراک گذاری اطلاعات، حمایت و همکاری می‌باشد (۵). بر اساس این مفهوم، والدین باید در کلیه اقدامات مراقبتی درمانی برای نوزاد در داخل و خارج از بیمارستان مشارکت داشته باشند (۶،۷). مشارکت خانواده باعث می‌شود آن‌ها احساس کنترل بیشتری روی موقعیت‌های مختلف داشته باشند و ضمن کاهش تنش، رضایت آن‌ها نیز افزایش یابد (۸،۹).

مراقبت خانواده محور برای والدین و نوزاد فواید بسیاری دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به کسب مهارت و احساس شایستگی در مراقبت از نوزاد، کمک به حفظ و تداوم روابط خانوادگی (۱۰)، کاهش تنش و اضطراب، بهبود ارتباط با کارکنان بهداشتی، اشتراک گذاری اطلاعات، دریافت حمایت و توانمندی در اخذ تصمیمات مهم مراقبتی، افزایش احساس امنیت در والدین، کاهش اختلالات رفتاری (۱۱)، بهبود تطابق با بیماری، کاهش اقامت در بیمارستان و بستری مجدد (۱۲) اشاره کرد. مطالعه قادری و همکاران نشان داد که میزان تنش پدران با مشارکت دادن آن‌ها در امر مراقبت به طور معنی داری کاهش می‌یابد که این مهم به نوبه خود می‌تواند رضایت والدین را به عنوان گیرندگان خدمت در بخش کودکان به همراه داشته باشد (۱۳). در مطالعه باستانی و همکاران نیز مراقبت خانواده محور، رضایت مادران را به دنبال داشته است (۱۴).

سیستم‌های خدماتی و پرسنل بهداشتی با توسعه مشارکت و همکاری با والدین باید قدرت و کفایت

خانواده را مورد حمایت و تشویق قرار داده و آن را افزایش دهند و با اتکا بر قدرت منحصر به فرد و تایید بر مهارت خانواده در مراقبت از کودک خود، آنان را در امر مراقبت و تصمیم‌گیری حمایت کنند (۱۵). اطلاع از درک والدین از مراقبت خانواده محور (FCC) برای بهبود فرایندها و پیامدهای مربوط به ارائه خدمات به کودکان و خانواده آنها مهم است (۱۶). در یک مطالعه کمبود دانش در مورد درک والدین از مراقبت خانواده محور به عنوان یکی از موانع اجرای مراقبت خانواده محور نام برده شده است (۱۷). لذا برای اجرای مراقبت‌های خانواده محور لازم است در مورد ادراک والدین از تجربه‌ای که از مراقبت خانواده محور داشته‌اند آگاهی بیش تری کسب شود. این آگاهی کمک می‌کند تا به نیازهای والدین و خانواده‌ها در محیط بیمارستان پاسخ بهتری داده شود و تفکر جدیدی را درباره چگونگی ارتقای فلسفه مراقبت خانواده محور توسط مدیران پرستاری و کاربرد آن در مراقبت از خانواده‌ها توسط پرستاران ارایه نماید (۱۸).

از آنجایی که مراقبت خانواده محور حاصل ارتباطات دوطرفه و تعاملی مراقبان بهداشتی و والدین است (۱۹)، به نظر می‌رسد درک والدین از چگونگی دریافت این مراقبت، در اجرای صحیح آن و میزان مشارکت پرستاران مؤثر می‌باشد. بیشتر مطالعات انجام گرفته در ایران درک والدین را از اهمیت مراقبت خانواده محور مورد بررسی قرار داده‌اند و درباره اینکه والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادان چه میزان از مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند، اطلاعات دقیقی در دسترس نیست و دانش موجود در این زمینه کافی نمی‌باشد. با توجه به اینکه شهر تبریز قطب مراقبت تکاملی در ایران بوده و مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان این شهر اجرا می‌شود، بررسی این مسئله که والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادان چه میزان از این نوع مراقبت‌ها را دریافت می‌کنند، حائز اهمیت می‌باشد.

لذا این مطالعه با هدف تعیین درک مادران از دریافت مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی می‌باشد که روی ۱۵۰ نفر از مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی- درمانی الزهرا (س)، آیت‌الله طالقانی و کودکان شهر تبریز به‌عنوان قطب اصلی مراقبت تکاملی در ایران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مادرانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند (حضور مستمر در بیمارستان حداقل برای چهار روز، داشتن سواد خواندن و نوشتن و برخورداری از سلامت جسمی و روانی بر اساس خوداظهاری)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. به این ترتیب که از هر مرکز ۵۰ مادر مورد مطالعه قرار گرفت. ترتیب نمونه‌گیری از مراکز به صورت متوالی بود یعنی بعد از اتمام نمونه‌گیری در یک مرکز، نمونه‌گیری از مرکز بعدی شروع گردید. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه کینگ^۱ و همکاران (۲۰۱۹) استفاده شد (۱۶) که با در نظر گرفتن ضریب همبستگی بین دو متغیر درک از مراقبت پرستاری و رضایت ($r=0/23$)، ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با استفاده از نرم افزار Power G، حجم نمونه ۱۴۳ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصدی به ۱۵۰ نفر افزایش یافت. مادرانی که تجربه قبلی در مورد بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه داشتند، یا نوزادشان دارای ناهنجاری بود و مادرانی که بیش از بیست درصد پرسشنامه را پاسخ ندادند، از مطالعه خارج شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار درک مراقبت خانواده‌محور^۲ (PFCC-P) استفاده شد. این ابزار در ابتدا توسط شیلدرز و تانر^۳ ساخته شد (۲۰) و سپس توسط گیل^۴ و همکاران (۲۰۱۲) تعدیل گردید (۲۱). ابزار شامل ۲۰ گویه در سه بعد احترام (سوالات ۶-۱)، همکاری (سوالات ۱۵-۷) و حمایت (سوالات ۲۰-۱۶) می‌باشد. بعد احترام، حقوق خانواده در بیمارستان را بیان می‌کند و شامل ۶ گویه است. بعد همکاری، بازتاب به رسمیت شناختن نقش مشارکت مادران در مراقبت از نوزاد می‌باشد و متشکل از ۹ گویه است. بعد حمایت، حمایت کارکنان از نیازهای خانواده نوزاد بستری در بیمارستان را توصیف کرده و شامل ۵ گویه می‌باشد. پرسشنامه مذکور با مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای از هرگز (۱)، گاهی (۲)، معمولاً (۳) و همیشه (۴)، حیطه‌های مذکور را می‌سنجد. شیوه نمره‌دهی در جملات منفی (سوالات ۵ و ۱۵) به صورت برعکس بود. دامنه نمرات هر یک از گویه‌ها بین ۱ تا ۴ بوده و نتایج مربوط به میزان درک کلی مادران و میزان درک در هر کدام از بعدها به صورت میانگین گزارش گردید.

روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط عزیززاده فروزی و همکاران (۲۰۱۸) تایید شده است. برای ترجمه و فرآیند تطابق فرهنگی پرسشنامه، از روش ترجمه و بازترجمه استفاده شده است و نسخه فارسی پرسشنامه با تغییرات در جمله بندی سوالات تهیه شده است (۲۱). در مطالعه حاضر نیز پرسشنامه از نظر روایی محتوایی با استفاده از نظرات ده نفر از متخصصین پرستاری و پزشکی بررسی و مورد تأیید واقع گردید. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-21 استفاده شد. داده‌ها با استفاده از دو بخش آمار

² Perceptions of Family Centered Care-Parent

³ Shields & Tanner

⁴ Gill

¹ King

مشارکت‌کنندگان، رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ شده و به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی مادران مورد مطالعه $۲۷/۵۹ \pm ۳/۲۲$ سال بود. برخی از ویژگی‌های مادران نوزادان نارس در جدول ۱ آورده شده است.

توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی از فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی برای بررسی ارتباط بین متغیرها، بعد از چک کردن نرمالیتی داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنووا استفاده شد. مقدار p کمتر از $۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

این تحقیق توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد تایید قرار گرفت. همچنین از کلیه

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان

متغیرهای کیفی	فراوانی / درصد
جنس نوزاد	پسر (۷۱/۴۷/۳)
	دختر (۷۹/۵۲/۷)
سطح تحصیلات مادر	زیر دیپلم (۳۰/۲۰)
	دیپلم (۸۲/۵۴/۷)
محل زندگی	دانشگاهی (۳۸/۲۵/۳)
	شهر (۱۳۲/۸۸)
تعداد فرزندان	روستا (۱۸/۱۲)
	اول (۱۰۱/۶۷/۳)
وضعیت اقتصادی	دوم (۴۰/۲۶/۷)
	سوم (۹/۶)
وضعیت اقتصادی	خرج بیشتر از دخل است (۵/۳/۳)
	دخل برابر خرج است (۱۲۰/۸۰)
متغیرهای کمی	دخل بیشتر از خرج است (۲۵/۱۶/۷)
	میانگین
سن مادر	$۲۷/۵۹ \pm ۳/۲۲$
وزن نوزاد (گرم)	$۳۲۸۸/۴۰ \pm ۳۸۸/۹۹$
سن نوزاد (هفته حاملگی)	$۳۳/۱۵ \pm ۱/۴۷$
طول مدت بستری (روز)	$۴/۵۲ \pm ۰/۶۸$

به ۵۰ درصد مادران در مورد دریافت خدمات مراقبت خانواده محور، گزینه گاهی را انتخاب کرده بودند. در بعد همکاری، تنها ۹/۳ درصد مادران بیان کردند که همیشه آنچه را که لازم است در مورد مراقبت کودکشان بدانند، آموخته‌اند. در بعد حمایت نیز، ۲۴/۷ درصد مادران گزارش کردند که کارکنان معمولاً شرایط آنها و خانواده شان را درک کرده اند (جدول ۲ و ۳).

این مطالعه درک مادران از تجربه مراقبت خانواده محور را در سه بعد احترام، همکاری و حمایت مورد مطالعه قرار داد. نتایج نشان داد بر اساس دامنه نمرات، میانگین نمره درک کلی مادران نوزادان نارس از مراقبت خانواده محور در سطح متوسط بود. همچنین مادران بعد احترام را بیش از دو بعد حمایت و همکاری دریافت نمودند. در بعد احترام، ۳۰ درصد مادران بیان کردند که هرگز خود را به عنوان ملاقات کننده احساس نکرده بودند. در سایر گویه‌ها نزدیک

نتایج آزمون‌های آماری نشان داد ارتباط معناداری بین میزان درک مادران از مراقبت خانواده محور با ویژگی‌های دموگرافیکی آنها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان وجود نداشت (جدول ۴).

جدول ۲. میزان درک مادران نوزادان نارس از تجربه مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان

درک مادران	دامنه نمرات	کمترین	بیشترین	میانگین (انحراف معیار)	میان
بعد احترام	۱-۴	۱/۳۳	۳	۲/۷۱ (۰/۳۴)	۲/۱۶
بعد همکاری	۱-۴	۱/۳۳	۳	۲/۱۸ (۰/۳۱)	۲/۲۲
بعد حمایت	۱-۴	۱	۳/۲۰	۲/۰۲ (۰/۳۷)	۲
درک کل	۱-۴	۱/۵۰	۲/۶۰	۲/۱۴ (۰/۱۹)	۲/۱۵

جدول ۳. میزان درک مادران نوزادان نارس از تجربه مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان به تفکیک آیم‌های پرسشنامه

هرگز	گاهی	معمولا	همیشه	ابزار درک از تجربه مراقبت خانواده محور	
				تعداد (%)	تعداد (%)
۴۶ (۳۰/۷)	۷۱ (۴۷/۳)	۳۳ (۲۲)	۰ (۰)	۱	هنگامی که به بیمارستان می‌آمدم احساس می‌کردم از حضورم به عنوان یک والد استقبال شده است.
۳۷ (۲۴/۷)	۶۴ (۴۲/۷)	۳۹ (۲۶)	۱۰ (۶/۷)	۲	سایر اعضای خانواده وقتی به بیمارستان می‌آمدند احساس می‌کردند که از آمدن آن‌ها استقبال شده است.
۴۱ (۲۷/۳)	۶۵ (۴۳/۳)	۳۵ (۲۳/۳)	۹ (۶)	۳	من می‌توانم حین اقدام درمانی در کنار کودکم بمانم.
۴۱ (۲۷/۳)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۲ (۲۱/۳)	۷ (۴/۷)	۴	من می‌توانم در مورد توصیه‌های درمانی کودکم سوال بپرسم.
۴۵ (۳۰)	۶۲ (۴۱/۳)	۳۳ (۲۲)	۱۰ (۶/۷)	۵	وقتی به بیمارستان می‌آیم احساس می‌کنم ملاقات کننده ام تا والدین
۴۳ (۲۸/۷)	۷۴ (۴۹/۳)	۳۰ (۲۰)	۳ (۲)	۶	احساس می‌کنم بررسی‌های کودکم با رعایت حریم خصوصی اش انجام می‌گیرد.
۴۰ (۲۶/۷)	۶۷ (۴۴/۷)	۳۷ (۲۴/۷)	۶ (۴)	۷	من احساس می‌کنم برای ترخیص کودکم آماده هستم.
۴۲ (۲۸)	۶۷ (۴۴/۷)	۳۳ (۲۲)	۸ (۵/۳)	۸	به من اطلاعات صادقانه در مورد مراقبت بچه ام داده می‌شود.
۳۵ (۲۳/۳)	۷۲ (۴۸)	۳۹ (۲۶)	۴ (۲/۷)	۹	من می‌دانم بعد از رفتن به خانه در صورت نیاز به کمک با چه کسی تماس بگیرم.
۳۶ (۲۴)	۶۷ (۴۴/۷)	۳۹ (۲۶)	۸ (۵/۳)	۱۰	کارکنان در تصمیم‌گیری مربوط به مراقبت از کودکم مرا دخالت می‌دهند.
۳۹ (۲۶)	۶۹ (۴۶)	۲۸ (۱۸/۷)	۱۴ (۹/۳)	۱۱	من آنچه را که باید در مورد مراقبت بچه ام بدانم، آموخته‌ام.
۳۲ (۲۱/۳)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۹ (۲۶)	۹ (۶)	۱۲	من نام پزشک مسئول مراقبت بچه ام را می‌دانم.
۴۴ (۲۹/۳)	۶۷ (۴۴/۷)	۳۰ (۲۰)	۹ (۶)	۱۳	من مطالب مکتوبی که به من داده شده را می‌فهمم.
۳۵ (۲۳/۳)	۷۸ (۵۲)	۲۶ (۱۷/۳)	۱۱ (۷/۳)	۱۴	خانواده من در مراقبت از کودکم مشارکت دارند.
۴۱ (۲۷/۳)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۹ (۶)	۱۵	احساس می‌کنم اطلاعات بیش از اندازه در مورد کودکم به من داده می‌شود.
۴۳ (۲۸/۷)	۷۲ (۴۸)	۲۶ (۱۷/۳)	۹ (۶)	۱۶	همه اعضای تیم مراقبت با نیازهای فردی کودکم آشنا هستند.
۴۲ (۲۸)	۷۳ (۴۸/۷)	۲۸ (۱۸/۷)	۷ (۴/۷)	۱۷	همه اعضای تیم مراقبت به نگرانی‌های من گوش می‌دهند.
۴۸ (۳۲)	۶۵ (۴۳/۳)	۲۷ (۱۸)	۱۰ (۶/۷)	۱۸	من می‌توانم در هر بعد از مراقبت، کارکنان ثابتی را ببینم.
۴۱ (۲۷/۳)	۶۶ (۴۴)	۳۵ (۲۳/۳)	۸ (۵/۳)	۱۹	کارکنان می‌دانند چه کسانی پشتیبان من هستند.
۳۷ (۲۴/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۷ (۲۴/۷)	۶ (۴)	۲۰	کارکنان درک می‌کنند من و خانواده ام چه روزهایی را سپری می‌کنیم.

احترام

همکاری

میانگین

جدول ۴. عوامل مرتبط با درک مادران نوزادان نارس از تجربه مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت ویژه نوزادان بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیرهای کیفی	میانگین نمره درک (انحراف معیار)	شاخص آزمون سطح معنی داری
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	F= ۰/۸۸ P= ۰/۴۱
	دیپلم	۲/۱۳(۰/۱۶) ۲/۱۶(۰/۱۷)
	دانشگاهی	۲/۱۱(۰/۲۵)
رتبه تولد نوزاد	اول	F= ۰/۹۵ P= ۰/۳۸
	دوم	۲/۱۴(۰/۲۰) ۲/۱۵(۰/۱۹)
	سوم	۲/۰۵(۰/۱۶)
وضعیت اقتصادی خانواده	دخل کمتر از خرج است	F= ۰/۱۰ P= ۰/۹۰
	دخل با خرج برابر است	۲/۱۴(۰/۲۰) ۲/۱۵(۰/۲۱)
	دخل بیشتر از خرج است	۲/۱۲(۰/۱۹)
محل زندگی	شهر	t= ۱/۲۵ P= ۰/۳۱
	روستا	۲/۱۵(۰/۱۹) ۲/۰۸(۰/۲۲)
جنس نوزاد	مذکر	t= -۰/۲۶ P= ۰/۷۸
	مونث	۲/۱۴(۰/۱۹)
تشخیص نوزاد	ARDS	F= ۰/۸۰ P= ۰/۴۹
	LBW	۲/۱۶(۰/۲۳) ۲/۱۲(۰/۱۹)
	نارسایی قلبی	۲/۱۷(۰/۲۰)
	اختلال متابولیک	۲/۲۰(۰/۱۴)
متغیرهای کمی	شاخص آزمون	سطح معنی داری
سن مادران (سال)	r= -۰/۰۱	P= ۰/۸۷
سن نوزاد (هفته)	r= -۰/۱۰	P= ۰/۱۹
وزن نوزاد (گرم)	r= -۰/۰۷	P= ۰/۳۸
طول مدت بستری	r= ۰/۱۲	P= ۰/۱۲

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین درک مادران از دریافت مراقبت خانواده محور در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بود. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره درک مادران از دریافت مراقبت خانواده محور در حد متوسط بود. بر اساس نتایج، مادران دارای نوزاد نارس، مراقبت‌های مربوط به ابعاد مراقبت خانواده محور را به طور منظم و در تمام طول مدت بستری نوزادان شان دریافت نکرده اند. در حالی که مطالعه گیل و همکاران در استرالیا نشان داد که میزان درک والدین از مراقبت خانواده محور مثبت بوده و والدین بیان کرده بودند که مراقبت‌های مربوط به

ابعاد احترام، حمایت و همکاری را به طور معمول دریافت کرده اند (۲۱). یک مرور سیستماتیک در مورد درک والدین کودکان با ناتوانی جسمی از دریافت مراقبت خانواده محور نیز نشان داد که والدین مراقبت محترمانه، حمایتی و عمل مشارکتی را «تا حد زیادی» دریافت کرده اند (۲۲). همچنین یک مطالعه جامع در ۱۱ بخش مراقبت ویژه نوزادان اروپا نشان داد والدین، کیفیت مراقبت خانواده محور را در این بخش‌ها بالا گزارش کردند (۲۳). این نتایج با یافته مطالعه حاضر همخوانی ندارد که علت احتمالی آن عدم اجرای مراقبت با معیارهای مراقبت خانواده محور بوده که بر اساس مطالعات انجام گرفته

معنی‌داری وجود نداشت. در مطالعه اوکونولا^۲ نیز سن، تحصیلات والدین و طول مدت بستری نوزاد تأثیری بر ادراک والدین کودکان از رفتارهای مراقبت پرستاری خانواده محور نداشت. ارائه مراقبت‌های خانواده محور در مراکز درمانی بدون توجه به ویژگی‌های فردی اجتماعی والدین صورت می‌گیرد، لذا بنظر این یافته منطقی به نظر می‌رسد (۳۲).

مطالعه حاضر همانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی روبرو بود که از جمله آن‌ها می‌توان به همزمانی جمع آوری داده‌ها با شیوع کرونا در بیمارستان‌ها اشاره کرد که تمایل مادران را برای استقرار در بیمارستان کاهش داده بود. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه پاسخ نمونه‌ها به سئوالات پرسشنامه به صورت خودگزارش دهی بود که می‌توانست روی نتایج مطالعه تأثیر بگذارد.

نتیجه گیری

یکی از مهمترین شاخص‌های بررسی اجرای مناسب یک خدمت در نظر گرفتن درک گیرندگان آن از چگونگی دریافت خدمات می‌باشد. در این راستا، گزارش مادران به عنوان دریافت‌کنندگان اصلی خدمات مربوط به مراقبت خانواده محور می‌تواند نشان‌دهنده کیفیت ارائه این خدمات می‌باشد. بر اساس یافته‌های این مطالعه، علیرغم سیاست‌گذاری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان مبنی بر اجرای مراقبت خانواده محور، مادران ابعاد مراقبت خانواده محور (احترام، حمایت و مشارکت) را به طور کامل دریافت نمی‌کنند. لذا می‌توان دریافت که اجرای مراقبت خانواده محور در ایران نوپا بوده و در حال حاضر سیاست مراقبت خانواده محور به طور کامل در مراکز آموزشی درمانی حاکم نمی‌باشد از این رو موانع بسیار زیادی در اجرای آن موجود است که باید این موانع در هر سیستم شناسایی و مرتفع گردد. به این منظور نیاز است تغییرات اساسی در امکانات

فرهنگ، امکانات ساختاری، نیروی انسانی و سیاست‌های حاکم در بیمارستان‌ها از موانع اصلی اجرای مراقبت خانواده محور در ایران می‌باشد (۲۶). در مطالعه حاضر بیشترین میانگین نمره درک مادران از دریافت مراقبت خانواده محور مربوط به بعد احترام و کمترین مربوط به بعد حمایت بود. نتایج مطالعه گیل و همکاران نیز نشان داد که میزان درک والدین از تجربه مراقبت خانواده محور در بعد احترام بیشتر از دو بعد همکاری و حمایت بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱). مطالعات انجام گرفته در ایران نشان‌دهنده این است که حیطة حمایت از دیدگاه پرستاران، کم‌اهمیت‌ترین حیطة در مراقبت خانواده محور است (۲۴، ۲۵). در مطالعه میرلاشاری و همکاران نیز محدودیت منابع و نبود فضای کافی برای ماندن والدین در کنار نوزاد، حاکم بودن سیاست پدرسالارانه در سیستم درمانی، عدم تعادل قدرت بین پزشک/پرستار و عملکرد غیرحمایتی پرسنل از موانع اجرای مراقبت خانواده محور شناخته شدند (۲۶). مطالعه دیگری در ایران پیش‌نیاز ارائه مراقبت خانواده محور را امکانات مناسب و نیروی انسانی کافی دانست (۲۷). اغلب پرستاران حجم کاری بالا و کمبود نیروی انسانی را مهمترین مانع حمایت از مادر بیان می‌کنند (۲۸). حجم کاری پرستاری یک چالش مهم سیستم‌های بهداشتی و موضوع مهمی در بسیاری از مطالعات پرستاری بوده (۲۹) و موجب می‌شود تا پرستاران به نقش حمایتی خود، آن‌طور که باید عمل نکنند (۳۰). به اعتقاد ترنر^۱ برای این که پرستاران بتوانند نقش حمایتی خود را ایفا نمایند، باید موانع مربوط به کمبود نیروی انسانی از میان برداشته شود (۳۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین درک والدین از مراقبت خانواده محور با ویژگی‌های دموگرافیکی آنها در بخش مراقبت ویژه نوزادان، ارتباط آماری

¹ Turner

² Okunola

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1400.000 می‌باشد. بدینوسیله از کلیه مادران گرامی نوزادان که در این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مربوط به ساختارها، نیروی انسانی و سیاست‌های حاکم در بیمارستان‌ها انجام بگیرد. هدف اصلی این مطالعه تعیین درک مادران از میزان دریافت مراقبت خانواده‌محور توسط مادران نوزادان نارس بوده است، لذا پیشنهاد می‌شود عوامل پیشگویی‌کننده دریافت مراقبت خانواده‌محور توسط والدین در مطالعه‌ای مجزا مورد بررسی قرار گیرد.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- 1- Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*. 2010;25(5):335-43.
- 2- Khalilzadeh H, Khorsandi F, Feizi A, Khalkhali H. The effect of family-centered care on anxiety of hospitalized child's parents with urinary tract infection in pediatric ward of shahid motahary medical training center in urmia in 2012. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2013;11(1): 1-8
- 3- Craig JW, Glick C, Phillips R, Hall SL, Smith J, Browne J. Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*. 2015; 35(S1):S5.
- 4- Harrison W, Goodman D. Epidemiologic Trends in Neonatal Intensive Care, 2007-2012. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169(9):855-62.
- 5- Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *In Seminars in perinatology* 2011; 35(1): 20-28.
- 6- Aemmi S 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*. 2013; 19 (2):14-26. (Persian).
- 7- Rasti M, Aliabadi F F, Shafarodi N, Rafiee F, Kalani M. Specification of the educational needs of parents with premature infants admitted to neonatal intensive care unit. *Journal of Modern Rehabilitation*. 2014; 8 (4):21-29.
- 8- M, Etemadi Far S, Masoudi R, Kheyri S, Jivad N. The effect of family-centered care on the family caregivers' burden of patients with epilepsy. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018; 7 (2):146-157.
- 9- Karbalaizadeh M, Abazari F. The effect of mothers' participation and the family-centered care on mother's anxiety with children suffering from gastrointestinal infections: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015; 3 (4):47-55.
- 10- Sheridan S. M, Burt J. D. *Family-Centered Positive Psychology: A Framework for Research-Based Practices*. Oxford University Press; 2017.
- 11- Abbasi S, Mehdizadeh S, Kamali K, Afshin Joo M. The relationship between nursing support and parent's stress in mothers of premature's infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2017; 15 (9) :652-658.
- 12- Balbino FS, Balieiro MM, Mandetta MA. Measurement of family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2016;24:e2753
- 13- Ghaderi S. Alaei F, Usefi Chaijan F, Nasiri Oskooei N. The effect of father participation in child care in a pediatric intensive care unit on father stress and coping strategies. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2012; 16(10).

- 14- Bastani F, Abadi TA, Haghani H. Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*. 2015;9(1):SC04-8.
- 15- Alipor S, Hemmati Maslakpak M, Aghakhani N, Khalkhali H. The effect of family centered care on laboratory examinations in patients with type II diabetes. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2017; 15 (5):395-403.
- 16- Almasri NA, AN M, Palisano RJ. Parents' perception of receiving family-centered care for their children with physical disabilities: a meta-analysis. *Physical & occupational therapy in pediatrics*. 2018; 38(4):427-43.
- 17- Arabiat D, Whitehead L, Foster M, Shields L, Harris L. Parents' experiences of family centred care practices. *Journal of pediatric nursing*. 2018; 42:39-44.
- 18- Hagen IH, Iversen VC, Nettet E, Orner R, Svindseth MF. Parental satisfaction with neonatal intensive care units: A quantitative cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2019; 19(1):37.
- 19- Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children-E-book*: Elsevier Health Sciences; 2018.
- 20- Shields L, Tanner A. Pilot study of a tool to investigate perceptions of family-centered care in different care setting. *Pediatric Nursing*. 2004; 30(3):189.
- 21- Gill FJ, Pascoe E, Monterosso L, Young J, Burr C, Tanner A, Shields L. Parent and staff perceptions of family-centered care in two Australian children's hospitals. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2014; 1(2).
- 22- Almasri NA, An M, Palisano RJ. Parents' perception of receiving family-centered care for their children with physical disabilities: a meta-analysis. *Physical & occupational therapy in pediatrics*. 2018; 38(4):427-43.
- 23- Raiskila S, Lehtonen L, Tandberg BS, Normann E, Ewald U, Caballero S, Varendi H, Toome L, Nordhøv M, Hallberg B, Westrup B. Parent and nurse perceptions on the quality of family-centred care in 11 European NICUs. *Australian Critical Care*. 2016; 29(4):201-9.
- 24- Aran A, Abazari F, Farokhzadian J, Azizzadeh Forouzi M. Comparing the perception of family-centered care from the perspectives of nursing staff and mothers of hospitalized children in children's wards. *Journal of hayat*. 2018; 24(1):48-58.
- 25- Begjani J, Mohammad Nejad E, Mohajer T, Noorian M, Nasiri Osquei N. Parents' views about the importance of principles of family-centered care. *Journal of Health and Care*. 2011;13(4):52-9.
- 26- 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:e91-8.
- 27- Negarandeh R, Hassankhani H, Jabraeili M, Abbaszadeh M, Best A. Health care staff support for mothers in NICU: a focused ethnography study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1):1-2.
- 28- Heidari H, Mardani-Hamooleh M. Nurses' perception of family-centered care in neonatal intensive care units. *Journal of Pediatric Intensive Care*. 2020; 9(01):016-20.
- 29- Khademi M, Mohammadi E, Vanaki Z. Resources-tasks imbalance: Experiences of nurses from factors influencing workload to increase. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015;20(4):476.
- 30- Kohan M, Borhani F, Abbaszadeh A, Sultan Ahmadi J, Khajehpoor M. Experience of mothers with premature infants in neonatal. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2012;1(1):41-51.
- 31- Turner M, Chur-Hansen A, Winefield H. The neonatal nurses' view of their role in emotional support of parents and its complexities. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(21-22):3156-65.
- 32- Okunola I, Olaogun AA, Adereti SC, Bankole A, Oyibocho E, Ajao O. Pediatric parents and nurses perception of family-centered nursing care in Southwest Nigeria. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(1):67-75.