

دیدگاه پرستاران و پزشکان نسبت به موانع اجرایی مراقبت خانواده محور در بخش‌های

مراقبت ویژه نوزادان

ستاره ثاقب^۳

طاهره صادقی^۲

ژیلا میر لاشاری^۱

*طاهره خان محمدزاده^۴

چکیده

زمینه و هدف: علی‌رغم تاکید بر اجرای مراقبت خانواده محور در بیمارستان‌های کودکان، اطلاعات اندکی از میزان اجرا و موانع اجرایی آن وجود دارد. این مطالعه با هدف تعیین موانع اجرایی مراقبت خانواده محور از دیدگاه پرستاران و پزشکان شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی- مقطعی بود. نمونه پژوهش کلیه پرستاران و پزشکان شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته جمع‌آوری و پس از ورود به نرم افزار SPSS ویراست ۱۶ با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیلی به سوالات پژوهش پاسخ داده شد.

یافته‌ها: "مجهز و آماده نبودن بخش مراقبت ویژه نوزادان برای اجرای مراقبت خانواده محور (۷۶/۶٪)". "مشکلات خانوادگی والدین (۷۴٪)"، و "عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش (۷۳/۳٪)" به ترتیب سه عاملی بودند که از دیدگاه پرستاران بیشترین نقش را در ممانعت از اجرای مراقبت خانواده محور داشتند. از دیدگاه پزشکان "مجهز و آماده نبودن بخش مراقبت ویژه نوزادان برای اجرای مراقبت خانواده محور (۶۹٪)"، "عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش (۶۵٪)"، و "نبودن حد و حدود قانونی برای میزان و سطح دخالت دادن والدین در امر مراقبت از نوزاد (۶۴٪)"، به ترتیب سه عاملی بودند که بیشترین نقش را در ممانعت از اجرای مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان داشتند.

نتیجه‌گیری کلی: هر چند پرستاران و پزشکان در دو عامل اتفاق نظر داشتند اما در رابطه با سایر عوامل توافق نظر چندانی مشاهده نشد. به نظر می‌رسد برای تسهیل مراقبت خانواده محور توجه به دیدگاه هر دو گروه در فراهم کردن محیط مناسب و تغییرات لازم در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان ضرورت دارد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت خانواده محور، پزشک، پرستار، مراقبت‌های ویژه نوزادان

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۳

^۱ استادیار گروه پرستاری کودکان و مراقبت ویژه نوزادان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۲ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

^۳ فوق تخصص نوزادان، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۴ کارشناس ارشد مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده‌ی مسئول).

مقدمه

نوزادان به دلایل مختلف در بخش مراقبت های ویژه ی نوزادان بستری می شوند. بستری شدن در این بخش یکی از ترسناک ترین تجارب زندگی برای والدین است^(۱) و آن ها را با شرایط ناشناخته و محیطی تهدیدآوری مواجه می کند^(۲). با توجه به استرس ناشی از عوامل محیطی و مراقبتی بخش مراقبت ویژه نوزادان، امروزه جهت بهبود محیط بخش و فراهم نمودن محیط مناسب برای نوزادان نارس و بیمار بستری و خانواده ی آنها تلاش بسیاری می شود^(۳). واضح است که والدین نقش مهمی در ارتقای سلامت کودک خود داشته و اصلی ترین افرادی هستند که در مراقبت مستقیم از وی درگیر می شوند و رفتارها و دیدگاه آن ها، کودکشان را تحت تاثیر قرار می دهد^(۴).

در چند دهه ی اخیر تاکید زیادی بر اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های کودکان و نوزادان شده است. در متون مختلف پیامدهای چندگانه ای برای اجرای مراقبت خانواده محور از کودکان ذکر شده است؛ از آن جمله می توان به بهبود شرایط روان شناختی کودک و خانواده، ارتقای دل بستگی، کاهش زمان بستری، افزایش رضایت والدین و پرسنل^(۵) و توانایی شناسایی نیازهای کودک و خانواده توسط پرسنل اشاره کرد^(۶).

مفهوم مراقبت خانواده محور به معنای شرکت فعال والدین در مراقبت از فرزندشان می باشد^(۷). مراقبت خانواده محور فلسفه مراقبتی است که از تمامیت خانواده و مراقبت فردی نوزاد جهت بهبود وضعیت سلامتی نوزاد و والدین حمایت می کند^(۸). در این نوع مراقبت رویکرد ارایه خدمات به کودکان در بیمارستان به گونه ای است که با هر خانواده با احترام و در شان او برخورد شده، انتخاب ها و ارزش های آن ها مورد تایید قرار گرفته و حمایت هایی فراهم می شود تا عملکرد خانواده تقویت می شود^(۹). پنج اصل عمومی مراقبت خانواده محور شامل تبادل اطلاعات به شکلی باز، عینی و بدون سوگیری، احترام به تفاوت های فرهنگی و قومی و ارجحیت های مراقبتی، همکاری متقابل برای تطابق با نیازها، ارزشها،

نقاط قوت و توانایی های منحصر به فرد هر خانواده، مذاکره و انعطاف پذیر دانستن اهداف برنامه های مراقبتی، و مراقبت در زمینه ی خانواده و اجتماع مورد نظر است^(۱۰). با در نظر گرفتن خانواده به عنوان منبع اولیه تقویت و حمایت نوزاد، در این فلسفه احترام، اطلاعات، حق انتخاب، انعطاف پذیری، قدرتمندسازی، همراهی و حمایت در تمام سطوح مراقبتی اعمال می شود که به دنبال آن فواید بی شماری مانند کاهش مدت اقامت، بهبود اتصال روانی نوزاد و والدین، توسعه بهزیستی نوزاد نارس، بهبود سلامت ذهنی، استفاده بهینه از منابع و رضایت بالاتر بیمار تامین می شود^(۱۱).

متون مختلف پیامدهای چندگانه ی دیگری نیز برای اجرای مراقبت خانواده محور از کودکان ذکر شده است؛ به طوری که برخی از مطالعات بیان نموده اند که این گونه مراقبت ها منجر به بروز پیامدهای مطلوبی شده است که از آن جمله می توان به بهبود شرایط روان شناختی کودک و خانواده، ارتقای دل بستگی، کاهش زمان بستری، افزایش رضایت والدین و پرسنل اشاره کرد^(۵).

چون عملکرد خانواده ها بر اساس فرهنگ و سیاست های محیطی متفاوت است چنین تعاریفی از مراقبت خانواده محور ممکن است در کشورهای مختلف متفاوت باشد و اجرا و پذیرش نظری این روش ممکن است سال ها یا حتی دهه ها طول بکشد^(۱۲). به عبارت دیگر پیاده کردن مدل های مراقبتی در هر محیطی با موانع متعددی مواجه می شود و حتی با آموزش فلسفه مراقبت خانواده محور به پرستاران و پزشکان بخش های مراقبت ویژه ی نوزادان و با در نظر گرفتن شرط داشتن رویکرد مراقبتی خانواده محور در حرفه های مراقبتی، برای اجرای مناسب این رویکرد لازم است آمادگی لازم در سطوح مختلف مدیریتی و سازمانی وجود داشته باشند^(۱۱).

Laderet و همکاران موانعی چون کمبود پرستار، تعداد زیاد بیماران، کمبود وقت پرستاران، مسائل مالی و محدودیت های فضای بخش، عدم آموزش کافی، عدم همکاری مراقبین و والدین، محیط شلوغ و پر از تجهیزات

محور لازم است ابتدا موانع اجرایی آن در بخش های موجود مورد شناسایی قرار گیرند. لذا این مطالعه با هدف تعیین موانع اجرایی مراقبت خانواده محور از دیدگاه پرستاران و پزشکان شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش بررسی

مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر پس از دریافت مجوز کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه و اخذ رضایت کتبی نمونه با شرکت ۲۵۰ پزشک و پرستار شاغل در بخش های ویژه نوزادان شش بیمارستان (مرکز طبیبی کودکان، آرش، بهرامی، شریعتی، میرزا کوچک خان و ولی عصر) دانشگاه علوم پزشکی تهران که به روش سر شماری در سال ۱۳۹۳ وارد مطالعه شدند انجام گرفت. مشخصات شرکت کنندگان شامل شاغل بودن حداقل به مدت سه ماه و بیشتر در بخش های مراقبت ویژه نوزادان و دارا بودن مدرک فوق دیپلم و بالاتر برای پرستاران و تخصص پزشکی کودکان یا فوق تخصص نوزادان برای پزشکان و یا دستیاری سال دو و سه برای تخصص پزشکی کودکان بود. جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ی محقق ساخته صورت گرفت. به منظور آنکه از نظر متخصصین برای تهیه گویه های پرسشنامه استفاده شود و اعتبار پرسشنامه ارتقاء یابد از روش گروه های متمرکز (فوکوس گروپ) نیز در کنار ادبیات استفاده شد. در این روش پرسنل پرستاری و پزشکان نوزادان در دو گروه متمرکز مورد مصاحبه قرار گرفتند که شامل ۱۰ نفر از پزشکان (پزشک متخصص نوزادان، رزیدنت سال دو و سه) و ۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان بودند. مدت زمان جلسات ۴۵ دقیقه بود. این جلسات در یک مکان مناسب و در پایان شیفت کاری که افراد نگران وظیفه محوله خود نباشند تشکیل شد. بحث در جلسه در مورد حضور یا عدم حضور والدین در بخش، آموزش و توانمند کردن والدین، دخالت دادن آنها در تصمیم گیری

بخش مراقبت ویژه نوزادان را از جمله موانع اجرای مراقبت خانواده محور بیان کرده‌اند^(۱۳).

در کشور ایران علی رغم تاکید بر اجرای مراقبت خانواده محور در بیمارستان های کودکان و بخش های مختلف از میزان اجرا و موانع اجرایی آن اطلاعات اندکی وجود دارد. در مطالعه ولی زاده و هاشمی مشخص شد مراقبان بهداشتی درمانی علی‌رغم این که نسبت به حق والدین برای شرکت در برنامه‌های مراقبتی درمانی نوزادان بستری در بیمارستان و مفید بودن این مشارکت برای نوزاد، والدین و خانواده دارای نگرش مثبت و مناسب هستند، اما این مشارکت را فقط در حد انجام امور روزمره زندگی و حمایت عاطفی نوزاد جایز می‌شمارند و نسبت به مشارکت والدین در سایر موارد ضروری مثل مشارکت و یا حضور والدین در انجام فعالیت‌های تخصصی کارکنان، نگرشی خنثی یا منفی دارند^(۱۴).

در مطالعه‌ی علی آبادی و همکاران با عنوان بررسی تاثیر مشارکت مادر در مراقبت از نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بر میزان مراجعه برای بستری مجدد، مشخص شد میزان بستری مجدد و میانگین طول مدت بستری نوزادانی که مادرشان در مراقبت از آن‌ها در بیمارستان مشارکت داشتند به طور معنی داری کمتر بوده است^(۱۵).

پژوهشگر به عنوان پرستار بخش مراقبت های ویژه‌ی نوزادان شاهد بوده است که علی رغم آشنایی نسبی پرستاران و پزشکان، اصول این فلسفه‌ی مراقبتی در این بخش ها بطور کامل اجرا نمی شده است. به نظر می رسد با توجه به حضور کارشناس های ارشد پرستاری نوزادان در بالین و نیز آشنایی و افزایش دانش پزشکان و پرستاران در زمینه مراقبت خانواده محور از طریق کنگره‌ها و بازآموزی های ارایه شده و نیز دروس گنجانده شده در سرفصل های کارشناسی پرستاری، موانع متعدد موجود بر سر راه ارایه مراقبت خانواده محور در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان تا حدی شناسایی شده باشد. برای مدیریت درست و اجرای مراقبت خانواده

نامه لحاظ شد. بعد از تایید ابزار توسط اعضاء هیئت علمی، جهت تعیین پایایی، پرسشنامه به ۲۰ نفر از پزشکان و پرستاران داده شد و بعد از دو هفته مجدداً به همان افراد جهت تکمیل ارسال شد و اطلاعات به نرم افزار SPSS ویراست ۱۶ داده شد و test-retest در سطح معنی داری ۹۵٪ نشان داد که ابزار مربوطه از پایایی مناسبی برخوردار بوده است.

یافته‌ها

مجموعاً ۱۵۰ پرستار و ۱۰۰ پزشک در این مطالعه شرکت کردند. تمامی پرستاران شرکت کننده در پژوهش زن بودند (۱۰۰٪ درصد). اکثریت پرستاران (۷۳٪ درصد) شرکت کننده در پژوهش کارشناس بودند. اکثریت (۵۶٪ درصد) پرستاران بین گروه سنی ۳۵-۳۱ سال قرار داشتند. اکثریت (۵۹٪ درصد) پرستاران سابقه کار بالای ۱۰ سال داشتند و سابقه کار در بخش مراقبت های ویژه نوزادان برای اکثر پرستاران بین ۳-۱ سال بود (۳۹٪ درصد). اکثر پزشکان مرد (۵۵٪ درصد) و متخصص کودکان (۴۳٪ درصد) بودند. پزشکان شرکت کننده در پژوهش اکثراً در گروه سنی ۴۵-۴۱ سال قرار داشتند (۳۰٪ درصد) و بیشترین سابقه کار آنها بین ۳-۱ سال (۳۱٪ درصد) و بیشترین سابقه کار در مراقبت های ویژه بین ۳-۱ سال بود (۳۹٪ درصد).

و مراقبت خانواده محور از نوزاد و موانع اجرایی مراقبت خانواده محور صورت می گرفت و تجارب و نظرات هر یک از اعضاء به بحث گذاشته می شد. با اجازه تمامی اعضاء گروه صدا توسط دستگاه MP3PLAYER ضبط شد. در نهایت تمام متن ها بازبینی شد و موانع اجرای مراقبت خانواده محور که از اهمیت و تکرار بیشتری برخوردار بود اولویت بندی شد و بر اساس تحلیل محتوای کمی، داده های حاصل و همچنین مرور جامع مطالعات مرتبط با مراقبت خانواده محور، پرسش نامه ای جهت بررسی موانع اجرایی مراقبت خانواده محور از دیدگاه پزشکان و پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان طراحی شد. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه ای دو بخشی بود که بخش اول ویژگی های جمعیت شناختی شامل جنسیت، سن، رده شغلی، سطح تحصیلات، سابقه خدمت در بیمارستان و سابقه خدمت در بخش مراقبت ویژه نوزادان را بررسی می کرد و بخش دوم شامل ۳۲ گویه در مورد موانع مراقبت خانواده محور بود و پاسخ ها به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم شد. پرسشنامه جهت تعیین روایی به ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران ارسال شد و از نظر محتوایی گویه ها مورد بررسی قرار گرفته و نظرات اساتید برای بهبود پرسش

جدول شماره ۱: مهمترین موانع اجرایی مراقبت خانواده محور در بخش های مراقبت ویژه نوزادان از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۳

موانع	مخالف		تا حدوی		موافق	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)		
۱ مجهز و آماده نبودن بخش برای اجرای مراقبت خانواده محور	۱۲	(۸٪)	۲۳	(۱۵.۳٪)	۱۱۵	(۷۶.۷٪)
۲ مشکلات خانوادگی والدین (مثل فاصله زیاد خانه از بیمارستان، داشتن مسئولیت در خانه، اختلافات خانوادگی، نگرانی از فرزندان دیگر، مشکلات کاری و اقتصاد، اعتیاد و ...)	۸	(۵.۳٪)	۳۱	(۲۰.۷٪)	۱۱۱	(۷۴٪)
۳ عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش	۱۷	(۱۱.۳٪)	۲۳	(۱۵.۳٪)	۱۱۰	(۷۳.۳٪)
۴ خستگی و استرس در اثر تعداد زیاد بیماران	۹	(۶٪)	۳۵	(۲۳.۳٪)	۱۰۶	(۷۰.۷٪)
۵ خستگی در اثر زیاد بودن کارهای نوشتاری	۱۳	(۸.۷٪)	۴۱	(۲۷.۳٪)	۹۶	(۶۴٪)

بخش های مراقبت ویژه نوزادان داشتند. همچنین جدول شماره ۲ نشان می دهد که نگرش "کادر درمان درک بالاتری از والدین نسبت به مشکلات نوزاد دارند و چندان ضرورتی به تشریک مساعی والدین نمی باشد" (۲۳.۳٪)، "عدم توجه به ارائه مراقبت خانواده محور توسط سر پرستار" (۲۴٪) و "کمبود آگاهی و دانش ناکافی کادر درمان از فلسفه و نحوه اجرای مراقبت خانواده محور" (۲۸.۷٪) موانعی بوده اند که به ترتیب کم ترین اهمیت را از دیدگاه پرستاران داشتند.

همان طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود "مجهز و آماده نبودن بخش برای اجرای مراقبت خانواده محور" (۷۶.۶٪). "مشکلات خانوادگی والدین (مثل فاصله زیاد خانه از بیمارستان، داشتن مسئولیت در خانه، اختلافات خانوادگی، نگره داری از فرزندان دیگر، مشکلات کاری و اقتصاد، اعتیاد و)" (۷۴٪)، "عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش" (۷۳.۳٪)، "خستگی و استرس در اثر تعداد زیاد بیماران" (۷۰.۷٪) و "خستگی در اثر زیاد بودن کارهای نوشتاری" (۶۴٪) به ترتیب پنج عاملی بودند که از دیدگاه پرستاران بیشترین نقش را در ممانعت از اجرای مراقبت خانواده محور در

جدول شماره ۲: کم اهمیت ترین موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های ویژه نوزادان از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۳

موافق	تا حدوی	مخالف	موانع
(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	
۴۳(۲۸.۷٪)	۵۸(۳۸.۷٪)	۴۹(۲۳.۷٪)	۱ کمبود آگاهی و دانش ناکافی کادر درمان از فلسفه و نحوه اجرای مراقبت خانواده محور
۳۶(۲۴٪)	۳۵(۲۳.۳٪)	۷۹(۵۲.۷٪)	۲ عدم توجه به ارائه مراقبت خانواده محور توسط سر پرستار
۳۵(۲۳.۳٪)	۱۹(۱۲.۷٪)	۹۶(۶۴٪)	۳ کادر درمان درک بالاتری از والدین نسبت به مشکلات نوزاد دارند و چندان ضرورتی به تشریک مساعی والدین نمی باشد.

جوابگویی به اولیای نوزادان" (۶۲٪) و "نداشتن احساس خوب کادر درمان در زمان حضور طولانی مدت پدر در بخش" (۶۱٪) به ترتیب پنج عاملی بودند که بیشترین نقش را در ممانعت از اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های مراقبت ویژه نوزادان داشتند (جدول شماره ۳).

از دیدگاه پزشکان "مجهز و آماده نبودن بخش مراقبت ویژه نوزادان برای اجرای مراقبت خانواده محور" (۶۹٪)، "عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش" (۶۵٪)، "نبودن هیچگونه مقرراتی در امر مشارکت والدین در طرح مراقبت از نوزاد" (۶۴٪)، "خستگی در اثر زیاد بودن کارهای نوشتاری پرسنل و عدم آمادگی در

جدول شماره ۳: مهمترین موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های ویژه نوزادان از دیدگاه پزشکان شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۳

موافق	تا حدوی	مخالف	موانع
(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	
۶۹(۶۹٪)	۲۰(۲۰٪)	۱۱(۱۱٪)	۱ مجهز و آماده نبودن بخش برای اجرای مراقبت خانواده محور و حضور خانواده (فضای کم و تجهیزات رفاهی ناکافی)
۶۵(۶۵٪)	۲۱(۲۱٪)	۱۴(۱۴٪)	۲ عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش
۶۴(۶۴٪)	۲۸(۲۸٪)	۸(۸٪)	۳ نبودن حد و حدود قانونی برای میزان و سطح دخالت دادن والدین در امر مراقبت از نوزاد
۶۲(۶۲٪)	۲۰(۲۰٪)	۱۸(۱۸٪)	۴ خستگی در اثر زیاد بودن کارهای نوشتاری
۶۱(۶۱٪)	۱۹(۱۹٪)	۲۰(۲۰٪)	۵ نداشتن احساس خوب کادر درمان در زمان حضور طولانی پدر در بخش

دیدگاه پرستاران و پزشکان نسبت به موانع اجرایی مراقبت خانواده محور... ژیلا میرلاشاری و همکاران

همچنین نگرش "کادر درمان درک بالاتری از والدین نسبت به مشکلات نوزاد دارند و چندان ضرورتی به تشریک مساعی والدین نمی باشد" (۱۴٪)، "ترس والدین از دست زدن به نوزاد و ارائه مراقبت" (۱۸٪) و "ایجاد

تداخل در انجام کارها به دلیل حضور والدین" (۱۹٪) به ترتیب کم اهمیت ترین موانع از دیدگاه پزشکان بودند (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: کم اهمیت ترین موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های مراقبت ویژه نوزادان از دیدگاه پزشکان شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۹۳

موافق	تا حدوی	مخالف	موانع
(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	(درصد)تعداد	
۱۹(٪۱۹)	۲۶(٪۲۶)	۵۵(٪۵۵)	۱ ایجاد تداخل در انجام کارها به دلیل حضور والدین
۱۸(٪۱۸)	۳۹(٪۳۹)	۴۳(٪۴۳)	۲ ترس والدین از دست زدن به نوزاد و ارائه مراقبت
۱۴(٪۱۴)	۱۱(٪۱۱)	۷۵(٪۷۵)	۳ کادر درمان درک بالاتری از والدین نسبت به مشکلات نوزاد دارند و چندان ضرورتی به تشریک مساعی والدین نمی باشد

به عنوان یک یافته جنبی مشخص شد که در برخی موارد بین نظر پزشکان و پرستارانی که آنها را به عنوان مانع اولویت بندی کرده بودند اختلاف معنی داری وجود داشته است. این موانع در جدول شماره ۵ آورده شده اند (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: مقایسه‌ی دیدگاه پزشکان و پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره‌ی موانع مراقبت خانواده محور سال ۱۳۹۳

مقدار احتمال	آماره آزمون	نظر پزشک			نظر پرستار			موانع
		موافق	تا حدوی	مخالف	موافق	تا حدوی	مخالف	
P=۰/۰۴۲	$\bar{X}=۶۳۱۷$	۴۹(٪۴۹)	۲۹(٪۲۹)	۲۲(٪۲۲)	۹۵(٪۶۳/۳)	۳۷(٪۲۴/۷)	۱۸(٪۱۲)	۱ استرس زیاد والدین حاضر دربخش
P=۰/۰۰۰	$\bar{X}=۱۶۰۵۳$	۱۹(٪۱۹)	۲۶(٪۲۶)	۵۵(٪۵۵)	۵۷(٪۳۸)	۴۷(٪۳۱/۳)	۴۶(٪۳۰/۷)	۲ ایجاد تداخل در انجام کارها به دلیل حضوروالدین
P=۰/۰۱۲	$\bar{X}=۸۰۹۲۹$	۱۹(٪۱۹)	۲۶(٪۲۶)	۵۵(٪۵۵)	۵۷(٪۳۸)	۴۷(٪۳۱/۳)	۴۶(٪۳۰/۷)	۳ شلوغی و ازدحام در بخش به علت حضور والدین نبود آموزش های ضمن خدمت درباره مراقبت خانواده محور
P=۰/۰۱۴	$\bar{X}=۸۰۵۷۷$	۵۴(٪۵۴)	۳۶(٪۳۶)	۱۰(٪۱۰)	۷۵(٪۵۰)	۳۹(٪۲۶)	۳۶(٪۲۴)	۴ مشکلات جسمی والدین
P=۰/۰۰۱	$\bar{X}=۱۳۰۵۵۱$	۴۳(٪۴۳)	۳۷(٪۳۷)	۲۰(٪۲۰)	۹۰(٪۶۰)	۵۱(٪۳۴)	۹(٪۶)	۵ به ویژه مادر (مثلاً مادری که تازه زایمان یا سزارین کرده)
P=۰/۰۰۱	$\bar{X}=۱۳۰۳۲۲$	۵۲(٪۵۲)	۳۵(٪۳۵)	۱۳(٪۱۳)	۱۱۱(٪۷۴)	۳۱(٪۲۰/۷)	۸(٪۵/۳)	۶ مشکلات خانوادگی والدین
P=۰/۰۰۵	$\bar{X}=۱۰۰۴۴۰$	۴۰(٪۴۰)	۳۲(٪۳۲)	۲۸(٪۲۸)	۸۹(٪۵۹/۳)	۳۹(٪۲۶)	۲۲(٪۱۴/۷)	۷ دخالت والدین در مراقبت از نوزادی به غیر از نوزاد خود
P=۰/۰۰۰	$\bar{X}=۴۴۰۱۳۹$	۱۸(٪۱۸)	۳۹(٪۳۹)	۴۳(٪۴۳)	۷۷(٪۵۱/۳)	۵۷(٪۳۸)	۱۶(٪۱۰/۷)	۸ ترس والدین از دست زدن به نوزاد و ارائه مراقبت
P=۰/۰۳۹	$\bar{X}=۶۰۴۶۶$	۳۳(٪۳۳)	۲۵(٪۲۵)	۴۲(٪۴۲)	۷۱(٪۴۷/۳)	۳۷(٪۲۴/۷)	۴۲(٪۲۸)	۹ حضور طولانی پدر در بالین نوزاد ضرورتی ندارد

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نتایج نشان داد که مهمترین موانع مراقبت خانواده محور از دید پرستاران شامل "مجهز نبودن بخش برای انجام این نوع از مراقبت"، "مشکلات خانوادگی والدین (مثل فاصله زیاد خانه از بیمارستان، داشتن مسئولیت در خانه، اختلافات خانوادگی، ننگه داری از فرزندان دیگر، مشکلات کاری و اقتصاد، اعتیاد و ...)"، "عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش"، "خستگی و استرس در اثر تعداد زیاد بیماران" و "خستگی در اثر زیاد بودن کارهای نوشتاری" بودند. به نظر می رسد پرستاران مورد مطالعه کمترین سهم را برای خود به عنوان مانعی برای اجرای موثر مراقبت خانواده محور در نظر گرفته اند. این در حالی است که در مطالعه تلفیقی Wong، برای کاوش دیدگاه پرستاران هنگ کنگ درباره‌ی موانع اجرای مراقبت خانواده محور در بخش های روان، فاصله‌ی بین آموزش و بالین، ماهیت نقش پرستاران و نیز مشکلات مدیریتی به عنوان مهم ترین موانع معرفی شدند^(۱۶).

Ritchie و Bruce در یک مطالعه‌ی توصیفی در کشور کانادا نظر ۱۲۴ پرستار را در مورد مراقبت خانواده محور مورد بررسی قرار دارند. پرستاران معتقد بودند که در عمل چیزی کمتر از آن چه به عنوان مراقبت خانواده محور ایده آل شمرده می شود، اجرا می گردد و علت آن را عوامل سازمانی دانستند^(۱۷).

همچنین در مطالعه ی Coyne و همکاران به منظور بررسی عملکرد و درک پرستاران راجع به مراقبت خانواده محور، نتایج بررسی نظرات ۲۵۰ پرستار ایرلندی در مورد موانع مراقبت خانواده محور نشان داد که به اعتقاد آنان طراحی نظام مراقبتی و عدم همکاری خانواده موانع اصلی انجام مراقبت خانواده محور هستند^(۱۸).

می توان گفت پرستاران در بخش های نوزادان و کودکان همواره با حضور والدین در بخش مواجه بوده و مراقبت از آنها را به عنوان بخشی از وظایف خود می دانند. در حالی که تمرکز مراقبت در بخش های بزرگسالان بر خود

بیمار است؛ لذا پرستاران شاغل در بخش های بزرگسالان آمادگی شرکت دادن خانواده را در امر مراقبت ندارند و مشکلات مدیریتی زیادی نیز در این زمینه مشاهده می گردد^(۱۹)؛ در حالی که در بخش های اطفال حضور والدین بخش جدایی ناپذیری در پرستاری است. اما با توجه به مشکلات متعددی که از نظر خدمت رسانی به والدین در بیمارستان ها مشاهده می شود و این موضوع که والدین با مراقبت خانواده محور آشنایی نداشته و انتظار شرکت داده شدن در مراقبت ها را نیز ندارند باعث شده است که پرستاران این مطالعه مشکلات خود والدین را به عنوان مانعی برای اجرای مراقبت خانواده محور در نظر بگیرند^(۲۰).

پزشکان پنج عامل "مجهز و آماده نبودن بخش مراقبت ویژه نوزادان برای اجرای مراقبت خانواده محور"، "عدم تمایل والدین به حضور طولانی مدت در بخش"، "نبودن حد و حدود قانونی برای میزان و سطح دخالت دادن والدین در امر مراقبت از نوزاد"، "خستگی در اثر زیاد بودن کارهای نوشتاری" و "نداشتن احساس خوب کادر درمان در زمان حضور طولانی پدر در بخش" را به عنوان با اهمیت ترین موانع مراقبت خانواده محور بیان کردند. آن ها مسایل ساختاری و مدیریتی بیمارستان را به عنوان موانع مهم اجرای مراقبت خانواده محور در نظر گرفته و سهم کمتری برای عوامل مرتبط با مشکلات ناشی از حضور والدین قایلند که این امر می تواند به دلیل درگیری کمتر پزشکان با مسایل و مشکلات والدین باشد^(۲۱) در واقع لازمی مراقبت خانواده محور درگیر شدن والدین در امر مراقبت و تصمیم گیری است. تغییر به سمت این دیدگاه برای برخی از پزشکان و پرستاران مشکل بوده و گاه به منزله تهدیدی برای استقلال حرفه‌ای آنها و کم شدن قدرت تعبیر خواهد شد^(۲۲).

نتایج نشان داد پرستاران به طور معنی داری بیشتر موافق این بودند که حضور والدین موجب تداخل در کارها و شلوغی و ازدحام می شود. Foster و همکاران در مطالعه‌ی خود که به روش تحلیل محتوای مطالعات انجام

شده بر روی نگرش والدین و حرفه های درمانی درباره‌ی مراقبت خانواده محور در بیمارستان ها صورت گرفته بود نشان دادند که در کشورهای در حال توسعه که منابع مالی کمتری برای حضور والدین در بیمارستان ها اختصاص داده می شود، پرستاران کمتر دیدگاه مثبت به این امر دارند^(۲۲). مطالعه‌ی کیفی تحلیل محتوای وصلی و همکاران بر روی موانع مشارکت والدین در مراقبت از کودکان از دیدگاه پرستاران نیز مشخص کرد که حجم کار و کمبود وقت پرستاران مانع حمایت آن ها از مشارکت والدین می شده است. پرستاران معتقد بودند به دلیل حجم بالای کار و کمبود وقت نتوانسته اند به حضور والدین در بخش ها نظم داده و آنها را در امر مراقبت مشارکت دهند^(۲۳).

پرستاران بیش از پزشکان نبود آموزش در زمینه مراقبت خانواده محور را به عنوان یکی از موانع بیان کردند. به عبارت دیگر احتمالاً از نظر پرستاران درس پرستاری کودکان در دوره کارشناسی به صورت جنبی به مفهوم مراقبت خانواده محور می پردازد که کافی به نظر نمی رسد و لازم است در این زمینه آموزش ضمن خدمت در نظر گرفته شود.

نگرش مراقبین سلامتی و خانواده‌ها نسبت به مراقبت خانواده محور از مهمترین عوامل مانع مراقبت خانواده محور هستند^(۱۱). از سوی دیگر افراد حرفه‌ای معمولاً مایلند زمانی تغییرات را بپذیرند که مدیران و رهبران سازمان مثال ها و راهکارهای عملی ارائه کرده و یا بر اجرای رویکردهای جدید و مقررات و خط مشی ها تاکید شود^(۲۴).

مطالعات Bamm & Rosenbaum نشان داده است که علی رغم فواید بسیار مراقبت خانواده محور، افراد حرفه‌ای از جمله پزشکان هم چنان ترجیح میدهند با مدل بیومدیکال کار کنند^(۱۱).

عدم احساس راحتی و نبود شایستگی لازم برای ارائه مراقبت خانواده محور از جمله موانع دیگر مورد اشاره در مطالعات بوده است؛ به طوریکه افراد از جمله پزشک و

پرستار و کادر درمان سالها با مدل های شایع قبلی، مراقبت و درمان خود را ارائه داده‌اند و اکنون ترک عادت و روی آوردن به روشی جدید که در آن نقش خانواده نقش پررنگی در مراقبت و تصمیم گیری های درمانی است بر ایشان سخت بوده و نسب به این تغییر هر چند هم واضح و دقیق باشد احساس راحتی نکرده و حتی گاه به اندازه کافی شایستگی لازم را در خود احساس نمی کنند. همکاری با خانواده و بیمار برای آنها چالش جدیدی را ایجاد کرده که پیش از این با آن روبرو نبوده و به آن عادت ندارند و به اندازه کافی برای اجرای آن آماده نمی باشند^(۱۱).

از طرفی برخی مطالعات نشان داده است که متخصصان و پزشکان و هم چنین کادر درمان برای ارائه مراقبت خانواده محور نیازمند کسب توانایی هایی ویژه‌ای در زمینه روانشناسی، مهارت ارتباطات انسانی، صداقت، احترام به خانواده و بیمار و تحمل بیشتر همراه با انعطاف می باشند و نسبت به تقلیل قدرت خود به دنبال مشارکت دادن خانواده در تصمیم گیری احساس نگرانی می کنند. همچنین پرستاران به طور معنی داری نسبت به پزشکان باور داشتند که عوامل مرتبط با خانواده مانند مشکلات خانوادگی و نیز جسمی مادر تازه زایمان کرده، وجود فرزندی دیگر و همچنین ترس والدین از دست زدن به نوزاد موانعی برای اجرای مراقبت خانواده محور هستند. در این مطالعه همچنین اشاره شده که پرستاران در مدت زمان بیشتر و از نزدیک با والدین سروکار دارند و شاهد ترس ها و مشکلات آن‌ها می باشند. والدین به دلایل متعددی مثل ملاقات و مراجعه‌ی بیشتر به پرستاران، توسط آن‌ها بیشتر مورد شناسایی قرار گرفته و ادراک پرستاران نسبت به حضور والدین از پزشکان مثبت تر است^(۲۰). والدین معمولاً مشکلات عدم حضور خود را با پرستاران در میان می نهند. به همین دلیل پرستاران بیش از پزشکان بر خود والدین به عنوان موانع اجرایی مراقبت خانواده محور متمرکز شده‌اند در حالی که پزشکان بر مسایل مدیریتی تمرکز بیشتری داشتند.

این وجود موانع ساختاری موسسه و عدم مشارکت خانواده را عامل انجام نشدن آن بیان می‌کنند؛ هر چند که معتقدند این نوع مراقبت را به میزان مورد نیاز انجام نداده و خانواده‌ها را در این امر مشارکت نمی‌دهند. به نظر می‌رسد می‌بایست با تبیین بیشتر این مفهوم به همراه آماده سازی راهنماها و بیان دقیق و واضح استراتژی‌های مورد نیاز به کاهش این مشکل کمک نمود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. بدین وسیله از کلیه پرستاران، پزشکان و والدین شرکت کننده و هم چنین از حمایت مالی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکر و قدردانی به عمل می آید.

هرچند مراقبت خانواده محور مفهوم جدیدی در مراقبت سلامتی نیست و شاید از عمر آن چندین دهه گذشته باشد، اما در بسیاری کشورها به طور کامل و ایده‌آل و با رعایت تمام اصول ذکر شده برای آن اجرا نمی شود. پژوهش‌های متعددی که در این زمینه انجام شده است بر مجموعه‌ای از عوامل به عنوان موانع اجرایی مراقبت خانواده محور اشاره می کنند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پزشکان و پرستاران دیدگاه‌های متفاوتی در مورد نقش خانواده در فرآیند مراقبت دارند. این تفاوت دیدگاه خود می‌تواند نشان دهنده روشن نبودن راهبرد در انجام این نوع از مراقبت در هر دو گروه باشد. تفاوت‌های موجود در دیدگاه پرستاران و پزشکان در مورد مراقبت خانواده محور مبین نیاز به تبیین بیشتر این مفهوم در محیط‌های مراقبتی است. پرستاران و پزشکان در نظرات خود این نوع از مراقبت را مفید و اثربخش می‌دانند. با

فهرست منابع

1. Cooley WC, AccAllister JW. Putting family centered care into practice – a model response to the adaptive practice model. *J Dev Behav Pediatr*. 1999;22(2):120-2.
2. Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns S. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol*. 2007;27:S32-S7.
3. Hack M. Care of preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 2009;123(4):1246-7.
4. Commodari E. Research Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Ital J pediatr*. 2010; 25:36-40.
5. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD, editors. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin perinatol*. 2011; 35(1):20-8.
6. Arango P. Family-centered care. *Acad Pediatr*. 2011;11(2):97-9.
7. Mikkelsen G, Frederiksen K. Family-centred care of children in hospital—a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2011;67(5):1152-62.
8. Dunst CJ, Trivette CM. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatr Nurs*. 1996;22(4):334-8.
9. Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *J Adv Nurs*. 2009;65(10):2239-48.
10. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13(4):370-8.
11. Bamm EL, Rosenbaum P. Family-centered theory: origins, development, barriers, and supports to implementation in rehabilitation medicine. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008;89(8):1618-24.
12. Valizadeh F, Ghasemi S. [Medical Staff Attitude toward Parents' Participation in the Care of their Hospitalized Children]. *Hayat*. 2008;14(1):69-76. Persian
13. Laudert S, Liu W, Blackington S, Perkins B, Martin S, MacMillan-York E, et al. Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *J Perinatol*. 2007;27:S75-S93.

14. Akbarbegloo M, Valizadeh L, Asadollahi M. [Mothers and nurses viewpoint about importance and perceived nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit]. *Journal of Critical Care Nursing*. 2009;2(2):71-4. Persian
15. Aliabadi T, Bastani F, Haghani H. [Effect of Mothers' Participation in Preterm Infants' Care in NICU on Readmission Rates]. *Hayat*. 2011;17(2): 72-85. Persian
16. Wong OL. Contextual Barriers to the Successful Implementation of Family-Centered Practice in Mental Health Care: A Hong Kong Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014; 28(3): 212-9.
17. Bruce B, Ritchie J. Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *J Pediatr Nurs*. 1997;12(4):214-22.
18. Coyne I, Murphy M, Costello T, O'Neill C, Donnellan C. A Survey of Nurses' Practices and Perceptions of Family-Centered Care in Ireland. *J Fam Nurs*. 2013;19(4):469-88.
19. 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): 34-41.
20. Bruce B, Letourneau N, Ritchie J, Larocque S, Dennis C, Elliott MR. A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *J Fam Nurs*. 2002;8(4):408-29.
21. Shannon P. Barriers to family-centered services for infants and toddlers with developmental delays. *Soc Work*. 2004;49(2):301-8.
22. Foster M, Whitehead L, Maybee P. Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(9):1184-93.
23. Vasli P, Salsali M, Tatarpoor P. [Perspectives of nurses on barriers of parental participation in pediatric care: A qualitative study]. *Hayat*. 2012;18(3):22-32. Persian
24. Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs*. 2006;15(10):1317-23.

Nurses' and physicians' Perspective about Barriers to Implement Family Centered Care in Neonatal Intensive Care Units

¹Mirlashari J, PhD

²Sadeghi T, PhD

³Sagheb S, MD.

^{4*}Khanmohammadzadeh T, MS.

Abstract

Background & Aim: Despite widespread implementation of family-centered care (FCC) in children's hospitals, there is insufficient information about the degree of and barriers to its implementation. This study aims to determine the perspectives of nurses and physicians about barriers to FCC in neonatal intensive care units (NICU) in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences.

Material & Methods: It was a descriptive cross-sectional study. The sample was all of the nurses and physicians working in the NICUs of the educational hospitals. Data was collected by a researcher-made valid questionnaire and analyzed by descriptive and inferential statistics using SPSS-PC (v.16).

Results: "Units which are not equipped enough for family centered care implementation" (76.6%), "family problems (74%) and "Parents unwilling to stay in the units for a long time" (73.3%) were respectively the three most important barriers from nurses' perspective. From physicians' perspective, "Units which are not equipped enough for family-centered care implementation" (69%), "Parents unwilling to stay in the wards for a long time" (65%), and "absence of clear rules and guidelines for the level of involvement of parents in neonatal care" (64%) were respectively the three most important barriers to the implementation of family centered care.

Conclusion: Although nurses and physicians agreed upon two barriers but they were not so agree about other factors. To facilitate family centered care, it seems that consideration of the two groups' perspective to provide an appropriate environment and needed changes in intensive care units is necessary.

Keywords: Family Centered Nursing, Physician, Nurse, Neonatal Intensive Care

Received: 15 March 2015

Accepted: 13 Jun 2015

¹ Assistant professor, Dept. Pediatric & NICU nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Assistant professor, School of Nursing & Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

³ Neonatal specialist, assistant professor, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Master degree in neonatal intensive care, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). Tel: +98 9124156674 Email: b_mz1349@yahoo.com