

آگاهی، بینش و عملکرد پرستاران بخش های NICU و نوزادان در رابطه با مراقبت کانگرویی و موانع انجام آن

ریحانه زارع زاده^۳
مسعود کریمی^۶

الهام آزاد^۲
زهرا پورموحد^۵

محمدعلی مروتی شریف آباد^۱
*حسن رضایی پندری^۴

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت کانگرویی به عنوان یک روش مناسب و موثر در مراقبت از نوزادان نارس و کم وزن و همچنین ارتقاء سلامت نوزادان در کشورهای مختلف دنیا شناخته شده است. با توجه به اهمیت آگاهی و عملکرد پرستاران در زمینه این نوع مراقبت، هدف از این مطالعه، تعیین آگاهی، عملکرد و بینش پرستاران بخش های NICU و نوزادان بیمارستان های شهر یزد از مراقبت کانگرویی و موانع انجام آن بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود. نمونه پژوهش شامل کلیه پرستاران (۶۲ نفر) شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان و نوزادان ۶ بیمارستان شهر یزد بود. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه مراقبت کانگرویی (KCQs) استفاده شد تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی و آزمون ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته ها: بر اساس یافته ها ۶۹/۵٪ از پرستاران مورد بررسی بیان نمودند که مراقبت کانگرویی در بخش های NICU و نوزادان بیمارستان های محل کار آن ها انجام می شود و همچنین ۸۲/۸٪ نیز انجام این نوع مراقبت را به مادران توصیه می نمودند. از دیدگاه پرستاران، امتناع پرسنل پرستاری از شرکت در مراقبت کانگرویی (۳۰/۹٪) و نیز وجود این عقیده که مراقبت در انکوباتور بیشتر از مراقبت کانگرویی برای نوزادان فایده دارد (۳۷/۹٪)، به عنوان موانع انجام این نوع مراقبت محسوب می شد. همچنین همبستگی مثبت و معنی داری بین سازه های آگاهی و مزایا با معایب و تناسب ($P < 0/01$) و سن و سابقه کاری پرستاران دیده شد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری کلی: با توجه به درصد بالای انجام مراقبت کانگرویی، به نظر می رسد آموزش و نیز ارائه مشوق های لازم (مادی و معنوی) به منظور تداوم این روش مفید باشد. همچنین برای رفع موانع، برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: آگاهی، عملکرد، مراقبت کانگرویی، بینش، پرستاران، مراقبت‌های ویژه نوزادان

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۱۷

^۱ استاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
^۲ کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
^۳ کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
^۴ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
(*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۰۳۰۹۰۹۶۶ E-mail: hrezaeipandari@yahoo.com
^۵ مربی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.
^۶ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

مقدمه

اولین بار روش مراقبت کانگورویی توسط Rey و Martinez در سال ۱۹۸۳ در بوگوتای کلمبیا به دلیل فقدان انکوباتور برای شیرخواران نارس پایه گذاری شد^(۱). این نوع مراقبت درحال حاضر به عنوان یک روش مناسب و موثر در مراقبت از نوزادان نارس و کم وزن و همچنین ارتقاء سلامت نوزادان در کشورهای مختلف دنیا (به ویژه کشورهای در حال توسعه) شناخته شده است که از بیمارستان شروع و در خانه نیز ادامه می یابد. ارتباط نزدیک مادر و شیرخوار بصورت تماس پوست به پوست و تغذیه با شیر مادر از ارکان اصلی مراقبت کانگورویی است. از جمله کشورهای پیش قدم در این امر، کلمبیا، هند و امریکا می باشند^(۲،۳). این نوع مراقبت از آنجا آغاز شد که میزان عفونت در انکوباتورها و همچنین میزان مرگ و میر نوزادان نارس به حدود ۷۰ درصد افزایش یافت و پیوند و دلبستگی میان مادر و نوزاد قطع شد^(۴).

روش مراقبت کانگورویی شامل سه جزء تماس پوست به پوست، تغذیه انحصاری با شیر مادر و حمایت از مادر و شیرخوار می باشد^(۵،۶). شواهد نشان می دهد که مراقبت کانگورویی یک روش متناوب ایمن و اثربخش برای انجام مراقبت از نوزادان است؛ به ویژه این که باعث کاهش عوارض و مرگ و میر در نوزادان کم وزن و بهبود رشد و افزایش تغذیه با شیر مادر می شود^(۷).

مراقبت کانگورویی دارای مزایای بیشماری است که از مهم ترین آن ها می توان به تثبیت ضربان قلب، تنفس منظم تر، بهبود انتشار اکسیژن در بدن، پیشگیری از استرس سرما، کاهش میزان گریه کردن، زمان های طولانی تر هوشیاری، ایجاد فرصت هایی برای تغذیه با شیر مادر، برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد و افزایش احتمال ترخیص زودتر از بیمارستان اشاره کرد^(۸-۱۳).

Bergman و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی اثرات مراقبت کانگورویی و مراقبت انکوباتوری بر ثبات معیارهای فیزیولوژیک، دریافتند که نمره ثبات فیزیولوژیکی ۶ ساعته در گروه کانگورویی نسبت به گروه

انکوباتور بیشتر بود^(۱۴). در مطالعه کشاورز و همکاران، در گروه تماس کانگورویی، میانگین درجه حرارت نوزاد نیم و یک ساعت پس از تماس پوستی بیشتر از گروه کنترل بود و مادران از اجرای تماس کانگورویی رضایت داشتند^(۱۵). در مطالعات مختلف، کاهش شدت درد و طول مدت گریه، افزایش معنادار مدت زمان خواب، آپنه و اضطراب در نوزادانی که مراقبت کانگورویی را دریافت داشته اند کمتر مشاهده شده است^(۱۶،۱۷). حفظ گرمای بدن نوزاد، تسهیل در خوابیدن نوزاد، ایجاد ایمنی در نوزاد و کمک در افزایش وزن نوزاد در طی انجام مراقبت کانگورویی، از نتایج به دست آمده از انجام یک مطالعه بود. تمام شرکت کنندگان در این مطالعه احساس می کردند که این کار پیوند و دلبستگی میان آن ها و نوزادانشان را بهبود بخشیده و باعث خوشحالی و رضایت خاطر آن ها می شود^(۱۸). در مطالعه Messmer و همکاران، اکثریت پرستاران به اثرات مفید مراقبت کانگورویی در NICU اشاره نمودند. افزایش محبت مادری، بهتر شدن رابطه مادر- فرزندی، حضور مادر در واحد، مشاوره نوزاد و مشارکت در مراقبت از نوزاد از سایر مشاهدات و اعتقادات پرستاران در مورد تاثیر مراقبت کانگورویی بود^(۱۹).

مطابق گزارش Engler ۸۲ درصد از پرستاران شاغل در بخش NICU از مراقبت کانگورویی در محل کار آن ها انجام می شد. پرستاران در مورد این نوع مراقبت آگاهی داشتند. مهم ترین موانع انجام این نوع مراقبت، نگرانی در خصوص ایمنی نوزاد، عدم تمایل پرستاران، پزشکان و خانواده ها برای شروع و یا شرکت در مراقبت بود^(۲۰). در مطالعه Chia و همکاران، تمام پرستاران مورد بررسی، هم والدین را در انجام مراقبت کانگورویی تشویق می نمودند و هم در این راستا کمک می کردند و اکثریت آنها موافق مزایای این نوع مراقبت هم برای والدین و هم برای نوزاد بودند. محدودیت های انجام مراقبت کانگورویی از دیدگاه پرستاران، شامل حجم کاری زیاد کارکنان، عدم آموزش کافی، عدم حمایت سازمانی و عدم

وجود یک دستورالعمل واضح و روشن بویژه برای نوزادان کم وزن هنگام تولد بود^(۲۱).

با توجه به اهمیت و مزایای انجام مراقبت کانگرویی برای والدین و نوزادان و نیز وجود نتایج مختلف در مورد میزان اجرا و موانع به کارگیری مراقبت کانگرویی در کشورهای مختلف، و همچنین نبود اطلاعات دقیق و نیز با توجه به محدود بودن مطالعات در این زمینه در ایران، این مطالعه با هدف تعیین آگاهی، بینش و عملکرد پرستاران بخش های NICU و نوزادان بیمارستان های شهر یزد از مراقبت کانگرویی و موانع انجام آن صورت گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمامی ۶۲ پرستار شاغل در بخش های NICU و نوزادان کلیه بیمارستان های آموزشی- درمانی و درمانی دولتی و خصوصی شهر یزد بود.

پس از اخذ مجوزهایی لازم و مکاتبه با بیمارستان های مختلف، در نهایت ۶ بیمارستان واجد شرایط، موافقت خود را جهت انجام مطالعه اعلام نمودند. محققین بعد از انجام هماهنگی های لازم، به بخش های مراقبت از نوزادان مراجعه و پرسشنامه ها را در اختیار پرستاران قرار داده و پس از تکمیل، آنها را جمع آوری می نمودند.

در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای که مشتمل بر دو قسمت بود استفاده شد.

قسمت اول سوالات مربوط به مشخصات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی، سمت، سابقه کار، نسبت پرستار به تعداد تخت نوزاد، انجام مراقبت کانگرویی در بخش، توصیه به مادران در خصوص انجام مراقبت کانگرویی و قسمت دوم پرسشنامه مراقبت کانگرویی (KCQs)^(۲۰) بود که شامل چهار زیر مقیاس به شرح ذیل می باشد. زیر مقیاس اول مربوط به عملکرد پرستاران در مورد انجام مراقبت

کانگرویی شامل نه سوال (هنگامی که نوزاد به ونتیلاسیون وصل است انجام مراقبت کانگرویی تا چه حد سخت یا آسان است) و با طیف کاملاً آسان تا کاملاً سخت (با طیف نمره قابل کسب ۴۵-۹)، زیرمقیاس دوم مربوط به بینش شخصی پاسخ دهندگان در مورد مراقبت کانگرویی شامل بخش معایب با چهار سوال (مراقبت کانگرویی مانع انجام مراقبت های معمول پرستاری از نوزاد می شود)، تناسب با هشت سوال (همه نوزادان زودرس بدون در نظر گرفتن وزن باید از مراقبت کانگرویی برخوردار شوند) و مزایا با نه سوال (مراقبت کانگرویی نقش والدین را در مراقبت از نوزاد افزایش می دهد) و در مجموع ۲۱ سوال با طیف پاسخ به شدت موافق (۵) تا به شدت مخالف (۱) و محدوده نمره قابل کسب برای بخش معایب از ۲۰-۴، بخش تناسب از ۴۰-۸ و بخش مزایا از ۴۵-۹. زیر مقیاس سوم مربوط به آگاهی از مراقبت کانگرویی شامل ۱۶ سوال (اکثر نوزادان در طی مراقبت کانگرویی دچار کاهش درجه حرارت می شوند) و با طیف پاسخ های صحیح، غلط و نمیدانم و محدوده نمره قابل کسب ۱۶-۰ و زیرمقیاس چهارم مربوط به موانع انجام مراقبت کانگرویی با ۱۸ سوال (اینکه پرسنل پرستاری از شرکت در مراقبت کانگرویی امتناع می کنند تا چه حد برانجام مراقبت کانگرویی موثر است) و با طیف پاسخ های خیلی موثر (۵) تا کاملاً غیر موثر (۱) و محدوده نمره قابل کسب ۹۰-۱۸ بود. پرسشنامه توسط شش نفر از متخصصین نوزادان نیز مورد تایید قرار گرفت. در یک مطالعه مقدماتی بر روی ۱۰ نفر از پرستاران، ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد که برای هر بخش جداگانه به شرح زیر مشخص شده است. عملکرد پرستاران ($\alpha=0/75$)، بینش شخصی ($\alpha=0/68$)، تناسب ($\alpha=0/65$)، مزایا ($\alpha=0/76$) و موانع ($\alpha=0/82$). لازم به ذکر است که پرستاران شرکت کننده در مطالعه مقدماتی در مطالعه اصلی حضور نیافتند و همچنین تکمیل پرسشنامه ها با کسب رضایت پرستاران انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها ابتدا پرسشنامه ها کدگذاری و

پرستار به تعداد تخت نوزاد، یک پرستار به ۵ تخت نوزاد بیشترین فراوانی (۶۴/۲٪) را داشت. ۶۹/۵٪ (۴۱ نفر) از پرستاران مورد بررسی بیان نمودند که مراقبت کانگرویی در بخش های NICU و نوزادان بیمارستان های محل کار آن ها انجام می شود و همچنین ۸۲/۸٪ (۴۸ نفر) نیز انجام این نوع مراقبت را به مادران توصیه می نمودند (جدول شماره ۱).

وارد برنامه SPSS نسخه ۱۶ شد. سپس از جداول توزیع فراوانی و آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای تجزیه و تحلیل و نمایش داده ها استفاده شد.

یافته ها

پرستاران مورد بررسی از لحاظ سن، بیشتر در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ سال (۵۳/۴٪) بودند. ۷۸ درصد (۴۶ نفر) پاسخ دهندگان دارای تحصیلات لیسانس بودند. در مورد نسبت

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات پرستاران شرکت کننده (n=۶۲)

متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد	متغیر	سطوح متغیر	تعداد	درصد
سن	زیر ۳۰ سال	۱۵	۲۵/۹	سمت	سرپرستار	۷	۱۲/۵
	۳۰-۳۹ سال	۳۱	۵۳/۴		پرستار	۴۹	۸۷/۵
	۴۰ سال و بالاتر	۱۲	۲۰/۷				
وضعیت استخدامی	رسمی	۲۲	۳۴/۹	سابقه کار	زیر ۱۰ سال	۲۵	۴۳/۹
	قراردادی	۲۴	۳۸/۱		۱۰-۱۹ سال	۲۵	۴۳/۹
	سایر (پیمانی، حجمی، طرحی)	۱۷	۲۷		۲۰ سال و بالاتر	۷	۱۲/۳
سطح تحصیلات	فوق لیسانس	۱	۱/۷	نسبت پرستار به تعداد تخت نوزاد	پرستار به ۱ تخت نوزاد	۱	۱/۹
	لیسانس	۴۶	۷۸		پرستار به ۲ تخت نوزاد	۳	۵/۷
	فوق دیپلم	۱۲	۲۰/۳		پرستار به ۳ تخت نوزاد	۵	۹/۴
					پرستار به ۴ تخت نوزاد	۱۰	۱۸/۹
					پرستار به ۵ تخت نوزاد	۳۴	۶۴/۲

می کند. ۳۸/۳ درصد هم با این گویه که مراقبت کانگرویی باعث می شود که پرستاران به طور مداوم کنار تخت نوزاد باشند، مخالف بودند که به ترتیب گویه هایی بودند که پرستاران بیشترین و کمترین موافقت را با آن داشتند. در مورد سازه معایب، ۶۷/۷ درصد معتقد بودند مراقبت کانگرویی مانع انجام مراقبت های معمول پرستاری از نوزاد می شود و ۴۴/۳ درصد در مورد اینکه پرستاران باید برای معرفی مراقبت کانگرویی به والدین تلاش کنند، مخالفت نمودند که این دو نیز بیشترین و کمترین گویه های مورد توافق پرستاران بود. در مورد سازه تناسب، ۴۸/۳ درصد معتقد بودند که انجام مراقبت کانگرویی در مورد بعضی از بیماران مقدر است و ۴۵/۲ درصد از پرستاران با این گویه که همه نوزدان زود رس بدون در نظر گرفتن وزن باید از مراقبت کانگرویی برخوردار شوند، موافق بودند.

در مورد آگاهی پرستاران در زمینه مراقبت کانگرویی، بیشترین فراوانی پاسخ درست به گویه های "به طور کلی باید نوزادان از مراقبت کانگرویی بهره مند شوند" (۹۲/۱ درصد) و "تحقیقات نشان داده است که مراقبت کانگرویی باعث خواب آرام در نوزاد شده است" (۹۳/۷ درصد) و نیز بیشترین فراوانی پاسخ های نادرست به گویه های "تحقیقات نشان داده است که مراقبت کانگرویی در نوزادانی که دارای خط شریانی (Arterial Line) هستند نباید انجام شود" (۹۲/۱ درصد) و "نوزادانی که داروهای تنگ کننده عروق (Vasopressors) دریافت می کنند نباید در مراقبت کانگرویی شرکت داده شوند" (۹۲/۱ درصد) اختصاص یافته بود. بیش شامل سه سازه مزایا، معایب و تناسب بود. در مورد سازه مزایا، ۸۰/۶ درصد پرستاران معتقد بودند که مراقبت کانگرویی ارتباط عاطفی بین نوزاد و والدین را تقویت

می باشد، انجام مراقبت کانگرویی تا حدی سخت است. ۵۴/۸٪ (۳۴ نفر) معتقد بودند هنگامی که نوزاد ایتنوبه می شود (لوله تراشه) و همچنین ۶۳/۹٪ (۳۹ نفر) هنگامی که نوزاد به دستگاه ونتیلاسیون وصل است، انجام مراقبت کانگرویی کاملاً آسان است (جدول شماره ۲).

در مورد عملکرد پرستاران در زمینه مراقبت کانگرویی، ۴۱/۹٪ (۲۶ نفر) از شرکت کنندگان در مطالعه معتقد بودند هنگامی که نوزاد کاتترهای وریدی دارد، ۳۳/۹٪ (۲۱ نفر) هنگامی که نوزاد کاتتر نافی دارد و همچنین ۳۷/۱٪ (۲۳ نفر) هنگامی که نوزاد تحت فوتوتراپی

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی وضعیت عملکرد کنونی انجام مراقبت کانگرویی از نوزاد از دیدگاه پرستاران (n=۶۲)

کاملاً سخت		تا حدی سخت		نه آسان نه سخت		تا حدی آسان		کاملاً آسان		در هنگامی که نوزاد دارای شرایط زیر است انجام مراقبت کانگرویی تا چه حد سخت یا آسان می باشد
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۷	۱۱/۳	۲۶	۴۱/۹	۷	۱۱/۳	۲۰	۳۲/۳	۲	۳/۲	۱- هنگامی که نوزاد کاتترهای وریدی دارد.
۲	۳/۳	۱۱	۱۸/۳	۱۳	۲۱/۷	۲۷	۴۵	۷	۱۱/۷	۲- هنگامی که نوزاد برای عمل جراحی آماده میشود.
۰	۰	۳	۴/۸	۳	۴/۸	۲۲	۳۵/۵	۳۴	۵۴/۸	۳- هنگامی که نوزاد ایتنوبه میشود. (لوله تراشه)
۰	۰	۲	۳/۳	۳	۴/۹	۱۷	۲۷/۹	۳۹	۶۳/۹	۴- هنگامی که نوزاد به دستگاه ونتیلاسیون وصل است.
۰	۰	۶	۱۰/۳	۱۰	۱۷/۲	۱۸	۳۱	۷	۱۲/۱	۵- هنگامی که نوزاد کانون بینی جهت اکسیژن تراپی دارد.
۳	۵/۱	۵	۸/۵	۱۱	۱۸/۶	۲۶	۴۴/۱	۱۴	۲۳/۷	۶- هنگامی که نوزاد تحت NCPAP (nasal continues positive airway pressure) میباشد.
۲۰	۳۲/۳	۲۳	۳۷/۱	۸	۱۲/۹	۹	۱۴/۵	۲	۳/۲	۷- هنگامی که نوزاد تحت فوتوتراپی میباشد.
۱۰	۱۶/۱	۲۱	۳۳/۹	۱۲	۱۹/۴	۱۶	۲۵/۸	۳	۴/۸	۸- هنگامی که نوزاد کاتتر نافی دارد.
۲	۳/۶	۱۸	۳۲/۱	۱۸	۲۸/۶	۱۶	۲۸/۶	۲	۳/۶	۹- هنگامی که نوزاد vasopressor دریافت میکند.

۳۵/۲ درصد) نیز بعنوان موانع کاملاً غیر موثر مطرح شدند.

میانگین و انحراف معیار سازه های آگاهی، تناسب، مزایا، موانع و عملکرد در مورد انجام مراقبت کانگرویی در جدول شماره ۳ ذکر شده است. همچنین همبستگی خطی بین سازه های مورد بررسی توسط آزمون همبستگی پیرسون مورد سنجش قرار گرفت و همبستگی مثبت و معنی داری بین سازه های آگاهی و مزایا، معایب و

در مورد موانع انجام مراقبت کانگرویی، ۳۷/۹٪ (۲۲ نفر) از شرکت کنندگان در مطالعه بیان نمودند که وجود این عقیده که مراقبت در انکوباتور بیشتر از مراقبت کانگرویی برای نوزادان فایده دارد، به عنوان یک مانع خیلی موثر بر انجام این نوع مراقبت محسوب می شود. همچنین ۳۰/۹٪ (۱۷ نفر) نیز معتقد بودند امتناع پرسنل پرستاری از شرکت در مراقبت کانگرویی، یکی از موانع خیلی موثر بر انجام این مراقبت است. انجام مراقبت های پرستاری پیشرفته (۴۸/۲ درصد) و ترس از خروج لوله ی تراشه

تناسب ($P < 0.01$) و سن و سابقه کاری پرستاران دیده شد ($P < 0.05$) (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی دامنه میانگین و انحراف معیار سازه های بینش شخصی، آگاهی، موانع و عملکرد پرستاران مورد بررسی در زمینه مراقبت کانگروبی ($n=62$)

شاخص سازه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
تناسب	۱۹	۳۲	۲۳/۹۴	۳/۰۷
معايب	۸	۱۷	۱۲/۳۶	۲/۵۳
مزایا	۲۱	۴۴	۳۷/۳۳	۴/۰۵
آگاهی	۴	۱۲	۹/۷۶	۱/۸۲
موانع	۲۴	۸۵	۵۹/۵۸	۱۱/۲۶
عملکرد	۱۴	۳۵	۲۳/۹۳	۵/۳۶

جدول شماره ۴: ضریب همبستگی بین عملکرد، مزایا، موانع، آگاهی، معايب، تناسب، سن و سابقه کار ($n=62$)

عملکرد	مزایا	موانع	آگاهی	معايب	تناسب	سن	سابقه کار
۱	۰/۰۰۲						
مزایا	۱						
موانع	۰/۰۲۰	۱					
آگاهی	۰/۴۷۳**	۰/۰۰۸	۱				
معايب	-۰/۱۹۹	-۰/۰۵۵	۰/۱۱۹	۱			
تناسب	-۰/۱۵۷	۰/۰۶۳	۰/۲۸۱	۰/۰۷۴	۱		
سن	-۰/۰۳۶	-۰/۲۱۳	۰/۱۰۶	۰/۱۹۸	۰/۱۷۸	۱	
سابقه کار	-۰/۰۱۰	-۰/۰۷۰	۰/۱۲۸	۰/۲۳۷	۰/۰۳۷	۰/۸۹۷**	۱

*= $p < 0.05$

**= $p < 0.01$

نوع مراقبت را به مادران توصیه می نمودند که Chia و همکاران در پژوهش خود مشاهده نمودند که تمام پرستاران مورد بررسی، والدین را به انجام این نوع مراقبت، تشویق می نمودند^(۲۰). Affonso و همکاران نیز بر ضرورت بررسی والدین در طول انجام مراقبت کانگروبی و ارائه پشتیبانی و کمک به آنها تاکید داشتند^(۲۱).

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که میزان آگاهی پرستاران در این بخش ها در مورد مراقبت کانگروبی ناکافی است. شرکت کنندگان در این مطالعه در پاسخ به برخی از گویه های زیرمقیاس آگاهی، پاسخ اشتباه دادند که تمام این موارد نشان دهنده ضعف آگاهی و دانش

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی که با هدف تعیین آگاهی، عملکرد و بینش از مراقبت کانگروبی و موانع انجام آن در پرستاران بخش های NICU و نوزادان بیمارستان های شهر یزد انجام شد ۶۹/۵٪ از پرستاران مورد بررسی بیان نمودند که مراقبت کانگروبی در بخش های NICU و نوزادان بیمارستان های محل کار آن ها انجام می شود که این نتایج با یافته های مطالعه Engler همسو می باشد؛ به طوری که بیش از ۸۲ درصد از پرستاران عنوان نمودند که در NICU محل کار آن ها مراقبت کانگروبی انجام می شود^(۲۰). همچنین در مطالعه حاضر، ۸۲/۸٪ انجام این

مراقبت کانگرویی مانع انجام مراقبت‌ها معمول پرستاری از نوزاد می‌شود. Engler و همکاران نیز به این مورد بعنوان یکی از معایب این نوع مراقبت اشاره داشتند^(۲۰). ۴۵/۲ درصد از پرستاران با این گویه که همه نوزدان زود رس بدون در نظر گرفتن وزن باید از مراقبت کانگرویی برخوردار شوند، موافق بودند که با مطالعه Engler و همکاران همسو بود^(۲۰).

نتایج نشان داد ۴۱/۹٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعه معتقد بودند هنگامی که نوزاد کاترهای وریدی دارد، ۳۳/۹٪ هنگامی که نوزاد کاتتر نافی دارد و همچنین ۳۷/۱٪ هنگامی که نوزاد تحت فوتوتراپی می‌باشد، انجام مراقبت کانگرویی تا حدی سخت است که با نتایج مطالعه Ludington و Engler همسو می‌باشد^(۲۰،۲۴) که لازم است این موارد مورد بررسی بیشتر و دقیق‌تر از سوی متخصصین قرار گیرد تا در صورت امکان از روش‌های جایگزین و بی‌خطر برای نوزاد استفاده شود. از همین رو در یک مطالعه، خارج نمودن تجهیزات مثل خطوط شریانی و وریدی و لوله تراشه که ارتباط مستقیم با ایمنی نوزاد دارد و ممکن است سلامتی و حیات نوزاد را به خطر اندازد به عنوان یکی از معایب انجام مراقبت کانگرویی، شناسایی شده است^(۲۵).

۳۷/۹٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعه بیان نمودند که وجود این عقیده که مراقبت در انکوباتور بیشتر از مراقبت کانگرویی برای نوزادان فایده دارد، به عنوان یک مانع خیلی موثر بر انجام این نوع مراقبت محسوب می‌شود که برای اصلاح این باور، نیاز به آموزش به والدین و پرسنل و تغییر نگرش آن‌ها وجود دارد؛ چرا که به دلیل افزایش میزان عفونت در انکوباتورها بود که مراقبت کانگرویی آغاز و رفته رفته تبدیل به یک مراقبت مرسوم و جایگزین شد^(۴). همچنین ۳۰/۹٪ نیز معتقد بودند امتناع پرسنل پرستاری از شرکت در مراقبت کانگرویی، یکی از موانع خیلی موثر بر انجام این مراقبت است که مطالعه Engler نیز موید این مطلب است. به عبارت دیگر آن‌ها نیز در مطالعه خود دریافتند که یکی از مهم‌ترین موانع انجام

پرسنل در زمینه مراقبت کانگرویی و معایب و مزایا و همچنین باید‌ها و نبایدهای انجام این نوع مراقبت است و لزوم برنامه‌ریزی و برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط در این زمینه به منظور افزایش آگاهی پرسنل کاملاً مشهود است. با ارائه آموزش‌های لازم به پرسنل، از یکسو در ارتقاء دانش آنها گام برداشته و از سوی دیگر می‌توان از همین پرسنل آموزش دیده به منظور آموزش به خانواده‌ها و والدین نوزادان به ویژه مادران بهره جست. این در حالی است که در مطالعه Engler اکثر پرستاران در این مورد آگاه بودند^(۲۰). از میان شرکت‌کنندگان در مطالعه، ۷۵٪ به این سوال که مراقبت کانگرویی در نوزادان با وزن کمتر از ۱۰۰۰ گرم نباید انجام شود پاسخ غلط دادند که با نتایج مطالعه Dalal و همکاران مشابه می‌باشد^(۲۲). در حالی که Bauer و همکاران مشاهده نمودند که پرستاران برای نوزادان کم‌وزن با موفقیت مراقبت کانگرویی را انجام می‌دادند^(۲۳).

۹۲/۱ درصد از پرستاران معتقد بودند نوزادانی که داروهای تنگ‌کننده ی عروق (Vasopressors) دریافت می‌کنند نباید در مراقبت کانگرویی شرکت داده شوند که با مطالعه Ludington همسو می‌باشد^(۲۴). ۸۰/۶ درصد پرستاران معتقد بودند که مراقبت کانگرویی ارتباط عاطفی بین نوزاد و والدین را تقویت می‌کند و این مورد یکی از مزایای انجام این نوع مراقبت می‌باشد. چرا که این نوع مراقبت از آنجا آغاز شد که میزان عفونت و همچنین میزان مرگ و میر نوزادان نارس به حدود ۷۰ درصد افزایش یافت و پیوند و دلبستگی میان مادر و نوزاد قطع شد^(۴). افزایش محبت مادری و بهتر شدن رابطه مادر-فرزندی در مطالعه Messmer و همکاران و همچنین در مطالعه کشاورز و همکاران نیز مورد تایید قرار گرفت^(۱۵،۱۹).

۳۸/۳ درصد هم با این گویه که مراقبت کانگرویی باعث می‌شود که پرستاران به طور مداوم کنار تخت نوزاد باشند، مخالف بودند. اما در مطالعه Engler و همکاران این موضوع متفاوت بود^(۲۰). ۶۷/۷ درصد معتقد بودند

عقیده که مراقبت در انکوباتور بیشتر از مراقبت کانگرویی برای نوزادان فایده دارد، به عنوان یک مانع خیلی موثر بر انجام این نوع مراقبت محسوب می شود که برای اصلاح این باور، نیاز به آموزش به والدین و پرسنل و تغییر نگرش آن ها وجود دارد. امتناع پرسنل پرستاری از شرکت در مراقبت کانگرویی، یکی از موانع خیلی موثر بر انجام این مراقبت می باشد که باید با برنامه ریزی و در نظر گرفتن مشوق های مناسب، آن ها را جهت انجام هر چه بهتر این نوع مراقبت ترغیب نمود. بنابراین پیشنهاد می گردد تا مطالعه مداخله ایی در خصوص برخی متغیرهای موثر بر انجام مراقبت کانگرویی صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله محققین بر خود لازم می دانند از مدیریت بیمارستان ها و پرستاران شرکت کننده در مطالعه و همچنین دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد به جهت همکاری تقدیر و تشکر نمایند.

مراقبت کانگرویی، عدم تمایل پرستاران، پزشکان برای شروع یا شرکت در انجام این نوع مراقبت می باشد^(۲۰). همچنین همبستگی مثبت و معنی داری بین سازه های آگاهی و مزایا، معایب و تناسب ($P < 0/01$) و سن و سابقه کار دیده شد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر هر چه آگاهی پرستاران از مراقبت کانگرویی بیشتر بود نسبت به مزایای این روش نیز آگاه تر و معتقدتر بودند و نیز پرستاران با درک معایب متوجه می شدند که این نوع مراقبت برای نوزادان متناسب است. این یافته منحصر به فرد بوده و جهت مقایسه مطالعه دیگری یافت نشد. از محدودیت های این پژوهش می توان به استفاده از یک ابزار خودگزارش دهی، عدم همکاری برخی از پرسنل و پرستاران در تکمیل پرسشنامه ها و همچنین تعداد کم پرسنل مشغول به کار در بخش های NICU و نوزادان در بیمارستان های شهر یزد اشاره کرد. با توجه به نتایج به دست آمده در مورد انجام مراقبت کانگرویی، تداوم این روش ضروری به نظر می رسد. شرکت کنندگان در مطالعه بیان نمودند که وجود این

فهرست منابع

- 1- Martinez Gomez H, Rey Sanabria E, Marquette C. The mother kangaroo program. *Int Child Health*. 1992;3:55-67.
- 2- Ellett MLC, Bleah DA, Parris S. Feasibility of using kangaroo (skin-to-skin) care with colicky infants. *Gastroenterology Nursing*. 2004;27(1):9-15.
- 3- Ladington S, Kigulent S. Kangaroo care. Translators: Kadivar m, Nourbakhsh sh., Tehran: vista, 2008, 12
- 4- Eichel P. Kangaroo care: expanding our practice to critically ill neonates. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2001;1(4):224-8.
- 5- Wallin L, Rudberg A, Gunningberg L. Staff experiences in implementing guidelines for Kangaroo Mother Care--a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2005; 42(1):61-73.
- 6- Clifford TJ, Campbell MK, Speechley KN, Gorodzinsky F. Infant colic: empirical evidence of the absence of an association with source of early infant nutrition. *Arch Pediatr Adolesc Medicine*. 2002;156(11):1123-8.
- 7- WHO. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality and improve growth in low-birth-weight infants .available from: http://www.who.int/elena/titles/kangaroo_care_infants/en. access at 2014.
- 8- Ramanathan K, Paul V, Deorari A, Taneja U, George G. Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants. *Indian J Pediatr*. 2001;68(11):1019-23.
- 9- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 2002;110(1):16-26.
- 10- Anderson GC, Marks EA, Wahlberg V. Kangaroo care for premature infants. *Am J Nurs*. 1986;86(7):807-10.

- 11- Legault M, Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1995;24(6):501-6.
- 12- Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Charpak Y. Rey-Martinez Kangaroo Mother Program: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two cohort study. *Pediatrics*. 1994;94(6):804-10.
- 13- Ludington-Hoe S, Thompson C, Swinth J, Hadeed A, Anderson G. Kangaroo care: research results, and practice implications and guidelines. *Neonatal Netw*. 1994;13(1):19-27.
- 14- Bergman N, Linley L, Fawcus S. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200-to 2199-gram newborns. *Acta Paediatrica*. 2004;93(6):779-85.
- 15- Keshavarz M, Haghighi N. [Effects of kangaroo contact on some physiological parameters in term neonates and pain score in mothers with cesarean section]. *koomesh*. 2010;11(2): 91-9. Persian
- 16- Saeidi R, Asna Ashari Z, Amirnejad M, Esmaeili H. [The Effect Of Kangaroo Care Method On The Pain Intensity Of Vaccination In Newborns]. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2007; 13(4):172-7. Persian
- 17- Nirmala P, Rekha S, Washington M. Kangaroo mother care: effect and perception of mothers and health personnel. *J Neonatal Nurs*. 2006;12(5):177-84.
- 18- Valizadeh L, Ajoodaniyan N, Namnabati M, Zamanzadeh V. [Nurses' viewpoint about the impact of Kangaroo Mother Care on the mother-infant attachment]. *J Neonatal Nurs*. 2013;19(1):38-43. Persian
- 19- Messmer PR, Rodriguez S, Adams J, Wells-Gentry J, Washburn K, Zabaleta I, et al. Effect of kangaroo care on sleep time for neonates. *Pediat Nurs*. 1996;23(4):408-14.
- 20- Engler AJ, Ludington-Hoe SM, Cusson RM, Adams R, Bahnsen M, Brumbaugh E, et al. Kangaroo care: national survey of practice, knowledge, barriers, and perceptions. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2002;27(3):146-53.
- 21- Affonso D, Bosque E, Wahlberg V, Brady J. Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Netw*. 1993;12(3):25-32.
- 22- Dalal A, Bala D, Chauhan S. A cross-sectional study on knowledge and attitude regarding kangaroo mother care practice among health care providers in Ahmedabad District. *Int J Med Sci Public Health*. 2014;3(3):253-56.
- 23- Bauer K, Pyper A, Sperling P, Uhrig C, Versmold H. Effects of gestational and postnatal age on body temperature, oxygen consumption, and activity during early skin-to-skin contact between preterm infants of 25-30-week gestation and their mothers. *Pediatr Res*. 1998;44(2):247-51.
- 24- Ludington-Hoe S, Thompson C, Swinth J, Hadeed A, Anderson G. Kangaroo care: research results, and practice implications and guidelines. *Neonatal Netw*. 1994;13(1):19-27.
- 25- Sellick K, Chia P, Gan S. The attitudes and practices of neonatal nurses in the use of kangaroo care. *Aust J Adv Nurs* 2006; 23(4):20-6.

Knowledge, Performance and Perceptions of Nurses in NICUs and Neonatal Units about Kangaroo Care and its barriers

¹Morowatisharifabad M., PhD

²Azad E., BS.

³Zarezadeh R., BS.

*⁴Rezaeipandari H., MS.

⁵Pour Movahed Z., MS.

⁶Karimi M., PhD Cand.

Abstract

Background & Aim: kangaroo care as a suitable and effective method of care for low birth weight and premature newborns and also their health promotion has been known in various countries around the world. Regarding the importance of nurses' knowledge and performance about this kind of care, the study aimed to examine knowledge, performance and perceptions of nurses in NICUs and neonatal units of hospitals in Yazd city about kangaroo care and its barriers.

Material & Methods: It was a cross-sectional study. The sample consisted of 62 nurses working in NICUs and neonatal units of 6 hospitals of Yazd city. Data was collected by Kangaroo Care Questionnaire (KCQs) and analyzed by person correlation coefficient test using SPSS-PC (v. 16).

Results: According to the findings 69/5% of the sample reported that kangaroo care has been done in their work place and 82.8% reported that they have recommend kangaroo care to mothers. From the samples' view, nurses' refuse to participate in kangaroo care (30/9%) and this belief that "Incubator care is more effective than kangaroo care" (37/9%) were the most important barriers to kangaroo care. There was also a significant positive relationship between the constructs of knowledge and benefits with disadvantages and appropriateness ($p < 0/01$), and nurses' age and working experience ($p < 0/05$).

Conclusion: Regarding the high percent of participation in kangaroo care, it seems that education and encouragement could be effective for the continuation of the method. In service education is also recommended to remove barriers.

Keywords: Knowledge, Performance, Kangaroo Care, Perception, Nurse, NICU

Received: 10 Jan 2015

Accepted: 6 Apr 2015

¹ Professor, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

² Public Health expert, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

³ Public Health expert, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁴ MS in Health Education, Elderly Health Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 09103090966 Email: hrezaeipandari@yahoo.com

⁵ Instructor, Research Center for Nursing and Midwifery Care, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁶ PhD Candidate in Health Education and Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.