

بررسی تأثیر مراقبت خانواده محور بر میزان عملکرد خانواده نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

زهرا منصوری^۱، زهرا پورموحد^{۲*}، حسن زارعی محمودآبادی^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۸/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۱۲/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تولد نوزاد نارس و بستری شدن وی در بدو تولد بر عملکرد خانواده تأثیر می‌گذارد. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مراقبت خانواده محور بر عملکرد خانواده نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش شبه آزمایشی، والدین ۶۰ نوزاد نارس با سن جنینی بین ۳۰ تا ۳۶ هفته بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان حافظ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون (هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند. در گروه آزمون، مراقبت خانواده محور بر روی والدین نوزادان نارس بستری در چهار گام تا قبل از روز هفت بستری با حضور پژوهشگر و خانواده در کنار نوزاد انجام شد. میزان عملکرد خانواده با استفاده از پرسشنامه عملکرد خانواده (FAD) سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار نسخه SPSS۲۴ و آمارهای توصیفی و آمار استنباطی تی تست و آنکوا تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره عملکرد خانواده در مرحله قبل از مداخله در گروه کنترل $7/48 \pm 186/20$ و در گروه آزمون $5/96 \pm 188/43$ بود. پس از مداخله میانگین نمره عملکرد خانواده در گروه کنترل $7/13 \pm 185/73$ و در گروه آزمون $8/83 \pm 181/26$ بود که نسبت به قبل از مداخله کاهش معنی‌داری (بهبود) داشت. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد مراقبت خانواده محور بر گروه آزمون تأثیر داشته و باعث بهبود عملکرد خانواده آنان شد.

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای مراقبت خانواده محور با تأکید بر حضور اعضای خانواده به‌ویژه پدر در کنار مادر بیش از روش‌های معمول مراقبتی منجر به بهبود عملکرد خانواده نوزاد نارس می‌شود. این مداخلات از نظر کاربردی کم‌هزینه، آسان و عملی می‌باشند و شرکت مؤثر والدین در امر مراقبت از نوزاد در روند بهبود وی اثرات مثبتی در بر خواهد داشت.

کلیدواژه‌ها: مراقبت، خانواده، نوزاد، نارس، عملکرد

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۴۷، دی ۱۴۰۰، ص ۷۸۲-۷۷۳

آدرس مکاتبه: یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۳۳۵۱۱۶۰۰

Email: Movahed446@yahoo.com

مقدمه

نوین پزشکی و پیشرفت‌های جدید در کنترل روزافزون زایمان‌های پیش از موعد، افزایش محسوس در میزان بقاء نوزادان نارس مشاهده می‌شود (۵ و ۶). این توسعه فناوری، به‌منزله یک شمشیر دو لبه است که افزایش ناتوانایی‌های بعدی را به دنبال دارد (۷). بستری طولانی‌مدت نوزاد نارس باعث جدایی والدین از نوزاد و به وجود آمدن آسیب‌های روانی و آشفستگی و تغییر در عملکرد خانواده می‌شود. خانواده در تعیین اهداف و تعیین نیازهای خاص و انجام مداخلات به هنگام فعال هستند و به‌عنوان یک عنصر ارزشمند در

هرساله ۱۵ میلیون کودک مبتلا به زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری) به دنیا می‌آیند و این تعداد در حال افزایش است (۱). آمار نشان می‌دهد که ۹ تا ۱۲ درصد از نوزادان در آمریکا و ۵ تا ۷ درصد در اروپا نارس متولد می‌شوند (۲). طبق آمار وزارت بهداشت در ایران ۸ تا ۱۲ درصد تولدها نارس هستند (۳) و نیازمند بستری شدن در بیمارستان می‌باشند (۲) و حتی ممکن است نیاز به بستری شدن طولانی‌مدت داشته باشند (۴). با پیدایش روش‌های

^۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

^۲ استادیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه یزد، یزد، ایران

اجرا می‌شود. این برنامه سبب ارتقای سلامت نوزاد کاهش آسیب‌پذیری او، و کاهش تنش والدین می‌شود. برآیند درازمدت برنامه، ارتقاء سلامت نوزاد و خانواده می‌باشد (۱۹). پژوهشگران طی تجربه خود به این نتیجه رسیده‌اند که برخلاف فواید نظری که برای مراقبت خانواده محور ذکر شده است و علی‌رغم تلاش‌های وزارتخانه جهت عملی کردن این برنامه در بیمارستان‌های کشور، اغلب مراقبت‌ها در بخش ویژه نوزادان مادر محور است و کمتر شاهد حضور اعضای خانواده و یک همراه در کنار مادر هستیم تا فشارهای روحی و جسمی کمتری به مادر وارد شود و مورد حمایت قرار گیرد. با وجود تناقض بین شواهد و اجرا و همچنین درک نیازهای خانواده به‌ویژه مادر پژوهشگران بر آن شدند تا با بررسی تأثیر مراقبت خانواده محور بر میزان عملکرد خانواده نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، گامی مؤثر در جهت ارتقا سلامت نوزادان نارس و خانواده آنان بردارند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه تجربی بوده که از طریق شیوه نمونه‌گیری در دسترس و پس از تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، بر روی خانواده نوزادان نارس در بیمارستان آموزشی درمانی حافظ شیراز انجام شد. نمونه‌گیری در فاصله زمانی فروردین‌ماه ۱۳۹۹ تا شهریورماه ۱۳۹۹ در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان آموزشی درمانی حافظ شیراز صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل والدین نوزادان نارس بود که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان آموزشی درمانی حافظ شیراز بستری و دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند که با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ برای هر گروه ۳۰ نفر محاسبه شد (۲۲).

معیارهای ورود به پژوهش شامل والدین ۱۸ سال به بالا، متمایل به شرکت در پژوهش، سالم از نظر جسمی و عدم استفاده از داروهای ضد اضطراب و افسردگی، دارای سواد خواندن و نوشتن، دارای نوزاد با سن بین ۳۰ تا ۳۶ هفته، ثبات همودینامیک (HR۱۶۰-۱۲۰)، $RR 60-40$ ، $SPO_2 95\%-85\%$ و رنگ نوزاد صورتی) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل بستری بودن کمتر از هفت روز در NICU، عدم تمایل والدین به ادامه شرکت در مطالعه، فوت نوزاد، عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌ها، بدتر شدن وضعیت جسمی نوزاد به تشخیص پزشک معالج، در طی مطالعه بود.

در ابتدا، جلسه‌ای با حضور کارکنان پرستاری هر یک از بخش‌ها برگزار شد و طی آن راجع به اهداف و روش اجرای طرح توضیح داده شد. همچنین ساعتی که امکان حضور سایر اعضای خانواده در بخش بود، با صلاح‌دید آن‌ها در جلسه مشخص شد. در هر یک از بخش‌های

ارائه خدمات به نوزادان محسوب می‌شوند (۴). عملکرد خانواده به معنی توانایی سازگاری با تغییرات در طول دوره زندگی، حل تضادها بین اعضا، رعایت مرزها بین افراد، اجرای اصول و قوانین خانواده است که همه برای محافظت از کل سیستم خانواده هست (۸). خانواده کودک بیمار با مشکلات زیادی من جمله مسائل روانی مواجه هستند (۹). والدین نوزاد نارس رنج روحی-روانی زیادی را در طی بستری نوزادشان تحمل می‌کنند و به تبع آن احساس بی‌کفایتی، اضطراب، افسردگی بالا و تغییر در نقش والدی را تجربه می‌کنند (۱۰). مطالعات نشان می‌دهد که حضور شیرخوار بیمار در خانواده نه تنها بر اداره امور عادی و روزمره زندگی و عملکرد خانواده تأثیر می‌گذارد (۳)، بلکه در مادران موجب تأخیر در برگشت به عملکرد قبل از بارداری، کاهش در قدرت تصمیم‌گیری و ارتباط با سایر اعضای خانواده و دوستان (۱۱)، کاهش کیفیت زندگی و کاهش ارتباط مادر با نوزاد نارس می‌شود. لذا پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان نقش حیاتی در برقراری ارتباط مادر با نوزاد نارس بستری دارند (۱۲ و ۱۳). یکی از بهترین و مؤثرترین راه‌های پیشگیری از آسیب و صدمات ناشی از بستری شدن، مشارکت والدین در امر مراقبت از نوزاد نارس است (۱۴).

مراقبت خانواده محور، یک رویکرد ابتکاری برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی است که بر همکاری‌های سودمند دوطرفه بین بیماران، خانواده‌ها و مراقبین بهداشتی بنا می‌شود. در واقع مراقبت خانواده محور والدین را از حالت غیرفعال به شکل فعال که در مراقبت از نوزاد خود دخیل هستند تبدیل می‌کند. در مدل خانواده محور هر بیمار و خانواده بیمار یک واحد مراقبت را تشکیل می‌دهند (۱۵). چهار جز اصلی مراقبت خانواده محور شامل احترام، دریافت اطلاعات، شرکت در مراقبت و تشریک‌مساعی است (۱۶). کاهش استرس، کاهش اثرات منفی بستری شدن، اطمینان از کفایت برنامه ترخیص و تأمین راحتی و حمایت از بیمار از فواید مراقبت خانواده محور است (۱۴ و ۱۷). مراقبت خانواده محور به‌صورت سیستماتیک سازمان‌دهی شده است، به‌طوری‌که پویایی و پیچیدگی‌های گوناگون ابعاد مختلف بیمار و خانواده را مدنظر قرار داده و چالش‌هایی نظیر نیازهای آموزشی، عاطفی، ایفای نقش مؤثر، روابط اجتماعی، برنامه‌های درمانی - مراقبتی بیماران و نیازهای خانواده آنان را نیز در بر می‌گیرد (۱۸). طبق نتایج تحقیقات اغلب خانواده‌های مراقبت‌کننده از بیماران با انجام مراقبت احساس مثبت‌تری را تجربه می‌کنند، همچنین در صورت رفع نیازهای خانواده آن‌ها با آمادگی بهتری مراقبت بعد از ترخیص بیماران را انجام می‌دهند (۱۸ و ۱۹). فراهم کردن شرایط حضور والد در کنار نوزاد مزایای زیادی برای نوزاد و والد خواهد داشت (۲۰). در بسیاری از کشورها از جمله آمریکا برنامه‌های حمایتی برای نوزاد و خانواده

تحت مطالعه، به‌طور روزانه مادران نوزادان نارس واجد شرایط پژوهش، پس از توجیه راجع به اهداف مطالعه و با تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی آگاهانه وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری، در دسترس بود و جهت تخصیص تصادفی به دو گروه از نرم‌افزار تخصیص تصادفی بهره گرفته شد، که یک گروه آزمون و یک گروه کنترل مشخص شد. پژوهشگر در روز سوم بستری و با استفاده از پرسشنامه FAD میزان عملکرد خانواده نوزادان نارس هر دو گروه را سنجیدند. سپس بیماران گروه کنترل همچنان طبق روتین و قوانین جاری بخش، تحت مراقبت قرار گرفته و نکات اخلاقی در مورد آنان رعایت شد و در گروه آزمون مراقبت خانواده محور بر روی والدین نوزادان نارس بستری در چهار گام جهت مراقبت از نوزاد توسط والدین، تا قبل از روز هفت بستری و قبل از ترخیص نوزاد با حضور پژوهشگر و والدین در کنار نوزاد انجام شد.

در گام اول (روز سوم بستری) به صحبت‌های والدین گوش داده شد و درباره نگرانی‌ها و مشکلات آن‌ها سؤال پرسیده شد، و همچنین آموزش کلی و آموزش آشنایی با بخش، طریقه اصولی شستن دست در بدو ورود به بخش داده شد. سپس در روز چهارم بستری اطلاعات لازم در ارتباط با ظاهر، خصوصیات و رفتار، الگوهای خواب‌و بیداری، علائم استرس در نوزادان نارس و راه‌های رفع آن، نقش خانواده در مراقبت از نوزاد نارس ارائه شد و توضیح درباره انکوباتور و نحوه کار با آن، تغییر وضعیت و جابجایی نوزاد به روش اصولی، به‌صورت عملی توسط پژوهشگر مرحله‌به‌مرحله نشان داده شد.

در گام دوم (روز پنجم بستری) اصول و روش‌های صحیح مراقبت‌های روتین روزانه نوزاد نارس، تغذیه، آموزش شیردهی، استحمام، حفظ دمای بدن و لباس مناسب، تعویض پوشک، مراقبت بند ناف و مراقبت کانگروی به‌صورت عملی به والدین ارائه شد و والدین مراقبت‌های فرا گرفته شده را به‌طور عملی در حضور پژوهشگر انجام دادند. در صورتی‌که نقصی مشاهده می‌شد مجدداً آموزش در آن آیتم داده شد و سپس مجدداً کنترل شد.

در گام سوم (روز ششم بستری) به نقش والدین در آمادگی برای انتقال نوزاد از بیمارستان به خانه و برقراری ارتباط مؤثر با نوزاد و تأکید بر آزمون‌های غربالگری، واکسیناسیون، داروها نحوه ارتباط با مراکز نوزادان در مواقع نیاز پرداخته شد.

گام چهارم ارزشیابی بود، در این مرحله از والدین سؤالاتی در مورد آموزش‌های داده‌شده پرسیده شد و رفع سؤالات و ابهامات صورت گرفت (ارزشیابی بعد از روز هفت بستری صورت گرفت). سپس هنگام ترخیص مجدداً نظرخواهی از هر دو گروه در مورد

عملکرد خانواده صورت گرفت. آموزش‌ها در کلاس مخصوص آموزش والدین انجام شد.

قابل‌ذکر است که در طی این مدت هرگونه تغییر وضعیت نوزاد به اطلاع خانواده وی رسانده و در صورت نیاز به تصمیم‌گیری جدید در مورد مراقبت و درمان از آن‌ها نظرخواهی شد. والدین نوزاد طول مدت بستری قادر بودند در ساعات خاصی از شبانه‌روز از طریق پیامک با پژوهشگر در تماس بوده و سؤالات خود را بپرسند. همچنین اعضای خانواده نوزاد یعنی پدر، خواهر و برادران در ساعات خاصی از روز که بخش تعیین نموده بود قادر بودند نوزاد را ملاقات کنند. مادران گروه آزمون در صورت تمایل از طریق یک گروه در واتساپ با یکدیگر مرتبط شدند و به تبادل اطلاعات و تجربیات با یکدیگر پرداختند. تمامی مادران گروه کنترل هنگام ترخیص، بعد از پر کردن مرحله دوم پرسشنامه و قبل از ترک بیمارستان آموزش‌های ترخیص و مراقبت از نوزاد را به‌صورت شفاهی و پمفلت و سی دی آموزشی دریافت نمودند.

داده‌ها از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردید. این پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک بیمار و پرسشنامه عملکرد خانواده FAD بود. پرسشنامه عملکرد خانواده دارای ۶۰ گویه است که بر اساس نظریه مک مستر تدوین شده است. ابعاد سنجش عملکرد خانواده شامل حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، واکنش‌های عاطفی، درگیری عاطفی، کنترل رفتار و مقیاس کلی می‌باشد (۲۳-۲۵).

(لازم به ذکر است که هرچه نمره عملکرد خانواده کمتر باشد نشانه بهتر بودن آن است). روایی و پایایی عملکرد خانواده مک مستر در ایران توسط زاده محمدی و ملک خسروی هنجاریابی شده است که آلفای کرونباخ کلی برای کل مقیاس‌ها ۰.۹۴ درصد بوده است. یوسفی ضمن تأیید روایی و برازش این پرسشنامه، پایایی هر یک از حیطه‌ها را بالای ۰.۸۱ درصد ذکر نموده است (۲۶). پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۴ و با سطح اطمینان ۰.۹۵ درصد مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیره آزمون تی زوجی) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی (سن والدین، شغل والدین، تحصیلات والدین، سن و جنسیت نوزاد، وزن نوزاد) با آزمون کای اسکوار و تی تست اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول (۱): متغیرهای دموگرافیک به تفکیک گروه آزمون و کنترل

P-value	گروه آزمون	گروه کنترل	متغیر گروه			
	فراوانی / درصد	فراوانی / درصد	مادر	پدر		
۰/۵۹	۱۸ (۶۰/۰)	۱۸ (۶۰/۰)	خانه‌دار		شغل	
	۱۱ (۳۶/۷)	۱۲ (۴۰/۰)	کارمند			
	۱ (۳/۳)	۰	آزاد			
۰/۷۹	۱۳ (۴۳/۳)	۱۴ (۴۶/۷)	بیکار		پدر	
	۱۷ (۵۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	کارمند			
	۰	۰	آزاد			
۰/۵۹	۱۰ (۳۳/۳)	۱۲ (۴۰/۰)	دیپلم و کمتر		تحصیلات	
	۲۰ (۶۶/۷)	۱۸ (۶۰/۰)	دانشگاهی			
۰/۷۷	۸ (۲۶/۷)	۹ (۳۰/۰)	دیپلم و کمتر			پدر
	۲۲ (۷۳/۳)	۲۱ (۷۰/۰)	دانشگاهی			
۰/۹۹	۱۳ (۴۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	دختر		جنسیت نوزاد	
	۱۷ (۵۶/۷)	۱۷ (۵۶/۷)	پسر			
	Mean ± SD	Mean ± SD	حداکثر	حداقل	سن (سال)	
۰/۹۴	۲۸/۰۶ ± ۴/۲۷	۲۸/۳۰ ± ۳/۹۱	۳۷	۲۰		مادر
۰/۳۱	۳۳/۰۶ ± ۴/۳۲	۳۲/۲۶ ± ۵/۹۰	۴۲	۲۵		پدر
۰/۴۶	۱۷۲۹/۶۶ ± ۴۹۸/۲۸	۱۶۸۶/۱۶ ± ۴۷۱/۲۳	وزن نوزاد روز سوم بستری (گرم)		نوزاد	
۰/۲۲	۲۵۰۴ ± ۴۱۱/۶۵	۲۴۰۹/۳۳ ± ۲۴۱/۸۰	وزن نوزاد روز ترخیص (گرم)			
۰/۲۵	۳۳/۸۳ ± ۱/۵۵	۳۲/۸۶ ± ۱/۸۱	سن (هفته)			

کاهش در گروه آزمون معنی‌دار بود (جدول ۲). لازم به ذکر است که هر چه نمره‌ی عملکرد خانواده کمتر باشد نشانه‌ی بهتر بودن آن است.

مقایسه میانگین عملکرد خانواده قبل و بعد از مداخله با آزمون تی زوج نشان داد که در گروه آزمون و کنترل کاهش یافته، این

جدول (۲): مقایسه‌ی میانگین نمره عملکرد خانواده نوزاد نارس در گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

P value	بعد از مداخله	قبل از مداخله	متغیر
	Mean ± SD	Mean ± SD	
۰/۰۰۱	۱۸۱/۲۶ ± ۸/۸۳	۱۸۸/۴۳ ± ۵/۹۶	عملکرد خانواده آزمون
۰/۷۷	۱۸۵/۷۳ ± ۷/۱۳	۱۸۶/۲۰ ± ۷/۴۸	کنترل

گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره در گروه‌های آزمون و کنترل نشان داد

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی نمره‌های پس‌آزمون ابعاد عملکرد خانواده در گروه‌های آزمون و کنترل

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلائی	۰/۲۶۶	۲/۳۲	۷	۴۵	۰/۰۴۱	۰/۲۶۶
لامبدای ویلکز	۰/۷۳۴	۲/۳۲	۷	۴۵	۰/۰۴۱	۰/۲۶۶
اثر هاتلینگ	۰/۳۶۲	۰/۳۲	۷	۴۵	۰/۰۴۱	۰/۲۶۶
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۶۲	۰/۳۲	۷	۴۵	۰/۰۴۱	۰/۲۶۶

و عملکرد کلی، که با توجه به سطح معناداری به‌دست‌آمده که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، معنادار بود. یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون در مورد ابعاد ایفای نقش و عملکرد کلی وجود داشت. بنابراین مؤثر بودن مداخله در کاهش ایفای نقش و عملکرد کلی تأیید گردید.

به‌منظور بررسی این‌که مداخله در کدام‌یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری دارد، یک تحلیل کوواریانس تک متغیره، در متن مانکوا، انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است. زمانی که ابعاد متغیر عملکرد خانواده به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند، مقدار F تأثیر متغیر مستقل (گروه)، در مورد ابعاد ایفای نقش

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا مربوط به میانگین‌های ابعاد عملکرد خانواده در گروه آزمون و کنترل

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
متغیرهای وابسته	۰/۲۱۰	۱	۰/۲۱۰	۲/۳۶	۰/۱۳۰
ارتباط	۰/۰۸۷	۱	۰/۰۸۷	۱/۲۰	۰/۲۷۷
آمیختگی عاطفی	۰/۳۴۱	۱	۰/۳۴۱	۴/۴۵	۰/۰۴۰
ایفای نقش	۰/۱۰۵	۱	۰/۱۰۵	۰/۷۷	۰/۳۸۴
حل مشکل	۰/۴۳۵	۱	۰/۴۳۵	۲/۶۲	۰/۱۱۲
همراهی عاطفی	۰/۱۸۲	۱	۰/۱۸۲	۱/۷۹	۰/۱۸۶
کنترل رفتار	۰/۳۲۰	۱	۰/۳۲۰	۵/۰۸	۰/۰۲۹
عملکرد کلی					

خانواده محور، والدین برای ارتباط مؤثر با نوزاد و یادگیری و کسب مهارت‌های لازم در امر مراقبت از نوزاد توانمند می‌شوند. برقراری ارتباط والدین و نوزاد به ارتقا کیفیت نقش والدینی و احساس کفایت در والدین کمک می‌کند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه قبلی (۲۷-۳۴) همسو است. کارلوس و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود عنوان کردند که خانواده‌هایی که از منابع حمایتی کمتری بهره می‌برند، استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری کسب کردند (۳۵). نتایج مطالعات هالم (۱۹۹۰) و ویسون (۱۹۹۷) نشان داد که بستری شدن ناگهانی در بخش مراقبت ویژه باعث آشفتگی روانی-اجتماعی در اعضای خانواده بیماران بستری می‌شود؛ به‌طوری‌که این پدیده می‌تواند آرامش خانواده را به هم بریزد و یک تجربه ترسناک و شوک‌آور برای آن‌ها باشد (۲۹ و ۳۰). در مرحله اولیه فرایند رویارویی خانواده با پدیده بستری تمامی ابعاد زندگی تحت تأثیر این پدیده قرار گرفته و اعضای خانواده در قالب این واکنش به دنبال حفظ

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مراقبت خانواده محور موجب افزایش عملکرد خانواده نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان حافظ شیراز شد و عملکرد خانواده نوزادان نارس در گروه آزمون در روز ترخیص به‌طور معناداری در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت (با توجه به این‌که نمره‌ی عملکرد خانواده هر چه کمتر باشد بهتر است). در مطالعه حاضر مشخص شد که با بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه علی‌رغم انجام مراقبت خانواده محور در بیمارستان‌ها، به دلیل مشارکت کمتر اعضای خانواده، عملکرد آنان دچار نقصان می‌شود. به نظر می‌رسد با توجه به نتایج به‌دست‌آمده بتوان اظهار داشت که ارائه مراقبت خانواده محور می‌تواند نیازهای والدین نوزادان نارس بستری در حیطه کسب اطلاعات را برآورده نماید که این امر در نهایت مشارکت بیشتر آن‌ها را در مراقبت در پی خواهد داشت. با اجرای مراقبت

مادران توجه به نیازهای حیطة حمایت را کم‌اهمیت‌ترین نیاز خود بیان کرده‌اند (۳۶). اعضای خانواده به‌ویژه مادران نیازهای اختصاصی قابل‌شناسایی‌ای دارند (۳۷). همچنین کم‌اهمیت بودن این نیاز در این مطالعه می‌تواند به علت تفاوت فرهنگی در آن کشور باشد و اینکه پرستاران و گروه مراقبتی نیازهای این حیطة را به‌خوبی ایفا کرده باشند و یا اینکه نیازهای حیطة‌های دیگر به حدی بوده که این نیاز در درجه اهمیت کمتری قرار گرفته است.

هرچند مراقبت خانواده محور مفهوم جدیدی نیست و امروزه در ایران اجرا می‌شود، اما به‌طور کامل و ایدئال و با رعایت تمام اصول آن اجرا نمی‌شود. پژوهش‌های زیادی هم در زمینه موانع اجرایی مراقبت خانواده محور انجام شده است و محققان در این پژوهش سعی نمودند تا مراقبت‌ها را از مادر محور به خانواده محور سوق داده و سایر اعضا را نیز در امر مراقبت درگیر کنند. از آنجایی که با توجه به فرهنگ موجود در جامعه مراقبت از نوزاد بعد تولد را از وظایف مادران به شمار می‌آورند و مادران که طی فرایند بارداری و زایمان انرژی زیادی از دست داده‌اند در صورتی که متوجه بستری شدن نوزاد خود در بخش مراقبت ویژه نوزادان شوند و قرار باشد بعد از ترخیص خود مراقبت از نوزاد در بیمارستان را دنبال کنند دچار تضاد در نقش‌ها و ارتباطات خود می‌شوند. مدیران و پرستاران می‌توانند با تشویق به حضور و مشارکت بیشتر همه اعضای خانواده از جمله پدران و خواهران و برادران در مراقبت، فراهم کردن زمینه بیشتر برای حضور کلیه اعضای خانواده در کنار نوزاد بیمار، گرفتن تصمیم برای مراقبت سلامتی از نوزاد با مشارکت اعضای خانواده، توجه به رفع موانع فرهنگی و برقراری ارتباط مؤثر با خانواده‌ها در حین به اجرای مراقبت خانواده محور به ارتقا این فرایند کمک نمایند. بنابراین وقتی والدین به‌صورت فعال درگیر مشکلات نوزاد خود می‌شوند، و از نقششان آگاهی بیشتری به دست می‌آورند و یاد می‌گیرند در موقعیت‌های مختلف چه واکنشی باید نشان دهند، استرس کمتری را تجربه می‌کنند.

پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه تأثیر مراقبت خانواده محور بر روی وزن‌گیری نوزاد حین ترخیص، طول مدت بستری نوزادان، میزان اضطراب و رضایتمندی والدین، میزان افسردگی مادران و میزان ثبات خانواده انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود بر موانع اجرایی مراقبت خانواده محور در بیمارستان‌ها و موانعی که مانع مشارکت بیشتر پدران می‌شود مطالعات بیشتری صورت گیرد. در این مطالعه محدودیت‌هایی از جمله همکاری ضعیف برخی از

تعادل و ثبات در زندگی روزمره خود هستند، نتایج دو مطالعه فوق از آن جهت قابل‌تعمیم است که ما نیز در پژوهش خود به بررسی تغییرات عملکرد خانواده والدین هنگام بستری نوزادشان در بیمارستان و بخش ویژه پرداختیم و این عملکرد کاهش (بهبود) یافت که مطالعات فوق با مطالعه ما همسو است. در دو مطالعه دیگر که هر دو توسط ورهیج^۱ در (۲۰۱۰) بر روی عملکرد اعضای خانواده در مرحله حاد کمای تروماتیک انجام شده است، سه فاز محافظت از خود، محافظت از رنج بردن و محافظت از بقایای زندگی مطرح شده است. در فاز محافظت از خود، خانواده‌ها بر اساس خستگی جسمی و عاطفی که تجربه می‌کردند، به تدریج سعی داشتند تا گام‌هایی را در جهت ارتقای سلامت خود و برگرداندن زندگی‌شان به حالت عادی بردارند. همچنین، سعی می‌کردند تا حد توان، ذهنشان را از پدیده بستری منحرف ساخته و به‌نوعی تلاششان آن بود که آرامش، امنیت و ثبات را به زندگی خود برگردانند (۳۱ و ۳۲). در این دو مطالعه نیز اعضای خانواده بیماران بستری در شرایط حاد با کاهش عملکرد، آرامش و ثبات مواجه شدند که از این بعد با مطالعه حاضر هم سو است.

یافته‌های حاصل از مطالعه گائینی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که سعی و تلاش و عملکرد خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در جهت برگرداندن زندگی به یک حالت متعادل، تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای- ساختاری از جمله عوامل مرتبط با ساختار خانواده و ساختار نظام مراقبتی- درمانی می‌باشد و به اعضای گروه درمان به‌ویژه پزشکان و پرستاران پیشنهاد کردند تا با شناخت واقعی نیازها و حمایت موردنیاز این خانواده‌ها در فرایند برگرداندن ثبات و تعادل به زندگی پس از بستری بیمار در بخش مراقبت ویژه، اقدامات و مداخلات خانواده محور را در این زمینه ارائه نمایند (۳۳) که با مطالعه حاضر همسو است. نتایج مطالعه میچل^۲ و همکارانش (۲۰۰۹) در استرالیا نشان داد که مداخله مراقبت خانواده محور، درک اعضای خانواده از احترام، تشریک‌مسانی و حمایت را افزایش داده است (۳۴) که این مطالعه اهمیت و تأثیر مراقبت خانواده محور را نشان می‌دهد. نتایج مطالعات مذکور با مطالعه حاضر همخوانی دارد. هرچند مطالعاتی در دست است که در برخی آیت‌ها به نتایج مشابهی دست نیافته‌اند. با توجه به تفاوت‌هایی که در طراحی، مکان پژوهش و روش مداخله وجود دارد نمی‌توان انتظار نتایج مشابه را داشت.

در مطالعه سیکوروا^۳ و کوکوا^۴ (۲۰۱۲) که باهدف بررسی نیازهای والدین نوزادان بستری در بخش ای سی یو انجام گرفت،

3. Sikorova

4. Kucova

1. Verhaeghe

2. Mictchel

شرکت مؤثر والدین در امر مراقبت از نوزاد در روند بهبود وی اثرات مثبتی در بر خواهد داشت.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجوی رشته کارشناسی ارشد ویژه نوزادان با کد مصوب اخلاق IR.SSU.REC.1398.204 و با همکاری مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، مسئولین محترم دانشکده پرستاری، ریاست محترم و کارکنان محترم بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان حافظ شیراز و تمامی والدین شرکت‌کننده در پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

پرستاران برای انجام پژوهش جهت حضور اعضای خانواده در بخش وجود داشت که پژوهشگر از طریق صحبت با آن‌ها و سرپرستار تا حدی این محدودیت را برطرف نمود. همچنین در این مطالعه تأکید بر حضور پدر در کنار مادر برای انجام مراقبت‌های خانواده محور بود که برخی پدران به دلیل مشغله کاری همکاری کمتری داشتند که با آن‌ها صحبت شد و همکاری آنان جلب گردید.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای مراقبت خانواده محور با تأکید بر حضور اعضای خانواده به‌ویژه پدر در کنار مادر بیش از روش‌های معمول مراقبتی منجر به بهبود عملکرد خانواده می‌شود. این مداخلات از نظر کاربردی کم‌هزینه، آسان و عملی می‌باشند و

References:

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016; 388(10063):3027-35.
2. Jebraeeli M, Seyed Rasooli A, Ataeyan R, Rasooli SH. stressors of mothers of premature infants in neonatal intensive care units. *Nursing Midwifery J* 2009; 15(3):35-41. [Persian]
3. Kohan M, Borhani F, Abbaszadeh A, Sultan Ahmadi J, Khajehpoor M. Experience of Mothers with Premature Infants in Neonatal. *J Qual Res Health Sci* 2012;1(1):41-51.
4. Barimnejad L, Mehrnoush N, Seyyed-Fatemi N, Haghani H. Stressors of mothers with premature infants in neonatal intensive care units. *Iran J Critic Care Nursing* 2010; 4(1): 39-44. [Persian]
5. Boskabadi H, Maamouri G, Mafinejad S. Neonatal complications related with prolonged rupture of membranes. *Macedon J Med Sci* 2011; 4(1):93-8.
6. Boskabadi H, Bagheri F, Askari HZ. Developmental disorders in preterm neonates during the first two years of life using the ages and stages questionnaire. *J Babol Univ Med Sci* 2016; 18(2):7-13.
7. Walther FJ. Withholding treatment, withdrawing treatment, and palliative care in the neonatal intensive care unit. *Early hum Develop* 2005;81(12):965-72.
8. Mojarad kahani AH, Ghannkbari Hashemabadi BA. The efficacy of group psycho educational intervenetions on family performance of patients with mood disorders. *J Fam Counc Psychother* 2012;1(3):399-412.
9. Fallahi F, Hemati Alamdarloo G. Effectiveness of Psychological Empowerment on General Health of Mothers of ChildrenWith Disability Under the Community-Based Rehabilitation Program. *J Rehab* 2019;19(4):326-39
10. Bastani F, Ali Abadi T, Haghani H. The Effectiveness of Participatory Care Program in Neonatal Intensive Care Unit on State Anxiety of Mothers of Preterm Newborns. *Babol Univ Med Sci* 2012;14(3):59-65.
11. Jubinville J, Newburn-Cook C, Hegadoren K, Lacaze-Masmonteil T. Symptoms of acute stress disorder in mothers of premature infants. *Adv Neonatal Care* 2012;12(4): 246-53.
12. Donohue PK, Maurin E, Kimzey L, Allen MC, Strobino D. Quality of life of caregivers of very low-birthweight infants. *Birth* 2008; 35(3): 212-9.
13. Kearvell H, Grant J. Getting connecter: How nurses can support mother-infant attachment in the neonatal

- intensive care unit. *Australian J Adv Nurs* 2008; 27(3): 75-82.
14. Milan M, Fateme F. The Effect of Family-Centered Care Educational Program on Performance of Mothers of Premature Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. *Iran J Pediatr Nurs* 2018;5(2):37-43.
 15. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. 9th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2013. 965
 16. James SR, Ashwill J. Nursing care of children, principles and practice. 3rd ed. USA: Elsevier; 2007. p 221-5
 17. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs* 2006;15(6):726-34.
 18. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2006;118(5):1414-27.
 19. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care* 2009;18(6):543-52
 20. Pineda RG, Stransky KE, Rogers C, Duncan MH, Smith GC, Neil J, et al. The single-patient room in the NICU: maternal and family effects. *J Perinatol* 2012;32(7):545-51.
 21. Als H. Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *J Neonatal-perinatal Med* 2009;2(3):135-47.
 22. Zeraati H, Nasimi F, Milan Dalei M, Shahinfar J, Momenizade A, Barfidokht A. The Effect of Family-centered Care Program on Maternal Attachment in Mothers of Premature Infants. *J Babol Univ Med Sci* 2017;19(6):22-7.
 23. Stevenson-Hinde J, Akister J. The McMaster Model of Family Functioning: observer and parental ratings in a nonclinical sample. *Fam Process* 1995;34(3):337-47.
 24. Epstein N B, Ryan CE, Miller IW, Keitner G I, Bishop D S. The MacMaster model: A view of healthy family functioning. In: F. Walsh., editor. *Normal family processes*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2003. pp. 581-607.
 25. Shi J, Wang L, Yao Y, Su N, Zhao X, Zhan C. Family Function and Self-esteem among Chinese University Students with and without Grandparenting Experience: Moderating Effect of Social Support. *Front Psychol* 2017;8: 886.
 26. ZadehMohammadi A, MalekKhosravi GH. A preliminary study of validity and psychometric of family functioning Assessment (FAD). *Q Fam Res* 2011;5(2): 69-89.
 27. De Bernardo G, Svelto M, Giordano M, Sordino D, Riccitelli M, Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Italian J Pediatr*. 2017; 43:36.
 28. Zhang R, Huang R-W, Gao X-R, Peng X-M, Zhu L-H, Rangasamy R, et al. Involvements of Parents in the Care of Preterm Infants: A Pilot Study Evaluating a Family-Centered Care Intervention in a Chinese Neonatal ICU. *Pediatr Critical Care Med* 2018;19(8):741-747.
 29. Halm MA. Effects of support groups on anxiety of family members during critical illness. *Heart Lung* 1990;19(1):62-71.
 30. Wesson JS. Meeting the informational, psychosocial and emotional needs of each ICU patient and family. *Intensive Crit Care Nurs* 1997;13(2): 111-8.
 31. Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Grypdonck MH, Duijnste MS, Defloor T. The focus of family members' functioning in the acute phase of traumatic coma: Part one: The initial battle and protecting life. *J Clin Nurs* 2010;19(3-4): 574-82.

32. Verhaeghe ST, van Zuuren FJ, Grypdonck MH, Duijnste MS, Defloor T. The focus of family members' functioning in the acute phase of traumatic coma: Part two: Protecting from suffering and protecting what remains to rebuild life. *J Clin Nurs* 2010;19(3-4): 583-9.
33. Gaeni M, Ashghali-Farahani M, Mohammadi N, Seyedfatemi N, Abbasi M. To Restore the Stability: Family Experiences of Patients in Intensive Care Unit. *J Qual Res Health Sci* 2018;7(1): 103-18.
34. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care* 2009;18(6):543-52.
35. Carlson JM, Miller PA. Family burden, child disability, and the adjustment of mothers caring for children with epilepsy: Role of social support and coping. *Epilepsy Behav* 2017;68:168-73.
36. Sikorova L, Kucova J. The needs of mothers to newborns hospitalized in intensive care units. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc* 2012; 156:1-7.
37. Akbari V, Asayesh H, Haji Mohammad Hoseini M, Shariffard F, Shahidi M, Goudarzi M. Needs of Family with Hospitalized Infant in Neonatal Intensive Care Unit: A Comparison between Mothers' and Nurses' Viewpoint. *Qom Univ Med Sci J* 2020; 14 (3):10-18.

EFFECT OF FAMILY-CENTERED CARE ON FAMILY FUNCTION OF PRETERM NEWBORNS HOSPITALIZED IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (NICU)

Zahra Mansouri¹, Zahra Pourmovahhed², Hassan Zareymahmoodabadi³

Received: 19 November, 2021; Accepted: 21 February, 2022

Abstract:

Background & Aims: The birth of a premature baby and his/her hospitalization at birth, affects on family function. This study aimed to identify the effect of family-centered care on family function of preterm newborns hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU).

Materials & Methods: In this quasi-experimental study, Parents of 60 premature infants with fetal age between 30 and 36 weeks hospitalized in the NICU of Hafez Hospital in Shiraz were selected by convenience sampling method. They then were randomly assigned to the control and experimental groups (30 parents in each group). In the experimental group, family-centered care was performed on the parents of premature infants admitted in four steps, before the seventh day of hospitalization with the presence of the researcher and the family next to the infant. Family function was measured using the Family Assessment Device (FAD). The data was analyzed by SPSS (v.24) using descriptive and statistics tests such as t-test and ANCOVA.

Results: The mean score of family function of mothers in the pre-intervention stage in the control group was 186.20 ± 7.48 and in the experimental group was 188.43 ± 5.96 . After the intervention, the mean score of family function of parents in the control group was 185.73 ± 7.13 and in the experimental group was 181.26 ± 8.83 , which had a significant decrease compared to them before the intervention, showing improvement. The results of univariate analysis of covariances (ANCOVA) showed that family-centered care had an effect on the test group and improved their family performance.

Conclusion: Implementing family-centered care by emphasizing the presence of family members, especially the father next to the mother leads to improving the family function of premature infant more than the usual care methods. These interventions are cost-effective, feasible, practical, and effective, and the effective participation of parents in the care of the baby will have positive effects on the process of his/her recovery

Keywords: Care, Family, Neonate, Premature, Function

Address: School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Yazd, Iran

Tel: +989133511600

Email: Movahed446@yahoo.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Master of Neonatal Intensive Care Nursing, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd, Yazd, Iran

² Assistant Professor of Health Education and Health Promotion, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Yazd, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Psychology, Department of Psychology and Counseling, Yazd University, Yazd, Iran