

بررسی سیستم حمایتی والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادان: یک مطالعه کیفی

هایده حیدری^۱، * مرضیه حسن پور^۲،^۳ مرجان فولادی^۴

چکیده

مقدمه: والدین نوزادان بیمار، تنش بیشتری در مقایسه با والدین نوزادان سالم متحمل می‌شوند. از آنجا که حمایت والدین بخش مهمی از مسئولیت پرستاران می‌باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف درک سیستم حمایتی والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شد.

روش: روش تحلیل محتوی کیفی قراردادی در این مطالعه استفاده شد. مشارکت کنندگان شامل ۲۱ نفر از والدین، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های شهر اصفهان بودند که به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

یافته‌ها: بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها اختلال در سیستم حمایتی؛ مشکل اصلی والدین نوزادان نارس است که در چهار طبقه اصلی: عدم حمایت سازمان‌های بیمه‌گر، مختل بودن حمایت بستگان، مشکلات اقتصادی والدین، و زمینه‌های فرهنگی قابل ارزیابی است.

نتیجه‌گیری: خانواده، مهم‌ترین بخش جامعه است. در مطالعه حاضر، اختلال در سیستم حمایتی والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادی وجود داشت که به‌منظور تأمین و ارائه مراقبت‌های مطلوب لازم است فضای فیزیکی بخش مراقبت ویژه نوزادی تغییر یابد و والدین در امر مراقبت مشارکت داده شوند و اقدامات اساسی برای ارتقای زمینه‌های فرهنگی جامعه انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: بخش مراقبت ویژه نوزادان، حمایت والدین، تحلیل محتوی کیفی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۱۷

۱- دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲- مرضیه حسن پور، دکترای تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

۳- مرضیه حسن پور، دکترای تخصصی پرستاری، گروه پرستاری کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: hasanpour@nm.mui.ac.ir

۴- پژوهشگر دانشکده پرستاری فولبرایت و دانشگاه ایالتی فلوریدا، دانشکده پرستاری، فلوریدا، ایالات متحده آمریکا.

مقدمه

بهترین هدیه زایمان به مادر تولد نوزاد سالم است (۱). اکثر مطالعات نشان دهنده اند که والدین نوزادان بیمار میزان تنش بیشتری در مقایسه با والدین نوزادان ترم و سالم متحمل می‌شوند. بستری شیرخوار در بخش مراقبت ویژه مشکلات عاطفی بسیاری برای خانواده‌ها به همراه دارد. اضطراب شدید آن‌ها ناشی از بیماری شیرخوار، رنج کودک و محیط مراقبت ویژه نا آشنا برای آنان می‌باشد. سه عامل تنش‌زا برای والدین نوزادان بیمار مشخص شده است. عوامل موقعیتی از قبیل شدت بیماری و تطابق والدین با بحران‌های زندگی، عوامل شخصی مثل عواطف مادری درباره نقش‌های خود و حمایت اطلاعاتی در دسترس و سوّمین عامل، منابع محیطی شامل محیط بخش مراقبت ویژه، ارتباط بین والدین و پرسنل است (۲).

والدین نیاز دارند که از بهبودی در وضعیت شیرخوار خود مطلع شوند. پرسنل باید چگونگی پیشرفت وضعیت شیرخوار در بخش مراقبت ویژه نوزادان را برای والدین توضیح دهند و آنان را برای تغییرات آماده کنند (۳ و ۴).

محرك‌های محیطی، متغیرهای موقعیتی، عوامل فردی منابع بالقوه تنش‌زا برای والدین می‌باشند. دیویس و همکاران ارتباط بین افسردگی، تنش و درک از حمایت پرستاری را در ۶۲ خانمی که نوزاد کمتر از ۳۲ هفته حاملگی داشتند بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین تنش مادری و علائم افسردگی ارتباط معنی دار وجود دارد، به طوری که با افزایش یک درجه به مقیاس تنش، خطر افسردگی ۶۴ درصد افزایش می‌یافت. همچنین بین درک مادر از حمایت پرستاری و علائم افسردگی ارتباط معنی دار وجود داشت. یک درجه کاهش حمایت پرستاری خطر افسردگی را ۶ درصد افزایش می‌داد (۵).

نقش پرستار نوزادان در سال‌های ۱۹۷۰ در آمریکا به‌طور خاص مورد استقبال گرفت. طی سال ۱۹۹۱ میلادی رشته تحصیلی پرستار حرفه‌ای بالینی نوزادان طراحی گردید. این پرستاران بالینی علاوه بر انجام مراقبت‌های اولیه نوزادان، مراقبت از نوزاد از زمان بستری تا ترخیص را برعهده دارند. اکنون با وجود قریب ۱۴۰۰ تخت، واحدهای مراقبت ویژه

نوزادان در ایران خلاء پرستاران زبده و متخصص در چنین بخش‌هایی به‌شدت احساس می‌گردد. طی سال‌های اخیر امکان بقا نوزادان کم وزن و بدحال در کشور ایران نیز در حال افزایش است. در این راستا شورای عالی برنامه‌ریزی وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی رشته کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان را در اسفند ۱۳۸۷ تصویب و اولین دوره تربیت دانشجویان این رشته از مهرماه سال ۱۳۸۸ آغاز گردید. (۶).

صاحب‌نظران خدمات بهداشتی-درمانی دریافته‌اند که به‌منظور تأمین و ارائه مراقبت‌های مطلوب لازم است ارتباط درمانی میان اعضای تیم، خانواده و بیمار، برقرار گردد. خانواده، مهم‌ترین بخش جامعه است و فلسفه مراقبت‌های خانواده محور، در حقیقت به رسمیت شناختن تأثیر خانواده در گستره حیات کودک می‌باشد، لذا سیستم‌های مختلف باید خانواده را در راستای تأثیرگذاری مثبت و کمک مؤثر به سلامت کودک، تشویق و حمایت نمایند. در سیستم مراقبت خانواده محور، تأکید بر کودک و خانواده بوده و کارکرد خانواده با توجه به نقش تمامی اعضا و نه صرفاً عضو بیمار خانواده در نظر گرفته می‌شود و اصول مراقبتی بر اساس ارزش‌ها و اعتقادات خانواده تدوین می‌گردد. در مراقبت خانواده‌محور، پرستار و اعضای تیم بهداشتی-درمانی از طریق زمینه‌سازی و ایجاد فرصت برای یکایک اعضای خانواده، جهت به نمایش گذاشتن ظرفیت‌ها و توانایی‌های خویش در خصوص تأمین و پاسخگویی به نیازهای کودک، خانواده را توانمند و قدرتمند می‌سازد (۷).

طی سال‌های اخیر امکان بقا نوزادان کم وزن و بد حال در حال افزایش است. نظر به تصویب رشته کارشناسی ارشد نوزادان و با توجه به این که فارغ التحصیلان پرستاری نوزادان منبع مهم حمایت برای نوزاد و خانواده می‌باشند و نظر به این- که حمایت از والدین یکی از نقش‌های پرستاران می‌باشد و باتوجه به اهمیت مراقبت خانواده محور در مدیریت نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه و از آنجا که مطالعه کیفی در زمینه حمایت والدین در ایران انجام نشده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی سیستم حمایتی والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای قراردادی است. گام های این مطالعه شامل ۷ مرحله ۱- شکل گیری سوال پژوهش ۲- انتخاب نمونه برای آنالیز ۳- تعریف مقولاتی که بکار برده می شود ۴- تعیین فرآیند کدگذاری و آموزش کدگذار ۵- اجرای فرآیند کدگذاری ۶- تعیین راهکارهایی برای اعتبار و استحکام مطالعه ۷- آنالیز نتایج فرآیند کدگذاری می باشند. تحلیل محتوای کیفی معمولاً در مطالعاتی که برای توصیف یک پدیده طراحی شده اند بکار می رود و هنگامی مناسب است که تئوریها یا مقالات پژوهشی موجود درباره یک پدیده محدود است (۸).

مشارکت کنندگان مطالعه شامل ۲۱ نفر از پدران (۶)، مادران (۷)، پرستاران (۵) و پزشکان (۳) بودند. مشارکت کنندگان از میان مادران و پدران با نوزاد بستری شده در بخش مراقبت های ویژه نوزادان، پزشکان و پرستاران کلیه بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی شهر اصفهان انتخاب شدند. معیارهای ورود برای مادران و پدران شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن نوزاد پذیرش شده و حداقل ۲۴ ساعت بستری در NICU، نداشتن سابقه مشکل مشابه در فرزندان، و معیارهای خروج برای پدران و مادران شامل: داشتن سابقه مشکل مشابه در فرزندان قبلی، وجود اختلالات روانپزشکی مشخص شده از قبل مثل اختلالات اضطرابی، افسردگی، وسواسی، و سایکوز، به گزارش مشارکت کننده و پرونده آنان بود. همچنین معیارهای ورود برای پرستاران و پزشکان شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن حداقل ۶ ماه تجربه کاری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بود. پژوهشگر پس از هماهنگی های لازم با مسئولین مربوطه به محیط پژوهش وارد شد و با والدین علاقمند به شرکت در مطالعه، پس از کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه از آن ها، مصاحبه انجام داد. به منظور کسب حداکثر تنوع، مشارکت کنندگان از مناطق مختلف شهر اصفهان، انتخاب شد. مکان انجام مصاحبه های فردی، بیمارستان یا محل کار، منزل یا هر جای دیگر به انتخاب و راحتی مشارکت کنندگان - بود. نمونه گیری به صورت هدفمند از مادران و پدران علاقمند

انجام شد. مشارکت کنندگان اولیه مادران و پدران بودند. جهت حفظ حداکثر تنوع از پزشکان و پرستاران نیز مصاحبه انجام شد. مصاحبه با سؤال باز "از بستری نوزادتون در بخش مراقبت ویژه خواهش می کنم برایم صحبت کنید" شروع شد. سؤالات موشکافانه در ادامه مصاحبه استفاده شد. مدت مصاحبه برای هر مشارکت کننده بین نیم تا یک ساعت طول کشید. نمونه گیری و جمع آوری داده ها و مصاحبه ها تا زمانی ادامه داشت که محقق دریافت اشباع داده رخ داده است.

در مطالعه حاضر پس از آن که پژوهشگر چندین مرتبه به نوارها گوش کرد، در داده ها غرق شد تا دید کلی نسبت به مصاحبه ها پیدا کند. تمام مصاحبه ها کلمه به کلمه نسخه برداری شد. تا کلماتی از متن که دربرگیرنده مفاهیم کلیدی است برجسته شده و به این ترتیب کدها استخراج شدند. پس از استخراج مفاهیم و کدها از جملات و پاراگراف های مهم، براساس شباهت ها و تفاوت ها در طبقات گروه بندی انجام و در نهایت طبقات بر اساس ارتباط بین آن ها، به طبقات اصلی ترکیب شدند. جهت افزایش روایی داده ها نیز این تدابیر اتخاذ گردید: خواندن مکرر مصاحبه ها و غرق شدن در داده ها، بهره گیری از نظرات و پیشنهاد های تکمیلی همکاران در جهت تایید و اصلاح صحت کدها و طبقات استخراج شده، بدین ترتیب که پس از کد گذاری و طبقه بندی داده ها توسط محقق اول، میزان اتفاق نظر میان محققین در مورد کدها و طبقات بررسی شد و تغییر در مورد کدها و طبقاتی که اختلاف نظر وجود داشت تا حدی ادامه یافت که محققین در مورد آنها اتفاق نظر داشته باشند. در این پژوهش محققین چندین بار نوشته ها، کدگذاری ها و طبقه بندی ها را جهت اطمینان از اعتبار کدها و صحت مفاهیم شناسایی شده بررسی نمودند، برگرداندن تعدادی از مصاحبه ها پس از کدگذاری به مشارکت کنندگان به منظور بررسی میزان اتفاق نظر در مورد کدها میان محققان و مشارکت کنندگان نیز انجام شد. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه با شماره ۳۸۹۲۹۴ به تأیید رسید و ملاحظات اخلاقی رعایت شد.

یافته ها

بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها اختلال در سیستم حمایتی؛ مشکل اصلی والدین نوزادان نارس است که در چهار طبقه اصلی: مختل بودن حمایت بستگان، عدم حمایت سازمان‌های بیمه‌گر، مشکلات اقتصادی والدین، و زمینه‌های فرهنگی شکل می‌گیرد. در زیر به شرح هر یک با نمونه‌ای حمایتی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان می‌پردازیم:

مختل بودن حمایت بستگان

این طبقه شامل زیرطبقات؛ بی پناهی، رفتار نامناسب همسر، و مشکلات اسکان والدین بود. تحلیل داده‌ها نشان داد بعد از زایمان به علت ناتوانی مادر در مراقبت از نوزاد حضور حامی یا یکی از نزدیکان در حمایت وی کمک‌کننده است. در مادرانی که دور از نزدیکان خود هستند یا ساکن استانی دیگر هستند احساس بی‌پناهی بیشتر وجود دارد. البته برای پدر هم وجود حامی کمک‌کننده است همچنان که پدر ۳۰ ساله‌ای اظهار کرد که:

"...آره این مشکلاتا داریم، هر روز می‌رفتیم خمینی شهر یا نجف آباد خونه فامیلامون غیر این که مزاحم مردم بودیم رو اعصابمون تأثیری می‌داشت می‌گفتیم اگه بخوایم این قدر بریم و بیام دیگه واقعاً بچه اذیتمون می‌کنه ناامید نمی‌شدیم..."
 البته وجود فردی حامی در مراقبت به مادر کمک می‌کند.
 مادر ۲۳ ساله‌ای چنین گفت که:

"... برا این که می‌گم چه جورری بزرگش کنم چون خیلی ضعیفه [گریه] کسی را این جا ندارم هوا دارم باشه..."
 یکی از عوامل افزایش‌دهنده تنش برای مادر، تضعیف روحیه مادر توسط همراهان و صحبت‌های ناامیدکننده است. نتایج نشان داد اکثر بستگان و ملاقات‌کنندگان در بازدید از والدین، آن‌ها را ناامید می‌نمایند که این امر سبب تنش آن‌ها می‌شود. پدر ۴۱ ساله‌ای بیان کرد:

"...من به خانمم گفتم با سختی می‌بای همه هم آیه یأس برات می‌خونم همه میگن، آخی، خیلی سخته..."
 پرستار ۲۸ ساله‌ای نیز چنین بیان کرد:

"...خیلی از بیماری ما از شهرستان پذیرش می‌شن و والدین به‌خصوص مادر مجبوره روزها اینجا تنها باشه اذیت می‌شن و بستگان هم سخته که بیان ملاقاتشون..."
 صحبت‌های پدر در روحیه مادر تأثیر دارد. مادر ۲۸ ساله‌ای گفت:

"...بعضی پدرا می‌یان می‌گن بچه‌ای که زایمان کرده اینه؟!، این با این وضع زنده نمی‌مونه که بخوایم خرج کنی بری، بیایی..."

به تجربه مشارکت‌کنندگان در پژوهش حمایت همسر برای سلامت مادر ضروری است به خصوص بعد از زایمان که مادر مستعد افسردگی است و با شرایط موجود که برای او ناراحت‌کننده است. به‌ویژه مشکلاتی که مادر بعد از زایمان پیدا می‌کند، پشتیبانی پدر را می‌طلبد. مادر بعد از زایمان به دلیل تنش‌های وارده با کاهش شیر مواجه می‌شود که این موضوع ممکن است سبب مشاجراتی بین مادر و شوهر شود. مادر ۲۳ ساله‌ای اظهار کرد که:

"...یه موقع با شوهرم بحثی بکنم بیشتر تو فکر می‌رم، هم در مورد شیرم که می‌گه نداری بش بدی خوب همین، بیشتر اگر بحثمون بشه بیشتر ناراحت می‌شم به خاطر شیرم، همین جور بحثمون می‌شه می‌گه تو شیر نداری برا بچه این همه خرجت کردم این همه خوراک خوب، چرا شیر نداری بهش بدی؟! این حرفا را می‌زنه می‌دونه من ناراحتم..."

مادر ۲۶ ساله‌ای گفت:

"...شوهرم بداخلاقه و سخته بود و خیلی سختی کشیدم..."
 بداخلاقی همسر و رفتار نامناسب وی با همسر از عوامل افزایش‌دهنده تنش در این مطالعه شناسایی شد، که اثرات نامطلوبی بر وضعیت روحی - روانی مادر ایجاد می‌کند.

عدم حمایت سازمان‌های بیمه‌گر

این طبقه خود از دو زیر طبقه دیگر؛ اطلاعات ناکافی والدین از بیمه شدن، و مشکلات سیستم بیمه شکل گرفت.
 "مشکل اینکه بیمه نداریم، آزاده خرج بیمارستان ما خوزستانی هستیم یک سال ساکن اینجا هستیم بعد دردم گرفت شوهرم مرا اینجا آورد چون جای دیگه را بلد نیست وقتی منا

آورد نمی‌دونست باید بیمه آزاد برام درست کنه، دیگه تا الان نمی‌دونست باید بیمه آزاد برام درست کنه، دیگه تا الان وقتی که فهمید که منا خواستن مرخص کنن گفتن باید بیمه تا درست کنی...".

مشکلات اقتصادی والدین

این طبقه خود شامل زیرطبقات دیگری از قبیل زجر ناشی از هزینه‌های سنگین، هزینه‌های بالای بستری در بخش مراقبت ویژه، و فشار اقتصادی والدین بود. بر اساس تحلیل داده‌ها ناتوانی پدر در پرداخت هزینه‌های بیمارستانی یکی دیگر از عوامل افزایش‌دهنده تنش برای والدین است. همچنان که مادر ۲۶ ساله‌ای اظهار کرد که:

"...شوهرم خیلی زجر می‌کشه به خاطر خرج بیمارستان، نمی‌دونستم خرجش این قدره! ولی دیدم که اثاث خونه را می‌فروشه، برا خرج بیمارستان تا رفتم خونه دیدم ائام نیست گفتم کجاست گفت دست کسی امانت برام می‌یاره ولی دیدم فروخته دست کسی نیست. به روم نیورد که من پول ندارم وقتی هم می‌یاد بیمارستان می‌خنده که من ناراحت نشم ولی می‌دونم ته دلش چیه همین...".

چنانچه مادر دچار زایمان زودرس شود، پدر ممکن است به دلیل مشکلات مالی و عدم رسیدگی به مادر خود را مقصر دانسته در این باره پدر ۳۹ ساله‌ای گفت:

"... به خاطر ضعیف بودن خانمم بوده نداشتم مالی بوده، پول نداشتم که درست حسابی بش برسم. مشکل مالی یعنی نداشتم که خانمها تقویتش کنیم، زایمانش راحت‌تر باشه. الان بچه ۸ ماهه به دنیا اومده...".

پزشک متخصص نوزادان با داشتن سابقه کاری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در این باره اظهار کرد:

"...هزینه بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادی سرسام‌آور استرس بستری نوزاد از یک طرف و هزینه‌هاش از طرف دیگه، برا والدین خیلی سخته".

زمینه‌های فرهنگی

این زیرطبقه آخرین زیرطبقه از طبقه مختل بودن سیستم‌های حمایتی بود که خود از زیرطبقات دیگری از قبیل

تأثیرات فرهنگی (ارجحیت جنسی نوزاد)، فقر فرهنگی (دو بعد مقصر دانستن مادر در ایجاد بیماری نوزاد، و بستر نامناسب ازدواج والدین) شکل گرفت. نتایج نشان داد تمایل پدر به جنسیت خاصی برای نوزاد می‌تواند برای مادر تنش‌زا باشد. اهمیت جنسیت پسر و تمایل وی به پرداخت هر هزینه‌ای برای درمان از نکات مهم در ایجاد تنش برای مادر است اما در صورت تولد نوزاد دختر بی‌توجهی به نوزاد و مادر می‌تواند برای مادر بسیار تنش‌زا باشد به خصوص مادر که در این دوره بحرانی نیاز به حمایت همسر خود دارد. برای مثال مادر ۲۸ ساله‌ای بیان کرد:

"...من از اون زمانی که بچه به دنیا اومد بستری بوده هر خرجی بود کردیم. چون پسر بوده و باباش پسر می‌خواست، چیزی نگفته چون اگه دختر بود این کار را نمی‌کرد. چون دیدم خانمی را که بچه‌ش دختر بود مشکل قلبی داشت گفت شوهرم نمی‌خواست بچه‌دار شیم ولی زمان بارداری مرا اذیت کرد بعد هم که بچه به دنیا اومد، نمی‌اومد پیش بچه و مادرش، ولی شوهر من همه‌ش می‌یاد ولی بعضی‌ها نمی‌یان، اینم تو روحیه مادر تأثیر داره...".

همچنین پرستار ۳۷ ساله با ۹ سال سابقه کاری در این رابطه گفت:

"...یکی بچه که حالا پسر یا دختره، بعضی‌ها بعد از دو سه تا دختر پسر به دنیا اومده، یا دختره بعد از دو سه تا پسر به دنیا اومده. نوزادشون پسره دختره، اینا خودش بستگی به شرایط خونوادگی داره...".

یکی از عوامل افزایش‌دهنده تنش برای مادر، مقصر دانستن وی در بیماری نوزاد است. این مسئله در بیماری‌های مادرزادی بیشتر است. اکثر بستگان و ملاقات‌کنندگان در بازدید از مادر وی را مقصر اصلی بیماری نوزاد می‌دانند که این امر سبب تنش مادر می‌شود مادر ۳۰ ساله‌ای بیان کرد که:

"...ملاقاتیا می‌گن مقصر خودت بودی اگه فلان کار را کرده بودی بهتر بود. یا مثلاً همه مقصر را مادر ندونن این بچه را مادر که به دنیا نیورده این بچه از طرف خداست، خدا هر طوری که می‌خواسته اونا به دنیا آورده، چرا بیشتر مادر را مقصر

می‌دونن؟ فکر می‌کنن مادر مقصره که این مشکل پیش بیاد..."

این مسئله در خانواده‌هایی که پدر و مادر ارتباط مناسبی ندارند دیده می‌شود همچنان که یکی از مادران مشارکت‌کننده ۲۶ ساله اظهار کرد:

"... پیش مادر شوهرم تو یک اتاق بودم پدرش مریض است. حرف می‌شنیدم و وقتی نداشتیم که به بچه برسیم یا به خودم برسیم خیلی سختی کشیدم حرف می‌شنیدم راحت نبودم... شوهرم بدخلاق بود من خونه مادرم بودم و می‌ترسیدم که به بچه این طوری شد چون شما آن جا بودید شما مقصر هستید..."

اگر فرهنگ جامعه زن و مرد را توانمند پرورش دهد پس از ازدواج هم پدران و مادرانی توانمند خواهند بود. پزشک متخصص نوزادان چنین گفت:

"...اگه ما دیدیم والدینی دچار مشکلات روحی روانی شدن، بستری هم برای درمان اونها وجود نداره، آموزش‌هایی که از قبل به مادر داده اون را آماده نکرده، در حقیقت همه مشکلات به health و سطح میزان فرهنگ و life style تمام آحاد زندگی مملکت ما برمی‌گرده،"

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که مشکلات اقتصادی والدین و هزینه‌های بیمارستان تنش والدین را در بخش مراقبت ویژه نوزادان افزایش می‌دهد. یافته‌های کریشنان در سال ۲۰۱۰ در امریکا نشان داد که افزایش شدت بیماری مشکلات مالی بیشتری را به همراه دارد، نوزادان خیلی کم وزن با مشکلات پیچیده، نیاز به حمایت‌هایی چون اکسیژن درمانی، پایش، داروها و بستری دارند. سن حاملگی پایین‌تر و بستری طولانی مدت‌تر مشکلات مالی بیشتری را به همراه داشت (۹).

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مراجعت مکرر والدین از عوامل دیگر افزایش‌دهنده تنش والدینی است. بر اساس نتایج مطالعه فری، کارتوریت، هووانگ و داویس در سال ۲۰۰۳ در استرالیا، مادران نوزادان بستری، در بخش مراقبت‌های ویژه

احساس ایزوله‌ی اجتماعی را تجربه کردند. بر اساس نتایج این مطالعه مشکلات مادی به وسیله اکثر خانواده‌ها تجربه شد. در استرالیا برای خانواده‌هایی که نیاز به پیمودن مسافت طولانی از خانه تا مراکز مراقبتی دارند حمایت مالی وجود دارد. زمانی که مدت بستری طولانی‌تر باشد مشکلات مالی هم بیشتر می‌شوند (۱۰).

گرفین معتقد است که خانواده‌ها باید با مشکلات مالی و اختلال در زندگی خانوادگی سازگاری یابند. به‌ویژه در صورتی که فاصله زیاد بیمارستان تا خانه این مشکلات را شدت می‌بخشد. پرستاران باید احساسات والدین را بپذیرفته و آن‌ها را بشناسند. ارجاع به خدمات اجتماعی اهمیت به‌سزایی دارد. والدین نگرانی‌های متعددی چون نگرانی درباره درمان دارویی نوزادشان، دوره درمان بیماری، پیش‌آگهی و کیفیت زندگی داشتند (۱۱).

بر اساس نتایج مطالعه ما عدم حمایت پرسنل و مشاهده اقدامات درمانی برای والدین سبب افزایش تنش در آنان می‌شود. حولستی و همکاران در سال ۲۰۰۸ در کانادا اظهار کردند که اقدامات تهاجمی متعددی برای بقاء نوزادان نارس لازم است (۱۲). سیگناکو در سال ۲۰۰۸ بیان کرد که اقدامات روتین در داور در NICU به میزان کافی مدیریت نمی‌شود. مدیریت درد در نوزادان به دانش پزشکان و پرستاران بستگی دارد (۱۳).

بر اساس نتایج مطالعه ما زمینه‌های فرهنگی یکی از عوامل افزایش‌دهنده تنش والدین بود. لی و همکاران در سال ۲۰۰۵ در کره بیان کرد که مادرانی که نوزاد آن‌ها مشکل سلامتی مشخص دارد احساس خود تقصیری داشتند. در کشورهای جنوبی آمریکا پاسخ به تولد نوزاد نارس برای مادر به صورت احساس خشم نمایان می‌گردد. درحالی‌که مادران کره‌ای احساس گناه و تقصیر و خود سرزنشی دارند. این سنت فرهنگی نیاز دارد که مادران در طول حاملگی تفکرات مثبتی داشته باشند و از خود مراقبت نمایند. احساس ننگ بسیار بالایی از تولد نوزاد نارس و تأخیر تکاملی و نقص موجود دیده شد که نگرانی‌های

مادر درباره نوزاد را افزایش داد. مادران کره‌ای از بروز احساسات خودداری می‌کنند که منجر به جدایی و افسردگی می‌شود (۱۴). این در حالی است که بر اساس مطالعه ما در بخش کیفی پدران از ابزار احساسات خودداری کردند.

براساس نتایج مطالعه حاضر ارجحیت جنسی نوزاد توسط پدر از عوامل افزایش‌دهنده تنش برای مادران بود. یافته‌های مطالعه ویلیس و همکاران در سال ۲۰۰۹ نشان داد که مادران نوزاد پسر نسبت به بیماری آن‌ها حساس‌تر از مادران نوزاد دختر هستند. خانه‌دارهای دارای نوزاد دختر از تسهیلات مراقبت عمومی ارزان‌تر استفاده کردند، در حالی برای پسران ترجیح می‌دادند از مراکز مجهزتر و خصوصی استفاده نمایند. در دوره‌ی نوزادان جستجوی مراقبت توسط مادر برای حاملگی دختران نسبت به پسران بیشتر غفلت شده بود (۱۵).

براساس نتایج این مطالعه مختل بودن عوامل حمایتی سبب افزایش تنش در والدین می‌شد. ورکلان در سال ۲۰۰۴ بیان کرد والدین و خانواده‌ها در طول بستری نوزاد تنش بالایی را تجربه می‌کنند و هنگامی که خطوط ارتباطی با پرسنل مناسب نباشد مواجهه با ارائه‌دهندگان مراقبت برای آن‌ها تنش‌زاست (۱۶).

ویگرت و همکاران در سال ۲۰۰۸ در سوئد نیز اظهار کردند که حضور و مشارکت والدین باید افزایش یابد. اگرچه این شرایط نیاز به منابع اقتصادی و بررسی شخصی به‌وسیله پرسنل مناسب دارد. مراقبت فنی پزشکی، کمبود پرسنل و فضا شرایط را برای

والدین مشکل ساخته است و این شرایط درگیری و مشارکت والدین توسط پرسنل را پیچیده‌تر ساخته است. راه‌کارهای ملموسی برای توسعه شرایط مطلوب برای حضور و مشارکت والدین وجود ندارد (۱۷). این یافته نتیجه مطالعه ما را تأیید کرده است چرا که بر اساس مطالعه ما به‌دلیل کمبود امکانات حضور دائم والدین در بخش امکان‌پذیر نیست.

نتیجه‌گیری نهایی

خانواده، مهم‌ترین بخش جامعه است. نتایج مطالعه ما نشان داد که اختلال در سیستم حمایتی والدین در بخش مراقبت ویژه نوزادی وجود داشت که به‌منظور تأمین و ارائه مراقبت‌های مطلوب لازم است فضای بخش مراقبت ویژه نوزادان تغییر یابد و والدین در امر مراقبت مشارکت داده شوند. پیشنهاد می‌شود با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر راهکارهای لازم جهت پوشش سیستم بیمه در بخش مراقبت ویژه نوزادان صورت گیرد و با همکاری سازمان‌های دیگر چون آموزش پرورش و صدا و سیما اقدامات اساسی برای ارتقای زمینه‌های فرهنگی جامعه انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

محققان از کلیه مشارکت‌کنندگان در بیمارستان‌های الزهرا، صدوقی، و بهشتی کمال تشکر را دارند.

منابع

- 1- Malakouti J, Jebraeili M, Valizadeh S, Babapour J. Mothers' experience of having a preterm infant in the Neonatal Intensive Care Unit, a Phenomenological Study. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2013;5(4):172-81.
- 2- Nicolaou M, Glazebrook C. Emotional support for families of sick neonates. Paediatrics and child health. 2008;18(4):196-9.
- 3- Gavey J. Parental perceptions of neonatal care. Journal of Neonatal Nursing. 2007;13(5):199-206.
- 4- Bramwell R, Weindling M. Families' views on ward rounds in neonatal units. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition. 2005;90(5):F429-F31.

- 5- Mounts KO. Screening for maternal depression in the neonatal ICU. *Clinics in perinatology*. 2009;36(1):137-52.
- 6- Health organization and Medical Education Postgraduate Educational applications take special care babies. Approved the thirty-ninth session of the Supreme Council for Planning Medical Sciences. [www. mbs.behdasht.gov.ir/index.aspx](http://www.mbs.behdasht.gov.ir/index.aspx)
- 7- Akbrbglv M, Zadeh L, Asadullah M. Midwives and nurses about the importance of nursing support of parents with premature infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Journal of Critical Care Nursing*. 2009, 2 (2): 71-4.
- 8- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
- 9- Balakrishnan A, Stephens BE, Burke RT, Yatchmink Y, Alksninis BL, Tucker R, et al. Impact of very low birth weight infants on the family at 3 months corrected age. *Early human development*. 2011;87(1):31-5.
- 10- Fry MJ, Cartwright DW, Huang RC, Davies MW. Preterm birth a long distance from home and its significant social and financial stress. *Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology*. 2003;43(4):317-21.
- 11- Griffin T. Supporting families of infants with congenital heart disease. *Newborn and infant nursing Reviews*. 2002;2(2):83-9.
- 12- Holsti L, Grunau RE, Oberlander TF, Osioovich H. Is it painful or not?: Discriminant validity of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP) Scale. *The Clinical journal of pain*. 2008;24(1):83.
- 13- Cignacco E, Hamers JP, Stoffel L, Lingen RA, Schutz N, Muler R, et al. Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity. *Swiss Medical Weekly*. 2008;138(33):484.
- 14- Lee I, Norr KF, Oh K. Emotional adjustment and concerns of Korean mothers of premature infants. *International journal of nursing studies*. 2005;42(1):21-9.
- 15- Willis JR, Kumar V, Mohanty S, Singh P, Singh V, Baqui AH, et al. Gender differences in perception and care-seeking for illness of newborns in rural Uttar Pradesh, India. *Journal of health, population, and nutrition*. 2009;27(1):62.
- 16- Verklan MT. Malpractice and the neonatal intensive-care nurse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2004;33(1):116-23
- 17- Wigert H, Hellström A-L, Berg M. Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care—a field study. *BMC pediatrics*. 2008;8(1):3.

Assessment of parental support system in the neonatal intensive care unit: a qualitative study

Heidari H¹, *Hasanpour M^{2,3}, Fooladi M⁴

Abstract

Introduction: Parents of sick infants are incurred more stress than parents of healthy term infants. Since an important part of the responsibility of nurses are supports to the parents. The aim of this study was understands the system of parental support in neonatal intensive care unit.

Methods: Qualitative content analysis was used in this study. The participants included 21 parents, doctors and nurses in Isfahan hospitals who were selected by purposive sampling method.

Results: Based on data analysis, four main categories were identified. Insurance organizations do not support the disruption of family support, parental economic problems, and cultural contexts.

Conclusion: The family is the most important part of the community. Parental support system was impaired in neonatal intensive care unit. It is necessary to provide optimal care and environment NICU should be changed, Parents are involved in the care and necessary actions were done to promote the cultural background of community.

Key words: NICU, parental support, qualitative content analysis.

Received: 24 August 2014

Accepted: 25 September 2014

1- Faculty of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. 2- Nursing and Midwifery Care Research Center, Pediatric and Neonatal Intensive Care Nursing. Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. **(Correspondent author)** 3- Pediatric and Neonatal Intensive Care Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. **(Correspondent author)**
E-mail: hasanpour@nm.mui.ac.ir 4- College of Nursing Fulbright Scholar and Florida State University, College of Nursing, Florida, USA.