

میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد با استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

کبری امیدی^۱، فروزان آتش زاده شوریده^۲، اعظم شیرین آبادی فراهانی^۳، باقر پهلوان زاده^۴، لیلا خانعلی مجن^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. مربی، دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴، صفحات ۳۲-۲۴

چکیده

زمینه و هدف: پذیرش نوزاد در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان با عوارض زیادی همراه است. یکی از راهکارهای کاهش عوارض، ارایه مراقبت‌های پرستاری مطابق با استانداردهای پذیرش است. این مطالعه به منظور تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد با استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان انجام شد. **مواد و روش‌ها:** در پژوهش توصیفی مقطعی حاضر، ۲۶۷ مورد مراقبت پرستاری حین پذیرش در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی منتخب شهر قزوین در سال ۱۳۹۳ با روش نمونه‌گیری از رویداد سهمیه‌ای مورد مشاهده قرار گرفت. اطلاعات از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی نوزادان بستری و پرستاران شاغل، همچنین فهرست و ارسی مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد، جمع‌آوری شدند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی تحت نرم افزار آماری SPSS ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری با استانداردها برابر با ۵۱ درصد بود. ۳۶/۸۴ درصد مراقبت‌ها مطلوب، ۱۴/۰۳ درصد متوسط و ۴۹/۱۲ درصد مراقبت‌ها ضعیف ارایه می‌شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، عملکرد پرستاران در خصوص مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش در مقایسه با استانداردها در سطح متوسطی قرار داشت. به منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌ها، به کارگیری راهنمای بالینی مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد و نظارت بالینی مدیران پرستاری بر حسن اجرای آن‌ها پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مراقبت پرستاری، پذیرش، نوزاد، استاندارد

نویسنده مسوول:

فروزان آتش زاده شوریده
دانشگاه علوم پزشکی شهید
بهشتی

پست الکترونیک:
f_atashzadeh@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۳۰

مقدمه

نیز معمولاً منجر به جدایی و فرصت‌های محدود برای مادر و نوزاد جهت اتصال و پیوند می‌شود.^۷ نوزادانی که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان پذیرش می‌شوند و از مادران جدا می‌مانند، در معرض بیشترین خطر اختلال دل‌بستگی با مادر هستند.^۸

والدین نیز حین پذیرش نوزاد در بخش، دارای نیازهایی از قبیل نیاز به اطلاعات، آموزش و ارتباط مناسب هستند و همواره اطلاعات را جهت کاهش اثر عاطفی پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه جستجو می‌کنند. جستجوی اطلاعات یک راه درگیر شدن در مراقبت از نوزاد است و می‌تواند حس کنترل و مسئولیت والدین را تقویت کند. عواملی مانند آموزش به والدین، درک نگرانی‌ها و عوامل تنش‌زا، رفتار حاکی از علاقه و توجه و دقت پرستار سبب می‌شوند تا مراقبتی با کیفیت بالاتر به هنگام پذیرش نوزاد ارایه شود.^۹ اداره سلامت نوزادان از سال ۱۳۸۵ در راستای اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد که سر لوحه آن کاهش مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال تا سال ۲۰۱۵ به میزان دوسوم می‌باشد، سعی نموده به منظور اعتلای

میزان مرگ‌ومیر نوزادان یک شاخص استاندارد جهت توسعه مراقبت بهداشتی، آموزشی و اجتماعی یک کشور می‌باشد و پرداختن به امر سلامت نوزادان از ضروریات امور بهداشتی محسوب می‌شود. هر سال تقریباً ۱۵-۱۰ درصد نوزادان در بخش مراقبت ویژه نوزادان پذیرش می‌شوند و این پذیرش‌ها معمولاً غیر قابل پیش‌بینی هستند.^۱ پذیرش نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان با آسیب‌های زیادی همراه است؛^۲ چرا که رویه‌های تهاجمی دردناک، به طور مکرر بر روی نوزادان بستری انجام می‌شوند.^۳ مراقبت از این نوزادان آسیب‌پذیر در زمان پذیرش به دلیل شرایط خاص مانند هیپوترمی، ذخایر کم انرژی و کمبود سورفکتانت (Surfactant) بفرنج‌تر می‌شود.^۴ تقریباً ۶۶ تا ۹۳ درصد نوزادان با وزن بسیار کم هنگام تولد و درجه حرارت پایین بدن در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان پذیرش می‌شوند.^۵ این در حالی است که هیپوترمی در زمان پذیرش، خود با افزایش بیماری و مرگ‌ومیر نوزادان نارس همراه است.^۶ پذیرش مستقیم نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه

استفاده از مقالات پژوهشی معتبر ایران و جهان، پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های تدوین شده بین سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۴ و کتب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۴ که در رابطه با مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزادان در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بودند، گردآوری شد. ۱۷-۲۴، ۹، ۱۵-۱۷ جهت تعیین رویای فهرست واری‌های پذیرش، از روش بررسی روایی صوری و محتوا استفاده شد. فهرست واری‌های پذیرش نوزاد پس از طراحی و تدوین بر اساس متون، توسط ۱۰ نفر از متخصصین و اعضای هیئت علمی پرستاری و تیم پژوهش، مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت و اصلاحات لازم انجام شد. شاخص روایی محتوای فهرست واری‌های پذیرش نوزاد برابر با ۰/۹۴ بود.

جهت بررسی پایایی فهرست واری‌های پذیرش نوزاد از روش توافق بین مشاهده‌گران استفاده شد. به این منظور فهرست واری‌های پذیرش نوزاد در اختیار مشاهده‌گر دوم که از نظر دقت عمل، مهارت، دانش و آگاهی همانند پژوهشگر (پرستار بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با ۶ سال سابقه کاری) بود، قرار داده شد. دو مشاهده‌گر فهرست واری‌های پذیرش نوزاد را برای ۱۰ مراقبت، هم‌زمان تکمیل کرده و ضریب همبستگی میان مشاهدات آن‌ها برابر با ۰/۹۷ بدست آمد.

فهرست واری‌های پذیرش نوزاد دارای نمره کل ۱۱۴ بوده و در هر عبارت برای سنجش مطابقت اجرای هر مراقبت با استانداردهای حین پذیرش، با مقیاس بله درست انجام می‌شود (نمره ۲)، بله درست انجام نمی‌شود (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) سنجیده شد. با توجه به مقدار فراوانی، نمره کل مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد از صفر تا ۱۰۰ درصد بود که در سه گروه ۳۳-، ۳۳-۶۷ درصد (مراقبت ضعیف)، ۶۷-۳۴ درصد (مراقبت متوسط) و ۶۸-۱۰۰ درصد (مراقبت مطلوب) طبقه‌بندی شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از ذکر نام بیمارستان‌ها در بیان نتایج پژوهش خودداری گردید و در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات به مسوولین اطمینان داده شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی از مسوولین، رضایت مراکز منتخب نیز اخذ گردید. سپس پژوهشگر با دست داشتن فهرست واری‌های پذیرش، روزانه در سه شیفت صبح، عصر و شب به بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان مراجعه کرده و مشاهده‌های ساختاریافته بر اساس فهرست واری‌های پذیرش نوزاد از آرایه مراقبت‌هایی که در رابطه با پذیرش نوزاد انجام می‌شود، به عمل آورد و نتیجه مشاهدات به صورت انتخاب گزینه‌های فهرست واری‌های ثبت شد. تمام مشاهدات توسط یک نفر (پژوهشگر) انجام شد. پژوهشگر جهت کنترل این امر در تمام طول شیفت در بخش حضور داشته و با توجه به رویداد، چک لیست را تکمیل می‌نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحت نرم‌افزار آماری ۲۱ SPSS انجام شد.

یافته‌ها

۷۰/۸ درصد نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان دارای سن جنینی زیر ۳۷ هفته بودند و اکثراً (۷۷/۳ درصد) به روش سزارین متولد

سلامت و کاهش مرگ و میر دوره نوزادی، بهبود کیفیت آرایه خدمات مراقبتی به نوزاد را در اولویت کارهای خود قرار دهد. کیفیت مراقبت از نوزاد به استقرار واحد مراقبت ویژه از نوزاد، حسابرسی منظم و ارزیابی خدمات آرایه شده بستگی دارد.^{۱۰}

حسابرسی یکی از مؤلفه‌های مهم برنامه حاکمیت بالینی و یک فرایند ارتقا کیفیت است که با هدف بهبود کیفیت خدمات و مراقبت‌های آرایه شده به بیماراران و نتایج حاصل از آن صورت می‌گیرد و این عمل را از طریق مرور نظام‌مند وضعیت موجود و مطابقت آن‌ها با استانداردهای صریح و روشن و انجام مداخله و ایجاد تغییر به انجام می‌رساند.^{۱۱} در مطالعه Hubbard and Haines (۲۰۰۶) پیشنهاد شده است که میزان مطابقت مراقبت‌های مرتبط با پذیرش نوزاد در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان به عنوان بخشی از موضوعات بررسی کیفیت خدمات پرستاری انجام شود.^{۱۲، ۱۳} با مروری بر مطالعات تا زمان انجام پژوهش کنونی، مطالعه‌ای در زمینه بررسی میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با پذیرش نوزاد با استانداردها در بخش مراقبت‌های ویژه، یافت نشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد با استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین از ابتدای مرداد ماه تا پایان دی ماه سال ۱۳۹۳ انجام شد. در این مطالعه به سه گام اول حسابرسی (تهیه استانداردهای مراقبتی، تعیین وضعیت موجود و مقایسه آن با استانداردها) پرداخته شد.^{۱۱} کلیه مراقبت‌های پرستاری مرتبط با پذیرش نوزاد، جامعه پژوهش کنونی را تشکیل دادند. بر اساس بررسی متون و با توجه به این که مطالعه‌ای در این خصوص یافت نشد، حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و حداکثر خطای برآورد ۰/۰۶ بر اساس فرمول حجم نمونه (۱/۹۶)
$$= \frac{z_{\alpha/2} - d}{1 - d} \cdot p$$
 (d = ۰/۰۶، p = ۰/۵، $z_{\alpha/2}$ = ۱/۹۶) تعداد ۲۶۷ مراقبت به دست آمد.

۲۶۷ مورد مراقبت به شیوه نمونه‌گیری از رویداد سهمیه‌ای انتخاب شدند. در نمونه‌گیری از رویداد، مشاهده از وقایع و رخداد‌های خاص مربوط به مطالعه انجام می‌شود که به دانش پژوهشگر نسبت به موقعیت و شرایط خاصی که رویداد مورد نظر در آن شرایط اتفاق می‌افتد، وابسته است.^{۱۴} بخش‌های مراقبت‌ویژه نوزادان دو بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی قزوین به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند. به منظور تعیین حجم نمونه از دو بیمارستان؛ ابتدا میانگین تعداد نوزادان پذیرش شده در هر بیمارستان مشخص و سپس با استفاده از نمونه‌گیری سهمیه‌ای از هر بیمارستان، تعداد نوزادان و مراقبت‌ها تعیین شد. به این ترتیب ۲۰۰ مراقبت از بیمارستان الف و ۶۷ مراقبت باقیمانده از بیمارستان ب انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی نوزادان بستری و پرستاران شاغل و نیز فهرست واری‌های ۵۷ عبارتی مراقبت‌های پرستاری به روش استاندارد حین پذیرش نوزادان در بخش‌های مراقبت ویژه بود که با

مانیتور متصل می‌نمودند، سطح اشباع اکسیژن نوزاد را اندازه‌گیری می‌نمودند، تزریق آمپول ویتامین k و واکسن هپاتیت B را طبق دستور پزشک انجام می‌دادند، آزمایشات درخواستی پزشک را ارسال و جذب و دفع نوزاد را کنترل می‌نمودند. در ۹۹ درصد موارد، تجهیزات مورد نیاز نوزاد قبل از استفاده گرم نشده بود و در ۹۱ درصد موارد دست‌ها قبل از تماس با نوزاد شسته نشده بود. همچنین در ۱۰۰ درصد موارد جهت انجام مراقبت‌های پرستاری، از والدین نوزاد رضایت اخذ نشده و در یک ساعت اول پذیرش، علایم حیاتی نوزاد هر ۱۰ دقیقه کنترل نشده بود.

شده بودند. ۴۹/۱ درصد نوزادان وزنی کمتر از ۲ کیلوگرم داشتند و ۴۷/۲ درصد فرزند اول خانواده بودند و ۴۰/۸ درصد نوزادان از اتاق عمل پذیرش شده بودند. سایر ویژگی‌های فردی نوزادان پذیرش شده ۵۰ پرستار زن شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در جدول ۱ ارایه شده است. میزان مطابقت اجرای مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان با استانداردها برابر با ۵۱ درصد بود که بیانگر عملکرد متوسط پرستاران در امر مراقبت پرستاری است (جدول ۲). در مجموع ۳۶/۸۴ درصد مراقبت‌ها مطلوب، ۱۴/۰۳ درصد متوسط و ۴۹/۱۲ درصد مراقبت‌ها ضعیف ارایه می‌شد. جدول ۳ نشان می‌دهد پرستاران در ۱۰۰ درصد موارد نوزاد را تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار می‌دادند، پروب پالس‌اکسی‌متر را به نوزاد و

جدول ۱: ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)
سن (روز)	۰-۱ (۸۳/۹۰)
	۲-۷ (۶/۷۴)
	۸-۱۴ (۴/۱۲)
	>۱۴ (۵/۲۴)
جنسیت	دختر (۴۲/۳۲)
	پسر (۵۷/۶۸)
شیفت پذیرش نوزاد	صبح (۲۲/۸)
	عصر (۳۸/۲)
	شب (۳۹)
میزان تحصیلات	کارشناسی (۹۶)
	کارشناسی ارشد (۴)
گذراندن دوره‌های آموزشی	بلی (۶)
مراقبت ویژه نوزادان	خیر (۹۴)
	صبح (۴)
پرستاران	در گردش (۹۴)
	شب (۲)
نوع شیفت کاری	میانگین \pm انحراف معیار ۳۲/۰۲ \pm ۶/۲۶
سن (سال)	میانگین \pm انحراف معیار ۶/۶۷ \pm ۵/۳۳
سابقه کاری (سال)	

جدول ۲: میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مین پذیرش با استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

اجرای مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش در مقایسه با استانداردها	تعداد (درصد)
درست	۶۸۲۵ (۴۵/۵۴)
بلی	۱۶۸۰ (۱۱/۲)
خیر	۶۴۸۳ (۴۳/۲۶)
جمع	۱۴۹۸۸ (۱۰۰)
درصد نمره کل	۵۱

مدول ۳: توزیع فراوانی مراقبت‌های پرستاری مین پذیرش مطابق با فهرست واری پذیرش نوزاد در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان

خبر	بی		اجرای مراقبت‌های پرستاری
	درست انجام می‌شود	درست انجام نمی‌شود	
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۵ (۱)	۱۹۰ (۷۲)	۷۲ (۲۶)	تجهیزات مورد نیاز نوزاد را آماده می‌کند.
۲۶۶ (۹۹)	۰ (۰)	۱ (۱)	تجهیزات مورد نیاز نوزاد را قبل از استفاده گرم می‌کند.
۴ (۱)	۸ (۳)	۲۵۵ (۹۶)	وارمر را بروی مد خود کنترل و دمای ۳۶/۵ تنظیم می‌کند.
۱۹۵ (۷۳)	۵۸ (۲۲)	۱۴ (۵)	دستگاه ساکشن را کنترل و آماده می‌کند.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	نویاف را کنترل و آماده می‌کند.
۵۸ (۲۲)	۱۹۶ (۷۳)	۱۳ (۵)	ویتال‌تور را کنترل و STANDBY می‌کند.
۲۴۴ (۹۱)	۱۶ (۶)	۷ (۳)	دست‌ها را قبل از تماس با نوزاد می‌شوید.
۱۹۳ (۷۲)	۱۰ (۴)	۶۴ (۲۴)	خود را به اعضای خانواده نوزاد معرفی می‌کند.
۲۶ (۱۰)	۱۵۰ (۵۶)	۹۱ (۳۴)	هنگام پذیرش نوزاد به منظور کاهش اضطراب والدین با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	جهت انجام مراقبت‌های پذیرش از والدین رضایت می‌گیرد.
۱۱۵ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	نوزادانی که از خانه، بخش نوزادان و مراکز دیگر پذیرش می‌شوند را از نوزادان دیگر در NICU ایزوله می‌کند.
۶۷ (۲۵)	۰ (۰)	۲۰۰ (۷۵)	دستبند مشخصات نوزاد را کنترل می‌کند.
۶۸ (۲۶)	۰ (۰)	۱۹۹ (۷۴)	بعد از چک مجدد برچسب با مشخصات نوزاد، آن را به هر دو منج پای نوزاد و یک دست می‌بندد.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	از والدین می‌خواهد تا تایید دستبند شناسایی نوزاد را در پرونده به صورت کتبی ثبت و امضا نمایند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	دستور کتبی پذیرش نوزاد را دقیق کنترل می‌کند.
۶ (۲)	۱۸ (۷)	۲۴۳ (۹۱)	نوزاد را تحت یک وارمر تابشی که از قبل گرم شده قرار می‌دهد.
۹۲ (۳۴)	۲ (۰/۱)	۱۷۳ (۶۵/۹)	بعد از قراردادن نوزاد زیر وارمر پوشش نوزاد را بر می‌دارد.
۷ (۲)	۷۰ (۲۶)	۱۹۰ (۷۲)	پروپ کنترل درجه حرارت پوست را در قسمت کناری شکم، ترجیحاً روی کبد قرار می‌دهد.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	محیط را از نظر دمای خنثی کنترل می‌کند.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	سلفون پلاستیکی را تحت وارمر قرار می‌دهد.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	درجه حرارت آگزیلاری نوزاد را هر ۱۰ دقیقه در یک ساعت اول کنترل می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	نوزاد را تحت مانیتورینگ قلبی ریوی قرار می‌دهد.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	پروپ پالس اکسی‌متر را به نوزاد و مانیتور متصل می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	سطح اشباع اکسیژن نوزاد را اندازه‌گیری می‌کند.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	میزان spo2 در نوزاد کمتر از ۲۹ هفته در محدوده ۸۹-۸۷ درصد، در نوزاد ۳۲-۲۹ هفته در محدوده ۹۲-۸۹ درصد و در نوزاد بیشتر از ۳۲ هفته در محدوده ۹۵-۹۰ درصد تنظیم می‌کند.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	لیدهای قلب را با ژل آبی به قفسه سینه نوزاد دور از منطقه گرافی ریه و به مانیتور وصل می‌کند.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	محدوده آلارم مانیتورینگ را با توجه به وضعیت نوزاد و ۲۰ تا ۲۵٪ حد بالا و پایین تنظیم می‌کند.
۱۹ (۷)	۲ (۰)	۲۴۶ (۹۳)	کاف فشار خون را در اندام دارای پروپ پالس اکسی‌متر نمی‌بندد.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	فشار خون را هر ۱۰ دقیقه در یک ساعت اول کنترل می‌کند.
۱۴۴ (۵۴)	۱۰۳ (۳۹)	۲۰ (۷)	معاینه فیزیکی را انجام می‌دهد.
۷۵ (۲۸)	۰ (۰)	۱۹۲ (۷۲)	به هنگام پذیرش، نوزاد را وزن می‌کند.

ادامه جدول ۳

۵۳ (۲۰)	۵۸ (۲۲)	۱۵۶ (۵۸)	پوشش نوزاد را در زمان گرفتن وزن، رعایت می‌کند.
۲۱۳ (۸۰)	۱۸ (۷)	۳۶ (۱۳)	مقدار وزن را روی برگه چارت در پرونده ثبت می‌کند.
۹۹ (۳۸)	۲۰ (۷)	۱۴۸ (۵۵)	دور سر نوزاد را اندازه‌گیری می‌کند.
۶۹ (۲۶)	۳۶ (۱۳)	۱۶۲ (۶۱)	اندازه دور سر نوزاد را در پرونده ثبت می‌کند.
۹۲ (۳۴)	۵ (۲)	۱۷۰ (۶۴)	قد نوزاد را اندازه‌گیری می‌کند.
۷۱ (۲۷)	۳۵ (۱۳)	۱۶۱ (۶۰)	اندازه قد نوزاد را در پرونده ثبت می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	اگر آمپول ویتامین k و واکسن هپاتیت B تزریق نشده، طبق دستور پزشک تزریق را انجام می‌دهد.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	(۰)	تعداد و ریتم تنفس نوزاد را هر ۱۰ دقیقه در یک ساعت اول کنترل می‌کند.
۲۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	(۰)	تعداد و ریتم ضربان قلب نوزاد را هر ۱۰ دقیقه در یک ساعت اول کنترل می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	آزمایشات دستور داده شده توسط پزشک را ارسال می‌کند.
۰ (۰)	۴ (۱/۵)	۲۶۳ (۹۸/۵)	مسیر وریدی محیطی برای نوزاد برقرار می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	در صورت عدم موفقیت رنگ‌گیری نوزاد بعد از ۲ بار، این کار را به همکار مجرب خود محول می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	در صورت دستور تزریق آنتی‌بیوتیک پرستار با حضور پرستار دیگر پس از گرفتن نمونه کشت خون، اولین دوز را به نوزاد تزریق می‌کند.
۲۰۰ (۷۵)	۰ (۰)	۶۷ (۲۵)	برای انفوزیون دارو و سرم از پمپ انفوزیون استفاده می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	جذب و دفع نوزاد را کنترل می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	نوزاد را در سیستم کامپیوتر پذیرش می‌کند.
۰ (۰)	۰ (۰)	۲۶۷ (۱۰۰)	مشخصات پذیرش نوزاد را در دفتر پذیرش ثبت می‌کند.
۶ (۲/۵)	۲۸ (۱۰/۵)	۲۳۳ (۸۷)	به والدین اجازه می‌دهد که نوزادشان را در بخش در اولین زمان ممکن بعد از پذیرش ملاقات کنند.
۲۶۴ (۹۹)	۱ (۰/۳)	۲ (۰/۷)	در زمان ملاقات با والدین ضمن خوش آمدگویی، محل جغرافیایی بخش، تسهیلات آن و کارکنان را به آنان معرفی می‌کند.
۶۳ (۲۴)	۱۷۱ (۶۴)	۳۳ (۱۲)	والدین را از شرایط نوزاد و آخرین اطلاعات مطلع می‌کند.
۲۹ (۱۱)	۹۲ (۳۴)	۱۴۶ (۵۵)	به هنگام پذیرش به مادر نحوه دوشیدن شیر، ذخیره‌سازی، آماده‌سازی و مزیت شیر مادر را آموزش می‌دهد.
۵۱ (۱۹)	۱۵۲ (۵۷)	۶۴ (۲۴)	شستن دست را به والدین آموزش می‌دهد.
۱۱ (۴)	۵۶ (۲۱)	۲۰۰ (۷۵)	پوشیدن گان و روکفشی را به والدین آموزش می‌دهد.
۲۲۲ (۸۳)	۳۱ (۱۲)	۱۴ (۵)	تماس پوست به پوست را به والدین آموزش می‌دهد.
۲۵۵ (۹۵)	۷ (۳)	۵ (۲)	پس از دادن آموزش به والدین، ارزشیابی انجام می‌دهد.
۰ (۰)	۱۴۳ (۵۴)	۱۲۴ (۴۶)	مراقبت‌های پذیرش را در پرونده نوزاد به طور کامل و دقیق ثبت می‌کند.

بحث

گزارش نویسی،^{۲۱} اجرای دستورات دارویی،^{۲۲} وضعیت انتقال درون بیمارستانی نوزادان،^{۲۳} فتوتراپی،^{۲۴} مراقبت از خون (هموویژلانس)، در سطح متوسطی نشان دادند.^{۲۵} همسو بودن یافته‌های پژوهش کنونی با یافته‌های پژوهش‌های مذکور، حاکی از وجود ضعف در ارایه مراقبت در بخش مراقبت ویژه نوزادان است. به نظر می‌رسد کمبود نیروی پرستاری به خصوص در شیفت‌های عصر و شب، عدم آگاهی پرستاران نسبت به دستورالعمل‌ها، در دسترس نبودن دستورالعمل‌های استاندارد و عدم کنترل و نظارت دقیق مدیران پرستاری می‌تواند از علل عملکرد متوسط پرستاران باشد. لذا لازم

میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزادان بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان با استانداردها برابر با ۵۱ درصد بود که بیانگر عملکرد متوسط پرستاران در امر مراقبت حین پذیرش نوزادان است. در مطالعه جالو و همکاران (۱۳۸۷) کلیه مراقبت‌های پرستاری نوزادان مبتلا به سندرم دیسترس تنفسی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در سطح متوسط اجرا می‌شدند.^{۱۸} در مطالعه نجفی پور (۱۳۹۱) نیز انطباق مراقبت‌ها با استانداردهای موجود در سطح متوسطی قرار داشت.^{۱۹} یافته‌های مطالعات متعدد، عملکرد پرستاران را در زمینه‌های تغذیه نوزادان نارس،^{۲۰}

یافته‌های مطالعه حاضر همچنین نشان داد که در اغلب موارد، دست‌ها قبل از تماس با نوزاد شسته نشده بودند و در برخی موارد نیز در صورت شستشو، این کار به درستی انجام نشده بود. در این راستا نتایج مطالعه ارشدی بستان‌آباد و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که بیشترین موانع رعایت بهداشت دست، به ترتیب اعتقاد به بهداشت دست، نوع نگرش به تاثیر بهداشت دست در کنترل عفونت، تعداد زیاد نوزادان بستری در بخش، نبود دستمال کاغذی، حجم کاری بالا، عدم رعایت بهداشت دست توسط سرپرستار و پزشکان بودند.^{۳۱} بر اساس نتایج پژوهش زندیه و برزو (۱۳۹۱) کمترین مواردی که در بهداشت دست رعایت می‌شد، شست و شوی دست‌ها با آب و صابون قبل و بعد از مراقبت و شست و شوی دست‌ها پس از خروج دستکش از دست بود.^{۳۲} که با یافته‌ی حاصل از پژوهش حاضر همسو است. در پژوهش‌های انجام شده در آمریکا^{۳۳} و هنگ کنگ^{۳۴} میزان رعایت بهداشت دست در حد متوسط بود؛ در حالی که در پژوهش فرنیا و همکاران (۱۳۸۱)، پرستاران و پزشکان به ترتیب ۱۵ درصد و صفر درصد اقدام به شستن دست کرده بودند^{۳۵} و در پژوهشی که توسط Asare و همکاران (۲۰۰۹) در غنا انجام گرفت، میزان رعایت بهداشت دست‌ها توسط پزشکان و پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ضعیف بود.^{۳۶} غفلت و عدم توجه به این مهم را شاید بتوان به حجم کاری زیاد کارکنان، تعداد زیاد بیماران تحت مراقبت، شرایط کار اورژانسی، ضرورت سرعت عمل بالا برای ارایه مراقبت و آگاهی اندک در مورد اهمیت دست‌شستن و عدم کنترل و نظارت مناسب بر عملکرد کارکنان نسبت داد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، در اغلب موارد تماس پوست به پوست به والدین آموزش داده نشده بود. متأسفانه مطالعه‌ای در این رابطه یافت نشد؛ اما در مورد پیامدهای این تماس، مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که تماس پوستی مادر و نوزاد، میزان دلبستگی مادری را افزایش و میزان اضطراب مربوط به نوزاد را کاهش می‌دهد.^{۳۷} از طرفی در پژوهش Srivastava و همکاران (۲۰۱۴) مشخص گردید که تماس پوست به پوست مادر و نوزاد، موجب تقویت مکیدن نوزاد، رضایت مادر و کنترل درجه حرارت و وزن نوزادان می‌شود.^{۳۸} بنابراین، عدم لمس نوزاد توسط والدین و عدم آموزش مناسب این مساله، می‌تواند اثرات نامطلوبی بر سلامتی مادر و نوزاد به همراه داشته باشد.

نتایج مطالعه حاضر، کم توجهی و غفلت پرستاران نسبت به اهمیت مراقبت خانواده محور و تاکید بر جلب مشارکت اعضای خانواده در مراقبت از نوزاد را نشان داد. در مطالعه Jaloo و همکاران (۲۰۰۸)، کمبود وقت و مهارت ناکافی پرستاران، سبب غفلت در ارتباط با والدین و متعاقباً عدم تأمین نیازهای حمایتی و اطلاعاتی والدین شده بود.^{۱۸} ضعف عملکرد پرستاران در مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل کمبود وقت، کمبود نیروی انسانی، اهمیت ندادن به این موضوع از سوی پرستاران و یا اضطراب والدین به عنوان مانعی بر دریافت آموزش‌های مناسب باشد.

است مسوولین با فراهم کردن دستورالعمل‌های استاندارد و ترغیب پرستاران جهت رعایت آن‌ها، برگزاری دوره‌های آموزشی ضمن خدمت و نظارت دقیق بر حسن اجرای دستورات به رفع این چالش‌ها بپردازند.

در مطالعه حسابرسی مراقبت‌های پرستاری مرتبط با نوزاد مادر مبتلا به دیابت، رعایت استانداردها در سطح مطلوب ارزیابی شد.^{۲۶} احتمالاً تفاوت یافته‌ی پژوهش کنونی با پژوهش مذکور، به دلیل اختصاصی بودن و دسترسی به دستورالعمل مشخص مراقبت پرستاری مرتبط با نوزاد مادر مبتلا به دیابت باشد. بنابراین نصب دستورالعمل در بخش می‌تواند زمینه را برای استفاده پرستاران در هنگام نیاز فراهم نماید.

یافته‌های پژوهش کنونی بیانگر مطلوب بودن برخی مراقبت‌ها از قبیل مانیتورینگ قلبی‌ریوی، اتصال پروب پالس‌اکسی‌متر به نوزاد و مانیتور، اندازه‌گیری سطح اشباع اکسیژنی نوزاد، تزریق آمپول ویتامین k و واکسن هپاتیت B طبق دستور پزشک، ارسال آزمایشات دستور داده شده توسط پزشک و کنترل جذب و دفع نوزاد بود. این یافته‌ها با مطالعات گودرزی و همکاران (۲۰۱۵)^{۲۷} و اعتضادی جمع و همکاران (۱۳۹۱)^{۲۸} همسو بود. گودرزی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه خود با هدف تعیین میزان اجرای جنبه‌های مراقبت تکاملی در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان دریافتند که میزان رعایت مراقبت معمول و روزانه در حد مطلوب بود.^{۲۷} مطالعه اعتضادی جمع و همکاران (۱۳۹۱) با هدف تعیین تاثیر اجرای یک راهنمای مدون تحویل نوبت کاری بر عملکرد ایمن پرستاران در حیطه‌ی مراقبت‌های قلبی تنفسی در بخش‌های مراقبت ویژه نیز بیانگر اجرای مطلوب مانیتورینگ قلبی بیمار بود،^{۲۸} اما مانیتورینگ تنفسی در مطالعه مذکور به طور کلی گزارش نشده بود و لذا امکان مقایسه یافته‌های مربوط به مانیتورینگ تنفسی وجود نداشت. مطلوب بودن سطح مراقبت‌های پرستاری ذکر شده، اهمیت و ضرورت پایش و پیگیری بیمار را نشان می‌دهد که در شرح وظایف پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به طور مشخص و واضح وجود دارد.

در بررسی مراقبت‌های حین پذیرش نوزاد، مشکلات عملکردی پرستاران در برخی موارد بیشتر بود. به عنوان مثال، در ۹۹ درصد موارد تجهیزات مورد نیاز نوزاد قبل از استفاده گرم نشده و در ۱۰۰ درصد موارد درجه حرارت آکزیلاری نوزاد هر ۱۰ دقیقه در یک ساعت اول کنترل نشده بود. کنترل و تثبیت درجه حرارت یک جزء بسیار مهم مراقبت از نوزاد است؛ چرا که هیپوترمی هنگام پذیرش، یک عامل مهم در بیماری و مرگ و میر نوزاد محسوب می‌شود.^{۲، ۲۹} یافته‌های مطالعه‌ای در نیجریه نشان داد که ۶۲ درصد نوزادان مورد مطالعه، دچار هیپوترمی بدو تولد بودند و ۳۷ درصد این نوزادان فوت شده بودند.^{۱۱} پژوهش دیگری در ساری گزارش نمود که حتی پس از تثبیت و انتقال نوزادان، ۱۰/۱ درصد از آن‌ها دچار هیپوترمی شدند.^{۳۰} علت ضعف عملکرد پرستاران در این رابطه می‌تواند ناشی از عدم آگاهی و یا بی‌توجهی آنان نسبت به اهمیت این موضوع باشد؛ بنابراین لازم است اهمیت این مراقبت‌ها و عوارض ناشی از غفلت در مراقبت مطلوب، در آموزش‌های ضمن خدمت مطرح گردد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

کبری امیدی: اجرای پژوهش و تهیه نسخه اولیه مقاله

فروزان آتش زاده شوریده: طراحی و نظارت بر انجام پژوهش، مشارکت

در تدوین و ویراستاری مقاله

اعظم شیرین آبادی فراهانی: مشارکت در تدوین مقاله

باقر پهلوان زاده: مشارکت در تجزیه و تحلیل داده‌ها

لیلا خانعلی مجن: مشارکت در تدوین مقاله.

سپاسگزاری

این پژوهش، حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان و طرح پژوهشی به شماره ثبت ۱۳۵۴۵-۱-۸۶-۱۳۹۳ و کمیته اخلاق مورخ ۱۳۹۳/۹/۲ در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی قزوین و کلیه همکارانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه کنونی می‌توان به تغییر رفتار و عملکرد پرستاران به دلیل حضور پژوهشگر اشاره نمود؛ هر چند سعی شد با حضور هر چه بیشتر در بخش و برقراری ارتباطی دوستانه با پرستاران و حذف ۳۰ مشاهده اولیه از یافته‌های پژوهش، از وقوع این امر تا حد ممکن جلوگیری گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش بیانگر عملکرد متوسط پرستاران در ارایه مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزادان در مقایسه با استانداردها بود. علت این امر را می‌توان به عدم توجه مراقبت‌کنندگان و نارسایی در آموزش و نظارت بالینی مدیران پرستاری نسبت داد. لذا بکارگیری راهنمای بالینی مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد مطابق با استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و نظارت بر حسن اجرای آن، بایستی مدنظر مدیران و پرستاران قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود بررسی علل عدم رعایت مراقبت‌های پرستاری حین پذیرش نوزاد در مقایسه با استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد. از طرفی در این پژوهش فهرست واریس با مروری بر متون بدون دسته‌بندی ایجاد آن تهیه شده است. لذا تحقیقات بیشتری در خصوص اعتباریابی ابزار مورد نیاز است.

References

1. Rezaeian A, Boskabadi H, Mazlom SR. Factors associated with perinatal mortality in preterm infants in NICU Ghaem Hospital, Mashhad. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2014; 4(3): 349-60. [Persian]
2. Cleveland LM. Symbolic interactionism and nurse-mother communication in the neonatal intensive care unit. *Research and theory for nursing practice* 2009; 23(3): 216-29.
3. Abd El Fattah N, Negawa A, El Dein Z. Assessment of quality of nursing care provided immediately after birth at university hospital. *Life Science Journal* 2009; 9(4): 2115-26.
4. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *The Journal of the American Medical Association* 2008; 300(1): 60-70.
5. Castrodale V, Rinehart S. The golden hour: Improving the stabilization of the very low birth-weight infant. *Advances in Neonatal Care* 2014; 14(1): 9-14.
6. Knobel RB. Thermal stability of the premature infant in neonatal intensive care. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2014; 14(2): 72-6.
7. Boo N-Y, Cheah IG-S. Admission hypothermia among VLBW infants in Malaysian NICUs. *Journal of Tropical Pediatrics* 2013; 59(6): 447-52.
8. Binder WS, Zeltzer LK, Simmons CF, Mirocha J, Pandya A. The father in the hallway: Posttraumatic stress reactions in fathers of NICU babies. *Psychiatric Annals* 2011; 41(8): 396-402.
9. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal Education* 2009; 18(3): 23-9.
10. De Rouck S, Leys M. Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990-2008). *Patient Education and Counseling* 2009; 76(2): 159-73.
11. Ugwu GM. Pattern of morbidity and mortality in the newborn special care unit in a tertiary institution in the Niger Delta region of Nigeria: A two year prospective study. *Global Advanced Research Journal of Medicine and Medical Sciences* 2012; 1(6): 133-8.
12. Marquis BL, Huston CJ. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 7th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
13. Hubbard M. Reducing admissions to the neonatal unit: A report on how one neonatal service has responded to the ever increasing demand on neonatal cots. *Journal of Neonatal Nursing* 2006; 12(5): 172-6.
14. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
15. Manani M, Jegatheesan P, DeSandre G, Song D, Showalter L, Govindaswami B. Elimination of admission hypothermia in preterm very low-birth-weight infants by standardization of delivery room management. *The Permanente Journal* 2013; 17(3): 8-13.
16. Niela-Vilén H, Axelin A, Salanterä S, Lehtonen L, Tammela O, Salmelin R, et al. Early physical contact between a mother and her NICU-infant in two university hospitals in Finland. *Midwifery* 2013; 29(12): 1321-30.
17. MacDonald MG, Ramasethu J, Rais-Bahrami K. *Atlas of Procedures in Neonatology*. 5th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
18. Jaloo Z. Auditing of nursing care of neonatal respiratory distress in NICU at Shahid Beheshti

- University of Medical Sciences selected hospitals in 2008. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2008. [Persian]
19. Najafi Pur S, Rassouli M, Masoum Pur A, Kavousi A. Auditing of preventive nursing care regarding neonatal hypothermia at Shahid Beheshti Medical Sciences University selected hospitals in 2011. *Modern Care Journal* 2012; 9(2): 104-13. [Persian]
 20. Najafi Anari HR, Rasouli M, Atashzadeh-Shoorideh F, Namdari M. Auditing preterm neonatal nutrition nursing care at Shahid Beheshti Medical Sciences University selected hospitals. *Journal of Nursing Management* 2013; 2(4): 29-37. [Persian]
 21. Usefi Roshan H. Auditing of nursing record and nursing documentation in NICU at Bobol University of Medical Sciences. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2012. [Persian]
 22. Hasani Kheiri M. Auditing of nursing care of Medication in NICU at Babol Medical Sciences University selected hospitals in 2014. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2013. [Persian]
 23. Borimnejad L, Ansari K, Tatarpour P, Haghani H. Studying High risk newborn intra-hospital transport in Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2012; 6 (3): 199-206.
 24. Piri Naghabadi F. Auditing of nursing care in phototherapy in NICU at Shahid Beheshti Medical Sciences University selected hospitals. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2014. [Persian]
 25. Tajali S. auditing Heamovigilance naring care in NICU at Shahid Beheshti Medical Sciences University selected hospitals. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2014. [Persian]
 26. Nabavian M. Auditing of nursing care in diabetic neonates in NICU at Shahid Beheshti University of Medical Sciences selected hospitals. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2014. [Persian]
 27. Godarzi Z, Rahimi O, Khalesi N, Shamshiri A, Mohammadi N, Soleimani F. The rate of developmental care delivery in neonatal intensive care unit. *Journal of Critical Care Nursing* 2015; 8(2): 117-124.
 28. Etezadi- Jame T, Malekzadeh J, Mazluom S. R, Tasseeri A. Nursing handover written guideline implementation: A way to improve safe performance of nurses in Intensive Care Units. *Journal of Evidence-Based Care* 2012; 2(2): 7-18. [Persian]
 29. Boxwell G. Neonatal intensive care nursing. 2th ed, London: Routledge; 2010.
 30. Nakhshab M, Vosughi E. The condition of neonatal transport to NICU in Mazandaran. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2010; 20(78): 50-7. [Persian]
 31. Arshadi bostan abad M, assadollali M, jebreili M, mahallei M, abdolalipour M. Nurses' attitudes towards barriers in hand hygiene in the neonatal units of Tabriz. *Journal of Pediatric & Neonatal Nursing* 2014; 1(1):18-26. [Persian]
 32. Zandiyeh M, Borzo R. The level of hand hygiene compliance by operating room personnel of educational hospitals in Hamadan University of Medical Science. *Holistic Nursing and Midwifery Journal* 2012; 22 (1) 23-9. [Persian]
 33. Lankford MG, Zembower TR, Trick W.E, Hacek DM, Nskin GA, Petersop LR. Influence of role models and hospital design on the hand hygiene of health care workers. *Emergency Infectoius Disease* 2003; 9(2): 217-23.
 34. Lam BCC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: A multimodal intervention and impact on nosocomial infection. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2004; 114(5): 565-71.
 35. Farnia F, Anzasab B, Farag koda T. Quality of personel hand hygiene anb giving solution for decreasing of nosocomial infection. Abstracts of 5th conference of nursing & midmidwifery faculty of Hamadan; 2002, Hamadan, Iran, 68. [persian]
 36. Asare A, Enweronu-Laryea CC, Newman MJ. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit in Ghana. *The Journal of Infection in Developing Countries* 2009; 3(5): 352-6.
 37. Karimi A, Tara F, Khadivzadeh T, Aghamohamadian Sharbaf H. The effect of skin to skin contact immediately after delivery on the maternal attachment and anxiety regarding infant. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 16(67): 7-15. [Persian]
 38. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian journal of public health* 2014; 58(1): 22-6.

The conformity rate of nursing care during newborn admission with the standards in Neonatal Intensive Care Unit

Kobra Omidi¹, Foroozan Atashzadeh-Shoorideh², Azam Shirinabadi-Farahani³, Bagher Pahlevanzadeh⁴, Leila Khanali-Mojen³

1. MSc Student in Neonatal Intensive care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Instructor, PhD Student in Nursing, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. PhD Student, Department of Biostatistics, School of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 4(2): 24-32.

ABSTRACT

Background and Objective: Newborn admission to the neonatal intensive care unit is associated with many complications. One of the solutions to reduce the complications is providing nursing care according to admission standards. This study was conducted aimed to determine the conformity rate of nursing care during newborn admission with the standards in Neonatal Intensive Care Units (NICUs).

Materials and Method: In this cross-sectional study, 267 neonatal nursing care during admission to NICUs in selected educational hospitals in Qazvin, in 2014 were selected and observed with quota sampling event. Data were gathered through demographic questionnaire for nurses and hospitalized newborns, checklist of neonatal nursing care during admission. Data were analyzed through descriptive statistics using SPSS 21.

Results: Conformity rate of nursing care during neonatal admission with the standards in neonatal intensive care units was 51 percent. Moreover, 36.84 percent of nursing care during neonatal admission was desirable, 14.03 percent was moderate, and 49.12 percent was poor.

Conclusion: According to results, nurses' performance concerning the nursing care during the admission was in moderate level in compare with standards. It is recommended the application of nursing clinical guide during the newborn admission and clinical supervision by nurse managers about optimizing the performance in order to improving quality of care.

Keywords: Nursing care, admission, newborn, standard

Correspondence:

Foroozan Atashzadeh
Shoorideh
Shahid Beheshti
University of Medical
Sciences

Email:

f_atashzadeh@sbmu.ac.ir

Received: 16/04/2015
Accepted: 20/06/2015

Please cite this article as: Omidi K, Atashzadeh-Shoorideh F, Shirinabadi-Farahani A, Pahlevanzade B, Khanali-Mojen L. The conformity rate of nursing care during newborn admission with the standards in Neonatal Intensive Care Unit. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2015; 4(2): 24-32.