

وضعیت عملکرد مادران در زمینه مراقبت از نوزاد نارس: مطالعه پایلوت

مهین قاسمی^۱ * طاهره دهداری^۲ پریسا محقق^۳ محمود رضا گوهری^۴ زیبا زرگرزاده^۵

چکیده

زمینه و هدف: یکی از بهترین و مؤثرترین راه‌ها برای جلوگیری از آسیب‌ها و صدمات ناشی از بستری شدن نوزاد نارس، درگیر شدن فعال والدین در مراقبت از او می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت عملکرد مادران در امر مراقبت از نوزاد نارس در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی به صورت پایلوت می‌باشد. ابتدا ۲ بیمارستان دارای بخش مراقبت ویژه نوزادان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت تصادفی انتخاب و ۹۰ مادر دارای نوزاد نارس بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان به صورت نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات از طریق مشاهده و تکمیل چک لیست عملکرد (شامل نحوه مراقبت آغوشی، ماساژ، شیردهی با پستان، تغذیه با فنجان و حمام نوزاد نارس) توسط دو پرستار آموزش دیده انجام شد. داده‌ها پس از گردآوری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی مادران مورد مطالعه 27 ± 1 با حداقل ۱۶ و حداکثر ۴۶ سال بود. بررسی مجموع نمرات ۵ چک لیست مهارت‌ها نشان داد که ۴۲/۰۲ درصد مادران دارای عملکرد ضعیف، ۴۱/۱۶ درصد دارای عملکرد متوسط و ۱۶/۸۲ درصد دارای عملکرد مناسب در زمینه مراقبت از نوزاد نارس بودند. بین عملکرد مادران با تحصیلات مادر، شغل مادر، سن مادر و وزن نوزاد رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. همچنین تفاوت معنی‌داری بین رتبه تولد نوزاد و تعداد فرزندان بر حسب سطوح عملکرد مادران در زمینه مراقبت از نوزاد نارس مشاهده نشد ($P > 0/05$). نتیجه‌گیری کلی: با توجه به نتایج پژوهش توصیه می‌شود آموزش‌های لازم در زمینه نحوه مراقبت از نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان برای این مادران ارائه گردد. انجام مطالعه با حجم نمونه بالاتر قابل طرح است.

کلیدواژه‌ها: مراقبت ویژه، مراقبت از نوزاد نارس، مادر نوزاد نارس

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۲ استادیار گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). شماره تماس: ۸۸۷۷۹۱۱۸

Email: t-dehdari@tums.ac.ir

^۳ استادیار و فوق تخصص نوزادان، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ استادیار گروه آمار و ریاضی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

ایران

^۵ کارشناس پرستاری، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

وزن کم زمان تولد به مقدار کمتر از ۲۵۰۰ گرم که معلول عواملی نظیر نارس، تأخیر رشد داخل رحمی یا هر دوفاکتور است یک عامل تعیین کننده مهم در میزان مرگ و میر نوزادی است به طوری که مرگ و میر در این نوزادان ۴۰ برابر بیشتر از نوزادانی است که وزن طبیعی دارند^(۱). علت اصلی وزن کم زمان تولد، در جوامع غربی و ایالات متحده تولد پره ترم (Preterm) می باشد در حالی که در کشورهای در حال توسعه علت آن اغلب تأخیر رشد داخل رحمی است^(۱). متأسفانه علیرغم تلاش های همه جانبه برای پیش گیری از زایمان های زودرس و تولد نوزادان نارس و کم وزن، همچنان آمار تولد چنین نوزادانی بالاست. در آمریکا سالانه ۲۵۰۰۰۰ نوزاد نارس و کم وزن به دنیا می آید که این میزان حدود ۸/۵ درصد تولد ها را شامل می شود^(۲). در ایران روزانه ۵۰۰۰ نوزاد متولد می شود که حدود ۱۲ درصد آنها کم وزن هستند^(۳). و اگر نوزادی قبل از ۳۷ هفته از اولین روز آخرین قاعدگی متولد شود او را نوزاد نارس می نامند که در حدود ۵ تا ۱۵ درصد حاملگی ها اتفاق می افتد^(۴).

با اینکه پیشرفت های زیادی در زمینه مراقبت نوزادان نارس رخ داده^(۵) و به کمک مراقبت های ویژه ی نوزادان نارس، میزان مرگ و میر این گروه از نوزادان کاهش بسیار داشته است^(۶)، در حال حاضر کم وزنی عامل مهم مرگ و میر در سال اول حیات می باشد^(۷). کودکان کم وزنی که زنده می مانند، دو تا سه برابر بیشتر از سایر کودکان از ناتوانایی ها و مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی کوتاه مدت و طولانی مدت رنج می برند^(۱). هر چه وزن تولد کمتر باشد، احتمال بروز عوارض عصبی و عقب ماندگی ذهنی بیشتر می شود، به طوری که ۵۰ درصد از نوزادان با وزن تولد بین ۷۵۰ تا ۵۰۰ گرم، در معرض ابتلا به یکی از معلولیت های شدید عصبی- تکاملی مانند نابینایی، ناشنوایی، عقب ماندگی ذهنی و فلج مغزی قرار دارند^(۸). این امر پذیرفته شده است که نوزادان نارس به دلیل مشکلات جسمانی، روحی، روانی و فیزیولوژیکی خود،

نیازمند اقدامات درمانی و مراقبت های اصولی و پیچیده هستند^(۹). بی شک والدین آنها نیز محتاج حمایت اند^(۱۰). هم اکنون یکی از بهترین و مؤثرترین راه ها برای جلوگیری از آسیب ها و صدمات ناشی از بستری شدن نوزاد نارس، درگیر شدن فعال والدین در مراقبت از او می باشد^(۱۱). موقعی که مادر از نوزاد نارس خود مراقبت می کند، حس مشارکت در او تقویت می شود^(۱۲). طبق تحقیقات انجام یافته، جدا نمودن والدین از نوزاد به دلیل انجام برخی مراقبت های تهاجمی که در بخش مراقبت ویژه نوزادان مورد نیاز است، تکامل نوزاد یا تکامل رابطه والد- نوزادی را متعاقب جدایی والدین از نوزاد مختل می نماید در حالی که درگیر شدن فعال والدین در مراقبت از نوزاد، توانایی والدین جهت تسهیل در تکامل نوزادشان را در طی بستری شدن و بعد از ترخیص ارتقاء می بخشد و مدت بستری نوزاد نارس را در بخش مراقبت های ویژه نوزادان کاهش می دهد که کاهش هزینه اقتصادی و کاهش احتمال اکتساب عفونت های بیمارستانی از فواید آن است. بنابراین خانواده هایی که در کسب مهارت والدینی در طی بستری نوزادشان درگیر می شوند، در مقایسه با خانواده هایی که نقش غیر فعالی در بخش مراقبت های ویژه نوزادان دارند، از فواید یاد شده سود می برند^(۱۳). آگاهی نداشتن مادر از مراقبت های مؤثر بر رشد نوزاد نارس و ترخیص نوزاد بدون آموزش مادر، اضطراب و نگرانی زیادی برای مادر به عنوان مهم ترین مراقبت کننده از نوزاد به وجود می آورد. این امر می تواند کیفیت مراقبت از نوزاد نارس و روند رشد و تکامل او را تحت تأثیر خود قرار دهد^(۱۴).

طبق بررسی محققان تا زمان انجام پژوهش حاضر مطالعه ای در این زمینه که به بررسی نحوه عملکرد مادران نوزاد نارس پرداخته باشد در ایران یافت نشد. محدود مطالعات انجام شده در ایران به بررسی عوامل تنش زا^(۵)، تجارب مادران دارای نوزاد نارس^(۱۵) و تأثیر مشارکت مادر بر بستری مجدد نوزاد نارس^(۱۳) محدود بوده است. مطالعه

حجم نمونه با توجه به انحراف معیار برگرفته از یک مطالعه مقدماتی توسط محققان پژوهش حاضر (بر ۲۰ مادر دارای نوزاد نارس) و با اطمینان ۹۵٪، دقت ۰/۰۵ و با استفاده از فرمول $(n=z^2pq/d^2)$ ، ۹۰ نفر محاسبه شد.

در این مطالعه از پرسشنامه سنجش اطلاعات دموگرافیکی و ۵ چک لیست محقق ساخته که مرتبط با بررسی عملکرد مادر در زمینه شیردهی با پستان، نحوه تغذیه با فنجان (تغذیه با فنجان را نیز باید همه مادران حتی آنهایی که تغذیه انحصاری با شیر مادر از طریق پستان دارند می‌دانستند تا در موقع ضرورت و جهت استفاده مکمل‌ها به جای بطری از فنجان استفاده کنند)، مراقبت آغوشی، ماساژ و استحمام نوزاد بود، استفاده شد. برای تعیین اعتبار چک لیستها، از روش سنجش اعتبار محتوی توسط پانل متخصصان (شامل ۳ متخصص آموزش بهداشت، ۲ نفر فوق تخصص نوزادان و ۵ پرستار و سر پرستار بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان) استفاده شد. جهت تعیین اعتماد علمی چک لیست‌ها، از روش (Inter-rater methods) از طریق مشاهده هم زمان دو مشاهده‌گر استفاده شد به طوری که حین انجام عملکردی توسط مادر هر دو مشاهده‌گر رفتار را مشاهده کرده و در چک لیستها ثبت می‌نمودند. طی آن ضریب همبستگی به دست آمده برای چک لیست استحمام نوزاد برابر با $(r=0/71, p=0/003)$ ، برای ماساژ نوزاد $(p=0/004)$ ، $(r=0/70, p=0/001)$ برای مراقبت آغوشی $(r=0/82, p=0/001)$ ، برای شیردهی با فنجان $(r=0/76, p=0/01)$ و برای شیردهی با پستان $(r=0/80, p=0/003)$ محاسبه شد. در نهایت چک لیستهای طراحی شده شامل ۲۰ خرده مهارت برای ارزیابی مهارت شیردهی با پستان، ۱۶ خرده مهارت برای ارزیابی مهارت شیردهی با فنجان، ۱۹ خرده مهارت برای ارزیابی مهارت مراقبت آغوشی، ۲۴ خرده مهارت برای ارزیابی مهارت استحمام نوزاد و ۱۹ خرده مهارت برای ارزیابی مهارت استحمام نوزاد طراحی شد. نمرات ۵ چک لیست طراحی شده جمع زده شد و عملکرد کلی مادران در زمینه مراقبت از نوزاد نارس خود به ۳ سطح ضعیف،

حاضر در پی آن است که به تعیین عملکرد مادران در زمینه مراقبت از نوزاد نارس بپردازد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی است که به صورت پایلوت انجام شده است. این پژوهش بعد از تصویب پروپوزال و موافقت مسئولین، و ارائه مجوز از طرف دانشگاه تهران جهت بیمارستانهای مربوطه صورت گرفت و قبل از انجام مطالعه، موافقت مسئولان بیمارستان‌های مربوطه، جهت انجام تحقیق اخذ گردید.

در ابتدا محققین از بین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران که دارای بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بودند، ۲ بیمارستان را به طور تصادفی انتخاب نمودند، و سپس ۹۰ مادر دارای نوزاد نارس بستری که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، در این بیمارستان‌ها را به صورت نمونه گیری آسان انتخاب نمودند. مشخصات نمونه پژوهش حاضر عبارت بود از داشتن نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا سن داخل رحمی کمتر از ۳۷ هفته، نداشتن سابقه تولد نوزاد نارس، عدم وجود ناهنجاری مادرزادی در نوزاد و تغذیه نوزاد از شیر مادر خود. در رابطه با تکمیل چک لیست‌ها، زمانی که طبق دستور پزشک مادر اجازه حضور در بخش جهت مشارکت در مراقبت از نوزاد خود را می‌یافت، دو نفر پرستار آموزش دیده که هر روز در بخش حداقل یکی از آنها حضور داشتند، می‌توانستند در طول ۲۴ ساعت اول حضور مادران در بخش مراقبت ویژه، عملکرد آنان را مشاهده و به تکمیل چک لیست‌ها بپردازند. در ضمن موافقت افراد به صورت کتبی برای ورود به پژوهش اخذ شد. اگر مادری پس از بیان اهداف توسط پژوهشگران مطالعه حاضر، تمایل به شرکت در مطالعه نداشت، از مطالعه حذف می‌شد که در این مطالعه، موردی مشاهده نشد. قبل از تکمیل چک لیستها، مادران مورد مطالعه در جریان گذاشته شده و در صورت آمادگی مادر چک لیستها تکمیل گردید.

صورت امتیاز صفر تعلق می گرفت. این چک لیست ها به این دلیل در مدت ۲۴ ساعت اول حضور مادر نزد نوزاد خود تکمیل می گردید که مادر آموزشی در این زمینه دریافت نکرده باشد.

داده ها پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های تحلیل واریانس یکطرفه و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای بررسی وجود تفاوت معنی دار بین متغیرهای کمی بر حسب سطوح عملکرد مادران از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک کیفی و سطوح عملکرد مادران از آزمون آماری کای دو استفاده شد. ضمناً در مطالعه حاضر، سطح معنی داری $p \leq 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی مادران مورد مطالعه 27 ± 1 بود. سن جوان ترین مادران ۱۶ سال و مسن ترین آنها ۴۶ ساله بود. $73/3$ درصد مورد مطالعه خانه دار، $8/9$ درصد کارمند، $5/6$ درصد کارگر، $4/4$ درصد آزاد و $7/8$ درصد سایر مشاغل را داشتند. $7/8$ درصد مادران بی سواد، $18/9$ درصد سواد ابتدایی، 20 درصد راهنمایی، $27/8$ درصد دبیرستانی و $25/6$ درصد سواد دانشگاهی داشتند. $43/3$ درصد از نوزادان فرزند اول، 40 درصد فرزند دوم، $11/1$ درصد فرزند سوم و $5/5$ درصد فرزند چهارم به بالا بودند. $15/6$ ٪ از نوزادان دارای وزن 500 تا 990 گرم، $21/1$ درصد دارای وزن بین 1000 - 1490 گرم، $27/8$ درصد دارای وزن بین 1500 - 1990 گرم و $35/6$ ٪ دارای وزن بین 2000 - 2500 گرم بودند.

آزمون آماری کای دو نشان داد که بین درصد عملکرد مادران با متغیرهای وضعیت تحصیلات مادر ($p=0/08$)، شغل مادر ($p=0/2$)، سن مادر ($p=0/1$) و وزن نوزاد ($p=0/8$) رابطه آماری معنی دار وجود ندارد. ضمناً آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که تفاوت معنی داری بین رتبه تولد نوزاد ($p=0/7$) و تعداد فرزندان ($p=0/7$)

متوسط و خوب تقسیم شد. کسب امتیاز ۰ تا ۳۲ به معنای عملکرد ضعیف، کسب امتیاز ۳۳ تا ۶۵ به معنای عملکرد متوسط و کسب امتیاز ۶۶ تا ۹۸ به معنای عملکرد مناسب در نظر گرفته شد. در انجام روش کانگروئی که شامل ۱۹ خرده مهارت بود، کسب امتیاز ۶-۰ عملکرد ضعیف، امتیاز ۷-۱۳ عملکرد متوسط و امتیاز ۱۹-۱۴ به معنای عملکرد مناسب در نظر گرفته شد. در انجام ماساژ که شامل ۲۴ خرده مهارت بود، کسب امتیاز ۸-۰ عملکرد ضعیف، امتیاز ۸-۱۶ عملکرد متوسط و امتیاز ۱۷-۲۴ به معنای عملکرد مناسب در نظر گرفته شد. در انجام شیردهی با پستان که شامل ۲۰ خرده مهارت بود، کسب امتیاز ۶-۰ عملکرد ضعیف، امتیاز ۷-۱۳ عملکرد متوسط و امتیاز ۱۴-۲۰ به معنای عملکرد مناسب در نظر گرفته شد. در انجام روش شیر دهی با فنجان که شامل ۱۶ خرده مهارت بود، کسب امتیاز ۵-۰ عملکرد ضعیف، امتیاز ۱۱-۶ عملکرد متوسط و امتیاز ۱۶-۱۲ به معنای عملکرد مناسب در نظر گرفته شد. در انجام استحمام صحیح که شامل ۱۹ خرده مهارت بود، کسب امتیاز ۶-۰ عملکرد ضعیف، امتیاز ۷-۱۳ عملکرد متوسط و امتیاز ۱۹-۱۴ به معنای عملکرد مناسب در نظر گرفته شد.

دو پرستار بخش نوزادان که تسلط کامل در امور مراقبتی نوزادان دارند، ابتدا در زمینه نحوه تکمیل چک لیستها به طوری که بتوانند در حد امکان مشاهده یکسان داشته باشند و برداشت مشابهی از تمامی موارد عنوان شده در چک لیستها داشته باشند آموزش دیدند. سپس از مادران خواستند ۵ مهارت مورد نظر را در طول ۲۴ ساعت اول حضور آنها در کنار نوزاد خود، انجام دهند در حالی مادر از وجود مشاهده کننده ها مطلع بود. از مادران خواسته شد تا نوزاد خود را اول استحمام دهد، بعد از آن نوزاد را ماساژ دهد، سپس تحت شیر دهی با فنجان و شیر دهی با پستان قرار دهد و در نهایت نوزاد به روش کانگروئی در آغوش گیرد، سپس نحوه عملکرد مادران را مشاهده و در چک لیستها ثبت می نمودند. در صورتی که اگر عملی را صحیح و به موقع انجام می داد امتیاز ۱ و در غیر این

بر حسب سطوح عملکرد مادران در زمینه مراقبت از نوزاد نارس وجود ندارد. مهارت شیردهی با پستان و فنجان، مراقبت آغوشی، ماساژ و استحمام نوزاد آورده شده است. شماره ۲، سطح بندی عملکرد مادران در زمینه ۵ خرده مهارت شیردهی با پستان و فنجان، مراقبت آغوشی، ماساژ و استحمام نوزاد آورده شده است. در جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد مادران در نحوه انجام خرده مهارت ها و در جدول

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد مادران در نحوه انجام خرده مهارت

مهارت ها	میانگین	انحراف معیار
شیردهی با پستان (شامل ۲۰ خرده مهارت)	۷.۱۲	۴.۴
شیردهی با فنجان (شامل ۱۶ خرده مهارت)	۵.۷۰	۴.۰
مراقبت آغوشی (شامل ۱۹ خرده مهارت)	۵.۵۳	۴.۷
ماساژ (شامل ۲۴ خرده مهارت)	۶.۵۱	۵.۱۲
استحمام نوزاد (شامل ۱۹ خرده مهارت)	۵.۷۶	۴.۰

جدول شماره ۲: سطح بندی عملکرد مادران در زمینه ۵ خرده مهارت شیردهی با پستان و فنجان، مراقبت آغوشی، ماساژ و استحمام نوزاد

مهارت ها	سطح بندی عملکرد مادران					
	ضعیف		متوسط		خوب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شیردهی با پستان	۳۳	۳۷/۸	۳۷	۴۱/۱	۲۰	۲۱/۱
شیردهی با فنجان	۳۶	۴۰/۲	۳۹	۴۳/۵	۱۵	۱۶/۳
مراقبت آغوشی	۴۸	۵۳/۳	۳۲	۳۶/۷	۹	۱۰
ماساژ	۴۰	۴۴/۴	۳۵	۳۸/۹	۱۵	۱۶/۷
استحمام نوزاد	۳۲	۳۴/۴	۴۰	۴۵/۶	۱۸	۲۰
مجموع نمره عملکرد ها	۳۸	۴۲/۰۲	۳۷	۴۱/۱۶	۱۵	۱۶/۸۲

بحث و نتیجه گیری

در عین حال تنش روحی مادر به علت نارس و بیماری نوزاد، ممکن است مادر را به طرف رفتارهای تعاملی نامناسب هدایت کند^(۵) آموزش مراقبت از نوزاد نارس به مادر می تواند تنش و اضطراب او را در زمینه مراقبت از نوزاد نارس کاهش دهد؛ چرا که مطالعات نشان داده اند مادرانی که نوزاد آنها در هفته اول زندگی در بخش مراقبت ویژه بستری شده اند، دچار احساساتی چون اضطراب، ناامیدی، ناتوانی، سردرگمی و عصبانیت، گناه، نگرانی و حزن می شوند^(۱۵،۱۶).

از آنجا که نحوه مراقبت از نوزاد نارس توسط مادر بر مدت بستری نوزاد، عفونت بیمارستانی، بستری مجدد و دفعات بردن او به پزشک تاثیرگذار می باشد^(۱۷،۱۸)، طراحی مداخلاتی در جهت افزایش عملکرد مادران در

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به طور کلی تنها ۱۶/۸۲ درصد مادران عملکرد مناسبی (در ساعات اولیه پذیرش در بخش مراقبت های ویژه نوزادان) در زمینه پنج نوع مراقبت لازم از نوزاد نارس (شامل نحوه مراقبت آغوشی، ماساژ، شیردهی با پستان و فنجان و حمام نوزاد نارس) داشتند. نکته قابل توجه در این مطالعه آن است که مادران مورد مطالعه در زمینه مراقبت آغوشی از همه ضعیف تر عمل می کردند و در زمینه شیردهی با پستان از همه بهتر عمل می کردند. از آنجا که محیط بخش مراقبت های ویژه با تکنولوژی پیشرفته خود مانع شروع اولین ارتباط بین مادر و نوزاد می باشد و متأسفانه در این بخش به رفتارهای اولیه و عملکرد نامناسب مادران توجه کمی می شود، و

گزارش کردند که مادران از اجرای تماس کانگورویی رضایت داشتند^(۲۸).

متأسفانه تعداد شیرخوارانی که تغذیه انحصاری با شیرمادر دارند پس از ترخیص از بیمارستان کاهش می یابد. مطالعه‌ها نشان می دهند که علل کوتاهی مدت تغذیه با شیرمادر اغلب به علت نبود یا ناکافی بودن دانش و آگاهی مادران از فواید تغذیه انحصاری با شیر مادر، عدم دسترسی به مراقبین سلامتی به هنگام بروز مشکلات از جمله تصور مادران از ناکافی بودن شیر خود، گرسنگی کودک، تقاضای مکرر شیرخوار و عدم حمایت و تشویق از سوی کارکنان بهداشتی - درمانی در تغذیه با شیرمادر است^(۲۹). این نوزادان قدرت مکیدن ضعیف و حجم معده کوچکی دارند و هماهنگی بین تنفس، مکیدن و بلعیدن وجود ندارد و بنابراین باید دفعه های بیش تری شیر بخورند^(۳۰). الگوی شیرخوردن نوزادان کم وزن به صورت دوره های مکیدن و متعاقب آن مکث و سپس دوره طولانی مکیدن عمیق است^(۳۱). در این مطالعه ۸۱/۱٪ مادران در امر شیردهی با پستان ضعیف و متوسط عمل می کردند که این امر می تواند با عدم آگاهی مادران از متفاوت بودن نحوه شیرخوردن نوزاد نارس با نوزاد رسیده و نحوه مناسب شیردهی به این نوزادان در رابطه باشد. مطالعه امیرشاهی و همکاران بیانگر آموزش ناکافی مادران دارای نوزاد نارس در زمینه شیردهی و تداوم شیردهی به نوزاد نارس می باشد^(۳۱). تحقیق Batal و همکاران نشان داد که مادران در طی دوران شیردهی به تشویق و حمایت نیاز دارند و لازم است چگونگی شیردهی به کودک و فایده آمدن بر مشکلات شیردهی به آنها آموزش داده شود^(۳۲). متأسفانه اغلب به محض وجود کوچک ترین مشکل در زمینه تغذیه با شیرمادر، مراقبین سلامتی به دلیل محدودیت آگاهی های علمی و عملی استفاده از شیر خشک و بطری را به مادر پیشنهاد می کنند. این قبیل مشکلات در مورد نوزادان کم وزن و نارس که ادامه تغذیه آنان با شیر مادر برای رشد و بقای آنان امری ضروری محسوب می شود، شایع تر است. بررسی های

زمینه مراقبت از نوزاد نارس ضروری به نظر می رسد. مطالعات متعدد بر اهمیت و تاثیر ماساژ^(۱۹)، مراقبت کانگورویی^(۲۰)، تغذیه با شیرمادر^(۲۱) و سایر مراقبت های ضروری نوزادان نارس توسط مادران آنها تاکید دارند. مراقبت های حمایتی، عامل مهمی در بهبود پیامد نوزادان نارس محسوب می شود و امروزه به استفاده از این مراقبت ها در نوزادان نارس تاکید شده است^(۲۲). یکی از مراقبت های لازم برای افزایش رشد و تکامل نوزادان نارس، لمس و ماساژ نوزاد می باشد^(۲۳). در مطالعه حاضر نشان داده شد که تنها ۱۶/۷ درصد مادران دارای عملکرد خوبی در زمینه ماساژ نوزاد بودند. در مطالعه جوادی فر و همکاران و همچنین مطالعه کشاورز و همکاران نشان داده شد که ماساژ نوزاد (به همراه روغن) توسط مادر تاثیر مناسبی بر روند وزن گیری نوزادان نارس دارد^(۲۴،۲۵). این نویسندگان پیشنهاد کردند که آموزش و اجرای روش موثر و بدون هزینه لمس و ماساژ درمانی باید در برنامه های مراقبت از نوزادان نارس کشور قرار گیرد. با توجه به اهمیتی که ماساژ در رشد و تکامل نوزاد نارس دارد، آموزش مادران در بخش مراقبت های ویژه نوزادان در این زمینه امری ضروری به نظر می رسد. مطالعات نشان داده اند که در آغوش گرفتن نوزاد توسط مادر که با استفاده از تماس پوست به پوست می باشد، درجه حرارت کودک را گرمتر از انکوباتور نگه می دارد، تنفس کودک را بهبود می بخشد و خواب آرام را دو برابر می کند^(۲۶). از مزایای دیگر این روش ترخیص زودرس مادر و نوزاد و شیردهی طولانی مدت مادر و کاهش مشکلات رفتاری می باشد^(۲۶-۲۷). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تنها ۱۰ درصد مادران دارای عملکرد مناسب در زمینه مراقبت آغوشی (کانگورویی) بودند. کشاورزبان و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درجه حرارت نوزاد، شدت درد مادر، و تعداد دفعات گریه نوزاد در گروهی از مادران دارای تماس کانگورویی با نوزاد، بهتر از مادران گروه کنترل بود. ضمناً آنان

احیانا عود بیماری و در پی آن میزان بستری مجدد کودک را کاهش می دهد. همچنین همان طور که در طی دهه های گذشته نیز نشان داده شده است، درگیر شدن فعال مادران در مراقبت، اعتماد به نفس مادر در مراقبت از نوزاد را قبل از ترخیص افزایش می دهد^(۳۴). بنابراین لازم است در مدت زمان حضور مادران بر بالین نوزاد خود در بخش مراقبت ویژه نوزادان نارس، مراقبت آغوشی، ماساژ، شیردهی با پستان و فنجان و حمام نوزاد نارس به آنان آموزش داده شود تا امکان تکرار مهارت توسط آنان و نظارت پرستاران بخش برای بهبود عملکردهای مادران برای مراقبت از نوزاد نارس مهیا گردد.

از محدودیت های مطالعه حاضر، حجم نمونه نسبتا اندک و عدم انجام نمونه گیری از بیمارستان های سایر مناطق شهر تهران می باشد. پیشنهاد می شود در مطالعات آینده، بررسی جامعی از میزان آگاهی و نگرش مادران دارای نوزاد نارس و همسران آنها در مورد مراقبت از نوزاد نارس با حجم نمونه بیشتر انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان بررسی تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر بهبود نحوه مراقبت از نوزاد نارس توسط مادر، مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۹۱ به کد ۱۸۳۵۰-۹۱-۰۳-۹۱ است که با حمایت مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است.

مختلف نشان می دهد که پرستاران و پزشکان در انتقال اطلاعات به مادران و رفع نگرانی آنها در عدم موفقیت در تغذیه با شیر مادر نقش بسیار مهمی دارند^(۳۳). خوری و همکاران در بررسی خود دریافتند که هرچه آگاهی و اطلاعات مادران در رابطه با فواید تغذیه با شیر مادر بیشتر باشد، تداوم شیردهی بیشتر خواهد بود^(۲۷). ضمنا در مواردی مانند شروع تغذیه نوزاد با حجم کم شیر، استفاده از مکمل شیر مادر مانند اپتامیل که باید به شیر مادر اضافه شود و یا قطع شیر مادر به دلیل بستری شدن طولانی مدت نوزاد، لازم است شیردهی با روشی غیر از سینه مادر انجام شود. در این موارد شیر دهی با فنجان روش جایگزین می باشد. در مطالعه حاضر ۳۵/۶ درصد مادران دارای عملکرد ضعیفی در زمینه شیردهی با فنجان بودند. یکی دیگر از مشکلاتی که مادران در مراقبت از نوزاد نارس دارند نحوه استحمام این نوزادان می باشد. در مطالعه حاضر نشان داده شد که تنها ۱۸/۹٪ مادران دارای عملکرد مناسب در زمینه نحوه حمام دادن نوزاد نارس بودند. به نظر می رسد عواملی مانند ترس از آغوش گرفتن نوزاد نارس به علت جثه کوچک و ظاهر نحیف آن^(۵)، ترس از لیز خوردن نوزاد از دستان مادر، ترس از کبودی و خفگی نوزاد، نگرانی جهت سرماخوردگی بعد از استحمام و دلایل دیگر سبب عملکرد نامناسب مادر در این خرده مهارت باشد. آموزش مادران در زمینه نحوه حمام کردن مادران، می تواند این ترس ها و اضطراب ها را کاهش داده و سبب بهبود نحوه حمام نوزاد نارس شود. بطور کلی درگیر شدن والدین در مراقبت از نوزاد، طی اقامت در بخش مراقبت ویژه نوزادان و تشویق آنان به تماس از طریق مراقبت کانگورویی، لمس کردن نوزاد و تغذیه کردن منجر به شناخت بهتر پاسخ ها و نشانه های نوزادی می شود و میزان مراجعه به مراکز درمانی و

فهرست منابع

1- Behrman RE, Kilegman RM, Jenson HB, editors. Nelson's textbook of pediatrics. 17th ed. USA: W.B. Saunders 2008.

- 2- Arzani A, Mohammad Khan Kermanshahi S, Zahed Pasha Y. [Role of discharge planning for mothers on growth and developmental indicators in LBW newborns]. *JBUMS*.2005; 7(4): 58-63. Persian
- 3- Mirlashari J, Rassouli M. Nursing care of infant and children. 1st ed. Tehran: Andishehe Rafee. 2007. Persian
- 4- Wenger R, Core curriculum for primary care pediatric nurse practitioners. 1st ed. St. Louis : Mosby, 2007.
- 5- Jebrayili M, Elahe S, Ataiean R, Rasooli SH. [The Stress Resources from the view points of Mothers of Infants Hospitalized in NICU]. *JTUMS*.2009;15(1):35-41. Persian
- 6- Akbarbegloo M, Valizadeh L, Asadollahi M. [Mothers and nurses viewpoint about importance and perceived nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit]. *JTUMS*.2009;14(1):11-17. Persian
- 7- Aisiane Cedraz Moraisand collague. Article extracted from the Master.s degree dissertation .Premature child care at home. presented to the Bahia Federal University (*UFBA*) School of Nursing. 2009;22(1):24-30
- 8- Marandi A. [Regionalization and reduction of neonatal mortality and morbidity]. *J Med Council Islamic Repub Ir*. 2003; 2(21):151-164. Persian
- 9- 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 Educ Couns*. 2009;76(2):159-73.
- 10- Maguire CM, Bruil J, Wit JM, Walther FJ. Reading preterm infants' behavioral cues: an intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. *Early Hum Dev*. 2007 Jul;83(7):419-24.
- 11- Johnson BH, Abraham MR, Parrish RN. Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. *Clin Perinatol*. 2004 Jun;31(2):353-82, ix.
- 12- Valizadeh L, Hasani P. [Mothers and nurses viewpoint about experience mother of premature newborn]. *JTUMS*.2009; 6(1):38-48. Persian
- 13- Aliabadi T, Bastani F, Haghani H. [Effect of Mothers' Participation in Preterm Infants' Care in NICU on Readmission Rates. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences].2011;17(2): 71-7. Persian
- 14- Wheeler B. Health promotion of the newborn and family. In: Hockenberry MJ, Wilson D (editors). *Wonges Essentials pediatric nursing*: Canada: Mosby. 2009.
- 15- Kohan M, Borhani F, Abbaszadeh A, Sultan Ahmadi J, Khajehpoor M. [Experience of Mothers with Premature Infants in Neonatal]. *J Qual Research Health Sci*. 2012;1(1):41-51. Persian
- 16- Nystrom K, Axelsson K. Mothers' experience of being separated from their newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002 May-Jun;31(3):275-82.
- 17- Bhutta ZA, Khan I, Salat S, Raza F, Ara H. Reducing length of stay in hospital for very low birthweight infants by involving mothers in a stepdown unit: an experience from Karachi (Pakistan). *BMJ*. 2004 Nov 13;329(7475):1151-5.
- 18- Erdeve O, Arsan S, Yigit S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A. The impact of individual room on rehospitalization and health service utilization in preterms after discharge. *Acta Paediatr*. 2008 Oct;97(10):1351-7.
- 19- Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Deeds O, Ascencio A, Begert G. Preterm infant massage elicits consistent increases in vagal activity and gastric motility that are associated with greater weight gain. *Acta Paediatr*. 2007 Nov;96(11):1588-91.
- 20- Worku B, Kassie A. Kangaroo mother care: a randomized controlled trial on effectiveness of early kangaroo mother care for the low birthweight infants in Addis Ababa, Ethiopia. *J Trop Pediatr*. 2005 Apr;51(2):93-7.
- 21- Paine BJ, Makrides M, Gibson RA. Duration of breast-feeding and Bayley's Mental Developmental Index at 1 year of age. *J Paediatr Child Health*. 1999 Feb;35(1):82-5.
- 22- Lai HL, Chen CJ, Peng TC, Chang FM, Hsieh ML, Huang HY, et al. Randomized controlled trial of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. *Int J Nurs Stud*. 2006 Feb;43(2):139-46.
- 23- Keshavarz M, Babaee GhR, Dieter J. [Effect of Tactile-Kinesthetic Stimulation in weight gaining of preterm infants hospitalized in intensive care unit]. *Tehran Uni Med J*. 2009;67:347-52. Persian

- 24- Javadifar N, Falah SH, Tadayon M, Dehdashtian M, Latify SM. [The effect of massage with coconut oil on weight gain in preterm neonate]. *J Med Sci*.2009; 8(2):254-7. Persian
- 25- Keiani A, Keshavarz M, Neisani L, Hossini AF. [Effect of touch therapy by mothers on weight gaining of preterm newborns]. *Koomesh*.2009; 67(5):247-52. Persian
- 26- Johnson AN. Kangaroo holding beyond the NICU. *Pediatr Nurs*. 2005 Jan-Feb;31(1):53-6.
- 27- Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues*. 2005 Mar-Apr;15(2):64-72.
- 28- Keshavarz M, Bolbol 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):91-98. Persian
- 29- Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *CMAJ*. 2004 Mar 16;170(6):976-8.
- 30- Lawrence RA. *Aguide for the medical profession: breastfeeding the infant with a problem*. 6th ed. St,Louis: Mosby. 2005.
- 31- Amirshahi M, Hoseini M, Ivanbagha R, Shayegan H, ghochazadeh M. [Study of Continuation rate and reasons of maternal milk feeding in premature infants Center of alzahra tabriz hospital]. Iranian Congress of Neonatal Health And Nursing Care of Neonates.2009. Persian
- 32- Batal M, Boulghaurjian C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: are the hospitals "mother friendly"? *J Pediatr Nurs*. 2005 Feb;20(1):53-9.
- 33- Dowling DA, Meier PP, DiFiore JM, Blatz MA, Martin RJ. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. *J Hum Lactation*. 2002;18(1):13-20.
- 34- Bakewell-Sachs S, Gennaro S. Parenting the post-NICU premature infant. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2004 Nov-Dec;29(6):398-403.

Archive of SID

Mothers' Performance on Caring for their Premature Infants: A Pilot Study

Ghasemi M.¹ MSc *Dehdari T.² PhD Mohagheghi P.³ MD Gohari MR.⁴ PhD
Zargrzadh Z.⁵ BSc

ABSTRACT

Background & Aims: Mothers' involvement in the care of their premature infants is one of most effective ways to prevent disorders associated with hospitalization. This study aimed to determine mothers' Performance on Caring for their Premature Infants in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences, during 2012.

Materials & Methods: It was a descriptive, cross-sectional pilot study. First two hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences which had NICUs were randomly selected and then 90 mothers of premature infants were recruited by convenience sampling. Data was collected using an observational checklist (including kangaroo mother care, massage, breast feeding, cup feeding and bathing) by two trained nurses and analyzed by descriptive statistics, chi-square tests and one-way analysis of variance using SPSS-PC (v. 16).

Results: The mean age of the mothers was 27 ± 1 with the range of 16-46 years old. The findings showed that 42.02 percent of mothers had poor performance, 41.16 percent had moderate performance and 16.82 percent had appropriate performance in the care of their premature babies. There were no significant relationship between mothers' education, job, age, and infants' weight and the mothers' performance. There was not also a significant difference between birth order, the number of children and the mothers' levels of performance ($P>0.05$).

Conclusions: Regarding the findings, executing educational sessions on care of premature infants for their mothers in NICUs is recommended. More studies with larger samples are also required.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit, Mothers, Care, Premature Infant

Received: 13 Nov 2012

Accepted: 23 Jan 2013

¹ Msc in health education, School of Public Health, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran.

² Assistant Professor of Health Education, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: 88779118 E-mail: t-dehdari@tums.ac.ir.

³ Assistant Professor, Pediatrician, Rasoul Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor of Statistics and Mathematics, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ Staff Nurse, Rasoul Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.