

مراقبت خانواده‌محور و انتقال بین بیمارستانی نوزادان پرخطر

مهسا مقدری^۱، یداله زاهدپاشا^۲، ثریا خفزی^۳، افسانه ارزانی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: انتقال ایمن بین بیمارستانی نوزاد پرخطر، بخشی از مراقبت‌های بیمارستانی است. با توجه به میزان بالای انتقال بین بیمارستانی و اهمیت حضور خانواده به عنوان عنصر اصلی در مراقبت از شیرخوار (مراقبت خانواده‌محور)، این مطالعه با هدف بررسی میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزادان پرخطر انجام شد.

روش‌ها: در این پژوهش توصیفی- مقطعی، ۱۵۰ نفر از والدین نوزادان منتقل شده از بیمارستان‌های استان به Neonatal intensive care unit (NICU) تنها مرکز فوق تخصصی کودکان در مازندران و ۱۵۰ نفر از اعضای تیم انتقال این نوزادان در سال ۱۳۹۷ به روش غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی پژوهشگر ساخته در خصوص اجرای اصول مراقبت خانواده‌محور ۱۲ گویه‌ای برای والدین و ۸ گویه‌ای اعضای تیم انتقال (با پاسخ‌های دو گزینه‌ای بلی و خیر با امتیاز صفر و یک) جمع‌آوری و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال نوزاد از نظر ۱۳۲ نفر (۸۸ درصد) اعضای تیم انتقال و همچنین، از منظر ۱۰۰ نفر (۶۶/۷ درصد) از والدین مطلوب بود که اختلاف این دو دیدگاه از نظر آماری معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۱$)، در مقابل، ۳۰ نفر (۲۰ درصد) از والدین، ۹۱ نفر (۶۰/۷ درصد) از اعضای تیم انتقال اذعان داشتند که امکان برقراری تماس پوستی حین و قبل انتقال نوزاد برای والدین وجود داشت که این عدم برابری پاسخ‌ها در گروه والدینی و تیم انتقال معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: از دیدگاه بیشتر اعضای تیم انتقال و والدین، مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی در حد مطلوب اجرا می‌شود، اما از منظر هر دو گروه، تماس پوستی والدین و نوزاد در حد مطلوب فراهم نمی‌گردد. از این رو، آموزش بیشتر در این زمینه، ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: مراقبت؛ خانواده‌محور؛ پرستاری؛ انتقال بیمار؛ نوزاد؛ پرخطر؛ بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان

ارجاع: مقدری مهسا، زاهدپاشا یداله، خفزی ثریا، ارزانی افسانه. مراقبت خانواده‌محور و انتقال بین بیمارستانی نوزادان پرخطر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۹؛ ۳۸ (۵۹۰): ۶۴۸-۶۴۲.

مقدمه

پرخطر امکان انتقال مادر قبل از زایمان به مرکز دارای NICU سطح ۳ وجود ندارد (۴) و تولد نوزاد پرخطر در مرکز درمانی که فاقد تجهیزات لازم می‌باشد، نیاز به انتقال نوزاد به مرکز مراقبتی سطح ۳ را ایجاد می‌نماید (۳). هدف از انتقال نوزادان، رساندن آن‌ها به بیمارستان مقصد با شرایط بالینی ثابت یا بهتر از زمان شروع انتقال است که به این منظور، انجام اقداماتی جهت تثبیت شرایط بالینی نوزاد پیش از انتقال ضروری است (۵، ۳). تثبیت (Sugar & Safe care, Temperature, Air way, Blood pressure, Lab work,

نوزادان پرخطر، استعداد بیشتری برای ابتلا به بیماری و یا مرگ زودهنگام دارند (۱). به طور تقریبی، ۹۰ درصد از همه‌ی تولدها به مراقبت ویژه‌ی نوزادان نیاز دارند (۲). در مواردی که احتمال زایمان پرخطر وجود دارد، برای کاستن خطر مرگ نوزاد، بهتر است قبل از انجام زایمان، مادر به مرکز مجهز به امکانات مراقبتی بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان (Neonatal intensive care unit یا NICU) سطح ۳ منتقل شود (۳)، اما در ۴۰ درصد از حاملگی‌های

۱- کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

۴- استادیار، گروه پرستاری کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: افسانه ارزانی؛ نویسنده مسؤل، استادیار گروه پرستاری کودکان، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر کودکان، پژوهشکده‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی پس از کسب مجوز کمیته‌ی اخلاق دانشگاه با کد MUBABOL.HRI.REC.1396.2 و اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی از شرکت کنندگان، بر روی ۱۵۰ نفر (حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان) از والدین نوزادان منتقل شده از بیمارستان‌های استان مازندران به NICU تنها مرکز درمانی فوق تخصصی کودکان در مازندران و اعضای تیم انتقال این نوزادان در طول سال ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انجام شد. تمامی والدین و اعضای تیم انتقال که تمایل به شرکت داشتند، وارد مطالعه شدند. عدم حضور والدین در حین انتقال نوزاد به NICU، مرگ نوزاد در حین انتقال و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، از معیارهای خروج نمونه‌ها از مطالعه بودند.

ضمن اجرای برنامه‌ی تثبیت، فرایند انتقال در تمامی موارد به صورت جاده‌ای و توسط آمبولانس و تیم انتقال مرکز مبدأ از بیمارستان دولتی یا خصوصی صورت گرفت. تیم انتقال نوزادان به بیمارستان مقصد متشکل از راننده‌ی آمبولانس و مامای آموزش دیده یا پرستار متبحر، تکنسین بیهوشی و یا اینترن بود که در موارد بحرانی، نفر سوم نیز اضافه می‌شد. جهت گردآوری اطلاعات، از پرسش‌نامه‌ی پژوهشگر ساخته بر اساس مقالات و کتب مرجع استفاده گردید.

به منظور تعیین اعتبار ابزار از روش سنجش اعتبار محتوا، استفاده شد که پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از استادان هیأت علمی فوق تخصص نوزادان و استادان هیأت علمی پرستاری و پرستاران با سابقه‌ی کار بیش از ۵ سال در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان قرار داده شد و سپس، نظرات اصلاحی اعمال گردید.

تعیین پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش Kuder-Richardson با شرکت ۲۰ نفر از اعضای تیم انتقال و ۲۰ نفر از والدین صورت گرفت که میزان آن برای اعضای تیم انتقال ۰/۷۸ و برای والدین ۰/۸۸ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه شامل دو بخش بود که بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم سؤالات مربوط به مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزاد بود. پرسش‌نامه در بدو پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان و قبل از آشنایی والدین با شرایط مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان به والدین و اعضای تیم انتقال، داده می‌شد تا آموزش‌هایی که توسط پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان به والدین داده می‌شد، موجب بروز تداخل در مطالعه نشود و فقط آموزش‌هایی که توسط تیم انتقال به والدین داده شده بود، مورد سنجش قرار گیرد. پاسخ به گویه‌ها، دو حالت (بله و خیر) داشت که جهت تقسیم‌بندی میزان اجرای مراقبت، امتیاز گویه‌ی خیر (صفر) و بله (یک) در نظر گرفته شد و در تعداد گویه‌ها ضرب شد؛ به نحوی که در پرسش‌نامه‌ی اعضای تیم انتقال (۸ گویه) کمترین نمره صفر و بیشترین

Emotional support یا STABLE) یک برنامه‌ی جهانی با تمرکز بر مراقبت بعد از احیا و قبل از انتقال نوزادان می‌باشد (۶).

زمانی که خانواده برخلاف انتظار با تولد یک نوزاد بیمار و یا نارس مواجه می‌گردد، رویاهایش در هم شکسته می‌شود و دوران سختی را سپری خواهد کرد (۷)؛ چرا که انتقال برای خانواده‌ی نوزاد بسیار سخت و نگران کننده است (۸). یکی از جنبه‌های این برنامه، حمایت عاطفی از والدین، در راستای اجرای مراقبت خانواده‌محور می‌باشد (۹).

در مطالعه‌ی Aagaard و همکاران، والدین انتقال نوزاد را به عنوان تجربه‌ای ناآشنا، تهدید کننده و وحشت‌آور بیان نمودند. آن‌ها ضرورت اجرای فلسفه‌ی مراقبت خانواده‌محور را در فرایند انتقال جهت کمک به بهبود شرایط نوزاد و خانواده پیشنهاد نمودند (۱۰).

از اصول مراقبت خانواده‌محور، تأمین اطلاعات صحیح برای والدین در ارتباط با برنامه‌ی درمانی نوزاد، پاسخ صادقانه به سؤالات والدین، شنیدن فعالانه‌ی نظرات آن‌ها، توجه به ترس‌ها و انتظارات والدین، حمایت از والدین و زمینه‌ی مشارکت فعال والدین در مراقبت از شیرخوار می‌باشد (۱۱-۱۳). آگاهی دادن به خانواده حین فرایند انتقال، موجب برقراری ارتباط بهتر کادر درمانی با والدین می‌شود و آن‌ها را به اعضای فعال در تیم مراقبتی نوزاد تبدیل می‌کند (۱۴).

کمک به برقراری تماس پوستی والدین با نوزاد و به خصوص در آغوش گرفتن نوزاد در صورت امکان پیش از انتقال (۱۵) و به حداقل رساندن جدایی والدین از نوزاد حین انتقال و امکان تصویربرداری از نوزاد و یا دادن برگه‌ی اثر کف پای نوزاد به والدین، از جنبه‌های دیگر مراقبت خانواده‌محور می‌باشد که با همراهی والدین در حین انتقال میسر می‌شود (۱۶-۱۸). طبق مطالعه‌ی Cornette، اعضای تیم انتقال طی زمان تثبیت نوزاد باید با والدین ارتباط برقرار نمایند تا در زمان کوتاه، اطلاعات را به صورت قابل فهم به آن‌ها منتقل کنند (۱۹).

در پژوهش Mullaney و همکاران با عنوان مراقبت خانواده‌محور حین انتقال نوزادان به بخش NICU، از ۲۷ والدین شرکت کننده در مطالعه، ۴۰ درصد اذعان داشتند که در حین انتقال اطلاعات کافی از تیم درمانی دریافت نمودند و به نظر آن‌ها، باید حداقل یکی از والدین در هنگام انتقال در کنار نوزاد باشند (۹).

در ایران، از میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان، اطلاعات اندکی در دست می‌باشد (۲۰). با توجه به میزان بالای انتقال نوزادان در شمال کشور (سالانه بیش از ۲۰۰ مورد انتقال بین بیمارستانی) و اهمیت اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال نوزادان، این مطالعه با هدف ارزیابی اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزادان در معرض خطر انجام شد.

در خصوص متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد و محل سکونت) والدین با میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال نوزاد از نظر آن‌ها، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/050$). از بین متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار و نوبت‌کاری) اعضای تیم انتقال، پاسخ پرسش‌زن با میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال نوزاد ارتباط معنی‌داری دیده شد ($P = 0/008$)؛ به طوری که خانم‌ها اجرای مراقبت خانواده‌محور را در سطح مطلوب‌تری گزارش کردند.

جدول ۱ پاسخ تیم انتقال را در خصوص میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور در حین انتقال نوزاد در ارتباط با ۸ سؤال نشان می‌دهد. در پاسخ به سؤالات ۲ و ۵ به ترتیب «آیا اطلاعات کافی در مورد علت نیاز نوزاد به انتقال به بخش NICU قبل از انتقال به خانواده داده شده است؟»، «آیا قبل از انتقال به والدین در مورد بیمارستان مقصد و بخش NICU توضیح داده شده است؟» با میانگین $0/99$ بیشترین امتیاز و سؤال ۷ «آیا والدین قبل و در حین انتقال با نوزادشان تماس پوستی برقرار کرده‌اند؟» با میانگین $0/60$ کمترین امتیاز را در میان پاسخ‌ها داشتند.

جدول ۲، پاسخ‌های والدین را در خصوص میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور در حین انتقال نوزاد در ارتباط با ۱۲ سؤال نشان می‌دهد. بر اساس جدول فوق، سؤال ۱۰ «آیا احساس می‌کنید به نوزادتان رسیدگی کامل می‌شود؟» با میانگین $0/89$ بیشترین امتیاز و سؤال ۷ «آیا قبل و در حین انتقال با نوزادتان تماس پوستی برقرار کرده‌اید؟» با میانگین $0/22$ کمترین امتیاز را در میان پاسخ‌ها دارا می‌باشد.

نمره ۸ و در پرسش‌نامه‌ی والدین (۱۲ گویه) کمترین نمره، صفر و بیشترین نمره، ۱۲ بود. با توجه به میانگین نمرات به دست آمده در پرسش‌نامه‌ی اعضای تیم انتقال، نمرات کمتر از $5/5$ نامطلوب و بیشتر از $5/5$ مطلوب و در پرسش‌نامه‌ی والدین، نمرات کمتر از ۷ نامطلوب و بیشتر از ۷ مطلوب در نظر گرفته شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ضمن اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات، اهداف پژوهش و چگونگی آن برای اعضای تیم انتقال و والدین نوزاد توضیح داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, IBM Corporation, Armonk, NY) و آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد و $P < 0/050$ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۱۵۰ مورد انتقال نوزاد پرخطر از بیمارستان‌های استان مازندران به بخش مراقبت ویژه‌ی نوزادان تنها مرکز فوق تخصصی کودکان در مازندران انجام شد. ویژگی‌های دموگرافیک اعضای تیم انتقال شامل ۱۳۰ نفر (۸۶/۷ درصد) زن، ۷۵ نفر (۵۰/۰ درصد) با دامنه‌ی سنی ۳۰-۳۹ سال، ۱۰۱ نفر (۶۷/۳ درصد) متأهل و ۱۲۵ نفر (۸۳/۴ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند. پرستاران با ۵۲/۷ درصد (۷۹ نفر) و افراد با سابقه‌ی کار بین یک تا ده سال با ۸۱/۳ درصد (۱۲۲ نفر) بیشترین فراوانی را در بین اعضا تیم انتقال داشتند.

همچنین، در گروه والدین، پدران ۱۲۸ نفر (۸/۳ درصد) با محدوده‌ی سنی ۳۰-۳۹ سال، بیشتر والدین با سطح تحصیلات دیپلم و ۱۱۷ نفر (۷۸/۰ درصد) از آن‌ها تجربه‌ی بستری نوزاد را نداشتند.

جدول ۱. پاسخ اعضای تیم انتقال در مورد میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزاد

شماره	سؤالات	پاسخ		میانگین \pm انحراف معیار
		خیر تعداد (درصد)	بلی تعداد (درصد)	
۱	آیا به والدین در مورد شرایط نوزادشان آگاهی داده شده است؟	۳ (۲/۰)	۱۴۷ (۹۸/۰)	$0/98 \pm 0/18$
۲	آیا اطلاعات کافی در مورد علت نیاز نوزاد به انتقال به بخش NICU قبل از انتقال، به خانواده داده شده است؟	۲ (۱/۳)	۱۴۸ (۹۸/۷)	$0/99 \pm 0/19$
۳	آیا به سؤالات والدین در مورد علت انتقال نوزاد به NICU به طور کامل پاسخ داده شده است؟	۳ (۲/۰)	۱۴۷ (۹۸/۰)	$0/98 \pm 0/19$
۴	آیا والدین در تصمیم‌گیری در مورد انتقال نوزادشان به بخش NICU شرکت داشته‌اند؟	۱۵ (۱۰/۰)	۱۳۵ (۹۰/۰)	$0/90 \pm 0/16$
۵	آیا قبل از انتقال، به والدین در مورد بیمارستان مقصد و بخش NICU توضیح داده شده است؟	۲ (۱/۳)	۱۴۸ (۹۸/۷)	$0/99 \pm 0/19$

NICU: Neonatal intensive care unit

جدول ۲. پاسخ والدین در مورد میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزاد در معرض خطر

شماره	سؤالات	پاسخ		میانگین \pm انحراف معیار
		خیر تعداد (درصد)	بله تعداد (درصد)	
۱	آیا نسبت به شرایط نوزادان آگاهی دارید؟	۶۳ (۴۲/۰)	۸۷ (۵۸/۰)	۰/۵۸ \pm ۰/۱۱
۲	آیا به سؤالات شما در مورد انتقال نوزادان به طور کامل پاسخ داده شده است؟	۴۱ (۲۷/۳)	۱۰۹ (۷۲/۷)	۰/۷۲ \pm ۰/۱۴
۳	آیا اطلاعات کافی در مورد علت نیاز به انتقال نوزادان به بخش NICU به شما داده شده است؟	۳۹ (۲۶/۰)	۱۱۱ (۷۴/۰)	۰/۷۴ \pm ۰/۱۴
۴	آیا احساس می‌کنید توضیحاتی که در مورد شرایط نوزادان دریافت کردید، قانع‌کننده می‌باشد؟	۵۹ (۳۹/۳)	۹۱ (۶۰/۷)	۰/۶۶ \pm ۰/۱۳
۵	آیا در تصمیم‌گیری در مورد انتقال نوزادان به بخش NICU شرکت داشته‌اید؟	۲۶ (۱۷/۳)	۱۲۴ (۸۲/۷)	۰/۸۲ \pm ۰/۱۵
۶	آیا قبل از انتقال به شما در مورد بیمارستان مقصد و بخش NICU توضیح داده شد؟	۳۱ (۲۰/۷)	۱۱۹ (۷۹/۳)	۰/۷۹ \pm ۰/۱۵
۷	آیا قبل و در حین انتقال با نوزادان تماس پوستی برقرار کرده‌اید؟	۱۲۱ (۸۰/۰)	۳۰ (۲۰/۰)	۰/۲۲ \pm ۰/۰۰
۸	آیا احساس می‌کنید که کارکنان بیمارستان مبدأ و تیم انتقال به نوزادان اهمیت می‌دهند؟	۲۲ (۱۴/۷)	۱۲۸ (۸۵/۳)	۰/۸۵ \pm ۰/۱۶
۹	آیا حین انتقال در کنار نوزادان بوده‌اید؟	۳۰ (۲۰/۰)	۱۲۰ (۸۰/۰)	۰/۸۱ \pm ۰/۱۵
۱۰	آیا احساس می‌کنید به نوزادان رسیدگی کامل می‌شود؟	۱۶ (۱۰/۷)	۱۳۴ (۸۹/۳)	۰/۸۹ \pm ۰/۱۶
۱۱	آیا نسبت به درمان نوزادان امیدوار هستید؟	۱۹ (۱۲/۷)	۱۳۱ (۸۷/۳)	۰/۸۷ \pm ۰/۱۵
۱۲	آیا پیش از انتقال توانستید از نوزادان عکس بگیرید؟	۷۴ (۴۹/۳)	۷۶ (۵۰/۷)	۰/۵۵ \pm ۰/۱۱

NICU: Neonatal intensive care unit

بحث

نتایج این مطالعه، مؤید اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزادان در معرض خطر به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان می‌باشد. در این بررسی، بیشتر اعضای تیم انتقال و بیش از نیمی از والدین، معتقد بودند مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزادان در حد مطلوب اجرا شده است، اما از منظر هر دو گروه، تماس پوستی والدین با نوزادان قبل و حین انتقال مطلوب نبوده است.

جدول ۳، به مقایسه دیدگاه‌های والدین و تیم انتقال خصوصاً میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور اشاره می‌کند. بدین منظور، میان‌بندی نمرات در دو گروه بر اساس توضیحات مندرج در روش کار ملاک مقایسه قرار گرفت. از آزمون Kappa برای بررسی میزان تطابق بین دیدگاه اعضای تیم انتقال با نظر والدین در مورد میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی استفاده شد که تطابق چشم‌گیری بین نظرات این دو گروه وجود نداشت.

جدول ۳. مقایسه دیدگاه اعضای تیم انتقال و والدین به میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال نوزاد پرخطر به NICU (Neonatal intensive care unit)

متغیر	میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور از منظر اعضای تیم انتقال		مقدار P
	نامطلوب	مطلوب	
میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور از نامطلوب	۹ (۵۰/۰)	۴۱ (۳۱/۶)	Kappa = ۰/۱۰۷
میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور از مطلوب	۹ (۵۰/۰)	۹۱ (۶۸/۴)	
جمع کل	۱۸ (۱۰۰)	۱۳۲ (۱۰۰)	۰/۱۱۰

NICU: Neonatal intensive care unit

والدین در مورد میزان اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزادان پرخطر، تطابق چشم‌گیری وجود نداشت که می‌تواند بیانگر انتظارات متفاوت والدین و تیم انتقال در خصوص اجرای این مراقبت باشد که نظارت و بررسی‌های بیشتری را می‌طلبد. در این خصوص، نتایج مطالعات دیگر (۲۹-۲۵) نیز بیانگر نیاز به آموزش مجدد پرسنل در ارتباط با مراقبت خانواده‌محور و توجه همه جانبه به نحوه‌ی مراقبت‌های پرستاری حین انتقال نوزاد می‌باشد؛ ضمن این که نیاز به برگزاری تورهای مجازی برای والدین جهت برآورده شدن برخی از نیازهای آن‌ها قبل، حین و بعد از انتقال، توصیه می‌شود.

فراهم کنندگان مراقبت در بیمارستان مبدأ و مقصد، نقش یکسانی در حمایت، آموزش و آرایه‌ی اطلاعات به والدین جدا شده از نوزادشان را دارند. رویکرد مراقبت خانواده‌محور در انتقال نوزاد یک مراقبت استاندارد و رویکرد چند رشته‌ای، چند وجهی و چند سیستمی می‌باشد (۲۴). ادغام و توجه به مفاهیم اصلی FCC در حین حمل و نقل نوزادان، ارتباط با والدین را تسهیل می‌کند و به آن‌ها کمک کنید تا در مراقبت از نوزادان خود مشارکت فعال داشته باشند (۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، کمبود وقت اعضای تیم انتقال برای تکمیل پرسش‌نامه به جهت بازگشت به محل استقرار و در مورد نوزادان با شرایط بالینی بحرانی، والدین به زمان بیشتری جهت تکمیل پرسش‌نامه نیاز داشتند. همچنین، این مطالعه در یک استان انجام شده و نمونه‌ی کوچکی از والدین و اعضای تیم انتقال را شامل می‌شود، از این رو قابلیت تعمیم‌پذیری آن محدود است. بنابراین، توصیه می‌گردد پژوهش مشابهی در سطح وسیع‌تری اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه که بر اساس پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی طراحی شده است، نشان داد که اگر چه اجرای مراقبت خانواده‌محور حین انتقال بین بیمارستانی نوزاد در معرض خطر در حد مطلوب است، اما به نظر می‌رسد توجه بیشتر مراقبین جهت ارتقای تعامل بین والدین و شیرخوار در چند حیطه نظیر برقراری تماس پوستی و فراهم نمودن امکان تهیه‌ی عکس از نوزاد برای والدین، ضروری است.

تشکر و قدردانی

از حمایت مالی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی بابل و کلیه‌ی پرسنل محترم بخش مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان کودکان شفیع‌زاده امیرکلا و تمامی همکاران تیم انتقال نوزاد و والدینی که در انجام این مطالعه مشارکت داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی مهسا مقدری دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان و طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۴۴۲۳ مصوب دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، از دیدگاه هر دو گروه، (والدین و اعضای تیم انتقال) به سؤالات والدین در خصوص انتقال نوزاد، پاسخ کامل داده شد. از منظر تیم انتقال پاسخ‌گویی به سؤالات والدین و دادن اطلاعات در مورد بیمارستان مقصد، بیشتر از سایر حیطه‌های مراقبت خانواده‌محور مورد توجه کادر انتقال بوده است. در پژوهش راستی و همکاران، بیشتر والدین نیاز به دریافت اطلاعات کافی در مورد نوزادشان داشتند (۲۱) و در مطالعه‌ی Mundy، بیشترین نیاز والدین حمایت عاطفی و اطمینان‌دهی به آن‌ها در حین پذیرش نوزاد در بیمارستان بود (۲۲).

در پژوهش حاضر، بیشتر والدین نسبت به درمان نوزادشان امیدوار بودند و رسیدگی و مراقبت از نوزادشان از دیدگاه آن‌ها در حد مطلوب بود. در حالی که در مطالعه‌ی بریم‌نژاد و همکاران، اگر چه تثبیت قبل از انتقال نوزادان انجام شد، اما به حمایت روحی خانواده توجه نشد (۲۰). این در حالی است که یکی از وظایف پرستار انتقال، حمایت عاطفی از والدین می‌باشد (۲۳).

در مطالعه‌ی Aagaard و همکاران، والدین انتقال فرزندشان را به عنوان تجربه‌ای ناآشنا، تهدید کننده و وحشت‌آور توصیف کردند (۱۰). این توصیف والدین، می‌تواند به دلیل عدم حمایت از آن‌ها و آرایه‌ی توضیحات کافی در حین انتقال بین بیمارستانی نوزاد باشد؛ چرا که هنر تیم درمان در حین انتقال نوزاد، حمایت از والدین است (۲۴).

در مطالعه‌ی حاضر، اغلب والدین اظهار نمودند که اطلاعات مربوط به بیمارستان مقصد را پیش از انتقال نوزاد دریافت نمودند و بیش از نیمی از آن‌ها ادعان داشتند که شرایط تهیه‌ی عکس از نوزادشان فراهم شد. طبق مطالعه‌ی Comette اعضای تیم انتقال طی زمان تثبیت نوزاد باید با والدین ارتباط برقرار نمایند تا بتوانند در زمان کوتاه اطلاعات را به صورت قابل فهم به آن‌ها منتقل کنند. والدین باید نقشه و شماره‌ی تلفن بیمارستان مقصد و یک قطعه عکس از نوزاد خود دریافت کنند و بهتر است قبل از فرایند انتقال، نوزاد خود را لمس نمایند (۱۹).

در مطالعه‌ی حاضر، اغلب والدین معتقد بودند به آن‌ها اطلاعات کافی در مورد علت نیاز نوزادشان به بستری در NICU داده شد، اما تنها ۵۸ درصد خود را آگاه به شرایط نوزادشان (وضعیت و حال عمومی نوزاد) می‌دانستند. والدین توضیحات تیم انتقال را قانع کننده می‌دانستند و اظهار داشتند که اعضای تیم انتقال به نوزادشان اهمیت می‌دهند. در این راستا، در مطالعه‌ی Mullaney و همکاران، ۴۰ درصد از والدین اعلام کردند حین انتقال ضمن دریافت اطلاعات کافی، توانستند از نوزادشان عکس بگیرند و اطلاعات مربوط به والدین را به صورت بسته‌ی آموزشی دریافت کردند و ۸۹ درصد بیان نمودند که در مورد مراقبت‌های آرایه شده به نوزادشان، به آن‌ها توضیح داده شد و توانستند از اعضای تیم انتقال سؤالات خود را بپرسند (۷).

نتایج مطالعه‌ی حاضر، نشان داد که بین دیدگاه اعضای تیم انتقال و

References

- Verklan MT, Walden M. core curriculum for neonatal intensive care nursing. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015. p. 21-42.
- Kliegman RM, Stanton BF, Geme JS, Schor NF. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015. p. 3888.
- Veronica RM, Gallo LL, Medina DR, Gutiérrez MT, Mancilla JLS, Amezcua MM, et al. Safe neonatal transport in the state of Jalisco: Impact of the S.T.A.B.L.E. program on morbidity and mortality. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2011; 68(1): 31-5.
- Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC. Fanaroff and Martin's neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015.
- Ratnavel N. Evaluating and improving neonatal transport services. *Early Hum Dev* 2013; 89(11): 851-3.
- Kendall AB, Scott PA, Karlsen KA. The S.T.A.B.L.E.(R) Program: The evidence behind the 2012 update. *J Perinat Neonatal Nurs* 2012; 26(2): 147-57.
- Valizadeh L, Zamanzadeh V, Mohammadi E, Arzani A. Continuous and multiple waves of emotional responses: Mother's experience with a premature infant. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19(4): 340-8.
- Bellini S. Postresuscitation care and pretransport stabilization of newborns using the principles of STABLE transport. *Nurs Womens Health* 2015; 19(6): 533-6.
- Mullaney DM, Edwards WH, DeGrazia M. Family-centered care during acute neonatal transport. *Adv Neonatal Care* 2014; 14(Suppl 5): S16-S23.
- Aagaard H, Hall EOC, Ludvigsen MS, Uhrenfeldt L, Fegran L. Parents' experiences of neonatal transfer. A meta-study of qualitative research 2000-2017. *Nurs Inq* 2018; 25(3): e12231.
- Reid S, Bredemeyer S, Chiarella M. Integrative review of parents' perspectives of the nursing role in neonatal family-centered care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2019; 48(4): 408-17.
- Kleberg A, Hellstrom-Westas L, Widstrom AM. Mothers' perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care. *Early Hum Dev* 2007; 83(6): 403-11.
- Rowe J, Jones L. Facilitating transitions. Nursing support for parents during the transfer of preterm infants between neonatal nurseries. *J Clin Nurs* 2008; 17(6): 782-9.
- Joyce CN, Libertin R, Bigham MT. Family-centered care in pediatric critical care transport. *Air Med J* 2015; 34(1): 32-6.
- van Manen M. Carrying: Parental experience of the hospital transfer of their baby. *Qual Health Res* 2012; 22(2): 199-211.
- Duritz K. Neonatal transport- a family support module. *Newborn Infant Nurs Rev* 2009; 9(4): 212-8.
- Serlachius A, Hames J, Juth V, Garton D, Rowley S, Petrie KJ. Parental experiences of family-centred care from admission to discharge in the neonatal intensive care unit. *J Paediatr Child Health* 2018; 54(11): 1227-33.
- Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol* 2007; 27(Suppl 2): S32-S37.
- Cornette L. Transporting the sick neonate. *Current Paediatrics* 2004; 14(1): 20-5.
- Borimnejad L, Ansari K, Tatarpour P, Haghani H. Studying high risk newborn intra-hospital transport in neonatal intensive care unit (NICU). *Iran J Crit Care Nurs* 2013; 6(3): 199-206. [In Persian].
- Rasti M, Aliabadi FF, Shafarodi N, Rafiee F, Kalani M. Specification of the educational needs of parents with premature infants admitted to neonatal intensive care unit. *J Mod Rehabil* 2014; 8(4): 21-9. [In Persian].
- Mundy CA. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *Am J Crit Care* 2010; 19(2): 156-63.
- Aftyka A, Rybojad B. Specialised transport of neonates—who, when, how, and why? *J Public Health Nurs Med Rescue* 2016; 3: 15-9.
- Mosher SL. The art of supporting families faced with neonatal transport. *Nurs Womens Health* 2013; 17(3): 198-209.
- Xu XJ, Li LN, Wu WY. Importance of stabilization of the neonatal transport network in critically ill neonates. *J Int Med Res* 2019; 47(8): 3737-44.
- Mirlashari J, Brown H, Fomani FK, de SJ, Zadeh TK, Khoshkhou F. The challenges of implementing family-centered care in NICU from the perspectives of physicians and nurses. *J Pediatr Nurs* 2020; 50: e91-e98.
- Gould JB, Danielsen BH, Bollman L, Hackel A, Murphy B. Estimating the quality of neonatal transport in California. *J Perinatol* 2013; 33(12): 964-70.
- Cockcroft S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *J Neonatal Nurs* 2012; 18(3): 105-10.
- Amintavakol M, Nourian M, Rassooli M, Baghestani A. The study of comparison of baby care during transfer to other medical centers with favorable conditions in selected hospitals of Kurdistan University of Medical Sciences. *Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty* 2016; 2(1): 1-11. [In Persian].

Family-Centered Care and the Inter-Hospital Transport of Critically Ill Neonates

Mahsa Moghaddari¹, Yadollah Zahedpasha², Soraya Khafri³, Afsaneh Arzani⁴

Original Article

Abstract

Background: Safe inter-hospital transfer of high-risk neonate is a part of hospital care. Due to the high rate of inter-hospital transport and the importance of family presence as a key element in infant care (family-centered care), this study aimed to determine the extent of carrying out family-centered care during the inter-facility transport of high risk neonates.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, 150 parents of neonates transferred from the hospitals of the Mazandaran Province, Iran, to neonatal intensive care unit (NICU) of the only children's subspecialty center in this province, and 150 members of the neonatal transport team were selected using non-random sampling convenient method in 2018. The data were collected using a researcher-made questionnaire about the implementation of family-centered care during the inter-facility transport with 8 questions for transport team and 12 for parents with yes or no answer, and analyzed using SPSS software.

Findings: 88% of transport team members (132 case) and 66.7% of the parents (100 case) stated that family-centered care during the transport of neonates was desirable; and there was a significant difference between them ($P = 0.001$). In contrast, 30 parents (20%), 91 members of the transport team (60.7%) acknowledged that it was possible for the parents to make skin to skin contact during and before the transfer of the baby; the imbalance of responses in the parent group and transport team was significant, too ($P = 0.001$).

Conclusion: Although from the viewpoint of most the members of the transport team and the parents, family-centered care during the inter-hospital transport was optimal, but both groups stated that the skin contact between the parents and the baby was not well provided; this need more education.

Keywords: Family-centered nursing; Nursing care; Critically ill; Newborns; Intensive care units; Neonatal; Patient transfer

Citation: Moghaddari M, Zahedpasha Y, Khafri S, Arzani A. **Family-Centered Care and the Inter-Hospital Transport of Critically Ill Neonates.** J Isfahan Med Sch 2020; 38(590): 642-8.

1- Student Research Committee, MSc of Neonatal Nursing, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2- Professor, Non-Communicable Pediatric Disease Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3- Assistant Professor, Research Center for Reproductive Health and Infertility, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

4- Assistant Professor, Non-Communicable Pediatric Disease Research Center, Health Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

Corresponding Author: Afsaneh Arzani, Assistant Professor, Department of Pediatrics nursing, Non-Communicable Pediatric Disease Research Center, Health Research Institute, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran; Email: a.arzani@mubabol.ac.ir