

تأثیر حضور مادران بر دیدگاه آنان نسبت به کنترل درد نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

زهرا جمال آبادی^۱، سکینه سبزواری^{۲*}، دکتر محمدرضا بانیشی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۷/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۹/۱۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: نوزادان بخش مراقبت‌های ویژه تحت مداخلات تهاجمی و دردناک قرار می‌گیرند. درد نوزادان پر استرس‌ترین تجربه‌ای است که توسط والدینی که فرزند آن‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شده است گزارش می‌شود. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر حضور مادران بر دیدگاه آنان نسبت به کنترل درد در نوزادان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی است. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ مادر، ۱۵۰ نفر تعیین گردید. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه شامل اطلاعات فردی و ۲۴ سؤال ۴ گزینه‌ای بود که دیدگاه مادران را نسبت به کنترل درد قبل و بعد از حضور بر بالین نوزاد در طول انجام مداخلات دردناک می‌سنجید. پرسشنامه قبل و بعد از انجام پروسیجر با نظارت پژوهشگر توسط مادران تکمیل می‌شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی استیودنت و آنالیز رگرسیون چند متغیره استفاده شد. نرم افزار مورد استفاده در این پژوهش SPSS18 بوده و سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شده است ($P < 0/05$).

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دیدگاه قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). بر اساس یافته‌های آماری این پژوهش بین سن مادران مورد مطالعه که در گروه ۲۱-۳۰ سال بودند قبل و بعد از حضور در بخش از نظر دیدگاه در کنترل درد اختلاف آماری واضحی دیده شد. ($P < 0/05$) همچنین تفاوت دیدگاه مادران در دو مرحله حساب گردید و اثر عوامل مختلف روی آن با مدل رگرسیون خطی سنجیده شد مشخص گردید که تنها متغیر تعداد دفعات ملاقات معنی‌دار بود ($P < 0/002$).

بحث و نتیجه گیری: از آنجائی که تمایل مادر به ماندن در کنار کودک با کاهش تعداد پروسیجرهای دردناک و استفاده بیشتر از ساداتیوها افزایش می‌یابد باید تلاش نمود تا حد امکان تعداد مداخلات دردناک محدود شده و همچنین به علت اهمیت نقش والدین در مراقبت از نوزاد بستری مادران به مشارکت در امر مراقبت از نوزاد به خصوص در طول انجام مداخلات دردناک تشویق شوند. **کلید واژه‌ها:** نوزادان، مراقبت‌های ویژه نوزادان، مادران، کنترل درد، درد. این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره ششم، پی در پی ۴۱، بهمن و اسفند ۱۳۹۱، صص ۷۶۵-۷۷۱

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تلفن: ۰۹۱۳۳۴۱۹۹۲۱

Email: S_Sabzevari@kmu.ac.ir

مقدمه

رمز بقای نسل انسان در تولدی ایمن و سالم نهفته است. با توجه به بالا بودن آمار زایمان تعداد نوزادانی که نیاز به مراقبت‌های ویژه پیدا می‌کنند رو به افزایش است (۱). با وجود پیشرفت‌های زیادی که انجام شده است حدود ۱۰ درصد نوزادان

^۱ دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، بیمارستان ۲۲ بهمن مشهد، وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی

^۲ کارشناس ارشد آموزش پزشکی و پرستاری، دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، دکترای آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

موضوع مورد توجه سایر سازمان‌ها از جمله AAP, ACEP و انجمن مراقبت‌های پزشکی ویژه فرار گرفت(۷). از آنجایی که نگرش والدین و سطح انتظارات آن‌ها در رابطه با بیماری کودکان از کشوری به کشور دیگر و حتی ناحیه‌ای به ناحیه دیگر متفاوت است و بسته به زمینه فرهنگی و اجتماعی و بسیاری از عوامل دیگر است بنابراین درک احساسات خانواده و عقاید آن‌ها برای بهبود ارتباط بین تیم پزشکی و خانواده و همچنین بهبود برنامه مراقبت سلامت به خصوص در زمان انجام مداخلات دردناک لازم و ضروری است(۲). از این‌رو این پژوهش با هدف تعیین تأثیر حضور مادران بر دیدگاه آنان نسبت به کنترل درد در نوزادان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مداخله نیمه تجربی است. جامعه پژوهش را مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان امام رضا(ع) در سال ۱۳۹۰ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰ نفر از افراد جامعه پژوهش به عنوان پایلوت انتخاب شدند، ۱۵۰ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری به روش در دسترس مستمر از افرادی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: توانایی تکلم به زبان فارسی، داشتن توانایی مراقبت از نوزاد، عدم ابتلا به بیماری روانی یا جسمی مزمن (که به ناچار وابسته به مراقبت شخص ثالث باشند)، ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته است، قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات فردی از جمله سن مادر، سن نوزاد، میزان تحصیلات مادر، نوع زایمان، شغل مادر، رتبه فرزند در خانواده، نوع بیماری، سابقه بستری قبلی همین نوزاد و یا فرزند قبلی، جنس ترم یا پره‌ترم بودن نوزاد و تعداد ملاقات در روز است. قسمت دوم پرسشنامه ۲۴

بین پزشکان و پرستاران رد و بدل می‌شود برای آنان قابل فهم نیست(۲). این عوامل، ترس و اضطراب را در والدین به طور چشمگیری افزایش می‌دهد، این اضطراب به مرگ و بیماری نوزاد، ناآشنا بودن محیط و تجهیزات پیشرفته بخش نوزادان و همچنین اقدامات دردناکی که برای نوزادان انجام می‌شود مربوط می‌شود(۳).

درد ناشی از تکنیک‌های تشخیصی یا درمانی است که برای نوزادان انجام می‌شود(۴). در یک مطالعه توصیفی مشخص شده نوزادان با سن کمتر از ۳۱ هفته در طول مدت بستری در NICU به طور متوسط در معرض ۱۴۲ تکنیک دردناک قرار می‌گیرند(۵). درد نوزادان پر استرس‌ترین تجربه‌ای است که توسط والدینی که فرزند آن‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شده است گزارش می‌شود. از طرفی تغییر نقش والدینی در محافظت از نوزاد و اینکه آن‌ها نمی‌دانند چگونه می‌توانند به فرزندشان کمک کنند به عنوان منبع دیگر استرس برای والدین محسوب می‌شود که ممکن است تأثیرات طولانی مدت بر آن‌ها داشته باشد(۶). این نگرانی با بیرون کردن والدین از بالین نوزاد در هنگام انجام اقدامات دردناک بیشتر می‌شود. در مطالعه کارن و همکاران مشخص شد که حضور هر دو و یا یکی از والدین در هنگام انجام رویه‌های تهاجمی به میزان قابل توجهی از اضطراب والدین مربوط به پروسیجر می‌کاهد(۳).

عموماً خواسته والدین مبنی بر اینکه در طول انجام پروسیجر تهاجمی در کنار فرزندشان باشد توسط پزشکان در نظر گرفته نمی‌شود و اغلب پزشکان از آن‌ها می‌خواهند اتاق را ترک کنند ولی مشاهدات و تجربیات نشان داده که والدین تمایل دارند خودشان در این مورد تصمیم بگیرند و بیشتر آن‌ها ترجیح می‌دهند که در کنار فرزندشان بمانند(۲). در سال ۲۰۰۰ انجمن قلب آمریکا دستورالعملی را ارائه داد مبنی بر اینکه والدین مختارند در طول اقدامات تهاجمی و دردناک در کنار فرزندشان بمانند، این

در این پژوهش SPSS v. 18 بوده و سطح معنی داری آزمون‌ها کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شده است ($P < 0/05$).

یافته‌ها

متوسط سن مادران شرکت کننده در این مطالعه $27/2 \pm 6/1$ (۱۵ تا ۴۲ سال) بوده است و متوسط سن نوزادان آن‌ها $7/8 \pm 6/6$ روز (۲ - ۲۸ روز) بود. از میان ۱۵۰ مادر مورد بررسی در این مطالعه ۴ درصد بی سواد (۶ نفر)، ۴۴/۷ درصد تحصیلات زیر دیپلم (۶۷ نفر)، ۳۸ درصد دیپلمه (۵۷ نفر) و ۱۳ درصد تحصیلات دانشگاهی (۲۰ نفر) داشتند.

همچنین ۱۳۴ نفر خانه دار (۸۹/۳٪) و ۱۶ نفر شاغل (۱۰/۷٪) بودند. ۴۳/۳ درصد (۶۵ نفر) آن‌ها زایمان طبیعی و ۵۶/۷ درصد (۸۵ نفر) زایمان به روش سزارین داشتند. حاصل این تعداد زایمان، ۳۷/۳ درصد معادل ۵۶ نوزاد مؤنث و ۶۲/۷ درصد معادل ۹۴ نوزاد مذکر شرکت داده شده‌اند، ترتیب فرزندگی مادران مورد مطالعه به طور متوسط 2 ± 1 فرزند بوده است، ۷۵ نفر (۵۰٪) فرزند اول، ۴۶ نفر (۳۰/۷٪) فرزند دوم، ۱۹ نفر (۱۲/۷٪) فرزند سوم، ۴/۷ درصد فرزند چهارم و ۱/۳ درصد فرزند پنجم خود را به دنیا آورده بودند. از لحاظ تعداد فرزندان ۷۶ نفر از مادران (۵۰/۷٪) یک فرزند، ۴۵ نفر (۳۰٪) دو فرزند، ۲۱ نفر (۱۳/۳٪) سه فرزند و مابقی چهار یا پنج فرزند داشتند. وزن نوزادانی که مادران آن‌ها در این مطالعه شرکت داشتند ۱۱۰۰ گرم تا ۴۰۰۰ گرم بوده است و میانگین وزن نوزادان در هنگام تولد $325/685 \pm 275/77$ گرم بوده است. از لحاظ رسیدگی جنینی ۷۳ نوزاد معادل ۴۸/۷ درصد نوزاد پره‌ترم و ۷۷ نوزاد معادل ۵۱/۳ درصد نوزاد ترم بوده‌اند. از نظر علت بستری نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ۳۴ درصد به علت زردی، ۲۱/۳ درصد به علت پره‌ترم بودن، ۱۸ درصد به علت دیسترس تنفسی، ۶ درصد به علت سپسیس، ۵/۳ درصد به علت جراحی، ۳/۳ درصد به علت بیماری قلبی، ۱/۳ درصد به علت

سؤال ۴ گزینه‌ای است که مجموع نمرات، دیدگاه مادران را نسبت به کنترل درد قبل و بعد از حضور بر بالین نوزاد در طول انجام مداخلات دردناک می‌سنجید. جهت تعیین روایی ابزار، ابزار در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی گروه پرستاری قرار گرفت و نظرات و موارد اصلاحی ایشان اعمال گردید برای سنجش پایایی پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از مادرانی که نوزاد آن‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و مستقل از واحدهای مورد پژوهش بودند، قرار گرفت و ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد که ۰/۷۵ بدست آمد.

برای جمع آوری داده‌ها پژوهشگر با مراجعه روزانه به بیمارستان، پس از بیان اهداف مطالعه به مادران واجد شرایط و کسب موافقت آنان برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه مربوط به دیدگاه مادران قبل از حضور در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت و سپس از مادر خواسته می‌شد بر بالین نوزاد حاضر شود و پس از اتمام کار مجدداً پرسشنامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت. تکنیک‌هایی که قرار بود برای نوزاد انجام شود به مادر توضیح داده شد. سه پروسیجر در نظر گرفته شده برای این مطالعه نمونه‌گیری وریدی، نمونه‌گیری از پاشنه پا و گرفتن خط وریدی است. به مادران اجازه داده شد که خودشان در مورد ماندن یا ترک نوزادشان در هنگام انجام پروسیجر تصمیم بگیرند.

یافته‌ها

در تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون یک نمونه‌ای کلموگروف - اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفته است و با تایید نرمال بودن از روش‌های پارامتری مناسب مانند آزمون تی استیودنت به منظور تعیین متغیرهای پیوسته مستقل که تأثیر معنی داری بر پاسخ مادران دارد استفاده شد. از آنالیز رگرسیون چند متغیره نیز به منظور تعیین متغیرهایی که بر حضور مادران تأثیر دارد استفاده شده است. نرم افزار مورد استفاده

دهیدراتاسیون شدید و ۱۰/۷ درصد به علل دیگر در بخش بستری شده‌اند. ۱۶ نفر از مادران (۱۰/۷٪) سابقه تولد نوزاد نارس داشتند که ۹ تا از این ۱۶ نوزاد قبلاً در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری بوده‌اند در و ۱۳۴ نفر (۸۹/۳٪) افراد مورد مطالعه چنین سابقه‌ای نداشته‌اند به عبارتی فقط ۹ نفر (۶٪) از مادران سابقه بستری نوزاد قبلی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان داشتند. میانگین تعداد دفعات ملاقات نوزادان در روز 10.7 ± 3.2 بار بود. در تجزیه و تحلیل آماری، آزمون تی استودنت نشان داد که بین دیدگاه قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (جدول ۱) $(P=0/001)$.

جدول شماره (۱): مقایسه دیدگاه مادران نسبت به کنترل درد قبل و بعد از حضور

آماره آزمون مقدار احتمال	انحراف معیار	میانگین	بیشترین	کمترین	دیدگاه مادران نسبت به کنترل درد نوزادان
t-test(Paired)=3. 307	۷/۰	۵۶/۶	۷۲	۳۸	قبل
P-Value=0. 001**	۶/۷	۵۸/۴	۷۲	۴۱	بعد

بر اساس یافته‌های آماری این پژوهش بین سن مادران مورد مطالعه که در گروه ۲۱-۳۰ سال بودند قبل و بعد از حضور در بخش از نظر دیدگاه در کنترل درد اختلاف آماری واضحی دیده شد ($P < 0. 05$) (جدول ۲).

جدول شماره (۲): مقایسه دیدگاه مادران نسبت به کنترل درد قبل و بعد از حضور به تفکیک سن

آماره آزمون مقدار احتمال	انحراف معیار	میانگین	بیشترین	کمترین	دیدگاه مادران نسبت به کنترل درد نوزادان
t-test(Paired)=1. 743	۸/ .	۵۴/۸	۶۸	۴۲	قبل
P-Value=0. 097	۸/۷	۵۸/۱	۷۲	۴۱	بعد
t-test(Paired)=2. 528	۷/۳	۵۶/۸	۷۲	۳۸	قبل
P-Value=0. 013*	۶/۴	۵۸/۷	۷۱	۴۱	بعد
t-test(Paired)=1. 267	۶/۱	۵۷/۱	۶۹	۴۳	قبل
P-Value=0. 212	۶/۳	۵۸/۲	۷۲	۴۵	بعد

همچنین تفاوت دیدگاه مادران در دو مرحله حساب گردید و اثر عوامل مختلف روی آن با مدل رگرسیون خطی سنجیده شد مشخص کردید که تنها متغیر تعداد دفعات ملاقات معنی‌دار بود (جدول ۳) $(P=0/002)$.

جدول شماره (۳): ارتباط بین عوامل مختلف مورد بررسی و دیدگاه آنان نسبت به کنترل درد نوزادان

Tests of Within-Subjects Contrasts							
Measure: MEASURE_1							
Source	دیدگاه_قبل_بعد	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
دیدگاه_قبل_بعد	dimension2	Linear	.065	1	.065	.003	.957
دیدگاه_قبل_بعد * تحصیلات	dimension2	Linear	59.816	3	19.939	.882	.452
دیدگاه_قبل_بعد * شغل	dimension2	Linear	7.129	1	7.129	.315	.575
دیدگاه_قبل_بعد * نوع زایمان	dimension2	Linear	1.010	1	1.010	.045	.833
دیدگاه_قبل_بعد * سابقه نوزاد نارس	dimension2	Linear	53.361	1	53.361	2.361	.127
دیدگاه_قبل_بعد * پره‌ترم	dimension2	Linear	11.549	1	11.549	.511	.476
دیدگاه_قبل_بعد * علت بستری	dimension2	Linear	85.956	7	12.279	.543	.800
دیدگاه_قبل_بعد * جنس	dimension2	Linear	75.080	1	75.080	3.321	.071
دیدگاه_قبل_بعد * سن مادر	dimension2	Linear	51.441	1	51.441	2.276	.134
دیدگاه_قبل_بعد * تعداد فرزند	dimension2	Linear	.008	1	.008	.000	.985
دیدگاه_قبل_بعد * رتبه فرزند	dimension2	Linear	.074	1	.074	.003	.954
دیدگاه_قبل_بعد * سن نوزاد	dimension2	Linear	5.670	1	5.670	.251	.617
دیدگاه_قبل_بعد * دفعات ملاقات	dimension2	Linear	294.912	1	294.912	13.046	.000
دیدگاه_قبل_بعد * وزن	dimension2	Linear	34.271	1	34.271	1.516	.220
دیدگاه_قبل_بعد * سابقه بستری قبلی	dimension2	Linear	6.832	1	6.832	.302	.583

بحث و نتیجه گیری

کمک به پرسنل پرستاری در هنگام انجام این‌گونه مداخلات می‌شود از طرف دیگر آنان با حضورشان در کنار فرزندشان نقش مادری خود را در محافظت از نوزادشان ایفا می‌نمایند در مطالعات دیگر نیز به این مسئله اشاره شده بود که حضور مادران از اضطراب آن‌ها می‌کاهد و حتی باعث کاهش اضطراب در بچه‌های بزرگ‌تر می‌شود اما در مطالعه کارپینار نشان داده شده که مادران با کودکان کوچک‌تر تمایل بیشتری به ماندن در کنار کودکشان داشتند (۲). مطالعات کمی ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و دیدگاه مادران را نسبت به حضورشان بر بالین نوزاد در هنگام مداخلات دردناک سنجیده است، اگر چه ویژگی‌های دموگرافیک تأثیر مهمی بر تغییر دیدگاه ندارد. بر اساس یافته‌های آماری این پژوهش بین سن مادران مورد مطالعه که در گروه ۲۱-۳۰ سال بودند قبل و بعد از حضور در بخش از نظر دیدگاه در کنترل درد اختلاف آماری واضحی دیده شد. ($P < 0.05$)، ولی بین سن

تحقیقات نشان می‌دهد اغلب خانواده‌ها تمایل دارند در تمامی جنبه‌های مراقبت از کودک بستری شرکت داشته باشند و اغلب این مشارکت را برای خود و کودکشان مفید توصیف می‌کنند (۸). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد نوزادانی که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری می‌شوند و مادر آن‌ها در مراقبت، مشارکت می‌کند و در بالین نوزاد به هنگام انجام مداخلات حضور دارد از دیدگاه بهتری نسبت به زمانی که حضور ندارد و در مراقبت از وی مشارکتی ندارد برخوردارند و هرچه تعداد دفعات ملاقات بیشتر باشد دیدگاه بهتری خواهند داشت. در واقع والدینی که وقت بیشتری با نوزادشان می‌گذرانند فرصت بیشتری جهت تفسیر علائم ناراحتی نوزاد دارند و عملکرد بهتری نشان می‌دهند (۹). در این مطالعه مادران بیان کردند حضور آن‌ها باعث واکنش مناسب‌تر پرستاران نسبت به درد نوزادان و همچنین باعث

نوزادان و دیدگاه مادران اختلاف آماری واضحی دیده نشد. باچنان گزارش کرد مادران با سطح تحصیلات بالاتر و مادران سیاه پوست تمایل بیشتری به ماندن دارند و اگر در مداخلات قبلی هم حضور داشت تمایل بیشتری به ماندن نشان می‌دهد (۱۰). کارپینار نیز نشان داد که مادران جوان تر با بچه‌های کوچک‌تر و سطح تحصیلات و سطح اقتصادی اجتماعی بالاتر تمایل بیشتری به ماندن دارند (۲). بر اساس یافته‌های آماری مطالعه حاضر بین سن مادران مورد مطالعه که در گروه ۲۱-۳۰ سال بودند قبل و بعد از حضور در بخش از نظر دیدگاه در کنترل درد اختلاف آماری واضحی دیده شد ($P < 0.05$) ولی در گروه سنی قبل از ۲۰ سال و بعد از ۳۰ سال این تفاوت دیده نمی‌شود کارپینار این تفاوت را به تفاوت‌های فرهنگی اجتماعی مادران جوان و مادران مسن نسبت می‌دهد البته این تفاوت در کشورهای پیشرفته وجود ندارد بطوریکه در بیمارستان‌های آمریکا سن فاکتور شناخته شده‌ای برای تصمیم‌گیری مادران جهت حضور در هنگام انجام مداخلات دردناک نبوده است اما در ترکیه مادران جوان با تحصیلات بالاتر تمایل بیشتری به حضور در هنگام انجام مداخلات دردناک دارند که ناشی از دیدگاه وسیع‌تر آن‌ها نسبت به سلامت و نیازهای کودکان است. در مطالعه حاضر نیز چنین دیدگاهی در بین افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده می‌شود. در پژوهش حاضر تمایل مادران به ماندن در کنار نوزادشان در طول انجام مداخلات دردناک بالا بود حدود ۸۰ درصد و این در حالی است که در ملیت‌های دیگر گاه این تمایل کمتر دیده می‌شود به طور مثال در کشور ترکیه به خصوص در موقع احیاء ۸ درصد تمایل به ماندن داشتند ولی در کشورهای دیگر این میزان ۶۲ تا ۶۸ درصد افزایش دارد (۱۱). این تفاوت ممکن است به زمینه قومی یا ملیتی منحصر به فرد افراد باشد. شاید هم توانایی مادران در تحمل دیدن درد فرزند از جمعیتی تا جمعیت دیگر متفاوت باشد. به هر حال شرایط و احساسات مادران کشور ما مسلماً با کشورهای دیگر متفاوت است و از طرفی نوع

پروسیجر انجام شده در پژوهش حاضر کمتر تهاجمی بوده است چون هر چه تکنیک تهاجمی‌تر باشد تحمل مادر برای دیدن فرزند در حال درد کشیدن کمتر می‌شود. تفاوت در ویژگی‌های اجتماعی ممکن است در حضور مادران نقش داشته باشد ولی تجویز آنالژزیک و سداتیو عامل مهمی در ایجاد این تفاوت خواهد بود. همان‌طور که می‌دانیم متأسفانه حتی در کشورهای توسعه یافته مداخلات دردناک برای نوزادان بدون استفاده از آنالژزیک و سداتیو انجام می‌شود با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات دیگر که در این رابطه انجام شده نشان داد که دیدگاه مادران و انتظارات آن‌ها در رابطه با بیماری کودکان از کشوری به کشوری دیگر و حتی از ناحیه‌ای به ناحیه دیگر بسته به زمینه فرهنگی اجتماعی و بسیاری عوامل دیگر متفاوت است و از طرف دیگر توانایی مادران در تحمل دیدن درد فرزندان از جمعیتی تا جمعیت دیگر متفاوت است بنابراین درک احساسات خانواده و عقاید آن‌ها برای بهبود ارتباط بین پزشک و خانواده، برنامه مراقبت سلامت به خصوص در زمان انجام مداخلات تهاجمی لازم است (۲) از این‌رو قبل از انجام هر گونه مداخلات دردناک نوزادان و مادران آن‌ها باید به طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرند و هر پزشکی لازم است از نگرش مادران منطقه‌ای که در آن کار می‌کنند آگاه باشد. همچنین باید به احساس مادران از ترس و درد وقتی فرزند آن‌ها تحت مداخله دردناک قرار می‌گیرد احترام گذاشته شود و فرصتی برای تصمیم‌گیری برای ماندن یا رفتن به آن‌ها داده شود (۲). و از آنجای که تمایل مادر به ماندن در کنار کودک با کاهش تعداد پروسیجرهای دردناک و استفاده بیشتر از سداتیوها افزایش می‌یابد باید تلاش نمود تا حد امکان تعداد مداخلات دردناک محدود شود و پرستاران و پزشکان به درد نوزادان اهمیت بیشتری داده و از روش‌های تسکین درد در نوزادان استفاده نمایند. و همچنین به علت اینکه مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد بستری، پایه اصلی پرستاری مدرن اطفال بوده و جزء مهم مراقبت خانواده محور تلقی

از کلیه مادران شرکت‌کننده در پژوهش، مسئولان محترم و پرستاران بیمارستان آموزشی-درمانی بیمارستان امام رضا(ع) به خاطر همکاری در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود. بخشی از هزینه طرح در قالب طرح مصوب شماره ۹۰/۲۶۳ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تأمین شده است.

می‌گردد مادران تشویق شوند در امر مراقبت از نوزاد به خصوص در طول انجام مداخلات دردناک مشارکت نمایند. به‌کارگیری این راهبرد از سوی مسئولان نیز با فراهم کردن زمینه‌های مناسب در محیط بالینی ضروری به نظر می‌رسد(۱۲).

تقدیر و تشکر

References:

1. Heidarzade M. Neonate Resuscitation Handbook 1st Ed. Tabriz: Education Developmental center;1386. (Persian)
2. Karapýnar B, Yýlmaz D, Egemen A. Mothers attitudes towards their own presence during invasive procedures on their children. Turk J Pediatr 2005; 47: 46-52.
3. Karen S, Jeffeey S. Family Presence During Invasive Procedures in the Pediatric Intensive Care Unit. Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153(9): 955-8.
4. Gradin M, Finnström O, Schollin J. Feeding and oral glucose--additive effects on pain reduction in newborns. Early Hum Dev 2004;77(1-2):57-65.
5. Hashemi H, Azizkhani L, Heidarzade M. Nursing Care in neonates. 2st Ed. Tehran: Idepardazan Fan O Honar; 1386. (Persian)
6. Franck L, Scurr K, Couture S. Parent views of infant pain and pain management in the neonatal intensive care unit. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2001;1:106-13.
7. Dingeman RS, Mitchell EA, Meyer EC, Curley MA. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. Pediatrics. 2007;120(4):842-54.
8. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. AnnEmerg Med 2002; 40(2): 193-205.
9. Bauchner H, Waring CH, Vinci R. Parental Presence During Procedures in an Emergency Room: Results From 50 Observations. Pediatrics 1991;87(4): 544-8.
10. Shields L, Kristensson-Hallström I, O'Callaghan M. An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions. Scand J Caring Sci 2003; 17(2): 176-84.
11. Gold KJ, Gorenflo DW, Schwenk TL, Bratton SL. Physician experience with family presence during cardiopulmonary resuscitation in children. Pediatr Crit Care Med 2006;7(5): 428-33.
12. Aliabadi T, Bastani F, Haghani H. The Survey Of mother cooperation effect on preterm neonates care in NICU on readmission. Hayat 1390;2(17): 71-7. (Persian)