مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره شش، شهریور ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۷/۱۱
تاریخ پذیرش:۱۳۹۷/۸/۲۶

بررسی موانع اجرای NIDCAP در بخش مراقبت ویژه نوزادان: دیدگاه پرستاران

خدیجه دهقانی[۱]، مرضیه واحدیان[۲]، نیر سلمانی[*۳]

مقاله پژوهشی

مقدمه: مراقبت تکاملی بر اساس شرایط فردی هر نوزاد به‌عنوان یک روش بهبود دهنده وضعیت تکاملی نوزاد مورد تاکید می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع اجرای NIDCAP از دیدگاه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر با روش نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری انجام شد. نمونه‌های مورد مطالعه ۵۴ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان شهید صدوقی و افشار یزد بودند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سنجش موانع و پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 و آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، کای دو، تست فیشر انجام شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که برحسب میانگین و انحراف و معیار در حیطه موانع مراقبت از خواب نوزاد، نداشتن مهارت (3/08±1/28)، در حیطه مدیریت ارزیابی درد و استرس، نداشتن مهارت (2/86±1/31)، در حیطه مراقبت معمول روزانه و حیطه مراقبت خانواده محور، نداشتن ارتباط موثر با والدین به ترتیب (2/83±1/39)و (2/86±1/32)، در حیطه تامین محیط سالم، نداشتن نور وصدا استاندارد در بخش (2/76±1/18) و در حیطه موانع سازمانی، عدم تناسب تعداد پرستاران با تعداد بیماران (3/47±0/84) به‌عنوان مهم‌ترین موانع شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، نداشتن مهارت، نداشتن ارتباط موثر با والدین، نداشتن محیط استاندارد و عدم تناسب تعداد پرستار و بیمار مهم‌ترین موانع اجرای مراقبت تکاملی بودند که لازم است مورد توجه مدیران و برنامه‌ریزان قرار بگیرد و بر اساس این موانع راهکارهای مناسب طراحی و اجرا گردد.

واژه‌های کلیدی: نوزاد نارس، مراقبت تکاملی بر اساس شرایط فردی هر نوزاد، پرستاران، بخش مراقبت ویژه نوزادان

ارجاع: دهقانی خدیجه، واحدیان مرضیه، سلمانی نیر . **بررسی موانع اجرای NIDCAP در بخش مراقبت ویژه نوزادان: دیدگاه پرستاران.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۶): ۳۷-۱۶۲۸.

۱- مربی، هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران
۲-دانشجو، کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران
۳-استادیار، هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۳۱۵۶۳۸۵۹، پست الکترونیکی:n.salmani@ssu.ac.ir کدپستی:۸۹۱۶۸۷۷۴۴۳

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

مقدمه

نوزادان نارس به‌علت نارسی و عدم بلوغ ارگان‌های بدن در مقابله با استرس‌های محیطی, در معرض مورتالیتی بالا قرار دارند (۱). در ایران تقریباً ۱۰ درصد تولدها را نوزادان نارس تشکیل می‌دهند (۲). این نوزادان نارس به‌علت وزن کم هنگام تولد و بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (۳). روزها، هفته‌ها و گاه ماه‌ها به مراقبت در بیمارستان نیاز دارند و در معرض خطر ایجاد مشکلات پایدار در رشد و تکامل قسمت‌های مختلف بدن هستند (۴).

طی چند دهۀ اخیر، افزایش امکانات و تجهیزات در بخش مراقبت‌های ویژۀ نوزادان قابلیت حیات در نوزادان نارس را افزایش داده است (۵). پیشرفت‌های فن‌آوری، دارویی و مداخلات علمی توانسته شانس بقای نوزادان تازه متولد شده قبل از ۳۲ هفته را حتی تا ۸۵ ٪ افزایش دهد (۶) ولی با این حال شیوع اختلالات حرکتی، ارتباطی، ادراکی و عوارض عصبی- تکاملی نوزادان نارس هنوزکاهشی نداشته است (۷،۸). اختلالاتی نظیر کمبود توجه، بیش فعالی، اختلالات اضطرابی، مشکلات تنظیم هیجانات، مشکلات شنوایی, گریه زیاد، مشکلات تغذیه‌ای، مشکلات خواب و اختلالات اولیه خودتنظیمی از جمله مشکلات تکاملی رخ داده در نوزادان نارس است (۹). علت وقوع اختلالات تکاملی این است که نوزاد نارس از محیطی ساکت، گرم، کم‌نور و بدون هر گونه دستکاری در داخل رحم، زودتر از موعد وارد محیطی می‌شود که از نیازهای او دور است. در این مرحله تغییر و انطباق نوزاد، با شرایط زندگی خارج رحمی، تاثیر غیر قابل انکاری بر روند تکاملی- عصبی نوزاد می‌گذارد (۱۰) و نیاز به ارائه مراقبتی که بتواند به بهبود تکاملی نوزادان نارس کمک نماید به‌عنوان ایده‌ای در سال ۱۹۸۶ توسط Als و همکارانش معرفی شد این مواقبت، مراقبت تکاملی بر اساس شرایط فردی هر نوزاد است که به‌منظور دسته‌بندی گسترده ای از مداخلات که برای به حداقل رساندن استرس در محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان، کنترل محرک‌های خارجی (کاهش نور و صدا) و هم‌چنین به‌حداقل رساندن دستکاری نوزاد، دسته‌بندی فعالیت‌های پرستاری و پوزیشن‌دهی نوزاد طراحی شده بود (۱۱). بدین‌ترتیب که برنامه اجرای مراقبت تکاملی بر روی دو محور اصلی مراقبت خانواده محور و ارزیابی اختصاصی رفتارهای هر نوزاد برای تشخیص توانمندی‌ها و مشکلات تکیه دارد و مراقبت‌های تکاملی در کنار مراقب‌های طبی از نوزاد نارس ارایه شده و سعی دارد محیط نگهداری نوزاد و شرایط ثبات فیزیولوژیک بدن اورا فراهم کند (۱۲).

اساس این روش، شبیه‌سازی شرایط نگهداری از نوزاد به محیط داخل رحم مادر و ارتباط والدین با نوزاد است و دارای پنج حیطه اساسی مراقبت از خواب (درنظر داشتن چرخه خواب و بیداری و ارائه آموزش به خانواده در مراقبت از خواب و ثبت آن)، مدیریت و ارزیابی درد و استرس (استفاده از ارزیابی درد، استفاده از روش‌های غیردارویی کنترل درد در هنگام انجام هر نوع روش درمانی و آموزش به خانواده)، مراقبت معمول و روزانه (تغذیه مراقبت از پوست و وضعیت خواباندن نوزاد)، مراقبت خانواده محور (برنامه ملاقات نامحدود والدین، سپردن مراقبت از نوزاد، مراقبت آغوشی و ایجاد تعاملات مداوم بین والدین و نوزاد) و تامین محیط سالم در بخش مراقبت ویژه نوزادان (کنترل نور و صدا، همکاری گروهی) می‌باشد (۱۳). و تامین این نوع مراقبت‌های تکاملی می‌تواند منجر به کاهش طول مدت بستری نوزاد، کاهش هزینه‌های بستری بهبود وزن‌گیری، بهبود وضعیت تغذیه‌ای، بهبود وضعیت تکامل عصبی نوزاد (۱۴)، بهبود خودتنظیمی نوزاد، کاهش تحریک‌پذیری، کاهش هیپوتونی و پایداری فیزیولوژیکی و رفتاری شود (۱۵). اما علی‌رغم پیامدهای مثبت ناشی از اجرای مراقبت تکاملی، وجود موانع در مسیر اجرای این نوع مراقبت می‌تواند مهیا کردن آن را با مشکلاتی روبرو سازد (۱۶) و از آن جایئ که پرستاران بخش نوزادان در مراقبت از نوزادان بستری، نقش بسیار مهم و حیاتی را بر عهده دارند (۱۷) لذا ادراک آنان از موانع درک شده در رابطه با مراقبت تکاملی شاخصی مهم است که می‌تواند منجر به شناسایی نقاط استراتژیک نیازمند به تغییر گردد (۱۸) و بررسی دیدگاه آن‌ها در رابطه با موانع، پایه و اساس بهبود ارائه مراقبت تکاملی است و به تسهیل کار حرفه‌ای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

و جلب رضایت تیم مراقبتی نیز منتهی می‌شود (۱۶) اما بررسی دیدگاه پرستاران در رابطه با موانع موجود برای اجرای مراقبت تکاملی به‌طور محدودی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۷،۱۹). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع اجرای NIDCAP از دیدگاه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شده است.

روش بررسی

پژوهش انجام شده یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است جامعه این پژوهش، پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (بیمارستان شهید صدوقی و بیمارستان افشار) بودند و نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری انجام شد. پژوهش‌گر پس از کسب اجازه از مسئولین دانشکده پرستاری ومامایی شهید صدوقی یزد و کمیته اخلاق دانشگاه به مراکز نمونه‌گیری مراجعه کرد. پژوهش‌گر بعد از معرفی خود و اهداف انجام مطالعه به پرستاران، از آن‌ها درخواست نمود تا در مطالعه شرکت نمایند و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، فرک رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمایند. به این ترتیب بعد از جلب‌رضایت، پرسش‌نامه‌ها در اختیارشان قرار می‌گرفت و به آنان دو روز فرصت داده می‌شد تا با کمال دقت و تمرکز و در مکانی آرام، در زمان مناسب به تکمیل پرسش‌نامه بپردازند و پژوهش‌گر با مراجعه مجدد پرسش‌نامه را جمع آوری می‌نمود. پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در مطالعه حاضر شامل پرسش‌نامه بررسی اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه کار، وضعیت استخدامی) و پرسش‌نامه بررسی موانع ارایه مراقبت تکاملی بود که این پرسش‌نامه توسط گودرزی و همکاران طراحی و روایی و پایایی آن مورد تایید بوده است. پایایی ابزار با استفاده از ضریب کاپا بین ۵۴/۵٪ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است (۱۹). این پرسش‌نامه شامل دو بخش است. بخش اول موانع مربوط به پنج حیطه مراقبت تکاملی (مراقبت از خواب، مدیریت و ارزیابی درد و استرس (استفاده از ارزیابی درد، مراقبت معمول و روزانه، مراقبت خانواده محور و تامین محیط سالم در بخش مراقبت ویژه نوزادان) و بخش دوم موانع سازمانی یا بیمارستانی را مورد بررسی قرار می دهد. در این پرسش‌نامه در مقابل هر یک از موانع، طیف لیکرت برحسب میزان اهمیت مانع از بیشترین اهمیت (۴ نمره) تا کمترین اهمیت (صفر نمره) قرار داده شده است.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16، آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد میانگین و انحراف معیار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد تایید شده است (کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1397.068).

نتایج

یافته‌ها نشان داد که ۵۴ نفر پرستار در این مطالعه شرکت کرده اند. همه نمونه‌ها (۱۰۰٪) زن بودند. میانگین سن نمونه‌ها (۷/۶۸ ±۸۶/ ۳۳)، میانگین سابقه کار (۵/۷۶ ±۹/۳۱) سال و میانگین سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان (۵/۱۲ ±۶/۲۵) سال،۵۰ نفر (۸۴٪) دارای مدرک کارشناسی و ۴ نفر (۶/۸٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد، ۲۰ نفر طرح نیروی انسانی (۹/۳۳٪)، ۱۰ نفر پیمانی (۱۶/۹٪)، ۲۳ نفر رسمی (۰/۳۹٪) و ۶ نفر دارای دیگر شرایط استخدامی (۱۰/۲٪) بودند. در بررسی موانع اجرای مراقبت تکاملی بر حسب میزان میانگین، همان‌گونه جدول ۱ نشان می‌دهد، در حیطه موانع مراقبت از خواب نوزاد، سه مانع اول موثر شامل نداشتن مهارت (۳/۰۸±۱/۲۸) ، انجام مراقبت‌ها به‌صورت روتین (۲/۸۳±۱/۲۸) و نامناسب بودن محیط از نظر فضای ارائه مراقبت (۲/۷۵±۱/۲۷) بود. در حیطه مدیریت ارزیابی درد و استرس، سه مانع اول موثر شامل نداشتن مهارت (۲/۸۶±۱/۳۱)، نداشتن اگاهی از تاثیر مراقبت تکاملی بر نوزاد با (۲/۶۹±۱/۱۳) و نداشتن دستورالعمل (۲/۶۸±۱/۲۴) بود.

در حیطه مراقبت معمول روزانه سه مانع اول موثر شامل نداشتن ارتباط موثر با والدین (۲/۸۳±۱/۳۹)، عدم همکاری بین پرستاران با یکدیگر, پزشکان با هم, پرستاران و پزشکان

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

با همدیگر با میانگین (۱/۱۳±۲/۷۸) و نداشتن مهارت با میانگین (۱/۳۴±۲/۶۹) بود. در حیطه مراقبت خانواده محور، نداشتن ارتباط موثر با والدین (۱/۳۲±۲/۸۶)، نامناسب بودن محیط از نظر فضای ارائه مراقبت (۱/۳۱±۲/۶۶) و نداشتن دستورالعمل (۱/۱۹±۲/۵۸) بود. در حیطه تامین محیط سالم، نداشتن نور و صدا استاندارد در بخش (۱/۱۸±۲/۷۶). و نامناسب بودن محیط از نظر فضای ارائه مراقبت با میانگین ۱/۲۵±۲/۶۸ و نامناسب بودن محیط بخش از نظر تجهیزات لازم برای ارائه مراقبت (۱/۳۵±۲/۶۸) بود. در حیطه موانع سازمانی بر حسب میزان میانگین، همان‌گونه جدول ۲ نشان می‌دهد سه مانع اول موثر شامل عدم تناسب تعداد پرستاران با تعداد بیماران (۰/۸۴±۳/۴۷)، خستگی و بالا بودن تعداد حجم کاری (۰/۹۱±۳/۴۲) و عدم آگاهی مدیران از روش‌های جدید مراقبت از نوزاد (۱/۱۱±۳/۰۷) بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف از معیار موانع اجرای مراقبت تکاملی در ۵ حیطه مورد بررسی

	مراقبت از خواب نوزاد	مدیریت ارزیابی درد و استرس	مراقبت معمول روزانه	مراقبت خانواده محور	تامین محیط سالم
	انحراف‌معیار± میانگین				
نداشتن وقت کافی	۰/۹۴±۲/۱۴	۱/۰۴±۱/۹۸	۱/۱۳±۲/۴۲	۱/۳۸±۱/۸۱	۱/۲۱±۱/۴۷
نداشتن تجربه در ارتباط با مراقبت نوزاد	۱/۲۹±۲/۵۹	۰/۹۸±۲/۶۱	۱/۰۱±۲/۳۷	۱/۱۲±۲/۳۱	۱/۳۰±۲/۰۰
نداشتن اگاهی از تاثیر مراقبت تکاملی بر نوزاد	۱/۳۳±۲/۶۱	۱/۱۳±۲/۶۹	۰/۹۸±۲/۲۹	۰/۹۳±۲/۳۹	۰/۰۷±۲/۶۱
نداشتن مهارت	۱/۲۸±۳/۰۸	۱/۳۱±۲/۸۶	۱/۳۴±۲/۶۹	۱/۳۴±۲/۱۲	۱/۵۰±۲/۰۷
نداشتن دستور العمل	۱/۳۱±۲/۰۰	۱/۲۴±۲/۶۸	۱/۱۶±۲/۶۴	۱/۱۹±۲/۵۸	۱/۱۹±۲/۵۸
نداشتن مشارکت موثر با سایر افراد تیم درمان	۱/۳۰±۲/۴۲	۱/۱۹±۲/۲۰	۱/۲۳±۲/۶۱	۱/۲۲±۲/۶۱	۱/۳۶±۱/۸۰
نداشتن ارتباط موثر با والدین نوزاد	۱/۳۸±۲/۷۶	۱/۳۶±۱/۷۵	۱/۳۹±۲/۸۳	۱/۳۲±۲/۸۶	۱/۵۵±۱/۹۲
نامناسب بودن محیط از نظر فضای ارائه مراقبت	۱/۲۷±۲/۷۵	۱/۳۵±۱/۸۶	۱/۱۲±۲/۳۲	۱/۳۱±۲/۶۶	۱/۲۵±۲/۶۸
نامناسب بودن محیط بخش از نظرتجهیزات لازم برای ارائه مراقبت	۱/۳۳±۲/۰۳	۱/۲۲±۱/۵۴	۱/۱۲±۲/۲۲	۱/۲۰±۲/۲۹	۱/۳۵±۲/۶۸
انجام مراقبت ها بصورت روتین	۱/۲۸±۲/۸۳	۱/۱۶±۲/۳۱	۱/۳۱±۲/۶۶	۱/۰۴±۲/۲۵	۱/۱۱±۲/۱۰
گران بودن هزینه مراقبت تکاملی مثل تغییر ساختار بخش و تجهیزات	۱/۳۴±۱/۹۲	۱/۲۲±۱/۴۲	۱/۲۱±۱/۹۵	۱/۳۹±۱/۹۲	۱/۴۹±۲/۴۶
درخواست بیش از حد والدین و عدم همکاری آن‌ها	۱/۲۰±۲/۱۰	۱/۴۰±۱/۷۱	۱/۳۲±۲/۵۸	۱/۳۷±۲/۵۱	۱/۳۳±۱/۸۶
نبود نور وصدا استاندارد در بخش	۱/۴۲±۲/۶۹	۱/۲۶±۲/۰۳	۱/۰۸±۲/۲۷	۱/۲۲±۱/۸۵	۱/۱۸±۲/۷۶
نیاز به نیروی انسانی زیاد	۱/۳۱±۲/۶۸	۰/۹۴±۱/۸۵	۱/۲۱±۲/۶۴	۱/۱۵±۱/۵۱	۱/۱۹±۱/۵۸
عدم همکاری بین پرستاران با یکدیگر پزشکان با هم پرستاران و پزشکان با همدیگر	۱/۰۱±۲/۱۷	۱/۰۸±۲/۱۲	۱/۱۳±۲/۷۸	۱/۰۵±۲/۴۲	۱/۰۹±۲/۱۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

جدول ۲: میانگین و انحراف از معیار موانع سازمانی برای اجرای مراقبت تکاملی

موانع سازمانی	(انحراف معیار) میانگین
عدم وجود متخصص مراقبت تکاملی	۲/۸۸±۱/۰۵
عدم دریافت پاداش یا بازپرداخت مثبت از طرف مدیریت	۲/۶۶±۱/۱۵
عدم دسترس به مشاور در زمینه مراقبت از نوزاد در بخش مثل کادر درمانگر	۲/۸۸±۱/۰۵
عدم پذیرش تغیرات جدید در نوع مراقبت از نوزاد	۲/۷۶±۱/۰۱
تاثیر نظرات سایر همکاران پرستار	۲/۷۳±۱/۱۶
عدم اگاهی مدیران از روش های جدید مراقبت از نوزاد	۳/۰۷±۱/۱۱
جابه‌جایی پرستاران بین بخش‌های جدید مراقبت	۲/۵۸±۱/۱۴
خستگی و بالا بودن تعداد حجم کاری	۳/۴۲±۰/۹۱
عدم تناسب تعداد پرستاران با تعداد بیماران	۳/۴۷±۰/۸۴
عدم هماهنگ میان متخصصان مختلف	۳/۰۰±۰/۹۱
عدم وجود جلسات بین رشته ای	۲/۲۵±۱/۲۷

بحث

نتایج مطالعه حاکی از آن بود که موانع اجرای مراقبت تکاملی در حیطه‌های مختلف شناسایی شده شامل نداشتن مهارت، انجام مراقبت‌ها به‌صورت روتین، نداشتن آگاهی از تاثیر مراقبت تکاملی بر نوزاد، نامناسب بودن محیط از نظر فضای ارائه مراقبت، نامناسب بودن محیط بخش از نظر تجهیزات، نداشتن دستورالعمل، نداشتن ارتباط موثر با والدین، عدم همکاری بین پرستاران با یکدیگر، پزشکان با هم، پرستاران و پزشکان با همدیگر، بود.

در رابطه با نداشتن مهارت به‌عنوان مانعی موثر در فراهم نمودن مراقبت تکاملی، Liaw و همکاران بیان داشتند، زمانی که پرستاران احساس کنند مهارت آن‌ها در مشاهده نشانه‌های رفتاری نوزادان بهبود یافته و هم‌چنین مشاهده کنند که مراقبت از هر نوزاد بر اساس رفتار نوزاد به کاهش رفتارهای استرسی در نوزادان کمک کرده است، به‌طور حتم به گسترش مهارت‌ها و اجرای مراقبت تکاملی خود تشویق می‌شوند و به موازات آن ضعف در مهارت ها می‌تواند مانعی اجرای مراقبت تکاملی باشد (۲۰). از سوی دیگر در مطالعه حاضر نداشتن آگاهی از اثرات مراقبت تکاملی نیز می‌تواند ممانعت کننده اجرای این نوع مراقبت باشد. باقلانی و همکاران هم در بررسی میزان دانش پرستاران در رابطه با مراقبت تکاملی به این نتیجه رسیدند که ۳۱/۸٪ پرستاران دارای دانش مطلوبی بوده‌اند (۲۱) و از آن جائی‌که glajchen , bookbinder بیان می‌کنند بین دانش و مهارت ارتباط معناداری وجود دارد (۲۲) لذا برگزاری دوره آموزشی در رابطه با مراقبت تکاملی جهت بهبود سطح دانش پرستاران می‌تواند قدم اول ایجاد کننده تغییر در مهارت‌های مراقبتی باشد. نامناسب بودن محیط از نظر فضای ارائه مراقبت و نامناسب بودن محیط بخش از نظرتجهیزات دیگر موانع ذکر شده در مطالعه حاضر بودند. هم راستا با این یافته‌ها رضوی‌نژاد و همکاران طی مطالعه‌ای محیط‌های بخش مراقبت ویژه نوزادان را بررسی و بیان داشتند که نبودن فضای کافی بین تخت‌های نوزادان و محدودیت موجود در رابطه با کنترل حرکات تخت‌ها از جمله موارد موجود در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان است که می‌تواند بر کیفیت مراقبت تکاملی اثر سوء بگذارد. zahed و همکاران هم طی مطالعه‌ایی، ۵۰٪ بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان را فاقد نور و صدای مناسب ارزیابی کردند (۲۳) و keueger و همکاران بیان داشتند اغلب بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان از سرح صدای لاتر از حد استاندارد مدنظر مراقبت تکاملی برخوردارند (۲۴). به عبارتی دیگر یافته‌های بیان شده حاکی از آن است که محیط فیزیکی بخش و شرایط حاکم بر آن اعم از نور و صدا و تجهیزات درصورتی‌که بر اساس استانداردهای مدنظر مراقبت تکاملی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

باشند تسهیل‌گر اجرای این نوع مراقبت محسوب شده و نبود آن‌ها می‌تواند بازدارنده اجرای مناسب مراقبت تکاملی تلقی گردد. در این مطالعه نداشتن دستورالعمل‌های لازم برای اجرای مراقبت تکاملی بر اساس دیدگاه پرستاران، دیگر مانع موثر معرفی شده است. Hernanzed و همکاران نیز طی بررسی استراتژی‌های مربوط به اجرای مراقبت تکاملی به این نتیجه رسیدند که وجود پروتکل‌ها جهت اجرای مراقبت تکاملی امری ضروری است (۲۵) لذا نبود گایدلاین‌ها جهت عملیاتی کردن مراقبت تکاملی می‌تواند اجرای آن را به تعویق انداخته و به‌عنوان مانع تلقی گردد. نداشتن ارتباط موثر با والدین، در مطالعه حاضر به‌عنوان مانعی در تامین مراقبت تکاملی اعلام شد. Melnky نیز بیان می‌کند فقدان دانش پرستاران در رابطه با نحوه تعامل با والدین می‌تواند از ایجاد بستر مناسب جهت تامین مراقبت تکاملی جلوگیری نماید (۲۶) به‌عبارت دیگر برقراری یک ارتباط موثر بین پرستاران و والدین نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، عامل آغازگر برای ارائه مراقبت تکاملی است و نامطلوب بودن ارتباط تاثیر سوء بر اجرای مراقبت خواهد داشت (۲۵). دیگر مانع شناسایی شده در مطالعه حاضر، عدم همکاری بین پرستاران با یکدیگر, پزشکان با هم, پرستاران و پزشکان با همدیگر بود. Hernanzed و همکاران نیز هم راستا با یافته بیان داشتند فقدان همکاری بین اعضاء تیم مراقبتی می‌تواند ارائه مراقبت تکاملی را با چالش روبه‌رو کند (۲۵).

هم‌چنین در مطالعه Hendricks-Munoz و همکاران نیز، یک سوم پرستاران مورد مطالعه بیان داشتند برخی همکاران و پزشکان همکاری لازم برای اجرای مراقبت تکاملی را نداشته لذا عدم وجود همکاری بین حرفه‌ایی به‌عنوان مانع عمکل خواهد کرد (۱۷). در بررسی موانع سازمانی، یافته‌ها حاکی از آن بود که سه مانع اول شامل عدم تناسب تعداد پرستاران با تعداد بیماران، خستگی و بالا بودن تعداد حجم کاری و عدم آگاهی مدیران از روش‌های جدید مراقبت از نوزاد بود. هم سو با این یافته‌ها، در مطالعه مسکودا و همکاران، پرستاران بیان داشتند که برای اجرای مراقبت تکاملی، نیروی بیشتری مورد نیاز است و کمبود نیروی پرستاری به‌عنوان عمده‌ترین مانع در اجرای مراقبت تکاملی بیان شد (۱۶). از سوی دیگر حجم‌کاری پرستاران بر عملکرد مراقبت تکاملی تاثیرگذار معرفی شده است و اگر چه امروزه برخی حوزه‌های قدرت مدیریت گروه‌های مراقبتی به پرستاران انتقال یافته است اما پزشکان از قدیم مدیر گروه‌های مراقبتی بوده‌اند و اگر پزشکان از مراقبت تکاملی حمایت نکنند پرستاران بر اساس درک خود از نیازهای نوزاد در اجرای برنامه‌های مراقبتی نوزادان با مشکلاتی مواجه خواهند شد (۲۷).

نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که عدم وجود مهارت و دانش کافی جهت ارائه مراقبت تکاملی از یک سو و از سوی دیگر عدم تطابق شرایط موجود در محیط فیزیکی با اصول مراقبت تکاملی از سوی دیگر هم‌چنین ناهماهنگی عوامل سازمانی با پرستاران جهت تامین زیرسازی‌های ارائه مراقبت تکاملی همگی موازات یکدیگر موانع ارائه مراقبت تکاملی در بخش مراقبت ویژه نوزادن بشمار می‌آیند. لذا به‌نظر می‌رسد انجام برنامه‌ریزی جهت برطرف کردن موانع توسط مدیران و مسئولین بیمارستان‌ها در جهت بهبود کیفیت مراقبت تکاملی امری ضروری باشد و از آن‌جایی‌که بخش اعظمی از موانع مربوط به دانش و مهارت پرستاران است لذا برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش سطح دانش پرستاران و شرکت کردن آنان در دوره‌های بازآموزی جهت آشنا شدن با جدیدترین یافته‌های علمی مربوط به مراقبت تکاملی و شیوه‌های موثر برقراری ارتباط با والدین می‌تواند تسهیل‌گری موثر در اجرای مراقبت تکاملی باشد. هم‌چنین تخصیص دادن بودجه جهت ایجاد تغییرات مطلوب در فضای فیزیکی بخش مراقبت ویژه نوزادان و طراحی کردن فضای متناسب با اصول مراقبت تکاملی نیز بایستی مد نظر برنامه‌ریزان و مدیران بیمارستان‌ها باشد تا با ایجاد تغییرات مطلوب در فضای بخش مراقبت ویژه نوزادان و امکانات آن، بستر مناسبی را برای ارائه مراقبت تکاملی فراهم آورند و نهایتاً تامین نیرو در بخش‌ها و برقراری

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

تناسب بین تعداد بیمار و برستار همراه با کاهش بارکاریس پرستاران می‌تواند به بهبود کیفیت مراقبتی کمک نموده و در کنار سایر راهکارها قدمی مثبت جهت غلبه بر موانع اجرای مراقبت تکاملی تلقی شود. محدودیت‌های مطالعه: این مطالعه صرفاً در دو بیمارستان شهر یزد انجام شده و تعداد نمونه محدود بوده است که تعمیم بذیر کردن نتایج را باید با احتیاط انجام داد.

سپاس‌گزاری

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که حمایت مالی این پایان نامه را عهده‌دار بوده اند و از تمامی پرستاران مشارکت کننده در انجام این مطالعه که با سعه صدر پرسش‌نامه را تکمیل و با پژوهش‌گر همکاری نمودند قدردانی می‌گردد.

تعارض در منابع : وجود ندارد

References:

1-Cooper L, 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: S32-7.

2-Mirzarahimi M, Hazrati S, Ahmadi P, Alijahan R. ***Prevalence and Risk Factors for Low Birth Weight in Ardabil, Iran***. IJN 2013; 4(1): 18-23.

3-Vahdaninia M, Tavafian SS, Montazeri A. ***Correlates of Low Birth Weight in Term Pregnancies: A Retrospective Study from Iran***. BMC Pregnancy Childbirth 2008; 8: 12.

4-Keshavars M, Eskandari1 N, Jahdi F, Ashaieri H, Hoseini F, Kalani M. ***The Effect of Holly Quran Recitation on Physiological Responses of Premature Infant.*** koomesh 2010; 11(3): 169-77. [Persian]

5-Manuck TA, Sheng X, Yoder BA, Varner MW. ***Correlation between Initial Neonatal and Early Childhood Outcomes Following Preterm Birth***. Am J Obstet Gynecol 2014; 210(5): 426.

6-Ahmed RG, Suliman GI, Elfakey WA, Salih KM, El-Amin EI, Ahmed WA, Khalid KE. ***Effect of Tactile Kinesthetic Stimulation on Preterm Infants' Weight and Length of Hospital Stay in Khartoum, Sudan.*** Saudi Med J 2015; 36(2): 196-9.

7-Woodward LJ, Anderson PJ, Austin NC, Howard K, Inder TE. ***Neonatal MRI to Predict Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Infants***. New Engl J Med 2006; 355(7): 685-94.

8-Ochiai M, Kinjo T, Takahata Y, Iwayama M, Abe T, Ihara K, et al. ***Survival and Neurodevelopmental Outcome of Preterm Infants Born at 22-24 Weeks of Gestational Age***. Neonatology 2014; 105(2): 79-84.

9-Vanderbilt D, Gleason MM. ***Mental health concerns of the premature infant through the lifespan***. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2010; 19(2): 211-28.

10- Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow N. ***Psychiatric Disorders in Extremely Preterm Children: Longitudinal Finding at Age 11 Years in the Epicure Study***. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010; 49(5): 453-63.

11- *Montirosso R, Del Prete A, Bellù R, Tronick E, Borgatti R.* ***Neonatal Adequate Care for Quality of Life (NEO-ACQUA) Study Group. Level of NICU Quality of Developmental Care and***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

Neurobehavioral Performance in Very Preterm Infants. Pediatrics 2012; 129(5): e1129-e1137.

12- Kleberg A, Hellström-Westas L, Widström 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.

13- Westrup B. ***Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)—Family-Centered Developmentally Supportive Care***. Early human development 2007; 83(7): 443-9.

14- Als H, B McAnulty GB. ***The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants.*** Curr Womens Health Rev 2011; 7(3): 288-301.

15- McAnulty GB, Duffy FH, Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H. ***Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) At Age 8 Years: Preliminary Data.*** Clin Pediatr 2010; 49(3): 258-70.

16- Holsti L, Grunau RE, Oberlander TF, Whitfield MF. ***Specific Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program Movements are Associated with Acute Pain in Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit***. Pediatrics 2004; 114(1): 65-72.

17- Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, Lora D, López-Maestro M, Pallás C. ***Necessary Resources and Barriers Perceived by Professionals in the Implementation of The NIDCAP***. Early Hum Dev 2013; 89(9): 649-53.

18- Hendricks-Munoz KD, Prendergast CC. ***Barriers to Provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions***. Am J Perinatol 2007; 24(2): 71-7.

19- Van der Pal SM, Maguire CM, Cessie SL, Veen S, Wit JM, Walther FJ, et al. ***Staff Opinions Regarding the Newborn Individualized Developmental Care and Assess-Ment Program (NIDCAP).*** Early Hum Dev 2007; 83(7): 425–32.

20- Godarzi Z, Rahimi OB, Khalesi N, Soleimani F, Mohammadi N, Shamshiri AR. ***The Rate of Developmental Care Delivery in Neonatal Intensive Care Unit.*** Iran J Crit Care Nurs 2015; 8(2): 117-24.

21- Liaw JJ, Yang L, Chang LH, Chou HL, Chao SC. ***Improving Neonatal Caregiving Through A Developmentally Supportive Care Training Program.*** Appl Nurs Res 2009; 22(2): 86-93.

22- Baghlani R, Hosseini MB, Safaiyan A, Alizadeh M, Bostanabad MA.***Neonatal Intensive Care Unit Nurses' Perceptions and Knowledge of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program: A Multicenter Study***. Iran J Nurs Midwifery Res 2019; 24(2):113-7.

23- Glajchen M, Bookbinder M. ***Knowledge and Perceived Competence of Home Care Nurses in Pain Management: A National Survey***. J Pain Symptom Manage 2001; 21(4): 307-16.

24- Zahed Pasha Y, AhmadpourKachoM, Alaee E, Foroozesh R, Rasouli M, Tirgar A, et al. ***Light and Sound Consideration in Neonatal Intensive Care Unit***. J BUMS 2014; 16(5): 56-61. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

25- Krueger C, Wall S, Parker L, Nealis R. ***Elevated Sound Levels within a Busy NICU***. Neonatal Netw 2005; 24(6): 33-7.

26- Hernández NL, Rubio Grillo MH, Lovera A. ***Strategies for Neonatal Developmental Care and Family-Centered Neonatal Care***. Invest Educ Enferm 2016; 34(1):104-12.

27- Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. ***Reducing Premature Infants' Length of Stay And Improving Parents' Mental Health Outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial***. Pediatrics 2006; 118(5): e1414-27.

28- Chen LC, Wu YC, Hsieh WS, Hsu CH, Leng CH, Chen WJ, et al. ***The Effect of In-Hospital Developmental Care on Neonatal Morbidity, Growth and Development of Preterm Taiwanese Infants: A Randomized Controlled Trial***. Early Hum Dev 2013; 89(5):301-6.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 6 | Sep 2019

Received: 3 Oct 2018
Accepted: 17 Nov 2018

Barriers to Provision of NIDCAP in the Neonatal Intensive Care Unit of Nursing viewpoints

Khadijeh Dehghani[1], Marzieh Vahedian[2], Naiire Salmani[*3]

Original Article

Introdution: Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP) is emphasized. This study aimed to determining the barriers to implementation of NIDCAP from nurses' perspectives in neonatal intensive care units in Shahid Sadoughi Hospital in Yazd.

Methods: This descriptive study was conducted using a census sampling method. The samples were ٥٤ nurses working in the intensive care unit of Shahid Sadoughi and Afshar Hospitals in Yazd. Data were gathered using two questionnaires,(demographic and barrier assessment questionnaires) . Data analysis was performed in SPSS version 24 using descriptive statistics, Chi-square, independent t-test and fisher test.

Results: Results showed that in terms of mean and standard deviation, in the area barriers of sleep care, lack of skill (3.08± 1.28), In the area of pain and stress assessment management, lack of skill (2.86. ±1.31), in the area of activities of daily living and family-centered care, lack of effective communication with parents respectively (2.83 ± 1.39) and (2.86± 1.32), in the area of provision of healing environment, lack of standard light and sound in unit (2.76 ± 1.81) and in the area of organizational barriers, the disproportionate number of nurses to the patients (3.47±0.84) were identified as the most important barriers

Conclusion: Based on the findings, lack of skill, lack of effective communication with parents, lack of standard environment and disproportionate number of nurses and patients are the most important barriers to the implementation of NIDCAP in NICUs that managers need to plan appropriate design for addressing them.

Keywords: Premature infant, Newborn individualized developmental care and assessment program, Nurses, Neonatal intensive care unit.

Citation: Dehghani kh, Vahedian M, Salmani N. **Barriers to Provision of NIDCAP in the Neonatal Intensive Care Unit of Nursing viewpoints.** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2019; 27(6): 1628-37.

[1]Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

[2]Master s of Neonatal Intensive Care Unit , Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran.

[3]Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 09131563859, **email:** n.salmani@ssu.ac.ir

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-10-09]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i6.1598]