

تهیه راهنمای ملی وضعیت دهی نوزاد در بخش مراقبت ویژه

خدیجه شاهنظری^۱، دکتر مرضیه حسن پور^۲، دکتر علیرضا صادق نیا، دکتر طاهره

چنگیز

^۱ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان

^۲ دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی

نام نویسنده مسئول:

مرضیه حسن پور

چکیده

راهنماهای بالینی، توصیه های ساختارمند هستند که در مواجهه با شرایط بالینی خاص به تیم درمان کمک می کنند. راهنمای بالینی در بخش مراقبت ویژه نوزادان به علت شرایط خاص نوزادان و مواجه شدن پرستار با شرایط بحرانی از اهمیت بیشتری برخوردار است. در زمینه مراقبت تکاملی، پیشینه آن به سال ۱۹۸۰ بر می گردد. عنصر کلیدی مراقبت تکاملی بر اساس کار آلس (۱۹۹۸) پایه ریزی شده است. یکی از اجزای مراقبت تکاملی در بخش مراقبت ویژه نوزادان، وضعیت دهی نوزاد می باشد. به طوریکه تکامل عضلانی- اسکلتی ایده آل را فراهم آورد. با توجه به برگزاری اولین کارگاه بین المللی نیدکپ در شهر اصفهان در آبانماه سال ۱۳۹۳ (اکتبر ۲۰۱۳) در راستای اهداف و سیاست های اداره سلامت نوزادان کشور در جهت ضرورت فراهم سازی مواد و راهنماهای بالینی برای اجرای نیدکپ در ایران و نبود راهنمای مناسب بالینی ملی برای اجرای مراقبت تکاملی و نیدکپ در بخش مراقبت ویژه نوزادان، این مطالعه، با هدف تهیه راهنمای ملی مراقبت تکاملی در حیطه وضعیت دهی نوزاد طراحی و انجام شد.

روش پژوهش:

این پژوهش به روش تطبیقی چند مرحله ای با رویکرد بومی سازی انجام شد. در مرحله اول اجزای راهنمای مراقبت تکاملی نوزادان از طریق جستجو در پایگاه های علمی معتبر مشخص شد. در مرحله دوم میزان توافق گروه متخصصین مربوط به یکی از اجزای مراقبت تکاملی نوزادان (وضعیت دهی نوزاد) در گروه اسمی و متمرکز در اولویت قرار گرفت و پیش نویس اولیه راهنمای بالینی با توجه به مرور جامع متون بر اساس آن نوشته و توصیه ها استخراج شد. در مرحله سوم کیفیت و قابلیت اجرایی بودن راهنمای ملی وضعیت دهی نوزادان با رویکرد مراقبت تکاملی از طریق پرسش نامه AGREE و تشکیل ۳ جلسه پانل متخصصین در سطح دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان و کشوری با همکاری اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت در شهر تهران مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته اولویت بندی شد. مطلوبیت و کیفیت راهنمای بالینی که توسط صاحب نظران و پرستاران مراقبت ویژه نوزادان مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج توسط آمار توصیفی با نرم افزار SPSS 20 و روش های آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین امتیاز توصیه ها که توسط ۱۰۰ پاسخ دهنده پزشک و پرستار در ۵ حیطه AGREE 66،/69،/68،/73،/78 بود. در نهایت نسخه نهایی راهنمای بالینی ملی وضعیت دهی آماده و ارائه گردید.

نتایج

در مرحله اول اجزای راهنمای مراقبت تکاملی نوزادان با استفاده از منابع معتبر علمی و الکترونیکی تعیین شد. در مرحله دوم بر اساس اجزای مراقبت تکاملی، توصیه های راهنما تعیین شد. جهت اجماع رسانی توصیه ها در حیطه وضعیت دهی نوزاد، در دو حیطه توصیه های مربوط به وضعیت دهی نوزاد در وضعیت های مختلف (خوابیده به پشت، خوابیده به شکم و خوابیده به پهلو) و در حیطه توصیه های مربوط به مراقبت نوزاد قبل، حین و پس از وضعیت دهی، هنگام ترخیص، راهنمای وضعیت دهی نوزاد در مراقبت کانگروبی، اقدامات پیشگیرانه از عوارض منجر به تکامل غیر طبیعی مهارتهای حرکتی نوزاد، توصیه های مربوط به شرایط خاص نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، توصیه ها پس از تحلیل پاسخ ها با توافق گروه متمرکز انجام شد و راهنمای ملی بر اساس آن نوشته شد در تمام توصیه ها به خمیده نگه داشتن نوزاد (وضعیت جنینی) در وضعیت دهی تاکید شده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش و با توجه به اصل پیشگیری بهتر است از درمان، این راهنمای بالینی در خصوص وضعیت دهی نوزادان که یکی از مهمترین نیازهای پرستاران در بخش مراقبت ویژه نوزادان می باشد در جهت پیشگیری از اختلالات تکاملی نوزادان، تکمیل درمان و بهبود سریعتر نوزاد، و در نهایت ارتقاء سلامت نوزادان نارس، می تواند الگوی کاربردی مناسبی باشد و استفاده از آن با توجه به تاکید سیاست گذاران اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت توسط تیم مراقبتی بخش های مراقبت ویژه نوزادان توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: راهنمای بالینی، مراقبت تکاملی، بخش مراقبت ویژه نوزادان، ایرانی.

Provide a national guidelines for the management of newborns in the intensive care unit.

The name of the first author, Khadijeh Shahanzari, the author of the second, Dr. Mrs. Marzieh Hassanpour, the third author, Dr. AliReza Sadeghnia, the author of the Fourth Doctor, Dr. Tahereh Changiz, the fifth author Dr. Mohammad Heidarzadeh, the fifth author, Dr. Heidelise Als

Address of the organization First author: Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan Nursing and Midwifery Faculty

Organization Address Second Author: Tehran University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery

Author's name and email Author: shahnazarik@yahoo.com

Abstract

Clinical guidelines are structured recommendations that help the treatment team respond to specific clinical conditions. Clinical guidelines in the neonatal intensive care unit are important due to the specific conditions of the infants and the confrontation of the nurse with critical conditions. In the field of Developmental care, its history dates back to 1980. The key element of Developmental care is based on the work of Als (1998). One of the components of Developmental care in the neonatal intensive care unit is the condition of the baby. Providing ideal musculoskeletal development. According to the organization of the first Nidkap International Workshop in Isfahan in October 2014 (October 2013), in

line with the goals and policies of the Neonatal Health Administration in order to provide clinical materials and guidelines for the implementation of NIDCAP in Iran and the lack of a proper national clinical guidelines for Implementation of Developmental and NIDCAP care in the neonatal intensive care unit. This study was designed to provide a national guideline for Developmental care in the field of infant status.

research method:

This research was conducted in a multi-stage comparative method with localization approach. In the first step, components of the neonatal evolutionary care guidelines were identified through a search on valid scientific databases. In the second stage, the agreement of the group of specialists related to one of the components of neonatal evolutionary care (newborn status) in the nominal and focused group was given priority and the preliminary draft of the clinical guidelines, based on a comprehensive overview of the texts based on that writing and recommendations, was extracted. . In the third stage of the quality and feasibility of the national guidelines for developing newborns with Developmental care approach through the AGREE questionnaire and the establishment of 3 sessions of the panel of specialists in the nursing and midwifery faculty of Isfahan and a country in cooperation with the Ministry of Health's neonatal health in Tehran. The evaluation is prioritized. The desirability and quality of the clinical guidelines assessed by neonates' specialist nurses and caregivers. The results were analyzed by descriptive statistics using SPSS 20 software and descriptive statistics. The average rating of recommendations, which was shared by 100 physician and nurse respondents in the five areas of AGREE .78, .73, .68/69//66. Finally, the final state of the national clinical guidelines was prepared and presented.

Results

In the first step, components of the neonatal Developmental care guidelines were determined using valid scientific and electronic resources. In the second step, based on the Developmental care components, guidance was developed. In order to consensus on the recommendations on the status of the baby, two areas of advice on the state of the baby in different situations (Supine, prone and Lateral position) and in the area of recommendations for the care of the baby before, during And post positioning, on discharge, a baby's guide for kangaroo care, preventive measures of complications leading to the development of abnormal motor neonatal skills, recommendations for specific neonatal conditions in the neonatal intensive care unit, recommendations after analyzing responses The group was co-ordinated and the National Guidance was written to keep all recommendations intact Keep the baby (fetal position) is in a state of stress.

Discussion and conclusion

Based on the results obtained from this study, and in light of the prevention principle, treatment is best. This clinical guidelines on the status of infants, one of the most important needs of nurses in the neonatal intensive care unit, is to prevent the development of newborns, complete treatment And the baby's faster recovery, and ultimately the promotion of the health of premature infants, can be a good application pattern and their use is recommended by the care team of the neonatal intensive care units, with emphasis on the policy makers of the Ministry of Health's newborns' health department.

Key words: clinical guidelines, Developmental care, neonatal intensive care unit, Iranian

مقدمه

پیشرفت علم و فناوری در مراقبت نوزادان نتایج مهمی در میزان بقا نوزادان نارس داشته است [6]. نوزادان نارس در زمان سریعترین رشد مغزی، به محیط خارج رحمی راه یافته‌اند. لذا این امر، تکامل مغزی را دچار تغییر می‌نماید و مراحل بعدی تکامل نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات حیوانی بر روی تکامل عصبی فرضیه فوق را حمایت می‌کنند [3-4].

شیوع تولد پره‌ترم در ایالت متحده آمریکا در دهه‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است. به گونه‌ای که ۱ یا بیشتر از ۸ نوزاد در هر ۵۰۰۰۰ تولد در سال را نوزاد نارس تشکیل می‌دهد که خطر پیامدهای آسیب رسان سلامتی و ناتوانی‌های متعدد را افزایش می‌دهد. علی‌رغم افزایش میزان بقا در نوزادان تازه به دنیا آمده در معرض خطر، بروز تولد نوزاد نارس در ایالت آمریکا تا ۱۲٪ از تمام متولدین زنده و ۱۸٪ تولد آمریکایی-آفریقایی افزایش داشته است [12].

مطالعات نشان داده‌اند که سالانه حدود ۷٪ از نوزادان ایرانی به صورت پره‌ترم متولد می‌شوند. این نوزادان با مشکلات حاد مواجه می‌شوند و بیشترین خدمات را در اوان زندگی می‌طلبند [17]. پیامدهای ضعیف عصبی تکاملی به دنبال تولد زودرس، شامل بهره‌هوشی پایین‌تر، فلج مغزی، اختلالات بینایی و شنوایی و ناتوانی در یادگیری می‌باشد. بنابراین با وجود بهبود بقا نوزادان نارس، بروز ناتوانی‌های مهم در کودکان ۲۰-۵۰٪ در سال اول زندگی گزارش شده است. بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان برای بقا بسیاری از نوزادان حیاتی می‌باشد ولی خصوصیات محیطی این بخش‌ها دربرگیرنده عوامل تنش‌زایی است که تکامل نوزاد را تهدید می‌کند [5]. پذیرش نوزاد نارس به بخش مراقبت ویژه نوزادان به معنای در معرض قرارگیری به محرکات استرس‌زا و دردناک می‌باشد که این محرکات نه تنها پاسخ حاد را تحریک می‌کنند بلکه بر روی ساختار و عملکرد مغز نابالغ و نهایتاً پیامد تکاملی عصبی تأثیر می‌گذارد [7].

تلاش‌های مختلف به منظور کاهش اثرات منفی احتمالی ناشی از محرکات انجام شده است؛ که از اهم این تلاش‌ها می‌توان به مراقبت تکاملی اشاره نمود [2,9].

مراقبت تکاملی که در برگرفته فلسفه مراقبت می‌باشد، در سال ۱۹۸۰ با هدف اصلاح مثبت محیط ویژه نوزادان، طراحی شد تا بدین وسیله تجارب استرس‌زای نوزاد نارس را کاهش دهد.

مراقبت تکاملی (DC)، انطباق جامع تمام پروسیجرهای مراقبتی به سمت حفظ شرایط ثابت یا سازمان یافته و کنترل مراقبت فیزیکی و محیط اجتماعی در جهت کاهش تنش‌ها بوده و به معنای تغییر وسیع محیط NICU در جهت ارتقاء آسایش، رشد و تکامل نوزاد می‌باشد. علاوه بر مراقبت تکاملی، برنامه ارزیابی و مراقبت تکاملی اختصاصی نوزادان تازه به دنیا آمده (NIDCAP)، با مشاهده منظم رفتار نوزاد پره‌ترم، دامنه وسیع‌تری نسبت به مراقبت تکاملی فراهم می‌آورد. برنامه پیش‌گفت نیاز به آموزش و تعلیم خاص متخصصان سلامت با هدف دستیابی به مراقبت پرستاری در بخش ویژه نوزادان دارد.

عنصر کلیدی مراقبت تکاملی بر اساس مشاهده و براساس نظریه هم‌کنشی یا سین اکتیو آلس بنا شده است. بر اساس نظریه هم‌کنشی، نیروهای داخلی و خارجی، تکامل ارگانیسم را تشکیل می‌دهند و شامل اصولی است که دربرگیرنده تکامل پیوسته انسان از جنین تا کودکی می‌باشد.

بر اساس گزارش انجمن ملی پرستاران نوزادان آمریکا، اجزای مراقبت تکاملی شامل: وضعیت خمیده، دسته بندی مراقبت ها، ارتقاء مکیدن غیر مغذی، مراقبت کانگروبی، هم تختی نمودن چندقلوها، بهبود فعالیت ها در جهت خودتنظیمی و همکاری با والدین به منظور ارتقاء پیوند عاطفی می باشد [6]. به دلیل وسعت اجزای مراقبت تکاملی راهنمای حاضر بر روی وضعیت دهی نوزاد تمرکز دارد.

وضعیت دهی:

وضعیت دهی در نوزادان نارس، شامل قراردادن نوزاد در وضعیت مناسب است. به طوری که تکامل عضلانی - اسکلتی ایده آل را فراهم آورد. هدف از وضعیت دهی در نوزادان نارس فراهم آوردن زمینه ای در جهت تکامل عضلانی - اسکلتی، حمایت عصبی - تکاملی و پیشگیری از عوارض وضعیت دهی نامناسب می باشد.

فعالیت و تون عضلانی نوزادان در ۳۶ هفتگی تکامل پیدا می کند و نوزاد حالت خمیدگی فیزیولوژیک را بدست می آورند. در این مرحله نوزاد درون فضای محدود درون رحم قرار دارد و از طریق مقاومت در برابر دیواره رحم، تکامل عضلانی قویتر می شود. در صورتی که نوزاد در این مرحله متولد شود، قادر خواهد بود وضعیت در خط وسط، با بازو و ساق خمیده را حفظ نماید. نوزادان از این وضعیت جهت ثبات استفاده خواهند کرد و به مشاهده محیط اطراف و یادگیری حرکات و کاوش خواهند پرداخت. بنابراین هفته های آخر درون رحم، جهت خمیدگی فیزیولوژی و تکامل نوزاد در آینده ضروری است [14].

نوزادان نارس:

نوزادان نارس دارای تون عضلانی ضعیف می باشند (بنابراین خمیدگی فیزیولوژیک حاصل نمی شود) و بعضی یا تمام مراحل ضروری تکامل عضلانی در رحم طی نمی شود. تحقیقات نشان داده اند که حرکت اندام های نوزاد نارس در برابر جاذبه، اغلب به سختی انجام می شود و قادر نیستند که بهترین وضعیت را در هنگام بیداری، خواب و آرامش حفظ نمایند. مراقبت نامناسب منجر به پهن شدن قسمت خلفی سر و فرم نامناسب شکل سر نوزاد می گردد که این امر باعث نگرانی والدین شده و در فرآیند دلبستگی والد - نوزاد اختلال ایجاد می کند. در نهایت نوزادان ممکن است سختی در چرخش و حرکت سر را به علت طویل شدن استخوان پس سری، تجربه نمایند.

نوزادان نزدیک به ترم (۳۴-۳۷ هفته) خمیدگی فیزیولوژیک را به طور کامل به دست نیاورده اند، بنابراین اگر در بخش مراقبت ویژه بستری گردند، نیاز هست که از نظر وضعیت دهی حمایت شوند. بدون حمایت، در اثر جاذبه، شانه و لگن نوزادان نارس بر روی تخت وضعیت پای قورباغه ای و بازوی دبل یو (W) پیدا خواهند کرد.

جمع شدگی بیش از حد و چرخش لگن و مفصل کتف می تواند در آینده منجر به اختلال در تکامل مهارت های حرکتی نوزاد از قبیل مشکلاتی در کسب توانایی سینه خیز رفتن، ایستادن، راه رفتن هماهنگی در بردن دست به دهان شود. اغلب نوزادان در کسب پوزیشن مناسب نیاز به کمک دارند.

با توجه به اهمیت مطالب فوق، پیشگیری از عوارض وضعیت دهی نا مناسب و توجه پزشکان و پرستاران و والدین گرامی به وضعیت دهی نوزاد، بدین منظور این مطالعه با هدف تهیه راهنمای ملی وضعیت دهی نوزاد تهیه شده است.

روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه تطبیقی چند مرحله‌ای به منظور ارائه و تهیه راهنمای ملی مراقبت تکاملی در حیطه وضعیت دهی نوزاد با رویکرد بومی‌سازی می‌باشد. بدین منظور با استفاده از برنامه‌های سایر کشورها (یا راهنمای بالینی مراقبت تکاملی سایر کشورها) و نظرخواهی از صاحب‌نظران داخلی از روش تحقیق تطبیقی جهت تدوین راهنمای ملی وضعیت دهی نوزادان استفاده نموده تا بتوانیم برنامه‌ای متناسب با فرهنگ کشورمان طراحی کنیم. جهت نحوه‌ی ترتیب‌بندی راهنمای ملی وضعیت دهی نوزاد به صورت الگو از الگوی نایس^۷ و گایدلاین‌های موجود در سایت نایس (طبق جدول ۲) و سایر سایت‌ها که به موضوع مورد تحقیق نزدیک‌تر بود استفاده شد^[۶]

این پژوهش شامل سه مرحله بود

مرحله اول با هدف تعیین اجزای مراقبت تکاملی نوزادان از طریق جستجو در پایگاه‌های مختلف، دستیابی به منابع، مطالعه‌ی منابع و تلفیق آن‌ها با یکدیگر و سپس تدوین پیش‌نویس توصیه‌ها انجام شد. در این مرحله مرور متون از طریق جستجوی کتابخانه‌ای و الکترونیکی انجام شد. جهت دستیابی به راهنماهای بالینی و مقالات لازم درباره‌ی مراقبت تکاملی نوزادان در سطح جهان با استفاده از کلیدواژه‌های مرتبط (طبق جدول ۱) در پایگاه‌های اطلاعاتی جهان (طبق جدول ۲) جستجو به عمل آمد. سپس مطالعه‌ی متون صورت گرفت و مقالات از نظر پیامدهای اولیه مورد مقایسه قرار گرفت. سپس اجزای راهنمای مراقبت تکاملی نوزادان براساس اطلاعات جمع‌آوری شده، با توجه به وضعیت و شرایط خاص جمعیت هدف مورد نظر تعیین و پیش‌نویس اجزای مراقبت تکاملی تهیه گردید. با توجه به وسعت زیاد اجزای مراقبت تکاملی، تمرکز بر روی ایت‌م وضعیت دهی نوزاد انجام گردید. سپس توصیه‌های قابل نظرسنجی در قالب پرسشنامه تدوین گردید. ویرایش و اصلاح توصیه‌های وضعیت دهی نوزاد نیز طبق نظر صاحب‌نظران انجام شد.

مرحله دوم با هدف تعیین میزان توافق گروه متخصصین، با هر یک از توصیه‌های وضعیت دهی نوزاد از طریق نظرسنجی در گروه اسمی، تعیین تراز توصیه‌ها، تعیین توصیه‌های قابل بحث و بازبینی، تشکیل گروه متمرکز، تحلیل توصیه‌های مورد بازبینی و نهایی کردن آن‌ها انجام شد.

در این مرحله فرم جمع‌آوری نظرات در قالب پرسشنامه‌ای به اعضای گروه اسمی که حدود ۲۰ نفر بودند و به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند، ارسال شد. انتخاب شرکت‌کنندگان در گروه متمرکز بر اساس تجربه‌ی مشترک آن‌ها درباره‌ی موضوع تحقیق بود. در این مرحله اعتبار علمی، قابلیت اجرا، رتبه، نقاط ضعف و قوت راهنمای بالینی مورد نظرخواهی قرار گرفت. منظور از رتبه، ضرورت وجود هر یک از توصیه‌ها و تأثیر آن بر ارتقا کیفیت مراقبت می‌باشد و منظور از قابلیت اجرا، امکان اجرا و سنجش مراقبت در کشورمان می‌باشد.

میزان توافق گروه متخصصین با هر یک از توصیه‌های وضعیت دهی نوزاد تعیین شد و نظرات جمع‌آوری شده مورد تحلیل قرار گرفت و تراز هر توصیه طبق جداول ۳ و ۴^[۱۹، ۲۰] و از طریق مشورت با صاحب‌نظران مشخص شد. ایت‌م‌ها و توصیه‌هایی که سطح تراز پایین، قابلیت اجرا و رتبه پایین کسب کرده بودند و نیاز به اصلاح و بازبینی داشتند، مشخص شد. سپس در جلسه گروه متمرکز توصیه‌های مشخص شده مورد بحث و نتیجه‌گیری قرار گرفت. نظرات ارائه شده در این جلسات اعمال گردید و راهنمای ملی وضعیت دهی نوزاد جهت نظرسنجی کشوری نوشته شد.

مرحله سوم با هدف تعیین کیفیت و مطلوبیت راهنما از نظر متخصصین پزشکی، اعضا هیأت علمی گروه اطفال و نوزادان دانشکده‌های پرستاری و پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی نوزادان انجام شد. به این طریق که با ارسال راهنمای بالینی و پرسشنامه ارزیابی راهنمای بالینی (Agree)^[۲۱] به واحدهای فوق که به روش سرشماری انتخاب شده و نظرات آن‌ها در خصوص مطلوبیت و کیفیت برنامه پیشنهادی با

شرایط آموزشی، اجرایی، فرهنگی و اجتماعی کشور و قابلیت اجرا، با کمک پرسشنامه Agree سنجیده شد. سپس نتایج توسط روش‌های آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین) با نرم‌افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پس از تحلیل نظرات جمع‌آوری شده با حضور صاحب نظران نسبت به بازبینی و نهایی سازی راهکار ملی اقدام گردید.

نتایج:

یافته‌های مرحله اول:

در این مرحله اجزای راهنمای مراقبت تکاملی نوزادان تعیین شد. لذا جهت شناسایی حیطه‌های مختلف مراقبت تکاملی نوزادان و همچنین راهنماهای بالینی در این زمینه پژوهشگر برآن شد پایگاه‌ها و سایت‌های اطلاعاتی لازم را در این زمینه شناسایی و استخراج نماید. پیش نویس اجزای مراقبت تکاملی تهیه گردید. سپس به دلیل وسعت اجزای مراقبت تکاملی، راهنمای حاضر در مورد یکی از اجزای مراقبت تکاملی (وضعیت دهی نوزاد) تهیه گردید.

پس از جستجو تعداد ۱۰۰۰ مقاله یافت شد که طبق فلوچارت ۱ مقالات بررسی شد و تعداد ۵۰ مقاله جهت تدوین راهنمای وضعیت دهی نوزاد انتخاب شد.

پس از اتمام راهبرد جستجو، داده‌ها جمع‌آوری و توصیه‌های مربوط به وضعیت دهی نوزاد استخراج گردید. سپس مطالب استخراج شده از تمام منابع انتخاب شده، بایکدیگر مقایسه و تلفیق شدند و تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل محتوا با کمک صاحب نظران صورت گرفت و موارد مشابه حذف گردید و مواردی که با هم همپوشانی داشتند ادغام شدند. توصیه‌ها طبقه‌بندی و چندین بار بازبینی و بایکدیگر مقایسه شدند

در نهایت مطالب در چندین حیطه تقسیم بندی شد:

- ۱- توصیه در وضعیت‌های مختلف از قبیل: خوابیده به شکم، خوابیده به پشت، خوابیده به پهلو
 - ۲- توصیه مربوط به مراقبت قبل و حین و پس از وضعیت دهی
 - ۳- توصیه‌های مربوط به هنگام ترخیص نوزاد
 - ۴- توصیه‌های مربوط به وضعیت دهی نوزاد در منزل
 - ۵- توصیه‌های مربوط به آموزش والدین جهت پیشگیری از سندروم مرگ ناگهانی نوزاد،
 - ۶- توصیه‌های مربوط به راهنمای وضعیت دهی نوزاد در مراقبت کانگروبی
 - ۷- توصیه‌های مربوط به اقدامات پیشگیرانه از عوارض منجر به تکامل غیر طبیعی مهارت‌های حرکتی نوزاد
 - ۸- توصیه‌های مربوط به شرایط خاص نوزاد در بخش مراقبت ویژه
- نتایج تحلیل پرسشنامه‌های مرحله اول در جدول ۵ آمده است. در انتهای این مرحله مضامین در قالب پرسشنامه‌ای جهت نظرخواهی از صاحب نظران طراحی گردید.

یافته‌های مرحله دوم:

میزان توافق گروه متخصصین با توصیه‌های وضعیت دهی نوزادان، رتبه و قابلیت اجرای مراقبت‌ها از طریق پرسشنامه طراحی شده در مرحله قبل تعیین شد و تراز توصیه‌ها نیز مشخص شد.

نظرات و اصلاحات اعمال شده در مراقبت‌ها بر اساس رتبه و قابلیت اجرا و تراز توصیه‌ها و بحث در مورد آن‌ها در گروه متمرکز منجر به تهیه و تدوین راهنمای ملی وضعیت دهی نوزادان گردید. مراقبت‌های با رتبه و قابلیت اجرا ۱ تا ۲ و سطح شواهد B و A عیناً آورده شدند. مگر آن که اصلاح ویرایشی مد نظر بوده‌است. مراقبت‌های با رتبه و قابلیت اجرا ۳ تا ۴ و سطح شواهد C و D در گروه متمرکز مورد بحث و بازبینی قرار گرفت. از ۱۳۰ مورد توصیه مورد بحث در گروه متمرکز ۱۱۴ مورد پذیرفته، ۲۰ مورد مبهم گزرش شد. که پس از مشورت با متخصصین مربوطه ۴ مورد اصلاح و ۶ مورد حذف گردید. اصلاحات اعمال شده در مراقبت‌ها بر اساس رتبه، قابلیت اجرا و سطح شواهد و بحث در مورد آن‌ها در گروه متمرکز منجر به تدوین راهنمای ملی وضعیت دهی، نهایی گردید.

یافته‌های مرحله سوم:

نهایتاً در مرحله سوم مطلوبیت و کیفیت راهنمای وضعیت دهی توسط صاحب نظران و پرستاران مراقبت ویژه‌ی نوزادان در شهرهای اصفهان، تهران، مشهد و تبریز از طریق پرسشنامه Agree مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج توسط آمار توصیفی با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. سپس راهنمای ملی وضعیت دهی نوزادان پس از اصلاح و بازبینی، نهایی شد.

بیشتر شرکت کنندگان در پژوهش (۶۷,۶٪) دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین سنی آن‌ها (۳۴) سال بود. میانگین سابقه کار آن‌ها (۹,۷) سال بود. (۹۱٪) پاسخ دهندگان زن و (۶,۲٪) مرد بودند. (۶۸,۳٪) متاهل و (۲۲,۸٪) مجرد بودند. نتایج ارزیابی کیفیت راهنمای بالینی طبق جدول ۶ می‌باشد.

در ارزیابی نهایی (۲۰ درصد) از پاسخ دهندگان استفاده از این راهنما را توصیه کرده بودند. (۸۰ درصد) استفاده از آن را به شرط تغییرات توصیه کرده بودند. (۰ درصد) آن را توصیه نکرده بودند. میانگین نمره کلی راهنمای بالینی ۸۰ از ۱۰۰ بود.

بحث:

برنامه مراقبت تکاملی اختصاصی نوزاد^۸ که توسط الس^۹ از دانشکده پزشکی هاروارد و بیمارستان کودکان بوستون در اوایل سال ۱۹۸۰ بر اساس نظریه سین اکتیو (هم کنشی) مطرح گردید برنامه پیش گفت بر این فرض استوار است که تمایز و تکامل همزمان زیر سیستم‌ها در حال تعامل مداوم با یکدیگر و محیط می‌باشند. بر اساس نظریه هم کنشی، نیروهای داخلی و خارجی تکامل ارگانیسم را تشکیل می‌دهند و شامل اصولی است که دربرگیرنده تکامل پیوسته انسان از جنین تا کودکی می‌باشد. پنج سیستم نظریه هم کنشی شامل: ۱- سیستم خودکار از قبیل: (تنفس، رنگ، حرکات روده نوزاد)، ۲- سیستم حرکتی از قبیل: (وضعیت قرار گیری، تون عضلانی و حرکات)، ۳- سیستم وضعیتی از قبیل: (وضعیت خواب/بیداری و تغییرات مابین آنها)، ۴- سیستم توجه و تعامل از قبیل: (توانایی برای دریافت اطلاعات شناختی و اجتماعی)، و در نهایت ۵- سیستم خود تنظیمی: (راهکار رسیدن به آرامش و وضعیت تعادل در نوزاد) می‌باشد. نظریه هم کنشی الس غنی ترین نظریه در مراقبت تکاملی به شمار می‌آید و در تمامی مقالات و راهنماهای بالینی مراقبت تکاملی نوزادان از برنامه مراقبت تکاملی اختصاصی الس استفاده شده است. به سبب توانمندی مناسب، راهنمای وضعیت دهی نوزاد بر اساس برنامه مراقبت تکاملی تدوین گردید و عنوان هسته اولیه راهنمای تدوین شده در طی پژوهش حاضر استفاده شد.

راهنمای مراقبت تکاملی نوزادان نارس که توسط سازمان بهداشتی آریزونا در سال ۲۰۱۲ تدوین شد و دانشگاه آریزونا تحت نظر دکتر الس سل از سال ۱۹۸۷ شروع به فعالیت در راستای مراقبت تکاملی نمود و مراقبت تکاملی اختصاصی نوزاد را بر اساس تئوری سین اکتیو به پرسنل آموزش داد. کم کم زمینه مراقبت تکاملی را توسعه دادند و در آریزونا راهنمای مراقبت تکاملی شکل گرفت. دامنه مناسبی از مراقبت

تکاملی نوزادان را بر اساس اصول حمایت نوزاد و خانواده پوشش می‌داد. تفاوت عمده راهنمای بالینی فوق با مطالعه ما در این بود که راهنمای فوق به تمام جوانب مراقبت تکاملی به اختصار توجه نموده است در حالیکه مطالعه حاضر جزئیات وضعیت دهی نوزاد را بر اساس مراقبت تکاملی تشریح نموده است به گونه‌ای تیم مراقبتی و والدین بتوانند به آسانی از آن استفاده نمایند.

در این پژوهش با مطالعه مقالات و راهنماهای بالینی، استخراج مراقبت‌ها و جمع‌آوری آن‌ها صورت گرفت و راهنمای وضعیت دهی نوزاد در راستای مراقبت تکاملی استخراج گردید. در این راستا مطالعات متعددی با فرآیند پژوهش ما هم‌سو بودند از جمله راهنمای وضعیت دهی والس (۲۰۰۶) که بسیار در تهیه راهنمای حاضر کمک گرفته شد. این راهنما شامل هدف، مقدمه، معایب و مزایای وضعیت دهی خوابیده به پشت، خوابیده به شکم و وضعیت خوابیده به پهلو، سپس راهنمای بالینی وضعیت دهی است. در حالیکه مطالعه حاضر علی‌رغم موارد فوق، مراقبت قبل، حین و پس از وضعیت‌دهی را نیز شامل می‌شود و توصیه مربوط به هر کدام قید شده است.

هنسی (۲۰۰۶) در مقاله راهنمای بالینی وضعیت دهی، علی‌رغم وضعیت دهی در قرارهای مختلف به ۱۵ مورد اشاره نمود که راهنما را بر پایه سه اصل حفظ وضعیت خمیده، حفظ اندام‌ها در خط وسط و استفاده از مهارکننده، توصیه نموده است. نکته قابل توجه این مقاله توجه به اهمیت مراقبت تکاملی و تهیه چک لیست وضعیت دهی بود که در مقالات دیگر اشاره کمتری شده بود. منتها معایب و مزایای هر وضعیت قید نشده بود که در مقاله حاضر به آن اشاره شده است.

در راهنمای بالینی NCCU (۲۰۰۶)، در بخش ۱۸ مراقبت تکاملی و خانواده، به راهنمای وضعیت دهی نوزاد اشاره شده است. در این مقاله به وضعیت خوابیده به شکم و خوابیده به پشت با چرخش یک چهارم اشاره شده است که در مقالات دیگر به این وضعیت اشاره نشده است. منتها نیاز به تصاویر مربوطه جهت استفاده از این وضعیت در بالین بود که قید نشده است.

وارن (۲۰۱۰) در مقاله راهنمای مراقبت تکاملی در بخش سوم به وضعیت دهی حمایتی اشاره نموده است. وی پس از مقدمه، معایب و مزایای هر وضعیت، سپس راهنمای بالینی وضعیت دهی را همراه با تصاویر مربوطه اشاره نموده است. منتها به نحوه قرارگیری هر وضعیت اشاره ننموده است که در مطالعه حاضر به آن اشاره شده است.

ما در مطالعه خود با رویکرد بومی‌سازی، پیش‌نویس راهنمای بالینی را در قالب پرسشنامه در اختیار اعضای گروه اسمی قرار دادیم و رتبه و قابلیت اجرا مراقبت‌ها مورد نظر خواهی قرار گرفت. صادق تبریزی و غربی در مقاله خود مدل ملی اعتباربخشی را با استفاده از تکنیک دلفی ارائه دادند که هر استاندارد از دو جنبه رتبه و قابلیت اجرا مورد نظر خواهی قرار گرفته بود که از این نظر با پژوهش ما هم‌سو بود ولی در این مقاله جهت نمره دهی توصیه‌ها از مقیاس ۹ تایی استفاده شده بود در حالی که در پژوهش ما از مقیاس ۴ تایی استفاده کردیم. صادق تبریزی و غربی هم‌چنین در دوره‌های تکنیک دلفی از پذیرش، حذف و ادغام یا اصلاح استانداردها استفاده کردند، ما نیز در تدوین راهنمای بالینی از روش‌های حذف، پذیرش و ادغام توصیه‌ها استفاده کردیم.

در این مطالعه کیفیت راهنمای بالینی با استفاده از ابزار Agree انجام شد که با مطالعه بورگرز و همکاران که میزان کیفیت راهنماهای بالینی موجود در بخش انکولوژی را با ابزار Agree سنجیدند همخوانی داشت^[28]. والین و همکاران نیز در مطالعه مروری، ابزارهای معتبر در تدوین راهنماهای بالینی را بررسی کردند که شایع‌ترین ابزار شناخته شده Agree بود^[5]. گلازیو و همکاران برای اعتباریابی ابزار Agree و بررسی توانایی این ابزار برای تعیین کیفیت دستورالعمل‌های بالینی مطالعه‌ای انجام دادند. در پژوهش وی ابتدا صد دستورالعمل از یازده کشور جمع‌آوری شد و با استفاده از این ابزار به صورت جداگانه مورد بررسی ۱۹۴ ناظر قرار گرفت. سپس ابزار اولیه را مورد اصلاح قرار داد و مجدداً سه دستورالعمل به ازای هر کشور انتخاب و توسط هفتاد ناظر دیگر بررسی شد. ۹۵٪ از افراد اعلام کردند که Agree ابزار مناسبی برای بررسی کیفیت دستورالعمل‌های پرستاری می‌باشد^[29].

در مطالعه چن و همکاران کیفیت هفت راهنمای بالینی با ابزار Agree سنجیده شد که در چهار تا از راهنماهای بالینی کیفیت بخش قابلیت اجرا از بقیه بخش‌ها کمتر بود که با مطالعه ما هم‌خوانی داشت^[30].

همچنین در مطالعه ما تمام بخش‌های راهنمای بالینی طبق ابزار Agree بیشتر از ۶۰٪ بود و بنابراین کیفیت راهنمای بالینی در مطالعه ما خوب بود که طبق مطالعه چن و همکاران در صورتی اکثر بخش‌های ابزار Agree نمره بیش از ۶۰٪ باشد آن راهنمای بالینی توصیه می‌شود. اگر بین ۶۰٪-۳۰٪ باشد با شرط توصیه می‌شود و در صورتی که پایین تر از ۳۰٪ بود توصیه نمی‌شود^[30].

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به حجم بالای سوالات پرسشنامه مرحله دوم و حجم بالای راهنمای بالینی در مرحله سوم اشاره نمود که سبب پاسخ‌دهی دیر هنگام و یا عدم پاسخ‌گویی بعضی از صاحب نظران به مطالعه می‌شد. به دلیل نوبادون میحث مراقبت تکاملی نوزادان در کشور و کمبود افراد باتجربه و دارای دانش کافی در این زمینه پژوهشگران برای انتخاب افراد شرکت کننده در پانل صاحب نظران دارای محدودیت بودند.

نتیجه‌گیری:

یکی از نیازهای اصلی در بخش مراقبت ویژه نوزادان ایران، وجود راهنماهای مراقبتی از نوزاد می‌باشد؛ به نحوی که برای تیم مراقبت از نوزاد و والدین آنها قابل استفاده باشد. همچنین پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان، به علت اینکه بیشترین سهم زمانی را در امر مراقبتی با نوزاد ایفا می‌کنند، نیاز به راهنماهایی دارند که بتوانند با استفاده مناسب از آن، نقش مؤثری در امر مراقبت از نوزاد ایفا نمایند. راهنمای وضعیت دهی در بخش مراقبت نوزادان نیز در راستای کمک به ارتقاء وضعیت تکاملی نوزادان تهیه گردید. امید است این راهنما بتواند می‌تواند خلاء موجود در زمینه ضعف مراقبت نوزادان را مرتفع نماید.

Table 1. Combination key word in systematic research

Key word	Combination
developmental care	developmental care AND neonatal
Guideline	developmental care AND newborn
Positioning	positioning care AND NICU
	Guideline AND positioning care
	Guideline AND developmental care AND positioning
	Guideline AND positionin care AND NICU

Table2. Research database

Guideline International Network(GIN)(http://www.g-i-n.net)National Guidelines Clearinghouse(NGC)(http://www.guideline.gov .)
http://www.nice.org.uk/guidance/)(National Institute for Clinical Excellence(NICE)
Clinical Practice Guideline (CPGs)9 http://www.acponline.org/clinical information/guidelines/)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SING)(http://www.sing.ac.uk/guidelines/)
Ovid
ElsiverScince
Springer
Pub med
Google Scholar
SID
Irandoc
Magiran

Table3. The evaluation of the level evidences

A	A++	evidences obtained from published clinical guideline from creditable centers or the production of done meta-analysis on randomized studies which have evidence
	A+	evidences obtained from published clinical guidelines from centers taking critic via credited checklists or producing of systematic review done studies on randomized studies which have evidence
B	B++	evidences obtained from the extent of source book and or evidences obtained from publicated medical ways from the other centers which were not tacked science eritic and systematic review studies on randomized studies which have not evidence
	B+	evidences obtained from one random reasonable study, and cohort
C	C++	evidences obtained from the others assuages (excepted case report, case series)
	C+	The cases were written on the export agreement
D	D++	The cases were written on expert 's clinical experiences
	D+	The cases were written on case report and case series and correlation

Table4. Grade of recommendation

Grade of recommendation	Description (the level of evidences)
A	Advise is necessary to perform(on evidences A+,A++)
B	High executive (on evidences B+, B++ or on evidences A using and after changing and using presented idea)
C	Halfway or devised (on evidences D+, D++ or after changing and using idea in evidences C
D	Absence of sufficient evidences (on evidences D+, D++ or after changing and using ideas in evidences C

Table5. Evaluation of the quality of the clinical guideline according AGREE questionnaire

Evaluated criteria of clinical guideline	Percent	Result
A. Limitation and aim	%75	Desired
Developer the clinical guideline	%69	Desired
C. The way of developing	%72	Desired
D. the clearance presentation	%72	Desired
E. executable	%68	Desired

[1]Als, H, Duffy, FH, McAnulty, GB, Fischer, CB, Kosta, S, Butler1, SC, Parad, RB, Blickman, JG, Zurakowski, D, and Ringer SA, 2011, Is the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) effective for preterm infants with intrauterine growth restriction?, Journal of Perinatology, vol: 31, pp:130–136

[2]Altimier, L, 2011, 'Mother and Child Integrative Developmental Care Model: A Simple Approach to a Complex Population', newborn & infant nursing reviews, VOL. 11, No. 3, available at: www.nainr.com, viewed 19 July 2013

[3]Buehler, D, M, Als, H, Duffy, F H, McAnulty, G B, and Liederman, j, 1995, Behavioral and Electrophysiologic Evidence Effectiveness of Individualized Developmental Care for Low-Risk Preterm Infants, Downloaded from www.pediatrics.org at UMD Of New Jersey on December 12, 2007, vol:96, pp:923-932

[4]Chen, L Ch, Wu, Y Ch, Hsieh Sh, Hsu, Ch H, , Leng, Ch, Chen W J, Chiu, N Ch, Lee, W –T, Yang, M Ch, Fang, L J, Hsu, H Ch Jeng, S F, 2013, 'The effect of in-hospital developmental care on neonatal morbidity, growth and development of preterm Taiwanese infants: A randomized controlled trial', Early Human Development, vol. 89, pp: 301–306, <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2012.10>. Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

[5]Einy, A & Scher, A, 2008, 'Measuring developmentally appropriate practice in neonatal intensive care units', Journal of Perinatology, vol.28, pp:218–225, viewed 20 July 2013 Kenner, C, 2002, Newsflashes 'Developmental Care for Newborns and Infants, Elsevier Science (USA). viewed 19 July 2013

[6]Lester, BM, Miller, R J, Hawes, K, Salisbury, A, Bigsby, R, Sullivan, M C, and Padbury, J F, 2010, 'Infant Neurobehavioral Development', seminars in perinatology, viewed 19 July 2013

[7]Ludwig, S, Steichen, j, Khoury, Krieg, P, 2008, 'Quality Improvement Analysis of Developmental Care in Infants Less Than 1500 Grams at Birth', newborn & infant nursing reviews, VOL. 8, NO. 2, Available online 28 February 2006, viewed 19 July 2013

[8]Mosqueda ,R., Castilla, Y, Perapoch, J, Cruz J d l, Maestro, M L, Pallás, C, 2013, ‘Staff perceptions on Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) during its implementation in two Spanish neonatal units’, Early Human Development ,vol.89, pp:27–33, viewed 20 July 2013.

[9]Maguire, C M, Veen, S, Sprij, A J, Cessie, S L, Wit, J M, Walther, FJ, 2008, ‘Development, and Growth at Term Age of Infants Who Were Born at <32 Weeks Effects of Basic Developmental Care on Neonatal Morbidity, Neuromotor’, PEDIATRICS, Vol. 121, NO. 2, available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/e239.full.html>, Viewed pediatrics.aappublications.org on 26 July 2013.

[10]Network Lead Nurse, 2007, Wales Neonatal Network Guideline, Supportive Positioning Guideline, NO.05

, ‘Staff Perception One Year After Implementation of)2010(, Bjørk, I T , Sandtrø, H P.[11]Solhaug, M the The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) ’, Journal of Pediatric Nursing,vol. 25,pp: 89–97, viewed 22 July 2013

[12]VandenBerg ,K A, (2007), ‘Individualized developmental care for high risk newborns in the NICU: A practice guideline’, Early Human Development ,vol. 83,pp: 433–442 available at: www.elsevier.com/locate/earlhumdev ,viewed 20 July 2013.

[13]Walther ,F J, (2007), ‘Implementation of newborn individualised developmental care in the neonatal intensive care unit: Why and how? ’, Early Human Development

[14]J (1994) Positioning premature babies. Nursing preterm babies in intensive care: Which position is best? Journal of Neonatal Nursing, Sept, pp27-31. 20. Young ...WALES

[15]Supporting your premature baby's ... London WC1 4ED t 020 7306 6666 ... Published by BLISS – the premature baby charity. First edition:(2005). Reprinted 2006. © BLISS... baby's needs. Handle me with care covers your baby's physical ... development of premature babies and the use of positioning in some neonatal units.

NCCU Clinical Guidelines.[16]Section: 18 Family and developmental care
Neonatology Clinical GuidelinesPositioning guidelines King Edward Memorial/Princess Margaret Hospitals. Available at: www.kemh.health.wa.gov.au/...lines/documents/7387.pdf

[17]Zamanzadeh,V, Namnabati, M, Valizadeh, L, Badiee, Z, (2013), ‘Professional’s Efforts to Simultaneously Discharge Infants and Mother from Neonatal Intensive Care Unit in Iran: A Qualitative Study’, Journal of Caring Sciences,vol. 2,no.1,pp: 39-45 ,<http://journals.tbzmed.ac.ir/JCS>. viewed 20 July 2013

[18]Warren. I (2010) Part 4, The Nursery Environment. In: Warren.I and Bond.C A Guide to Infant Development in the Newborn Nursery (5 th Ed) Winnacot BabyUnit, London sout central

