

## تأثیر آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر حمایت درک‌شده مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان

منیره تاج‌گردون<sup>۱</sup>، نرگس اسکندری<sup>۲\*</sup>، ذبیح‌اله قارلی‌پور<sup>۳</sup>، ساره باکوئی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۵/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** تأکید منابع علمی بر اهمیت حمایت و پشتیبانی عاطفی و روانی پدران نسبت به مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و همچنین فقدان بسته آموزشی طراحی‌شده در خصوص توانمندسازی پدران در حمایت از مادران نوزادان نارس بر اساس مدل‌ها و تئوری‌های ارتقاء سلامت، سبب شد این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر حمایت درک‌شده مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام گردد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه نیمه‌تجربی حاضر از نوع مداخله آموزشی بود که در سال ۱۴۰۲ بر روی ۹۶ نفر از پدرانی که نوزاد آن‌ها به دلیل نارس در بخش مراقبت ویژه بستری شده بود، انجام شد. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و تخصیص نمونه‌ها با استفاده از قرعه‌کشی انجام شد. برای گروه مداخله دو جلسه مشاوره حضوری برگزار شد و پمفلت و بسته آموزشی محقق‌ساخته در اختیار پدران قرار گرفت. گروه کنترل تنها پمفلت‌های متداول آموزشی موجود در بیمارستان را دریافت کردند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه اختصاصی حمایت همسر در دوران پس از زایمان و پرسشنامه محقق‌ساخته مقیاس سنجش حمایت از همسر بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده؛ قبل، بلافاصله بعد از تکمیل جلسات مداخله و یک ماه پس از مداخله تکمیل و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج آزمون تی زوجی حیطه نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری، قصد، رفتار، حمایت درک شده توسط مادران، قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌داری نبود ( $P > 0/05$ ). در حالیکه در گروه مداخله نمرات بلافاصله بعد از آموزش و یک ماه بعد از آموزش به‌طور معنی‌داری نسبت به قبل از آموزش بیشتر بود ( $P < 0/05$ ). در خصوص مقایسه متغیرهای وابسته بین دو گروه مداخله و کنترل نتایج مطالعه حاضر نشان داد تفاضل میانگین نمره نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار پدران و حمایت درک شده مادران در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌دار بود ( $P < 0/05$ ). بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس با تکرار، در گروه مداخله نمره نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار پدران و حمایت درک شده مادران در ۳ بازه زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد، دارای تفاوت معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ) در حالیکه این تفاوت در گروه کنترل معنی‌دار نبود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر حمایت درک‌شده مادران و همچنین نگرش، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری و رفتار پدران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان تأثیر معنی‌داری دارد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، آموزش و توانمندسازی پدران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در خصوص حمایت از مادران پیشنهاد می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** پدران، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، درک‌شده، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، نوزاد نارس، حمایت اجتماعی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۸۱، آبان ۱۴۰۳، ص ۶۷۸-۶۸۹

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی قم، تلفن: ۹۸۹۱۲۸۷۹۱۹۳۵

Email: Neskandari@muq.ac.ir

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

<sup>۴</sup> مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

## مقدمه

زایمان زودرس، به معنای تولد نوزاد زنده قبل از ۳۷ هفته کامل بارداری است. سالانه حدود ۱۵ میلیون نوزاد نارس در سراسر جهان متولد می‌شوند (۱). نرخ جهانی تولد زودرس حدود ۱۱ درصد و در ایران بین ۵/۶ تا ۱۳/۴ درصد است (۲، ۳). زایمان زودرس علاوه بر پیامدهای نامطلوب که برای نوزادان نارس به همراه دارد والدین را نیز تحت تأثیر قرار داده (۴) و بر وضعیت روانی آن‌ها و تعامل آن‌ها با نوزاد تأثیرگذار است (۵).

مادر، به دلیل جدایی از نوزاد و اینکه نمی‌تواند نوزاد را در آغوش بگیرد، همچنین به علت عدم وجود مکان امن و راحت برای خلوت با نوزاد، تغذیه و مراقبت مستقیم از او، احساس ناکارآمدی می‌کنند (۶). والدین نوزاد نارس، به دنبال بستری نوزاد دچار پریشانی و استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند (۵، ۷). بزرگ‌ترین عامل استرس‌زا تغییر نقش والدین و پس‌از آن ظاهر نوزاد و چالش‌های محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان است که نیازمند مشاوره در خصوص نقش مادر، و مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد است (۸). راهکارهایی که باعث کاهش استرس والدین می‌شود شامل حمایت خانواده و اطرافیان، حمایت همسر، حمایت کادر بهداشت از خانواده، و درک شرایط روحی و جسمی زن است (۲، ۹). بر اساس مطالعات قبلی، حضور و حمایت پدر در این شرایط می‌تواند باعث کاهش استرس مادر و افزایش ارتباط عاطفی میان والدین و نوزاد شود که به بهبود وضعیت سلامت نوزاد نیز کمک می‌کند (۹-۱۱).

مشاوره و آموزش به پدران به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای تقویت حمایت از مادر و کاهش استرس و افزایش خودکارآمدی او توصیه می‌شود (۱۰). همچنین مطالعات پیشنهاد می‌کنند کتابچه‌های آموزشی، در زمینه مشکلات شایع در نوزادان، تهیه و تهیه و در دسترس والدین قرار بگیرد. برگزاری کلاس‌های آموزشی در مورد شیردهی و مراقبت از نوزاد، شرایط بخش مراقبت ویژه نوزادان و لوازم و تجهیزات متصل به نوزاد، از دیگر توصیه‌های مطالعات موجود است (۲، ۱۲). باوجود تأکید مطالعات بر اهمیت موضوع، هیچ بسته آموزشی مدونی در خصوص توانمندسازی پدران در حمایت از مادران، در مراکز درمانی ارائه نمی‌شود.

یکی از مدل‌های مؤثر در زمینه آموزش بهداشت و سلامت که می‌تواند در طراحی برنامه آموزشی کاربرد داشته باشد مدل تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده<sup>۱</sup> (TPB) است. برای مثال در مطالعه‌ای که توسط یینگ پینگ ژانگ<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۲۰۲۱ با عنوان تأثیر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغذیه با شیر مادر انجام شد، نتیجه این مطالعه نشان داد استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده جهت

طراحی مداخله باهدف افزایش تغذیه با شیر مادر به‌طور قابل‌توجهی میزان شیردهی انحصاری و تداوم شیردهی را افزایش می‌دهد و به‌طور مؤثر شیردهی را بهبود می‌بخشد (۱۳). در مطالعه انجام‌شده توسط هادیان شیرازی و همکاران در سال (۲۰۲۲) نیز با عنوان تأثیر آموزش پدران برای حمایت همسرانشان بر استرس و خودکارآمدی در مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، نتایج نشان داد آموزش پدران برای حمایت از همسر و انجام این کار، استرس مادران را کاهش و خودکارآمدی آنان را افزایش می‌دهد (۱۰).

با توجه به شیوع زایمان پره‌ترم، تأکید مطالعات بر نقش مهم پدر در حمایت از همسر و فقدان بسته آموزشی طراحی‌شده در خصوص توانمندسازی پدران در حمایت از مادران نوزادان نارس بر اساس مدل‌های ارتقا سلامت، محقق بر آن شد تا ضمن طراحی بسته آموزشی باهدف ارتقا توانمندی و دانش پدران در حمایت از مادران دارای نوزاد نارس بستری در بیمارستان بر اساس مدل‌های علمی، نسبت به طراحی ابزار مرتبط و بررسی تأثیر مداخل آموزشی اقدام نماید. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر آموزش حمایت از همسر به پدر بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر حمایت درک‌شده مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های شهر قم انجام شد.

## مواد و روش کار

مطالعه حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که از مردادماه تا بهمن‌ماه سال ۱۴۰۲ در بخش مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی درمانی خیرین سلامت و شهدا شهر قم انجام شد. جامعه پژوهش، شامل پدرانی است که نوزاد آن‌ها به دلیل نارس با فاصله ۱-۶ هفته پس از تولد در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شده بودند. معیارهای ورود به مطالعه، عبارت بودند از توانایی والدین در خواندن و نوشتن، عدم وجود بیماری شناخته‌شده جسمانی و روانی والدین، عدم حضور والدین در جلسات آموزشی مشابه، عدم ناهنجاری جسمی مادرزادی قابل‌مشاهده نوزاد، بستری نوزاد به دلیل نارس و دیسترس تنفسی، اعلام رضایت و توانایی پدر برای شرکت در تمام جلسات آموزشی، فرزند اول بودن نوزاد، تک قلو بودن نوزاد، تابعیت ایرانی، پدران گروه سنی ۲۱ تا ۴۵ سال (پدران جوان)، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، پدرانی که نوزادشان حداقل یک هفته در بیمارستان بستری شوند، آپگار بیش از ۷ در دقیقه اول. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از عدم شرکت در بیش از ۳۰ درصد جلسات آموزشی، عدم

<sup>2</sup> Yingping Zhang<sup>1</sup> Theory of Planned Behavior

در حیطه رفتار امتیاز ۴ برای همیشه و امتیاز ۰ برای هرگز در نظر گرفته شده است.

پرسشنامه اختصاصی حمایت از در دوران پس از زایمان<sup>۱</sup> (PPSS) در سال ۲۰۱۷ توسط دنیس<sup>۲</sup> و همکاران باهدف سنجش حمایت درک شده همسر در دوران پس از زایمان طراحی شده است (۱۴). این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه و مقیاس ۴ نقطه‌ای لیکرت است؛ به‌طور ی که امتیاز ۱ برای شدیداً مخالفم و امتیاز ۴ برای شدیداً موافقم در نظر گرفته شده است. نمرات کل پرسشنامه، بین ۲۵ تا ۱۰۰ است و بالاترین نمره بیانگر دریافت بالاترین حمایت درک شده در دوران پس از زایمان است. شاخص اعتبار محتوا ۰/۸۲ درصد، شاخص ثبات داخلی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۶، شاخص ثبات داخلی ۰/۷۰ گزارش گردید. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط خانزاده و همکاران در سال ۹۷-۹۸ بررسی و تأیید شده است (۹). ضریب نسبی روایی محتوا (CVR) ۷۰ درصد و شاخص روایی محتوا (CVI) ۸۱ درصد به دست آمد (۹).

افراد در صورت واجد شرایط بودن بر اساس معیارهای ورود و بعد از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در یکی از دو گروه مداخله یا کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله دو جلسه مشاوره حضوری (جدول ۱)، هر جلسه ۲۵-۳۰ دقیقه با فاصله ۳ روز و در برخی از پدران با توجه به دور بودن مسافت دو جلسه متوالی در یک روز در اتاق‌های آموزشی مراکز درمانی برگزار شد. محتوای آموزشی با توجه به گویه‌های مقیاس همچنین با استفاده از پروتکل‌ها و متون آموزشی تهیه‌شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین مقالات و پایان‌نامه‌های مرتبط برای ارتقا حمایت پدران از مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان طراحی شد. در طی جلسات محتوای بسته آموزشی علاوه بر مشاوره چهره به چهره با استفاده پمفلت نیز توسط پژوهشگر در اختیار گروه مداخله قرار گرفت. گروه کنترل تنها پمفلت‌های متداول آموزشی موجود در بیمارستان را دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها؛ قبل و بلافاصله بعد از تکمیل جلسات مداخله و یک ماه پس از مداخله توسط شرکت‌کنندگان هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از شاخص‌های توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون) تجزیه و تحلیل گردید. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت توصیف داده‌ها از آماره‌های توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف

تمایل به ادامه همکاری، بروز هرگونه حادثه خاص استرس‌زا برای پدران یا افراد درجه یک خانواده مانند فوت، ابتلا به بیماری روحی - روانی و بیماری جسمی صعب‌العلاج در طول مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه (بیش از ۱۰ درصد سؤالات)، فوت نوزاد در طول انجام مطالعه، ابتلا نوزاد به بیماری از قبیل (خونریزی داخل بطنی، سپسیس، انتروکولیت نکروزان).

با استفاده از فرمول زیر و در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر ۵ درصد، توان ۰/۸، دقت برابر با ۷ و انحراف معیار نمره حمایت از همسر در گروه مداخله و کنترل به ترتیب برابر با ۱۰ و ۱۴/۳۱ بر اساس مطالعات مشابه (۹)، تعداد نمونه برابر با ۴۸ نفر در هر گروه به دست آمد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش نمونه‌ها، حجم نمونه ۵۸ نفر در هر گروه تعیین گردید.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2}$$

در این پژوهش، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس و تخصیص نمونه‌ها به روش تصادفی انجام شد. به این ترتیب که افراد واجد شرایط با استفاده از قرعه‌کشی (دو کاغذ کاملاً مشابه و تاشده که داخل آن گروه مداخله و گروه کنترل نوشته شده بود در اختیار پدران قرار گرفت و خواسته شد یکی از دو کاغذ را انتخاب کنند) در یکی از دو گروه مداخله یا کنترل قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس سنجش حمایت از همسر بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده باهدف سنجش ابعاد مختلف سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ارتباط با حمایت از همسر در پدران و پرسشنامه اختصاصی حمایت همسر در دوران پس از زایمان، باهدف سنجش حمایت درک شده از سوی زنان پس از زایمان است. مقیاس سنجش حمایت از همسر بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پنج حیطه شامل حیطه نگرش (۱۵ گویه)، حیطه هنجار انتزاعی (۵ گویه)، حیطه کنترل رفتار (۵ گویه)، حیطه قصد (۸ گویه)، حیطه رفتار (۷ گویه) بر اساس مرور متون و نظر ۱۴ نفر از اساتید دانشکده پرستاری مامایی، بهداشت، متخصص نوزادان و روانشناسان طراحی شد. پس از تأیید روایی صوری، در بخش روایی محتوا گویه‌هایی که شاخص روایی محتوا (CVI) بالاتر از ۰/۷۹ و نسبت روایی محتوا (CVR) بالاتر از ۰/۵۱ داشتند حفظ گردیدند. در بخش ارزیابی پایایی، ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۶ به دست آمد. این مقیاس دارای ۴۰ گویه است که بر اساس لیکرت ۵ نقطه‌ای سنجیده می‌شوند. به‌طوری‌که در حیطه نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتار، و قصد امتیاز ۴ برای کاملاً موافقم و امتیاز ۰ برای کاملاً مخالفم؛ و

<sup>2</sup> Dennis

<sup>1</sup> Postpartum Partner Support Scale

معیار و جهت تحلیل داده‌ها از تی زوجی، تی مستقل و آنالیز واریانس  
با تکرار استفاده شد.  
مجوزهای لازم ازجمله تأییدیه کمیته اخلاق با کد  
IR.MUQ.REC.1402.031 و اجازه بیمارستان‌های محیط  
پژوهش کسب شد. هدف از مطالعه برای والدین توضیح و در خصوص

محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. والدین بعد از کسب  
رضایت‌نامه آگاهانه کتبی وارد مطالعه شدند. همچنین به  
شرکت‌کنندگان در خصوص آزادی در خروج از مطالعه و عدم تأثیر  
در نحوه ارائه خدمات اطمینان داده شد.

جدول (۱): برنامه جلسات آموزشی

| جلسات<br>مشاوره | اهداف | موضوعات                                             |
|-----------------|-------|-----------------------------------------------------|
| جلسه اول        | ✓     | آشنایی با مشکلات و مراقبت پس از زایمان              |
|                 | ✓     | بیان راهکارهای پیشنهادی جهت افزایش درک و حمایت همسر |
|                 | ✓     | اهمیت نقش پدر                                       |
|                 | ✓     | اندوه پس از زایمان                                  |
|                 | ✓     | افسردگی پس از زایمان                                |
|                 | ✓     | خونریزی پس از زایمان                                |
|                 | ✓     | درد پس از زایمان                                    |
|                 | ✓     | کمردرد پس از زایمان                                 |
|                 | ✓     | پیشگیری از یبوست                                    |
|                 | ✓     | حمام کردن                                           |
|                 | ✓     | ورزش                                                |
|                 | ✓     | علائم خطر پس از زایمان                              |
|                 | ✓     | اهمیت نقش آفرینی پدر در حمایت از مادر و نوزاد       |
| جلسه دوم        | ✓     | آشنایی با بخش مراقبت ویژه نوزادان و تجهیزات         |
|                 | ✓     | بخش                                                 |
|                 | ✓     | تجهیزات بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان                 |
|                 | ✓     | نوزاد نارس                                          |
|                 | ✓     | ویژگی‌های نوزاد نارس                                |
|                 | ✓     | مشکلات نوزاد نارس                                   |
|                 | ✓     | اختلالات مربوط به نارس                              |
|                 | ✓     | زردی نوزاد نارس                                     |
|                 | ✓     | نیازهای نوزاد نارس                                  |
|                 | ✓     | نکات مهم در مراقبت از نوزادان نارس                  |
|                 | ✓     | عفونت بیمارستانی چیست                               |
|                 | ✓     | اقدامات لازم برای کنترل عفونت بیمارستانی            |
|                 | ✓     | شستشو و بهداشت دست                                  |
|                 | ✓     | تغذیه در نوزادان نارس                               |
|                 | ✓     | دوشیدن شیر مادر                                     |
|                 | ✓     | عوامل مؤثر بر شیر مادر                              |
|                 | ✓     | آشنایی با بخش مراقبت ویژه نوزادان                   |
|                 | ✓     | آشنایی با ویژگی و مشکلات نوزاد نارس                 |
|                 | ✓     | چگونگی مراقبت از نوزاد نارس                         |

| جلسات مشاوره | اهداف | موضوعات                     |
|--------------|-------|-----------------------------|
|              |       | ✓ روش دوشیدن با دست         |
|              |       | ✓ علائم کفایت تغذیه شیرخوار |
|              |       | ✓ آروغ زدن                  |
|              |       | ✓ مراقبت آغوشی              |
|              |       | ✓ تعویض پوشک نوزاد          |

۳۲/۵۴ هفته؛ میانگین سن نوزادان هنگام مطالعه در گروه کنترل

۱۵/۴۸ روز و در گروه مداخله ۱۲/۴۶ روز؛ میانگین مدت بستری در

بیمارستان در گروه کنترل ۱۵/۴۸ روز و در گروه مداخله ۱۲/۴۶

روز؛ سن پدر در گروه کنترل ۳۳/۴۴ سال و در گروه مداخله ۳۲/۷۳

سال بود.

## یافته‌ها

۹۶ پدر در این مطالعه مشارکت داشتند که ویژگی جمعیت

شناختی آنان در جدول ۲ بیان شده است. میانگین سن جنینی

نوزادان هنگام تولد در گروه کنترل ۳۲/۶۳ هفته و در گروه مداخله

## جدول (۲): مقایسه ویژگی جمعیت‌شناختی گروه کنترل و مداخله

| متغیر دموگرافیک                  | کنترل                      | مداخله                     |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| میانگین $\pm$ انحراف معیار       | میانگین $\pm$ انحراف معیار | میانگین $\pm$ انحراف معیار |
| سن نوزاد هنگام تولد برحسب هفته   | ۳۲/۶۳ $\pm$ ۲/۹۲۲          | ۳۲/۵۴ $\pm$ ۳/۰۲۴          |
| سن نوزاد هنگام مطالعه برحسب روز  | ۱۵/۴۸ $\pm$ ۱۰/۰۶۱         | ۱۲/۴۶ $\pm$ ۷/۵۹۶          |
| مدت بستری در بیمارستان برحسب روز | ۱۵/۴۸ $\pm$ ۱۰/۰۶۱         | ۱۲/۴۶ $\pm$ ۷/۵۹۶          |
| سن پدر                           | ۳۳/۴۴ $\pm$ ۴/۳۶۱          | ۳۲/۷۳ $\pm$ ۵/۳۸۶          |
| جنس نوزاد                        | تعداد (درصد)               | تعداد (درصد)               |
| دختر                             | ۱۸ (۴۶/۲)                  | ۲۱ (۵۳/۸)                  |
| پسر                              | ۳۰ (۵۲/۶)                  | ۲۷ (۴۷/۴)                  |
| سطح تحصیلات مادر                 |                            |                            |
| بی‌سواد                          | ۳ (۳۳/۳)                   | ۶ (۶۶/۷)                   |
| زیر دیپلم                        | ۱۰ (۳۴/۵)                  | ۱۹ (۶۵/۵)                  |
| دیپلم                            | ۲۰ (۶۴/۵)                  | ۱۱ (۳۵/۵)                  |
| فوق‌دیپلم                        | ۳ (۷۵/۰)                   | ۱ (۲۵/۰)                   |
| لیسانس و بالاتر                  | ۱۲ (۵۲/۲)                  | ۱۱ (۴۷/۸)                  |
| شغل مادر                         |                            |                            |
| خانه‌دار                         | ۴۲ (۴۸/۳)                  | ۴۵ (۵۱/۷)                  |
| کارمند                           | ۲ (۵۰/۰)                   | ۲ (۵۰/۰)                   |
| شاغل در منزل                     | ۳ (۷۵/۰)                   | ۱ (۲۵/۰)                   |
| کارگر                            | ۱ (۱۰۰/۰)                  | ۰ (۰/۰)                    |
| شغل پدر                          |                            |                            |
| کارمند                           | ۱۰ (۶۶/۷)                  | ۵ (۳۳/۳)                   |
| بیکار                            | ۲ (۱۰۰/۰)                  | ۰ (۰/۰)                    |
| کارگر                            | ۱۵ (۴۱/۷)                  | ۲۱ (۵۸/۳)                  |

| متغیر دموگرافیک  | کنترل                      |  | مداخله                     |  |
|------------------|----------------------------|--|----------------------------|--|
|                  | میانگین $\pm$ انحراف معیار |  | میانگین $\pm$ انحراف معیار |  |
| بازنشسته         | ۰(۰/۰)                     |  | ۱(۱۰۰/۰)                   |  |
| محصل/دانشجو/طلبه | ۵(۷۱/۴)                    |  | ۲(۲۸/۶)                    |  |
| آزاد             | ۱۶(۴۵/۷)                   |  | ۱۹(۵۴/۳)                   |  |

نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی و تأیید گردید. جدول شماره ۳ به مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره حیطه‌های پنج‌گانه (حیطه نگرش، حیطه هنجار انتزاعی، حیطه کنترل رفتاری درک شده، حیطه قصد، حیطه رفتار) حمایت از همسر بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و حمایت درک شده همسر در دوران پس از زایمان در سه بازه زمانی قبل،

بلافاصله بعد و یک ماه بعد از آموزش در گروه کنترل و مداخله می‌پردازد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌داری نیست ( $P > ۰/۰۵$ ). در حالیکه در گروه مداخله نمرات بلافاصله بعد از آموزش و یک ماه بعد از آموزش به‌طور معنی‌داری نسبت به قبل از آموزش بیشتر است ( $P < ۰/۰۵$ ). (جدول ۳).

**جدول (۳):** مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در بازه‌های زمانی مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله

| نگرش             |                    |                    |                    |                    |                    |            |
|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------|
| متغیر وابسته     | مداخله             |                    |                    |                    |                    |            |
|                  | کنترل              | مداخله             | کنترل              | مداخله             | کنترل              | زمان       |
| متغیر وابسته     | ۱۶/۸۱ $\pm$ ۴/۰۲   | ۲۰/۶۰ $\pm$ ۶/۸۰   | ۱۹/۷۹ $\pm$ ۵/۵۰   | ۲۰/۸۱ $\pm$ ۷/۰۶   | ۱۶/۸۱ $\pm$ ۴/۰۲   | قبل مداخله |
|                  | ۱۹/۷۳ $\pm$ ۵/۵۱   | ۲۰/۵۴ $\pm$ ۷/۶۰   | ۱۹/۷۳ $\pm$ ۵/۵۱   | ۲۰/۵۴ $\pm$ ۷/۶۰   | ۱۹/۷۳ $\pm$ ۵/۵۱   | بعد مداخله |
|                  | ۱۹/۷۳ $\pm$ ۵/۵۱   | ۲۰/۵۴ $\pm$ ۷/۶۰   | ۱۹/۷۳ $\pm$ ۵/۵۱   | ۲۰/۵۴ $\pm$ ۷/۶۰   | ۱۹/۷۳ $\pm$ ۵/۵۱   | یک ماه بعد |
|                  | <۰/۰۰۱             | ۰/۸۵۴              | ۰/۴۰۴              | ۰/۳۶۱              | <۰/۰۰۱             | Pvalue     |
| هنجارهای انتزاعی |                    |                    |                    |                    |                    |            |
| متغیر وابسته     | مداخله             |                    |                    |                    |                    |            |
|                  | کنترل              | مداخله             | کنترل              | مداخله             | کنترل              | زمان       |
| متغیر وابسته     | ۶/۰۴ $\pm$ ۱/۷۶۱   | ۷/۳۳ $\pm$ ۲/۶۲    | ۷/۲۲۹ $\pm$ ۲/۲۱۴  | ۷/۴۵۸ $\pm$ ۲/۷۴۴  | ۶/۰۴ $\pm$ ۱/۷۶۱   | قبل مداخله |
|                  | ۷/۲۰۴ $\pm$ ۲/۲۴۳  | ۷/۴۵۸ $\pm$ ۲/۷۶۶  | ۷/۲۰۴ $\pm$ ۲/۲۴۳  | ۷/۴۵۸ $\pm$ ۲/۷۶۶  | ۷/۲۰۴ $\pm$ ۲/۲۴۳  | بعد مداخله |
|                  | ۷/۲۰۴ $\pm$ ۲/۲۴۳  | ۷/۴۵۸ $\pm$ ۲/۷۶۶  | ۷/۲۰۴ $\pm$ ۲/۲۴۳  | ۷/۴۵۸ $\pm$ ۲/۷۶۶  | ۷/۲۰۴ $\pm$ ۲/۲۴۳  | یک ماه بعد |
|                  | <۰/۰۰۱             | ۰/۱                | ۰/۵۴۵              | ۱/۰                | <۰/۰۰۱             | Pvalue     |
| کنترل رفتاری     |                    |                    |                    |                    |                    |            |
| متغیر وابسته     | مداخله             |                    |                    |                    |                    |            |
|                  | کنترل              | مداخله             | کنترل              | مداخله             | کنترل              | زمان       |
| متغیر وابسته     | ۶/۴۵۸ $\pm$ ۳/۶۹۵  | ۷/۳۵۴ $\pm$ ۲/۴۹۶  | ۷/۴۷۹ $\pm$ ۲/۲۵۹  | ۷/۳۱۲ $\pm$ ۲/۵۶۹  | ۶/۴۵۸ $\pm$ ۳/۶۹۵  | قبل مداخله |
|                  | ۷/۴۶۶ $\pm$ ۲/۲۴۰  | ۷/۳۳۳ $\pm$ ۲/۵۷۰  | ۷/۴۶۶ $\pm$ ۲/۲۴۰  | ۷/۳۳۳ $\pm$ ۲/۵۷۰  | ۷/۴۶۶ $\pm$ ۲/۲۴۰  | بعد مداخله |
|                  | ۷/۴۶۶ $\pm$ ۲/۲۴۰  | ۷/۳۳۳ $\pm$ ۲/۵۷۰  | ۷/۴۶۶ $\pm$ ۲/۲۴۰  | ۷/۳۳۳ $\pm$ ۲/۵۷۰  | ۷/۴۶۶ $\pm$ ۲/۲۴۰  | یک ماه بعد |
|                  | ۰/۰۴۹              | ۰/۸۲۷              | ۰/۸۴۷              | ۰/۰۶۵              | ۰/۰۴۸              | Pvalue     |
| قصد              |                    |                    |                    |                    |                    |            |
| متغیر وابسته     | مداخله             |                    |                    |                    |                    |            |
|                  | کنترل              | مداخله             | کنترل              | مداخله             | کنترل              | زمان       |
| متغیر وابسته     | ۹/۵۸۳ $\pm$ ۲/۵۴۱  | ۱۱/۴۵۸ $\pm$ ۳/۷۴۱ | ۱۱/۴۷۹ $\pm$ ۳/۵۸۴ | ۱۱/۵۲۰ $\pm$ ۳/۸۱۴ | ۹/۵۸۳ $\pm$ ۲/۵۴۱  | قبل مداخله |
|                  | ۱۱/۴۴۶ $\pm$ ۳/۵۹۷ | ۱۱/۵۴۰ $\pm$ ۳/۸۰۶ | ۱۱/۴۴۶ $\pm$ ۳/۵۹۷ | ۱۱/۵۴۰ $\pm$ ۳/۸۰۶ | ۱۱/۴۴۶ $\pm$ ۳/۵۹۷ | بعد مداخله |
|                  | ۱۱/۴۴۶ $\pm$ ۳/۵۹۷ | ۱۱/۵۴۰ $\pm$ ۳/۸۰۶ | ۱۱/۴۴۶ $\pm$ ۳/۵۹۷ | ۱۱/۵۴۰ $\pm$ ۳/۸۰۶ | ۱۱/۴۴۶ $\pm$ ۳/۵۹۷ | یک ماه بعد |
|                  | <۰/۰۰۱             | ۰/۱۴۵              | ۰/۳۶۵              | ۰/۰۷۶              | <۰/۰۰۱             | Pvalue     |

| متغیر وابسته         | رفتار            |                  |                 |               |        |      |
|----------------------|------------------|------------------|-----------------|---------------|--------|------|
|                      | مداخله           | کنترل            | مداخله          | کنترل         | مداخله | زمان |
| قبل مداخله           | ۹/۴۵۸±۳/۳۱۳      | ۱۱/۷۹۱±۴/۷۳۵     |                 |               |        |      |
| بعد مداخله           | ۱۲/۰۲±۴/۰۰۲      | ۱۱/۷۷۰±۴/۵۵۸     | ۱۲/۰۲±۴/۰۰۲     |               |        |      |
| یک ماه بعد           | ۱۲/۰۰۴±۳/۹۹۸     | ۱۱/۸۱۲±۴/۵۹۹     | ۱۱/۸۱۲±۴/۵۹۹    | ۱۲/۰۰۴±۳/۹۹۸  |        |      |
| Pvalue               | <۰/۰۰۱           | ۰/۸۷۸            | ۰/۱۸۳           | ۰/۰۵۸         | ۰/۸۷۷  |      |
| حمایت درک شده مادران |                  |                  |                 |               |        |      |
| متغیر وابسته         | رفتار            |                  |                 |               |        |      |
|                      | مداخله           | کنترل            | مداخله          | کنترل         | مداخله | زمان |
| قبل مداخله           | ۶۶/۷۷۰۸±۱۰/۰۵۷۷۹ | ۶۶/۷۷۰۸±۱۰/۰۵۷۷۹ |                 |               |        |      |
| بعد مداخله           | ۷۰/۵۲۰۸±۹/۶۴۰۳۲  | ۶۷/۲۴۵±۱۰/۱۹۲    | ۷۰/۵۲۰۸±۹/۶۴۰۳۲ | ۶۷/۲۴۵±۱۰/۱۹۲ |        |      |
| یک ماه بعد           | ۷۰/۵۲۰۸±۹/۶۴۰۳۲  | ۶۷/۲۴۵±۱۰/۱۹۲    | ۷۰/۵۲۰۸±۹/۶۴۰۳۲ | ۶۷/۲۴۵±۱۰/۱۹۲ |        |      |
| Pvalue               | <۰/۰۰۱           | ۰/۰۵۱            | <۰/۰۰۱          | ۰/۰۵۹         | ۰/۴۷۱  |      |

شده، قصد و رفتار پدران و حمایت درک شده مادران در زمان‌های مذکور در گروه کنترل معنی‌دار نیست ( $P>۰/۰۵$ ). (جدول ۴) درحالی‌که این مقایسه در خصوص نمره نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار پدران و حمایت درک شده مادران در گروه مداخله دارای تفاوت معنی‌دار است ( $P<۰/۰۵$ ). (جدول ۵).

جدول شماره ۴ و ۵ در خصوص مقایسه میانگین متغیرهای وابسته قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه بعد با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با تکرار در دو گروه مداخله و کنترل در ۳ بازه زمانی قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد طراحی گردید. نتایج مطالعه نشان داد تفاوت نمره نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک

جدول (۴): مقایسه میانگین متغیرهای وابسته قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه بعد در گروه کنترل

| میانگین       |               |            |                                     | متغیر وابسته         |
|---------------|---------------|------------|-------------------------------------|----------------------|
| قبل از مداخله | بعد از مداخله | یک ماه بعد | نتایج آزمون آنالیز واریانس با تکرار |                      |
| ۲۰/۶۰۴        | ۲۰/۸۱۲        | ۲۰/۵۴۳     | ۰/۴۷۹                               | نگرش                 |
| ۷/۳۳۳         | ۷/۴۵۸         | ۷/۴۵۸      | ۰/۰۹۹                               | هنجارهای انتزاعی     |
| ۷/۳۵۴         | ۷/۳۱۲         | ۷/۳۳۳      | ۰/۷۱۰                               | کنترل رفتاری         |
| ۱۱/۴۵۸        | ۱۱/۵۲۰        | ۱۱/۵۴۰     | ۰/۱۸۹                               | قصد                  |
| ۱۱/۷۹۱        | ۱۱/۷۷۰        | ۱۱/۸۱۲     | ۰/۸۰۱                               | رفتار                |
| ۶۶/۵۸۳        | ۶۶/۶۶۶        | ۶۷/۲۴۵     | ۰/۰۵۳                               | حمایت درک شده مادران |

جدول (۵): مقایسه میانگین متغیرهای وابسته قبل از مداخله، بعد از مداخله و یک ماه بعد در گروه مداخله

| میانگین       |               |            |                                     | متغیر وابسته         |
|---------------|---------------|------------|-------------------------------------|----------------------|
| قبل از مداخله | بعد از مداخله | یک ماه بعد | نتایج آزمون آنالیز واریانس با تکرار |                      |
| ۱۶/۸۱۲        | ۱۹/۷۹۱        | ۱۹/۷۳۹     | <۰/۰۰۱                              | نگرش                 |
| ۶/۰۴۱         | ۷/۲۲۹         | ۷/۲۰۴      | <۰/۰۰۱                              | هنجارهای انتزاعی     |
| ۶/۴۵۸         | ۷/۴۷۹         | ۷/۴۶۶      | ۰/۰۴۸                               | کنترل رفتاری         |
| ۹/۵۸۳         | ۱۱/۴۷۹        | ۱۱/۴۴۶     | <۰/۰۰۱                              | قصد                  |
| ۹/۴۵۸         | ۱۲/۰۲۰        | ۱۲/۰۰۴     | <۰/۰۰۱                              | رفتار                |
| ۶۶/۷۷۰        | ۶۷/۷۵۰        | ۷۰/۵۲۰     | <۰/۰۰۱                              | حمایت درک شده مادران |

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر حمایت درک شده مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر حمایت درک شده مادران و همچنین نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار پدران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، است.

در خصوص مقایسه نگرش پدران بلافاصله بعد از مداخله با قبل از مداخله، نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر نگرش پدران نسبت به حمایت از همسر است. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر در مطالعه قاصد و همکاران (۲۰۲۲) تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در انتخاب نوع زایمان در زنان باردار و همچنین مطالعه اعتضادی و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار معنادار بود به‌طوری‌که تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات نگرش گروه مداخله قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد (۱۶، ۱۵). همان‌گونه که مشاهده می‌شود یافته‌های مطالعه حاضر و همچنین مطالعات مشابه بیانگر تأثیر معنادار آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر نگرش است.

در مطالعه حاضر مقایسه هنجارهای انتزاعی پدران بلافاصله بعد از مداخله با قبل از مداخله، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میانگین نمره هنجار انتزاعی بعد از آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و تأثیر آموزش در تغییر هنجار انتزاعی پدران نسبت به حمایت از همسر است. همسو با مطالعه حاضر یافته‌های مطالعه محمدخواه و همکاران (۲۰۲۳) در خصوص تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر رفتارهای بهداشت دهان و دندان زنان باردار و همچنین مطالعه غضنفری و همکاران (۲۰۲۳)، در خصوص تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در انتخاب روش زایمان زنان باردار مراجعه‌کننده نشان‌دهنده افزایش میانگین نمره هنجارهای انتزاعی بعد مداخله و تأثیر آموزش در افزایش میانگین نمره هنجارهای انتزاعی است (۱۷، ۱۸). در مطالعه جلیلی و همکاران (۲۰۲۲) در خصوص کاربرد برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیشگیری از پوکی استخوان در زنان مراجعه‌کننده، نتایج نشان‌دهنده افزایش معنی‌دار میانگین نمره هنجارهای انتزاعی بعد

مداخله و تأثیر آموزش در خصوص پیشگیری از پوکی استخوان است (۱۹). همچنین در مطالعه اعتضادی و همکاران (۲۰۱۹) در خصوص تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار، تفاوت معناداری در میانگین نمرات هنجار انتزاعی گروه مداخله قبل و بعد از آموزش مشاهده شد (۱۵). همان‌گونه که مشاهده می‌شود یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعات مشابه بیانگر تأثیر معنادار آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر تغییر هنجار انتزاعی نمونه‌های پژوهش است.

نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار کنترل رفتاری درک شده پدران بلافاصله بعد از آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مقایسه با قبل از آموزش است. همسو با مطالعه حاضر یافته‌های مطالعه قاصد و همکاران (۲۰۲۲) در خصوص تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در انتخاب نوع زایمان در زنان باردار و همچنین در مطالعه جهانگیری و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ترویج رفتارهای مرتبط با تغذیه در پیشگیری از کم‌خونی در زنان باردار، تفاوت معناداری در میانگین نمرات کنترل رفتاری گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد (۱۶، ۲۰). همان‌گونه که مشاهده می‌شود یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعات مشابه همسو بوده بیانگر تأثیر معنی‌دار آموزش بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر کنترل رفتار است.

در خصوص مقایسه قصد رفتاری پدران بلافاصله بعد از آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده با قبل از آموزش، نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار آموزش بر تغییر قصد رفتاری پدران نسبت به حمایت از همسر است. همسو با مطالعه حاضر یافته‌های مطالعه اعتضادی و همکاران (۲۰۱۹) در خصوص تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار و همچنین در مطالعه جهانگیری و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ترویج رفتارهای مرتبط با تغذیه در پیشگیری از کم‌خونی در زنان باردار نشان‌دهنده تفاوت معناداری در میانگین نمرات قصد رفتاری گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله آموزشی است (۱۵، ۲۰). همان‌گونه که مشاهده می‌شود یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعات مشابه بیانگر تأثیر معنادار آموزش بر قصد رفتاری بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده است.

در خصوص مقایسه رفتار پدران بلافاصله بعد از مداخله با قبل از مداخله، نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میانگین نمره رفتار بعد از آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری

رفتار برنامه‌ریزی‌شده در گروه مداخله است در مطالعه جلیلی و همکاران (۲۰۲۲) باهدف کاربرد برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پیشگیری از پوکی استخوان در زنان مراجعه‌کننده و همچنین در مطالعه اعتضادی و همکاران (۲۰۱۹) تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار تفاوت معناداری در میانگین نمرات رفتار گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد (۱۵، ۱۹). همان‌گونه که مشاهده می‌شود یافته‌های مطالعاتی که به بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده می‌پردازند بیانگر تأثیر معنادار آموزش بر تغییر رفتار بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بوده و همسو با یافته‌های مطالعه حاضر است. نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میانگین نمره حمایت درک شده مادران بلافاصله بعد از آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در مقایسه با قبل از مداخله و بیانگر تأثیر آموزش به پدران بر حمایت درک شده مادران در گروه مداخله است. همسو با مطالعه حاضر نتایج مطالعه خانزاده و همکاران (۲۰۲۰) که باهدف بررسی تأثیر مشاوره حمایت محور زوجین بر حمایت درک شده همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد انجام شد، نشان‌دهنده تفاوت معنادار در میانگین نمرات حمایت درک شده همسر و دل‌بستگی مادر و نوزاد بعد از مشاوره در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود (۹). همچنین در مطالعه هادیان شیرازی و همکاران (۲۰۲۲)، که باهدف آموزش حمایت از همسران به پدران و تعیین تأثیر آن بر استرس و نمرات خودکارآمدی مادران در ارائه مراقبت از نوزادان نارس بستری در NICU انجام شد میانگین نمرات استرس و خودکارآمدی مادران پس از مداخله به ترتیب کاهش و افزایش معنی‌داری نشان داد (۱۰). همان‌گونه که مشاهده می‌شود همسو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعات موجود بیانگر تأثیر آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده برافزایش حمایت درک‌شده توسط مادران و بعد از مداخله آموزشی است.

در خصوص مقایسه میانگین متغیرهای وابسته قبل، بعد و یک ماه بعد از آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده با استفاده از آزمون آنالیز واریانس با تکرار در دو گروه مداخله و کنترل، نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار نمره نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد و رفتار پدران و حمایت درک شده مادران در گروه مداخله است. در حالیکه این تفاوت در گروه کنترل معنی‌دار نبود. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه جلالی و همکاران (۲۰۲۲) تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقا رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در زنان باردار معنادار بود و تفاوت

معنی‌داری در میانگین نمرات نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتار درک‌شده مشاهده شد (۲۱). همچنین در مطالعه اعتضادی و همکاران (۲۰۱۹)، در خصوص تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار، تفاوت معناداری در میانگین نمرات رفتار و کنترل رفتار درک‌شده بین دو گروه مداخله و کنترل پس از آموزش مشاهده شد، درحالی‌که در مقایسه میانگین نمرات نگرش، هنجار انتزاعی، و قصد رفتاری تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (۱۵). همان‌گونه که مشاهده می‌شود بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعه جلالی آموزش مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ابعاد مختلف رفتارهای حمایتی پدران از همسر و همچنین رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت ادراری در زنان باردار در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معنی‌داری دارد، در حالیکه بر اساس یافته‌های مطالعه اعتضادی مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر ارتقای رفتارهای تغذیه‌ای زنان باردار در حیطه‌های نگرش، هنجار انتزاعی، و قصد رفتاری تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد. این تفاوت می‌تواند به دلیل کوتاه بودن زمان آموزش در مطالعه اعتضادی در مقایسه با سایر مطالعات ذکر شده باشد.

درمجموع یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد آموزش حمایت از همسر به پدران بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر حمایت درک شده مادران و همچنین نگرش، هنجارهای انتزاعی، قصد رفتاری، رفتار پدران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان تأثیر معنی‌داری دارد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر آموزش و توانمندسازی پدران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در خصوص حمایت از مادران پیشنهاد می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش عدم تمایل برخی پدران برای شرکت در مطالعه بود. جهت رفع این محدودیت، اهمیت مطالعه، روش کار و محرمانه بودن اطلاعات برای پدران توضیح داده شد. همچنین کلاس‌های آموزشی با توجه به روزهای ملاقات و ساعات حضور پدران برنامه‌ریزی شد. با توجه به دور بودن مسافت در برخی از پدران دو جلسه متوالی در یک روز برگزار شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد رشته مامایی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی قم است. محققان بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه، اساتید و سایر کارکنان محترم دانشکده پرستاری و مامایی و نیز مراکز آموزشی درمانی شهدا و خیرین سلامت بابت همکاری بی‌دریغ و صمیمانه آن‌ها تشکر و قدردانی می‌کنند.

## حمایت مالی تحقیق:

منابع مالی این مطالعه توسط دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۴۰۲ تأمین شده است.

## تضاد منافع:

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضادی در منافع وجود ندارد.

## ملاحظات اخلاقی:

این پژوهش حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی مصوب دانشگاه علوم پزشکی قم با کد اخلاق IR.MUQ.REC.1402.031 در تاریخ ۱۴۰۲/۳/۷ است. پدران و مادران از اهداف پژوهش آگاه شده و از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه اخذ شد.

## References:

1. da Fonseca EB, Damião R, Moreira DA. Preterm birth prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;69:40-9.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.09.003>
2. Nasiri P, Hemmati Maslakpak M. The effect of the supportive-educational intervention on the stress of mothers of premature infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Nurs Midwifery J* 2022;20(9):755-64.  
<https://doi.org/10.52547/unmf.20.9.755>
3. Rahimi Mazraeshahi R, Heidari H, Choopani R, Racihi H. The effect of emmons gratitude support-educational program on the anxiety and self-efficacy of mothers of premature babies admitted to the Neonatal Intensive Care Unit of Hajar Shahrekord Hospital. *Nurs Midwifery J* 2024;22(3):236-49.  
<https://doi.org/10.61186/unmf.22.3.236>
4. Khemakhem R, Bourgou S, Selmi I, Azzabi O, Belhadj A, Siala N. Preterm birth, mother psychological state and mother infant bonding. *Tunis Med* 2020;98(12):992-7.
5. Tavasoli A, Akhoundzadeh G, Hojjati H. The effect of narrative writing of mothers on their stress with care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Complement Med J* 2020;10(3):196-205.  
<https://doi.org/10.32598/cmja.10.3.332.4>
6. Carty CL, Soghier LM, Kritikos KI, Tuchman LK, Jiggetts M, Glass P, et al. The Giving Parents Support Study: A randomized clinical trial of a parent navigator intervention to improve outcomes after neonatal intensive care unit discharge. *Contemp Clin Trials* 2018;70:117-34.  
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.05.004>
7. Pourmovahed Z, Pourmovahed Z, Zareymahmoodabadi H. Effect of family-centered care on family function of preterm newborns hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *Nurs Midwifery J* 2022;19(10):773-82.  
<https://doi.org/10.52547/unmf.19.10.773>
8. Pavlyshyn H, Sarapuk I, Satorska U. Maternal stress experience in the neonatal intensive care unit after preterm delivery. *Am J Perinatol* 2022.  
<https://doi.org/10.1055/s-0042-1747942>
9. Khanzadeh Z, Mogaddam Tabrizi F. The effect of supportive couple-centered counselling on perception of support for spouse and maternal attachment in parturients referring to health centers of Urmia University of Medical Sciences in 2018-19. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2020;28(2):112-26.  
<https://doi.org/10.30699/ajnm.28.2.112>
10. Hadian Shirazi Z, Ghasemloo H, Razavinejad SM, Sharifi N, Bagheri S. The effect of training the fathers to support their wives on stress and self-efficacy in mothers of premature newborns hospitalized in NICU: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22(1):102. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04413-8>
11. Rasoolpur P, Rahkar Farshi M, Jabraeili M. Perceptions of preterm infant mothers from receiving family-centered care in neonatal intensive care unit: A cross-sectional study. *J Health Care* 2022;24(1):76-85.  
<https://doi.org/10.52547/jhc.24.1.76>
12. Bekmaz K, Hojjati H, Akhoundzadeh G. Relationship between mothers' concerns and nursing support of

- children admitted to Baqiyatallah Al-Azam Hospital of Ali Abad Katoul, Golestan Province, Iran in 2018. *Mod Care J* 2019;16(4):e92471. <https://doi.org/10.5812/modernc.92471>
13. Zhang Y, Yuan R, Ma H. Effect of the theory of planned behavior on primipara breastfeeding. *Ann Palliat Med* 2021;10(4):4547-54. <https://doi.org/10.21037/apm-21-255>
14. Dennis CL, Brown HK, Brennenstuhl S. The postpartum partner support scale: Development, psychometric assessment, and predictive validity in a Canadian prospective cohort. *Midwifery* 2017;54:18-24. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.018>
15. Etezadi F, Ghaemi A, Jalili Z. The effect of educational intervention based on the theory of planned behavior on the promotion of nutritional behaviors of pregnant mothers. *J Health Res Community* 2019;5(1):60-70.
16. Ghased Qale Bala E, Charoghchian Khorasani E, Ghavami V, Tajfard M, Vahedian Shahroudi M, Gholian Aval M. The effect of education based on the theory of planned behavior in choosing the type of delivery in pregnant women. *North Khorasan Univ Med Sci* 2022;13(4):42-8. <https://doi.org/10.52547/nkums.13.4.42>
17. Mohammadkhah F, Amirhajelu RM, Bakhtiar M, Salemi SA, Kevenjan M, Jeihooni AK. The effect of training intervention based on the theory of planned behavior on oral and dental health behaviors in pregnant women. *BMC Oral Health* 2023;23(1):521. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03239-w>
18. Ghazanfari Z, Sohili B. Assessing the effect of education based on theory of planned behavior (TPB) on delivery type selection in pregnant women referring to Kermanshah health centers at 1393. *Journal Title* 2023;5(4):0-.
19. Jalili Z, Hosseini ZS, Shojaei Zade D. The application of the theory of planned behavior in preventing osteoporosis in women referring to comprehensive health service center in Tehran City 2019-2020. *Tolooebehdasht* 2022;21(1):14-27. <https://doi.org/10.18502/tbj.v21i1.9930>
20. Jahangiri Z, Shamsi M, Khorsandi M, Moradzade R. The effect of education based on theory of planned behavior in promoting nutrition-related behaviors to prevent anemia in pregnant women. *J Arak Univ Med Sci* 2020;23(6):872-87. <https://doi.org/10.32598/jams.23.6.135.37>
21. Jalali M, Shamsi M, Roozbhaei N, Kabir K. The effect of health education based on theory of planned behavior on behavioral promotion of urinary infection prevention in pregnant women. *Pars J Med Sci* 2022;12(3):49-57. <https://doi.org/10.29252/jmj.12.3.49>

# INVESTIGATING THE EFFECT OF TRAINING FATHERS ON SPOUSAL SUPPORT BASED ON THE THEORY OF PLANNED BEHAVIOR ON THE PERCEIVED SUPPORT BY MOTHERS OF PREMATURE NEONATES HOSPITALIZED IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Monireh Tajgardoun<sup>1</sup>, Narges Eskandari<sup>\*2</sup>, Zabihollah Gharlipour<sup>3</sup>, Sareh Bakouei<sup>4</sup>

Received: 31 July, 2024; Accepted: 09 December, 2024

## Abstract

**Background & Aims:** The emphasis of scientific resources on the importance of emotional and psychological support from fathers for mothers of premature infants hospitalized in the intensive care unit, along with the lack of an educational package designed to empower fathers in supporting mothers based on health promotion models and theories, led to this study, with the aim of determining the effect of spousal support training for fathers based on the Planned Behavior Theory on the perceived support of mothers with premature infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit.

**Materials & Methods:** This semi-experimental study was an educational intervention conducted in 2023 on 96 fathers whose infants were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit due to prematurity. Sampling was done using a convenience method, and allocation of samples was performed through random selection. For the intervention group, two face-to-face counseling sessions were held, and a researcher-made pamphlet and educational package were provided to the fathers. The control group received only the standard educational pamphlets available in the hospital. Demographic information questionnaires, a specific spousal support questionnaire during the postpartum period, and a researcher-made scale measuring spousal support based on the Planned Behavior Theory were completed before, immediately after, and one month after the intervention. Data were analyzed using SPSS version 22.

**Results:** According to paired t-test results, there was no significant difference in scores for attitude, subjective norm, perceived behavioral control, intention, behavior, and perceived support from mothers before and after training in the control group ( $P>0.05$ ). In contrast, in the intervention group, scores immediately after training and one month later were significantly higher compared to before training ( $P<0.05$ ). Regarding the comparison of dependent variables between the intervention and control groups, this study's results indicated that the mean differences in scores for attitude, subjective norm, perceived behavioral control, intention, behavior from fathers, and perceived support from mothers in the intervention group compared to the control group were significant ( $P<0.05$ ). Based on repeated measures ANOVA results, in the intervention group, scores for attitude, subjective norm, perceived behavioral control, intention, behavior from fathers, and perceived support from mothers at three time points (before, immediately after, and one month after) showed significant differences ( $P<0.001$ ), whereas this difference was not significant in the control group.

**Conclusion:** The findings of this study indicated that training spousal support for fathers based on the Planned Behavior Theory significantly affects mothers' perceived support as well as fathers' attitudes, subjective norms, intentions, and behaviors regarding their premature infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. Given these results, it is recommended to educate and empower fathers of hospitalized premature infants regarding their support for mothers.

**Keywords:** Fathers, Neonatal Intensive Care Unit, Perceived, Planned Behavior Theory, Premature Infant, Social Support

**Address:** Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

**Tel:** +989128791953

**Email:** Neskandari@muq.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Master of Science in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

<sup>4</sup> Midwifery Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran