

تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر قصد و رفتار مراقبت آغوشی در مادران دارای نوزاد نارس: یک مطالعه نیمه تجربی

سعیده نعمتی^۱، رقیه بایرامی^{۲*}، علیرضا دیدارلو^۳، کامران دهقان^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۴/۰۲/۱۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از مؤثرترین راه‌ها برای جلوگیری از آسیب‌های ناشی از بستری شدن نوزادان نارس در بخش مراقبت ویژه، مشارکت فعال والدین در مراقبت از نوزاد است. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر قصد و رفتار مراقبت آغوشی در مادران نوزادان نارس انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با مشارکت ۶۰ مادر نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در شهر ارومیه در سال ۱۴۰۱ انجام شد. بیمارستان‌های کوثر و شهید مطهری به‌صورت تصادفی (به روش قرعه‌کشی) به ترتیب به گروه‌های مداخله و کنترل اختصاص یافتند. گروه مداخله آموزش بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده را در چهار جلسه طی یک هفته دریافت کردند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه محقق‌ساخته، شامل اطلاعات دموگرافیک، سؤالات مربوط به سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و آگاهی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل و کای دو در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات قصد و رفتار مراقبت آغوشی بین دو گروه کنترل و مداخله قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ($p > 0/05$). اما بعد از مداخله میانگین نمرات قصد و رفتار مراقبت آغوشی بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی‌داری پیدا کرد ($p = 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای مادران دارای نوزاد نارس برای انجام مراقبت آغوشی از نوزاد مؤثر بوده است. توصیه می‌شود این راهبرد توسط مسئولین حوزه بهداشت و درمان، پرستاران و ماماها در محیط بالینی موردتوجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت آغوشی، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، نوزادان نارس، مطالعه شبه تجربی، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۱۸۵، اسفند ۱۴۰۳، ص ۱۰۸۴-۱۰۷۲

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: rozabayrami@yahoo.com

مقدمه

تولد زودرس مهم‌ترین علت منجر به مرگ نوزادی و دومین علت منجر به مرگ در کودکان کمتر از ۵ سال است (۱). نوزاد نارس نوزادی هست که به‌صورت زنده و پیش از ۳۷ هفته از اولین روز آخرین قاعدگی متولد می‌شود (۲). سالانه حدود ۱۵ میلیون نوزاد نارس در سراسر دنیا متولد می‌شوند و یک‌میلیون کودک در اثر عوارض زایمان زودرس می‌میرند (۳). بر اساس مطالعه مرور

سیستماتیک و متا آنالیز در سال ۲۰۲۰ میزان شیوع زایمان زودرس در ایران ۷/۹۵ درصد گزارش شده است (۴). تولد زودرس نوزاد اغلب منجر به بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان می‌شود (۵). هم‌اکنون از مؤثرترین راه‌ها، برای جلوگیری از آسیب‌های ناشی از بستری شدن نوزاد نارس، درگیر کردن فعال والدین در مراقبت از نوزاد است. یکی از روش‌های مراقبتی، روش مراقبت آغوشی مادرانه یا مراقبت

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

کانگورویی^۱ (KMC) است که در طی آن نوزاد برهنه بر روی پوست بدن و در میان سینه‌های مادر قرار داده می‌شود. از اجزای اصلی این مراقبت تماس پوست به پوست مادر و نوزاد، تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر و ترخیص زودهنگام نوزاد از بیمارستان است (۶).

مراقبت آغوشی باعث کاهش مورتالیت و مورییدیت نوزادان از طریق تقویت رشد، حفظ حرارت بدن و تغذیه با شیر مادر و بهبود سایر پارامترهای فیزیولوژیک می‌شود (۷). مطالعه انجام‌گرفته نشان می‌دهد در روش آغوشی، فشار روحی، استرس و عذاب وجدان مادران کمتر شده و کودکانی که در دوره نوزادی از مراقبت آغوشی بهره می‌گیرند از روند تکاملی و شخصیتی مناسب‌تری در آینده برخوردار می‌شوند (۸). مراقبت آغوشی به‌عنوان روشی کاربردی و غیرتهاجمی جهت کاهش درد ناشی از رویه‌های تهاجمی و گهگاه دردناک نوزادان نارس بستری در بخش به کار می‌رود و در این نوزادان الگوی تنفسی پایداری در ساعات اولیه تولد مشاهده می‌شود (۹). نتایج مطالعات نشان داده تکامل عصبی- رفتاری نوزادان نارس که تحت مراقبت آغوشی قرار گرفته بودند به‌طور قابل توجهی بهبود یافته است (۱۰، ۱۱).

طبق یافته‌های مطالعات، متأسفانه مادران معمولاً در ارائه مراقبت مناسب از نوزادان نارس در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان ناتوان هستند (۱۲ و ۱۳). در مطالعه‌ای که قاسمی و همکاران در سال ۱۳۹۱ انجام دادند نشان داده شد که تنها ۱۰ درصد مادران دارای عملکرد مناسب در زمینه مراقبت آغوشی بودند (۱۴). در مطالعه‌ای که گنتی^۲ و همکاران در سال ۲۰۲۲ انجام دادند مشاهده کردند که مادران از مراقبت آغوشی اطلاعی ندارند (۱۵). در صورتیکه حمایت ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از خانواده و دادن اطلاعات و آموزش به والدین باعث می‌شود که آنان استرس کمتر و احساس کنترل و قدرت بیشتر بر روی موقعیت‌های خود داشته باشند و بیشتر در مراقبت از نوزاد شرکت نمایند (۱۶).

از طرفی مؤثرترین برنامه‌های آموزشی، بر روی کردهای تئوری محوری مبتنی هستند که از الگوهای تغییر رفتار، ریشه گرفته‌اند. بنابراین انتخاب الگوی آموزشی مناسب، اولین گام در فرآیند طراحی برنامه آموزشی است (۱۷). تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده یکی از مدل‌های شناختی- اجتماعی تغییر رفتار است و بر اساس این تئوری مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار، قصد فرد برای انجام آن است. قصد رفتاری در تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده نقش محوری دارد. قصد حاوی عوامل انگیزشی مؤثر بر رفتار است و نشانگر این است که مردم با چه شدتی خواهان انجام رفتار بوده و با چه شدتی برای آن تلاش می‌کنند. نگرش اولین عامل تعیین‌کننده قصد رفتاری

بوده و عبارت است از میزان مطلوبیت یا عدم مطلوبیت یک رفتار از نظر یک فرد. آگاهی و اطلاعات فرد در ایجاد نگرش در فرد مهم است. هنجار انتزاعی به‌عنوان دومین عامل پیشگویی‌کننده قصد رفتاری مطرح می‌شود. وقتی فرد درک کند که افرادی که برایش مهم هستند، فکر می‌کنند او باید رفتاری را انجام دهد، وی قصد می‌کند که آن رفتار معین را انجام دهد. کنترل رفتار درک شده به‌عنوان سومین عامل مؤثر بر قصد رفتاری است. طبق تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده تمام رفتارها تحت کنترل ارادی فرد نیستند. رفتارها در طول یک پیوستار "از کنترل کامل تا عدم کنترل" قرار گرفته‌اند. عوامل کنترلی نیز شامل هم عوامل داخلی و هم عوامل خارجی هستند (۱۷-۱۹). این تئوری بیش از هر مدل دیگری در اتخاذ رفتار بهداشتی کاربرد دارد (۲۱، ۲۰).

با توجه به اهمیت مراقبت آغوشی و تأثیر آن در سلامت نوزاد و مادر، آگاهی و عملکرد پایین مادران در این زمینه و کاربرد تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به‌عنوان تئوری پرکاربرد در تغییر قصد و رفتارهای بهداشتی، همچنین با عنایت به اینکه مطالعه‌ای با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده و سنجش قصد رفتاری مادران در زمینه مراقبت آغوشی یافت نشده، این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر قصد و رفتار مراقبت آغوشی مادران نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های ارومیه در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون است که با دو گروه مداخله و کنترل از دو بیمارستان آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (کوثر و شهید مطهری)، در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نمونه‌های این مطالعه را مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تشکیل می‌دادند. لازم به ذکر است انتخاب بیمارستان به‌عنوان گروه مداخله و کنترل به روش قرعه‌کشی انجام شد؛ به‌طوری‌که بیمارستان کوثر و شهید مطهری به ترتیب به‌عنوان مرکز مداخله و کنترل تخصیص داده شدند تا از عدم ارتباط بین دو گروه اطمینان حاصل گردد.

$$n = \frac{2\delta^2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

حجم نمونه، بر اساس اطلاعات مطالعه بشارتی و همکاران (۲۲) $\alpha = 0.05$ ، $\beta = 0.8$ ، اختلاف میانگین کیفیت زندگی = ۴۱/۵ و انحراف

^۱ Kangaroo mother care

^۲ Getie

معیار ۳/۶۲ به کمک فرمول زیر، و با احتساب ریزش ۳۰ درصد، در هر گروه ۳۰ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود به مطالعه مادران شامل: داشتن حداقل سواد ابتدایی، نداشتن سابقه ناباروری و بارداری حاصل از IVF^۱ و نداشتن سابقه و تجربه انجام مراقبت آغوشی بود. معیارهای ورود به مطالعه نوزادان شامل: فقدان ناهنجاری، آپگار دقیقه پنجم ۵ یا بیشتر، وزن بیشتر از ۱۲۰۰ گرم، سن داخل رحمی حداقل ۳۰ هفته بر اساس LMP^۲، نداشتن خونریزی داخل بطنی درجه ۳ یا ۴، نوزاد ممکن است در حین مراقبت آغوشی اکسیژن را از طریق لوله تنفسی، ماسک یا از بینی بگیرد ولی باید مقدار اکسیژن موردنیاز تقریباً ثابت باشد، کاتتر شریان نافی نداشته باشد، نوزاد روی دستگاه تهویه کمکی، وضعیت ثابتی داشته باشد و در عرض ۱۲ ساعت گذشته پزشک و پرستار، نیازی به تغییر تنظیم دستگاه نداشته باشد. معیارهای خروج از پژوهش شامل فوت نوزاد، بدحال شدن نوزاد، و عدم شرکت مادر در بیش از یک جلسه آموزشی، ترخیص نوزاد از بیمارستان قبل از اتمام مداخله آموزشی برای مادر، و انصراف مادر از ادامه همکاری و شرکت در پژوهش بود.

ابزار مورداستفاده در پژوهش سه پرسشنامه، شامل: الف) اطلاعات جمعیت‌شناختی و مامایی از قبیل سن مادر، سطح تحصیلات، شغل، سطح درآمد خانوادگی، تعداد فرزند، دفعات بارداری، سابقه سقط، سن نوزاد موقع تولد، ب) پرسشنامه محقق‌ساخته با بهره‌گیری از راهنمای پرسشنامه آجن^۳ در زمینه سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده (۲۳) در مراقبت آغوشی و ج) پرسشنامه محقق‌ساخته آگاهی بر اساس دستورالعمل کشوری مراقبت آغوشی بود.

پرسشنامه سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده با ۳۹ سؤال شامل: سازه نگرش در مورد مراقبت آغوشی با ۶ سؤال (مثال: "قرار دادن نوزاد نارس به‌صورت برهنه و عمود روی سینه‌ها رفتاری خوشایند است"، "تغذیه با شیر مادر نوزاد نارس رفتاری مفید است")، سازه هنجارهای انتزاعی در مورد مراقبت آغوشی با ۸ سؤال (مثال: "افرادی که برای من مهم هستند از من می‌خواهند نوزاد را برهنه و عمود روی سینه‌ام قرار دهم"، و "افرادی که برای من مهم هستند از من می‌خواهند نوزاد را با شیر خودم تغذیه کنم"، کنترل رفتار درک شده در مورد مراقبت آغوشی با ۸ سؤال (مثال: "اگر بخواهم می‌توانم نوزاد را به‌صورت برهنه و عمود روی سینه‌ام قرار دهم"، و "من مطمئنم می‌توانم نوزاد را با شیر خودم تغذیه کنم") و قصد در مورد مراقبت آغوشی با ۸ سؤال (مثال: "من قصد دارم نوزاد را به‌صورت برهنه و عمود روی سینه‌ام قرار دهم"، و "من قصد

دارم نوزاد را با شیر خودم تغذیه کنم") و رفتار مراقبت آغوشی مشتمل بر ۹ سؤال بود (مثال: "من نوزاد را به‌صورت برهنه و عمود روی سینه‌ام قرار دادم"، و "من نوزاد را با شیر خودم تغذیه کردم"). برای سؤالات مرتبط با هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری از مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) با حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۵ استفاده شد. طیف نمره کسب‌شده بین ۴۰-۸ بود. برای سازه نگرش طیف نمره کسب‌شده بین ۳۰-۶ بود. برای سؤالات رفتار از مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب، همیشه) استفاده شد و نمره کسب‌شده بین ۴۵-۹ بود. سؤالات آگاهی شامل ۱۶ سؤال با گزینه‌های صحیح، غلط بود. (مثال: "در مراقبت آغوشی نوزاد به‌صورت برهنه و عمود روی سینه مادر قرار می‌گیرد" و "در مراقبت آغوشی نوزاد را می‌توان از شیر مادر تغذیه کرد"). به هر پاسخ صحیح امتیاز یک و پاسخ غلط نیز امتیاز صفر تعلق گرفت. حداقل و حداکثر امتیاز برای نمره آگاهی ۱۶-۰ بود. پرسشنامه‌ها با روش خودگزارش‌دهی توسط نمونه‌های واجد شرایط و با نظارت پژوهشگر تکمیل شد.

برای بررسی روایی پرسشنامه پژوهشگر ساخته، از روش‌های سنجش روایی صوری و محتوایی به دو صورت کیفی و کمی استفاده شد (۲۴). در روش کیفی از ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی بهداشت باروری، متخصص اطفال و آموزش بهداشت درخواست شد پس از مطالعه پرسشنامه بر اساس معیارهای دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرارگیری کلمات در جای مناسب و مدت‌زمان لازم برای پاسخ‌گویی نظر دهند. درنهایت پس از بررسی بازخوردها، پنج گویه اصلاح شد. برای تعیین روایی محتوا به شکل کمی از دو شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. مقادیر نسبت روایی محتوا جهت تمامی گویه‌ها بر اساس تعداد خبرگان (۱۰ نفر) بالاتر از حداقل میزان قابل‌قبول در جدول لاوشه (۰/۶۲) بود (۲۴). بنابراین تمام گویه‌ها برای مراحل بعدی حفظ شدند. نتایج حاصل از محاسبه شاخص روایی محتوا در پرسشنامه اولیه طراحی شده حاکی از آن بود که هیچ گویه‌ای دارای شاخص کمتر از ۰/۷۵ نبود، ضمن این‌که ۵ گویه دارای شاخص ۰/۷۰ تا ۰/۷۹ بودند که موردبررسی بیشتر و اصلاح قرار گرفتند. آلفای کرونباخ برای تمام گویه‌ها بالای ۰/۷۹ به دست آمد.

پس از کسب مجوزهای لازم از کمیته اخلاق در پژوهش و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، برای ورود به عرصه تحقیق، محقق آن را به مسئولین مراکز مذکور ارائه

^۳ Ajzen

^۱ In vitro fertilization

^۲ last menstrual period

داد. سپس در هر کدام از بیمارستان‌ها، نمونه‌هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به‌طور در دسترس انتخاب شدند. محقق از نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ کرده و به شرکت‌کنندگان اطمینان داد که اصل محرمانگی در رابطه با آنان حفظ خواهد شد و چنانچه در هر مرحله‌ای از مطالعه مایل به ادامه همکاری نباشند، می‌توانند انصراف خود را اعلام نمایند. سؤالات پیش‌آزمون توسط زنان شرکت‌کننده در هر دو گروه به‌صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شد. برای گروه مداخله، مداخله آموزشی چهره به چهره بر اساس سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده در خصوص مراقبت آغوشی، در چهار جلسه به‌صورت یک روز در میان توسط نویسنده دوم انجام گرفت. آموزش‌ها در گروه‌های ۳-۴ نفره بسته به تعداد نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و در یکی از کلاس‌های آموزشی در محل بیمارستان برگزار شد تا بحث‌های گروهی امکان‌پذیر باشد. در جلسه سوم از یکی از اعضای خانواده درخواست شد در جلسه حضور یابد. محتوای آموزشی تمام گروه‌ها یکسان و بر اساس

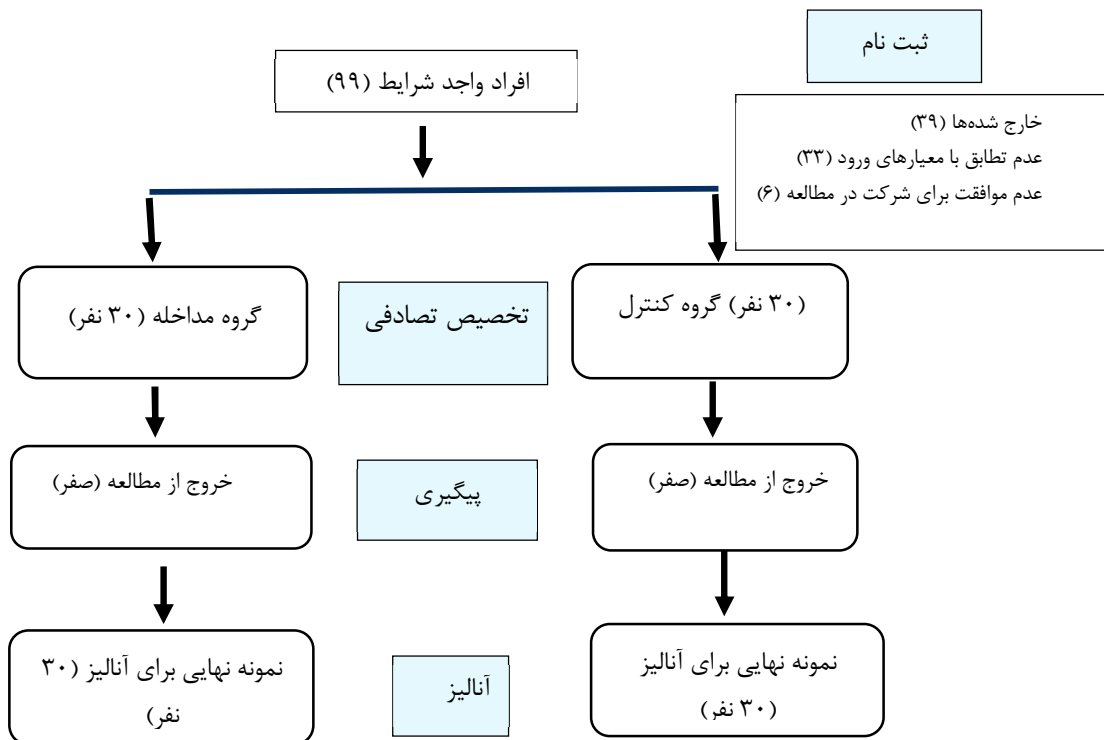
سازه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بود. محتوای آموزشی جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است. مدت‌زمان آموزش‌های حضوری ۴۵-۶۰ دقیقه بود. برای جلوگیری از خستگی مادران استراحت کوتاه‌مدت به همراه پذیرایی ساده در جلسه آموزشی داده می‌شد. کلاس آموزشی بیمارستان مجهز به وسایل کمک‌آموزشی بود؛ بطوریکه در کنار آموزش چهره به چهره از عروسک، تصاویر و فیلم‌های آموزشی در رابطه با مراقبت آغوشی استفاده شد. قبل از ترخیص نوزاد از بخش، پرسشنامه مربوط به سؤالات پس‌آزمون توسط مادران شرکت‌کننده در پژوهش در هر دو گروه تکمیل شد. تمامی مادران دو گروه آموزش‌های روتین را دریافت نمودند و هیچ مادری از آموزش‌های مربوطه در بخش محروم نبود. پس از اتمام مطالعه و جهت رعایت اخلاق پژوهشی، یک جلسه آموزشی برای گروه کنترل نیز برگزار شد و کتابچه آموزشی در اختیار آن‌ها قرار داده شد.

جدول (۱): عناوین و موضوعات ارائه‌شده در جلسات آموزشی

ردیف	رئوس مطالب	سازه هدف	راهبرد آموزشی متناسب با سازه	اهداف آموزشی
۱	آشنایی و معارفه، آشنایی با نوزاد نارس، تعریف مراقبت آغوشی، فواید پزشکی و روانی مراقبت آغوشی برای مادر و نوزاد، آمادگی برای انجام آن، نحوه انجام آن	آگاهی	سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی	آگاهی فراگیر در مورد اهمیت مراقبت آغوشی
۲	پیش‌آگهی مربوط به نوزادان نارس، پیامدهای مربوط به مراقبت آغوشی، فواید مادری و نوزادی مراقبت آغوشی و نحوه انجام آن، جمع‌بندی اطلاعات و نگرش‌ها در پایان جلسه. بحث و تبادل افکار توسط محقق به‌گونه‌ای جهت‌دهی شد تا عقاید و نگرش‌های مثبت افراد مشخص شوند.	نگرش	سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی	تغییر نگرش فراگیران در زمینه مراقبت آغوشی
۳	مروری بر مطالب جلسه دوم، درخواست از مادران برای حضور یکی از اعضای مهم خانواده خود در کلاس‌ها، ارسال پیامک‌هایی به مادران و اعضای مهم خانواده، دادن پمفلت و بروشور مراقبت آغوشی درخواست از مادران برای لیست کردن موانع و مشکلات برای مراقبت آغوشی	نگرش و هنجار انتزاعی	سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، پیامک	اطرافیان فراگیر با شرکت در جلسات بتوانند او را در جهت اتخاذ تصمیم به مراقبت آغوشی سوق دهند.
۴	مرور جلسه سوم، ارائه راهکارهایی برای کمک به حذف موانع انجام مراقبت آغوشی و کسب مهارت برای عملی کردن تصمیمات اخذشده و جمع‌بندی تمامی مفاهیم بررسی‌شده در طی جلسات.	نگرش و هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار درک شده	سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، پیامک	فراگیر توانایی لازم جهت انجام و ارائه مطالب آموزشی بررسی‌شده طی جلسات آموزشی را داشته باشد

یو استفاده شد. با توجه به نتایج حاصل از آزمون نرمالیت کلموگروف اسمیرنوف متغیرهای آگاهی، هنجار انتزاعی، کنترل رفتار درک شده، قصد و رفتار قبل و بعد از مداخله دارای توزیع نرمال بودند که برای تحلیل متغیرهای نرمال از آزمون پارامتریک استفاده شده است. متغیر نگرش قبل و بعد از مداخله دارای توزیع نرمال نبوده است که برای تحلیل آن از آزمون ناپارامتریک استفاده شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه میانگین و انحراف معیار بین گروه‌ها از آزمون تی مستقل و جهت مقایسه نسبت‌ها از آزمون کای دو استفاده شد. متغیرهای سن مادر، نمره آپگار دقیقه اول، نمره آپگار دقیقه پنجم، سن تولد نوزاد، سن ورود نوزاد در مطالعه و وزن ورود نوزاد در مطالعه از توزیع نرمال برخوردار نبودند و برای مقایسه میانگین آن‌ها از آزمون من ویتنی



نمودار (۱): فلوچارت شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف تحقیق

تولد بین دو گروه کنترل و مداخله یکسان بوده و از نظر آماری معنی‌دار نیست. که این نشان‌دهنده همگن بودن متغیرهای دموگرافیک کمی در بین دو گروه مداخله و کنترل در مطالعه حاضر است. همچنین با توجه به نتایج حاصل از آزمون دقیق فیشر متغیر تعداد بارداری توزیع فراوانی یکسانی بین دو گروه کنترل و مداخله داشته و از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (جدول ۲).

آزمون تی مستقل برای متغیرهای آگاهی، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده، قصد و رفتار و آزمون ناپارامتریک من ویتنی یو برای متغیر نگرش نشان داد که قبل از مداخله آموزشی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت ولی پس از مداخله اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه وجود داشت (جدول ۳).

یافته‌ها

میانگین سنی مادران شرکت‌کننده در گروه کنترل $29.71 \pm 6/9$ سال و در گروه مداخله نیز $29.52 \pm 7/5$ سال بود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون کای دو متغیرهای تحصیلات مادر، شغل مادر، درآمد خانوادگی، سابقه سقط، وضعیت بارداری و محل سکونت توزیع فراوانی یکسانی بین دو گروه کنترل و مداخله داشته و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشته است. با آزمون ناپارامتری من ویتنی یو میانگین سن مادر، نمره آپگار دقیقه اول، نمره آپگار دقیقه پنجم، سن تولد نوزاد، سن ورود نوزاد در مطالعه و وزن ورود نوزاد در مطالعه بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند. همچنین با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی مستقل میانگین متغیر وزن نوزاد هنگام

جدول (۲): توزیع متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه		آماره آزمون	سطح معنی‌داری
	کنترل (N=۳۰)	مداخله (N=۳۰)		
	Mean± SD	Mean± SD		
سن مادر (سال)	۳۰/۴۰ ± ۶/۹۷	۳۰/۰۳ ± ۷/۵۲	Z=-۰/۲۳	*P=۰/۸۱
نمره آپکار دقیقه اول	۸/۰۳ ± ۰/۷۱	۸/۱۷ ± ۰/۷۹	Z=-۰/۷۲	*P=۰/۴۶
نمره آپکار دقیقه پنجم	۹/۰۳ ± ۰/۷۱	۹/۱۳ ± ۰/۸۶	Z=-۰/۶۷	*P=۰/۵۰
سن تولد نوزاد به هفته (هفته)	۳۳/۶۷ ± ۲/۴۹	۳۳/۴۷ ± ۱/۶۹	Z=-۱/۲۳	*P=۰/۲۱
سن ورود نوزاد در مطالعه (هفته)	۳۴/۹۰ ± ۱/۴۹	۳۴/۹۰ ± ۱/۳۴	Z=-۰/۲۶	*P=۰/۷۹
وزن نوزاد هنگام تولد (گرم)	۲۱۹۷ ± ۴۶۱/۱۵	۲۰۷۹/۳۳ ± ۳۷۸/۹۵	T=۱/۰۸	**P=۰/۲۸
وزن ورود نوزاد در مطالعه (گرم)	۲۱۹۱/۶۷ ± ۳۶۶/۵۰	۲۰۷۹/۶۷ ± ۳۶۱/۷۷	Z=-۱/۲۴	*P=۰/۲۱
تعداد		درصد	تعداد	درصد
تغییرهای کیفی				
تحصیلات مادر	ابتدایی	۹	۵	۱۶/۷۰
	راهنمایی	۷	۷	۲۳/۳۰
	دبیرستان	۱۰	۹	۳۰
	دانشگاهی	۴	۹	۱۳/۳۰
تحصیلات همسر	ابتدایی	۶	۳	۱۰
	راهنمایی	۴	۳	۱۳/۳۰
	دبیرستان	۱۲	۱۳	۴۳/۳۰
	دانشگاهی	۸	۱۱	۲۶/۷۰
شغل مادر	خانه‌دار	۲۷	۲۵	۸۳/۳۰
	شاغل	۳	۵	۱۶/۷۰
شغل همسر	کارگر	۸	۳	۱۰
	کارمند	۸	۱۰	۳۳/۳۰
	کشاورز	۴	۲	۶/۷۰
	آزاد	۱۰	۱۵	۵۰
درآمد	دخل کمتر از خرج	۱۷	۱۶	۵۳/۳۰
	دخل برابر خرج	۱۱	۱۱	۳۶/۷۰
	دخل بیشتر از خرج	۲	۳	۱۰
تعداد فرزند	ندارم	۰	۳	۱۰
	یک فرزند	۱۲	۱۴	۴۶/۷۰
	دو فرزند	۱۵	۸	۲۶/۷۰
	سه و بیشتر	۳	۵	۱۶/۶۰
تعداد بارداری	یکبار	۹	۹	۳۰
	دو بار	۹	۷	۲۳/۳۰
	سه بار	۸	۶	۲۰
	چهار بار و بیشتر	۴	۸	۲۶/۷۰
سابقه سقط	۱۳	۴۳/۳۰	۱۴	۴۶/۷۰

متغیر	گروه				آماره آزمون	سطح معنی‌داری
	کنترل (N=۳۰)		مداخله (N=۳۰)			
	Mean± SD		Mean± SD			
	نداشته‌ام	۱۷	۵۶/۷۰	۱۶	۵۳/۳۰	
وضعیت بارداری	خواسته	۲۳	۷۶/۷۰	۲۵	۸۳/۳۰	X ² =۰/۴۱ ***P=۰/۵۱
	ناخواسته	۷	۲۳/۳۰	۵	۱۶/۷۰	
محل سکونت	شهر	۲۲	۷۳/۳۰	۲۱	۷۰	X ² =۰/۰۸ ***P=۰/۷۷
	روستا	۸	۲۶/۷۰	۹	۳۰	

آزمون من ویتنی، **آزمون تی مستقل، ***آزمون کای دو، * *** تست دقیق فیشر

جدول (۳): مقایسه میانگین نمرات آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتار درک شده، قصد و رفتار مراقبت آغوشی قبل و بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه	گروه مداخله	گروه کنترل	P Value
		انحراف معیار (میانگین)	انحراف معیار (میانگین)	Independent T test
نگرش	قبل از آموزش	۳۱/۸۰ ± ۵/۷۸	۳۲/۰۷ ± ۴/۶۲	P=۰/۹۹
	بعد از آموزش	۳۷/۶۷ ± ۳/۴۰	۳۲/۱۰ ± ۴/۲۳	**P=۰/۰۰۰۱
هنجار انتزاعی	قبل از آموزش	۳۱/۴۳ ± ۴/۷۵	۳۲/۴۰ ± ۳/۸۲	P=۰/۳۸
	بعد از آموزش	۳۷/۱۰ ± ۳/۱۴	۳۲/۵۷ ± ۳/۸۰	**P=۰/۰۰۰۱
کنترل رفتار درک شده	قبل از آموزش	۳۲/۶۳ ± ۵/۴۱	۳۲/۷۷ ± ۴/۵۱	P=۰/۹۱
	بعد از آموزش	۳۷/۴۳ ± ۳/۶۷	۳۲/۹۷ ± ۴/۳۷	**P=۰/۰۰۰۱
قصد	قبل از آموزش	۳۱/۷۰ ± ۵/۲۸	۳۲/۲۰ ± ۴/۸۱	P=۰/۷۰
	بعد از آموزش	۳۶/۹۷ ± ۴/۲۲	۳۲/۴۰ ± ۴/۶۲	**P=۰/۰۰۰۱
رفتار	قبل از آموزش	۲۰/۴۳ ± ۶/۳۷	۱۸/۹۳ ± ۵/۷۲	P=۰/۳۰
	بعد از آموزش	۲۲/۸۳ ± ۴/۴۳	۱۹/۰۳ ± ۵/۶۴	**P=۰/۰۰۰۱

* آزمون من ویتنی یو، **آزمون تی مستقل،

بحث و نتیجه گیری

هدف از مطالعه حاضر تعیین تأثیر آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر قصد و رفتار مراقبت آغوشی در مادران دارای نوزاد نارس بود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مداخله آموزشی باعث ارتقاء معنی‌دار قصد و انجام مراقبت آغوشی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. درواقع، افزایش میانگین نمره قصد را می‌توان مرتبط با روش‌های آموزشی مورد استفاده همچون بحث گروهی، پرسش و پاسخ و نشان دادن فیلم در چارچوب تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده طراحی و اجراشده دانست. در تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده همه سازه‌ها یعنی نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجار انتزاعی نقش کلیدی در تعیین قصد فرد و عمل تصمیم‌گیری فرد برای درگیر شدن در رفتار را ایفا می‌کنند. اگرچه درگیر شدن در یک رفتار ضرورتاً به معنی انجام کامل رفتار نیست،

اما تحقیقات متعددی از رابطه قوی بین قصد و انجام واقعی رفتار حمایت می‌کنند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، با انجام مداخله آموزشی، میانگین نمره قصد مادران برای مراقبت آغوشی به‌طور معنی‌داری افزایش یافت که نتایج همسو با مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۲) است (۱۴). در مطالعه ارشد و همکاران (۱۳۹۶) نیز پس از مداخله آموزشی در گروه مداخله قصد و رفتار شیردهی بهبود یافته بود (۲۵). در مطالعه فتحی و همکاران (۱۴۰۳) تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده ۳۴/۶ درصد واریانس قصد شیردهی را در مادران باردار پیشگویی کرده بود (۲۶) عموماً رفتار به دنبال قصد اتفاق می‌افتد و بدون قصد رفتاری انجام نمی‌شود. همچنین رفتار توسط عوامل دیگری به‌جز قصد، مانند عوامل اجتماعی فرهنگی و دموگرافیک تحت تأثیر قرار می‌گیرد که لازم است در مداخلات آموزشی مورد توجه قرار گیرند تا تغییر رفتار پایدار گردد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره آگاهی بعد از مداخله بین گروه کنترل و مداخله از نظر آماري معنی‌دار بود. بدیهی است اولین و مهم‌ترین هدف مشاوره و آموزش، کمک به تغییر رفتار است و در حوزه سلامت، فعالیت‌ها برای تغییر رفتار از ارزیابی سطح دانش شروع می‌شود (۲۷). برای توانمندسازی مادران برای رفتار و عملکرد آگاهانه، باید دانش کافی در مورد مراقبت آغوشی به آن‌ها داده شود. نتایج مطالعه رحمانیان و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داد که آموزش باعث ارتقاء رفتار شیردهی زنان شده بود (۲۸). در مطالعه سهرابی و همکاران (۱۴۰۳) بین منبع دریافت اطلاعات و دریافت آموزش با دانش مراقبتی مادر از نوزاد ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت (۲۹). تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بر اساس الگوی شناختی-اجتماعی و تئوری انتظار ارزش بنا شده است و چنین فرض می‌کند که «قصد تعیین‌کننده اصلی رفتار است». در این راستا می‌توان گفت با افزایش آگاهی و ایجاد نگرش مثبت در مادران نسبت به مراقبت آغوشی می‌توان بر قصد و احیاناً رفتار انجام مراقبت آغوشی در زنان تأثیر گذاشت. اما باید توجه داشت که افزایش آگاهی به تنهایی نمی‌تواند موجب تغییر در عملکرد شود؛ بنابراین علاوه بر آگاهی باید روی نگرش افراد نیز مداخلاتی انجام شود. در مطالعه حاضر با افزایش شناخت و آگاهی مادران نسبت به مراقبت آغوشی، فواید و نحوه انجام آن از طریق جلسات آموزشی، باور و نگرش صحیح در مادران نسبت به این مراقبت ایجاد شد. به‌طوری‌که میانگین نمره نگرش مادران قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری نداشتند؛ اما بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری یافته است؛ این امر ناشی از اثربخشی مداخله آموزشی در افزایش نگرش مادران تحت مداخله آموزشی است. به‌گونه‌ای که سبب افزایش اعتقاد مادران گروه مداخله، نسبت به در معرض خطر بودن نوزادان آنان شده است. همسو با مطالعه حاضر یافته‌های مطالعات دیگر نشان داده‌اند که با بهبود نگرش فردی و تأثیرات اجتماعی و خودکارآمدی افراد نسبت به یک موضوع یا رفتار، میزان مشارکت ایشان افزایش می‌یابد (۲۵ و ۳۰). از آنجاکه نگرش با انجام رفتار ارتباط دارد، لذا کاهش نگرش‌های منفی مادران نسبت به نارس و مراقبت آغوشی می‌تواند عملکرد آنان را برای مراقبت از نوزاد نارس افزایش دهد. در برنامه‌های آموزشی طراحی‌شده برای مادران دارای نوزاد نارس، باید راهبردهایی مانند بحث‌های گروهی و غیره برای تغییر نگرش‌های منفی آن‌ها طراحی و پیاده شود.

از دیگر نتایج قابل‌توجه در این پژوهش می‌توان به بهبود هنجارهای انتزاعی در افراد اشاره کرد که به علت حضور حامیان

افراد در جلسات آموزشی توانستیم وضعیت این سازه را بعد از مداخله بهبود دهیم. به عبارت دیگر میانگین نمره هنجار انتزاعی مادران قبل از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشتند؛ اما بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌دار یافته است. هنجارهای ذهنی پیش‌بینی‌کننده قصد رفتاری هستند (۱۷)؛ بنابراین، هر چه زنان بیشتر توسط بستگان تشویق شوند و از توصیه‌های آن‌ها پیروی کنند، قصد بیشتری برای مراقبت آغوشی وجود خواهد داشت. از این‌رو توصیه‌های خانواده می‌تواند یکی از دلایل گرایش به انجام مراقبت آغوشی باشد. بنابراین توجه به نقش افراد مهم و تأثیرگذار در تصمیم‌گیری زنان برای رفتار خاص ضروری است. در مطالعه طباطبایی سرشت و همکاران در سال ۱۳۹۷ تغییر معنی‌داری در هنجارهای ذهنی مادران در ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از اختلال تکاملی کودکان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بعد از انجام برنامه آموزشی دیده شد (۳۰) که همسو با مطالعه حاضر است. در مطالعه علیزاده و همکاران نیز، هنجار انتزاعی پیشگویی‌کننده قصد رفتار جستجوی مراقبت‌ها و درمان مشکلات ناباروری نبود (۳۱) که با مطالعه حاضر همسو نیست. یکی از دلایل این اختلاف و عدم همخوانی فاصله میان درک فرد از عوامل بیرونی و واقعیت موجود و همچنین موضوع و ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه باشد.

در خصوص سازه کنترل رفتار درک شده، گلنز^۱ و همکاران (۱۷) به نقش مهم این عوامل در تبدیل قصد رفتاری به رفتار بهداشتی هدف تأکید داشته‌اند. در مطالعه حاضر میانگین نمره کنترل رفتاری درک شده مادران پیش از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری نداشتند؛ اما بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری یافته است. این امر ناشی از اثربخشی مداخله آموزشی در افزایش کنترل رفتاری درک شده مادران تحت مداخله آموزشی است و اینکه تا چه حد انجام دادن یا انجام ندادن یک رفتار، تحت کنترل ارادی وی قرار دارد. توجه به مراقبت آغوشی سبب حفظ سلامتی نوزاد می‌شود و علاوه بر اینکه مادر را در مراقبت آغوشی و شیردهی نوزادش یاری می‌کند سبب صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی خانواده می‌شود. همچنین اطمینان مادر به توانایی خود برای موفقیت در اتخاذ رفتارهای منتهی به ارتقاء سلامت نوزاد است تا احساس کند عواملی وجود دارند که تسهیل‌کننده یا بازدارنده او از انجام این رفتار هستند. علیرغم وجود این عوامل، او قادر است رفتار بهداشتی موفق داشته باشد. پژوهش حاضر در این راستا همسو با

¹ Glanz

دارای نوزاد نارس در گروه مداخله منجر به افزایش میانگین نمره قصد و رفتار مراقبت آغوشی شده است. بر این اساس هر زمان که زنان آگاهی کافی و صحیح به همراه نگرش مثبت نسبت به مراقبت آغوشی به دست آوردند و احساس کنند که مراقبت آغوشی از نظر عوامل محیطی (تسهیلات و موانع) در اختیار و اراده آنها است، برای انجام رفتار مراقبت آغوشی قصد بالایی پیدا می‌کنند و اگر قصد به‌درستی تبیین شود، اقدام به مراقبت آغوشی می‌گردد. پیشنهاد می‌شود این راهبرد توسط پرستاران و ماماها شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان برای ارتقاء مراقبت آغوشی مادران به کار گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات مداخله‌ای بعدی، بعد از ترخیص مادر و نوزاد از بیمارستان، رفتار مراقبت آغوشی والدین در منزل هم مورد پیگیری قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه مادران شرکت‌کننده که به سؤالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حمایت مالی تحقیق

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی است و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه آن را حمایت مالی کرده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

گرفتن مجوزهای لازم و کد اخلاق (IR.UMSU.REC.1400. 469) و کد IRCT: IRCT20220407054443N1، گرفتن رضایت آگاهانه از تمام افراد شرکت‌کننده در مطالعه، توضیح در زمینه روش اجرا و هدف از انجام تحقیق و پاسخ به سؤال شرکت‌کنندگان از ملاحظات اخلاقی بود که در این پژوهش رعایت شد.

مطالعه پاکپور و همکاران (۲۰۱۶) است (۳۲) ولی در مطالعه صبور و همکاران (۱۳۹۷) نیز نتایج مطالعه حاکی از این امر بود که بعد کنترل رفتاری درک شده نقشی در تبیین رفتار دریافت مراقبت سلامت نداشت (۳۳). به نظر می‌رسد که این تناقض به این دلیل باشد که سازه کنترل رفتاری درک شده به وجود یا فقدان تسهیل‌کننده‌ها یا موانع رفتار بستگی دارد و طیف گسترده‌ای از واسطه‌های بالقوه شخصی و زیست‌محیطی را شامل می‌شود که ممکن است در مطالعات متفاوت باشند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتار مراقبت آغوشی بعد از مداخله در گروه مداخله افزایش یافته است. همسو با این مطالعه طباطبایی سرشت و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود نشان دادند پس از مداخله، رفتارهای پیشگیری‌کننده از اختلال تکاملی کودکان در مادران ارتقاء یافته بود. درواقع کنترل رفتاری ادراک‌شده، یکی از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده انجام رفتار است و افزایش آن در گروه مداخله به دنبال مداخله آموزشی، نشان‌دهنده تأثیر آموزش در به وجود آمدن این باور است که من می‌توانم از نوزادم مراقبت کنم. همچنین نشان‌دهنده تأثیر آموزش در رفع موانعی است که مانع از ارتقای این متغیر و در نتیجه مانع از ارتقای عملکرد مادران است (۳۴، ۳۰).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم تمایل مشارکت مادران در جلسات آموزشی اشاره کرد که سعی شد با برقراری ارتباط مناسب مشارکت آنها جلب شود. گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه از طریق خودگزارش‌دهی محدودیت دیگر مطالعه است بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد؛ هرچند با ارائه وقت کافی و بیان اهداف مطالعه به مادران تا حدودی این مشکل برطرف شد. هدف پژوهش‌ها استفاده از نتایج آنها در جهت حل مشکلات، بهبود پیامدهای مراقبت، کاهش هزینه‌ها، افزایش کیفیت خدمات و ارتقاء سلامت افراد جامعه است با امید بر این‌که یافته‌های به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر بتواند قابل‌استفاده در زمینه‌های مختلف بهداشت، مدیریت خدمات، آموزش مامایی و پژوهش‌های مامایی باشد.

نتیجه‌گیری

آموزش بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای مادران

References

1. Heidarnia MA, Abadi A, Motlagh ME, Heidarzadeh M, Habibelahi A, Dalili H, et al. Neonatal mortality rate in Iran: the Iranian Perinatal Mortality Surveillance System. J Pediatr Neonat Individual Med 2018;7(2):e070217. <https://doi.org/10.7363/070217>

2. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet 2023;402(10409):1261-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4)

3. World Health Organization. Preterm birth. 2018. Accessed 2022 Jan 1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Fallah Rostami F, Soleimani F, Norouzi M, Hatamizadeh N, Mokhtarinouri J, Poshtnashhadi M. Preterm Infant Neurodevelopmental Care Training Program and Mother-Infant Attachment. *Int J Womens Health Reprod Sci* 2020;8(2):192-7. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2020.30>
5. Steyn E, Myburgh C, Poggenpoel M. Lived experiences of parents of premature babies in the intensive care unit in a private hospital in Johannesburg, South Africa. *Curationis* 2017;40(1):1-8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1698>
6. Chan GJ, Valsangkar B, Kajeepeta S, Boundy EO, Wall S. What is kangaroo mother care? Systematic review of the literature. *J Glob Health* 2016;6(1):010701. <https://doi.org/10.7189/jogh.06.010701>
7. Sivanandan S, Sankar MJ. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health* 2023;8(6):e010728. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010728>
8. Zahedpasha Y, Salarmanesh A, Khafri S, Mouodi S, Arzani A. The effect of kangaroo mother care on mental health of mothers with premature infants. *J Babol Univ Med Sci* 2018;20(6):7-13.
9. Sharma H, Ruikar M. Kangaroo mother care (KMC) for procedural pain in infants: A meta-analysis from the current evidence of randomized control trials and cross-over trials. *J Family Med Prim Care* 2022;11(4):1250-6. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1383_21
10. Stefana A, Lavelli M. Parental engagement and early interactions with preterm infants during the stay in the neonatal intensive care unit: protocol of a mixed-method and longitudinal study. *BMJ Open* 2017;7(2):e013824. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013824>
11. Sivanandan S, Sankar MJ. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health* 2023;8(6):e010728. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010728>
12. Randa MB, Malesela JM. Women's experiences providing kangaroo mother care in an academic hospital in Tshwane, Gauteng. *Afr J Reprod Health* 2023;27(12):101-5. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i12.12>
13. Lasiuk GC, Comeau T, Newburn-Cook C. Unexpected: an interpretive description of parental traumas' associated with preterm birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(Suppl 1):S13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-S1-S13>
14. Ghasemi M, Dehdari T, Mohagheghi P, Gohari M, Zargrzadh Z. Mothers' Performance on Caring for their Premature Infants: A Pilot Study. *Iran J Nurs* 2013;25(9).
15. Getie BA, Yismaw AE, Tiguh AE. Kangaroo mother care knowledge and practice among mothers who gave birth to preterm and low birth weight babies in Amhara regional state referral hospitals, North West Ethiopia. *Int J Afr Nurs Sci* 2022;17:100470. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100470>
16. Yilmaz G, Küçük Alemdar D. The Effect of Supportive Nursing Interventions on Reducing Stress Levels of Mothers of Infants in the Neonatal Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *Clin Nurs Res* 2022;31(5):941-51. <https://doi.org/10.1177/10547738211047359>
17. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behaviour and health education: theory, research, and practice. Hoboken, NJ: Wiley; 2008.
18. Bashirian S, Haidarnia A, Allahverdipour H, Hajizadeh E. Application of theory of planned behavior in predicting factors of substance abuse in adolescents. *J Adv Biomed Sci* 2013;2(3):156-62. (Persian)
19. Mahbubi Ghazaani F, Roozbahani N, Shamsi M. Predictive Factors of Exclusive Breastfeeding Intention in Pregnant Women. *J Arak Uni Med Sci* 2015;18(5):68-76. (Persian)

20. Khani Jeihooni A, Moayedi ZS, Momenabadi V, Ghalegolab F, Afzali Harsini P. Effect of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior (TPB) on Doing Breast Self-examination in a Sample of Iranian Women. *Breast Cancer* 2023;26(17). <https://doi.org/10.1177/11782234221145417>
21. Najafi S, Mohammadkhah F, Harsini PA, Sohrabpour M, Khani Jeihooni A. Effect of educational intervention based on theory of planned behaviour on promoting preventive behaviours of oral cancer in rural women. *BMC Womens Health* 2023;23:249. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02411-2>
22. Besharati F, Hazavehei SMM, Moeini B, Moghimbeigi A. Effect of educational interventions based on theory of planned behavior (TPB) in selecting delivery mode among pregnant women referred to Rasht health centers. *J Adv Med Biomed Res* 2011;19(77):94-106. (Persian)
23. Ajzen I. Constructing a theory of planned behavior questionnaire. Amherst, MA; 2006.
24. Grove SK, Gray JR. Understanding nursing research: Building an evidence-based practice. 8th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2022.
25. Arshad SM, Khani-Jeihooni A, Moradi Z, Kouhpayeh SA, Kashfi SM, Dehghan A. Effect of theory of planned behavior-based educational intervention on breastfeeding behavior in pregnant women in Fasa city. *J Educ Community Health* 2017;4(2):55-63. <https://doi.org/10.21859/jech.4.2.55>
26. Fathi B, Ghorbanzadeh S, Alinejad V, Moradi Z, Firouzian S, Khanzadeh Z, et al. Predictors of exclusive breastfeeding intention in Iranian pregnant women: An application of theory of planned behavior. *Nurs Midwifery J* 2024;22(1):16-26. (Persian). <https://doi.org/10.61186/unmf.22.1.16>
27. Andrade C, Menon V, Ameen S, Kumar Praharaj S. Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance. *Indian J Psychol Med* 2020;42(5):478-81. <https://doi.org/10.1177/0253717620946111>
28. Rahmanian V, Kohpeima Jahromi V, Rastgoo F, Najafi F, Sharifi N. The effect of educational intervention based on the theory of planned behavior in pregnant women and individuals affecting their exclusive breastfeeding: a controlled trial. *J Educ Community Health* 2022;9(1):60-8. <https://doi.org/10.34172/jech.2022.10>
29. Sohrabi M, Arshadi Bostanabad M, Ghorbani F. Mothers knowledge of newborn care and its relationship with individual, social, and cultural factors. *Nurs Midwifery J* 2024;22(9):733-46. (Persian). <https://doi.org/10.61186/unmf.22.9.733>
30. Tabatabai Seresht AS, Tavakoli R, Mahmodi M. The Effect of Education Based on Theory of Planned Behavior in Mothers About Behavior Prevention from Development Retardation in Children Aged One Year in Qom. *Iran J Health Educ Health Promot* 2019;7(3):263-73. (Persian). <https://doi.org/10.29252/ijhehp.7.3.263>
31. Alizadeh M, Miri MR, Moasheri N, Ataee M, Moodi M. Evaluation of the Predictive Power of the Theory of Planned Behavior on the Intention of Infertile Couples to Solve the Problem of Infertility. *J Health Syst Res* 2016;12(2):196-201. (Persian).
32. Pakpour A, Alijanzadeh M, Pouresmaeil M, Taherkhani F, Mohammadgholiha R, Jozi N. Predictive Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Duration Behaviors of 6-months Postpartum Mothers Referred to Health Centers in the City of Qazvin Based on Theory of Planned Behavior. *J Health Educ Health Promot* 2016;4(1):20-30. (Persian). <https://doi.org/10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.20>
33. Sabouri M, Tol A, Hajimiri K, Shakibazadeh E, Yaseri M, Mohebbi B. Determinants of health care empowerment among married women in reproductive age based on Theory of Planned Behavior. *J Nurs Educ* 2019;8(5):10-8. (Persian).
34. Nazari M, Jokar F, Ghahramani L, Kaveh M. Factors Related to the Breastfeeding Intention Based on the

Theory of Planned Behavior in Nursing Mothers of the
Rural Area of Baiza in 2018. J Health 2020;11(4):489-

96. (Persian).

<https://doi.org/10.29252/j.health.11.4.489>

THE EFFECT OF EDUCATION BASED ON THEORY OF PLANNED BEHAVIOR ON THE INTENTION AND BEHAVIOR OF KANGAROO MOTHER CARE IN MOTHERS OF PREMATURE INFANTS: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

Saeedeh Nemati¹, Roghieh Bayrami^{*2}, Alireza Didarlo³, Kamran Dehghan⁴

Received: 11 January, 2025; Accepted: 30 April, 2025

Abstract

Background & Aim: One of the most effective ways to prevent complications associated with hospitalization of premature infants in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is to involve parents actively in the care of the baby. This study aimed to determine the effect of training based on the Theory of Planned Behavior (TPB) on the intention and behavior of Kangaroo Mother Care (KMC) in mothers of premature infants.

Materials & Methods: A quasi-experimental study was performed with the participation of 60 mothers with premature infants hospitalized in the NICU in 2022 in Urmia City, Iran. Kosar and Shahid Motahhari hospitals were randomly assigned (via lottery) to the intervention and control groups, respectively. The intervention group received four sessions of education based on the structures of the TPB over a week. Data were collected using the researcher-made questionnaire, which included demographic information, questions related to the TPB and awareness. Data were analyzed by SPSS software (version 16) using chi-square and independent sample t-tests at a significance level of $P < 0.05$.

Results: There was no significant difference in the mean scores of intentions and behavior of KMC between the intervention and control groups before the educational intervention. ($p > 0.05$). However, there was a significant difference in intention and KMC behavior between the two groups ($P = 0.0001$).

Conclusion: TPB-based training has been effective for mothers with premature babies improved KMC intention and behavior. The use of this strategy is suggested by midwives and nurses in the clinical environment.

Keywords: Kangaroo Mother Care, Neonatal Intensive Care Unit, Premature Infants, Quasi-Experimental Study, Theory of Planned Behavior

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

Tel: +984432754961

Email: rozabayrami@yahoo.com

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.

¹ Master of Counseling in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor in Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Professor in Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor in Neonatal and Perinatal Medicine, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran