

## تأثیر برنامه‌ی توانمندسازی والدین بر عقاید آنان در مورد نقش والدینی، رفتارها و ویژگی‌های نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

محبوبه خواجه<sup>۱\*</sup>، رقیه کریمی<sup>۲</sup>، اکرم السادات سادات حسینی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت 1392/01/25 تاریخ پذیرش 1392/03/30

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** حدود ۱۰ درصد از نوزادان نارس به دنیا می‌آیند و بستری شدن آن‌ها امری اجتناب ناپذیر است. این مسئله می‌تواند منبع قابل توجهی از استرس برای والدین باشد. به علاوه والدین دانش و آگاهی کافی در مورد نوزاد نارس و نقش والدینی خود در بخش مراقبت‌های ویژه را ندارند. این مشکلات می‌تواند منجر به اختلال در مهارت‌های تعاملی بین والدین و نوزادان آنان شود. پرستاران افرادی هستند که می‌توانند با ارائه‌ی مراقبت‌های خانواده محور از این مشکلات پیشگیری نمایند. هدف ما از این مطالعه تعیین تأثیر برنامه‌ی توانمندسازی والدین نوزادان نارس به عنوان مداخله‌ای خانواده محور بر عقاید آنان در مورد نوزاد نارس و نقش والدینی خود در بخش مراقبت‌های ویژه بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه، طرحی نیمه تجربی، از نوع فقط پس آزمون با گروه کنترل بود که در مورد ۶۵ خانواده دارای نوزاد نارس در سال ۱۳۸۹ و در بخش‌های مراقبت ویژه و نوزادان پرخطر در دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شد. نمونه‌گیری پژوهش، به صورت در دسترس انجام شد و والدینی که سن بالای ۱۸ سال و سواد در حد راهنمایی و بالاتر داشتند و نوزادان آن‌ها در همان بیمارستان و در سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته به دنیا آمده بودند، وارد مطالعه شدند. والدین گروه تجربه، اطلاعاتی راجع به فعالیت‌های رفتاری و ظاهر و ویژگی‌های نوزادان نارس و چگونگی ایفای نقش والدینی در شرایط بستری نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه و پس از ترخیص را از طریق آموزش شفاهی چهره به چهره در بخش، مواد کتبی شامل کتابچه‌ی راهنما و فایل صوتی موجود در لوح فشرده یا به شکل بلوتوث به موبایل، دریافت نمودند. جهت اندازه‌گیری عقاید والدین از پرسشنامه‌ی استاندارد عقاید والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان استفاده شد.

**یافته‌ها:** عقاید مادران در مورد نقش والدینی خود و ویژگی‌ها و رفتارهایی که از نوزادشان در زمان بستری انتظار داشتند، در گروه برنامه توانمندسازی والدین ( $M=23/27 \pm 5/09$ )، در مقایسه با عقاید مادران گروه کنترل ( $M=19/23 \pm 4/99$ )، بالاتر بود ( $p < 0/001$ )؛ عقاید پدران در مورد نقش والدینی خود و ویژگی‌ها و رفتارهایی که از نوزادشان در زمان بستری انتظار داشتند، در گروه برنامه توانمندسازی والدین ( $M=24 \pm 4/34$ )، در مقایسه با عقاید پدران گروه کنترل ( $M=17/2 \pm 4/66$ )، بالاتر بود ( $p < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه‌ی توانمندسازی والدین می‌تواند مراقبت خانواده محور مناسبی باشد که عقاید آن‌ها در مورد نقش والدینی خود و ویژگی‌ها و رفتارهایی که از نوزادشان در زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انتظار دارند را بهبود بخشد.

**کلید واژه‌ها:** پرستاری خانواده محور، نوزاد نارس، والدین، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره ششم، پی در پی 47، شهریور 1392، ص 419-427

آدرس مکاتبه: شاهرود، میدان هفت تیر، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود تلفن: ۰۲۷۳۳۳۹۵۰۵۴

Email: khajeh@shmu.ac.ir

شایان ذکر است این پژوهش با کد IRCT138904234372N1 به عنوان طرح مصوب در مرکز کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است.

<sup>۱</sup> مربی، کارشناس ارشد پرستاری کودکان، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> مربی، کارشناس ارشد پرستاری کودکان، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> مربی، کارشناس ارشد پرستاری کودکان، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

## مقدمه

آمار نشان می‌دهد که ۱۰ درصد از نوزادان متولد شده، نارس بوده و بستری شدن آن‌ها بلافاصله پس از تولد، در اکثر موارد امری اجتناب ناپذیر است (۱). تولد نوزاد نارس و بستری وی در بیمارستان اتفاقی استرس آور است که باعث اختلال در مهارت‌های تعاملی متقابل مورد انتظار در والدین و نوزادان می‌شود (۲-۳) و می‌تواند مشکلات روحی و جسمی متعددی را برای والدین به دنبال داشته باشد (۴-۶). افسردگی، استرس، اضطراب، فقدان کنترل و تردید در توانایی خود برای مراقبت از نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه از جمله این مشکلات هستند (۷). نگرانی‌های مالی، عدم اعتماد به نفس به عنوان یک والد، اختلال در پویایی خانواده و استرس‌های جسمی و روحی از جمله مشکلات دیگر والدین می‌باشد (۸). یکی از مهم‌ترین منابع استرس والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، تغییر در نقش والدینی آن‌هاست. به علاوه احساس گناه، نگرانی در مورد زنده ماندن نوزاد و سلامت او، شک داشتن به توانایی‌های خود برای مراقبت از عضو جدید خانواده و مسائل مربوط به تکامل او نیز از منابع استرس این والدین محسوب می‌شود (۳، ۹). والدین نوزادان نارس غالباً در ارتباط با نقش والدینی خود در بخش مراقبت‌های ویژه و چگونگی تعامل با نوزادشان آگاهی کافی ندارند و به دنبال شکل نگرفتن ارتباط مناسب با نوزاد، دچار تضاد و سردرگمی شده و گاهی اوقات دچار اختلالات اضطرابی، تصورات نادرست در ارتباط با نوزاد و آینده وی و الگوهای غلط والدینی می‌شوند. به دنبال این الگوهای غلط عملکردی، صمیمیت و انعطاف پذیری والدین، که دو عامل مهم در تکامل و بهبود نوزاد می‌باشد، کاهش می‌یابد و این در حالی است که نوزاد نارس به حمایت بیشتری برای رشد و تکامل نیاز دارد (۱۰-۱۱)؛ یکی از علل ارتباط نامناسب والدین با فرزندانشان می‌تواند تأخیر یا فاصله در فرایند دلبستگی بین والد و نوزاد پس از تولد باشد (۱۲). شروع زود هنگام مداخلات، می‌تواند تأثیر بسزایی در جهت تسهیل روابط والدین با نوزادشان داشته باشد؛ چه بسا که با ادامه‌ی ارتباط نادرست و منفی، تغییر آن بسیار دشوار خواهد بود (۱۳). فراهم کردن شرایط حضور والد در کنار نوزاد، مزایای زیادی برای نوزاد و والد خواهد داشت (۱۴). به علاوه اکثر والدین مشتاق حضور و مشارکت فعال در مراقبت از نوزادشان هستند (۱۵). به طور کلی مداخلات پرستاری مناسب می‌توانند نتایج روان شناختی مثبتی را برای والدین به دنبال داشته باشد و از مسائلی مانند استرس، اضطراب و فقدان کنترل آن‌ها بکاهد (۷)؛ از اصلی‌ترین اقداماتی که پرستاران می‌توانند جهت کاهش مشکلات والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام دهند، توانمند ساختن آنان با ارائه‌ی اطلاعات لازم و فراهم

کردن شرایط برای مشارکت در مراقبت از نوزادشان در موقعیت جدیدی است که با آن مواجه شده‌اند. هنگامی که والدین در طرح مراقبت از نوزاد خود دخالت داده می‌شوند و به آن‌ها القاء می‌شود که عامل کمک کننده و کارآمدی در بهبود وضعیت فرزند خود می‌باشند، علاقمندی‌شان برای ماندن در کنار نوزاد، حمایت و مراقبت از وی افزایش می‌یابد (۱۶). به علاوه زمانی که والدین در مراقبت از نوزاد خود به صورت مستقیم سهیم باشند، احساس کفایت و اعتماد به نفس بیشتری نموده و در ایفای هر چه بهتر نقش والدی خویش تلاش می‌کنند. حتی مشارکت دادن والدین در فرایندهایی مانند کنترل درد نوزاد نیز می‌تواند منجر به ایجاد بینش مثبت در والد شده و از میزان استرس وی در بخش بکاهد (۱۷). بها دادن به والدین و جلب همکاری آن‌ها در بخش رضایت ایشان و در نتیجه سازگاری بیشتر را نیز به دنبال خواهد داشت (۱۸) در واقع افزایش تعامل بین پرستاران و والدین، سازگاری آن‌ها را در این شرایط بهبود خواهد بخشید (۱۱). بر این اساس، برنامه‌ی توانمند سازی والدین نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با فراهم کردن شرایط و ارائه‌ی آموزش، والدین را در مهارت‌های مراقبتی از نوزاد، مشاهده رفتار و ظاهر او و همچنین پاسخ به نیازهای وی درگیر می‌سازد. علاوه بر نیاز والدین به دریافت اطلاعات، فراهم کردن شرایط مشارکت آنان برای ایفای نقش خود به عنوان والد نوزاد نیز، اهمیت زیادی دارد؛ زمانی که نوزاد ناری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری است، والدین ناهم‌خوانی شدیدی را بین استاندارد والدینی خویش و رفتاری که انتظار داشتند در قبال نوزادشان انجام دهند و شرایط کنونی در بیمارستان، تجربه می‌کنند. این ناهم‌خوانی می‌تواند والدین را برای درگیر شدن در مراقبت فیزیکی و روانی از نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه، تشویق و تحریک نماید. بدین منظور اطلاعات مربوط به نقش والدینی و فعالیت‌های آن‌ها در برنامه توانمندسازی، به گونه‌ای طرح ریزی شده است تا محدودیت‌هایی را که از رفتار مطلوب والدین در زمان بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، ممانعت می‌کند، از میان بردارد و در نتیجه والدین قادر باشند، در مراقبت از نوزاد خود و دست یابی به استانداردهای والدینی، که باید به آن برسند، تلاش کنند. در واقع توانمندسازی والدین در بخش مراقبت‌های ویژه یک نوع مداخله‌ی پرستاری خانواده محور است که علاوه بر نیازهای نوزاد، نیازهای والدین را نیز مد نظر قرار داده و برای دست یابی به نتایج مطلوب و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب در آنان تلاش می‌کند (۱۳). باید به این موضوع توجه کرد که امروزه مراقبت خانواده محور به عنوان یک بعد اساسی در مراقبت ویژه نوزادان مطرح است. عوامل زیادی اهمیت این موضوع را مشخص می‌سازند؛ از جمله افزایش روز

عصر<sup>(ع)</sup>، مجموعاً ۳۱ تخت و در بیمارستان میرزا کوچک خان ۲۸ تخت بستری وجود داشت که به طور معمول تمامی آن‌ها اشغال بود و در مدت زمان نمونه‌گیری، تمام والدینی که سن بالای ۱۸ سال و سواد در حد راهنمایی و بالاتر داشتند و نوزادان آن‌ها در همان بیمارستان و در سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته به دنیا آمده بودند، به عنوان واحد پژوهش انتخاب شدند. تعداد این والدین، ۶۵ زوج بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بود از پرسشنامه اطلاعات فردی دو قسمتی که شامل سؤالاتی در مورد مشخصات فردی واحدهای پژوهش و اطلاعات مربوط به تولد نوزادشان بود. جهت جمع‌آوری داده‌های مربوط به عقاید والدین در مورد رفتار و ویژگی‌های نوزاد نارسشان و نقش والدینی خود در زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، از پرسشنامه‌ی استاندارد عقاید والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (PBS: NICU)<sup>۱</sup>، استفاده شد. نسخه اصلی این پرسشنامه توسط خانم ملنیک (۱۹۹۷)، طراحی شده بود که پس از دریافت پرسشنامه و کسب اجازه از ایشان از طریق پست الکترونیک، تبدیل به زبان فارسی شده و پس از تعدیل آن با نظر متخصصان با شرایط بخش‌ها، مورد استفاده قرار گرفت. در این پرسشنامه ۱۵ سؤال، در مورد نقش والدینی و آگاهی والدین از رفتارها و ویژگی‌های نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان قرار داده شده بود؛ پاسخ هر سؤال این پرسشنامه که به صورت لیکرت طراحی شد، بسته به آگاهی والدین از آن، یکی از این گزینه‌ها بود: موافقم، نه موافق و نه مخالفم، مخالفم. به سؤالاتی که گزینه‌ی موافقم انتخاب شده بود، نمره‌ی ۲، به سؤالاتی که گزینه‌ی نه موافق و نه مخالفم، انتخاب شده بود، نمره‌ی ۱ و به سؤالاتی که گزینه‌ی مخالفم انتخاب شده بود، نمره‌ی ۰ تعلق گرفت و نمره‌ی کلی عقاید والدین از جمع این نمرات حاصل شد. به منظور اعتبار علمی پرسشنامه‌ی استاندارد عقاید والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نیز از روش اعتبار محتوی استفاده شد؛ بدین صورت که پس از برگرداندن پرسشنامه‌ی مذکور به فارسی، در اختیار ۱۴ نفر از متخصصین در زمینه‌ی پژوهش، شامل اعضاء محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری-مامایی تهران، پزشکان و پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، قرار گرفت که پس از جمع‌آوری نظرات ایشان و با راهنمایی اساتید محترم راهنما و مشاور، اصلاحات لازم در ابزار اعمال گردید. جهت تعیین پایایی ابزار، روش آلفای کرونباخ مورد استفاده قرار گرفت که مقدار ضریب اسپیرمن- براون، در مورد پرسشنامه‌ی استاندارد اعتقادات والدین در بخش مراقبت‌های ویژه

افزون جمعیت و نیازهای جاری آنان، افزایش تعداد نوزادانی که به مراقبت‌های ویژه نیازمندند، استرس‌های والدین و خانواده‌های آنان و خلأهایی که در مراقبت از خانواده بیماران وجود دارد (۱۹)، با وجود گذشت چندین سال از مطرح شدن مفهوم مراقبت‌های خانواده محور، این بحث و مداخلات مربوط به آن، همچنان در مجلات معتبر و به روز دنیا ذکر می‌گردد؛ اما اکثر این پژوهش‌ها در مورد مادران نوزادان نارس انجام شده و در حال حاضر اطلاعات محدودی در مورد پدران در دسترس است و این والدین به نوعی فراموش شده‌اند؛ این در حالی است که پدران نوزادان نیز با استرس و فشار زیادی در این شرایط مواجه می‌شوند (۲۰). به علاوه در تعداد زیادی از پژوهش‌ها، آموزش‌هایی که طی این مراقبت‌ها به والدین ارائه شده است یا به صورت شفاهی بوده و یا مکتوب، نه تلفیقی از این دو؛ در حالی که به نظر می‌رسد به دلیل عدم حضور مستمر پدران در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، آموزش‌های شفاهی به قدر کافی برای آنان مناسب نیست؛ بنابراین ارائه‌ی آموزش‌های مکتوب یا صوتی می‌تواند به آنان کمک بیشتری نماید (۲۱). در واقع توانمندسازی والدین در بخش مراقبت‌های ویژه یک نوع مداخله‌ی پرستاری خانواده محور است که علاوه بر نیازهای نوزاد، نیازهای والدین را نیز مد نظر قرار داده و برای دستیابی به نتایج مطلوب و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب در آنان تلاش می‌کند. پژوهش‌های انجام شده، اجرای چنین مداخلاتی را در ارتقاء عقاید والدین در مورد نقشی که به عنوان والد در بخش مراقبت‌های ویژه به عهده دارند و آشناسازی آنان با رفتارها و ویژگی‌های یک نوزاد نارس مؤثر می‌دانند (۱۳).

با توجه به مطالب مذکور این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه‌ی توانمندسازی والدین نوزادان نارس به عنوان مداخله‌ی خانواده محور بر عقاید والدین در مورد نقش والدینی و رفتارها و ویژگی‌های نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، طراحی و اجرا شد.

## مواد و روش کار

این پژوهش، طرحی نیمه تجربی، از نوع فقط پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد که در سال ۱۳۸۹ در دو بیمارستان ولی عصر<sup>(ع)</sup> و میرزا کوچک خان تهران انجام شد. واحدهای پژوهش، با روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس، از والدین نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و نوزادان پرخطر، انتخاب شدند. با استفاده از جدول اعداد تصادفی، والدینی که نوزاد نارسشان در بیمارستان میرزا کوچک خان بستری بود، در گروه کنترل و والدین بیمارستان ولی عصر<sup>(ع)</sup>، در گروه تجربه قرار گرفتند. شایان ذکر است در بخش‌های مذکور بیمارستان ولی

<sup>1</sup> Parental Belief Scale: Neonatal Intensive Care Unit

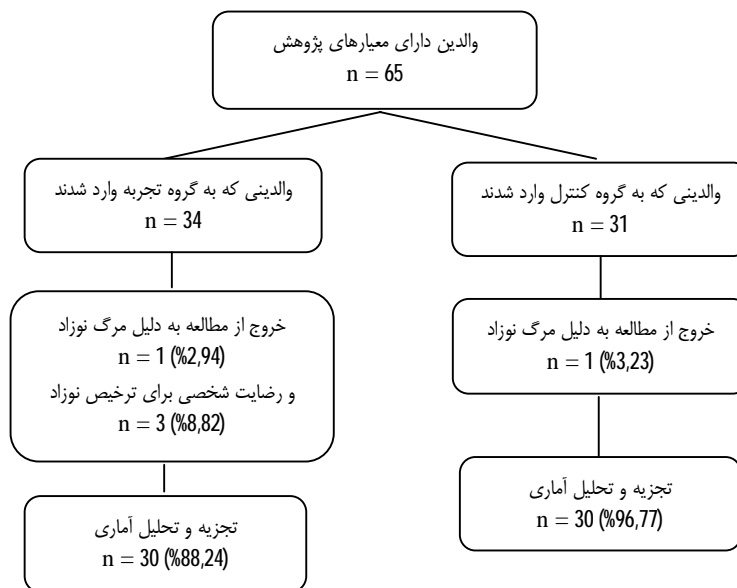
بیشتری داشتند. پژوهشگر هر روز به بیمارستان مراجعه می‌کرد و در طول مدت زمان بستری نوزاد و حضور والدین در بخش، در مورد استفاده از مطالب آموزشی و کتابچه از آن‌ها پرسش می‌کرد و به سؤالات احتمالی آن‌ها نیز پاسخ می‌داد. به علاوه به والدین گفته شد، در ساعاتی که پژوهشگر در بخش حضور ندارد، می‌توانند سؤالات خود را از پرستاران بخش که در این زمینه آگاه شده‌اند، بپرسند. جهت جمع‌آوری داده‌ها در مرحله‌ی دوم، ۱ تا ۲ روز قبل از ترخیص نوزاد از بیمارستان، پرسشنامه استاندارد عقاید والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان توسط والدین تکمیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار PASW Statistics نسخه‌ی ۱۸ استفاده شد. به منظور دسته بندی و خلاصه کردن یافته‌ها از آمار توصیفی، همانند جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آمار استنباطی، آزمون‌های آماری کای دو، فیشر و من ویتنی و تی مستقل استفاده شد. جهت انجام این پژوهش، اجازه نامه‌ی کتبی از دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تهران، کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران، ریاست بیمارستان‌ها و مسئولین بخش‌های محیط پژوهش اخذ گردید.

#### یافته‌ها

در این پژوهش، در مجموع ۶۵ خانواده وارد مطالعه شدند که داده‌های مربوط به ۶۰ خانواده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت (شکل شماره ۱).

نوزادان، برابر بود با ۰/۹۶، و نشان می‌دهد میزان پایایی این ابزار، در حد بالایی است. والدینی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، در مدت ۱ تا ۲ روز پس از پذیرش نوزاد خود در بخش، فرم‌های مربوط به موافقت شرکت در پژوهش و اطلاعات فردی را تکمیل نمودند. قسمت دوم پرسشنامه‌ی اطلاعات فردی نیز توسط پژوهشگر، با استفاده از پرونده‌ی پزشکی نوزاد و در صورت نیاز پرسش از والدین تکمیل گردید. پس از آن علاوه بر مراقبت‌های معمول بخش، مداخله‌ی مورد نظر در مورد گروه تجربه اجرا شد و گروه کنترل نیز مراقبت‌های معمول بخش را دریافت نمودند. مداخله عبارت بود از برنامه‌ی توانمندسازی والدین نوزادان نارس. در این برنامه علاوه بر ارائه مطالب آموزشی به صورت مکتوب در یک کتابچه‌ی راهنما و همچنین فایل صوتی موجود در لوح فشرده یا بلوتوث، یک جلسه آموزشی به صورت فردی و شفاهی، توسط خود پژوهشگر به والدین هر نوزاد ارائه گردید. محتوای این جلسه آموزشی، تأکید بر نکات مهم کتابچه بود که در همان زمان و در قالب بسته‌ی توانمندسازی به والدین تحویل داده شده بود؛ علاوه بر این و در پایان جلسه به سؤالات آن‌ها نیز پاسخ داده شد. مدت زمان آموزش به والدین از حداقل ۳۰ دقیقه و با توجه به نیاز و درخواست خود آن‌ها تا حداکثر ۱ ساعت در نظر گرفته شد. جلسه‌ی آموزشی که در آن والدین یک نوزاد و پژوهشگر حضور داشتند، در همان بخش‌های مراقبت ویژه و نوزادان پرخطر در کنار انکوباتور نوزاد برگزار می‌شد، زیرا شرایط بخش برای آموزش مناسب بود و به نظر می‌رسید والدین نیز در کنار نوزادشان آرامش



نمودار شماره (۱): چارت پژوهش

معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/001$ )؛ به علاوه تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات عقاید پدران نوزادان نارس در گروه تجربه که برنامه‌ی توانمندسازی را دریافت کرده‌اند و پدران گروه کنترل نیز وجود داشت ( $p < 0/001$ ). میانگین و انحراف معیار نمرات عقاید مادران و پدران در دو گروه تجربه و کنترل در جداول شماره ۲ نشان داده شده است.

ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های پژوهش نیز در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. به دلیل محدودیت‌های موجود در بخش ۷/۲۶٪ از پدران در گروه تجربه برنامه‌ی توانمندسازی را به صورت مستقیم دریافت نکردند. پس از تجزیه و تحلیل آماری بین نمرات عقاید پدران نوزادان نارس در گروه تجربه، که هیچ آموزشی دریافت نکردند و پدران گروه کنترل، تفاوت آماری

**جدول شماره (۱): مشخصات دموگرافیک گروه توانمندسازی و کنترل**

مقدار P	گروه		متغیر
	کنترل	توانمندسازی	
۰/۳۶	۲۹/۱ ± ۵/۱	۲۷/۸ ± ۴	سن مادر، میانگین ± انحراف معیار
۰/۱۳	۳۴/۲ ± ۵/۹	۳۱/۶ ± ۴/۳	سن پدر، میانگین ± انحراف معیار
			سطح تحصیلات مادر، تعداد (درصد)
۰/۱۴	۱۰ (۳۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	زیردیپلم
	۱۷ (۵۶/۷)	۱۵ (۵۰)	دیپلم
	۳ (۱۰)	۸ (۲۶/۷)	بالتر از دیپلم
			سطح تحصیلات پدر، تعداد (درصد)
۰/۰۶	۱۲ (۴۰)	۱۰ (۳۳/۳)	زیردیپلم
	۱۳ (۴۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	دیپلم
	۵ (۱۶/۷)	۹ (۳۰)	بالتر از دیپلم
			کفاف درآمد خانواده، تعداد (درصد)
۰/۰۶	۱۷ (۵۶/۷)	۲۴ (۸۰)	بله
	۱۳ (۴۳/۳)	۶ (۲۰)	خیر
			بیمه بودن والدین، تعداد (درصد)
۱	۲۹ (۹۶/۷)	۳۰ (۱۰۰)	بله
	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	خیر
			نوع زایمان مادر، تعداد (درصد)
۰/۵۶	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰)	طبیعی
	۲۳ (۷۶/۷)	۲۱ (۷۰)	سزارین
۰/۲۸	۳۱/۹۰ ± ۲/۵۸	۳۲/۸ ± ۱/۹۴	سن حاملگی، میانگین ± انحراف معیار
۰/۸۵	۸/۰۷ ± ۰/۹۴	۸/۰۳ ± ۰/۹۹	آپگار دقیقه پنجم، میانگین ± انحراف معیار
۰/۹۱	۱۵۵۶/۳۳ ± ۴۹۵/۵۱	۱۷۵۲/۹۴ ± ۴۲۱/۵۳	وزن زمان تولد نوزاد، میانگین ± انحراف معیار
۰/۱۲	۱۷۶۷/۳۳ ± ۴۱۰/۳۲	۱۹۲۴/۱۷ ± ۳۴۸/۱۵	وزن زمان ترخیص نوزاد، میانگین ± انحراف معیار

**جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات عقاید والدین دو گروه توانمندسازی و کنترل**

معنی‌داری	گروه		عقاید والدین در بخش مراقبت‌های ویژه
	کنترل	توانمندسازی	
< ۰/۰۰۱	۱۹/۲۳ ± ۴/۹۹	۲۳/۲۷ ± ۵/۰۹	مادران
< ۰/۰۰۱	۱۷/۲۰ ± ۴/۶۶	۲۴/۰۰ ± ۴/۳۴	پدران

## بحث و نتیجه گیری

این پژوهش، اولین مطالعه‌ای در ایران بود که علاوه بر مادران، پدران نوزادان نارس را نیز وارد یک برنامه‌ی مراقبتی خانواده محور نمود و آنان را به حضور در کنار نوزادشان و مشارکت در مراقبت از وی در بخش مراقبت‌های ویژه تشویق نمود. همچنین، علاوه بر ارائه‌ی مطالب به صورت مکتوب و صوتی، آموزش شفاهی نیز به والدین ارائه شد. همان گونه که در پژوهش‌هایی نیز ذکر شده است استفاده از روش و ابزار آموزشی ساده برای تسهیل در درک والدین و موفقیت چنین برنامه‌هایی می‌تواند مؤثر می‌باشد (۲). از ارتباط معنی‌دار عقاید والدین نوزادان نارس که برنامه توانمندسازی والدین را دریافت نمودند و والدین گروه کنترل، به نظر می‌رسد مداخله‌ی مذکور توانسته است در ارتقاء عقاید والدین نوزادان نارس گروه تجربه در مورد نقش والدینی خود و ظاهر و رفتار نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه در مقایسه با والدین گروه کنترل، مؤثر واقع شود. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات مشابه در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان هماهنگ بود. ملنیک و همکارانش در مطالعه‌ی آزمایشی پس از بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی والدین در بخش مراقبت‌های ویژه در ارتقاء تکامل شناختی نوزادان نارس کم وزن و مزایای آن برای مادران، به این نتیجه رسیدند که این برنامه منجر به بهبود معنی‌دار نمره عقاید مادران در مورد نقش والدینی خویش و رفتار و ویژگی‌های مورد انتظار از نوزاد نارس، در بخش مراقبت‌های ویژه شد (۲۲). این پژوهشگر و همکارانش در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسیدند که برنامه توانمندسازی والدین، منجر به ارتقاء عقاید مادران و پدران نوزادان نارس در مورد بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان شد (۱۳). کوپر و همکارانش در پژوهشی با عنوان "تأثیر تقدم مراقبت خانواده محور بر مراقبت معمول بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، پرسنل و خانواده‌ها" دریافتند که اجرای فعالیت‌های خانواده محور در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، منجر به افزایش آگاهی والدین گروه تجربه که مراقبت خانواده محور را به طور کامل دریافت نموده بودند، در مورد شرایط و ویژگی‌های نوزاد نارسشان و آگاهی از انتظارات رشدی و تکاملی وی نسبت به گروه کنترل گردید (۲۳). براون و تالمی نیز در پژوهش خویش با عنوان "مداخله خانواده محور به منظور ارتقاء ارتباط والد و نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه"، به این نتیجه رسیدند که برنامه‌های آموزشی والدین از طریق رسانه‌ای و نیز نمایشی، منجر به بهبود چشمگیری در دانسته‌های مادران در ارتباط با علائم ظاهری و ویژگی‌های رفتاری نوزاد شد (۲۴). البته در دو پژوهش اخیر، عقیده‌ی والدین و به عبارت دیگر اطمینان و کفایت آنان از نقش والدینی خویش مد نظر قرار نگرفته بود. ماگوئیر و همکارانش در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که

پس از اجرای مداخلات آموزشی شفاهی در ۴ بخش، که حاوی اطلاعات مربوط به نشانه‌ها و کلیدهای رفتاری نوزادان نارس، در دوره‌ای دو هفته‌ای بود؛ آگاهی مادران در مورد ویژگی‌ها و علائم رفتاری نوزاد نارس، افزایش پیدا کرد. اما در اطمینان و اعتماد به توانایی‌های خود برای مراقبت از نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه تأثیری نداشت؛ اما پژوهشگران معتقد بودند که اگرچه مداخله‌ی آن‌ها در مورد اطمینان و اعتماد مادران به خویش برای مراقبت از نوزادشان معنی‌داری نداشته است، اما از نظر بالینی معنی‌دار بوده و علاوه بر اینکه مادران نقش والدی خود را بهتر ایفا می‌نمودند، رضایت خاطر زیادی هم از آموزش‌هایی که دریافت می‌کردند، داشتند. به علاوه از آن جا که تنها نیمی از پدران گروه تجربه در جلسات شرکت کردند، تفاوت آماری معنی‌داری در آگاهی آنان در مورد ویژگی‌ها و علائم رفتاری نوزاد نارس و اطمینان و اعتماد به توانایی‌های خود برای مراقبت از نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، نسبت به پدران گروه کنترل ایجاد نشد (۲۱). در پژوهش حاضر نیز تعدادی از پدران نوزادان نارس در گروه تجربه، برنامه‌ی توانمندسازی والدین را به دلیل محدودیت‌هایی که برای حضور در بخش داشتند، دریافت نکردند؛ با این حال تفاوت آماری معنی‌داری بین نمرات عقاید پدران نوزادان نارس در گروه تجربه که هیچ آموزشی دریافت نکردند و پدران گروه کنترل مشاهده شد؛ اگرچه توجه این یافته کمی مشکل است اما این تفاوت می‌تواند ناشی از انتقال اطلاعات در مورد نقش والدینی و ویژگی‌ها و رفتارهای نوزاد نارس از مادران به پدران آن‌ها باشد؛ اگرچه این موضوع مورد بررسی آماری قرار نگرفت، اما مادران مطالبی را که در این زمینه آموخته بودند به راحتی به پدران منتقل می‌نمودند. ماگوئیر و همکارانش نیز معتقدند، بسیاری از مادران آموزش‌هایی را که فرا می‌گیرند به همسرانشان هم منتقل می‌نمایند (۲۱). به هر حال ممکن است، پدران به دلیل مشغله، عدم استقرار مداوم در کنار نوزاد و مسئولیت‌های متفاوتی که دارند و محدودیت‌هایی که در بخش‌ها وجود دارد، نتوانند مانند مادران در بخش حضور پیدا کرده و آموزش‌های شفاهی را دریافت کرده و نقش والدی خود را در مورد نوزادشان آن طور که مطلوب است ایفا نمایند. به نظر می‌رسد آموزش‌های شفاهی به قدر کافی برای پدران مناسب نباشد؛ بنابراین ارائه‌ی آموزش‌های مکتوب یا صوتی می‌تواند به آنان کمک بیشتری نماید؛ در پژوهشی نیز به این مطلب اشاره کرده‌اند که آموزش‌های شفاهی نمی‌تواند برای پدران مفید واقع شود و بهتر است از آموزش‌های نوشتاری و یا ضبط شده برای آنان استفاده کرد (۲۱). در این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت؛ از جمله اینکه، انتخاب گروه کنترل و تجربه از دو بیمارستان مجزا مسئله‌ای

اجرای برنامه‌های خانواده محور و توانمندسازی والدین، توسط کادر درمان به خصوص پرستاران وجود دارد که می‌تواند در ارتقاء عقاید والدین در مورد نقش والدینی و رفتارها و ویژگی‌های مورد انتظار از نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه به آن‌ها کمک کند. البته اجرای چنین برنامه‌هایی نیازمند سیاست گذاری در ابعاد گوناگون و جلب همکاری تمامی پرسنل درمان می‌باشد. تضارب منافع پژوهشگران هیچ‌گونه تضارب منافی نداشته‌اند.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تهران با کد ۱۰۲۶۹ انجام شد که بدین وسیله از ایشان تشکر می‌نمایم. از پرسنل محترم بخش‌های مراقبت ویژه و نوزادان پر خطر بیمارستان‌های ولی عصر (عج) و میرزا کوچک خان به ویژه سرکار خانم‌ها آبرون، بابایی و مسگرها و تمام والدینی که ما را در این طرح یاری نمودند نیز سپاسگزاریم.

بود که به دلیل تعداد نمونه‌های محدود مطابق با معیارهای پژوهش در یک بیمارستان و جلوگیری از تأثیر مداخله در نمونه‌های گروه کنترل و یا پرسنل، انجام شد و جهت به حداقل رساندن تأثیر محیط بر نتایج پژوهش دو بیمارستانی که از نظر شرایط مراقبتی و جغرافیایی بیشترین شباهت را به هم داشتند، انتخاب شدند. محدودیت دیگری که پژوهشگر با آن روبرو بود، عدم حضور مستمر پدر در کنار نوزادش در بخش مراقبت‌های ویژه، به دلیل قوانین و تصمیم مسئولین بود. با توجه به این مسائل پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی در جمعیتی بزرگ‌تر با تصادفی سازی دقیق‌تر و مدت زمان طولانی‌تر، با جلب همکاری تمام اعضای تیم درمان از جمله مسئولین بیمارستان، بخش‌ها و پزشکان برای رسیدن به نتایجی که تصویر روشنی از اهمیت این مداخله فراهم نماید، انجام شود.

بر اساس نتایج این پژوهش، می‌توان این طور فرض کرد که به دلیل ماهیت تولد نوزاد نارس و بستری غیر قابل انتظار وی در بخش مراقبت‌های ویژه برای والدین، حس بیگانگی آن‌ها با محیط و عدم آگاهی لازم و کفایت در مراقبت از نوزاد خویش، نیاز به

### References:

1. Akbarbegloo MVL, Asadollahi M. Mothers and nurses viewpoint about importance and rate of nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit. *Iran J Crit Care Nurs* 2009;2(2): 71-4. (Persian)
2. Browne JV, Talmi A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr Psychol* 2005;30(8): 667.
3. Bouet KM CN, Ramirez V, García-Fragoso L. Loss of parental role as a cause of stress in the neonatal intensive care unit. *Bol Asoc Med P R* 2012;104(1): 8-11.
4. Vanderbilt D, Bushley T, Young R, Frank DA. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *J Dev Behav Pediatr* 2009;30(1): 50.
5. Howland LC, Pickler RH, McCain NL, Glaser D, Lewis M. Exploring Biobehavioral Outcomes in Mothers of Preterm Infants. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2011;36(2): 91.
6. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings* 2010;17(3): 230-7.
7. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ* 2009;18(3): 23-9.
8. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. The Iranian parents of premature infants in NICU experience stigma of shame. *Med Arh* 2012;66(1): 35-40.
9. Rogers C, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder T. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *J Perinatol* 2012; 33(3): 171-6.
10. Zelkowitz P, Bardin C, Papageorgiou A. Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Ment Health J* 2007;28(3): 296-313.

11. Cleveland LM. Symbolic interactionism and nurse--mother communication in the neonatal intensive care unit. *Res Theory Nurs Pract* 2009;23(3): 216-29.
12. Tooten A HH, Hall RA, Winkel FW, Eliëns M, Vingerhoets AJ, van Bakel HJ. The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial. *BMC Pediatr* 2012 12(1): 76.
13. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatr* 2006;118(5): e1414-e27.
14. Pineda RG, Stransky KE, Rogers C, Duncan MH, Smith GC, Neil J, et al. The single-patient room in the NICU: maternal and family effects. *J Perinatol* 2012;32(7):545–51.
15. Axelin A, Lehtonen L, Pelander T, Salanterä S. Mothers' different styles of involvement in preterm infant pain care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2010;39(4): 415-24.
16. Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *Int J Circumpolar Health* 2008;67(5): 461-71.
17. Franck LS, Oulton K, Nderitu S, Lim M, Fang S, Kaiser A. Parent involvement in pain management for NICU infants: A randomized controlled trial. *Pediatr* 2011;128(3): 510-8.
18. Voos KC, Ross G, Ward MJ, Yohay AL, Osorio SN, Perlman JM. Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU). *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011(00): 1-4.
19. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol* 2011;35(1):20–8.
20. Mackley AB, Locke RG, Spear ML, Joseph R. Forgotten parent: NICU paternal emotional response. *Adv Neonatal Care* 2010;10(4): 200.
21. Maguire CM, Bruil J, Wit JM, Walther FJ. Reading preterm infants' behavioral cues: An intervention study with parents of premature infants born < 32 weeks. *Early Hum. Dev* 2007;83(7): 419-24.
22. Melnyk B, Alpert-Gillis L, Feinstein N, Fairbanks E, Schultz-Czarniak J, Hust D, et al. Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: A pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. *Res Nurs Health* 2001;24(5): 373-89.
23. Cooper L, Gooding J, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns S. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol* 2007;27: S32-S7.
24. Browne JV, Talmi A. Family-based intervention to enhance infant–parent relationships in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr Psychol* 2005;30(8): 667-77.



## THE EFFECT OF PARENTS EMPOWERMENT PROGRAM ON THEIR BELIEFS ABOUT PARENTAL ROLE, BEHAVIORS AND CHARACTERISTICS OF THEIR PREMATURE INFANTS IN NICU

Khajeh M<sup>1</sup>\*, Karimi R<sup>2</sup>, Sadat Hosseini AS<sup>3</sup>

Received: 14 Apr, 2013; Accepted: 20 Jun, 2013

### Abstract

**Background & Aims:** About 10 percents of infants are born prematurely and their hospitalization is avoidable in many cases. This event can represent a considerable source of stress for parents. As well as many parents haven't enough knowledge about premature infants and their own parenting roles in NICU and this new situation. These problems can disrupt the expected development of interactive skills for both parent and infant. Nurses are persons, which can prevent of these problems with planning and implementing family centered cares.

**Objective:** Our goal was to study the effects of premature infant's parent empowerment program in NICU, as a family centered intervention, on their beliefs about parental role and what behaviors and characteristics to expect of their premature infants in NICU.

**Materials & Methods:** A quasi-experimental, posttest-only design with a comparison group was conducted with 65 families with preterm infants from 2010 to 2011 in NICUs in two Hospitals of Tehran University of Medical Science. All mothers and fathers were above 18 years of age and whose infants born at the study sites, below 37 weeks of gestational age. Parents in experiment group received information and behavioral activities about the appearance and behavioral characteristics of preterm infants and how best to parent them via verbal face to face education, audio taped in CD or Bluetooth and written materials. In order to measure the parent's beliefs about parental role and what behaviors and characteristics to expect of their premature infants in NICU, the 15-item PBS: NICU questionnaire was used.

**Results:** Mothers in the empowerment program group reported significantly higher beliefs about their parental role and what behaviors and characteristics to expect of their infants during hospitalization (M: 23.27±5.09) compared with control mothers (M: 19.23±4.99) ( $p<0.001$ ), as well as, fathers in the empowerment program group reported significantly higher beliefs (M: 24±4.34) compared with control fathers (M: 17.2±4.66) ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Probably, parent's empowerment program can improve their beliefs about parental role and what behaviors and characteristics to expect of their infants in NICU.

**Key words:** Family Nursing; Parent Empowerment Program; Infants, Premature; Intensive Care Units, Neonatal

**Address:** Nursing and Midwifery School of Shahroud University of Medical Sciences, 7th Tir Square, Shahroud, Semnan, IR Iran.

**Tel:** (+98) 02733395054, fax: 02733341283.

**Email:** khajeh@shmu.ac.ir

<sup>1</sup> Faculty member of Nursing and Midwifery School of Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Semnan, Iran. (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Faculty member of Nursing and Midwifery School of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Faculty member of Nursing and Midwifery School of Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.