



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام

دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد پرستاری (گرایش داخلی-جراحی)

عنوان پایان نامه:

مقایسه تاثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه به دو  
روش چهره به چهره و مجازی بر میزان مشارکت آن‌ها در امر مراقبت از نوزادان  
و اضطراب زمان ترخیص مادران در سال ۱۴۰۰

استاد راهنما:

دکتر حمید تقی نژاد

استاد مشاور علمی:

حدیث نظری

استاد مشاور آماری:

دکتر کورش سایه میری

نگارش:

سیده مهتاب نقیب زاده

تابستان ۱۴۰۲

«حق استفاده از مفاد پایان نامه برای دانشگاه علوم پزشکی ایلام محفوظ است»



## تعهذنامه دانشجو

اینجانب سیده مهتاب نقیب زاده دانشجوی کارشناسی ارشد رشته پرستاری گرایش داخلی - جراحی متعهد می‌شوم:

- در جمع‌آوری داده‌ها و نگارش پایان‌نامه خویش اصول اخلاق در پژوهش را بطور کامل رعایت نموده و از انجام موارد غیراخلاقی همچون جعل (Fabrication) یا دستکاری (Falsification) داده‌ها، سرقت علمی (Plagiarism<sup>۱</sup>) و انتشار همپوشان نتایج (Duplicate production<sup>۲</sup>) جدا خودداری نمایم.
- از نرم‌افزار Endnote برای نوشتن منابع (کلیه منابع به انگلیسی نوشته شود) استفاده نموده و فایل اصل یا حداقل خلاصه مربوط به هر منبع را بطور مناسب به فایل منابع خویش در Endnote لینک داده و آنها را در اختیار استاد راهنما/ راهنمای اول خویش قرار دهم.
- داده‌های مربوط به پایان‌نامه خویش را در نرم افزار مورد استفاده بطور دقیق کدبندی نموده و از برچسب (label) مناسب برای شناسایی آنها استفاده نمایم، طوری که هر فرد دیگری امکان تجزیه و تحلیل آن را داشته باشد و نسخه‌ای از فایل داده-های مربوطه را در یک CD بطور کامل به استاد راهنما/ راهنمای اول تحویل دهم.
- اصل تمام داده‌های جمع‌آوری شده (اعم از پرسشنامه، رضایت نامه آگاهانه و مصاحبه‌های پیاده شده و ...) را حداقل بمدت پنج سال بطور مناسب نگهداری نموده (با رعایت کلیه اصول مربوط به محرمانه نگه داشتن داده‌های جمع‌آوری شده) و در صورت درخواست استاد راهنما یا مسئولین دانشگاه بلافاصله آنها را تحویل دهم.
- به هیچ عنوان از داده‌های پایان‌نامه خود بدون مجوز کتبی استاد راهنما/ استاد راهنمای اول خود برای نوشتن مقاله و یا شرکت در همایش‌ها استفاده ننمایم.
- در هر گونه انتشار مربوط به داده‌های جمع‌آوری شده در قسمت وابستگی سازمانی (affiliation) مربوط به اینجانب نام دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و کمیته تحقیقات دانشجویی را درج نمایم.

امضای دانشجو

تاریخ

اینجانب دکتر حمید تقی نژاد استاد راهنمای دانشجو سیده مهتاب نقیب زاده فرم مربوط به تعهذنامه امضا شده توسط دانشجو را تحویل گرفتم.

امضای استاد راهنما

تاریخ

<sup>۱</sup> Plagiarism یا سرقت علمی/ ادبی عبارت است از استفاده از تمامی یا قسمتی از مطالب یا ایده‌های منتشر شده یا منتشر نشده فرد یا افراد دیگر بدون ذکر منبع بطور مناسب یا کسب اجازه در موارد ضروری.

<sup>۲</sup> Duplicate production عبارت است از ارسال کامل یا حجم قابل ملاحظه‌ای از دست‌نوشته (manuscript) به نشریه دیگر یا انتشار مجدد آن در مواقعی که دست‌نوشته پیش از این منتشر شده یا در حال بررسی برای انتشار در یک نشریه چاپی یا الکترونیکی است.



دانشگاه علوم پزشکی ایلام  
دانشکده پرستاری و مامایی

بسمه تعالی  
گواهی اصالت پایان نامه

اینجانب سیده مهتاب نقیب زاده دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی-جراحی به شماره دانشجویی ۹۷۱۸۳۱۴۰۶ گواهی می‌نمایم که این پایان نامه تحت عنوان مقایسه تاثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه به دو روش چهره به چهره و مجازی بر میزان مشارکت آن‌ها در امر مراقبت از نوزادان و اضطراب زمان ترخیص مادران در سال ۱۴۰۰

به راهنمایی استاد محترم جناب آقای دکتر حمید تقی نژاد به‌طور کامل اصل و بدون هرگونه سرقت علمی/ادبی Plagiarism<sup>۱</sup> نگارش شده است و تمام یا قسمتی از آن توسط فرد دیگری در پایان نامه یا مراکز علمی دیگر ارائه نشده است. در ضمن اینجانب از مقررات مربوط به عدم رعایت صداقت در ارائه پایان نامه که منجر به مردود شدن و ارجاع به شورای پژوهشی دانشکده می‌شود، اطلاع کافی دارم.

تاریخ و امضاء دانشجو

بدینوسیله اصالت ( ORIGINALITY ) و صحت نتایج این پایان نامه مورد تأیید اینجانب جناب آقای دکتر حمید تقی نژاد استاد راهنما می‌باشد.

استاد راهنما  
تاریخ و امضاء

<sup>۱</sup> Plagiarism یا سرقت علمی/ادبی عبارت است از استفاده از تمامی یا قسمتی از مطالب یا ایده‌های منتشر شده یا منتشر نشده فرد یا افراد دیگر بدون ذکر منبع بطور مناسب یا کسب اجازه در موارد ضروری.

برک سبزی تقدیم به:

بمسرم مهربانم

که نشانه لطف الهی در زندگی من است

و تقدیم به:

ستاره های زندگی من و، مسرم، سید محمد انیال و سید ایلیا

## تشکر و قدر دانی:

شکر شایان نثار ایزد منان که توفیق را رفیق راهم ساخت تا این پایان نامه را به پایان برسانم. با سپاس فراوان از استاد راهنمای بزرگووارم **جناب آقای دکتر حمید تقی نژاد**، به خاطر تمامی راهنمایی‌ها و حمایت‌های ارزنده‌شان کمال تشکر و قدردانی را دارم. از اساتید مشاور عزیزم **سرکار خانم حدیث نظری** و **جناب آقای دکتر کورش سایه میری**، که همراهی و حمایتش را هیچ‌گاه از من دریغ نکردن تشکر بسیار کرده برای ایشان سلامتی و موفقیت روز افزون آرزو دارم. از اعضای محترم کمیته داوران **سرکار خانم دکتر معصومه اطاقی** و **جناب آقای دکتر مصیب مظفری** که زحمت قرائت و تصحیح پایان نامه و شرکت در جلسه دفاعیه را متحمل گردیدند و همچنین **جناب آقای جمالوندی**، نماینده محترم تحصیلات تکمیلی که در جلسه دفاعیه شرکت کردند صمیمانه سپاسگزارم. از تمامی همکاران عزیزم در بیمارستان آیت الله طالقانی که در انجام این پایان نامه یاریم نمودند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایم.

## چکیده

**مقدمه:** توانمندسازی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) به افزایش مهارت‌های مراقبتی از نوزاد و همچنین کاهش اضطراب مادران کمک می‌کند. لذا این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه به دو روش چهره به چهره و مجازی بر میزان مشارکت آن‌ها در امر مراقبت از نوزادان و اضطراب زمان ترخیص مادران انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد. این پژوهش در آبان ماه سال ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۱ انجام شد. تعداد ۸۲ نفر از بین مادران مراجعه کننده به NICU بیمارستان طالقانی شهر ایلام طبق معیارهای ورود با استفاده از نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس به روش بلوک تصادفی در دو گروه مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دموگرافیک مادران و نوزادان، چک لیست مشارکت مادران ملنیک و پرسشنامه اضطراب اشپیل برگ بود. که در روز سوم بستری نوزاد قبل از شروع مداخله تکمیل شدند. سپس برای گروه آموزش چهره به چهره برنامه توانمندسازی مادران بصورت ارائه چهره به چهره در کنار تخت نوزاد، طی ۲ جلسه و هر جلسه یک ساعت در روز سوم و چهارم انجام شد و همچنین کتابچه آموزشی جهت مطالعه بیشتر در اختیار آنان قرار گرفت و برای گروه آموزش مجازی برنامه توانمندسازی بصورت فیلم آموزشی مولتی مدیا مشابه با محتوای کتابچه آموزشی از طریق الکترونیکی (واتساپ، تلگرام و سایر شبکه‌های مجازی داخلی) به مدت ۲ جلسه در ساعات مشخصی از روز برای آنان ارسال شد. چک لیست مشارکت بعد از مداخله آموزشی، در روز پنجم یا ششم بستری و پرسشنامه اضطراب در روز ترخیص نوزاد تکمیل شدند. به منظور تجزیه و تحلیل، از نرم افزار SPSS V.24 استفاده شد و آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل، تی زوجی و کروسکال والیس و آنالیز کوواریانس استفاده شد. سطح معنی داری برای آزمون‌ها ( $p < 0/05$ ) در نظر گرفته شد.

**نتایج:** میزان مشارکت مادران در هر دو گروه بعد از مداخله نسبت به قبل از آن به طور معناداری افزایش یافت ( $p < 0/001$ ). میانگین (انحراف معیار) میزان مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بعد از مداخله به ترتیب (۲/۹) (۲۲/۴۱) و (۳/۷) (۱۸/۹) بود ( $p < 0/001$ ) میانگین نمره اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی در هر دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بعد از آموزش نسبت به قبل آن کاهش یافت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** برنامه توانمندسازی بر مشارکت مادران در امر مراقبت از نوزادان خود و کاهش اضطراب در روش چهره به چهره موثرتر از مجازی می‌باشد. لذا شایسته است بستر لازم برای اجرای این برنامه مدنظر مدیران و دست اندرکاران سلامت قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** توانمندسازی، مشارکت مادران، بخش مراقبت ویژه نوزادان، چهره به چهره، آموزش مجازی، اضطراب



فصل اول: معرفی پژوهش

۲	۱-۱- بیان مسئله
۷	۲-۱- اهمیت پژوهش
۸	۳-۱- اهداف پژوهش
۸	۱-۳-۱- هدف کلی
۸	۲-۳-۱- اهداف اختصاصی
۹	۳-۳-۱- اهداف کاربردی
۱۰	۴-۳-۱- فرضیه‌های پژوهش
۱۰	۴-۱- تعاریف واژگان
۱۰	۱-۴-۱- تعریف توانمندسازی
۱۱	۲-۴-۱- تعریف مشارکت
۱۲	۳-۴-۱- تعریف بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان
۱۲	۴-۴-۱- تعریف اضطراب
۱۲	۵-۴-۱- تعریف نوزاد
۱۳	۶-۴-۱- تعریف آموزش چهره به چهره
۱۳	۷-۴-۱- تعریف آموزش مجازی

فصل دوم: چارچوب پنداشتی و بررسی متون

۱۵	۱-۲- چارچوب پنداشتی
۱۵	۱-۱-۲- نوزاد
۱۶	۲-۱-۲- نوزاد نارس
۱۷	۳-۱-۲- تاریخچه بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان
۱۸	۴-۱-۲- اهمیت بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان
۱۹	۵-۱-۲- والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان
۲۱	۶-۱-۲- مشارکت در مراقبت
۲۲	۷-۱-۲- اضطراب زمان ترخیص
۲۴	۸-۱-۲- توانمندسازی
۲۷	۲-۲- بررسی متون

### فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۴۵	..... ۱-۳- نوع پژوهش
۴۵	..... ۲-۳- جامعه پژوهش
۴۵	..... ۳-۳- نمونه پژوهش
۴۵	..... ۴-۳- مشخصات واحدهای پژوهش
۴۵	..... ۱-۴-۳- معیارهای ورود
۴۶	..... ۲-۴-۳- معیار خروج
۴۶	..... ۵-۳- حجم نمونه و روش محاسبه آن
۴۷	..... ۶-۳- روش نمونه‌گیری
۴۷	..... ۷-۳- محیط پژوهش
۴۷	..... ۸-۳- ابزار گردآوری داده‌ها
۴۸	..... ۱-۸-۳- پرسشنامه دموگرافیک مادران و نوزادان
۴۸	..... ۲-۸-۳- چک لیست مشارکت مادران
۴۹	..... ۳-۸-۳- پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر
۵۰	..... ۹-۳- روش پژوهش و گردآوری داده‌ها و نتالو
۵۳	..... ۱۰-۳- تعیین اعتبار و پایایی ابزار
۵۳	..... ۱-۱۰-۳- پرسشنامه دموگرافیک مادران و نوزادان
۵۳	..... ۲-۱۰-۳- چک لیست مشارکت مادران
۵۳	..... ۳-۱۰-۳- پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر
۵۴	..... ۱۱-۳- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۵	..... ۱۲-۳- محدودیت‌های پژوهش
۵۶	..... ۱۳-۳- رعایت اصول اخلاقی پژوهش

### فصل چهارم: نتایج پژوهش

۵۸	..... ۱-۴- یافته‌های پژوهش
۶۳	..... ۲-۴- بررسی تفاوت میانگین میزان مشارکت مادران بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی
۷۴	..... ۳-۴- تعیین اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی
۷۶	..... ۴-۴- بررسی تفاوت میانگین میزان اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی

## فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۹۷	..... ۱-۵- بحث
۹۷	..... ۱-۱-۵- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس اهداف یک، سه ، پنج
۹۸	..... ۲-۱-۵- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس اهداف دوم و چهارم
۱۰۰	..... ۳-۱-۵- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس هدف ششم
۱۰۱	..... ۴-۱-۵- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس اهداف هفتم ، نهم، یازدهم
۱۰۲	..... ۵-۱-۵- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس اهداف هشت و ده
۱۰۴	..... ۶-۱-۵- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس هدف دوازدهم
۱۰۵	..... ۲-۵- نتیجه‌گیری
۱۰۵	..... ۳-۵- پیشنهادها
۱۱۰	..... منابع
۱۲۰	..... پیوست‌ها

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱. مقایسه سن، میزان درآمد، تحصیلات، شغل و نوع بیمه در نمونه‌های مورد پژوهش با استفاده از آزمون کای ۲	۵۸
جدول ۴-۲. فراوانی نمونه‌های پژوهش بر حسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، سابقه داشتن نوزاد نارس، سابقه مشکلات بارداری و زایمان	۵۹
جدول ۴-۴. مقایسه نمره میزان مشارکت مادران در گروه آموزش به روش چهره به چهره و مجازی قبل و بعد از آموزش براساس آزمون تی زوجی (اهداف یک الی چهار)	۶۱
جدول ۴-۵. مقایسه میزان نمره مشارکت مادران قبل و بعد از آموزش به روش چهره به چهره و مجازی براساس آزمون تی مستقل (هدف پنجم)	۶۲
جدول ۴-۶. میانگین نمرات میزان مشارکت مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس سن آنها با استفاده از آزمون ANOVA (هدف ششم)	۶۳
جدول ۴-۷. میانگین نمرات مشارکت مادران بعد از مداخله برحسب تحصیلات در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی با استفاده از آزمون ANOVA	۶۴
جدول ۴-۸. میانگین نمرات مشارکت بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی برحسب نوع بیمه با استفاده از آزمون ANOVA	۶۵
جدول ۴-۹. میانگین نمرات مشارکت بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس شغل با استفاده از آزمون ANOVA	۶۶
جدول ۴-۱۰. میانگین نمرات مشارکت بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس میزان درآمد با استفاده از آزمون ANOVA	۶۷
جدول ۴-۱۱. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، سابقه داشتن نوزاد نارس، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان	۶۸
جدول ۴-۱۲. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش مجازی برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، سابقه داشتن نوزاد نارس، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان	۶۹
جدول ۴-۱۳. میانگین نمرات مشارکت مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس وزن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA	۷۰

جدول ۴-۱۴. میانگین نمرات مشارکت مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس سن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA	۷۱
جدول ۴-۱۵. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر حسب جنسیت نوزاد	۷۲
جدول ۴-۱۶. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر حسب نمره آپگار	۷۳
جدول ۴-۱۷. میزان اضطراب مادران در گروه آموزش به روش چهره به چهره و مجازی قبل و بعد از آموزش (اهداف هفت الی ده)	۷۴
جدول ۴-۱۸. میزان اضطراب مادران در گروه آموزش به روش چهره به چهره و مجازی قبل و بعد از آموزش (اهداف یازده)	۷۵
جدول ۴-۱۹. میانگین نمرات میزان اضطراب خصیصه‌های وموقعیتی مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره با سن آنها با استفاده از آزمون ANOVA (هدف دوازده)	۷۶
جدول ۴-۲۰. میانگین نمرات میزان اضطراب خصیصه‌های وموقعیتی مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی با سن آنها با استفاده از آزمون ANOVA	۷۷
جدول ۴-۲۱. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی مادران بعد از مطالعه بر حسب تحصیلات در گروه آموزش چهره به چهره با استفاده از آزمون ANOVA	۷۸
جدول ۴-۲۲. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی مادران بعد از مطالعه بر حسب تحصیلات در گروه آموزش مجازی با استفاده از آزمون ANOVA	۷۹
جدول ۴-۲۳. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر حسب نوع بیمه با استفاده از آزمون ANOVA	۸۰
جدول ۴-۲۴. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر حسب نوع بیمه با استفاده از آزمون ANOVA	۸۱
جدول ۴-۲۵. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس شغل با استفاده از آزمون ANOVA	۸۲
جدول ۴-۲۶. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر اساس شغل با استفاده از آزمون ANOVA	۸۳
جدول ۴-۲۷. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان درآمد با استفاده از آزمون ANOVA	۸۴
جدول ۴-۲۸. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان درآمد با استفاده از آزمون ANOVA	۸۵

- جدول ۴-۲۹. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای مادران در گروه آموزش چهره به چهره برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان ، مشکلات دوران بارداری و زایمان ..... ۸۶
- جدول ۴-۳۰. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای مادران در گروه آموزش مجازی برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان ، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان ..... ۸۷
- جدول ۴-۳۱. میانگین نمرات اضطراب موقعیتی مادران در گروه آموزش چهره به چهره برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان ، مشکلات دوران بارداری و زایمان ..... ۸۸
- جدول ۴-۳۲. میانگین نمرات اضطراب موقعیتی مادران در گروه آموزش مجازی برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان ، مشکلات دوران بارداری و زایمان ..... ۸۹
- جدول ۴-۳۳. میانگین نمرات اضطراب خصیصه‌های موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس وزن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA ..... ۹۰
- جدول ۴-۳۴. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر اساس وزن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA ..... ۹۱
- جدول ۴-۳۵. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس سن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA ..... ۹۲
- جدول ۴-۳۶. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر اساس سن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA ..... ۹۳
- جدول ۴-۳۷. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی برحسب جنسیت نوزاد ..... ۹۴
- جدول ۴-۳۸. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی برحسب نمره آپگار ..... ۹۵

# فصل اول

## معرفی پژوهش

این فصل شامل بیان مسأله، اهمیت پژوهش، اهداف پژوهش (هدف کلی و اهداف اختصاصی)، فرضیه‌ها و سوالات پژوهش، اهداف کاربردی پژوهش و تعریف واژه‌ها از نظر تئوری و عملی می‌باشد.

در بخش بیان مسئله به لزوم انجام تحقیق و اینکه مشکل دقیقا چیست و شامل چه عوارضی است اشاره شد، در بخش اهمیت پژوهش نیز اهمیت موضوع پژوهش به-روشنی و وضوح بحث شده است. اهداف پژوهش شامل هدف کلی و اهداف اختصاصی است؛ هدف کلی پژوهش نشان دهنده مواردی است که پژوهشگر با اجرای تحقیق به آن می‌رسد. اهداف اختصاصی، هدف کلی را به اهداف ویژه‌تر تقسیم کرده است.

برای هر واژه تعریف نظری و تعریف عملی نوشته شده است که تعریف نظری، بر اساس تعاریفی که توسط صاحب‌نظران ارائه شده است می‌باشد. در تعریف عملی، نحوه مشاهده و اندازه‌گیری متغیر را در شرایط واقعی پژوهش توضیح داده شد و به صورت دقیق و با کلمات ساده و واضح بیان شد.

## ۱-۱- بیان مسئله

سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که سالانه ۳۰۳۰۰۰ مادر و ۲/۷ میلیون نوزاد در حین زایمان جان خود را از دست می‌دهند، و تعداد بیشتری نیز تحت تأثیر بیماری‌های قابل پیشگیری قرار می‌گیرند. سالانه حدود ۲/۶ میلیون نوزاد مرده به دنیا می‌آیند (۱). تعداد نوزادان نارس روز به روز در حال افزایش است (۲). در کشورهای توسعه یافته و کمتر توسعه یافته به ترتیب ۵-۹ درصد و بیش از ۲۵ درصد تولدها را نوزادان نارس تشکیل می‌دهند (۳). امروزه با پیشرفت تکنولوژی علمی و ارتقاء مراقبت‌های ویژه نوزادان در دهه‌های گذشته میزان بقای نوزادان نارس با سن جنینی پایین به طور فزاینده‌ای بهبود یافته است (۴) به طوری که میزان زنده ماندن نوزادان با وزن خیلی کم در



حاضر به ۵۷-۶۷ درصد رسیده است و بر تعداد نوزادان پر خطر نیز افزوده می‌شود (۵). به طور متوسط حدود ۹ درصد نوزادان به مراقبت در واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان<sup>۱</sup> نیاز دارند (۶). در سال‌های اخیر، تعداد نوزادانی که در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری می‌شوند افزایش یافته است (۷). نوزادان بستری در NICU که اغلب نیاز به حمایت تنفسی پیشرفته، تجهیزات فتوتراپی و دوره کمون دارند، احتمالاً تماس مادر با نوزادان را کم می‌کند (۸).

پذیرش نوزاد تازه متولد شده در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان برای والدین تجربه ترسناک و استرس‌زایی است (۹). به طوری که والدین اغلب به دلیل وضعیت خاص نوزاد در این بخش‌ها و همچنین عدم آگاهی از چگونگی مراقبت از نوزاد گاهی حتی از دست زدن به نوزاد و نوازش کردن و در آغوش گرفتن وی خودداری می‌کنند. لذا استراتژی‌هایی جهت کاهش اضطراب والدین و درگیر ساختن آن‌ها در امر مراقبت از نوزاد لازم است؛ و از جمله مداخلات پیشنهادی برای این وضعیت، تشویق والدین به حضور در کنار تخت نوزاد، لمس آرام و مشارکت در امر مراقبت از نوزاد می‌باشد (۱۰)؛ و مادر بایستی جهت پیشگیری از عوارض در طول مدت بستری نوزاد در بخش دانش کافی را کسب نماید (۱۱).

مادران زمانی به خودباوری می‌رسند که بتوانند برای فرزندشان مراقبتی مطلوب را فراهم کنند (۱۲). بنابراین درگیر کردن فعال والدین در مراقبت از نوزادشان قبل از ترخیص، طول مدت بستری و میزان بستری مجدد کمتری را در پی خواهد داشت (۸). تأخیر در تماس مادر و نوزاد و ترس از مراقبت یک نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند منجر به کاهش کیفیت مراقبت نوزاد بعد از ترخیص توسط مادر شود. بنابراین مطالعات بر تماس اولیه نوزاد و مادر و مشارکت مادر در مراقبت نوزاد تأکید دارد (۱۳).

---

<sup>1</sup> Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

توانمندسازی والدین یک مفهوم تأیید شده در مراقبت خانواده محور در پرستاری از کودکان و نوزادان است. در بخش‌های نوزادان این مفهوم شامل: تمرکز روی نیازها، در دسترس بودن اطلاعات باز و مداوم، مشارکت مادران در مراقبت از نوزادان، تعامل بیشتر با نوزاد، ارتباط با پرستار، و ارتقاء نقش مادرانه در مادر است، تا بتواند او را در مراقبت نوزاد تقویت کند (۱۴). به طور کلی مداخلات پرستاری مناسب می‌تواند نتایج روان‌شناختی مثبتی را برای والدین به دنبال داشته باشد و از مسائلی مانند استرس، اضطراب و فقدان کنترل آنها بکاهد (۱۵).

از اصلی‌ترین اقداماتی که پرستاران می‌توانند جهت کاهش مشکلات والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام دهند. توانمندسازی آن‌ها با ارائه اطلاعات لازم و فراهم کردن شرایط برای مشارکت در مراقبت از نوزادشان در موقعیت جدیدی است که با آن مواجه شده‌اند. هنگامی که مادران در طرح مراقبت از نوزاد خود دخالت داده می‌شوند به آن‌ها القاء می‌شود که عامل کمک‌کننده و کارآمدی در بهبودی نوزاد خود می‌باشند و علاقه‌مندی آن‌ها برای ماندن در کنار نوزاد و حمایت و مراقبت از وی افزایش می‌یابد (۱۶). همچنین احساس کفایت و اعتماد به نفس بیشتری می‌کنند و با ایفای هرچه بیشتر نقش والدی و مشارکت در فرایند تسکین درد به صورت لمس نوزاد و در آغوش گرفتن نوزاد در هنگام انجام پروسیجرهای دردناک، با ایجاد بینش مثبت در مادران، از استرس آن‌ها تا حد زیادی کاسته می‌شود (۱۷).

مطالعات قبلی نشان داده است که اطلاعات و ارتباطات چیزی است که والدین نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیش از همه نیاز دارند (۱۳). فراهم کردن شرایط حضور والد در کنار نوزاد، مزایای زیادی برای نوزاد و والد خواهد داشت (۱۸). طبق مطالعات قبلی جدایی از نوزاد به طور غیر قابل اجتناب، اضطراب شدید در والدین ایجاد کرده و والدین بیشتر از اینکه از محیط به همراه تکنولوژی ناآشنا آزرده شوند، از تاثیری که روی نقش والدی آن‌ها گذاشته می‌شود، آزرده می‌گردند و نیاز اولیه‌شان در این زمان نزدیکی به نوزاد و کسب اطلاعات به طور

منظم می‌باشد (۱۹). بنابراین برنامه توانمندسازی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با فراهم کردن شرایط و ارائه‌ی آموزش، مادران را در مهارت‌های مراقبتی از نوزاد، مشاهده‌ی رفتار و ظاهر او، و همچنین پاسخ به نیازهای نوزاد فعال می‌سازد، در واقع توانمندسازی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه یک نوع مداخله پرستاری خانواده محور است که علاوه بر نیازهای نوزاد، نیازهای مادران را نیز مدنظر قرار داده و برای دستیابی به نتایج مطلوب و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب در مادران تلاش می‌کند (۲۰).

نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که مادران در مراقبت از نوزاد خود مشکل داشته و احساس توانایی نمی‌کردند، لذا مشارکت دادن مادر در طول مدت بستری نوزاد در بیمارستان و ارائه‌ی آموزش‌های کامل قبل از ترخیص توسط پرستاران به منظور افزایش توانایی مادران برای مراقبت از نوزاد لازم و ضروری به نظر می‌رسد (۲۱). نتایج پژوهش دیگری 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 نوزادانشان در زمان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انتظار دارند را بهبود بخشد (۲۰).

باید به این موضوع توجه کرد که امروز 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 افزون جمعیت و نیازهای جاری آن‌ها، افزایش تعداد نوزادانی که به مراقبت‌های ویژه نیازمندند، استرس‌های والدین و خانواده‌های آنان و خلأهایی که در مراقبت از خانواده بیماران وجود دارد (۲۲). ناهم‌خوانی بین استاندارد والدینی و رفتار مورد انتظار در قبال نوزادان و شرایط کنونی در بیمارستان می‌تواند والدین را برای درگیر شدن در مراقبت فیزیکی و روانی از نوزادشان تشویق و تحریک نماید (۲۰).

بر اساس مطالعات انجام شده پرستاران، مهم‌ترین عوامل بازدارنده آموزش را به ترتیب اولویت پرسنل ناکافی، کمبود وقت و فقدان منابع و ابزار آموزش مناسب می‌پنداشتند (۲۳). از آنجایی که مشارکت والدین در مراقبت از نوزادان بستری، پایه اصلی پرستاری مدرن اطفال بوده و جزء مهم مراقبت خانواده محور تلقی می‌گردد، بنابراین بکارگیری این استراتژی از سوی مسئولین با فراهم نمودن بسترهای مناسب در محیط بالینی ضروری به نظر می‌رسد (۲۴). یکی از بهترین روش‌های آموزش بیماران از نظر ایجاد تغییر رفتار در یادگیرنده، آموزش چهره به چهره است که مربی و یادگیرنده به طور مستقیم و چهره به چهره با یکدیگر صحبت می‌کنند و امکان پرسش و پاسخ و ارائه نظرات فراهم می‌شود (۲۵).

یکی دیگر از روش‌های آموزش بیماران، استفاده از فیلم‌های آموزشی است که علی‌رغم امکان نمایش عملی اقدامات درمانی، موجب درگیر کردن حواس بینایی و شنوایی می‌شود و در بیماران با سطح سواد پایین‌تر قابلیت استفاده بیشتر دارد (۲۶، ۲۷). آموزش با استفاده از اینترنت که از تطابق بیشتری با سبک یادگیری افراد نیز برخوردار است امکان دسترسی فراگیر به آموزش در نقاط دوردست را نیز امکان‌پذیر می‌کند، هزینه سفر و اتلاف وقت کاهش می‌یابد و تبادل اطلاعات و مهارت‌ها نیز تسهیل می‌شود (۲۸). نتایج مطالعات مختلف نشان داد که روش‌های آموزش ویدئویی، چهره به چهره، الکترونیکی و مجازی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سکت قلبی، بیماران مبتلا به سرطان سینه و بیماران کاندید جراحی مؤثر هستند (۲۹-۳۱).

از این رو پرستاران باید با توجه به زمان، خصوصیات فراگیران، محتوای آموزشی و هدف آموزش بهترین روش را در موقعیت‌های خاص به کارگیرند (۳۲). در این مطالعه تاثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه به دو روش چهره به چهره و مجازی بر میزان مشارکت آن‌ها در امر مراقبت از نوزادان و اضطراب زمان ترخیص مادران در بیمارستان آیت الله طالقانی شهر ایلام در سال ۱۴۰۰ با هم مقایسه شد.

## ۱-۲- اهمیت پژوهش

اضطراب و استرس بالا می‌تواند منجر به آسیب‌دیدگی روانی مادر شود به طوری که تحقیقات نشان می‌دهد ۷۷ درصد مادران علائم واضح ترومای روانی را حتی تا یک ماه بعد و ۴۳ درصد علائم را تا یک سال پس از تولد نوزاد نارس نشان داده‌اند (۳۳). از طرفی عدم توجه به تنش‌ها باعث افزایش آسیب‌پذیری نوزاد و خود والدین می‌شود. بنابراین این که والدین بتوانند مراقبت و حمایت کافی را از کودک به عمل آورند و یا این مهارت را کسب نمایند و بتوانند در مراقبت از نوزاد خود مشارکت داشته باشند و متعاقباً اضطراب آنها به خصوص در زمان ترخیص نوزاد که برهه زمانی بسیار حساسی می‌باشد؛ کاهش یابد باید از آرامش روحی کافی برخوردار باشند، بنابراین درک نگرانی‌ها و عوامل استرس‌زا و به دنبال آن طراحی اقدامات مناسب کمک می‌کند تا مراقبتی با کیفیت بالاتر به کودک ارائه شود (۳۴).

در NICU مشارکت و توانمندسازی والدین از اهمیت حیاتی برخوردار است، به‌ویژه زمانی که نوزادان در معرض خطر ابتلا به عوارض شدید هستند. از آنجایی که کادر درمان به ویژه پرستاران در تلاش برای اطلاع‌رسانی، مشارکت و توانمندسازی والدین هستند، یک رابطه مشارکتی بر اساس رابطه و اعتماد متقابل بین آنها ایجاد می‌شود. نتایج حاصله البته به نفع والدین است، اما به طور بالقوه برای نوزاد و همچنین کارکنان حرفه‌ای و پزشکی که از نوزاد و خانواده مراقبت می‌کنند، سود می‌رساند. علاوه بر این، مراقبت خانواده محور پتانسیل کاهش طول اقامت، کاهش عوارض و بهبود تغذیه با شیر مادر را دارد. پرستاران NICU باید نیازهای بالقوه خانواده و نوزاد و شرایطی را که پس از ترخیص با آن مواجه می‌شوند. به عنوان پیش‌نیاز برای آموزش والدین در مورد مهارت‌هایی که نیاز دارند شناسایی کنند تا آنها برای ترخیص آماده شوند. یکی از مهم‌ترین اقداماتی که پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه می‌توانند برای کاهش مشکلات والدین

انجام دهند، توانمندسازی آنها از طریق ارائه اطلاعات و فرصت لازم برای مشارکت در مراقبت از نوزادان است (۳۵).

### ۱-۳- اهداف پژوهش

#### ۱-۳-۱- هدف کلی

مقایسه تاثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه به دو روش چهره به چهره و مجازی بر میزان مشارکت آنها در امر مراقبت از نوزادان و اضطراب زمان ترخیص مادران

#### ۱-۳-۲- اهداف اختصاصی

۱) تعیین میزان مشارکت مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰

۲) مقایسه میزان مشارکت مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰

۳) تعیین میزان مشارکت مادران نوزادان گروه آموزش مجازی قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰

۴) مقایسه میزان مشارکت مادران نوزادان گروه آموزش مجازی قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰

۵) مقایسه میزان مشارکت مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره و گروه آموزش مجازی قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.

۶) تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک مادر و نوزاد با میزان مشارکت مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره و گروه آموزش مجازی در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.

- ۷) تعیین میزان اضطراب مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.
- ۸) مقایسه میزان اضطراب مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.
- ۹) تعیین میزان اضطراب مادران نوزادان گروه آموزش مجازی قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.
- ۱۰) مقایسه میزان اضطراب مادران نوزادان گروه آموزش مجازی قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.
- ۱۱) مقایسه میزان اضطراب مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره و گروه آموزش مجازی قبل و بعد از مداخله در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.
- ۱۲) تعیین ارتباط متغیرهای دموگرافیک مادر و نوزاد با میزان اضطراب مادران نوزادان گروه آموزش چهره به چهره و گروه آموزش مجازی در بیمارستان آیت الله طالقانی (ره) شهر ایلام در سال ۱۴۰۰.

#### ۱-۳-۳- اهداف کاربردی

آموزش به مددجو به عنوان یکی از اجزای اصلی در برنامه‌های آموزش پرستاری شناخته شده است. و با توجه به مطالعات گذشته در این زمینه و اینکه محیط NICU برای والدین اضطراب آور است آموزش آن‌ها می‌تواند در توانمندسازی آن‌ها مؤثر واقع شود و تحمل بستری نوزاد در NICU را برای مادران راحت‌تر کرده و اضطراب آن‌ها را کاهش دهد. همچنین با توجه به بار کاری زیاد پرستاران در بخش ویژه، با آموزشی مناسب از بستری طولانی مدت نوزادان که موجب مشکلات روانی و اقتصادی در خانواده‌ها و اشغال طولانی مدت تخت و هزینه‌های سنگین مراقبت

بهداشتی که در نهایت بار سنگینی را بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی تحمیل می‌کند  
پیشگیری کرد.

#### ۱-۳-۴- فرضیه‌های پژوهش

(۱) مشارکت مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان گروه آموزش چهره  
به چهره بعد از مداخله بیشتر از قبل مداخله است.

(۲) مشارکت مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان گروه آموزش مجازی  
بعد از مداخله بیشتر از قبل مداخله است.

(۳) مشارکت مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان گروه آموزش چهره  
به چهره با گروه آموزش مجازی بعد از مداخله متفاوت است.

(۴) اضطراب مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان گروه آموزش چهره  
به چهره قبل از مداخله بیشتر از بعد مداخله است.

(۵) اضطراب مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان گروه آموزش مجازی  
قبل از مداخله بیشتر از بعد مداخله است.

(۶) اضطراب مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان گروه آموزش چهره  
به چهره با گروه آموزش مجازی بعد از مداخله متفاوت است.

#### ۱-۴- تعاریف واژگان

#### ۱-۴-۱- تعریف توانمندسازی

**نظری:** برنامه «ایجاد فرصت‌های توانمندسازی والدین» که در سال ۲۰۱۱

توسط برنات ملنیک<sup>۱</sup> طراحی شده است، مداخله‌ای آموزشی-رفتاری است که، اولاً

---

<sup>۱</sup> Bernadet Melnyk



بر مبنای تئوری خودتنظیمی و کنترل پایه‌ریزی شده است، ثانیاً در اولین روزهای بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان اجرا می‌گردد (۳۶) .

**عملی:** برنامه توانمند سازی والدین که در این مطالعه روی مادران متمرکز شده است، به صورت آموزش چهره به چهره در کنار تخت نوزاد، طی ۲ جلسه هر کدام به مدت ۱ ساعت از روز سوم بستری نوزاد در طی ۲ روز متوالی در طول مدت مطالعه انجام شد و همچنین کتابچه آموزشی که حاوی تمام محتوای آموزشی با تصاویر جذاب است جهت مطالعه بیشتر در اختیار آنان قرار گرفت و برای گروه آموزش مجازی برنامه توانمندسازی بصورت فیلم آموزشی مولتی مدیا مشابه با محتوای کتابچه آموزشی از طریق الکترونیکی به یکی از شبکه‌های مجازی که مادر به آن دسترسی داشت به مدت ۲ جلسه در ساعات مشخصی از روز که از قبل به اطلاع مادران رسیده بود برای آنان ارسال شد. و در طی دو روز بعد از آموزش (روز پنجم و ششم) مجدداً چک لیست مشارکت توسط مادران تکمیل شد.

#### ۱-۴-۲- تعریف مشارکت

**نظری:** مشارکت به معنی معاشرت با دیگران در یک رابطه، شرکت با دیگران در یک فعالیت و تعامل اجتماعی در یک گروه می‌باشد (۳۷, ۳۸).

**عملی:** برای بررسی میزان مشارکت از چک لیست مشارکت مادران که توسط ملنیک و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد، استفاده گردید که در این ابزار، ۲۵ فعالیتی که والدین می‌توانند برای نوزاد خود انجام دهند لیست شده و از والدین خواسته شد هر فعالیتی در ۴۸ ساعت گذشته انجام داده‌اند را مشخص کنند. نمره‌ای که از این پرسشنامه کسب شد به عنوان میزان مشارکت مادر در نظر گرفته شد.

#### ۱-۴-۳-تعریف بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

**نظری:** یک واحد مراقبتی ویژه می‌باشد که برای نوزادان نارس و بیمار طرح-

ریزی شده است (۳۹).

**عملی:** در این مطالعه منظور بخش ویژه نوزادان بیمارستان آیت الله طالقانی شهرستان

ایلام می‌باشد.

#### ۱-۴-۴-تعریف اضطراب

**نظری:** اضطراب یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند، و اغلب مبهم دلواپسی است که با

یک یا چند تا از احساس‌های جسمی همراه می‌گردد مثل احساس خالی شدن سردل، تپش

قلب، سردرد و بی‌قراری می‌باشد (۴۰).

**عملی:** با استفاده از پرسشنامه اضطراب Spielberg State-trait

anxiety,Inventory (STAI) که توسط اشپیل برگر در سال ۱۹۷۰ طراحی شد، انجام

گرفت. این پرسشنامه از پرکاربردترین ابزار در تحقیقات جهانی برای سنجش اضطراب است و در

سه دهه اخیر بسیار مورد استفاده قرار گرفته و به زبان‌های مختلف نیز ترجمه شده و در این

زمینه استاندارد می‌باشد، و در ایران نیز استانداردسازی شده است (۴۱).

#### ۱-۴-۵-تعریف نوزاد

**نظری:** نوزاد عبارت است از فرزند تازه متولد شده و به زیرگروه‌های زیر تقسیم

می‌شود: دوره نوزادی بسیار زودرس (۲۶ تا ۳۲ هفتگی)، زودرس (۳۲ تا ۳۷ هفتگی)،

رسیده (۳۸ تا ۴۰ هفتگی)، و دیررس (بیش از ۴۰ هفتگی) (۴۲).

**عملی:** در این پژوهش، منظور نوزادانی است که در هفته‌های ۲۶ تا ۴۲ جنینی

متولد و در بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان طالقانی شهر ایلام بستری شدند و

دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند.

#### ۱-۴-۶-تعریف آموزش چهره به چهره

**نظری:** آموزش چهره به به چهره به عنوان یکی از روش‌های آموزشی رایج در مراقبت بهداشتی درمانی می‌باشد. در این روش آموزش‌دهنده، آموزش را به صورت فردی و برای یادگیرنده خاصی ارائه می‌کند و فرصتی را فراهم می‌آورد تا ایده‌ها و احساسات به صورت کلامی و غیرکلامی بین یادگیرنده و یاددهنده تبادل گردد (۴۳).

**عملی:** در این مطالعه، آموزش چهره به چهره براساس کتابچه برنامه ایجاد فرصت‌های توانمندسازی مادران که توسط میانایی و همکاران (۱۳۹۳) با مشارکت اداره سلامت نوزادان تهیه و تدوین گردیده است و در کنار تخت نوزاد انجام شده است.

#### ۱-۴-۷-تعریف آموزش مجازی

**نظری:** آموزش مجازی تحصیل و استفاده از دانش توزیع شده و در اصل تسهیل‌یافته از طریق وسایل الکترونیکی مانند اینترنت، ماهواره، نوارهای سمعی - بصری تلویزیون و ... می‌باشد (۴۴).

**عملی:** در این مطالعه، فیلم آموزشی مشابه با محتوای کتابچه آموزشی توسط پژوهشگر تنظیم شد، و برای گروه آموزش مجازی به صورت فیلم آموزشی مولتی مدیا از طریق الکترونیکی به یکی از شبکه‌های مجازی که مادر به آن دسترسی دارد ( واتساپ، تلگرام و سایر شبکه‌های مجازی داخلی) به مدت ۲ جلسه در ساعات مشخصی از روز که از قبل به اطلاع مادران رسیده است برای آنان ارسال شده است.

## فصل دوم

### چارچوب پنداشتی و بررسی متون

در این فصل ابتدا در مورد نوزادان، سپس به اهمیت مشارکت مادر در مراقبت از نوزاد و اضطراب زمان ترخیص پرداخته و همچنین به تفصیل در مورد توانمندسازی توضیح داده شده است.

## ۲-۱- چارچوب پنداشتی

### ۲-۱-۱- نوزاد

کودک زیر ۲۸ روز را نوزاد می‌گویند. در این ۲۸ روز اول زندگی، کودک بیشتر در معرض خطر مرگ قرار می‌گیرد. بیشترین مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در آن‌ها کم است. نوزادان به سه گروه نوزاد نارس<sup>۱</sup>، نوزاد ترم<sup>۲</sup> و نوزاد دیررس<sup>۳</sup> تقسیم می‌شوند (۲). نوزاد نارس به نوزادانی گفته می‌شود که قبل از هفته ۳۷ بارداری زنده به دنیا می‌آیند. زایمان زودرس بر اساس سن حاملگی دارای زیرمجموعه‌هایی است:

• به شدت نارس (کمتر از ۲۶ هفته)

• خیلی زودرس (۲۶ تا ۳۲ هفته)

• نارس متوسط تا دیررس (۳۲ تا ۳۷ هفته).

زایمان زودرس عوارض روانی- اجتماعی بسیاری را در بردارد، زیرا با "والدی زودرس" همراه است که در آن انتظارات زنان از بارداری "طبیعی" و به دنیا آوردن نوزاد سالم برآورده نمی‌شود. کامل شدن نه ماه بارداری فرصت دستیابی به سازگاری عاطفی با تغییرات دوران بارداری و کسب آمادگی برای والد شدن را فراهم می‌کند ولی زایمان زودرس و به دنبال آن بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان نه تنها باعث چنین تطابقتی نمی‌شود، بلکه خود یک تجربه فوق‌العاده استرس‌زا است (۴۵).

---

<sup>1</sup> Preterm

<sup>2</sup> Term

<sup>3</sup> Post term

نوزاد ترم به نوزادی گفته می‌شود که بین هفته ۳۸ تا ۴۱ به دنیا آمده باشد، و به دنیا آمدن نوزاد پس از این زمان را نوزاد دیررس می‌گویند (۴۶).

نوزادان پر خطر به آن دسته از نوزادانی گفته می‌شود که نیازمند دریافت مراقبت‌های ویژه در بخش NICU می‌باشند و عبارتند از الف) نوزادان نارس، ب) نوزادی که به مراقبت‌های بهداشتی خاص نیاز دارند یا به فناوری وابسته هستند مانند نوزادان تازه متولد شده‌ای که به دو نوع اصلی دستگاه‌ها با تکنولوژی پیشرفته نیاز دارند، این دستگاه‌ها عبارتند از حمایت تغذیه‌ای و حمایت تنفسی از جمله اکسیژن مکمل ج) نوزاد در معرض خطر به دلیل مسائل خانوادگی؛ تولد زودرس و بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان از عوامل استرس‌زای خانواده شناخته شده و عوامل خطر برای اختلال عملکرد خانواده و کودک آزاری در آینده هستند. علاوه بر زایمان زودرس و بستری طولانی مدت در بیمارستان، نقایص مادرزادی و شرایط ناتوان‌کننده نیز از عوامل خطر هستند (۴۷).

## ۲-۱-۲- نوزاد نارس

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت نوزاد نارس، به نوزادی گفته می‌شود که قبل از ۳۷ هفته از اولین روز آخرین قاعدگی، زنده متولد شود (۴۸). عوامل خطر تولد نوزاد نارس در کشورهای مختلف به علت تفاوت در مشخصات مادران و سیاست‌های پیشگیری و مراقبت از مادران متفاوت است (۳). تولد نوزاد نارس یک وضعیت چندعاملی است که شامل عوامل اجتماعی، روانی، بیولوژیک و ژنتیک می‌باشد. سایر عوامل دخیل در تولد نوزاد نارس عبارتند از عوامل مادری مانند بیماری مادر، پره اکلامپسی، پارگی زودرس کیسه آب، کوریوآمینیوتیت، چندقلویی و سیگار کشیدن مادر، عوامل جنینی و غیره (۴۸-۵۰). اکثریت نوزادان نارس به کم‌وزنی (وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم) مبتلا هستند، که موجب افزایش عوارض و مرگ و میر در دوران نوزادی می‌شود (۴۸). تولد نوزاد نارس می‌تواند با عوارض کوتاه مدت مانند دیسپلازی برنکوپولموناری، انتریت نکروزان، رتینوپاتی نرسی، اختلالات شناختی و بلند مدت مانند افزایش خطر شیوع

بیماریهایی مانند فشارخون و دیابت در بزرگسالی همراه باشد (۵۰). نوزادان نارس به دلیل مشکلات جسمانی، روحی، روانی و فیزیولوژیکی خود نیازمند اقدامات درمانی و مراقبت‌های اصولی و پیچیده، به عبارتی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان هستند (۵۱).

پیشرفت در مراقبت‌های نوزادی نسبت به قبل منجر به افزایش احتمال زنده ماندن نوزادان نارس و بستری این نوزادان در بیمارستان شده است، متعاقباً با افزایش تعداد این نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، تعداد والدینی که اقامت طولانی مدت در بیمارستان را تجربه می‌کنند نیز افزایش یافته است، بدیهی است که شرایط و تجربه این مادران با مادرانی که دارای نوزاد سالم هستند متفاوت می‌باشد؛ این مادران مجبور هستند که نقش مادری خود را با پرستاران این بخش‌ها و سایر کارکنان درمانی سهیم شوند و گاهی اوقات منجر به عدم مشارکت مادر به مراقبت از فرزند خود میشود. علاوه بر این، استرس و اضطراب زیادی به مادران وارد می‌شود، استرس و اضطراب به دلیل بستری شدن نوزاد در بخش ویژه یک مشکل چند بعدی است که با اختلال در شروع وابستگی و ارتباط بین مادر و نوزاد همراه است (۵۲).

### ۲-۱-۳- تاریخچه بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

در سال ۱۹۶۰، ایده داشتن یک واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) به عنوان نقطه عطف رشد در زمینه نوزادان بود که توسط دکتر مارتین کونی<sup>۱</sup> در آمریکا مطرح و اجرا شد. در دهه ۱۹۵۰ میلادی نوزادان ترم بیمار و نوزادان نارس در بخش‌های جداگانه همانند سایر بیماران نگهداری می‌شدند، پس از تلاش‌های دکتر کونی و همکاران وی بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان تاسیس شد. با اینکه دکتر کونی امریکایی نبود ولی به پاس زحمات ایشان به عنوان پدر نئوتولوژی آمریکا شناخته شده است. با پیشرفت روزافزون علم، امروزه پزشکان می‌توانند جان بسیاری از نوزادان نارس یا ناامید را که در گذشته چندی پس از تولد می‌مردند را نجات دهند. در نتیجه

---

<sup>1</sup> Martin A. Couney

میزان مرگ و میر نوزادان در ایالات متحده از زمانی که NICU برای اولین بار مورد استفاده گسترده قرار گرفت کاهش ثابتی را نشان داده است و به طور همزمان، بازماندگان عواقب کمتری داشته‌اند. با توجه به افزایش تعداد بخشهای NICU در اکثر مناطق، امکان ایجاد یک شبکه ملی از NICUهای پیشرفته با تکنولوژی فراهم شده است. در مناطقی که NICU وجود ندارد، همه مادران پرخطر و نوزادان بدحال به بیمارستان‌های دارای NICU ارجاع می‌شوند. بنابراین، نوزادانی که در بیمارستان‌هایی به دنیا می‌آیند که مجهز به امکانات پیشرفته نیستند یا متخصصان پزشکی پری ناتال در کارکنان خود ندارند، در صورت نیاز، دسترسی به بهترین مراقبت‌های نوزادان ممکن را تضمین می‌کنند. اگرچه توانایی نگهداری نوزادان نارس و بیمار یک پیشرفت پزشکی قابل توجه است، اما مانند بیشتر فناوری‌های پزشکی، مزایای مراقبت‌های ویژه نوزادان بدون خطرات خاص به دست نمی‌آیند. برخی از نوزادان نارس که با جنه خیلی کوچک به دنیا می‌آیند ممکن است در ابتدا مشکل ظاهری نداشته باشند. با این حال، برخی ممکن است زنده بمانند اما بعداً در زندگی دچار ناتوانی‌های شدید ذهنی و/یا جسمی شوند. برخی دیگر، علی‌رغم بهترین مراقبت‌های ویژه نوزادان، ممکن است اصلاً زنده نمانند (۵۳).

#### ۲-۱-۴- اهمیت بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

در طول ۲۰ سال گذشته، کاهش قابل توجهی در میزان مرگ و میر نوزادان، به ویژه در نوزادان با وزن بسیار کم، مشاهده شده است. بیست سال پیش در تلاش بوده‌اند تا بقای نوزادان با وزن بین ۱۲۵۰ تا ۱۵۰۰ گرم را افزایش دهند. بیش از ۹۰ درصد از این نوزادان در حال حاضر زنده می‌مانند. (۵۳). در سال‌های اخیر میزان مرگ و میر نوزادان کاهش یافته است، اما آن دسته از نوزادان نارس که زنده می‌مانند گروه در معرض خطر جامعه هستند و مشکلات فیزیکی، روحی و تکاملی زیادی را نسبت به نوزادان طبیعی تجربه می‌کنند (۵۴). از این رو نیاز به مراقبت‌های ویژه و اصولی برای ادامه حیات و کسب رشد و نمو طبیعی پیدا می‌کنند. از جمله این موارد



بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان از چند روز تا چند ماه بسته به سطح نارسایی و یا شرایط پزشکی می‌باشد (۱۱).

نوزادانی که سن کمتر از ۳۷ هفته بارداری داشته باشند یا وزن هنگام تولد آن‌ها کمتر از ۱۰۰۰ گرم باشد برای مراقبت بیشتر بالینی، نوزادان با مشکل تنفسی شدید که نیاز به استفاده از دستگاه تهویه مکانیکی یا مقدار زیادی اکسیژن دارند، نوزادانی که دیالیز صفاقی می‌شوند یا به دلیل زردی بالا نیاز به تعویض خون دارند، نوزادانی که مشکل‌های قلبی شدید، تشنج و وقفه‌های تنفسی مکرر داشته باشند و نوزادانی که حال عمومی خوبی ندارند، باید در NICU بستری شوند. همچنین نوزادانی که به دلیل ضایعه‌ای نیاز به جراحی عمده داشته باشند باید قبل از عمل و بعد از آن در NICU بستری شوند. به‌طور کلی تمام نوزادانی که برای تثبیت وضعیت بالینی‌شان نیاز به مراقبت دقیق داشته باشند باید در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شوند (۵۳).

## ۲-۱-۵- والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

بستری شدن نوزادان در بخش NICU برای والدین نوزاد می‌تواند بسیار استرس‌زا باشد (۱۱) از عوامل ایجادکننده این استرس می‌توان به محیط با تکنولوژی بالا مانند انکوباتورها، گرم‌کننده‌های تابشی، مانیتورهای که تعداد ضربان قلب، سطح اکسیژن خون، تعداد تنفس و فشارخون نوزاد را از طریق اتصال رابط‌هایی از نوزاد به مانیتور نشان می‌دهند، ظاهر یک نوزاد آسیب‌پذیر و از دست دادن نقش مورد انتظار والدین اشاره کرد. و مهم‌ترین علت ایجاد تنش و استرس در مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، اختلال در نقش والدی، محیط فیزیکی بخش و مشاهده نوزاد در حال درد کشیدن است. والدین این نوزادان تحت استرس‌های زیادی قرار می‌گیرند که توجه و حمایت والدین توسط پرستاران را می‌طلبد. طیف وسیعی از گزینه‌های درمانی و مداخلات با نتیجه نامشخص، باعث ایجاد احساس ناتوانی و اضطراب در والدین می‌شود. والدین نیاز به اطلاعات مخصوص دارند و به دنبال اطلاعاتی هستند تا تأثیر عاطفی پذیرش کودک در NICU را کاهش دهند که این اطلاعات معمولاً توسط پرسنل بخش

مراقبت‌های ویژه نوزادان در اختیار والدین قرار نمی‌گیرد. پرستاران به ندرت با هدف ارائه مراقبت خانواده محور در بخش نوزادان فعالیت می‌کنند. آنها بیشتر انرژی خود را جهت رفع نیازهای بیماران صرف می‌کنند و پرستاران به طور معمول روی اجزای تکنیکی مراقبت بالینی نوزاد تمرکز دارند و خانواده مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این نیازها در طول زمان بستری نوزاد ممکن است تغییر بکند و تا بعد از ترخیص نوزاد نیز ادامه خواهند داشت. مفهوم مسیر بیماری که اولین بار توسط گلسر<sup>۱</sup> و استراوس<sup>۲</sup> توصیف شد، می‌تواند برای مطالعه مراحل مختلف در دوره NICU استفاده شود. مسیر بیماری شامل آشکار شدن فیزیولوژیک بیماری بیمار (سیر بیماری)، اقدامات و فعل و انفعالات برای شکل دادن یا کنترل آن دوره (مسیر مراقبت) و تأثیر (عاطفی) بیماری بر افراد درگیر (مسیر بیماری) است. با توجه به اینکه در این بخش هر بیماری مسیر مخصوص به خود را دارد و بستری شدن در این بخش بسته به سطح نارس بودن نوزاد یا وضعیت پزشکی وی از چند روز تا چند ماه متغیر است، والدین به خصوص مادر با تغییر وضعیت نوزاد در این مدت ممکن است احساسات متفاوتی را تجربه کند. وقایع بحرانی (مانند بدتر شدن ناگهانی وضعیت نوزاد، لوله‌گذاری و تهویه یا تهدید به مرگ) گاهی اوقات به طور ناگهانی بر روند پزشکی نوزاد تأثیر می‌گذارد. روش‌های سازمانی به طور بالقوه بر نحوه مشارکت والدین و تجربه شکاف‌های دانش تأثیر می‌گذارد (۱۱، ۵۵). از این رو برای غلبه بر این احساسات مختلف و متفاوت مانند ناتوانی در مراقبت از فرزند خود، اضطراب به خصوص در زمان ترخیص نوزاد و عدم توانمندی در مراقبت از نوزاد خود پس از ترخیص، می‌تواند به آنها بسیار کمک‌کننده باشد. هم‌اکنون یکی از بهترین و مؤثرترین راه‌ها برای جلوگیری از آسیب‌ها و صدمات ناشی از بستری شدن نوزاد نارس، درگیر شدن فعال والدین در مراقبت از او می‌باشد. موقعی که مادر از نوزاد نارس خود مراقبت می‌کند، حس مشارکت در او تقویت می‌شود (۳۴، ۵۱، ۵۶).

---

<sup>1</sup> Glaser

<sup>2</sup> Strauss

## ۲-۱-۶- مشارکت در مراقبت

بستری شدن نوزادان نارس در بیشتر مواقع اجتناب ناپذیر است؛ حتی ممکن است نوزاد، مدتی طولانی را در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شود که این امر سبب می‌شود اعضای خانواده با تولد نوزاد نارس حس فقدان را تجربه کنند و ارتباط عاطفی مادر با نوزاد مختل می‌شود، در واقع والدین تنش زیادی را متحمل می‌شوند. والدین نوزادان نارس، تنش بالا و احساس ناامیدی در NICU را تجربه می‌کنند؛ که اغلب به دلیل نداشتن آگاهی کافی از اینکه چه طور نقش والدینی خود را ایفا کنند و با نوزاد نارسشان در طول بستری بیمارستان تعامل داشته باشند است (۵۷).

طبق تحقیقات انجام یافته، جدا نمودن مادر از نوزاد به دلیل انجام برخی مراقبت‌های تهاجمی که در بخش مراقبت ویژه نوزادان مورد نیاز است، تکامل نوزاد یا تکامل رابطه والد-نوزادی را متعاقب جدایی والدین به خصوص مادر از نوزاد را مختل می‌نماید. این در حالی است که درگیر شدن فعال مادر در مراقبت از نوزاد، توانایی مادر جهت تسهیل در تکامل نوزادشان را در طی بستری و بعد از ترخیص ارتقاء می‌بخشد و مدت بستری نوزاد را در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان کاهش می‌دهد. این موارد منجر به کاهش هزینه اقتصادی و کاهش احتمال ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی می‌شود. بنابراین خانواده‌هایی که در کسب مهارت والدینی در طی بستری نوزادشان درگیر می‌شوند، در مقایسه با خانواده‌هایی که نقش غیر فعالی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان دارند، از فواید یاد شده سود می‌برند. آگاهی نداشتن مادر از مراقبت‌های مؤثر بر رشد نوزاد نارس و ترخیص نوزاد بدون آموزش مادر، اضطراب و نگرانی زیادی برای مادر به عنوان مهم‌ترین مراقبت‌کننده از نوزاد به وجود می‌آورد. این امر می‌تواند کیفیت مراقبت از نوزاد نارس و روند رشد و تکامل او را تحت تأثیر خود قرار دهد (۵۱).

مادرانی که با نوزادشان هم‌اتاق هستند و در مراقبت از نوزادشان قبل از ترخیص مشارکت می‌کنند و مسئولیت کامل مراقبت را بر عهده می‌گیرند، احساس اعتماد به نفس بیشتری نموده

و رضایت‌مندی بیشتری دارند (۵۸). نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد، مادرانی که در مراقبت از نوزاد خود مشکل داشته و احساس ناتوانی می‌کنند، مشارکت دادن آنها در طول مدت بستری نوزاد در بیمارستان و ارائه آموزش‌های کامل قبل از ترخیص توسط پرستاران منجر به افزایش توانایی مادران برای مراقبت از نوزاد می‌شود و این آموزش‌ها لازم و ضروری هستند (۲۱). مهم‌ترین اقدامات پرستار برای کاهش مشکلات مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، توانمند ساختن آنها با ارائه اطلاعات لازم و فراهم کردن شرایط برای مشارکت در مراقبت از نوزاد در موقعیت جدیدی است که با آن مواجه شده‌اند، هنگامی که مادران در طرح مراقبت از نوزاد خود دخالت داده می‌شوند به آنها القاء می‌شود که عامل کمک‌کننده و کارآمدی در بهبودی نوزاد خود می‌باشند و علاقمندی آنها برای ماندن در کنار نوزاد و حمایت و مراقبت از وی افزایش می‌یابد. همچنین احساس کفایت و اعتماد به نفس بیشتری می‌کنند و با ایفای هرچه بیشتر نقش والدی و مشارکت در فرایند کنترل درد بصورت لمس نوزاد و در آغوش گرفتن نوزاد در هنگام انجام پروسیجرهای دردناک، با ایجاد بینش مثبت در مادران، از اضطراب و استرس آنها تا حد زیادی کاسته می‌شود (۵۹).

## ۲-۱-۷- اضطراب زمان ترخیص

تولد زود هنگام نوزاد باعث می‌شود توانایی مادر برای تفکر مختل شود که همین مساله باعث می‌شود تا تنش‌های دیگری بر اضطراب داشتن نوزاد پرخطر اضافه شود. واکنش‌های روانی که برای این والدین رخ می‌دهد شامل (ناامیدی، گناه، ناراحتی، افسردگی، خصومت، تحریک پذیری، ترس، اضطراب، سوگ، احساس بی‌یاوری، احساس شکست) می‌باشد. در صورت مزمن شدن تنش‌های روانی ذکر شده، ممکن است این علائم روی کیفیت زندگی مادر تأثیر بگذارد و متعاقب ضربه روانی، افسردگی ایجاد شود (۶۰). از این رو رسیدگی به این تنش‌ها بسیار با اهمیت می‌باشد و از آنجایی که خود فرد به تنهایی نمی‌تواند این تنش‌ها را از بین ببرد، مقوله توانمندسازی به شدت مطرح می‌شود. علاوه بر این، حتی در زمان ترخیص نوزاد و انتقال وی به

منزل والدین به خصوص مادر مضطرب می‌شود و این اضطراب به مدت ۲ سال پس از تولد نیز می‌تواند طول بکشد. همان طور که بستری شدن، می‌تواند برای والدین تنش‌زا باشد، این اضطراب می‌تواند از والدین به فرزندشان منتقل شود به همین دلیل بررسی اضطراب والدین بسیار با اهمیت می‌باشد زیرا والدین به عنوان مهم‌ترین افراد در سیستم حمایتی از نوزاد به شمار می‌آیند (۶۱).

دوره انتقال نوزاد از بیمارستان به منزل، یک دوره بحرانی برای والدین به خصوص مادر می‌باشد زیرا آنها در خانه تمام مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مراقبتی را به عهده خواهند داشت و اگر نتوانند از عهده این مسئولیت مهم برآیند مشکلاتی برای نوزاد و اضطراب و سایر مشکلات روانی برای والدین ایجاد خواهد شد. بنابراین قبل از انتقال نوزاد به منزل، نیاز به طراحی برنامه و مداخلات مراقبتی مناسب می‌باشد (۵۹). برای این که والدین بتوانند مراقبت و حمایت کافی را از کودک به عمل آورند، باید از آرامش روحی برخوردار باشند، بنابراین درک نگرانی‌ها و عوامل استرس‌زا و به دنبال آن طراحی اقدامات مناسب مانند توانمندسازی والدین به خصوص مادر کمک می‌کند تا مراقبتی با کیفیت بالاتر به کودک ارائه شود (۳۴). بنابراین مادر بایستی جهت پیشگیری از عوارض در طول مدت بستری نوزاد در بخش، دانش و آموزش کافی را کسب نماید (۵۹). عدم توجه به تنش‌های عاطفی و روانی والدین باعث می‌شود که والدین دلبستگی کافی با نوزادشان در موقع ترخیص نداشته باشند که این امر باعث افزایش آسیب‌پذیری نوزاد و خود والدین می‌شود. از آنجا خانواده در تعیین اهداف و تعیین نیازهای خاص و انجام مداخلات به هنگام فعال هستند به عنوان یک عنصر ارزشمند در ارائه خدمات به نوزادان محسوب می‌شود (۵۷). وجود استرس بالای مادر پس از تولد نوزاد نارس و تأثیرات و عواقب منفی آن بر نوزاد و خانواده لزوم انجام مداخله برای آنان را نشان می‌دهد. در این راستا پرستاران موقعیت منحصر به فردی برای کمک به والدین دارند، یکی از موثرترین راهکارها برای مقابله با این مشکلات،

توانمندسازی والدین به خصوص مادر به عنوان رکن خانواده و مسئول اصلی نگهدارنده نوزاد می‌باشد (۳۴).

## ۲-۱-۸- توانمندسازی

بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که توانمندی فرآیندی پویا، مثبت تعاملی و اجتماعی است، فرآیندی که در ارتباط با دیگران شکل گرفته و به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن، مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه‌های درمانی و نگاه مثبت به بیماری منجر می‌شود. به همین دلیل، در سال‌های اخیر مفهوم توانمندی بیمار در پژوهش‌های پرستاری و پزشکی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار شده و از آن به عنوان ضرورت حرفه پرستاری نام برده می‌شود (۶۲). الگوی توانمندسازی خانواده محور، یک الگوی بومی و حاصل تحقیق کیفی است که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرایند روانی-اجتماعی مساله و منتج شده تغییر مرکزی، مراحل الگوسازی برای ایجاد یک الگوی کاربردی را طی کرد و سپس طی یک تحقیق کمی نیمه تجربی اجرا شد. این الگو با تاکید بر مؤثر بودن نقش خانواده بر ابعاد انگیزشی، روان شناختی (دانش، نگرش و تهدید درک شده)، عملکردی (خودکارآمدی) و خودباوری (عزت نفس) طراحی شد و قادر است که به طور همزمان دانش، مهارت، ارزش و اعتقادات بیمار و خانواده بیمار را ارتقا دهد و هدف اصلی این الگو، توانمند شدن سیستم خانواده در جهت ارتقای سلامت می باشد. مراحل اصلی این الگو شامل درک تهدید، خودکارآمدی به روش مشکل گشایی، عزت نفس به روش مشارکت آموزشی و ارزشیابی است (۶۳). هدف اصلی این الگو توانمند شدن سیستم خانواده به منظور ارتقاء سلامتی می‌باشد که با تاکید بر مؤثر بودن نقش

خانواده در سه بعد انگیزشی، روانشناختی (عزت‌نفس، خودکارآمدی و خودکنترلی) و ویژگی‌های شخصی (دانش، نگرش و تهدید درک شده)، طراحی شده است (۶۴).

مراقبت خانواده محور یک رویکرد ابتکاری برای برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی است که بر همکاری‌های سودمند دو طرفه بین بیماران، خانواده‌ها و مراقبین بهداشتی بنا نهاده می‌شود. در مراقبت خانواده محور، پرستار و اعضای تیم بهداشتی و درمانی از طریق زمینه‌سازی و ایجاد فرصت برای یکایک اعضای خانواده، جهت به نمایش گذاشتن ظرفیت‌ها و توانایی‌های خویش در خصوص تأمین پاسخگویی به نیازهای کودک، خانواده را توانمند و قدرتمند می‌سازد. وظایف پرستار در ارائه مراقبت خانواده محور، تعامل و ارتباط متقابل با اعضای خانواده و توان ایجاد تغییرات مثبت در خانواده، با بهره‌گیری از توان و قدرت فردی هر یک از اعضا می‌باشد. با تداوم این ارتباط، والدین جهت تصمیم‌گیری در امور مهم و سرنوشت ساز خود و کودک، نقشی بنیادی و مثبت پیدا می‌کنند و وظیفه پرستار در این حیطة، نه دخالت و اعمال نفوذ در تصمیم‌گیری خانواده، بلکه حمایت از آن‌ها و بالفعل نمودن توانایی‌های بالقوه و ارتقای تکامل اعضا می‌باشد. در واقع، مراقبت خانواده محور والدین را از حالت غیر فعال به شکل فعال که در مراقبت از نوزاد خود دخیل هستند، تبدیل می‌کند (۶۵). در مدل خانواده محور، هر بیمار و خانواده بیمار، یک واحد مراقبت را تشکیل می‌دهند. چهار جزء اصلی مراقبت خانواده محور شامل احترام، دریافت اطلاعات، شرکت در مراقبت و تشریک مساعی می‌باشد. کاهش استرس، کاهش اثرات منفی بستری شدن، اطمینان از کفایت برنامه ترخیص، و تأمین راحتی و حمایت از بیمار از فواید مراقبت خانواده محور می‌باشد. بنابراین، توجه به تأثیر جنبه‌های روانی تولد نوزاد نارس و حمایت از والدین مهم به نظر می‌رسد (۵۷). پژوهش‌ها نشان داده است که حمایت از خانواده و دادن اطلاعات و آموزش‌ها به والدین باعث می‌شود که آنان احساس کنترل و قدرت بر روی موقعیت‌های خود داشته باشند و بیشتر در مراقبت از نوزاد مشارکت کنند (۶۶). مراقبت

خانواده محور می‌تواند چالش‌های NICU را کاهش دهد و خانواده‌ها را توانمند کند. مراقبت خانواده محور در NICU چگونه است؟ اول از همه، والدین عضو اصلی تیم مراقبت از نوزادشان محسوب می‌شوند. پزشکان و کارکنان به نگرانی‌های والدین اهمیت می‌دهند و فعالانه به دنبال مشارکت آن‌ها هستند. پزشکان با القای یک درک اساسی و مجموعه‌ای از مهارت‌ها والدین را توانمند می‌کنند و در عین حال فرصت‌هایی را برای والدین فراهم می‌کنند تا در مراقبت از کودک خود مشارکت کنند (۳۵).

الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی و عزت نفس تأکید دارد و اجرای الگوی توانمندسازی با اهداف افزایش آگاهی، دانش، انگیزه، عزت نفس و خودکارآمدی به خود کنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود که بر ای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی لازم است (۶۷). محتوای کلیدی توانمندسازی که توسط آموزش‌دهندگان مورد توجه قرار گرفته است، فرآیند مشارکت از طریق افراد است به طوری که آن‌ها برای بهبود کیفیت زندگی خود و خانواده‌شان تلاش کنند (۶۸). سازماندهی آن‌ها برای ایجاد تغییرات محیطی می‌گردد، به طوری که آن‌ها را کارآمد می‌سازد تا استراتژی‌های حل مسایلشان را گسترش دهند و در چنین جامعه‌ای شخص اعتقاد پیدا می‌کند که قادر است تغییر ایجاد کند (۶۹). هدف مداخله‌های پرستاری در مراقبت‌های خانواده محور، ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در حیطه‌های معینی است تا به موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی فائق آیند، زیرا بدون ارتقای توانمندی‌ها، آن‌ها قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود (۷۰). پرداختن به دلایل اضطراب مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان منجر به تکوین و توسعه برنامه‌های حمایتی با هدف افزایش دانش، توانمندسازی، تخفیف اضطراب به خصوص در زمان ترخیص و ارتقاء مهارت‌های سازگاری مادر و مشارکت مادر در مراقبت از نوزاد خود شده است (۴۵).



برنامه توانمندسازی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با ارائه آموزش، مادران را در مهارت‌های مراقبتی از نوزاد با مشارکت دادن آنها در مراقبت از فرزندشان، مشاهده رفتار و ظاهر او و همچنین پاسخ به نیازهای نوزاد فعال می‌سازد. در واقع توانمندسازی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان یک نوع مداخله پرستاری خانواده محور است که علاوه بر نیازهای نوزاد نیازهای مادران را نیز مد نظر قرار داده و برای دستیابی به نتایج مطلوب و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب در مادران تلاش می‌کند (۵۹).

## ۲-۲- بررسی متون

جستجوها با کلیدواژه‌های؛ توانمندسازی والدین، بخش مراقبت ویژه نوزادان، مشارکت، نوزاد، اضطراب، آموزش چهره به چهره، آموزش مجازی همچنین معادل انگلیسی آن‌ها: Parental Empowerment, Neonatal Intensive Care Unit, Participation ,neonatal, anxiety, Face to face training, virtual teaching در پایگاه‌های اطلاعاتی: proquest, google scholar, scincedirect, sid, iranmedex, magiran, medlib scopus, ovid, pubmed بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۲ انجام شد و از بین مقالات مختلف بدست آمده مقالات فارسی و انگلیسی که متغیرهای آن‌ها به متغیرهای اصلی این پژوهش نزدیک‌تر بود انتخاب شد، و به شرح ذیل ذکر می‌گردد.

### مطالعات داخلی:

در مطالعه نیمه تجربی که توسط زاهدپاشا و همکاران در سال ۱۳۹۸ در شهر بابل با عنوان " تاثیر برنامه آموزشی مبتنی بر مشارکت مجازی بر استرس و اضطراب والدین دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان " بر روی ۸۰ نفر از والدین دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان کودکان امیرکلا و آیت الله روحانی بابل، که به صورت تصادفی

به دو گروه ۴۰ نفری مداخله و کنترل تقسیم شدند، انجام گرفت؛ والدین گروه مداخله به صورت غیرهمزمان، محتوای برنامه آموزشی مبتنی بر مشارکت مجازی را در قالب گروه‌های تلگرامی، طی ۳ روز دریافت کردند. برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای به غیر از روش‌ها و حمایت‌های معمول بخش انجام نشد. سپس هر دو گروه در روزهای سوم و هفتم و برای گروه مداخله در روز سیزدهم نیز، پرسشنامه‌های اضطراب موقعیتی-خصیصه‌ای (نمره ۴۰-۱۶۰) و مارگارت (نمره ۳۱-۱۵۵) تکمیل و مورد مقایسه قرار گرفتند؛ نتایج این مطالعه نشان داد که نمره استرس والدین در گروه آزمون از (۱۱۸/۹۷±۲۱/۶۸) به (۸۶/۰۰±۲۷/۲۷) کاهش یافت که این اختلاف از نظر آماری نیز معنادار بود ( $P<0/001$ ). در گروه کنترل نیز از (۱۰۳/۷۶±۳۰/۴۴) به (۹۹/۹۱±۳۱/۸۲) کاهش یافت که این اختلاف معنادار نبود ( $p=3/9$ ). در بررسی اثر زمان بر روی زیرمقیاس‌های استرس والدین، مولفه‌های تنش‌زا بودن تجارب والدین، در مورد ارتباط با نوزاد و نقش والدی، تجارب والدین در مورد رفتار، ظاهر و درمان نوزاد و تنش مربوط به محیط بخش در مادران و پدران، میانگین نمره پرسشنامه‌های مربوطه از روز سوم تا روز سیزدهم تغییر معنی‌داری داشت. نمره اضطراب موقعیتی و خصیصه‌ای والدین در گروه مداخله و شاهد مقدار کمی افزایش یافت. نهایتاً این مطالعه نشان داد که آموزش از طریق مشارکت مجازی موجب کاهش استرس والدین دارای نوزاد نارس بستری شد (۵۵). از نقاط ضعف این مطالعه تکمیل پرسشنامه در روز سیزدهم فقط برای گروه مداخله می‌باشد، در روز سیزدهم برای گروه کنترل پرسشنامه تکمیل نشده است و متعاقباً اختلاف بین این دو گروه نیز آزمون نشده است.

مطالعه صدیقه سادات موسوی و همکاران در سال ۱۳۹۷ در مورد مقایسه تأثیر آموزش چهره به چهره و آموزش از طریق فیلم بر اضطراب بیماران متقاضی پیوند مغز استخوان. این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی طی مدت ۹ ماه در بخش پیوند مغز استخوان بیمارستان افضل‌پور کرمان انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود ۳۴ نفر در هر یک از دو گروه

قرار گرفتند. آموزش چهره به چهره در سه جلسه، هر جلسه ۴۰ دقیقه و در آموزش از طریق فیلم، فیلم تهیه شده از مراحل درمان و پیوند یک هفته قبل از پذیرش در اختیار بیمار قرار گرفت. در دو گروه میزان اضطراب بیماران قبل و بعد از آموزش (در روز پذیرش قبل از ورود به بخش) مورد بررسی قرار گرفت. ابزار مطالعه، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه استاندارد اضطراب<sup>۱</sup> بود. نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره اضطراب بیماران در گروه آموزش چهره به چهره پس از مداخله آموزشی ۲۵/۳۲ (۱۲/۵۴) نمره کاهش یافت ( $p=0/001$ )، میانگین نمره اضطراب بیماران در گروه آموزش از طریق فیلم پس از مداخله آموزشی، ۲۴/۹۴ (۱۶/۷۷) نمره کاهش یافت ( $p=0/001$ ). بین آموزش چهره به چهره و آموزش از طریق فیلم تفاوت معنی داری وجود نداشت ( $p=0/92$ ). بنابراین آموزش چهره به چهره و آموزش از طریق فیلم می تواند موجب کاهش سطح اضطراب بیماران متقاضی پیوند شوند. بنابراین برحسب شرایط بیمار می توان از روش های آموزش چهره به چهره یا از طریق فیلم استفاده کرد (۷۱). در این مطالعه می توان به فاصله زمانی کوتاه بین آموزش و ارزشیابی و محدودیت زمانی اشاره کرد که به این علت، پژوهشگران قادر به بررسی سایر برآیندهای مربوط به بیماران و همچنین اثرات بلند مدت روش های آموزشی نبودند. بنابراین، بهتر است انجام مطالعات دیگر با حجم بالا و مدت زمان طولانی تر همچنین پژوهش در راستای تأثیر هر دو روش آموزش بر اضطراب سایر بیماران انجام شود. در این مطالعه هر دو روش آموزش چهره به چهره و فیلم را روی نمونه ها با هم مقایسه می کنند، زمان اختصاص یافته به آموزش نمونه ها مناسب به نظر می رسد. ابزار سنجش اضطراب مناسب است.

مطالعه علایی کهرودی و همکاران (۱۳۹۷) در مورد تأثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بر مشارکت آنها در مراقبت از

---

<sup>1</sup> State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

نوزادان است که در بخش ویژه‌ی یک بیمارستان اطفال وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام گرفت. این مطالعه نیمه تجربی تک گروهی با طراحی قبل و بعد روی ۵۹ مادر نوزاد بستری در NICU انجام گرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه نیازهای آموزشی و چک لیست مشارکت مادران جمع‌آوری شد. قبل از مداخله، پرسشنامه توسط مادران و چک لیست مشارکت توسط محقق تکمیل شد. برنامه توانمندسازی با استفاده از جزوه‌های آموزشی حداکثر به مدت ۲ ساعت توسط پژوهشگر در بالین نوزاد طی ۲ تا ۴ روز اجرا شد. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمرات قبل و بعد از انجام توانمندسازی مادران به ترتیب  $3/66 \pm 7/61$  و در مراقبت  $1/31 \pm 12/38$  بود که این اختلاف مشاهده شده از نظر آماری نیز معنادار بود ( $p < 0/001$ ). در نتیجه اجرای برنامه توانمندسازی برای مادران بر اساس نیازهای آموزشی آن‌ها، مشارکت مادران در مراقبت از نوزادان را به طور قابل توجهی افزایش داد (۷۲). عدم آمادگی بخش برای پذیرش مادران و تسهیل آسایش آن‌ها می‌تواند بر مشارکت مادران تأثیر بگذارد. بنابراین با توجه به شرایط بعد از زایمان مادران می‌توان از روش توانمندسازی با استفاده از فیلم در مقایسه با آموزش چهره به چهره با استفاده از کتابچه استفاده کرد. در این مطالعه به چگونگی تقسیم بندی زمان آموزش در طی ۲ تا ۴ روز اشاره‌ای نشده است.

در مطالعه نیمه تجربی که توسط عصارپور و همکاران در تهران در سال ۱۳۹۷ با عنوان "تاثیر آموزش توانمندسازی روانشناختی بر تاب‌آوری مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه" بر روی ۴۰ نفر از مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام شد، این ۴۰ نفر به صورت یک گروه پیش‌آزمون-پس‌آزمون وارد مطالعه شدند. برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی برای مادران طی ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۴-۵ نفری اجرا

شد. قبل و بعد از مداخله داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کانر دیویدسون جمع‌آوری شد. نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره تاب‌آوری و همه زیرمقیاس‌های آن بعد از مداخله به طور معنی‌داری بالاتر از قبل می‌باشد. به طوری که میانگین نمره کل تاب‌آوری از  $33/93 \pm 9/75$  به نمره  $72/45 \pm 5/63$  ارتقا یافت ( $P < 0/01$ ). آموزش توانمندسازی روانشناختی توانست تاب‌آوری مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را افزایش دهد. لذا با توجه به نقش مهم مادران در مراقبت از نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، افزایش تاب‌آوری مادران می‌تواند به بهبود مراقبت از نوزادان نارس منجر شود (۵۶). از نقاط قوت این مطالعه این است که در این مطالعه به نقش توانمندسازی مادران تمرکز شده است.

مطالعه دکتر مژگان میرغفوروند و همکاران در مورد مقایسه تاثیر فیلم آموزشی چندرسانه‌ای و کتابچه آموزشی بر خودکارآمدی مادری و رفتار مراقبت از نوزاد سالم در مادران نخست‌زا در سال ۱۳۹۵. این کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی بر روی ۱۲۶ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر میاندوآب انجام شد. شرکت‌کنندگان در مطالعه، با روش بلوک-بندی تصادفی در دو گروه مداخله (۴۱ مادر دریافت‌کننده آموزش از طریق فیلم آموزشی چندرسانه‌ای و ۴۱ مادر دریافت‌کننده آموزش از طریق کتابچه آموزشی) و گروه کنترل (۴۱ مادر دریافت‌کننده آموزش‌های روتین بخش پس از زایمان) تخصیص یافتند. یک جلسه آموزش شفاهی به شرکت‌کنندگان در هر دو گروه مداخله ارائه گردید. سپس کتابچه یا فیلم آموزشی در اختیار آن‌ها قرار داده شد. پرسشنامه‌های خودکارآمدی مادری و رفتار مراقبت از نوزاد توسط شرکت‌کنندگان هر سه گروه در شروع مداخله و پایان هفته چهارم پس از زایمان تکمیل گردید. نتایج حاکی از تاثیر مثبت هر دو روش فیلم آموزشی چندرسانه‌ای و کتابچه آموزشی در ارتقای خودکارآمدی مادری است، لذا استفاده از این روش‌های آموزشی به مادران توصیه می‌گردد (۷۳). از جمله محدودیت‌های مطالعه تفاوت‌های فردی-اجتماعی است که می‌تواند بر میزان آگاهی،

اعتماد به نفس و خودکارآمدی مادران تاثیرگذار باشد. این محدودیت با انتخاب زنان باردار از تمام مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر و انتخاب تصادفی افراد تا حدود زیادی قابل کنترل است. از نقاط قوت این مطالعه مقایسه تاثیر دو روش کتابچه و فیلم آموزشی چندرسانه‌ای بر خودکارآمدی مادری و رفتار مراقبت از نوزاد می‌باشد و استفاده از روش تخصیص تصادفی افراد مورد مطالعه جهت پیشگیری از سوگیری انتخاب و همچنین می‌توان به جدید بودن و نوآوری موضوع مورد مطالعه در زمینه مراقبت از نوزاد اشاره کرد. از نقاط ضعف این مطالعه عدم آشنایی کامل برخی از مادران با شیوه استفاده از نرم افزارهای الکترونیک است.

در مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط میلان و همکارش در سال ۱۳۹۵ در جهرم با عنوان " اثر بخشی برنامه آموزشی مراقبت خانواده محور بر اضطراب مادران نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان " بر روی ۶۰ نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان و مادرشان انجام شده است، این ۶۰ نوزاد به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب شدند و سپس به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفت. در گروه مداخله برنامه مراقبت خانواده محور در سه مرحله با حضور پژوهشگر و مادر در کنار نوزاد انجام شد و اضطراب مادران با استفاده از پرسشنامه استاندارد اضطراب اسپیل‌برگر مقایسه شد. در گروه کنترل مادران تحت مراقبت‌های معمول قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره اضطراب آشکار پنهان مادران در گروه مداخله  $3 \pm 49$  و در گروه کنترل  $3 \pm 51$  بوده است که با توجه به آزمون آماری اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین اضطراب در دو گروه وجود داشت ( $P < 0/0001$ ) (۵۷). برنامه آموزشی مورد استفاده در این مطالعه شامل آموزش طریقه اصولی دست شستن در بدو ورود به بخش و در هر تماس با نوزاد، توضیح درباره انکوباتور و نحوه کار با آن، طریقه تعویض ملافه و پوشک، تغییر وضعیت و جابجایی نوزاد به روش اصولی، طریقه شیردهی و تغذیه نوزاد به صورت عملی بود؛ به نظر می‌رسد بهتر بود قبل از شروع مطالعه

نیازسنجی انجام میشد و علل اضطراب والدین تاحدودی مشخص میشد و سپس بر اساس آن آموزش‌های لازم تعیین و اجرا میشد.

در یک مطالعه نیمه تجربی که توسط محقق و همکاران در تهران با عنوان "تأثیر حمایت زود هنگام بر استرس مادران نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، یک مطالعه نیمه تجربی" در بخش‌های نوزادان بیمارستان‌های شهید اکبرآبادی و مهدیه شهر تهران، از ۲۵ بهمن ۱۳۹۴ تا ۲۵ اردیبهشت ۱۳۹۵ که به طور تصادفی به سایت‌های مداخله و کنترل اختصاص داده شدند، انجام شد، بر اساس معیارهای ورود/خروج، ۶۸ نوزاد و مادر در بیمارستان شهید اکبرآبادی (کنترل) و ۷۵ نوزاد و مادر در بیمارستان مهدیه (مداخله) وارد مطالعه شدند. در زمان ترخیص، استرس مادر توسط ابزار استرس والدین: واحد مراقبت ویژه نوزادان<sup>۱</sup> اندازه‌گیری شد. در گروه مداخله، در حمایت اطلاعاتی، معنوی، تکریمی و عاطفی از مادران در NICU، مداخلات مختلفی پیش‌بینی شده بود که به تدریج از ابتدای ورود نوزاد به NICU، شروع و در سراسر اقامت در واحد نوزادان ادامه یافت و تا سه ماه از زمان تولد نوزاد پی‌گیری شد. گروه کنترل تحت مراقبت معمول قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که پس از تعدیل متغیرهای قبل از درمان، اختلاف میانگین تعدیل شده در نمره استرس نسبت به محیط NICU،  $0/55$  (تا  $0/89$  تا  $0/2$ ) با  $(P < 0/001)$  و نسبت به تغییر در نقش مادری،  $0/37$  (تا  $0/68$  تا  $0/06$ ) با  $(P = 0/02)$ ، نسبت به ظاهر و رفتار و درمان نوزاد،  $0/29$  ( $-0/43$  تا  $0/37$ ) با  $(P = 0/89)$  و نمره استرس کل  $0/25$  ( $0/58$  تا  $0/07$ ) با  $(P = 0/13)$  بود که نمره استرس نسبت به محیط NICU و تغییر نقش مادری، در گروه مداخله، نسبت به کنترل به شکل معنی‌داری کمتر بود (۴۵). اگر چه نتایج این مطالعه نشان از تأثیر مداخله بر کاهش و تغییر استرس مادر نسبت به محیط تکنولوژیک NICU داشت، ولی نتوانست استرس کلی و استرس نسبت به ظاهر، رفتار و درمان نوزاد را به طور

---

<sup>1</sup> PSS-NICU: Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit

معنی‌داری کاهش دهد، بنابراین بهتر است مطالعاتی با محوریت تکوین مداخلاتی اثرگذار در این حوزه طراحی شوند.

در مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط حیدرزاده و همکاران در سال ۱۳۹۴ در تبریز با عنوان "بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر استرس مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه یک مطالعه کارآزمایی بالینی" بر روی ۶۲ نوزاد و مادرشان انجام شده است، نمونه‌ها به صورت تصادفی با سکه انداختن به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. شرکت کنندگان در گروه مداخله برنامه آموزش آشناسازی با بخش را به صورت چهره به چهره به مدت ۳۰ دقیقه در ۳ جلسه فرا گرفتند. اطلاعات از طریق مقیاس سنجش استرس والدین جمع‌آوری شد و نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین (انحراف معیار) سن مادران در گروه مداخله (۷/۵۶) (۲۸/۲۵ و در گروه کنترل (۶/۱) (۲۸/۱۲) بود. علاوه بر این ۳۷/۵ درصد سن بارداری هنگام زایمان در هر دو گروه بیش از ۳۲ هفته بود. میانگین استرس والدین قبل از آموزش در دو گروه کنترل و مداخله به ترتیب (۰/۱۸) (۴/۶۲) و (۰/۳۷) (۴/۴۳) بود که تفاوت معناداری را نشان نداد و بعد از آموزش به ترتیب (۰/۳۸) (۴/۳۹) و (۰/۹) (۳/۴۱) بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنادار بوده است ( $P= ۰/۰۰۰۱$ )، علاوه بر این وزن نوزاد هنگام تولد و نوع تغذیه نوزاد و میزان استرس والدین ارتباط معناداری وجود داشت به طوری که با افزایش وزن نوزاد میزان استرس والدین کاهش می‌یافت ( $P < ۰/۰۵$ ) (۳۴). این مطالعه شباهت زیادی با هدف پژوهش حاضر دارد با این تفاوت که در این مطالعه تنها به بررسی تأثیر آموزش چهره به چهره بر استرس والدین پرداخته است، ولی در پژوهش حاضر تأثیر آموزش چهره به چهره و مجازی بر میزان توانمندی مادران در مشارکت در مراقبت و همچنین استرس آنها مورد بررسی قرار گرفت.

مطالعه علایی کرهودی و همکاران (۱۳۹۲) در مورد بررسی تأثیر ایجاد فرصت‌های توانمندسازی والدین بر مشارکت مادران در مراقبت از نوزادان نارس انجام شده است. این مطالعه



یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که بر روی ۹۰ مادر دارای نوزاد نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات پزشکی، بهداشتی درمانی اصفهان انجام شده است، در دو گروه مداخله و کنترل انجام شد. دو مرحله از برنامه ایجاد فرصت‌های توانمندسازی والدین با فاصله زمانی ۲ تا ۴ روز، برای مادران گروه مداخله اجرا گردید. توانمندسازی مادران در قالب نوار صوتی و کتابچه، همراه با کتاب کار مربوط به هر مرحله، به مادران انجام شد. میزان مشارکت مادران یک نوبت قبل از اجرای مداخله. یک نوبت ۲-۴ روز بعد (مرحله دوم) و ارزیابی نهایی ۴-۶ روز بعد سنجیده شد. تا ۴ روز بعد از پایان مرحله دوم نتایج نشان داد که میزان مشارکت مادران در گروه مداخله بسیار بیشتر از میزان مشارکت مادران در گروه کنترل بود. بر اساس نتایج پژوهش انجام شده، برنامه ایجاد فرصت‌های توانمندسازی والدین بر میزان مشارکت مادران تأثیر مثبت داشت و باعث افزایش میزان مشارکت مادران در گروه مداخله گردید (۷۴) در این مطالعه حجم نمونه قابل قبولی با توجه تعداد زیاد بخش ویژه در اصفهان به صورت انتخاب تصادفی استفاده شده است در این مطالعه مداخله طی دو مرحله و فقط با استفاده از کتابچه و نوار صوتی انجام و بررسی می‌شود که با توجه به محدودیت زمانی مناسب است. موقعیت‌های خاص مانند کمبود اعتماد به نفس، محدودیت‌های محیطی و اضطراب، و عدم اطمینان، می‌تواند مانع بروز رفتار تکاملی مادران شود.

در مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط باستانی و همکاران در سال ۱۳۹۰ در تهران با عنوان "تأثیر برنامه مراقبت مشارکتی در بخش مراقبت ویژه نوزادان بر اضطراب وضعیتی مادران دارای نوزاد نارس" بر روی ۱۰۰ مادر دارای نوزاد نارس (۳۰ تا ۳۷ هفته) مبتلا به سندرم دیسترس تنفسی بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان اکبرآبادی انجام شد؛ ۱۰۰ مادر به صورت تصادفی به ۲ گروه ۵۰ نفری آزمون و کنترل تقسیم شدند. برنامه مشارکتی برای گروه آزمون، در قالب یک جلسه اطلاع رسانی، حضور مادر و مشارکت در مراقبت از نوزاد اجرا شد.

امتیاز حاصل از اضطراب وضعیتی بر اساس مقیاس اشیپیل برگر، بر مبنای میانگین به بالا، اضطراب بالا و میانگین به پایین، اضطراب پایین، طبقه بندی شد. داده‌ها در قالب پیش آزمون (۲۴ ساعت پس از بستری نوزاد) و پس آزمون (زمان ترخیص) جمع‌آوری شده و مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان اضطراب مادران در دو گروه (کنترل =  $63/8 \pm 8/1$ ، آزمون =  $65/08 \pm 8/48$ ) قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد ( $p=0/84$ ) در حالی که بعد از مداخله میانگین اضطراب در گروه آزمون به  $29/96 \pm 6/31$  و در گروه کنترل به  $52/80 \pm 10/37$  کاهش یافت ( $p < 0/001$ ) به این معنی که مشارکت مادران در مراقبت از نوزاد نارس، در کاهش اضطراب مادری، موثر می‌باشد (۶۱). در این مطالعه تنها به بررسی مراقبت مشارکتی مادران بر روی اضطراب وضعیتی آنها پرداخته است و میزان مشارک مادران قبل از شروع مطالعه اندازه‌گیری نشده است و همچنین گروه‌های مداخله و کنترل بر اساس میزان مشارکت مادران همسان نشده بودند.

در یک مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط جعفری میانائی و همکاران در سال ۱۳۸۹ در اصفهان با عنوان "تاثیر برنامه «ایجاد فرصت‌های رشد والدین» بر میزان اضطراب و تنش مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان" بر روی ۹۰ نوزاد نارس و مادرهایشان انجام شد، این ۹۰ نوزاد به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند، برنامه ایجاد فرصت‌های رشد والدین یک برنامه آموزشی رفتاری چهار مرحله‌ای است که در پژوهش حاضر دو مرحله اول این برنامه، در گروه مداخله اجرا گردید و گروه کنترل از حمایت‌ها و مراقبت‌های معمول بخش برخوردار بود. میزان تنش و اضطراب مادران دو گروه، طی سه نوبت به فاصله ۲ تا ۴ روز از هر مرحله، سنجیده شد. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان تنش و اضطراب مادران در دو گروه قبل از اجرای مداخله تفاوت معنی‌دار نداشت، ولی بعد از انجام هر مرحله از برنامه، میزان تنش و اضطراب مادران در گروه مداخله ( $30/72 \pm 57/38$ ) کمتر از میزان تنش و اضطراب

مادران در گروه کنترل ( $30/87 \pm 10/8/82$ ) بود ( $P < 0.001$ ). برنامه ایجاد فرصت‌های رشد والدین، میزان اضطراب و تنش مادران دارای نوزاد نارس را کاهش می‌دهد. و همچنین شروع زودهنگام مداخله برای مادران و ارائه اطلاعات به صورت مکتوب همراه با کتاب کار، تاثیر مثبتی بر وضعیت روانی آنان خواهد گذاشت (۷۵). این مطالعه تنها به بررسی تاثیر یک برنامه «ایجاد فرصت‌های رشد والدین» پرداخته است در صورتی که اضطراب و تنش مادران نوزادان نارس عوامل متعدد و زیادی دارد.

در مطالعه نیمه تجربی که توسط خواجه و همکاران در سال ۱۳۸۹ در تهران با عنوان "تأثیر برنامه‌ی توانمندسازی والدین بر عقاید آنان در مورد نقش والدینی، رفتارها و ویژگی‌های نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه" بر روی ۶۵ نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان و والدینشان انجام 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 مداخله، اطلاعاتی راجع به فعالیت‌های رفتاری و ظاهر و ویژگی‌های نوزادان نارس و چگونگی ایفای بهتر 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. نتایج این مطالعه نشان داد که عقاید مادران در مورد نقش والدینی خود و ویژگی‌ها و رفتارهایی که از نوزادشان در زمان بستری انتظار داشتند، در گروه برنامه توانمندسازی والدین ( $23/27 \pm 5/09$ )، در مقایسه با عقاید مادران گروه کنترل ( $19/23 \pm 4/99$ )، 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 ( $4/34 \pm 24$ )، در مقایسه با عقاید پدران گروه کنترل ( $4/66 \pm 17/2$ )، بالاتر بود ( $p < 0/001$ ) (۷۶). از نقاط قوت این مطالعه بررسی عقاید والد مادر و پدر به صورت همزمان می‌باشد زیرا در اکثر مطالعات فقط بر روی والد مادری تمرکز شده است و همچنین استفاده از پرسشنامه‌ی استاندارد عقاید والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان می‌باشد. از نقاط ضعف در این مطالعه می‌توان به عدم بررسی تاثیر توانمندسازی بر مشارکت مادران و اضطراب زمان ترخیص اشاره کرد، در حالی که در پژوهش حاضر به آن پرداخته شده است.

## مطالعات خارجی

در یک مطالعه کیفی که توسط استلواگن<sup>۱</sup> و همکاران در آمستردام هلند در سال ۲۰۲۰ با عنوان "تجارب والدین با مدل مراقبت تلفیقی از زایمان و نوزادان که برای توانمندسازی والدین طراحی شده است" به منظور کشف تجارب والدین بستری در بخش تلفیقی زایمان و نوزادان که برای توانمندسازی والدین با ارائه مراقبت‌های یکپارچه خانواده (FICare<sup>۲</sup>) به مادر-نوزاد در اتاق‌های تک خانواده طراحی شده است، در یک بخش تلفیقی سطح ۲ زایمان و نوزادان که برای توانمندسازی والدین در یک بیمارستان آموزشی در آمستردام، هلند طراحی شده است، انجام شد؛ مراقبت‌های زایمانی و نوزادی، از جمله مراقبت‌های بسیار پیچیده، به مادر-نوزاد در اتاق‌های تک خانواده طبق اصول FICare ارائه شد. شرکت‌کنندگان شامل ۲۷ مادر و ۹ پدر نوزادانی که حداقل ۷ روز در بیمارستان بستری بودند. در این مطالعه چهار بحث گروهی متمرکز و هشت مصاحبه نیمه‌ساختار یافته را ۱ تا ۳ ماه پس از ترخیص نوزاد برگزار کردند و سپس به بررسی اینکه کدام تجربیات (مکانیسم‌ها) جنبه‌های توانمندسازی والدین (پیامدها) را تحت چه شرایط خاصی از زیرساخت‌های یکپارچه (زمینه‌ها) تسهیل یا مانع شده است، پرداختند. برای تجزیه و

---

<sup>1</sup> Stelwagen

<sup>2</sup> family-integrated care

تحلیل داده‌ها از مدل ارزیابی واقع‌گرایانه استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل‌ها پنج موضوع توانمندسازی والدین (پیامد) را نشان داد: احساس احترام، به دست آوردن ابزارهای خود مدیریتی، بینش در مورد وضعیت نوزاد، کنترل درک شده، و خودکارآمدی. برای هر موضوع، شرکت‌کنندگان تجربیات (مکانیسم‌های) تسهیل‌کننده و ممانعت‌کننده را گزارش کردند که از ترکیب اتاق‌های تک‌خانواده، مراقبت از مادر-نوزاد، اتاق‌دهی و FICare (زمینه‌ها) آغاز و تحت‌تأثیر قرار گرفتند. نزدیکی فیزیکی نامحدود به نوزادانشان، ۲۴ ساعت در روز، در یک محیط خصوصی امن، تجربیات یادگیری فشرده‌ای را برای والدین از طریق مشارکت فعال در مراقبت ارائه داد. این به والدین کمک کرد تا در زمان ترخیص استقلال داشته باشند، اما چالش‌هایی مانند تضاد قدرت با کارکنان، اولویت دادن به مراقبت از خود، خواهر و برادر یا نوزاد؛ احساس انزوا؛ و کمبود خواب را نیز ایجاد کرد (۷۷). نتایج حاصل از این مطالعه در پیدا کردن نیازهای والدین نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه بسیار کمک‌کننده می‌باشد، و منجر به توجه بیشتر به تمامی جوانب توانمندسازی در این گروه جمعیتی می‌شود.

مطالعه یونگ فنگ چن<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) در مورد بررسی تأثیر یک مداخله آموزشی بر آمادگی والدین برای ترخیص زودرس نوزاد از بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان. یک مطالعه نیمه تجربی که بین اکتبر ۲۰۱۱ تا مارس ۲۰۱۲ انجام شد. ۱۵۴ والدین نوزاد نارس از بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در دو بیمارستان درجه سوم در مرکز چین بصورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. والدین در گروه مداخله دو جلسه آموزش ۶۰ دقیقه‌ای یک هفته قبل از ترخیص همراه با مراقبت‌های معمول در بیمارستان دریافت کردند. والدین در گروه کنترل فقط تحت مراقبت‌های معمول بیمارستان قرار گرفتند. طبق نتایج آمادگی والدین برای ترخیص زودرس نوزاد در حد متوسط بود. و آموزش ترخیص می‌تواند آمادگی والدین

---

<sup>1</sup> Yongfeng Chen

را برای ترخیص زودرس نوزاد بهبود بخشید (۷۸). در این مطالعه دو جلسه آموزش در زمان ترخیص اگر طی زمان روزهای ابتدایی بستری تقسیم‌بندی می‌شد احتمالاً والدین زودتر برای ترخیص آمادگی پیدا می‌کردند. محتوی آموزش بر اساس برنامه توانمندسازی ملنیک و همکاران تهیه شده بود که تاثیر مناسب داشت. و آموزش توسط خود پژوهشگر که در بخش ویژه نوزادان آموزش دیده بود ارائه شد که می‌تواند در نتایج تأثیر بالایی داشته باشد.

در مطالعه‌ای که توسط شین<sup>۱</sup> و همکاران در کره جنوبی در سال ۲۰۱۶ با عنوان "تأثیر برنامه توانمندسازی مادر بر استرس، اضطراب، افسردگی و اعتماد به نفس والدین در مادران نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان" انجام شد، در مجموع ۴۴ مادر نوزاد نارس در دو گروه آزمایش یا کنترل (هر کدام ۲۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش مراقبت‌های معمول پرستاری و ۷ جلسه برنامه توانمندسازی را دریافت کردند. گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. این برنامه از ژوئن تا دسامبر ۲۰۱۶ در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان وابسته به دانشگاه K در دایگو، کره اجرا شد. متغیرهای پیامد اندازه‌گیری شده عبارت بودند از استرس والدین (PSS: NICU)، اضطراب (STAI)، افسردگی (CES-D) و اعتماد به فرزند. نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه توانمندسازی مادر می‌تواند ابزار مؤثری برای کاهش استرس و افسردگی والدین و همچنین افزایش اعتماد به نفس والدین در مادران نوزاد نارس باشد. نمرات استرس والدین ( $p=0/004$  و  $t=3/07$ ) و افسردگی ( $F=3/76$ ،  $p=0/26$ ) در گروه آزمایش به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. اما تفاوت معنی‌داری در اضطراب بین گروه‌ها مشاهده نشد ( $F=0/79$  و  $p=0/505$ ). نمرات اطمینان والدین ( $F=9/05$ ،  $p=001/0=p$ ) در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود (۷۹). تعداد بالای جلسات توانمندسازی نتایج مناسبی را رقم زد، در صورتیکه که قبل از شروع جلسات نیازسنجی صورت می‌گرفت و علل اضطراب و استرس

---

<sup>1</sup> Shin

مادران مشخص می‌شد و آموزش‌ها بر اساس آنها تعیین می‌شد، نتایج جامع‌تری بدست می‌آمد. همچنین تعداد نمونه در هر گروه (۲۲ نفر) کم بود که بر تحلیل آماری و تعمیم داده‌ها مؤثر بوده است.

ملنیک<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۶ مطالعه‌ای را با هدف بررسی اثر بخشی برنامه آموزشی-رفتاری (ایجاد فرصت برای توانمندسازی والدین) به منظور افزایش تعامل والدین با نوزاد و نتایج بهداشت روانی بر والدین و هدف نهایی بهبود نتایج رشد و رفتار کودک طراحی نمودند. یک مطالعه کنترل شده تصادفی با ۲۶۰ خانواده دارای نوزادان نارس در طول سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ در بخش مراقبت ویژه نوزادان دو بخش در شمال شرق ایالات متحده انجام شد. والدین در طول زمان بستری، ۷ روز پس از ترخیص نوزاد، و در سن ۲ ماهگی به بیان حالات و احساسات خود پرداختند. همه شرکت‌کنندگان ۴ جلسه مداخله به صورت ارایه فایل صوتی نوار کاست و متون مکتوب داشتند. استرس، افسردگی، اضطراب، و باورهای والدین و طول اقامت در بخش مراقبت ویژه نوزادان اندازه‌گیری شد. مادران در ایجاد فرصت برای برنامه توانمندسازی والدین استرس قابل توجهی کمتری را گزارش نمودند. نوزادان گروه مداخله در برنامه توانمندسازی والدین ۳/۸ روز کوتاه‌تر از سایر نوزادان اقامت داشتند. با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اجرای برنامه مداخله آموزشی-رفتاری برای والدین در اوایل زمان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان می‌تواند نتایج سلامت روان پدر و مادر را بهبود بخشد، تعامل پدر و مادر و نوزاد را افزایش داده، و مدت زمان بستری را کاهش دهد (۸۰). روش کار این مطالعه با توجه به زمان انجام آن مناسب است. روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه هم مناسب است.

در مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط ملنیک و همکاران در سال ۲۰۰۶ در نیویورک با عنوان " اضطراب و افسردگی مادر پس از ترخیص نوزاد نارس از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان،

---

<sup>1</sup> Melnyk

اثرات توضیحی برنامه ایجاد فرصت‌ها برای توانمندسازی والدین<sup>۱</sup> به منظور آزمایش یک مدل نظری که فرآیندهای که از طریق آن یک برنامه مداخله آموزشی-رفتاری (ایجاد فرصت‌هایی برای توانمندسازی والدین COPE) بر اضطراب و افسردگی مادران ۲ ماه پس از ترخیص نوزادان نارس خود از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان تأثیر می‌گذارد را بررسی می‌کند، انجام شد؛ تجزیه و تحلیل ثانویه با استفاده از داده‌های یک کارآزمایی تصادفی‌سازی و کنترل‌شده با ۲۴۶ مادر نوزادان نارس با وزن کم که به‌طور تصادفی در شرایط COPE یا کنترل دارونما قرار گرفتند، انجام شد. اندازه‌گیری‌ها شامل استرس مادر در NICU، اضطراب و افسردگی مادران و باورهای مادران در مورد نوزاد و نقش آنها بود. ناظران کور شده<sup>۱</sup> برای وضعیت گروه مطالعه نیز کیفیت تعامل مادر و نوزاد را در NICU ارزیابی کردند. مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که مدل آزمایش شده برازش معقولی را با داده‌ها ارائه می‌کند ( $p = 0.004$ ). مشارکت در COPE به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، از طریق ارتباط با افزایش باورهای مادر و افسردگی و اضطراب کمتر مادر در NICU، مربوط به کاهش افسردگی و اضطراب مادران پس از بیمارستان بود. شرکت در برنامه COPE همچنین با نمرات بالاتر تعامل مادر و نوزاد همراه بود و نهایتاً اجرای COPE می‌تواند اضطراب و افسردگی مادر پس از ترخیص را کاهش دهد، که ممکن است نتایج را برای مادران و نوزادان نارس بهبود بخشد (۸۱). در این مطالعه یک مدل نظری مورد آزمایش قرار گرفته است که نتایج حاصل از آن به درک و روشن شدن مفهوم و اهمیت توانمندسازی کمک شایانی کرده است و راه را برای مطالعات آتی هموار نموده است.

از مطالعات ذکر شده در بالا جهت تکمیل پیشینه پژوهشی استفاده گردید. با توجه به اینکه اکثریت مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور به اهمیت و اثربخشی توانمندسازی بر والدین نوزادان بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان پرداخته‌اند و جنبه‌های متفاوتی

---

<sup>1</sup> Blind



مانند تاثیر توانمندسازی بر افزایش تعامل والدین با نوزاد، استرس و اضطراب والدین دارای نوزاد نارس، تاب‌آوری مادران نوزدان بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، مدت اقامت و میزان بستری مجدد، اعتماد به نفس والدین، خودکارآمدی مادران، و درمورد عقاید والدین در مورد نقش والدینی، رفتارها و ویژگی‌های نوزادان؛ همچنین پژوهش‌هایی در رابطه با تأثیر حمایت زود هنگام بر استرس مادران نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و تأثیر برنامه مراقبت مشارکتی در بخش مراقبت ویژه نوزادان بر اضطراب وضعیتی مادران دارای نوزاد نارس انجام شده است. در این بین چند مطالعه نیز به بررسی تاثیر توانمندسازی بر میزان مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد انجام شده است اما تاکنون در رابطه با اضطراب والدین در زمان ترخیص که می‌تواند تا سال‌ها والدین و کودک را در معرض مشکلات عدیده‌ای قرار دهد، پژوهشی صورت نگرفته است و به این مهم پرداخته نشده است. در رابطه با دو مطالعه‌ای که به بررسی تاثیر توانمندسازی بر مشارکت والدین در نگهداری از نوزادان انجام شده است نیز با توجه به اینکه مطالعات دارای نواقصی بودند در این مطالعه تلاش شده است که به صورت وسیع‌تری به این موضوع پرداخته شود و نواقص مطالعات قبلی تصحیح گردید.

**فصل سوم**

**روش شناسی پژوهش**

در این فصل به شرح کامل روش انجام مطالعه شامل نوع پژوهش، جامعه پژوهش، نمونه پژوهش، مشخصات واحدهای پژوهش، حجم نمونه و روش محاسبه آن، روش نمونه گیری، محیط پژوهش، ابزار گردآوری داده‌ها، تعیین اعتبار و پایایی ابزارها، روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش پژوهش محدودیت‌های پژوهش و رعایت اصول اخلاقی پژوهش پرداخته شده‌است.

### ۳-۱- نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد.

### ۳-۲- جامعه پژوهش

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش، مادران دارای نوزاد بستری در بخش ویژه نوزادان بیمارستان طالقانی بودند.

### ۳-۳- نمونه پژوهش

نمونه مورد مطالعه در این پژوهش، مادرانی هستند که حداقل به مدت یک هفته و حداکثر یک ماه نوزاد بستری در بخش ویژه نوزادان بیمارستان طالقانی داشتند و نوزاد آن‌ها دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند.

### ۳-۴- مشخصات واحدهای پژوهش

#### ۳-۴-۱- معیارهای ورود

(۱) سن مادر بالاتر از ۱۵ سال

(۲) توانایی خواندن و نوشتن

(۳) عدم ابتلا به بیماری جدی روانی یا جسمی گزارش شده از خود

(۴) عدم سابقه بستری نوزاد در بخش ویژه

(۵) داشتن نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان به دلایلی غیر از

ناهنجاری‌های مادرزادی و شرایط تهدیدکننده زندگی ( به علت نیاز داشتن به شرایط خاص آموزش و همچنین طولانی تر بودن مدت زمان آموزش ).

(۶) بستری بودن نوزاد به مدت بیشتر از یک هفته در بخش ویژه مراقبت نوزادان

(۷) آشنایی و دسترسی به فضای مجازی اینترنت و شبکه‌های اجتماعی و

داشتن گوشی هوشمند اندروید برای گروه آموزش مجازی.

### ۳-۴-۲ معیار خروج

(۱) ترخیص نوزادان قبل از اتمام برنامه آموزشی (کمتر از یک هفته)

(۲) عدم رضایت والدین برای ادامه مشارکت در هر مرحله از برنامه

(۳) اعزام نوزاد به مراکز درمانی دیگر قبل از یک هفته بستری

(۴) فوت نوزاد

(۵) عدم شرکت در تمامی جلسات آموزشی

(۶) سابقه داشتن نوزاد نارس

### ۳-۵-۳ حجم نمونه و روش محاسبه آن

اندازه نمونه با  $\alpha = 5\%$  و  $\beta = 10\%$  بر اساس تحقیقات قبلی (۷۳)، انحراف معیار نمرات

اضطراب را  $\sigma = 8$  برآورد نموده‌اند. از فرمول زیر به تعداد ۴۱ نفر در هر گروه تعیین شد. میزان

۱۵ درصد (۱۲ نفر) برای ریزش نمونه‌ها در نظر گرفته شد که جمعا تعداد نمونه‌ها ۹۴ نفر شد،

به عبارتی ۴۷ نفر در هر گروه.

$$n_r = \left(1 + \frac{1}{k}\right) \left[ \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})\sigma}{(\mu_1 - \mu_2)} \right]^2 \quad \text{با فرض } n_1 = kn_2$$

### ۳-۶- روش نمونه‌گیری

از بین مادران مراجعه کننده به NICU بر اساس فرمول حجم نمونه تعداد ۹۴ نفر در دو گروه مداخله قرار گرفتند. نمونه‌ها از طریق مطالعه‌ی هر پرونده و معیارهای ورود قابل تشخیص بودند و در بخش حضور داشتند. به این ترتیب که به صورت در دسترس انتخاب و به روش بلوک تصادفی انتخاب شدند. جهت جلوگیری از تبادل اطلاعات بین دو گروه مداخله، آموزش دو گروه هم‌زمان نبود به این ترتیب که ابتدا آموزش چهره به چهره انجام شد و پس از ترخیص آخرین نمونه از گروه آموزش چهره به چهره، نمونه‌گیری از گروه آموزش مجازی انجام شد. یکنواخت سازی نمونه‌ها در هر دو گروه چهره به چهره و مجازی نیز بصورت زیر گروه مادران نوزادان رسیده و نارس انجام شد. سپس نمونه‌ها بصورت متناوب آموزش داده شدند.

### ۳-۷- محیط پژوهش

بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان آیت الله طالقانی شهرستان ایلام

### ۳-۸- ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دموگرافیک مادران و نوزادان، چک لیست مشارکت مادران و پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر<sup>۱</sup> بود.

---

<sup>1</sup> Spielberger

### ۳-۸-۱- پرسشنامه دموگرافیک مادران و نوزادان

در پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، موارد مربوط به مادران شامل سوابق در مورد سن، تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، وضعیت بیمه، میزان درآمد ماهیانه، رتبه زایمان، دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، سابقه فشارخون بالا و پره آکلامسی، سابقه خونریزی غیر طبیعی در بارداری و دردهای زودرس زایمانی می‌باشد. پرسشنامه‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی نوزاد شامل تاریخ تولد، وزن هنگام تولد، جنس، سن بارداری هنگام تولد، نوع زایمان، مدت وصل بودن به دستگاه‌های کمک تنفس، آپگار بدو تولد، تاریخ پذیرش و تاریخ ترخیص بود که توسط محقق و با پرسش از مادر و پرونده پزشکی نوزاد تکمیل شد. برای پرسشنامه جمعیت شناختی در مطالعه علایی کرهودی (۱۳۹۶) از روش روایی کیفی محتوی استفاده شد، پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۵ نفر از اساتید قرار داده شد و پیشنهادات ایشان اعمال گردیده است (۸۲).

### ۳-۸-۲- چک لیست مشارکت مادران

این ابزار توسط ملنیک و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی و در بخش‌های اطفال و مراقبت ویژه اطفال، به منظور سنجش میزان مشارکت مادران مورد استفاده قرار گرفته است (۳۸). سوالات این پرسشنامه به صورت گزینه‌ای است و هر چه تعداد گزینه‌های بیشتری به عنوان مراقبت انجام شده توسط والدین انتخاب شود یعنی مشارکت بیشتری داشته‌اند. در این پرسشنامه ۲۵ فعالیتی که والدین می‌توانند برای نوزاد خود انجام دهند لیست شده و از والدین خواسته می‌شود هر فعالیتی در ۴۸ ساعت گذشته انجام داده‌اند را مشخص کنند. این فعالیت‌ها عبارتند از مراقبت‌های معمول و رایج، مراقبت‌های اولیه مرتبط با بیماری، مراقبت‌های عاطفی و تکاملی، جستجوی اطلاعات و مشارکت در مراقبت به عنوان حامی یا تصمیم گیرنده همچنین یک سوال باز در پایان پرسشنامه وجود دارد و بر اساس آن در صورتی که والدین هر فعالیت دیگری انجام

داده‌اند می‌توانند در این قسمت ثبت کنند. کسب امتیاز کمتر از ۹ بیانگر مشارکت کم، امتیاز

۹-۱۸ مشارکت متوسط و امتیاز بیش از ۱۸ بیانگر مشارکت زیاد می‌باشد

### ۳-۸-۳- پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط اشپیل برگر طراحی و در سال ۱۹۸۳ بازبینی گردید.

پرسشنامه اضطراب موقعیتی - خصیصه ای شامل ۴۰ سؤال با نمره‌دهی لیکرت می‌باشد، که بیست

سؤال آن مربوط به زیرمقیاس اضطراب موقعیتی، یعنی احساسی که فرد در حال حاضر دارد و بیست

سؤال آن مربوط به زیرمقیاس اضطراب خصیصه‌ای، یعنی اضطراب زمینه‌ای فرد یا آمادگی او برای

مضطرب بودن می‌باشد. در پاسخ به حالت اضطراب تعداد گزینه‌هایی برای هر عبارت وجود دارد که

نمونه‌ها باید گزینه‌ای و کلمه به بهترین وجه شدت احساسات آن‌ها را بیان می‌کنند. این گزینه‌ها

عبارتند از ۱. خیلی کم ۲. کم ۳. زیاد ۴. خیلی زیاد و برای عبارت‌هایی که عدم اضطراب را نشان

می‌دهند به صورت معکوس است (نمره‌گذاری بین ۸۰- ۲۰ است). در مقیاس اضطراب موقعیتی،

نمره ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، نمره ۳۲ تا ۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳ تا ۵۳ اضطراب

متوسط به بالا، نمره ۵۴ تا ۶۴ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۵ تا ۷۵ اضطراب شدید و نمره ۷۶ تا ۸۰

اضطراب بسیار شدید را نشان می‌دهند. در حالی که در مقیاس اضطراب خصیصه‌ای نمره ۲۰ تا ۳۱

اضطراب خفیف، نمره ۳۲ تا ۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳ تا ۵۲ اضطراب متوسط به بالا،

نمره ۵۳ تا ۶۲ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۳ تا ۷۲ اضطراب شدید و نمره ۷۳ تا ۸۰ اضطراب بسیار

شدید را نشان می‌دهند. روایی و پایایی علمی پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر در ایران توسط خدایاری

فرد در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. میزان پایایی در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان براساس آلفای

کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ به دست آمد (۴۱). در مطالعه جعفری میانایی (۱۳۹۱)

همسانی درونی برای زیر مقیاس اضطراب موقعیتی ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس اضطراب خصیصه‌ای

۰/۸۷ به دست آمده است (۷۴). پایایی ابزار اشپیل برگر در مطالعه لیلا ولی زاده و همکاران با ضریب

آلفای کرونباخ، برای هر دو مقیاس ۰/۸۰ می‌باشد (۸۳).

### ۳-۹- روش پژوهش و گردآوری داده ها

دراین مطالعه پژوهشگر پس از کسب مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایلام به شماره IR.MEDILAM.REC.1400.156 تاریخ ۱۴۰۰/۰۸/۲۳ و معرفی نامه از معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، پژوهشگر خود را به مدیریت بیمارستان طالقانی شهر ایلام معرفی نموده و مجوز انجام پژوهش را به ایشان ارائه نمود و پس از آن به مترون و سپس به مسئول بخش مراقبت ویژه نوزادان تحویل داده شد و هدف و نحوه انجام پژوهش را برای ایشان تشریح نمود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا نوزادانی که ویژگی‌های ورود به پژوهش را داشتند مشخص شدند، سپس پرونده پزشکی والدین آنها مورد بررسی قرار گرفت و در صورتی که مادران نیز شرایط اولیه ورود به پژوهش را داشتند، پژوهشگر خود را به ایشان معرفی کرده و در صورت رضایت مادران به شرکت در مطالعه، زمان آموزش و نحوه‌ی آن توسط پژوهشگر توضیح داده شد. از بین بیماران مراجعه‌کننده به بخش ویژه نوزادان بر اساس فرمول حجم نمونه تعداد ۹۴ نفر که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و روش بلوک تصادفی (یکنواخت سازی به صورت دو زیر گروه مادران نوزادان نارس و رسیده) انتخاب شد. ابتدا نمونه‌گیری گروه چهره به چهره و بعد نمونه‌گیری گروه مجازی انجام شد. که در آخر برنامه آموزشی ۱۲ نفر بنابر معیارهای خروج (۶ نفر از گروه چهره به چهره و ۶ نفر از گروه آموزش مجازی به دلیل ترخیص نوزادان قبل از اتمام برنامه آموزشی (کمتر از یک هفته) اعزام نوزاد به مراکز درمانی دیگر قبل از یک هفته بستری و عدم شرکت در تمامی جلسات آموزشی از برنامه حذف شدند.



اهداف و روش‌های مطالعه متناسب با سطح دانش، مشارکت داوطلبانه، محرمانه بودن داده‌ها و حق انصراف از مطالعه در هر مرحله توضیح داده شد. همچنین برنامه آموزشی براساس نیازهای آموزشی مادران تکمیل شد. نیازهای همه مادران با توجه به تجربه کار در بخش، و چک لیست مشارکت که قبل آموزش در اختیار مادران گذاشته شده بود، قابل تشخیص و قابل آموزش با کتابچه بود. محتوی آموزش با استفاده از منابع معتبر موجود مانند کتابچه فرصت‌های توانمندسازی مادران و مطالعات مشابه تهیه شد و محتوی آموزش مجازی دقیقاً منطبق با آموزش چهره به چهره بود.

با توجه به بار کاری زیاد در شیفتهای صبح، از ساعت ۲ بعد از ظهر به بعد آموزش چهره به چهره در کنار تخت نوزاد هر مادر انجام شد. در بیمارستان اتاق استراحت مادران با فضای مناسب و امکانات کافی، وجود داشت که در صورت عدم تمایل مادر در بخش و یا شلوغی بخش مورد استفاده قرار می گرفت. در آموزش یک ساعته روز سوم و روز چهارم جهت جلوگیری از فشرده نبودن محتوای آموزش به ازای هر ۱۵ دقیقه ۳۰ دقیقه به مادران استراحت داده شد.

الف) جلسه اول آموزش: روز سوم بستری نوزاد انجام شد. قبل از اجرای مداخله مربوط به این مرحله، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به مادر و نوزاد و چک لیست مشارکت و پرسشنامه اضطراب با همکاری مادر تکمیل گردید. مرحله اول کتابچه توانمندسازی بصورت آموزش چهره به چهره طی آموزش یک ساعته انجام شد. آموزش‌ها شامل (مراقبت هم آغوشی، ماساژ نوزاد، تغذیه نوزاد، تفاوت نوزاد نارس و رسیده، تعویض پوشاک، نشانه‌های بی قراری نوزاد) در کنار تخت نوزاد هر مادر انجام شد و پس از پایان آموزش کتاب کار مرحله ی اول کتابچه توسط مادران تکمیل شد.

ب) جلسه دوم آموزش: روز چهارم بستری نوزاد اجرا شد. مرحله دوم و سوم کتابچه بصورت آموزش چهره به چهره طی یک ساعت انجام شد. شامل (علائم تحریک نوزاد، نحوه کمک گرفتن

از دیگران، نحوه تعویض لباس نوزاد، نگرانی‌های ترخیص، آمادگی ترخیص، نحوه آرام کردن نوزاد، حمام دادن نوزاد) پس از پایان آموزش، کتاب کار مرحله دوم و سوم کتابچه توسط مادران تکمیل شد.

ج: روز پنجم و ششم پس از جلسه دوم آموزش، پرسشنامه مشارکت مادران در اختیار ایشان قرار گرفت و نمرات والدین ثبت شد.

د: پرسشنامه اضطراب توسط مادران در روز ترخیص نوزاد از بخش ویژه نوزادان که توسط پزشک معالج تعیین و با توجه به شرایط بالینی قابل پیش بینی بود، تکمیل گردید.

برای گروه آموزش مجازی برنامه توانمندسازی بصورت فیلم آموزشی مولتی مدیا مشابه با محتوای کتابچه آموزشی به روش الکترونیکی از طریق یکی از شبکه‌های مجازی داخلی یا خارجی (واتساپ، تلگرام و سایر شبکه‌های مجازی داخلی) براساس در دسترس بودن و به انتخاب خود مادر برای وی ارسال شد. آموزش‌ها به مدت ۲ جلسه در هفت قسمت (هر کدام به مدت ۱۲۰-۱۵۰ ثانیه) در روز سوم و چهارم بستری نوزادان و در ساعاتی که از قبل به اطلاع مادران رسیده است برای آنان ارسال شد و همچنین برای اطمینان از دریافت و مشاهده محتوای آموزشی و تکمیل مراحل کتاب کار از آنان خواسته شد که از طریق ارسال یک پیام مجازی بازخورد مناسب دهند. روز پنجم و ششم مجدداً چک لیست مشارکت توسط مادران تکمیل شد. پرسشنامه اضطراب نیز در زمان ترخیص نوزاد توسط مادران تکمیل شد. سپس فرم‌های پرسشنامه‌ای بعد از پایان هر مداخله توسط پژوهشگر طبق دستورالعمل پرسشنامه‌ها تکمیل و نمره‌دهی انجام شد. مرحله‌ی نمونه‌گیری و آموزش از آبان ماه ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ماه سال ۱۴۰۱ به طول انجامید و سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار ورژن ۲۴ SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ۳-۱۰-۱- تعیین اعتبار و پایایی ابزار

#### ۳-۱۰-۱- پرسشنامه دموگرافیک مادران و نوزادان

برای پرسشنامه جمعیت شناختی از روش روایی محتوا استفاده شد که به این منظور، پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ نفر از اساتید قرار داده شد و پیشنهادات ایشان اعمال گردید.

#### ۳-۱۰-۲- چک لیست مشارکت مادران

در مطالعه علایی کرهرودی و همکاران (۱۳۹۶، ۱۳۹۲)، اعتبار محتوی مقیاس مشارکت والدین، ۸۶٪ و ۰/۹۹ محاسبه شد (۷۲، ۸۴). پایایی ابزار نیز در مطالعه میانایی و همکاران (۱۳۹۲) ۰/۹۰ و در مطالعه ملنیک و همکاران (۲۰۰۷) ۰/۸۵ به دست آمد (۸۰، ۸۴). جهت تعیین روایی ابزار مشارکت والدین نوزاد از روش روایی صوری استفاده شد. این ابزار توسط ۱۵ نفر از صاحب نظران شامل پنج نفر از اساتید هیات علمی دانشکده پرستاری شهید بهشتی، پنج نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دو نفر پزشک فوق تخصص نوزادان و سه نفر از پرستاران با سابقه بخش مراقبت ویژه نوزادان مورد بررسی قرار گرفت و هیچ تغییر خاصی داده نشد و هیچ عبارتی حذف و یا اضافه نشد. شاخص روایی محتوایی این ابزار در مطالعه علایی و همکاران (۱۳۸۸) ۹۹ درصد به دست آمده است (۷۴، ۸۲). برای سنجش پایایی ابزار شاخص مشارکت مادران نوزادان از روش پایایی همسانی درونی آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان پایایی در ابزار شاخص مشارکت مادران ۰/۸۹ به دست آمد. جهت تعیین روایی ابزار شاخص مشارکت مادران نوزادان، از روش روایی محتوا استفاده شد. این ابزار در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران شامل پنج نفر از اساتید هیات علمی دانشکده پرستاری علوم پزشکی ایلام، پنج نفر متخصص و فوق تخصص کودکان و نوزادان داده شد، و نظرات اصلاحی آنها اعمال گردید.

#### ۳-۱۰-۳- پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر

روایی و پایایی علمی پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر در ایران توسط خدایاری فرد در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. میزان پایایی در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان براساس آلفای کرونباخ به

ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ به دست آمد (۴۱). در مطالعه جعفری میانایی (۱۳۹۱) همسانی درونی برای زیر مقیاس اضطراب موقعیتی ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس اضطراب خصیصه‌ای ۰/۸۷ به دست آمده است (۷۴). پایایی ابزار اشیپیل برگر در مطالعه لیلا ولی زاده و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ، برای هر دو مقیاس ۰/۸۰ می‌باشد (۸۳).

جهت تعیین روایی پرسشنامه اضطراب از روش روایی محتوا استفاده شد. این ابزار در اختیار ۱۰ نفر از صاحب‌نظران شامل پنج نفر از اساتید هیات علمی دانشکده پرستاری علوم پزشکی ایلام، پنج نفر متخصص و فوق تخصص کودکان و نوزادان داده شد، و نظرات اصلاحی آنها اعمال گردید. برای سنجش پایایی پرسشنامه اضطراب از روش پایایی همسانی درونی آلفای کرونباخ استفاده شد. میزان پایایی در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان براساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۸ و ۰/۹۱ به دست آمد.

محتوای آموزشی بر اساس اولویت‌های مورد نیاز مادران و با استفاده از منابع معتبر موجود مانند کتابچه فرصت‌های توانمندسازی مادران و مطالعات مشابه تهیه شد و پس از تأیید روایی محتوایی توسط ۱۰ نفر از اساتید هیات علمی (متخصصین اطفال و اعضا هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی) مورد استفاده قرار گرفت و محتوی آموزش مجازی فیلم دقیقاً منطبق با آموزش چهره به چهره می‌باشد.

### ۳-۱۱- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل، پس از ورود داده‌ها در نرم افزار **SPSS V.24** پس از حذف داده‌های پرت، از آمار توصیفی (فراوانی و درصد برای داده‌های کیفی، میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی استفاده شد و با توجه به نوع متغیرها از

آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل، تی زوجی و ks و آنالیز کوواریانس استفاده شد. سطح معنی داری برای آزمون‌ها ( $P < 0,05$ ) در نظر گرفته شد.

### ۳-۱۲- محدودیت‌های پژوهش

عدم تمایل به همکاری شرکت‌کنندگان به دلیل نداشتن پیوند و دلبستگی و کمبود اعتماد به نفس می‌تواند به عنوان موضوعات عاطفی مادر در نظر گرفته شود که ممکن است تحت تأثیر متغیرهایی مانند تحصیلات، تعداد فرزندان، سن یا وزن نوزادان قرار نگیرد.

راهکار: با توجه به تأثیر مهمی که حمایت اجتماعی از طرف همسر بر بهبود پیامدهای مادری-فرزندی دارد، پیشنهاد شد (کتابچه، فیلم آموزشی) جهت افزایش آگاهی مراقبت از نوزاد در اختیار همسران نیز قرار داده شود.

عدم آمادگی بخش برای پذیرش مادران و تسهیل آسایش آن‌ها می‌توانست بر مشارکت مادران تأثیر بگذارد.

راهکار: سنجش میزان مشارکت مادران و میزان اضطراب در شیفت عصر و شب که بخش شرایط آرام‌تری دارد انجام شد.

عدم آشنایی کامل (نداشتن تسلط کافی) برخی از مادران با شیوه استفاده از اینترنت و شبکه‌های مجازی.

راهکار: آموزش شیوه استفاده از اینترنت و شبکه‌های مجازی توسط پژوهشگر.

### ۳-۱۳- رعایت اصول اخلاقی پژوهش

- ۱- کد اخلاق از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام گرفته شد.
- ۲- اطلاعات دریافتی از شرکت کنندگان کاملاً محرمانه بوده و نتایج به صورت کلی گزارش شد.
- ۳- شرکت کنندگان هر زمانی که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند.
- ۴- رضایت نامه کتبی از شرکت کنندگان جهت انجام پژوهش گرفته شد.
- ۵- معرفی نامه جهت شروع پژوهش از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایلام اخذ و به بیمارستان آیت الله طالقانی ارائه شد.
- ۶- هدف از انجام پژوهش برای هر کدام از نمونه‌های پژوهش توضیح داده شد.
- ۷- اصول اخلاقی در استفاده از منابع و مستندات داخلی و خارجی رعایت شد.
- ۸- این پژوهش هیچ هزینه‌ای برای شرکت کنندگان نداشت.
- ۹- مالکیت معنوی دانشگاه علوم پزشکی ایلام در انتشار مقاله منتج از پایان نامه حفظ شد.

**فصل چہارم**

**نتائج پژوهش**

در این فصل جهت دستیابی به اهداف پژوهش، به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شده است؛ و نتایج در قالب ۳۸ جدول ارائه شده است. در این فصل ابتدا به گزارش آمار توصیفی و به دنبال آن نیز نتایج آمار تحلیلی پرداخته شده است.

#### ۴-۱- یافته‌های پژوهش

جدول ۴-۱. مقایسه سن، میزان درآمد، تحصیلات، شغل و نوع بیمه در نمونه‌های مورد پژوهش با استفاده از آزمون کای ۲

P-value	کل		گروه مجازی		گروه چهره به چهره		زیر گروه	متغیر
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۰۷	۱۹/۵	۱۶	۱۹/۵	۸	۱۹/۵	۸	سن کمتر از ۲۵ سال	سن
	۷۰/۷	۵۸	۶۳/۴	۲۶	۷۸/۰	۳۲	سن ۲۵-۴۰ سال	
	۹/۸	۸	۱۷/۱	۷	۲/۴	۱	سن بیشتر از ۴۰ سال	
۰/۴۰	۶۴/۶	۵۳	۶۱/۰	۲۵	۶۳/۸	۲۸	کمتر از ۱۰ میلیون تومان در ماه	میزان درآمد
	۲۳/۲	۱۹	۲۲/۰	۹	۲۴/۴	۱۰	بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان در ماه	
	۱۲/۲	۱۰	۱۷/۱	۷	۷/۳	۳	بیش از ۱۵ میلیون تومان در ماه	
۰/۲۶	۳/۷	۳	۲/۴	۱	۴/۹	۲	سواد خواندن و نوشتن	تحصیلات
	۱۳/۴	۱۱	۱۹/۵	۸	۷/۳	۳	زیر دیپلم	
	۱۷/۱	۱۴	۱۷/۱	۷	۱۷/۱	۷	دیپلم	
	۲۲/۰	۱۸	۲۶/۸	۱۱	۱۷/۱	۷	کاردانی	
	۴۳/۹	۳۶	۳۴/۱	۱۴	۵۳/۷	۲۲	کارشناسی و بالاتر	
۰/۹۶	۴۰/۲	۳۳	۳۹/۰	۱۶	۴۱/۵	۱۷	بیکار	شغل
	۳۱/۷	۲۶	۳۱/۷	۱۳	۳۱/۷	۱۳	دولتی	
	۲۸/۰	۲۳	۲۹/۳	۱۲	۲۶/۸	۱۱	ازاد	
۰/۳۸	۲۳/۲	۱۹	۲۴/۴	۱۰	۲۲/۰	۹	خدمات درمانی	نوع بیمه
	۴۰/۲	۳۳	۳۹/۰	۱۶	۴۱/۵	۱۷	تامین اجتماعی	
	۱۱/۰	۹	۱۷/۱	۷	۴/۹	۲	نیروهای مسلح	
	۲۳/۲	۱۹	۱۷/۱	۷	۲۹/۳	۱۲	سلامت روستایی	
	۲/۴	۲	۲/۴	۱	۲/۴	۱	سایر بیمه‌ها	



بر اساس نتایج آزمون کای ۲، بیشتر افراد در هر دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی در دامنه سنی ۴۰-۲۵ سال بودند. از نظر میزان درآمد نیز، اکثریت دارای درآمد پایین (کمتر از ۱۰ میلیون تومان در ماه) قرار دارند. بیشتر افراد مورد مطالعه دارای مدرک کارشناسی و بالاتر بودند که اکثر آنها شاغل (شغل آزاد و دولتی) بوده‌اند. اکثریت نمونه‌های پژوهش دارای بیمه تامین اجتماعی بودند. طبق آزمون کای ۲، اختلاف معناداری بین هیچ کدام از متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی نیز مشاهده نشد.

جدول ۴-۲. فراوانی نمونه‌های پژوهش بر حسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، سابقه داشتن نوزاد نارس، سابقه مشکلات بارداری و زایمان

متغیر	زیر گروه	گروه چهره به چهره		گروه مجازی		کل
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دسترسی به امکانات بهداشتی رفاهی	ندارد	۴۱	۱۰۰	۴۱	۱۰۰	۸۲
	دارد	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۰
نوع زایمان	طبیعی	۸	۱۹/۵	۱۴	۳۴/۱	۲۲
	سزارین	۳۳	۸۰/۵	۲۷	۶۳/۹	۶۰
سابقه سقط و مرده زایی	ندارد	۲۲	۵۳/۷	۲۳	۵۶/۱	۴۵
	دارد	۱۹	۴۶/۳	۱۸	۴۳/۹	۳۷
سابقه ناباروری	ندارد	۳۵	۸۵/۴	۲۴	۵۸/۵	۵۹
	دارد	۶	۱۴/۶	۱۷	۴۱/۵	۲۳
دیابت بارداری	ندارد	۲۹	۷۰/۷	۳۲	۷۸/۰	۶۱
	دارد	۱۲	۲۹/۳	۹	۲۲/۰	۲۱
فشارخون بارداری و پره اکلامسی	ندارد	۳۴	۸۲/۹	۲۰	۴۸/۸	۵۴
	دارد	۷	۱۷/۱	۲۱	۵۱/۲	۲۸
سابقه خونریزی غیرطبیعی	ندارد	۲۱	۵۱/۲	۲۳	۵۶/۱	۴۴
	دارد	۲۰	۴۸/۸	۱۸	۴۳/۹	۳۸
دردهای زودرس زایمان	ندارد	۲۲	۵۳/۷	۲۲	۵۳/۷	۴۴
	دارد	۱۹	۴۶/۳	۱۹	۴۶/۳	۳۸

اکثریت شرکت کنندگان در هر دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی، با روش سزارین زایمان کرده بودند، و اکثریت آنها عدم سابقه فشارخون در دوران بارداری، دیابت بارداری، خونریزی غیر طبیعی، ناباروری و دردهای زودرس زایمانی را گزارش کرده‌اند.

جدول ۳-۴. فراوانی نمونه‌های پژوهش (نوزادان) بر حسب وزن هنگام تولد،

جنسیت، سن هنگام تولد و نمره آپگار

کل (تعداد) / درصد		گروه مجازی (تعداد / درصد)		گروه چهره به چهره (تعداد / درصد)		زیر گروه	متغیر
۳۲/۹	۲۷	۳۹/۰	۱۶	۲۶/۸	۱۱	کمتر از ۲۰۰۰	وزن زمان تولد
۲۰/۷	۱۷	۲۲/۰	۹	۱۹/۵	۸	۲۵۰۰-۲۰۰۰	
۳۴/۲	۲۸	۳۱/۷	۱۳	۳۶/۶	۱۵	۳۵۰۰-۲۵۰۰	
۱۲/۲	۱۰	۷/۳	۳	۱۷/۱	۷	بیشتر از ۳۵۰۰	
۴۶/۳	۳۸	۵۱/۲	۲۱	۴۱/۵	۱۷	دختر	جنسیت
۵۰/۰	۴۱	۴۳/۹	۱۸	۵۶/۱	۲۳	پسر	
۴۳/۹	۳۶	۵۸/۵	۲۴	۲۹/۳	۱۲	۷ و کمتر	نمره آپگار
۵۶/۱	۴۶	۴۱/۵	۱۷	۷۰/۷	۲۹	۸ و بیشتر	
۴۶/۳	۳۸	۵۳/۷	۲۲	۳۹/۰	۱۶	۳۴ هفته یا کمتر	سن زمان تولد
۲۲/۰	۱۸	۱۷/۱	۷	۲۶/۸	۱۱	۳۷-۳۵ هفته	
۳۱/۷	۲۶	۲۹/۳	۱۲	۳۴/۱	۱۴	۴۰-۳۸ هفته	

اکثریت نوزادان شرکت کنندگان در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی به ترتیب دارای وزن طبیعی (۲۵۰۰-۳۵۰۰ گرم) و وزن خیلی کم (کمتر از ۲۰۰۰ گرم) بودند، بیشترین جنسیت نوزادان متولد شده در گروه چهره به چهره و مجازی به ترتیب پسر و دختر بود. در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی به ترتیب اکثریت نوزادان دارای نمره آپگار بیشتر از ۸ و کمتر از ۷ بودند و سن زمان تولد بیشتر نوزادان در هر دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی ۳۴ هفته و یا کمتر از آن گزارش شده است.

جدول ۴-۴. مقایسه نمره میزان مشارکت مادران در گروه آموزش به روش چهره به چهره و مجازی قبل و بعد از آموزش براساس آزمون تی زوجی (اهداف یک الی چهار)

P-value	t	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	گروه مطالعه	
					قبل از آموزش	چهره به چهره
<0/001	-۲۵/۷۶	۲/۷۱	۱۰/۶۳	۴۱	قبل از آموزش	چهره به چهره
		۲/۹۸	۲۲/۴۱	۴۱	بعد از آموزش	
<0/001	-۲۰/۰۶	۲/۵۳	۹/۰۵	۴۱	قبل از آموزش	مجازی
		۳/۷۵	۱۸/۹۵	۴۱	بعد از آموزش	

نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین (انحراف معیار) نمره میزان مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است، که این افزایش از نظر آماری معنادار می باشد ( $p < 0/001$ ). در ارتباط با گروه آموزش مجازی نیز میانگین (انحراف معیار) نمره میزان مشارکت مادران بعد از مداخله افزایش یافته است، که این افزایش از نظر آماری نیز معنادار می باشد ( $p < 0/001$ ).

جدول ۴-۵. مقایسه میزان نمره مشارکت مادران قبل و بعد از آموزش به روش چهره به چهره و مجازی براساس آزمون تی مستقل (هدف پنجم)

p.value	t	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	گروه مطالعه	
					قبل از آموزش	چهره به چهره
۰/۱۵	۰/۷۴	۲/۷۱	۱۰/۶۴	۴۱	قبل از آموزش	چهره به چهره
		۲/۵۳	۹/۰۵	۴۱	قبل از آموزش	مجازی
<۰/۰۰۱	۴/۶۳	۲/۹۸	۲۲/۴۱	۴۱	بعد از آموزش	چهره به چهره
		۳/۷۵	۱۸/۹۵	۴۱	بعد از آموزش	مجازی

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که، اختلاف معناداری بین میانگین نمره مشارکت مادران قبل از آموزش در گروه چهره به چهره و مجازی وجود ندارد ( $P=۰/۱۵$ ) و اما اختلاف مشاهده شده بین میانگین نمره مشارکت مادران بعد از آموزش در گروه چهره به چهره و گروه مجازی از نظر آماری معنادار بوده است ( $p<۰/۰۰۱$ )

#### ۲-۴- بررسی تفاوت میانگین میزان مشارکت مادران بر اساس متغیرهای

##### جمعیت شناختی

جهت بررسی تفاوت میانگین میزان مشارکت مادران بعد از آموزش بر اساس متغیرهای

جمعیت شناختی از آزمون مقایسه میانگین ها (آنالیز واریانس (ANOVA) و t نمونه‌های مستقل) استفاده شده است.

جدول ۴-۶. میانگین نمرات میزان مشارکت مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس سن آنها با استفاده از آزمون ANOVA (هدف ششم)

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	P-Value
چهره به چهره	بین گروه ها	۱۰/۲۳	۲	۵/۱۲	۰/۵۶	۰/۵۷
	درون گروه ها	۳۴۵/۷۲	۳۸	۹/۱۰		
	مجموع	۳۵۵/۹۵	۴۰			
مجازی	بین گروه ها	۷۶/۰۶	۲	۳۸/۰۳	۲/۹۷	۰/۰۶
	درون گروه ها	۴۸۵/۸۵	۳۸	۱۲/۷۸		
	مجموع	۵۶۱/۹۰	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از

مداخله در گروه آموزش چهره به چهره به تفکیک گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود ندارد

(p=۰/۵۷). همچنین با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت

مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی به تفکیک گروه‌های سنی تفاوت معناداری وجود

ندارد (p=۰/۰۶)

جدول ۴-۷. میانگین نمرات مشارکت مادران بعد از مداخله برحسب تحصیلات در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی با استفاده از آزمون ANOVA

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	p-Value
چهره به چهره	بین گروه ها	۴۱/۰۰	۴	۱۰/۲۵	۱/۱۷	۰/۳۴
	درون گروه ها	۳۱۴/۹۵	۳۶	۸/۷۵		
	مجموع	۳۵۵/۹۵	۴۰			
مجازی	بین گروه ها	۲۳/۴۶	۴	۵/۸۶	۰/۳۹	۰/۸۱
	درون گروه ها	۵۳/۴۵	۳۶	۱۴/۹۶		
	مجموع	۵۶۱/۹۰	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره به تفکیک تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=۰/۳۴$ )؛ و همچنین با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی به تفکیک تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=۰/۸۱$ ).

جدول ۴-۸. میانگین نمرات مشارکت بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی برحسب نوع بیمه با استفاده از آزمون ANOVA

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P-Value
چهره به چهره	بین گروه ها	۶۷/۷۱	۴	۱۶/۹۳	۲/۱۱	۰/۱۰
	درون گروه ها	۲۸۸/۲۴	۳۶	۸/۰۱		
	مجموع	۳۵۵/۹۵	۴۰			
مجازی	بین گروه ها	۴۸/۶۶	۴	۱۲/۱۶	۰/۸۵	۰/۵۰
	درون گروه ها	۵۱۳/۲۴	۳۶	۱۴/۲۶		
	مجموع	۵۶۱/۹۰	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره به تفکیک نوع بیمه تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۱۰). همچنین با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی به تفکیک نوع بیمه تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۵۰).

جدول ۴-۹. میانگین نمرات مشارکت بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس شغل با استفاده از آزمون ANOVA

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P-Value
چهره به چهره	بین گروه ها	۴/۰۸	۲	۲/۰۴	۰/۲۲	۰/۸۰
	درون گروه ها	۳۵۱/۸۷	۳۸	۹/۲۶		
	مجموع	۳۵۵/۹۵	۴۰			
مجازی	بین گروه ها	۲۵/۲۴	۲	۱۲/۶۲	۰/۸۹	۰/۴۲
	درون گروه ها	۵۳۶/۶۷	۳۸	۱۴/۱۲		
	مجموع	۵۶۱/۹۰	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس شغل تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0/80$ ). همچنین با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس شغل تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0/42$ ).



جدول ۴-۱۰. میانگین نمرات مشارکت بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس میزان درآمد با استفاده از آزمون ANOVA

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P-Value
چهره به چهره	بین گروه ها	۲۱/۹۷	۲	۱۰/۹۸	۱/۲۵	۰/۳۰
	درون گروه ها	۳۳۳/۹۸	۳۸	۸/۷۹		
	مجموع	۳۵۵/۹۵	۴۰			
مجازی	بین گروه ها	۸/۹۲	۲	۴/۴۶	۰/۳۱	۰/۷۴
	درون گروه ها	۵۵۲/۹۸	۳۸	۱۴/۵۵		
	مجموع	۵۶۱/۹۰	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان درآمد تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۳۰). همچنین با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان درآمد تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۷۴).

جدول ۴-۱۱. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، سابقه داشتن نوزاد نارس، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان

متغیر	زیر گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
دسترسی به امکانات بهداشتی رفاهی	ندارد	۰			*	
	دارد	۴۱	۲۲/۴۱	۲/۹۸		
نوع زایمان	طبیعی	۸	۲۳/۳۷	۳/۰۲	۱/۰۱	۰/۳۲
	سزارین	۳۳	۲۲/۱۸	۲/۹۷		
سابقه سقط و مرده زایی	ندارد	۲۲	۲۲/۵۹	۲/۸۴	۰/۴۰	۰/۶۹
	دارد	۱۹	۲۲/۲۱	۳/۲۱		
سابقه ناباروری	ندارد	۳۵	۲۲/۷۴	۲/۸۶	۱/۷۴	۰/۹۰
	دارد	۶	۲۰/۵۰	۳/۲۱		
دیابت بارداری	ندارد	۲۹	۲۱/۹۰	۲/۹۸	-۱/۷۵	۰/۹۰
	دارد	۱۲	۲۳/۶۷	۲/۷۱		
فشارخون بارداری و پره اکلامسی	ندارد	۳۴	۲۲/۶۵	۲/۷۵	۱/۱۰	۰/۲۸
	دارد	۷	۲۱/۲۸	۲۱/۲۸		
سابقه خونریزی غیرطبیعی	ندارد	۲۱	۲۲/۳۴	۲/۷۴	-۰/۳۸	۰/۷۰
	دارد	۲۰	۲۲/۶۰	۳/۲۸		
دردهای زودرس زایمان	ندارد	۲۲	۲۲/۵۰	۲/۸۴	۰/۱۹	۰/۸۵
	دارد	۱۹	۲۲/۳۱	۳/۲۱		

\*به دلیل عدم وجود مشارکت کنندگان در زیرگروه فاقد امکانات بهداشتی رفاهی ،

آزمون تی تست قابل اجرا نبود.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین نمره میزان مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره با هیچ کدام از متغیرهای نوع زایمان، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان ارتباط معناداری دیده نشد.

جدول ۴-۱۲. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش مجازی برحسب دسترسی به امکانات رفاهی- بهداشتی، نوع زایمان، سابقه داشتن نوزاد نارس، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان

متغیر	زیر گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
دسترسی به امکانات بهداشتی رفاهی	ندارد	۰			*	
	دارد	۴۱	۱۸/۹۵	۳/۷۵		
نوع زایمان	طبیعی	۱۴	۱۹/۷۱	۲/۶۴	۰/۹۴	۰/۳۵
	سزارین	۲۷	۱۸/۵۵	۴/۲۰		
سابقه داشتن نوزاد نارس	ندارد	۳۹	۱۸/۸۵	۳/۷۰	۰/۷۹	۰/۴۳
	دارد	۲	۲۱/۰۰	۵/۶۶		
سابقه سقط و مرده زایی	ندارد	۲۳	۱۸/۲۶	۳/۲۹	-۱/۳۵	۰/۱۹
	دارد	۱۳	۱۹/۸۳	۴/۱۹		
سابقه ناباروری	ندارد	۲۴	۱۹/۷۹	۲/۹۳	۱/۷۵	۰/۰۹
	دارد	۱۷	۱۷/۷۶	۴/۴۹		
دیابت بارداری	ندارد	۳۲	۱۸/۳۷	۳/۷۴	-۱/۹۲	۰/۰۶
	دارد	۹	۲۱/۰۰	۳/۱۶		
فشارخون بارداری و پره اکلامسی	ندارد	۲۰	۱۹/۲۰	۳/۲۰	۰/۴۱	۰/۶۸
	دارد	۲۱	۱۸/۷۴	۴/۲۷		
سابقه خونریزی غیرطبیعی	ندارد	۲۳	۱۹/۱۳	۲/۷۲	-۰/۳۸	۰/۷۰
	دارد	۱۸	۱۸/۷۲	۴/۸۴		
دردهای زودرس زایمان	ندارد	۲۲	۱۹/۱۴	۳/۷۴	۰/۳۴	۰/۷۴
	دارد	۱۹	۱۸/۷۴	۳/۸۴		

\*به دلیل عدم وجود مشارکت کنندگان در زیرگروه فاقد امکانات بهداشتی رفاهی، آزمون تی تست قابل اجرا نبود.

بین نمره میزان مشارکت مادران در گروه آموزش مجازی با هیچ کدام از متغیرهای نوع زایمان، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان ارتباط معناداری دیده نشد.

جدول ۴-۱۳. میانگین نمرات مشارکت مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر اساس وزن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	P-Value
چهره به چهره	بین گروه ها	۲۱/۷۷	۳	۷/۲۶	۰/۸۰	۰/۵۰
	درون گروه ها	۳۳۴/۱۸	۳۷	۹/۰۳		
	مجموع	۳۵۵/۹۵	۴۰			
مجازی	بین گروه ها	۲۸/۲۱	۳	۹/۴۰	۰/۶۵	۰/۵۹
	درون گروه ها	۵۳۳/۶۹	۳۷	۱۴/۴۲		
	مجموع	۵۶۱/۹۰	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان وزن هنگام تولد نوزاد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0/50$ ). همچنین با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان وزن هنگام تولد نوزاد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0/59$ ).

جدول ۴-۱۴. میانگین نمرات مشارکت مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس سن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value
چهره به چهره	بین گروه ها	۳/۳۰	۲	۱/۶۵	۰/۱۸	۰/۸۴
	درون گروه ها	۳۵۲/۶۵۳	۳۸	۹/۲۸		
	مجموع	۳۵۵/۹۵۱	۴۰			
مجازی	بین گروه ها	۳/۸۸۳	۲	۱/۹۴	۰/۱۳	۰/۸۸
	درون گروه ها	۵۵۸/۰۱۹	۳۸	۱۴/۶۸		
	مجموع	۵۶۱/۹۰۲	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان سن هنگام تولد نوزاد تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۸۴). همچنین با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان مشارکت مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان سن هنگام تولد نوزاد تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۸۸).

جدول ۴-۱۵. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر حسب جنسیت نوزاد

گروه‌ها	جنسیت نوزاد	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	t	P.Value
چهره به چهره	دختر	۱۷	۲۲/۷۰	۲/۹۵	۰/۵۵	۰/۵۹
	پسر	۲۳	۲۲/۱۷	۳/۱۱		
مجازی	دختر	۲۱	۱۸/۱۴	۴/۱۵	-۱/۳۰	۰/۲۰
	پسر	۱۸	۱۹/۷۲	۳/۲۹		

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین نمره میانگین مشارکت مادران بر اساس نوع جنسیت نوزاد در گروه آموزش چهره به چهره ارتباط معناداری دیده نشد ( $p=۰/۵۹$ ) و همچنین بین نمره میانگین مشارکت مادران بر اساس نوع جنسیت نوزاد در گروه آموزش مجازی ارتباط معناداری دیده نشد ( $p=۰/۲۰$ ).

جدول ۴-۱۶. میانگین نمرات مشارکت مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی برحسب نمره آپگار

گروه ها	نمره آپگار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	t	P.Value
چهره به چهره	مساوی یا کمتر از ۷	۱۲	۲۲/۳۳	۲/۸۱	-۰/۱۱	۰/۹۱
	بیشتر از ۸	۲۹	۲۲/۴۵	۳/۱۰		
مجازی	مساوی یا کمتر از ۷	۲۴	۱۹/۷۱	۳/۸۸	۱/۵۶	۰/۱۳
	بیشتر از ۸	۱۷	۱۷/۸۸	۳/۳۷		

نتایج آزمون تی مستقل را نشان داد که بین نمره میانگین مشارکت مادران بر اساس نوع جنسیت نوزاد در گروه آموزش چهره به چهره ارتباط معناداری دیده نشد ( $p=۰/۹۱$ ) و همچنین بین نمره میانگین مشارکت مادران بر اساس نوع جنسیت نوزاد در گروه آموزش مجازی ارتباط معناداری دیده نشد ( $p=۰/۱۳$ ).

### ۳-۴- تعیین اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی

جدول ۴- ۱۷. میزان اضطراب مادران در گروه آموزش به روش چهره به چهره و مجازی قبل و بعد از آموزش (اهداف هفت الی ده)

متغیر وابسته	گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	t	p.value
اضطراب خصیصه‌ای	چهره به چهره	۴۱	۵۱/۰۰	۱۰/۵۳	۱۹/۸۰	<۰/۰۰۱
		۴۱	۲۹/۹۵	۵/۴۷		
اضطراب خصیصه‌ای	مجازی	۴۱	۵۴/۷۱	۱۴/۴۰	۹/۰۱	<۰/۰۰۱
		۴۱	۳۷/۹۷	۷/۸۱		
اضطراب موقعیتی	چهره به چهره	۴۱	۵۰/۹۰	۱۱/۸۳	۱۷/۲۰	<۰/۰۰۱
		۴۱	۳۰/۲۹	۵/۸۲		
اضطراب موقعیتی	مجازی	۴۱	۵۴/۷۸	۱۳/۶۸	۱۱/۰۶	<۰/۰۰۱
		۴۱	۳۷/۲۲	۸/۴۱		

نتایج جدول ۴-۱۷ نشان می‌دهد که میانگین (انحراف معیار) نمره اضطراب خصیصه-ای در گروه چهره به چهره قبل از آموزش ۵۱/۰۰ (۱۰/۵۳) و بعد از آموزش ۲۹/۹۵ (۵/۴۷) بود، که این کاهش در نمره اضطراب خصیصه‌ای قبل و بعد از آموزش از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ )؛ در گروه مجازی نیز نمره اضطراب خصیصه‌ای قبل از آموزش ۵۴/۷۱ (۱۴/۴۰) و بعد از آموزش ۳۷/۹۷ (۷/۸۱) بود، که این کاهش در نمره اضطراب خصیصه‌ای قبل و بعد از آموزش از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). در رابطه با اضطراب موقعیتی نیز در گروه چهره به چهره قبل از آموزش ۵۰/۹۰ (۱۱/۸۳) و بعد از آموزش ۳۰/۲۹ (۵/۸۲) بود، که این کاهش در نمره اضطراب موقعیتی قبل و بعد از آموزش از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ )؛ در گروه مجازی نیز نمره اضطراب موقعیتی قبل از آموزش ۵۴/۷۸ (۱۳/۶۷) و بعد از آموزش ۳۷/۲۲ (۸/۴۱) بود، که این کاهش در نمره اضطراب موقعیتی قبل و بعد از آموزش از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ )



جدول ۴-۱۸. میزان اضطراب مادران در گروه آموزش به روش چهره به چهره و مجازی قبل و بعد از آموزش (اهداف یازده)

p.value	t	گروه مجازی	گروه چهره به چهره	زمان	متغیر وابسته
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
۰/۱۹	-۱/۳۳	۵۴/۷۱ (۱۴/۴۰)	۵۱/۰۰ (۱۰/۵۳)	قبل از آموزش	اضطراب خصیصه‌ای
<۰/۰۰۱	-۵/۳۹	۳۷/۹۷ (۷/۸۱)	۲۹/۹۵ (۵/۴۷)	بعد از آموزش	
۰/۱۷	-۱/۳۷	۵۴/۷۸ (۱۳/۶)	۵۰/۹۰ (۱۱/۸۳)	قبل از آموزش	اضطراب موقعیتی
<۰/۰۰۱	-۴/۳۳	۳۷/۲۲ (۸/۴۱)	۳۰/۲۹ (۵/۸۲)	بعد از آموزش	

بر اساس نتایج جدول در اضطراب خصیصه‌ای، بین نمره قبل از آموزش در گروه‌های آموزش چهره به چهره و مجازی اختلاف معناداری دیده نشد ( $p=0/19$ ) ولی بین نمره بعد از آموزش در گروه‌های آموزش چهره به چهره و مجازی، اختلاف معناداری یافت شد ( $p<0/001$ ). در نتایج جدول اضطراب موقعیتی نیز، بین نمره قبل از آموزش در گروه‌های آموزش چهره به چهره و مجازی اختلاف معناداری دیده نشد ( $p=0/17$ ) ولی بین نمره بعد از آموزش در گروه‌های آموزش چهره به چهره و مجازی، اختلاف معناداری یافت شد ( $p<0/001$ ).

#### ۴-۴- بررسی تفاوت میانگین میزان اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی بر اساس

##### متغیرهای جمعیت شناختی

جهت بررسی تفاوت میانگین میزان اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی مادران بعد از آموزش

بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون مقایسه میانگین‌ها (آنالیز واریانس (Anova) و t نمونه‌های مستقل) استفاده شده است.

جدول ۴-۱۹. میانگین نمرات میزان اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره با سن آنها با استفاده از آزمون ANOVA (هدف دوازده)

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	P-Value
اضطراب خصیصه‌ای	بین گروه‌ها	۸۸/۰۵۹	۲	۴۴/۰۲۹	۱/۵۱۰	۰/۲۳
	درون گروه‌ها	۱۱۰۷/۸۴۴	۳۸	۲۹/۱۵۴		
	مجموع	۱۱۹۵/۹۰۲	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه‌ها	۲۹/۶۱۳	۲	۱۴/۸۰۶	۰/۴۲	۰/۶۶
	درون گروه‌ها	۱۳۲۶/۸۷۵	۳۸	۳۴/۹۱۸		
	مجموع	۱۳۵۶/۴۸۸	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه‌ای

و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره به تفکیک گروه‌های سنی تفاوت

معناداری وجود نداشت ( $p=۰/۶۶, p=۰/۲۳$ ).

جدول ۴-۲۰. میانگین نمرات میزان اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی مادران بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی با سن آنها با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P-Value
اضطراب خصیصه‌ای	بین گروه‌ها	۱۱۳/۷۷۱	۲	۵۶/۸۸۵	۰/۹۳	۰/۴۰
	درون گروه‌ها	۲۳۲۵/۲۰۵	۳۸	۶۱/۱۹۰		
	مجموع	۲۴۳۸/۹۷۶	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه‌ها	۶۱/۱۵۶	۲	۳۰/۵۷۸	۰/۴۲	۰/۶۶
	درون گروه‌ها	۲۷۶۷/۸۶۸	۳۸	۷۲/۸۳۹		
	مجموع	۲۸۲۹/۰۲۴	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه‌ای

و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی به تفکیک گروه‌های سنی تفاوت

معناداری وجود نداشت ( $p=0/40, p=0/66$ )

جدول ۴-۲۱. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران بعد از مطالعه برحسب تحصیلات در گروه آموزش چهره به چهره با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value
اضطراب خصیصه-ای	بین گروه ها	۱۶۲/۷۴۹	۴	۴۰/۶۸۷	۱/۴۲	۰/۲۵
	درون گروه ها	۱۰۳۳/۱۵۴	۳۶	۲۸/۶۹۹		
	مجموع	۱۱۹۵/۹۰۲	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۱۵۲/۷۴۱	۴	۳۸/۱۸۵	۱/۱۴	۰/۳۵
	درون گروه ها	۱۲۰۳/۷۴۷	۳۶	۳۳/۴۳۷		
	مجموع	۱۳۵۶/۴۸۸	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای

و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره به تفکیک تحصیلات تفاوت

معناداری وجود نداشت ( $p=0/35, p=0/25$ )

جدول ۴-۲۲. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران بعد از مطالعه برحسب تحصیلات در گروه آموزش مجازی با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	P-Value
اضطراب خصیصه-ای	بین گروه ها	۲۳۳/۶۳۸	۴	۵۸/۴۰۹	۰/۹۵	۰/۴۴
	درون گروه ها	۲۲۰۵/۳۳۸	۳۶	۶۱/۲۵۹		
	مجموع	۲۴۳۸/۹۷۶	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۲۰۰/۳۲۵	۴	۵۰/۰۸۱	۰/۶۹	۰/۶۱
	درون گروه ها	۲۶۲۸/۷۰۰	۳۶	۷۳/۰۱۹		
	مجموع	۲۸۲۹/۰۲۴	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای

و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی به تفکیک تحصیلات تفاوت معناداری

وجود نداشت ( $p=0/61, p=0/44$ ).

جدول ۴-۲۳. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره برحسب نوع بیمه با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value
اضطراب خصیصه-ای	بین گروه ها	۲۰۸/۳۵۳	۴	۵۲/۰۸۸	۱/۸۹۹	۰/۱۳
	درون گروه ها	۹۸۷/۵۴۹	۳۶	۲۷/۴۳۲		
	مجموع	۱۱۹۵/۹۰۲	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۳۰۵/۱۷۹	۴	۷۶/۲۹۵	۲/۶۱۳	۰/۰۵۱
	درون گروه ها	۱۰۵۱/۳۰۹	۳۶	۲۹/۲۰۳		
	مجموع	۱۳۵۶/۴۸۸	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای

و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره به تفکیک نوع بیمه تفاوت

معناداری وجود نداشت ( $p=0/13, p=0/51$ ).

جدول ۴-۲۴. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی برحسب نوع بیمه با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value
اضطراب خصیصه ای	بین گروه ها	۲۳۶/۶۴۷	۴	۵۹/۱۶۲	۰/۹۶۷	۰/۴۴
	درون گروه ها	۲۲۰۲/۳۲۹	۳۶	۶۱/۱۷۶		
	مجموع	۲۴۳۸/۹۷۶	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۳۶۳/۵۱۵	۴	۹۰/۸۷۹	۱/۳۳	۰/۲۸
	درون گروه ها	۲۴۶۵/۵۰۹	۳۶	۶۸/۴۸۶		
	مجموع	۲۸۲۹/۰۲۴	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای

وموقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی به تفکیک نوع بیمه تفاوت معناداری

وجود نداشت ( $p=۰/۲۸, p=۰/۴۴$ ).

جدول ۴-۲۵. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس شغل با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P-Value
اضطراب خصیصه ای	بین گروه ها	۱۱۷/۰۳۳	۲	۵۸/۵۱۶	۲/۰۶	۰/۱۴
	درون گروه ها	۱۰۷۸/۸۷۰	۳۸	۲۸/۳۹۱		
	مجموع	۱۱۹۵/۹۰۲	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۷۸/۸۴۹	۲	۳۹/۴۲۴	۱/۱۷	۰/۳۲
	درون گروه ها	۱۲۷۷/۶۳۹	۳۸	۳۳/۶۲۲		
	مجموع	۱۳۵۶/۴۸۸	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای

وموقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس شغل تفاوت

معناداری وجود نداشت (  $p=۰/۳۲, p=۰/۱۴$  )



جدول ۴-۲۶. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای وموقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی براساس شغل با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P-Value
اضطراب خصیصه ای	بین گروه ها	۵۵/۵۴۰	۲	۲۷/۷۷۰	۰/۴۴	۰/۶۵
	درون گروه ها	۲۳۸۳/۴۳۶	۳۸	۶۲/۷۲۲		
	مجموع	۲۴۳۸/۹۷۶	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۶/۳۰۰	۲	۳/۱۵۰	۰/۰۴	۰/۹۶
	درون گروه ها	۲۸۲۲/۷۲۴	۳۸	۷۴/۲۸۲		
	مجموع	۲۸۲۹/۰۲۴	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای

وموقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس شغل تفاوت معناداری وجود

نداشت (  $p=۰/۹۶, p=۰/۶۵$  )

جدول ۴-۲۷. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان درآمد با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value
اضطراب خصیصه ای	بین گروه ها	۱۹۲/۵۳۸	۲	۹۶/۲۶۹	۳/۶۵	۰/۰۴
	درون گروه ها	۱۰۰۳/۳۶۴	۳۸	۲۶/۴۰۴		
	مجموع	۱۱۹۵/۹۰۲	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۷۹/۱۵۹	۲	۳۹/۵۸۰	۱/۱۸	۰/۳۲
	درون گروه ها	۱۲۷۷/۳۲۹	۳۸	۳۳/۶۱۴		
	مجموع	۱۳۵۶/۴۸۸	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان درآمد تفاوت معناداری حداقل در دو مورد از زیر گروه های مربوطه وجود دارد ( $p=0/04$ ). و در میانگین نمره میزان اضطراب موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان درآمد تفاوت معناداری دیده نشد ( $p=0/32$ )

جدول ۴-۲۸. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان درآمد با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون F	P-Value
اضطراب خصیصه‌ای	بین گروه‌ها	۱۴/۵۶۳	۲	۷/۲۸۱	۰/۱۱	۰/۸۹
	درون گروه‌ها	۲۴۲۴/۴۱۳	۳۸	۶۳/۸۰۰		
	مجموع	۲۴۳۸/۹۷۶	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه‌ها	۲۴۶/۶۳۶	۲	۱۲۳/۳۱۸	۱/۸۱	۰/۱۸
	درون گروه‌ها	۲۵۸۵/۳۸۹	۳۸	۶۷/۹۵۸		
	مجموع	۲۸۲۹/۰۲۴	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان درآمد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0/18, p=0/89$ ).

جدول ۴-۲۹. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای مادران در گروه آموزش چهره به چهره برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، مشکلات دوران بارداری و زایمان

متغیر	زیر گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
دسترسی به امکانات بهداشتی رفاهی	ندارد	۰			*	
	دارد	۴۱	۲۹/۹۵	۵/۴۷		
نوع زایمان	طبیعی	۸	۲۹/۳۷	۶/۰۰	-۰/۳۳	۰/۷۴
	سزارین	۳۳	۳۰/۰۹	۵/۴۲		
سابقه سقط و مرده زایی	ندارد	۲۲	۲۹/۳۶	۵/۶۲	-۰/۷۴	۰/۴۷
	دارد	۱۹	۳۰/۶۳	۵/۳۶		
سابقه ناباروری	ندارد	۳۵	۲۹/۲۰	۵/۱۱	-۲/۲۲	۰/۰۳
	دارد	۶	۳۴/۳۳	۵/۸۵		
دیابت بارداری	ندارد	۲۹	۲۹/۵۹	۴/۶۲	-۰/۶۶	۰/۵۱
	دارد	۱۲	۳۰/۸۳	۷/۲۸		
فشارخون بارداری و پره اکلامسی	ندارد	۳۴	۲۹/۵۹	۵/۵۲	-۱/۰۱	۰/۳۲
	دارد	۷	۳۱/۸۶	۵/۱۸		
سابقه خونریزی غیرطبیعی	ندارد	۲۱	۲۸/۹۵	۴/۸۹	-۱/۲۰	۰/۲۳
	دارد	۲۰	۳۱/۰۰	۵/۹۵		
دردهای زودرس زایمان	ندارد	۲۲	۲۹/۳۲	۷/۸۱	-۰/۷۹	۰/۴۳
	دارد	۱۹	۳۰/۶۸	۷/۷۳		

\*به دلیل عدم وجود شرکت کننده در زیرگروه فاقد امکانات بهداشتی رفاهی، آزمون تی

تست قابل اجرا نبود.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین سابقه ناباروری و نمره اضطراب

خصیصه‌ای در گروه آموزش چهره به چهره ارتباط معناداری یافت شد ( $p=۰/۰۳$ ) ولی بین

نمره اضطراب خصیصه‌ای و سایر متغیرهای آزمون شده ارتباط معناداری دیده نشد.

جدول ۴-۳۰. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای مادران در گروه آموزش مجازی برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، سابقه سقط و مرده زایی، سابقه ناباروری، دیابت بارداری، فشارخون بارداری و پره اکلامسی، سابقه خونریزی غیرطبیعی و دردهای زودرس زایمان

متغیر	زیر گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
دسترسی به امکانات بهداشتی رفاهی	ندارد	۰			*	
	دارد	۴۱	۳۷/۹۷	۷/۸۱		
نوع زایمان	طبیعی	۱۴	۳۴/۱۴	۶/۸۰	-۲/۳۹	۰/۰۲
	سزارین	۲۷	۳۶/۲۳	۶/۲۰		
سابقه سقط و مرده زایی	ندارد	۲۳	۳۷/۹۶	۷/۹۹	-۰/۰۲	۰/۹۹
	دارد	۱۳	۳۸/۰۰	۷/۷۹		
سابقه ناباروری	ندارد	۲۴	۳۶/۰۰	۷/۸۲	-۱/۹۹	۰/۰۵۳
	دارد	۱۷	۴۰/۷۶	۷/۱۰		
دیابت بارداری	ندارد	۳۲	۳۸/۵۶	۷/۹۰	۰/۹۰	۰/۳۷
	دارد	۹	۳۵/۸۹	۷/۵۲		
فشارخون بارداری و پره اکلامسی	ندارد	۲۰	۳۷/۱۰	۸/۲۷	-۰/۷۰	۰/۴۹
	دارد	۲۱	۳۸/۸۱	۷/۴۵		
سابقه خونریزی غیرطبیعی	ندارد	۲۳	۳۷/۲۲	۷/۲۶	-۰/۷۰	۰/۴۹
	دارد	۱۸	۳۸/۹۴	۸/۵۷		
دردهای زودرس زایمان	ندارد	۲۲	۳۶/۶۸	۷/۸۱	-۱/۱۵	۰/۲۶
	دارد	۱۹	۳۹/۴۷	۷/۷۳		

\*به دلیل عدم وجود شرکت کننده در زیرگروه فاقد امکانات بهداشتی رفاهی، آزمون تی

تست قابل اجرا نبود.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین نوع زایمان و نمره اضطراب خصیصه-

ای در گروه آموزش مجازی ارتباط معناداری یافت شد ( $p=0/02$ ) ولی بین نمره

اضطراب خصیصه‌ای و سایر متغیرهای آزمون شده ارتباط معناداری دیده نشد.

جدول ۴-۳۱. میانگین نمرات اضطراب موقعیتی مادران در گروه آموزش چهره به چهره برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، مشکلات دوران بارداری و زایمان

متغیر	زیر گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
دسترسی به امکانات بهداشتی رفاهی	ندارد	۰			*	
	دارد	۴۱	۳۰/۲۹	۵/۸۲		
نوع زایمان	طبیعی	۸	۲۹/۳۷	۶/۸۴	-۰/۴۹	۰/۶۲
	سزارین	۳۳	۳۰/۵۱	۵/۶۵		
سابقه سقط و مرده زایی	ندارد	۲۲	۲۹/۴۱	۵/۵۲	-۱/۰۵	۰/۳۰
	دارد	۱۹	۳۱/۳۱	۶/۱۵		
سابقه ناباروری	ندارد	۳۵	۲۹/۷۷	۵/۱۳	-۱/۴۰	۰/۱۷
	دارد	۶	۳۳/۳۳	۸/۸۹		
دیابت بارداری	ندارد	۲۹	۲۹/۵۹	۵/۲۳	-۱/۲۱	۰/۲۳
	دارد	۱۲	۳۲/۰۰	۷/۰۲		
فشارخون بارداری و پره اکلامسی	ندارد	۳۴	۲۹/۹۷	۵/۷۳	-۰/۷۸	۰/۴۴
	دارد	۷	۳۱/۸۶	۶/۴۷		
سابقه خونریزی غیرطبیعی	ندارد	۲۱	۳۰/۳۳	۵/۳۲	۰/۰۴	۰/۹۶
	دارد	۲۰	۳۰/۲۵	۶/۴۵		
دردهای زودرس زایمان	ندارد	۲۲	۳۰/۱۸	۶/۲۳	-۰/۱۳	۰/۹۰
	دارد	۱۹	۳۰/۴۲	۵/۴۸		

\*به دلیل عدم وجود شرکت کننده در زیرگروه فاقد امکانات بهداشتی رفاهی، آزمون تی

تست قابل اجرا نبود.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین نمره اضطراب موقعیتی و متغیرهای

آزمون شده در گروه آموزش چهره به چهره ارتباط معناداری دیده نشد.

جدول ۴-۳۲. میانگین نمرات اضطراب موقعیتی مادران در گروه آموزش مجازی برحسب دسترسی به امکانات رفاهی-بهداشتی، نوع زایمان، مشکلات دوران بارداری و زایمان

متغیر	زیر گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
دسترسی به امکانات بهداشتی رفاهی	ندارد	۰			*	
	دارد	۴۱	۳۷/۲۲	۸/۴۱		
نوع زایمان	طبیعی	۱۴	۳۳/۳۶	۷/۴۶	-۲/۲۲	۰/۰۳
	سزارین	۲۷	۳۹/۲۲	۸/۲۹		
سابقه سقط و مرده زایی	ندارد	۲۳	۳۷/۲۲	۹/۰۳	-۰/۰۰	۰/۹۹
	دارد	۱۳	۳۷/۲۲	۷/۷۹		
سابقه ناباروری	ندارد	۲۴	۳۵/۰۸	۸/۶۵	-۲/۰۰	۰/۰۵۲
	دارد	۱۷	۴۰/۲۳	۷/۲۶		
دیابت بارداری	ندارد	۳۲	۳۷/۸۱	۷/۴۳	۰/۸۵	۰/۴۰
	دارد	۹	۳۵/۱۱	۱۱/۵۴		
فشارخون بارداری و پره اکلامسی	ندارد	۲۰	۳۶/۰۶	۸/۳۲	-۰/۸۷	۰/۳۹
	دارد	۲۱	۳۸/۳۳	۸/۵۴		
سابقه خونریزی غیرطبیعی	ندارد	۲۳	۳۶/۹۶	۹/۰۸	-۰/۲۲	۰/۸۲
	دارد	۱۸	۳۷/۵۵	۷/۷۱		
دردهای زودرس زایمان	ندارد	۲۲	۳۴/۳۶	۸/۱۷	-۲/۴۹	۰/۰۱
	دارد	۱۹	۴۰/۵۳	۷/۶۰		

\*به دلیل عدم وجود شرکت کننده در زیرگروه فاقد امکانات بهداشتی رفاهی، آزمون تی

تست قابل اجرا نبود.

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین نوع زایمان و نمره اضطراب موقعیتی در گروه آموزش مجازی ارتباط معناداری یافت شد ( $p=۰/۰۲$ ) و همچنین بین دردهای زودرس زایمان و نمره اضطراب موقعیتی در گروه آموزش مجازی ارتباط معناداری یافت شد ( $p=۰/۰۱$ ) ولی بین نمره اضطراب موقعیتی و سایر متغیرهای آزمون شده ارتباط معناداری دیده نشد.

جدول ۴-۳۳. میانگین نمرات اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس وزن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	P-Value
اضطراب خصیصه‌ای	بین گروه‌ها	۵۵/۱۸۵	۳	۱۸/۳۹۵	۰/۶۰	۰/۶۲
	درون گروه‌ها	۱۱۴۰/۷۱۷	۳۷	۳۰/۸۳۰		
	مجموع	۱۱۹۵/۹۰۲	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه‌ها	۳۰/۱۵۲	۳	۱۰/۰۵۱	۰/۲۸	۰/۸۴
	درون گروه‌ها	۱۳۲۶/۳۳۶	۳۷	۳۵/۸۴۷		
	مجموع	۱۳۵۶/۴۸۸	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه‌ای و

موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان وزن هنگام تولد

نوزاد تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۸۴, p=۰/۶۲)



جدول ۴-۳۴. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر اساس وزن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	p-Value
اضطراب خصیصه ای	بین گروه ها	۱۱۵/۰۰۱	۳	۳۸/۳۳۴	۰/۶۱	۰/۶۱
	درون گروه ها	۲۳۲۳/۹۷۴	۳۷	۶۲/۸۱۰		
	مجموع	۲۴۳۸/۹۷۶	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۲۹۴/۹۵۰	۳	۹۸/۳۱۷	۱/۴۴	۰/۲۴
	درون گروه ها	۲۵۳۴/۰۷۵	۳۷	۶۸/۴۸۹		
	مجموع	۲۸۲۹/۰۲۴	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان وزن هنگام تولد نوزاد تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p=0/24, p=0/61$ ).

جدول ۴-۳۵. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس سن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA

P-Value	آماره F آزمون	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	متغیر وابسته
۰/۳۶	۱/۰۵	۳۱/۴۴۳	۲	۶۲/۸۸۶	بین گروه ها	اضطراب خصیصه ای
		۲۹/۸۱۶	۳۸	۱۱۳۳/۰۱۶	درون گروه ها	
			۴۰	۱۱۹۵/۰۲	مجموع	
۰/۶۷	۰/۴۰	۱۳/۹۵۷	۲	۲۷/۹۱۴	بین گروه ها	اضطراب موقعیتی
		۳۴/۹۶۲	۳۸	۱۳۲۵/۵۷۴	درون گروه ها	
			۴۰	۱۳۵۶/۴۸۸	مجموع	

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش چهره به چهره بر اساس میزان سن هنگام تولد نوزاد تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۳۶, p=۰/۶۷).

جدول ۴-۳۶. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی بعد از مطالعه در گروه آموزش مجازی بر اساس سن هنگام تولد نوزاد با استفاده از آزمون ANOVA

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F آزمون	P-Value
اضطراب خصیصه ای	بین گروه ها	۶۴/۵۶۲	۲	۳۲/۲۸۱	۰/۵۱۷	۰/۶۰
	درون گروه ها	۲۳۷۴/۴۱۳	۳۸	۶۲/۴۸۵		
	مجموع	۲۴۳۸/۹۷۶	۴۰			
اضطراب موقعیتی	بین گروه ها	۶۹/۵۸۸	۲	۳۴/۷۹۴	۰/۴۸	۰/۶۲
	درون گروه ها	۲۷۵۹/۴۳۶	۳۸	۷۲/۶۱۷		
	مجموع	۲۸۲۹/۰۲۴	۴۰			

با توجه به مقدار خطای آزمون (p-value)، میانگین نمره میزان اضطراب خصیصه ای و

موقعیتی مادران پس از مداخله در گروه آموزش مجازی بر اساس میزان سن هنگام تولد نوزاد

تفاوت معناداری وجود ندارد (  $p=۰/۶۲, p=۰/۶۰$  ).

جدول ۴-۳۷. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی بر حسب جنسیت نوزاد

متغیر وابسته	گروه	جنسیت	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	t	P.Value
اضطراب موقعیتی	چهره به چهره	دختر	۱۷	۲۹/۹۴	۵/۹۹	-۰/۳۵	۰/۷۳
		پسر	۲۳	۳۰/۶۱	۵/۹۴		
اضطراب موقعیتی	مجازی	دختر	۲۱	۳۷/۷۶	۸/۶۱	۰/۸۰	۰/۴۳
		پسر	۱۸	۳۵/۶۱	۸/۰۷		
اضطراب خصیصه-ای	چهره به چهره	دختر	۱۷	۲۹/۸۸	۵/۹۵	-۰/۱۶	۰/۸۷
		پسر	۲۳	۳۰/۱۷	۵/۲۸		
اضطراب خصیصه-ای	مجازی	دختر	۲۱	۳۸/۷۱	۷/۸۴	۰/۶۵	۰/۵۲
		پسر	۱۸	۳۷/۰۵	۸/۰۳		

نتایج آزمون تی مستقل نشان می دهد که بین جنسیت نوزادان متولد شده و اضطراب

خصیصه ای و موقعیتی در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی ارتباط معناداری دیده نشد.

جدول ۴-۳۸. میانگین نمرات اضطراب خصیصه ای و موقعیتی مادران در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی برحسب نمره آپگار

متغیر وابسته	گروه	نمره آپگار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	t	P.Value
اضطراب موقعیتی	چهره به چهره	مساوی یا کمتر از ۷	۱۲	۳۰/۹۲	۵/۷۷	۰/۷۲	۰/۴۷
		بیشتر از ۸	۲۹	۲۹/۵۵	۵/۴۰		
	مجازی	مساوی یا کمتر از ۷	۲۴	۳۷/۰۴	۷/۱۱	-۰/۹۱	۰/۳۷
		بیشتر از ۸	۱۷	۳۹/۲۹	۸/۷۵		
اضطراب خصیصه‌ای	چهره به چهره	مساوی یا کمتر از ۷	۱۲	۳۰/۴۲	۵/۸۵	۰/۰۹	۰/۹۳
		بیشتر از ۸	۲۹	۳۰/۲۴	۵/۹۱		
	مجازی	مساوی یا کمتر از ۷	۲۴	۳۷/۵۰	۷/۲۳	۰/۲۵	۰/۸۰
		بیشتر از ۸	۱۷	۳۶/۸۲	۱۰/۰۶		

نتایج آزمون تی مستقل نشان می دهد که بین نمره آپگار نوزادان متولد شده و اضطراب

خصیصه‌ای و موقعیتی در گروه آموزش چهره به چهره و مجازی ارتباط معناداری دیده نشد .

## فصل پنجم

### بحث و نتیجه گیری

در این فصل به بحث و بررسی یافته‌های پژوهش براساس اهداف پژوهش پرداخته شده است. سپس با توجه به یافته‌های پژوهش، نتیجه‌گیری انجام شد.

## ۵-۱- بحث

### ۵-۱-۱- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس اهداف یک، سه، پنج

پژوهش حاضر نشان داد که میزان مشارکت مادران در گروه‌های آموزش چهره به چهره و مجازی قبل از مداخله به ترتیب ۱۰/۶۳ و ۹/۰۵ بود، که این اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار نبود. میزان مشارکت مادران در گروه‌های آموزش چهره به چهره و مجازی بعد از مداخله به ترتیب ۲۲/۴۱ و ۱۸/۹۵ بود، که این اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنادار بود. در مطالعه‌ای که توسط سجادی و همکاران (۸۵) انجام شد، میانگین (انحراف معیار) میزان مشارکت مادران قبل از اجرای برنامه توانمندسازی (مداخله به صورت استفاده از نوار کاست و بروشور بود) به ترتیب در گروه مداخله و کنترل ۹/۲۹ (۳/۶۳)؛ ۱۰/۳۵ (۱/۸۹) گزارش شده است که اختلاف معناداری در میزان مشارکت مادران بین دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله مشاهده نشد ( $p=0.21$ ). اما بعد از اجرای برنامه توانمندسازی، نتایج نشان داد که به طور معناداری میانگین (انحراف معیار) میزان مشارکت در گروه مداخله (۱۹/۱۰) (۳/۰۹) بیشتر از گروه شاهد (۱۶/۸۰) (۲/۰۱) بود که این اختلاف از نظر آماری نیز معنادار می‌باشد ( $p=0.008$ ). نتایج مطالعه حسین پور و همکاران (۸۶) که به بررسی تاثیر برنامه توانمندسازی به صورت برگزاری جلسات حضوری پرداخته‌اند نیز نشان داد که در دو گروه مداخله و کنترل از نظر نمرات توانمندی پایه (خودکارآمدی، عزت نفس، شدت و حساسیت) در زمان قبل از مداخله تفاوت معنادار

آماری نداشتند اما مقایسه نمرات عزت نفس، حساسیت ( $P=0 / 0.09$ ) و شدت (  $P=0 / 0.01$ ) در گروه مداخله پس از اجرای برنامه توانمندسازی نشان داد این مقادیر به طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. بر اساس مطالعه علایی کرهرودی و همکاران (۸۷) که به بررسی تاثیر «ایجاد فرصت برای توانمندسازی والدین» بر مشارکت مادران در نوزادان نارس به صورت جلسه حضوری، ارائه کتاب، نوار صوتی و کتابچه پرداخته است، میزان مشارکت مادران پس از اجرای مداخله به طور معناداری افزایش یافته است ( $p < 0.05$ ). در مطالعه ای توسط ملنیک و همکاران (۸۱)، چهار مرحله از «ایجاد فرصت برای توانمندسازی والدین» در ایالات متحده اجرا شد و در آن والدین با نوزاد نارس، توانایی‌های خانواده و فعالیت‌هایی که والدین می‌توانند انجام دهند آشنا شدند، همچنین حمایت روانی از والدین انجام شد و زمان کافی برای آمادگی در اختیار آنها قرار گرفت. در نتیجه، اعتماد والدین به مراقبت از نوزاد نارس خود افزایش یافت ( $p=0.004$ ). با توجه به افزایش میزان مشارکت مادران در مراقبت از نوزادشان در مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده در این زمینه می‌توان گفت که برنامه توانمندسازی خانواده می‌تواند مکانیسم مهمی در تغییر ارائه مراقبت به مراقبت بهتر باشد (۸۸). بنابراین، الگوی توانمندسازی را می‌توان به عنوان الگوی مناسبی برای ارتقای سلامت، افزایش دانش و افزایش مشارکت والدین در مراقبت از نوزادان خود در نظر گرفت (۸۹).

#### ۵-۱-۲- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس اهداف دوم و چهارم

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که برنامه توانمندسازی در هر دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی قبل از مداخله نسبت به بعد از آن بر میزان مشارکت مادران تاثیر مثبت داشته است. در مطالعه سجادی و همکاران (۸۵) میانگین (انحراف معیار) میزان مشارکت مادران قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی در گروه مداخله از



۹/۲۰ (۳/۶۳) به ۱۹/۱۰ (۳,۰۹) افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنادار می‌باشد ( $p < 0.01$ ) و نیز میانگین (انحراف معیار) میزان مشارکت مادران قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی در گروه شاهد از ۱۰/۳۵ (۱/۸۹) به ۱۶/۸ (۲/۰۱) افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنادار می‌باشد ( $p < 0.01$ ). نتایج مطالعات علایی کره‌رویی و همکاران نشان داد که برنامه توانمندسازی (ترکیبی از آموزش چهره به چهره و مجازی) تأثیر مثبتی بر مشارکت مادران در مراقبت از نوزاد خود داشته و آن را در گروه مداخله افزایش داده است (۷۲, ۷۴). در مطالعه دیگری که توسط براون و تالمی با عنوان " مداخله خانواده محور به منظور ارتقا ارتباط والد و نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه"، به این نتیجه رسیدند که برنامه‌های آموزشی والدین از طریق رسانه ای و نمایشی، منجر به بهبود چشمگیری در ارتباط مادران با نوزادانشان شد (۹۰). نتایج مطالعه میلان و نسیمی نیز که مداخله آموزشی به صورت حضوری انجام شد نیز نشان داد که مداخله آموزشی روی عملکرد و مشارکت مادران دارای نوزاد نارس تاثیر مثبت معناداری داشته است (۹۱). در یک مطالعه مرور نظام‌مند که توسط صالحی و همکاران با هدف بررسی اثر برنامه توانمندسازی بر مادران دارای نوزاد نارس در بخش NICU انجام شد نتایج نشان داد که برنامه توانمند سازی می-تواند میزان مشارکت و اشتیاق مادران در نگهداری از فرزندشان را به مقدار قابل توجهی افزایش دهد (۹۲). در یک مطالعه فراتحلیل که توسط میرغفوروند و همکاران با هدف بررسی نتایج مطالعات ذکر شده با مطالعه حاضر همسو می‌باشد، از این رو الگوی توانمندسازی را می‌توان الگوی مناسبی برای مشارکت والدین در مراقبت از نوزادان دانست (۸۹). نتایج ذکر شده در بالا همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد و مطالعه‌ای با نتایج متضاد تا زمان نگارش این پایان نامه یافت نگردید که می‌تواند

نشان‌دهنده موثر بودن برنامه‌های آموزشی از جمله توانمندسازی بر میزان مشارکت مادران در نگهداری از نوزادشان باشد.

### ۵-۱-۳- بحث و بررسی یافته‌ها بر اساس هدف ششم

مطالعه حاضر نشان داد که بین هیچکدام از متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی اختلاف معناداری مشاهده نشد، بدین معنی که متغیرهای جمعیت شناختی تاثیری مشابهی بر روی آموزش (چهره به چهره و مجازی) گذاشته است. در مطالعه سجادی و همکاران، اختلاف معناداری بین مشخصات جمعیت شناختی (سن، مدت زمان بستری، شغل والد، نوع زایمان، سابقه سقط، نوع بارداری، تحصیلات و تعداد فرزندان) در گروه مداخله و شاهد یافت نشد (۸۵). بر اساس نتایج مطالعه خواجه و همکاران که برنامه توانمندسازی به صورت ترکیبی از آموزش‌های چهره به چهره و مجازی شامل کتابچه راهنما و فایل صوتی انجام شد، هیچ اختلاف معناداری بین سن، تحصیلات، درآمد والدین، نوع بیمه درمانی، سن حاملگی، نوع زایمان، آپگار نوزاد و وزن زمان ترخیص نوزاد بین گروه مداخله و شاهد دیده نشد (۷۶). در مطالعه دیگری که توسط میلان و نسیمی در سال ۱۳۹۵ انجام شد نیز اختلاف معناداری بین متغیرهای جمعیت شناختی در گروه مداخله (فقط به صورت چهره به چهره) و شاهد دیده نشد (۹۱). در مطالعه دیگری که توسط حسین پور و همکاران انجام شد نیز اختلاف معناداری بین متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل سن والدین، تحصیلات، شغل، درآمد، وضعیت مسکن، سابقه سقط، نوع زایمان، جنسیت نوزاد، وزن نوزاد و سن نوزاد در گروه مداخله (برنامه توانمندسازی به صورت چهار جلسه حضوری اجرا شد) و شاهد دیده نشد (۸۶). براساس مطالعه علایی کره‌رویی و همکاران بین متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل سن، وزن و مدت زمان استفاده نوزاد از دستگاه تنفسی بین گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری مشاهده نشد (۸۷). نتایج مطالعات ذکر شده همسو با مطالعه حاضر می‌باشد و نشان می‌دهد که برنامه توانمندسازی بر روی تمامی افراد تاثیر مشابه و یکسانی می‌گذارد.

مطالعه حاضر نشان داد که به‌طور معناداری میزان کاهش اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی مادران در گروه آموزش چهره به چهره بیشتر از گروه مجازی بود. همچنین اختلاف معناداری بین میزان اضطراب (خصیصه‌ای و موقعیتی) مادران قبل از مداخله در هر دو گروه آموزش چهره به چهره و مجازی مشاهده نشد، ولی اختلاف معناداری بین میزان اضطراب (خصیصه‌ای و موقعیتی) مادران بعد از مداخله در این دو گروه یافت شد. در مطالعه‌ای که توسط جعفری میانائی و همکاران انجام شد میزان تنش و اضطراب مادران در دو گروه قبل از اجرای مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت (۹۳). در مطالعه‌ای که توسط میلان و نسیمی انجام شد، نتایج نشان داد که میانگین نمرات اضطراب (خصیصه‌ای و موقعیتی) مادران به‌طور معناداری در گروه مداخله نسبت به قبل از آموزش کاهش یافت (۹۱). در مطالعه‌ای که توسط حیدرزاده و همکاران با هدف بررسی تاثیر برنامه‌های آموزشی بر استرس مادران دارای نوزاد نارس بستری در NICU که آموزش‌ها در ۳ جلسه به صورت چهره به چهره انجام شد، نتایج نشان داد که میزان اضطراب مادران قبل از مداخله در هر دو گروه مداخله و شاهد، از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت، ولی میزان اضطراب مادران بعد از مداخله بین دو گروه مداخله و شاهد، از نظر آماری تفاوت معناداری داشت (۹۴) ( $p < 0.001$ ). نتایج مطالعات ذکر شده همسو با مطالعه حاضر می‌باشد، با توجه به اینکه در ابتدا بین دو گروه آموزشی از لحاظ میزان اضطراب تفاوت معناداری دیده نشده است اما بعد از انجام برنامه توانمندسازی در هر دو گروه آموزشی کاهش چشم‌گیری در میزان اضطراب مادران دیده شده است می‌توان گفت برنامه توانمندسازی بر کاهش میزان اضطراب مادران موثر است که هرچه تعداد جلسات آموزشی و پشتیبانی از مادران بعد از جلسات بیشتر باشد میزان کاهش نیز می‌تواند بیشتر باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که میزان اضطراب (خصیصه‌ای و موقعیتی) مادران بعد از مداخله توانمندسازی در هر دو گروه آموزشی نسبت به قبل از آن به طور معناداری کاهش پیدا کرد که نشان از موثر بودن مداخله توانمندسازی می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط حیدرزاده و همکاران انجام شد، میزان اضطراب مادران بعد از مداخله آموزشی چهره به چهره بین دو گروه مداخله و شاهد، از نظر آماری تفاوت معناداری داشت ( $p < 0.001$ ) (۹۴). در مطالعه‌ای که توسط جعفری میانائی و همکاران انجام شد میزان تنش و اضطراب مادران در گروه مداخله کمتر از میزان تنش و اضطراب مادران در گروه کنترل بود (۹۳). همچنین در مطالعه‌ای که توسط میلان و نسیمی انجام شد، نتایج نشان داد که میانگین نمرات اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی مادران به طور معناداری در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافت (۹۱). در این راستا مطالعه‌ای که با هدف تبیین مراقبت تعاملی پرستار\_ خانواده در بخش‌های کودکان انجام شد، نشان داد که میانگین سطح اضطراب مادران و کودکان گروه مداخله، ۴ روز بعد از پذیرش نسبت به بدو پذیرش، به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل می‌باشد؛ همچنین میانگین رضایت مادران از مراقبت پرستاری در گروه مداخله به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود (۹۵). در یک مطالعه مرور سیستماتیک که توسط صالحی و همکاران با هدف بررسی اثر برنامه توانمندسازی بر مادران دارای نوزاد نارس در بخش NICU انجام شد نتایج نشان داد که برنامه توانمندسازی می‌تواند مشکلات روانی مادران شامل افسردگی، اضطراب، ترس، ناامیدی و عصابانیت را به مقدار قابل توجهی کاهش دهد (۹۲). در مطالعه کارآزمایی

بالینی که توسط ملنیک<sup>۱</sup> و همکاران بر روی مادران دارای نوزاد نارس در NICU انجام شده است نیز نتایج نشان داد که ایجاد فرصت برای توانمندسازی والدین که به صورت صوتی و نوشتاری اجرا شد، میزان افسردگی و اضطراب آنها را کاهش داد (۸۰). در مطالعه دیگری که توسط پارکر<sup>۲</sup> و همکاران انجام شده است نیز نتایج نشان می‌دهد که برنامه توانمندسازی می‌تواند میزان اضطراب مادران دارای نوزاد بستری در NICU را به طور معناداری کاهش دهد (۹۶). نتایج ذکر شده با مطالعه حاضر همخوانی دارد. لذا ایجاد جامعه‌ای سالم و فائق شدن بر مشکلات پیچیده بهداشتی، نیازمند رویکردهای مشارکتی و راه‌حلهایی است که جامعه و سازمان‌های بهداشتی را در کنار یکدیگر قرار می‌دهد. در این بین خانواده به خصوص مادران نیز یکی از اجزای مهم ارائه مراقبت اختصاصی به نوزاد در هنگام بیماری می‌باشد که نقش کلیدی ایفا می‌کند (۹۱). در مطالعه‌ای که توسط شین<sup>۳</sup> و همکاران با هدف بررسی تاثیر برنامه توانمندسازی در مادران دارای نوزاد نارس بستری در بیمارستان بر روی افسردگی، استرس، اضطراب و اعتماد به نفس آنها انجام شد، نتایج نشان داد که برنامه توانمندسازی (۷ جلسه آموزشی) به طور معناداری باعث کاهش افسردگی و استرس شد اما در کاهش اضطراب آنها تغییرات معناداری دیده نشد ( $p=0.505$ ) (۷۹). نتیجه این مطالعه، مطالعه حاضر را تایید نمی‌کند، البته این به معنی عدم موثر بودن برنامه توانمندسازی نمی‌باشد و باید نوع برنامه آموزشی و محتوای جلسات آموزشی مورد بررسی قرار بگیرد.

---

<sup>1</sup> melnyk

<sup>2</sup> Parker

<sup>3</sup> Shin

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میزان اضطراب خصیصه‌ای مادران پس از مداخله در گروه چهره به چهره بر اساس میزان درآمد، حداقل در دو مورد از زیر گروه‌های میزان درآمد (درآمد پایین، متوسط و بالا) اختلاف معناداری وجود دارد، به این معنی که میزان درآمد بر روی اضطراب خصیصه‌ای مادران تاثیر می‌گذارد. همچنین این مطالعه نشان داد که سابقه ناباروری مادر بر روی اضطراب خصیصه‌ای گروه آموزش چهره به چهره نیز موثر می‌باشد به طوری که مادرانی که سابقه ناباروری داشته‌اند، دارای اضطراب بیشتری نسبت به مادرانی که سابقه ناباروری نداشته‌اند، بودند. همچنین نوع زایمان مادر بر میزان اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی مادر در گروه مجازی موثر بود مادرانی که زایمان طبیعی داشته‌اند از اضطراب کمتری رنج می‌بردند نسبت به مادرانی که به روش سزارین زایمان کرده بودند و دردهای زایمانی زودرس بر نمره اضطراب موقعیتی مادران در گروه آموزش مجازی موثر بوده است. در مطالعه میلان و نسیمی یافته‌های مربوط به ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک (تحصیلات مادر، جنسیت نوزاد، وزن زمان تولد نوزاد، شغل مادر و علت بستری نوزاد) و سطح اضطراب مادران نشان داد که بین ویژگی‌های فردی و اضطراب مادران بعد از اجرای برنامه مراقبت خانواده محور تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است (۹۱). این مطالعه از نظر متغیرهای دموگرافیک مشابه مورد بررسی قرار گرفته همسو با مطالعه حاضر می‌باشد و نتایج مطالعه حاضر را تایید می‌کند. در مطالعه حیدرزاده و همکاران، بین وزن نوزاد هنگام تولد و نوع تغذیه نوزاد و میزان اضطراب والدین ارتباط معناداری وجود داشت به طوری که با افزایش وزن نوزاد هنگام تولد میزان اضطراب والدین کاهش می‌یافت (۹۴). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت می‌باشد. در مطالعه دیگری که توسط ملنیک و همکاران انجام شد نیز بین

متغیرهای جمعیت شناختی (سن بارداری و وزن زمان تولد نوزاد) و میزان اضطراب، افسردگی، و استرس والدین در گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری مشاهده نشد (۸۰). متاسفانه سایر مطالعات انجام شده تا زمان نگارش این پایان نامه به بررسی عوامل جمعیت شناختی بر روی اضطراب مادران پرداخته‌اند و فقط به بررسی اختلاف این عوامل بین دو گروه مداخله و شاهد پرداخته‌اند، از این رو در این قسمت قادر به بحث مفصل در این رابطه نبوده‌ایم.

## ۵-۲- نتیجه‌گیری

اجرای این برنامه به هر دو روش می‌تواند مشارکت فعال والدین را در مراقبت از نوزادان خود تسهیل کنند. با توجه به نتایج و تأثیر برنامه توانمندسازی بر مشارکت والدین در مراقبت از نوزادان خود، می‌توان گفت اجرای برنامه توانمندسازی به روش چهره به چهره موثرتر از روش مجازی می‌باشد و همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه توانمندسازی در مراقبت از نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بر کاهش اضطراب خصیصه‌ای و موقعیتی مادران تأثیرگذار می‌باشد.

## ۵-۳- پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر و در سطح وسیعتر انجام شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌کنیم این برنامه از روز اول زایمان برای مادران در صورت امکان به صورت چهره به چهره و در نبود نیروی کافی به صورت مجازی اجرا شود.

نتایج این پژوهش می تواند به منظور بهبود وضعیت موجود، در این موارد کاربرد داشته باشد:

### کاربرد در آموزش پرستاری

استفاده از کتابچه و فیلم کوتاه، به عنوان روش‌های معمولی و کم هزینه از راه‌های موثر در آموزش دانشجویان، پرسنل و خانواده می باشد. آموزش برای توانمندسازی از طریق کتابچه به زبان ساده همراه با تصاویر کم هزینه است. استفاده از وسایل دیداری و شنیداری مفاهیم ناآشنا را ساده تر می کند. یکی از روش‌های آموزش برای توانمندسازی مددجویان و همراهان بیمار استفاده از روش غیرمستقیم است، که از مزایای آن صرفه جویی در وقت، رساندن سریع پیام به عده ی زیادی از افراد می باشد. در جایی که کلمات نتوانند منظور را برسانند، وسایل دیداری شنیداری این کار را می کنند.

بی توجهی به توانمندسازی مادران نوزادان در عرصه بالینی مراقبت از نوزادان بسیار جدی و از موانع اصلی ارتقا سلامت جامعه است. و جای خالی این بعد از مراقبت در آموزش پرستاری مشهود است.

تاکید بیشتر بر آموزش به بیمار و توانمند کردن بیماران و همراهان آنها (در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان، مادران هستند) با در نظر گرفتن واحدهای درسی بیشتری به منظور توانمند کردن پرستاران در برنامه ریزی درسی برای رشته پرستاری در مقطع کارشناسی و مخصوصا کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه نوزادان می تواند مفید باشد.



## کاربرد در مدیریت پرستاری

باتوجه به اینکه نتایج پژوهش نشان داد توانمندسازی مادران در افزایش مشارکت مادران و کاهش اضطراب آنها موثر است. و بالطبع این توانمندسازی در کاهش مدت زمان بستری نیز می تواند موثر باشد بنابراین این نتایج می تواند مدنظر مدیران پرستاری در برنامه ریزی برای فراهم کردن بستر لازم جهت توانمندسازی والدین در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان و رفع موانع آموزش به آنها مخصوصا به شیوه چهره به چهره مدنظر قرار گیرد به طور مثال افزایش نیروهای پرستاری در این بخشها یکی از راهکارهای موثر می تواند باشد؛ چراکه یکی از موانع اصلی عدم آموزش به بیمار کمبود وقت بدلیل کمبود نیروی کافی در بخش و کم بودن نسبت پرستار به بیمار است و همچنین در نظر گرفتن یک پرستار به عنوان پرستار مسئول آموزش یا پرستار توانمندسازی در این بخشها نیز می تواند مفید باشد؛ و نیز از آنجا که بخش مراقبت ویژه نوزادان در هر بیمارستان از بخشهای پرهزینه محسوب می شود و درکل بستری طولانی نوزاد برای سیستم بهداشت و درمان هزینه بر است. توانمندسازی مادران در مراقبت از نوزاد از طریق آموزش کامل با دو روش کتابچه و فیلم می تواند موجب صرفه جویی در این هزینه ها گردد، و بنابراین می تواند توجه مدیران این عرصه را به خود جلب کند.

## کاربرد در خدمات پرستاری

پژوهش حاضر می تواند راهنمایی باشد تا پرستاران شاغل در این بخش، نتیجه بهتری از مراقبتی که ارائه می دهند دریافت نمایند. استفاده از کتابچه و فیلم در بخش مراقبت ویژه نوزادان با توجه به لزوم ارائه محتویات آموزشی آن و نبود فرصت

کافی برای پرستاران، می تواند موجب ارتقاء سطح خدمت ارائه شده به مادران نوزادان بستری در بخش ویژه گردد.

اختصاص دادن بخشی از زمان مراقبت توسط پرستاران در بخشهای مراقبت ویژه نوزادان به آموزش دادن مادران با توجه به تاثیر مثبت آن در توانمند شدن و افزایش مشارکت مادران می تواند منجر به کاهش بارکاری پرستار و جلوگیری از وابسته شدن مادر برای انجام کوچکترین مراقبت ها از نوزاد شود که این کاهش وابستگی و مشارکت مادر خود باعث افزایش اعتماد به نفس آنها نیز شود.

### **کاربرد در پژوهش پرستاری**

پژوهش حاضر با هدف ارتقاء سطح مراقبتهای پرستاری و افزایش مشارکت و کاهش اضطراب مادران نوزادان، که بلافاصله نوزادشان در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری می گردد، انجام گردید.

پذیرفتن خانواده به عنوان بخشی از تیم مراقبت رویکردی نسبتاً جدید در عرصه بالینی کشور ما می باشد و توجه به تاثیرات مثبت این رویکرد که در پژوهشهای پرستاری مربوط به این موضوع به اثبات می رسد، می تواند گامی موثر در جهت ارتقای مراقبتهای پرستاری باشد.

یافته های این پژوهش می تواند مقدمه ای برای دیگر پژوهشگران برای کاربرد نظریه های پرستاری در محیط بالین باشد.

### **پیشنهادات برای پژوهشهای بعدی**

۱- بررسی تأثیر برنامه ایجاد فرصتهای توانمندسازی والدین بر هزینه های

بهداشتی درمانی

- ۲- بررسی تأثیر برنامه ایجاد فرصتهای توانمندسازی والدین بر تعامل پدر و نوزاد در طی بستری بودن نوزاد در بخش ویژه نوزادان.
- ۳- بررسی میزان رضایت والدین از شرکت در برنامه ایجاد فرصتهای توانمندسازی والدین نوزادان در بخش ویژه نوزادان
- ۴- بررسی حضور همسر در کلاسهای توانمندسازی مادران نوزادان نارس بستری در بخش ویژه نوزادان.
- ۵- بررسی تأثیر برنامه ایجاد فرصتهای توانمندسازی والدین نوزادان ناهنجار به روش چهره به چهره در بخش ویژه نوزادان.

1. Organization WH. Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health: strategic objectives. 2018.
2. Organization WH. Newborn Health 2021 [Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/newborn-health>].
3. Enayatrads M, Tabatabaee H, Mahdavi S, Valadbeigi T, Etemad K, Rezaeian S, et al. Investigation on the relationship between the lifestyle of pregnant women and the birth of premature infants and related risk factors: a case-control study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019;15(2).
4. Fallahi M, Jodaki N, Mohseni H. The causes of mortality of hospitalized neonatal in Tajrish Hospital in 2004-2007. *J Pajohande*. 2009;14(1):43-6.
5. Valizadeh L, Akbarbegloo M, Asadollahi M. Supports provided by nurses for mothers of premature newborns hospitalized in NICU. *Iran Journal of Nursing*. 2009;22(58):89-98.
6. Sheikhbahaoddinzadeh E, Raei V. Neonatal intensive care nursing. Tehran: Boshra. 2005;75.
7. Lee S-NC, Long A, Boore J. Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *International journal of nursing studies*. 2009;46(3):326-36.
8. Gonya J, Martin E, McClead R, Nelin L, Shepherd E. Empowerment programme for parents of extremely premature infants significantly reduced length of stay and readmission rates. *Acta Paediatrica*. 2014;103(7):727-31.
9. 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. *Journal of perinatology*. 2007;27(2):S32-S7.
10. Johnson AN. Promoting maternal confidence in the NICU. *Journal of Pediatric Health Care*. 2008;22(4):254-7.
11. De Rouck S, Leys M. Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). *Patient education and counseling*. 2009;76(2):159-73.
12. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F. Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. *Nursing & health sciences*. 2010;12(4):450-5.

13. Borimnejad L, Mehrnush N, Seyed-Fatemi N, Haghani H. The effect of Empowerment Program on mother-infant interaction and weight gain in preterm infants. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012;14(9):19-23.
14. Redshaw M, Hamilton KS. Family centred care? Facilities, information and support for parents in UK neonatal units. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2010;95(5):F365-F8.
15. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of perinatal education*. 2009;18(3):23-9.
16. Lindberg B, Öhrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International journal of 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. *Pediatrics*. 2011;128(3):510-8.
18. 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. *Journal of Perinatology*. 2012;32(7):545-51.
19. Colville G, Darkins J, Hesketh J, Bennett V, Alcock J, Noyes J. The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2009;25(2):72-9.
20. Khajeh M, Sadat Hosseini A, Karimi R. The effect of parents empowerment program on their beliefs about parental role, behaviors and characteristics of their premature infants in nicu. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2013;11(6):419-27.
21. Jabraeili M, Valizadeh S, Rasouli A, Mohammadpoorasl A, Khiavi F. Predictive Factors of Maternal Self-Efficacy In Care of the Infants Hospitalized in Tabriz 29 Bahman Hospital Affiliated To Social Security Organization. *Int J Curr Life Sci*. 2014;41(7):19-27.
22. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD, editors. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in perinatology*; 2011: Elsevier.

23. Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. A study of professional nurses' perceptions of patient education. *J Contin Educ Nurs*. 2002;33(3):112-8.
24. Heidarzadeh A, Forouzi MA, Taheri Z, Dehghan M. Study of Effect of Educational Program on Stress of Parents of Premature Infants in Neonatal Intensive Care Units: A Clinical Trial. 2019.
25. Rezaei M, Jalali R, Heydarikhat N, Salari N. Effect of Telenursing and Face-to-Face Training Techniques on Quality of Life in Burn Patients: A Clinical Trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2020;101(4):667-73.
26. Wilson EA, Makoul G, Bojarski EA, Bailey SC, Waite KR, Rapp DN, et al. Comparative analysis of print and multimedia health materials: a review of the literature. *Patient education and counseling*. 2012;89(1):7-14.
27. Zare A, Jahanpoor F, Alhani F, ostovar A. the Effect of Family-centered Empowerment Model Training Using Multimedia on Quality of Life in Children with Asthma. *Journal of Boshehr medical university*. 2014:54-62.
28. GHORBANI M, Hosseini M, KHouri V. Evaluation of face to face training effects on reduction of. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2007;17(3):171-5.
29. Zadeh AA, Borhani F, Asadi N. Comparison of health belief model-based methods of video and face to face training about risk factors on knowledge and attitude of patients with myocardial infarction during discharge. *Payesh (Health Monitor)*. 2012;11(6):907-12.
30. Jimenez YA, Cumming S, Wang W, Stuart K, Thwaites DI, Lewis SJ. Patient education using virtual reality increases knowledge and positive experience for breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26(8):2879-88.
31. Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: a randomized controlled trial. *World journal of surgery*. 2018;42(3):666-74.

32. Mousavi S, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaie F. The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman, 2008. 2011.
33. Karami K, Rostami S, Ghadirian F. Effect of educational-supportive interventions on premature infants' length of hospitalization and maternal stress. *Yafteh*. 2009;11(2):67-73.
34. Heidarzadeh A, Forouzi MA, Taheri Z, Dehghan M. Study of Effect of Educational Program on Stress of Parents of Premature Infants in Neonatal Intensive Care Units: A Clinical Trial. *Journal of Pediatric Nursing*. 2019;5(4):18-25.
35. Umberger E, Canvasser J, Hall SL, editors. Enhancing NICU parent engagement and empowerment. *Seminars in pediatric surgery*; 2018: Elsevier.
36. Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, 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. *Research in nursing & health*. 2001;24(5):373-89.
37. Dijkers MP. Issues in the conceptualization and measurement of participation: an overview. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2010;91(9):S5-S16.
38. Mazurek Melnyk B, Alpert-Gillis LJ, Hensel PB, Cable-Beiling RC, Rubenstein JS. Helping mothers cope with a critically ill child: a pilot test of the COPE intervention. *Research in nursing & health*. 1997;20(1):3-14.
39. Dashti E, Rassouli M, Khanali Mojen L, Puorhoseingholi A, Shirinabady Farahani A. Correlation between discharge preparation and rehospitalization of premature newborns. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(4):37-45.
40. Norman Sartorius M. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry—ninth edition,(2009) Sadock, BJ, Sadock, VA & Ruiz, P.(Eds) Wolters Kuzwer, Lippincott Williams 8. Wilkins, pp 1139-1151.
41. Khodayarifard M, Spielberger CD, Lavasani MG, Zardkhaneh SA. Psychometric properties of Farsi version of the Spielberger's state-trait anger expression inventory-2 (FSTAXI-2). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;82:325-9.
42. Cleigman Rm. Nelson Neonatal Diseases 2016. negaresh: andishe rafi; 2016 1395. 1-300 p.

43. Bastable SB. Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice: Jones & Bartlett Learning; 2017.
44. azam z. Internet University: University Jihad Educational Deputy; 2001.
45. Mohagheghi P, Keramat A, Chaman R, Khosravi A, Mousavi SA, Mousavi SS. Effect of Early Support on the Stress of Mothers with Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Units: A Quasi-experimental Study. *Iran Journal of Nursing*. 2020;33(127):7-20.
46. Kimberly G. Changes in the definition of term infants and their implications in perinatal care. Are they being accomplished? *Arch Argent Pediatr*. 2017;115(5):410-1.
47. Fetus Co, Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics*. 2008;122(5):1119-26.
48. Barbara J, Kliegman R, Kliegman S. The high-risk infant. *Nelson Text book of Pediatrics 17th ed*, Philadelphia: Saunders. 2004:547-50.
49. Miremad Moghadam Emami MK. Comparison of maternal risk factors in premature and mature infants. *Scientific Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2006;10(1):63-6.
50. Eshghizadeh M, Moshki M, Majeedi Z, Abdollahi M. Modifiable risk factors on preterm birth: A case-control study. *The Horizon of Medical Sciences*. 2015;21(2):141-6.
51. Ghasemi M, Dehdari T, Mohagheghi P, Gohari M, Zargrzadeh Z. Mothers' performance on caring for their premature infants: a pilot study. *Iran Journal of Nursing*. 2012;25(79):24-33.
52. Heydarpour S, Keshavarz Z, Bakteari M. Factors affecting maternal role adaptation in mothers of preterm infants hospitalized in the intensive care unit: a qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;6(2):134-46.
53. Yaffe S. Foreword. *Neonatal intensive care: a history of excellence. A symposium commemorating child health day.: NIH Publication No 92-2786; Published October 1992 [Available from: [www.neonatology.org/classics/nic.nih1985.pdf](http://www.neonatology.org/classics/nic.nih1985.pdf)].*



54. Wilson-Costello D, Friedman H, Minich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, et al. Improved neurodevelopmental outcomes for extremely low birth weight infants in 2000–2002. *Pediatrics*. 2007;119(1):37-45.
55. Zahedpasha Y, Arzani A, Khafri S, Darvish A, Esmaeili S. The Effectiveness of Training Program Based on Virtual Participation on Stress and Anxiety of Parents with Premature Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2019;21(1):364-71.
56. Assarpour AS, SALEHI S, Nekavand M. The Effect of Psychological Empowerment Training on the Resiliency of Mothers with Premature Infants Hospitalized in Intensive Care Units. 2020.
57. Milan M, Nasimi F. The effect of family-centered care educational program on anxiety of mothers of premature infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018;13(3):49-54.
58. Nyqvist KH, Engvall G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *Journal of pediatric nursing*. 2009;24(2):153-63.
59. Arshadi Bostanabad M, Seyed Rasouli A, Tapak L. Impact of Empowerment Program on the Self-efficacy of Mothers of Premature Infants and their Re-hospitalization. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2019;13(5):30-5.
60. Momenizadeh A, Zeraati H, Ghorbanzadeh M. Coping with stress in mothers of preterm infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*. 2017;4(1):23-8.
61. Bastani F, ALI AT, Haghani H. The effectiveness of participatory care program in neonatal intensive care unit on state anxiety of mothers of preterm newborns. 2012.
62. Roshan NA NF, Alhani. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of adolescent girls. *scientific magazine yafte*. 2015;16(4):88-99.
63. MAHMMODIRAD GH, MOHALI F, ALHANI F. Effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension. 2013.
64. Abkhiz S. The Effect Of The Implementation Of Family-Centered Empowerment Model On The Quality Of Life For Kidney Transplant Patients. *Nursing And Midwifery Journal*. 2018;15(10):724-32.
65. Rowen James S, Weiler Ashwill J. *Nursing care of children. Principles & Practice*. Missouri: Saunders Elsevier; 2007.

66. Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. *Journal of pediatric Nursing*. 1998;13(5):290-5.
67. Alhani F. Evaluating of family center empowerment model on preventing iron deficiency anemia. Tehran: Tarbiat Modares. 2003.
68. Speer PW, Jackson CB, Peterson NA. The relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for theory. *Health education & behavior*. 2001;28(6):716-32.
69. Friedman MM, Bowden VR, Jones E. *Family nursing: Research, theory & practice*: Prentice Hall Upper Saddle River, NJ; 2003.
70. Lefebvre H, Levert MJ, Pelchat D, Lepage JG. Nature, sources, and impact of information on the adjustment of family caregivers: a pilot project. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*. 2008:142-60.
71. دهقان, فروزی ع, فرخ, ابادری, سادات ص, موسوی. Comparison of the Effect of Face to Face Education and Video Training on the Anxiety of Patients Referring to Bone Marrow Transplantation in Afzalipour Hospital in Kerman: A Randomized Clinical Trial. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. 2020;19(6):579-90.
72. Korahroudi FA, Shakibifard M, Nikfarid L, Nasiri M, Nouriyani M, Farahani ASA. The Effect of Empowering Mothers of Infants Hospitalized at the Neonatal Intensive Care Unit on Their Participation in Neonatal Care. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2018;27(4):26-31.
73. somaeyh j. Comparison of the effects of educational multimedia film and training booklet on the maternal self-efficacy and infant care behavior of primiparous mothers: a randomized controlled clinical trial: Tabriz University of Medical Sciences; 2016.
74. Jafari Mianaei S, Alaei Karahroudi F, Rasouli M. Study of the impacts of rehabilitation program on mothers with premature hospitalized infants. *Education & Ethic In Nursing*. 2012;1(1):2-37.
75. Mianai SJ, Karroudi FA, Rasouli M, Zaeri F. The effect of "Creating parental growth opportunities" program on the level of anxiety and stress of mothers with premature infants admitted to neonatal intensive care units. *Payesh*. 2011;11:253-8.

76. Khajeh M, Karimi R, AS SH. THE EFFECT OF PARENTS EMPOWERMENT PROGRAM ON THEIR BELIEFS ABOUT PARENTAL ROLE, BEHAVIORS AND CHARACTERISTICS OF THEIR PREMATURE INFANTS IN NICU. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2013;11(6).
77. Stelwagen M, van Kempen A, Westmaas A, Vet E, Scheele F. Parents' experiences with a model of integrated maternity and neonatal care designed to empower parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2021;50(2):181-92.
78. Chen Y, Zhang J, Bai J. Effect of an educational intervention on parental readiness for premature infant discharge from the neonatal intensive care units. *Journal of advanced nursing*. 2016;72(1):135-46.
79. Shin Y, Lim JH, Kim G. Effects of maternal empowerment program on stress, anxiety, depression and parenting confidence in mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Child Health Nursing Research*. 2018;24(2):252-61.
80. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006;118(5):e1414-e27.
81. Melnyk BM, Crean HF, Feinstein NF, Fairbanks E. Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nursing research*. 2008;57(6):383-94.
82. Karahroudy FA, Pournajaf Z, Farahani AS, Pournajaf AA-H. Effects of Parental Empowerment Program on Length of Stay and Readmission Rate of Premature Infant. 2018.
83. Valizadeh L, Hosseini MB, Damanabad ZH, Farshi MR, Jafarabadi MA, Kochaksaraie FR. Effect of NICU department orientation program on mother's anxiety: a randomized clinical trial. *Journal of caring sciences*. 2016;5(3):205.
84. Alae Karhrouy F, Jafari Mianaie S, Rassouli M, Zayeri F. Evaluating the effectiveness of Parent Empowerment (COPE) program on participation of mothers of preterm infants hospitalized in NICUs of hospitals affiliated to Isfahan

University of Medical Sciences and Health Services, 2009-2010. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2014;23(81):55-65.

85. Sajadi H, Akhoundzadeh G, Hojjati H. The Effect of empowerment program on participation of mothers with premature infants hospitalized in neonatal intensive care unit of Sayyed Shirazi Hospital in Gorgan, in 2018. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*. 2020;14(2):1269-76.

86. Hoseinpour S, Borimnejad L, Rasooli M, Hardani AK, Alhani F. The effect of implementing a family-centered empowerment model on the quality of life of parents of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Iran Journal of Nursing*. 2022;34(134):2-17.

87. Alae Karhrouy F. [Evaluating the effectiveness of Parent Empowerment [COPE] program on participation of mothers of preterm infants hospitalized in NICUs of hospitals affiliated to Isfahan university of medical sciences and health services, 2009-2010]. *Journal of Nursing and Midwifery Quarterly-Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*. 2013;23(81):33-40.

88. Melnyk B, Oswalt KL, Sidora-Arcoleo K. Validation and psychometric properties of the neonatal intensive care unit parental belief scale. *Nursing Research*. 2014;63(2):105.

89. Aliabadi T, Bastani F, Haghani H. Effect of mothers' participation in preterm infants' care in NICU on readmission rates. *Hayat*. 2011;17(2).

90. Browne JV, Talmi A. Family-based intervention to enhance infant–parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of pediatric psychology*. 2005;30(8):667-77.

91. Milan M, Nasimi F. The effect of family-centered care educational program on performance of mothers of premature infants hospitalized in neonatal intensive care unit. *Iran J Pediatr Nurs*. 2018;5(2):38-43.

92. Salehi Z, Mokhtari Nouri J, Khademolhoseyni SM, Ebadi A. The effects of nursing interventions on mothers' empowerment regarding improvement of the care of preterm infant in NICU: a systematic review. *International Journal of Medical Reviews*. 2014;1(1):25-31.

93. Mianaei SJ, Karahroudy FA, Rassouli M, Tafreshi MZ. The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and

participation in NICU wards in Iran. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2014;19(1):94.

94. Heidarzadeh A, Forouzi MA, Taheri Z, Dehghan M. Study of effect of educational program on stress of parents of premature infants in neonatal intensive care units: A clinical trial. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2019;5:18-25.

95. Aeen F, Alhani F, Mohammadi I, Kazemnejad A. Mother's needs of sick in-patient Children: a Basic Concept for Nursing Education. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3(1):70-81.

96. Parker D. Evaluation of a practice change using COPE (creating opportunities for parent empowerment) to address maternal anxiety, depression and expectations related to preterm birth and subsequent neonatal intensive care unit (NICU) admission: West Virginia University; 2015.

## پیوست‌ها

## پیوست ۱: کتابچه آموزشی

کتابچه توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان

مقدمه

نگهداری از نوزادان برای مادرانی که انتظار اولین نوزاد خود را می‌کشند همواره با نگرانی همراه است. برخی مادران شاید تا تولد اولین نوزاد خود حتی نوزاد یک روزه را هم از نزدیک ندیده باشند!

احتمالا در طول بارداری در مورد اینکه نوزاد شما بعد از تولد چه شکلی است، تصوراتی داشته‌اید و از آنجا که احتمالا تجربه واقعی شما چیزی نبوده که انتظارش را داشته‌اید، ممکن است به دلیل داشتن زایمانی مشکل و تولد نوزادی که به دلایل پزشکی بستری در بخش ویژه است، و یا نوزادی که نارس است احساس شکست و ناراحتی نمایید. اگرچه شما هیچ اشتباهی مرتکب نشده‌اید، ولی معمولا در این شرایط والدین دچار احساس گناه می‌شوند، زیرا فکر می‌کنند می‌توانستند جلوی بروز این اتفاق را بگیرند. احساس گناه فقط میزان تنش شما را بیشتر می‌کند و شروع برقراری ارتباط مناسب با نوزادان را مشکل می‌سازد، بنابراین لازم است در مورد احساسات خود با پرسنل بخش مراقبت ویژه نوزادان یا افرادی که برایتان اهمیت دارند صحبت کنید تا آنها به شما اطمینان دهند که این احساسات طبیعی است و بسیاری از والدین چنین احساساتی دارند.



مشاهده نوزاد کوچکتان در محیطی با تجهیزات (دستگاهها) ناآشنا و درحالیکه لوله هایی به او وصل است می تواند برای شما نگران کننده باشد. بعلاوه، شنیدن صدای زنگ خطر دستگاهها نیز می تواند تنش زا باشد. لازم است بدانید زنگ خطر دستگاههای متصل به نوزاد شما همیشه نشانه بوجود آمدن مشکل برای او نیست. گاهی حرکت کردن نوزاد باعث ایجاد صدای زنگ خطر می شود. ممکن است تجهیزات ناآشنا و محیط خاص بخش مراقبت ویژه نوزادان، باعث شود تا در آغوش گرفتن یا لمس کردن نوزاد برایتان سخت باشد. ولی به این نکته توجه داشته باشید که اگرچه تمام تجهیزات پزشکی موجود در بخش، برای بهبودی جسمی نوزاد شما ضروری است ولی محبت و توجه شما مهمترین چیزی است که به نوزاد کمک می کند تا با وضعیت بستری بودن، سازگار شود.

اگر به دلیل وجود لوله ها و تجهیزات اطراف نوزاد، برای بغل کردن یا لمس کردن او تردید دارید، می توانید با صحبت کردن یا شعر خواندن با صدای ملایم برای او، برقراری ارتباط مناسب را شروع کنید.



با گذشت زمان، لمس کردن یا بغل کردن نوزاد برایتان راحت تر خواهد شد. در بسیاری از مواقع حتی اگر به نوزاد لوله ها یا تجهیزاتی وصل باشد این کار امکان پذیر است. اولین حالت برای بغل کردن نوزاد می تواند به سادگی در دست گرفتن یک ظرف باشد، به صورتی که دستتان شما دور بدن کودک قرار گیرد. بغل کردن بصورت تماس پوست با پوست



(روش کانگورویی) نیز می تواند انجام شود. این شیوه بغل کردن، هم برای والدین و هم برای نوزاد مفید خواهد بود.

شما برای قرار دادن وسایلی مانند اسباب بازی کوچک کنار تخت نوزاد خود (انکوباتور) آزاد هستید. همچنین ممکن است دوست داشته باشید لباس خاصی به نوزادتان بپوشانید مثلا کلاه، یا در صورت تمایل میتوانید پارچه کوچکی که قبلا با بدن شما تماس داشته کنار تخت نوزاد بگذارید تا بوی شما نزدیک او باشد.



### وضعیت نوزاد هنگام مراقبت آغوشی

مادر کنار انکوباتور نوزاد می ایستد، با یک دست اندامهای نوزاد را جمع کرده به بدن نوزاد وضعیت C شکل می دهد و با دست دیگر پشت سر و کمر و شانه های نوزاد را حمایت می کند. اکنون درحالی که مادر، نوزادش را در وضعیت جمع شده و C شکل حمایت می نماید به آرامی نوزاد را بلند می کند و روی شانه خود می گذارد.

مادر به آرامی نوزاد را بین دو پستان درون لباس مخصوص در حالی که همچنان وضعیت نوزادش C شکل است می لغزاند.

اکنون لباس مخصوص مراقبت آغوشی مرتب می گردد و به نوزاد کلاه پوشانده می شود. زمانی که نوزاد در مرحله ی خواب عمیق است بدن وی شل می شود و بنابراین با حمایت لگن و باسن نوزاد به سمت بالا، بدن وی را دوباره حمایت کرده تا راه هوایی همچنان باز بماند.

به دلیل حفظ الگوی خواب و بیداری نوزاد طول مدت زمان مراقبت آغوشی باید حداقل یک ساعت باشد.

### اهمیت حس لامسه

تماس پوست با پوست والدین (مراقبت کانگرویی)، بهترین عامل تقویت حس لامسه نوزاد می باشد که باید بر انجام آن تأکید گردد.

ماساژ نرم و آرام با نوازش ریتمیک برای من مانند مسکن عمل می کند، مخصوصاً بعد از حمام کردن به من کمک می کند تا آرام شوم و از با تو بودن لذت ببرم.

ماساژ باید با نظر و اجازه پزشک معالج و آموزش درست او یا فرد دوره دیده صورت گیرد. معمولاً ماساژ برای نوزادی انجام می شود که از نظر بالینی وضعیت کاملاً پایدار دارد، از حمایت تنفسی بی نیاز است.

حرکات ماساژ با سر انگشتان و بسیار ملایم و ظریف و با استفاده از یک روغن و به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه بسته به تحمل نوزاد انجام می گیرد و معمولاً دارای سه مرحله است.



### ماساژ

#### مرحله اول:

لمس نواحی پیش رو با نوک انگشت (از بالای سر تا گردن، از گردن به سمت شانه ها، از بالای پشت تا کمر و از ران تا مچ پا) (نوزاد در وضعیت خوابیده به پشت قرار می گیرد).

## مرحله دوم:

لمس نواحی صورت و گونه، قفسه ی سینه و شکم، اندام ها و کف دست و پا ( نوزاد در وضعیت طاقباز قرار می گیرد).

## مرحله سوم:

انجام حرکات جمع و باز کردن مفاصل شانه ها، آرنج، زانو و مچ دست و پا به سمت داخل و خارج بدن به طور مجزا ( نوزاد در وضعیت طاق باز قرار می گیرد).

.....  
.....  
.....

ظاهر و رفتارهای نوزاد نارس با نوزادی که به موقع به دنیا آمده متفاوت است. دانستن برخی از این تفاوتها به شما کمک می کند تا بدانید نوزاد نارس شما نیز یک نوزاد طبیعی است. برای مثال، پوست نوزادان نارس چروکیده و نازک است که به تدریج خشک و پوسته پوسته میشود. همچنین ممکن است بعضی اوقات دستها و پاهای نوزادتان کبود رنگ به نظر برسد. این کبودی به معنای نیاز بیشتر نوزاد به اکسیژن نیست بلکه یک واکنش شایع در نوزادان نارس بوده و بعضی اوقات نشانه سرد بودن دست و پای اوست. کبودی دست و پا با کبودی اطراف دهان یا کل بدن که نشانه نیاز نوزاد به اکسیژن بیشتر است، تفاوت دارد.

همچنین، پوست نوزاد شما ممکن است کمی زرد شود. به این حالت یرقان" می گویند



که ناشی از شکسته شدن گلبولهای قرمز خون و آزاد شدن بیلی روبین می باشد. علت این اتفاق آن است که کبد نوزاد نارس هنوز ناکامل (و نه معیوب) بوده و توانایی تجزیه بیلی روبین (عامل زردی نوزاد) را

ندارد، در نتیجه برخی از نوزادان نیاز دارند تا چند روزی زیر لامپ‌های مخصوص قرار گیرند تا نور آنها به تجزیه و دفع بیلی روبین کمک کند .

ممکن است گاهی مشاهده کنید که تنفس نوزادان منظم نیست یا در هنگام نفس کشیدن، دچار ایست تنفسی می شود. این حالت معمولا مربوط به عدم تکامل سیستم عصبی است که تا چند هفته بعد از تولد نیز ادامه دارد. در صورتی که وقفه تنفسی طولانی شد، می توانید با زدن ضربه ای آرام به پهلو یا پای نوزاد، او را تحریک به نفس کشیدن کنید.

ممکن است قدرت مکیدن یا قورت دادن نوزادان، بخصوص اگر سن تولد او کمتر از ۳۴ هفته است، ضعیف باشد. این مسأله تغذیه نوزاد را با مشکل مواجه کرده و ممکن است لازم باشد نوزاد از طریق لوله ای مخصوص تغذیه شود. نگران این موضوع نباشید، با گذشت زمان توانایی های نوزاد بیشتر شده و می توانید او را از طریق سرنگ، شیشه شیر یا سینه تغذیه کنید. همچنین ممکن است بعضی اوقات حس کنید که نوزادان به صحبت کردن یا نوازش کردن شما واکنشی نشان نمی دهد. این حالت طبیعی است زیرا نوزادان نارس معمولا نسبت به افراد و اشیاء محیط اطرافشان آگاهی، فعالیت و واکنش کمتری نشان می دهند.



### مراحل گام به گام فرایند انتقال تغذیه با لوله معده به تغذیه دهانی:

مرحله اول: ماساژ دهان نوزاد به همراه مکیدن غیرخوراکی در زمان تغذیه توسط لوله معدی

مرحله دوم: آغاز تغذیه خوراکی با لیسیدن شیر روی پستان مادر یا حجم بسیار کم شیر

از بطری شیر

مرحله سوم: تغذیه از پستان مادر یا بطری شیر برای یک یا دو بار در روز  
مرحله چهارم: افزایش تدریجی تعداد، حجم و طول مدت تغذیه از پستان مادر یا بطری شیر  
مرحله پنجم: تغذیه کامل از پستان مادر یا بطری شیر



### تعویض پوشاک و اجابت مزاج نوزاد:

نوزاد را زمانی که در وضعیتهای طاق باز و به پهلو است می‌توان تعویض پوشک نمود.  
حین تعویض پوشک تنها پاها بایستی به میزان کمی بالا گرفته شود.  
از بلند کردن لگن نوزاد پرهیز گردد.  
نوزادان زیر شش هفته در هر ۲۴ ساعت ممکن است ۲۰ تا ۳۰ بار دفع ادرار داشته باشند.  
اما نیازی نیست که بعد از هر بار ادرار پوشک او را عوض کرد، اما اگر پوشک نوزاد خشک باشد  
جای نگرانی است.  
چنانچه نوزاد در مدت بیش از ۳ ساعت دفع ادرار نداشته باشد، ممکن است کم آب شده  
باشد و باید با پزشک یا پرستار مشورت کرد.



نوزاد چندین بار در روز می‌تواند اجابت مزاج داشته باشد. در شش هفته اول در هر ۲۴  
ساعت ۳ یا ۴ بار ممکن است دفع مدفوع داشته باشد و بیش از این میزان هم طبیعی است.

تا زمانی که وضعیت عمومی نوزاد خوب باشد، دفع اجابت مزاج اسهال به شمار نمی آید. اما برخی از نوزادان که با شیر خشک تغذیه می‌شوند، ممکن است هر چند روز یکبار دفع مدفوع داشته باشند. چنانچه نوزاد از زمان تولد تا ۳۶ ساعت بعد مدفوع نداشته باشد باید با پزشک مشورت کرد.

رنگ طبیعی مدفوع نوزاد در ۲۴ ساعت اول پس از تولد، سبز تیره و چسبناک است و طی دو روز بعد، مدفوع به رنگ قهوه ای روشن درآمده و حالت چسبندگی آن کمتر می‌شود. در صورت تغذیه نوزاد با شیر مادر، مدفوع با رنگ زرد مایل به نارنجی می‌باشد و بوی شیر ترشیده یا ماستی که فاسد شده است، می‌دهد و در صورتی که نوزاد با شیر خشک تغذیه می‌گردد، مدفوع حجیم تر و سفت است، رنگ آن قهوه ای روشن و تقریباً مثل مدفوع بزرگسال بوی ناخوشایندی دارد.

در نوزادانی که به علت آب دهان و یا رفلکس یا برگشت شیر به دهان، بی‌قراری می‌کنند، بهتر است که سر نوزاد ۳۰ درجه بالاتر نگه داشته شود، چون که در این وضعیت بهتر می‌خوابند. برای این کار زیر تشک نوزاد حوله یا ملافه تا شده قرار داده و با بالا آوردن کناره‌های تشک اطمینان حاصل شود که از غلت زدن نوزاد و احتمال خفگی او جلوگیری می‌شود.

چنانچه شیرخوار حداقل ۲۰ تا ۳۰ گرم هر روز وزن می‌گیرد، مادر می‌تواند اطمینان داشته باشد که فرزندش شیر کافی دریافت میکند، اگرچه مقدار زیادی از شیر را بالا می‌آورد.



شناخت نوزاد و یادگیری بهترین روش برای برآورده ساختن نیازهای او، به زمان نیاز دارد. از آنجا که روبرو شدن با همه این تجربیات و گذراندن این شرایط می‌تواند برایتان سخت باشد،

خیلی مهم است که استراحت کافی و غذای مناسب داشته باشید. معمولا وقتی خواب کافی نداریم یا از خود به خوبی مراقبت نمی کنیم موقعیتهای سخت تر به نظر می رسند.

اگر به زمانی برای صرف غذا و استراحت نیاز داشتید یا لازم بود به منزل بروید، پرستاران شما را در جریان تغییرات اصلی وضعیت نوزادتان قرار خواهند داد.

خیلی زود یاد می گیرید که چگونه از نوزادتان مراقبت کرده و چطور بهتر می توانید او را آرام کنید. شما به عنوان مادر نوزاد، بهترین کسی هستید که میتوانید با حضورتان، با صدایتان یا با نوازش ملایمتان به او اطمینان خاطر داده و او را آرام سازید.



### کتاب کار مرحله اول

مرحله اول فعالیتهای مادر در برنامه "ایجاد فرصتهای توانمند سازی والدین"

(۱) الان کودک من ..... روز سن دارد.

چیزهای خاصی که من در حال حاضر در او می بینم عبارتند از:

.....

.....

.....

.....

به زودی به اهمیت این نکته پی خواهید برد که پیگیری و ثبت وقایع یا مراحل مهم در طول بستری بودن نوزادتان در بخش مراقبت ویژه نوزادان، به شما کمک می کند تا بهتر متوجه

پیشرفتهای او شوید. بنابراین لطفا تاریخ رخ دادن مواردی که در زیر مطرح شده را ثبت کنید.  
برخی از این موارد ممکن است اصلا برای نوزاد شما رخ ندهد یا هنوز اتفاق نیفتاده باشد.

### تاریخ وقایع مهم اتفاق افتاده در طول بستری نوزاد در بخش

.....اولین دفعه ای که دیدم نوزاد چشمهایش را باز می کند.

.....اولین دفعه ای که نوزادم به من نگاه کرد.

.....اولین دفعه ای که نوزادم را بغل کردم.

.....اولین دفعه ای که نوزادم انگشت یا دست مرا در دست خود گرفت.

.....اولین دفعه ای که به نظر رسید نوزادم با شنیدن صدای من احساس

آرامش کرد.

.....اولین دفعه ای که به نظر رسید نوزادم با نوازش کردن من

احساس آرامش کرد.

.....روزی که نوزادم از دستگاه تنفس مصنوعی جدا شد.

.....روزی که لوله معده نوزادم خارج گردید.

.....اولین دفعه ای که پوشک نوزادم را عوض کردم.

.....اولین دفعه ای که در تمیز کردن یا حمام کردن نوزادم کمک کردم.

.....اولین دفعه ای که نوزادم را تغذیه کردم.

.....اولین دفعه ای که به نوزادم لباس پوشاندم.

### اطلاعات مرحله دوم:

مادر گرامی سلام؛ روز شما به خیر



در این چند روز که نوزادتان در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شده است، احتمالاً با افراد و محیط، بیشتر آشنا شده اید. با این وجود، ممکن است همچنان احساس کنید که از نظر عاطفی دچار نوسان هستید.

یک روز احساس خوبی داشته و از پیشرفت مسائل راضی هستید و روز دیگر از بستری بودن نوزادتان در بخش مراقبت ویژه، دچار تنش شده و احساس ناخوشایندی پیدا می کنید.

توجه داشته باشید که بسیاری از والدین چنین احساساتی دارند و شما با انجام برخی کارها می توانید به خودتان کمک کنید تا این تجربه را کمی راحت تر پشت سر بگذارید.

مهم است اجازه دهید فامیل و دوستانتان در این روزها به شما کمک کنند. وقتی از شما می پرسند آیا میتوانند به شما کمکی بکنند، تردید نکنید و از آنها کمک بخواهید.

پرسنل بخش مراقبت ویژه نوزادان نیز می توانند حامیان خوبی برای شما باشند، پس در زمانهای مناسب به راحتی درباره احساساتتان با آنها صحبت کنید.

این نکته نیز حائز اهمیت است که زمانهای خاصی را فقط با همسرتان یا فرد دیگری که با او راحت هستید، سپری کنید. بدین ترتیب شما باعث آرامش یکدیگر می شوید و می توانید با یکدیگر درباره احساساتتان صحبت کنید، حتی اگر این احساسات متفاوت باشند.

برای مثال زمانیکه همسرتان عصبانی است، ممکن است شما غمگین باشید. در این شرایط شما نباید عصبانی شوید و اجازه دهید طرف مقابلتان به راحتی احساساتش را بروز دهد.

اگر چه برای بسیاری از زوجین بودن در این شرایط بسیار دشوار است ولی اغلب به این نتیجه می رسند که اگر این موقعیت را با آرامش و به خوبی سپری کنند، بهتر می توانند با مشکلات یا چالشهای بعدی زندگی روبرو شوند.



نوزادان نارس در برخی موارد با نوزادان رسیده تفاوت دارند.

برای مثال، سیستم عصبی نوزادان نارس، ناکامل است، در نتیجه آنها نسبت به صدا، نور و

فعالیت‌های کارکنان در بخش مراقبت ویژه، بسیار تحریک پذیر هستند.

همچنین شما خواهید دید که وقتی نوزادان زیاد تحریک شده یا دچار تنش باشد، حالات

و علائم خاصی را نشان می دهد.

این نشانه ها عبارتند از: تغییر رنگ پوست، تغییر تعداد تنفس یا ضربان قلب، سسکه،

بیرون دادن آب دهان یا عق زدن، حرکات لرزشی بدن، سفت شدن بازوها، شل شدن بازوها یا

پاها، قوس دادن به پشت یا گردن، روی برگرداندن، تغییر حالت صورت به شکل شکلک در آوردن،

بستن چشمها، نق زدن یا به خواب رفتن.

اگر موقع ارتباط با نوزادان این حالات را مشاهده کردید، بهتر است کاری را که انجام

میدادید متوقف سازید، به آرامی نوزادان را در آغوش بگیرید، یا اجازه دهید مدتی در تخت خود

آرام باشد و استراحت کند.



## مراقبت ها پس از پایان اقدام دردناک در نوزاد:

پس از پایان اقدام دردناک، نوزاد همچنان درون آشیانه یا پارچه پیچیده باشد.

در صورت حضور والدین، نوزاد برای مدت ۳۰ دقیقه در آغوش والدین نگه داشته شود یا

با هر دو دست حمایت شود.



برخی کارهایی که می توانید برای کاهش تحریک نوزادان در مدت زمانی که در بخش

مراقبت ویژه بستری است انجام دهید عبارتند از:

حرف زدن یا شعر خواندن آرام برای او، آهسته لمس کردن او، تغییر وضعیت او با ملایمت،

آرام بستن دریچه های انکو باتور، صحبت کردن با دیگران دور از انکوباتور نوزاد، قرار دادن این

نوشته کنار انکوباتور نوزاد، هنگامی که در حال خوابیدن است: "لطفاً آرام باشید، من خواب

هستم" و در صورتی که اجازه داده شود قرار دادن پارچه ای روی انکوباتور نوزاد برای مدتی، به

منظور کاهش میزان نور.

وقتی بیشتر در مراقبت از نوزادان دخیل شدید می توانید چند مراقبت را پشت سر هم

انجام دهید (مثلاً تمیز کردن بدن یا صورت، جابجا کردن و تعویض پوشک)، بنابراین نوزادان

زمان بیشتری برای خوابیدن خواهد داشت که این مسأله برای تکامل سیستم مغز و اعصاب او

بسیار مهم است.

همچنین متوجه می شوید که نوزادان فقط توانایی انجام یک کار را در یک زمان مشخص

دارد، مثلاً نگاه کردن به شما، زیرا انجام همزمان دو کار می تواند تحریک زیادی برای او باشد.



بهترین زمان برای برقراری ارتباط یا تغذیه نوزاد وقتی است که او آرام و هوشیار است. در این زمان چشمهای نوزاد باز و درخشان بوده و به شما یا هر چیز دیگری در محیط توجه کرده و خیره می شود.

می توانید به آرامی او را تکان دهید یا با او صحبت کنید. حتی در صورت وصل بودن لوله ها و مانیتور به نوزاد، با اطلاع به پرستار می توانید چنین کاری انجام دهید. اگر نوزاد شما کمتر از ۳۴ هفته است، ممکن است هنوز مکیدن برایش سخت باشد. نوزادان ۳۰ هفته و بزرگتر می توانند نگاه خود را به افراد یا اشیایی که در فاصله ۲۰ تا ۲۵ سانتی متری آنها قرار دارد متمرکز کنند.

در مقایسه با نوزاد رسیده، بعضی اوقات نوزاد نارس به سختی آرام می شود، گریه های تیز دارد و معمولاً الگوی خواب و بیداری او منظم نیست.

اگر مطمئن نیستید آنچه در نوزاد می بینید طبیعی است یا نه، براحتی این مسئله را با یکی از پرستاران بخش مراقبت ویژه، که مایل است در این زمینه با شما صحبت کند، در میان بگذارید.



اگر شما کودکان دیگری در منزل دارید، لازم است این نکته را بدانید که آنها خوب درک نمی کنند که چرا خواهر یا برادر کوچکشان از بیمارستان به خانه نیامده است.

این موضوع اهمیت دارد که به سؤالات کودکان صادقانه و با زبان ساده پاسخ گوئید و به آنها اطمینان دهید که آنها کار اشتباهی انجام نداده اند که باعث شود، خواهر یا برادر کوچکشان بیمار شده و در بیمارستان بستری شود.

کارهای دیگری که می توانید انجام دهید تا سایر کودکان با این شرایط سازگار شوند عبارتند از: اجازه دهید درباره احساساتشان با شما صحبت کنند، از آنها بخواهید که برای خواهر یا برادر کوچکشان نقاشی بکشند یا صدایشان را ضبط کنند تا شما با خود به بخش مراقبت ویژه ببرید. به خاطر داشته باشید که در شروع هر تلاش، باور داشتن به تلاشی که انجام می دهید، تنها چیزی است که کمک می کند تا شما به نتایج مطلوبی دست پیدا کنید. اکنون زمانی است که شما باید باور داشته باشید که مادری منحصر به فرد و بی نظیر برای نوزادتان هستید و خواهید بود.



### کتاب کار مرحله دوم:

مرحله دوم فعالیتهای مادر در برنامه "ایجاد فرصتهای توانمندسازی والدین"

-الان کودک من ..... روز سن دارد.

چیزهای خاصی که من در حال حاضر در او می بینم عبارتند از:

.....

.....

.....  
.....  
.....

نشانه های زیاد تحریک شدن نوزاد عبارتند از: حرکات لرزشی بدن، روی برگرداندن، قوس دادن به پشت یا گردن، بستن چشمها، سفت یا شل شدن بازو ها یا پا ها و تغییر حالت صورت به شکل شکلک در آوردن.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

وقتی نوزادتان علائم در تنش بودن را نشان می دهد، هر کاری که انجام می دادید را متوقف سازید و برای چند دقیقه دستتان را به آرامی بر روی قفسه سینه او قرار داده و او را نوازش کنید تا احساس آرامش نماید.

در یک زمان فقط یک فعالیت برای نوزاد انجام دهید. برای مثال یا او را تکان دهید یا به آرامی با او صحبت کنید ولی هر دو کار را همزمان انجام ندهید.

لطفا جملات زیر را تکمیل کنید:

این علائم و نشانه ها در نوزادم به من می فهماند که او در تنش است.

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
متوجه شدم که می‌توانم این کارها را در زمان تنش بودن نوزادم برای آرام ساختن او انجام دهم.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
**مرحله سوم:**

بالاخره زمان آن رسیده نوزاد شما که در بخش ویژه نوزادان بستری بوده مرخص شود. اگرچه شما منتظر چنین روزی، که به نظر طولانی هم می‌آمد بودید اما ممکن است شما برای مراقبت و نگهداری از نوزادتان در خانه هیجان زده و نگران باشید، ولی به خاطر داشته باشید که اگر شما برای ترخیص نوزاد آمادگی نداشته باشید، نوزاد شما ترخیص نخواهد شد.

مدتی طول می‌کشد تا نوزاد خودش را با محیط خانه سازگار کند. این مدت بین ۴-۸ هفته متغیر است. این مراحل در نوزاد نارس کمی با تاخیر همراه است. برای مثال اگر قرار بوده نوزاد شما در سن ۴۰ هفتگی حاملگی به دنیا بیاید و در حال حاضر در ۳۲ هفته حاملگی دنیا آمده است، روند رشد و تکامل او ۸ هفته عقب تر از یک نوزاد رسیده خواهد بود.

بنابراین شما از نوزادتان باید انتظار داشته باشید که در ۴ ماهگی به جای ۲ ماهگی لبخند بزند. یا در ۶ ماهگی به جای ۴ ماهگی غلت بزند. تکامل نوزادان نارس در ۲ سالگی به نوزادان رسیده و کامل می‌رسد. در این مدت کارهایی وجود دارد که به روند رشد نوزادتان کمک می‌کند.

برای مثال مطالعات زیادی نشان داده اند که صحبت کردن و آواز خواندن برای نوزاد در هر روز به رشد شناختی، کلامی و اجتماعی او کمک زیادی می کند.



نوزاد شما منحصربه فرد می باشد و رشد و تکاملش بر اساس ویژگی های خودش می باشد. نوزاد نارس نسبت به نوزاد رسیده زمان بیداری کمتری دارد و در زمان بیداری معمولاً بهانه گیر هستند. به خاطر داشته باشید به جای انجام چندین کار در هر مرتبه ( مثلاً نگهداشتن، تکان دادن، نوازش، و آواز خواندن ) سعی کنید فقط یک کار را انجام دهید.

فرزندانتان ممکن است به خاطر اینکه زمان زیادی را دور از آنها سپری می کنید ناراحت شوند و طبیعی است که احساس کنند شاید آنها کار اشتباهی را انجام دادند که خواهر یا برادرشان مریض شده است. به همین دلیل زمانی را تنظیم کنید تا با آنها باشید، حتی به مدت ۱۵ دقیقه در روز که این مدت به آنها کمک می کند احساس امنیت بیشتری داشته باشند.

به خاطر داشته باشید زمانی را برای سازگاری خود و خانواده تان با نوزادی که تازه به خانه آورده اید اختصاص دهید با گذشت هر هفته شما احساس راحتی و اعتماد به نفس بیشتری در مراقبت از نوزادتان را به دست می آورید و همچنان که او رشد می کند به حرکات و رفتارهای شما پاسخ بهتری نشان می دهد و این، رابطه بین شما را شکوفاتر می کند.





## اطلاعات تکمیلی

### لباس و پوشش نوزاد

معمولا پوشاندن کلاه، جوراب و دستکش در روزها و حتی هفته‌های اول بعد از ترخیص، به خصوص در فصول سرد سال توصیه می‌شود.

کنترل درجه حرارت نوزاد با تب سنج در زیر بغل بهترین راه پرهیز از مشکلات گرما و سرمای بدن نوزاد می‌باشد.

درجه حرارت مناسب بدن نوزاد ۳۶ تا ۳۶٫۵ درجه سانتی‌گراد است.

جنس لباس نوزاد باید نرم، راحت و بدون برچسب یا درزهای زیر باشد.

بهتر است لباس نوزادان کمی گشاد و آزادتر باشد و به بدنش نچسبد و خیلی تنگ هم نباشد.

برای نگهداری از نوزادان در تابستان به تی شرت‌های گشاد و در زمستان به یقه‌اسکی نیاز دارید.

بهتر است بلوزها کنار گردن دکمه دار باشند تا راحت از سر نوزاد پایین بروند

ملحفه‌ها و پتوهای مورد استفاده برای بستر نوزادان از جنس لطیف با حداقل به درصد مواد

پلاستیکی انتخاب گردد. پارچه‌های پنبه‌ای بهترین انتخاب هستند.

در صورت پایداری وضعیت بالینی نوزاد یا زمان نزدیک به ترخیص، به نوزاد کلاه و جوراب

پوشانیده شود.

درجه حرارت مناسب اطلاق برای نوزاد ۲۵ - ۲۶ درجه سانتی‌گراد می‌باشد. از قرار دادن

نوزاد کنار بخاری، رادیاتور شوفاژ، جریان باد کولر و یا پنکه و یا تابش مستقیم آفتاب پرهیز شود.

### حمام دادن نوزاد:

نوزادان با سن بارداری تولد زیر ۳۲ هفته، نیازی به حمام دادن در وان ندارند.

نوزاد حتما بیدار و هوشیار باشد.

حتما مادر برای حمام دادن نوزاد مشارکت داشته باشد.

دما، روشنایی و سر و صدای محل حمام متعادل گردد.

دمای بدن نوزاد با دماسنج زیر بغلی اندازه گیری شود تا در محدوده طبیعی باشد.

کلیه وسایل حمام نوزاد ( یک وان کوچک، پستانک، پتوی گرم) در کنار محل مورد نظر

قرار داده شود.

تا نصف وان را آب پر و دمای آن را کنترل کنند تا در محدوده مناسب باشد.

مراقب( والدین و کارکنان)، دستبند، انگشتر، ساعت و... را خارج نموده و ناخن هایشان

کوتاه باشد.

پوشاک نوزاد را خارج، نمایشگرها را خاموش و کلیه سیم ها را از نوزاد جدا کنند.

نفر دوم باید پشت سر نوزاد بایستد تا بتواند نوزاد را با دو دستش حمایت نماید.

نفر دیگر بالای وان بایستد تا کارایی موثری داشته باشد.



### حمام دادن نوزاد:

با یک دستمال تمیز یا پنبه ( بدون صابون و شامپو)، به آرامی گردن نوزاد تمیز شود.

سپس دستمال یا پنبه روی صورت نوزاد از بینی تا کناره گوش کشیده شود. باید دقت کرد که

تنها قسمت بیرونی گوش ها تمیز شود.

نوزاد به آرامی درون آب گذاشته و در عین حال سر و گردن، تنه و اندامهای نوزاد حمایت

شود. سطح آب نباید بیشتر از شانههای نوزاد باشد.

تمیز کردن از یک طرف بدن نوزاد آغاز شود. ابتدا از دست شروع کرده سپس بازو و قفسه

سینه نوزاد شسته شود.

برای شستن پشت، نوزاد به آرامی به پهلو چرخانده شود.

سپس سر نوزاد به آرامی شسته شود.

در هر مرحله به رفتارهای نوزاد توجه و با مشاهده رفتارهای استرس نوزاد، دست نگه داشته شود. پس از طبیعی شدن رفتارها، کار دوباره از سر گرفته شود. می توان برای آرامش نوزاد، پستانک مناسب در دهان وی گذاشت.

به آرامی ملحفه نوزاد برداشته و با حمایت کامل، درون حوله کاملاً خشک و سپس درون ملحفه تمیز در دست والدین پیچیده شود.



کتاب کار مرحله سوم:

مرحله سوم فعالیت‌های مادر در برنامه "ایجاد فرصتهای توانمند سازی والدین"

الان کودک من .....روز سن دارد.

۱. کارهایی که نوزاد من در این سن انجام می‌دهد عبارتند از :

.....

.....

.....

.....

.....

۲. کارهایی که وقتی نوزادم در تنش است برای او انجام می‌دهم تا او به آرامش برسد :

.....

.....

.....

.....

.....

۳. کارهایی که من در بخش مراقبت ویژه نوزادان یاد گرفته‌ام تا بعد از ترخیص نوزادم

برای کمک بیشتر به او انجام دهم :

.....

.....

.....

.....

.....

۴. برخی نگرانی‌هایی که من بعد از ترخیص نوزادم دارم :

.....

.....

.....

.....

.....

## منابع

- ✓ عنوان کتاب: برنامه ایجاد فرصت‌های توانمندسازی مادران با همکاری..... و مشارکت اداره سلامت نوزادان، دکتر محمد حیدرزاده ، سهیلا جعفری میانایی، سهیلا کربندی، اعظم مومنی زاده ناشر: تهران پژوهاک آرمان. چاپ اول (تابستان ۱۳۹۳)
- ✓ عنوان کتاب: برنامه کشوری مراقبت تکاملی نوزادان در بیمارستان، پدید آورندگان: زهرا اسکندری، محمد حیدرزاده، پریسا محقق، نسرين رشیدی جزنی، عباس حبیب الهی، سید ابوالفضل افجه، ناشر: شرکت ایده پردازان فن و هنر، چاپ اول: زمستان ۱۳۹۷
- ✓ عنوان کتاب: مراقبت و نگهداری از نوزادان نارس با همکاری ..... و مشارکت اداره سلامت نوزادان، دکتر عباس حبیب الهی، دکتر محمد حیدرزاده، دکتر محمود راوری، دکتر محمدرضا زرکش ، دکتر پریسا محقق، فروزان اکرمی، حاجیه جعفری پردستی، نسرين رشیدی جزنی، مهین قاسمی، روشنگر و کیلیان. انتشارات پژوهاک آرمان، نوبت چاپ: اول (بهار ۱۳۹۳)

## پیوست ۲: جدول اهداف آموزشی

### اهداف آموزشی توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش ویژه نوزادان

مکان آموزش: بخش ویژه نوزادان بیمارستان آیت اله طالقانی شهر ایلام

گروه هدف: گروه ۴۱ نفره آموزش چهره به چهره و گروه ۴۱ نفره آموزش مجازی

هدف کلی: توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش ویژه

ردیف	مراحل آموزش	اهداف رفتاری	حیطه آموزشی	روش آموزشی	وسایل و رسانه آموزشی	وظایف فراگیران	نحوه ارزشیابی	زمان (به دقیقه)
۱	جلسه اول	مادر نوزاد با توجه به آموزش پرستار بتواند مراقبت هم آغوشی نوزاد را به درستی انجام دهد.	روانی- حرکتی	آموزش چهره به چهره و مجازی	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	مشاهده کردن، گوش دادن، دقت کردن، انجام دادن	نمایش عملی، تکمیل مراحل کتاب کار	۱۵
۲	جلسه اول	مادر نوزاد با توجه به توضیحات پرستار بتواند اهمیت حس لامسه نوزاد را بیان کند.	شناختی	آموزش چهره به چهره و مجازی و پرسش و پاسخ	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	مشاهده کردن، گوش دادن، پاسخ دادن	شرکت فعال در آموزش، تکمیل مراحل کتاب کار	۵
۳	جلسه اول	مادر نوزاد با توجه به توضیحات پرستار بتواند تفاوت‌های نوزاد نارس با نوزاد رسیده را بیان کند.	شناختی	آموزش چهره به چهره و مجازی	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	مشاهده کردن، گوش دادن، پاسخ دادن	شرکت فعال در آموزش، نمایش عملی، تکمیل مراحل کتاب کار	۱۰
۴	جلسه اول	مادر نوزاد با توجه به	روانی- حرکتی	آموزش چهره به چهره به	کتابچه- فیلم	مشاهده کردن،	شرکت فعال در آموزش، نمایش	۱۵

	عملی، تکمیل مراحل کتاب کار	گوش دادن ،انجام دادن	مولتی مدیا	چهره و مجازی		آموزش پرستار در مورد فرایند تغذیه، در شیر دادن به نوزاد کمک کند.		
۵	شرکت فعال در آموزش، نمایش عملی، تکمیل مراحل کتاب کار	مشاهده کردن، گوش دادن، انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	روانی- حرکتی	مادر نوزاد با توجه به آموزش‌های پرستار نحوه صحیح تعویض پوشاک را انجام دهد.	جلسه اول	۵
۵	شرکت فعال در آموزش، تکمیل مراحل کتاب کار	مشاهده کردن ،پاسخ دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره ومجازی	شناختی	با توجه به توضیحات پرستار از تعداد دفع نوزادش آگاه باشد و بیان کند.	جلسه اول	۶
۵	شرکت فعال در آموزش، تکمیل مراحل کتاب کار	مشاهده کردن، گوش دادن ،انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	عاطفی	مادر نوزاد بتواند پس از آگاهی در مورد نیازهای نوزادش با آرام کردن او علاقه نشان دهد.	جلسه اول	۷
۵	شرکت فعال در آموزش، تکمیل مراحل کتاب کار	گوش دادن ،انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	عاطفی	مادر نوزاد بتواند با توجه به آموزش پرستار کمک دیگران را در نظر بگیرد.	جلسه دوم	۸
۱۰	شرکت فعال در آموزش، نمایش عملی، تکمیل مراحل کتاب کار	مشاهده کردن، گوش دادن ،انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره ومجازی	روانی- حرکتی	با توجه به آموزش‌های پرستار پس از اقدام دردناک در نوزادش، رفتار مناسب با نوزاد را انجام دهد.	جلسه دوم	۹

۵	شرکت فعال در آموزش، تکمیل مراحل کتاب کار	مشاهده کردن، گوش دادن، دقت کردن، انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	عاطفی	مادر نوزاد بتواند با توجه به آموزش‌های پرستار در ارتباط با نحوه مراقبت از نوزادش تصمیم‌گیری کند.	جلسه دوم	۱۰
۱۰	شرکت فعال در آموزش، نمایش عملی، تکمیل مراحل کتاب کار	مشاهده کردن، گوش دادن ، انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	روانی- حرکتی	مادر نوزاد با توجه به آموزش‌های پرستار لباس‌های نوزادش را تعویض و او را با کلاه بپوشاند.	جلسه دوم	۱۱
۱۵	شرکت فعال در آموزش تکمیل مراحل کتاب کار	مشاهده کردن، گوش دادن، دقت کردن، انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	روانی- حرکتی	مادر نوزاد بتواند با توجه به آموزش‌های پرستار در حمام کردن نوزاد مشارکت داشته باشد.	جلسه دوم	۱۲
۵	شرکت فعال در آموزش، تکمیل مراحل کتاب کار	گوش دادن، انجام دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	عاطفی	مادر نوزاد بتواند با توجه به توضیحات پرستار اطلاعات مربوط به روند درمان نوزادش از پزشک بپرسد.	جلسه دوم	۱۳
۱۰	شرکت فعال در آموزش، تکمیل مراحل کتاب کار	پاسخ دادن	کتابچه- فیلم مولتی مدیا	آموزش چهره به چهره و مجازی	عاطفی	مادر نوزاد بتواند برخی نگرانی‌هایی را که بعد از ترخیص نوزادش دارد، بیان کند.	جلسه دوم	۱۴



پرسشنامه

کد..... / تاریخ / ۱۴۰۰

ویژگی‌های جمعیت شناختی مادر:

سن مادر:

سطح تحصیلات مادر : سواد خواندن و نوشتن  زیر دیپلم  دیپلم  کاردانی  کارشناسی و بالاتر

تعداد فرزندان: ..... شغل : بیکار  شاغل دولتی  شاغل آزاد

میزان درآمد ماهیانه  بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان  بیشتر از ۱۵ میلیون تومان

خانواده: کمتر از ۱۰ میلیون تومان

نوع زایمان: طبیعی  سزارین

وضعیت بیمه: خدمات درمانی  تامین اجتماعی  نیروهای مسلح  بیمه سلامت روستایی

سایر بیمه‌ها  ندارد

رتبه زایمان:

دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی: دارد  ندارد

سابقه سقط و مرده زایی: دارد  ندارد

سابقه ناباروری: دارد  ندارد

دیابت بارداری: دارد  ندارد

سابقه فشار خون بالا و پراکلامسی: دارد  ندارد

سابقه خون ریزی غیر طبیعی در بارداری: دارد  ندارد

سابقه دردهای زودرس زایمانی: دارد  ندارد

### ویژگی‌های جمعیت شناختی نوزاد:

- (۱) تاریخ تولد: \_\_\_\_\_  
(۲) وزن هنگام تولد: \_\_\_\_\_ گرم  
(۳) جنس: پسر O دختر O  
(۴) سن هنگام تولد: \_\_\_\_\_ هفته  
(۵) مدت زمان وصل شدن به دستگاه‌های کمک تنفس (فشار مثبت، ونتیلاتور و...):  
آپگار بدو تولد: \_\_\_\_\_ تاریخ پذیرش: \_\_\_\_\_  
تاریخ ترخیص: \_\_\_\_\_ بستری مجدد: دارد O ندارد O  
پیوست ۴: نمره شاخص مشارکت مادران: .....

### شاخص مشارکت مادران:

کد: \_\_\_\_\_ تاریخ: ۱۴۰۰/ / \_\_\_\_\_

#### والدین گرامی با سلام و عرض ادب،

در زیر فهرستی از فعالیت‌هایی که احتمالاً شما در ۴۸ ساعت گذشته برای نوزاد خود انجام داده‌اید، آمده است. لطفاً در کنار هر فعالیتی که خود شما انجام داده‌اید علامت بزنید.

- ۱- نوزادم را شیر دادم یا در شیر دادن او کمک کردم.
- ۲- پوشک نوزادم را تعویض کردم.
- ۳- نوزادم را حمام دادم یا با پارچه مرطوب او را تمیز کردم.
- ۴- از میزان شیری که نوزادم نوشید آگاهی داشتم و به پرستار اطلاع دادم.
- ۵- از میزان یا تعداد دفعات ادرار نوزادم (مثلاً تعداد پوشک‌های خیس) آگاهی داشتم و به پرستار اطلاع دادم.

- ۶- زمان دفع نوزاد را می دانستم و آن را به پرستار اطلاع دادم.
  - ۷- زمان انجام روش های مراقبتی دردناک (رگ گیری، تزریق عضلانی) کودکم را آرام کردم.
  - ۸- زمانی که نوزادم بی قرار بود او را آرام کردم.
  - ۹- با نوزادم صحبت کردم یا برایش آواز (لالایی یا شعر) خواندم.
  - ۱۰- برای نوزادم کتاب خواندم.
  - ۱۱- نوزادم را بغل کردم یا به آرامی او را تکان دادم.
  - ۱۲- نیازهای نوزادم را به پرستار اطلاع دادم.
  - ۱۳- درباره عادات نوزادم و آنچه او دوست دارد یا دوست ندارد با پرستار صحبت کردم.
  - ۱۴- نیازهای نوزادم را به پزشک اطلاع دادم.
  - ۱۵- اطلاعات مربوط به وضعیت نوزادم را از پرستار پرسیدم.
  - ۱۶- اطلاعات مربوط به چگونگی مراقبت از نوزادم را از پرستار پرسیدم.
  - ۱۷- اطلاعات مربوط به روند درمان نوزادم را از پزشک پرسیدم.
  - ۱۸- نوزادم را نوازش کردم.
  - ۱۹- در ارتباط با نحوه مراقبت از نوزادم تصمیم گیری کردم.
  - ۲۰- لباس های نوزادم را تعویض کردم و با قسمتی از لباس (مثلا کلاه) او پوشاندم.
  - ۲۱- نوزادم را برای خواب آماده کردم.
  - ۲۲- درباره وضعیت نوزادم در زمانی که در کنارش نبودم از پزشک یا پرستار سوال کردم.
  - ۲۳- از پرستار یا پزشک خواستم تا مطلبی را که نمی دانستم برایم توضیح دهد.
  - ۲۴- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجربیات اقامت در بیمارستان یا درباره شرایط نوزادم با سایر والدین یا فردی غیر از پرستار و پزشک صحبت کردم.
  - ۲۵- در مواقع نیاز درجه حرارت بدن نوزادم را کنترل کردم.
  - ۲۶- آیا فعالیت دیگری وجود دارد که برای نوزادتان انجام داده باشید ولی در این فهرست ذکر نشده باشد؟ (مثلا بستن چشم بند نوزاد، بغل کردن نوزاد به روش کانگرویی و....).
- اگر پاسخ مثبت است آنها را نام ببرید.

مقیاس اضطراب آشکار فرم y-1 از فرم

ردیف	عبارت	ضروری است	مفید است اما	ضروری نیست	غیر مرتبط	تا حدودی مرتبط	مرتبط	واضح	تا حدودی واضح	غیر واضح	ضروری است
۱	احساس آرامش می کنم.										
۲	احساس ایمنی می کنم.										
۳	نا آرام (هیجان زده) هستم.										
۴	احساس می کنم اعصابم خرد شده است.										
۵	احساس می کنم سر حال هستم.										
۶	احساس می کنم اضطراب دارم.										
۷	الان نگران بدبختی های احتمالی خودم هستم.										
۸	احساس رضایت می کنم.										
۹	احساس می کنم هول شده ام.										
۱۰	احساس راحتی می کنم.										
۱۱	احساس می کنم اعتماد به نفس دارم.										

										۱۲	احساس می کنم عصبی هستم.
										۱۳	عصبانی هستم.
										۱۴	احساس تردید(دو دلی) می کنم.
										۱۵	آرام هستم.
										۱۶	احساس می کنم راضی هستم.
										۱۷	نگران هستم.
										۱۸	احساس می کنم گیج شده ام.
										۱۹	احساس می کنم ثابت قدم شده ام.
										۲۰	احساس می کنم شاداب و سرحال هستم.

مقیاس اضطراب فرم 2-y از فرم

رتبه	عبارت	ضروری است	ضروری نیست	مفید است اما	ضروری نیست	غیر مرتبط	تا حدودی مرتبط	مرتبط	واضح	تا حدودی واضح	غیر واضح
۲۱	احساس می کنم شاداب و سرحال هستم.										
۲۲	احساس می کنم عصبی و بی قرار هستم.										
۲۳	احساس می کنم از خودم رضایت دارم.										
۲۴	ای کاش به اندازه دیگران خوشحال بودم.										
۲۵	احساس می کنم مثل اینکه شکست خورده ام.										
۲۶	احساس می کنم راحت هستم.										
۲۷	آرام، خونسرد و خاطر جمع هستم.										

									احساس می کنم مشکلات به قدری رویهم جمع شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم.	۲۸
									درباره چیزی که واقعا مهم نیست، بیش از حد نگران می شوم.	۲۹
									خوشحالم.	۳۰
									افکار پریشانی دارم.	۳۱
									اعتماد به نفس ندارم.	۳۲
									احساس امنیت می کنم.	۳۳
									به آسانی تصمیم می گیرم.	۳۴
									احساس می کنم بی کفایت هستم.	۳۵
									راضی هستم.	۳۶
									فکر بی اهمیتی از ذهنم می گذرد و آرام می دهد.	۳۷
									ناامیدی ها را آن قدر جدی می گیرم که نمی توانم ذهن خود را از آنها خلاص کنم.	۳۸
									شخص ثابت قدمی هستم.	۳۹
									وقتی به دلخوشی ها و علاقه های اخیر خودم فکر می کنم ، ناراحت یا آشفته می شوم.	۴۰



**عنوان طرح پژوهشی :** مقایسه تاثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه به دو روش چهره به چهره و مجازی بر میزان مشارکت آن‌ها در امر مراقبت از نوزادان و اضطراب زمان ترخیص مادران در سال ۱۴۰۰

**بیمارستان آیت الله طالقانی در سال ۱۴۰۰**

**نام محقق ( پژوهشگر):** سیده مهتاب نقیب زاده

اینجانب..... با کد ملی ..... و آدرس..... و تلفن مذکور را اعلام می کنم. همچنین اعلام می کنم که توضیحات لازم راجع به روش، عوارض جانبی، پیامدها و سایر ویژگی های طرح پژوهشی، توسط پژوهشگر برای اینجانب توضیح داده شده است و هیچگونه اجبار یا اضطراب از جانب پژوهشگر جهت شرکت اینجانب در برنامه پژوهشی اعمال نشده است و پژوهشگر متعهد به پرداخت هیچگونه وجه یا هدیه در ازای شرکت در مطالعه در هر مرحله ای احترام گذارد، تمام اطلاعات ارائه شده با رعایت هویت شخصی اینجانب محرمانه باقی بماند، در صورت انصراف اینجانب از شرکت در طرح پژوهشی، تمام حمایت ها و درمان ها و پیگیری های لازم را در اختیار اینجانب قرار دهد و خسارت ناشی از پژوهش که بیش از خطرات متعارف روزانه باشد را بر طبق رأی مرجع شرکت در ذیصلاح و هزینه های در برنامه پژوهش ( مانند مسافرت) که توسط اینجانب پرداخت شده است را با ارائه فاکتور معتبر پرداخت نمایم. من می خواهم / نمی خواهم نتایج انجام شده بر روی نمونه های مربوط به خود را بدانم. استفاده پژوهشی ( تولید محصولت علمی) از نتایج اقدامات صرفا درمانی در خصوص خود را اجازه می دهم / نمی دهم.

نام و نام خانوادگی داوطلب

امضا و اثر انگشت

**FULL PAPER****Effect of face-to-face and virtual empowerment methods on mothers of newborns in NICU: Participation and anxiety**Hamid Taghinejad<sup>1</sup>  | Hadis Nazari<sup>2</sup>  | Kourosh Sayehmiri<sup>3</sup>  | Seyodeh Mahtab Naghibzadeh<sup>4\*</sup> 

<sup>1</sup>Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

<sup>2</sup>Instructor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Abazar Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

<sup>3</sup>Professor, Biostatistics, Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

<sup>4</sup>MSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Empowering mothers in the NICU by providing conditions and providing training helps mothers in the skills of caring for the newborn, and also helps to reduce their anxiety. In this semi-experimental research, 82 mothers with babies hospitalized in the NICU of Ayatollah Taleghani Hospital in Ilam City were selected using available sampling and by random block methods and were placed in the two face-to-face and virtual training groups. Data were collected through the demographic questionnaire of mothers and babies, the Melnik mothers' participation checklist, and the Spielberger anxiety questionnaire, and was analyzed using SPSS version 24 software and chi-square, independent t, paired t, Kruskal-Wallis tests and analysis of covariance. After the intervention, the average participation of mothers in both groups (face-to-face: (2.9) 22.41 and virtual: (3.7) 18.9) increased significantly ( $p < 0.001$ ). Also, the average score Trait and situational anxiety in both face-to-face and virtual training groups decreased after the training compared to before ( $p < 0.001$ ). However, for both variables of participation and anxiety, the mean difference was found between the two groups ( $p < 0.001$ ). The empowerment program is more effective on the participation of mothers in taking care of their babies and reducing anxiety in a face-to-face method than a virtual one. Therefore, it is appropriate that the necessary platform for the implementation of this program should be considered by managers and health professionals.

\*Corresponding Author:  
Seyodeh Mahtab Naghibzadeh  
Email: [naghibzadehmshtab64@gmail.com](mailto:naghibzadehmshtab64@gmail.com)  
Tel: +989183440523

**KEYWORDS**

Empowerment; participation; neonate; face-to-face; virtual; anxiety.

**Introduction**

In recent years, there has been an increase in the number of ill or premature babies admitted to the neonatal intensive care unit (NICU) [1]. The admission of a neonate to the NICU is a crisis that brings about numerous psychological problems for the family, such as

stress, anxiety, and helplessness [2]. Seeing the critical condition of the baby and due to not knowing how to care for him/her, parents often refuse to touch, caress, or embrace the baby. The delay in the formation of the mother-baby bonding and the mother's fear of caring for the NICU-admitted baby can culminate in a decrease in the quality of care of the baby after



discharge. Hence, there is a need for strategies to abate parents' anxiety and engage them with care provision to the baby [3].

Parental empowerment is an established concept in family-oriented care and pediatrics and neonatal nursing. In neonatal wards, this concept encompasses focusing on needs, open and persistent accessibility to transparent information, participation of mothers in caring for neonates, bonding with the baby, communication with the nurse, and promoting the mother's maternal role, so that the mother can be adequately empowered to provide care to the baby [4-6]. Overall, appropriate nursing interventions may result in positive psychological outcomes for parents, including anxiety reduction and self-confidence improvement [7-10].

Previous studies have shown that separation from the baby unavoidably causes severe anxiety in parents. In fact, parents may become traumatized not only by the unfamiliar environment but also, to a larger extent, by the disruption of their parenting role. In this critical time, the primary need of parents is to be close to the baby and become informed of his/her condition constantly [11]. Therefore, empowerment interventions in NICUs can be beneficial in training mothers and enabling them to care for their sweethearts, observing their behaviors and looks, and responding to their needs. In fact, the empowerment of mothers whose babies are admitted to the NICU is considered a sort of family-oriented nursing intervention that meets the needs of both mothers and babies, aiming to achieve desirable outcomes and avoid unwanted outcomes in mothers [12-14].

One of the best patient education methods is face-to-face training, where the instructor and the trainee communicate directly and have the opportunity to exchange opinions and ask and answer questions [15]. Another patient education method includes e-learning, in which educational videos, pamphlets, and educational booklets can be used. Virtual learning allows for unlimited access to

education content, eliminating the costs of traveling, obviating the need for housing of trainers, employing highly-skilled instructors, saving the time of nurses, and facilitating the exchange of information and skills [16]. The results of various studies have indicated that educational methods based on videos, face-to-face training, and e-learning and virtual training methods have been effective in reducing anxiety in patients with myocardial infarction (MI), as well as patients diagnosed with breast cancer and candidates for surgical procedures [17-19]. Psychological problems including anxiety and depression can lead to major problems in patients [20-24]. Given the importance of training and empowering mothers and the barriers precluding nurses from allocating enough time to patient education, it is highly important to employ effective, time-saving, accessible, and simple training methods for this purpose. Therefore, the aim of this study was to investigate the efficiency of the two training methods, face-to-face and virtual, in empowering mothers whose newborns have been admitted to the NICU, enabling these mothers to be engaged in care provision to the baby, and reducing the mother's anxiety at discharge.

### Experimental

This study was performed using a pre-test/post-test method. According to a previous study [25], a confidence interval of 0.95, and a study power of 0.90, the sample size was determined as  $n=82$  (41 subjects per group). Considering an attrition rate of 15% (equivalent to 12 people), a total of 94 eligible individuals (according to the inclusion and exclusion criteria), who were willing to participate in the study, were selected using accessible sampling. The participants were allocated to each of the intervention groups by the block randomization method considering having premature or full-term babies. The inclusion criteria were: (i) maternal age beyond 15 years, (ii) having read and writing

literacy, (iii) the lack of serious psychological or physical diseases based on self-reporting, (iv) no previous history of having a baby hospitalized in the NICU, (v) admission to the NICU due to reasons other than congenital abnormalities or life-threatening conditions, (vi) admission to the NICU for more than one week, and (vii) being familiar with and having access to the cyberspace, the Internet, and social networks and possessing a smartphone (for the virtual learning group). The discharge of the baby before the completion of the educational program (i.e., one-week through admission), parental lack of consent to continue participation, transferring the neonate to other medical centers before the completion of the educational program, neonatal death, and not attending all educational sessions were regarded as exclusion criteria.

The data collection tools included a demographic checklist for gathering maternal and neonatal data, the Malryk maternal participation questionnaire, and the Spielberger anxiety questionnaire. The demographic questionnaire included items such as the mother's age, education, occupation, history of abortion or stillbirth, and history of infertility, as well as the baby's characteristics such as the date of birth, birth weight, gender, type of delivery, and Apgar score at birth. These data were extracted by reviewing the baby's medical records and by questioning the mother, if necessary.

The Malryk maternal participation questionnaire was designed parental participation in neonatal care provision in the NICU. The items of this questionnaire have two-choice responses, by which the parents specify their care activities within the last 48 hours. A score lower than 9 indicated low participation; a score between 9 and 18 indicated moderate participation, and a score above 18 reflected high participation [26]. The instrument was completed by 15 experts, including five university professors at the Nursing Faculty of Shabid Babashdi University

of Medical Sciences, five professors at the Nursing Faculty of Ilam University of Medical Sciences, two neonatal subspecialists, and three experienced nurses working at the NICU. The revisions raised by these experts were considered. The internal consistency method was used to determine the reliability of the tool, retrieving Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Likewise, the reliability of this tool was confirmed by studies conducted by Mirzasei et al. in 1392 (0.90) and Maleki et al. (0.85) in 2007 [27,28].

The Spielberger anxiety questionnaire (or the State Trait Anxiety Inventory) contains 40 questions, of which 20 questions are related to state anxiety (i.e. overt, the person's feeling at the present time). Another 20 questions are related to trait anxiety (i.e. hidden, a person's background anxiety or his/her readiness to become aroused). The score of this tool ranged between 20 and 80, with a higher score reflecting more severe anxiety [29]. In a study by Mirzasei et al. (1391), the internal consistency of this tool was obtained as 0.93 for state anxiety and as 0.87 for trait anxiety [30]. In this study, we also used the content validity method to determine the tool's validity. For this purpose, the tool was provided to 10 experts, including five professors of the Nursing Faculty and five pediatric specialists and subspecialists. The corrective comments of these experts were applied. Alpha coefficients of 0.88 and 0.91 were found for the state and trait anxiety scales, respectively.

The educational content was prepared based on the preferences and priorities of the mothers using validated sources such as the booklet of "opportunities for empowering mothers" and similar studies, and its content validity was confirmed by being reviewed by 10 university professors (pediatric specialists and faculty members of the nursing and midwifery faculty). The content presented in the virtual training group exactly matched the content taught in the face-to-face training group.

After making coordination with the ward's chief, the profiles of admitted neonates were reviewed to gather the demographic features of the mothers and determine if they fulfilled inclusion/exclusion criteria. After that, eligible mothers were explained about the objectives of the study and assured that their information would remain confidential and they were free to admit or reject enrollment in the study. The mothers were also assured that refusing to participate in the study would not affect the treatment of their babies. Finally, those willing to participate were requested to sign a written informed consent form. In order to prevent information leakage between the two intervention groups, we initially recruited the members of the first intervention group (i.e. face-to-face training), and after the recruitment of the last subject of this group, recruitment for the second intervention group (i.e. virtual training) was initiated.

For the face-to-face training group, the empowerment intervention was delivered to mothers by face-to-face education at the baby's bedside in the form of two non-intensive sessions (1 hour for each session for two consecutive days) on days third and fourth of the baby's admission to the NICU. Mothers in this group were also provided with an educational booklet containing all the

educational content presented with attractive images. For the virtual training group, a multimedia empowerment program (including videos, images, and audio files accompanied by complementary explanations), similar to the educational content of the booklet used in the face-to-face training group, was sent via a messaging application chosen by the mothers (WhatsApp, Telegram, and internal messaging app). The links were sent on two occasions (one session on each occasion) at predetermined times already informed to the mothers. The mothers were requested to confirm the receiving of the educational content by sending a message and appropriate feedback. The content of each session and its duration have been given in Table 1. The training was conducted on the third and fourth days of admission to the NICU, and the mothers were requested to complete the maternal participation checklist again on days fifth and sixth. The Spielberger anxiety questionnaire was also completed by the mothers at the time of the discharge of the baby. At the end of the interventions, the data obtained by the questionnaires were analyzed and scored according to the instructions provided. For statistical analysis, the data were transferred to SPSS v.24 software.

**TABLE 1** Content and time of training sessions in two intervention groups

Steps	Educational content	Duration
Step 1	Psychological support for maternal affection for the baby, bonding with the hospitalized baby, kangaroo care, the importance of the sense of touch, differences between premature and term babies, how to detect neonatal jaundice, the atmosphere of the NICU, sources of environmental stress and how to minimize them, how to feed the baby, how to change the baby's diaper, and the correct position of holding the baby.	1 hour
Step 2	How to seek help from the nurse, the husband, and other family members, proper treatment of the baby following painful procedures, important issues related to home care, proper clothing and ambient temperature for the baby, how to change the baby's clothes, how to put a hat on the baby's head, how to handle the baby, acquiring information on the progress of the baby's treatment, and sharing post-discharge concerns.	1 hour

### Results

In this study, the total size of the research population was  $n=94$ , which was reduced to

$n=82$  due to the withdrawal of 12 cases (6 cases from the face-to-face training group and 6 cases from the virtual training group). The reasons for withdrawal were either the

discharge of the baby before the completion of the educational program, transferring of the baby to other medical centers, or not participating in all educational sessions). Therefore, a total of 41 subjects were analyzed in each group. In terms of the age spectrum, most mothers in both face-to-face and virtual training groups were in the age range of 25-40 years. Most infants of the mothers assigned to the face-to-face training (36.6%) and virtual training (39%) groups had normal (2500-3500 g) and very low (less than 2000 g) weights, respectively. Regarding the baby's sex, 56.1% in the face-to-face training group and 51.2% in the virtual training group were boys and girls, respectively. In the face-to-face and virtual training groups, 70.7% and 50.5% of the babies had Apgar scores > 8 and < 7, respectively. The two intervention groups showed no statistically significant differences in terms of demographic variables (Table 2).

The mean (SD) of the maternal participation score before the intervention was 10.63 (2.71) in the face-to-face training group and 9.05 (2.53) in the virtual training group, showing no significant difference ( $P=0.15$ ). The mean score of maternal participation showed a significant elevation in the face-to-face training group after the intervention compared to the baseline ( $p<0.001$ ). Likewise, the mean (SD) of the maternal participation score in the virtual training group increased to 10.95±3.75 after the intervention, reflecting a statistically significant elevation ( $p<0.001$ ). The means of post-intervention maternal participation scores were obtained as 22.41 (2.93) and 10.95 (3.75) in the face-to-face and virtual training groups, respectively, and this difference was statistically significant ( $p<0.001$ , Tables 3 and 4).

TABLE 2 The frequency distribution of participants' demographic features in the face-to-face and virtual training groups

Variables	Face-to-face training		Virtual training		P value
	n	%	n	%	
Maternal age (years)					
<25	8	19.5	8	19.5	0.00**
25-40	30	78	26	63.4	
>40	1	2.4	7	17.1	
Education					
Reading and writing literacy	2	4.9	2	2.4	0.28**
Lower than diploma	8	2.0	8	19.5	
Diploma	7	17.1	7	17.1	
Associate degree	7	17.1	11	26.8	
Bachelor's degree and higher	22	53.7	24	58.1	
Occupation					
Unemployed	17	41.5	16	39	0.90**
Government employee	18	41.7	18	41.7	
Self-employed	11	26.8	12	29.3	
Type of delivery					
Natural	8	19.5	14	34.1	0.21*
Cesarean section	33	80.5	27	63.9	
History of infertility					

No	35	85.4	24	58.5	0.13*
Yes	6	14.6	17	41.5	
Birth weight (g)					
<2000	11	26.8	16	39	
2000-2500	8	19.5	9	22	
2500-3000	15	36.6	18	31.7	0.63*
>3500	7	17.1	8	7.9	
Apgar scores					
<7	12	29.3	24	58.5	0.14*
>8	29	70.7	17	41.5	

**TABLE 3** Comparison of maternal participation scores between the face-to-face and virtual training groups before and after the intervention

Variables	Face-to-face training		Virtual training		P-value**
	Mean	SD	Mean	SD	
Maternal participation					
Before training	10.64	2.71	9.05	2.53	0.15
After training	22.41	2.99	18.95	3.75	<0.001
P-value	<0.001		<0.001		

**TABLE 4** Comparison of the mean maternal anxiety score between the face-to-face and virtual training groups before and after the intervention

Variables	Face-to-face training		Virtual training		P-value**
	Mean	SD	Mean	SD	
Trait anxiety					
Before training	51	10.53	54.71	14.40	0.19
After training	29.95	5.47	37.97	7.81	<0.001
P-value	<0.001		<0.001		
State anxiety					
Before training	50.9	11.82	54.79	12.69	0.17
After training	30.29	5.82	37.22	9.41	<0.001
P-value	<0.001		<0.001		

\*Paired t-test

\*\* Independent t-test

## Discussion

Conducting descriptive and interventional studies can provide researchers with complete information to choose appropriate treatment methods to improve patients [23,24,31-34]. According to the results of the present study, maternal participation in care provision to their babies admitted to the NICU boosted significantly in the face-to-face and virtual training groups after the intervention. Therefore, it could be stated that both training methods were effective in empowering the

participants. However, regarding the average score of maternal participation obtained in the two groups, face-to-face training seemed to be a more effective empowerment intervention than virtual training. In a study conducted by Sajjadi et al. conducted on mothers giving birth to premature babies, the mothers receiving education via audio files and pamphlets experienced an increase in the participation rate compared to the control group after the intervention ( $p=0.001$ ) [35].

Alaie-Korhamed et al. [27] investigated the role of creating opportunities for parental

empowerment in boosting the participation of mothers in caring for their premature babies. The empowerment program in the recent study consisted of face-to-face meetings, books, audio files, and booklets, and the results showed a significant elevation in maternal participation after implementing the intervention ( $p=0.001$ ). Another study showed that multimedia training programs delivered to parents significantly improved maternal-neonatal bonding [36]. This was consistent with the results of another study, reporting that face-to-face training could have a significant positive effect on the performance and participation of mothers with premature babies [37]. The findings of these studies are in agreement with our observation, verifying that empowerment programs delivered via different methods can significantly increase mothers' participation in caring for their hospitalized or premature babies.

In the present study, the maternal participation score showed a significantly more increase in the face-to-face training group compared to the virtual training group after the intervention. It is notable that in face-to-face training, there are opportunities for non-verbal communication, questions and answers, and obviating ambiguities and misinterpretations. Likewise, face-to-face communication allows creating a more comfortable link between the mother and the trainer, giving the opportunity to comprehend the trainee's psychological condition and receive more realistic feedback during training. Moreover, face-to-face education allows for more flexible interactions according to the mother's and the baby's conditions.

In the present study, we also noticed a significant reduction in maternal anxiety (state and trait) in both the face-to-face and virtual training groups after implementing the empowerment intervention compared to the baseline. In this regard, the results of prior studies support our observation in the present study. In a study by Heydariadeh *et al.*, a significant difference was reported in maternal

anxiety level between the face-to-face training and control groups ( $p<0.001$ ) [38]. In a systematic review conducted by Salehi *et al.*, the researchers evaluated the beneficial effect of an empowerment program on the psychological status of mothers with premature neonates admitted to the NICU and declared that the empowerment program could considerably alleviate the mothers' psychological problems, including depression, anxiety, fear, hopelessness, and bad temper [39]. In a clinical trial conducted by Melnik *et al.* on mothers whose premature neonates were admitted to the NICU, the results showed that parental empowerment interventions containing audio and written educational content could significantly abate their depression and anxiety [28]. In another study conducted by Parker *et al.*, an empowerment program was shown to significantly reduce the anxiety of mothers with NICU-hospitalized babies [40]. These studies confirm that educational programs, delivered via either face-to-face or virtual approaches, are effective in reducing maternal anxiety. Nevertheless, according to the results of the present study, face-to-face training appeared to have more pronounced anxiety-reducing effects than virtual training. Therefore, one can argue that the use of cyberspace to convey health messages may not be as effective and all-inclusive as face-to-face interactions. So, despite the fact that virtual learning allows the utilization of highly-advanced educational technologies, we should not ignore the unique features of face-to-face training when it comes to the relationship between medical professionals and patients, including non-verbal nurse-patient communication.

Finally, if the training is done correctly, it will reduce the amount of violence in the workplace against nurses and will lead to an increase in quality [41,42].

On the other hand, in a study by Shin *et al.* [31], who investigated the effects of an empowerment program on the depression, stress, anxiety, and self-confidence of mothers

with hospitalized premature babies, the results showed that the empowerment program (7 training sessions) significantly reduced depression and stress, but not anxiety ( $p=0.505$ ), in the mothers [41]. Anxiety has many negative effects on the health of patients. For this reason, it is recommended to conduct more studies in this field[42-44]. Our results opposed the findings of the recent study, which can be due to differences in the type of the training programs, the experience of instructors, the content of training programs, and sample size.

Some limitations of the present study can be noted as follows. Since the concurrent presence of mothers of both groups at the NICU could have led to some extent of information leakage, we decided to present the training programs in separate time periods. So, face-to-face training was initially delivered, and after the discharge of the last baby in this group, sample recruitment was initiated for the virtual training group. Another limitation was inadequate accommodations for mothers at the NICU ward, which could have affected the participation of mothers. To address this limitation, maternal participation and anxiety were measured at evening and night shifts, when the atmosphere of the ward was more comfortable.

### Conclusion

Based on our results, the implementation of the empowerment program using either face-to-face or virtual training enhanced the active participation of mothers in taking care of their babies and reduced maternal stress and trait anxiety. However, face-to-face training was more effective than virtual training in both increasing the participation of the mothers and reducing their anxiety. Therefore, it is advisable for nurses to pay attention to the implementation of maternal empowerment programs when designing family-centered newborn care strategies and the provision of the necessary measures (employing adequate

number of nurses, physical space, etc.) for face-to-face training by nurses.

### Acknowledgments

We appreciate the parents who cooperated with us in the conduction of this study.

### Funding

Ilan University of Medical Sciences.

### Authors' Contributions

All authors had equal role in design, work, statistical analysis and manuscript writing.

### Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest in this study.

### Ethical Considerations

Ethics code: IR.MEDILAM.REC.1400.156] on 1400/08/23.

### Orcid:

Hamid Toghiani:

<https://orcid.org/0000-0002-2741-2017>

Mohr Azari:

<https://orcid.org/0000-0003-0603-4423>

Koosrooh Seyedsin:

<https://orcid.org/0000-0003-2743-770x>

Sayedah Mahnaz Naghizadeh\*:

<https://orcid.org/0000-0005-7637-6527>

### References

- [1] S.H.C. Lee, A. Long, J. Boore, Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *International journal of nursing studies*, 2009, 46, 326-336. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [2] A. sharif, M. Motaghi, M. Borji, M. Moradi, The effect of orange essence aromatherapy on anxiety in school-age children with diabetes,

- Biomedical and Pharmacology Journal*, 2017, 10, 159-164. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [3] A.N. Johnson, Promoting maternal confidence in the NICU, *Journal of Pediatric Health Care*, 2008, 23, 254-257. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [4] M.E. Redshaw, K.S. Hamilton, Family centred care? Facilities, information and support for parents in UK neonatal units, *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 2010, 95, 365-368. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [5] M. Borji, F. Shabazi, S. Nariman, M. Ottaghi, S. Safari, Investigating the relationship between mother-child bonding and maternal mental health, *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 2018, 9. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [6] A. Vaeigh, A. Abdi, M. Borji, A. Tarjoman, The prevalence of neuropathy among type 1 diabetic adolescents in Iran: a systematic review and meta-analysis, *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2021, 33, 4. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [7] H.M. Obeldie, E.A. Bond, L.C. Callister, The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit, *The Journal of Perinatal Education*, 2009, 18, 23. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [8] M. Borji, M. Moradi, M. Ottaghi, A. Tarjoman, Relationship between nutritional status, food insecurity, and causes of hospitalization of children with infectious diseases, *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 2018, 9. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [9] M. Shokri, A. Tarjoman, M. Borji, L. Solaimanzadeh, Investigating psychological problems in caregiver of pediatric with cancer: A systematic review, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2020, 33, 229-238. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [10] M. Motaghi, M. Borji, M. Moradi, The effect of orange essence aromatherapy on anxiety in school-age children with diabetes, *Biomedical and Pharmacology Journal*, 2017, 10, 159-164. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [11] G. Colville, J. Darke, J. Hesketh, V. Bennett, J. Alcock, J. Noyes, The impact on parents of a child's admission to intensive care: Integration of qualitative findings from a cross-sectional study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 2009, 25, 72-79. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [12] M. Khasheh, R. Karimi, S.H. AS, The effect of parents empowerment program on their beliefs about parental role, behaviors and characteristics of their premature infants in sica, *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*, 2013, 11. [Google Scholar], [Publisher]
- [13] E. Darabi, M. Shokri, E. Bastani, Investigating spirometry indices in children with asthma, *General Journal of Medical Sciences*, 2023, 21, 145-149. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [14] H. Karimiyarandi, M. Khalilzad, Prevalence of orthopedic pains in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis, *Anesthesiology and Fore Medicine*, 2023, 13. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [15] M. Rezaei, E. Jalali, N. Heydarikhayat, N. Sajari, Effect of telelearning and face-to-face training techniques on quality of life in burn patients: a clinical trial, *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 2020, 101, 667-673. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [16] M. Ghorbani, M. Hosseini, V. Kiloori, Evaluation of face to face training effects on reduction of, *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 2007, 17, 171-175. [Google Scholar], [Publisher]
- [17] A. Abharmadeh, F. Borhani, N. Asadi, Comparison of health belief model-based methods of video and face to face training about risk factors on knowledge and attitude of



- patients with myocardial infarction during discharge, 2012. [Google Scholar]. [Publisher]
- [18] Y.A. Jansen, S. Cumming, W. Wang, K. Stuart, D.L. Theobald, S.J. Lewis, Patient education using virtual reality increases knowledge and positive experience for breast cancer patients undergoing radiation therapy, *Supportive Care in Cancer*, 2018, 26, 2079-2088. [Google Scholar]. [Publisher]
- [19] A. Wongkitkechaorn, N. Wongkitkechaorn, P. Rhantri, Preoperative needs-based education to reduce anxiety, increase satisfaction, and decrease time spent in day surgery: A randomized controlled trial, *World Journal of Surgery*, 2018, 42, 666-674. [Google Scholar]. [Publisher]
- [20] M. Khorasati, D. De Bernardis, S. Mazloom, A. Adibi, N. Javan, Z. Ghias, M. Nafisi, N. Rahmanson, Oropharyngeal microbiome composition as a possible diagnostic marker for true psychosis in a forensic psychiatric setting, *A Narrative Literature Review and an Opinion*, *Electron J Gen Med*, 2023, 2023, 466. [Google Scholar]. [Publisher]
- [21] H. Nourmohammadi, A.H. Dehkordi, A. Adibi, S.M. Amin Hashemi-pour, M. Abdan, M. Fakhr, Z. Abdan, D. Sarokhani, Seroprevalence of COVID-19 in blood donors: A systematic review and meta-analysis, *Advances in Virology*, 2022, 2022. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [22] A. Adibi, H. Jamshidi-beigi, T. Jamshidi-beigi, A. Mozafari, A. Sabahi, Anxiety and obsession following the COVID-19 outbreak, *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2020, 14. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [23] A. Rahmatian, E. Bastani, F. Shokri, A. Karbasfrushan, Prevalence of hemiplegic shoulder pain in Iran: A systematic review and meta-analysis, *Anesthesiology and Pain Medicine*, 2023, 13. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [24] E. Bastani, M. Rizehbandi, F. Shokri, Prevalence of pain and factors affecting it in patients with lung cancer in Iran, *International Journal of Cancer Management*, 2024, 17. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [25] S. Jamsilvand, Comparison of the effects of educational software and training booklet on maternal self-efficacy and infant care behavior in Iranian mothers: A randomized controlled trial, *International Journal of Pediatrics*, 2017, 5, 5923-5934. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [26] B. Maczarak Malnyk, L.J. Alperi-Gillis, P.E. Hensel, R.C. Cable-Belling, J.S. Rubenstein, Helping mothers cope with a critically ill child: a pilot test of the COPE intervention, *Research in Nursing & Health*, 1997, 20, 3-14. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [27] M. Jafari, [Evaluating the effectiveness of Parent Empowerment (COPE) program on participation of mothers of preterm infants hospitalized in NICUs of hospitals affiliated to Isfahan university of medical sciences and health services, 2013, 2009-2010]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [28] E.M. Malnyk, H.F. Feinstein, L. Alperi-Gillis, E. Fairbanks, H.F. Crean, R.A. Siskin, P.W. Stone, L. Small, X. Tu, S.J. Gross, Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial, *Pediatrics*, 2006, 118, 1414-1427. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [29] M. Khodayarifard, C.D. Spielberger, M.G. Levasari, S.A. Zardkhaneh, Psychometric properties of Parsi version of the Spielberger's state-trait anger expression inventory-2 (PSTAXI-2), *Proceedia-Social and Behavioral Sciences*, 2013, 62, 325-329. [Crossref]. [Google Scholar]. [Publisher]
- [30] S. Jafari Mirzaei, F. Alaei Karahroudi, M. Rasouli, Study of the impacts of rehabilitation program on mothers with premature hospitalized infants, *Education and Ethics in*

- Nursing, 2022, 1, 2-37. [Google Scholar], [Publisher]
- [31] F. Sayehsiri, M. Samadian, A. Mohammadzadeh, A. Tabikhori, S. Haghghat, A. Rahmatian, M.A. Mohammadhani, H.R. Fazli, M.R. Tazfiri, Gut microbiota modification via glucagon-like peptide-1 with beneficial neuroprotective effects, *Middle East Journal of Digestive Diseases*, 2022, 14, 235. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [32] A. Rahmatian, A. Karbasfrashan, F. Modera, Relationship between pain and disability among stroke patients, *Anesthesiology and Pain Medicine*, 2023, 13. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [33] N. Ghoreishi Amin, S. Khasravi, N. Asaf, F. Seirafianpour, S. Farhoodi, A. Goodard, A systematic review and meta-analysis of investigating the mutual impact of COVID-19 and psoriasis: Focusing on COVID-19 course in psoriasis and the opinion on biologics in this setting, *Immunity, Inflammation and Disease*, 2023, 11, 1063. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [34] H. Karimiyarandi, A. Fatahi, N. Khaledian, K. Kambakh, Prevalence of spinal fractures and orthopedic fractures caused by road traffic injuries, *Genev Journal of Medical Sciences*, 2023, 21, 88-92. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [35] H. Sajadi, G. Akhondzadeh, H. Hojjati, The Effect of Empowerment Program on Participation of Mothers with Premature Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit of Sayyed Shirazi Hospital in Gorgan, in 2018, *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 2020, 14. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [36] J.V. Browne, A. Taimi, Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit, *Journal of Pediatric Psychology*, 2005, 30, 667-677. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [37] M. Milan, F. Nazimi, The effect of family-centered care educational program on performance of mothers of premature infants hospitalized in neonatal intensive care unit, *Journal of Pediatric Nursing*, 2018, 5, 38-43. [Google Scholar], [Publisher]
- [38] A. Haidarzadeh, M.A. Forouzi, Z. Taheri, M. Dehghan, Study of effect of educational program on stress of parents of premature infants in neonatal intensive care units: A clinical trial, *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 2019, 5, 18-25. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [39] Z. Salehi, J. Mokhtari Nouri, S.M. Khademolhosseini, A. Ehsadi, The effects of nursing interventions on mothers' empowerment regarding improvement of the care of preterm infant in NICU: A systematic review, *International Journal of Medical Reviews*, 2014, 1, 25-31. [Google Scholar], [Publisher]
- [40] D. Parker, Evaluation of a practice change using COPE (creating opportunities for parent empowerment) to address maternal anxiety, depression and expectations related to preterm birth and subsequent neonatal intensive care unit (NICU) admission, West Virginia University, 2015. [Google Scholar], [Publisher]
- [41] Schraibzadeh M, Masudi R, Tavari H: Survey on patient against female nurses and lack of reporting aggressive event in Ilam hospitals at 2012, *Iran Occupational Health*, 2015, 12, 47-55. [Google Scholar], [Publisher]
- [42] A.N. Moghadam, S. Vahab, S. Hamzah-Ghashti, A. Shaygannejad, M. Askari, V. Shaygannejad, Fear of re-infection, relapse, and anxiety during COVID-19 pandemic in patients with multiple sclerosis: A multi-center study, *Current Journal of Neurology*, 2023, 22, 82-86. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]
- [43] F. Velay, H. Farahani, M. Togha, B. Gharaee, L. Janani, A. Aghabadi, Rapid screening for generalized anxiety disorder in patients with migraine, *Current Journal of Neurology*, 2021,

20, 102-110. [Crossref], [Google Scholar], [Publisher]

[44] M. Arimian, A. Shabouraghi-Farabadi, M. Rahgozar, M. Esmadifar, Z. Nasr, Fatigue, depression, and physical impairment in multiple sclerosis, *Current Journal of Neurology*, 2020, 13, 105-107. [Google Scholar], [Publisher]

How to cite this article: Hamid Toghiani, Hadis Nazari, Kourosh Sayemir, Seyedeh Mahtab Naghibzadeh, Effect of face-to-face and virtual empowerment methods on mothers of newborns in NICU: Participation and anxiety, *Journal of Medicinal and Pharmaceutical Chemistry Research*, 2024, 6(12), 1816-1827. [Link: https://jpmcr.samipubco.com/article\\_197097.html](https://jpmcr.samipubco.com/article_197097.html)

۲۲/۴/۱۴۰۲

۱۴۰۲/۰۶/۱۱

تاریخ:  
تایید:



دانشکده پرستاری و مامایی

فرم تاییدیه نهایی پایان نامه

نام دانشجو: سیده مهتاب نقیب زاده مقطع تحصیلی: ارشناسی ارشد رشته تحصیلی: پرستاری داخلی - جراحی

عنوان پایان نامه: مقایسه تاثیر توانمندسازی مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه به دو روش چهره به چهره و مجازی بر میزان مشارکت آن‌ها در امر مراقبت از نوزادان و اضطراب زمان ترخیص مادران در سال ۱۴۰۰

استاد راهنما: جناب آقای دکتر حمید تقی نژاد

استاد مشاور علمی: سرکار خانم حدیث نظری

استاد مشاور آماری: جناب آقای دکتر کورش سایه میری

تاریخ جلسه دفاع: سه شنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۹ ساعت ۸:۳۰ مکان جلسه: سالن ۲۰۴ تحصیلات تکمیلی

امضاء	درجه تحصیلی و مرتبه علمی	نام و نام خانوادگی	هیأت داوران
	استاد	جناب آقای دکتر حمید تقی نژاد	استاد راهنما
	مریبه	سرکار خانم حدیث نظری	استاد مشاور علمی
	استاد	جناب آقای دکتر کورش سایه میری	استاد مشاور آماری
	دانشیار	سرکار خانم دکتر معصومه اطاقی	داور
	استاد	جناب آقای دکتر مصیب مظفری	داور
	استاد	جناب آقای دکتر آرمان آزادی	نماینده تحصیلات تکمیلی دانشکده

در روز سه شنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۱۹، دفاع از گزارش نهایی خانم سیده مهتاب نقیب زاده با نمره ۱۸.۸۵ از ۲۰ (با

چاپ مقاله) و با درجه عالی مورد تایید قرار گرفت.

دکتر آرمان آزادی



استاد مشاور آماری: جناب آقای دکتر کورش سایه میری

## **Abstract**

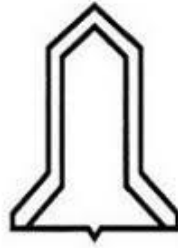
### **Background and Aim:**

**Background and Aim:** Empowering mothers in the neonatal intensive care unit (NICU) helps to increase the baby care skills and also reduce the anxiety of mothers. Therefore, this study was conducted with the aim of comparing the effect of empowering mothers of newborns hospitalized in the intensive care unit by face-to-face and virtual methods on their participation in the care of newborns and anxiety at the time of mothers' discharge. **Materials and Methods:** The current research is semi-experimental. This research was done in November 1400 to May 1401. A total of 82 mothers referred to the NICU of Taleghani Hospital in Ilam city were selected according to the inclusion criteria using available sampling and then were placed into two intervention groups by random block method. Data collection tools included the demographic questionnaire of mothers and babies, the Melnik mothers' participation checklist, and Spielberger's anxiety questionnaire. which were completed on the third day of the baby's hospitalization before the start of the intervention. . Then, for the face-to-face training group, the mothers' empowerment program was carried out in the form of face-to-face presentation at the side of the baby's bed, during 2 sessions and each session was one hour on the third and fourth day, and also a training booklet was provided to them for further study, and for the training group The virtual empowerment program was sent to them in the form of a multimedia educational video similar to the content of the educational booklet via electronic means (WhatsApp, Telegram and other internal virtual networks) for 2 sessions at certain hours of the day. After the educational intervention, the participation checklist was completed on the fifth or sixth day of hospitalization and the anxiety questionnaire was completed on the day of the baby's discharge. In order to analyze, SPSS V.24 software was used and chi-square, independent t, paired t, Kruskal-Wallis statistical tests and analysis of covariance were used. A significant level was considered for the tests ( $P < 0.05$ ).

**Results:** The participation rate of mothers in both groups increased significantly after the intervention compared to before ( $p < 0.001$ ). The mean (standard deviation) of mothers' participation in the face-to-face and virtual training group after the intervention was 22.41 (2.9) and 18.9 (3.7) respectively ( $p < 0.001$ ). The average trait and situational anxiety score in both face-to-face and virtual training groups decreased after the training compared to before ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** The empowerment program on the participation of mothers in taking care of their babies and reducing anxiety is more effective in a face-to-face method than a virtual one. Therefore, it is appropriate that the necessary platform for the implementation of this program should be considered by managers and health professionals.

**Keywords:** Empowerment, participation of mothers, neonatal intensive care unit, face-to-face, virtual education, anxiety



Ilam University of Medical Sciences  
Department of Nursing and Midwifery  
Thesis for MS Degree in Seniority Nursing

Title of the thesis:

**Comparison of the effect of empowering mothers of newborns hospitalized in the intensive care unit by two face-to-face and virtual methods on the level of their participation in the care of newborns and the anxiety of mothers at the time of discharge**

Chief Advisor:

**Dr. Hamid Taghinejad**

Advisors:

**Hadis Nazari**

**Dr. Kourosh Sayemiri**

Written By:

**Seyedeh Mahtab Naghib zadeh**

**July 2022**