

The Effect of Family-centered Care Educational Program on Anxiety of Mothers of Premature Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit

Mohamd Milan¹, Fateme Nasimi^{2,*}

¹ Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

² Instructor, Department of Neonatal Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

* **Corresponding author:** Fateme Nasimi, Instructor, Department of Neonatal Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran. E-mail: nasimif@yahoo.com

Received: 26 Aug 2017

Accepted: 14 Nov 2017

Abstract

Introduction: With the birth of a premature baby, there is a lot of stress on families since they were not physically, emotionally, and mentally prepared for the premature infants and their parents deal with the multiple needs. The current study aimed at determining the effect of family-based care education program on the anxiety level of mothers with premature infants admitted to the neonatal intensive care unit.

Methods: The current clinical trial study was performed on 60 mothers with premature infants in Jahrom city hospital in 2017. Non-probabilistic sampling method was used to select the subjects and then they were randomly allocated to the intervention and control groups. In the intervention group, family-centered care program was held in three stages with the researcher and mother near infant. Maternal anxiety, using the Spielberger state-trait anxiety inventory, was compared between the two groups. Mothers in the control group received routine care practices. Data were analyzed with SPSS version 21 using statistical tests (t test).

Results: The obtained results of the current study showed that the mean scores of obvious and hidden anxiety in mothers in the intervention and control groups were 49 ± 3 and 51 ± 3 , respectively; and according to t test, significant difference was observed between the groups in terms of anxiety scores ($P < 0.0001$).

Conclusions: The findings of the current study showed that one of the factors that may reduce the anxiety in mothers with premature hospitalized babies maybe the participation of mothers to care for babies. It is expected that while providing the appropriate background for the participation of the family by caregivers, family members, especially mothers have necessary capabilities and enough participation in taking care of their babies.

Keywords: Family-Centered Care, Anxiety, Mother-Infant Attachment, Premature Infant



اثر بخشی برنامه آموزشی مراقبت خانواده محور بر اضطراب مادران نوزاد نارس بستری در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان

محمد میلان^۱، فاطمه نسیمی^{۲*}

^۱ دانشجوی، گروه پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
^۲ مربی، گروه پرستاری مراقبتهای ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
* نویسنده مسئول: مربی، گروه پرستاری مراقبتهای ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران. ایمیل: nasimif@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۰۴

چکیده

مقدمه: با تولد یک نوزاد نارس استرس زیادی به خانواده وارد می‌شود که به دلیل عدم آمادگی فیزیکی، عاطفی و روانی والدین برای ورود یک نوزاد نارس است و آنها را با نیازهای متعددی مواجه می‌کند. هدف این مطالعه اثربخشی برنامه آموزشی مراقبت خانواده محور بر اضطراب مادران نوزاد نارس بستری در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان بود.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی، در سال ۱۳۹۵ بر روی ۶۰ مادر دارای نوزاد نارس بستری در بیمارستان شهرستان جهرم انجام شد. نمونه گیری به روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب شد 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. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون آماری (تی تست) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره اضطراب آشکار پنهان مادران در گروه مداخله 3 ± 49 و در گروه کنترل 3 ± 51 بوده است که با توجه به آزمون آماری اختلاف آماری معنی داری بین میانگین اضطراب در دو گروه وجود داشت ($P < 0/0001$).

نتیجه گیری: طبق یافته‌های این تحقیق یکی از عواملی که می‌تواند مادرانی را که نوزادان آنها بستری شده‌اند را به آرامش برساند و از اضطراب آنها بکاهد؛ مشارکت دادن مادر جهت مراقبت از نوزادشان می‌باشد. لذا انتظار می‌رود ضمن فراهم آوردن زمینه مناسب مشارکت خانواده از سوی مراقبین، افراد خانواده به ویژه مادران در مراقبت از نوزاد با کسب توانمندی لازم مشارکت کافی داشته باشند.

واژگان کلیدی: مراقبت خانواده محور، اضطراب، ارتباط مادر - نوزاد، نوزاد نارس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سراسر جهان در نوزادان، بدون آنورمالی مادرزادی را شامل می‌شود (۶). بنابراین بستری شدن نوزاد در بیشتر مواقع اجتناب ناپذیر است؛ حتی ممکن است نوزاد، مدتی طولانی را در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU: Neonatal Intensive Care Units) 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 (۷). 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

تولد نوزاد سالم بهترین هدیه الهی است و این درحالی است که مواجه شدن با یک نوزاد نارس بحران روحی شدیدی را برای والدین ایجاد می‌کند (۱، ۲). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، نوزادانی که زودتر از هفته ۳۷ از اولین روز آخرین قاعدگی به دنیا می‌آیند نارس در نظر گرفته می‌شوند. تولد زودرس، نوزادان را در معرض خطر و دامنه وسیعی از مشکلات قرار می‌دهد (۳). با تولد یک نوزاد نارس استرس زیادی به خانواده وارد می‌شود که به دلیل عدم آمادگی فیزیکی، عاطفی و روانی والدین برای ورود یک نوزاد نارس است و آنها را با نیازهای متعددی مواجه می‌کند (۴، ۵). زایمان زودرس حدود ۸ تا ۱۰ درصد کل زایمانها را تشکیل می‌دهد و نارس، مهم‌ترین علت مرگ و میر و بیماریزایی در

شوند باید توسط پرستاران به والدین توضیح داده شود (۹). با توجه به اینکه بیشتر پژوهش‌های صورت گرفته در ایران در خصوص مشکلات درمانی این گروه از نوزادان یا پرستاری از خود نوزاد نارس متمرکز است و مطالعات منتشر شده در زمینه پرستاری خانواده محور از این نوزادان اندک می‌باشد؛ همچنین با توجه به اهمیت و ضرورت مطالب، پژوهشگر بر آن شد که به بررسی اثر بخشی برنامه آموزشی مراقبت خانواده محور بر اضطراب مادران نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بپردازد.

روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد؛ که اثر برنامه مراقبت خانواده محور بر اضطراب مادران نوزادان نارس بررسی کرد. پژوهشگر پس از دریافت معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی جهرم و ارائه آن به مسئولین بیمارستان مطهری و سرپرستار بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان نمونه گیری را شروع نمود. تعداد ۶۰ مادران نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان مطهری شهرستان جهرم به روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب شد و سپس به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه؛ تمایل به شرکت در پژوهش، سن نوزاد بین ۳۰ تا ۳۶ هفته، اولین فرزند خانواده، ثبات همودینامیک ($HR = 120-160$ ، $RR = 40-60$ ، $SPO_2 = 95-85\%$) و رنگ نوزاد صورتی، مادر حداقل سطح تحصیلات خواندن و نوشتن و عدم ابتلا مادر به اختلال خلقی و عاطفی که مانع برقراری ارتباط مؤثر شود. معیارهای خروج؛ مراقبت توسط سایر اعضا خانواده غیر از مادر، مادران معتاد، سابقه اختلالات اضطرابی و افسردگی در مادران، انصراف از شرکت در مطالعه به هر دلیل و نوزاد فوت کند.

ابتدا نمونه‌های گروه کنترل واجد شرایط پژوهش، انتخاب و تحت مراقبت‌های روتین قرار گرفتند. سپس نمونه‌های گروه مداخله واجد شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند. مراقبت خانواده محور بر روی مادران گروه مداخله (۳۰ مادر نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان) در سه مرحله با حضور پژوهشگر و مادر در کنار نوزاد (۱) در بدو شروع مراقبت از نوزاد توسط مادر (۲) تا قبل از روز چهار بستری (۳) قبل از ترخیص نوزاد با شرکت عملی مادر در انجام مراقبت‌ها از نوزاد انجام شد. ابتدا مراقبت‌ها توسط پژوهشگر در حضور مادر انجام و از مادر بازخورد گرفته شد. در مرحله اول اطلاعات لازم در ارتباط با ظاهر، خصوصیات و رفتار، الگوهای خواب و بیداری، علایم استرس در نوزادان نارس و راه‌های رفع آن، نقش مادر در مراقبت از نوزاد نارس ارائه شد. در مرحله دوم بهترین زمان تعامل با نوزاد، اصول و روش‌های صحیح مراقبت‌های روتین روزانه نوزاد نارس، تغذیه، استحمام، حفظ دمای بدن و لباس مناسب، تعویض دیپپر، مراقبت بندناف به طور عملی به مادر ارائه شد و سپس مادر مراقبت‌های فراگرفته شده را به طور عملی در حضور پژوهشگر انجام می‌داد. در آخرین مرحله به نقش مادران در آمادگی برای انتقال نوزاد از بیمارستان به خانه و برقراری ارتباط مؤثر با نوزاد و تاکید بر تست‌های غربالگری و اکسیناسیون، داروها، نحوه ارتباط با مراکز نوزادان در مواقع نیاز پرداخته شد.

بدین صورت که ابتدا طریقه اصولی دست شستن در بدو ورود به بخش و در هر تماس با نوزاد، توضیح درباره انکوباتور و نحوه کار با آن، طریقه

(۸) مطالعات متعدد نشان داد که منابع تنش والدین شامل اندازه و ظاهر نوزادان احاطه شده توسط تجهیزات، تجربه درمان‌های تهاجمی متعدد، تغییرات در نقش‌های والدینی، جدایی طولانی مدت و سازگاری با بیمارستان و محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان است. مادران اغلب از ترخیص نوزاد از بیمارستان خوشحال می‌شدند؛ ولی وقتی مسئولیت مراقبت کلی از شیرخوار را به عهده می‌گرفتند دچار اضطراب و افسردگی می‌شدند (۹). عدم توجه به تش‌های عاطفی و روانی والدین باعث می‌شود که والدین دلبستگی کافی با نوزادشان در موقع ترخیص نداشته باشند که این امر باعث افزایش آسیب پذیری نوزاد و خود والدین می‌شود (۱۰). 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 (۱۱).

مراقبت خانواده محور یک رویکرد ابتکاری برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی است که بر همکاری‌های سودمند دو طرفه بین بیمار، خانواده‌ها و مراقبین بهداشتی بنا نهاده می‌شود. در مراقبت خانواده محور، پرستار و اعضای تیم بهداشتی و درمانی از طریق زمینه سازی 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 بهره گیری از توان و قدرت فردی هر یک از اعضا می‌باشد. با تداوم این ارتباط، والدین جهت تصمیم گیری در امور مهم و سرنوشت ساز خود و کودک، نقشی بنیادی و مثبت پیدا می‌کنند و وظیفه پرستار در این حیطه، نه دخالت و اعمال نفوذ در تصمیم گیری 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 (۱۲). پژوهش‌ها نشان داده است که حمایت از خانواده و دادن اطلاعات و آموزش به والدین باعث می‌شود که آنان احساس کنترل و قدرت بر روی موقعیت‌های خود داشته باشند و بیشتر در مراقبت از نوزاد شرکت کنند (۱۳). در مدل خانواده محور، هر بیمار و خانواده بیمار، یک واحد مراقبت را تشکیل می‌دهند (۱۴). چهار جزء اصلی مراقبت خانواده محور شامل احترام، دریافت اطلاعات، شرکت در مراقبت و تشریک مساعی می‌باشد (۱۵). 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 (۱۶). بنابراین، توجه به تأثیر جنبه‌های روانی تولد نوزاد نارس و حمایت از والدین مهم به نظر می‌رسد (۱۷). 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 شرکت کنند (۱۳) طبق نتایج تحقیقات قبلی، اغلب خانواده‌های مراقبت کننده از بیمار با انجام مراقبت، احساس مثبت‌تری را تجربه کرده‌اند؛ از سوی دیگر، معمولاً خانواده‌ها ارتباط با زندگی در منزل را برای بیمار فراهم کرده‌اند که نقش به سزایی در هوشیاری بیمار دارد. همچنین در صورت رفع نیازهای خانواده، آن‌ها با آمادگی بهتری مراقبت پس از ترخیص بیمار را انجام می‌دهند (۱۴). بنابراین، راه‌هایی که والدین می‌توانند در مراقبت از کودکشان سهیم

و برای بررسی فرضیات پژوهش از آزمون t گردید. این مطالعه با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1395.057 و کد ثبت کارزمایی بالینی IRCT2017021914454N3 و پس از دریافت مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی چهارم و بعد از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان شهید مطهری و هماهنگی با بخش مراقبت ویژه نوزادان انجام شد و روش انجام پژوهش با توجه به سطح دانش مادران توضیح داده می‌شد و در صورت تمایل مادران به شرکت در پژوهش از آنها رضایت نامه کتبی اخذ می‌گردید.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه بیانگر آن است که در گروه مداخله ۳۰ نوزاد نارس (۴۶ درصد پسر و ۵۳ درصد دختر) و در گروه کنترل ۳۰ نوزاد نارس (۵۶ درصد پسر و ۴۳ درصد دختر) و میانگین وزن نوزادان نارس در گروه مداخله 2749 ± 749 گرم و در گروه کنترل 2471 ± 686 گرم بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار سنی واحدهای پژوهش در گروه آزمون 35 ± 3 هفته و در گروه کنترل 35 ± 3 هفته می‌باشد. بیشترین علت بستری نوزادان نارس در هر دو گروه سندرم دیسترس تنفسی (گروه مداخله ۲۶ درصد و گروه کنترل ۳۰ درصد) می‌باشد. وضعیت اشتغال مادران گروه مداخله ۶۰ درصد مادران خانه دار و ۴۰ درصد شاغل و مادران گروه کنترل ۵۶ درصد خانه دار و ۴۳ درصد شاغل بودند و همچنین از بین ۳۰ نفر مادران گروه مداخله ۱۶ درصد تحصیلات ابتدایی، ۳۶ درصد راهنمایی، ۴۳ درصد متوسطه، ۳ درصد عالی و از بین ۳۰ نفر مادران گروه کنترل ۲۰ درصد تحصیلات ابتدایی، ۴۶ درصد راهنمایی، ۳۰ درصد متوسطه، ۳ درصد عالی دارند. نتایج بررسی بر روی مشخصات جمعیت شناختی در دو گروه کنترل و آزمون، تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان نداد ($P > 0/05$)؛ این امر بیانگر همسان بودن دو گروه بود. یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد مقایسه نمره کلی اضطراب مادران نوزادان نارس در دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری نشان داد ($P < 0/05$). آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمرات اضطراب آشکار و پنهان مادران به طور معناداری در گروه آزمون نسبت به قبل از مداخله کاهش یافت ($P < 0/001$) (جدول ۲). یافته‌های مربوط به ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و سطح اضطراب مادران نشان داد که بین ویژگیهای فردی و اضطراب مادران بعد از اجرای برنامه مراقبت خانواده محور تفاوت معنی داری وجود نداشته است.

تعویض ملافه و پوشک، تغییر وضعیت و جایابی نوزاد به روش اصولی، طریقه شیردهی و تغذیه نوزاد به صورت عملی توسط پژوهشگر مرحله به مرحله نشان داده شد. سپس به وسیله چک لیست پژوهشگر ساخته عملکرد مراقبتی مادر کنترل گردید. این چک لیست شامل وضعیت عملکرد مادر در نحوه انجام مراقبت‌های آموزش دیده بود و هر کدام دارای نحوه عملکرد (انجام نمی‌دهد، ناقص انجام می‌دهد و انجام می‌دهد) می‌باشد که امتیازات به ترتیب از ۰/۵، ۱ و ۱ است. از مادر نوزاد نارس خواسته شد تا مهارت‌های فراگیری شده را در حضور پژوهشگر انجام دهد و چک لیست تکمیل گردید. در صورتی که نقصی مشاهده گردید مجدداً آموزش در آن آیتام داده شد و سپس کنترل گردید. همچنین پرسشنامه استاندارد اضطراب اسپیل برگر ابتدا در روز اول بستری نوزاد توسط مادران در هر دو گروه تکمیل شد. سپس در ۴ روز بعد از شروع مداخله مجدداً پرسشنامه در هر دو گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر دارای دو قسمت اضطراب آشکار و پنهان است. مقیاس اضطراب آشکار شامل ۲۰ جمله است که احساسات فرد را در زمان پاسخگویی ارزشیابی می‌کند. مقیاس اضطراب پنهان هم شامل ۲۰ جمله است که احساسات عمومی افراد را می‌سنجد. به هر کدام از عبارات آزمون بر اساس پاسخ ارائه شده، وزنی بین ۱ تا ۴ تخصیص می‌یابد؛ که نمره ۴، نشان دهنده حضور بالایی از اضطراب می‌باشد. با توجه به این نکته که برخی از عبارات به صورت معکوس نمره گذاری شدند، مجموع نمرات بیست عبارت هر مقیاس محاسبه گردید؛ بنابراین نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب ۸۰-۲۰ داشته است. ملاک‌های رتبه‌ای توضیح و تفسیر کلی جهت اضطراب آشکار و پنهان بر اساس هنجاریابی ابزار فوق برای اضطراب آشکار، نمره ۳۱-۲۰ اضطراب خفیف، نمره ۴۲-۳۲ اضطراب متوسط، نمره ۵۳-۴۳ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۶۴-۵۴ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۷۵-۶۵ اضطراب شدید و نمره ۷۶ به بالا بسیار شدید و برای اضطراب پنهان، نمره ۳۱-۲۰ اضطراب خفیف، نمره ۴۲-۳۲ اضطراب متوسط، نمره ۵۲-۴۳ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۶۲-۵۳ نسبتاً شدید، نمره ۷۲-۶۳ شدید و نمره ۷۳ به بالا بسیار شدید در نظر گرفته شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در تحقیقات متعدد به اثبات رسیده است. به عنوان مثال ربیعی و همکاران و روحی و همکاران میزان پایایی آزمون اضطراب اسپیل برگر را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹ محاسبه نموده‌اند (۱۸، ۱۹). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. به طوری که برای مشخصات فردی و دموگرافیک از جداول فراوانی (مطلق و نسبی) انحراف معیار و میانگین

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب آشکار و پنهان در گروه مداخله و کنترل

اضطراب	کنترل (میانگین و انحراف معیار)	مداخله (میانگین و انحراف معیار)	کمترین	بیشترین	آماره آزمون	df	T-Test, P-Value
اضطراب آشکار	۵۲ ± ۴	۵۱ ± ۴	-۳	۱	۰/۰۰۱	۵۸	$P < 0/0001$
اضطراب پنهان	۵۱ ± ۳	۴۹ ± ۳	-۳	۰/۰۶۴	۰/۰۰۱	۵۸	$P < 0/05$

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات اضطراب آشکار و پنهان مادران در دو گروه آزمون و کنترل در پیش از آزمون و پس از آزمون با استفاده از آزمون تی زوجی

گروه‌ها	اضطراب آشکار پیش آزمون	اضطراب آشکار پس آزمون	T-Test, P-Value	اضطراب پنهان پیش آزمون	اضطراب پنهان پس آزمون	T-Test, P-Value
کنترل	۵۲ ± ۴	۵۱ ± ۴	۰/۱۲	۵۱ ± ۳	۵۰ ± ۳	۰/۴۴
آزمون	۴۷ ± ۴	۵۱ ± ۴	$P < 0/001$	۴۶ ± ۳	۴۹ ± ۳	$P < 0/001$

بحث

بررسی رفتارهای حمایتی پرستاران برای مادران پرداخته، نشان داد که والدین بیشتر از همه حمایت ارتباطی -اطلاعاتی را دریافت کرده بودند (۲۸). مطالعه مایومی و همکاران در توکیو نیز نشان داد که فاکتورهای مهم در نقش پرستاران به عنوان تأمین کننده حمایت برای اعضاء خانواده شامل پاسخ به مشکلات اعضاء خانواده، کمک به اعضاء خانواده برای بیان احساسات خود (حمایت عاطفی) و سوق دادن خانواده به وضعیت متعادل می‌باشد (۷). براساس نتایج مطالعه اکبربگلو و همکاران نیز دادن اطلاعات به والدین باعث می‌شود که آنان احساس کنترل و قدرت بر روی موقعیتهای خود داشته باشند و بیشتر در مراقبت از کودکان شرکت کنند (۲۹). به نظر می‌رسد با توجه به نتایج به دست آمده از این یافته‌ها بتوان اظهار داشت که ارائه مراقبت خانواده محور می‌تواند نیازهای والدین کودکان بستری در حیطه کسب اطلاعات را برآورده نماید. که این امر در نهایت مشارکت بیشتر آنها را در مراقبت در پی خواهد داشت (۳۰). Browne در مطالعه‌ای جهت بررسی مداخلات خانواده محور برای افزایش ارتباط والدین و نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، به این نتیجه رسید که در گروه مداخله، میزان آگاهی، وابستگی و تعاملات نسبت به گروه کنترل بیشتر بود (۳۱). از محدودیتهای این پژوهش می‌توان به عدم اندازه گیری دقیق حضور مادران در کنار نوزاد خود در طول شبانه روز اشاره کرد.

نتیجه گیری

طبق یافته‌های این تحقیق یکی از عواملی که می‌تواند مادرانی را که نوزادان آنها بستری شده‌اند را به آرامش برساند و از اضطراب آنها بکاهد؛ مشارکت دادن مادر جهت مراقبت از نوزادشان می‌باشد. لذا انتظار می‌رود ضمن فراهم آوردن زمینه مناسب مشارکت خانواده از سوی مراقبین، افراد خانواده به ویژه مادران در مراقبت از نوزاد با کسب توانمندی لازم مشارکت کافی داشته باشند. در همین راستا پیشنهادات زیر در ابعاد مدیریتی و آموزش پرستاری جهت انجام مشارکت بیشتر مادران در مراقبت از کودک خود در زمان بستری و به تبع آن کاهش اضطراب آنها ارائه می‌شود: ۱. مدیران پرستاری بر مراقبت خانواده محور همت نموده و خصوصاً آن را در بخش‌های کودکان نهادهای نمایندند. ۲. پرستاران در فرایند آموزش بیمار، بر آموزش مادران به عنوان عامل مراقبت تأکید نمایند؛ ۳. متولیان و برنامه ریزان، امکان مشارکت در مراقبت پرستاری از کودک را برای مادران فراهم نموده و آنها را به این امر ترغیب کنند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از طرح مصوب و تحت حمایت مالی معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی جهرم می‌باشد. لذا پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت محترم و کلیه پرستاران بخش مراقبتهای ویژه نوزادان و مادران عزیزی که در این طرح همکاری داشتند، ابراز می‌دارند.

References

- Lee SN, Long A, Boore J. Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: a grounded theory study. *Int J Nurs Stud*.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مشارکت مادران در مراقبت از نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان بر کاهش اضطراب آشکار و پنهان آنها تأثیر گذار است. در این راستا مطالعه‌ای که با هدف تبیین مراقبت تعاملی پرستار - خانواده در بخش‌های کودکان و طراحی و ارزشیابی مدل مراقبتی در دو بیمارستان شهر تهران انجام گرفت، نتایج 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. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد. لذا ایجاد جامعه‌ای سالم و فائق شدن بر مشکلات پیچیده بهداشتی، نیازمند رویکردهای مشارکتی و راه حل‌هایی است که جامعه و سازمانهای بهداشتی را در کنار یکدیگر قرار می‌دهد. در این بین خانواده نیز یکی از اجزای مهم ارائه مراقبت اختصاصی به نوزاد و کودک در هنگام بیماری می‌باشد که نقش کلیدی ایفا می‌کند (۲۰). در خصوص تأکید بر روی هم اتاقی والدین و حضور آنان بر بالین کودک بیمار به عنوان یک روش مؤثر مراقبتی می‌توان به مطالعات الکساندر و پاورز، در مورد حمایت روانی والدین به مطالعات بایات و در ارتباط با مشارکت والدین در مراقبت، به مطالعات بارک، هانس برگر، کرمی و باستانی اشاره کرد که در تمامی این مطالعات تأثیر مثبت هر یک از روشهای مراقبتی انجام شده که از اجزای مراقبت خانواده محور می‌باشند، در کاهش اضطراب دیده می‌شود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱-۲۳).

نتایج مطالعه‌های که توسط کارین جکسون و همکاران در سوئد انجام گردید نشان داد که کیفیت ارائه مراقبت و دادن اطلاعات دارای اهمیت زیادی می‌باشد و معلوم گردید که ارائه اطلاعات و مراقبت در سطح مطلوب، فضای فرهنگی و اجتماعی مناسب می‌تواند به والدین اعتماد به نفس در ارائه نقش والدی بدهد (۲۴). همچنین در مطالعه بیل و کوین مهمترین وظایف پرستاران "اطمینان و قوت قلب دادن، حاضر بودن، مراقبت کردن، ارائه اطلاعات به صورت قابل فهم و فراهم نمودن راحتی برای والدین" ذکر شده است (۲۵). نتیجه تحقیق کریمی نشان داد که طبق عقیده والدین این نیازها تا حدودی برآورده می‌شود. همچنین آئین در مطالعه خود "نیاز به پاسخدهی به سؤالات" و "نیاز به اطلاع رسانی مفید و به موقع" را از نیازهای مادران برشمرد و طبق گفته مادران بیان کرد که آنها نیاز دارند بدانند، پرستاران جهت حل مشکل کودک چه اقدامی انجام داده‌اند. بی توجهی پرستاران به این نیاز سبب می‌شود تا مادران احساس کنند پرستاران نسبت به مشکل کودک بی اعتنا هستند و همین امر بی اعتمادی مادر به پرستاران و تضاد بین مادر و پرستار را به دنبال دارد (۲۶). در همین راستا نتایج مطالعه سیدمن نیز نشان داد که مادران دریافت حمایت اطلاعاتی - ارتباطی از سوی پرستاران را به عنوان عوامل کمک کننده در سازگاری والدین دانستند (۲۷). نتایج مطالعه‌ای که توسط موک و همکاران در هنگ کنگ انجام شد و به

2009;46(3):326-36. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.004
pmid: 19091313

2. Jebayili M, Rasooli S. The stress resources from the view points of mothers of infants hospitalized in NICU. *Nurs Midwifery J*. 2009;15(4):35-41.
3. Akbarbeglou M, Valizadeh L, Elahi Asad M. Mothers and nurses viewpoint about importance and rate of nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit. *Iran J Crit Care Nurs*. 2009;2(2):71-4.
4. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *J Neonat Nurs* 2011;17(1):32-40. doi: [10.1016/j.jnn.2010.07.015](https://doi.org/10.1016/j.jnn.2010.07.015)
5. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KA. Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):84-92. pmid: [17375237](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17375237/)
6. Khalessi N, Kamerani K. [Evaluation of surfactant effects on newborns]. *Sci J Hamadan Univ Med Sci*. 2006;13(3):5-9.
7. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs*. 2006;15(6):726-34. doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01359.x) pmid: [16684168](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16684168/)
8. 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):e1414-27. doi: [10.1542/peds.2005-2580](https://doi.org/10.1542/peds.2005-2580) pmid: [17043133](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17043133/)
9. Miles MS, Carlson J, Brunssen S. The nurse parent support tool. *J Pediatr Nurs*. 1999;14(1):44-50. doi: [10.1016/S0882-5963\(99\)80059-1](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(99)80059-1) pmid: [10063248](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10063248/)
10. Valizadeh L, Akbarbeglou M, Elahi Asad M. Stressors affecting mothers with hospitalized premature newborn in NICUs of three teaching hospitals in Tabriz. *Med J Tabriz Univ Med Sci*. 2009;39(1):22-30.
11. Majnemer A. Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Semin Pediatr Neurol*. 1998;5(1):62-9. pmid: [9548643](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9548643/)
12. James S, Ashwill J. *Nursing Care of Children, Principles and Practice*. 3rd ed. USA Elsevier; 2007.
13. Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. *J Pediatr Nurs*. 1998;13(5):290-5. doi: [10.1016/S0882-5963\(98\)80014-6](https://doi.org/10.1016/S0882-5963(98)80014-6) pmid: [9798364](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9798364/)
14. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care*. 2009;18(6):543-52; quiz 53. doi: [10.4037/ajcc2009226](https://doi.org/10.4037/ajcc2009226) pmid: [19880956](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19880956/)
15. Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care; 2006.
16. Hockenberry M, Wilson D. *Wong's Nursing care of Infants and children*. 9th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2013.
17. Boxwell G. *Neonatal intensiv care nursing*. 1st ed. London: Routledge; 2000.
18. Roohy G, Rahmany A, Abdollahy A, GhRM. The effect of music on anxiety level of patients and some of physiological responses before abdominal surgery. *J Gorgan Univ Med Sci* 2005;7(1):75-8.
19. Rabiee M, Kazemi Malek Mahmodi S, Kazemi Malek Mahmodi S. The effect of music on the rate of anxiety among hospitalized children. *J Gorgan Univ Med Sci* 2007;9(3):59-64.
20. Aeen F, Alhani F, Mohammadi I, Kazemnejad A. Mother's needs of sick in-patient Children: a Basic Concept for Nursing Education. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010;3(1):70-81.
21. Hunsberger M. The Effect Of Introducing Parents Of Hospitalized Children To The Nursing Mutual Participation Model Of Care: A Randomized Controlled Trial. Canada: University Of Waterloo; 2000.
22. Alexander D, Powell GM, Williams P, White M, Conlon M. Anxiety levels of rooming-in and non-rooming-in parents of young hospitalized children. *Matern Child Nurs J*. 1988;17(2):79-99. pmid: [3068427](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3068427/)
23. Bastani F, Ali Abadi T, Haghani H. The effectiveness of participatory care program in neonatal intensive care unit on state anxiety of mothers of preterm newborns. *J Babol Univ Med Sci*. 2012;14(3):59-65.
24. Jackson K, Ternstedt BM, Magnuson A, Schollin J. Quality of care of the preterm infant--the parent and nurse perspective. *Acta Paediatr*. 2006;95(1):29-37. doi: [10.1080/08035250500323749](https://doi.org/10.1080/08035250500323749) pmid: [16373293](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16373293/)
25. Beal JA, Quinn M. The nurse practitioner role in the NICU as perceived by parents. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2002;27(3):183-8. pmid: [12015447](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12015447/)
26. Karimi R, Daneshvar Z, Hoseini A, Mehran A, Shiri M. Compared to parents and caregivers understand the needs of parents of hospitalized children. *Hayat J* 2009;14(1):31-9.
27. Aein F, Alhani F, Mohammadi A, Kazemnejad A. Needs of Mother's of hospitalized Childes: Rights claimed by the mothers of nursing services. *Spec J Med Ethics Med Hist*. 2010;4:70-81.
28. Akbarbegloo M, Valizadeh L, Asadollahi M. Mothers and Nurses View about importance and level of nursing supports of neonates family hospitalized in NICU. *J Intens Care*. 2009;2(2):71-4.
29. Mayumi M, Reiko N, Yoko K. Nurses perception of their relational behavior with family members of hospitalized patients: Survey of nurses who work at national hospital organizations in Tohoku district. *J Fac Nurs*. 2006;8:1-12.
30. Akbarbegloo M, Valizadeh L, Asadollahi M. [Importance and Care Provided for parent's of hospitalized premature infant: Nurses View]. *Tabriz J Nurs Midwifery*. 2010;14:11-7.
31. Browne JV, Talmi A. Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr Psychol*. 2005;30(8):667-77. doi: [10.1093/jpepsy/jsi053](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi053) pmid: [16260436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16260436/)