دارای موافقت اصولی جهت اخذ رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات پزشکی

پژوهش توانبخشی در پرستاری

انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دوم شماره ۲ (پیاپی ٦) زمستان ۱۳۹٤ شماره استاندارد بین المللی: ۲۳۸۳-٤۳٤X

تأثیر برنامه ورزشی بر شدت درد اسکلتی - عضلانی بیماران ضایعات نخاعی پاراپلژی ۱

ناصر صدقی گوی آغاج، مسعود فلاحی خشکناب، حمیدرضا خانکه، محمدعلی حسینی، پوریا رضا سلطانی

تأثیر توانمندسازی هیجانی مادربزرگ‌ها بر اضطراب مادران نخست‌زا با نوزاد بستری ۱۲

سمیه توسل‌نیا، مریم روانی‌پور، فرحناز کمالی، نیلوفر معتمد

تأثیر فشاردرمانی بر شدت درد و سفتی زانو در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت: یک مطالعه کارآزمایی بالینی ۲۲

نبی اکبرنژاد، فرحناز محمدی شاهبلاغی، حمید رضا خانکه، یحیی سخنگویی، اکبربیگلریان، ناصر صدقی

بررسی مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در پرستاران نوبت‌کاری و غیر نوبت‌کاری ۳۲

ایوب قنبری سرتنگ، حبیب الله دهقان، آرزو عباسپور دربندی

تأثیر ورزش تای چی چوآن بر میزان افسردگی زنان سالمند ۳۹

زهرا خصالی، فرحناز محمدی شاهبلاغی، حمیدرضا خانکه، اکبر بیگلریان

علل گرایش به مصرف مواد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه ٤۷

حسین فیضی، علی‌اکبر ویسی رایگانی، علیرضا عبدی، جلال شاکری، مهدی مردوخی

تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور ۵۷

فاطمه زینتی، زهرا کاشانی نیا، ابوالفضل ره گوی، پوریا رضا سلطانی، فرهنگ بابا محمودی

مروری بر عوامل مؤثر در بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی ٦۸

هادی احمدی چناری، علی اکبر اسماعیلی، فرزانه حسن زاده، نرجس خاتون طاهری

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

به نام خداوند جان و خرد
نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
فصلنامه علمی–پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره دوم، شماره ۲ – زمستان ۱۳۹۴

•صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
•مدیر مسؤول: دکتر کیان نوروزی
•سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکناب
•مدیر اجرایی: زهرا تمیزی
•کارشناس نشریه: اکرم پورولی
•شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۳۲۹۶۱/۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۳
•شماره بین المللی نشریه چاپی: ISSN: ۲۳۸۳-٤۳٤ X مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰
•شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۳۸۳-٤۳۵۸ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

– دکتر نرگس ارسلانی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
– دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
– دکتر اصغر دالوندی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
– دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
– دکتر مریم روانی پور دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
– دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
– دکتر سمیه غفاری، استادیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
– دکتر محمد غلامی، استادیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
– دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
– دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
– دکتر فرحناز محمدی، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
– دکتر سهیل نجفی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
– دکتر منیر نوبهار، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان
– دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
– دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
– دکتر مجیده هروی کریموی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
– دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داوران این شماره:

دکتر فاطمه پاشایی ثابت
دکتر علی حسام زاده
دکتر ناهید رژه
محمد جعفر سپهوند
دکتر محمدعلی سلیمانی
مرتضی شمسی زاده
مهدی شیخنا
دکتر رضا ضیغمی
زهرا مختاری
دکتر منیر نوبهار
فاطمه نیسه

• ویراستار انگلیسی: دکتر کیان نوروزی
• ویراستار فارسی: دکتر کیان نوروزی
•حروفچینی و صفحه آرایی: اکرم پورولی
•طراح جلد: اکرم پورولی
•ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران
•نشانی: تهران میدان توحید–دانشکده پرستاری و مامایی تهران
•کدپستی: ۱٤۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱٤۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ٦٦٥۹۲٥۳٥

E-mail: info@ijrn.ir, Website: http://ijrn.ir

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

تأثیر توانمندسازی هیجانی مادربزرگ‌ها بر اضطراب مادران نخست‌زا با نوزاد بستری

سمیه توسل‌نیا[1]، *مریم روانی‌پور[2]، فرحناز کمالی[3]، نیلوفر معتمد[4]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
۲- دانشیار گروه آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران **(نویسنده مسئول)**
پست الکترونیکی: ravanipour@bpums.ac.ir
۳- مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
۴- دانشیار گروه آموزش پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، دوره ۲ شماره ۲ زمستان ۱۳۹۴ ۲۱-۱۲

چکیده

مقدمه: تجربه حاملگی و زایمان در زندگی زنان به ویژه در فرزند اول، نوعی بحران موقعیتی به شمار می‌آید. با بستری شدن نوزاد در بیمارستان به هر دلیل، استرس و اضطراب مادر بسیار بیش‌ازپیش خواهد بود. مادربزرگ‌ها می‌توانند با همدلی و شنیدن احساسات والدین جوان به‌ویژه مادران و ارائه راهنمایی و توصیه لازم به آن‌ها در غلبه بر این مشکل آنان را یاری دهند. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر توانمندسازی مادربزرگ نوزادان بستری بر اضطراب مادران نخست‌زا می‌باشد.

روش: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، جامعه پژوهش مادران نخست‌زا می‌باشند که نوزادان آنان به هر دلیلی طی دوره نوزادی در بیمارستان شهید رجایی گچساران در سال ۱۳۹۳ بستری شده‌اند. ۸۴ مادر نخست زا و مادرانشان، به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. در گروه مداخله، مادربزرگ‌ها به طریق حضوری و در ادامه به شیوه تلفنی آموزش‌های لازم جهت توانمندی را بر اساس الگوی توانمندی خود مدیریتی دریافت کردند و پس از یک ماه، مجدداً اضطراب در هر دو گروه مادران نخست‌زا بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی در نسخه ۱۸ نرم‌افزارSPSS انجام گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ($p>۰/۰۵$). بین میزان اضطراب مادران نخست‌زا در گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$) و بعد از اجرای مداخله توانمندسازی مادربزرگ‌ها، کاهش چشمگیر اضطراب در گروه مداخله به وجود آمد و اختلاف آماری بین دو گروه معنادار شد ($p=۰/۰۰۰$).

نتیجه‌گیری: الگوی توانمندسازی خودمدیریتی که در مورد مادربزرگ‌ها اجرا شد، موجب کاهش اضطراب مادران نخست‌زا با نوزاد بستری گردید. این الگوی توانمندسازی را می‌توان در بخش‌های نوزادان و مراقبت‌های ویژه نوزادان مورد استفاده قرار داد.

کلید واژه‌ها: توانمندسازی، اضطراب، مادربزرگ، زنان نخست زا.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

مقدمه

اگرچه فرایند مادر شدن از وقایع لذت‌بخش و تکاملی زندگی زنان است و اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین می‌شود، ولی به دلیل تغییرات فیزیکی و روانی ایجاد شده می‌تواند تنش‌ها و نگرانی‌هایی نیز به همراه داشته باشد (۱). هیچ واقعه‌ای در زندگی انسان همانند زمان تولد نوزاد و ورود فرد جدید به خانواده نیاز به تغییر سریع در شیوه، نقش و عملکرد فرد ندارد. در واقع دوره بعد از زایمان دوره انتقالی است که مادر با نقش‌ها، الگوها و ارتباطات جدیدی روبه‌رو است که باید با همه آن‌ها سازگاری یابد (۲). طبق مطالعه Kiernan، زنانی که تازه مادر شده‌اند در روزهای اول، علی‌رغم این‌که هنوز از عوارض زایمان بهبود نیافته‌اند، باید نکاتی در مورد مراقبت از نوزاد بیاموزند، بنابراین مستعد داشتن احساساتی مثل تنهایی، اضطراب، استرس و افسردگی به علت تغییر سریع نقش، نیازهای نوزاد، خستگی و از دست دادن توان مبارزه با مشکلات هستند (۳). اضطراب بعد از زایمان یکی از مشکلات خلقی بعد از زایمان است که میزان شیوع آن ۲۰-۵٪ گزارش شده است (۴). تولد یک نوزاد بیمار و بستری شدن او باعث می‌شود میزان اضطراب در والدین بیش‌تر شود، تمام برنامه‌ها، امید و شادی خانواده به یأس، نگرانی و سردرگمی تبدیل شده و والدین دچار فشار روانی شوند (۵). احساسات والدین در چنین شرایطی متغیر و نامعلوم بوده و به علت فقدان نقش مراقبتی مورد انتظارشان به‌عنوان یک والد، احساس پریشانی می‌کنند. نگرانی برای سلامتی و بقای شیرخوار، فشار ناشی از محیط بستری و احساس تردید و عدم اعتمادبه‌نفس برای مراقبت شیرخوار در این والدین عمومیت دارد (۶). بستری شدن نوزاد در روزهای اول تولد و جدایی مادر و نوزاد، در مادران به‌ویژه زنان نخست‌زا، بر اضطراب و تنش آنان می‌افزاید. Nystrom و Axelsson در یک مطالعه کیفی دریافتند که جدایی مادر و نوزاد به علت بستری در هفته‌های اول تولد، حتی در صورت جدی نبودن بیماری نوزاد، سبب تنش روانی زیاد مادر می‌شود (۷). Mercer نیز عنوان می‌کند که استرس مادر در صورت بیمار بودن نوزاد، بسیار بیش‌تر خواهد بود. دیدن دیسترس نوزاد و پروسیجرهای دردناک بر روی او، باعث احساس نگرانی، اضطراب و بی‌لیاقتی در مادر می‌شود (۸).

در چنین شرایطی، نیاز به یک منبع حمایتی برای مادر جهت غلبه بر این شرایط پراسترس امری بدیهی است و این‌طور به نظر می‌رسد که نخستین منبع، همسر او خواهد بود؛ اما حتی مردان نیز در دوره حول و حوش زایمان همسرانشان، دچار تغییر و عدم اطمینان قابل‌ملاحظه‌ای می‌شوند و ممکن است به میزانی مشابه و بنا بر بسیاری از دلایل به صورتی مشابه با همسران خود دچار تنش فیزیکی و روان‌شناختی شوند. برای مثال بی‌خوابی، حمایت اجتماعی نامناسب، مشکلات مالی، تعارضات زناشویی، عوارض مامایی یا نوزادی یا دیگر وقایع استرس‌زای توأم زندگی ممکن است طی این دوره آسیب‌پذیری، پدر و مادر را یکسان تحت تأثیر قرار دهد. برخی مردان، به‌خصوص کسانی که برای اولین بار پدر می‌شوند، احساس می‌کنند که برای این دوره آماده نیستند (۹). Eriksson و همکاران عنوان کردند که بستری شدن نوزاد اول باعث ایجاد شوک و ناباوری در پدرها می‌شود (۱۰). در چنین موقعیتی تنها شخصی که می‌تواند حامی پدر و مادری افسرده و دل‌نگران باشد و از لحاظ عاطفی و روحی به آن‌ها آرامش بخشد، مادربزرگ است که هم تجربه زایمان و فرزندپروری را داشته و هم با پدر و مادر جوان دلبستگی دارد و آن‌ها را حمایت می‌کند؛ بنابراین، نقش مادربزرگ‌ها در امر حمایت از والدین جوان، به‌خصوص مادران نخست‌زا و همچنین حمایت آن‌ها در امر مراقبت از نوزاد، امری مهم و مؤثر است (۱۱).

McHaffie در تحقیق خود، انتظار بیش‌تر والدین را از مادربزرگ‌ها به ویژه مادر مادری مطرح کرده است (۱۱). معمولاً والدین با بستری شدن اولین فرزندشان دچار شوک عاطفی می‌شوند و این مادربزرگ‌ها هستند که می‌توانند با همدلی و شنیدن احساسات والدین جوان و ارائه راهنمایی و توصیه لازم به آن‌ها در غلبه بر این مشکل آنان را یاری دهند (۱۲). معمولاً پس از ترخیص نوزاد از بیمارستان، پدر خانواده مجبور است به سرکار برگردد و مادر در صورت نبود نقش حمایتی دیگر احتمال دارد دچار مشکلات خلقی بیش‌تری شود. این موضوع اهمیت نقش حمایتی مادربزرگ را بیش‌ازپیش آشکار می‌سازد (۱۳). با توانمندسازی مادربزرگ‌ها، می‌توان آن‌ها را در این امر خطیر یاری رساند. بی‌شک آموزش مؤثر و نافذ یکی از ابزارهای مهم در توانمندسازی است (۱۴). هدف از توانمندسازی، ارتقای خودمدیریتی و توانمند شدن می‌باشد (۱۵).

تاکنون الگوهای متعددی به‌منظور توانمندسازی افراد مورد استفاده قرارگرفته است. گرچه ممکن است الگوهای توانمندی و مراحل کار در مطالعات مختلف، متفاوت باشد، اما رویکرد و هدف کلی همه مداخلات، توانمندی افراد می‌باشد. ازجمله، الگوی توانمندسازی خودمدیریتی روانی‌پور و همکاران که حاصل تحقیق به روش نظریه مبنایی (Granded Theory) روی مفهوم قدرت در ۲۶ سالمند ایرانی و خانواده‌های آن‌ها در سال ۱۳۸۷ می‌باشد. این الگو شامل مفاهیم خودآگاهی از تغییرات، استقلال، عملکرد نقش، سازگاری، رضایت پنداشت شده، حس کنترل و خودمدیریتی از ساختارهای اساسی حس قدرت است (۱۶) که به دلیل مرتبط بودن مفاهیم این

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

الگو با هدف مورد نظر، در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

نظریه Mercer و مدل حصول به نقش مادری، در بررسی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت‌های پرستاری بسیار مفید است. Mercer معتقد است که به دلیل تأثیر متغیرهای بسیار، حصول به نقش مادری بسیار پیچیده است و در ۴ مرحله شامل پیش‌آگهی، دریافت نقش، ایجاد نقش و شناخت نقش تقسیم‌بندی شده که از دوره بارداری آغاز می‌شود و تا سه تا چهار ماه بعد از زایمان ادامه می‌یابد. دو مرحله میانی نظریه Mercer (از زمان تولد نوزاد تا یک ماه پس از زایمان) در موارد بیماری و نیاز به بستری نوزاد مورد توجه قرار می‌گیرد. Mercer به تأکید نقش همسر و مادربزرگ و منابع حمایتی دیگر برای مادر نخست‌زا پرداخته و عنوان نموده است که حمایت عاطفی مادربزرگ می‌تواند در کاهش تنش و استرس و تسهیل در رسیدن به نقش مادری بسیار تأثیرگذار باشد (۱۷). Tarkka به نقل از Mercer (۱۹۸۵) مهم‌ترین منبع حمایتی مادران در نقش مادری را مادر خود آنان دانسته و پس از آن سایر زنان ازجمله عمه، خاله، خواهر و دوستان مهم‌ترین منابع حمایتی مادر بوده‌اند (۱۸). در مطالعه Kong نیز عامل حمایت به عنوان یک عامل مهم در کاهش استرس پس از زایمان شناخته شد و در نمونه‌های با حمایت بیش‌تر میزان اضطراب و استرس کم‌تری مشاهده شده است (۱۹).

بر اساس مفاهیم الگوی توانمندسازی خودمدیریتی و با فرض این که توانمندسازی مادربزرگ‌های مادری نوزادان بستری می‌تواند نقش آغازگری در روند حس توانمندی در مادران نخست‌زا در جهت محورهای استقلال، عملکرد نقش و سازگاری فردی بازی کند و موجب توانمندی در آن‌ها شود، این مطالعه باهدف تعیین تأثیر توانمندسازی مادربزرگ‌ها بر اضطراب زنان نخست زا با نوزاد بستری در بیمارستان انجام یافته است.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی شاهد دار است. جامعه پژوهش، مادران نخست‌زایی می‌باشند که نوزادشان به هر دلیلی طی دوره نوزادی در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان بستری شده‌اند. محیط پژوهش بیمارستان شهید رجایی گچساران، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌باشد. معیارهای ورود به پژوهش برای مادران شامل: زنان نخست‌زا، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال، جنین سالم در بررسی سونوگرافیک، عدم سابقه افسردگی در گذشته در زن نخست‌زا (از طریق بررسی تاریخچه)، تمایل به شرکت در مطالعه، سواد خواندن و نوشتن، در قید حیات بودن و حضور مادر تنی در کنار زن نخست‌زا و تمایل او به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تمایل نمونه‌ها به ادامه مشارکت در هر مرحله از مطالعه، تولد نوزاد با ناهنجاری و فوت نوزاد طی یک ماه بعد از زمان بستری بودند. ملاک‌های ورود مادربزرگ‌ها به مطالعه نیز شامل موارد زیر بود: نداشتن محدودیت جسمی خاص، آموزش‌پذیر بودن و داشتن تمایل به آموزش دختر خود.

۸۶ زن نخست‌زا با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه به این مطالعه وارد شدند.

$$n=\frac{(Z_{1-\alpha/2}+Z_{1-\beta})^2\,\delta_1^2\delta_2^2}{(\mu_1-\mu_2)^2}$$

پس از تصویب طرح در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و کسب مجوز ورود به محیط، نمونه‌ها در بیمارستان تعیین شدند و با آن‌ها در زمینه طرح پژوهشی هماهنگ شد، برای افراد جنبه اختیاری بودن شرکت در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد. به دلیل هم مکانی مادران نخست‌زا در بخش نوزادان، به‌منظور جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد در دو گروه مداخله و شاهد، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید. بدین ترتیب که با برآورد نسبت نمونه‌های مورد نیاز و تعداد کل افراد واجد شرایط نمونه بر اساس معیارهای ورود در محیط پژوهش که به صورت ۱ به ۲ تعیین گردید، از هر ۲ نفر افراد واجد شرایط یک نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و از نفر دوم صرف نظر می‌شد. علاوه بر این به‌منظور اجرای هر چه صحیح‌تر مطالعه و جلوگیری از تبادل اطلاعات بین دو گروه، بر مبنای زمان، افراد نمونه به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم‌بندی شدند، بدین‌صورت که در ابتدا به جمع‌آوری نمونه‌های گروه شاهد اقدام گردید و پس از تکمیل نمونه‌های گروه شاهد به جمع‌آوری نمونه‌ها در گروه مداخله اقدام شد. جمع‌آوری نمونه‌ها حدود ۴ ماه (اواخر اردیبهشت‌ماه تا شهریورماه ۱۳۹۳) به طول انجامید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر بود. این پرسشنامه شامل ۴۰ عبارت می‌باشد که در دو دسته اضطراب آشکار و پنهان قرار می‌گیرند (هر دسته حاوی ۲۰ عبارت) هر سؤال دارای ۴ گزینه است. گزینه‌های آزمون اضطراب آشکار دارای مقیاس‌های خیلی کم، کم، متوسط و زیاد است که به ترتیب به آن‌ها نمرات ۱، ۲، ۳ و ۴ داده شده است. گزینه‌های آزمون اضطراب پنهان نیز دارای مقیاس‌های تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیش‌تر اوقات و تقریباً همیشه می‌باشد که به ترتیب نمرات ۱ تا ۴ می‌گیرند. دامنه نمرات قابل کسب هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بین ۲۰ تا ۸۰ است.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

ملاک‌های تفسیری اضطراب آشکار و پنهان عبارتند از: اضطراب آشکار: ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، ۳۲ تا ۴۲ متوسط به پایین، ۴۳ تا ۵۳ متوسط به بالا،۵۴ تا ۶۴ نسبتاً شدید، ۶۵ تا ۷۵ شدید، ۷۶ به بالا بسیار شدید. اضطراب پنهان: ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، ۳۲ تا ۴۲ متوسط به پایین، ۴۳ تا ۵۲ متوسط به بالا، ۵۳ تا ۶۲ نسبتاً شدید، ۶۳ تا ۷۲ شدید، ۷۳ به بالا بسیار شدید. پایایی این آزمون در پژوهش گیتی ستوده و همکاران (۲۰) که در مورد زنان ۱۶ تا ۳۸ سال در سال ۱۳۸۶ انجام یافته با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ بوده و روایی آن با استفاده از شیوه ملاکی همزمان محاسبه شده است.

با توجه به امر تغییرات هورمونی تا یک ماه بعد از زایمان و کاهش طبیعی اضطراب پس از این مدت زمان، با انتخاب هر دو گروه مداخله و شاهد در این دوره زمانی مشخص، سعی بر حذف تأثیر این عامل بر نتیجه مداخله شده است.

لازم به توضیح است که در این پژوهش از نظریه Mercer و همچنین از الگوی توانمندسازی خودمدیریتی روانی‌پور، به منظور اجرای مداخله توانمندسازی کمک گرفته شد.

جلسه‌ای انفرادی در حدود یک ساعت برای هریک از مادربزرگ‌های گروه مداخله تشکیل و مراحل مداخله شامل اهداف، مراحل تحقیق، مفاهیم مورد نیاز و الگوی توانمندسازی به مادربزرگ‌ها توضیح داده شد. در مدت انجام پژوهش برای گروه شاهد هیچ‌گونه آموزشی به غیر از مراقبت‌های معمول بخش صورت نگرفت. جهت تکمیل داده‌ها ابتدا پرسشنامه‌ها در اختیار مادران نخست زا با نوزاد بستری قرار داده شد. سپس مداخله از طریق برگزاری دو جلسه دو ساعته، با استفاده از الگوریتم آموزشی طراحی شده در پنج گام اصلی مطابق با الگوی توانمندسازی به صورت متوالی اجرا شد تا اجرای نسبتاً یکسان مداخله برای همه افراد مشارکت‌کننده در گروه مداخله حاصل شود. این الگوریتم مبتنی بر الگوی توانمندسازی بوده و از نظر محتوایی مورد داوری و تأیید علمی دو تن از متخصصان و اساتید مرتبط با موضوع قرارگرفته و همچنین تأیید شورای اخلاق دانشگاه را نیز کسب نموده بود. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، در واقع مداخله توانمندسازی در مورد مادربزرگ‌های مادری زنان نخست زا با فرزند بستری در بخش نوزادان اعمال و از آن‌ها درخواست می‌شد که روش‌های آموخته‌شده توانمندسازی را برای دختران خود آموزش داده و به کار گیرند.

گام اول: با ایجاد تعامل فردی بین پژوهشگر و هر مادربزرگ، میزان اطلاعات مادربزرگ‌ها در زمینه نیازهای عاطفی و آگاهی دخترانشان و انتظارات از نقش‌های مادری سنجیده می‌شد، به عنوان مثال: اگر انتظارات بیش از حدی از نقش وجود داشت و یا انتظارات از نقش کم‌تر از وضعیت بهنجار بود، به عنوان مشکل شناسایی می‌شد، یا اگر مشخص می‌شد اشکالات انتظار از نقش به علت کمبود اطلاعات صحیح و کاملی در مورد تغییرات جسمی و روانی بعد از زایمان است، محقق این مورد را به عنوان مشکل در آگاهی از تغییرات شناسایی می‌کرد تا در گام‌های بعدی، مادربزرگ بتواند از طریق آموزش اطلاعات صحیح و ضروری، دختر خود را در این زمینه توانمند ساخته حامی اطلاعاتی و روانی مؤثری برای دخترش باشد.

گام دوم: در این گام بر اساس نوع پاسخ و میزان آگاهی مادربزرگ‌ها، به هدف‌گذاری مطلوب در خصوص موارد مورد نیاز آموزش رسیدیم. طبق مثال مطرح شده در گام اول، اولویت هدف‌گذاری، ضرورت اطلاع‌رسانی کامل در مورد شرایط بعد از زایمان و نقش مادری و ارتقای آگاهی مادربزرگ بود. جهت تعیین اهداف برای هر بیمار یک پرونده تهیه شده بود و در پرونده مربوط اهداف تعیین‌شده بر اساس مراحل الگو ثبت می‌گردید و بر اساس آن، جهت پیگیری مداخلات برنامه‌ریزی می‌شد.

گام سوم: با استفاده از اهداف تبیین شده بر اساس راه‌کارهای پیشنهادی خود مددجو، یک برنامه مناسب جهت رفع نیازهای او با کمک خود مددجو بر اساس حیطه‌های الگوی نظریه Mercer در ۴ مرحله: مرحله پیش‌آگهی (مرحله پذیرش جنین توسط مادر و تطابق روانی با بارداری و نقش بارداری)، مرحله دریافت نقش (با تولد نوزاد شروع می‌شود)، مرحله ایجاد نقش (مادر مراقبت از نوزاد را یاد می‌گیرد و نقش مادری را در خود ارتقا می‌دهد)، مرحله شخصیتی یا شناخت نقش (زن، مادر بودن را در خود درونی می‌کند و خود را به‌عنوان مادری شایسته و با صلاحیت می‌پذیرد) (۲۱) –لازم به توضیح است که در مطالعه حاضر از دو مرحله میانی این نظریه استفاده شده است و حیطه‌های الگوی توانمندسازی خود مدیریتی (۲۲)، تنظیم می‌شد. به‌عنوان‌مثال در شرایط بحرانی که مادربزرگ با احساس سردرگمی در راستای اهداف یاد شده روبه‌رو بود، محقق برنامه‌ریزی مناسبی را به جهت مدیریت این شرایط بحرانی به مادربزرگ‌ها آموزش می‌داد.

گام چهارم: اصلاح ساختار در ابعاد مختلف صورت می‌گرفت. به فرض، نحوه جایگزینی نقش زن و شوهر به صورت موقتی و یا ترغیب مادر به کسب حمایت از سایر اعضای خانواده، سازمان‌هایی که در صورت نیاز نوزادشان، بتوانند از آن‌ها کسب حمایت کنند و سایر اصلاحاتی که در حوزه اختیارات خانواده بود. به‌علاوه با کمک کتابچه آموزشی تهیه‌شده توسط محقق با استفاده از منابع معتبر علمی که حاوی اطلاعات در حیطه‌های الگوی توانمندسازی بود و

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

شامل اصلاح ساختار در زمینه‌های متعدد مراقبت‌های بعد از زایمان بوده و به صورت قدم‌به‌قدم اطلاعات ضروری توضیح داده شده بود، در اختیار نمونه‌های گروه مداخله قرار می‌گرفت تا بتوانند آموزش‌ها را در منزل با مطالعه بسته آموزشی پیگیری نمایند. مدت بررسی جهت این توانمندسازی ۱ ماه در نظر گرفته شد، محقق شماره تماس خود را در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داد تا در صورت بروز هرگونه سؤال از طریق حضوری و یا تلفنی پاسخ خود را دریافت کنند.

گام پنجم: ارزشیابی که طی جلسات و تماس‌های تلفنی در طول زمان مداخله بسته به نیاز بیمار صورت می‌پذیرفت. به‌علاوه خود پژوهشگر نیز در فواصل منظم (به صورت هفته‌ای یک بار) به‌منظور بررسی صحت روند مطالعه تماس‌هایی با شرکت‌کنندگان در طول این یک ماه داشت.

پس از اتمام یک ماه دوره مداخله، در هر دو گروه مداخله و شاهد پرسشنامه‌ها به صورت خود ایفا به مادران تحویل و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی هنگام نمونه‌گیری، هدف از پژوهش، جنبه اختیاری بودن شرکت در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید.

جهت سهولت در پردازش اطلاعات موجود در پرسشنامه و تجزیه‌وتحلیل آن‌ها به وسیله رایانه از روش کدگذاری پرسشنامه استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری شامل آزمون آماری t مستقل جهت مقایسه میانگین متغیرهای کمی در دو گروه، آزمون t زوجی برای مقایسه میانگین قبل و بعد متغیر کمی در هر گروه و آزمون مجذور کای جهت مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه، در نرم‌افزار آماری SPSS v.۱۸ انجام گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۸۶ مادر نخست‌زا وارد مطالعه شدند که ۲ نفر از نمونه‌ها، یکی به دلیل فوت نوزاد (در گروه شاهد) و دیگری عدم تمایل (در گروه آزمون)، از پژوهش حذف شدند و در نهایت ۸۴ نفر تا پایان مطالعه حضور داشتند. دو گروه آزمون و شاهد از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، تفاوت معناداری نداشتند (p>۰/۰۵) ۸۰/۹۳٪ از مادران در گروه آزمون و ۷۶/۲۳٪ در گروه شاهد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. ۸۳/۳٪ از مادران در گروه آزمون و ۷۶/۶٪ در گروه شاهد خانه دار بودند (جدول ۱).

اضطراب مادران در دو حیطه اضطراب آشکار و پنهان بررسی شد. نتایج نشان داد که بین میزان اضطراب (هم اضطراب پنهان و هم آشکار) مادران نخست‌زا در گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشته است (p>۰/۰۵)، اما بعد از اجرای برنامه توانمندسازی مادربزرگ‌ها، میانگین سطح اضطراب نمونه‌های مورد مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد (p=۰/۰۰۰) (جدول ۲).

میزان تغییر در میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب آشکار و پنهان پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله نشان داد که انجام مداخله در گروه مداخله در کاهش میزان اضطراب آشکار و پنهان تأثیرگذار بوده و نتیجه در سطح معناداری ۰/۰۵ معنی‌دار شده است (جدول ۳).

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی مادران نخست زا با نوزاد بستری در بیمارستان شهید رجایی گچساران در سال ۱۳۹۳ در دو گروه مداخله و شاهد

مشخصات جمعیت شناختی	میانگین (انحراف معیار)		p-value
سن	گروه مداخله ۲۷/۰۲(۵/۳۶)	گروه شاهد ۲۴/۹۰(۴/۱۳)	۰/۵۱
	فراوانی (درصد فراوانی)		
سطح تحصیلات کم‌تر از دیپلم دیپلم لیسانس و بالاتر از لیسانس	۸(٪۱۹) ۱۴(٪۳۳/۳۳) ۲۰(٪۴۷/۶)	۱۰(٪۲۳/۸) ۱۴(٪۳۳/۳۳) ۱۸(٪۴۲/۹)	۰/۸۴
وضعیت شغل همسر کارمند شغل آزاد بی‌کار	۱۳(٪۳۱ ۲۵(٪۵۹/۵) ۴(٪۹/۵)	۱۱(٪۲۶/۲) ۲۳(٪۵۴/۸) ۸(٪۱۹)	۰/۴۵
وضعیت شغل مادر شاغل خانه‌دار	۷(٪۱۶/۷) ۳۵(٪۸۳/۳)	۹(٪۲۱/۴) ۳۳(٪۷۶/۶)	۰/۵۷

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

جدول ۲: مقایسه میانگین اضطراب مادران نخست زا با نوزاد بستری در بیمارستان شهید رجایی گچساران در سال ۱۳۹۳ در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از توانمندسازی مادربزرگ‌ها

زمان	قبل از مداخله میانگین ± (انحراف معیار)			بعد از مداخله میانگین ± (انحراف معیار)		
متغیر	گروه آزمون	گروه شاهد	p-value	گروه آزمون	گروه شاهد	p-value
اضطراب آشکار	۳۷/۶۷±۱۲/۳۳	۴۱/۹۵±۱۲/۸۱	۰/۱۲	۳۲/۴۳±۸/۵۶	۴۴/۱±۱۱/۱۹	۰/۰۰۰
اضطراب پنهان	۴۲/۲۱±۹/۷	۴۲/۷۹±۸/۸۹	۰/۷۷	۳۴/۱۴±۸/۱	۴۳/۹۸±۸/۹۴	۰/۰۰۰

جدول ۳: میزان تغییر در میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب آشکار و پنهان مادران نخست زا با نوزاد بستری در بیمارستان شهید رجایی گچساران در سال ۱۳۹۳ پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله

متغیر	گروه مداخله میانگین ± (انحراف معیار)	گروه شاهد میانگین ± (انحراف معیار)	p-value
تغییر در اضطراب آشکار	-۵/۲۳±۷/۵۳	۲/۱۴±۹/۱۶	۰/۰۰۰
تغییر در اضطراب پنهان	-۸/۰۷±۶/۶۳	۱/۱۹±۵/۰۰	

بحث

مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، بعد از اجرای برنامه توانمندسازی مادربزرگ‌ها، کاهش چشمگیری در میزان اضطراب مادران در گروه مداخله مشاهده شد و اختلاف دو گروه مداخله و شاهد معنی‌دار شد. در خصوص تأثیر الگوی توانمندسازی مادربزرگ‌ها بر کاهش اضطراب مادران نخست‌زا با نوزاد بستری، پژوهش مشابهی انجام نیافته، اما مطالعات متعددی در مورد تأثیر الگوی توانمندسازی بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران انجام گرفته است.

مطالعه بهشتی‌پور با عنوان تأثیر برنامه توانمندسازی خانواده محور بر وزن‌گیری و مدت بستری نوزادان نارس در بیمارستان، تأثیر مثبت توانمندسازی را بر وزن‌گیری و مدت بستری نوزادان نارس در بیمارستان نشان داده است (۲۳). مطالعه Kang با عنوان تأثیر برنامه توانمندی شیردهی برای مادران بعد از زایمان در کره جنوبی انجام یافت. برنامه توانمندی شیردهی در چهار جلسه یک‌ساعته در ۴ هفته برای مادران در گروه مداخله اجرا شد. نتایج پژوهش نشان داد که این برنامه در کمک به مادران برای شناخت و حل مشکلات در زمینه شیردهی بسیار مؤثر بوده است (۲۴). در حالی‌که در مطالعات صالحی با عنوان بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با دیالیز و مطالعه هادی تحت عنوان بررسی تأثیر توانمندسازی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران تالاسمی ماژور، توانمندسازی تأثیر مثبتی را نشان نداد (۲۵ و۲۶). برخی مطالعات انجام گرفته نیز نشان دادند که افزایش اطلاعات و قابلیت مادران در مراقبت از نوزاد و حمایت عاطفی از مادران از سوی اطرافیان و افراد باتجربه، باعث کاهش استرس و اضطراب در مادران می‌شود (۲۷). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ توسط Kong، در چین، در مورد ۶۰۰ والد با نوزاد بستری انجام گرفت، حمایت از سوی اطرافیان به‌عنوان یک عامل مهم شناخته شد (۱۹). در مطالعه‌ای آینده‌نگر نیز که توسط Wong و همکاران در هنگ‌کنگ در مورد تأثیر برنامه توانمندسازی بر نتایج کلینیکی و سلامت بیماران با دیابت نوع ۲ انجام یافت، نتایج نشان داد که توانمندسازی گروهی در بهبود نتایج کلینیکی و کاهش میزان عوامل مضر در خون تأثیر عمده داشته است (۲۸)، نتایج این مطالعات با نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر هم‌راستا است.

در مطالعه CHuan-Tan و همکاران در سال ۲۰۱۳ در سنگاپور، تأثیر برنامه‌های کتابچه‌ای آموزشی بر مدیریت بیماری در مراقبت‌دهندگان با فرزندان مبتلا به آسم بررسی و مشخص شد که مدیریت بیماری از طریق آموزش، تأثیر عمده‌ای در کاهش نیاز به مصرف دارو داشته است (۲۹). یک مطالعه که توسط Paul و همکاران درباره اضطراب پس از زایمان انجام یافت، نشان داد که آموزش در کاهش اضطراب پس از زایمان و مراقبت از نوزاد بسیار مهم و تأثیرگذار بوده است (۳۰). رزازان و همکاران نیز در سال ۱۳۹۲ مطالعه‌ای از نوع کارآزمایی بالینی با عنوان بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان مبتلا به تالاسمی ماژور در بوشهر انجام دادند. نتیجه پژوهش نشان داد آموزش بر مبنای الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر پایه نیازهای خودمدیریتی بیماران، موجب بهبود کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان مبتلا به تالاسمی ماژور می‌شود (۳۱). مطالعه‌ای مروری نیز توسط Chen در کره جنوبی با عنوان «بررسی تأثیر مداخلات توانمندی بر

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

بیماران با بیماری‌های مزمن» انجام گرفت. این مقالات در سه گروه آموزش خانواده محور، فرد محور و ترکیبی از هر دو، تقسیم‌بندی شدند. نتایج بررسی این مطالعه نشان داد که مداخلاتی که منجر به توانمندی می‌شوند، باعث بهبود وضعیت سلامتی (فیزیکی و روانی) و کیفیت زندگی در بیماران با بیماری مزمن می‌شود و همچنین تأثیر مداخلات خانواده محور برجسته‌تر از دو گروه دیگر بود (۳۲). نتایج مطالعه نیمه‌تجربی ناصحی و همکاران با عنوان بررسی تأثیر دو مدل آموزشی مبتنی بر رعایت و توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم، نشان داد که هر دو مدل آموزشی می‌توانند سبب ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم گردند، لذا نقش آموزش جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم به عنوان یک عامل مهم شناخته شد (۳۳). در مطالعه عزیزی و همکاران، با عنوان بررسی تأثیر مشاوره در مادران تازه زایمان کرده، نشان داد که مادرانی که پس از زایمان اقدامات مداخله‌ای نظیر مشاوره دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه شاهد به میزان کم‌تری دچار اضطراب شدند (۳۴). مطالعه Ryding و همکاران نیز تأثیر مثبت مشاوره به زنان در کاهش اضطراب پس از زایمان را نشان داده است (۳۵). همه مطالعات فوق، هم راستا با نتایج مطالعه حاضر بودند.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج حاصل از پژوهش حاضر مشخص کرد که میزان استرس و اضطراب در مادران نخستزا در گروه مداخله که الگوی توانمندسازی برای مادران آنان اجرا شده بود، نسبت به اضطراب مادران نخستزا در گروه شاهد، کاهش قابل‌توجهی نشان داد. در ایران تمرکز اصلی آموزش به مادران در مراقبت‌های بارداری و پس از زایمان، به سلامت فیزیکی نوزاد و مسائل ساده بهداشتی مربوط به آن‌ها می‌شود، حال آن‌که مسئله حمایت همه‌جانبه از مادر و سلامت روانی وی، در رشد و تکامل فرزند از جنینی تا بزرگ‌سالی، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. با توجه به این‌که الگوی استفاده شده در این مطالعه، مبتنی بر نیاز زنان نخستزا بوده و در بخش‌های بستری نوزادان ارتباط بین پرستاران و مراجعینشان به دلیل ماهیت مراقبت‌ها بسیار نزدیک به یکدیگر است، این الگو می‌تواند به عنوان راهنمایی جهت کاربرد و اعمال بهتر مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های بستری نوزادان مورد استفاده قرار گیرد. بسیاری از زنان نخستزا و خانواده آن‌ها از تغییرات زمان بارداری و پس از زایمان و مراقبت‌های بعد از زایمان آگاهی کافی ندارند که افزایش اطلاعات و آگاهی افراد مراقبت دهنده که در این مطالعه مادربزرگ‌های مادری می‌باشند، از تغییرات به وجود آمده بعد از زایمان و نحوه مراقبت از نوزاد و مادر، اولین گام در توانمندی آن‌هاست. یافته‌های این پژوهش می‌تواند مقدمه‌ای جهت کمک به خانواده‌ها با فرزند نخست باشد. در این زمینه مراقبت‌دهندگان سلامت به خصوص قشر پرستار می‌توانند نقشی عظیم در ارائه آموزش داشته باشند. با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش، اختصاص بودجه ناچیزی برای امر آموزش که به مراتب از هزینه‌های عوارض و عواقب مستقیم و غیرمستقیم تنش و اضطراب کم‌تر است، می‌تواند راهگشای اجرای این‌گونه برنامه‌های توانمندسازی با اثربخشی فراوان برای جامعه مادران و خانواده‌ها باشد.

این تحقیق با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. با توجه به این‌که پژوهش حاضر در طول مدت یک ماه بعد از زایمان انجام یافته است، می‌توان گفت که نقش هورمون‌ها در این دوره زمانی بر خلق‌وخوی مادران بعد از زایمان می‌تواند تأثیر داشته باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش مشابهی در دوره زمانی طولانی‌تری انجام گیرد و وضعیت تأثیر توانمندسازی بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و مصوب در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT ۲۰۱۵۰۲۰۴۲۰۹۵۵N۱ می‌باشد که در تاریخ ۱۷/ ۴/ ۱۳۹۳ مصوب و با حمایت این دانشگاه و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در تأمین هزینه‌های پژوهشی صورت گرفت. بدین وسیله پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به دلیل حمایت مالی، تمامی مادران و مادربزرگ‌های شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین ریاست و کارکنان محترم بیمارستان شهید رجایی گچساران به دلیل همکاری در این طرح قدردانی و تشکر نمایند.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

References

1 - Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstet Gynecol. 2001 Jun; 97(6): 988-93.

2 - Murray SS, McKinney ES, Gorrie TM. Foundations of maternal-newborn nursing. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001.

3 - Kiernan J. The experience of therapeutic touch in the lives of fine postpartum women. American Journal of Maternal Child Nursing. 2002 Jan-Feb; 27(1): 47-53.

4 - Khoramirad A, Musavi Lotfi SM, Shoori Bidgoli A. [Prevalence of postpartum depression and related factors in Qom]. Pajoohandeh Journal. 2010; 15(2): 62-6. (Persian)

5 - Jebraeeli M, Seyedrasuli E, Ataeyan R, Rasuli Sh. [Sources of stress than the mothers of infants hospitalized in ICU]. Journal of Nursing and Midwifery,Tabriz. 2009; 15(3): 35-41. (Persian)

6 - Tran C, Medhurst A, O'Connell B. Support needs of parents of sick and preterm infants admitted to a neonatal unit. Journal of Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing. 2009; 12(2): 12-17.

7 - Nystrom K, Axelsson K. Mothers' experience of being separated from their newborns. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 May-Jun; 31(3): 275-82.

8 - Miles MS, Holditch-Davis D, Burchinal MR, Brunssen S. Maternal role attainment with medically fragile infants: Part 1. Measurement and correlates during the first year of life. Research in Nursing and Health. 2011; 34(1): 20-34.

9 - Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry. 2012 Mar; 25(2): 141-8.

10 - Eriksson BS, Pehrsson G. Evaluation of psycho-social support to parents with an infant born preterm. J Child Health Care. 2002 Mar; 6(1): 19-33.

11 - McHaffie HE. Social support in the neonatal intensive care unit. J Adv Nurs. 1992 Mar; 17(3): 279-87.

12 - Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. J Clin Nurs. 2008 Mar; 17(6): 810-6.

13 - Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). J Clin Psychol Med Settings. 2010 Sep; 17(3): 230-7.

14 - Gholami N. [Staff empowerment]. Profficiently Journal. 2007; 14(52): 12-15. (Persian)

15 - Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. [Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature]. Journal of Health Promotion Management. 2013; 2(4): 65-76. (Persian)

16 - Ravanipour M, Salehi Sh, Taleghani F, Abedi H, Schuurmans MJ, Jong A. Sense of power among older people in Iran. Educational Gerontology. 2008; 34(10): 923-38.

17 - Mercer RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. Nurs Res. 1981 Mar-Apr; 30(2): 73-7.

18 -Tarkka MT. Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. J Adv Nurs. 2003 Feb; 41(3): 233-40.

19 - Kong LP, Cui Y, Qiu YF, Han SP, Yu ZB, Guo XR. Anxiety and depression in parents of sick neonates: a hospital-based study. J Clin Nurs. 2013 Apr; 22(7-8): 1163-72.

20 - Sotoudeh G, Siasi F, Lesan Sh, Mirdamadi SR, Chamari M. [The frequency of anxiety

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

and depression and its related factors in hyperandrogenic women]. Journal of Medical Council of Islamic Republic Iran. 2008; 25(4): 482-9. (Persian)

21 - Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh. 2004; 36(3): 226-32.

22 - Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, Abedi HA, Ishaghi SR, Schuurmans MJ, et al. Power resources of older people in Iran. Int J Older People Nurs. 2013 Mar; 8(1): 71-9.

23 - Beheshtipoor N, Shaker Z, Edraki M, Razavi M, Zare N. The effect of family-based empowerment program on the weight and length of hospital stay of preterm infants in the neonatal intensive care unit. GMJ. 2013; 2(3): 114-119.

24 - Kang JS, Choi SY, Ryu EJ. Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: a quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2008 Jan; 45(1): 14-23.

25 - Salehi Sh, Javanbakhtian R, Hasheminia SAM, Habibzadeh H. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life of Hemodialysis patients]. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 10((1)36): 61-67. (Persian)

26 - Hadi N, Karami D, Montazeri A. [Health-related quality of life in major thalassemic patients]. Quarterly Journal Payesh. 2009; 8(4): 387-393.

27 - Tarverdy M, Basiri P, Alave H. [An investigation on the effects of home care education on mortality and morbidity for preterm infant's mothers Tajrish hospital, 2003-2004]. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2006; 4(1): 2-14. (Persian)

28 - Wong CK, Wong WC, Lam CL, Wan YF, Wong WH, Chung KL, et al. Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on clinical outcomes and health service utilization in type 2 diabetes mellitus in primary care: an observational matched cohort study. PLoS One. 2014 May 1; 9(5): e95328.

29 - Tan NC, Chen Z, Soo WF, Ngoh AS, Tai BC. Effects of a written asthma action plan on caregivers' management of children with asthma: a cross-sectional questionnaire survey. Prim Care Respir J. 2013 Jun; 22(2): 188-94.

30 - Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. Pediatrics. 2013 Apr; 131(4): e1218-24.

31 - Razzazan N, Ravanipour M, Gharibi T, Motamed N, Zarei AR. [Effect of self-management empowering model on the quality of life in adolescents and youths with major thalassemia]. Journal of Nursing Education. 2014; 3(2): 48-59. (Persian)

32 - Chen YC, Li IC. Effectiveness of interventions using empwerment concept for patients with chronic disease: asystematic review. J Adv Nurs. 2010; 66(7): 1446-1451.

33 - Nassehi A, Borhani F, Abbaszadeh A, Arab M, Samareh-Fekri M. [Effect of two educational models based on compliance and empowerment on the quality of life of patients with asthma]. Journal of Nursing Education. 2013; 2(3): 1-7. (Persian)

34 - Azizi M, Lamyian M, Faghihzadeh S, Nematolahzadeh M. [The effect of counseling on anxiety after traumatic childbirth in Nulliparous women: a single blind randomized clinical trial]. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (Behbood). 2010; 14(3): 219-27. (Persian)

35 - Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(7): 814-20.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

Evaluation of grandmother's emotional empowerment on anxiety in primiparous mothers of hospitalized infants

Tavasolnia S[1], *Ravanipour M[2] , Kamali F[3] , Motamed N[4]

1- MSc student of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Bushehr University Of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
2- Associate Professor of Department of Nursing, Persian Gulf Tropical and Infectious Diseases Medicine Research Center, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran **(Corresponding author)**
E-mail: ravanipour@bpums.ac.ir
3- Instructor of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.
4- Associate Professor of Department of Social Medicine, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

Abstract

Introduction: Experience of pregnancy and childbirth in women's lives especially in their first pregnancies has been considered a very stressful situation. Indeed neonates readmissions in the hospitals for any reason can induce even more stress and anxiety in these mothers. In these critical situations grandmothers can play a pivotal role in helping these young parents with their empathy and listening to their worries and providing valuable counseling and advices for overcoming any potential problem. The purpose of this study was to investigate the effect of emotional empowering of these grandmothers on anxiety of their primiparous daughters due to neonatal readmission to hospitals.

Method: This was a quasi-experimental study, the research population consisted of primiparous women who their newborns were hospitalized in Rajaei hospital-Gachsaran city–Iran for different medical reasons in 2015.84 women and their mothers consisted as our sample who allocated to intervention and control groups using convenience sampling method. Grandmothers in intervention group received the emotional empowerment program that has been developed based on Mercer theory and Ravanipour self-management model through face to face sessions and telephone follow ups for one month. Anxiety levels were measured in both groups of mothers after intervention using Spielberger state trait anxiety inventory. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics with SPSSv.18 software.

Results: The demographic data of two groups were not significantly different ($P > 0/05$). Anxiety levels of intervention and control groups before intervention showed no statistically significant difference($P \geq 0.05$). After empowerment program grandmothers in intervention group showed remarkable decrease in their anxiety levels compared to control group counterparts ($P = 0/000$).

Conclusion: Emotional Empowering based on self-management model implemented on grandmothers resulted in a significant reduction in anxiety of their primiparous daughters with hospitalized newborns. This model of empowerment should be used more extensively by nurses as routine practice in newborn wards and neonatal intensive care units.

Keywords: Emotional Empowerment, Anxiety, Grandmothers, Primiparous women

Received: 12 May 2015 Accepted: 24 May 2015

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]

Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of Rehabilitation Research in Narsing

Vol.2 No.2 Issue. 6 Winter 2015 ISSN: 2383-434X

Effect of exercise program on musculoskeletal pain intensity in paraplegic Spinal Cord Injury patients 11

Sedghi Goyaghaj N , Fallahi Khoshknab M , Khankeh H R , Hoseini M A , Rezasoltani P

Evaluation of grandmother's emotional empowerment on anxiety in primiparous mothers of hospitalized infants 21

Tavasolnia S, Ravanipour M , Kamali F , Motamed N

Effect of Acupressure on knee pain and stiffness intensity in elderly patients with osteoarthritis: a randomized clinical trial 31

Akbarnajad N ,Mohammadi Shahbolaghi F , Khankeh H R , Sokhangoiy Y, Biglaryan A, Sedghi N

Comparison of Health Promoting Life style in rotating shift work vs fixed shift work Nurses 38

Ghanbary Sartang A, Dehghan H, Abbaspoor Darbandy A

Effect of "Tai Chi Chuan" on Depression in elderly women 46

Khesali Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Khanke H, Biglarian A

The predisposing factors for drug abuse in viewpoints of referrers to Addiction Treatment Centers in Kermanshah 56

Feyzi H, Vaisi Raygani AA, Abdi A, Shakeri J, Mardokhian M

The effect of partnership caring model on quality of life of adolescents with major thalassemia 67

Zinati F, Khashaninia Z, Rahgoi A, Rezasoltani P, Babamahmodi F

A review of the effective factors on physical rehabilitation of stroke patients 77

Ahmadichenari A, Esmaili A A, Hasanzadeh F, Taheri N Kh

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-30]