



پژوهش توانبخشی در پرستاری

انجمن علمی پرستاری ایران

دوره دوم شماره ۲ (پیاپی ۶) زمستان ۱۳۹۴ شماره استاندارد بین المللی: X-۴۳۴-۲۳۸۳

- ۱..... تأثیر برنامه ورزشی بر شدت درد اسکلتی - عضلاتی بیماران ضایعات نخاعی پاراپلزی
ناصر صدقی گوی آگاج، مسعود فلاحتی خشکناب، حمیدرضا خانکه، محمدعلی حسینی، پوریا رضا سلطانی
- ۱۲..... تأثیر توانمندسازی هیجانی مادربرزگ‌ها بر اخترباب مادران نخست‌زا با نوزاد بستری
سمیه توسل‌نیا، مریم روانی‌پور، فرحناز کمالی، نیلوفر معتمد
- ۲۲..... تأثیر فشاردرمانی بر شدت درد و سفتی زانو در سالمدان مبتلا به استئوارتریت: یک مطالعه کارآزمایی بالینی
نبی اکبرنژاد، فرحناز محمدی شاهبلاغی، حمید رضا خانکه، یحیی سخنگویی، اکبریکلریان، ناصر صدقی
- ۳۲..... بررسی مقایسه‌ای سبک زندگی ارتقادهنه سلامت در پرستاران نوبت‌کاری و غیر نوبت‌کاری
ایوب قنبری سرتنگ، حبیب الله دهقان، آرزو عباسپور دریندی
- ۳۹..... تأثیر ورزش تای چوآن بر میزان افسردگی زنان سالمدان
زهراء خصالی، فرحناز محمدی شاهبلاغی، حمیدرضا خانکه، اکبر بیگلریان
- ۴۷..... علل گرایش به مصرف مواد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه
حسین فیضی، علی‌اکبر ویسی رایگانی، علیرضا عبدی، جلال شاکری، مهدی مردوخی
- ۵۷..... تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی مژور
فاطمه زینتی، زهراء کاشانی نیا، ابوالفضل ره گوی، پوریا رضا سلطانی، فرهنگ بابا محمودی
- ۶۸..... مرواری بر عوامل مؤثر در بازتوانی جسمی بیماران مبتلا به سکته مغزی
هادی احمدی چناری، علی‌اکبر اسماعیلی، فرزانه حسن‌زاده، نرجس خاتون طاهری

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 فلاحتی خشکناب
- مدیر اجرایی: زهرا تمیزی
- کارشناس نشریه: اکرم پوروی
- شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۳۲۹۶۱/۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۳
- شماره بین المللی نشریه چاپی: X ISSN: ۲۳۸۳-۴۳۴ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰
- شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۳۸۳-۴۳۵۸ مورخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۰

دادران این شماره:

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

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 فلاحتی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداد، 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 کریمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• ویراستار انگلیسی: دکتر کیان نوروزی

• ویراستار فارسی: دکتر کیان نوروزی

• حروفچینی و صفحه آرایی: اکرم پوروی

• طراح جلد: اکرم پوروی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۶۶۵۹۲۵۳۵

تأثیر توانمندسازی هیجانی مادربرگ‌ها بر اضطراب مادران نخست‌زا با نوزاد بستری

سمیه توسل‌نیا^{*}، مریم روانی‌پور^آ، فرحناز کمالی^آ، نیلوفر معتمد^آ

- ۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
- ۲- دانشیار گروه آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول) ravanipour@bpums.ac.ir
- ۳- مریم گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی 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 ۱۲-۲۱

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 بیش از پیش خواهد بود. مادربرگ‌ها می‌توانند با هم‌دلی و شنیدن احساسات والدین جوان به ویژه مادران و ارائه راهنمایی و توصیه لازم به آن‌ها در غلبه بر این مشکل آنان را باری دهنند. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر توانمندسازی مادربرگ نوزادان بستری بر اضطراب مادران نخست‌زا می‌باشد.

روش: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، جامعه پژوهش مادران نخست‌زا می‌باشد که نوزادان آنان به هر دلیلی طی دوره نوزادی در بیمارستان شهید رجایی گچساران در سال ۱۳۹۳ بستری شده‌اند. ۸۴ مادر نخست‌زا و مادرانشان، به روش در دسترس انتخاب و در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. در گروه مداخله، مادربرگ‌ها 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 نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ($p > 0.05$). بین میزان اضطراب مادران نخست‌زا در گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$) و بعد از اجرای مداخله توانمندسازی مادربرگ‌ها، کاهش چشمگیر اضطراب در گروه مداخله به وجود آمد و اختلاف آماری بین دو گروه معنادار شد ($p = 0.000$).

نتیجه‌گیری: الگوی توانمندسازی خودمدیریتی که در مورد مادربرگ‌ها 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، مادربرگ، زنان نخست‌زا.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱۲

بنا بر بسیاری از دلایل به صورتی مشابه با همسران خود دچار تشنفیزیکی و روان‌شناختی شوند. برای مثال بی‌خوابی، حمایت اجتماعی نامناسب، مشکلات مالی، تعاضات زناشویی، عوارض مامایی یا نوزادی یا دیگر وقایع استرس‌زای تؤام 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 نایاوری 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 بخشید، مادربرزگ 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 مادربرزگ‌ها در امر حمایت از والدین جوان، بهخصوص مردان 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 مادربرزگ‌ها به ویژه مادر مادری مطرح کرده است^(۱۲). معمولاً والدین با بستری شدن اولین فرزندشان دچار شوک عاطفی می‌شوند و این مادربرزگ‌ها 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 ترجیص نوزاد از بیمارستان، پدر خانواده مجبور است به سرکار برگرد و مادر در صورت نبود نقش حمایتی دیگر احتمال دارد دچار مشکلات خلقی بیش‌تری شود. این موضوع اهمیت نقش حمایتی مادربرزگ را بیش‌ازپیش آشکار می‌سازد^(۱۳). با توانمندسازی مادربرزگ‌ها، 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).

تاكون الگوهای متعددی به منظور توانمندسازی افراد مورد استفاده قرار گرفته است. گرچه ممکن است الگوهای توانمندی و مراحل کار در مطالعات مختلف، متفاوت باشد، اما رویکرد و هدف کلی همه مداخلات، توانمندی افراد می‌باشد. از جمله، 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

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 روبرو است که باید با همه آن‌ها سازگاری باید^(۲). طبق مطالعه Kiernan، زنانی که تازه مادر شده‌اند در روزهای اول، علی‌رغم این که هنوز از عوارض زایمان بمبود نیافتدۀ‌اند، 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 ۵-۲۰٪ گزارش شده است^(۴). تولد یک نوزاد بیمار و بستری شدن او باعث می‌شود میزان اضطراب در والدین بیش‌تر شود، تمام برنامه‌های، 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 به عنوان یک والد، احساس پریشانی می‌کنند. نگرانی برای سلامتی و بقای شیرخوار، فشار ناشی از محیط بستری و احساس تردید و عدم اعتماد به نفس 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 هفت‌های 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 قابل ملاحظه‌ای می‌شوند و ممکن است به میزانی مشابه و

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 بستره بودند. ملاک‌های ورود مادربرزگ‌ها به مطالعه نیز شامل موارد زیر بود: نداشتن محدودیت جسمی خاص، آموزش‌پذیر بودن و داشتن تمایل به آموزش دختر خود.

۶۷ 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 محترمانه 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 واحد شرایط نمونه بر اساس معیارهای ورود در محیط پژوهش که به صورت ۱ به ۲ تعیین گردید، از هر ۲ نفر افراد واحد 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 (واخر اردیبهشت‌ماه تا شهریور‌ماه ۱۳۹۳) به طول انجامید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اضطراب اسپلیبرگ 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 اقبال کسب هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بین ۲۰ تا ۸۰ است.

الگو با هدف مورد نظر، در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نظریه Mercer و مدل حصول به نقش مادری، در بررسی برنامه‌بریزی، 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 بستره نوزاد مورد توجه قرار می‌گیرد. Mercer به تأکید نقش همسر و مادربرزگ و منابع حمایتی دیگر برای مادر نخست‌زا پرداخته و عنوان نموده است که حمایت عاطفی مادربرزگ می‌تواند در کاهش تنفس 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 از جمله عمه، خاله، خواهر و دوستان مهم‌ترین منبع 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 کم‌تر مشاهده شده است (۱۹).

بر اساس مفاهیم الگوی توانمندسازی خودمدیریتی و با فرض این که توانمندسازی مادربرزگ‌های مادری نوزادان بستره 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 مادربرزگ‌ها بر اضطراب زنان نخست‌زا با نوزاد بستره در بیمارستان انجام یافته است.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی شاهد دار است. جامعه پژوهش، مادران نخست‌زا می‌باشند که نوزادشان به هر دلیلی طی دوره نوزادی در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان بستره 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 حداًکثر 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

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، مادربرزگ 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 مادربرزگ‌ها، 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 مادربرزگ بود. جهت تعیین اهداف برای هر بیمار یک پرونده تهیه شده بود و در پرونده مربوط اهداف تعیین شده 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 دونی می‌کند و خود را به عنوان 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. به عنوان مثال در شرایط بحرانی که مادربرزگ با احساس سردرگمی در راستای اهداف یاد شده روبرو بود، محقق برنامه‌ریزی مناسبی را به جهت مدیریت این شرایط بحرانی به مادربرزگ‌ها 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. به علاوه با کمک کتابچه آموزشی تهیه شده توسط محقق با استفاده از منابع معتبر علمی که حاوی اطلاعات در حیطه‌های الگوی توانمندسازی بود و

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 نسبتاً شدید، ۵۳ تا ۶۲ متوسط به بالا بسیار شدید. پایایی این آزمون در پژوهش گیتی ستد و همکاران (۲۰) که در مورد زنان ۱۶ تا ۳۸ سال در سال ۱۳۸۴ 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 هر یک از مادربرزگ‌های گروه مداخله تشکیل و مراحل مداخله شامل اهداف، مراحل تحقیق، مفاهم مورد نیاز و الگوی توانمندسازی به مادربرزگ‌ها 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 قرار گرفته و همچنین تأیید شورای اخلاق دانشگاه را نیز کسب نموده بود. همان‌طور که قبل از اشاره شد، در واقع مداخله توانمندسازی در مورد مادربرزگ‌های مادری زنان نخست زا با فرزند بستری در بخش نوزادان اعمال و از آن‌ها درخواست می‌شد که روش‌های آموخته شده توانمندسازی را برای دختران خود آموزش داده و به کار گیرند.

گام اول: با ایجاد تعامل فردی بین پژوهشگر و هر مادربرزگ، میزان اطلاعات مادربرزگ‌ها در زمینه نیازهای عاطفی و آگاهی دخترانشان و انتظارات از نقش‌های مادری سنجیده می‌شد، به عنوان

گروه و آزمون مجدور 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 جمعیت‌شناسختی، تفاوت معناداری نداشتند ($p > 0.05$) از مادران در گروه آزمون و $76/23\%$ در گروه شاهد تحصیلات دپلم و بالاتر داشتند. $83/3\%$ از مادران در گروه آزمون و $76/6\%$ 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 ($p > 0.05$ ، اما بعد از اجرای برنامه توانمندسازی مادربرزگ‌ها، میانگین سطح اضطراب نمونه‌های مورد مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ($p = 0.000$) (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 $0/05$ معنی‌دار شده است (جدول ۳).

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. به علاوه خود پژوهشگر نیز در فواصل منظم (به صورت هفت‌ای یک بار) به منظور 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 تحويل و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی هنگام نمونه‌گیری، هدف از پژوهش، جنبه اختیاری بودن شرکت در این پژوهش و محترمانه بودن اطلاعات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید.

جهت سهولت در پردازش اطلاعات موجود در پرسشنامه و تجزیه و تحلیل آن‌ها به وسیله رایانه از روش کدگذاری پرسشنامه استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آماری شامل آزمون آماری t مستقل جهت مقایسه میانگین‌های متغیرهای کمی در دو گروه، آزمون t روجی برای مقایسه میانگین قبل و بعد متغیر کمی در هر

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

مشخصات جمعیت‌شناسختی	میانگین (انحراف معیار)		p-value
	گروه شاهد $24/90(4/13)$	گروه مداخله $27/02(5/36)$	
سن			
فراآنی (درصد فراآنی)			
سطح تحصیلات کم‌تر از دپلم دپلم لیسانس و بالاتر از لیسانس	۱۰/۷(۲۳/۸) ۱۴/۷(۳۳/۳۳) ۱۸/۷(۴۲/۹)	۸/۷(۱۹) ۱۴/۷(۳۳/۳۳) ۲۰/۷(۴۷/۶)	۰/۸۴
وضعیت شغل همسر کارمند شغل آزاد بی‌کار	۱۱/۷(۲۶/۲) ۲۳/۷(۵۴/۸) ۸/۷(۱۹)	۱۳/۷(۳۱) ۲۵/۷(۵۹/۵) ۴/۷(۹/۵)	۰/۴۵
وضعیت شغل مادر شاغل خانه‌دار	۹/۷(۲۱/۴) ۳۳/۷(۷۶/۶)	۷/۷(۱۶/۷) ۳۵/۷(۸۳/۳)	۰/۵۷

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 مادربرزگ‌ها

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

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

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

می‌شود (۲۷). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۳ توسط Kong چین، در مورد ۶۰۰ والد با نوزاد بستری انجام گرفت، حمایت از سوی اطراحیان به عنوان 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 به دست آمده از مطالعه حاضر هم‌راستا است.

در مطالعه CHuan-Tan 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 بسیار مهم و تأثیرگذار بوده است (۳۰). رژیمان 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 مأذور 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 مأذور می‌شود (۳۱). مطالعه‌ای مروری نیز توسط Chen در کره جنوبی با عنوان «بررسی تأثیر مداخلات توانمندی بر

بحث

مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، بعد از اجرای برنامه توانمندسازی مادربرزگ‌ها، 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 مادربرزگ‌ها بر کاهش اضطراب مادران نخست‌زا با نوزاد بستری، پژوهش مشابهی انجام نیافتد، 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 وزن گیری و مدت بستری نوزادان نارس در بیمارستان، تأثیر مثبت توانمندسازی را بر وزن گیری 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 یک ساعته در ۴ هفتۀ 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 حالی که 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 مأذور، توانمندسازی تأثیر مثبتی را نشان نداد (۲۵ و ۲۶). برخی مطالعات انجام گرفته نیز نشان دادند که افزایش اطلاعات و قابلیت مادران در مراقبت از نوزاد و حمایت عاطفی از مادران از سوی اطراحیان و افراد با تجربه، باعث کاهش استرس و اضطراب در مادران

تغییرات به وجود آمده بعد از زایمان و نحوه مراقبت از نوزاد و مادر، اولین گام در توانمندی آن‌هاست. یافته‌های این پژوهش می‌توانند مقدمه‌ای جهت کمک به خانواده‌ها با فرزند نخست باشد. در این زمینه مراقبت‌دهنگان 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 این گونه برنامه‌های توانمندسازی با اثربخشی فراوان برای جامعه مادران و خانواده‌ها باشد. این تحقیق با محدودیت‌هایی نیز رو به رو بوده است. با توجه به این که پژوهش حاضر در طول مدت یک ماه بعد از زایمان انجام یافته است، می‌توان گفت که نقش هورمون‌ها در این دوره زمانی بر خلق‌وحشی 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.

شکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و مصوب در مرکز IRCT ۲۰۱۵۰۲۰۴۲۰۹۵۵ N۱ کارآزمایی بالینی ایران با کد ۱۳۹۳/۴/۱۷ مصوب و با حمایت این دانشگاه می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۳/۴/۱۷ 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 مادربرزگ‌های شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین ریاست و کارکنان محترم بیمارستان شهید رجایی گچساران به دلیل همکاری در این طرح قدردانی و تشکر نمایند.

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 مبتنی 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 بر جسته‌تر 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 گردد، 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 نظری 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 قابل توجهی 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 آن که مسئله حمایت همه‌جانبه از مادر و سلامت روانی وی، در رشد و تکامل فرزند از جنینی تا بزرگ‌سالی، از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است. با توجه به این که الگوی استفاده شده در این مطالعه، مبتنی بر نیاز زنان نخست‌زا بوده و در بخش‌های بستره نوزادان ارتباط بین پرستاران و مراجعت‌نشان به دلیل ماهیت مراقبت‌ها بسیار نزدیک به یکدیگر است، این الگوی می‌تواند به عنوان راهنمایی جهت کاربرد و اعمال بهتر مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های بستره نوزادان مورد استفاده قرار گیرد. بسیاری از زنان نخست‌زا و خانواده‌آن‌ها 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 مادربرزگ‌های مادری می‌باشند، از

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

- 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.

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

Tavasolnia S¹, *Ravanipour M², Kamali F³, Motamed N⁴

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



Iranian Nursing
Scientific Association

Iranian Journal of

Rehabilitation Research in Nursing

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
Akbarnejad N ,Mohammadi Shahbolaghi F , Khankeh H R , Sokhangoyi 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	