

Impact of Empowerment Program on the Self-efficacy of Mothers of Premature Infants and their Re-hospitalization

Shahla Moradi ¹, Sousan Valizadeh ^{2,*}, Mohammad Arshadi Bostanabad ³, Alehe Seyed Rasouli ⁴, Lily Tapak ⁵

¹ MSc Student, Department of Pediatrics Nursing, Student's Research Committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Professor, Research Center of Evidence Based Medicine, Department of Pediatrics Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Pediatrics Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁴ Instructor, Department of medical Surgical Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

* **Corresponding author:** Sousan Valizadeh, Professor, Department of Pediatrics Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. E-mail: valizadehsousan13@gmail.com

Received: 23 Jan 2017

Accepted: 20 Apr 2018

Abstract

Introduction: The transition from hospital to home in preterm infants is a critical period for parents, and many are discharged from hospital in a situation requiring more care and more accurate follow up. The aim of this study was to determine the effect of empowerment program on the self-efficacy of mothers of premature infants and their newborn hospitalization.

Methods: Pre-post and post-test clinical trials, 60 premature infants and their mothers from Kermanshah Neonatal Intensive Care Unit were selected by simple sampling method and assigned to control and test groups. Mothers in the control group received routine care and in the test group, in addition to routine care, the desired intervention (including: hand washing, feeding, baby booster training, taking medication, touching and massage the baby, how Bathing, prevention of infection, warning signs and neonates). Data were collected through questionnaires including maternal, neonatal, and maternal health records at the time of admission and before discharge by researcher and mother. Also, by registering the mother's telephone number, 15 days after discharge, the newborn's hospitalization was followed up. Then Data were analyzed by independent t-test and paired t-test.

Results: In all dimensions, the level of self-efficacy of mothers, except for the importance dimension, in the empowerment group increased significantly compared to the control group ($P < 0.05$). However, there was no significant difference in maternal self-efficacy between the two groups in significance dimension ($P = 0.202$). The rate of hospitalization in the empowerment group was significantly lower than the control group ($P = 0.043$).

Conclusions: Implementation of the empowerment plan for mothers of premature infants to discharge and their active participation in the care of their infants. By increasing the rate of mothers' autoimmunity for the healthy delivery of newborns to their home and reducing the rate of newborn hospitalization, in addition to reducing neonatal complications and costs, Therapy is also reduced.

Keywords: Premature Infant, Self-efficacy, Re-hospitalization



تأثیر اجرای برنامه توانمندسازی بر خودکارآمدی مادران نوزادان نارس و میزان بستری مجدد نوزاد آنها

شهلا مرادی^۱، سوسن ولی‌زاده^{۲*}، محمد ارشیدی بستان آباد^۳، الهه سیدرسولی^۴، لیلی تاپاک^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲ استادیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۳ استادیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۴ مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۵ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
* نویسنده مسئول: سوسن ولی‌زاده، استادیار، گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
ایمیل: valizadehsousan13@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۰۳

چکیده

مقدمه: دوره انتقال از بیمارستان به منزل در نوزادان نارس، یک دوره بحرانی برای والدین است و بسیاری از آنها در شرایطی از بیمارستان مرخص می‌شوند که نیاز به مراقبت بیشتر و پیگیری دقیقتر دارند لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی بر خودکارآمدی مادران نوزادان نارس و میزان بستری مجدد نوزاد آنها انجام گرفت.

روش کار: یک کارآزمایی بالینی از نوع پیش و پس‌آزمون، ۶۰ نوزاد نارس و مادران آنها از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان شهر کرمانشاه به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به دو گروه کنترل و آزمون تخصیص یافتند. مادران در گروه کنترل، مراقبت‌های معمول بخش را دریافت کردند و در گروه آزمون، علاوه بر مراقبت‌های معمول بخش، مداخله مورد نظر (شامل: شستن دست، تغذیه، تمرین ساکینگ نوزاد، دارو دادن، لمس و ماساژ نوزاد، نحوه حمام دادن، پیشگیری از عفونت، علائم هشدار دهنده و احیای نوزاد) اجرا شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌ها شامل اطلاعات دموگرافیک مادر، نوزاد و خودکارآمدی مادران در بدو پذیرش و قبل از ترخیص توسط مادر تکمیل گردید همچنین با ثبت شماره تلفن مادر، ۱۵ روز پس از ترخیص وضعیت بستری مجدد نوزاد، پیگیری شد. سپس داده‌ها با آزمون آماری تی مستقل و تی زوجی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در کلیه ابعاد میزان خودکارآمدی مادران، به جز بعد میزان اهمیت، در گروه توانمندسازی افزایش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشته است ($P > 0.05$). اما افزایش میزان خودکارآمدی مادران بین دو گروه در بعد میزان اهمیت، تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = 0.002$). میزان بستری مجدد در گروه توانمندسازی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($P = 0.043$).

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه توانمندسازی مادران نوزادان نارس برای ترخیص و مشارکت فعال آنها در مراقبت از نوزادشان، با افزایش میزان خودکارآمدی مادران برای انتقال سالم نوزاد به منزل و با کاهش میزان بستری مجدد نوزاد، علاوه بر کاهش عوارض و آسیب‌های نوزادی، از هزینه‌های درمانی نیز می‌کاهد.

واژگان کلیدی: نوزاد نارس، خودکارآمدی، بستری مجدد

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مرخص می‌شوند که نیاز به مراقبت بیشتر و پیگیری دقیقتر داشته و برای چندین سال آسیب پذیر باقی می‌مانند [۴] دوره انتقال از بیمارستان به منزل، یک دوره بحرانی برای والدین است زیرا آنها در منزل تمام مسئولیتها و فعالیتهای مراقبتی را به عهده خواهند داشت و

آمارها نشان داده که سالانه ۱۰ درصد (پانزده میلیون) از نوزادان، نارس متولد می‌شوند و اکثر آنها بلافاصله پس از تولد، نیاز به بستری پیدا می‌کنند [۱-۳]. با پیشرفت علم و تکنولوژی و افزایش بقای نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه، بسیاری از نوزادان در شرایطی از بیمارستان

اما نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که مادران در مراقبت از نوزاد خود مشکل داشته و احساس توانایی نمی‌کردند، لذا مشارکت دادن مادر در طول مدت بستری نوزاد در بیمارستان و ارائه آموزشهای کامل قبل از ترخیص توسط پرستاران به منظور افزایش توانایی مادران برای مراقبت از نوزاد لازم و ضروری به نظر می‌رسد [۲۱]. بنابراین درگیر کردن فعال والدین در مراقبت از نوزادشان قبل از ترخیص، طول مدت بستری و میزان بستری مجدد کمتری را در پی خواهد داشت [۲۲].

مهم‌ترین اقدامات پرستار برای کاهش مشکلات مادران در بخش مراقبت‌های ویژه، توانمند ساختن آنها با ارائه اطلاعات لازم و فراهم کردن شرایط برای مشارکت در مراقبت از نوزاد در موقعیت جدیدی هست که با آن مواجه شده‌اند، هنگامی که مادران در طرح مراقبت از نوزاد خود دخالت داده می‌شوند به آنها آشنایی می‌شود که عامل کمک کننده و کارآمدی در بهبودی نوزاد خود می‌باشند و علاقمندی آن‌ها برای ماندن در کنار نوزاد و حمایت و مراقبت از وی افزایش می‌یابد [۲۳]. همچنین احساس کفایت و اعتماد به نفس بیشتری می‌کنند و با ایفای هرچه بیشتر نقش والدی و مشارکت در فرایند کنترل درد بصورت لمس نوزاد و در آغوش گرفتن نوزاد در هنگام انجام پروسیجرهای دردناک، با ایجاد بینش مثبت در مادران، از استرس آنها تا حد زیادی کاسته می‌شود [۲۴]. بنابراین برنامه توانمندسازی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با فراهم کردن شرایط و ارائه آموزش، مادران را در مهارت‌های مراقبتی از نوزاد، مشاهده رفتار و ظاهر او، و همچنین پاسخ به نیازهای نوزاد فعال می‌سازد. در واقع توانمند سازی مادران در بخش مراقبت‌های ویژه نوع مداخله پرستاری خانواده محور است که علاوه بر نیازهای نوزاد نیازهای مادران را نیز مد نظر قرار داده و برای دستیابی به نتایج مطلوب و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب در مادران تلاش می‌کند [۲۵]. اما تاکنون در ایران در خصوص تأثیر برنامه توانمندسازی مادران برای ترخیص، تحقیقی انجام نشده است و مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه توانمندسازی بر خودکارآمدی مادران نوزادان نارس و میزان بستری مجدد نوزاد آنها انجام شد.

روش کار

نوع مطالعه: این کارآزمایی بالینی از نوع پیش-پس‌آزمون با گروه کنترل غیرمروزی می‌باشد که با تأییدیه ۵/۵۸۰۶۶ مورخه ۹۵/۶/۱۶ کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز، و ثبت طرح تحقیقاتی با کد (IRCT 201604084613N19) ایران به تصویب رسیده و از ابتدای مهر ماه شروع و تا آخر اسفند ۱۳۹۵ در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان آموزشی درمانی شهر کرمانشاه انجام شده است. با استناد به میانگین روزهای بستری برای گروه کنترل و مداخله در مطالعه خواجه و همکاران [۱۶] به ترتیب برابر ۲۷/۲۳ و ۲۳/۱۹ روز، و با در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه‌ها، حداقل حجم نمونه در هر گروه ۳۰ مورد به دست آمد.

معیارهای ورود به مطالعه برای مادران: سن بالای ۱۸ سال و سواد در حد راهنمایی و بالاتر، عدم سابقه بستری فرزندان قبلی در بخش مراقبت ویژه نوزادان، عدم ابتلای مادر به پره اکلامپسی؛ و برای نوزادان: وزن بین ۲۵۰۰-۱۰۰۰ گرم، سن حاملگی بین ۳۴-۲۸ هفته، نداشتن آنومالی‌های مادرزادی و بیماری‌های جسمی ماژور، عدم وجود نقص نورولوژیک شامل تشنج، خونریزی داخل بطنی و لکومالاسی اطراف

اگر نتوانند از عهده این مسئولیت مهم برآیند مشکلاتی برای نوزاد ایجاد خواهد شد. بنابراین قبل از انتقال نوزاد به منزل، نیاز به طراحی برنامه و مداخلات مراقبتی مناسب می‌باشد [۵] و مادر بایستی جهت پیشگیری از عوارض در طول مدت بستری نوزاد در بخش دانش کافی را کسب نماید [۶]. طرح آموزشی ترخیص که به طور دقیق چارچوب بندی شده است از بدو پذیرش و با گذر از شرایط بحرانی نوزاد شروع و تا زمان ترخیص و حتی بعد از ترخیص نوزاد برنامه ریزی می‌شود؛ و مادر به عنوان عضو فعال و اصلی در این طرح جهت انتقال ایمن نوزاد به منزل آموزش داده می‌شود [۷].

یکی از مهمترین منابع استرس والدین، بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه و تغییر در نقش والدینی آنها بعلاوه احساس گناه، نگرانی در مورد زنده ماندن نوزاد و سلامت او، شک داشتن به توانایی خود برای مراقبت و مسائل مربوط به تکامل نوزاد می‌باشد [۸، ۹] از سوی دیگر محدود بودن تخت‌های بیمارستانی در دسترس مراقبت‌های ویژه نوزادان و طولانی بودن مدت بستری نوزاد در بیمارستان امکان پذیرش بیماران جدید را محدود ساخته است [۱۰]، بنابراین با ترخیص زود هنگام سایر نوزادان بستری، امکان پذیرش نوزادان جدید فراهم می‌شود [۱۱].

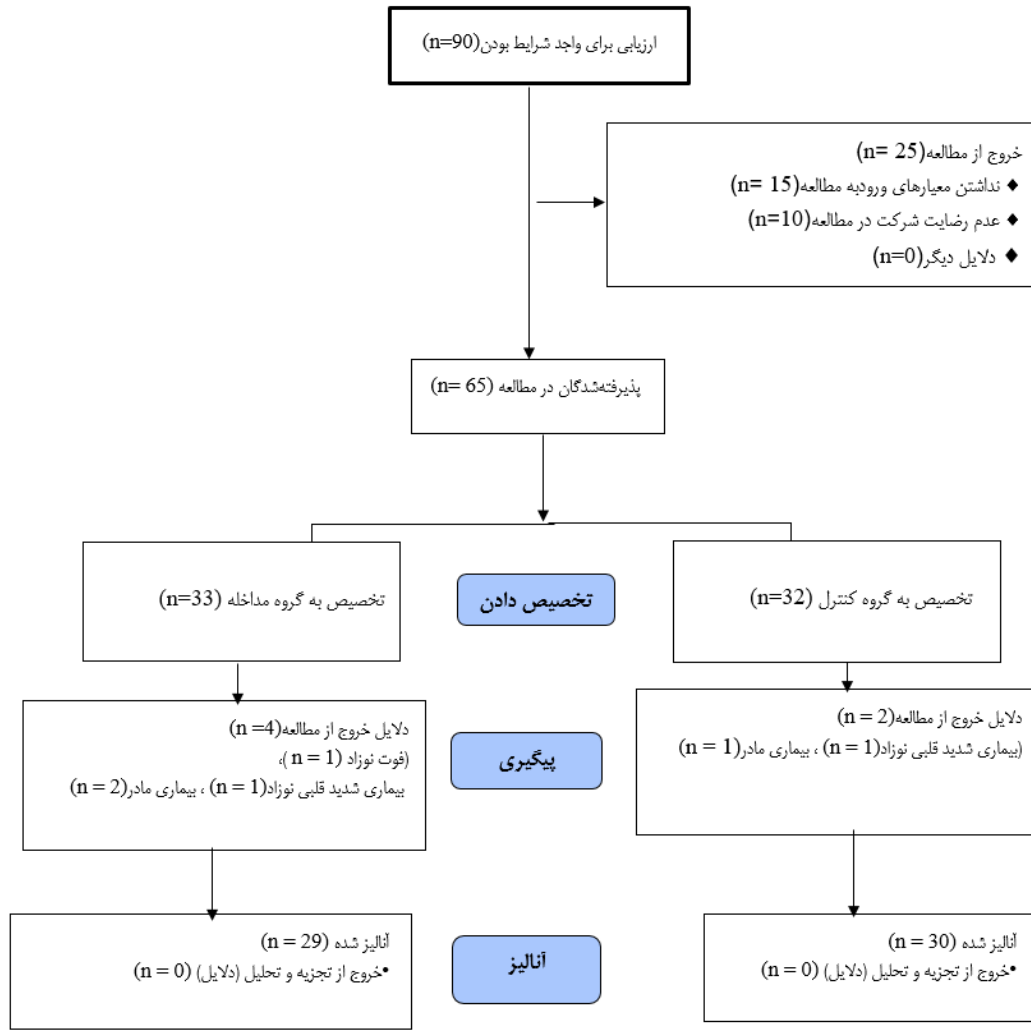
از این رو با کوتاه شدن طول مدت بستری نوزاد در بیمارستان، مدت کمتری در معرض عوارض اکتسابی بیمارستان قرار می‌گیرد. ولی نگرانی اصلی این است که بستری کوتاه مدت و ترخیص نوزاد قبل از تثبیت فیزیولوژیک او، ممکن است خطر عوارض را در نوزاد افزایش داده [۱۲] و احتمال بروز بستری مجدد را بالا ببرد [۱۳]. از طرفی با ترخیص زودهنگام و عدم اطمینان از آمادگی نوزاد و والدین برای ترخیص میزان بستری مجدد نوزادان بیش تر شده است [۱۴].

در واقع کیفیت مراقبت از نوزاد بستگی به درک مادر از توانایی خویش در مراقبت از نوزاد دارد [۱۵]. خودکارآمدی اعتقادی است که یک فرد به توانایی خود برای به انجام رساندن یک جریان کاری دارد تا با انجام این جریان کاری موقعیت‌هایی را در آینده اداره نماید [۱۶] و خودکارآمدی والدین به طور معناداری پیشگویی کننده میزان بالای اشتیاق، سازگاری، پذیرش و اظهار صمیمیت نسبت به نوزاد بوده و همچنین با کم شدن رفتارهای منفی نسبت به نوزاد همراه می‌باشد [۱۷]. مادران زمانی به خودباوری می‌رسند که بتوانند برای فرزندشان مراقبتی مطلوب فراهم کنند [۱۸]. برای این که مراقبتی مطلوب و مناسب برای نوزادان توسط مادران فراهم گردد، نیاز به خودکارآمدی مناسب مادران در مراقبت از نوزاد می‌باشد. کمک به مادران برای به دست آوردن خودکارآمدی در انجام وظایف ممکن است باعث افزایش شانس سازگاری با وظایف جدید و تداوم انجام این وظایف شود [۱۹] افزایش خودکارآمدی موجب دستیابی فرد به سلامت و موفقیت می‌گردد. راههای افزایش خودکارآمدی عبارت از تسلط آموزی، یادگیری مشاهده‌ای، تشویق اجتماعیو کاهش استرس افراد می‌باشد [۱۶].

به نظر می‌رسد با اجرای برنامه آموزشی مبنی بر بسته آموزشی خانواده محور ترخیص با مشارکت والدین در امر مراقبت و درک نیازهای نوزادشان، با افزایش نمرات خودکارآمدی در مادران تعداد بستری مجدد نوزاد کاهش یافته، و در نتیجه کاهش هزینه‌های درمانی را نیز به دنبال خواهد داشت [۲۰].

عدم پاسخ به ۲۰ درصد از سئوالات پرسشنامه، می‌باشد. به عنوان واحد پژوهش انتخاب شدند.

بطنی؛ معیارهای خروج شامل فوت نوزاد، اعزام نوزاد به مراکز دیگر جهت ادامه درمان، عدم شرکت مادر در جلسات آموزشی، در صورت



تصویر ۱: فلوجارت مطالعه

در صورت کسب نمره کمتر از ۴۸ خودکارآمدی مادر در آن بعد نامطلوب و در صورت کسب نمره بیشتر از ۴۸ خودکارآمدی مطلوب گزارش شد.

به علت احتمال تبادل آموزشهای توانمندسازی انتخاب دو گروه مداخله و کنترل به صورت همزمان نبوده و در زمانهای کاملاً مجزا و بعد از ترخیص گروه اول صورت گرفت. در این برنامه آموزش چهره به چهره به مادران، به صورت گروهی (در صورت بستری همزمان و مراقبت‌های یکسان) و یا به صورت فردی طی چهار جلسه، همچنین علاوه بر آن، با ارائه مطالب آموزشی به صورت مکتوب در یک کتابچه راهنما، یک فایل الکترونیکی تصویری (از طریق CD) آموزشی نیز به آنها داده شد. مادران در گروه کنترل مراقبت‌های معمول بخش (شامل آموزش نحوه مراقبت آغوشی و شیردهی) را توسط پرستاران بخش دریافت کردند. اما مادران در گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های معمول بخش، برنامه توانمندسازی در جلسه اول شامل دفعات شستن دست با محلول ضدعفونی، و تعویض پوشک، در جلسه دوم شامل نحوه آماده سازی و

ابزار پژوهش شامل اطلاعات دموگرافیک با استفاده از پرونده پزشکی نوزاد و در صورت نیاز با پرسش از مادر توسط پژوهشگر تکمیل گردید جهت پیگیری وضعیت بستری مجدد نوزاد، شماره تلفن آنها، ثبت و ۱۵ روز پس از ترخیص نوزاد به وسیله تماس تلفنی با مادر پیگیری شد. از پرسشنامه خودکارآمدی مادران نوزادان نارس که توسط Pennel و همکاران [۲۶] به فارسی ترجمه و پایایی آنبا استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ در ایران محاسبه شده بود برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶۹ به دست آمد. این ابزار با ۳۶ سؤال و در هر بعد ۱۲ سؤال، خودکارآمدی مادران نوزادان نارس را در سه بعد میزان اعتماد به نفس مادر در انجام وظایف، میزان اهمیت وظایف برای مادر و درک مادران از صلاحیت خود (میزان احساس موفقیت) و بر اساس مقیاس لیکرت از نمره (۱-۷) اندازه‌گیری می‌کرد. دامنه کل نمره خودکارآمدی بین ۲۵۲-۳۶ و دامنه نمره هر بعد بین ۸۴-۱۲ بود

یافته‌ها

در این مطالعه بیشتر نوزادان در گروه مداخله پسر (۶۹ درصد) و در گروه کنترل دختر (۵۳/۳ درصد) بودند، در هر دو گروه، بیشتر نوزادان دارای سن حاملگی هنگام تولد نوزاد، بیشتر از ۳۰ هفته و نمرات آپگار نوزادان بین ۶ تا ۸ بودند. بیشتر مادران در دو گروه کنترل و مداخله، دارای تحصیلات زیر دیپلم و خانه‌دار بوده و در گروه مداخله (۶۲/۱٪) نسبت به گروه کنترل (۹۶/۷٪) به روش سزارین زایمان کرده بودند و فرزند زنده دیگری نداشتند. نتیجه آزمون کای دو در دو گروه نشان داد که تنها از نظر روش زایمان بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/001$)؛ و توزیع سایر متغیرها بین دو گروه مداخله و کنترل مشابه بوده است (جدول ۱).

نگه داری شیر، تمرین ساکینگ نوزاد با پستانک یا انگشت و در جلسه سوم شامل تغذیه با سینه مادر، آموزش شیردهی صحیح و نحوه آروغ زدن نوزاد، دفعات تغذیه نوزاد، معیارهای کفایت تغذیه و در جلسه چهارم شامل لمس و ماساژ نوزاد، مراقبت آغوشی توسط مادر (KMC)، نحوه حمام کردن، نشانه‌های خطر در نوزاد و احیای نوزاد را در طی مدت بستری از پژوهشگر دریافت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها ۱ تا ۲ روز بعد از پذیرش نوزاد و ۱ تا ۲ روز قبل از ترخیص نوزاد از بیمارستان، پرسشنامه‌ها توسط خود مادر تکمیل گردید. اطلاعات مربوط به نمونه‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و با بهره‌گیری از آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی و کای دو تجزیه و تحلیل شد. در تفسیر نتایج، سطح معناداری آزمون‌ها برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: مقایسه میانگین متغیرهای دموگرافیک (قسمت اول و دوم پرسشنامه) نوزادان در دو گروه توانمندسازی و کنترل

نام متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	آماره آزمون	P-value	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	فاصله اطمینان ۹۵٪		
	کران بالا کران پایین	کران بالا کران پایین			
وزن نوزاد در بدو تولد (گرم)	۱۶۸۸/۶۶	۱۶۹۱/۹۹	۱۸۹۶/۷۱	۱۶۱۶/۳۸	۰/۵۳۷
سن حاملگی نوزاد هنگام تولد (هفته)	۳۱/۰	۳۱/۰	۳۱/۶۴	۳۰/۳۵	۰/۴۸۸
عدد آپگار دقیقه اول	۷/۳۳	۷/۸۶	۷/۷۸	۶/۸۷	۱/۰۰۰
طول مدت بستری	۱۴/۷۹	۲۴/۷۵	۱۷/۷۱	۱۱/۸۶	۰/۰۵۸

جدول ۲: مقایسه میانگین تغییر نمرات قبل و بعد از مداخله در ابعاد مختلف خودکارآمدی مادران برای ترخیص نوزاد در دو گروه توانمندسازی و کنترل

تغییر نمرات در ابعاد مختلف خودکارآمدی	گروه توانمندسازی	گروه کنترل	آماره آزمون	P-value	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	فاصله اطمینان ۹۵٪		
	کران بالا کران پایین	کران بالا کران پایین			
بعد میزان اعتماد به نفس مادر در انجام وظایف	۲۳/۴۴	۲۴/۶۴	۱۳/۴۷	۱۰/۳۸	۰/۰۰۱
بعد میزان اهمیت وظایف برای مادر	۱۲/۳۴	۱۳/۸۴	۱۲/۴۷	۹/۴۴	۰/۲۰۲
بعد درک مادران از صلاحیت خود (میزان احساس موفقیت)	۲۵/۷۹	۲۷/۳۳	۱۴/۹۸	۱۰/۷۳	>۰/۰۰۱
میزان خودکارآمدی مادران برای ترخیص نوزاد	۶۱/۵۹	۶۴/۵۴	۴۰/۳۰	۳۱/۱۹	>۰/۰۰۱

در خصوص میزان بستری مجدد نوزاد (متغیر وابسته کمی) در دو گروه مداخله (برنامه توانمندسازی برای تسهیل ترخیص) و کنترل (برنامه روتین) نتایج نشان داد که اکثریت نوزادان در گروه توانمندسازی (۹۳/۱ درصد) و در گروه کنترل (۷۳/۳ درصد) بستری مجدد نداشتند، اما نتیجه آزمون کای دو نشان می‌دهد که بین دو گروه توانمندسازی و کنترل از نظر بستری مجدد اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($P = 0/043$) و بنابراین میزان بستری مجدد در گروه توانمندسازی به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۳).

نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن و تغییرات آن (جدول ۲) نشان می‌دهد میزان خودکارآمدی مادران برای ترخیص نوزاد در دو گروه ابتدای مطالعه مشابه بوده و اختلاف معنی‌دار نداشته است اما تغییرات آن زمان ترخیص که در کلیه ابعاد، به جز بعد میزان اهمیت وظایف برای مادر در گروه توانمندسازی نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشته است ($P > 0/001$). اما افزایش میزان خودکارآمدی مادران برای ترخیص نوزاد بین دو گروه در بعد میزان اهمیت وظایف برای مادر تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = 0/202$).

جدول ۳: مقایسه میزان بستری مجدد نوزاد در پس از ترخیص در دو گروه توانمندسازی و کنترل

P-value	آماره آزمون X^2	کنترل (n = ۳۰)		مداخله (n = ۲۹)		مشخصات نوزادان
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
		بستری مجدد نوزاد				
۰/۰۴۳	۴/۰۹۴	۲۶/۷	۸	۶/۹	۲	دارد
۰/۰۴۳	۴/۰۹۴	۷۳/۳	۲۲	۹۳/۱	۲۷	ندارد

بحث

تفاوت معنی دار نداشت. کهنعلت تفاوت با مطالعه حاضر احتمالاً این بود که در مطالعه کربندی و همکاران، آموزش‌ها به صورت کتابچه‌ها و فایل بوده و آموزش‌ها به صورت عملی صورت نگرفته است، در حالیکه در مطالعه حاضر، آموزش به روش چهره به چهره و ارائه مداخله مستقیم در مراقبت از نوزاد توسط مادر بارز بوده است؛ همچنین محتوای کتابچه آموزشی توسط پژوهشگر تهیه و تدوین شده بود و فایل آموزشی CD صوتی و تصویری بوده ولی در مطالعه کربندی فایل صوتی بوده و محتوای کتابچه با مطالعه حاضر تفاوت داشت [۲۹].

همسو با مطالعه دشتی و همکاران، ولی در یک مطالعه توصیفی، با هدف بررسی ارتباط عوامل نوزادی با بستری مجدد نشان دادند که ۳۹/۶٪ از نوزادان نارس ظرف مدت یک‌ماه پس از ترخیص مجدداً بستری شدند. بیش‌تر نوزادان بستری مجدد شده در این پژوهش در مدت کم‌تر از ۱۰ روز به بیمارستان بازگشتند [۳۰].

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که با اجرای برنامه توانمندسازی مادران نوزادان نارس برای ترخیص و مشارکت فعال آنها در مراقبت از نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، میزان خودکارآمدی مادران برای انتقال سالم به منزل را افزایش داده، و با افزایش اعتماد به نفس آنها برای مراقبت در منزل، میزان بستری مجدد نوزاد کاهش یافته است و با مشارکت فعال مادر در مراقبت از نوزادش، به عنوان جزء مهم مراقبت خانواده محور، با وجود کمبود شدید پرسنل پرستاری، کمک شایانی به امر مراقبت و درمان نوزاد شده است. بنابراین به‌کارگیری این راهبرد از سوی مسؤلان، به عنوان یک مداخله اثر بخش، با فراهم نمودن زمینه‌های مناسب در محیط بالینی، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش روش گردآوری داده‌ها و نمونه‌گیری مطالعه حاضر است. بخاطر احتمال تبادل اطلاعات بین مادران دو گروه، امکان نمونه‌گیری تصادفی و موازی دو گروه وجود نداشت همچنین با توجه به طولانی بودن مدت زمان بستری نوزادان نارس، امکان شرکت دادن تعداد نمونه‌های بیشتر در مطالعه، بسیار سخت و زمان‌بر بود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب با کد (IRCT 201604084613N19) می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه مادران شرکت‌کننده در پژوهش، مسؤلان محترم و کادر پرستاری بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان یک بیمارستان آموزشی درمانی شهر کرمانشاه به خاطر همکاری در این مطالعه و از سازمان تأمین اجتماعی کرمانشاه و پرسنل بیمارستان حضرت معصومه (س) که شرایط فعالیت اینجانب برای انجام تحقیق فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم؛ همچنین از حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز کمال تشکر و قدردانی می‌نمایم.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که در گروه کنترل، با حضور مادر بر بالین نوزاد خودکارآمدی آنان قبل از ترخیص افزایش یافته است و خودکارآمدی مادران در بعد اهمیت وظایف، در بدو پذیرش و قبل از ترخیص در دو گروه تفاوت معنی داری نداشته است؛ اما با اجرای طرح توانمندسازی مادران نوزادان نارس برای ترخیص میزان خودکارآمدی مادران در دو بعد اعتماد به نفس و احساس موفقیت افزایش چشمگیری داشته است، که همسو با این مطالعه، اینگرام و همکاران با اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر بسته آموزشی خانواده محور ترخیص، با مشارکت والدین در امر مراقبت و درک نیازهای نوزادان نمرات خودکارآمدی مادران افزایش داشته است [۲۰].

همسو با مطالعه حاضر، اما در یک مطالعه توصیفی، بوستانچی و همکاران که از پرسشنامه ایشان در تحقیق حاضر استفاده شده بود، نشان دادند که مادران از عهده انجام مراقبت‌هایی چون تعویض پوشک و تغذیه نوزاد خود برآمده و در انجام آنها احساس توانمندی کرده و خودرا کارآمد می‌دانستند ولی در زمینه احیاء نوزاد، حمام دادن و چالش‌های ایمنی نوزاد ضعف داشته و احساس ناتوانی می‌کردند [۲۱].

در مطالعه حاضر با اجرای برنامه توانمندسازی مادران نوزاد نارس نمره درک مادران از صلاحیت خود (میزان احساس موفقیت (قبل از شروع مداخله از ۴۸/۳۱ به ۷۳/۹۳ قبل از ترخیص افزایش یافته بود که نشان دهنده تأثیر برنامه آموزشی در ارتقاء خودکارآمدی مادران و بهبود میزان احساس موفقیت آنها در انجام مراقبت از نوزاد نارس بوده است. همسو با این مطالعه، در پژوهشی تحت عنوان تأثیر آموزش مبتنی بر خودکارآمدی بر احساس صلاحیت مادری زنان نخست‌زا در مراقبت از شیرخوار نتایج نشان داد با توجه به اهمیت استراتژی‌های ارتقاء خودکارآمدی در بهبود پیامدهای مادری - فرزندی، استفاده از منابع ارتقاء خودکارآمدی می‌تواند منجر به بهبود احساس صلاحیت در ایفای نقش مادری باشد [۲۷].

همسوبا مطالعه حاضر، ولی در یک مطالعه توصیفی، قاسمی و همکاران در مطالعه نشان دادند که به طور کلی تنها ۱۶/۸۲ درصد مادران عملکرد مناسبی (در ساعات اولیه پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان) در زمینه پنج نوع مراقبت لازم از نوزاد نارس (شامل نحوه مراقبت آغوشی، ماساژ، شیردهی با پستان و فنجان و حمام نوزاد نارس) داشتند [۲۸]. در مطالعه حاضر میزان بستری مجدد نوزاد ظرف مدت ۱۵ روز پس از ترخیص، از ۲۶/۷٪ در گروه کنترل به ۶/۹٪ در گروه مداخله کاهش یافت؛ همسو با مطالعه حاضر، Ingram و همکاران در مطالعه‌ای با اجرای بسته آموزشی خانواده محور و مشارکت والدین در مراقبت از نوزادان، نشان دادند با افزایش نمرات خودکارآمدی در مادران تعداد بستری مجدد کاهش یافته که کاهش هزینه‌های درمانی را به دنبال داشته است [۲۰]. همچنین برخلاف مطالعه حاضر، کربندی و همکاران نشان دادند تأثیر برنامه توانمندسازی بر میزان بستری مجدد

References

1. Akbarbegloo M, Valizadeh L, Asadollahi M. Mothers and nurses viewpoint about importance and perceived nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit. *J Crit Care Nurs*. 2009;2(2):71-4.
2. Howson C, Inney M, Lawn J. *Born Too Soon: The global action report on preterm birth*. Geneva: World Health Organization, 2012.
3. Golestan M, Akhavan Karbasi S, Fallah R. Prevalence and risk factors for low birth weight in Yazd, Iran. *Singapore Med J*. 2011;52(10):730-3. [pmid: 22009392](#)
4. Aliabadi A. The Effectiveness of Participatory maternal in the Care premature newborns in Neonatal Intensive Care Unit on rehospitalization *J Sch Nurs Midwifery Tehran Univ Med Sci*. 2011;17(2):71-7.
5. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012;26(1):81-7; quiz 8-9. [doi: 10.1097/JPN.0b013e318243e948](#) [pmid: 22293645](#)
6. De Rouck S, Leys M. Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: a review of the literature (1990-2008). *Patient Educ Couns*. 2009;76(2):159-73. [doi: 10.1016/j.pec.2009.01.014](#) [pmid: 19321288](#)
7. Verklan MT, Walden M. *Core curriculum for neonatal intensive care nursing*: Elsevier Health Sciences; 2010.
8. Bouet KM, Claudio N, Ramirez V, Garcia-Fragoso L. Loss of parental role as a cause of stress in the neonatal intensive care unit. *Bol Asoc Med P R*. 2012;104(1):8-11. [pmid: 22788072](#)
9. Rogers CE, Kidokoro H, Wallendorf M, Inder TE. Identifying mothers of very preterm infants at-risk for postpartum depression and anxiety before discharge. *J Perinatol*. 2013;33(3):171-6. [doi: 10.1038/jp.2012.75](#) [pmid: 22678144](#)
10. Ji H, Abushomar H, Chen XK, Qian C, Gerson D. All-cause readmission to acute care for cancer patients. *Healthc Q*. 2012;15(3):14-6. [pmid: 22986560](#)
11. Seki K, Iwasaki S, An H, Horiguchi H, Mori M, Nishimaki S, et al. Early discharge from a neonatal intensive care unit and rates of readmission. *Pediatr Int*. 2011;53(1):7-12. [doi: 10.1111/j.1442-200X.2010.03179.x](#) [pmid: 20534023](#)
12. American Academy of Pediatrics Committee on F, Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics*. 2008;122(5):1119-26. [doi: 10.1542/peds.2008-2174](#) [pmid: 18977994](#)
13. Canadian Institute for Health Information. *All-cause readmission to acute care and return to the emergency department*. Ottawa, Ontario: CIHI; 2012.
14. Dashti E, Rassouli M, Khanali Mojen L, Puorhoseingholi A, Shirinabady Farahani A. Correlation between discharge preparation and rehospitalization of premature newborns. *Manag Health*. 2014;3(4):37-45.
15. Prasopkittikun T. Factors influencing maternal self-efficacy in preterm infant care. *Thai J Pediatr Nurs*. 2002;2:25-37.
16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. [pmid: 847061](#)
17. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(3):341-63. [doi: 10.1016/j.cpr.2004.12.004](#) [pmid: 15792853](#)
18. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F. Self-efficacy in Infant Care Scale: revision and further psychometric testing. *Nurs Health Sci*. 2010;12(4):450-5. [doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00558.x](#) [pmid: 21210923](#)
19. Salonen AH, Kaunonen M, Astedt-Kurki P, Jarvenpaa AL, Isoaho H, Tarkka MT. Parenting self-efficacy after childbirth. *J Adv Nurs*. 2009;65(11):2324-36. [doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x](#) [pmid: 19761456](#)
20. Ingram JC, Powell JE, Blair PS, Pontin D, Redshaw M, Manns S, et al. Does family-centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage? A before and after study in South West England. *BMJ Open*. 2016;6(3):e010752. [doi: 10.1136/bmjopen-2015-010752](#) [pmid: 26966062](#)
21. Jabraeili M, Valizadeh S, Rasouli AS, Mohammadpoorasl A, Khiavi FB. Predictive Factors of Maternal Self-Efficacy In Care of the Infants Hospitalized in Tabriz 29 Bahman Hospital Affiliated To Social Security Organization. *Int J Curr Life Sci*. 2014;41(7).
22. Gonya J, Martin E, McClead R, Nelin L, Shepherd E. Empowerment programme for parents of extremely premature infants significantly reduced length of stay and readmission rates. *Acta Paediatr*. 2014;103(7):727-31. [doi: 10.1111/apa.12669](#) [pmid: 24766486](#)
23. Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *Int J Circumpolar Health*. 2008;67(5):461-71. [pmid: 19186767](#)
24. Franck LS, Oulton K, Nderitu S, Lim M, Fang S, Kaiser A. Parent involvement in pain management for NICU infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2011;128(3):510-8. [doi: 10.1542/peds.2011-0272](#) [pmid: 21859919](#)
25. Khajeh M, Karimi R, Sadat Hosseini AS. The effect of parents empowerment program on their beliefs about parental role, behaviors and characteristics of their premature infants in nicu. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2013;11(6):419-27.
26. Khiavi F. Predictive factors of maternal self-efficacy in care of the infants hospitalized in Tabriz 29 Bahman Hospital. *Tabriz Tabriz University of Medical Sciences*; 2014.
27. Azmoude E, Jaafarnejad F, Mazloun S. Effect of self-efficacy-based training on maternal sense of competency of primiparous women in the infants care. *Evid Based Care*. 2014;4(3):7-14.
28. Ghasemi M, Dehdari T, Mohagheghi P, Gohari M, Zargzadeh Z. Mothers' performance on caring for their premature infants: a pilot study. *Iran J Nurs*. 2012;25(79):24-33.
29. Karbandi S, Momenizadeh A, Heidarzadeh M, Mazlom S, Hassanzadeh M. Effects of Maternal Empowerment Program on the Length of Hospitalization and Readmission Rate of Premature Infants. *J Babol Univ Med Sci*. 2015;17(10):28-33.
30. Dashti E, Rassouli M, Khanali Mojen L, Puorhoseingholi A, Shirinabady Farahani A, Sarvi F. Neonatal factors associated with preterm infants' readmissions to the neonatal intensive care units. *J Hayat*. 2015;21(3):29-40.