

# تأثیر مشارکت خانواده بر سلامت عمومی مادر و طول مدت بستری نوزاد نارس

حمیدرضا بهنام وشانی<sup>۱</sup>، \*زهرا عسکری حسینی<sup>۲</sup>، حسن بسکابادی<sup>۳</sup>، اکرم رضاییان<sup>۱</sup>

۱. مربی گروه کودک و نوزاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۳. دانشیار گروه بیماری‌های نوزادان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\* نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکترا، خیابان ابن سینا، دانشکده پرستاری و مامایی  
پست الکترونیک: askarihz901@mums.ac.ir

## چکیده

**مقدمه:** فشارهای ناشی از مراقبت از نوزاد نارس به خصوص نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان می‌تواند با تغییرات جبران‌ناپذیر بر سلامت روانی و جسمانی خانواده، کیفیت زندگی و سلامت نوزاد را تحت تأثیر قرار دهد.

**هدف:** تعیین تأثیر مشارکت خانواده بر سلامت عمومی مادر و طول مدت بستری نوزاد نارس.

**روش:** در این کارآزمایی بالینی دوگروهی، ۶۰ مادر نخست‌زا و نوزاد نارس بستری آن‌ها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان به صورت تصادفی به دو گروه مشارکت خانواده و شاهد تخصیص یافتند. توانمندسازی گروه مشارکت خانواده برای انجام مراقبت‌های پایه در مراحل آموزش و عملکرد مستقل صورت گرفت. گروه شاهد مراقبت‌های معمول بخش را دریافت کردند. سلامت عمومی مادران با پرسشنامه سلامت عمومی مادران گلدبرگ بررسی شد؛ که در آن، امتیاز بالاتر نشانه سلامت عمومی کمتر بود. تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های تی مستقل و من‌ویتنی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ انجام شد.

**یافته‌ها:** آزمون تی مستقل بین میانگین سلامت عمومی در گروه مشارکت خانواده ( $21/2 \pm 8/9$ ) در مرحله پس از مداخله نسبت به گروه شاهد ( $35/4 \pm 13/0$ ) تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد ( $p < 0/01$ ). آزمون من‌ویتنی از نظر طول مدت بستری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد.

**نتیجه‌گیری:** مشارکت خانواده در مراقبت از نوزاد نارس می‌تواند سلامت عمومی مادر را افزایش داده و به عنوان یک روش کاربردی برای ارتقای سلامت خانواده توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** سلامت عمومی، طول مدت بستری، مشارکت خانواده، نوزاد نارس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۱۵

## مقدمه

مرگ نوزادان در کشور ما هنوز یکی از مشکلات مهم بهداشتی می‌باشد؛ به طوری که سالیانه نزدیک به ۲۰ هزار نوزاد فوت می‌کنند و متأسفانه میزان مرگ نوزادان در طی ۱۵ سال گذشته کاهش چشمگیری نداشته است. شایعترین علل مرگومیر نوزادان در کشور ما، زایمان زودرس و تولد نوزاد کم‌وزن و نارس می‌باشد؛ که در این میان، کیفیت مراقبت سهم به‌سزایی در کاهش مرگومیر نوزادان دارد (۱).

آنچه مسلم است برای بقا و ارتقای سلامت نوزادان، بقا و ارتقای سلامت مادران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که سلامت مادر و نوزاد ارتباط تنگاتنگی با هم دارند (۱). والدین نوزاد نارس رنج و بحران روحی- روانی زیادی را به دنبال تولد نارس متحمل می‌شوند و در نتیجه، احساس بی‌کفایتی، اضطراب، افسردگی زیاد و تغییر در نقش والدی را تجربه می‌کنند (۲). تحقیقات زلکوویتز (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که احساس تنش باعث کاهش رفتارهای دلبستگی و وابستگی می‌شود و با اختلال در رفتارهای والدی در ارتباط است (۳)؛ که باعث می‌شود این مادران معمولاً احساس غریبه بودن، حالت‌های نامیدی، کاهش قوای بدنی، سردرگمی و فشارهای شدیدی را متحمل شوند.

تولد نوزاد نارس، خانواده خصوصاً مادر را دچار چالش‌های زیادی می‌کند؛ که سبب می‌شود که والدین انرژی و هزینه‌های زیادی را برای مراقبت از نوزاد نارس خود صرف کنند (۴). به طوری که به نظر می‌رسد که فشارهای ناشی از مراقبت از نوزاد نارس به خصوص نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان به حدی زیاد است که سلامت روانی و جسمانی خانواده را دستخوش تغییرات جبران‌ناپذیری می‌کند؛ که بر سلامت نوزاد و کیفیت زندگی او تأثیر می‌گذارد.

نارد و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند که فشارهای مزمن ناشی از استرس‌های روانی بیماری کودک را بر سلامت روانی مادر مؤثر است. رودگرز (۲۰۰۶) نیز معتقد است که استرس‌های ناشی از بیماری در والدین و مادر تأثیر منفی بر سلامت روانی او می‌گذارد (۵). اما با وجود تحقیقات زیادی که انجام شده است به سلامت جسمانی مادر به خصوص مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان توجه کمی شده است. مهم‌تر این که تحقیقی در خصوص تأثیر حمایتی خانواده بر سلامت عمومی مادر در مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در ایران انجام نشده است.

بنابراین، از جمله راهکارهایی که برای ارتقای سلامت مادران قابل پیشنهاد می‌باشد، استفاده از مشارکت خانواده است.

مشارکت خانواده بر اصل تشویق به ملاقات، حمایت از حضور بدون محدودیت خانواده و دادن نقش مراقبتی به اعضای خانواده استوار بوده است (۶) و از آنجایی که قادر است بر حمایت‌های عاطفی، روانی و رفاه والدین تأثیر مثبت بگذارد (۷)؛ به صورت تئوریک می‌تواند در حمایت از مادر، کاهش بار عاطفی ناشی از تولد نارس، کاهش خستگی بدنی، و ارتقای قابلیت‌های مادرانه نقش مثبتی داشته باشد.

بنابراین، عملی کردن اصول مراقبت خانواده محور FCC (Family Centered Care) در NICU تأثیر مثبتی در ارتقای روابط خانواده‌ها و در نهایت، حمایت از مادر خواهد داشت (۶). با افزایش تولد نوزادان نارس و افزایش بقای آن‌ها اقدامات درمانی و مراقبت‌های پیچیده لازم می‌شود. علی‌رغم این پیشرفت‌ها، تولد نوزاد نارس و کم‌وزن عامل مهم مرگ‌ها در سال اول زندگی می‌باشد و ۸۵ درصد از مرگ نوزادان به علت نارسی است (۸).

در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۸، ۸/۲ درصد از نوزادان متولد شده وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشتند؛ به طوری که میزان تولد نوزادان LBW با افزایش تعداد زایمان‌های قبل از موعد در دو دهه اخیر افزایش یافته است. این افزایش به علت بارداری‌های چندقلو در ایالات متحده می‌باشد؛ که از این آمار، شیوع تولد نوزادان VLBW حدود ۱/۵ درصد بوده است؛ که سیاه‌پوستان ۳/۰۱ درصد و سفیدپوستان ۱/۱۸ درصد را شامل می‌شود (۹ و ۱۰).

حدود ۵۰ درصد از مرگ‌های دوره نوزادی و ۵۰ درصد از معلولیت‌های عصبی و عوارض این دوره مربوط به نوزادان دارای وزن خیلی کم هنگام تولد (VLBW) است؛ که بقای این نوزادان بستگی به وزن هنگام تولد آن‌ها دارد (۹ و ۱۱). میزان تولدهای نارس در طی دو دهه گذشته افزایش یافته است؛ به طوری که حدود دو برابر هدف بهداشت جهانی، ۷/۶ درصد تولدهای زنده را شامل شده است. بقای این نوزادان با سن پایین نیازمند بستری طولانی‌مدت و پرهزینه می‌باشد و با وجود این که فقط ۱۲ درصد از کل تولدها را شامل می‌گردد؛ ولی ۵۰ درصد کل هزینه‌های تمام نوزادان بستری را دارند (۹ و ۱۲).

در طی ۲۵ سال اخیر، با پیشرفت مراقبت‌های پره‌ناتال و نوزادی، مرگومیر ناشی از تولد نوزاد نارس کاهش یافته و میزان زنده ماندن آن‌ها به طور قابل توجهی نیز افزایش پیدا کرده است (۹). از فواید مشارکت خانواده در مراقبت از نوزاد می‌توان به افزایش اعتماد به نفس والدین در خصوص نقش والدی، افزایش رشد و تکامل نوزاد، تغذیه مناسب نوزاد، افزایش اطلاعات والدین و تصمیم‌گیری مناسب آن‌ها در ادامه درمان

عمومی مادر و طول مدت بستری نوزاد نارس در NICU می‌باشد.

### روش‌ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی دو گروهی تصادفی بر روی ۶۰ مادر (۳۰ نفر در هر گروه) نخست‌زای دارای نوزاد نارس (سن داخل رحمی بین ۳۶-۳۲ هفته) بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان مراکز آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۲ می‌باشد.

از آن جایی که متغیر وابسته اصلی این پژوهش (سلامت عمومی مادر و طول مدت بستری نوزاد) از نوع کمی می‌باشد؛ بنابراین به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول مقایسه میانگین دو جامعه در دو نوبت (برای سلامت عمومی مادر و طول مدت بستری نوزاد) استفاده شد. ضمناً با توجه به این که پژوهشی یافت نشد که متغیرهای مستقل و وابسته آن دقیقاً مشابه پژوهش حاضر باشد؛ بنابراین، از میانگین و انحراف معیار منتج از یک مطالعه مقدماتی که بر روی ۱۵ نفر انجام شد استفاده گردید.

روش نمونه‌گیری به این صورت بود که در ابتدا، ورود نوزادان به پژوهش بر اساس معیارهای ورود و خروج به روش بلوکه‌های زمانی دوماهه، به صورت غیرتصادفی در دسترس بود. سپس، نوزادان به صورت تصادفی ساده در دو گروه توزیع شدند؛ که در ابتدا بلوکه زمانی اول به گروه شاهد و بلوکه زمانی دوم به گروه مشارکت خانواده اختصاص داده شد.

معیارهای ورود نوزادان عبارت بود از سن بین ۳۲ تا ۳۶ هفته، حداقل ۷ روز بستری بودن در بیمارستان و اولین فرزند خانواده بودن. معیارهای خروج نوزاد و خانواده نیز عدم حضور در بخش در بیش از ثلث زمان بستری و عدم رعایت وظایف محوله بود.

گروه شاهد همان برنامه‌های معمول بخش را دریافت می‌کردند. پروتکل مشارکت خانواده در خصوص مراقبت از نوزاد برای خانواده‌های گروه مداخله اجرا شد. منظور از مشارکت خانواده در این مطالعه عبارت است از درگیر کردن مادر و یکی دیگر از اعضای خانواده با نظر مادر و همچنین توانمندسازی آن‌ها در خصوص مراقبت از نوزاد نارس در زمینه مراقبت‌های پایه.

مراقبت‌های پایه شامل طریقه درست شستن دست‌ها در بدو ورود به بخش، قبل و بعد از تماس با نوزاد، طریقه کار با انکوباتور، تعویض ملافه و پوشک، طریقه شیردهی و تغذیه نوزاد می‌باشد. روش اجرا به این صورت بود که در ابتدا، طریقه اصولی دست شستن در بدو ورود به بخش و در هر تماس با نوزاد، توضیح در باره انکوباتور و نحوه کار با آن، طریقه تعویض ملافه و پوشک، تغییر وضعیت و جابجایی نوزاد به روش اصولی، طریقه شیردهی و تغذیه نوزاد به صورت فیلم آموزشی نشان

نوزادشان اشاره نمود. از لحاظ روانی، می‌توان از حمایت هم‌تا استفاده نمود؛ به این صورت که از تجربیات والدینی که سابقه نوزاد بستری در NICU را دارند، در مراقبت از نوزاد استفاده کرد (۱۳).

حمایت عاطفی و عملی دوستان و خانواده، تعامل با سایر والدین در NICU استراتژی دیگری است که برای حمایت از والدین استفاده می‌شود و از اطلاعات و تجربیات آن‌ها بهره برده می‌شود. این استراتژی به والدین کمک می‌کند که بر تنش‌ها و استرس‌ها مقابله کنند (۱۴) و توانایی‌های والدین در امر مراقبت در طی بستری و بعد از ترخیص را افزایش دهند (۱۴).

اجرای طرح مشارکت خانواده در بخش NICU باعث کاهش طول مدت بستری، کاهش احتمال عفونت‌های بیمارستانی و حفظ بار عاطفی پدر و مادر و مرگ‌ومیر می‌گردد (۶ و ۱۴-۱۶). بنابراین، اجرای طرح مشارکت خانواده می‌تواند سبب ارتقای سلامت مادر، وزن‌گیری نوزاد، کاهش طول مدت بستری و کاهش هزینه‌های مراقبتی و کاهش بستری مجدد نوزاد شود. از سوی دیگر، درگیر کردن والدین در امر مراقبت باعث شناخت و توجه بهتر والدین در رفلکس‌ها و واکنش‌های نوزاد می‌گردد و اعتماد به نفس مادر در مراقبت از نوزاد را قبل از ترخیص افزایش می‌دهد (۱۴).

در این مراقبت، خانواده در جریان طرح مراقبتی و درمانی نوزاد قرار می‌گیرد (۶ و ۱۷) و در انجام مراقبت‌ها و تمهیدات مهم، از جمله در کاهش ناراحتی نوزاد با تغییر وضعیت و حتی قنداق کردن نوزاد که باعث آرامش و کاهش درد می‌شود، دخیل باشد؛ که نتیجه این حضور، کاهش طول مدت بستری، کاهش رفتارهای استرسی، افزایش تغذیه پستانی و در نهایت، باعث ارتباط مناسب بین نوزاد و خانواده می‌گردد (۶).

در تحقیقی که ارتنستراند و همکاران (۲۰۱۰) انجام دادند مشخص شد که درگیر کردن خانواده در مراقبت از نوزاد نارس به وسیله مراقبت کانگورویی، لمس کردن و تغذیه، اثرات مثبتی بر سلامت نوزاد نارس و کاهش طول مدت بستری و عفونت داشته است؛ در نتیجه، سبب کاهش هزینه‌ها می‌گردد (۱۶). در پژوهشی دیگر، اردیو و همکاران (۲۰۰۸) در تایلند انجام دادند، مشخص شد که مشارکت مادر در مراقبت از نوزاد بستری در بیمارستان موجب کاهش طول مدت بستری شده است (۱۸).

با وجود اهمیت مشارکت خانواده در مدیریت سلامت نوزاد نارس و مادر، مطالعات کافی برای حمایت از تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در این زمینه کافی نیست و مطالعات بیشتر در این باره به خصوص در کشور ما احساس می‌شود. بنابراین، هدف از انجام مطالعه حاضر، تعیین تأثیر مشارکت خانواده بر سلامت

اخلاقی مربوطه رعایت گردید و به مادران و همراهان آنان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. در پژوهش حاضر، تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های آماری تی مستقل، من‌ویتنی، فریدمن و آنالیز واریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۱/۵ انجام شد. سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد در تعیین حجم نمونه و تحلیل داده‌ها مدنظر بود.

#### یافته‌ها

هر دو گروه از لحاظ ویژگی‌های پایه (سن جنینی، وزن زمان تولد، جنس، روش زایمان) مقایسه شدند؛ که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ این متغیرها مشاهده نشد. درکل، ۳۴ پسر و ۲۶ دختر وارد مطالعه شدند. میانگین وزن هنگام تولد نوزادان نارس مورد مطالعه در گروه مشارکت خانواده  $۱۷۸۷/۷ \pm ۶۳۷/۴$  گرم و در گروه شاهد  $۱۸۸۶/۷ \pm ۴۸۹/۴$  گرم بود. سن جنینی نوزادان مورد مطالعه نیز در گروه مشارکت خانواده  $۳۳/۱ \pm ۱/۶$  هفته و در گروه شاهد  $۳۳/۶ \pm ۱/۳$  هفته بود؛ که در محدوده ۳۲-۳۶ هفته قرار داشتند. در هر دو گروه نیز ۸۰ درصد از مادران به روش سزارین زایمان کرده بودند. یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که گروه مشارکت خانواده در مرحله پس از مداخله از لحاظ هر ۴ حیطة سلامت عمومی مادران (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، کارکردهای اجتماعی و افسردگی و خیم) دارای وضعیت مناسب‌تری نسبت به گروه شاهد بودند. از لحاظ امتیاز کلی سلامت عمومی، گروه مشارکت خانواده ( $۲۱/۲ \pm ۸/۹$ ) دارای امتیاز کمتری نسبت به گروه شاهد ( $۳۵/۴ \pm ۱۲/۹$ ) بودند؛ و با توجه به این که امتیاز بالاتر نشانه سلامت عمومی کمتر می‌باشد؛ به عبارت دیگر، مادران گروه مشارکت خانواده از سلامت عمومی بیشتری برخوردار بودند.

داده شد. سپس همین موارد توسط پژوهشگر به صورت عملی و مرحله به مرحله نیز به مادر و همراه او آموزش داده شد و به وسیله چک‌لیست پژوهشگر ساخته کنترل گردید.

همزمان با مداخله توانمندسازی، مراقبت نوزاد در ساعاتی از روز، ترجیحاً عصر و ابتدای شب، هر بار به مدت حداقل ۳ ساعت و بر اساس توافق مادر و همراه؛ به عهده یکی از اعضای خانواده (به غیر از مادر) گذاشته شد و در این فاصله زمانی، مادر از امر مراقبت از نوزاد فارغ می‌شد. مراقبت از نوزاد در مابقی زمان‌ها توسط مادر به تنهایی و یا هر دو با هم انجام می‌پذیرفت.

متغیر سلامت عمومی مادر توسط پرسشنامه سلامت عمومی GHQ که شامل ۲۸ پرسش بود؛ در زمان ترخیص نوزاد ارزیابی گردید. این پرسشنامه تشکیل شده از ۴ زیرمقیاس است؛ که مقیاس اول نشانه‌های بدنی، مقیاس دوم اضطراب و بیخوابی، مقیاس سوم کارکردهای اجتماعی و مقیاس چهارم افسردگی و خیم است. به هر پاسخ از راست به چپ، صفر، یک، دو یا سه نمره تعلق می‌گیرد. نمره کل هر شخص حاصل جمع نمره‌های چهار زیرمقیاس است.

نمره هر زیرمقیاس ۰-۲۱ است؛ که در مجموع، نمره کل بین ۰-۸۴ امتیاز می‌باشد (۵). نمره کل به چهار گزینه: «بسیار مطلوب»، «بعضی از حوزه‌ها در معرض تهدید و آسیب»، «بسیاری از حوزه‌ها در معرض تهدید و آسیب» و «وضعیت وخیم» تقسیم می‌شود (۱۹ و ۲۰).

در پژوهشی که هومن و همکاران در سال ۱۳۷۶ انجام دادند، پایایی آن به روش همسانی درونی و آزمون آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌های چهارگانه به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ گزارش گردید و روایی ابزار ۰/۸۲ به دست آمده است (۵). پایایی حاصل از تحقیق حاضر که به روش همسانی درونی و آزمون آلفای کرونباخ انجام شد؛ در زیرمقیاس‌های بیان شده به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۹۲ و ۰/۹۰ به دست آمد. کدهای

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی در دو گروه مشارکت خانواده و شاهد

سلامت عمومی	گروه مشارکت خانواده	گروه شاهد	نتیجه آزمون تی مستقل یا من‌ویتنی
مراحل ارزیابی	میانگین $\pm$ انحراف معیار (امتیاز به درصد)	میانگین $\pm$ انحراف معیار (امتیاز به درصد)	
نشانه‌های بدنی	۲۵/۵ $\pm$ ۱۴/۱	۳۶/۲ $\pm$ ۱۴/۶	$t=۲/۸۷$ $P < ۰/۰۰۶$
اضطراب و بی‌خوابی	۲۳/۶ $\pm$ ۱۴/۸	۴۸/۲ $\pm$ ۲۴/۶	$t=۴/۶۹$ $P < ۰/۰۰۱$
عملکرد اجتماعی	۲۵/۴ $\pm$ ۱۲/۳	۳۴/۶ $\pm$ ۱۸/۳	$t=۲/۳۹$ $P < ۰/۰۰۳$
افسردگی	۱۰/۳ $\pm$ ۱۳/۰	۲۲/۸ $\pm$ ۲۶/۹	$t=۲/۳۹$ $Z = ۰/۰۸$
سلامت عمومی	۲۱/۱ $\pm$ ۸/۹	۳۵/۳ $\pm$ ۱۲/۹	$t=۴/۹۲$ $p < ۰/۰۰۱$

می‌باشند؛ که نیاز به پیگیری دارد و تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ( $p < 0/01$ ).

یافته‌های جدول ۲ حاکی از آن است که گروه مشارکت خانواده از سلامت عمومی بسیار مطلوب‌تری نسبت به گروه شاهد برخوردار هستند. این در حالی است که نیمی از مادران در گروه شاهد، در بعضی از حوزه‌ها در معرض تهدید و آسیب جدی

جدول ۲: توزیع فراوانی سلامت عمومی مورد مطالعه در دو گروه مشارکت خانواده و شاهد

گروه‌ها		مشارکت خانواده		شاهد		جمع	
سلامت عمومی		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بسیار مطلوب		۲۲	۷۳/۳	۱۲	۴۰/۰	۳۴	۵۶/۷
بعضی از حوزه‌ها در معرض تهدید و آسیب		۸	۲۶/۷	۱۵	۵۰/۰	۲۳	۳۸/۳
آسیب و بسیاری از حوزه‌ها در معرض تهدید		۰	۰	۳	۱۰/۰	۳	۵/۰
وضعیت وخیم		۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع		۳۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰

Fisher's Exact Test = ۷/۶۱

نتیجه آزمون فیشر  $p < 0/01$

در مطالعه دیگری که ارتستراند و همکاران (۲۰۱۰) در استکهلم تحت عنوان «بررسی تأثیر مراقبت خانواده محور بر طول مدت بستری و عوارض نوزادی» انجام دادند؛ نتایج نشان داده است که طول مدت بستری در گروه مداخله ۵/۳ روز کمتر از گروه شاهد بود؛ که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۱۶).

در مطالعه‌ای که کاروالهو و همکاران تحت عنوان «اضطراب و استرس در مادران دارای نوزادان نارس و مداخلات روانی در طی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان» در سال ۲۰۰۹ انجام دادند؛ نشان داده شد که در مادرانی که مداخلات حمایتی روانی را دریافت کرده بودند، میزان اضطراب و افسردگی به مقدار قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر، در ارتباط با مداخله حمایتی خانواده و تأثیر بر افزایش سلامت عمومی از جنبه‌های نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، کارکردهای اجتماعی و افسردگی وخیم بررسی شد؛ که با مطالعه کاروالهو در کاهش میزان اضطراب همخوانی دارد (۲۲).

مطالعه‌ای که میجسن و همکاران در سال ۲۰۱۱ تحت عنوان «اضطراب روانی مادر در دو سال اول تولد در نوزاد بسیار نارس و مداخله زودهنگام» انجام دادند؛ دریافتند که سلامت روانی در گروه مداخله در ۶ ماه اول پس از مداخله بالاتر از گروه کنترل بود؛ در حالی که میزان کاهش اضطراب پس از ۶ ماه در هر دو گروه یکسان بود و تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. بنابراین، مداخله زودهنگام در کاهش اضطراب مؤثر بوده است. این مطالعه با مطالعه حاضر که آموزش به منظور مراقبت از نوزاد نارس در افزایش سلامت عمومی بوده است، هم‌راستا است (۲۳).

مطالعه‌ای که زربخش (۱۳۹۰) و همکاران تحت عنوان «مقایسه برخی از ویژگی‌های زیستی، اقتصادی و سلامت عمومی در مادران دارای نوزادان کم‌وزن با مادران دارای نوزاد با وزن طبیعی» انجام دادند؛ حاکی از آن بود که نمره سلامت عمومی

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین طول مدت بستری در گروه مشارکت خانواده حدود ۲ روز کمتر از گروه شاهد بوده است. نتیجه آزمون غیرپارامتریک من‌ویتنی حاکی از این است که تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳: مقایسه میانگین طول مدت بستری در دو گروه مشارکت خانواده و شاهد

گروه‌ها	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین	نتیجه آزمون من‌ویتنی
مشارکت خانواده	۳۰	$12/1 \pm 6/5$	$Z = 1/76$
شاهد	۳۰	$14/2 \pm 6/9$	$P = 0/09$

### بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، میانگین طول مدت بستری در گروه مشارکت خانواده  $12/1 \pm 6/5$  روز و در گروه شاهد  $14/2 \pm 6/9$  روز بود؛ که با توجه به نتیجه آزمون آماری، تفاوت معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین دو گروه مشاهده نشد ( $p = 0/09$ ). اما با توجه به  $p$  به دست آمده، می‌توان استنباط کرد که در سطح اطمینان ۹۰ درصد، مشارکت خانواده بر طول مدت بستری نیز مؤثر بوده است؛ که با اجرای این طرح، علاوه بر افزایش شاخص‌های رشد و تغذیه انحصاری با شیر مادر بر کاهش هزینه خانواده و هزینه بخش درمان تأثیر می‌گذارد.

مطالعه حاضر با مطالعه‌ای تجربی که بهوتا و همکاران (۲۰۰۴) در کراچی تحت عنوان «کاهش طول مدت بستری در نوزادان خیلی کم‌وزن به وسیله توانمندسازی گام به گام مادر در بخش مراقبت ویژه نوزادان» انجام داده‌اند، همخوانی دارد. در این مطالعه، از برنامه توانمندسازی خانواده در کاهش طول مدت بستری استفاده شده است. در روش سنتی، میانگین طول مدت بستری در نوزادان نارس  $34/0 \pm 16/0$  روز و در گروه مداخله  $14/0 \pm 16/0$  روز بوده است (۲۱).

بستری و زمان ترخیص، کاهش طول مدت بستری و در نتیجه، کاهش هزینه‌ها گردد.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشارکت خانواده در مراقبت از نوزاد نارس، طول مدت بستری نوزاد را کاهش می‌دهد و سلامت عمومی را افزایش می‌دهد. از آن جایی که مشارکت خانواده در مراقبت از نوزاد از ارکان اصلی مراقبت خانواده محور است؛ بنابراین، یک روش کاربردی برای کاهش هزینه خانواده و بخش درمان محسوب می‌گردد و باعث ارتقای سلامت خانواده می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت ویژه نوزادان و طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۲۰۴۵۱ می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به خاطر فراهم نمودن زمینه اجرای این تحقیق و تأمین هزینه‌های پژوهش تشکر و قدردانی نمایند. همچنین به این وسیله، مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسؤولین محترم بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد و سرپرستاران و پرستاران ارجمند بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان اعلام می‌نمایند.

در مادران نوزاد کم‌وزن به طور معنی‌داری کمتر از مادران نوزاد با وزن طبیعی است ( $p < 0.01$ )؛ به طوری که هر چه نمره پرسشنامه سلامت عمومی کمتر باشد؛ بیانگر سلامت عمومی بالاتری است و اختلال کمتر می‌باشد. این مطالعه با مطالعه حاضر در زمینه سلامت عمومی و در زیرمقیاس‌ها همخوانی دارد؛ ولی در این مطالعه، توانمندسازی در مادر انجام نشده است و فقط میزان سلامت عمومی در دو گروه مادر سنجیده شده است (۲۴). بنابراین، ضرورت آموزش در زمینه مراقبت از نوزادان و برنامه توانمندسازی مادران و حمایت از خانواده احساس می‌شود.

مطالعه جعفری و همکاران (۱۳۸۹) تحت عنوان «تأثیر برنامه ایجاد فرصت‌های رشد والدین بر میزان اضطراب و تنش مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان؛ انجام دادند؛ با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۵).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که پرستاران و مراقبین بهداشتی آموزش‌های شستشوی اصولی دست‌ها و مراقبت از نوزاد نارس و همچنین نحوه شیردهی درست به روش‌های مختلف را از ابتدای پذیرش نوزاد در بخش فراهم نمایند؛ تا از این طریق، باعث توانمندی والدین در امر مراقبت از نوزاد نارس، افزایش وزن‌گیری نوزاد نارس در طول مدت

## References

1. Department of Mother and Child Health. Neonatal Medicine Subspecialty Training Period and on the Terms and Birth. Tehran: Ministry of Health Pub. 2009. (Persian)
2. Johnson S, Ring W, Anderson P, Marlow N. Randomized Trial of Parental Support for Families with Very Preterm Children: Outcome at 5 Years. Arch dis child. 2005 Sep;90(9):909-15.
3. Zelkowitz P, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent Maternal Anxiety Affects the Interaction between Mothers and their Very Low Birthweight Children at 24 Months. Early hum dev. 2009 Jan;85(1):51-8.
4. Nystrom K, Axelsson K. Mothers' Experience of Being Separated from their Newborns. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs: JOGNN / NAACOG. 2002 May-Jun;31(3):275-82.
5. Dadsetan P, Ahmadi Azghandi A, Hasanabadi H. Parenting Stress and Public Health: Research on the Relationship of Parenting Stress the Public Health Nurse and Homemaker Mothers with Young Children. Journal of psychology developmental psychology 2006;7:171-84. (Persian)
6. Griffin T. Family-Centered Care in The NICU. J Perinat Neonatal Nurs. 2006 Jan-Mar;20(1):98-102.
7. Mok E, Leung SF. Nurses as Providers of Support for Mothers of Premature Infants. J Clin Nurs. 2006 Jun;15(6):726-34.
8. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. Semin Perinatol. 2011 Feb;35(1):20-8.

9. Behnam Vashani HR, Abolfazli M, Boskabadi H. Effect of Non-Nutritive Sucking on Access Time to Independent Oral Feeding and Weight Gain in Preterm Infants. *Evidence Based Care* 2013;3(3):43-50. (Persian)
10. Noruzi A m, Fallah R. *Infancy*. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Andishe; 2011. (Persian)
11. Kligeman R. *The Fetus and the Neonatal Infant*. Tehran: Ghazijahani; 2011. (Persian)
12. Sheikh Bahaedinzadeh E. *NICU Nursing*. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Boshra; 1385. (Persian)
13. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, et al. A Pilot Cohort Analytic Study of Family Integrated Care in a Canadian Neonatal Intensive Care Unit. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Jan 31;13 Suppl 1:S12.
14. Smith VC, Steelfisher GK, Salhi C, Shen LY. Coping with the Neonatal Intensive Care Unit experience: Parents' Strategies and Views of Staff Support. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2012 Oct-Dec;26(4):343-52.
15. Bailey JJ, Sabbagh M, Loisselle CG, Boileau J, McVey L. Supporting Families in the ICU: A Descriptive Correlational Study of Informational Support, Anxiety, and Satisfaction with Care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010 Apr;26(2):114-22.
16. Ortenstrand A, Westrup B, Brostrom EB, Sarman I, Akerstrom S, Brune T, et al. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on Length of Stay and Infant Morbidity. *Pediatrics*. 2010 Feb;125(2):e278-85.
17. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a Parent Buddy Program for Mothers of Very Preterm Infants in a Neonatal Intensive Care Unit. *CMAJ*. 2003 Apr 15;168(8):969-73.
18. Erdevé O, Arsan S, Yigit S, Armangil D, Atasay B, Korkmaz A. The Impact of Individual Room on Rehospitalization and Health Service Utilization in Preterms after Discharge. *Acta Paediatr*. 2008 Oct;97(10):1351-7.
19. Fathi Ashtiani A. *Psychological Tests - Personality and Mental Health Evaluation*. Tehran: Publication of Besat; 2010. (Persian)
20. Saatchi M, Kamrani K, Askarian M. *Psychological Tests*. Tehran: Publication Viraish; 2010. (Persian)
21. Bhutta ZA, Khan I, Salat S, Raza F, Ara H. Reducing Length of Stay in Hospital for Very Low Birthweight Infants by Involving Mothers in a Stepdown Unit: An Experience from Karachi (Pakistan). *BMJ (Clinical research ed)*. 2004 Nov 13;329(7475):1151-5.
22. Carvalho AE, Linhares MB, Padovani FH, Martinez FE. Anxiety and Depression in Mothers of Preterm Infants and Psychological Intervention during Hospitalization in Neonatal ICU. *Span j psychol*. 2009 May;12(1):161-70.
23. Meijssen D JM, Koldewijn K, VanBaar A, Kok J. Maternal Psychological Distress in the First Two Years after Very Preterm Birth and Early Intervention. *Early Child Dev Care*. 2011;181(1):1-11.
24. Zarbakhsh Bahari MR, Hoseinian S, Afrooz G, Hooman H. The Comparison of Many Biological Characteristics, Economical Conditions, General Health of Mothers with Low and Normal Birth Weight at Gilan Province. *Journal of Faculty of Tehran University of Medical Sciences*. 2012;5(5):67-78. (Persian)
25. Jafari S, Alaei F, Rasoli M, Zaeri F. The Effect of Growth Opportunities for Parents Program on the Anxiety and Stress of Mothers with Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Institute of Health Sciences of Jehad Daneshgahi* 2011;17(5):253-8.

## The Effect of Family Participation on Mother's General Health and Length of Hospitalization of Premature Neonate

Hamidreza Behnam Vashani<sup>1</sup>, \*Zahra Askari Hoseini<sup>2</sup>, Hasan Boskabadi<sup>3</sup>, Akram Rezaeian<sup>1</sup>

1. Instructor of Nursing, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. MS in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3. Associate professor of Neonatology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

\* Corresponding author, Email: askarihz901@mums.ac.ir

### Abstract

**Background:** Pressures arising from premature infant care specially hospitalized infant can affect infant's quality of life and health by causing long term destructive effects on family's psychological and physical health.

**Aim:** To investigate the effect of family participation on mother's general health and length of hospitalization of premature neonate.

**Methods:** In this clinical trial 60 primiparous women and their premature infants hospitalized in neonatal intensive care units, were randomly allocated to family participation and control groups. In the experimental group, empowering family in order to participate in the infant fundamental care was implemented in the "teaching" and "independent practice" phases. Control group received routine care. Mother's general health was measured using Goldberg General Health questionnaire. Data were analyzed by independent t-test and Mann Whitney test using SPSS version 11/5 was done.

**Results:** There was a significant difference between experimental group (21/18±8/95) and control group (35/38±12/99) in terms of Mother's General Health ( $p < 0/01$ ). There was no significant difference in average length of stay between two groups.

**Conclusion:** Family participation in caring of premature infants may increase mothers' general health and can be suggested as a practical method for increasing mother's general health.

**Keywords:** family participation, length of stay, general health, premature neonate

Received: 19/01/2014

Accepted: 06/03/2014