

Research Paper

The Effect of Implementing a Family-centered Empowerment Model on the Quality of Life of Parents of Premature Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit

Sima Hoseinpour¹, Leili Borimnejad², Mahboobeh Rasouli³, Amir Kamal Hardani⁴, *Fatemeh Alhani^{1,5}

Citation Hoseinpour S, Borimnejad L, Hardani AK, Alhani F. The Effect of Implementing Family-centered Empowerment Model on the Quality of Life of Parents of Premature Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit. Iran Journal of Nursing. 2022; 34(134):2-17. <http://dx.doi.org/10.32598/ijn.34.6.1>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijn.34.6.1>



Received: 17 Nov 2020

Accepted: 20 Feb 2022

Available Online: 01 Mar 2022

ABSTRACT

Background & Aims Infant hospitalization in the intensive care unit is a psychological crisis for the family that causes stress and disability for the family. In critical situations, the knowledge of the healthcare team is devoted to patient care, while it is necessary to emphasize the needs of the family. This study aims to determine the impact of family-centered empowerment model on quality of life of premature infants parents' were admitted to the neonatal intensive care unit.

Materials & Methods This quasi-experimental controlled study was performed on 84 parents with preterm infants admitted to the intensive care unit. Samples were continuously targeted in both intervention and control groups. They received training sessions in four steps and 8 sessions. The ability of the subjects was also assessed by the competency questionnaire (including three dimensions; threat perception, self-efficacy and self-esteem). Demographic questionnaire, and WHOQOL-BREF quality of life questionnaire once at the beginning of the study and again one month after completion. Intervention sessions were completed and the data were analyzed using Chi-square, independent t-test, analysis of variance and Spearman and Shapiro-Wilk correlation coefficient using SPSS software.

Results There was no significant difference between the two groups in terms of demographic characteristics and baseline competency scores (self-efficacy, self-esteem, severity and sensitivity) and quality of life. Comparison of total quality of life score ($P=0.041$) in the intervention group was significantly higher than the control group. In-group comparison, empowerment scores [self-esteem, self-efficacy ($P<0.001$)] of both groups and intensity and sensitivity scores ($P<0.001$) showed a significant increase only in the intervention group. In terms of quality of life, in the psychological dimension ($P=0.042$), social ($P=0.003$), environmental and total scores ($P<0.001$) in the intervention group and in the total score dimension ($P=0.41$) There was a significant increase in environmental performance ($P<0.001$) in the control group.

Conclusion The family-centered empowerment model has improved some quality of life factors. , But further studies are needed to reach a definitive conclusion in this regard. It is suggested that future researchers strengthen the family-centered empowerment program in less effective dimensions. Further studies should also be performed on the use of family-centered empowerment program to empower pregnant women with the possibility of preterm delivery and its effectiveness after delivery.

Keywords:

Family-centered empowerment model, Quality of Life, Premature infant, Parents

1. Department of Neonatal Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Biostatistic, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Pediatrics, School of Medicine, Abuzar Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
5. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Fatemeh Alhani

Address: Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

E-Mail: alhani_f@modares.ac.ir

Extended Abstract

1. Introduction

Infant hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU) is a psychological crisis that causes stress and disability for the family. In critical situations, the healthcare team's knowledge is devoted to patient care, while it is necessary to emphasize the family's needs. Numerous studies report a lack of support for family caregivers and a lack of attention to their needs. The health team should understand the responsibilities and requirements of caregivers and examine them in terms of physical, social, and psychological needs and supportive and financial problems. This study aimed to determine the impact of the family-centered empowerment model on parents' Quality of Life (QoL) with premature infants admitted to a neonatal ICU (39).

2. Materials and Methods

This quasi-experimental controlled study was performed on 84 patients (parents) with healthy preterm infants admitted to the ICU. Samples were continuously targeted in both intervention and control groups. They received training sessions in 4 steps and 8 sessions:

Step 1 (understanding the threat through group discussion): During two 30-60-minute sessions, group discussion raises awareness about a healthy baby, including skincare, healthy eating, healthy sleep, and sensitizing parents to symptoms. The researcher posed a threat.

Step 2 (promoting self-efficacy through problem-solving): At the beginning of the third session, the ambiguities and questions of the parents were answered; then, during two 60-minute sessions, a group discussion and demonstration about correct breastfeeding positions, how to deal with colic or colic in infants and familiarity and how to deal with a trembling child were discussed.

Step 3 (Promoting self-esteem through educational participation): During three 30-60-minute group discussion sessions, clients were asked to teach their family members the lessons learned in the researcher's presence to share their experiences. Leave other people in the group and ask questions to yourself or family members in the group and get the answer.

Step 4 (evaluation): In the last session, individuals' level of knowledge and ability to transfer information from educational cases were examined. The power of the sub-

jects was also assessed by the competency questionnaire (including the three dimensions: threat perception, self-efficacy, and self-esteem).

A demographic questionnaire and WHOQOL-BREF QoL questionnaire once at the beginning of the study and again one month after completion. Intervention sessions were completed, and the data were analyzed using Chi-square, independent t-test, analysis of variance, and Spearman and Shapiro-Wilk correlation coefficient using SPSS software.

3. Results

There was no significant difference between the two groups regarding demographic characteristics, baseline competency scores (self-efficacy, self-esteem, severity, and sensitivity), and QoL. The total QoL score ($P=0.041$) in the intervention group was significantly higher than in the control group. In-group comparison, empowerment scores (self-esteem, self-efficacy ($P<0.001$)) of both groups and intensity and sensitivity scores ($P<0.001$) showed a significant increase only in the intervention group. In terms of QoL, in the psychological dimension ($P=0.042$), social ($P=0.003$), environmental, and total scores ($P<0.001$) in the intervention group and the total score dimension ($P=0.41$), There was a significant increase in environmental performance ($P<0.001$) in the control group.

4. Conclusion

The family-centered empowerment model has improved some QoL factors. Further studies are needed to meet a definitive conclusion in this regard. It is suggested that future researchers strengthen the family-centered empowerment program in less effective dimensions. Other studies should also be performed on using a family-centered empowerment program to empower pregnant women with the possibility of preterm delivery and its effectiveness after delivery.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethical committee of the Iran University of Medical Sciences (Code: IR.IUMS.REC.1394.165) and permission and referral letter have been obtained from Ahwaz University of Medical Sciences.

Funding

The paper was extracted from the MSc. thesis of the first author, Department of Neonatal and Pediatric

Nursing Faculty of Nursing, Iran University of Medical Sciences.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر اجرای الگوی توانمند سازی خانواده محور بر کیفیت زندگی والدین نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

سیما حسین پور^۱، لیلی بریم‌نژاد^۲، محبوبه رسولی^۳، امیر کمال حردانی^۴، *فاطمه الحانی^۵

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۷۰ آبان ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۰۱ اسفند ۱۴۰۰
تاریخ انتشار: ۱۰ اسفند ۱۴۰۰

زمینه و هدف: بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، یک بحران روحی محسوب می‌شود که برای خانواده استرس و ناتوانی به همراه دارد و می‌تواند کیفیت زندگی والدین را مختل کند. کیفیت زندگی از آن رو مهم است که در صورت نادیده گرفته شدن به ندامت، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی و غیره می‌انجامد و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعه اجتماعی و اقتصادی یک کشور تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی والدین نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی در دو گروه آزمایش و کنترل در بین ۹۰ نفر (پدر و مادر) سالم دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. نمونه‌گیری به صورت مستمر و غیر تصادفی از شهریورماه ۱۳۹۸ تا اردیبهشت ۱۳۹۹ انجام شد. پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناسی، شدت، حساسیت، عزت نفس، خودکارآمدی والدین و کیفیت زندگی، یک بار در بدو ورود به مطالعه و بار دیگر، یک ماه پس از اتمام جلسات مداخله تکمیل شدند. گروه آزمایش، آموزش‌های مرتبط به اصول توانمندسازی را طی چهار گام و ۸ جلسه دریافت کردند.

گام اول (درک تهدید به روش بحث گروهی): طی دو جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای، بحث گروهی برای بالا بردن آگاهی در خصوص نوزاد سالم از جمله مراقبت‌های پوستی، تغذیه سالم، خواب سالم و حساس ساختن والدین به علائم خطر تهدید کننده، توسط پژوهشگر انجام شد.

گام دوم (ارتقاء خودکارآمدی به روش مشکل‌گشایی): در ابتدای جلسه سوم، به ابهامات و پرسش‌های والدین پاسخ داده شد. سپس طی دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به بحث گروهی در حوزه حالت‌های صحیح شیردهی، مراقبت کتگروبی، نحوه برخورد با قولنج یا کولیک نوزاد و آشنایی و نحوه برخورد با کودک لرزان پرداخته شد.

گام سوم (ارتقاء عزت نفس از طریق مشارکت آموزشی): طی سه جلسه بحث گروهی ۳۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای از مراجعین درخواست شد در حضور پژوهشگر نکات فرا گرفته شده را به اعضای خانواده خود آموزش دهند، تجارب خود را در اختیار دیگر افراد گروه بگذارند و پرسش‌های پیش آمده برای خود یا اعضای خانواده را در گروه مطرح و پاسخ آن دریافت کنند.

گام چهارم (ارزشیابی): در جلسه آخر به بررسی میزان آگاهی و توانایی افراد در انتقال اطلاعات از موارد آموزشی پرداخته شد. همچنین توانمندی افراد تحت پژوهش، توسط پرسش‌نامه توانمندی، شامل سه بعد: درک تهدید، خودکارآمدی و عزت نفس مورد سنجش قرار گرفت. پرسش‌نامه جمعیت‌شناسی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی یک بار در بدو ورود به مطالعه و بار دیگر یک ماه پس از اتمام جلسات مداخله تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای‌دو، تی‌مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن و شاپیرو-ویلک و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتیجه آزمون کای-دو نشان داد دو گروه از نظر مشخصات والدین و نوزادان همگن بودند و تفاوت معناداری در دو گروه وجود نداشت ($P > 0.05$). نمرات توانمندی پایه (خودکارآمدی، عزت نفس، شدت و حساسیت) و کیفیت زندگی نیز قبل از مداخله تفاوت معناداری نداشتند. پس از اجرای مداخله نمره کل کیفیت زندگی ($P = 0.041$)، در گروه آزمایش به طور معناداری بیش از گروه کنترل شد. در مقایسه درون گروهی نیز نمرات توانمندی (عزت نفس، خودکارآمدی) ($P < 0.001$) هر دو گروه و نمرات شدت و حساسیت ($P < 0.001$) صرفاً در گروه آزمایش افزایش معناداری نشان داد. در ابعاد کیفیت زندگی، در بعد روانی ($P = 0.042$)، اجتماعی ($P = 0.003$)، محیطی و کل نمرات ($P < 0.001$) در گروه آزمایش افزایش معناداری وجود داشت. همچنین مقایسه نمرات قبل و بعد در گروه کنترل نشان داد نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد محیطی در گروه کنترل نیز با گذشت زمان بهبود یافته است ($P < 0.001$)، اما این افزایش نسبت به گروه آزمایش معنادار نبود ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد الگوی توانمندسازی خانواده محور موجب بهبود برخی فاکتورهای کیفیت زندگی شده است، اما برای نتیجه‌گیری قطعی در این زمینه به مطالعات بیشتری نیاز است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده در زمینه تقویت برنامه توانمندسازی خانواده محور در ابعادی که اثرگذاری کمتری داشته است، مطالعات بیشتری انجام دهند. همچنین استفاده از برنامه توانمندسازی خانواده محور برای کمک به مدرسان باردار با احتمال زایمان زودرس و بررسی اثرگذاری آن پس از زایمان مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

الگوی توانمندسازی خانواده محور، کیفیت زندگی، نوزاد نارس، والدین

۱. گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. گروه کودکان، دانشکده پزشکی، بیمارستان ابوذر، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۵. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشکده تربیت مدرس، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

فاطمه الحانی

نشانی: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری.

رایانامه: alhani_f@modares.ac.ir

مقدمه

بلکه در طولانی مدت و مربوط به کلیه ابعاد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی است [۱۵]. کیفیت زندگی والدین نوزادان نارس در ایران در مطالعات گذشته نیز پایین یا متوسط گزارش شده است [۱۶، ۱۷]. این امر حتی می‌تواند بر کیفیت خواب والدین نوزادان نارس تأثیر بگذارد و موجب کاهش کیفیت خواب در هر دو والد، بویژه مادر نوزاد نارس گردد [۱۸].

الگوی توانمندسازی خانواده محور^۱ به‌عنوان یک الگوی ایرانی در سال ۱۳۸۱ توسط الحانی ارائه شد. این طرح شامل توانمندسازی والدین در ابعاد تهدید درک شده، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی است و برای مقابله با اثرات و عوارض بیماری و کنترل بهتر برای دستیابی به توانمندی استفاده می‌شود [۱۹]. توانمندسازی از دیدگاه بسیاری از صاحب نظران، فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است. فرایندی که در ارتباط با دیگران شکل گرفته و باعث مسئولیت‌پذیری، تعامل بهتر با مسئولان بهداشتی، رضایت، پاسخ بهتر به درمان، پیشگیری از عوارض، کاهش هزینه‌های درمانی، نگاه مثبت به بیماری و در نهایت بهبود کیفیت زندگی بیمار و خانواده آن‌ها خواهد شد [۲۰].

هدف مداخلات پرستاری در مراقبت خانواده محور، ارتقاء توانایی‌های اعضای خانواده در حیطه‌های مشخص است تا بتوانند بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی فائق آیند، زیرا بدون ارتقاء توانمندی‌ها، قادر به غلبه بر موانع نخواهند بود [۲۱]. همچنین با توجه به اینکه پرستارها توانایی راهنمایی خانواده‌ها برای ارتقاء خدمات مراقبتی را دارا هستند، می‌توانند حس پذیرش و مهربانی را با گوش دادن دقیق به نگرانی‌ها و پیشنهادات اعضای خانواده به آن‌ها القاء کنند [۲۲]. از این‌رو، مداخلات پرستار می‌تواند موجبات توانمند کردن اعضای خانواده را فراهم کند. با توجه به اینکه توانمند کردن یک عنصر خانواده بر توانمندی سیستم خانواده برای دسترسی به اهداف بهداشتی مؤثر است، توانمندی خانواده‌ها به کارآمدی مفیدتر آنان در امر مراقبت می‌انجامد. به این ترتیب مددجویان مبتلا به بیماری‌های مزمن، مراقبت‌هایی با کیفیت بالاتر دریافت خواهند کرد که نتیجه آن ارتقاء سطح سلامت آنان است [۲۳، ۲۴].

مطالعات گذشته نشان داده است اجرای برنامه توانمندسازی والدین نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با فراهم کردن شرایط و ارائه آموزش، والدین را در مهارت‌های مراقبتی از نوزاد، کاهش سوگ مزمن [۲۵]، مشارکت والدین [۲۶] و افزایش امید در والدین [۲۷] یاری خواهد کرد، اما مطالعه‌ای که به تأثیر این مدل بر کیفیت زندگی والدین نوزادان پرداخته باشد، یافت نشد.

با توجه به اینکه والدین نوزادان نارس از کاهش کیفیت

هر ساله ۱۵ میلیون نوزاد نارس در سرتاسر جهان متولد می‌شوند [۱] که از این میزان سالانه نیم میلیون نوزاد نارس در ایالات متحده آمریکا به دنیا می‌آیند [۲]. ایران نیز جزء مناطق با شیوع بالای زایمان زودرس است که حدود ۱۰ درصد آن‌ها نارس و کم وزن هستند [۳]. تولد چنین نوزادانی برای خانواده‌ها به‌ویژه برای مادر بحران محسوب می‌شود و استرس شدیدی را به خانواده تحمیل می‌کند [۴]. بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، یک بحران روحی برای خانواده به‌ویژه برای مادر محسوب می‌شود که استرس و ناتوانی برای مادر به همراه دارد [۵].

با تولد نوزاد نارس روند طبیعی و آمادگی ذهنی برای والد شدن ناتمام می‌ماند و والدین از لحاظ روانی، فیزیکی و احساسی برای تولد آماده نمی‌شوند، زیرا همه چیز خیلی سریع و غیر منتظره روی می‌دهد [۶]. همچنین مادران دارای نوزاد نارس، سطح استرس و تنش بیشتری را نسبت به مادران دارای نوزاد ترم دارند [۷]. مطالعه‌ای که بر روی پدران این نوزادان نیز انجام شد، نتایج مشابهی را نشان داد [۸]. بنابراین نارس بودن یک مشکل جدی بهداشت عمومی است که با توجه به هزینه‌های بالای اقامت در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان موجب افزایش استرس می‌شود و بر سلامت و رفاه خانواده‌ها اثر خواهد گذاشت [۸، ۹]. احساس غم و اندوه از کامل نشدن دوره بارداری و نداشتن نوزاد سالم، مواردی هستند که شدت یافته و شرایط را سخت‌تر می‌کنند. زمانی که نوزاد در بیمارستان بستری می‌شود، مشکلات حادث می‌گردد و بر کیفیت زندگی والدین بخصوص مادر اثر می‌گذارد [۹].

کیفیت زندگی مفهومی است که ابعاد گوناگونی مانند ابعاد فیزیکی و روان‌شناختی دارد و بررسی این ابعاد، شناخت بهتری از شرایط انسان‌ها در وضعیت‌های مختلف ایجاد می‌کند [۱۰]. مقوله کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفته شدن منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی و غیره می‌شود و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعه اجتماعی و اقتصادی یک کشور اثر می‌گذارد. به عبارت دیگر، با ارتقاء کیفیت زندگی می‌توان در جهت ارتقاء سلامتی و محور توسعه گام برداشت [۱۱].

کیفیت زندگی مادران دارای نوزاد تازه متولد شده، عبارت‌اند از درک او از موقعیت خود در بستر فرهنگ و نگرانی‌ها و نیز ارزش‌های زندگی فردی با توجه به اهداف و استانداردهایی که برای او قائل می‌شود [۱۲]. مطالعات حاکی از آن است که کیفیت زندگی مادران نوزادان پره ترم در ابعاد روانی نسبت به مادران نوزادان ترم و نزدیک ترم کمتر است [۱۳، ۱۴، ۱۵]. پایین بودن کیفیت زندگی این مادران نه فقط مربوط به دوران پس از زایمان،

1. family-centered empowerment model

اطلاعات، انحراف معیار آمیخته برابر با $10/17 = \sigma$ ، محاسبه شد. در نتیجه حجم نمونه در هر گروه تقریباً برابر با ۳۸ نفر برآورد می‌شود که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، حجم نمونه در هر گروه برابر با ۴۲ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری در دو بیمارستان دولتی مجهز به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان اهواز در ماه شهریور ۱۳۹۸ آغاز شد و تا اردیبهشت ۱۳۹۹ ادامه یافت. پرونده‌های کلیه بیماران بستری، در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. پژوهشگر پس از بررسی پرونده‌ها، به صورت تلفنی یا حضوری از افرادی که واجد شرایط پژوهش بودند، دعوت کرد. طی تماس تلفنی یا حضوری صورت گرفته، دیگر معیارهای ورود و خروج بررسی شد و در صورت تمایل والدین برای شرکت در پژوهش، اطلاعات تکمیلی در اولین جلسه حضوری در خصوص اهداف و روش پژوهش در اختیار والدین قرار گرفت و از آنان درخواست شد فرم رضایت‌نامه آگاهانه و پرسش‌نامه‌های پایه شامل اطلاعات جمعیت‌شناسی، پرسش‌نامه توانمندی شامل ابعاد (تهدید درک شده، خودکارآمدی و عزت نفس والدین) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان بهداشت جهانی^۲ را تکمیل کنند. برای جلوگیری از آلودگی اطلاعات، یکی از مراکز آموزشی درمانی به‌عنوان مرکز مداخله و مرکز دیگر گروه کنترل، انتخاب و در هر بیمارستان نمونه‌گیری مستمر انجام شد.

مراحل اجرایی الگو شامل چهار گام بود که عبارت‌اند از: ۱. تهدید درک شده از طریق بحث گروهی، ۲. ارتقای خودکارآمدی از طریق حل مسئله گروهی و انجام مراحل خودکارآمدی به صورت نمایش عملی ۳. افزایش خوددباوری (عزت نفس) از طریق مشارکت آموزشی، ۴. ارزشیابی به دو شیوه ارزشیابی فرایندی و برآیندی [۳۱].

گام اول

شامل دو مفهوم شدت و حساسیت درک شده بود. هدف از شدت درک شده (آگاهی و شناخت فرد یا خانواده وی نسبت به وخامت شرایط پیش آمده) این بود که فرد یا خانواده او با شناخت خطرات یا عوارض ناشی از تولد نوزاد نارس، میزان جدی بودن آن را درک و نسبت به آن احساس خطر کنند. هدف از حساسیت درک شده (نگرش فرد یا خانواده نسبت به تولد نوزاد نارس) این است که فرد یا خانواده او با شناخت موقعیت و شرایط پیش آمده، تعریف صحیحی از سلامتی داشته باشند. در این مرحله از طریق ۵-۷ جلسه بحث گروهی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای با توجه به شرایط جسمی، روحی و روانی شرکت کنندگان، دانش و نگرش افراد در مورد ماهیت، تعریف، عوامل خطر، علایم، درمان، مراقبت‌های پزشکی و پرستاری، پیش‌آگهی و عوارض ناشی از تولد نوزاد نارس بررسی شد. این مرحله طی دو جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد.

2. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

زندگی گله دارند و از سویی، این نوزادان به علت نیاز به مراقبت و کنترل سلامت‌شان به والدین وابسته هستند، مهم است که پرسنل مراقبت سلامت به‌ویژه پرستاران به داشتن احساس خوب و کیفیت زندگی والدین نوزادان نارس اهمیت دهند [۲۸]. به همین دلیل یکی از چالش‌های پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، کمک به والدین برای پذیرش نوزادان نارس از طریق افزایش کیفیت مراقبت است. وقتی والدین در امر مراقبت از نوزاد مشارکت داده می‌شوند، ارتباطی مداوم بین والدین و نوزاد ایجاد و آن‌ها از حس بیگانگی خارج خواهند شد و حس مشارکت بر والدین غلبه می‌کند [۲۹].

با توجه به اینکه، بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی والدین نوزادان نارس در ایران کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین، محققین برآن شدند تا مطالعه حاضر را با هدف تأثیر این الگو بر کیفیت زندگی والدین نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در شهر اهواز انجام دهند.

روش بررسی

پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ایران و کسب اجازه و معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی اهواز، این مطالعه نیمه تجربی به صورت قبل و بعد با گروه کنترل، بر روی ۹۰ زوج (پدر و و مادر) سالم دارای نوزاد نارس که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری بودند، انجام شد. نمونه‌ها به صورت مستمر غیر تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل وارد پژوهش شدند. گروه آزمایش، هشت جلسه آموزش توانمندسازی خانواده محور را طی چهار گام با فاصله یک هفته دریافت کردند. معیارهای ورود به پژوهش شامل این موارد بود: عدم حضور والدین در جلسات آموزشی مشابه، توانایی والدین در نوشتن و خواندن، عدم بیماری جسمی و روانی والدین، عدم ناهنجاری جسمی مادرزادی قابل مشاهده برای نوزاد، توانایی والدین برای شرکت در تمام جلسات آموزشی، فرزند اول بودن نوزاد، سن حاملگی نوزاد بین ۳۰ تا ۳۷ هفته، وزن نوزاد بین ۱۰۰۰ تا ۲۴۰۰ گرم و تک قلو بودن نوزاد. معیار خروج نیز این موارد را شامل می‌شد: شرکت نکردن در حداقل یک جلسه آموزشی، قادر نبودن به ادامه مطالعه به دلیل بیماری ناتوان‌کننده، تکمیل نکردن پرسش‌نامه، ایجاد حادثه‌ای خاص مؤثر بر کیفیت زندگی مانند مرگ عزیز، ابتلا به بیماری روحی-روانی و بیماری جسمی خاص و فوت نوزاد.

در این مطالعه توان آزمون برابر هشتاد (در نتیجه $Z_{1-\beta} = 0/84$) و خطای نوع اول را ۵ درصد ($Z_{1-\alpha} = 1/96$) انتخاب شد. همچنین گروه کنترل برابر گروه آزمایش انتخاب می‌شود. از مطالعات مشابه قبلی [۳۰] انحراف معیار مربوط به نمره کیفیت زندگی گروه کنترل ۱۰/۱۴ و در گروه آزمایش ۹/۹۰ و میانگین نمره کیفیت زندگی دو گروه به ترتیب ۲۲/۸ و ۱۸/۱۴ است که بر اساس این

گام دوم

کردن محور کنترل خود بود. ارزشیابی فرآیندی در سرتاسر اجرای الگو دخیل بود و بیمار و عضو فعال خانواده وی در طول انجام مداخله ارزشیابی می‌شدند. افراد با عزت نفس پایین محور کنترل بیرونی (معتقد به شانس و تصادف و تحت تأثیر موقعیت ها و نیروهای پیچیده خارجی بودن) و افراد با عزت نفس بالا محور کنترل درونی (معتقد به خودمدیریتی، حاکم بر سرنوشت خود و کنترل زندگی را از درون دانستن) داشتند. این گام در جلسه پایانی انجام گرفت.

در انتهای مطالعه برای رعایت اخلاق دو جلسه آموزشی به همراه پمفلت‌های آموزشی برای گروه کنترل در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل اطلاعات توسط پرسش‌نامه جمعیت‌شناسی، پرسش‌نامه شدت و حساسیت، پرسش‌نامه خودکارآمدی والدین، پرسش‌نامه عزت نفس و پرسش‌نامه کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان بهداشت جهانی بود که یک‌بار در بدو ورود و بار دیگر یک ماه پس از اتمام جلسات مداخله تکمیل شدند.

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناسی شامل ۱۵ سؤال در خصوص سن و جنس نوزاد، وزن هنگام تولد نوزاد، نام بیمارستان، نوع زایمان، سن مادر و پدر، شغل مادر و پدر، درآمد خانواده، وضعیت مسکن، تحصیلات مادر و پدر، تعداد فرزندان و داشتن سقط است.

پرسش‌نامه شدت شامل ۵ سؤال و حساسیت شامل ۵ سؤال چهار گزینه‌ای است که از منفی ۱ تا ۱ امتیاز بندی شد (کاملاً مخالفم ۱- مخالفم ۰/۵- نظری ندارم ۰، موافقم ۰/۵ و کاملاً موافقم ۱) و در زمینه مفهوم نارسایی و عوارض همراه با آن و نحوه پیشگیری از عوارض، نحوه مراقبت از نوزاد در زمینه نحوه شیردهی و آروغ‌گیری، مراقبت آغوشی، مراقبت از پوست و استحمام نوزاد، شناسایی موارد خطر قابل گزارش به پزشک و پیگیری‌های لازم پس از ترخیص بود. نمره بالاتر نشانه شدت و حساسیت بالاتر بود.

در مطالعه حاضر، روایی محتوای این پرسش‌نامه توسط اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام و پایایی پرسش‌نامه شدت و حساسیت با استفاده از ثبات درونی تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه شدت ۰/۹۰۲ و حساسیت برابر با ۰/۸۹۵ برآورد گردید.

پرسش‌نامه خودکارآمدی والدینی که مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بندورا است توسط بارنز^۳ و همکاران برای اندازه‌گیری میزان خودکارآمدی والدین نوزادان نارس طراحی شد [۳۲]. این پرسش‌نامه دارای چهار خرده مقیاس و بیست گویه: شامل فرآیندهای مراقبتی (۴ گویه)، رفتارهای برانگیزاننده (۷

الگو، خودکارآمدی بود. به این معنی که شخص اعتقاد داشته باشد می‌تواند کار خاصی را انجام دهد و عملاً بتواند کار را به انجام برساند. به عبارتی دیگر، خودکارآمدی به انتظار فرد از خودش و توانایی‌هایش در انجام کاری اشاره دارد. این مفهوم از منابعی همانند توفیق‌ها و شکست‌های افراد، مشاهده موفقیت یا شکست‌های افرادی با وضعیت مشابه و ترغیب کلامی افراد سرچشمه می‌گیرد. به این منظور جلسات حل مسئله به روش گروهی در گروه‌های ۳ تا ۵ نفره برای افراد برگزار شد و افراد شرکت کننده عملاً با مشکلاتشان و فرایند حل مشکل مواجه شدند. افراد با یکدیگر و تحت نظارت مستمر و مستقیم پژوهشگر و با کسب اجازه از فوق تخصص بیماری‌های مزبور با ذکر مثال‌های عینی از وضعیت خود و این که برای بهبود مشکل مشابه با دیگران چه اقدامی انجام داده‌اند به بحث و گفت‌وگو می‌پرداختند. به این ترتیب در انتخاب راه حل‌ها عملاً و به صورت گروهی تبادل نظر می‌شد. این گام در دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به اجرا درآمد.

گام سوم

خودباوری به روش مشارکت آموزشی سومین مرحله اجرای الگوی توانمندسازی‌سازی خانواده محور است. از آنجایی که در الگوی توانمندسازی خانواده محور که متأثر از نگرش سیستمی و تئوری سیستمی خانواده است، خانواده نقش قدرتمندی را در تصمیم‌گیری‌ها ایفا می‌کند و ابعاد کیفیت زندگی متأثر از آن است، افزایش مشارکت و احساس خودکارآمدی آن‌ها ضروری است. برای انجام این مرحله، مادران آموزش‌های دریافتی را پس از هر جلسه به پدران (همسران خود) به صورت حضوری ارائه می‌دادند. پژوهشگر این مرحله را مشاهده و مادران را تشویق می‌کرد. احساس توانستن انجام این کار برای مادران به‌عنوان یک مشوق از طرف خودشان و دریافت تشویق پژوهشگر (پرستار نوزادان) حس خودباوری مادران را ارتقا می‌بخشید و از آنجایی که خودباوری بر خودکارآمدی تأثیر مثبتی دارد و این مرحله نیز ارتقادهنده توانمندی مادران در مرحله خودکارآمدی است، مادران با اشتیاق هرچه بیشتر با خودکارآمدی و خودباوری در راستای توانمندی در طول جلسات پیشرفت می‌کردند. بنابراین مشارکت آگاهانه و مسئولانه‌تر مادران همراه با خودباوری و خودکارآمدی در بهبود نتایج حاصله مؤثر بود. این گام در سه جلسه ۳۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

گام چهارم

ارزشیابی الگوی توانمندسازی خانواده محور بود که شامل دو نوع ارزشیابی است: ارزشیابی فرآیندی و ارزشیابی نهایی. هدف از ارزشیابی فرآیندی تشویق هر چه بیشتر بیمار به سمت درونی

حیطه ذکر شده پرداخته است. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷-۶-۳-۸ سؤال هستند و دامنه نمرات صفر تا صد است [۴۰]. برای هر سؤال مقیاس لیکرت (۵-۱) در نظر گرفته شده است که نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. اعتبارسنجی این ابزار در ایران بر اساس اصول علمی ترجمه توسط نجات و همکاران انجام شد. پایایی و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفت این پژوهشگران پایایی پرسش‌نامه در بعد سلامت فیزیکی را ۰/۷۷ و در بعد روابط اجتماعی ۰/۷۵، در بعد روانشناختی ۰/۷۷ و در بعد سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش و سازگاری درونی را با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بین چهار بعد در گروه بیمار ۰/۷۷ و در گروه سالم ۰/۷۳ برآورد کردند [۴۱].

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند تنظیم جداول توزیع فراوانی- محاسبه شاخص‌های عددی، آمار استنباطی و آزمون‌های کای دو، تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن و از آزمون شاپیرو-ویلک صورت گرفت و برای بررسی پیروی متغیرهای وابسته از توزیع نرمال استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات فردی- اجتماعی افراد شرکت‌کننده نشان داد افراد شرکت‌کننده در دو گروه از نظر فردی و اجتماعی و مشخصات مادری و نوزادی، تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند (جدول شماره ۱ و ۲).

جدول شماره ۳، نشان می‌دهد دو گروه از نظر نمرات توانمندی پایه (خودکارآمدی، عزت نفس، شدت و حساسیت) در زمان قبل از مداخله تفاوت معنادار آماری نداشتند. مقایسه نمرات عزت نفس، حساسیت ($P=0/009$) و شدت ($P=0/001$) را در گروه آزمایش نشان داد این مقادیر به‌طور معناداری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. **جدول شماره ۴** بیانگر افزایش معنادار نمره کلی کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است ($P=0/041$) مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه نیز در **جدول شماره ۴** آورده شده است.

بحث

مطالعه حاضر نشان داد اجرای برنامه توانمندسازی می‌تواند کیفیت زندگی والدین نوزادان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان را بهبود دهد. همان‌طور که ذکر شد مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر این مدل توانمندسازی بر کیفیت زندگی والدین نوزادان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان پرداخته باشد، یافت نشد که از این نظر نوآوری محسوب می‌شود و اکثر مطالعات

گویه)، درک رفتارها یا پیام‌ها (۶ گویه) و باورهای موقعیتی (۳ گویه) است. پاسخ‌ها به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای از کاملاً موافقم (امتیاز ۴) تا کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) و دامنه نمرات از ۲۰ تا ۸۰ متغیر است همه سؤالات به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. کسب امتیاز بالاتر نشانگر خودکارآمدی بالاتر است. بارنزو همکاران پایایی سازگاری درونی ابزار درک خودکارآمدی والدین مادران را ۰/۹۱ به دست آوردند [۳۳]. در ایران نیز، علی‌آبادی و همکاران در یک مطالعه ترجمه و روایی محتوایی این پرسش‌نامه را انجام داده و روایی آن را تأیید کرده‌اند. در این مطالعه، پایایی ابزار از طریق تکمیل پرسش‌نامه توسط بیست نفر از مادران دارای کودک مبتلا به بیماری مزمن که بعداً وارد مطالعه نشدند، محاسبه گردید و مقدار آن ۰/۹۳ به دست آمد [۳۴].

مقیاس عزت نفس روزنبرگ، عزت نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد [۳۵]. این مقیاس که توسط روزنبرگ^۴ و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شده است، ۱۰ عبارت کلی دارد که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس به این ترتیب است: پاسخ موافق به هر یک از عبارت‌های ۱ تا ۵ (+۱)، پاسخ مخالف به هر یک از عبارت‌های ۱ تا ۵ (-۱)، پاسخ موافق به هر یک از عبارت‌های ۶ تا ۱۰ (-۱)، و پاسخ مخالف به هر یک از عبارت‌های ۶ تا ۱۰ (+۱) است. نمرات بالاتر از صفر نشان‌دهنده عزت نفس بالا و نمره کمتر از صفر نشان‌دهنده عزت نفس پایین است (دامنه نمرات بین ۱۰- تا ۱۰+ است [۳۶]. گرینبرگ^۵ و همکاران همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۴ و ضرایب باز آزمایی آن را با بازه زمانی دو هفته، پنج ماه و یک سال به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۷ و ۰/۶۲ گزارش کردند [۳۷]. در ایران رجیبی و همکاران اعتبار این مقیاس را سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۴ برآورد کردند که ضریب همبستگی بین هر یک از ماه‌های مقیاس با نمره کل ۰/۵۶ تا ۰/۷۲ متغیر بود [۳۸]. در مطالعه حاضر پایایی پرسش‌نامه عزت نفس والدین با استفاده از ثبات درونی تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۵۶۸ برآورد گردید.

فرم کوتاه شده و مختصر پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤال سازمان بهداشت جهانی (کیفیت زندگی عمومی سازمان بهداشت جهانی)^۶ است که توسط گروه WHOQOL^۷ در سال ۱۹۹۶ طراحی شد [۳۹]. این پرسش‌نامه در چهار حیطه مرتبط با سلامت مورد بررسی قرار گرفت: حیطه سلامت جسمانی (فیزیکی)، حیطه روانشناختی، حیطه روابط اجتماعی، حیطه محیط زندگی. این پرسش‌نامه حاوی ۲۶ سؤال است که سؤال اول کیفیت زندگی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به‌طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار

4. Rozenberg
5. Greenberger
6. World Health Organization (WHO)
7. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل

P	آماره آزمون	تعداد(درصد)/میانگین±انحراف معیار		سطح	متغیر
		آزمایش (n=۴۵)	کنترل (n=۴۵)		
۰/۷۱۰	t=۰/۳۶۴	۲۹/۴۹±۷/۰۶	۳۰/۰۲±۶/۴۶	مادر	سن
۰/۶۷۲	t=۰/۴۲۵	۳۲/۹۱±۶/۱۷	۳۳/۴۷±۶/۲۴	پدر	
۰/۹۶۰	$\chi^2=۰/۰۸۳$	۶(۱۳/۳)	۶(۱۳/۳)	کارمند	شغل مادر
		۷(۱۵/۶)	۸(۱۷/۸)	آزاد	
		۳۲(۷۱/۱)	۳۱(۶۸/۹)	بیکار	
۰/۴۰۰	۱/۸۳۲	۱۱(۲۴/۴)	۶(۱۳/۳)	کارمند	شغل پدر
		۳۰(۶۶/۷)	۳۴(۷۵/۶)	آزاد	
		۴(۸/۹)	۵(۱۱/۱)	بیکار	
۰/۷۰۶	۰/۶۹۵	۱(۲/۲)	۲(۴/۴)	بیسواد	تحصیلات مادر
		۲۷(۶۰/۰)	۲۹(۶۴/۴)	متوسطه	
		۱۷(۳۷/۸)	۱۴(۳۱/۱)	عالی	
۰/۶۷۸	۰/۷۷۷	۲(۴/۴)	۳(۶/۷)	بیسواد	تحصیلات پدر
		۲۷(۶۰/۰)	۲۳(۵۱/۱)	متوسطه	
		۱۶(۳۵/۶)	۱۹(۴۲/۲)	عالی	
۰/۵۸۹	۱/۰۵۷	۱۶(۳۵/۶)	۱۲(۲۶/۷)	کم	درآمد
		۲۸(۶۲/۲)	۳۱(۶۸/۹)	متوسط	
		۱(۲/۲)	۲(۴/۴)	زیاد	
۰/۶۷۳	۰/۱۷۹	۲۲(۴۸/۹)	۲۰(۴۴/۴)	مستاجر	وضعیت مسکن
		۲۳(۵۱/۱)	۲۵(۵۵/۶)	مالک	

نشریه پرستاری ایران

جدول ۲. مقایسه مشخصات مادری نوزادی در دو گروه آزمایش و کنترل

P	آماره آزمون	تعداد(درصد)/میانگین±انحراف معیار		متغیر	متغیر
		آزمایش	کنترل		
۰/۲۳۹	۱/۲۸۵	۱۰(۲۲/۲)	۱۵(۳۳/۳)	بله	سقط
		۳۵(۷۷/۸)	۳۰(۶۶/۷)	خیر	
۰/۸۲۹	۰/۰۴۷	۱۸(۴۰/۰)	۱۷(۳۷/۸)	طبیعی	نوع زایمان
		۲۷(۶۰/۰)	۲۸(۶۲/۲)	سزارین	
۰/۶۷۰	۰/۱۸۲	۲۵(۵۵/۶)	۲۷(۶۰/۰)	دختر	جنسیت نوزاد
		۲۰(۴۴/۴)	۱۸(۴۰/۰)	پسر	
۰/۵۰۵	۰/۶۶۹	۱۶۷۶/۲۲±۴۶۶/۹۷	۱۷۴۱/۵۵±۴۵۹/۸۰	نوزاد	وزن
۰/۵۹۷	۰/۵۳۰	۳۳/۲۲±۲/۲۳	۳۲/۹۸±۲/۱۴	جنینی	سن

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. مقایسه میانگین توانمندی (حساسیت، شدت و عزت نفس و خودکارآمدی) در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل قبل و بعد از مداخله

P	آماره آزمون من-ویتنی	میانگین \pm انحراف معیار / آماره آزمون (P)		متغیر
		آزمایش	کنترل	
۰/۹۲۳	۰/۰۹۷	۳/۸۰ \pm ۱/۴۷	۳/۸۷ \pm ۱/۲۸	قبل
۰/۰۰۹	۲/۶۲۹	۴/۶۴ \pm ۰/۵۳	۴/۱۱ \pm ۱/۰۰	بعد
		۳/۴۸۸ (< ۰/۰۰۱)	۱/۶۱۰ (۰/۱۰۷)	آماره آزمون ویلکاکسون (P)
۰/۵۵۷	۰/۵۸۸	۳/۴۲ \pm ۱/۸۶	۳/۵۶ \pm ۱/۹۱	قبل
۰/۰۰۱	۳/۳۵۹	۴/۶۴ \pm ۰/۵۸	۳/۹۱ \pm ۱/۰۸	بعد
		۴/۳۸۸ (< ۰/۰۰۱)	۰/۷۷۱ (۰/۴۴۱)	آماره آزمون ویلکاکسون (P)
۰/۱۳۹	۱/۴۹۲	۴/۹۸ \pm ۴/۲۱	۳/۶۹ \pm ۳/۹۸	قبل
۰/۰۰۹	۲/۶۶۸	۷/۷۸ \pm ۲/۶۰	۶/۰۹ \pm ۳/۳۶	بعد
		۴/۰۶۶ (< ۰/۰۰۱)	۳/۷۵۲ (< ۰/۰۰۱)	آماره آزمون ویلکاکسون (P)
۰/۶۶۶	۰/۴۳۲	۱۱/۲۳ \pm ۷/۰۵	۱۲/۴۰ \pm ۴/۸۵	قبل
۰/۲۷۷	۱/۰۸۸	۱۵/۶۶ \pm ۴/۵۶	۱۵/۱۷ \pm ۳/۹۴	بعد
		۳/۹۰۹ (< ۰/۰۰۱)	۵/۲۱۶ (< ۰/۰۰۱)	آماره آزمون ویلکاکسون (P)

نشریه پرستاری ایران

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر کیفیت زندگی افراد مسن با مشکلات ریوی مورد ارزیابی قرار دادند. این پژوهشگران مشاهده کردند استفاده از این الگو گرچه بلافاصله بعد از مداخله توانسته بود بعد فیزیکی کیفیت زندگی را بهبود بخشد، نمره آن بعد از کیفیت زندگی و سه ماه پس از مداخله تفاوت معناداری با نمره آن با قبل از مداخله نداشته است [۴۶]. در مطالعه رضانیان و همکاران (۲۰۱۴) نیز که از الگوی مراقبت خانواده محور بر روی مادران کودکان زیر شش سال مبتلا به عفونت ادراری استفاده شده بود، مشاهده شد استفاده از این الگو در یک و سه ماه بعد از مداخله تأثیر معناداری بر بعد جسمانی کیفیت زندگی نداشته است [۴۷].

در تعیین و مقایسه بعد عملکرد سلامت روانی کیفیت زندگی پدرمادر نوزادان نارس قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج مطالعه نشان داد بعد از مداخله نیز در گروه کنترل افزایش عملکرد روانی چشمگیر رخ نداد، اما در گروه آزمایش، تفاوت معناداری پس از اعمال مداخله در این بعد از کیفیت زندگی مشاهده شد. گرچه تفاوت بین دو گروه کنترل و آزمایش پس از مداخله معنادار نبود است.

اما در مطالعه واندرکرکن^۸ و همکاران (۲۰۱۹) که به بررسی ارتباط بین حمایت خانواده محور بر کیفیت زندگی والدین دارای

که در حوزه توانمندسازی والدین کودکان یا نوزادان انجام شده است توانمندی را به عنوان یک برآیند مورد ارزیابی قرار داده اند [۴۲، ۴۳]. مطالعه حاضر از این نظر نیز جدید و بی سابقه علمی محسوب می شود، زیرا هم ابعاد توانمندی (حساسیت، شدت، خودکارآمدی، عزت نفس را بررسی کرده و هم تأثیر آن بر کیفیت زندگی والدین مد نظر قرار گرفته است. مطالعه حاضر از نظر تأثیر برنامه توانمندسازی بر کیفیت زندگی همسو با مطالعه پیلهور و همکاران (۲۰۱۹) است. به گونه ای که تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر روی کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آرتريت روماتوئید مورد مطالعه قرار داد و مشخص شد استفاده از چنین الگویی توانسته بود همه ابعاد کیفیت زندگی را بهبود بخشد [۴۴]. رستمی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به هموفیلی، به این نتیجه رسیدند که انجام مداخله توانمندسازی موجب افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار است [۴۵]. کلیه مطالعات فوق از نظر افزایش نمره کیفیت زندگی گروه آزمایش با مطالعه حاضر همسو بود؛ در حالی که نتیجه مطالعه در خصوص گروه کنترل، با مطالعه حاضر هم خوانی نداشت. شاید علت این عدم همسویی نمونه های مطالعه باشد؛ چرا که در مطالعه حاضر والدین نوزادان نارس نمونه پژوهش بودند در حالی که در مطالعات فوق خود افراد بیمار نمونه پژوهش در نظر گرفته شدند. مقایسه عملکرد محیطی و روانی در دو گروه بعد از مداخله معنادار نشد. تبری و همکاران (۲۰۱۸) نیز

8. Vanderkerken

جدول ۴. مقایسه میانگین کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل قبل و بعد از مداخله

P	اماره آزمون تی دو گروه مستقل	میانگین \pm انحراف معیار / اماره آزمون (P)		ابعاد
		گروه آزمایش	گروه کنترل	
۰/۸۳۴	۰/۲۱۰	۶۰/۲۸ \pm ۱۲/۸۶	۵۹/۷۲ \pm ۱۲/۱۸	قبل
۰/۲۳۰	۱/۲۰۸	۶۴/۵۳ \pm ۱۲/۱۴	۶۱/۶۷ \pm ۱۰/۳۴	بعد
		(۰/۰۳۲) ۲/۰۹۶	(۰/۲۳۸) ۱/۱۹۶	اماره آزمون تی زوجی (P)
۰/۴۷۱	۰/۷۲۵	۵۷/۴۳ \pm ۱۲/۱۱	۵۹/۳۱ \pm ۱۲/۳۴	قبل
۰/۱۲۷	۱/۵۰۱	۶۹/۵۱ \pm ۱۳/۶۲	۶۵/۲۸ \pm ۱۳/۱۴	بعد
		($<0/001$) ۵/۵۴۴	($<0/001$) ۴/۲۹۷	اماره آزمون تی زوجی (P)
۰/۴۶۲	۰/۷۳۹	۶۰/۳۲ \pm ۱۶/۰۱	۵۷/۹۴ \pm ۱۲/۵۰	قبل
۰/۰۹۰	۱/۷۱۶	۶۲/۹۴ \pm ۱۲/۳۱	۵۸/۴۹ \pm ۱۲/۲۶	بعد
		(۰/۲۷۴) ۱/۱۰۷	(۰/۷۱۳) ۰/۳۷۰	اماره آزمون تی زوجی (P)
۰/۸۱۰	۰/۲۴۰*	۶۶/۴۸ \pm ۲۰/۹۱	۶۷/۹۶ \pm ۲۰/۸۷	قبل
۰/۰۸۵	۰/۷۳۳*	۷۶/۳۰ \pm ۱۸/۸۸	۷۰/۰۰ \pm ۱۷/۱۷	بعد
		(۰/۰۰۳) ۲/۹۲۵**	(۰/۲۹۹) ۱/۰۳۸**	اماره آزمون ویلکاکسون (P)
۰/۹۶۵	۰/۰۴۴	۶۱/۱۳ \pm ۱۱/۹۲	۶۱/۳۳ \pm ۱۰/۶۲	قبل
۰/۰۴۱	۲/۰۷۰	۶۸/۳۲ \pm ۱۱/۰۳	۶۳/۸۶ \pm ۹/۳۴	بعد
		($<0/001$) ۳/۷۶۶	(۰/۰۰۳) ۳/۱۶۸	اماره آزمون تی زوجی (P)

نشریه پرستاری ایران

* آزمون من-ویتنی، ** آزمون ویلکاکسون. بقیه آزمون‌ها، آزمون تی دو گروه مستقل و تی زوجی است.

عملکرد اجتماعی نسبت به افراد سالم در سطح جهان پایین بوده و تفاوت آن‌ها معنادار است [۴۹].

هرچند کرسپو^۱ و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی ارتباط مدل توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت و رضایت از زندگی پرداخته بودند دریافتند هیچ‌یک از ابعاد مراقبت خانواده محور با کیفیت زندگی ارتباط معناداری نداشته است [۴۵]. تیموری و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای که تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به آسم را مورد ارزیابی قرار دادند، مشاهده کردند استفاده از این الگو تأثیر چندانی بر روی افراد گروه آزمایش نداشته است. گرچه این تأثیر کم، موجب معناداری دو گروه کنترل و مداخله شده بود [۵۰].

نتایج مقایسه نمره خودکارآمدی پدر/مادر نوزادان نارس در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان داد در ابتدا بین دو گروه از لحاظ نمره خودکارآمدی تفاوت معناداری جود ندارد، ولی با گذشت زمان و پس از چندین مرتبه تماس با نوزاد و قرار گرفتن در محیط، خودکارآمدی والدین افزایش می‌یابد،

9. Crespo

کودک با معلولیت ذهنی پرداخته شده بود، مشاهده شد استفاده از این الگو می‌تواند تأثیر بسزایی در بهزیستی روان این والدین داشته باشد [۴۴]. ممکن است علت عدم تطابق نتایج در تفاوت ماهیت مشکلات نوزاد نارس یا الگوی توانمندسازی استفاده شده باشد که در این زمینه باید تحقیقات بیشتری صورت گیرد. در مطالعه دیگری، عظیمی و همکاران (۲۰۱۸) استفاده از این الگو را در بزرگسالان با بیماری مزمن مورد بررسی قرار دادند و نتیجه مشابه با نتیجه مطالعه فوق مشاهده شد [۴۸]. نتایج مطالعات فوق، با نتیجه مطالعه حاضر ناهمسو بوده است. گرچه در مطالعه حاضر نیز مداخله موجب بهبود عملکرد اجتماعی والدین شده بود، این تفاوت نسبت به گروه کنترل معنادار نبوده است که خود ضرورت اعمال مداخله‌های بیشتر و طولانی‌تر را نشان می‌دهد. هرچند باید در نظر داشت والدین نوزاد نارس به‌طور ناگهانی دچار تغییر بزرگی در سبک و شیوه زندگی شده و مسلماً همین افزایش معنادار بعد از مداخله می‌تواند ارزش بالینی مطلوبی داشته باشد. همسو با مطالعه حاضر، مدانلو و همکاران (۲۰۱۹) که عملکرد عمومی خانواده‌ها به عنوان پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان را مورد ارزیابی قرار دادند، دریافتند کیفیت زندگی این والدین در برخی ابعاد از جمله بعد

مشکل را تا حد امکان کاهش دهد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد الگوی توانمندسازی خانواده محور موجب بهبود برخی فاکتورهای کیفیت زندگی شده است، اما برای نتیجه‌گیری قطعی در این زمینه به مطالعات بیشتر نیاز است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده در زمینه تقویت برنامه توانمندسازی خانواده محور در ابعادی که اثرگذاری کمتری داشته است، مطالعات بیشتری انجام دهند. همچنین استفاده از برنامه توانمندسازی خانواده محور برای توانمندسازی مادران باردار با احتمال زایمان زودرس و بررسی اثرگذاری آن پس از زایمان مورد بررسی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS. REC.1394.165 مجوز گرفته شد و اجازه و معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی اهواز کسب شده است.

حامی مالی

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول، گروه پرستاری نوزادان و کودکان، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران استخراج شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، نرم‌افزار، اعتبارسنجی، تحلیل رسمی، تحقیق، منابع، نگارش دارند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

اما از آن جا که تفاوت معناداری بین گروه کنترل و آزمون پس از مداخله مشاهده نشد، این خودکارآمدی را نمی‌توان با آموزش مراقبت خانواده محور مرتبط دانست؛ هرچند این افزایش در گروه آزمایش بیشتر دیده شد، این تفاوت معنادار نبود.

رجبی و همکاران (۲۰۱۶)، مطالعه‌ای با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر روی مادران دارای کودک مبتلا به آسم انجام دادند. نتیجه این مطالعه نشان‌دهنده افزایش نمره خودکارآمدی گروه آزمایش نسبت به قبل از مداخله بود [۵۱]. نتایج مشابهی در مطالعه آتش‌زاده-شوریده (۲۰۱۷) نیز که در زمینه تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران دیابتی انجام شده بود، به دست آمد [۵۲]. در مطالعه لیو^۱ و همکاران نیز که به بررسی استراتژی توانمندسازی بر خودکارآمدی والدین نوزادان نارس صورت گرفته بود، نتیجه مشابهی با مطالعه حاضر دیده شد. در این مطالعه نیز افزایش نمره خودکارآمدی در هر دو گروه آزمایش و کنترل طی گذر زمان دیده شده است و این افزایش برای هر دو گروه از نظر آماری معنادار بود [۵۳].

نتایج مقایسه نمره عزت نفس پدر/مادر نوزادان نارس در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد این مقیاس پس از مداخله در هر دو گروه افزایش معناداری داشته و نشان‌دهنده افزایش عزت نفس والدین طی گذر زمان است. با این حال، این افزایش در گروه آزمایش چشمگیرتر به نظر می‌رسید و این تفاوت پس از مداخله بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه آزمایش معنادار بود.

هدایتی و همکاران (۲۰۱۵) مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر اجرای مدل توانمندسازی خانواده محور بر عزت نفس افراد مسن مبتلا به فشار خون بالا انجام دادند. طی این مطالعه میزان عزت نفس شرکت‌کنندگان، در سه مرحله قبل، یک هفته بعد و یک و نیم ماه بعد اندازه‌گیری شد. نتایج پژوهش نشان داد، عزت نفس شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در گذر زمان تفاوت آماری معناداری داشت [۵۴]. در مطالعه تیموری و همکاران (۲۰۱۷) نیز افزایش عزت نفس در گروه آزمایش طی زمان مشاهده نشده است [۵۵].

محدودیت‌هایی در این پژوهش وجود داشت که بیشتر شامل مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و مادران دارای مشکل پزشکی می‌شد که خود موجب کاهش حوصله و توان یادگیری در آن‌ها شده بود که پژوهشگر سعی کرد با فراهم کردن محیطی آرام و دوستانه و با تمام صبر و حوصله نکات لازم را آموزش دهد. دسترسی به پدران به علت محدود بودن ساعات ملاقات سخت بوده است که پژوهشگر سعی کرد با برقراری تماس تلفنی و تعیین وقت ملاقات این

References

- [1] Armanian AM, Barekattain B, Sohrabi F, Salehimehr N, Mansourian M. The prevalence of complications of prematurity among 1000 newborns in Isfahan, Iran. *Adv Biomed Res.* 2019; 8(12). [DOI:10.4103/abr.abr_84_18] [PMID] [PMCID]
- [2] Vercruyse J, Mekasha S, Stropp LM, Moroney J, He X, Liang Y, et al. Chlamydia trachomatis infection, when treated during pregnancy, is not associated with preterm birth in an urban safety-net hospital. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2020; 2020: 8890619. [DOI:10.1155/2020/8890619] [PMID] [PMCID]
- [3] Ghaderighafarokhi S, Sadeghifar J, Mozafari M. A model to predict low birth weight infants and affecting factors using data mining techniques. *J Basic Res Med Sci.* 2018; 5(3):1-8. [DOI:10.29252/jbrms.5.3.1]
- [4] Alinejad-Naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study. *Health Care Women Int.* 2021; 42(4-6):815-35. [DOI:10.1080/07399332.2020.1797040] [PMID]
- [5] Dalir M, Mashouf S, Esmailpourzanjani S. [The effect of spiritual self-care education on the care burden of mothers with children hospitalized in intensive care units for open heart surgery (Persian)]. *Complement Med J.* 2020; 10(1):34-45. [DOI:10.32598/cmja.10.1.866.1]
- [6] Rasti M, Aliabadi F F, Shafarodi N, Rafiee F, Kalani M. [Specification of the educational needs of parents with premature infants admitted to neonatal intensive care unit (Persian)]. *J Mod Rehabil.* 2014; 8(4):21-9. <http://mrj.tums.ac.ir/article-1-5170-en.html>
- [7] Rinehimer MA. Investigating the needs of parents of premature infants' interaction in the neonatal intensive care unit. New Jersey: Seton Hall University; 2017. <https://scholarship.shu.edu/dissertations/2311/>
- [8] Petersen IB, Quinlivan JA. Fatherhood too soon. Anxiety, depression and quality of life in fathers of preterm and term babies: A longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2020; 42(2):162-7. [DOI:10.1080/0167482X.2020.1808620] [PMID]
- [9] Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Alves E. Quality of life among parents of preterm infants: A scoping review. *Qual Life Res.* 2018; 27(5):1119-31. [DOI:10.1007/s11136-017-1771-6] [PMID]
- [10] Fumincelli L, Mazzo A, Martins JCA, Mendes IAC. Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nurs Ethics.* 2019; 26(1):61-70. [DOI:10.1177/0969733016689815] [PMID]
- [11] Skevington SM, Epton T. How will the sustainable development goals deliver changes in well-being? A systematic review and meta-analysis to investigate whether WHOQOL-BREF scores respond to change. *BMJ glob health.* 2018; 3(Suppl 1):e000609. [DOI:10.1136/bmjgh-2017-000609] [PMID] [PMCID]
- [12] Hill PD, Aldag JC. Maternal perceived quality of life following childbirth. *J Obstet, Gynecol Neonatal Nurs.* 2007; 36(4):328-34. [DOI:10.1111/j.1552-6909.2007.00164.x] [PMID]
- [13] Amorim M, Alves E, Kelly-Irving M, Ribeiro AI, Silva S. Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: A mixed methods study. *Health qual life Outcomes.* 2018; 16(1):178. [DOI:10.1186/s12955-018-1011-y] [PMID] [PMCID]
- [14] Moura MR, Araújo CGA, Prado MM, Paro HB, Pinto RM, Abdallah VO, et al. Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: A 3-year follow-up study. *Qual Life Res.* 2017; 26(5):1349-60. [DOI:10.1007/s11136-016-1456-6] [PMID]
- [15] Santos Jr H, Yang Q, Docherty SL, White-Traut R, Holditch-Davis D. Relationship of maternal psychological distress classes to later mother-infant interaction, home environment, and infant development in preterm infants. *Res Nurs Health.* 2016; 39(3):175-86. [DOI:10.1002/nur.21719] [PMID] [PMCID]
- [16] Khanjari S, Mosavipoor S, Oskouie F, Haghani H. [Quality of life and sense of coherence in the mothers with term and preterm infants (Persian)]. *Iran J Nurs.* 2017; 30(106):57-67. [DOI:10.29252/ijn.30.106.57]
- [17] Zareinejad S, Norouzi K, Saajedi F, Rahgooy A, Norouzi M, Hemmati A. [Evaluation of the relationship between self-efficacy and quality of life in mothers with preterm Infants in Kamali hospital of Karaj, Iran, 2015 (Persian)]. *Iran J Rehabil Res.* 2018; 4(3):54-61. <http://ijrn.ir/article-1-246-en.html>
- [18] Haddad S, Dennis C-L, Shah PS, Stremmler R. Sleep in parents of preterm infants: A systematic review. *Midwifery.* 2019; 73:35-48. [DOI:10.1016/j.midw.2019.01.009] [PMID]
- [19] Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. [The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents (Persian)]. *Iran J Pediatr.* 2007; 17(s1):87-94. <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/58441/1/pe07026.pdf>
- [20] Mahmoud FK, Mahmoudirad GH, Shahraki E. The Effect of Family-Centered Empowerment on the Life of Patients with Asthma. *J Med Res Health Sci.* 2019; 4(2):22-31. <https://sciar-ena.com/storage/models/article/kV2H0qH4TaezVia.pdf>
- [21] Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili S, et al. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients family care givers (Persian)]. *Iran J Nurs Res.* 2012; 7(27):32-43. http://ijnr.ir/browse.php?a_code=A-10-1-92&slc_lang=en&sid=1
- [22] Meiers SJ, Eggenberger SK, Krumwiede N. Development and implementation of a family-focused undergraduate nursing curriculum: Minnesota state university, Mankato. *J Fam Nur.* 2018; 24(3):307-44. [DOI:10.1177/1074840718787274] [PMID]
- [23] Rajaei A, Jensen JF. Empowering patients in integrated behavioral health-care settings: A narrative approach to medical family therapy. *Fam J.* 2020; 28(1):48-55. [DOI:10.1177/1066480719893958]
- [24] Funk LM, Stajduhar KI, Giesbrecht M, Cloutier D, Williams A, Wolse F. Applying the concept of structural empowerment to interactions between families and home-care nurses. *Nurs Inq.* 2020; 27(1):e12313. [DOI:10.1111/nin.12313] [PMID]
- [25] Moradi H, Borimnejad L, Seyed Fatemi N, Haghani H, Moradi M. The effect of the empowerment program on the chronic sorrow of the parents of premature newborn in neonatal intensive care units. *Iran J Nurs.* 2019; 32(121):94-106. [DOI:10.29252/ijn.32.121.94]
- [26] Sajadi H, Akhoundzadeh G, Hojjati H. The effect of empowerment program on participation of mothers with premature in-

- fants hospitalized in neonatal intensive care unit of Sayyed Shiraazi hospital in Gorgan, in 2018. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2020; 14(2):1269-76. [file:///C:/Users/m.jamshidi/Downloads/ojsadmin,+274.pdf](http://C:/Users/m.jamshidi/Downloads/ojsadmin,+274.pdf)
- [27] Rezvani A. [The implementation of empowerment program to promote hope in parents of preterm infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in 2019: Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences (Persian)] [MA thesis]. Kerman: Kerman University of Medical Sciences; 2020. <http://eprints.kmu.ac.ir/34984/1/7856.pdf>
- [28] Montirosso R, Tronick E, Borgatti R. Promoting neuroprotective care in neonatal intensive care units and preterm infant development: Insights from the neonatal adequate care for quality of life study. *Child Dev Perspect.* 2017; 11(1):9-15. [DOI:10.1111/cdep.12208]
- [29] Jaekel J, Pluess M, Belsky J, Wolke D. Effects of maternal sensitivity on low birth weight children's academic achievement: A test of differential susceptibility versus diathesis stress. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015; 56(6):69 3-701. [DOI:10.1111/jcpp.12331] [PMID]
- [30] Allahyari A, Alhani F, Kazemnejad A, Izadyar. [The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of school-age B-thalassemic children (Persian)]. *Iran J Pediatr.* 2006; 16(4):455-61. <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/58351/1/pe06061.pdf>
- [31] Pilevar N, Ramezani M, Malek A, Behnam Vashani H. Effect of implementing family-centered empowerment model on the quality of life in school-age children diagnosed with rheumatoid arthritis. *Evid Based Care J.* 2019; 9(2):65-73. [DOI:10.22038/ebcj.2019.39702.2046]
- [32] Barnes CR, Adamson-Macedo EN. Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool: Development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. *J Adv Nurs.* 2007; 60:550-60. [DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04445.x] [PMID]
- [33] Aliabadi F, Borimnejad L, Kamali M, Rassafiani M, Nazi S. Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP SE) tool: Translation and face validation with Iranian mothers of hospitalized preterm neonates. *Iran Rehabil J.* 2013; 11:7-10. https://applications.emro.who.int/imemrf/Iran_Rehabil_J/Iran_Rehabil_J_2013_11_Special_Issue_7_10.pdf
- [34] Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* New Jersey: Princeton university press; 2015. [DOI:10.1515/9781400876136]
- [35] Morris Rosenberg, Ciarrochi J, L B. *Rosenberg Self-Esteem scale (RSE).* Wollongong-Australia: University of Wollongong; 1995. 332 p.
- [36] Rosenberg M. *Rosenberg self-esteem scale (RSE).* In: Ciarrochi J, Bilich L, editors. *Acceptance and commitment therapy. Measures package: Process measures of potential relevance to ACT.* Wollongong: University of Wollongong; 2006. https://www.google.com/books/edition/Acceptance_and_Commitment_Therapy_Measur/JDENjwEACAAJ?hl=en
- [37] Greenberger E, Chen C, Dmitrieva J, Farruggia SP. Item-wording and the dimensionality of the rosenberg self-esteem scale: Do they matter? *Personal individ dif.* 2003; 35(6):1241-54. [DOI:10.1016/S0191-8869(02)00331-8]
- [38] Rajabi Gh, Behlool N. [Assessing the reliability and validity of rosenberg self-esteem scale of first year students of Shahid Chamran University (Persian)]. *Educ Psychol Res.* 2007; 3(2):33-48. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=138197>
- [39] WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version, December 1996. Geneva: World Health Organization; 1996. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1>
- [40] WHOQOL User Manual: Programme on mental health. Geneva: World Health Organization; 1998. <https://books.google.com/books?id=3HMJtwAACAAJ&dq=WHOQOL+User+Manual&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwirwcrnPr1AhWqQvEDHdAoCrMQ6AF6BAGDEAE>
- [41] Nejat S, Montazeri A, K. H. [Standardization of WHO's life quality questionnaire; Translation & psychometry of the Iranian type (Persian)]. *J Health Fac Health Res.* 2006; 4(4):1-12. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html>
- [42] Gill FJ, Wilson S, Aydon L, Leslie GD, Latour JM. Empowering parents of australian infants and children in hospital: Translation, cultural adaptation, and validation of the empowerment of parents in the intensive care-30-AUS questionnaire. *Pediatr Crit Care Med.* 2017; 18(11):e506-e13. [DOI:10.1097/PCC.0000000000001309] [PMID]
- [43] Vanderkerken L, Heyvaert M, Onghena P, Maes B. The relation between family quality of life and the family-centered approach in families with children with an intellectual disability. *J Policy Pract Intellect Disabil.* 2019; 16(4):296-311. [DOI:10.1111/jppi.12317]
- [44] Crespo C, Santos S, Tavares A, Salvador Á. "Care that matters": Family-centered care, caregiving burden, and adaptation in parents of children with cancer. *Fam Syst Health.* 2016; 34(1):31-40. [DOI:10.1037/fsh0000166] [PMID]
- [45] McDonald CM, Haberman D, Brown N. Self-efficacy: Empowering parents of children with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros.* 2013; 12(5):538-43. [DOI:10.1016/j.jcf.2012.11.014] [PMID]
- [46] Tabari F, Pedram Razi S, Asadi Gharabaghi M, Torabi S, Mehran A, Mohamadinejad F, et al. Effect of education based on family-centered empowerment model on the quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Med Sci.* 2018; 22(91):301-11. http://www.discovery-journals.org/medicalsecience/current_issue/v22/n91/A8.pdf
- [47] Ramazanian Z, Alhani F, Anoosheh M. [The effect of family centered empowerment model on mothers' qol of girls under six years old with uti (Persian)]. *J Health Promot Manage.* 2014; 3(3):7-15. <http://jhpm.ir/article-1-259-en.html>
- [48] Vahedian-Azimi A, Rahimi Bashar F, Amini H, Salesi M, Alhani F. [Effect of family-centered empowerment model on quality of life in adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis study (Persian)]. *J Hayat.* 2018; 24(2):152-73. <https://hayat.tums.ac.ir/article-1-2451-en.pdf>
- [49] Modanloo S, Rohani C, Farahani AS, Vasli P, Pourhosseingholi A. General family functioning as a predictor of quality of life in

- parents of children with cancer. *J Pediatr Nurs.* 2019; 44:e2-e8. [DOI:10.1016/j.pedn.2018.08.013] [PMID]
- [50] Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of the family-centered empowerment model on the quality of life in parents of children with asthma (Persian)]. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2014; 22:5-14. <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1150-en.pdf>
- [51] Rajabi R, Forozy M, Fuladvandi M, Eslami H, Asadabady A. [The effect of family-centered empowerment model on the knowledge, attitudes and self-efficacy of mothers of children with asthma (Persian)]. *J Nurs Educ.* 2016; 5(4):41-50. [DOI:10.21859/jne-05046]
- [52] Atashzadeh_Shoorideh H, Arshi S, Atashzadeh_Shoorideh F. [The effect of family-centered empowerment model on the life style, self-efficacy and HbA1C of diabetic patients (Persian)]. *Iran J Endocrinol Metab.* 2017; 19(4):244-51. <http://ijem.sbm.ac.ir/article-1-2258-en.html>
- [53] Liu CH, Chao YH, Huang CM, Wei FC, Chien LY. Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *J Clin Nurs.* 2010; 19(11-12):1729-37. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2009.03082.x] [PMID]
- [54] Hedayati B. The effect of implementation of family-centered empowerment model on the self-esteem of the old people with hypertension. *J Educ Health Promot.* 2015; 4:74. [DOI:10.4103/2277-9531.171787] [PMID][PMCID]
- [55] Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on self-efficacy and self-esteem of the children with asthma. *Prev Care Nurs Midwifery J.* 2017; 7(1):18-26. <https://zums.ac.ir/nmcjournal/article-1-452-en.pdf>

This Page Intentionally Left Blank
