

## بررسی تأثیر آموزش مادران باردار مبتلا به پره اکلامپسی بر سلامت نوزاد آنها:

### یک مطالعه کارآزمایی بالینی

دکتر فاطمه شبیری<sup>۱</sup>، فریبا دوستی<sup>۲</sup>، دکتر خدایار عشوندی<sup>۱\*</sup>، دکتر علیرضا سلطانیان<sup>۳</sup>، دکتر صغری ربیعی<sup>۴</sup>

۱- مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳- مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیر واگیر، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴- استاد گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۷

دریافت: ۹۳/۱۲/۱۳

#### چکیده:

**مقدمه:** پره اکلامپسی با مرگ و میر بالایی همراه است. گرچه ماهیت ناشناخته آن پیش بینی و پیشگیری بیماری را با مشکل مواجه ساخته، اما با آموزش خودمراقبتی می توان از بروز برخی مشکلات و عوارض جنینی جلوگیری نمود. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی مادران باردار مبتلا به پره اکلامپسی بر سلامت نوزاد آنها صورت گرفته است.

**روش کار:** در این کار آزمائی بالینی ۶۰ بیمار مبتلا به پره اکلامپسی بطور تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند. چهار جلسه آموزشی برای گروه مداخله انجام شد و تا پایان بارداری تحت پیگیری قرار گرفتند. گروه کنترل مراقبت های روتین بخش را دریافت نمودند. فرم های جمع آوری داده ها به صورت قبل و بعد در هر دو گروه تکمیل گردید. داده ها با نرم افزار SPSS/16 و آزمون های آماری t مستقل، من ویتنی، کای اسکوئر و تی زوجی تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته ها:** اختلاف نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول با میانگین و انحراف معیار  $8/3 \pm 0/8$  در گروه کنترل و  $8/6 \pm 1/5$  در گروه آزمون ( $P > 0/05$ ) و اختلاف وزن نوزادان با میانگین و انحراف معیار  $2773/5 \pm 650$  گرم در گروه کنترل و  $2973/9 \pm 625/6$  گرم در گروه آزمون معنادار نبود ( $P = 0/2$ ). اما اختلاف نمره آپگار نوزاد در دقیقه پنجم بین دو گروه کنترل و آزمون معنادار بوده است ( $P = 0/03$ ).

**نتیجه نهایی:** آموزش مادران باردار مبتلا به پره اکلامپسی به عنوان یک مداخله پرستاری در جهت ارتقاء سلامت نوزاد آنان و افزایش نمره آپگار نوزاد پیشنهاد می گردد.

**کلیدواژه ها:** پره اکلامپسی / مداخله آموزشی / نوزاد

\*نویسنده مسئول: دکتر خدایار عشوندی؛ مرکز تحقیقات مراقبتهای مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

Email: oshvandi@umsha.ac.ir

**مقدمه:**

دوران بارداری، یکی از مهمترین مراحل زندگی یک زن است، اما اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می‌آید. در مامایی نوین اختلالات فشارخون بارداری، طیف وسیعی از اختلالات است که شامل افزایش فشارخون ناچیز تا پرفشاری شدید خون به همراه عملکرد نامناسب ارگانهای مختلف می‌باشد (۱ و ۲). پره اکلامپسی یک اختلال مولتی سیستم است که به طور بالینی با هیپرتانسیون و پروتئینوری، با یا بدون علائم همراه، نتایج آزمایشگاهی مختل، محدودیت در رشد داخل رحمی و یا کاهش حجم مایع آمنیوتیک بعد از هفته ۲۰ حاملگی مشخص می‌شود و از عوارض شایع حاملگی می‌باشد. اختلالات هیپرتانسیون به همراه خونریزی و عفونت، به عنوان تریاد مرگ آور دوران حاملگی مادر و جنین در سراسر جهان به شمار می‌رود (۷-۳).

عوارض جنینی و نوزادی فشار خون در حاملگی متعدد و مهم هستند که شامل تاخیر رشد داخل رحمی، مرگ داخل رحمی، زایمان زودرس و بستری در بخش مراقبت-های ویژه می‌باشد لذا این دسته از بیماری‌ها جزء گروهی از بیماری‌های هائی است که مبحث پیشگیری در مورد آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار می‌باشد (۵).

خودمراقبتی انجام رفتاری است که سبب حفظ حیات، سلامتی و بهبود فرد می‌شود. خود مراقبتی مفهوم اصلی مراقبت سلامت و به عنوان فلسفه زیر بنائی پرستاری است (۸). خود مراقبتی یکی از مفاهیم کلیدی الگوی اورم است وی معتقد است که افراد باید خودکفا بوده و مسئول مراقبت از خود و خانواده خود باشند (۹). نظریه اورم می‌تواند چهارچوبی برای طراحی مداخلات پرستاری نظیر ارائه اطلاعات به بیمار و خانواده در مورد نحوه خود مراقبتی در مادران باردار مبتلا به پره اکلامپسی باشد. که بخشی از سیستم پرستاری آموزشی-حمایتی محسوب می‌شود (۱۰).

سیستم آموزشی-حمایتی، رویکردی بیمار محور و فردی و عامل کلیدی در برنامه های خود مدیریتی است هنگامی که میزان فراگیری بیماران به حداکثر می‌رسد توانائی‌های آنان برای تصمیم گیری و عمل افزایش می‌یابد. از این رو هدف از آموزش بیمار، کمک برای به عهده گرفتن مسئولیت بیش تر جهت مراقبت از خود است. ارائه سیستم آموزش-حمایتی علاوه بر افزایش دانش و مهارت

بیماران سبب برقراری ارتباط موثر با بیمار و کاهش هزینه درمان می‌گردد (۱۱). لذا با توجه به اهمیت فعالیت خود مراقبتی مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش خود مراقبتی مادران باردار مبتلا به پره اکلامپسی بر سلامت جنین آنها انجام یافته است.

**روش کار:**

پژوهش حاضر یک کار آزمائی بالینی شاهددار تصادفی است که با شرکت ۶۰ بیمار مبتلا به پره اکلامپسی در بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۹۲ انجام گردید. بیماران دارای معیارهای ورود، با روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص بیماری پره اکلامپسی با تشخیص پزشک، سن حاملگی بالای ۲۰ هفته، نداشتن بیماری زمینه‌ای قلبی-عروقی، تک قلو بودن جنین، عدم وجود بیماری روانی و سکونت در شهر همدان جهت شرکت در جلسات آموزشی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: تشدید وضعیت بیماری و تبدیل به بیماری اکلامپسی و مرگ بیمار در نظر گرفته شد.

با توجه به بررسی متون (۱۲) مشاهده گردید که به طور متوسط استفاده از برنامه خودمراقبتی حدود ۲۶٪ کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و بدون بکارگیری مراقبت میزان افزایش کیفیت زندگی به طور متوسط حدود ۱۰٪ افزایش می‌یابد. حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری و با سطح خطای نوع اول ۵٪، توان آزمون ۹۰٪ و ضریب تاثیر ۲۶٪ حداقل به ۲۹ بیمار در هر گروه محاسبه شد که در هر گروه ۳۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفت.

جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که شامل اطلاعاتی در زمینه تحصیلات، شغل، شغل همسر، وضعیت اقتصادی، سن، سن بارداری اول، سن بارداری، وزن قبل بارداری، وزن فعلی، تعداد بارداری، تعداد زایمان، نوع زایمان قبلی، سابقه سقط قبلی، تعداد سقط قبلی، وجود مشکل یا بیماری در بارداری قبلی، سابقه مرگ داخل رحمی، سابقه بستری در بخش مراقبت های ویژه می باشد استفاده شد. با استفاده از پرسشنامه توان خود مراقبتی خاص بیماران پره اکلامپسی (محقق ساخته) قبل از اجرای سیستم آموزشی - حمایتی طبق الگوی اورم، توسط هر دو گروه مورد مطالعه سنجیده شد. گروه آزمون علاوه بر مراقبت معمول، تحت آموزش با سی دی و آموزش چهره به چهره و گروه کنترل تحت آموزش روتین بخش

بارداری، ریسک فاکتورهای متفاوت و عوامل خطر ساز در افراد شامل نولی پاریتی، سابقه قبلی به پره‌اکلامپسی و فشارخون بالا بود و سه علامت اصلی بیماری شامل فشارخون بالا و پروتئینوری و افزایش وزن شرح داده شد و از بیمار درخواست شد تعریفی از فشارخون داشته باشد و اینکه چگونه و چه زمانی آن را بررسی و کنترل نماید و میزان طبیعی و غیر طبیعی آن و زمان فوری مراجعه جهت کنترل اورژانسی یا سرپایی را بشناسد. در صورت امکان تهیه دستگاه فشارسنج در منزل توسط خود یا فردی که مهارت لازم را دارد در ساعات متفاوتی فشارخون خود را بررسی و موارد غیر طبیعی را گزارش نماید. بر اهمیت بالا بودن فشارخون دیاستولی نیز تاکید گردید، در مورد شرایط صحیح کنترل آن از قبیل: نداشتن استرس، اخذ حداقل نیم ساعت قبل از مصرف غذا و در حالت استراحت، با بازوی و پوزیشن ثابت آموزش داده شد.

جهت بررسی پروتئینوری برای هر فرد با توجه به هفته های باقیمانده تا زمان زایمان تست نواری ادرار ارائه گردید و نحوه استفاده از آن (تغییر رنگ، زمان صحیح چک آن و...) به طور هفتگی جهت تعیین شدت پروتئینوری آموزش داده شد. نحوه اندازه گیری صحیح وزن در ساعت مشخص روز و عوارض بیماری بر روی خود و جنین آموزش داده شد. توصیه‌های لازم مبنی بر مراجعه منظم به پزشک معالج و پیگیری دستورات ایشان و انجام سونوگرافی منظم جهت کنترل وضعیت جنین، نحوه مصرف داروهای تجویزی احتمالی و رعایت رژیم غذایی کم نمک، پرپروتئین و پرکالری، مصرف یا عدم مصرف برخی از مواد غذایی و داروها، ادامه مصرف اسید فولیک و آهن، اهمیت استراحت کافی و حفظ آرامش روحی و داشتن پوزیشن‌های مناسب و نحوه فعالیت نیز انجام شد. از بیمار با پاسخ به سوالات، رفع نگرانی‌ها راهنمایی و تشویق جهت پیگیری انجام فعالیت‌های خود مراقبتی حمایت می‌شد. و در انتهای بارداری فرم مربوط به خودمراقبتی و فرم مربوط به زایمان تکمیل گردید.

با استفاده از نرم افزار آماری *SPSS/16* و شاخص‌های آماری مانند میانگین، و انحراف معیار داده‌های جمع آوری شده توصیف و از آزمون‌های *t* مستقل و زوجی، من ویتنی، کای اسکور برای مقایسه میانگین نمرات استفاده شده است. سطح معنی‌داری آماری آزمونها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

قرار گرفتند، بعد از زایمان مجدداً پرسشنامه سنجش توان خودمراقبتی توسط آنها تکمیل گردید. این پرسشنامه سطح آگاهی (دانش)، تمایل به خودمراقبتی (نگرش) و مهارت (رفتار) خودمراقبتی را بررسی می‌کند و میزان اطلاعات در هر سطح مورد بررسی قرار گرفت.

ادرا ۲۴ ساعته از نظر پروتئینوری و آخرین سونوگرافی بیمار بررسی گردید. پرسشنامه اطلاعات مربوط به زایمان مادر: نوع زایمان، وضعیت نوزاد، وضعیت زایمان (زودرس یا دیررس)، وضعیت مادر بعد زایمان، نمره آپگار نوزاد (دقایق اول و پنجم)، وزن نوزاد، وجود ناهنجاری، بستری یا عدم بستری نوزاد در *NICU* و علت بستری بود. چک - لیست کنترل رفتار خودمراقبتی (خود گزارش دهی) در زمینه: فشار خون، وزن، پروتئینوری (با استفاده از درجات تست نواری ادرار توسط بیمار هفته‌ای یک بار تا زمان زایمان) کنترل شد.

برای اطمینان از اعتبار محتوا ابزارهای مورد استفاده به ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی همدان داده شد و اصلاحات مورد نیاز به عمل آمد. برای تعیین پایایی ابزار، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه دانش ۰/۷۰، نگرش ۰/۷۵، عملکرد ۰/۷۵ محاسبه گردید.

نیازهای بیماران در دو گروه ارزیابی و پیش آزمون از مهارت‌های خود مراقبتی آنان مبتنی بر الگوی اورم بر اساس نیازهای آموزشی بیماران مبتلا به پره‌اکلامپسی از طریق تکمیل پرسشنامه اورم بدست آمد. این برنامه بر اساس سیستم پرستاری آموزشی - حمایتی اورم طراحی و اجرا گردید.

گروه کنترل مراقبت‌های معمول بخش را (توزین روزانه، کنترل علائم حیاتی مادر، بررسی سلامت جنین و دریافت داروهای تجویز شده) دریافت کردند، گروه آزمون علاوه بر دریافت مراقبت‌های معمول تحت آموزش مراقبت از خود اورم به شرح ذیل قرار گرفتند. برنامه خودمراقبتی الگوی اورم در گروه آزمون با توجه به زمان بستری در قالب چهار جلسه ۳۰-۲۰ دقیقه‌ای به فاصله حداقل دو روز به صورت گروهی (۵ نفره) و در برخی بیماران با توجه به شرایط عمومی به صورت انفرادی و چهره به چهره با استفاده از سی دی و پمفلت آموزشی صورت گرفت.

محتوی آموزشی شامل خلاصه‌ای از علایم و تغییرات فیزیولوژیک طبیعی در دوران بارداری و عوارض شایع

خانواده ( $P=0/5$ ) تفاوت معنا داری نداشتند. میانگین سنی گروه کنترل  $27/3 \pm 6/6$  و گروه آزمون  $28/9 \pm 7/3$  سال و میانگین تعداد بارداری گروه کنترل  $1/3 \pm 1/9$  و گروه آزمون  $1/6 \pm 0/8$  بود که اختلاف معنی دار آماری نداشت ( $P>0/05$ ). نتایج حاصل از آزمون کای اسکوئر بیانگر این است که نتایج سونوگرافی (میزان مایع آمنیوتیک، تعداد ضربان قلب جنین، تعداد حرکات جنین، وضعیت جنین و پرزانتاسیون جنین) بین دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشته است ( $P>0/05$ ) (جدول ۱).

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق پژوهش و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با هماهنگی بیمارستان فاطمیه مطالعه شروع گردید. همچنین جهت کلیه واحد های مورد پژوهش در ابتدای ورود به مطالعه، اهداف، محرمانه بودن اطلاعات، و نیز امکان انصراف از ادامه مطالعه توضیح داده شد و رضایت کتبی گرفته شد.

### یافته ها:

نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر برخی مشخصات فردی مانند سطح تحصیلات ( $P=0/8$ )، شغل ( $P=0/2$ )، و رضایت از درآمد

جدول ۱: مقایسه فراوانی دو گروه آزمون و کنترل از لحاظ نتایج سونوگرافی بعد از مداخله

P-Value	آزمون (n=30)		کنترل (n=30)		گروه متغیر
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
P=1	96/7	29	96/7	29	میزان مایع آمنیوتیک
	3/3	1	3/3	1	اولیگوهایدروآمینوس
-	100	30	100	30	تعداد ضربان قلب جنین
	0	0	0	0	غیر نرمال
-	100	30	100	30	تعداد حرکات جنین
	0	0	0	0	غیر نرمال
P=0/3	96/7	29	100	30	وضعیت جنین
	3/3	1	0	0	غیر نرمال
P=0/81	83/3	25	76/7	23	پرزانتاسیون جنین
	10	3	13/3	4	بریچ
	6/7	2	10	3	متغیر

( $P<0/05$ ). همچنین با توجه به نتیجه آزمون  $t$  مستقل تفاوت بین وزن نوزاد در دو گروه کنترل و آزمون معنادار نمی باشد ( $P>0/05$ ) (جدول ۲).

نتایج حاصل از آزمون کای اسکوئر در مورد نتایج زایمان در جدول ۳ بیانگر این است که نوع زایمان، وضعیت نوزاد، زمان زایمان، ناهنجاری نوزاد و بستری در NICU بین دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشته است ( $P>0/05$ ).

میانگین نمره آپگار نوزاد دقیقه اول در گروه کنترل  $8/3$  و میانگین نمره آپگار نوزاد دقیقه اول در گروه آزمون  $8/6$  بوده است و با توجه به نتیجه آزمون  $t$  مستقل تفاوت بین نمره آپگار نوزاد دقیقه اول در دو گروه کنترل و آزمون معنادار نمی باشد ( $P>0/05$ ). میانگین نمره آپگار نوزاد دقیقه پنجم در گروه کنترل  $9/3$  و میانگین نمره آپگار نوزاد دقیقه پنجم در گروه آزمون  $9/7$  بوده است و با توجه به نتیجه آزمون  $t$  مستقل تفاوت بین نمره آپگار نوزاد دقیقه پنجم بین دو گروه کنترل و آزمون معنادار می باشد

جدول ۲: آماره توصیفی میانگین و انحراف معیار نمره آپگار و وزن نوزاد به تفکیک گروه کنترل و آزمون

T آزمون	آزمون		کنترل		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=0/05	1/5	8/6	0/8	8/3	نمره آپگار نوزاد دقیقه اول
P=0/03*	0/4	9/7	0/6	9/3	نمره آپگار نوزاد دقیقه پنجم
P=0/2	625/6	2973/9	650	2773/5	وزن نوزاد (گرم)

\*  $p<0/05$

جدول ۳: مقایسه دو گروه کنترل و آزمون بر حسب نتایج زایمان

P-Value	آزمون		کنترل		گروه متغیر
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
P=۰/۷	۵۶/۷	۱۷	۵۳/۳	۱۶	طبیعی
	۴۳/۳	۱۳	۴۶/۷	۱۴	سزارین
P=۰/۳	۹۶/۷	۲۹	۹۰	۲۷	زنده
	۳/۳	۱	۱۰	۳	مرده
P=۰/۰۶	۰	۰	۱۰	۳	زود رس
	۰	۰	۶/۷	۲	دیر رس
P=۱	۱۰۰	۳۰	۸۳/۳	۲۵	ترم
	۰	۰	۰	۰	بلی
P=۰/۵	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	ناهنجاری نوزاد
	۲/۳	۱	۶/۷	۲	بلی
	۹۶/۷	۲۹	۹۳/۳	۲۸	بستری در NICU
					خیر

**بحث:**

بازار می‌تواند یکی از عوامل تاثیر گذار بوده باشد و تاثیر نوع مواد غذایی می‌تواند در بررسی های پیشنهادی مد نظر قرار گیرد.

افزایش میانگین نمره کلی خود مراقبتی در این بیماران قابل توجه است. تاثیر مثبت به کار گیری سیستم آموزشی- حمایتی بر برآیندهای بیماران مختلف توسط سایر مطالعات نیز تأیید شده است. چنانکه نتایج مطالعه ای در مورد تاثیر به کار گیری سیستم آموزشی- حمایتی بر مبتلایان به آسم (۱۴) در بیماران ترومائی دارای سیستم تخلیه قفسه سینه همراستا با تحقیق حاضر بوده است (۱۵).

شیرانی و همکاران (۱۳۹۲) در بررسی تاثیر به کار گیری الگوی مراقبت از خود اورم بر بهبود وضعیت تنفسی بیماران ترومائی دارای سیستم تخلیه قفسه سینه در بیمارستان بعثت همدان نشان داد، با بکارگیری این الگو بر اساس نیازهای آموزشی و اصول آموزش به بیمار می‌توان سبب ارتقای دانش، نگرش و عملکرد و مهارت در بیماران و به دنبال آن بهبود وضعیت تنفسی بیماران ترومائی دارای سیستم تخلیه قفسه سینه گردید (۱۶).

آل یاسین و همکاران (۱۳۸۱) در پژوهشی تحت عنوان "ارزش مراقبت بارداری در زنان مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی" که به صورت آینده نگر انجام شد. ۱۴۱ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی را در بیمارستان شریعتی تهران بر اساس برخوردارگی از مراقبت مامائی متناسب و نامتناسب مورد بررسی قرار داده و عوارض

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کلی خود مراقبتی ارتقاء یافته بود. میزان دفع پروتئین قبل از زایمان بیماران در دو گروه کنترل و آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت اما بین دفع پروتئین بعد از زایمان بیماران در دو گروه کنترل و آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. در مورد نوع زایمان، وضعیت نوزاد، زمان زایمان، ناهنجاری نوزاد، وزن نوزاد و میزان بستری در NICU بین دو گروه کنترل و آزمون بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشته است. بین نمره آپگار نوزاد دقیقه پنجم بین دو گروه کنترل و آزمون معنادار بود.

شغل همسر اکثر افراد مورد پژوهش در گروه کنترل و آزمون آزاد بوده است. نتایج نشان می‌دهد که دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی داری از لحاظ شغل همسر نداشتند. غلامی و همکاران در بررسی ارتباط شغل همسر و بروز پره اکلامپسی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۰، روی ۱۹۵ زن باردار (۶۵ خانم مبتلا به پره اکلامپسی و ۱۳۰ فرد سالم) به این نتیجه رسیدند که شغل همسر با بروز پره اکلامپسی ارتباط دارد و شیوع آن در افراد کارگر بیشتر از کارمند و شغل آزاد می‌باشد. از این رو در این پژوهش شغل و سطح رضایتمندی از درآمد خانوار بررسی گردید، شغل اکثر موارد دو گروه آزمون و کنترل، شغل آزاد و سطح رضایتمندی ۷۵٪ گزارش گردید (۱۳). شغل همسر و میزان درآمد خانواده بدلیل ارتباط با وضعیت روحی و تغذیه خانم

بیماران مبتلا به پره اکلامپسی و سلامت جنین آنان نیز موثر است. با توجه به ماهیت ناشناخته این بیماری و عدم پیش بینی آن، استفاده از برنامه های خودمراقبتی برای افزایش توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به پره اکلامپسی در جهت سلامت جنین آنان به عنوان یک مداخله پرستاری جهت ارتقاء سطح سلامت این بیماران پیشنهاد می گردد.

### نتیجه نهایی:

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که امکان استفاده از سیستم آموزشی حمایتی برای بیماران پره اکلامپسی وجود دارد و می تواند سبب بهبود برآیندهای بیمار شود. استفاده از برنامه های خودمراقبتی برای افزایش توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به پره اکلامپسی در جهت سلامت نوزاد آنان و افزایش نمره آپگار نوزاد به عنوان یک مداخله پرستاری پیشنهاد می گردد.

### سپاسگزاری:

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مراقبت های پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامائی است که با شماره ۱۶/۳۵/۱/۲۰۸۸/پ/د در تاریخ ۱۳۹۲/۷/۱۵ در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان ثبت شده است. کد ثبت کار آزمائی بالینی این طرح IRCT201107216888N2 می باشد. پژوهشگران بدینوسیله از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده پرستاری و مامائی، بیمارستان فاطمیه همدان و بیماران عزیز صمیمانه تشکر می نمایند.

### References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams Obstetrics*. 23<sup>th</sup> Ed. New York: McGraw-Hill; 2010: 56-76.
2. Allahyari El, Rahimi F, Abbas, Zeraati H, Mohammad K, Taghizadeh Z. *A Predictive Model for the Diagnosis of Preeclampsia*. *Medical Journal of Reproduction & Infertility* 2009; 10(4): 261-267.
3. Ghulmiyyah L, Sibai B. *Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia*. *Seminars in Perinatology*. 2012; 36(1):56-59.
4. Grill S, Rusterholz C, Zanetti-Dallenbach R, et al. *Potential markers of preeclampsia - a review*. *Reprod Biol Endocrinol* 2009; 7(1):70-84.
5. Geneva, Switzerland .WHO Recommendations

مادری و جنینی را مشخص نمودند. متغیرهای مادری شامل میزان پره اکلامپسی، روش زایمان، طول مدت بستری مادر، نیاز به مصرف داروهای فشار خون، تعداد موارد سزارین و مرگ مادر و عوارض جنینی شامل موارد تاخیر در رشد داخل رحمی جنین، مرگ داخل رحمی جنین، زایمان زودرس، بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بودند. نتایج اختلاف معنی داری بین دو گروه نشان داده است به این معنی که در گروه با مراقبت بارداری مناسب عوارض مادری و جنینی کمتر بوده است (۱۷).

در مطالعه دیگری نیز به کار گیری سیستم آموزشی- حمایتی بر اساس الگوی اورم بر کیفیت زندگی زنان در دوران بحران یائسگی سبب ارتقاء نمره ی کیفیت زندگی در بعد روانی اجتماعی قبل و بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی، همچنین با بعد جنسی پس از اجرای برنامه خودمراقبتی همبستگی نشان داد (۱۲). همچنین تأثیر آموزش مراقبت از خود، سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان کاندید شیمی درمانی را توانست بهبود بخشد (۱۸). صاحب الزمانی و همکاران (۱۳۸۸) در بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر میزان آگاهی و نحوه عملکرد بیماران صرعی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی منتخب دانشگاه های علوم پزشکی تهران نشان داد که بهبود رفتارهای مراقبت از خود بدون آگاهی از این رفتارها و درک اهمیت آنها امکان پذیر نمی باشد (۱۹).

نظر به اینکه الگوی خود مراقبتی اورم بیشتر در بیماران مزمن استفاده گردیده است این مطالعه نشان داد در مورد

*for Prevention and Treatment of Preeclampsia and Eclampsia: WHO Department of Maternal and Child Health; 2011.*

6. Backes CH, Markham K, Moorehead P, Cordero L, Nankervis CA, Giannone PJ. *Maternal preeclampsianeonatal outcomes*. *Journal of Pregnancy*. 2011(1) 1-7.

7. Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS. *Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2011; 25(4): 391-403.

8. Sidani S. *Self-Care*. In: Doran DM (Ed.). *Nursing-sensitive outcomes: State of the science*. Chapter 3. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2003. P. 65-114.

9. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. 3rd ed. Philadelphia:

Davis Company; 2012.

10. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

11. Coster S, Norman I. *Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review*. *Int J Nurs Stud*. 2009 Apr; 46(4): 508-528.

12. Nemati M, Memarian R, Ziai S. [Orem's theory of self care program based on the quality of life of women during the menopause]. *Tarbiat Modarres University*. 2004 ;<https://sites.google.com/site/oremstheory/evaluation-of-the-model>. (Persian)

13. Deovina N, Jordana, b, James L. Jordan c. *Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus*. Department of Nursing, Ronald Reagan UCLA Medical Center, Los Angeles, CA, USA. *Journal of Diabetes and Its Complications*, Department of Nursing. 2010: 250-255.

14. Kaur S, Behera D, Gupta D, Verma SK. *Evaluation of a 'Supportive Educative Intervention' on self care in patients with bronchial asthma*. *Nursing and Midwifery Research Journal*. 2009; 5(2): 124-132.

15. Khatiban M, Shirani F, Oshvandi KH, Soltanian A, Ebrahimiyan R. *Effect of Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Skills in Trauma Patients with Chest Drainage System*. *Hayaat Journal* 2014; 20 (1):48-58.

16. Shirani F. *Effect of Supportive-Educative Nursing System on Self-Care Skills in Trauma Patients with Chest Drainage System*. Ms.C. Thesis, Hamadan University of Medical Sciences 2013.

17. ALyassin A, Abediasl ZH, Qahsny M, Khademi A. [The value of prenatal care in women with preeclampsia and eclampsia Shariati Hospital]. *Tehran University of Medical Sciences Journal*. 1381; 60(4):283-288. (Persian)

18. Malteson M. *Geronotological Nursing Concepts & Practice*. W.B. Saunders Co, 2008: 66-81.

19. Sahebolzamani M, Shakuri A, Aliloo L, Rashidi A. *The Efficacy of Self-Care Education on Knowledge & Performance of Epileptic Patients who Referred to Selected Hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2008*. *Urmia Medical Journal*. 2010; 20 (4): 284-289.

## Original Article

## The Effect of Educative Intervention on Preeclamptic Women on their Newborn's Health: A Randomized Clinical Trial

F. Shobeiri, Ph.D.<sup>1</sup>; F. Doosti<sup>2</sup>; Kh. Oshvandi, Ph.D.<sup>1\*</sup>; A. Soltanian, Ph.D.<sup>3</sup>; S. Rabiei, M.D.<sup>4</sup>

1-Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2-MS.c. Student of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

3-Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

4-Professor of Gynecology, Research Center for Endometr & Endometriosis, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Received: 4.3.2015

Accepted: 17.3.2015

### Abstract

**Background:** Preeclampsia is a dangerous condition in pregnancy is associated with high mortality. Although the unknown nature of the disease is difficult to predict and prevent disease. However, the incidence of some problems with self-care education and maternal and fetal complications can be prevented. This study aimed to determine the effect of Educative Intervention on Preeclamptic Women on their Newborn's.

**Methods:** In a randomized controlled clinical trial, 60 patients with preeclampsia who were randomly allocated into the experimental group (n = 30) and control group (n = 30). Four sessions were conducted for the intervention group was followed up until the end of pregnancy. The control group received routine care. Forms and self-care skills checklist were completed in both groups before and after intervention. Data were analyzed using t-test, chi-square test, Mann-Whitney tests with a 95% confidence level in the SPSS/16.

**Result:** The difference between the mean and standard deviation in the first minute Apgar score of  $8.6 \pm 1.5$  and  $8.3 \pm 0.8$  in the experimental group and control group was not significant, respectively ( $P > 0.05$ ). But the difference between Apgar score at fifth minutes, in two groups was significant ( $P = 0.03$ ). The difference between the mean and standard deviation weight in control group ( $2773.5 \pm 650$  gm.) and experimental group ( $2973.9 \pm 625.6$  gm.) was not significant ( $P = 0.2$ ).

**Conclusion:** Use care programs to increase their ability to care for patients with preeclampsia and fetal health in order to increase the Apgar score as a nursing intervention is suggested.

**Keywords:** Educative Intervention / Newborn / Preeclampsia

\*Corresponding Author: Kh. Oshvandi, Ph.D.; Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran Email: oshvandi@umsha.ac.ir