

تأثیر برنامه حمایت پرستاری بر تحمل پریشانی مادران نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، یک مطالعه نیمه تجربی

حجت‌الله احتشام‌منش^۱، نفیسه امینی^۲، نرگس سفیدی^{۳*}، حسن سعادت^۴، علی عباس‌زاده^۵، سمیه درود^۶

تاریخ دریافت ۱۴۰۴/۰۱/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۴/۰۲/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: تولد نوزاد نارس درواقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشار آور است. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر برنامه حمایت پرستاری بر تحمل پریشانی مادران دارای نوزاد نارس انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود. در مجموع ۸۴ مادری که دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد بودند، مشارکت داشتند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. تحمل پریشانی با مقیاس تحمل پریشانی هیجانی موردبررسی قرار گرفت. تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره کلی تحمل پریشانی هیجانی در گروه کنترل، قبل از مداخله $40/03 \pm 11/595$ و بعد از مداخله $40/58 \pm 12/$ بود ($p=0/146$) در گروه مداخله قبل از مداخله $36/2 \pm 11/691$ و بعد از مداخله $51/70 \pm 12/842$ بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=0/000$). همچنین در تمامی زیر مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، این اختلاف در گروه مداخله معنی‌دار بود ($P=0/000$) که نشان‌دهنده تأثیر مداخله حمایت پرستاری بر تحمل پریشانی هیجانی بود.

بحث و نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت ارائه خدمات حمایتی توسط پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان است. توصیه می‌شود سیاست‌گذاران نظام سلامت با در نظر گرفتن اهمیت حمایت‌های پرستاری، زمینه مناسبی برای اجرای این‌گونه برنامه‌های حمایتی در بخش‌های مراقبت ویژه فراهم کنند و با آموزش پرستاران و تهیه پروتکل‌های مناسب، کیفیت مراقبت از مادران دارای نوزاد نارس را بهبود بخشند.

کلیدواژه‌ها: حمایت پرستاری، تحمل پریشانی، مادران دارای نوزاد نارس

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره دوازدهم، پیاپی ۱۸۵، اسفند ۱۴۰۳، ص ۱۰۶۳-۱۰۷۱

آدرس مکاتبه: بیمارستان بنت الهدی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران، تلفن: ۰۵۸-۳۲۷۲۰۳۱۸۸

Email: Sepidin@yahoo.com

مقدمه

۱۰ درصد آن‌ها نارس و کم‌وزن هستند (۳). عوارض زایمان زودرس علت اصلی مرگ‌ومیر در کودکان زیر ۵ سال است (۴). علی‌رغم پیشرفت‌های علم پزشکی، هنوز تولد نوزاد نارس به‌عنوان یکی از مشکلات بزرگ جامعه مطرح است که علاوه بر ایجاد مشکلات اقتصادی و روحی - روانی در خانواده، باعث به هدر رفتن امکانات و سرمایه‌های مالی و انسانی می‌شود (۵). پیشرفت در مراقبت‌های ویژه

نوزادی که قبل از کامل شدن ۳۷ هفته حاملگی به‌طور زودرس متولد شود، نوزاد نارس اطلاق می‌شود (۱). سالانه حدود ۱۵ میلیون زایمان زودرس در سراسر جهان اتفاق می‌افتد (۲). که از این میزان سالانه نیم میلیون نوزاد نارس در ایالت متحده آمریکا به دنیا می‌آیند. ایران نیز جزء مناطق با شیوع بالای زایمان زودرس است که حدود

^۱ استادیار، گروه کودکان دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان بنت الهدی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۳ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، بیمارستان بنت الهدی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

^۴ استادیار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۵ دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

^۶ کارشناس پرستاری، بیمارستان بنت الهدی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

نوزادان و فناوری پزشکی مطمئناً میزان بقای نوزادان نارس را بهبود می‌بخشد (۴). تولد زودرس رویدادی غیرمنتظره محسوب می‌شود، به‌طوری‌که والدین آمادگی روحی، روانی و عاطفی لازم را برای مواجهه با این اتفاق ندارند، در نتیجه تنش زیادی را تجربه می‌کنند (۲). 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. 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 همه‌چیز خیلی سریع و غیرمنتظره روی می‌دهد (۳).

حدود ۷۶ تا ۸۶ درصد از مادران نوزادان نارس، درجات بالایی از فشار روانی را دارند که به‌صورت ترس، بی‌قراری، گریه، احساس گناه، اضطراب، تحریک‌پذیری، افسردگی، اختلال در تمرکز و ناامیدی بیان می‌شود (۶). 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 (۳). در این بین نقص در ایفای نقش والدی و فراهم نبودن فرصت برای برقراری تعامل با نوزاد برای والدین بسیار آزاردهنده است و عامل مهم تنش‌زا محسوب می‌شود؛ چراکه تکامل ارتباط مادر و نوزاد مهم‌ترین فرایند روان‌شناختی بعد از تولد است و تولد زودرس بر کیفیت تعامل مادر و نوزاد تأثیر نامطلوبی دارد؛ به‌ویژه آنکه مادران اظهار می‌کنند که چگونه والدی کردن برای نوزاد نارس را نمی‌دانند (۲). ظاهر و رفتار نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، تهدید و احتمال مرگ نوزاد و تغییر و از دست رفتن نقش والدین در مراقبت از نوزاد بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه و جداسازی زودهنگام نوزاد از والدین (۷)، اندازه نوزاد و ظاهر نوزاد، تجهیزات اطراف، فرایندهای درمانی، جدایی طولانی‌مدت از نوزاد و سازگاری با محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان^۱ (NICU) از جمله عوامل استرس‌زایی هستند که می‌تواند موجب ناراحتی والدین و ایجاد شرایط بحرانی شود که به دنبال آن، شاهد واکنش‌های مختلفی از جمله غم و اندوه، ترس، اضطراب، افسردگی و غیره در مادران هستیم. این محیط به دلیل جو رایج رنج و مرگ آن برای والدین عموماً استرس‌آور، پر سروصدا، عجیب و هول‌انگیز است (۸). تأثیر آسیب‌زای تولد زودهنگام نوزاد بر مادر، توانایی او را برای تفکر مختل می‌کند. همچنین عوامل تنش‌زای موجود در بخش مراقبت ویژه نوزادان، هرکدام به‌تنهایی یا باهم می‌توانند باعث ایجاد تداخل در

برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد شده و مشکلات متعددی را برای خانواده به وجود آورند (۹).

سطح بالای اضطراب و ناامنی در مادران دارای نوزاد نارس در زمان تولد و در ماه‌های پس‌از آن قابل‌مشاهده است که توصیف‌کننده یک وضعیت دردناک و پراسترس برای مادران است (۱۰). اضطراب و تنش بالا پریشانی زیادی را به دنبال خواهد داشت (۱۱). یکی از مسائلی که ممکن است مادران دارای نوزاد نارس به علت مشکلات و شرایط نوزاد خود تحت تأثیر قرار بگیرند تحمل پریشانی است، تحمل پریشانی از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است، تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف شده است (۹). از آنجایی‌که تحمل پریشانی هیجانی به‌عنوان ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالت روان‌شناختی منفی تعریف می‌شود و پریشانی ممکن است نتیجه فرایندهای شناختی یا جسمانی باشد اما به‌صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود (۱۱). یکی از مداخلات روان‌شناختی که کارایی بالینی آن جهت ارتقاء توانمندی‌های افراد به کار می‌رود، برنامه آموزش تحمل پریشانی است (۱۲). پایه و اساس ظرفیت و توانایی برای ادامه زندگی و تعامل رفتاری نوزاد نارس با جامعه به عکس‌العمل مادران نسبت به تولد نوزاد بستگی دارد. ایجاد تعامل مثبت بین مادر و نوزاد به عواملی نظیر پاسخ مادران به تولد نوزاد نارس، عواطف مادر، رشد شناختی و عاطفی و اجتماعی مادر بستگی دارد. بنا بر دلایل ذکرشده، یکی از راهکارهایی که نیازهای روحی این مادران را برآورده می‌سازد، حمایت از مادران است (۶). مشخص شده است که احساس تنش با کاهش رفتارهای محبت‌آمیز و مسئولانه مادری و اضطراب مادر با اختلال در رفتارهای والدی مرتبط است، به عبارتی تأثیرات منفی تولد نوزاد نارس بر والدین، باعث ایجاد تصورات غلط و ناراحت‌کننده از قبیل: ناتوانی و آسیب‌پذیر بودن نوزاد در برابر هر نوع بیماری و صدمه‌ای است که این مسئله می‌تواند بر رشد و تکامل نوزاد اثر بگذارد (۱۰). پرداختن به دلایل استرس مادران در بخش مراقبت ویژه نوزادان منجر به تکوین و توسعه برنامه‌های حمایتی باهدف افزایش دانش، توانمندسازی، تخفیف استرس و ارتقاء مهارت‌های سازگاری مادر شده است (۱۳). از سوی دیگر عدم توجه به استرس‌های عاطفی و روانی والدین، باعث دل‌بستگی ناکافی با نوزادشان در هنگام ترخیص شده که این امر نیز باعث افزایش آسیب‌پذیری والدین این نوزادان می‌شود (۱۰). برنامه‌ها و استراتژی‌های مختلفی همچون ایجاد فرصت‌هایی برای توانمندسازی

^۱ neonatal intensive care unit

والدین، تعامل مادر و نوزاد، مراقبت تکاملی یگانه نوزادی، گروه‌های حمایتی از جمله این برنامه‌ها است (۱۳). همان‌طور که یکی از ابعاد مراقبت خانواده محور حضور والدین در مراقبت از اطفال بیمار و بستری شده است (۱۴). یکی از راهکارهایی که نیازهای روحی این مادران را برآورده می‌سازد، حمایت پرستاری از مادران است (۱۰). در صورتی که پرستاران بتوانند در این شرایط همکاری‌های لازم را با والدین داشته باشند و نیازهایشان را تأمین کنند، آن‌ها می‌توانند به راحتی بر این چالش‌ها غلبه نموده و از نوزاد خود به خوبی حمایت کنند (۱۴). حمایت از والدین مترادف با مراقبت خانواده محور است و هدف آن حفظ اتحاد خانواده، توانمند کردن اعضای خانواده جهت تقبل نقش رهبر و حمایت خانواده در موقعیت استرس‌زا است (۱۵). شناخت نیازهای والدین، آموزش مهارت‌های تطابق و شرکت آنان در فعالیتهای اجتماعی می‌تواند در بهبود وضعیت والدین مؤثر باشد (۱۴). بر اساس مطالعات انجام‌شده، حمایت عاطفی برای فرزند یک انگیزه مهم برای والدینی است که تصمیم می‌گیرد با فرزندش در بخش بماند و در امر مراقبت همکاری نماید و یک تجربه رضایت‌بخش برای خانواده‌هایی که فرزند بستری در بیمارستان دارند است (۱۶). اینکه والدین چقدر در امر مراقبت مشارکت و همکاری داشته باشند در درک آن‌ها از وظایف پرستاران تأثیر به سزایی دارد (۱۴).

با توجه به اهمیت مراقبت خانواده محور در مدیریت سلامت نوزاد نارس و کافی نبودن مطالعات در این خصوص در کشور ما، مطالعه حاضر به منظور مشخص نمودن وضعیت و اهمیت حمایت‌های پرستاران (در قالب حمایت خانواده محور) از مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان و استفاده از نتایج این پژوهش در برنامه‌ریزی‌های آتی سیستم سلامت انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی بوده و جمعیت مورد مطالعه مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان در بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد در سال ۱۴۰۲ بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-power و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، و همچنین اندازه اثر متوسط برابر با ۰/۶۵، تعداد ۳۸ نفر در هر گروه نمونه پژوهش تعیین گردید که با در نظر گرفتن ریزش ۱۰ درصدی، در نهایت حداقل ۸۴ نمونه (۴۲ نفر در گروه مداخله و ۴۲ نفر در گروه مقایسه) تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت جهت شرکت در

مطالعه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و حداقل سابقه ۶ ماه کاری در بخش مراقبت‌های ویژه و معیار خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی بود. این پرسشنامه اولین بار در ۲۰۰۵ توسط سیمونز و گاهر^۱ ساخته و اعتباریابی شد (۱۷). ابزار اولیه شامل ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس بود. شیوه نمره‌گذاری عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱ - کاملاً موافق ۲ - اندکی موافق ۳ - نه موافق و نه مخالف ۴ - اندکی مخالف ۵ - کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و هر یک از این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست. برای به دست آوردن تحمل پریشانی کلی نمره تمام سؤالات با هم جمع می‌شود و برای به دست آوردن نمره هر یک از ابعاد، نمره سؤال‌های هر بعد مطابق آنچه در بالا ذکر شد با هم جمع می‌شوند. چهار خرده مقیاس به شرح ذیل است. تحمل (تحمل پریشانی هیجانی (با سؤالات ۱ - ۳ و ۵ و اندازه‌گیری می‌شود. جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی (با سؤالات ۲ - ۴ و ۱۵ اندازه‌گیری می‌شود. ارزیابی) برآورد ذهنی پریشانی (با سؤالات ۶ - ۷ - ۹ - ۱۰ - ۱۱ و ۱۲ اندازه‌گیری می‌شود. تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی (با سؤالات ۸ - ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌شود (۱۷). در مطالعه مدرس و همکاران در ایران، نسخه‌ی فارسی این مقیاس، روند استاندارد ترجمه و ترجمه‌ی برگردان را طی کرد تا از صحت ترجمه اطمینان حاصل شد و آن را بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) اجرا کردند و نشان دادند که کل مقیاس دارای پایایی همسانی درونی بالا ($\alpha = 0.71$) بوده و خرده مقیاس‌ها دارای پایایی متوسطی (برای تحمل ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶ تنظیم ۰/۵۸) هستند (۱۸).

پژوهش‌گر پس از اخذ معرفی‌نامه رسمی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و دریافت کد اخلاق، به بخش NICU بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد مراجعه کرد و تمام مادران دارای نوزاد نارس را که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، به صورت در دسترس انتخاب و از آن‌ها جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آورد. پس از توضیح اهداف مطالعه و کسب رضایت‌نامه کتبی، پرسش‌نامه‌ها در اختیار افراد قرار گرفت و ضمن تأکید بر محرمانه بودن کلیه اطلاعات، از آنان درخواست شد تا به طور کامل به کلیه سؤالات پاسخ دهند. برای رعایت اخلاق در پژوهش قبل از توزیع پرسشنامه، توضیحات لازم درباره چگونگی انجام

^۱ Simons and Gaher

مطالعه و نحوه پاسخگویی سؤالات به شرکت‌کنندگان داده شد و تأکید گردید که از حق کناره‌گیری از انجام تحقیق و عدم پاسخ‌دهی به سؤالات برخوردار هستند. به همه‌ی شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که تمام اطلاعات به‌صورت محرمانه و بدون نام خواهد بود. در گروه کنترل مراقبت‌های روتین توسط بخش ارائه شد و در گروه مداخله، برنامه حمایت پرستاری انجام شد. مداخله بر اساس الگوی سیستم حمایتی مادران نوزاد نارس و با مشاوره متخصصان و فوق تخصصان نوزادان، پرستاران مراقبت‌های ویژه نوزادان طراحی شد. این برنامه شامل سه بخش بود: بخش اول مربوط به حمایت اطلاعاتی (شامل صحبت با خانواده بیمار و دادن اطلاعات در مورد روند و زمان تقریبی آموزش‌ها، پاسخ به سؤالات ضمن حفظ حریم خصوصی بیمار و گزارش شرایط بیمار) بود که این اطلاعات با کسب اجازه پزشک معالج بیمار، از پرستار بیمار به دست آمد. بخش دوم، حمایت عاطفی بود و اقداماتی شامل فرصت کافی به عضو خانواده جهت صحبت در مورد نگرانی‌ها و ترس‌ها و بیان احساسات خود، اطمینان دادن در مورد ارائه مراقبت کافی در NICU، امید دادن و گوش دادن به صحبت‌های آن‌ها بود. در بخش سوم یا بخش شخصی یا تکریمی، محیطی خصوصی برای گفت‌وگو جهت ایجاد محیط صمیمی با مادران فراهم شد. این آموزش‌ها، توسط دو نفر پرستار با سابقه در بخش NICU انجام شد و مادران طی ۶ جلسه در عرض ۲ هفته، به‌صورت یک روز در میان (هفته‌ای ۳ جلسه) در روزهای زوج در شیفت کاری صبح و عصر، درمجموع به مدت ۴۵ دقیقه در هر جلسه، تحت آموزش حمایت پرستاری قرار گرفتند.

در جلسه اول، در ابتدا مادر برای اولین دیدار نوزاد خود در بخش NICU آماده‌سازی شد. در این جلسه مادر برای حضور مداوم در NICU تشویق می‌شد تا در فرآیند والدی به‌واسطه حضور مداوم در بخش و مشاهده و مشارکت هدایت شود در مراقبت‌هایی که از نوزاد می‌شود، به‌تدریج توانمند شود. در جلسه دوم، پرستاران پژوهشگر با تماس با متخصص نوزادان و پرستاران مرتبط با نوزاد در جریان جزئیات شرایط نوزاد قرار گرفته و با ادبیاتی ساده و روان اطلاعات مناسب و مقتضی را به مادر انتقال می‌دادند، علاوه بر این، اطلاعات لازم درباره رفتار نوزاد نارس، چگونگی ایفای نقش والدی و محیط NICU ارائه می‌شد و به هرگونه پرسش احتمالی مادر در زمینه نوزاد پاسخ می‌دادند و در صورت لزوم هرگونه آموزشی را تکرار

می‌نمودند (حمایت اطلاعاتی). در جلسه سوم، ارتباط مادر با نوزاد را بررسی نموده و متناسب با آن مادر را در چگونگی تعامل با کودک و شناسایی نشانه‌های رفتاری نوزاد هدایت می‌نمودند (حمایت تکریمی). مادر را جهت تعاملات آرام و ساده بین نوزاد و مادر آماده می‌نمودند از قبیل قرار دادن پد زیر سر نوزاد و برداشت پد قبلی، قرارگیری در کنار مادر در زمان دوشیدن شیر و زمان‌های جدایی از نوزاد، لمس آرام مداوم، نجوا کردن آرام در گوش نوزاد و ارتباطات چشمی (حمایت عاطفی). در جلسه چهارم، آموزش تغذیه با شیر مادر را در بخش NICU به شکل مشاوره و عملی و پس از ترخیص نوزاد، پیگیری از طریق تماس تلفنی انجام شد (حمایت اطلاعاتی). در جلسه پنجم، مادر را به اشکال مختلف جهت انجام مراقبت کانگورویی آموزش، مشاوره، تشویق و کمک عملی نمودند تا در اسرع وقت مراقبت کانگورویی را آغاز و تا حد امکان به انجام آن مبادرت نمایند (حمایت تکریمی). در موارد انتقال درون بخشی و یا بین بخشی نوزاد، با مادر همراه می‌شد و شرایط جدید را برای مادر تشریح می‌نمودند (حمایت اطلاعاتی). در جلسه ششم، با تأکید بر توکل، توسل، صبر و تسلیم شدن در برابر تقدیر الهی سعی در حمایت معنوی از مادران می‌نمودند. شماره تلفنی در اختیار مادران قرار داده می‌شد که در تمام طول روز، چه در طول بستری و چه پس از ترخیص، مادر بتواند تماس بگیرد و هرگونه سؤال احتمالی خود را بپرسند. پس از انجام مداخله، پرسشنامه در هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها جمع‌آوری شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون تی زوجی و کای دو انجام شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سن مادر در گروه مداخله ۲۷/۸۵±۸/۱۵۴ سال و در گروه کنترل ۲۸/۷±۵/۵۶ سال بود. سایر ویژگی‌های فردی بیماران در جدول شماره ۲ و ۱ نشان داده شده است. بر اساس این جدول، به‌جز متغیرهای سن جنینی و مدت ماندگاری کودک در بخش ویژه ($P < 0.05$)، تفاوت آماری معنی‌داری بین متغیرها در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد ($P > 0.05$).

جدول (۱): فراوانی متغیرهای کیفی دموگرافیک مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

متغیر	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	P value
شغل	۳۴ (۸۵)	۳۵ (۸۷/۵)	* ۰/۶۰۲

متغیر	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	P value
شاغل	۵(۱۲/۵)	۵(۱۲/۵)	
آزاد	۱(۲/۵)	۰(۰)	
تحصیلات مادر			
زیر دیپلم	۱۵(۳۷/۵)	۱۷(۴۲/۵)	
دیپلم	۱۶(۴۰)	۱۹(۴۷/۵)	۰/۳۱۶*
دانشگاهی	۹(۲۲/۵)	۴(۱۰)	
تحصیلات پدر			
زیر دیپلم	۱۵(۳۷/۵)	۲۰(۵۰)	
دیپلم	۱۴(۳۵)	۱۱(۲۷/۵)	۰/۵۲۹*
دانشگاهی	۱۱(۲۷/۵)	۹(۲۲/۵)	
تجربه بستری فرزندان قبلی در			
دارد	۷(۱۷/۵)	۳(۷/۵)	۰/۱۷۶*
بخش مراقبت‌های ویژه	۳۳(۸۲/۵)	۳۷(۹۲/۵)	
استعمال دخانیات			
دارد	۲(۵)	۲(۵)	۱/۰۰۰*
ندارد	۳۸(۹۵)	۳۸(۹۵)	
جنس نوزاد			
دختر	۱۶(۴۰)	۱۹(۴۷/۵)	۰/۴۹۹*
پسر	۲۴(۶۰)	۲۱(۵۲/۵)	
وضعیت اقتصادی			
نامطلوب	۱۲(۳۰)	۱۴(۳۵)	
تا حدی مطلوب	۱۹(۴۷/۵)	۲۱(۵۲/۵)	۰/۴۹۷*
مطلوب	۹(۲۲/۵)	۵(۱۲/۵)	
محل سکونت			
شهر	۳۲(۸۰)	۱۸(۴۵)	۱/۰۰۰*
روستا	۸(۲۰)	۲۲(۵۵)	

×کای دو

جدول (۲): مقایسه میانگین متغیرهای کمی در گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین	گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	P value
سن مادر (سال)	۲۷/۸ ± ۸۵/۱۵	۲۸/۷ ± ۵۰/۵۶	۰/۸۲۱
سن جنینی (ماه)	۳۰/۱ ± ۰۵/۳۹۵	۳۲/۲ ± ۱۳/۸۳۹	۰/۰۰۰
مدت ماندگاری کودک در بخش ویژه (روز)	۱۷/۸ ± ۳۱/۲۹۸	۱۱/۹ ± ۸۳/۵۳۰	۰/۰۰۰

بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (p: ۰/۰۰۰). همچنین در تمامی زیر مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، این اختلاف در گروه مداخله معنی‌دار بود (p: ۰/۰۰۰) که نشان‌دهنده تأثیر مداخله حمایت پرستاری بر تحمل پریشانی هیجانی و همه‌ی زیر مقیاس‌های آن است (جدول ۳).

نتایج بین گروهی قبل از مداخله که نشان داد دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری ندارند و همگن هستند. میانگین نمره کلی تحمل پریشانی هیجانی در گروه کنترل، قبل از مداخله ۴۰/۰۳ ± ۱۱/۵۹۵ و بعد از مداخله ۴۰/۵۸ ± ۱۲/۲۷۲ بود (p: ۰/۱۴۶). در گروه مداخله قبل از مداخله ۳۶/۲ ± ۱۱/۶۹۱ و بعد از مداخله ۵۱/۷۰ ± ۱۳/۸۴۲ بود.

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره تحمل پریشانی هیجانی و ابعاد آن در دو گروه قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین	گروه کنترل انحراف معیار ± میانگین	P value	×P value
بعد تحمل	۵/۸۵ ± ۲/۶۷۵	۷/۲۸ ± ۳/۱۹۴	۰/۰۰۰	۰/۴۰۵
قبل از مداخله	۱۰/۳۵ ± ۳/۵۲۰	۷/۱۵ ± ۳/۱۵۰		
بعد از مداخله				

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل			
	انحراف معیار ± میانگین		انحراف معیار ± میانگین			
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	*P value	قبل از مداخله	بعد از مداخله	xP value
بعد جذب	۷/۴۳±۳/۸۴۲	۱۰/۸۸±۳/۶۷۴	۰/۰۰۰	۹/۰±۹/۶۴۴	۹/۰±۳/۵۰۸	۱/۰۰۰
بعد ارزیابی	۱۷/۰±۶/۱۱۰	۲۲/۱۰±۵/۵۹۷	۰/۰۰۰	۱۸/۴۳±۵/۷۶۰	۱۸/۷۸±۷/۱۸۸	۰/۵۲۳
بعد تنظیم	۵/۹۳±۲/۶۲۵	۸/۳۸±۴/۱۸۶	۰/۰۰۰	۵/۳۳±۳/۱۲۵	۵/۶۵±۲/۷۳۲	۰/۱۳۵
نمره کلی تحمل پریشانی	۳۶/۱۱±۲/۶۹۱	۵۱/۷۰±۱۳/۸۴۲	۰/۰۰۰	۴۰/۱۱±۰۳/۵۹۵	۴۰/۱۲±۵۸/۲۷۲	۰/۱۴۶

*تی زوجی

بحث

در این مطالعه به بررسی تأثیر برنامه حمایت پرستاری بر تحمل پریشانی مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان پرداخته شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای حمایت پرستاری می‌تواند سبب افزایش معنی‌دار آماری نمره کل تحمل پریشانی هیجانی و ابعاد آن در مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان شود.

مطالعه محمودی و همکاران در سال ۲۰۲۲ که باهدف بررسی تأثیر مداخلات آموزشی-حمایتی بر تحمل پریشانی والدین نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام شد نشان داد برنامه‌های آموزشی-حمایتی می‌توانند تحمل پریشانی والدین نوزادان نارس را افزایش دهند (۱۹) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو است. محقق و همکاران در سال ۱۳۹۵ نشان دادند نمره استرس نسبت به محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و نمره استرس کل، در گروه مادران دریافت‌کننده حمایت زودهنگام، نسبت به گروه کنترل به شکل معنی‌داری کمتر بود (۱۳) که نشان‌دهنده تأثیر حمایت زودهنگام بر مادران دارای نوزاد بستری است و با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو است.

ریحانی و همکاران نشان دادند که آموزش خودمراقبتی باعث کاهش استرس روانی و افزایش تحمل مادران دارای نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان می‌شود که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو است. پس از مداخله آموزشی در هر دو مطالعه، افزایش قابل‌توجهی در هر یک از ابعاد تحمل پریشانی مشاهده شد. اهمیت این ابعاد نشان‌دهنده تلاش مادر برای کاهش پریشانی خود است. در خصوص تأثیر آموزش و حمایت بر کاهش پریشانی مادران، میانگین نمرات ابعاد تحمل پریشانی قبل و بعد از مداخله در همه ابعاد آن (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) پس از مداخله افزایش نشان داد (۱۰). در مطالعه لطفی کاشانی و همکاران، آموزش مراقبت از نوزاد باعث کاهش استرس مادران شد که نتایج آن با مطالعه حاضر سازگار بود. هر دو مطالعه نشان دادند که حمایت و مراقبت تأثیر مثبتی بر

کاهش استرس مادران دارد که این امر امید و ارزش به زندگی آن‌ها را افزایش داده، همچنین حس تعادل در زندگی را به آن‌ها داده و به مادران آموزش داده است که چگونه با بیماری فرزند خود کنار بیایند (۲۰). درواقع، دادن آموزش، حس کنترل و قدرت را در والدین نسبت به موقعیتشان ایجاد می‌کند و آن‌ها را ترغیب می‌کند تا مشارکت بیشتری در مراقبت از نوزاد داشته باشند (۱۹). در مطالعه‌ای که ذاکری مقدم و همکاران با عنوان تأثیر برنامه حمایت پرستاری بر افسردگی، اضطراب و استرس خانواده بیماران در طول عمل جراحی عروق کرونر در سال ۱۳۹۲ در تهران انجام دادند، نشان دادند پس از اجرای مداخله، میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل به شکل معناداری کاهش یافت (۲۱). این مطالعه اگرچه گروه هدف متفاوتی نسبت به مطالعه‌ی حاضر داشته است، اما با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو است. در مطالعه‌ای توسط کرمی و همکاران، نتایج نشان داد که اجرای برنامه مداخله آموزشی-حمایتی به‌طور قابل‌توجهی استرس والدین را کاهش داد، اما به دلیل کوتاه بودن مدت مطالعه، در دوران بستری تأثیرگذار نبود (۲۲). این مطالعه از آن جهت که با اجرای برنامه مداخله آموزشی-حمایتی توانسته بود به‌طور قابل‌توجهی استرس والدین را کاهش دهد، با مطالعه حاضر همسو است، اما تفاوت بین دو مطالعه این بود که مطالعه حاضر طول مدت بستری در بیمارستان را بررسی نکرده است.

برای توضیح اثرگذاری برنامه آموزشی-حمایت پرستاری در افزایش تحمل پریشانی مادران شرکت‌کننده در این مطالعه، می‌توان گفت که مداخلات آموزشی مادران را بهتر آگاه می‌کند که چگونه از نوزاد خود مراقبت کنند و نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند، آن‌ها را اصلاح کنند و سعی کنند تقویت کنند. ایجاد آگاهی از توانایی‌ها به مادران کمک می‌کند تا مشکلات را کارآمدتر و مناسب‌تر مدیریت کنند و تحمل پریشانی آن‌ها را افزایش دهند (۱۹).

یکی از محدودیت‌های این مطالعه استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بود. همچنین اگر این مطالعه در مدت‌زمان طولانی‌تری

انجام می‌شد، نتایج می‌توانست قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که مداخله حمایت پرستاری بر تحمل پریشانی هیجانی تأثیر معناداری داشت. همچنین، این تأثیر در تمامی زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی در گروه مداخله نیز معنادار بود. این یافته‌ها بر اهمیت ارائه خدمات حمایتی توسط پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان تأکید می‌کند. بر این اساس توصیه می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت با توجه به نقش حیاتی حمایت‌های پرستاری، شرایط لازم برای اجرای این‌گونه مداخلات را فراهم کرده و با آموزش پرستاران و تدوین پروتکل‌های مناسب، کیفیت مراقبت از مادران دارای نوزاد نارس را ارتقا دهند.

تشکر و قدردانی

محققین بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، از کلیه مادران شرکت‌کننده در پژوهش، از

پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان بنت‌الهدی بجنورد تشکر و قدردانی نمایند.

حمایت مالی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی با کد طرح 4020045 بوده و با حمایت مالی آن دانشگاه انجام گرفته است.

تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ تعارض منفعی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی با کد IR.NKUMS.REC.1402.098 است همچنین کد IRCT به شماره IRCT20230126057235N2 دریافت شد.

References:

1. Egwu CC, Ogala WN, Farouk ZL, Tabari AM, Dambatta AH. Factors associated with intraventricular hemorrhage among preterm neonates in Aminu Kano teaching hospital. Niger J Clin Pract 2019;22(3):298-304. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_154_18
2. Derakhshani R, Salmani T. Investigating the effect of multisensory stimulation of babies by mothers on the stress level of mothers with premature babies admitted to the neonatal intensive care unit. Ibn Sina J Nurs Midwifery Care 2022;30(2):107-15. (Persian) <https://doi.org/10.32592/ajnmc.30.2.107>
3. Hoseinpour S, Borimnejad L, Rasooli M, Hardani AK, Alhani F. Investigating the impact of implementing the family-centered empowerment model on the quality of life of parents of premature babies admitted to the neonatal intensive care unit. Iran Nurs J 2022;34(134):2-17. (Persian) <https://doi.org/10.32598/ijn.34.6.1>
4. Yu X, Zhang J, Yuan L. Chinese parents' lived experiences of having preterm infants in NICU: A qualitative study. J Pediatr Nurs 2020;50:e48-54. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.002>
5. Dehghani Z, Salmani N. Examining the views of mothers with delayed premature babies hospitalized in the neonatal intensive care unit regarding breastfeeding facilities and obstacles. J Jiroft Univ Med Sci 2022;9(3):1060-70. (Persian)
6. Zarin Makan S, Mousavi MS, Jafari Miyanaei M. The effect of diary writing on distress tolerance and spiritual health of mothers with premature babies admitted to the neonatal intensive care unit of Shahid Beheshti Hospital in Isfahan in 1400. Ibn Sina J Nurs Midwifery Care 2023;31(1):38-45. (Persian) <https://doi.org/10.32592/ajnmc.31.1.38>
7. Ahmadi L, Seyed Fatemi H. Investigating the effect of education on the health-promoting lifestyle of mothers with premature babies admitted to the neonatal intensive care unit. J Pediatr Infant Nurs 2021;7(4):9-17. (Persian)
8. Abuidhail J, Al Motlaq M, Mrayan L, Salameh T. The lived experience of Jordanian parents in a neonatal intensive care unit: A phenomenological study. J Nurs Res 2017;25(2):156-62. <https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000134>

9. Asgari M, Sharifi Avaradi AM. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance and time perspective in mothers with intellectually disabled children. *Clin Psychol Stud* 2021;11(42):51-76. (Persian)
10. Reihani S, Sekhavat Pour Z, Heidarzadeh M, Mousavi SM, Mazloom SR. Investigating the effect of spiritual self-care training on the distress tolerance of mothers of premature babies admitted to the neonatal intensive care unit. *Iran J Women Obstet Infertil* 2014;17(97):18-27. (Persian)
11. Ebrahimi M. The effectiveness of reality therapy on rumination, worry and distress tolerance of mothers of autistic children. *J Pediatr Infant Nurs* 2021;7(2):11-20. (Persian)
12. Haji Babaei Ravandi A, Ghanbari Panah T, Shahriari Ahmadi M. Comparison of the effectiveness of positive parenting program and distress tolerance skills on the psychological well-being of mothers with children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychol Except People* 2022;12(47):53-79. (Persian)
13. Mohagheghi P, Keramat A, Chaman R, Khosravi A, Mousavi SA, Mousavi SS. The effect of early support on the stress of mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit, a quasi-experimental study. *Iran Nurs J* 2020;33(127):7-20. (Persian)
14. Bekmaz K, Akhundzadeh G, Hojjati H. The relationship between mothers' needs and nursing support for children admitted to Baqiyatullah-ul-Azam Hospital, Aliabad, Katul in 2017. *J Pediatr Infant Nurs* 2019;6(2):37-45. (Persian)
15. Vali Zadeh L, Akbarbaglou M, Asdalhi M. Nursing support for mothers with premature babies hospitalized in NICU. (Persian)
16. Romaniuk D, O'Mara L, Akhtar-Danesh N. Are parents doing what they want to do? Congruency between parents' actual and desired participation in the care of their hospitalized child. *Issues Compr Pediatr Nurs* 2014;37(2):103-21.
<https://doi.org/10.3109/01460862.2014.880532>
17. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: Development & Validation of a self report measure. *Motiv Emot* 2005;20(9):83-102.
<https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
18. Modares M. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundam Ment Health* 2011;13(50):35-124. (Persian)
19. Mahmoodi R, Pourmovahed Z, Zareei Mahmoodabadi H, Mahmoudi MR. The Effect of Educational-supportive Interventions on Distress Tolerance of Parents of Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *World J Peri Neonatol* 2022;5(1):17-23.
<https://doi.org/10.18502/wjpn.v5i1.10124>
20. Lotfi Kashani F, Vaziri SH, Arjmand S, Misavi SM, Hashemiyeh M. Effectiveness of spiritual interventions to reduce maternal distress in children with cancer. *J Med Ethics* 2012;6(20):173-86. (Persian)
21. Zakeri Moghadam M, Ghiathondian S, Selahshor P, Kazemnejad A. The effect of nursing support program on depression, anxiety and stress of patients' families during coronary artery surgery. (Persian)
22. Karami K, Rostami S, Ghadirian F. Effect of educational-supportive interventions on premature infants' length of hospitalization and maternal stress. *Yafte* 2009;11(2):67-73. (Persian)

THE EFFECT OF NURSING SUPPORT PROGRAM ON STRESS TOLERANCE OF MOTHERS WITH PREMATURE INFANTS IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: A QUASI-EXPERIMENT STUDY

Hojatollah Ehteshammanesh¹, Nafiseh Amini², Narges Sefidi^{3*}, Hassan Saadati⁴,
Ali Abbaszadeh⁵, Somayeh Dourod⁶

Received: 27 March, 2025; Accepted: 27 April, 2025

Abstract

Background & Aim: The birth of a premature infant constitutes a complex psychological crisis that threatens maternal mental health. This study aimed to evaluate the effect of a nursing support program on distress tolerance among mothers of premature neonates.

Materials & Methods: This research was a semi-experimental study. A total of 84 mothers with premature neonates admitted to the Neonatal Intensive Care Unit at Bent Al-Hoda Hospital, Bojnourd were included in the study. Participants were selected through convenience sampling. Distress tolerance was assessed using the Emotional Distress Tolerance Scale. Data were analyzed using SPSS version 23, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: The results of this study showed that the mean overall score of emotional distress tolerance in the control group before the intervention was 40.03 ± 11.595 , and after the intervention was 40.58 ± 12 ($p = 0.146$). In contrast, in the intervention group, the mean score before the intervention was 36.2 ± 11.691 , and after the intervention was 51.70 ± 13.842 , and this change was statistically significant ($p = 0.000$). Furthermore, in all subscales of emotional distress tolerance, the difference was statistically significant in the intervention group ($p = 0.000$), indicating the impact of the nursing support intervention on emotional distress tolerance and all its subscales.

Conclusion: These findings underscore the role of providing supportive services by nurses in Neonatal Intensive Care Units. It is recommended that health system policymakers consider the significance of nursing support, prepare suitable conditions for the implementation of supportive programs in Intensive Care Units, and improve the care quality for mothers with premature infants through nurse education by developing appropriate protocols.

Keywords: Distress Tolerance, Mothers of Premature Infants, Neonatal Intensive Care Unit, Nursing Support

Address: Bent Al-Hoda Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

Tel: +985832720318

Email: Sepidin@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Assistant Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

² Master of Nursing, Bent Al-Hoda Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

³ Master of Intensive Care Nursing, Bent Al-Hoda Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran (Corresponding Author)

⁴ Assistant Professor, Department of Statistics and Epidemiology, Faculty of Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran

⁵ PhD Student in Nursing, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

⁶ Nursing Specialist, Bent Al-Hoda Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran