

بررسی تأثیر اجرای مداخله حمایتی - آموزشی بر استرس مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان

پریا نصیری^۱، معصومه همتی مسلک پاک^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۲/۰۴ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۱/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بستری شدن نوزاد نارس بلافاصله پس از تولد به دلیل نیاز به مراقبت‌های ویژه اجتناب‌ناپذیر و بسیار استرس‌آور است. عدم توجه به استرس‌های عاطفی و روانی مادران، باعث دل‌بستگی ناکافی با نوزادشان شده که این امر باعث افزایش آسیب‌پذیری مادران این نوزادان می‌شود. مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر اجرای مداخله حمایتی - آموزشی بر استرس مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی بوده و ۷۰ مادر نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان مرکز آموزشی-درمانی شهید بهشتی مراغه که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و به دو گروه ۳۵ نفره مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. پرسشنامه سنجش استرس والدین قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. گروه مداخله برنامه حمایتی-آموزشی را در طی ۶ جلسه دریافت نمودند. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قبل از اجرای مداخله حمایتی-آموزشی میانگین نمره استرس دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت ($p=0/09$). پس از اجرای مداخله استرس گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرد، که این کاهش از نظر آماری معنادار بود ($p<0/001$). در ارتباط با ابعاد استرس، میانگین نمره بعد ارتباط با نوزاد و نقش مادر، عوامل استرس‌زای محیط بخش و ظاهر و رفتار نوزاد بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مداخله حمایتی-آموزشی تفاوت آماری معنی‌دار بود ($p<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: برنامه حمایتی-آموزشی، استرس مادران را کاهش داد. فلذا پیشنهاد می‌شود مسئولین مراکز درمانی و پرستاران بخش‌های نوزادان برنامه حمایتی-آموزشی را جزء اولویت‌های کاری خود قرار دهند.

کلیدواژه‌ها: آموزش، مادر، نوزاد نارس، استرس، حمایت

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۵۸، آذر ۱۴۰۱، ص ۷۶۴-۷۵۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

نوزادان متولدشده نارس هستند (۳). ایران نیز جزء مناطق با شیوع بالای زایمان زودرس است که حدود ۱۰ درصد آن‌ها نارس و کم‌وزن هستند (۴)، به‌طوری‌که در بررسی انجام شده توسط میانایی و همکاران، آمار ۵ ماهه تولد نوزاد در یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان، ۴۹۸ نفر بوده که از این تعداد ۲۵۴ (۵۱ درصد) نارس بودند (۵). تولد نوزاد یک اتفاق خوشایند است اما بستری شدن نوزاد نارس بلافاصله پس از تولد به دلیل نیاز به مراقبت‌های ویژه در بیشتر موارد

نوزاد نارس آن دسته از نوزادان را شامل می‌شود که قبل از هفته ۳۷ حاملگی به دنیا آمده باشند (۱). نوزاد نارس قبل از این‌که سیستم‌های بدنش کامل شود، متولدشده و وزن تولد کم داشته و برای تنفس، تغذیه، مبارزه علیه عفونت و گرم ماندن نیاز به حمایت و مراقبت دارد (۲). امروزه در حدود ۸ تا ۱۴ میلیون نوزاد نارس در هر سال در کل دنیا به دنیا می‌آیند که در مجموع ۶ تا ۱۰ درصد از

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۲ استاد پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

از والدین یکی از وظایف تیم مراقبتی درمانی است (۱۶). پرستاران موقعیت قابل توجهی در حمایت از مادران به عنوان ارائه دهندگان مراقبت از کودک بستری شده دارند (۱۷). شناسایی راهکارهای حمایتی به منظور کاهش تنش‌های والدین به تیم درمانی بخش مراقبت ویژه نوزادان در برنامه‌ریزی مراقبت‌های مطلوب کمک می‌کند (۱۸). حمایت شخصی و فرد به فرد پرستار از والدین یک راهبرد مهم برای تطابق آنان با استرس بستری شدن نوزاد است و در به دست آوردن بینش مناسب از شرایط موجود سودمند است (۱۹).

از سوی دیگر والدین شرکت‌کننده در مطالعه میوگوا و مونهی^۱ اذعان می‌کنند که دانش و اطلاعاتی که از پرسنل دریافت می‌کردند برایشان ارزشمند بود و باعث ارتباط بهتر و بیشتری با آن‌ها می‌شود (۲۰). دادن اطلاعات و آموزش نکات مراقبتی و درگیر نمودن فعال والدین سبب می‌شود آنان احساس کنترل و قدرت بیشتری بر موقعیت خود داشته و دیدگاه واقع‌گرایانه نسبت به ظاهر و وضعیت نوزاد نارس وضعیت کسب نموده و در مراقبت از نوزاد مشتاقانه مشارکت نمایند (۲۱).

با توجه به مطالب فوق و نیاز مادران نوزادان نارس بستری به حمایت و آموزش بیشتر و نادیده گرفته شدن نیازهای مادران و اینکه در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیشترین توجه پرستاران و تیم درمان معطوف به نوزاد می‌باشد. در این پژوهش هدف تعیین تأثیر اجرای مداخله حمایتی-آموزشی بر استرس مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مرکز آموزشی-درمانی شهید بهشتی مراغه بود تا تأکیدی بر یکی از قسمت‌های مهم وظایف پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان یعنی حمایت و آموزش والدین انجام شده باشد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر به عنوان یک مطالعه نیمه تجربی بود. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با شماره IR.UMSU.REC.1398.001 و مراجعه به مرکز آموزشی-درمانی شهید بهشتی مراغه و اخذ موافقت از مسئولین مرکز، مطالعه شروع گردید. این مطالعه با روال پیش‌آزمون - پس‌آزمون در گروه کنترل و مداخله باهدف تعیین تأثیر مداخله حمایتی - آموزشی بر استرس مادران نوزادان نارس بستری بخش مراقبت‌های ویژه مرکز آموزشی-درمانی شهید بهشتی مراغه مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. حجم نمونه در این مطالعه، بر اساس مطالعه قوامی و همکاران با اطمینان ۹۵ درصد و توان

اجتناب‌ناپذیر است، حتی ممکن است نوزاد مدتی طولانی را در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شود که این جدایی سبب می‌شود اعضای خانواده با تولد نوزاد نارس حس فقدان را تجربه کنند و ارتباط عاطفی والدین با نوزاد مختل شود و والدین تنش زیادی را متحمل شوند (۶). از جنبه روحی مادران نوزادان نارس خود به خود در معرض استرس می‌باشند (۷). چون بیشتر در ارتباط با نوزادشان بوده و مستقیماً درگیر درمان‌ها و اقداماتی هستند که از تیم درمان برای نوزاد انجام می‌شود (۸).

ظاهر سست و جثه کوچک نوزاد و تغییر رنگ ناگهانی پوست و گریه‌های ضعیف نوزاد و رفتارهای نوزاد از منابع استرس والدین در بخش مراقبت ویژه بوده، از طرفی محیط فیزیکی بخش مراقبت‌های ویژه یک منبع اصلی استرس است. روشن بودن چراغ‌ها، سروصدای محیط، زنگ‌های هشداردهنده دستگاه‌ها، تجهیزات و بوی مواد شیمیایی و لوله‌ها و سیم‌ها و تجهیزات متصل به نوزاد و رفت‌وآمد تیم پزشکی می‌تواند برای والدین نگران‌کننده باشد (۹). باین حال منبع دیگر استرس برای مادر اغلب ترس از دست دادن نقش مادری است، چون نمی‌توانند وظیفه مادری خود را ایفا کنند. مادر اغلب به دلیل نداشتن آگاهی کافی از این که چطور نقش مادری خود را ایفا کنند و با نوزادشان در طول بستری در بیمارستان تعامل داشته باشند، در برقراری تعامل با نوزادشان با مشکل مواجه می‌شوند. ولی زاده و همکاران در مطالعه‌ای توصیفی تحت عنوان استرس‌های مؤثر بر مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی-درمانی تبریز بیشترین استرس مادران را ناشی از ارتباط با نوزاد و تغییر نقش والدین گزارش کردند (۱۰).

از سوی دیگر عدم توجه به استرس‌های عاطفی و روانی والدین، باعث دل‌بستگی ناکافی با نوزادشان شده که این امر نیز باعث افزایش آسیب‌پذیری والدین این نوزادان می‌شود (۱۱). تأثیر آسیب‌زای تولد زودهنگام نوزاد بر والدین، توانایی او برای تفکر را مختل می‌کند، این مسئله باعث می‌شود تا تنش‌های دیگری نیز بر تنش داشتن نوزاد پرخطر افزوده شود. سطوح بالای تنش، تعاملات والدین با نوزاد را تغییر داده و ارتباط وی با کادر درمان را نیز مختل می‌کند (۱۲). احساس تنش، با کاهش رفتارهای محبت‌آمیز و مسئولانه مادری و اضطراب مادر با اختلال در رفتارهای والدی مرتبط است (۱۳). والدین نوزادان نارس تحت استرس‌های زیادی قرار می‌گیرند که نیازمند توجه و حمایت می‌باشند (۱۴). حمایت از والدین توسط پرستاران شامل همه ابعاد حمایتی می‌باشد که هدف آن حفظ اتحاد و توانمند کردن اعضا خانواده می‌باشد (۱۵). پرستاران منبع مهم اطلاعات و حمایت برای والدین هستند و حمایت‌های روحی و روانی

¹ Myonghwa & Moonhee

آزمون ۹۰ درصد بر اساس فرمول $\frac{[Z_1 - \frac{\alpha + Z_1 - \beta}{2}(\delta_1^2 + \delta_2^2)]}{(X_1 - X_2)^2}$ محاسبه شد (۲۲)، با احتمال ریزش ۷۰ نفر برآورد شد. بعد از مراجعه به محیط پژوهشی، هماهنگی لازم با مسئولین مربوطه به عمل آمد. با توجه به معیارهای ورود داشتن سن جنینی ۲۸-۳۷ هفته، داشتن سواد خواندن و نوشتن مادر، عدم تجربه عوامل استرس‌زا توسط مادر از جمله طلاق و مرگ نزدیکان از سه ماه قبل، عدم سابقه مصرف داروهای اعصاب و مواد مخدر، تمایل مادر به شرکت در مطالعه، عدم شرکت در مداخلات دیگر، نداشتن سابقه مرگ نوزاد (نمونه‌هایی که شرایط شرکت در مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. معیارهای خروج در این مطالعه فوت نوزاد در حین مطالعه، ترخیص نوزاد در کمتر از ۱۰ روز از شروع مطالعه و عدم شرکت مادر در بیش از ۲ جلسه مداخله بود. شرکت‌کنندگانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کردند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود و تخصیص نمونه‌ها به دو گروه کنترل و مداخله به صورت متوالی انجام شد، بدین ترتیب که جهت جلوگیری از تورش انتقال اطلاعات ابتدا داده‌ها از نمونه‌های گروه کنترل جمع‌آوری شد. سپس ۱۴ روز بعد از ترخیص آخرین نوزاد در گروه کنترل شروع به جمع‌آوری نمونه‌های گروه مداخله شد.

در این پژوهش از پرسشنامه دموگرافیک شامل: سطح تحصیلات، درآمد خانواده، نوع زایمان، جنسیت نوزاد، نحوه حضور در بیمارستان، سابقه مرگ قبلی نوزاد، شغل مادر، محل سکونت، وضعیت پوشش بیمه‌ای بود. جهت بررسی استرس والدین از پرسشنامه سنجش استرس والدین در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان^۱ استفاده شد. این پرسشنامه توسط مایلز و همکاران^۱ در سال ۱۹۹۳ طراحی و در سال ۱۹۹۸، ۲۰۰۲ و ۲۰۱۱ مورد بازنگری قرار گرفته است. در این مطالعه از ویراست ۲۰۰۲ که حاوی ۳۱ گویه است استفاده شد. ۳۱ سؤال با طیف لیکرت با مقیاس بندی (با این مورد مواجه نشدم= صفر، تنش وجود ندارد= ۱، تنش کم= ۲، تنش متوسط = ۳، تنش زیاد= ۴، تنش فوق العاده زیاد= ۵) در سه حیطه شامل عوامل استرس‌زای محیط بخش (۶ گویه)، ظاهر و رفتار نوزاد (۱۷ گویه) و ارتباط والدین با نوزاد و نقش والدی (۱۱ گویه) را می‌سنجد. در حیطه اول که در مورد محیط بخش NICU طراحی شده است، شش سؤال مطرح می‌شود با دامنه نمرات ۰-۳۰، در حیطه ظاهر نوزاد ۱۷ سؤال با دامنه نمرات ۰-۸۵ و در حیطه ارتباط والدین ۱۱ سؤال با دامنه نمرات ۰-۵۵، که در مجموع دامنه کل نمرات ۰-۱۷۰ می‌باشد که عدد صفر نشانه فقدان استرس و عدد ۱۷۰ نشانه بیشترین میزان استرس در والدین می‌باشد. در این

مطالعه میانگین نمرات مد نظر بود (۲۳). جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه استرس والدین در مطالعه حسینی در دانشگاه علوم پزشکی کرمان روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی تأیید شده است (۲۴). در مطالعه اکبرنگلو و همکاران اعتبار ابزار به روش اعتبار محتوایی به همکاری ۱۰ نفر از اساتید دانشکده علوم پزشکی تبریز تأیید شد (۲۵). در مطالعه قوامی و همکاران جهت تأیید روایی محتوایی ابزار پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از والدین واجد شرایط قرار داده شده و تأیید شده است (۲۲). در مطالعه دیگری که توسط ولیزاده و همکاران در دانشگاه تبریز انجام یافته پایایی ابزار ۰/۸۷ تعیین شده است (۲۶).

برنامه آغاز مداخله برای مادر در اسرع وقت بعد از بستری نوزاد صورت گرفت. آموزش به مادر به صورت انفرادی در طی ۶ جلسه یک ساعته دارای محتوای نحوه مراقبت از نوزاد، پیگیری سیر درمان، دادن آگاهی از وضعیت نوزاد به مادر، حمایت عاطفی و تقویت اعتماد به نفس مادر در ایفای نقش والدی، آموزش تغذیه نوزاد به روش‌های گوناگون و نحوه ایفای نقش مادر، لمس و مراقبت کانگرویی و انجام مراقبت‌های بهداشتی، نحوه ارتباط مادر با نوزاد و چگونگی درک نیازهای نوزاد و عوارض ناشی از نارس و نحوه مواجهه مادر با آن و آموزش‌های ویژه ترخیص، شرایط نگهداری نوزاد در منزل به مادر در اتاق داخل بخش داده شد. مداخلات حمایتی شامل حمایت عاطفی مانند اجازه دادن به مادر که در مورد نگرانی‌هایش در مورد نوزاد صحبت کند، جواب دادن به نگرانی‌های مادر در مورد نوزاد، توضیح به مادر در مورد آنچه که برای نوزاد انجام می‌دهند، حس دوست داشتن مانند نشان دادن نگرانی در مورد سلامتی نوزاد، تحسین و احترام، مراقبت و همدلی مانند توضیح پیشرفت بهبودی نوزاد، اجازه دادن به مادر برای زنگ زدن به بخش در هر زمان، دانستن نام افراد مراقبت کننده از نوزاد، حمایت مالی و ارجاع به مددکار اجتماعی، افزایش اعتماد به نفس مادر مانند کمک به مادر تا بداند در حال انجام یک کار خوب و کمک به نوزاد است، ارائه اطلاعات و آگاهی در سطح مطلوب، اجازه دادن به مادر برای مراقبت از نوزاد در هر زمان ممکن در طی بستری در طی جلسات آموزشی انجام شد.

پرسشنامه استرس پس از دو هفته فاصله از اتمام مداخله در هر دو گروه دوباره تکمیل و جمع‌آوری شد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین بخش را دریافت کرد و از طرف پژوهشگر مداخله‌ای دریافت نکرد، بعد از انجام پس‌آزمون محتوای آموزشی در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. داده‌ها گرد آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعد از ورود داده‌ها از

² Miles et al

¹ PRENATAL STRESS SCALE: NICU (PSS)

شاخص‌های آماری توصیفی برای گزارش آماری داده‌ها و از آنالیز تی مستقل استفاده شد. نرمال بودن داده‌ها نیز با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف انجام شد. برای آزمون فرضیات سطح معنا داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۷۰ مادر در دو گروه مداخله و کنترل در مطالعه شرکت کردند. بین نوع زایمان، جنس نوزاد، سابقه مرگ قبلی نوزاد، درآمد خانواده، محل سکونت، حضور در بیمارستان، تغذیه نوزاد سابقه بستری، حاملگی، سطح تحصیلات، پوشش بیمه و شغل مادر در بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌دار وجود نداشت ($p > 0.05$). (جدول ۱).

یافته‌ها

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد مطالعه در بین دو گروه مداخله و کنترل

	متغیر	گروه		
		مداخله	کنترل	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
	کای دو	کل		
نوع زایمان	طبیعی	۱۲(۱۷/۱)	۱۱(۱۵/۷)	۲۳(۳۲/۸)
	سزارین	۲۳(۳۲/۹)	۲۴(۳۴/۳)	۴۷(۶۷/۲)
جنس نوزاد	مذکر	۲۴(۳۴/۳)	۲۳(۳۲/۹)	۴۷(۶۷/۱)
	مؤنث	۱۱(۱۵/۷)	۱۲(۱۷/۱)	۲۳(۳۲/۹)
سابقه مرگ قبلی نوزاد	دارد	۴(۵/۷)	۵(۷/۱)	۹(۱۲/۹)
	ندارد	۳۱(۴۴/۳)	۳۰(۴۲/۹)	۶۱(۸۷/۱)
درآمد خانواده	دخل کمتر از خرج	۱۲(۱۷/۱)	۱۰(۱۴/۳)	۲۲(۳۱/۴)
	دخل و خرج برابر	۲۰(۲۸/۶)	۲۰(۲۸/۶)	۴۰(۵۷/۱)
	دخل بیشتر از خرج	۳(۴/۳)	۵(۷/۱)	۸(۱۱/۴)
حضور در بیمارستان	الکتیو	۹(۱۲/۸)	۱۳(۱۸/۶)	۲۲(۳۲/۴)
	زایشگاه	۲۶(۳۷/۱)	۲۲(۳۱/۴)	۴۸(۶۸/۶)
محل سکونت	روستا	۱۷(۲۴/۳)	۱۴(۲۰)	۳۱(۴۴/۳)
	شهر	۱۸(۲۵/۷)	۲۱(۳۰)	۳۹(۵۵/۷)
شغل مادر	شاغل	۴(۵/۷)	۶(۸/۶)	۱۰(۱۴/۳)
	خانه‌دار	۳۱(۴۴/۳)	۲۹(۴۱/۴)	۶۰(۸۵/۷)
پوشش بیمه	دارد	۳۱(۴۴/۳)	۳۳(۴۷/۱)	۶۴(۹۱/۴)
	ندارد	۴(۵/۷)	۲(۲/۹)	۶(۸/۶)
سطح تحصیلات	ابتدایی	۵(۷/۱)	۳(۴/۳)	۸(۱۱/۴)
	راهنمایی	۸(۱۱/۴)	۷(۱۰)	۱۵(۲۱/۴)
	متوسطه	۳(۴/۳)	۱۰(۱۴/۳)	۱۳(۱۸/۶)
حاملگی	دیپلم	۱۲(۱۷/۱)	۱۱(۱۵/۷)	۲۳(۳۲/۹)
	دانشگاهی	۷(۱۰)	۴(۵/۷)	۱۱(۱۵/۷)
سابقه بستری	یک قلو	۳۴(۴۸/۶)	۳۳(۴۷/۱)	۶۷(۹۷/۷)
	دوقلو	۱(۱/۴)	۲(۲/۹)	۳(۴/۳)
سابقه بستری	دارد	۴(۵/۷)	۱(۱/۴)	۵(۷/۱)
	ندارد	۳۱(۴۴/۳)	۳۴(۴۸/۶)	۶۵(۹۲/۹)

بعد عوامل استرس‌زای محیط بخش در مادر در بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار داشت ($p < 0/0001$). میانگین نمره بعد ظاهر و رفتار نوزاد در مادر، بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت ($p = 0/67$)، اما در این بعد بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار بود ($p < 0/0001$). (جدول ۲).

میانگین نمره بعد ارتباط با نوزاد و نقش مادر در بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ($p = 0/345$)، اما بعد از مداخله میانگین نمره بعد ارتباط با نوزاد و نقش مادر در بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار داشت ($p < 0/0001$). میانگین نمره بعد عوامل استرس‌زای محیط بخش در مادر در بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ($p = 0/853$)، اما بعد از مداخله میانگین نمره

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره ابعاد استرس مادر بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

ابعاد	زمان	گروه کنترل		گروه مداخله	
		(انحراف معیار \pm میانگین)	(انحراف معیار \pm میانگین)	آزمون آماری تی مستقل	
بعد ارتباط با نوزاد و نقش مادر (۰-۵۵)	قبل از مداخله	۳۵/۲۲ \pm ۲/۳۸	۲۲/۴۲ \pm ۸/۸۸	t = -۰/۶۲ df = ۶۸ p = ۰/۳۴۵	
	بعد از مداخله	۳۴/۶۲ \pm ۳/۰۴	۱۳/۷۴ \pm ۴/۴۶	t = -۲۳/۹۷ df = ۶۸ p < ۰/۰۰۰۱	
بعد عوامل استرس‌زای محیط بخش (۰-۳۰)	قبل از مداخله	۲۲/۶۲ \pm ۴/۱۴۵	۱۸/۲۵ \pm ۵/۸	t = -۰/۳۹۱ df = ۶۸ p = ۰/۸۵۳	
	بعد از مداخله	۲۲/۲۴ \pm ۴/۰۴۴	۱۳/۶۵ \pm ۳/۸۷	t = -۷/۷۵ df = ۶۸ p < ۰/۰۰۰۱	
بعد ظاهر و رفتار نوزاد (۰-۸۵)	قبل از مداخله	۷۰/۰۵۷۱ \pm ۵/۸۷	۴۴/۸۵ \pm ۱۷/۱۵	t = -۱/۰۲ df = ۶۸ p = ۰/۶۷	
	بعد از مداخله	۶۹/۶۱ \pm ۸/۲۱	۳۴/۲۹ \pm ۱۲/۰۳	t = -۱۳/۱۹ df = ۶۸ p < ۰/۰۰۰۱	

میانگین نمره استرس در بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار داشت ($p < 0/0001$).

میانگین نمره استرس در بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌دار نداشت ($p = 0/09$)، اما بعد از مداخله

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره استرس مادر بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

استرس (۰)	گروه کنترل		گروه مداخله	
	(انحراف معیار \pm میانگین)	(انحراف معیار \pm میانگین)	آزمون آماری تی مستقل	
قبل از مداخله	۱۲۴/۲۳ \pm ۶/۶۲	۸۳/۳۲ \pm ۲۵/۹۸	t = -۲/۲۳ df = ۶۸ p = ۰/۰۹	
بعد از مداخله	۱۲۲/۶۲ \pm ۳/۰۴	۵۹/۷۴ \pm ۱۶/۱۱	t = -۹/۹۷ df = ۶۸ p < ۰/۰۰۰۱	

جمعیت شناختی نظیر سطح تحصیلات، درآمد خانواده، نوع زایمان، جنسیت نوزاد، نحوه حضور در بیمارستان، سابقه مرگ قبلی نوزاد، شغل مادر، محل سکونت، وضعیت پوشش بیمه‌ای که هر یک می‌توانند بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارند، از نظر آماری تفاوت معناداری

بحث

تولد نوزاد نارس استرس‌زا بوده و والدین را در معرض خطر آسیب روانی-عاطفی قرار می‌دهد (۲۷). نتایج این مطالعه نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر متغیرهای مداخله‌گر

گروه مداخله به نسبت گروه کنترل کاهش چشمگیری داشت. در مطالعه تندنبرگ و همکاران در سال ۲۰۱۳، نتایج نشان داد که مادران استرس زیادی ناشی از ظاهر و رفتار نوزاد تجربه نمودند (۳۰). در مطالعه بریم نژاد و همکاران در سال ۲۰۱۱ نتایج نشان داد که دیدن ظاهر نوزاد نارس استرس زیادی را برای مادران ایجاد می‌کند (۱۸). در مطالعه حیدرزاده و همکاران که در سال ۱۳۹۴ بر روی تأثیر آموزش بر استرس مادران نوزادان نارس انجام شد، نتایج نشان داد که میانگین ابعاد مختلف استرس از جمله ظاهر و رفتار نوزاد، بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف معنادار داشت (۳۲).

پس از اجرای مداخله تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و گروه کنترل از نظر استرس وجود داشت، به طوری که میانگین نمرات استرس در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل کاهش چشمگیری داشت. مطالعه کرمی و همکاران نشان داد که اجرای برنامه مداخلات آموزشی-حمایتی استرس مادران نوزادان نارس را به میزان قابل توجهی کاهش داده است (۳۳). هم چنین نتایج مطالعه ملنیک^۵ و همکاران در زمینه تأثیر برنامه آموزشی (ایجاد فرصت‌هایی برای توانمندسازی والدین) نشان داد مادرانی که در این برنامه شرکت کردند، استرس کمتری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان نسبت به مادران گروه کنترل داشتند (۳۴).

مطالعه عابدی یزدان و همکاران در سال ۱۳۹۳ نشان داد میانگین نمرات استرس قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معناداری نداشته است اما بعد از مداخله این اختلاف معنادار بوده است به طوری که مادران شرکت‌کننده در گروه مداخله استرس کمتری را گزارش کرده‌اند (۳۵). نتایج مطالعه میانجی و همکاران در سال ۱۳۸۹ با هدف تعیین تأثیر اجرای برنامه "ایجاد فرصت‌های رشد والدین" بر میزان استرس مادران دارای نوزاد نارس انجام شد، نشان داد میزان استرس مادران در دو گروه قبل از اجرای مداخله تفاوت معنی‌دار نداشت، ولی بعد از انجام هر مرحله از برنامه میزان استرس مادران در گروه مداخله کمتر از میزان استرس مادران در گروه کنترل گردید (۳۶). نتایج مطالعه حیدرزاده و همکاران نیز نشان داد میانگین استرس والدین بعد از اجرای مداخله آموزشی به طور معنادار کاهش پیدا کرده بود (۳۲) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در مطالعه حسین پور و همکاران اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر بعد عملکرد سلامت روانی کیفیت زندگی پدر/مادر نوزادان نارس تفاوت معناداری بین دو گروه کنترل و آزمایش پس از مداخله نشان نداد (۳۷). ممکن است علت عدم تطابق نتایج در

وجود ندارد، به عبارتی هر دو گروه کنترل و مداخله، همگن بودند؛ لذا وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین نمرات استرس مادران و ابعاد آن در گروه مداخله در انتهای مطالعه، ناشی از تأثیر اجرای مداخلات بود. همچنین در مقایسه میانگین نمرات استرس و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد. به عبارت دیگر هر دو گروه از نظر میانگین نمرات ابعاد استرس قبل از مداخله در محدوده‌ی یکسانی قرار داشته و به نوعی همگن محسوب می‌شدند.

پس از اجرای مداخله مشخص شد که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و گروه کنترل از نظر بعد ارتباط با نوزاد و نقش مادر وجود داشت، به طوری که میانگین نمرات بعد ارتباط با نوزاد و نقش مادر در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل کاهش چشمگیری داشت. نتایج مطالعه که توسط توران^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داد بین نمرات استرس مادرانی که برنامه آموزشی دریافت کرده بودند با مادران گروه کنترل از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود داشته است (۲۸). نتایج مطالعه استیدمن^۲ و همکاران در بعد استرس‌های ارتباطی در سال ۲۰۰۷ نشان داد که افزایش آگاهی در مادران و تقویت نقش والدینی سبب کاهش استرس در آن‌ها شده است (۲۹). برقراری ارتباط والدین و نوزاد به ارتقا کیفیت نقش والدینی و احساس کفایت در والدین کمک می‌کند و با دادن اطلاعات و آگاهی توسط پرستار والدین مشارکت بهتری در امر مراقبت از نوزاد خود خواهند داشت.

پس از اجرای مداخله مشخص شد که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و گروه کنترل از نظر بعد عوامل استرس‌زای محیط وجود داشت، به طوری که میانگین نمرات بعد عوامل استرس‌زای محیط در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل کاهش چشمگیری داشت. استرس‌زا بودن محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان برای والدین ثابت شده است. برخورد اولیه با دستگاه‌های حمایتی حتی برای والدینی که قبل از زایمان از بخش بازدید داشتند نیز همراه با شوک است (۳۰). نئوگارد^۳ و همکاران در این خصوص پیشنهاد می‌کنند تغییر محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان به یک محیط دوستدار والدین می‌تواند در کاهش استرس والدین تأثیرگذار باشد (۳۱). در این مطالعه آموزش و حمایت مادران باعث شد که آن‌ها استرس کمتری در محیط بخش تجربه کنند.

پس از اجرای مداخله مشخص شد که تفاوت آماری معناداری بین دو گروه مداخله و گروه کنترل از نظر بعد ظاهر و رفتار نوزاد وجود داشت، به طوری که میانگین نمرات بعد ظاهر و رفتار نوزاد در

4. Tandberg

5. Mylnky

1. Turan

2. Steedman

3. Noegaard

می‌شود والدین نوزادان قبل از پذیرش در مورد قوانین و خصوصیات بخش، پرسنل و کادر درمانی توضیحات و اطلاعاتی دریافت کنند تا با اطلاع رسانی در مورد محیط و جو بخش قبل از ورود استرس کمتری داشته باشند. اجرای برنامه آموزشی-حمایتی برای مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان استرس مادران را کاهش داد و علاوه بر این برطرف کردن استرس والدین و افزایش مهارت آن‌ها در زمینه مراقبت از نوزاد باعث تعامل بیشتر بین نوزاد و والدین و رشد و تکامل بهتر نوزاد شد. با توجه به تأثیرات مثبت این برنامه در تعامل مادر و نوزاد و کاهش استرس مادران پیشنهاد می‌شود که با اجرای برنامه‌هایی از این قبیل والدین را جهت ارتباط مؤثر با نوزاد و یادگیری و کسب مهارت‌های لازم در امر مراقبت از نوزاد توانمند سازند و همچنین والدین در امر مراقبت از نوزاد جهت برقراری ارتباط مؤثر با نوزاد آموزش بیشتر داده شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی و جراحی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد و بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و از کلیه همکاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان مرکز آموزشی-درمانی مراغه و والدین مشارکت‌کننده در پژوهش قدردانی و سپاسگزاری می‌گردد.

تفاوت ماهیت مشکلات نوزاد نارس یا مداخله استفاده شده باشد که در این زمینه باید تحقیقات بیشتری صورت گیرد.

مطالعه چوراسیا و همکاران نیز اثربخشی آموزش در کاهش استرس والدین را نشان می‌دهد و با برنامه‌ریزی انفرادی و توجه به نیازهای والدین می‌توان برنامه آموزشی اثرگذار برای آنان طراحی و اجرا نمود (۳۸). این مسئله با تحقیق انجام یافته توسط هین من^۶ و همکاران و مطالعه قوامی و همکاران همراستا می‌باشد که عنوان کردند، انجام مداخلات حمایتی و برنامه‌ریزی آموزشی جهت کم کردن استرس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان از اهمیت زیادی برخوردار است (۲۲،۳۹). آموزش و حمایت مادر سبب افزایش اعتماد به نفس در نگه داری از نوزاد و کاهش استرس وی می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش استرس مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بود که خود موجب کاهش حوصله و توان یادگیری در آن‌ها شده بود که پژوهشگران سعی کردند با فراهم کردن محیطی آرام و دوستانه و با تمام صبر و حوصله نکات لازم را آموزش دهند.

تولد نوزاد نارس و به دنبال آن بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان برای والدین استرس‌زا بوده و لزوم توجه مدیران بیمارستان‌ها و پرستاران به جنبه‌های استرس‌زای محیطی و کاهش این عوامل احساس می‌شود. در چنین فضایی باید جهت تأمین آرامش و رفاه والدین تلاش‌هایی به عمل آید. هم چنین توصیه

Basic Res Med Sci 2018; 5(3):1-8.

[DOI:10.29252/jbrms.5.3.1]

5. Mianaei SJ, Karahroudy FA, Rassouli M, Tafreshi MZ.

[The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran]. Iran J Nurs Midwifery Res 2014;19(1):94. (Persian)

6. Franck LS, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal

intensive care unit-related parental stress. J Adv Nurs 2005;49(6):608-15.

7. Dewey KG. Maternal and fetal stress is associated with

impaired lactogenesis in humans. J Nutrition 2011;131(11):3012S-5S

8. Mackley AB, Locke RG, Spear ML, Joseph R. Forgotten

parent: NICU paternal emotional response. Adv Neonat Care 2010;10(4):200.

References

1. Schreiber M. What We Didn't Expect: Personal Stories

about Premature Birth. 1st ed. Melville House UK. 2020.

2. Shakhbehai Zadeh ES, Raei V. Neonatal intensive care

nursing. 1th ed. Tehran: Boshra Tohfah; 2011. (Persian)

3. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Watananirun K et al. Global

regional and national levels and trends of preterm birth rates for 1990 to 2014: protocol for development of World Health Organization estimates. Reprod Health 2016;13:76.

4. Ghaderighahfarokhi S, Sadeghifar J, Mozafari M. A

model to predict low birth weight infants and affecting factors using data mining techniques. J

7. Heinemann

6. Chourasia

9. Huntsinger E, Luecken L. Attachment relationship and health behavior: the meditational role of self-esteem. *Psychol Health* 2011;19(4):515-26.
10. Valizadeh I, Akbarbeiglo M, Asadollahi M. Stressors affecting the mothers of premature infants hospitalized in neonatal intensive care units. *J Tabriz Univ Med Sci* 2009;4(1):85-90. (Persian)
11. Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M, Gibbons K. Parenting stress in mothers of very preterm infants --influence of development, temperament and maternal depression. *Early Hum Dev* 2013;89(9):625-9.
12. Trombini E, Surcinelli P, Piccioni A, Alessandroni R, Faldella G. Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta Paediatrica* 2008;97:894-98.
13. Zolkowitz P, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birth weight children at 24 months. *Early Hum* 2009;85(1):51-8.
14. Kohan M, Borhani F, Abbaszadeh A, Soltanahmadi J, Khajehpoor M. Experience of Mothers with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *J Qualit Res Health Sci* 2012; 1(1): 41-51. (Persian)
15. Yu-Chun K, Andrew E, Brian R, Kerstin E, Yu-Tung EK. A Case Study of Integrating Interwise: Interaction, Internet Self-Efficacy, and Satisfaction in Synchronous Online Learning Environments. *Int Rev Res Open Dis Learn* 2014;15(1):161-81.
16. heidari h, hasanpor m, foladi m. Exploring parental stress relief factors in neonatal intensive care unit (s). *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015;13(7):639-47. (In Persian)
17. Morsy AAK. Nursing support and stress among mothers of hospitalized children. *J Am Sci* 2012;8(Suppl 1):135-41.
18. Borim Nejad L, Mehrnosh N, Seyyed Fatemi N, Haghghani H. Maternal stressor agents with premature infants in neonatal intensive care units. *J Crit Care Nurs* 2011;4(1):39-44. (Persian)
- 19 - Finlayson K, Dixon A, Smith C, Dykes F, Flacking R. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sex Reprod Healthc* 2014 Oct; 5(3): 119-24.
20. Myonghwa P, Moonhee G. Applying e-learning for Multicultural Healthcare Education. *Int J Multimedia Ubiq Eng* 2013;8(6):367-76.
21. Akbarbegloo M, Valizadeh L, Asadollahi M. Mothers and nurses viewpoint about importance and perceived nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit. *Indian J Crit Care Nurs* 2007;14(1):11-7.
22. Ghavami SR, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Haghani H. [The effect of parental role training on stress in the parents of hospitalized newborns in a neonatal intensive care unit]. *Hayat* 2017;23(3):243-53. (Persian)
23. Miles MS, Carlson J, Brunssen S. The nurse parent support tool. *J Pediatric Nurs* 1999;14(1):44-50.
24. Hosseini S, Baniasadi H, Pouraboli B. Stressors of Parents of Hospitalized Preterm Infants: a study in Neonatal Intensive Care Unit of Afzalipour Hospita, Kerman, Iran. *J Health Develop* 2016;4(4):337-48.
25. Akbbberglu M, Valizadeh L, Assadullahi M. Comparison of Mothers 'and Nurses' Views on the Stress Resources of Parents of Neonatal Neonates Admitted to Neonatal Intensive Care Units. *Sci Res J Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2012;21(75):6-11.
26. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Akbarbegloo M, Sayadi L. Importance and availability of nursing support for mothers in NICU: a comparison of opinions of Iranian mothers and nurses. *Iran J Pediatr* 2012;22(2):191-6.
27. Khoramirad A, Ansari Shahidi M, Rezaii Jamaloi H, Sadeghimoghaddam P. The Effect of Mindfulness-Based Developmental Care on Maternal Stress and Bonding with Premature Infants Hospitalized in NICU. *Qom Univ Med Sci J* 2020;14(1):61-73
28. Turan T, Baskale H, Oncel G. Determining the psychometric properties of the Turkish version of the

- nurse-parent support tool and the stress levels of parents of premature infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clin Nurse Spec* 2016;30(3):E1-10.
29. Steedman WK. Stress experienced by parents from the neonatal intensive care unit; 2007.
30. Tandberg BS, Sandtrø HP, Vårdal M, Rønnestad A. Parents of preterm evaluation of stress and nursing support. *J Neonat Nurs* 2013;19(6):317-26.
31. Noergaard B, Johannessen H, Fenger-Gron J, Kofoed PE, Ammentorp J. Participatory action research in the field of neonatal intensive care: developing an intervention to meet the fathers' needs. A Case Study. *J Public Health Res* 2016;5(3):744.
32. Heidarzadeh A, azizzadeh forouzi M, taheeri Z, dehghan M. Study of effect of Educational program on stress of parents of premature infants in neonatal intensive care units A Clinical Trial. *Iran J Pediatr Nurs* 2019;5(4):18-25
33. Karami K, Sh R, Ghadirian F. Effect of educational-supportive interventions on premature infants' length of hospitalization and maternal stress. *Yafteh* 2009;11(2):67-73.
34. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006;118(5):e1414-27.
35. Abdeyazdan Z, Shahkolahi Z, Mehrabi T, Hajiheidari M. A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(4):349.
36. Mianaei SJ, Karahroudy FA, Rassouli M, Tafreshi MZ. The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014;19(1):94-100
37. Hoseinpour S, Borimnejad L, Rasooli M, Hardani A K, Alhani F. 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. *Iran J Nurs* 2022;34(134):2-17
37. Chourasia N, Surianarayanan P, Adhisivam B, Vishnu Bhat B. NICU admissions and maternal stress levels. *Indian J Pediatr* 2013;80(5):380-4.
38. Heinemann AB, Hellstrom-Westas L, Hedberg Nyqvist K. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatr* 2013;102(7):695-702.

THE EFFECT OF THE SUPPORTIVE-EDUCATIONAL INTERVENTION ON THE STRESS OF MOTHERS OF PREMATURE INFANTS HOSPITALIZED IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

Paria Nasiri¹, Masumeh Hemmati Maslakkap²

Received: 24 April, 2021; Accepted: 08 February, 2023

Abstract

Background & Aims: Hospitalization of a premature infant immediately after the birth is unavoidable and due to the need for special care is very stressful. Failure to pay attention to the emotional and psychological stress of mothers has caused insufficient attachment to their babies, which increases the vulnerability of the mothers of these babies. The present study was conducted with the aim of determining the effect of the implementation of supportive-educational intervention on the stress of mothers of premature babies hospitalized in the neonatal intensive care unit.

Materials & Methods: This is a semi-experimental study, and 70 mothers of premature infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit of Maragheh Shahid Beheshti hospital were selected and allocated to two intervention and control groups of 35 infants. The parental stress questionnaire was completed before and after the intervention. The intervention group received the educational support program during 6 sessions. After collecting the data, it was analyzed by SPSS version 16 software using descriptive and analytical statistics.

Results: Before the supportive-educational intervention, there was no statistically significant difference between the mean stress score of the two groups ($p=0.09$). After the intervention, the stress decreased in the intervention group compared to the control group, which was statistically significant. ($p<0.0001$). Regarding the dimensions of stress, the mean score of the relationship with the baby and the role of the mother, the stressful factors of the ward environment and the appearance, and behavior of the baby between the two intervention and control groups after the implementation of the supportive-educational intervention, there was a statistically significant difference ($p<0.0001$).

Conclusion: The supportive educational program reduced stress on the mothers. Therefore, it is recommended that healthcare providers and nurses in the neonatal ward included supportive-educational intervention in their work priorities.

Keywords: Education, Mother, Preterm infant, Stress, Support

Address: Maternal and Child Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences and Health Services, Urmia, Iran

Tel: +984432754916

Email: hemmatma@yahoo.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

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 Master's student, internal surgical nursing, Urmia University of Medical Sciences, Iran

² Professor of Nursing, Maternal and Child Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences and Health Services, Urmia, Iran (Corresponding Author)