

بررسی تأثیر اجرای طرح ترخیص بر میزان استرس مادران نوزادان پره‌ترم در NICU

محمد ارشدی بستان‌آباد^۱، منیژه مصطفی قره باغی^۲، *تویبه سیدی علم اباد^۳

چکیده

مقدمه: نوزادان نارس و کم وزن، از گروه‌های در معرض خطر در جامعه هستند. بعد از ترخیص، آسیب‌پذیری بیشتری را نسبت به نوزادان رسیده تجربه می‌کنند. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر اجرای طرح ترخیص، آماده‌سازی خانواده‌ها برای به عهده گرفتن مراقبت کامل از نوزاد نارس هنگام رفتن به خانه است.

روش: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی است که بر روی ۹۲ مادر دارای نوزاد نارس $36^{۶/۷}$ - $32^{۰/۷}$ هفته بستری در بخش نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان الزهراء تبریز در سال ۱۳۹۲ انجام شد. طرح ترخیص برای مادران گروه مداخله انجام شد. مادران گروه شاهد، مراقبت‌های معمول بخش را دریافت کردند. طرح ترخیص دو جلسه آموزشی گروهی همراه با آموزش عملی و سخنرانی، کتابچه آموزشی و نمایش فیلم برای مادران نوزادان نارس است. میزان استرس مادران دو گروه در دو مرحله پذیرش و ترخیص سنجیده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مقیاس استرس والدی بری (در مقیاس لیکرت) استفاده شد. یافته‌ها: میزان استرس در دو گروه قبل از اجرای مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. به دنبال اجرای مداخله، میزان استرس مادران گروه مداخله کمتر از گروه شاهد بود ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: اجرای طرح ترخیص، کاهش میزان استرس مادران نوزادان نارس را به همراه دارد و اجرای آن بر روی مادران دارای نوزاد بستری می‌تواند بازگشت نوزاد از جایگاه مراقبتی حاد به درون خانواده را تسهیل کند. واژگان کلیدی: طرح ترخیص، استرس، بخش مراقبت ویژه نوزادان، مادر.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱

۱- عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۲- استاد بیماریهای نوزادان - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نوزادان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز. (نویسنده مسؤول)

مقدمه

تولد نوزاد نارس یک بحران عاطفی حاد و موقعیتی استرس‌زا برای والدین محسوب می‌شود (۱). نوزادان متوسط (۳۳۶/۷-۳۳۶/۷) و نوزادان نارس دیررس (۳۴۰/۷-۳۴۶/۷) بیشتر از ۸۰ درصد از تولدهای نوزادان نارس را شامل می‌شوند (۲). این نوزادان در مقایسه با نوزادان رسیده، مرگ و میر و عوارض بیشتری را تجربه می‌کنند. در دهه گذشته مطالعه روی مرگ و میر و عوارض دوره نوزادی، اغلب روی نوزادان در معرض خطر بالا (نوزادان کمتر از ۳۲ هفته حاملگی) متمرکز شده است در حالی که نوزادان نارس دیررس که توسط والدین و مراقبان غالباً به عنوان نوزادان طبیعی تلقی می‌شوند، حین بستری نوزادی، عوارض دوره نوزادی‌شان در حد ۳/۵ برابر نوزادان رسیده است و مرگ و میر ۴/۶ برابر بیشتر از نوزادان رسیده را تجربه می‌کنند (۲،۳،۴). یک نیاز اختصاصی برای آموزش مراقبان سلامتی و والدین در مورد آسیب‌پذیری نوزادان متولد شده بین ۳۴ تا ۳۶ هفته حاملگی وجود دارد. نوزادان (نارس متوسط و دیررس) که توسط وضعیت پایین تکاملی‌شان شناخته می‌شوند، در معرض خطراتی مربوط به سیستم تنفسی، گردش خون، تنظیم دما، سوء عملکرد مجرای گوارشی (۵) و افزایش شیوع سپسیس زودرس و دیررس، محدودیت رشد خارج رحمی، صدمه نورولوژیکی ناشی از ایکتر، استرس سرما، هیپوگلیسمی، NEC، آپنه، IVH درجه پایین، عفونت و پیامدهای عفونی هستند (۲،۶،۷). مطالعات اخیر، افزایش خطر پیامدهای نوزادی ناگوار، پیامدهای ضعیف‌تر شناختی، رفتاری و یادگیری را در این جمعیت روشن کرده‌اند. افزایش احتمال دوباره بستری شدن نوزادان نارس دیررس در بیمارستان به دنبال ترخیص از بخش نوزادان به درستی اثبات شده است (۸).

تولد یک نوزاد بیمار و بستری شدن او باعث ایجاد یأس، نگرانی و سردرگمی و فشار روانی در والدین می‌شود. از این رو لزوم تبدیل مراقبت نوزاد محور به مراقبت خانواده محور و توجه به منابع تنش‌زا ضروری است (۹). انتقال نوزاد از بیمارستان به خانه برای خانواده یک چالش محسوب می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که اگر دوره‌ی بستری نوزادان نارس کوتاه شود و

مراقبت‌های بعد از ترخیص توسط مادران انجام گیرد، میزان مرگ و میر نوزادان کاهش یافته و در هزینه‌های بیمارستانی نیز صرفه‌جویی می‌شود. بنابراین آموزش مادران در افزایش کیفیت مراقبت‌ها، یکی از اساسی‌ترین اقدامات در ارتقاء سلامتی نوزاد نارس می‌باشد (۱۰،۱۱). به نظر می‌رسد طرح ترخیص، عنصری بنیادی در ایجاد انتقال از جایگاه مراقبتی حاد به خانه است (۱۲). طرح ترخیص جامع می‌تواند تأثیر مثبتی روی انتقال خانواده به خانه داشته باشد (۱۳). طرح ترخیص را به عنوان توسعه یک طرح ترخیص منحصر به فرد برای بیمار، قبل از ترک بیمارستان با هدف کم کردن هزینه‌ها و بهبود پیامدهای بیمار (۱۴) و یکی از اجزای کامل مراقبت پرستاری بخش مراقبت ویژه نوزادان توصیف کرده‌اند، به طوریکه تأثیر قابل ملاحظه‌ای روی پیامدهای بیمار و سازگاری و تعهد خانواده بعد از بازگشت به خانه دارد. هدف آماده‌سازی خانواده‌ها برای به عهده‌گیری مراقبت از نوزاد نارس یا ناخوش‌شان است و اطمینان از اینکه آنها دانش مناسب، حمایت و منابع لازم برای انجام این هدف را کسب می‌کنند (۱۵). دستورالعمل طرح ترخیص نوزاد نشان می‌دهد که والدین عصبانیت، احساس گناه، جدایی و ترس (مخصوصاً ترس از ناتوانی در مراقبت از فرزند) را تجربه می‌کنند. این دستورالعمل، تغذیه را بزرگترین نگرانی والدین قبل و بعد از ترخیص می‌داند (۱۶). مراقبت خانواده‌محور ویژه نوزاد، نیازمند خوشامدگویی به خانواده‌ها به عنوان شریک و یار در دادن مراقبت و تصمیم‌گیری است. با افزایش مشارکت و درگیری والدین در دادن مراقبت در تمام طول بستری و کار با خانواده‌ها برای تسهیل فرایند ترخیص، والدین ممکن است تجربه NICU را با افزایش کفایت و شایستگی در مراقبت از نوزاد، نشان دهند (۱۷). در مطالعه رابلو و همکاران، مشخص گردید گرچه مادران هیجان و امید را هنگام ترخیص تجربه می‌کنند، اما تعداد زیادی از آنها احساس اضطراب و ناامنی در مورد چگونگی مراقبت از نوزاد نارس‌شان را نشان داده‌اند (۱۸،۱۹). لذا با توجه به کلیدی بودن طرح ترخیص و تأثیر آن در رشد و تکامل و بهبود پیامدهای نوزاد، سلامت روان و کفایت و شایستگی و اعتماد والدین در دادن مراقبت به نوزاد، پژوهشگر

بر آن شد تا با انجام تحقیقی در زمینه اجرای طرح ترخیص، تأثیر این اقدام را بر استرس مادران نوزادان نارس بسنجد.

روش

این پژوهش، یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی است. جمعیت هدف، مادران نوزادان نارس‌اند که در زمان انجام پژوهش در NICU و بخش نوزادان بیمارستان الزهراء تبریز بستری بودند. گواهی اخلاق (تاریخ ۱۳۹۲/۷/۱۰ به شماره ۵/۴/۵۵۸۲) انجام این پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تبریز گرفته شد. بعد از اخذ موافقت از والدین تعداد ۹۲ نفر از مادران دارای نوزاد نارس به دو گروه مداخله- شاهد تقسیم شدند، با توجه به مقاله جعفری میانائی و همکاران (۲۰) و با لحاظ میانگین نمرات استرس (۹۴/۳۶±۲۵/۹۸) قبل از اجرای مداخله و میانگین نمرات استرس بعد از اجرای مداخله (۵۷/۳۸±۳۰/۷۲) و با ضریب اطمینان ۹۰ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و آلفای ۰/۰۵ تعداد نمونه در هر گروه ۴۶ نفر برآورد شد. نمونه‌ها به طور تصادفی انتخاب شده و انتخاب نمونه‌های دو گروه در زمان‌های جداگانه انجام شد، به این خاطر که دو گروه باهم در ارتباط و تبادل اطلاعات نداشته باشند. یک پرسشنامه برای بررسی مشخصات فردی اجتماعی مادر شامل: سن، سطح تحصیلات، شغل و سایر مولفه‌های جمعیت شناختی (جدول ۱) و پرسشنامه‌ای برای بررسی مشخصات نوزاد شامل: سن، جنس، نمره آپگار... (جدول ۲) طراحی شد. برای ارزیابی میزان استرس مادر از مقیاس استرس والدی (Parental Stress Scale) که توسط Berry و همکاران در ۱۸ آیتم و در سه حیطه احساسات، تکامل نفس، تکامل شخصیتی طراحی شده، استفاده گردید. این پرسشنامه به شیوه لیکرت ۵ گزینه‌ای (۱= کاملاً مخالفم و ۵= کاملاً موافقم) طراحی شده است و محدوده نمرات پرسشنامه بین ۹۰-۱۸ بود. نمرات بالاتر دلالت بر افزایش استرس دارد (۲۱). ابزار توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و ۵ نفر از متخصصین نوزادان و کودکان بررسی گردید. برای پرسشنامه مقیاس استرس مادر مقادیر کلی شاخص‌ها در مرتبط بودن سؤال (۰/۹۷)، شفافیت سؤال (۰/۸۴)، سادگی سؤال

(۰/۸۵)، CVI (۰/۸۹) یا CVR ضرورت سؤال (۰/۹۰) بود. پرسشنامه بعد از لحاظ کردن اصلاحاتی در ترجمه، مورد استفاده قرار گرفت. به این منظور از روش دو نیمه کردن استفاده شد. مطالعه مقدماتی با توزیع ۱۰ پرسشنامه در قالب پیش‌آزمون استفاده شد. پایایی کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه استرس قبل از شروع مطالعه (۰/۷۳۵) و برای پرسشنامه استرس بعد از مطالعه (۰/۷۵۸) محاسبه و تأیید شد. با پذیرش نوزاد در بخش و قبل از انجام مداخله، میزان استرس مادر با استفاده از پرسشنامه استرس مادر در هر دو گروه مداخله و شاهد، جداگانه ارزیابی گردید. اجرای طرح ترخیص برای گروه مداخله از زمان پذیرش و چند روز قبل از ترخیص (طی دو جلسه) انجام شد. هر جلسه آموزشی، به صورت گروهی، ۵ نفره و یک ساعته همراه با آموزش عملی و سخنرانی (پریش و پاسخ)، کتابچه آموزشی و نمایش فیلم برای مادران نوزادان نارس صورت گرفت. بسته آموزشی طرح ترخیص شامل نیازهای آموزشی این گروه از مادران بود که شامل مواردی مانند: مراقبت تغذیه‌ای، پیشگیری و مدیریت عفونت، ارزیابی زردی و تنظیم درجه حرارت بدن، شناخت علائم بیماری (شناخت و مدیریت بیماری در خانه و معیارهایی برای مراجعه به پزشک) واکسیناسیون، پیگیری ارزیابی شنوایی و معاینات چشمی، آموزش احیاء قلبی تنفسی، دستورالعمل حمام کردن، پیشگیری از خشونت با نوزاد و سندرم تکان نوزاد و پیشگیری از درماتیت بود. اولین جلسه آموزشی طرح ترخیص در دو روز اول پذیرش نوزاد (۱۶) و دومین جلسه آموزشی چند روز قبل از ترخیص برگزار شدند. در فاصله بین دو جلسه، کتابچه آموزشی جهت مطالعه به مادران داده شد. بدین وسیله تلاش شد اهمیت شروع آموزش ترخیص به محض پذیرش و تداوم آن در طول اقامت بیمارستانی حفظ گردد. روز ترخیص، پرسشنامه استرس مادر در هر دو گروه توزیع گردید و ارزیابی شد. به خاطر رعایت ملاحظات اخلاقی، کتابچه آموزشی مذکور جهت مطالعه در منزل در گروه شاهد نیز توزیع گردید. ویژگی‌های نوزاد در مطالعه شامل: سن بین ۳۶۶/۷-۳۲۰/۷ هفته حاملگی، وزن بالای ۱۳۰۰ گرم در هنگام تولد، آپگار دقیقه پنجم بالای ۷، نداشتن

$p = 0/949$ میانگین نمرات استرس مادران در شروع مطالعه و پایان مطالعه در گروه شاهد تفاوت معنادار آماری را نشان نداده است. همچنین در گروه مداخله مشاهده می‌شود که اختلاف میانگین نمرات استرس در شروع و پایان مطالعه مقدار $\mu = 2/847$ می‌باشد که تفاوت آن قابل توجه می‌باشد و با توجه به $p = 0/012$ میانگین نمرات استرس مادران در شروع و پایان مطالعه در گروه مداخله تفاوت معنادار آماری را نشان داده است و مشاهده می‌شود که در پایان مطالعه میزان استرس کاهش یافته است. با توجه به (جدول ۴) با آزمون تی مستقل، مقایسه نمرات استرس دو گروه در شروع مطالعه نشان می‌دهد سطح معنی داری برابر $p = 0/652$ می‌باشد که بیشتر از مقدار $0/05$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد می‌باشد، در واقع تفاوت معنادار آماری بین دو گروه در شروع مطالعه مشاهده نشده است. با توجه به آزمون تی، در پایان مطالعه مشاهده می‌شود که سطح معنی داری برابر $p = 0/014$ می‌باشد که کمتر از مقدار $0/05$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد می‌باشد. در واقع در پایان مطالعه، تفاوت معنادار آماری مشاهده شده است. با توجه به مقدار میانگین نمرات استرس می‌توان گفت مادرانی که در دوره طرح ترخیص شرکت داشته‌اند بعد از پایان مطالعه از استرس کمتری نسبت به مادران گروه شاهد برخوردار می‌باشند و با توجه به اختلاف میانگین منفی مشاهده می‌شود که در پایان مطالعه میزان استرس کاهش یافته است.

ناهنجاری‌های مادرزادی، تک قلبی، اولین فرزند خانواده، آمادگی مادر جهت همکاری و سواد خواندن و نوشتن درحد سوم راهنمایی و مادر سابقه بیماری روانی یا مصرف داروهای روانگردان نداشته باشد. معیارهای خروج: مدت بستری بیشتر از دو هفته یا کمتر از دو روز، تشدید وضعیت بالینی نوزاد، فوت نوزاد، مادر جزء پرسنل علوم پزشکی باشد، عدم حضور مادر حداقل در یکی از جلسات، مادر دارای سابقه نازایی، نوزاد بارزش متولد شده به دنبال سابقه نازایی مادر.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ و نرم افزار EXCEL از آزمون های تی زوج و مستقل، آزمون کای دو، آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش استفاده شده است. پژوهش حاضر علاوه بر فرضیه‌های پژوهش، برخی از اهداف قابل سنجش نیز به عنوان بخش مکمل، مورد آزمون واقع شده‌اند. که شامل سنجش تأثیر متغیرهای مداخله‌گر (جدول ۱، ۲) مانند مدت بستری، جنس، وزن و سن نوزاد، آپگار دقیقه یک و پنج، سن مادر و تحصیلات، وضعیت شغلی، درآمد خانواده، نوع زایمان، سابقه سقط، سابقه بیماری مادر، می‌باشد.

یافته‌ها

براساس نتایج توصیفی پژوهش (جدول ۱، ۲) آزمون همبستگی بین متغیرهای پژوهش شامل سنجش تأثیر متغیرهای مداخله‌گر مانند مدت بستری، جنس، وزن و سن نوزاد، آپگار دقیقه یک و پنج، نشان داد که نوزادان در دو گروه دارای وضعیت تقریباً مشابهی می‌باشند که در بدست آوردن نتایج اصلی پژوهش دارای تأثیر معناداری نمی‌باشند. همچنین شرایط ویژه مادران شامل سن مادر و تحصیلات، وضعیت شغلی، درآمد خانواده، نوع زایمان، سابقه سقط، سابقه بیماری مادر نیز در دو گروه دارای تفاوت معنادار آماری نبوده است. با توجه به نتایج آزمون تی زوج برای مقایسه نمرات استرس در گروه شاهد در شروع و پایان مطالعه نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمرات استرس در شروع و پایان مطالعه مقدار $0/043 = \mu$ می‌باشد که تفاوت اندکی را نشان می‌دهد و با توجه به

جدول ۱: آزمون کای دو برای بررسی مقایسه میانگین متغیرهای دو گروه

متغیر گروه	مداخله تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	آزمون کای اسکوئر
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۲ (۴۷/۸)	$X^2 = 5/318$
	دیپلم	۱۹ (۴۱/۳)	$P = 0/256$
	لیسانس	۴ (۸/۷)	
	فوق لیسانس	۱ (۲/۲)	
سابقه سقط	دارد	۶ (۱۳)	$X^2 = 0/717$
	ندارد	۴۰ (۸۷)	$P = 0/397$
درآمد خانواده	دخل کمتر از خرج	۰ (۰)	$X^2 = 1/192$
	دخل و خرج برابر	۳۸ (۸۲/۶)	$P = 0/551$
	دخل بالاتر از خرج	۸ (۱۷/۴)	
وضعیت شغلی	شاغل	۴ (۸/۷)	$X^2 = 0/155$
	خانه دار	۴۲ (۹۱/۳)	$P = 0/694$
نوع زایمان	طبیعی	۶ (۱۳)	$X^2 = 0/337$
	سزارین	۴۰ (۸۷)	$P = 0/562$
	سابقه بیماری مادر	۵ (۱۰/۹)	$X^2 = 1/192$
ندارد	۴۱ (۸۷/۱)	$P = 0/551$	

جدول ۲: خروجی آزمون تی مستقل برای بررسی مقایسه میانگین متغیرها

متغیر	مداخله میانگین (انحراف معیار)	شاهد میانگین (انحراف معیار)	مقدار T
مدت بستری در شروع مطالعه	۲/۱۵ (۰/۴۲۰)	۲/۰۹ (۰/۳۵۴)	$t = -0/805$ $p = 0/423$
وزن	۲۰۵۱/۰۹ (۷۲۱/۹۶۸)	۲۰۹۹/۵۷ (۶۸۶/۳۰۷)	$t = 0/330$ $p = 0/742$
آپگار دقیقه یک	۷/۹۳۵ (۱/۵۵۵۰)	۷/۹۷۳ (۱/۵۱۱۵)	$t = 0/375$ $p = 0/848$
آپگار دقیقه پنج	۹/۳۹ (۰/۹۰۶)	۹/۲۸ (۰/۹۵۸)	$t = -0/5590$ $p = 0/578$
سن حاملگی	۳۳/۶۵ (۱/۴۴۹)	۳۳/۹۱ (۱/۶۰۳)	$t = 0/819$ $p = 0/415$
مدت بستری در پایان مطالعه	۹/۶۱ (۳/۱۲۳)	۸/۸۷ (۲/۵۴۴)	$t = -1/244$ $p = 0/217$
سن مادر	۲۸/۷۲ (۶/۳۰۲)	۲۸/۷۰ (۵/۶۹۹)	$t = -0/107$ $p = 0/986$

جدول ۳: خروجی آزمون تی زوج برای بررسی میزان استرس در دو گروه

گروه	اختلاف میانگین	انحراف معیار	انحراف معیار از میانگین	بیشینه	کمینه	آماره (T)	درجه آزادی (df)	سطح معنی- داری (p)
شاهد	۰,۴۳۴۸	۴,۵۷۰۲۲	۰,۶۷۳۴۸	۱,۴۰۰۶۷	۱,۳۱۳۷۱	۰,۶۵	۴۵	۰,۹۴۹
مداخله	۲,۸۴۷	۷,۳۶۰۴۶	۱,۰۸۵۲۴	۵,۰۳۳۶۱	۰,۶۶۲۰۴	۲,۶۲۴	۴۵	۰,۰۱۲

جدول ۴- خروجی آزمون تی مستقل برای مقایسه میزان استرس دو گروه در شروع و پایان مطالعه میزان استرس

مقدار T	درجه آزادی	سطح معنی داری	تفاوت انحراف میانگین	تفاوت میانگین	انحراف از میانگین	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
-۰,۴۵۳	۹۰	۰,۶۵۲	۱,۶۳۲	-۰,۷۳۹۱	۱,۲۶۷۴۸	۸,۵۹۶۴۸	۴۰,۴۷۸۳	۴۶	شاهد	شروع مطالعه
					۱,۰۲۹۴۸	۶,۹۸۲۲۴	۴۱,۲۱۷۴	۴۶	مداخله	
۲,۴۹۶	۹۰	۰,۰۱۴	۱,۵۸۵۴۰	۳,۹۵۶۵۲	۱,۱۷۸۲۰	۷,۹۹۰۹۴	۳۹,۴۷۸۳	۴۶	شاهد	پایان مطالعه
					۱,۰۶۰۸۳	۷,۱۹۴۸۷	۳۵,۵۲۱۷	۴۶	مداخله	

بحث

پرسنل درمان بررسی شده است. این مطالعات، در شناسایی عوامل ایجاد کننده استرس در والدین و شناسایی زمینه‌های حمایت ناکافی ارائه شده توسط تیم پرستاری کمک کننده است. بالاترین سطح استرس در نقش والدی شناسایی گردید، مخصوصاً مواردی شامل ناتوانی در کمک به کودک از مادر جدا شده، احساس ناامیدی و ناتوانی برای محافظت از کودک در مقابل پروسیجرهای دردناک و ناتوانی در تغذیه کودک (۲۴،۲۵).
مادران حمایت پرسنل پرستاری را در بیشتر این زمینه‌ها ارزیابی کردند. بالاترین آن، توانایی پرسنل مراقبتی برای پاسخ‌دهی خوب به سؤالات والدین و تمایل مادر برای برعهده گرفتن مراقبت از کودک برآورد گردید. نیاز به انطباق طرح با فردیت هر خانواده وجود دارد. بکارگیری دانش می‌تواند روی نگرش والدین و رضایتمندی والدی از مراقبت‌های ارائه شده کارکنان تأثیر بگذارد. واحدهای مراقبت ویژه نوزادان قطعاً نیاز به مراقبت خانواده محور دارند و باید از همه فاکتورهایی که می‌توانند منبعی از استرس برای والدین باشند آگاه گردند. با این روش می‌توان استرس را به طور مثبت از رابطه بین مادر و کودک حذف کرد (۲۴،۲۵). این پژوهش در مرکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده و نتایج آن قابل تعمیم به سایر مراکز خصوصی نیست. همچنین در این پژوهش امکان مشارکت برای پدران نوزادان فراهم نشد و این امر می‌تواند در پژوهش‌های سایر محققین مورد مطالعه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اجرای طرح ترخیص در بخش مراقبت ویژه نوزادان، کاهش استرس والدین را در پی دارد. از آن جایی که مشارکت والدین در مراقبت از نوزاد بستری،

با توجه به اینکه مسأله اصلی در پژوهش حاضر بررسی تأثیر اجرای طرح ترخیص بر استرس مادران نوزادان نارس می‌باشد، نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرح ترخیص بر استرس مادران نوزادان نارس تأثیر دارد و باعث کاهش استرس در مادران و آماده‌کردن آنها در مراقبت از نوزاد نارس می‌شود. این یافته با نتایج تحقیقات مشابه هم‌خوانی دارد. در مطالعه جعفری میانایی و همکاران (۱۳۹۱) تأثیر برنامه ایجاد فرصت‌های رشد والدین بر میزان اضطراب و تنش مادران نوزادان نارس بستری در NICU بررسی شده است. برنامه ایجاد فرصت‌های رشد والدین یک برنامه آموزشی رفتاری چهار مرحله‌ای است. بعد از اجرای هر مرحله از برنامه میزان اضطراب و تنش مادران در گروه مداخله کمتر از میزان تنش و اضطراب مادران در گروه کنترل بود ($p < 0/001$). یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه تنش مادران دارای نوزاد نارس هم راستا با نتایج مطالعه براون و تالمی در آمریکا و ملنیک و همکاران (۲۲) توران و همکاران در ترکیه (۲۳) است. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که شروع زودهنگام مداخله برای مادران و ارائه اطلاعات مکتوب همراه با کتاب کار تأثیر مثبتی بر وضعیت روانی مادران می‌گذارد. اجرای این برنامه، علاوه بر کاهش تنش و اضطراب والدین می‌تواند باعث افزایش آگاهی و مشارکت آنان در مراقبت از نوزاد خود و نیز کاهش زمان اقامت نوزاد در بیمارستان گردد که این موضوع هم از نظر خانواده و هم از نظر دست‌اندرکاران نظام سلامت حایز اهمیت است (۲۰). در دو مطالعه دیگر شناخت نیازهای مادران نوزادان بستری در NICU و ارزیابی سطح حمایت والدی فراهم شده توسط

شماره ثبت IRCT2015050313691N2 در مرکز کارآزمایی بالینی می‌باشد. بدین وسیله از دانشگاه علوم پزشکی تبریز و کلیه دست‌اندرکاران اجراء پژوهش، و مسئولین محترم و پرستاران بیمارستان آموزشی - درمانی الزهراء تبریز که پژوهشگر را جهت انجام پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

پایه اصلی پرستاری مدرن اطفال بوده و جزء مهم مراقبت خانواده محور است. بکارگیری این طرح از سوی مسئولان با فراهم نمودن زمینه‌های مناسب در محیط بالینی، ضروری به نظر می‌رسد. نتیجه حاصل از مطالعه نشانگر آن است که ارتقای سطح کیفیت خدمات، با کاهش استرس مادران همراه است و اجرای طرح ترخیص و مراقبت خانواده محور گامی است که منافع آن علاوه بر درمان بیماران، موجب ارتقاء سلامت جامعه و ارتقای کیفیت مراقبت خواهد شد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهش دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با

منابع

- 1- Lee SN, Long A, Boore J. Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(3):326-36.
- 2- Gouyon JB, Iacobelli S, Ferdynus C, Bonsante F. Neonatal Problems of Late and Moderate Preterm Infants. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2012 ; 17(3): 146-52.
- 3- Susan B-S. Near-term/Late Preterm Infants. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2007; 7(2): 67-71.
- 4- William AE. Morbidity and Mortality in Late Preterm and Early Term Newborns: A Continuum. *Clinics in Perinatology*. 2011; 38(3): 493-516.
- 5- Broedsgaard A, Wagner L. How to Facilitate Parents and their Premature Infant for the Transition Home. *International Nursing Review*. 2005; 52(3): 96-203.
- 6- Peddicord K, McCarthy M, Scheich B. Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses: Uniting Science With Care for Women and Newborns. *CIN*. 2009; 27(2): 122-4.
- 7) Thomas NS. Immunization of Preterm and Low Birth Weight Infants. *Pediatrics*. 2003; 112(1): 193-8.
- 8- Harijan P, Boyle EM. Health Outcomes in Infancy and Childhood of Moderate and Late Preterm Infants. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2012; 17(3): 159-62.
- 9- Jebrailli M, Seyedrasoli E, Atayyan R, Rasoli SH. Resources, Stressing the Mothers of Infants Admitted to the NICU. *Journal of Nursing and Midwifery*. 1388; 15: 35-41. (Persian)
- 10- Tarverdy M, Basiri P, Alave H. An Investigation on the Effects of Home Care Education on Mortality and Morbidity for Preterm Infant's Mothers Tajrish Hospital. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty*. 2006; 4 (1): 2-14.
- 11- F. Sajedi, Kashaninia Z, Khoramira A. Effect of Discharge Planning on Physical Status of Neonate. *Acta Medica Iranica*. 2006; 44(6): 409-14.

- 12- Brunner LS , Smeltzer SCOC, Bare BG, Hinkle JL. Brunner & Suddarth Text Book of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott williams &. Wilkins. 2010.
- 13- Mills MM, Sims DC, Jacob J. Implementation and Case-Study Results of Potentially Better Practices to Improve the Discharge Process in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Pediatrics*. 2006; 118(2): 124-33.
- 14- Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge Planning from Hospital to Home (Review). *Cochrane Library*. 2008; (3). 4-47.
- 15- Research Proposal submitted to University of Dublin Trinity College, in partial fulfillment of the requirements for the Bachelor in Science (Nursing) (B.Sc. (Cur.)). Barriers to Effective Discharge Planning by Nurses in the Neonatal Intensive Care Unit. 2011.
- 16- South Central Network, Quality Care Group. Guideline framework for Neonatal Discharge Planning. 2012.
- 17- Griffin T, Abraham M. Transition to Home From the Newborn Intensive Care Unit: Applying the Principles of Family-Centered Care to the Discharge Process. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006; 20(3): 243-9.
- 18- Rabelo MZS, Chaves E, CardosoM, Sherlock MSM. Feelings and Expectations of Mothers of Preterm Babies at Discharge. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3): 333-7.
- 19- Rowe J, Jones L. Discharge and beyond. A Longitudinal Study Comparing Stress and Coping in Parents of Preterm Infants. *Journal of Neonatal Nursing*. 2010; 16(6): 258-66.
- 20- Mianaei Jafari S, Alae Karahroudy F, Rasuli M, Zayeri F. Effectiveness of Parent Empowerment Program on Anxiety and Stress in Mothers who have Preterm Infants Hospitalized in NICUs. *Payesh*. 2012; 11(2): 253-8.
- 21- Berry, Judy, O Jones, Warren H. The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1995; 12(3): 463-72.
- 22- Browne J, Talmi A. Browne Family-Based Intervention to Enhance Infant–Parent Relationships in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Psychology*. 2005; 30(8): 667–77.
- 23- Turan T, Ba bakkal Z. Study on Validity and Reliability of A Turkish Version of the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Hem irelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 32–42.
- 24- Garten L, Nazary L, Metze B, Bühner C. Pilot Study of Experiences and Needs of 111 Fathers of Very Low Birth Weight Infants in a Neonatal Intensive Care Unit. *Perinatology*. 2013; 33(1): 65-9.
- 25- Young MA, Nam HK. Parental Perception of Neonates Parental Stress and Education NICU Parents. *Asian Nursing Research*. 2007; 1(3): 199–210.

effect of discharge planning program on stress of preterm infant mothers in NICU

Arshadi Bostanabad M¹, Mostafa Gharehbaghi M², *seyedi elmabad S³

Abstract

Introduction: premature and low birth weight infants are one of the high risk population in the community .After discharge, they are more vulnerable than full-term infants and in comparison with full-term born infants need more care. The aim of discharge planning , preparing families for the care of premature infants at home after discharge.

Method: a randomized controlled trial study was conducted on 92 mothers of preterm infants (gestational age: 32^{0/7} -36^{6/7} weeks) in neonatal ICU of Tabriz Alzahra hospital in 2013. Discharge planning was done for intervention group and mothers of control group received routine and usual cares. discharge planning program Includes two group training sessions with practical training and lectures, and videotape training for mothers of premature infants. Maternal stress was measured in both admission and discharge time in two groups by using Parental stress scale. Data analysis was performed using the T-test and X2 test.

Results: There was not any meaningful difference about rate of stress between 2 groups before the intervention. However, after implementation of discharge planing, maternal stress was lower in intervention group than in control group (p 0.001)

Conclusion: Implementation of discharge planning reduces stress levels of mothers of premature infants .Its implementation could facilitate to return infants from acute care units to family

Keywords: discharge planning, stress, neonatal intensive care unit, mother.

Received: 22 November 2014 **Accepted:** 22 July 2015

1- Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

2- Professor- Department of Pediatric, Faculty of medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

3- NICU MSc Student, Faculty of Nursing and Midwifery Tabriz University of Medical Sciences, Iran.

(Corresponding Author)

E-mail: psaiedi@yahoo.com