

April-May 2023, Volume 18, Issue 1

The Effect of Mothers Empowerment Program with Infant Congenital Heart Disease on Their Resilience

Joneidi R¹, Razaghi N^{2*}, Mohamadzadeh A³, Mazlum SR⁴

1- MSc Student of Neonatal nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Assistant Professor of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3-Professor of Pediatrics, Department of Pediatrics, School of Medicine, Neonatal Research Center Imam Reza Hospital. Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- Dept of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University Medical of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Corresponding Author: Razaghi N, Assistant Professor of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Email: razaghin@mums.ac.ir

Received: 4 Nov 2022

Accepted: 16 Dec 2022

Abstract

Introduction: The birth of a baby with congenital heart disease (CHD) is a source of stress, so the mother should be empowered to face difficult conditions. increasing resilience increases a person's ability to deal with stressful factors. This study was conducted with the aim of determining the effect of empowering mothers of infant with congenital heart disease on their resilience.

Methods: This research study was a semi-experimental clinical trial on 60 mothers with infant born with CHD in the NICU department of Imam Reza Hospital. Available sampling method and study tools were demographic questionnaire and Connor's resilience scale. The stages of empowering mothers were followed in 9 sessions of 30 minutes in the form of knowledge and skill training in the field of physical and emotional care. After collecting the data, statistical analysis was done with spss 20 software.

Results: The results of the present study showed that the empowerment program of mothers of infant with CHD had a statistically significant effect on their resilience after the intervention and when the infant was one month old compared to the control group ($p < 0.001$), but the average score Resilience within the group (in the intervention group) is not significant ($p = 0.61$).

Conclusions: According to the results of the research, the empowerment of mothers with emphasis on emotional empowerment should be considered in nursing care programs for infants with CHD hospitalized in the neonatal intensive care unit.

Keywords: Congenital Heart Disease's, Neonate, Empowerment,, Mothers, Resilience.

بررسی تاثیر برنامه توانمندسازی بر میزان تاب آوری مادران نوزاد مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی

رایحه جنیدی^۱، نغمه رزاقی^{۲*}، اشرف محمدزاده^۳، سید رضا مظلوم^۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲- استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳- استاد کودکان، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات نوزادان بیمارستان امام رضا (ع) دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۴- گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

نویسنده مسئول: نغمه رزاقی، استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

ایمیل: Razaghin@mums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۱۳

چکیده

مقدمه: تولد نوزاد مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی در خانواده به عنوان یک منبع استرس است، لذا می بایست مادر برای مواجهه با شرایط سخت، توانمند شود. از سویی افزایش تاب آوری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس زا را افزایش می دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر توانمندسازی مادران دارای نوزاد مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی بر میزان تاب آوری مادران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که بر ۶۰ نفر از مادران دارای نوزاد متولد شده با بیماری مادرزادی قلبی در بخش NICU بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در سال ۱۴۰۰ انجام شد. روش نمونه گیری در دسترس و ابزار مطالعه پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس تاب آوری کانر بود. مراحل توانمندسازی مادران در ۹ جلسه ۳۰ دقیقه ای بصورت دانش افزایی و مهارت آموزی در حیطه مراقبت های جسمی و عاطفی دنبال شد. پس از جمع آوری داده ها با نرم افزار SPSS 20 در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل آماری انجام شد.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد برنامه توانمندسازی مادران نوزاد مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی بر میزان تاب آوری آنان بعد از مداخله (با میانگین $8/7 \pm 2/64$) و در یک ماهگی نوزاد در مقایسه با گروه کنترل (با میانگین $7/9 \pm 0/50$) تاثیر آماری معنی داری داشته است ($p < 0.001$)، اما میانگین نمره تاب آوری درون گروهی (در گروه مداخله) معنی دار نشده است ($p = 0.61$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش، توانمندسازی مادران با تاکید بر توانمندسازی عاطفی در برنامه های مراقبت پرستاری از نوزادان مبتلا به بیماری قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان مورد توجه باشد. **کلیدواژه ها:** بیماری های مادرزادی قلبی، نوزاد، توانمندسازی، مادران، تاب آوری.

مقدمه

بیماری‌های قلبی مادرزادی (CHD)، شایع‌ترین بیماری مادرزادی است (۱). بروز بیماری قلبی مادرزادی به طور مداوم در حال افزایش است. بروز CHD در کشورهای در حال توسعه در آسیا بالا است و از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۱۷ به تدریج در حال افزایش است و حداکثر به ۹,۴ / ۱۰۰۰ رسیده است (۲). در ایران، میزان شیوع کمتر از ۱۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده است (کمتر از ۰,۱٪) (۳). در کشور ایران سالانه حدود یک میلیون نوزاد متولد می‌شوند. برآورد می‌شود که حدود ده هزار مورد از این نوزادان با نقص مادرزادی قلب متولد شوند (۴).

تشخیص CHD تأثیرات روانشناختی قابل توجهی بر والدین می‌گذارد. بر این اساس، ۲۵-۵۰٪ والدین کودکان مبتلا به CHD شدید، علائم بالینی اضطراب یا افسردگی را گزارش کرده‌اند (۵). مطالعه کوهورت دال و همکاران (۲۰۱۳)، نشان داد که مادران کودکان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی در معرض خطر بیماری روانی قرار دارند (۶). این والدین به دلیل احساس عدم قدرت و نداشتن دانش مدیریت بیماری سطوح مختلفی از استرس را تجربه می‌کنند زیرا احساس می‌کنند قادر به محافظت از فرزند خود نیستند (۷).

Connor توانایی افراد در مقابله با شرایط استرس‌زا را ناشی از افزایش تاب‌آوری ایشان می‌داند. ارتقاء سطح تاب‌آوری در مقابله با شرایط استرس‌زا می‌تواند درمان‌دگی فرد را در شرایط استرس‌زا تعدیل نماید (۸). در زمینه استرس والدین در CHD، تاب‌آوری را می‌توان همانند فرآیند و ظرفیت والدین برای سازگاری مثبت و مقابله با عوامل استرس‌زا هنگام ایفای نقش والدینی برای کودک مبتلا به بیماری، تعریف کرد (۹).

یکی از راه‌های کاهش استرس و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی والدین توانمندسازی آنان است و از اصلی‌ترین اقداماتی است که پرستاران می‌توانند جهت کاهش مشکلات مادران در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان انجام دهند. پرستاران می‌توانند با آگاه نمودن مادران از سرنوشت بیماری همراه با تأکید بر نقش والدینی تا حدود زیادی از احساس ناامیدی مادران که سرچشمه استرس، اضطراب و افسردگی است بکاهند و بدین صورت تاب‌آوری آنان را ارتقا دهند (۱۰). آموزش قبل از عمل همچنین اضطراب والدین را که فرزندشان تحت عمل جراحی قلب قرار داشتند را کاهش داده است (۱۱). این یافته‌ها اهمیت برقراری ارتباط

رایحه جنیدی و همکاران

با این والدین و ارزیابی دقیق سطح دانش آنها، برای ارائه اطلاعات دقیق، به موقع و مفید به آنان را برجسته می‌کند (۱۲). با این حال، بسیاری از والدین برخی مشکلات را در مدیریت بیماری کودک و نقش مراقبتی آنها تجربه می‌کنند (۱۳). عدم آگاهی و ابهامات، والدین را مجبور می‌کند تا در مورد علائم کودکان مبتلا به CHD جویای اطلاعات شوند. چندین مطالعه روی والدین فرزندان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی نشان داده است که بسیاری از آنها حتی با استفاده از اینترنت و گاه اتکا به منابع غیر دقیق به دنبال اطلاعات هستند. این یافته‌ها نشان دهنده لزوم توجه به این خانواده‌ها و توانمندسازی آنان است (۱۲). نتایج مطالعه ای نشان داد که اکثریت والدین شرکت‌کننده در یک مطالعه کیفی از فرایند مراقبت، عوارض دارویی و فعالیت‌های بهداشتی بهبود دهنده برای فرزند آگاه نیستند. آنها اعلام کردند که از تجارب سایر مادرها استفاده کرده و یا بر اساس آزمون و خطا از فرزندشان مراقبت نمودند (۱۴). یه و همکاران در پژوهشی با عنوان «اثر بخشی برنامه توانمندسازی خانواده بر روی عملکرد خانواده و وضعیت ریوی کودکان مبتلا به آسم» به این نتیجه رسیدند که برنامه توانمندسازی خانواده، استرس والدین را کاهش داده و عملکرد خانواده را در زمینه همکاری، ابراز وجود، حل مساله و استقلال افزایش داده است (۱۵). از این رو، به نظر می‌رسد توانمندسازی مادران بتواند تدابیر لازم را برای مقابله با ناکامی‌ها در اختیار مادران قرار دهد و تا حدودی آنها را نسبت به پذیرش فرزند مبتلا به بیماری قلبی را آسان‌تر کند و متعاقب آن تاب‌آوری آنها را ارتقا بخشد. مطالعه ای مبنی بر اینکه آیا توانمندساختن این مادر می‌تواند تاب‌آوری آنان را در مورد بیماری فرزندشان افزایش دهد، وجود ندارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه توانمندسازی مادران نوزاد مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی بر تاب‌آوری آنان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد. کلیه مادران دارای نوزاد مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی و همچنین نوزادان ایشان که در بیمارستان امام رضا (ع) در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری شدند، جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. بر اساس نتایج مطالعه الماسی و همکاران (۱۳۹۵) با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰٪ و سطح

و فراهم شدن امکان تحلیل در زیر گروه‌ها حداقل ۳۰ نفر در هر گروه وارد مطالعه شد.

اطمینان ۹۵٪ توسط فرمول مقایسه میانگین دو جمعیت، حجم نمونه با فرمول ذیل محاسبه شد، که معادل ۲۵ نفر در هر گروه بود. اما برای پیش بینی موارد حذف احتمالی

$$N = (Z1-\alpha/2 + Z1-\beta)^2 (S12 + S22)/(X1-X2)^2$$

و نتایج نشان داد که این پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. روایی ابزار فارسی تاب‌آوری در این مطالعه از نظر امکان کاربرد در جامعه مطالعه حاضر با نظر خواهی از ۷ نفر عضو هیئت علمی تایید شد. پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۰ پرسشنامه تکمیل شده با ضریب ۰/۸۴ تایید شد.

پس از دریافت مجوز انجام پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه، پژوهشگر به محیط پژوهش مراجعه نمود. به دلیل پیشگیری از نشت اطلاعات، ابتدا گروه کنترل وارد مطالعه شده و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط مادر در روز اول، ده روز بعد و یکماهگی نوزاد انجام شد. در گروه کنترل مراقبت‌ها به روش عادی در بخش انجام گرفت، همچنین روال بخش آموزش به مادران بصورت شفاهی یا با دادن پمفلت موجود در بخش بود. بدنبال آن گروه مداخله انتخاب شدند. در این مطالعه مراحل توانمندسازی در دو محور عمده دانش‌افزایی و مهارت‌آموزی بود. در روز اول آشنایی با مادران و توضیح مراحل کار و تکمیل پرسشنامه‌ها و از روز بعد و از جلسه دوم، مراحل توانمندسازی مادران انجام شد. در گروه مداخله، برنامه توانمندسازی در مادران در ۵ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای بصورت انفرادی به صورت سخنرانی، نمایش عملی، پرسش و پاسخ، نشان دادن فیلم آموزشی از طریق موبایل و ایفای نقش انجام شد. در فواصل جلسات، مطالب آموزش داده شده با نظارت پژوهشگر، توسط مادر به صورت عملی تمرین شد. مشکلات عملکردی آنها برطرف و به سوالات آنان پاسخ داده شد (جدول ۱). پرسشنامه تاب‌آوری روز بعد از اتمام مداخله و در یک ماهگی نوزاد توسط مادر تکمیل گردید. در پایان داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 20 و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری است که با شناسه اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1399.024 از دانشگاه علوم

روش نمونه‌گیری در دسترس بود و مادران نوزادان که معیار ورود به مطالعه داشتند، انتخاب شدند. امکان تخصیص تصادفی گروه مداخله و کنترل با توجه به ماهیت مداخله که آموزشی و در یک مکان است، وجود نداشت. لذا در ابتدا نمونه‌های گروه کنترل وارد مطالعه شدند و بدنبال آن گروه مداخله نمونه‌گیری شدند.

معیارهای ورود مادران به مطالعه شامل تمایل مادر به شرکت در مطالعه، نداشتن سابقه تولد نوزاد مبتلا به بیماری قلبی، مراقبت مستقیم نوزاد توسط مادر، عدم تجربه حوادث شدید (مانند مرگ عزیزان) در ۶ ماه گذشته، عدم ابتلا مادر به اختلال روانی شناخته شده و یا مصرف داروهای اعصاب توسط مادر و معیارهای ورود نوزادان به مطالعه عبارت بود از: ناهنجاری نوزاد مبتلا از نوع بیماری سیانوتیک قلبی یا غیر سیانوتیک باشد، بیماری مزمن دیگری نداشته باشد، سن کمتر از ده روز داشته باشد، تحت عمل جراحی قلب قرار نگرفته باشد، بدحال و تحت تهویه مکانیکی نباشد، ترم یا نزدیک ترم (بالای ۳۵ هفته) باشد، وزن بالای ۲ کیلوگرم داشته باشد و NPO نباشد. همچنین مرگ نوزاد، عدم تمایل به ادامه همکاری واحدهای مورد پژوهش، بدحال شدن نوزاد در طول دوره و عمل جراحی نوزاد معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل می‌دادند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون بودند. پرسشنامه تاب‌آوری کانر شامل ۲۵ گویه در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای است. در این پرسش‌نامه حداکثر نمره ۱۲۵ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره‌ی هر آزمودنی برابر مجموع نمرات از هر یک از سوالات است. این پرسشنامه شامل پنج بعد (تصور از شایستگی فردی؛ اعتماد به‌خود؛ عزیمت فردی و تحمل عاطفه منفی؛ پذیرش تغییر و روابط ایمن؛ کنترل و تاثیرات معنوی) می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه کانر و دیویدسون به روش بازآزمایی و آلفا کرونباخ مورد تایید قرار گرفته است. پرسش‌نامه تاب‌آوری در ایران توسط محمدی هنجاریابی شده است

رایحه جنیدی و همکاران

پرشکی مشهد تصوب شده است. قبل از انجام مطالعه از مادران رضایت نامه کتبی اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات هویتی آنان محرمانه مانده و در صورت عدم رضایت در هر بخشی از مطالعه می توانند خارج شوند.

جدول ۱: مراحل توانمند سازی مادران نوزادان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی در مدت ۹ روز

جلسه اول: کلیات	معارفه و دادن توضیحات در مورد بیماری، تکمیل پرسشنامه ها و اندازه گیری معیارهای رشد نوزاد
جلسه دوم و سوم توجه عاطفی- روانی به مادر	آموزش روش های سازگاری و آموزش شیوه های کنترل استرس گوش دادن فعالانه، همدلی، همدردی توسط پژوهشگر
	انجام تمرین و پاسخ به سوالات
جلسه چهارم و پنجم: تغذیه	تاثیر تغذیه در بهبود وضعیت بیماران مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی و چگونگی شیردهی و نوع شیر
	انجام تمرین مهارت انجام تغذیه و پاسخ به سوالات
جلسه ششم و هفتم: داروها	الف) تاثیر و مکانیسم داروها بر نوزادان مبتلا به بیماری قلبی مادرزادی ب) آموزش نحوه دادن داروها به طور صحیح (مقدار و نحوه مصرف و زمان مصرف دارو)
	انجام تمرین مهارت دارو دادن و پاسخ به سوالات
جلسه هشتم و نهم: کنترل عفونت	عفونت و علائم آن در نوزاد نحوه کنترل و پیشگیری از عفونت مراقبتهای لازم در صورت گرفتاری نوزاد
	انجام تمرین مهارت مراقبت از نوزاد و پاسخ به سوالات

کنترل $2/0 \pm 38/0$ هفته بود. آزمون من ویتنی این تفاوت را معنی دار نشان نداد ($P=0/203$). سایر متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای مادران در دو گروه مداخله و کنترل نیز با یکدیگر مقایسه و آزمون شدند، نتایج نشان داد تفاوت آماری معنی داری در متغیرهای دموگرافیک بین دو گروه وجود نداشت ($P>0/05$) (جدول ۲).

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن مادران مورد مطالعه در گروه مداخله $5/0 \pm 29/6$ و در گروه کنترل $5/9 \pm 31/4$ سال بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی دار نشان نداد ($P=0/193$) همچنین میانگین و انحراف معیار سن حاملگی مادران مورد مطالعه در گروه مداخله $2/2 \pm 38/7$ و در گروه

جدول ۲: توزیع فراوانی مادران مورد مطالعه برحسب مشخصات دموگرافیک به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		متغیر
	کنترل (درصد) تعداد	مداخله (درصد) تعداد	
Chi2=0/1, df=1/0 P=0/760 کای اسکوتر	24 (80/0) 6 (20/0)	22 (73/3) 8 (26/7)	شغل خانه‌دار شاغل
Chi2=2/2, df=3/0 P=0/522 کای اسکوتر	4 (13/3) 13 (43/3) 13 (43/3) 0 (0/0)	7 (23/3) 10 (33/3) 12 (40/0) 1 (3/3)	سطح تحصیلات مادر بی سواد ابتدایی یا راهنمایی متوسطه یا دیپلم دانشگاهی
Chi2=0/0, df=1/0 P=1/000 کای اسکوتر	16 (53/3) 14 (46/7)	17 (56/7) 13 (43/3)	ازدواج فامیلی بلی خیر

رتبه تولد	۱۴ (۴۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	Z=-۰/۵
یک	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	P=۰/۶۰۴
دو	۶ (۲۰/۰)	۶ (۲۰/۰)	من ویتنی
سه	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	
چهار و بیشتر			
جنسیت نوزاد	۱۱ (۳۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	Chi2=۰/۷ ، df=۱/۰
دختر	۱۹ (۶۳/۳)	۲۳ (۷۶/۷)	P=۰/۳۹۸
پسر			کای اسکوئر
نوع بیماری قلبی نوزاد	۱۹ (۶۳/۳)	۲۴ (۸۰/۰)	Chi2=۱/۳ ، df=۱/۰
سیانوتیک	۱۱ (۳۶/۷)	۶ (۲۰/۰)	P=۰/۲۵۲
غیر سیانوتیک			کای اسکوئر

قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کل تاب آوری مادران مورد مطالعه در گروه مداخله $۱۳/۲ \pm ۶۲/۳$ و در گروه کنترل $۱۱/۴ \pm ۵۶/۱$ بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد ($P=۰/۰۶$). نمره کل تاب آوری مادران مورد مطالعه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه مداخله $۱۳/۱ \pm ۱/۹$ افزایش و در گروه کنترل $۱۰/۵ \pm ۱۵/۷$ کاهش داشت. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($P=۰/۰۰۲$). در مقایسه درون‌گروهی در گروه مداخله آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد تفاوت بین مراحل معنی‌دار نیست ($P=۰/۶۱۴$) (جدول ۳).

قبل از مداخله میانگین و انحراف معیار نمره کل تاب آوری مادران مورد مطالعه در گروه مداخله $۱۳/۲ \pm ۶۲/۳$ و در گروه کنترل $۱۱/۴ \pm ۵۶/۱$ بود. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد ($P=۰/۰۶$). نمره کل تاب آوری مادران مورد مطالعه بعد از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه مداخله $۱۳/۱ \pm ۱/۹$ افزایش و در گروه کنترل $۱۰/۵ \pm ۱۵/۷$ کاهش داشت. آزمون تی مستقل این تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($P=۰/۰۰۲$). در مقایسه درون‌گروهی در گروه مداخله آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد تفاوت بین مراحل معنی‌دار نیست ($P=۰/۶۱۴$) (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره کل تاب آوری مادران مورد مطالعه طی مراحل به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		نمره کل تاب آوری
	کنترل	مداخله	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
t=۱/۹ ، df=۵۸/۰ P=۰/۰۶	۵۶/۱ \pm ۱۱/۴	۶۲/۳ \pm ۱۳/۲	قبل از مداخله
t=۷/۵ ، df=۵۸/۰ P<۰/۰۰۱	۴۵/۷ \pm ۱۰/۹	۶۴/۲ \pm ۷/۸	بعد از مداخله
t=۵/۱ ، df=۵۸/۰ P<۰/۰۰۱	۵۰/۰ \pm ۹/۷	۶۲/۶ \pm ۹/۴	یک ماه بعد از مداخله
	F=۱۰/۲ ، df=۱/۶ ، ۴۷/۱ P<۰/۰۰۱	F=۰/۴ ، df=۱/۷ ، ۴۸/۹ P=۰/۶۱۴	نتیجه آزمون درون‌گروهی

اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفی منفی کمترین اثرپذیری را در گروه مداخله داشته است (جدول ۴).

در مورد تاثیر برنامه توانمندسازی بر ابعاد مقیاس تاب آوری نتایج نشان داد تصور از شایستگی فردی بیشترین تعبیر و

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار ابعاد تاب آوری مادران مورد مطالعه طی مراحل به تفکیک گروه

نتیجه آزمون	گروه		ابعاد مقیاس تاب آوری
	کنترل	مداخله	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
P=۰/۳۱۶	۱۷/۸ \pm ۴/۷	۱۹/۴ \pm ۴/۴	قبل از مداخله
P<۰/۰۰۱	۱۵/۶ \pm ۴/۷	۲۱/۳ \pm ۴/۰	بعد از مداخله
P<۰/۰۱	۱۷/۵ \pm ۴/۵	۲۰/۵ \pm ۴/۱	یک ماه بعد از مداخله
P=۰/۰۳۶	۱۷/۸ \pm ۴/۷	۲۰/۱ \pm ۳/۶	قبل از مداخله
P<۰/۰۰۱	۱۲/۹ \pm ۳/۸	۱۸/۸ \pm ۳/۳	بعد از مداخله
P<۰/۰۰۱	۱۴/۸ \pm ۳/۷	۱۸/۷ \pm ۳/۴	یک ماه بعد از مداخله

رایحه جنیدی و همکاران

P=۰/۰۵۲	۱۰/۴ ± ۲/۳	۱۱/۵ ± ۲/۴	قبل از مداخله	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
P<۰/۰۰۱	۹/۰ ± ۱/۹	۱۱/۴ ± ۲/۰	بعد از مداخله	
P<۰/۰۰۱	۸/۹ ± ۱/۹	۱۱/۲ ± ۲/۰	یک ماه بعد از مداخله	
P=۰/۵۴۱	۳/۱ ± ۱/۲	۳/۳ ± ۱/۲	قبل از مداخله	تأثیرات معنوی
P<۰/۰۰۱	۲/۹ ± ۰/۹	۴/۶ ± ۱/۵	بعد از مداخله	
P=۰/۰۰۱	۲/۸ ± ۰/۹	۴/۲ ± ۱/۹	یک ماه بعد از مداخله	
P=۰/۰۳۴	۶/۰ ± ۱/۸	۸/۰ ± ۶/۲	قبل از مداخله	بعد کنترل
P<۰/۰۰۱	۵/۲ ± ۱/۹	۸/۱ ± ۱/۷	بعد از مداخله	
P<۰/۰۰۱	۶/۰ ± ۱/۸	۸/۰ ± ۱/۹	یک ماه بعد از مداخله	

بحث

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد اختلاف نمره تاب آوری قبل و بعد از مداخله، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، معنی دار بوده است. در گروه کنترل میزان تاب آوری کاهش داشته ولی در گروه مداخله ابتدا افزایش سپس میزان آن در طول یکماه تقریباً ثابت مانده و حفظ شده است.

همسو با نتایج این مطالعه، عصارپور آران‌ی و همکاران، مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی روانشناختی بر تاب-آوری ۴۰ نفر از مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه انجام دادند. برنامه آموزشی طی ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۴-۵ نفری اجرا شد. نتایج مطالعه آنان نشان داد میانگین نمره تاب‌آوری و همه زیرمقیاس‌های آن بعد از مداخله به طور معنی‌داری بالاتر از قبل می‌باشد. محققین نتیجه گرفتند آموزش توانمندسازی روانشناختی می‌تواند تاب‌آوری مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را افزایش دهد. لذا می‌تواند به بهبود مراقبت از نوزادان نارس منجر شود (۱۷). گرچه جامعه پژوهش هر دو مطالعه مادران نوزادان بوده است ولی نوع مداخله و نحوه توانمندسازی دو مطالعه متفاوت بوده است. اختلاف در میزان افزایش میانگین نمره تاب آوری در گروه مداخله می‌تواند مرتبط با متفاوت بودن نوع مداخله در این دو مطالعه باشد.

همچنین یافته‌های این مطالعه هم راستا با مطالعه الماسی و همکاران می‌باشد. که با هدف تعیین اثر بخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر تاب آوری ۶۰ از مادران دارای فرزند معلول مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهر کرمانشاه انجام گردید. آموزش در قالب هشت جلسه یک ساعته و ابزار پژوهش پرسش نامه تاب آوری کانر-دیویدسون بود. نتایج مطالعه نشان داد که استفاده از بسته آموزش مهارت مقابله با استرس بر افزایش سطح تاب آوری

مادران دارای فرزند معلول تأثیر مثبت و معنی داری داشته است (۱۸) در مطالعه الماسی، مداخله کاملاً روانشناختی بوده در حالیکه در مطالعه حاضر قسمتی از مداخله توانمند سازی، به مسایل روانشناختی پرداخته بود. انجام مطالعات تکمیلی برای تأثیر توانمندسازی عاطفی مادران نوزادان مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی بر تاب آوری آنان، لازم به نظر می‌رسد.

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره تاب آوری در گروه مداخله (درون گروهی) بعد از مداخله و یک ماه بعد معنی دار نشده است. در همین راستا صفرپور پژوهشی برای تعیین میزان اثربخشی برنامه سال‌های شگفت‌انگیز بر خودکارآمدی، تنظیم رفتاری هیجان و تاب آوری ۴۰ نفر از مادران کودکان اوتیسم و ناشنوا انجام داد. گروه‌های آزمایش به مدت ۱۷ جلسه تحت آموزش برنامه سال‌های شگفت‌انگیز (مهارت‌هایی برای کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان) قرار گرفتند. نتایج نشان داد که برنامه سال‌های شگفت‌انگیز به طور معناداری بر خودکارآمدی مادران کودکان با اختلال طیف اوتیسم و ناشنوا تأثیر داشت، اما بر تاب آوری هیچ یک از دو گروه اوتیسم و ناشنوا تأثیر معناداری نداشت. آنان در توجیه معنی دار نشدن تأثیر مداخله بر تاب آوری ابراز داشتند، سطح نگرانی والدین کودکان ناشنوا به قدری زیاد است که مداخله سال‌های شگفت‌انگیز در ۱۲ جلسه برای افزایش تاب آوری و رفع موانع کافی نیست (۱۹). در مطالعه حاضر نیز میانگین نمره تاب آوری کل در گروه مداخله (درون گروهی) معنی دار نبوده است (P=۰/۶۱۴)؛ با توجه به اینکه مداخله ما بیشتر مبتنی بر توانمندسازی مراقبت جسمی بوده و تنها در دو جلسه به توانمندسازی عاطفی پرداخته شده، توانسته موجب ارتقای زیادی در نمره تاب آوری در گروه مداخله شود. البته در گروه کنترل اختلاف تاب آوری معنی دار شده بود بدان معنا که میانگین نمره تاب آوری کاهش پیدا کرده بود که مبین آن

بعد اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفی منفی در هر دو مطالعه امتیاز کمی را در بین سایر ابعاد به خود اختصاص داده که از دلایل این امر می تواند استرس زیاد ناشی از بیماری نوزاد و بستری در بخش ویژه باشد.

از آنجا که تاب آوری تحت تاثیر عوامل محیطی و درونی می باشد (۲) و مادران با عوامل بیرونی زیادی از جمله مشخص نبودن پیش آگهی فرزند بیمارشان، استرس شیوع کرونا و عدم دریافت حمایت کلی از همسر مواجه هستند که این سطح از نگرانی و مشکلات خانوادگی به طور حتم بر میزان تاب آوری شان موثر می باشد که کنترل همه این موارد از محدودیت های مطالعه حاضر بوده است.

نتیجه گیری

مراقبت خوب از والدین سرمایه گذاری در آینده مشترک کودک و خانواده است (۱۴). از آنجا که برنامه توانمندسازی مادران نوزاد مبتلا به بیماری مادرزادی قلبی توانسته است تاب آوری را ارتقا و سپس آن را در طول زمان حفظ کند، لذا توانمندسازی مادران با تاکید بر توانمندسازی عاطفی در برنامه های مراقبت پرستاری از نوزادان مبتلا به بیماری قلبی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان مورد توجه باشد. آگاهی والدین در مورد بیماری کودک، درمان و پیشگیری از عوارض می تواند وضعیت سلامتی را در کودکان بهبود بخشد که از طریق درک صحیح از مشکلات قلبی، بهبود انطباق با فرایند مراقبت و درمان امکان پذیر می باشد. همچنین موجبات افزایش توانایی رویارویی و تاب آوری مادران این نوزادان، با مسائل و مشکلات ناشی از بیماری، می گردد.

است که مداخله موثر بوده است. به نظر می رسد برای ارتقا تاب آوری مادران صرف توانمندسازی مراقبت جسمی از کودکان مبتلا به بیماری قلبی، کافی نیست و باید مداخلات اختصاصی تر روانشناختی نیز در نظر گرفته شود.

همینطور در مطالعه حاضر بعد تصور از شایستگی فردی مادران بیشترین تغییر و سپس بعد تحمل عاطفی منفی کمترین تغییر را در بین زیر مقیاس های پرسشنامه تاب آوری به خود اختصاص داد. در رابطه با بعد تصور از شایستگی فردی مادران، مداخله با ارتقای توانایی های مراقبتی مادران به خوبی توانسته بود که این بعد را به میزان زیادی افزایش دهد و در رابطه با بعد تاب آوری معنوی، با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی کشور ما که اکثر افراد اعتقاد به مسایل مذهبی داشته و از باورهای معنوی برای سازگاری کمک می گیرند، مداخله توانسته بود سبب گرایش بیشتر مادران به معنویت و کمک گرفتن از وجودی برتر شود.

مطالعه نی و همکاران در سال ۲۰۱۵ با هدف ارزیابی اثربخشی برنامه آموزش سلامت مبتنی بر توانمندسازی جهت بهبود دانش ارائه مراقبت، رفتار های مراقبتی و خودکارآمدی در والدین مراقبت کننده از کودکان پس از جراحی اصلاحی بیماری های مادرزادی قلبی نشان داد گروه مداخله ۱ و ۳ ماه پس از جراحی نمرات بالاتری از گروه کنترل در دانش ارائه مراقبت، رفتار مراقبتی و خودکارآمدی داشتند (۲۰)، که با مطالعه حاضر از جهت بیشترین تاثیر مداخله بر بعد تصور از شایستگی فردی مادران هم راستا می باشد. از جهت تاثیر بر بعد معنوی نتایج این مطالعه مخالف با مطالعه عصار پور و همکاران می باشد (۱۹). در مطالعه آنان بیشترین تاثیر مداخله روانشناختی بر بعد معنوی تاب آوری در مادران نوزادان نارس بوده است.

References

1. Dalir Z, Heydari A, Kareshki H, Manzari ZS. Coping with Caregiving Stress in Families of Children with Congenital Heart Disease: A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2020; 8(2):127-139.
2. Sanayeh M, Nourian M, Tajalli S, Khoshnavay Fomani F, Heidari A, Nasiri M. Resilience and Associated Factors in Mothers of Children with Congenital Heart Disease: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*. 2021; 9(4):336-345.
3. Zimmerman MS, Smith AGC, Sable CA, Echko MM, Wilner LB, Olsen HE, et al. Global, regional, and national burden of congenital heart disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020; 4(3):185-200. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30402-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30402-X)
4. Dehghani A, Soodejani M, Lotfi MH, Fallahzadeh H, Noori M. Study of Prevalence & Risk Factors of Congenital Heart Defect. *J Toloobehdasht Sci*. 2017; 16(3):106-16. [Persian]
5. Woolf-King SE, Anger A, Arnold EA, Weiss

- SJ, Teitel D. Mental health among parents of children with critical congenital heart defects: a systematic review. *Journal of the American Heart Association*. 2017; 6(2). <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.004862>
6. Dale MT, Solberg Ø, Holmstrøm H, Landolt MA, Eskedal LT, Vollrath ME. Relationships satisfaction among mothers of children with congenital heart defects: A prospective case-cohort study. *Journal of pediatric psychology*. 2013; 38(8):91-96. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst038>
 7. Lee BR, Koo HY. Needs for Post- hospital Education among Parents of Infants and Toddlers with Congenital Heart Disease. *Child Health Nursing Research*. 2020; 26(1):107-20. <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.107>
 8. Connor K, Zhang W. Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS spectrums*. 2006; 11(10):5-12. <https://doi.org/10.1017/S1092852900025797>
 9. Lisanti AJ. Parental stress and resilience in CHD: a new frontier for health disparities research. *Cardiology in the Young*. 2018; 28(9):1142-50. <https://doi.org/10.1017/S1047951118000963>
 10. Verklan MT, Walden M, Forest S. Core curriculum for neonatal intensive care nursing e-book: Elsevier Health Sciences; 2020.
 11. Simeone S, Pucciarelli G, Perrone M, Rea T, Gargiulo G, Dell'Angelo G, et al. Comparative analysis: implementation of a pre-operative educational intervention to decrease anxiety among parents of children with congenital heart disease. *Journal of pediatric nursing*. 2017; 35:144-8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.008>
 12. Nayeri ND, Roddehghan Z, Mahmoodi F, Mahmoodi P. Being parent of a child with congenital heart disease, what does it mean A qualitative research. *BMC psychology*. 2021; 9(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00539-0>
 13. Morawska A, Calam R, Fraser J. Parenting interventions for childhood chronic illness: A review and recommendations for intervention design and delivery. *Journal of Child Health Care*. 2015; 19(1):5-17. <https://doi.org/10.1177/1367493513496664>
 14. Vatne TM. How can we support the parents of children with a life-shortening disease? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2017; 137:810-2. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0023>
 15. Yeh H-Y, Ma W-F, Huang J-L, Hsueh K-C, Chiang L-C. Evaluating the effectiveness of a family empowerment program on family function and pulmonary function of children with asthma: A randomized control trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 60:133-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.013>
 16. Ernst MM, Marino BS, Cassidy A, Piazza-Waggoner C, Franklin RC, Brown K, et al. Biopsychosocial predictors of quality of life outcomes in pediatric congenital heart disease. *Pediatric cardiology*. 2018; 39(1):79-88. <https://doi.org/10.1007/s00246-017-1730-6>
 17. Assarpour Arani SH, Salehi SH, Nekavand M. The effect of psychological empowerment training on resiliency of premature infants hospitalized in intensive care unit. *jccnursing*. 2019; 12(3):6-14. [Persian].
 18. Almasi A, Hatami F, Sharifi A, Ahmadijoubari T, Kaviannezhad R, Ebrahimzadeh F. Effectiveness of stress coping skills training on the resiliency of mothers of handicapped children. *SJKU*. 2016; 21(2):34-42.
 19. Safarpour, F, Ashouri, M. Evaluation of the effectiveness of Amazing Years program education on self-efficacy of mothers of deaf children. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*, 2020; 10 (1):21-32. [Persian]
 20. Ni Z, Chao Y, Xue X. An empowerment health education program for children undergoing surgery for congenital heart diseases. *Journal of child Health care*. 2016; 20(3):354-364. <https://doi.org/10.1177/1367493515587057>