

# تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر کیفیت زندگی مادران نوزادان نارس

مریم عبدالعی زاده<sup>۱</sup>، \*سیما کرمانشاهی<sup>۲</sup>

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

\* آدرس نویسنده مسؤول: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و دکتر چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی  
پست الکترونیک: Kerman\_s@modares.ac.ir

## چکیده

**مقدمه:** مطالعات نشان می‌دهد که مادران نوزادان نارس کیفیت زندگی پایین‌تری در ابعاد فیزیکی و روانی نسبت به مادران عادی دارند. بنابراین اجرای برنامه حمایتی ارتقای سلامت برای آنان ضرورت دارد.

**هدف:** تعیین تأثیر برنامه حمایتی ارتقای سلامت بر کیفیت زندگی مادران نوزادان نارس.

**روش:** در این مطالعه نیمه‌تجربی، مادران نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان میلاد در سال ۱۳۹۳ به صورت غیرتصادفی در دو گروه مداخله (۴۵ نفر) و شاهد (۴۵ نفر) تخصیص یافتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل خصوصیات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36 (Short Form Health Survey) بود. برنامه حمایتی برای گروه مداخله در سه مرحله بررسی و شناخت، حمایت و ارزشیابی اجرا شد. داده‌ها در سه مرحله قبل از مداخله، یک ماه و سه ماه بعد از مداخله در دو گروه جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ و آزمون‌های آماری مجذور کای، تی‌مستقل و آنالیز واریانس تکراری انجام شد.

**یافته‌ها:** دو گروه از نظر خصوصیات دموگرافیک همگن بودند ( $p > 0/05$ ). میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کلی قبل از مداخله در گروه شاهد  $46/3 \pm 9/5$  و در گروه مداخله  $48/9 \pm 9/5$  بود ( $p = 0/1$ ); یک ماه پس از مداخله در گروه شاهد  $47/5 \pm 6/3$  و در گروه مداخله  $57/9 \pm 7/05$  بود ( $P < 0/001$ ) و سه ماه پس از مداخله در گروه شاهد  $49/7 \pm 6/9$  بود ( $P < 0/001$ ). نمره کیفیت زندگی به جز بعد محدودیت جسمی ( $p = 0/4$ ) یک ماه و سه ماه بعد از مداخله در همه ابعاد در دو گروه اختلاف معنی‌داری داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** برنامه حمایتی ارتقای سلامت بر کیفیت زندگی مادران نوزادان نارس مؤثر می‌باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود به عنوان یک روش مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی مادران نوزادان نارس به کار گرفته شود.

**کلیدواژه‌ها:** ارتقای سلامت، کیفیت زندگی، نوزاد نارس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۰۹

## مقدمه

نوزاد نارس از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت به نوزادی اطلاق می شود که سن ۳۷-۲۰ هفته جنینی را داشته باشد میزان گزارشها از آمار جهانی نوزادان پره ترم ۱۱٪ تولدها در آمریکا و ۶/۵٪ درکانادا گزارش شده است (۱). آمار معتبر منتشرشده‌ای درکشور ما وجود ندارد (۲). مطالعه دل آرام (۱۳۸۹) که بر روی میزان شیوع نوزادان کم وزن در مرکز آموزشی-درمانی شهرکرد انجام شده بود، نشان داد ۸/۵٪ تولدها، درشهر بابل ۷/۷٪ و در تهران ۷/۵٪ تولدها نارس گزارش شده است (۳). نارس بودن عوارض و مرگ میرنوزادان را افزایش می‌دهد (۴). نوزادان کم‌وزن گروه در معرض خطر جامعه هستند. مشکلات جسمانی و روحی روانی زیادی را نسبت به نوزادان طبیعی تجربه می‌کنند و بدلیل مشخصات فیزیولوژیکی که دارند نیاز به مراقبتهای اصولی برای ادامه حیات و کسب روند رشد و نموطبیعی را دارند (۵). این نوزادان بیش از سایر نوزدان مستعد ابتلاء به شرایطی مانند بی ثباتی دردمای بدن، هیپوگلیسمی، دیسترس تنفسی، آپنه، زردی و مشکلات تغذیه‌ای هستند (۶). مشکلات بینایی از جمله اختلالات شبکیه ناشی از نارس بودن نوزاد از شایعترین علل کوری اکتسابی در شیر خواران با وزن کم تولد می باشد. این نوزادان در معرض کاهش یا فقدان شنوایی هستند و تقریباً ۳-۲٪ این نوزادان دچار این مشکلات می‌شوند و همه این نوزادان بخصوص با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم اندیکاسیون ارزیابی شنوایی و بینایی پس از ترخیص رادارند (۷). پژوهشها نشان داده که ۵۰٪ نوزادان خیلی کم وزن در سالهای آتی زندگی دچار مشکلات تکاملی می‌شوند لذا اکثریت آنها نیاز به مراقبت مستمر دارند (۸). تولد چنین نوزادانی برای خانواده‌ها بویژه مادر بحران محسوب می‌شود و استرس شدیدی را به خانواده تحمیل می‌کند (۹). بسیاری از والدین در نتیجه بیماری کودکشان و بستری شدن او واکنش‌های جسمی و روانی از جمله واکنش‌های بیخوابی، سردرد، درد معده، تکیکاردی، فقدان اشتها، حالت تهوع، استفراغ، ترس، بیقراری، گریه، سوگ، احساس گناه، اضطراب، تحریک پذیری، افسردگی، اختلال در تمرکز و ناامیدی را نشان می‌دهند (۱۰). برهانی (۱۳۹۱) در بررسی خود روی تجربیات مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبتهای نوزادان بیان می‌کند که مادران با سه درونمایه اصلی مواجه هستند: (۱) مواجه با موقعیت ناآشنا یعنی ناآشنایی با بخش و عدم آگاهی در مورد نوزاد نارس (۲) نیاز به درک شدن یعنی حمایت از سوی خانواده و تیم درمان (۳) نیاز به اشتراک تجربه از دست دادن کنترل بر نوزاد یعنی مشارکت محدود در مراقبت از نوزاد و قابل پیش‌بینی نبودن وضعیت نوزاد (۱۱). اینها تاکید بر این واقعیت دارد که پرستاران می‌بایست در فرایند مراقبت از

نوزاد نارس خانواده بویژه مادر را بعنوان مددجو قرار داده و از وضعیت وی غافل نشوند. حضور مداوم مادران بر بالین نوزادان مادران را برای برآورده کردن نیازهای جسمی خود دچار محدودیت کرده بطوریکه آنها برای دریافت مراقبت نمی‌توانند از بیمارستان خارج شوند و از طرفی پرستاران خود را در مراقبت از مادران در مواقع بحرانی مسئول نمی‌دانند. این امر موجب شده تا نیاز مادران در مراقبت تامین نشده باقی بماند (۱۲).

در بررسی Hill و همکاران (۲۰۰۷) بر روی زندگی مادران بعد از تولد به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی مادران نوزادان پره ترم در ابعاد روانی نسبت به مادران نوزادان ترم و نزدیک ترم کمتر است (۱۳). Leigh و همکاران (۲۰۰۳) به تأثیر نوزادان نارس بر روی مادران پرداخته و بیان کرده که مادران نوزادان نارس از تشنه‌های روانی بیشتری برخوردار هستند و این مادران علایم افسردگی بیشتری را نسبت به نوزادان ترم دارند (۱۴). Witt (۲۰۱۲) در بررسی خود روی کیفیت زندگی مادران کودکان ۵ ساله که با وزن پایین به دنیا آمده بودند به این نتیجه رسیده که مادران این کودکان کیفیت زندگی پایین‌تری در ابعاد فیزیکی و روانی نسبت به مادران کودکان عادی داشته‌اند (۱۵).

نتایج مطالعه Lee (۲۰۱۲) که بر روی خواب مادران و پدران بدنبال بستری شدن نوزادشان در بخش مراقبتهای ویژه انجام شده بود نشان داد که ۹۳٪ مادران و ۶۰٪ پدران مشکلات خواب، خستگی و استرس را تجربه می‌کنند و مادران مدت زمان بیشتری را نسبت به پدران در شب بیدار می‌مانند (۱۶). Linda و همکاران (۲۰۰۷) در بررسی خود در مورد واکنشهای مادران نسبت به نوزاد پره ترم به این نتیجه رسیدند که حمایت‌های اجتماعی و اعتماد بنفس مادر دو عامل مؤثر بر واکنش مادر نسبت به نوزاد است که در واقع جزئی از برنامه ارتقاء سلامت است (۱۷). Rice (۲۰۰۷) به اهمیت حمایت پرستاری برای حفظ ارتقاء رفتارهای سلامت محور پرداخته و خاطرنشان کرده که ارتقاء سلامت نقطه تمرکز اساسی کار و تحقیق پرستاری است. پرستاران خصوصاً پرستاران بهداشت جامعه و بهداشت عمومی که ارتقاء دهنده سبک زندگی سالم و احساس خوب بودن هستند، کلید حذف نابرابری بار بیماری تجربه شده در جوامع فقیر و دیگر جوامع می‌باشند. پرستاران باید نقش رهبری فعال داشته باشند و با استفاده از رویکرد حمایت از سلامتی در راستای ارتقاء سلامت سبب ارتقاء رفتارهای سلامت محور افراد و خانواده های نیازمند شوند (۱۸). نتایج مطالعه Webster (۲۰۱۰) که با هدف بررسی کیفیت زندگی و افسردگی مادران بعد از تولد نوزاد و تأثیر حمایت اجتماعی بر آنها انجام شده بود نشان داد که حمایت‌های اجتماعی بر روی کیفیت زندگی مادران مؤثر است و زنانی که مورد

جمع‌آوری شد. پرسشنامه دموگرافیک اطلاعات نمونه‌ها را در زمینه سن و جنس نوزاد، سن مادر، شغل مادر و شغل همسر، وضعیت مسکن، تحصیلات مادر، رتبه زایمان، تعداد فرزندان و داشتن سقط گردآوری نمود.

روایی این پرسشنامه به روش روایی محتوا توسط اساتید گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس مورد سنجش قرار گرفت. پرسشنامه SF36 مربوط به کیفیت زندگی مادران است که ۸ بعد دارد و شامل: بعد عملکرد جسمی (۱۰ سؤال)، محدودیت جسمی (۴ سؤال)، درد جسمانی (۲ سؤال)، سلامت عمومی (۵ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۲ سؤال)، مشکلات روحی (۳ سؤال)، سلامت روان (۵ سؤال)، نشاط (۴ سؤال) که با ۳۶ سؤال مطرح شده مورد سنجش قرار می‌گیرد.

نمره بندی سؤالات از ۰-۱۰۰ می‌باشد که هرچه نمره کیفیت زندگی بالاتر باشد کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. پرسشنامه SF36 پرسشنامه استاندارد است که در ایران چندین بار مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی آن از طریق همگنی درونی اندازه‌گیری شده است. جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد که با ضریب ۰.۷۵ پایایی پرسشنامه تایید شد.

جهت گردآوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک قبل از مداخله توسط هردو گروه پر شد. پرسشنامه کیفیت زندگی در سه مرحله قبل از مداخله، یک ماه بعد و سه ماه بعد از مداخله توسط نمونه‌ها در بیمارستان میلاد پر شد. پیگیری این نمونه‌ها با توجه به زمان ورود نمونه‌ها به گروه مداخله و زمان انجام مداخله انجام شد. بر روی گروه شاهد، مداخله خاصی صورت نگرفت و گروه مداخله برنامه مداخله را دریافت نمودند.

برنامه حمایتی شامل سه مرحله بررسی شناخت حمایت و ارزشیابی بوده است که هر سه مرحله بصورت پیوسته اجرا شد. حمایت مهمترین بخش این برنامه است که جهت حفظ و ارتقاء سلامت مادر در ابعاد مختلف جسمی و روحی-روانی در قالب اقدامات پیشگیری سطح اول و دوم به مادران ارائه شد. بدین ترتیب که پژوهشگر در ابتدا اقدام به تشکیل یک تیم حمایتی متشکل از پرستار، متخصص نوزادان، مادر و خانواده (همسر) در راستای توانمندسازی مادران در مدیریت خود و نوزادشان و حفظ سلامتی آنان کرد و با توجه به نیاز مادران از اعضای تیم کمک گرفت. برنامه حمایت بصورت عاطفی، آموزشی و مشاوره‌ای، ارجاع و پیگیری انجام شد.

جهت حمایت عاطفی به ارتباط رودرو با مادران و پاسخ به سؤالات آنان و رفع نگرانی‌های آنان پرداخته شد. به اینصورت که در جلسات به مادران فرصت داده شد که احساسات و ترسها و نگرانی‌های خود را نسبت به نوزادشان بیان کنند. آنها از طرف

حمایت اجتماعی قرار نگرفته بودند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. در این مطالعه ۷۵٪ مادران نیاز به حمایت‌های حرفه‌ای داشتند (۲۱). باستانی (۱۳۸۹) مطالعه‌ای با هدف بررسی تاثیر برنامه مراقبت مشارکتی در بخش مراقبتهای ویژه بر اضطراب وضعیتی مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبتهای ویژه انجام داد. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مادران در مراقبت از نوزاد نارس در کاهش اضطراب وضعیتی مؤثر است (۳۳). مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر کیفیت زندگی مادران نوزاد نارس انجام شد.

### روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه مادران نوزاد نارس بستری در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان بیمارستان میلاد تهران بودند. نمونه‌ها از دو بخش واقع در بیمارستان میلاد انتخاب شدند. بدین صورت که در ابتدا گروه شاهد با توجه به مشخصات نمونه پژوهش انتخاب شدند و پس از ترخیص این نمونه‌ها از بخش اقدام به انتخاب گروه مداخله بر اساس ویژگی‌های نمونه پژوهش نمودیم.

تعداد نمونه براساس مطالعه باستانی (۱۳۹۱) تحت عنوان بررسی تأثیر مراقبت مشارکتی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بر اضطراب وضعیتی مادران دارای نوزاد نارس بدست آمد (۳۳) که تعداد نمونه‌ها در هر گروه ۴۱ نفر برآورد شده است و با احتساب ۱۰٪ ریزش، ۴۵ نفر در گروه مداخله و ۴۵ نفر در گروه شاهد در نظر گرفته شد (میانگین اضطراب گروه مورد قبل از مداخله از  $65/0 \pm 8/4$ ) به  $(29/9 \pm 6/3)$  بعد از مداخله رسیده است و در گروه شاهد از  $(63/8 \pm 8)$  قبل از مداخله به  $(81/0 \pm 3/3)$  بعد از مداخله رسید.

$$N = \frac{(Z_1 - \frac{\alpha}{2} + Z_1 - \beta)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

معیارهای ورود شامل: ویژگی مربوط به نوزاد: سن نوزاد ۳۷-۳۰ هفته جنینی و وزن زیر ۱۵۰۰ گرم داشته باشند. نیاز به دستگاه تهویه مکانیکی نداشته باشد. عدم ابتلاء به ناهنجاری دیگری که قابل تشخیص بوده و باعث نگرانی و ناامیدی مادر شود. ویژگی مربوط به مادر: بر بالین نوزاد خود حضور داشته، توانایی مراقبت از نوزاد را داشته، فرزند مشکل دار دیگری نداشته و سواد خواندن و نوشتن داشته باشد و مشکل جسمی و روحی تأیید شده‌ای براساس پرونده پزشکی نداشته باشد. معیار خروج نمونه‌ها شامل فوت نوزاد و یا انصراف مادر از همکاری بوده است.

داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک مادر و نوزاد، پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 (Short form 36)

سلامت عمومی (آزمایشات خون، پاپ اسمیر، تنظیم خانواده) تجربیات آنها و نگرش ها و خواسته های آنها در مورد مدیریت استرس (برای مثال چگونه خود را آرام می کنند). اهمیت ورزش و تغذیه در رشد جسمی و روحی و در نهایت منابع حمایتی مورد استفاده آنها در صورت بروز مشکل و تجربیات آنها در این زمینه پرداخته شد.

جلسه چهارم: یک برنامه پیاده روی منظم برای مادران توسط پژوهشگر با توجه به شرایط آنان و نوع فعالیت بدنی آنها در شرایط معمول ارائه شد. در این برنامه درباره اهمیت ورزش و تأثیر آن بر سلامت جسم و روح و اهمیت آن بر ثبات فکری و رضایت از زندگی و تأثیر آن بر بهبود عملکرد سیستم های بدن بحث شد. این برنامه بر اساس چک لیست خود گزارش دهی به اینصورت می باشد که به مدت سه ماه هر روز برنامه پیاده روی داشته باشند که از میزان کم شروع شده و بتدریج افزایش یافت. مادران مدت زمان پیاده روی خود را در چک لیست خود گزارش دهی ثبت نمودند. سپس پژوهشگر هر دو هفته یک بار بکارگیری برنامه حمایتی و تأثیرات گذاشته شده بر مادر را بصورت تلفنی پیگیری نمود. همچنین در مورد حفظ و ارتقاء رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از قبیل کیفیت خواب راحت (تحت استرس نبودن، آمادگی قبل از خواب)، تغذیه (مواد غذایی سالم و مناسب وضعیت موجود)، پیگیری سلامت عمومی (آزمایشات خون، پاپ اسمیر، تنظیم خانواده) راهنمایی های لازم به مادران ارائه شد و مطالب مهم در قالب کتابچه در اختیار مادران قرار داده شد.

جلسه پنجم: به آشنایی و بکارگیری تکنیک آرامسازی پرداخته شد. به اینصورت که پژوهشگر با توضیح در مورد فواید بکارگیری آسان و بی خطر این روش و چگونگی بکارگیری این تکنیک بطور عملی و تئوری از آنها می خواست که روزی دوبار و هر بار به مدت ۱۵-۲۰ دقیقه به مدت سه ماه بر اساس چک لیست خود گزارش دهی بکارگیری این تکنیک را گزارش نمایند. برای سهولت کار پژوهشگر فیلم کمک آموزشی با محتوای متن تکنیک آرامسازی در اختیار مادران قرار گرفت. جلسه ششم: یک جلسه یک ساعته با پدران راجع به مشارکت در امر مراقبت از نوزاد، حفظ روحیه مادر، فراهم نمودن یک محیط آرام و عاری از استرس، فراهم آوردن فرصتی برای باخانواده بودن به منظور جلب حمایت بیشتر آنان از مادران گذاشته شد. جلسه در ۳ مرحله ۱۱ نفره و یک مرحله ۱۰ نفره اجرا شد.

پیگیری نحوه اجرای برنامه به اینصورت بود که تا زمانی که مادر در بخش حضور داشت پیگیری بصورت یک روز درمیان توسط پژوهشگر انجام می شد. بعد از ترخیص مادر و نوزاد از

پژوهشگر مورد حمایت عاطفی قرار گرفتند. حمایت مشاوره های بصورت فردی (پاسخگویی به سوالات بصورت رودررو)، گروهی (استفاده از تجربیات مادران) و تلفنی (پیگیری نحوه اجرای برنامه هر دوهفته یکبار و دادن شماره تلفنی بصورت ۲۴ ساعته برای برقراری ارتباط با پژوهشگر).

در مجموع ۶ جلسه آموزشی تنظیم گردید و با توجه به اینکه مشکلات مادر در هر دو زمینه مراقبت از خود و نوزاد بوده است. برنامه حمایتی روی هر دو جنبه تأکید نموده است. جلسات بصورت تئوری و عملی اجرا شد، هر جلسه زمان برگزاری جلسات برای مادران، ساعت ۸-۱۰ شب و برای همسران یک ساعت در ساعت ۳-۴ بعد از ظهر (زمان ملاقات) بود. مسئول جلسه پژوهشگر بود در هر نوبت برگزاری تعداد نفرات متفاوت بود و تعداد افراد در ۳ نوبت برگزاری ۱۲ نفر و یک نوبت ۹ نفر بودند.

جلسه اول در مورد مسایل مربوط به سلامت نوزاد و از جلسه سوم تا جلسه ششم جلسات درخصوص حفظ و ارتقای سلامت مادران بود. در جلسه اول بررسی و شناخت نحوه مراقبت از نوزاد و مشکلات ناشی از آن اجرا شد. در این جلسه نیازسنجی جهت شناخت نیازهای آموزشی و حمایتی در نحوه مراقبت از نوزاد از طریق فرم نیازسنجی اجرا شد و نحوه عملکرد مادر در مدیریت نیازهای نوزاد بررسی شد. برای مشخص شدن نگرانی های وی در ارتباط با مراقبت از نوزاد را با پرسیدن سؤالاتی مثل اینکه «در مراقبت از نوزاد خود چه مشکلاتی دارید که موجب نگرانی شما شده است؟» نگرانی های مادر شناسایی شد.

در جلسه دوم پیرامون محورهای بدست آمده از نیازسنجی حاصل از تجربیات مادران در جلسه اول در ارتباط با مشکلات موجود در مراقبت از نوزاد آموزشها داده شد. مفهوم نارس و عوارض همراه آن و نحوه پیشگیری از عوارض، تأثیر آنها بر سلامت روحی-روانی مادر، نحوه مراقبت از نوزاد در زمینه نحوه شیر دهی، مراقبت آغوشی، مراقبت از پوست و استحمام نوزاد، شناسایی موارد خطر قابل گزارش به پزشک و پیگیری های لازم بعد از ترخیص آموزش داده شد. در ضمن نکات مهم مراقبتی در قالب پمفلت در اختیار آنان قرار داده شد. از مادران خواسته شد تا اقدامات بصورت عملی توسط مادران اجرا گردید و در حضور پژوهشگر تمرین و تکرار انجام شود تا بطور مستقل به مراقبت از نوزادشان بپردازند.

در جلسه سوم به بحث در مورد چگونگی بکارگیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از قبیل بالا بردن کیفیت خواب راحت (تحت استرس نبودن، آمادگی قبل از خواب) تغذیه (معرفی مواد غذایی سالم و نیازهای تغذیه ای با توجه به موقعیت) و پیگیری

در پایان جمع آوری داده ها در هر گروه ۴ نفر ریزش نمونه وجود داشت که بدلیل جایجایی نمونه ها و عدم دسترسی به آنها بود. در زمان سه ماه پیگیری هیچگونه مورد مرگ و میر وجود نداشت.

داده های بدست آمده حاصل از پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS۱۴ باتوجه به نوع متغیر ها، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و یکسان بودن اطلاعات دموگرافیک مثل سن در دو گروه از طریق آزمون کای دو سنجیده شد. جهت بررسی متغیر کیفیت زندگی از آزمون آماری تی مستقل و آنالیز واریانس تکراری استفاده شد.

#### یافته ها

اکثریت مادران شرکت کننده در این پژوهش ۳۰ نفر (۶۶/۷) در گروه شاهد و ۲۱ (۴۶/۷) در گروه مداخله سن ۲۰ تا ۳۵ سال داشتند. ۱۹ نفر (۴۲/۲٪) از مادران گروه مداخله و ۲۴ نفر (۵۳/۳٪) از گروه شاهد تحصیلات دیپلم داشتند دو گروه از نظر متغیر های دموگرافیک همگن بودند. (جدول ۱).

بخش پژوهشگر هر دو هفته یکبار به صورت تلفنی نحوه تکمیل چک لیست ها توسط مادر را پیگیری می نمود. پیگیری تلفنی به این صورت بود که به طور مثال در در زمینه ورزش از مادر پرسیده می شد که آیا نیم ساعت فعالیت ورزشی را انجام داده اگر جواب منفی بود با توجه به دلایل گفته شده موانع بررسی و سعی در برطرف سازی آن به عمل می آمد. پیگیری به مدت سه ماه انجام شد.

ارزشیابی برنامه حمایتی بصورت ارزشیابی برآیندی و فرآیندی انجام شد. ارزشیابی فرآیندی بدین صورت بود که پژوهشگر به طور مستمر با مادران در ارتباط بود و روند انجام مداخلات ارائه شده را پیگیری و هر دو هفته یکبار ارزیابی می کرد. ارزشیابی برآیندی نیز از طریق پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی (SF36) در دو نوبت با حضور نمونه های پژوهش در بیمارستان انجام شد. نوبت اول یک ماه بعد از اجرا و نوبت دوم دو ماه بعد از نوبت اول انجام شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحد های پژوهش بر حسب اطلاعات دموگرافیک در گروه مداخله و شاهد

ویژگی دموگرافیک	گروه	مداخله	شاهد	آزمون کای دو
		فراوانی نسبی فراوانی مطلق	فراوانی نسبی فراوانی مطلق	
سن نوزاد	۳۳-۳۰	۱۷(۳۷/۸)	۱۹(۴۲/۲)	P=۰/۶۶
	۳۷-۳۴	۲۸(۶۲/۲)	۲۶(۵۷/۸)	
جنس نوزاد	دختر	۲۴(۵۳/۳)	۲۳(۵۱/۱)	P=۰/۸۳
	پسر	۲۱(۴۶/۷)	۲۲(۴۸/۹)	
سن مادر	زیر ۲۰ سال	۳(۶/۶)	۱۷(۳۷/۷)	P=۰/۱۳
	۳۵-۲۰	۲۱(۴۶/۷)	۳۰(۶۶/۷)	
	بالای ۳۵	۲۱(۴۶/۷)	۱۴(۳۱/۱)	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۰(۲۲/۲)	۱۱(۲۴/۴)	P=۰/۳۶
	دیپلم	۱۹(۴۲/۲)	۲۴(۵۳/۳)	
	فوق دیپلم و لیسانس	۱۶(۳۵/۶)	۱۰(۲۳/۲)	
شغل مادر	شاغل	۹(۲۰)	۸(۱۷/۸)	P=۰/۶۸
	خانه دار	۳۶(۸۰)	۳۷(۸۲/۲)	
رتبه زایمان	اول	۳۱(۶۸/۹)	۲۸(۶۲/۳)	P=۰/۳۳
	دوم	۱۴(۳۱/۱)	۱۷(۳۷/۷)	
سابقه سقط	دارد	۸(۱۷/۸)	۸(۱۷/۸)	P=۱
	ندارد	۳۷(۸۲/۲)	۳۷(۸۲/۲)	

زندگی کلی قبل از مداخله ( $p=0/1$ ) در دو گروه معنی دار نبود، اما یک ماه بعد از مداخله ( $P<0/001$ ) و سه ماه بعد از مداخله ( $P<0/001$ ) اختلاف آماری معنی دار بود.

در مقایسه ابعاد کیفیت زندگی یک ماه بعد از مداخله در بعد محدودیت جسمی اختلاف در دو گروه معنی دار نبود ( $P=0/40$ ) و کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عاطفی ( $P=0/01$ )، سلامت

میانگین و انحراف معیار کیفیت کلی زندگی قبل از مداخله و یک ماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله در گروه شاهد به ترتیب ( $49/7 \pm 6/9$ )، ( $47/5 \pm 6/3$ )، ( $46/3 \pm 9/5$ )، گروه مداخله به ترتیب ( $48/9 \pm 9/5$ )، ( $57/9 \pm 7/0$ )، ( $64/3 \pm 9/4$ ) بود. در مقایسه بین گروهی میانگین کیفیت کلی زندگی، آزمون آماری تی مستقل نشان داد تفاوت نمره کیفیت

در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ) ولی در گروه مداخله در طول زمان اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

آزمون آنالیز واریانس نشان داد در ابعاد درد بدن ( $P < 0/001$ ) و عملکرد اجتماعی ( $P < 0/001$ ) اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مداخله نسبت و شاهد وجود داشت (جدول ۲).

آزمون آنالیز واریانس نشان داد که کیفیت کلی زندگی در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری در طول زمان نداشته است ( $P = 0/1$ ) ولی کیفیت زندگی گروه مداخله اختلاف معنی‌داری در طول زمان داشته است ( $P < 0/001$ ) و در ضمن میزان اندازه اثر در گروه مداخله در یک ماه بعد از مداخله ۳/۴۹ و در گروه شاهد ۱/۹ بوده است که در گروه مداخله بیشتر بوده است. میزان اثر در گروه مداخله سه ماه بعد از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله ۴/۲۴ و در گروه شاهد ۰/۳۳ بوده است که در گروه مداخله میزان اثر بیشتر از گروه شاهد بوده است (جدول ۳).

عمومی ( $p < 0/001$ )، عملکرد جسمی ( $P < 0/001$ )، محدودیت روانی ( $p < 0/001$ )، عملکرد اجتماعی ( $P = 0/01$ )، درد بدنی ( $p < 0/001$ )، خستگی و نشاط ( $p < 0/001$ ) یک ماه بعد از مداخله اختلاف در دو گروه معنی‌دار بود.

در مقایسه ابعاد کیفیت زندگی سه ماه بعد از مداخله میانگین کیفیت زندگی در دو گروه در همه ابعاد سلامت عاطفی ( $p < 0/001$ )، سلامت عمومی ( $p < 0/001$ )، عملکرد جسمی ( $P < 0/001$ ) محدودیت روانی ( $P = 0/01$ )، عملکرد اجتماعی ( $P = 0/03$ )، درد بدنی ( $P = 0/03$ ) و خستگی و نشاط ( $P = 0/01$ )، محدودیت جسمی ( $P = 0/02$ ) اختلاف بین دو گروه معنی‌دار بود.

آزمون آماری آنالیز واریانس نشان داد که بین میانگین کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عاطفی، سلامت عمومی، عملکرد جسمی، محدودیت جسمانی، محدودیت روانی و خستگی و نشاط در طول زمان (یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله و سه ماه بعد از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله)

جدول ۲: مقایسه تغییرات کیفیت زندگی در طول زمان در ابعاد مختلف در گروه مداخله و شاهد در هر سه مرحله قبل از مداخله یک ماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله

P <sub>valu</sub> (Independent test)	گروه شاهد		ابعاد کیفیت زندگی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
P=0/2 T=1/05	42/1±12/4	44/8±11/4	قبل از مداخله
P=0/01 T=-3/5	58/3±13/7	48/8±11/3	یک ماه بعد از مداخله
P<0/001 T=-5/5	69±16/7	50/5±13/7	سه ماه بعد از مداخله
	0/001	0/1	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)
P=0/6 T=-0/49	41/2±14/1	40±8/9	قبل از مداخله
P<0/001 T=-3/6	62/1±14/4	50/7±14/25	یک ماه بعد از مداخله
P<0/001 T=-4/6	65/1±16/5	47/9±16/7	سه ماه بعد از مداخله
	0/001	0/7	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)
P=0/5 T=-0/5	51/7±13/3	50/3±11/5	قبل از مداخله
P<0/001 T=-4/9	61/1±19/4	45/8±14/5	یک ماه بعد از مداخله
P<0/001 T=-3/9	60/4±18/2	46/4±13/3	سه ماه بعد از مداخله
	0/02	0/3	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)

P=۰/۲ T=۱/۲	۵۲/۲±۱۳/۴	۴۸/۱±۱۸/۰۷	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T=-۹/۳	۵۶/۷±۱۵/۱	۴۶/۶±۱۱/۱	یک ماه بعد از مداخله	
P=۰/۰۳ T=-۳/۱	۷۲/۸±۱۹/۶	۵۸/۷±۲۱/۵	سه ماه بعد از مداخله	درد بدنی
	۰/۰۰۱	۰/۰۱	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)	
P=۰/۴ T=-۰/۷	۶۶/۶±۳۰/۴	۵۶/۱±۳۴/۶	قبل از مداخله	
P=۰/۴ T=-۰/۷	۵۸/۳±۲۶/۷	۴۵/۱±۲۲/۰۲	یک ماه بعد از مداخله	محدودیت جسمانی
P=۰/۰۲ T=-۳/۱	۷۶/۲±۱۸/۴	۴۹/۵±۲۵/۹	سه ماه بعد از مداخله	
	۰/۰۰۱	۰/۳	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)	
P=۰/۲ T=-۲/۱۳	۴۷/۲±۱۴/۸	۴۳/۶±۱۶/۲	قبل از مداخله	
P=۰/۰۱ T=-۲/۵	۵۸/۰۳±۲۶/۷	۵۴/۴±۲۱/۵	یک ماه بعد از مداخله	
P=۰/۰۳ T=-۲/۱۳	۶۹/۲±۱۶/۰۸	۶۱/۲±۱۶/۴	سه ماه بعد از مداخله	عملکرد اجتماعی
	۰/۰۰۱	۰/۰۹	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)	
P=۰/۶ T=-۳/۸	۵۹/۲±۳۳/۹	۵۳/۳±۳۶/۰۵	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T=-۳/۸	۶۶/۶±۲۲/۰۸	۵۰±۱۶/۸	یک ماه بعد از مداخله	
P=۰/۰۱ T=-۳/۵	۷۲/۳±۳۱/۵	۴۹/۵±۲۵/۹	سه ماه بعد از مداخله	محدودیت روانی
	۰/۰۳	۰/۹	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)	
P=۰/۷ T=-۳/۵	۴۴/۳±۱۲/۲	۴۵/۴±۱۷/۰۹	قبل از مداخله	
P<۰/۰۰۱ T=-۳/۵	۶۵/۷±۱۰/۶	۴۲/۱±۱۲/۳	یک ماه بعد از مداخله	خستگی و نشاط
P=۰/۰۱ T=-۲/۵	۵۴/۲±۲۰/۸	۵۳/۷±۱۸/۰۷	سه ماه بعد از مداخله	
	۰/۰۰۱	۰/۴	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)	

جدول ۳: مقایسه تغییرات نمره کیفیت زندگی کلی در طول زمان و در هر سه مرحله قبل از مداخله، یک ماه بعد از مداخله و سه ماه بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد

P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)	انحراف معیار ± میانگین		کیفیت زندگی کلی
	مداخله	شاهد	
P= ۰/۱ T=-۱/۳	۴۸/۹±۹/۵	۴۶/۳±۹/۵	قبل از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=-۷/۰۹	۵۷/۹±۷/۰۵	۴۷/۵±۶/۳	یک ماه بعد از مداخله
P<۰/۰۰۱ T=-۷/۹	۶۴/۳±۹/۴	۴۹/۷±۶/۹	سه ماه بعد از مداخله
	۰/۰۰۱<	۰/۱	P <sub>valu</sub> (Repeated Measurement)
	۴۶/۳	۹/۱	Effect Size یک ماه بعد نسبت به قبل از مداخله
	۲۴/۴	۰/۳۳	Effect Size سه ماه بعد نسبت به یک ماه بعد

۱- میزان اثر یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله  
۲- میزان اثر سه ماه بعد از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله

### بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر کیفیت زندگی مادران نوزاد نارس با دو گروه مداخله و شاهد بصورت قبل و بعد انجام شده است. متغیر وابسته در این پژوهش کیفیت زندگی مادران در هشت حیطة سلامت عاطفی، سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، دردبدنی، محدودیت جسمانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت روانی و خستگی و نشاط می‌باشد. از آنجایی که برخی متغیرها مثل سن، تحصیلات و شغل بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد نمونه‌ها از نظر ویژگی‌های دموگرافیک همگن شدند.

بر اساس جدول شماره (۴-۱۵) و (۴-۱۶) بعد از مداخله میانگین نمرات کیفیت زندگی یک ماه بعد از مداخله در تمام ابعاد بجز بعد محدودیت جسمی و سه ماه بعد از مداخله در تمام هشت بعد کیفیت زندگی اختلاف آماری معنی داری بین گروه مداخله و شاهد وجود داشت ( $p > 0/05$ ).

این پژوهش نشان داد که یک ماه بعد از مداخله در بعد محدودیت جسمی بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود نداشته است. سلامت جسمی از بسیاری عوامل دیگر تأثیر می‌پذیرد که احتمالاً مربوط به وجود مشکلات و عوارض مربوط به زایمان و سزارین در یک ماه اول است که بتدریج و به مرور زمان تحت تأثیر برنامه مداخله قرار می‌گیرد در مطالعه بهادران و همکاران (۲۰۰۷) که به بررسی تأثیر ورزش بر کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان پرداخته است نمره بعد جسمی کیفیت زندگی معنی دار نبوده است (۱۹).

مطالعه Show و همکاران (۲۰۰۶) که به بررسی تأثیر حمایت‌های پس از زایمان بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی زنان امریکا بصورت مروری پرداخته بود بیانگر تأثیر حمایت‌ها بر جنبه روانی بود و بر جنبه جسمی تأثیری نداشته است (۲۰).

در بررسی Webster J (۲۰۱۱) که به بررسی تأثیر حمایت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان بدنبال تولد نوزادشان پرداخته نیز به این نتیجه رسیدند که زنانی که از حمایت اجتماعی کافی برخوردار بودند در زمینه سلامت فیزیکی و روانی واجتماعی و محیطی از نمره کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۲۱).

کرمی (۱۳۸۸) به بررسی تأثیر مداخلات آموزشی-حمایتی بر استرس مادران نوزاد نارس و طول مدت بستری پرداخته و به این نتیجه رسید که مادرانی که برنامه حمایتی-آموزشی که توانسته استرس در مادران را به میزان قابل توجهی کاهش دهد (۲۲).

مطالعه Melynk و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد اجرای برنامه آموزشی شامل فعالیت‌های اطلاعاتی و رفتاری در خصوص مشخصه‌های ظاهری و رفتاری نوزاد نارس از طریق نوار ویدیویی و نوشته‌ها باعث کاهش استرس والدین در بخش مراقبت‌های ویژه، ارتقاء کیفیت ارتباط با کودک و بهبود باورها در خصوص نقش والدی گردیده است (۲۳) که همگی با پژوهش حاضر همخوانی داشتند.

مطالعه رایبسون (۲۰۰۶) که بر روی توانمندسازی زنان دارای ناتوانی جسمی از طریق برنامه ارتقاء دهنده سلامت با تمرکز بر ازعهده‌برایی روانی و اجتماعی و سلامت جسمی انجام شده



بود نشان داد که برنامه توانمند سازی توانسته فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامت جسمی زنان را افزایش داده دهد.

Owley (24) و همکاران (2008) در مطالعه نیمه تجربی خود تحت عنوان بررسی تأثیر بکارگیری تکنیک‌های آرامسازی پیشرفته برای ارتقاء رفتارهای بهداشتی و ازعهده‌برایی روانی و علائم جسمی به این نتیجه رسیدند که پس از مداخله و انجام برنامه آرامسازی، دیسترس روانی و علائم جسمی مادران کاهش یافت (25).

نتایج مطالعه Chung (2013) نشان داد که استفاده از تکنیک آرامسازی پیشرونده عضلانی قادر است ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی و میانگین کل نمره کیفیت زندگی بدنبال افزایش داده و میزان اضطراب را کاهش دهد (26). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که گنجاندن برنامه آرامسازی در برنامه سبک زندگی سالم، حفظ سلامت جسمی و روانی را تضمین می‌کند. یکی از عوامل مهم و اثرگذار در ارتقاء سطح کیفیت زندگی ورزش کردن شناخته شده است. تأثیرات مثبت پیاده‌روی بر سلامت جسمی و روانی و نیز افزایش اعتماد بنفس در مطالعات ملی و بین‌المللی متعددی نشان داده شده است.

در مطالعه سکروی و همکاران (1388) که به بررسی ارتباط فعالیت جسمی منظم (پیاده‌روی) با کیفیت زندگی زنان پرداختند به این نتیجه رسیدند که برنامه پیاده‌روی منظم بر روی ارتقاء سطح کیفیت زندگی در زنان مؤثر است و آزمون آماری اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه (زنانی که پیاده‌روی می‌کردند در مقایسه با زنانی که پیاده‌روی نمی‌کردند) نشان داد (27).

نتایج مطالعه Hillemeier و همکاران (2008) نشان داد با اجرای مداخله زن سالم - شامل بررسی عوامل خطر در زنان و تشکیل جلسات گروهی برای ارتقاء رفتارهای سلامت‌محور در زنان - سطح خودکارآمدی در تغذیه سالم، فعالیت جسمی، انجام تکنیک آرامسازی و روش مدیریت استرس در زنان بهبود یافته است (28).

طبق یافته‌های جدول 2 کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عاطفی، سلامت عمومی، عملکرد جسمی، محدودیت جسمانی، محدودیت روانی و خستگی و نشاط در طول زمان در گروه شاهد اختلاف معنی‌داری نداشت، ولی در گروه مداخله در طول زمان اختلاف معنی‌دار و مداخله مؤثر بود. در ابعاد درد بدنی و عملکرد اجتماعی در هر دو گروه شاهد و مداخله در طول زمان اختلاف معنی‌دار بود. در مطالعه بهرامی (1390) بررسی کیفیت زندگی مادران اول‌زا پس از زایمان، نشان داد میانگین نمره بعد عملکرد جسمانی و دردهای فیزیکی 6-8 هفته بعد از زایمان افزایش یافته بود (29) علت می‌تواند حساس بودن مادران هر

دو گروه برای کنترل درد و انجام مسئولیت‌های خود در مراقبت از نوزاد با افزایش عملکرد جسمانی، باشد.

در مطالعه نیک‌پور (1389) با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی و سزارین، 6 هفته بعد از زایمان در بعد درد بدنی و عملکرد اجتماعی اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت (30) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. افزایش کیفیت زندگی، در زمینه درد بدنی می‌تواند مربوط به برطرف شدن تدریجی عوارض و مشکلات فیزیولوژیکی زایمان در هر دو گروه به مرور زمان باشد که باعث افزایش کیفیت زندگی این بعد در هر دو گروه شده است. علت افزایش کیفیت زندگی در بعد عملکرد اجتماعی در طول زمان در دو گروه مداخله و شاهد، می‌تواند تشکیل گروه‌های اجتماعی توسط زنان و افزایش اعتماد بنفس و درک متقابل آنان، در بعد عملکرد اجتماعی باشد. در مطالعه پروینیان و همکاران (1390) با عنوان بررسی تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر کیفیت زندگی مادران کودکان فلج مغزی، نیز میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد اجتماعی، در گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری نداشت که با پژوهش حاضر همخوانی داشت (31).

بر اساس یافته‌های جدول 3 میزان اثر در کیفیت زندگی کلی یک ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله، و سه ماه بعد از مداخله نسبت به یک ماه بعد از مداخله، در گروه مداخله بیشتر از گروه شاهد بود. در مطالعه پروینیان (1390) نیز بین ابعاد کیفیت زندگی گروه مداخله و شاهد بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود داشت و اختلاف میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بین گروه مداخله و شاهد نیز معنی‌دار بود که با پژوهش حاضر همخوانی داشته است (31).

حیدری (1388) نیز در مطالعه نیمه‌تجربی خود که به منظور بررسی تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بر سبک زندگی دبیران در مرحله قبل از یائسگی انجام شد، نشان داد که سبک زندگی زنان یائسه تحت برنامه ارتقاء سلامت بهبود یافت (32). بنابراین از مقایسه مطالعات فوق با پژوهش حاضر می‌توان به این نتیجه رسید که بهبود کیفیت زندگی در تمام ابعاد آن می‌تواند متأثر از ویژگی‌های برنامه حمایتی ارتقاء سلامت باشد که رشد جسمی و روانی را نیز به دنبال دارد. از محدودیت‌های غیرقابل کنترل این پژوهش، حالات روحی عاطفی مادر هنگام پاسخگویی به سوالات کیفیت زندگی بود.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه حمایتی ارتقاء سلامت می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی مادران در ارتباط با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت مفید باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برنامه حمایتی ارتقاء سلامت بعنوان یک روش مؤثر برای

از طریق کارگاه‌های آموزشی، جهت اجرای برنامه مراقبتی- حمایتی معرفی نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کارپایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد پرستاری در دانشگاه تربیت مدرس با کد رهگیری ۱۱۰۵۵۵۳ می‌باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه و کلیه پرسنل و مادران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان میلاد تشکر و قدردانی می‌شود.

مادران نوزاد نارس بکار گرفته شود. با توجه به میزان تأثیر برنامه حمایتی ارتقاء سلامت مبتنی بر نیازهای مادران و تجربیات و نگرانی‌های مادران در این پژوهش ساختار اجرایی آن می‌تواند در ارتباط با توانمند کردن مادران و خانواده‌های دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه از طریق برگزاری برنامه‌های آموزشی و ارائه کتابچه‌ها و پمفلت‌های آموزشی به مادران و خانواده‌ها مورد استفاده قرار گیرد. مدیران پرستاری می‌توانند رویکردهای تیمی در برنامه‌ریزی‌های خدمات بهداشتی

### References

1. Shi SW, Men G, Smith Q, Yang M. Epidemiology of Preterm Birth and Neonatal Outcom. *Semin Fetal Neonatal Med* 2004; 9(6):429-35.
2. Valizadeh L, Akbarbegloo M, Asadollahi M. Supports Provided by Nurses for Mothers of Premature Newborns Hospitalized in NICU. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2009; 22(58):89-98.(Persian)
3. Delaram M. The Incidence and Related Factors of Low Birth Weight. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2010;23(64):29-36.(Persian)
4. Akhavan Karbasi S, Golestan M, Fallah R, Golshan M, Dehghan Z. Effect of body massage on increase of low birth weight neonate's growth parameters: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Reproductive Medicine* 2013; 11(7):583-8.
5. Ali Abade T, Bastani F. Assess the Effects of Mother's Participation in the Care of Preterm Infants in the NICU on Readmission. *Journal of Nursing - Midwifery Tehran University of Medical Sciences (Hayat)* 2011;17(2):71-7.(Persian)
6. ACOG Committee Opinion No. 404 April 2008. Late-preterm infants. *Obstet Gynecol* 2008; 111(4):1029-32.
7. Wong D, Hockenberry M, Wilson D. *Nursing Care of Infants and Children*. Translated by Sami Poran. Tehran. Boshra Publication; 2009.
8. Arzani A, kermanshahi S, Mohamadzadeh I. Impact of Education before Discharged on Mothers of Preterm Infants on the Brain, Vision, Audition Follow-up Examinations. *J Hormozgan Univ Med Sci* 2009;13(2):115-21.(Persian)
9. Arzani A, Zahedpasha Y, Ahmadpour KM, Khafri S, Khairkhah F, Aziznejad P. Kangaroo Care Effect on Self-Esteem in the Mothers of Low Birth Weight Infants. *J Babol Univ Med Sci* 2012; 14(3): 52-8. (Persian)
10. Sarajärvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. Emotional and informational Support for Families During Their Child's Illness. *Int Nurs Rev* 2006; 53(3):205-10
11. Kohan M, Borhani F, Abbaszadeh A, Soltanahmadi J, Khajehpoor M. Experience of Mothers with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2012; 1(1): 41-51.(Persian)
12. Aeen F, Alhani F, Mohammadi I, Kazemnejad A. Mother's Needs of Sick in-Patient Children: A Basic Concept for Nursing Education. *ijme* 2010; 3(0): 70-81.(Persian)
13. Hill PD, Aldag JC. Maternal Perceived Quality of Life Following Childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(4):328-34.
14. Leigh D, Helen E, Heather M, Judy W. The Impact of Very Premature Birth on the Psychological Health of Mothers. *Early Hum Dev* 2003; 13(1):61-70.
15. Witt WP, Litzelman K, Spear HA, Wisk LE, Levin N, McManus BM, Palta M. Health-Related Quality of life of Mothers of Very Low Birth Weight Children at the Age of Five: Results from the Newborn Lung Project Statewide Cohort Study. *Qual Life Res* 2012;21(9):1565-76.

16. Lee SY, Lee K, Rankin SH, Weiss SJ, Alkon A. Sleep Disturbance, Fatigue and Stress among Chinese-American Parents with ICU Hospitalized Infants. *Issues Ment Health Nurs* 2007 ;28(6):593-605.
17. Linda C, Amankwaa R, Pickle RH, Boonmee J. Maternal Responsiveness in Mothers of Preterm Infants. *Newborn Infant Nurs Rev* 2007;(7)1:25-30.
18. Rice MC, Wicks MN. The Importance of Nursing Advocacy for the Health Promotion of Female Welfare Recipients. *Nursing Outlook* 2007 ;55(5):220-3.
19. Bahadoran P, Abassi F, Yousefi A. The Effect of Exercise on the Quality of life of Mothers at Postpartum Period. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2007; 12(1): 17-20. (Persian)
20. Show E, Lovit C, Wong S, Kaczorowski J. MC Master University Post Partum Research Group. Systematic Review of the Literature on Post Partum Care: Effectiveness of Post Partum Support to Improve Maternal Parenting Mental Health, Quality of Life and Physical Health. *Birth* 2006; 33(3):210-20.
21. Webster J, Nichola C, Velacott C. Quality of life and Depression Following Childbirth: Impact of Social Support. *Midwifery* 2011 ;27 (5): 745-9.
22. Karami K, Rostami SH, Ghadirian F. Impact of Educational Interventions-Support for Premature Infants on Maternal Stress and Length of Stay. *J Lorestan Univ Med Sci* 2009; 11(2):71-7. (Persian)
23. Ballantyne M. An Educational-Behavioral Intervention for Parents of Preterm Infants Reduced Parental Stress in the NICU and Infant Length of Stay. *Evid Based Nurs* 2007; 10 (2): 41.
24. Mirzalinjmbadi K, Anderson D, Barnes M. The Relationship between Exercise, Body Mass Index and Menopausal Symptom in Midlife Australian Women. *Int J Nurs Pract* 2006; 12(1):28-34.
25. Owley G, Horwatch C, Gray A, Brad Shawa A, Katze L, Joyce J, O'Brien S. Sustain Ability of Health and Lifestyle Improvement Following among Dieting Randomized Trial in Overweight Woman. *Prev Med* 2008; 47(6):593-9.
26. Chung YL, Molassiotis A, Anne M. The Effect of Progressive Muscle Relaxation Training on Anxiety and QoL after Stoma Surgery in Colorectal Cancer Patient. *Psycho-oncology* 2003;12(3):254-66
27. Amin Shokravi F, Alhani F, Kasemnejad A, Vadanynia M. Relationship Regular Physical Activity and Women Quality of Life. *Payesh* 2009; 8(4):407-13. (Persian)
28. Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Weisman CS, Chuang CH, Parrott R. Improving Women's Preconception Health: Findings from a Randomized Trial of the Strong Healthy Women Intervention in the Central Pennsylvania Women's Health Study. *J Womens Health Issues* 2008; 18(6):S87-S96.
29. Bahrami N, Bahrami S. The Survey of Quality of Life in First-time Women in Postpartum Period. *Nurs Res* 2011; 6(23): 58-64. (Persian)
30. Nikpor M, Abedian Z, Mokhber N, Ebrahimzadeh N, Saidkhani K. Comparison of Quality of Life in Women after Vaginal Delivery and Cesarean Section. *J Babol Univ Med Sci* 2009;13(1):44-50. (Persian)
31. Parviniannasab AM. The Effect of Health-Centered Supportive Program on the Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy. (Thesis MSc Nursing), Tarbiat Modares University, 2011.
32. Heidari F. The Effect of Health Promotion Supportive Program on Premenopausal Teacher's Lifestyle. (Thesis MSc Nursing), Tarbiat Modares University, 2009.
33. Bastani F, Aliabadi T, Haghani, H. The Effectiveness of Participatory Care Program in Neonatal Intensive Care Unit on State Anxiety of Mothers of Preterm Newborns. *J Babol Univ Med Sci* 2012; 14(3): 59-65. (Persian)

## The Effect of a Supportive Health Promotion Program on the Quality of Life of Mothers of Premature Newborns

Maryam Abdolalizadeh<sup>1</sup>, \*Sima Kermanshahi<sup>2</sup>

1. MS in Medical-Surgical Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

\* Corresponding author, Email: Kerman\_s@modares.ac.ir

### Abstract

**Background:** Studies have shown that mothers of premature newborns have lower physical and psychological quality of life compared to mothers of healthy neonates. Therefore, applying a health promotion program for supporting them is necessary.

**Aim:** To determine the effectiveness of a health promotion program on the quality of the life of mothers of premature newborns.

**Methods:** In this quasi- experimental study, mothers of premature infants in the neonatal intensive care unit of Milad hospital in 2014 were non-randomly divided into case (45 patients) and control groups (45 patients). Demographic information and Short Form Health Survey (SF36) quality of life questionnaire were collected. The supportive program of the case group was performed in four phases of assessment and recognition, support and the evaluation. Data were collected in three steps: pre-intervention, one and three months after intervention in both groups. Data analysis was conducted by SPSS version 14 using chi-square, independent t and ANOVA statistical tests.

**Results:** Demographic data were similar in both groups ( $P>0.05$ ). The mean and SD of overall score of quality of life before the intervention was  $46.3\pm 9.5$  and  $48.9\pm 9.5$  in the control and case groups, respectively ( $p=0.1$ ). One month after the intervention, this score was  $47.5\pm 6.3$  in the control and  $57.9\pm 7.05$  in the case group ( $p<0.001$ ). The score of quality of life one and three months, after the intervention, in all aspects, were significantly different between two groups ( $p<0.05$ ), excluding physical limitations aspect ( $p=0.4$ ).

**Conclusion:** The health promotion programs are supportive on improving the quality of life of mothers of premature newborns. Therefore, it is recommended that these programs be considered as effective methods for promoting quality life of mothers of premature neonates.

**Keywords:** Quality of the life, Premature newborns, Health promotion

Received: 20/12/2014

Accepted: 30/05/2015