J Crit Care Nurs. 2019 July;12(2)

Published online 2019

Research Article

The Effect of Psychological Empowerment Training on the Resiliency of Mothers with Premature Infants Hospitalized in Intensive Care Units

Shima Assarpour Arani[1], Shiva Salehi[2*], Mehrandokht Nekavand[3]

1. Master of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2*. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Corresponding author: Shima Assarpour Arani, Master of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: shima.assarpour@yahoo.com*

Abstract

Background and purpose: Hospitalization of neonates in intensive care units leads to psychological vulnerability in their mothers. As a result, these mothers need urgent care support. Given the impact of psychological empowerment on coping with stressful situations, this study aimed to investigate the effect of psychological empowerment training on maternal resiliency of premature neonates hospitalized in Intensive Care Unit (ICU).

Materials and Methods: This research was a quasi-experimental, single-group pre-test and post-test study in which 40 mothers of premature infants which had admitted to Neonatal Intensive Care Unit (NICU) were enrolled. The psychological empowerment training program for mothers was conducted in 7 sessions of 45 minutes in groups of 4-5. Before and after the intervention, the data were collected using the demographic and also the Conner Davidson questionnaires

Results: The results of this research reveal that the mean score of resiliency and all its subscales after intervention were significantly higher than before intervention. The mean total resilience score was increased from 33.93 ±9.75 to 72.45 ±5.63 (P <0.001).

Conclusion: Psychological empowerment training can increase maternal resiliency of neonates hospitalized in the ICU. Therefore, due to the important role of mothers in the care of premature infants admitted to the ICU, increased maternal resilience can lead to an improved care of premature infants.

Keywords: Psychological Empowerment, Resiliency, Neonates, Intensive Care Unit

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
دوره ۱۲، شماره ۳، ۱۳۹۸
صفحات:۱۴-۶

تأثیرآموزش توانمندسازی روانشناختی بر تاب‌آوری مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه

شیما عصارپور آرانی[۱]، شیوا صالحی[۲*]، مهراندخت نکاوند[۳]

۱ . کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۳ . گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسوول: شیوا صالحی- آدرس: تهران، انتهای بزرگراه شهید ستاری- میدان دانشگاه بلوار شهدای حصارک- دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
E-mail: Salehi.shiva@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بستری نوزادان در بخش مراقبت ویژه منجر به آسیب‌پذیری روانی مادران آنها می‌شود؛ به طوری که به حمایت‌های مراقبتی نیاز مبرم دارند. با توجه به تأثیری که توانمندسازی راونشناختی در مقابله با شرایط استرس‌زا دارد، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی روانشناختی بر تاب‌آوری مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه نیمه تجربی، تک گروهی پیش‌آزمون – پس‌آزمون بود که ۴۰ نفر از مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان وارد مطالعه شدند. برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی برای مادران طی ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در گروه‌های ۵-۴ نفری اجرا شد. قبل و بعد از مداخله داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کانر دیویدسون جمع آوری شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره تاب‌آوری و همه زیرمقیاس‌های آن بعد از مداخله به طور معنی‌داری بالاتر از قبل می‌باشد. به طوری که میانگین نمره کل تاب‌آوری از ۹/۷۵±۳۳/۹۳ به نمره ۵/۶۳± ۷۲/۴۵ ارتقا یافت (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: آموزش توانمندسازی روانشناختی می‌تواند تاب‌آوری مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را افزایش دهد. لذا با توجه به نقش مهم مادران در مراقبت از نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، افزایش تاب‌آوری مادران می‌تواند به بهبود مراقبت از نوزادان نارس منجر شود.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی روانشناختی، تاب‌آوری، نوزادان، بخش مراقبت‌های ویژه

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

مقدمه

تولد نوزاد نارس می‌تواند با عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدتی در بزرگسالی همراه باشد. علی رغم افزایش میزان بقا و وجود کاهش مرگ و میر در نوزادان نارس، بار اقتصادی و اجتماعی همراه با مشکلات عصبی- تکاملی این نوزادان، از دیگر اثرات آسیب‌زای تولد نوزادان نارس است [۱, ۲]. درصد قابل توجهی از کودکان نارس با وزن کم هنگام تولد از چند معلولیتی رنج می‌برند و این معلولیت همچنان تا سن مدرسه و حتی فراتر از آن ادامه می‌یابد [۲و۳]. تقریباً ۹/۶ تا ۱۲/۹ میلیون تولد در سراسر جهان به صورت تولد نارس هستند [۴] که ۵ تا ۱۵ درصد از تولدهای زنده در جهان را شامل می‌شود [۵] در ایران نیز ۷ درصد کل تولدهای زنده را نوزادان نارس تشکیل می دهند [۶].

بستری نوزادان در بخش ویژه یک رویداد غیر منتظره برای مادران است که آنان را از لحاظ جسمی، روحی و روانی تحت تأثیر قرار داده [۷] و منجر به بحران شدید عاطفی، آشفتگی در زندگی خانوادگی، اختلال در کیفیت زندگی، استرس، اختلالات روانی و تغییر در نقش والدینی مادران و همچنین عدم گرایش و دلبستگی مادر به نوزاد و کاهش رفتارهای محبت آمیز و مسئولانه مادری می‌شود [۸].

عدم توجه به استرس‌های عاطفی و روانی مادران می‌تواند منجر به اختلال در دلبستگی بین نوزادان و مادران، ارتباط ضعیف عاطفی والد – شیرخوار و در نتیجه آسیب‌پذیری نوزاد شود [۹]. مهمترین علت تنش‌های روانی در مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه اختلال در نقش والدینی، محیط فیزیکی بخش و مشاهده نوزاد در حال درد کشیدن است [۱۰].

مطالعات متعددی در زمینه حمایت روانی و تقویت سازگاری مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه جهت پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی و یا کنترل آنان هدف‌گذاری شده است [۱۱]. در همین راستا، بهبود وضعیت تاب‌آوری، رویکردی است که در سالیان اخیر با توجه ویژه به ویژگی‌های شخصیت و توانمندی‌های انسان به جای پرداختن به اختلالات و ناهنجاری‌ها مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است [۱۲].

تاب‌آوری رویکردی از روانشناسی مثبت گراست که نوعی بازگشت به تعادل اوّلیه یا رسیدن به سطح بالاتری از آن در شرایط تهدیدکننده است که موجب سازگاری موفق و برخورد مؤثر می‌شود [۱۳]. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند [۱۴]. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی شوند، بنیادی‌ترین سازه‌های مورد پژوهش این رویکرد هستند [۱۵]. بنابراین ارائه برنامه‌های افزایش تاب‌آوری می‌تواند منجر به افزایش عوامل حفاظتی مانند عواطف مثبت، اعتماد به نفس و خود کنترلی و همچنین کاهش عواطف منفی، استرس و افسردگی شود [۱۶].

برنامه توانمندسازی والدین یک مداخله آموزشی- رفتاری مبتنی بر تئوری خود تنظیمی و کنترل، برنامه ریزی شده است که اطلاعات لازم در مورد ظاهر و رفتارهای نوزاد نارس، چگونگی ایفای نقش والدین و محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان را در اختیار والدین قرار می‌دهد و از این طریق سبب تنظیم پاسخ‌های عاطفی یا سازگاری عاطفی و افزایش سازگاری عملکردی یا تعامل مادر و نوزاد می‌شود [۱۷]. جعفری و همکاران (۱۳۹۲)، در مطالعه خود نشان دادند که برنامه ایجاد فرصت‌های توانمندسازی والدین با ارائه شیوه‌های آموزشی چهره به چهره، میزان اضطراب و تنش مادران دارای نوزاد نارس را کاهش و میزان مشارکت آنان را افزایش می‌دهد [۱۷].

در واقع بستری شدن در بیمارستان به تنهایی یک استرس مهم تلقی می‌شود و اگر این وضعیت با تولد یک نوزاد نارس نیز همراه شود می‌تواند موجب افزایش اضطراب و استرس مادران و کاهش سطح تاب‌آوری آنها شود. لذا استفاده از راهکارهای تقویت تاب‌آوری مادران یک استراتژی مهم در این زمینه است. بیتسیکا و همکاران (۲۰۱۳)، در مطالعه خود، آموزش مهارت‌های روانشناختی را به عنوان یک راهکار مؤثر جهت مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی مادران معرفی می‌کنند [۱۸]. استینسما و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری منجر به استفاده از راهبردهای سازگاری مؤثر در افراد شده و راهبردهای سازگاری غیرمؤثر را کاهش می‌دهد [۱۹]. استینهاردت و همکاران (۲۰۰۸) نیز بیان نمودند که ارائه برنامه‌های افزایش تاب‌آوری می‌تواند منجر به افزایش عوامل حفاظتی مانند خود کنترلی و همچنین کاهش عواطف منفی شود [۲۰]. همچنین، در مطالعه کیفی روس‌من و همکاران (۲۰۱۷)، بر لزوم آموزش مهارت‌های تاب‌آوری جهت سازگاری مؤثر مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه و غلبه بر شرایط و موقعیت‌های استرس‌زای طولانی مدت پس از ترخیص اشاره شده است [۲۱]. با وجود مطالعات متعددی که در این زمینه

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

انجام شده است اما تعداد کمی از این مطالعات بر روی توانمندسازی روانشناختی مادران تمرکز داشته‌اند؛ لذا به طور قطع نمی‌توان به این سوال جواب داد که توانمندسازی روانشناختی مادران چه تأثیری بر تاب‌آوری آنان در برخورد با شرایط موجود دارد؟ بنابراین با توجه به تأثیری که توانمندسازی راونشناختی در مقابله با شرایط استرس زا و افزایش مشارکت و دلبستگی مادران دارد، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی روانشناختی بر تاب‌آوری مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شده است.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی پیش‌آزمون- پس‌آزمون است که به صورت تک گروهی اجرا شده است. واحدهای مورد پژوهش از بین مادران نوزادان بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. برای تعیین تعداد نمونه لازم در سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۸۰٪ و با فرض اینکه تاب‌آوری مادران نوزادان نارس پس از آموزش برنامه توانمندسازی روانشناختی حداقل ۴ نمره تغییر کند تا از لحاظ ۱۰ درصد ریزش۴۰ نفر در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است انحراف معیارهای برآورد شده از مقاله کاویانی و همکاران بدست آمده است [۲۴].

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}\right)^2 s_d^2}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times 74.68}{4^2} = 36$$

$$s_d^2 = s_b^2 + s_a^2 - \rho . s_b . s_a$$

$$s_d^2 = 4.87^2 + 8.46^2 - 0.5 \times 4.87 \times 8.46 = 74.68$$

$$\rho = 0.5 \quad s_b = 4.87 \quad s_a = 8.46$$

$$z_{0.975} = 1.96 \quad z_{0.8} = 0.84 \quad d = 4$$

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود و از بین مادران نوزادانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشته‌اند از دو بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن نوزاد بین ۲۸ تا ۳۶ هفته، توانایی تکلم و درک زبان فارسی مادران، نداشتن سابقه بستری نوزاد دیگر در بخش مراقبت ویژه نوزادان، گذشت حداقل ۲ روز از زمان بستری نوزاد، نداشتن بیماری یا اختلال عصبی روانی واضح در مادر که منجر به مصرف دارو شود و عدم وجود ناهنجاری ژنتیکی در نوزاد (مانند سندرم داون) بود. همینطور معیارهای خروج از مطالعه نیز فوت یا انتقال نوزاد به مراکز درمانی دیگر در کمتر از یک هفته از شروع مطالعه، عدم حضور مادران در برنامه آموزش توانمندسازی روانشناختی بیش از یک جلسه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که به صورت خودگزارشی توسط مادران تکمیل شد. یک قسمت پرسشنامه مشخصات دموگرافیک بود و قسمت دیگر پرسشنامه کانر- دیویدسون (۲۰۰۳) بود که شامل ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای بود که حداقل نمره برای این آزمون صفر و حداکثر آن ۱۰۰ است. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۵۰ است؛ به طوری که نمره زیر۵۰ به معنای تاب‌آوری پایین و بیشتر از آن به معنای تاب‌آوری بالا است [۲۲].

روایی ابزار کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) را به روش اعتبار محتوی و روایی همگرا و واگرا در گروههای مختلف (عادی و در خطر) تأیید کرده‌اند [۱۷]. پایایی این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، به روش بازآزمایی و آلفا کرونباخ در گروههای عادی و در خطر، مورد تأیید قرار گرفته است [۱۷]. رضایی و رسولی (۱۳۹۴) نیز پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آوردند [۲۳]. این پرسشنامه شامل ۲۵ گویه با لیکرت ۵ گزینه‌ای [کاملاً نادرست، بندرت درست، گاهی درست، اغلب درست، همیشه درست) است که برای سنجش تاب‌آوری طراحی شده است. حداقل نمره برای این آزمون صفر و حداکثر آن ۱۰۰ است و نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است. به عبارتی نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هر چه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و بر عکس [۱۷].

قبل از شروع مداخله، پژوهشگر، مادرانی که حداقل۲ روز از بستری نوزاد آنها گذشته بود را از اهداف مطالعه و روش انجام کار مطلع کرد. برنامه مداخله آموزشی برای مادران طی ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (در ۷ روز متوالی) در گروههای ۵-۴ نفری اجرا شد. جهت هماهنگی در اجرا و حضور همه مادران در جلسات آموزشی، از روز قبل با تماس تلفنی ساعت برگزاری و همچنین لزوم حضور به موقع آنها اطلاع داده شد. سعی شد یک زمان ثابت در هر روز برای برگزاری جلسات با نظر اعضای هر گروه و با توجه به شرایط بخش و ساعت شیردهی مشخص شود.

پرسشنامه‌ها یک بار در ابتدای مطالعه و بار دوم ۱۴ روز بعد از پایان جلسات آموزشی با هماهنگی در روز مراجعه آنان به

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

درمانگاه بعد از ترخیص، در اختیار مادران قرار داده شد و پس از ارائه توضیحات لازم از آنها خواسته شد تا با دقت مجدد پرسشنامه را تکمیل نمایند. پس از جمع آوری داده ها تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و از طریق نرم افزار SPSS-22 انجام شد.

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری است که با شناسه اخلاق (IR.IAU.TMU.REC.1397) از دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران تصویب شده است. قبل از انجام مطالعه از شرکت کنندگان رضایت کتبی اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات هویتی آنها محرمانه مانده و در صورت عدم رضایت، در هر بخشی از مطالعه می‌توانند از آن خارج شوند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰ نفر از مادران با میانگین سنی ۴/۹۸±۳۰/۱۷ شرکت کردند که دامنه سنی آنها بین ۲۰ تا ۴۰ سال بود. ۴۷/۵ درصد آنها خانه دار بودند که نسبت به سایر سطوح شغلی بیشترین فراوانی را داشت. نوع زایمان اکثر مادران مورد پژوهش سزارین با ۹۲/۵ درصد بود و اکثریت دارای یک فرزند بودند و ۵۲/۵ درصد از مادران مورد پژوهش اعلام کرده بودند دارای منزل مسکونی شخصی هستند. همینطور تحصیلات در سطح کارشناسی در بین مادران مورد پژوهش با ۴۵ درصد بیشترین فراوانی را در بین سایر سطوح تحصیلی داشت. بعلاوه همه واحدهای مورد پژوهش ساکن شهر بوده و بیماری زمینه‌ای نداشتند. مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در جدول شماره (۱) خلاصه شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

مشخصات فردی		فراوانی	درصد
جنسیت نوزاد	پسر	۲۰	۵۰
	دختر	۲۰	۵۰
سن نوزاد(هفته)	۲۸–۳۲	۱۵	۳۷/۵
	۳۳– ۳۶	۲۵	۶۲/۵
نوع زایمان	سزارین	۳۷	۹۲/۵
	طبیعی	۳	۷/۵
شغل	خانه دار	۱۹	۴۷/۵
	کارمند	۱۵	۳۷/۵
	معلم	۲	۵
	پرستار	۴	۱۰
تعداد فرزند	۱	۲۶	۶۵
	۲	۱۱	۲۷/۵
	۳	۳	۷/۵
تحصیلات مادر	زیردیپلم	۱	۲/۵
	دیپلم	۱۴	۳۵
	کاردانی	۶	۱۵
	کارشناسی و بالاتر	۱۹	۴۷/۵

آزمون کولموگروف–اسمرینوف نشان داد نمرات حاصل از پرسشنامه تاب‌آوری از الگوی توزیع نرمال تبعیت می‌کند، لذا از آزمون تی زوجی برای تعیین معنی‌دار بودن اختلاف میانگین نمرات پرسشنامه قبل و بعد از آموزش، استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰٪ در نظر گرفته شد. همانطور که جدول شماره (۲) نشان می‌دهد اختلاف میانگین نمره تاب‌آوری و تمام ابعاد آن، بین قبل و بعد از آموزش معنی‌دار است ($P<0/001$). همین طور نتایج نشان داد بُعد اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی کمترین امتیاز و بُعد تأثیرات معنوی بیشترین امتیاز را در بین سایر ابعاد پرسشنامه هم در مرحله قبل از آموزش و هم در مرحله بعد از آموزش کسب کردند.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیرآموزش برنامه توانمندسازی روانشناختی بر تاب‌آوری مادران نوزادان بستری در بخش

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

مراقبتهای ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ انجام شد. فرضیه مطالعه این بود که اجرای برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی بر تاب‌آوری مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان تأثیر داشته و می‌تواند تاب‌آوری مادران را ارتقاء دهد. یافته‌های این مطالعه نشان داد نمره تاب‌آوری مادران شرکت کننده در مطالعه از ۹/۷۵±۳۳/۹۳ به ۵/۶۳ ± ۷۲/۴۵ ارتقاء یافت و نمره همه زیرمقیاس‌های این ابزار نیز نسبت به قبل از آموزش افزایش معنی دار پیدا کرد. بنابراین یافته‌های مطالعه با تأیید نوزادان و کاهش مدت بستری آنها و نیز احساس خودکارآمدی مادران شود. بیتیسکا و همکاران (۲۰۱۳) نیز در مطالعه خود بر روی تاب‌آوری ۱۰۷ نفر از والدین در آمریکا گزارش کردند که تاب‌آوری والدین با استرس، اضطراب و افسردگی آنها رابطه معکوس داشته به طوری که کاهش استرس و اضطراب میزان تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. بنابراین آنها پیشنهاد می‌کنند آموزش تاب‌آوری باید به عنوان یک راهکار مؤثر جهت مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی والدین به کار رود [۲۶].

در همین رابطه گارفیلد و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود

جدول شماره ۲: میزان تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن قبل و بعد از آموزش در واحدهای مورد پژوهش

تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های آن	قبل		بعد		نتیجه آزمون تی زوجی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
تصور از شایستگی فردی	۳۱/۵۶	۹/۴۳	۷۲/۱	۷/۲۳	df=۳۹	t=۲۱/۰۴۵
اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه	۲۸/۵۷	۱۱/۲۹	۶۶/۹۶	۸/۰۳	df=۳۹	t=۱۸/۴۱۷
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۳۷/۶۲	۱۳/۲	۷۷/۳۷	۸	df=۳۹	t=۱۹/۷۰۶
کنترل	۳۴/۵۸	۱۸/۴۴	۷۳/۱۲	۸/۷۴	df=۳۹	t=۱۴/۴۷
تأثیرات معنوی	۵۱/۲۵	۲۱/۳۳	۷۹/۶۸	۱۲/۲۳	df=۳۹	t=۸/۷۲۹
تاب‌آوری	۳۳/۹۳	۹/۷۵	۷۲/۴۵	۵/۶۳	df=۳۹	t=۲۳/۰۴۶

فرضیه اولیه نشان داد اجرای برنامه توانمندسازی روانشناختی مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه می‌تواند موجب افزایش سطح تاب‌آوری آنها شود. غلامی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در مطالعه خود بر روی صد نفر از مادران کودکان مصروع در شهر مشهد دریافتند آموزش توانمندسازی می‌تواند خودکارآمدی گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل به طور چشمگیری افزایش دهد [۲۵].

همینطور بدیع پور و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود بر روی توانمندسازی ۳۰ نفر از زنان شهر تهران گزارش کردند برنامه توانمندسازی روانی مادران موجب کاهش تعارضات مادر–فرزندی، کاهش پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی و افزایش استدلال مادران و فرزندانشان شده است. بنابراین می‌توان گفت با افزایش عزت نفس، خودکنترلی، خودکارآمدی، کنترل خشم، مهارت تصمیم‌گیری خود و اصلاح باورهای غیرمنطقی مادران، میزان تاب آوری آنها نیز افزایش می‌یابد [۲۶].

توانمندسازی مادران در زمینه مراقبت از نوزادان که به معنی افزایش احساس خودمختاری، شایستگی، مؤثر بودن، اعتماد و معنی‌دار بودن است، می‌تواند با ارائه یک مراقبت مؤثر و مفید، علاوه بر کاهش بار کاری پرستاران، موجب بهبود سطح سلامت بر روی ۹۰ نفر از والدین در آمریکا دریافتند اجرای این برنامه توانمندسازی والدین می‌تواند باعث کاهش استرس والدین و پیامدهای ثانویه کوتاه شدن طول مدت بستری نوزادان در بیمارستان شود که این امر نیز به نوبه خود در کاهش هزینه‌های درمانی تأثیر به سزایی دارد [۲۷]. حسینی قمی و همکاران(۱۳۹۲) نیز، در پژوهش خود بر روی تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان دریافتند آموزش تاب‌آوری تأثیر معناداری روی کاهش استرس و افزیش تاب‌آوری مادران با فرزند مبتلا به سرطان داشته است [۲۸]

از ویژگی های آموزش ارائه شده در این مطالعه آموزش بر اساس نیاز مخاطبین و به صورت گروهی و مستقیم بود و تلاش شد تا به همه سوالات آنها پاسخ گفته شود و همه نقاط ابهام مورد نظر برطرف شود. بعلاوه ارائه یک جزوه مختصر با زبانی ساده و در عین حال غنی و کاربردی باعث شد تا آموزش ارائه شده مؤثرتر شود، همینطور همگنی در سطح سنی و فرهنگی اجتماعی مخاطبین از دیگر عوامل مؤثر در این زمینه بود؛ به طوری که همه شرکت کنندگان باسواد بوده و اختلاف سنی زیادی با هم نداشتند. با توجه به نوع مطالعه حاضر که یک مطالعه تک گروهی قبل و بعد از آموزش بوده و در مدت انجام این پژوهش محتوی آموزشی دیگری غیر از شرکت در جلسات

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

آموزشی و ارائه جزوه مرتبط برای آنها ارائه نشده است (بنابر اذعان شرکت کنندگان)، لذا این تغییر در میزان تاب‌آوری مادران می‌تواند تا حد زیادی مربوط به برگزاری جلسات آموزشی مرتبط با مطالعه بوده و نشان دهنده تأثیر برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی باشد. کریمی وکیل و همکاران (۱۳۹۶) نیز در برنامه آموزشی توانمندسازی ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار در همدان دریافتند این برنامه‌های آموزشی درماندگی آموخته شده زنان را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد [۲۹].

همینطور در مطالعه حاضر بعد تأثیرات معنوی بیشترین امتیاز را در بین زیرمقیاس‌های پرسشنامه تاب‌آوری به خود اختصاص داد. این موضوع با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی کشور ما، قابل انتظار است به طوری که در مواقع بحران و بیماری افراد گرایش بیشتری به معنویت و کمک گرفتن از موجودی برتر پیدا می‌کنند [۳۰]. بنابراین افراد می‌توانند با توجه به بعد معنوی وجود خود و برقراری ارتباط سازنده با خدا، خود و دیگران با مشکلات موجود کنار آمده و به جای ناراحتی و افکار منفی، به دنبال راه حل های سازنده برای مشکلات موجود باشند. بعلاوه بعد اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی کمترین امتیاز را در بین سایر ابعاد به خود اختصاص داد که یکی از دلایل این امر می‌تواند به دنبال استرس ناشی از تولد نوزاد نارس و بستری در بیمارستان باشد [۲۶].

با توجه به نقش مهم مادران در مراقبت از نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، افزایش تاب‌آوری مادران می‌تواند به بهبود مراقبت از نوزادان نارس و در نتیجه بهبود پیامدهای آن مانند ارتقاء سطح سلامت نوزادان و کاهش مدت بستری آنها منجر شود. بنابراین پرستاران مسئول مراقبت از نوزادان نارس می‌بایست به اهمیت توانمندسازی و تاب‌آوری مادران آنها توجه بیشتری به عمل آوردند و با ارائه آموزش‌های لازم و کاربردی در این زمینه تلاش کنند تا علاوه بر ارتقاء سطح سلامت مادران و نوزادان، هزینه‌های مراقبت بهداشتی را نیز کاهش دهند [۳۱،۳۲]. همینطور پیشنهاد می‌شود در آموزش دانشجویان پرستاری و نیز آموزش‌های ضمن خدمت کارکنان پرستاری، برنامه‌های آموزش توانمندسازی مددجویان مخصوصاً مادران دارای نوزاد نارس و راهکارهای ارتقاء تاب‌آوری آنها گنجانده شود. انجام مطالعات تکمیلی به منظور بررسی تأثیر سایر عوامل مؤثر بر توانمندسازی و تاب‌آوری مادران و استفاده از روش‌های مختلف ارتقاء توانمندسازی و تاب‌آوری آنان ضرورت دارد.

نتیجه‌گیری

آموزش توانمندسازی روانشناختی می‌تواند تاب‌آوری مادران نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را افزایش دهد. لذا با توجه به نقش مهم مادران در مراقبت از نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، افزایش تاب‌آوری مادران می‌تواند به بهبود مراقبت از نوزادان نارس منجر شود.

تشکر و قدردانی: این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری است که با شناسه اخلاق (IR.IAU.TMU.REC.1397) تصویب شده است. از همکاری مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع

1. Russell RB, Green NS, Steiner CA, Meikle S, Howse JL, Poschman K, et al. Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States. Pediatrics. 2007;120(1):e1-e9.
2. Cuevas KD, Silver DR, Brooten D, Youngblut JM, Bobo CM. Hospital charges at birth and frequency of rehospitalizations and acute care visits over the first year of life: A comparison by gestational age and birth weight. The American Journal of Nursing. 2005;105(7):56.
3. Piek J, Aarnoudse-Moens C, Oosterlaan J. Motor development in very preterm and very low-birth-weight children from birth to adolescence: a meta-analysis. 2009.
4. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, et al. Births: final data for 2005. National vital statistics reports. 2007;56(6):1-103.
5. Pickler RH, Wetzel PA, Meinzen-Derr J, Tubbs-Cooley HL, Moore M. Patterned feeding experience for preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2015;16(1):255.
6. Barker D. Low birth weight, early growth and chronic disease in later life. Paediatric Basics. 2003;104:12-20.
7. Stasik-O'Brien SM, McCabe-Beane JE, Segre LS. Using the EPDS to identify anxiety in mothers of infants on the neonatal intensive care

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

unit. Clinical nursing research. 2019;28(4):473-87.
8. Penny K, Friedman S, Halstead G. Psychiatric support for mothers in the neonatal intensive care unit. Journal of Perinatology. 2015;35(6):451.
9. Abdullah KL, Chong MC, Chua YP, Al Kawafha MM. Stress, anxiety, depression and sleep disturbance among Jordanian mothers and fathers of infants admitted to neonatal intensive care unit: A preliminary study. Journal of pediatric nursing. 2017;36:132-40.
10. Fotiou C, Vlastarakos PV, Bakoula C, Papagaroufalis K, Bakoyannis G, Darviri C, et al. Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomised controlled trial. Intensive and Critical Care Nursing. 2016;32:20-8.
11. Galeano MD, Carvajal BV. Coping in mothers of premature newborns after hospital discharge. Newborn and infant nursing reviews. 2016;16(3):105-9.
12. Dehvan F, Kamangar P, Baiezeedy S, Roshani D, Gheshlagh RG. The relationship of mental health with resilience among psychiatric nurses. Nursing Practice Today. 2018;5(4):368-74.
13. McCann CM, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, Kedge S, Adamson C, et al. Resilience in the health professions: A review of recent literature. International Journal of Wellbeing. 2013;3(1).
14. Pinquart M. Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. Journal of applied Developmental psychology. 2009;30(1):53-60.
15. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82.
16. Dezvaree N, Alaeekarahroudi F, KhanaliAgan L, TalebiGhane E. The mother-newborn s attachment and its related factors in mothers of hospitalized preterm neonates. Journal of Health and Care. 2016;17(4):340-9.
17. 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. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2014;19(1):94.
18. Bitsika V, Sharpley CF, Bell R. The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 2013;25(5):533-43.
19. Steensma H, Heijer MD, Stallen V. Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. International Quarterly of Community Health Education. 2007;27(2):145-59.
20. Steinhardt M, Dolbier C. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. Journal of American college health. 2008;56(4):445-53.
21. Rossman B, Greene MM, Kratovil AL, Meier PP. Resilience in mothers of very-low-birth-weight infants hospitalized in the NICU. Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing. 2017;46(3):434-45.
22. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Journal of clinical psychology in medical settings. 2010;17(3):230-7.
23. Ahangarzadeh Rezaei S, Rasouli M. Psychometric properties of the persian version of " Conner-davidson resilience scale" in adolescents with cancer. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;13(9):739-47.
24. Kaviani Z, Hamid N, Enayati M. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based on Religious Attitudes on Resiliency and Dysfunctional Attitudes of Couples. Journal of Modern Psychological Researches. 2014;8(32):189-203.
25. Gholami S, Reyhani T, BeyraghiToosi M, Behnam Vashani HM. Effect of an empowerment program on self-efficacy of epileptic child's mothers in psychological adaptation, gaining support and receiving information. Quarterly of horizon of medical sciences. 2016;22(4):299-306.
26. Badipoor M, Salimi Bh, Kalantarkousheh Sm. The mothers'psychology empowerment effectiveness on mother-child conflict decreasing in health room of Tehran city. 2016.
27. Garfield CF, Lee YS, Kim HN, Rutsohn J, Kahn JY, Mustanski B, et al. Supporting parents of premature infants transitioning from the NICU to home: A pilot randomized control trial of a smartphone application. Internet interventions. 2016;4:131-7.
28. Hoseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. Effectiveness of resilience training on stress of mothers whose children, suffer from cancer in imam khomeini hospital of Tehran. Journal of health psychology. 2013;1(4):97-109.
29. Karimivakil A, Shafiabadi A, Farahbakhsh K, Younesi J. Effectiveness of psychological empowerment training program based on individual psychology adler's theory on female-headed household's learned helplessness. 2017.
30. Mahdian Z, Ghaffari M. The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. Journal of fundamentals of mental health. 2016;18(3):130-8.
31. Salajegheh S, Pour Rashidi R, Mousaei M. analysis of employees psychological empowerment and its relationship with knowledge management. Journal of

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]

management studies in development & evaluation. 2014;23(72):43-49.
32. Abdollahi DB. Psychological empowerment: dimensions and validation on the structural equation model. Qurterly journal of research and planing in higher education. 2005;11(1):37-43.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-22]