

بررسی درک مادران از نوزاد نارس و برخی از عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۵/۵؛ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۵

چکیده

مرضیه غفوری^۱، سارا جانمحمدی^۲،
شاهین نریمان^۳، حمید حقانی^۴،
کوروش کبیر^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری،
مراقبت‌های ویژه نوزادان دانشکده
پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی
ایران، تهران، ایران
^۲ مربی هیات علمی دانشکده پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ فوق تخصص نوزادان و متخصص
کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران،
تهران، ایران
^۴ عضو هیات علمی دانشکده مدیریت
دانشگاه ایران، تهران، ایران
^۵ گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم
پزشکی البرز، کرج، ایران

زمینه و هدف: به منظور تأمین رشد جسمی و تکامل روانی نوزاد، انجام مراقبت مناسب توسط مادر لازم است و این مهم در گرو ایجاد ارتباط هرچه بیشتر مادر با نوزاد است. در صورتی که مادر درک مثبتی از نوزاد خود داشته باشد، ارتباط بهتری با او برقرار خواهد نمود. درک مادر از نوزاد بر اساس درک او از رفتارهای زیستی نوزاد می‌باشد. ویژگی‌های خاص نوزاد نارس، همچنین اضطراب و استرس مادر به دلیل زایمان پیش از موعد بر درک مادر مؤثر می‌باشند. هدف از این پژوهش، مشخص کردن درک مادر از نوزاد نارس و همچنین بررسی برخی عواملی است که ممکن است با درک مادر مرتبط باشند.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و نمونه‌ها شامل ۱۵۰ مادر نوزاد نارس بستری در بخش ویژه در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. داده‌ها از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و ابزار بررسی درک بروسارد (Broussard)، جمع آوری و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی تحلیلی آزمون‌های مجذورکای، آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: غالب مادران دارای نوزاد نارس (۹۰ درصد) درک منفی و تنها ۱۰ درصد، درک مثبت از نوزاد خود داشتند. اشتغال مادر، عدم اشتغال پدر، گروه سنی مادر، دریافت حمایت از همسر، قصد بارداری، سابقه سقط و سابقه تولد نوزاد مرده با درک مادر از نوزاد نارس به صورت معناداری ارتباط داشتند.

بحث و نتیجه گیری: درک منفی از نوزاد نارس شایع است و گروه‌های خاصی بیشتر در معرض خطر هستند. از آنجا که درک منفی با بروز مشکلات تکاملی و رشدی در دوران کودکی همراه است، تأمین تمهیداتی جهت کاهش اضطراب و استرس مادران و نیز تسهیلاتی در جهت افزایش روابط مؤثر مادر و نوزاد، از سوی تیم درمان ضروری به نظر می‌رسد. با شناخت موارد مستعد و حمایت تیم درمان می‌توان از ایجاد اختلال در روابط، کاستی در مراقبت و مشکلات تکاملی در آینده نوزاد پیشگیری نمود.

کلمات کلیدی: درک مادر، نوزاد، نارس، رشد و تکامل

نویسنده مسئول:

تهران خیابان ولیعصر خیابان رشید
یاسمی دانشکده پرستاری مامایی

۰۲۱- ۸۸۸۸۲۸۸۶

E-mail: janmohammadi.s@iums.ac.ir

مقدمه

توجه دارد. علاوه بر مداخلات پیشرفته توسط پرسنل تخصصی، بسیاری از مداخلات موثر بر سلامت نوزاد نارس از جمله مراقبت کانگورویی و شیردهی انحصاری و حمایت تغذیه ای^۱، توسط مادر و با همکاری والدین صورت می‌گیرد. مادر به عنوان اولین، مهم ترین و نزدیکترین فرد با نوزاد که بیشترین ارتباط را با او در تمام دوران نوزادی و کودکی خواهد داشت، نقش ویژه ای در خصوص این موضوع دارد. هر چه مادر بتواند بهتر با فرزند خود ارتباط برقرار نماید، مراقبت صحیحتر و کاملتری برای نوزاد تأمین می‌شود و برای انجام وظایف مادری و یادگیری اصول صحیح آن، تلاش بیشتری خواهد کرد. ایجاد روابط مطلوب، به درک مثبت مادر نیاز دارد و بدون آن مراقبت صحیح از نوزاد انجام نمی‌شود.

درک مادر از نوزاد، در واقع دیدگاه مادر در مورد فرزندش می‌باشد. این موضوع منحصر به فرد بوده، در مورد هر مادر و هر نوزادی با دیگری متفاوت است. اینکه هر مادری نوزادش را چگونه تصور کرده و راجع به رفتارهایش که به طور روزمره با آنها درگیر است، چه نظری دارد و نوزاد خود را چه اندازه مشکل دار تصور می‌کند، می‌تواند درک مادر را مشخص کند. مهمترین این رفتارها شامل گریه، بی‌قراری، خوابیدن، برگرداندن شیر، تغذیه و دفع هستند که در هر نوزاد با دیگری متفاوت است و نحوه عملکرد مادر در جهت برآورده نمودن نیاز نوزاد در هر یک از جنبه‌های رفتاری یاد شده، مرتبط با دیدگاه مادر نسبت به آنها می‌باشد.^۱

پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت درک مادر از نوزاد نارس و عوامل احتمالی مرتبط با آن در ۲ بیمارستان در تهران اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی است که بر روی مادرانی که نوزادان نارس آنها در بخش مراقبت ویژه و یا واحد تحت نظر نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آرش، ولیعصر و نیز واحد تحت نظر بیمارستان اکبرآبادی در طی ۲ ماه از شهریور تا مهر ۱۳۹۲ بستری شده بودند صورت گرفت. مادران نوزادان نارس با سن بارداری ۳۴ تا ۳۷ هفته که قادر به دریافت شیر مادر به روش دهانی بودند وارد مطالعه شدند. مادرانی

نوزاد نارس نوزادی است که قبل از کامل شدن ۳۷ هفته بارداری متولد می‌شود^۱ و در سال ۲۰۱۰ حدود ۱۵ میلیون نوزاد پیش از موعد به دنیا آمده اند که حدود ۱۱ درصد از کل تولدها را شامل می‌شده است.^۲ داده‌های قابل اعتماد در اکثر کشورها، نشاندهنده روند افزایشی آن در طی سالیان گذشته بوده است.^۲ سالانه یک میلیون نوزاد از عوارض مستقیم آن می‌میرند و به عنوان عامل خطر در ۵۰ درصد مرگ و میرهای نوزادی نقش دارند.^۲ بیش از ۶۰ درصد موارد نوزادان نارس در کشورهای آسیای جنوبی و آفریقای زیر صحرا بوده‌اند.^۳ امروزه مرگ و میر این نوزادان به دنبال پیشرفت در علم و تکنولوژی به خصوص در کشورهای پیشرفته کاهش قابل توجهی داشته است^۴ و در کشورهایی چون ترکیه و سریلانکا در طی یک دهه به نصف کاهش یافته ولی در بسیاری از کشورها پیشرفت چندانی نداشته است.^۴ طبق آمار وزارت بهداشت ایران، سالانه حدود ۲۰۰،۰۰۰، ۱ نوزاد به دنیا می‌آیند که در مطالعات انجام شده در مناطق مختلف کشور، شیوع تولد نوزاد نارس از ۵/۶ تا ۳۹/۴ درصد گزارش شده است.^۵

علاوه بر خطر مرگ و میر، نوزاد نارس در معرض عوارض مختلفی از کوری، کری و عوارض تکاملی عصبی و موارد دیگر است و خانواده را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد.^۲ دانش پزشکی با ارایه مراقبتها در دوره بارداری در پیشگیری از نارس نقش دارند^۶ و مراقبت‌های مختلف پزشکی و پرستاری و تجهیزات پیشرفته، غالباً باعث افزایش بقای نوزاد نارس و کاهش عوارض جسمی نوزاد نارس می‌شوند.^۴

نوزادان نارس در بدو تولد، معمولاً در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌شوند و نارس و استرس‌های ناشی از بستری نوزاد در بدو تولد، تاثیر منفی بر والدین دارد و نیز باعث اختلال در درک والدین از نوزاد می‌گردد^۷ و در بیشتر موارد، بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، ظاهر و رفتار نوزاد نارس می‌تواند منبعی برای استرس والدین باشد.^۸ والدین این نوزادان، غالباً حس از دست دادن، گناه، پشیمانی و استرس راجع به تولد فرزندشان دارند و مادران بیشتر از پدران، مستعد این مشکلات هستند.^۹

در مقایسه با نوزاد ترم، نوزاد نارس نیاز بیشتری به مراقبت و

آن، تعبیر به درک منفی و در صورت داشتن نمره بیشتر از صفر تعبیر به درک مثبت شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی تحلیلی در سطح اطمینان ۹۵٪ توصیف و با استفاده از آزمون‌های کای دو، دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. انجام مطالعه با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گردید و نمونه‌ها در صورت تمایل و با جلب رضایت وارد مطالعه شدند.

یافته‌ها

در دو مرحله در ۶ بعد رفتار نوزاد، سؤالات ابتدا راجع به یک نوزاد معمولی و سپس در مورد نوزاد نارس خود پرسیده شد و اختلاف نمرات در این دو بخش مشخص کننده نمره درک بود. مطابق یافته‌ها در همه ابعاد، نمرات منفی کسب شده است. این نشانه درک منفی مادر از نوزاد خود نسبت به نوزاد نارس بود.

میانگین سن مادران $29/45(±4/63)$ با حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۴۳ سال بود. جدول ۱ نشان می‌دهد که فراوانی مادران در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال، از نظر شغل در گروه خانه‌دار و از نظر تحصیلات در گروه دیپلم بالاتر بود. غالب پدران، شاغل بودند و بیشتر مادران از طرف همسر خود حمایت دریافت می‌کردند. بیشتر نمونه‌ها اظهار کردند که وضعیت اقتصادی متوسط دارند.

از ۱۵۰ مادر شرکت کننده در پژوهش، ۳۴ درصد مادران (۵۱ نفر)، درک مثبت و ۶۶ درصد (۹۹ نفر) درک منفی از نوزاد نارس خود داشته‌اند. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد فراوانی درک منفی در مادران نوزاد نارس بیش از درک مثبت است و این وضعیت در اکثر زیرگروه‌ها نیز قابل مشاهده است. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین درک مادر از نوزاد نارس و وضعیت اشتغال مادر، گروه سنی، وضعیت اشتغال همسر و دریافت حمایت از همسر، ارتباط آماری معناداری وجود دارد.

اطلاعات سوابق باروری مادران دارای نوزاد نارس تحت مطالعه در جدول ۲ نشان داده شده است.

که نوزادان آنها ناهنجاری واضح، نیاز به حمایت تنفسی و یا نیاز به عمل جراحی داشتند و یا مادران دارای سابقه تولد زایمان زودرس، سابقه اعتیاد بودند و یا تحت درمان دارویی به علت مشکلات روانی بودند، از مطالعه خارج شدند. ۱۵۰ نوزاد نارس با نمونه‌گیری به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف براساس معیارهای ورود به پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. بخش اول پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای شامل وضعیت اشتغال مادر و پدر، میزان تحصیلات و سن مادر، وضعیت اقتصادی خانواده، داشتن فرزند زیر ۷ سال، دریافت مراقبت‌های دوران بارداری، بارداری ناخواسته، سابقه سقط قبلی و نوزاد مرده، جنسیت نوزاد، نوع زایمان و دریافت حمایت همسر بود و در بخش دوم جهت سنجش درک مادر از نوزاد از پرسشنامه استاندارد شاخص درک نوزاد Neonatal Perception Index (NPI) که توسط پروسارد در سال ۱۹۷۹ به این منظور طراحی شده است، استفاده شد. این ابزار ۶ ویژگی رفتاری نوزاد که در همه نوزادان وجود دارد و مادر برای مراقبت از نوزاد با آنها سروکار دارد، شامل گریه کردن، دفع، تغذیه، برگرداندن شیر، بی‌قراری و خوابیدن را مورد توجه قرار می‌دهد.^{۱۰} روایی توسط ده نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری ایران، مورد بررسی قرار گرفت. برخی از عبارات و جمله‌ها تغییرات مختصری داده شد. برای پایایی ابزار نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

برای تکمیل پرسشنامه، مادران به میزان هریک از این رفتارها براساس مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت به صورت هرگز، تاحدودی، کم، زیاد و بسیار زیاد این رفتارها نمره دادند. از مادران خواسته شد میزان گریه کردن نوزاد، میزان مشکل بودن دفع و تغذیه نوزاد، میزان برگرداندن شیر و بی‌قراری نوزاد و همچنین میزان مشکل به خواب رفتن نوزاد را بر اساس ذهنیت خود در مورد یک نوزاد ترم (نوزاد بخصوصی مد نظر نبوده است و نظرات بر اساس داده‌های فرهنگی و آموزه‌های مختلف هر فرد می‌باشد) و سپس برای نوزاد نارس خود نمره دهی نمایند. در مرحله بعد نمرات کسب شده از این دو بخش، از یکدیگر کاسته شده و نتیجه حاصل، به عنوان درک مادر از نوزاد در نظر گرفته شد. در صورت کسب نمره صفر و کمتر از

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی مادران نوزاد نارس تحت مطالعه و ارتباط آن با درک مادر از نوزاد نارس

متغیر	تعداد (درصد)	درک مثبت (درصد)	درک منفی (درصد)	معناداری (P value)
وضعیت اشتغال مادران	شاغل (۲۲/۷٪)۳۴	٪۶۱/۸	٪۳۸/۲	*۰/۰۰۰
	خانه دار (۱۱۶/۳۷٪)	٪۲۵/۹	٪۷۴/۱	
سطح تحصیلات	بی سواد (۴/۲۷٪)	٪۰	٪۱۰۰	*۰/۴۰۶
	ابتدایی (۳۲/۲۱٪)	٪۲۵/۰	٪۷۵/۰	
	راهنمایی و دبیرستان (۳۸/۲۵٪)	٪۳۹/۵	٪۶۰/۵	
	دیپلم (۵۷/۳۸٪)	٪۳۶/۸	٪۶۳/۲	
سن مادر	کمتر از ۲۵ (۲۰/۱۳٪)	٪۳۰/۰	٪۷۰/۰	*۰/۰۰۶
	۲۵ تا ۲۹ (۵۱/۳۴٪)	٪۲۷/۵	٪۷۲/۵	
	۳۰ تا ۳۴ (۵۹/۳۹٪)	٪۴۹/۲	٪۵۰/۸	
	بیشتر از ۳۴ (۲۰/۱۳٪)	٪۱۰/۰	٪۹۰/۰	
وضعیت اقتصادی	ضعیف (۳۱/۲۰٪)	٪۲۹/۰	٪۷۱/۰	*۰/۷۹۷
	متوسط (۱۰۷/۷۱٪)	٪۳۵/۵	٪۶۴/۵	
	خوب (۱۲/۸٪)	٪۳۳/۳	٪۶۶/۷	
وضعیت اشتغال همسران	شاغل (۱۱۷/۷۸٪)	٪۲۷/۴	٪۷۲/۶	*۰/۰۰۱
	بیکار (۳۳/۲۲٪)	٪۵۷/۶	٪۴۲/۴	
دریافت حمایت از طرف همسر	بلی (۱۴۵/۹۶٪)	٪۳۲/۴	٪۶۷/۶	*۰/۰۴۶
	خیر (۵/۳۳٪)	٪۸۰	٪۲۰	
جمع کل	۱۵۰	٪۳۴	٪۶۶	-----

*: تفاوت در سطح کمتر از ۰.۰۵ معنادار است.

جدول ۲: ارتباط بین درک و سوابق باروری در مادران دارای نوزاد نارس تحت مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)	درک مثبت (درصد)	درک منفی (درصد)	معناداری (P value)
وجود فرزندان	بلی (۵۷/۳۸٪)	٪۳۱/۶	٪۶۸/۴	*۰/۶۲۴
	خیر (۹۳/۶۲٪)	٪۳۵/۵	٪۶۴/۵	
زیر ۷ سال	بلی (۱۳۱/۸۷٪)	٪۳۱/۳	٪۶۸/۷	*۰/۰۶۷
	خیر (۱۹/۱۲٪)	٪۵۲/۶	٪۴۷/۴	
دریافت مراقبت‌های دوران بارداری	بلی (۴۰/۲۶٪)	٪۱۵/۰	٪۸۵/۰	*۰/۰۰۳
	خیر (۱۱۰/۷۳٪)	٪۴۰/۹	٪۵۹/۱	
حاملگی ناخواسته	بلی (۴۴/۲۹٪)	٪۵۰/۰	٪۵۰/۰	*۰/۰۰۸
	خیر (۱۰۶/۷۰٪)	٪۲۷/۴	٪۷۲/۶	
سابقه سقط قبلی	بلی (۷۱/۴۷٪)	٪۳۵/۲	٪۶۴/۸	*۰/۷۶۷
	خیر (۷۹/۵۲٪)	٪۳۲/۹	٪۶۷/۱	
جنسیت نوزاد	بلی (۲۴/۱۶٪)	٪۶۲/۵	٪۳۷/۵	*۰/۰۰۱
	خیر (۱۲۶/۸۴٪)	٪۲۸/۶	٪۷۱/۴	
سابقه مرده زایی	بلی (۱۰۳/۶۸٪)	٪۳۴/۰	٪۶۶/۰	*۰/۹۹۴
	خیر (۴۷/۳۲٪)	٪۳۴/۰	٪۶۶/۰	
نوع زایمان	سزارین (۱۰۳/۶۸٪)	٪۳۴/۰	٪۶۶/۰	-----
جمع کل	۱۵۰	٪۳۴	٪۶۶	-----

*: تفاوت در سطح کمتر از ۰.۰۵ معنادار است.

نیست، ولی درک منفی یقیناً با ایجاد اشکال در تکامل روحی روانی کودک همراه است.^{۱۲}

درک مثبت از نوزاد و برقراری ارتباط مناسب مادر و کودک بر سلامت نوزاد تاثیر دارد. مطالعات نشان داده اند که مادران دارای نوزاد نارس نگرانی و عدم اطمینان بیشتری در مورد شیر دهی دارند و نسبت به مادران دارای نوزاد ترم موانع بیشتری در این مسیر می بینند.^{۱۴} این نگرانی و دیدن موانع در مادران دارای نوزاد با وضعیت پرخطرتر نوزادی، وزن کمتر، وضعیت بالینی پرخطر و مدت اقامت بیشتر در بخش مراقبت های ویژه نوزادان ارتباط مثبت دارد.^{۱۴} با این وجود یک بررسی سیستماتیک نشان می دهد که تفاوت تعامل رفتاری مادران نوزادان نارس و نوزادان ترم بیشتر در ۶ ماهه اول قابل مشاهده است^{۱۵} و این تعامل رفتاری با کیفیت معادل با بالاتر از مادران دارای نوزاد ترم است.^{۱۵} با این وجود عواملی چون افسردگی پس از زایمان نیز می تواند برقراری ارتباط را مشکل تر سازند^{۱۶} و شرایط نوزاد نارس و بستری در بخش های ویژه با تاثیر منفی بر وضعیت روانی مادر باردار هم می تواند مشکل ساز شود.

در مطالعه ما درک مثبت در مادرانی که در گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال (۴۹/۲٪) بودند بالاتر از سایر گروهها بود و در مادران بالای گروه ۳۵ سال و بالاتر کمتر (۱۰٪) بود. همچنین شاغل بودن مادر، و مادرانی که از حمایت همسر برخوردار بودند بالاتر بود و علاوه بر این مادرانی که همسران آنها بیکار بودند درک مثبت بالاتری داشتند. همچنین براساس نتایج مطالعه ارتباط معناداری بین درک مادر با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی وجود نداشت.

اگرچه در مطالعه حاضر فراوانی درک مثبت در مقاطع تحصیلی بالاتر بیشتر بود ولی این تفاوتها به صورت آماری معنادار نشده است. مطالعات دیگر نشان داده اند که سطح تحصیلات بالاتر با درک مثبت در ارتباط است.^{۱۷،۱۲} در مطالعه حاضر، کم بودن تعداد نمونه ها در هر گروه می تواند منجر به معنادار نشدن این تفاوت در گروهها شده باشد. بعضی مطالعات نشان داده اند که سن و درک مادر ارتباط معناداری ندارند.^{۱۷،۱۲} با این وجود در مطالعه حاضر گروههای سنی ۳۰ تا ۳۴ سال درک مثبت بیشتر بود و در گروه بالای ۳۵ سال کمتر از سایر گروهها بود. سن مادر می تواند بر

زایمان در بیشتر موارد (۶۸٪) به روش سزارین انجام شده بود و در ۴۷ درصد موارد جنسیت نوزاد پسر بود. از کل مادران دارای نوزاد نارس مورد مطالعه، در ۲۶/۷ درصد موارد فرزند ناخواسته بود و در ۳۸ درصد موارد مادران دارای فرزند زیر ۷ سال بودند. اکثریت موارد (۸۷/۳٪) مراقبت های دوران بارداری را دریافت کرده بودند. ۲۹/۳ درصد سابقه سقط و ۱۶ درصد سابقه مرده زایی را ذکر می کردند.

یافته ها نشان می دهد که درک مثبت در مادرانی که فرزند آنها ناخواسته نبوده، سابقه سقط قبلی یا سابقه مرده زایی دارند بصورت معناداری بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

بررسی حاضر نشان داد تنها ۳۴٪ مادران درک مثبت از نوزاد نارس خود دارند. درک مادر با اشتغال مادر، وضعیت اشتغال همسر، سن مادر در هنگام زایمان و دریافت حمایت از همسر و نیز حاملگی ناخواسته، سابقه سقط و سابقه مرده زایی ارتباط معناداری دارد. همچنین بر اساس نتایج مطالعه ارتباط معناداری بین درک مادر با سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وجود فرزند زیر ۷ سال، جنسیت نوزاد، وضعیت دریافت مراقبت های دوران بارداری و نوع زایمان مشاهده نشد.

نوزادان نارس در بخش مراقبتهای ویژه مشکلات بیشتری دارند و بستری نوزاد در این بخش تاثیر منفی بر هر دو والدین دارد و با استرس بیشتر آنها همراه است.^{۸،۷} و این عوامل بر روی درک مادر از فرزند تاثیر دارد.^۷ به علاوه اثر تولد نوزاد نارس بر خانواده و سلامت روان، استرس و اضطراب خانواده مهم است و تظاهر آن بخصوص بر دوران کودکی تاثیر بیشتری دارد.^{۱۱} از طرفی نوزادان نارس در ضمن نیاز بیشتری به توجه، حمایت و مراقبت والدین دارند. مادرانی که درک مثبت از نوزاد خود دارند، برای پرورش و تکامل فرزند خود انگیزه بیشتری دارند و بیشتر تلاش می کنند.^{۱۲} درک منفی در مادران دارای نوزاد نارس بیشتر از مادران دارای نوزاد ترم است.^{۱۳} علاوه بر نقش درک مثبت در انگیزش مادر برای مراقبت نوزاد، باید به نقش آن در تکامل روحی روانی کودک نیز توجه داشت و اگرچه درک مثبت تضمین کننده سلامت کامل روانی

زایمان و درک مادر ارتباط آماری معناداری وجود ندارد با این وجود بعضی از مطالعات، ارتباط مثبت زایمان سزارین با درک منفی را نشان داده اند.^{۱۳}

با توجه به اینکه درک اکثر مادران دارای نوزاد نارس منفی است، باید در نظر داشت که کلیه مادران دارای نوزاد نارس در این زمینه نیاز به حمایت دارند و در معرض خطر محسوب می‌شوند. با این وجود به نظر می‌رسد عوامل اجتماعی اقتصادی نقش مهمی در تعیین گروه‌های آسیب‌پذیرتر در زمینه درک مثبت مادر نسبت به نوزاد دارند. درک منفی مادر از نوزاد نارس می‌تواند سبب ایجاد اختلال در ارتباط مادر و نوزاد نارس گردد. با توجه به اینکه انجام مراقبت کافی و صحیح از نوزاد نیاز به برقراری ارتباط مناسب مادر با وی دارد و عدم شکل‌گیری روابط مورد نظر بین مادر و فرزند، احتمال بروز مشکلات تکاملی و روانی اجتماعی را در دوران کودکی و بلوغ فراهم می‌سازد، لازم است کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بتوانند در این زمینه استرس‌های والدین را کاهش دهند و برای والدین دارای کودک نارس اقداماتی برای بهبود درک از نوزاد و ایجاد زمینه ارتباط بهتر نوزاد و والدین انجام شود. با این وجود، چنین حمایت‌هایی در بسیاری از موارد انجام نمی‌شود. مطالعه ای با مقایسه درک الگوهای تکامل تغذیه ای نوزاد و مشکلات آن در والدین دارای نوزاد نارس و والدین نوزادان ترم، نشان داده که والدین نوزادان نارس مشکلات بیشتری با تغذیه زودرس دارند اما فقط نیمی از آنها در زمان مراقبت‌های نوزادی، مداخلاتی برای کمک به تکامل شیردهی دریافت کرده بودند.^{۱۹}

اطمینان از ارایه اطلاعات با کیفیت و زودرس می‌تواند بخشی مهمی از وظیفه کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان باشد. ارایه اطلاعات در ابتدای بستری نوزاد احساس امنیت و کنترل والدین را افزایش می‌دهد و در مراقبت نوزاد تأحد زیادی اهمیت دارد و به صورت مثبتی بر ارتباط پدر و نوزاد موثر است.^{۲۰} انجام مداخلات آموزشی توسط پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان برای والدین نوزاد نارس نیز می‌تواند باعث کاهش استرس می‌شود^{۲۱} و در یک مطالعه تأثیر یک مداخله کوتاه مدت آموزشی ۴ جلسه ای در آی سی یو نوزادان باعث افزایش آگاهی مادران از نشانه‌های رفتاری نوزاد شده است هرچند اعتماد به نفس آنان را افزایش نداده است.^{۲۲} بررسی‌های ساختار یافته نشان داده اند که والدین از طریق

آمادگی مادر برای بارداری، خواسته بودن بارداری، وضعیت سلامت مادر و توانایی مادر نقش داشته باشد و از طریق این عوامل بر این وضعیت تأثیر گذار باشند. نشان داده شده است که عوامل دموگرافیک از جمله سن بالاتر در ارتباط مادر و نوزاد می‌توانند به صورت مثبتی موثر باشند.^{۱۸} میان دریافت حمایت همسر و میزان درک مادر ارتباط آماری معنادار وجود دارد. در سایر مطالعات موارد حمایت همسر و یا اعضای خانواده، وجود همسر و حمایت اجتماعی با درک مثبت^{۱۷} و نیز با ارتباط مادر و نوزاد^{۱۸} ارتباط مثبت دارد. در مطالعه انجام شده ارتباطی بین درک مثبت و وضعیت اقتصادی مشاهده نشد. سایر مطالعات نیز در این مورد به نتایج متفاوت دست یافته اند و بعضی درک مثبت و وضعیت اقتصادی را مرتبط نشان داده و^{۱۲} و بعضی عدم ارتباط بین این دو را نشان داده‌اند.^{۱۷}

در مطالعه ما بین درک مادر از نوزاد نارس با قصد بارداری، سابقه سقط، و سابقه مرده زایی ارتباط معنادار وجود داشت به این صورت که در مادرانی که فرزند آنها خواسته بود، سابقه سقط قبلی داشتند و مادرانی که سابقه مرده زایی داشتند، فراوانی درک مثبت بیشتر بود. همچنین بر اساس نتایج مطالعه ارتباط معناداری بین درک مادر با وجود فرزند زیر ۷ سال، جنسیت نوزاد، وضعیت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و نوع زایمان مشاهده نشد.

فراوانی درک مثبت در مادران دارای فرزند نارس که بارداری آنها خواسته (برنامه‌ریزی شده) بوده، افراد با سابقه سقط قبلی و سابقه مرده زایی بیشتر است و به نظر می‌رسد این افراد با احتمال بالاتری آمادگی بیشتری برای حمایت و مراقبت از نوزاد دارند. در مطالعه ما ارتباطی بین درک مادر از نوزاد نارس و جنسیت نوزاد مشاهده نشد، با این حال در بعضی مطالعات چنین ارتباطی نشان داده شده است. یک تحقیق به این نتیجه دست یافته که مادرانی که نوزاد پسر دارند نسبت به بقیه درک منفی تری داشته‌اند^{۱۳} و بررسی دیگر در زمینه برقراری ارتباط مادر و نوزاد، نشان داده که جنسیت مونث نوزاد می‌تواند در برقراری ارتباط نقش منفی داشته باشد.^{۱۶} باید توجه داشت که چنین ارتباطی معمولاً بسته به فرهنگ جامعه و فرد می‌تواند متفاوت باشد. عدم ارتباط درک مادر با دریافت داشتن کودک زیر ۷ سال و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری با مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد.^{۱۷} مطالعه حاضر نشان داد که بین نوع

خصوص مراقبت از نوزاد نارس و تفاوت‌های نوزاد نارس، باید در برنامه کاری بخش‌های مراقبت‌های ویژه قرار گیرد تا بتوان بهتر در ایجاد انگیزه برای مادران و امید به زندگی و سلامت روانی نوزاد در آینده اثرگذار شد.

قدردانی و تشکر

این مقاله بخشی از طرح مصوب پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. بدین وسیله محققان مراتب تشکر خود را از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی ایران اعلام می‌دارند. همچنین از همه مادران شرکت کننده در پژوهش و پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه که در مطالعه حاضر همکاری داشته اند تشکر و قدردانی می‌شود.

برنامه‌های مراقبت رفتاری و تکاملی فردی، مثل آموزش روش ارزیابی رفتار، تغذیه با شیر مادر، مراقبت کانگورویی، برنامه‌های ماساژ نوزاد و نیز توسط مشارکت در گروه‌های حمایتی، احساس حمایت می‌کنند و استرس آنها با روش‌هایی چون برنامه‌های انفرادی تکاملی، سایکوتراپی، آموزش مهارت‌های سازش و حل مساله، کاهش می‌یابد و برنامه‌هایی مثل آماده‌سازی والدین برای واحد نوزادان، برقراری ارتباط مناسب، اطلاع رسانی از طریق شبکه اینترنت اهمیت دارند و آگاهسازی والدین در فاز پذیرش، ترخیص و بازگشت به خانه کمک کننده است.^۹

بنابراین با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه، پیشنهاد می‌شود کادر درمان و به ویژه پزشکان و پرستاران در کنار زحمات بی وقفه خود از نوزادان نارس، به این مهم نیز بذل توجه داشته باشند و از حمایت خانواده‌های نوزاد نارس و به طور خاص مادران دریغ نوزند. ارایه برنامه‌های آموزش به مادران و افزایش آگاهی آنان در

References

1. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta Obstet Gynecol Scand. 1977;56(3):247-53.
2. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. Reprod Health. 2013;10 Suppl 1:S2.
3. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. Lancet. 2012 9;379(9832):2162-72.
4. Lawn JE, Davidge R, Paul VK, von Xylander S, de Graft Johnson J, Costello A, et al. Born too soon: care for the preterm baby. Reprod Health. 2013;10 Suppl 1:S5.
5. Dolatian M, Mirabzadeh A, Forouzan AS, Sajjadi H, Alavi Majd H, Moafi F. Preterm delivery and psychosocial determinants of health based on World Health Organization model in Iran: a narrative review. Glob J Health Sci. 2013 Jan;5(1):52-64.
6. Requejo J, Merialdi M, Althabe F, Keller M, Katz J, Menon R. Born too soon: care during pregnancy and childbirth to reduce preterm deliveries and improve health outcomes of the preterm baby. Reprod Health. 2013;10 Suppl 1:S4.
7. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF, Darlow BA. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005 Mar;90(2):F109-13.
8. MILES MS, FUNK SG, KASPER MA. The Neonatal Intensive Care Unit Environment: Sources of Stress for Parents. AACN Advanced Critical Care. 1991;2(2):346-54.
9. Brett J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. BMJ Open. 2011 Jan 1;1(1):e000023.
10. Broussard ER. Assessment of the adaptive potential of the mother-infant system: the neonatal perception inventories. Semin Perinatol. 1979 Jan;3(1):91-100.
11. Treyvaud K. Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: a review. Semin Fetal Neonatal Med. 2014 Apr;19(2):131-5.
12. Mosing PR, Ph.D., Capella University, 2009, 178; 3320828. Maternal perceptions of their infants: Do perceptions predict maternal motivation to nurture? United States- Minnesota: Capella University; 2009.
13. Ahn Y-M, Kim N-H. Parental Perception of Neonates, Parental Stress and Education for NICU Parents. Asian Nursing Research. Dec 2007;1(3):199-210.

14. Padovani FH, Duarte G, Martinez FE, Linhares MB. Perceptions of breastfeeding in mothers of babies born preterm in comparison to mothers of full-term babies. *Span J Psychol*. 2011 Nov;14(2):884-98.
15. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2012;91(2):164-73.
16. Orun E, Yalcin SS, Mutlu B. Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: a sample of Turkish mothers. *World J Pediatr*. 2013 Nov;9(4):350-5.
17. Povedano MCA, Noto ISBS, Pinheiro MdSB, Guinsburg R. Mother's perceptions and expectations regarding their newborn infants: the use of Broussard's neonatal perception inventory. *Revista Paulista de Pediatria*. 2011;29:239-44.
18. Kinsey CB, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff KH. Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*. 2014 May;30(5):e188-94.
19. Jonsson M, van Doorn J, van den Berg J. Parents' perceptions of eating skills of pre-term vs full-term infants from birth to 3 years. *Int J Speech Lang Pathol*. 2013 Dec;15(6):604-12.
20. Ignell Mode R, Mard E, Nyqvist KH, Blomqvist YT. Fathers' perception of information received during their infants' stay at a neonatal intensive care unit. *Sex Reprod Health*. 2014 Oct;5(3):131-6.
21. Turan T, Başbakkal Z, Özbek Ş. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(21):2856-66.
22. Maguire CM, Bruil J, Wit JM, Walther FJ. Reading preterm infants' behavioral cues: An intervention study with parents of premature infants born <32 weeks. *Early Human Development*. 83(7):419-24.

Archive of SID