

The Mother- Newborn's Attachment and Its Related Factors in Mothers of Hospitalized Preterm Neonates

Dezvaree N¹, Alaeekarahroudi F *², KhanaliAgan L³, TalebiGhane E⁴

1. MSc. in Nursing. School of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Department of Medical Faculty of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989125080423 E-mail: fatemeha71@gmail.com

Received: Oct 31, 2015

Accepted: Mar 16, 2016

ABSTRACT

Background & objectives: One of the most important needs of neonates after birth is emotional relationship with their mothers. Preterm birth is a stressful event for mothers. With preterm birth, the mother's antenatal attachment to the neonate and preparation for the neonate's birth is interrupted. Therefore, it has been assumed that preterm birth is a risk factor for insufficient development of the mother-neonate attachment. The aim of this study was to assess mother- newborn's attachment and its related factors in mothers of preterm neonates hospitalized in neonatal intensive care units in Tehran.

Methods: It was a descriptive-analytic research. Through stratified sampling method, 463 mothers of preterm neonates' were included in the study. Data was collected through demographic and maternal attachment questionnaire. The correlation between the attachment and demographic variables were assessed using SPSS v.19.

Results: The mean of attachment score was 56.59%. There was significant relationship between neonate gender, desired pregnancy and desired neonate gender with attachment ($p < 0.05$).

Conclusion: Findings suggest that desired pregnancy can affect the maternal attachment. Nurses should improve maternal psychological condition before delivery and providing some facilities to decrease stress of mothers of preterm neonates and involve them in caring of their neonate which may have positive effect on maternal attachment.

Key words: Attachment; Mother; Preterm Neonate.

میزان دل‌بستگی مادر - نوزاد و عوامل مرتبط با آن در مادران نوزادان نارس

بستری

نازی دزواری^۱، فاطمه علایی کرهرودی^{۲*}، لیلا خانعلی عجن^۳، الهه طالبی قانع^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲. مربی هیئت علمی و دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری گروه آموزشی کودکان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۳. مربی و دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری گروه آموزشی کودکان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۴. مربی و دانشجوی دکتری گروه آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۵۰۸۰۴۲۳ ایمیل: fatemeha71@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مهمترین نیازهای نوزاد نیاز عاطفی است که از همان ساعات اولیه پس از تولد باید برآورده شود. نوزادان به دلیل عدم رشد کامل جسمی - ذهنی پس از تولد نیازمند مراقبت ویژه هستند. این شرایط در نوزاد نارس بحرانی‌تر است، زیرا با بستری شدن نوزاد نارس با توجه به شرایط جسمی که دارد، فرایند دل‌بستگی مادر - نوزاد مختل می‌شود و به تکامل نوزاد و توانایی‌های مادر برای مراقبت از نوزاد آسیب می‌رسد. هدف از این پژوهش تعیین میزان و عوامل تأثیرگذار بر دل‌بستگی مادر - نوزاد نارس بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که ۴۶۳ مادر نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان و بخش نوزادان مراکز بهداشتی - درمانی منتخب شهر تهران را در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار داد. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای با توجه به پذیرش نوزاد در مراکز منتخب صورت گرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت - شناسی و دل‌بستگی جمع‌آوری گردید. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با دل‌بستگی با SPSS-19 ارزیابی شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که میانگین دل‌بستگی مادری ۵۶/۵۹ درصد بود و بین جنسیت دلخواه نوزاد، جنس نوزاد و تمایل به بارداری اخیر با دل‌بستگی ارتباط معنادار وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: دل‌بستگی مادر - نوزاد یکی از عوامل مهم سلامت روانی در دوران کودکی و بزرگسالی است، بنابراین باید روند شکل‌گیری آن تسهیل شود تا فشار روانی و استرس در مادر و نوزاد نارس کاهش یافته و آمادگی مادران برای درگیر شدن با مراقبت از نوزاد نارس و حساسیت و پاسخگویی وی به نوزادش افزایش می‌یابد که در نتیجه تأثیر مثبت بر شکل‌گیری فرایند دل‌بستگی خواهد داشت.

واژه‌های کلیدی: دل‌بستگی، مادر، نوزاد نارس

پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۶

دریافت: ۹۴/۸/۹

مقدمه

می‌شود و از ۱۵ میلیون نوزاد حدود ۱ میلیون و ۱۱۹ هزار نوزاد (۱۱/۹٪) قادر به ادامه حیات نیستند. متأسفانه ۹۸ درصد مرگ و میر نوزادان در کشورهای در حال توسعه است. در ایران مرگ و میر نوزادی حدود ۱۲ در هزار تولد زنده تخمین زده شده است که علت اصلی آن تولد نارس است. میزان تولد نارس در ایران ۱۰ درصد است که بیشتر آن‌ها نیاز به بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان دارند

از شاخص‌های مهم توسعه در هر کشوری ارتقاء سطح بهداشتی در آن جامعه بوده و از پارامترهای مهم نشانگر توسعه بهداشتی کاهش مرگ و میر کودکان زیر یک سال است. در این بین بیش از ۵۰ درصد مرگ و میر در کودکان، مرگ و میر نوزادان است (۱). هر ساله ۱۴۰ میلیون نوزاد در جهان متولد می‌شود که حدود ۱۵ میلیون نوزاد آن نارس متولد

برساند. دلبستگی عبارت است از سیستمی تنظیم‌کننده که در درون فرد وجود دارد. هدف آن تنظیم رفتارهایی است که موجب نزدیک شدن و برقراری تماس با فردی متمایز و حامی است که تکیه‌گاه نامیده می‌شود. البته هدف این سیستم در فرد وابسته از لحاظ روانی معطوف به ایجاد احساس امنیت است. در حقیقت دلبستگی میان مادر و نوزاد مانند بندی نامرئی این دو را به هم وصل می‌کند. این موضوع کشف علمی تازه‌ای نیست و اساساً بخشی از تجربه‌های بشر محسوب می‌شود (۹). دلبستگی ایمن در تکامل ساختار مغز نوزاد نقش دارد. مغز در دو سال اول زندگی قابل سازگاری است و نیمکره راست مغز تا سه سالگی غالب است. نیمکره راست نه تنها در پردازش اطلاعات عاطفی - اجتماعی نقش دارد، بلکه در کنترل عملکردهای حیاتی نیز مؤثر است. تکامل نیمکره راست وابسته به دلبستگی ایمن نوزاد و مراقبت‌دهنده اولیه است. ارتباط اولیه می‌تواند تأثیر مثبت یا منفی در ساختار مغز داشته باشد و بنابراین بر تکامل روانی نوزاد تأثیرگذار است. اگر دلبستگی ایمن نباشد، سیستم لیمبیک مغزی فعال نمی‌شود و منجر به اضطراب در آینده می‌شود. نوزاد با دلبستگی نایمن بیشتر دچار اختلال رفتاری (از قبیل تهاجمی‌شدن، پرخاشگری) و عقب افتادگی هوشی و عدم سازگاری اجتماعی می‌شود و این نوزادان در کودکی بیشتر در معرض مشکلات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و واکنش‌های عاطفی منفی می‌شوند (۱۰). تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که شکل‌گیری دلبستگی بین مادر و نوزاد بستری، توانایی مادر را در مراقبت افزایش داده و موجب افزایش اعتماد به نفس مادر می‌شود. در این شرایط مادر سرخ‌های نوزاد خود را می‌شناسد و به خوبی به آنها پاسخ می‌دهد، که در شکل‌گیری دلبستگی ایمن مهم است (۱۱) و پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان نقش حیاتی در برقراری ارتباط مادر با نوزاد نارس بستری دارند (۱۲). درگیری زودرس مادر در مراقبت از نوزاد نارس

(۲). پیشرفت تکنولوژی شانس بقای نوزادان نارس را افزایش داده، اما مرگ و میر و عوارض مربوط به آن همچنان بالاست و یک مسأله مهم بهداشتی در جهان محسوب می‌شود (۳). نوزادان نارس که زنده می‌مانند در معرض مشکلات متعددی از قبیل فلج مغزی، صرع و مشکلات بینایی و شنوایی و تکاملی قرار می‌گیرند. بنابراین اکثر مواقع بستری کردن نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان اجتناب‌ناپذیر است و حتی ممکن است نیاز به بستری طولانی مدت داشته باشد. بستری طولانی مدت نوزاد نارس باعث جدایی والدین از نوزاد و به وجود آمدن آسیب‌های روانی و آشفتگی در خانواده می‌شود (۴). با جدایی مادر از نوزاد مهمترین فاکتور دلبستگی^۱ که تماس فیزیکی با نوزاد است محدود و فرایند دلبستگی مختل می‌شود (۵). نوزادانی که والدین آن‌ها در روزهای اول تولد حضور عاطفی برای آنان نداشته‌اند، وقتی بزرگ‌تر می‌شوند تغییرات روانی و جسمی نامناسب (عدم سازماندهی عاطفی، سطح فعالیت نامناسب، الگوهای خواب و رفتارهای بازی متناسب، افزایش ضربان قلب، تنفس و...) دارند (۶). شواهد زیادی وجود دارد که جدایی فیزیکی مادران و نوزادان در فرایند طبیعی پیوند عاطفی مداخله می‌کند. دلبستگی مادری یک جریان تراکمی است که پیش از تولد شروع و در طی رویدادهای مختلف حاملگی تقویت شده و با تماس بین مادر - نوزاد در دوره نوزادی تکامل می‌یابد (۷).

دلبستگی ارتباط دو جانبه فیزیکی و عاطفی بین مادر و نوزاد است که هر یک از طرفین در تعامل مشارکت دارند (۸). اولین ساعت پس از تولد نوزاد مرحله بسیار حساسی برای شکل‌گیری دلبستگی میان مادر و نوزاد است. اگر برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد به علت نارس بودن، بیماری مادر یا نوزاد، اختلال در فرایند تولد و یا تنش خانواده به شکل غیرطبیعی یا با تأخیر صورت گیرد ممکن است به تکامل نوزاد و توانایی‌های مادر برای مراقبت از نوزاد آسیب

¹ Attachment

چالش مهمی برای پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان است و هدف عمده مراقبت پرستاری در این بخش حمایت از نیازهای تکاملی و جسمی نوزاد است تا نوزاد احساس خوب بودن را تجربه کند (۱۳). با توجه به اهمیت شکل‌گیری دلبستگی بین مادر- نوزاد و پیامدهای طولانی اثر آن در تکامل نوزاد، بررسی عوامل تأثیرگذار در آن بسیار مهم است. تحقیقات مختلف در ایران به بررسی رفتارهای دلبستگی بین مادر- نوزاد پرداخته‌اند، اما مطالعات اندکی در مورد عوامل مؤثر در دلبستگی مادر- نوزاد نارس بستری در بخش ویژه انجام شده است. مطالعه‌ای توسط ایوانس و همکاران با هدف بررسی عوامل تأثیرگذار بر دلبستگی مادر- نوزاد نارس در کشور استرالیا انجام شد. در این مطالعه ۱۲۷ مادر دارای نوزاد نارس کمتر از ۳۷ هفته که سن اصلاح‌شده (سن حاملگی + سن پس از تولد) کمتر از ۲۴ ماه داشتند، تحت بررسی قرار گرفتند. جهت به دست آوردن اطلاعات از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه‌های علائم روانی مادر، پاسخ مادری، دلبستگی پس از تولد، اجتناب از تجربه رویداد، حمایت اجتماعی و انتظار والدی از تولد نوزاد استفاده شد (پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی و انتظار و تجربه مادری از تولد نوزاد، ساخته خود محقق بودند). نتایج نشان داد که انتظارات والدینی و علائم روانی مادر و پاسخ مادری بیشترین تأثیر را بر روی دلبستگی پس از تولد بین مادر- نوزاد نارس دارند. بنابراین انجام اقداماتی که پاسخ مادری و دلبستگی پس از تولد تسهیل شود و علائم روانی مادر به حداقل برسد در مادران نوزادان نارس الزامی است (۱۴). مطالعه‌ای توسط ولک^۱ و همکاران با هدف بررسی تأثیر خصوصیات مادری و نوزاد در شکل‌گیری دلبستگی در نوزادان نارس و کم وزن در کشور انگلستان انجام شد. ۹۰ نوزاد نارس با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم و مادرانشان که در واحد مراقبت ویژه نوزادان بستری

بودند و ۱۱۵ نوزاد ترم و سالم از همان بیمارستان و مادرانشان به عنوان مقایسه انتخاب شدند. ارزیابی تکامل شیرخوار و توصیف خصوصیات شیرخوار به ترتیب با ابزارهای تکاملی بی لی و پرسشنامه توصیف گریه در سن سه ماهگی انجام شد. حساسیت مادری در سن نوزادی و سه ماهگی به ترتیب با ابزارهای حساسیت والدینی بوستون^۲ و تکمیل فرم بازی ساختار یافته ارزیابی شد. نتایج نشان داد که ۶۱ درصد نوزادان نارس و ۷۲ درصد نوزادان ترم دلبستگی ایمن داشتند. در گروه نوزادان ترم حساسیت مادری نقش تعیین کننده در شکل‌گیری دلبستگی ایمن داشت در حالی که در گروه نوزادان نارس خصوصیات نوزاد یعنی گریه نوزاد و مسائل تکاملی نقش اصلی داشت. به طور کلی ۱/۳ نوزادان نارس و کم وزن دلبستگی سازمان نیافته از خود نشان دادند و مسائل تکامل عصبی نوزاد یک عامل مهم تأثیرگذار شناخته شد و نوزادان نارس علی‌رغم مادران حساس دلبستگی سازمان نیافته از خود نشان دادند (۱۵). با توجه به اینکه یکی از مهمترین نیازهای نوزاد نیاز عاطفی است که از همان ساعات اولیه پس از تولد باید برآورده شود و این شرایط در نوزاد نارس بحرانی‌تر بوده، زیرا با بستری شدن نوزاد نارس با توجه به شرایط جسمی که دارد، فرایند دلبستگی مادر- نوزاد مختل می‌شود و به تکامل نوزاد و توانایی‌های مادر برای مراقبت از نوزاد آسیب می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان و عوامل تأثیرگذار بر دلبستگی مادر- نوزاد نارس بستری در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع پژوهش توصیفی تحلیلی بود و کلیه مادران نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و بخش‌های نوزادان که

^۱ Wolk

^۲ Boston Prenatal Sensitivity

معیارهای ورود به پژوهش را داشتند جامعه پژوهش را تشکیل می‌دادند. با توجه به فراوانی بستری نوزاد نارس، مراکز منتخب آموزشی، درمانی خدمات بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران (مفید، ولیعصر، مرکز طبی کودکان، علی اصغر (ع)، شهدای تجریش و امام حسین (ع)) به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند و مادران نوزادان نارس که در مدت نمونه‌گیری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و بخش‌های نوزادان بستری بوده و دارای معیار ورود به مطالعه بودند، نمونه پژوهش را تشکیل دادند. انتخاب نمونه‌ها بصورت طبقه‌ای بود و بر اساس ظرفیت پذیرش نوزاد در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان انجام شد. مادران با نوزاد کمتر از ۳۷ هفته بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و بخش‌های نوزادان، داشتن سواد خواندن و نوشتن فارسی، مادر زیستی بودن، نداشتن بیماری مزمن مادر، نداشتن بیماری زمینه‌ای مزمن نوزاد (اختلالات کروموزومی و بیماری که نیاز به مراجعات مکرر جهت ادامه درمان بیماری زمینه‌ای داشته باشد) و داشتن ارتباط پوستی، چشمی و یا صوتی با نوزاد به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای به‌دست آوردن حجم نمونه مناسب از ضریب همبستگی به دست آمده در مطالعات پیشین (ایوانس^۱ و همکاران، ۲۰۱۲) استفاده شد که تعداد ۴۶۳ نفر برآورد شد (۱۴). در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه داده‌های جمعیت شناختی (۸ سوال مشخصات فردی، ۱۱ سوال عوامل مادری، ۷ سوال عوامل نوزادی) که توسط مادر و مطالعه پرونده پزشکی نوزاد تکمیل می‌شد و پرسشنامه دلبستگی^۲ با ۱۹ سوال (نمره ۱ در هر گویه یعنی کمترین دلبستگی و نمره ۵ بیشترین دلبستگی را نشان می‌دهد و دامنه نمره کل از ۱۹ تا ۹۵ می‌باشد) که توسط واحدهای پژوهش تکمیل می‌شد. در ابتدا

تصویب طرح پروپوزال و اخذ مجوز کتبی از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد. سپس مجوز (اخلاق و حراست) جهت مراجعه به سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران گرفته شد و بعد از مرحله کسب مجوز مراجعه به بیمارستان‌های منتخب از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران به واحد پژوهش بیمارستان‌های منتخب مراجعه گردید و پس از ارائه معرفی‌نامه و بیان اهداف پژوهش و تنظیم زمان مناسب برای مراجعه به بخش‌های منتخب مراجعه شد. در طول هفته پژوهشگر دو بار به هر بیمارستان از ساعت ۱۰ صبح تا ۱۶ عصر مراجعه می‌کرد و با توجه به این که بیشترین حضور مادران در بخش‌ها در طی این زمان بود، تکمیل نمونه‌گیری و تکمیل پرسشنامه‌ها ۴/۵ ماه (از اسفند ماه ۱۳۹۳ تا اوایل تیرماه ۱۳۹۴) طول کشید. پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف طرح به مادران از آن‌ها در خواست می‌کرد تا فرم‌های مربوط به موافقت شرکت در پژوهشگر را تکمیل نمایند که پرسشنامه‌ها در محیط‌های پژوهش توسط واحدهای پژوهش پر شد. در ارتباط با سوالات به مادران توضیح داده می‌شد و در طی تکمیل پرسشنامه‌ها پژوهشگر در محیط پژوهش حضور داشت تا به سوالات آن‌ها پاسخ دهد. از روایی محتوی و صوری جهت تعیین روایی ابزار استفاده شد. پرسشنامه ترجمه شده در اختیار ۱۵ نفر از اساتید دانشگاه شهید بهشتی و پرستاران بخش ویژه نوزادان قرار گرفت و سپس با توجه به شاخص‌ها اصلاحات لازم صورت گرفت. ابتدا شاخص روایی محتوای^۳ هر سوال محاسبه شد و سپس میانگین شاخص روایی محتوای کل سوالات بدست آمد. روایی کل پرسشنامه‌ها با شاخص روایی برابر ۰/۹ تأیید شد. جهت تعیین پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد. آزمون مجدد در بین ۲۰ نفر از افراد

¹ Evanse² Maternal Postnatal Attachment Scale³ Content Validity Index (CVI)

آمادگی برای بارداری، مسائل حین بارداری، تعداد فرزندان، جنس فرزندان قبلی، وزن زمان تولد، وزن فعلی نوزاد، سن حاملگی، طول مدت بستری، شغل مادر، بیماری مزمن مادر، سابقه زایمان قبلی، سابقه قبلی تولد نارس، سابقه قبلی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، سابقه سقط، سابقه قبلی تولد نوزاد سندرمیک، سابقه تولد نوزاد مرده، سن مادر و تعداد سقط با دل‌بستگی ارتباط معنادار وجود نداشت، اما بین جنسیت نوزاد، تمایل به بارداری اخیر، جنسیت دلخواه نوزاد با دل‌بستگی ارتباط معنادار مشاهده شد.

شرکت کننده پس از ۱۰ روز از آزمون اول اجرا شد و سپس ضریب همبستگی درونی^۱ محاسبه شد که برابر ۰/۹ و قابل قبول بود. بعد از تایید روایی و پایایی پرسشنامه‌ها، داده‌های مورد نظر جمع‌آوری شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مانند ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی و آزمون‌های دیگر با استفاده از SPSS-19 صورت گرفت.

یافته‌ها

میانگین دل‌بستگی مادر به نوزاد $56/59 \pm 5/28$ بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نحوه زایمان اخیر،

جدول ۱. ارتباط متغیرهای دموگرافیک دو پارامتری با دل‌بستگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	* Pvalue
شغل	خانه دار	۵۹/۵۹	۰/۹۵۳
	شاعل	۵۹/۵۵	
بیماری مزمن	بله	۶۰/۵۲	۰/۳۷۴
	خیر	۵۹/۵۳	
نحوه زایمان	طبیعی و با القاء زایمانی	۵۸/۸۱	۰/۰۸۵
	سزارین	۵۹/۸۵	
سابقه زایمان	بله	۵۹/۵۹	۰/۱۳۹
	خیر	۵۹/۸۹	
سابقه تولد نوزاد مرده	بله	۵۷/۰۷	۰/۲۰۲
	خیر	۵۹/۶۳	
سابقه سقط	بله	۵۸/۶۸	۰/۲۱۵
	خیر	۵۹/۷۰	
سابقه تولد نارس	بله	۵۸/۶۳	۰/۴۰۵
	خیر	۵۹/۶۴	
سابقه بستری قبلی	بله	۵۸/۸۸	۰/۵۶۵
	خیر	۵۹/۶۲	
مسائل حین بارداری	مسائل دیگر و زایمان زودرس	۵۹/۷۶	۰/۱۵۰
	فقط زایمان زودرس	۵۸/۷۶	
تعداد فرزندان	۱	۵۹/۸۵	۰/۱۹۶
	۲ و <	۵۹/۱۴	
تمایل به بارداری اخیر	بله	۵۹/۸۵	/۰۰۶
	خیر	۵۷/۶۵	
جنس نوزاد	دختر	۵۸/۹۲	۰/۰۲۴
	پسر	۹۰/۱۳	

* T-Test

^۱ Intra-Class Correlation Coefficient (ICC)

مزمّن مادر، سابقه زایمان قبلی، سابقه قبلی تولد نارس، سابقه قبلی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، سابقه سقط، سابقه قبلی تولد نوزاد سندرمیک، سابقه تولد نوزاد مرده، نحوه زایمان اخیر، آمادگی برای بارداری، مسائل حین بارداری، تعداد فرزندان، جنس فرزندان قبلی، شغل مادر و تعداد سقط با دل بستگی ارتباط معنادار وجود نداشت.

از بین متغیرهای بالا مشخص شد که بین تمایل مادر به بارداری اخیر با دل بستگی مادر- نوزاد نارس ارتباط معناداری وجود داشت و میانگین نمره دل بستگی در مادران با تمایل به بارداری اخیر بیشتر از مادران بدون تمایل بود. همچنین بین دلخواه بودن جنس نوزاد با دل بستگی مادر- نوزاد نارس ارتباط معناداری مشاهده شد و میانگین نمره دل بستگی در مادران با نوزاد پسر بیشتر از دختر بود. همچنین بین بیماری

جدول ۲. ارتباط متغیرهای دموگرافیک چندپارامتری با دل بستگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	*Pvalue
آمادگی برای بارداری	۵۹/۷۷	۴/۹۰	۰/۸۳۲
	۵۹/۲۷	۴/۷۴	
	۵۹/۶۴	۵/۹۵	
جنس فرزندان قبلی	۵۸/۲۳	۶/۴۵	۰/۲۰۷
	۶۰/۰۵	۵/۲۶	
	۵۹/۰۶	۷/۳۰	
	۵۹/۷۶	۵/۴۱	
جنس دلخواه نوزاد	۵۹/۷۳	۵/۲۳	۰/۰۰۲
	۵۷/۲۲	۷/۴۶	
	۶۰/۴۹	۵/۴۱	

* ANOVA

جدول ۳. ارتباط متغیرهای کمی با دل بستگی

متغیر	ضریب پیرسون	P-value
وزن تولد	۰/۰۶۷	۰/۱۴۷
وزن فعلی	۰/۰۶۴	۰/۱۷۱
سن حاملگی	-۰/۰۱۲	۰/۷۹۹
طول مدت بستری	۰/۰۴۵	۰/۳۳۱
سن مادر	۰/۰۰۶	۰/۸۹۹

بحث

میانگین دل بستگی مادر به نوزاد (۵۶/۵۹±۵/۲۸) بدست آمد. مطالعات متعدد قبلی نشان داده عوامل زیادی بر دل بستگی مادر- نوزاد نارس تأثیرگذار است. یکی از عوامل مهم تولد نارس و بستری اجتناب ناپذیر نوزاد است. با بستری شدن نوزاد در بیمارستان ارتباط فیزیکی مادر- نوزاد که مهمترین فاکتور دل بستگی است مختل شده و در نتیجه کمتر درگیر مراقبت از نوزادش می شود که منجر به

جدول ۲ بیانگر آن است که بین جنسیت دلخواه نوزاد نارس با دل بستگی مادر- نوزاد نارس تفاوت معنادار وجود داشت و میانگین نمره بدون تفاوت بودن نسبت به جنسیت نوزاد بیشتر از دلخواه بودن یا نبودن جنسیت بود. بیشترین میانگین مربوط به گروه مادران بی تفاوت نسبت به جنسیت نوزاد و کمترین مقدار مربوط به مادرانی می شد که جنسیت نوزادشان دلخواه آن ها نبود. بین متغیرهای جنس فرزندان قبلی و آمادگی برای بارداری با دل بستگی ارتباط معناداری وجود نداشت.

جدول ۳ نشان می دهد که بین وزن زمان تولد، وزن فعلی نوزاد، سن حاملگی، طول مدت بستری، و سن مادر با دل بستگی ارتباط معنادار وجود نداشت.

کاهش پاسخ‌دهی مادر شده و دل بستگی کاهش می‌یابد. ایوانس و همکاران نیز در مطالعه خود در همین زمینه ذکر می‌کنند که تولد نوزاد نارس در ایجاد دل بستگی بین مادر- نوزاد مشکلاتی ایجاد می‌کند (۱۴). ولک و همکاران در مطالعه‌ای که در ارتباط با دل بستگی در نوزادان نارس و کم وزن انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ۳۲ درصد در نوزادان نارس و کم وزن دل بستگی آشفته داشتند (۱۵). یافته‌ها نشان می‌داد که بین نحوه زایمان اخیر، آمادگی برای بارداری، مسائل حین بارداری، تعداد فرزندان، جنس فرزندان قبلی، وزن زمان تولد، وزن فعلی نوزاد، سن حاملگی، طول مدت بستری، شغل مادر، بیماری مزمن مادر، سابقه زایمان قبلی، سابقه قبلی تولد نارس، سابقه قبلی بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان، سابقه سقط، تعداد سقط، سابقه قبلی تولد نوزاد سندرمیک، سابقه تولد نوزاد مرده، سن مادر و تعداد سقط با دل بستگی ارتباط معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). در مطالعه‌ای که آلان^۱ و اجه در ارتباط با دل بستگی انجام دادند، مشخص شد ارتباط معناداری بین روش زایمان، طول مدت بستری و آمادگی طی بارداری، زمان شروع تغذیه از سینه مادر، شرایط تأهل، تعداد فرزندان، شغل مادر، مسائل حین بارداری با دل بستگی وجود نداشت که با نتایج پژوهش حاضر همخوان بود (۱۶). کورجا^۲ و همکاران در مطالعه‌ای که در ارتباط با دل بستگی نوزاد نارس- ترم انجام داد به این نتیجه رسید که با بستری شدن نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان جدایی مادر- نوزاد رخ می‌دهد. با جدایی مادر از نوزاد تماس فیزیکی که مهمترین فاکتور در دل بستگی است مختل می‌شود. مادران نوزادان نارس تحت استرس و فشار روانی بیشتر از مادران نوزاد ترم هستند و این موجب حساسیت کم آنها در پاسخگویی به نیاز نوزادشان

می‌شود. کورجا به نقل از پلانکت^۳ و همکاران بیان می‌کند که افزایش طول مدت بستری نوزاد نارس در بیمارستان خطر بروز دل بستگی نایمن را افزایش می‌دهد، که با نتایج پژوهش حاضر همخوان است. با بستری شدن طولانی مدت نوزاد در بیمارستان ارتباط فیزیکی مادر- نوزاد که مهمترین فاکتور دل بستگی است مختل شده و در نتیجه کمتر درگیر مراقبت از نوزادش می‌شود که منجر به کاهش پاسخ دهی مادر شده و دل بستگی کاهش می‌یابد (۱۷). کورجا و همکاران در مطالعه متاآنالیز به بررسی مطالعات در ارتباط با تظاهرات دل بستگی مادران در نوزادان نارس و ترم، تظاهرات دل بستگی نوزادان ترم و پره ترم، تظاهرات دل بستگی مادر و نوزاد نارس و ترم پرداختند و بیان کردند که مادران نوزادان نارس نسبت به نوزادان ترم در ارتباط با نوزاد خود بیشتر حساس و پاسخگو بوده و رفتارهای مثبت بیشتری نشان می‌دهند (۱۸).

در ارتباط با تظاهرات دل بستگی مادران در دو گروه ترم و نارس در مطالعه کورجا الگوی دل بستگی اکثریت مادران نوزادان نارس متعادل بود (۱۷). ایوانس و همکاران نیز در مطالعه خود در همین زمینه ذکر می‌کنند که تولد نوزاد نارس در ایجاد دل بستگی بین مادر- نوزاد مشکلاتی ایجاد می‌کند (۱۴). ولک و همکاران در بررسی نوع دل بستگی در نوزادان خیلی نارس و کم وزن به این نتیجه رسیدند که دل بستگی در این گروه از نوع آشفته است و میزان بروز دل بستگی نایمن در این گروه بیشتر از گروه ترم نمی‌باشد. در گروه نوزادان نارس ویژگی‌های جسمی (وزن کم- ضعیف بودن)، روانی- روحی (کمتر پاسخگوبودن و توانایی ضعیف در ارتباط) در بروز نوع دل بستگی تأثیرگذار است (۱۵) که با نتایج تحقیق حاضر سازگار نیست. در مطالعه حاضر بین سن حاملگی و دل بستگی ارتباط معنادار یافت نشد، حال آن

¹ Alan & Ege

² Korja

³ Plunkett

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که دلخواه بودن جنس نوزاد، تمایل به بارداری، و جنس نوزاد با دلبستگی ارتباط دارند. با انجام اقداماتی که فشار روانی و استرس در مادر نوزاد نارس کمتر شود و بیشتر درگیر مراقبت از نوزاد نارس بستری خود شود، حساسیت و پاسخگویی مادر به نوزادش افزایش می‌یابد که در نتیجه تأثیر مثبت بر شکل‌گیری فرایند دلبستگی خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد مراقبت پرستاری ویژه نوزادان می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، به ویژه مادران، اساتید گرامی و کارکنان بخش‌های مراکز منتخب تشکر و قدردانی می‌شود.

که در مطالعات پیشین مشخص شد با تولد نوزاد نارس استرس و فشار روانی مادر افزایش یافته و پاسخ‌دهی او کم می‌شود که به صورت معیوب در دلبستگی تأثیر گذار است.

در پژوهش حاضر بین جنسیت نوزاد، تمایل به بارداری اخیر و جنسیت دلخواه نوزاد با دلبستگی ارتباط معنادار مشاهده شد ($p < 0/05$). در مطالعه الان و اجه ارتباط معنادار بین تمایل به بارداری و دلبستگی مادر- نوزاد دیده شد (۱۶) که با نتایج پژوهش حاضر سازگار بود. بارداری بدون برنامه‌ریزی استرس و فشار روانی مادر را افزایش داده و او را بیشتر مستعد افسردگی کرده و تأثیر منفی در پاسخ‌دهی و در نهایت شکل‌گیری دلبستگی مادر دارد. از محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر می‌توان به اعتماد بر پایه پاسخ مادران اشاره کرد، همچنین ارزیابی عوامل تأثیر گذار مثبت بر دلبستگی مادر- نوزاد بدون بررسی عوامل منفی را نیز می‌توان از محدودیت‌های پژوهش فعلی به شمار آورد.

References

- 1- Jebraeli M, Seyed Rasooli A, Ataeyan R, Rasooli sh. stressors of mothers of premature infants in neonatal intensive care units. Nursing and Midwifery Journal. Tabriz University of Medical Sciences 2009; 15(3):35-41. [Persian]
- 2- Medical education Secretariat. Educational Program for Specialized Course in Neonatology. Educational Development Office, Tehran 2010. [Persian]
- 3- Forcada –Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F & Muller-NIX C. Prematurity, maternal post- traumatic stress and consequence on the mother- infant relationship. Early Human Development 2011; 87:21-260.
- 4- Barimnejad L, Mehrnoush N, Seyyed-Fatemi N, Haghani H. Stressors of mothers with premature infants in neonatal intensive care units. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2010; 4(1); 39-44. [Persian]
- 5- Nagorski Johnson, A. Promoting Maternal Confidence in the NICU. Journal of Pediatric Health Care 2008; 22(4): 254-257.
- 6- Karami K, Rostami SH, Ghadirian F. The effect of supportive educational interventions on mother of hospitalized neonate and duration of hospitalization. Quarterly Journal of Lorestan University and Medical Sciences 2008; 11(2): 71-77. [Persian]
- 7- Nematbakhsh F, Kordi M, Sahebi A, Esmaeeli H. The effect of mother – infant skin to skin contact on mother's attachment. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2007; 8(33): 25-32. [Persian]
- 8- Sullivan R, Perry R, Sloan A, Kleinhaus K. Burtchen N. Infant bonding and attachment to the caregiver: insights from basic and clinical science. Clinics in Perinatology 2011; 38: 643-655.
- 9- Shamlo S. Mental Health 2nd Ed. Tehran: Roshd Pub. 2009. [Persian]

- 10- Malekpour M. Effects of attachment on early and later development. *The British Journal of Developmental Disabilities* 2007; 53(2): 81-95.
- 11- Bozzette M. A review of research on premature infant- mother interaction. *Newborn and infant Nursing Reviews* 2007; 7(1): 49-55.
- 12- Kearvell H, Grant J. Getting connecter: How nurses can support mother – infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2008; 27(3): 75 – 82.
- 13- Huisman S. Infant happiness: the role of attachment. *Journal of Dedicated Semester Happiness: Traditions and Tensions* 2010; ۵ (1): 1-11.
- 14- Evans T, Whittingham K, Boyd R. What helps the mother of preterm infant become securely attachment, responsive and well- adjusted. *Infant Behavior and Development* 2012; 35: 1-11.
- 15- Wolk D, Eryigit – Madzwamuse S, Gutbrod T. Very preterm/very low birth weight infants' attachment: infant and maternal characteristics. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* ۲۰۱۴; ۹۹(1):70-5.
- 16- Alan H, Ege E. The influence of social support on maternal-infant attachment in Turkish society. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16 (4): 235-240.
- 17- Korja R, Ahlqvist-Björkroth S, Savonlahti E, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H. Relations between maternal attachment representations and the quality of mother–infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior & Development* ۲۰۱۰; 33(3): 330–36.
- 18- Korja R, Latva R, and Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother–infant interaction and attachment during the infant's first two years. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavia* 2012; 91:164–173.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.