

تاثیر برنامه مراقبت خانواده محور بر میزان دل بستگی مادران دارای نوزاد نارس

حسین زراعتی (MSc)^۱، فاطمه نسیمی (MSc)^{۲*}، محمد میلان دلایی (BSc)^۳، جواد شاهین فر (MD)^۱
اعظم مومنی زاده (MSc)^۴، آمنه برفی دخت (MSc)^۵

۱-دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

۲-دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم

۳-دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دریافت: ۹۵/۱۰/۱۸، اصلاح: ۹۵/۱۲/۴، پذیرش: ۹۶/۱/۲۰

خلاصه

سابقه و هدف: تولد نوزاد نارس با بستری طولانی مدت و جدایی از خانواده همراه است. بستری نوزاد نیز در ایجاد دل بستگی مادر و نوزاد و کیفیت مراقبتی که توسط مادر به نوزاد داده می شود، اثرگذار بوده و خطر مشکلات رفتاری تاخیری را افزایش می دهد. لذا این مطالعه با هدف تاثیر مراقبت خانواده محور بر میزان دل بستگی مادران دارای نوزاد نارس انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تعداد ۶۰ مادر دارای نوزاد نارس با سن جنینی بین ۳۰ تا ۳۶ هفته بستری در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان بیمارستان مطهری به روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب و سپس به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله (هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند. برنامه مراقبت خانواده محور بر روی گروه مداخله در سه مرحله در بدو شروع مراقبت از نوزاد، تا قبل از روز چهار بستری و قبل از ترخیص انجام شد و گروه کنترل تحت مراقبتهای معمول قرار گرفتند. میزان دل بستگی با استفاده از چک لیست دل بستگی آوانت که برای هر بُعد از رفتارهای دل بستگی حداقل نمره صفر و حداکثر، در رفتار مراقبتی (۴۵)، مجاورتی (۴۵) و احساسی (۳۷) می باشد، سنجیده شد. IRCT:۲۰۱۷۰۲۱۹۱۴۴۵۴N۳

یافته ها: نمره کل دل بستگی مادر در گروه مداخله از $34/3 \pm 5/1$ به $61/6 \pm 4/5$ و در گروه کنترل از $33/1 \pm 4/2$ به $37/8 \pm 3/7$ رسید. بین دو گروه از لحاظ متغیر نمره کل دل بستگی بین مادر و نوزاد نارس اختلاف معنی داری وجود دارد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که اجرای برنامه مراقبت خانواده محور بیش از روش معمول مراقبتی منجر به افزایش دل بستگی مادر و نوزاد می شود.

واژه های کلیدی: نوزاد نارس، پرستاری خانواده محور.

مقدمه

در برابر ملاقات نوزاد، و امتناع از لمس و حمایت او می شود. در نتیجه ممکن است، دل بستگی بین مادر و نوزاد دچار اختلال شود (۳). مراقبت خانواده محور یک رویکرد ابتکاری برای برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبتهای بهداشتی است که بر همکاری های سودمند دو طرفه بین بیماران، خانواده ها و مراقبین بهداشتی بنا نهاده می شود. در مراقبت خانواده محور، پرستار و اعضای تیم بهداشتی و درمانی از طریق زمینه سازی و ایجاد فرصت برای یکایک اعضای خانواده، جهت به نمایش گذاشتن ظرفیت ها و توانایی های خویش در خصوص تامین پاسخگویی به نیازهای کودک، خانواده را توانمند و قدرتمند می سازد. با تداوم این ارتباط، والدین جهت تصمیم گیری در امور مهم و سرنوشت ساز خود و کودک، نقشی بنیادی و مثبت پیدا می کنند. در واقع، مراقبت خانواده محور والدین را از حالت غیر فعال به شکل فعال که در مراقبت از نوزاد خود دخیل هستند، تبدیل می کند (۴). پژوهش ها نشان داده است که حمایت از خانواده و دادن اطلاعات و آموزش به والدین باعث می شود که آنان احساس کنترل و قدرت بر روی موقعیت های خود داشته باشند و بیشتر در مراقبت از نوزاد شرکت کنند (۵). در مدل خانواده محور،

هر ساله ۱۳ میلیون زایمان زودرس در سراسر دنیا رخ می دهد؛ که شیوع آن حدود ۹ درصد است (۱). از سویی، تولد نوزاد بیمار یا نارس می تواند باعث از هم گیسختن یا تاخیر در دل بستگی مادر و نوزاد شود (۲). محققان معتقدند که بعد از تولد زمان ویژه ای از نظر حساسیت وجود دارد که اگر به دلایلی این فرصت فراموش شود ممکن است بین والدین و نوزادان هیچ رابطه عاطفی به وجود نیاید. دل بستگی بعد از زایمان با رفتارهایی مانند لمس نوزاد با نوک انگشتان، لمس اندام های نوزاد، بوسیدن نوزاد، در آغوش گرفتن، صحبت کردن با نوزاد، تماس چشم و بو کردن از سوی مادر شروع می شود (۱). نوزاد نارس از بدو تولد در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری می شود و مادر ممکن است بلافاصله پس از تولد فرصت تماس با نوزاد و در آغوش کشیدن نوزاد را پیدا نکند؛ علاوه بر این، ماهیت ضعیف و ناتوان نوزاد سبب تشدید این مشکل می شود و حتی برخی از والدین به زنده ماندن نوزاد خود اطمینان ندارند و در برابر تثبیت عاطفی خود با نوزاد مقاومت می کنند. آنها درحالی که به بهبودی فرزند خود امیدوارند؛ اما به طور همزمان خود را برای مرگ او نیز آماده می کنند و این باعث تاخیر در نامگذاری، مقاومت

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۸۴/۹۵ دانشگاه علوم پزشکی جهرم می باشد

*مسئول مقاله: فاطمه نسیمی

آدرس: جهرم، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی. تلفن: ۰۷۱-۵۴۳۴۱۵۰۱

E-mail: nasimif@yahoo.com

علامه استرس در نوزادان نارس و راههای رفع آن، نقش مادر در مراقبت از نوزاد نارس ارائه شد. در مرحله دوم بهترین زمان تعامل با نوزاد، اصول و روشهای صحیح مراقبتهای روتین روزانه نوزاد نارس، تغذیه، استحمام، حفظ دمای بدن و لباس مناسب، تعویض پوشک، مراقبت بدنناز به طور عملی به مادر ارائه شد و مادر مراقبتهای فراگرفته شده را به طور عملی در حضور پژوهشگر انجام می دهد. در آخرین مرحله به نقش مادران در آمادگی برای انتقال نوزاد از بیمارستان به خانه و برقراری ارتباط موثر با نوزاد و تاکید بر تستهای غربالگری واکسیناسیون، داروها، نحوه ارتباط با مراکز نوزادان در مواقع نیاز پرداخته شد. بدین صورت که ابتدا طریقه اصولی دست شستن در بدو ورود به بخش و در هر تماس با نوزاد، توضیح درباره انکوباتور و نحوه کار با آن، طریقه تعویض ملافه و پوشک، تغییر وضعیت و جابجایی نوزاد به روش اصولی، طریقه شیردهی و تغذیه نوزاد به صورت عملی توسط پژوهشگر مرحله به مرحله نشان داده شد. از مادر خواسته شد تا مهارتهای فراگیری شده را در حضور پژوهشگر انجام دهد و چکلیست تکمیل گردد. در صورتی که نقصی مشاهده گردید مجدداً آموزش در آن آیتم داده شد و سپس کنترل گردید.

ابزار گردآوری فرم اطلاعات دموگرافیک و ابزار چک لیست رفتارهای دلبستگی آوانت (avant) بود. این ابزار ابتدا توسط Roberts و Norr ابداع شد و در سال ۱۹۸۹ (۱۲) و سال ۱۹۹۱ (۱۳) استفاده شد. این ابزار به طور مکرر در پژوهش های داخلی به کار گرفته شده است (۱۴).

چک لیست رفتارهای دلبستگی Avant در برگیرنده سه گروه رفتارهای دلبستگی مادر و نوزاد؛ شامل رفتارهای احساسی (خبره نگریستن، نوازش کردن، بوسیدن، صحبت کردن، خندیدن، تکان دادن گهواره ای)، رفتارهای مجاورتی (حلقه کردن محکم بازو دور نوزاد و چسباندن او به خودش، تماس نزدیک بدن مادر و نوزاد) و رفتارهای مراقبتی (به پشت زدن نوزاد برای خروج هوای معده، تعویض پوشک و لباس های نوزاد) می باشد. حداکثر هر رفتار مشاهده شده برای ۱۵ دقیقه می باشد. برای هر بُعد از رفتار مراقبتی، مجاورتی و احساسی حداقل نمره صفر و حداکثر در رفتار مراقبتی (۴۵)، مجاورتی (۴۵) و احساسی (۳۷) می باشد. حداکثر کل نمره رفتارهای دلبستگی ۱۸۰ می باشد.

قبل از ترخیص نوزاد برای سنجش میزان دلبستگی، از مادر خواسته شد تا با نوزاد خود به مدت ۱۵ دقیقه تعامل برقرار کند. پژوهشگر دیگری که در مورد اهداف و روش اجرای طرح نامطلع بود به مشاهده رفتارهای دلبستگی مادر و نوزاد در مدت ۱۵ دقیقه و ثبت آن در چک لیست مربوطه پرداخت. پژوهشگر در حین ارزیابی دلبستگی مادران در فاصله ای از مادر و نوزاد قرار می گرفت؛ که مانع از تعامل مادر و نوزاد نگردد.

در خصوص تعداد ساعتی که مادر در طول روز در کنار نوزاد خود قرار دارد، با توجه به شرایط بخش، مادران نوزادان دو گروه در طول روز جزء در زمان ویزیت پزشکان، صرف غذا و استراحت روزانه (اتاق استراحت مادران در داخل خود بخش می باشد)، بقیه زمانها در کنار نوزاد خود حضور دارند. سپس فراوانی رفتارهای مورد نظر (رفتار احساسی، رفتار مجاورتی و رفتار مراقبتی) محاسبه شد. به این صورت که ۳۷ ثانیه اول از هر دقیقه ابتدا رفتارهای مادر مشاهده می شد و در ۳۷ ثانیه دوم هر رفتار برای یک بار ثبت می شد. به این ترتیب، هر رفتار مشاهده شده در هر دقیقه فقط یک بار ثبت می گردد. شمارش ثانیه ها توسط کروномتر انجام شد. تعداد کل رفتارهای ثبت شده در مدت ۱۵ دقیقه به عنوان نمره میزان کل دلبستگی در نظر گرفته شد. برای گروه شاهد مداخلات و مراقبتهای معمول

هر بیمار و خانواده بیمار، یک واحد مراقبت را تشکیل می دهند (۶). چهار جزء اصلی مراقبت خانواده محور شامل احترام، دریافت اطلاعات، شرکت در مراقبت و تشریک مساعی می باشد (۷). کاهش استرس، کاهش اثرات منفی بستری شدن، اطمینان از کفایت برنامه ترخیص، و تأمین راحتی و حمایت از بیمار از فواید مراقبت خانواده محور می باشد (۹و۸). طبق نتایج تحقیقات، اغلب خانواده های مراقبت کننده از بیماران با انجام مراقبت، احساس مثبت تری را تجربه کرده اند. همچنین در صورت رفع نیازهای خانواده، آن ها با آمادگی بهتری مراقبت پس از ترخیص بیماران را انجام میدهند؛ از سوی دیگر، معمولاً خانواده ها ارتباط نزدیکی با زندگی در منزل را برای بیمار فراهم کرده اند که نقش به سزایی در هوشیاری بیمار دارد (۱۱و۱۰).

مراقبت خانواده محور باعث کاهش استرس و ایجاد اطمینان و تأمین راحتی بیمار و خانواده وی می گردد، از طرفی خانواده ها کیفیت و ایمنی را به سیستم مراقبت بهداشتی پیوند می دهند. علی رغم فواید این نوع از مراقبت هنوز شواهد اندکی از انجام آن موجود است، در بخش های کودکان و نوزادان هم به نظر می رسد مسوولیت بیشتر والدین در مراقبت ایجاد شده و مراقبت خانواده محور فراهم نمی گردد. از طرف دیگر، افزایش تولد نوزاد بسیار کم وزن منجر به پیشرفت هر چه بیشتر تحقیقات در زمینه تهیه، تغذیه، خونسناسی و پیامدهای روانی اجتماعی نوزادان شده است. بیشتر پژوهشهای صورت گرفته در ایران نیز در خصوص مشکلات درمانی این گروه از نوزادان یا پرستاری از خود نوزاد نارس متمرکز است و مطالعات منتشر شده در زمینه پرستاری خانواده محور از این نوزادان اندک می باشد؛ لذا این مطالعه به منظور بررسی اثر بخشی برنامه آموزشی مراقبت خانواده محور بر میزان دلبستگی مادران دارای نوزاد نارس انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه کارآزمایی بالینی با کد ثبت IRCT:۲۰۱۷۰۲۱۹۱۴۵۴N۳ و کد کمیته اخلاق ۱۳۹۵.۰۵۷.JUMS.REC. IR پس از دریافت معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی جهرم و ارائه آن به مسئولین بیمارستان مطهری و سرپرستار بخش مراقبتهای ویژه نوزادان بر روی ۶۰ مادر دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان به روش نمونه گیری غیر احتمالی در دسترس انجام شد و مادران به صورت تخصیص تصادفی از طریق قرعه کشی در دو گروه کنترل و مداخله (هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند. مادران در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، سن نوزاد بین ۳۰ تا ۳۶ هفته، اولین فرزند خانواده، ثبات همودینامیک ($HR=120-160$, $RR=40-60$, $SPO_2=85-95\%$ و رنگ نوزاد صورتی)، حداقل سطح تحصیلات خواندن و نوشتن و عدم ابتلا مادر به اختلال خلقی و عاطفی که مانع برقراری ارتباط موثر شود وارد مطالعه شدند و در صورت مراقبت از نوزاد توسط سایر اعضا خانواده غیر از مادر، مادران معتاد، سابقه اختلالات اضطرابی و افسردگی در مادران، انصراف از شرکت در مطالعه به هر دلیل و فوت نوزاد از مطالعه خارج شدند.

در گروه مداخله مراقبت خانواده محور بر روی مادران گروه مداخله در سه مرحله در بدو شروع مراقبت از نوزاد توسط مادر، تا قبل از روز چهار بستری و قبل از ترخیص نوزاد با حضور پژوهشگر و مادر در کنار نوزاد انجام شد. ابتدا مراقبتهای توسط پژوهشگر در حضور مادر انجام و از مادر بازخورد گرفته شد. در مرحله اول اطلاعات لازم در ارتباط با ظاهر، خصوصیات و رفتار، الگوهای خواب و بیداری،

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره رفتار دلبستگی دو گروه

گروه ها	مداخله	کنترل	t-student
رفتار دلبستگی	Mean±SD	Mean±SD	
قبل از مداخله	۳۴/۳±۵/۱	۳۳/۱±۴/۲	p=۰/۴۶
بعد از مداخله	۶۱/۶±۴/۵	۳۷/۸±۳/۷	p<۰/۰۰۱
درون گروهی مداخله			p<۰/۰۰۱
آنالیز واریانس با			p=۰/۲۸
اندازه‌های تکراری			p<۰/۰۰۱
			کنترل

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین نمره کل رفتارهای دلبستگی مادر بر اساس رفتار احساسی، رفتار مجاورتی و رفتار مراقبتی مادران در گروه مداخله نسبت به کنترل بالاتر بوده؛ که نشان دهنده تعامل و ارتباط موثر تر مادر با نوزاد در طول مدت بستری نوزاد در بخش بوده است. با بستری شدن نوزاد در بیمارستان ارتباط فیزیکی مادر و نوزاد که مهم ترین فاکتور دلبستگی است؛ مختل شده و در نتیجه کمتر درگیر مراقبت از نوزادش می شود که منجر به کاهش پاسخ دهی مادر شده و دلبستگی کاهش می یابد.

Korja و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با بستری شدن نوزاد نارس در بخش، جدایی مادر و نوزاد رخ می دهد. با جدایی مادر و نوزاد تماس فیزیکی که مهم ترین فاکتور در دلبستگی است؛ مختل می شود. 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 می شود (۱۵). Wolk و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان بروز دلبستگی نالایمن این گروه بیشتر از گروه ترم نمی باشد. در گروه نوزادان نارس ویژگی های جسمی روانی - روحی در بروز نوع دلبستگی تاثیر گذار است (۱۶). Browne و همکاران در مطالعه ای جهت بررسی مداخلات خانواده محور برای افزایش ارتباط والدین و نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان، به این نتیجه رسیدند که در گروه مداخله، میزان آگاهی، وابستگی و تعاملات مادر و نوزاد بیشتر بوده است (۱۷). این مطالعه همسو با مطالعه حاضر، نتایج مطالعه را تایید می کند.

Ahn و همکاران در بررسی تاثیر مراقبت کانگورویی بر وزن، دلبستگی مادر-نوزاد و افسردگی مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان اظهار کرده اند که مادران گروه مداخله رفتار مجاورتی بیشتری از خود نشان دادند و میانگین رفتارهای دلبستگی به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بوده است. (۱۸) در این مطالعه نمره رفتاری مجاورتی همسو با مطالعه حاضر اختلاف معنی داری بین دو گروه داشت و رفتارهای دیگر دلبستگی تغییر معنی داری در مطالعه Ahn یافت نشد. دلیل اختلاف بین مطالعه حاضر می تواند نوع مداخله اجرایی در دو مطالعه باشد. در مطالعه Ahn تاثیر روش کانگورویی بر میزان دلبستگی سنجیده شده بود، که اجرای این مداخله بیشتر بر رفتار مجاورتی نوزاد تاثیر دارد تا بر دیگر متغیرهای دلبستگی. Tilokskulchai و همکاران نشان دادند که نارس و به دنبال آن جدایی مادر و نوزاد بعد از تولد می تواند روی فرآیند دلبستگی تاثیر بگذارد. آنها در یک مطالعه توصیفی رفتارهای دلبستگی را که

در بخش انجام و قبل از ترخیص نوزاد میزان دلبستگی مادر و نوزاد همانند گروه مداخله سنجیده شد. جهت تعیین روایی فرم چک لیست رفتارهای دلبستگی Avant، این ابزار به دفعات در پژوهش های ایران به کار گرفته شده است. پایداری این ابزار توسط مشاهده همزمان صورت گرفت که میزان آن ۰/۹۸ بود. پایداری و اعتبار علمی محتوای آموزشی برنامه مراقبت خانواده محور با استفاده از مطالعه کتب و مقالات معتبر تهیه گردیده و توسط یک پزشک فوق تخصص نوزادان و سرپرستار بخش NICU و دو نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری تایید شد.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روشهای آماری توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. به طوری که برای مشخصات فردی و دموگرافیک از جداول فراوانی (مطلق و نسبی) انحراف معیار و میانگین و برای بررسی فرضیات پژوهش از آزمون T مستقل و آنالیز واریانس با اندازه های تکراری استفاده گردید و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته های این پژوهش نشان داد که بین دو گروه از لحاظ متغیرهای پایه (سن مادران، سن جنینی، طول مدت بستری نوزاد، جنس نوزاد، تحصیلات مادر، شغل مادر، علت زایمان) اختلاف معنی داری وجود ندارد، (جدول ۱). یافته ها نشان داد که در مجموع، نمره کل دلبستگی مادر در گروه مداخله از ۳۴/۳±۵/۱ به ۶۱/۶±۴/۵ و در گروه کنترل از ۳۳/۱±۴/۲ به ۳۷/۸±۳/۷ رسید.

بین دو گروه از لحاظ متغیر نمره کل دلبستگی بین مادر و نوزاد نارس در دو مرحله قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$) (جدول ۲). یافته‌ها نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره دلبستگی بر اساس زیر مجموعه های: رفتار احساسی، رفتار مجاورتی و رفتار مراقبتی به نسبت گروه کنترل بیشتر بوده است به طوری که میانگین نمره دلبستگی براساس رفتار احساسی، مجاورتی و مراقبتی در گروه مداخله به ترتیب ۲۵/۳±۵/۱، ۲۲/۳±۴/۹ و ۱۵/۱±۳/۵ و در گروه کنترل به ترتیب ۱۴/۱±۴/۲، ۱۳/۲±۳/۳ و ۱۰/۵±۳/۶ می باشد. تفاوت بین دو گروه از لحاظ این متغیرها معنی دار می باشد.

جدول ۱. متغیرهای دموگرافیک به تفکیک دو گروه مداخله و کنترل

گروه ها	مداخله	کنترل	متغیر
Mean±SD	Mean±SD		
۲۷/۹±۵/۳	۲۶/۶±۶/۲		سن مادران
۳۳/۴±۲/۳	۳۴/۱±۱/۹		سن جنینی
۱۶/۱±۳/۴	۱۵/۵±۲/۹		طول مدت بستری نوزاد
۲۵	۲۷		مذکر
۱۰	۸		مونث
۳۰	۲۸		خانه دار
۵	۷		شاغل
۳۳	۳۴		باسواد
۲	۱		بی سود

می شود که با اجرای برنامه ای، والدین را جهت ارتباط مؤثر با نوزاد و یادگیری و کسب مهارت‌های لازم در امر مراقبت از نوزاد توانمند سازند و همچنین والدین در امر مراقبت از نوزاد جهت برقراری ارتباط مؤثر با نوزاد مشارکت داده شوند. برقراری ارتباط والدین و نوزاد به ارتقا کیفیت نقش والدینی و احساس کفایت در والدین کمک می کند پس آموزش والدین این زمینه لازم است و با دادن اطلاعات و آگاهی توسط پرستار والدین مشارکت بهتری در این زمینه خواهند داشت. انجام پژوهش های بعدی با تدوین ابزار خاص برای کنترل اجرای مراحل برنامه مراقبت خانواده محور مادران پیشنهاد می شود. از محدودیت‌های این پژوهش میتوان به سروصدا و رفت و آمد در بخش هنگام ارزیابی رفتارهای دلبستگی مادران و نبود ابزار خاص برای کنترل اجرای مراحل برنامه مراقبت خانواده محور مادران اشاره کرد؛ که می تواند در ارزیابی میزان دلبستگی مادر و نوزاد توسط کمک پژوهشگر تداخل ایجاد کند. از دیگر محدودیت های این پژوهش میتوان به عدم اندازه گیری دقیق حضور مادران در کنار نوزاد خود در طول شبانه روز (چند ساعت مادر در طول روز در کنار نوزاد خود بوده است) اشاره کرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم جهت حمایت مالی از این تحقیق و همچنین از رئیس بیمارستان شهید مطهری و سرپرستار و پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان این بیمارستان به دلیل همکاری در این تحقیق تقدیر و تشکر می گردد.

مادران در زمان اولین ملاقات با نوزاد نارس شان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان نشان می دهند مورد مطالعه قرار دادند و نتایج نشان داد که همه مادران اکثر رفتارهای دلبستگی مثل خیره نگریستن، حالات چهره، لمس کردن، صحبت کردن و تماس چشمی به غیر از بغل کردن را در زمان اولین ملاقات نشان میدهند به هر حال بسیاری از مادران زمان کمتری با نوزادشان میگذرانند. یافته ها پیشنهاد می کند که پرستاران باید مادران را جهت تعامل با نوزادشان به منظور افزایش دلبستگی مادر و نوزاد تشویق کنند که در راستای مطالعه حاضر می باشد (۱۹). مطالعه Melnyk و همکاران نشان داد که اجرای برنامه آموزشی باعث ارتباطات مثبت تر با کودک و بهبود باورها در خصوص نقش والدیشان گردید که با یافته های این پژوهش همخوانی دارد (۱۰).

در کل بررسی تمام پژوهش های فوق نشان می دهد که نوزاد نارس بدلیل وضعیت و شرایط خاص جسمی که دارد؛ به مدت گاهی طولانی از محیط خانواده و آغوش مادر دور می باشد. مادران این نوزادان نیز به دلیل شرایط محیطی که نوزاد خود را در آن می بینند ممکن است دچار استرس و عدم توانایی در مراقبت از نوزاد خود در این شرایط گردند و این عوامل همه دست به دست هم می دهند تا میزان دلبستگی مادر از نوزاد خویش را به خطر بیاندازد. پس با اجرای روش های و مداخلاتی باید ارتباط و تعامل مادر با نوزاد خود را افزایش داد تا سطح دلبستگی بین مادر و نوزاد افزایش یابد. که یکی از این مداخلات طبق مطالعه حاضر میتواند مراقبت و برنامه خانواده محور باشد که بر میزان دلبستگی بین مادر و نوزاد نقش بسزایی دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش ها و مراقبت های خانواده محور میتواند تأثیری بسزا و مثبتی بر روند شکل گیری فرآیند دلبستگی در مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان داشته باشد. پیشنهاد

The Effect of Family-centered Care Program on Maternal Attachment in Mothers of Premature Infants

H. Zeraati (MSc)¹, F. Nasimi (MSc)*², M. Milan Dalei (BSc)², J. Shahinfar (MD)¹,
A. Momenizade (MSc)³, A. Barfidokht (MSc)³

1. Faculty of Nursing and Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, North Khorasan, I.R.Iran.

2. Faculty of Nursing and Paramedicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, I.R.Iran.

3. Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences. Mashhad, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(6); Jun 2017; PP: 22-7

Received: Jan 7th 2017, Revised: Feb 22th 2017, Accepted: Apr 9th 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The birth of a premature infant is associated with long – term hospitalization and separation from family. Hospitalization of the infant affects the attachment between the infant and mother and affects the quality of care given to the infant by mother and increases the risk of delayed behavioral problems. Therefore, the present study aims to analyze the effect of family-centered care program on maternal attachment in mothers of premature infants.

METHODS: In this clinical trial, 60 mothers of premature infants with gestational age of 30 to 36 weeks, hospitalized in neonatal intensive care unit of Motahari Hospital were selected using convenient non-probability sampling and were randomly divided into two groups of control and intervention (30 mothers in each group). The family-centered care program was performed on intervention group in three steps: In the beginning of infant care, before the fourth day of hospitalization and before discharge, while the control group was only under the usual care. The level of maternal attachment was measured using Avant's mother-infant attachment behavior questionnaire and each dimension of attachment behavior was scored from 0 to maximum based on care (45), proximity (45) and emotional (37) behavior (IRCT: 2017021914454N3)

FINDINGS: The total score of maternal attachment increased from 34.3±5.1 to 61.6±4.5 in intervention group and increased from 33.1±4.2 to 37.8±3.7 in control group. There is a significant difference between the two groups in terms of total score of attachment between mother and premature infant ($p<0.001$).

CONCLUSION: Results of the study demonstrated that implementation of family-centered care program increases the attachment between mother and infant more than common infant-care methods.

KEY WORDS: Premature infant, Family-centered care.

Please cite this article as follows:

Zeraati H, Nasimi F, Milan Dalei M, Shahinfar J, Momenizade A, Barfidokht A. The Effect of Family-centered Care Program on Maternal Attachment in Mothers of Premature Infants. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(6):22-7.

* Corresponding author: F. Nasimi (MSc)

Address: Faculty of Nursing and Paramedicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, I.R.Iran

Tel: +98 71 54341501

E-mail: Nasimif@yahoo.com

References

1. Forcada Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller Nix C. Early dyadic patterns of mother infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*. 2006;118(1):107-14.
2. Franck LS, Cox S, Allen A. Winter I measuring neonatal intensive care unit- related parental stress. *J Adv Nurs*. 2005;49(6):608-15.
3. Tilokskulchai F, Phatthanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment behaviors in mothers of premature infants: a descriptive study in Thai mothers. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2002;16(3):69- 83.
4. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children, 9th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2013. 965
5. Boxwell G. Neonatal intensive care nursing, 1st ed. London: 2000:390-7.
6. Mirlashari J, Rassouli M. Nursing care of infant and children. 1st ed, Tehran: Andishehe Rafee publisher. 2007. p.70-1.
7. James SR, Ashwill J. Nursing care of children, principles and practice. 3rd ed. USA: Elsevier; 2007. p 221-5.
8. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs*. 2006;15(6):726-34.
9. Mirlashari J, Rassouli M. Nursing care of infant and children]. 1st ed, Tehran, Andishehe Rafee publisher. (2007): 70-71.
10. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2006;118(5):1414-27.
11. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care*. 2009;18(6):543-52
12. Norr KF, Roberts JE, Freese U. Early post partum rooming and maternal attachment behavior in a group of medically indigent primiparas. *J Nurse Midwifery*. 1989;34(2):85-91.
13. Norr KF, Roberts JE. Early Maternal Attachment behaviors of adolescent and adult mothers. *J Nurse Midwifery*. 1991;36(6):334-42.
14. Vakilian K, Khatamidoust F, Khoursandi M. Effect of kangaroo mother care on maternal attachment behavior before hospital discharge. *Med J Hormozgan Univ*. 2007;15(9):10-25.[In Persian]
15. Korja R, Ahlqvist-Bjrkroth 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. *Inf Behav Dev*. 2010;33(3):330-36.
16. 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*. 2013;1(1):70.
17. Browne JV, Talmi A. Family-Based Intervention to Enhance Infant-Parent Relationships In the Neonatal Intensive Care Unit. *J Pediatr Psychol*. 2005;30(8):667-77.
18. Ahn HY, Lee J, Shin H-J. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and postpartum depression in South Korea. *J Trop Pediatr*. 2010;56(5):342-4.
19. Tilokskulchai F, Phatthanasiriwethin S, Vichitsukon K, Serisathien Y. Attachment behaviors in mothers of premature infants: A descriptive study in Thai mothers. *J Perinatol Neonatal Nurs*. 2002;16(3):69-83.