

بررسی میزان مشارکت عاملین زایمان در فرآیند همبستگی مادر - نوزاد در اولین ساعت تولد

Fahimehsehatie@yahoo.com

فهیمة صحتی شفائی: مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۲/۱/۹، بازنگری: ۸۲/۶/۲، پذیرش: ۸۲/۷/۹

چکیده

زمینه و اهداف: انسانها از ابتدای تاریخ با پدیده جهانی همبستگی آشنایی داشتند. بیشترین جلوه زیبایی و هدف زندگی پیرامون محور ارتباطاتی می گردد که انسانها با یکدیگر برقرار می کنند. یکی از این ارتباطات همبستگی بین مادر و نوزاد است که در هر گروه اجتماعی از جمله انسانها، پستانداران مادون انسان و بسیاری از حیوانات دیگر به وجود می آید. مطالعه حاضر به منظور بررسی میزان مشارکت عاملین زایمان در مراحل اول و دوم فرآیند همبستگی مادر - نوزاد در اولین ساعت تولد در بیمارستان های دوستدار کودک شهر تبریز انجام گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که در آن میزان مشارکت تعداد ۱۰۰ نفر ماما، دانشجوی پزشکی و مامایی دانشگاههای علوم پزشکی و آزاد تبریز در فرآیند همبستگی مادر - نوزاد در اتاق زایمان بیمارستان های طالقانی و الزهراي شهر تبریز مورد بررسی قرار گرفتند و به روش نمونه گیری تصادفی گروهی از میان ۳۲۰ نفر که جامعه پژوهشی را تشکیل می دادند انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده ها برگه مشاهده بود که رفتارهای عاملین زایمان در مراحل اول و دوم فرآیند همبستگی مادر - نوزاد مشاهده و ثبت می شد.

یافته ها: یافته های این پژوهش درباره میزان مشارکت عاملین زایمان در مرحله اول فرآیند همبستگی مادر - نوزاد (هدف اول) نشان داد که میزان مشارکت ۱۹/۲ درصد و میزان مشارکت در مرحله دوم فرآیند (هدف دوم) ۳۱/۳ درصد بود. همچنین میزان مشارکت عاملین زایمان در فرآیند همبستگی ۲۶/۲۵ درصد به دست آمد که دانشجویان مامایی نهمسال هشتم دانشگاه علوم پزشکی با ۴۷/۳۴ درصد نسبت به ماماها (۲۴/۳ درصد)، دانشجویان مامایی نهمسال ششم دانشگاه علوم پزشکی ۳۲/۶۸ درصد و دانشجویان مامایی دانشگاه آزاد ۲۵/۷۵ درصد مشارکت داشتند.

نتیجه گیری: جهت افزایش میزان مشارکت عاملین زایمان در فرآیند همبستگی مادر - نوزاد تدوین دوره های آموزشی برای کارکنان پزشکی، پرستاری و مامایی و برنامه ریزی آموزشی پایه ای و بالینی دانشجویان این رشته ها احساس می شود تا بدین وسیله از اختلالات واکنشی همبستگی دوره نوزادی یا کودکی جلوگیری شود.

کلید واژه ها: عاملین زایمان، فرآیند همبستگی مادر - نوزاد

مقدمه

تکامل در انسان است (۷، ۸، ۹). رابطه عاطفی اولیه کودک با والدین شالوده ای جهت شکل گیری شخصیت عاطفی او در بزرگسالی است (۴) که اگر این نیاز به طرز درست و طبیعی برآورده نشود نگرش کودک به دنیای پیرامونش بدبینانه و ناامن خواهد بود (۱۰) و این بدبینی زیربنای خصایصی چون خود خواهی، ترس از دیگران، نفع پرستی، خود محوری و سوء نظر به دیگران را در ساختار شخصیتی او تقویت خواهد کرد. مفهوم همبستگی در رشته های مامایی، نوزادان و روان پزشکی به طور فزاینده ای مورد استفاده پرستاران و ماماها قرار گرفته و همواره از اهمیت خاصی برخوردار بوده است (۱۱) به طوری که این موضوع در بخشهای مراقبت مادران - نوزادان اغلب از موضوعات تحقیق بالینی جالب توجهی برای این گروهها محسوب می شود (۲). به دنبال تحقیقات کلاس و کنل در دهه ۱۹۷۰، تغییرات اساسی در بیمارستان های آمریکا و سایر نقاط جهان در ارائه خدمات قبل، حین و بعد از زایمان صورت گرفت و به مادران اجازه داده شد تا در صورت امکان نوزادان خود را بلافاصله بعد از زایمان در آغوش گیرند و برای پدران نیز امکان مشارکت در امر زایمان فراهم شد (۵).

به عقیده اولدز و همکاران^۴ روشهایی که ماماها در جهت ارزیابی فرآیند همبستگی بین مادر و نوزاد به کار می گیرند می تواند در زمینه تشخیص، پیشگیری و درمان باشد. ماماها در حین ارتباط متقابل با مادران می توانند توانایی های آنان را از نظر اعتماد به مردم، احساس لذت از

«به مادر موسی وحی کردیم که طفلت را شیرده و چون از آسیب فرعونیان ترسان شوی او را به دریا افکن و دیگر هیچ مترس و محزون مباش که ما او را به تو باز آوریم و از پیامبران مرسلش گردانیم. ما شیر هر دایه را بر او حرام کردیم و آل فرعون با محبت قلبی که به او داشتند در پس هر دایه که پستانش را آن طفل بگیرد بر آمدند و بدین وسیله موسی را به مادرش برگرداندیم تا دیده اش به جمال فرزندش روشن شود و اندوهش برطرف گردد» (۱). انسانها از همان ابتدای تاریخ با پدیده جهانی همبستگی آشنایی داشتند و بیشترین جلوه زیبایی و هدف زندگی در حول و حوش ارتباطاتی است که انسانها با یکدیگر برقرار می کنند (۲). یکی از این ارتباطات همبستگی بین مادر و نوزاد است (۳) که در هر گروه اجتماعی از جمله انسانها به وجود می آید (۴).

کلاس و کنل^۱ به نقل از لورنس^۲ به احتمال وجود یک دوره حساس اشاره می کنند که در طی آن همبستگی ایده آل در انسان به وجود می آید. این دوره در بسیاری از گونه های حیوانی نیز مشاهده شده است. چنانچه در این دوره بچه از مادر جدا شود، مادر بچه را از خود طرد خواهد کرد (۵). به عقیده ریدر و همکاران^۳ زمان ایده آل برای تماس نزدیک والدین و فرزند جهت شروع فرآیند همبستگی بلافاصله پس از زایمان است (۶).

تعامل بین مادر و فرزند در دوره همبستگی در رفتار حال و آینده کودک تأثیر شگرف دارد و همبستگی عمیق در دوره نوزادی به ایجاد حس اعتماد در اولین سال زندگی منجر می شود که جزیی از اساس

و حالات روانی عاملین زایمان، میزان علاقه، نوع نگرش و آگاهی آنان در زمینه فرآیند همبستگی، شلوغی محیط پژوهش و کوچک بودن تعداد نمونه ها بود که کلیه این عوامل از اختیار پژوهشگر خارج بودند.

یافته ها

یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش را دانشجویان پزشکی سال آخر دانشگاه علوم پزشکی (۲۶ درصد) تشکیل می دادند. از نظر جنسی اکثر آنها مؤنث (۷۶ درصد) و دانشجوی (۸۸ درصد) بودند و از نظر سنی بیشتر واحدها (۴۲ درصد) در گروه سنی ۲۲-۲۰ سال قرار داشتند. اکثر ماماها ی مورد پژوهش، (۴۱/۶۷ درصد) مدرک لیسانس داشتند و ۷۵ درصد استخدام رسمی بودند و سابقه خدمت ۱۵-۱۱ ساله داشتند (۳۳/۳۳ درصد). از کل دانشجویان مورد پژوهش، تعداد زیادی (۸۵ درصد) در دانشگاه علوم پزشکی تحصیل می کردند و از نظر رشته تحصیلی نیز (۷۰/۴۶ درصد) دانشجوی مامایی بودند.

نتایج حاصل از این پژوهش در مورد با هدف اول پژوهش «میزان مشارکت عاملین زایمان در مرحله اول فرآیند همبستگی مادر-نوزاد در اولین ساعت تولد» نشان داد که میزان مشارکت در این مرحله ۱۹/۲ درصد است که دانشجویان مامایی ترم هشتم دانشگاه علوم پزشکی با ۴۵ درصد بیشترین مشارکت را داشتند.

درباره رفتارهای مورد مشاهده در این هدف، بیشترین مشارکت در رفتار شماره ۴ (عامل زایمان مادر را تشویق می کند تا نوزاد را در آغوش گیرد) مشاهده شد که ۶۵ درصد بود (جدول ۱). همچنین نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش در خصوص هدف دوم پژوهش یعنی «میزان مشارکت عاملین زایمان در مرحله دوم فرآیند همبستگی مادر-نوزاد در اولین ساعت تولد» نشان داد که میزان مشارکت در این مرحله ۳۱/۳ درصد است که دانشجویان مامایی ترم هشتم دانشگاه علوم پزشکی با ۴۸/۷ درصد بیشترین مشارکت را داشتند. در مورد رفتارهای مورد مشاهده در این هدف، بیشترین مشارکت در رفتار شماره ۶ (۵۲ درصد)، رفتار شماره ۷ (۸۵ درصد) و رفتار شماره هشتم (۴۹ درصد) صورت گرفت (جدول ۲).

نتایج پژوهش در باره هدف کلی پژوهش یعنی «میزان مشارکت عاملین زایمان در فرآیند همبستگی مادر-نوزاد در اولین ساعت تولد» نشان داد که میزان مشارکت ۲۶/۲۵ درصد و عدم مشارکت ۷۳/۷۵ درصد است.

درباره متغیرهای مداخله گر در پژوهش، یافته ها نشان داد که بین میزان مشارکت واحدهای مورد پژوهش در فرآیند همبستگی مادر-نوزاد با شغل ($\alpha = 0/05$ و $d.f = 1$ و $x^2 = 2/91$)، رشته تحصیلی ($\alpha = 0/05$ و $d.f = 1$ و $x^2 = 21/17$)، محل تحصیل ($\alpha = 0/05$ و $d.f = 1$ و $x^2 = 0/06$) و جنس افراد ($\alpha = 0/05$ و $d.f = 1$ و $x^2 = 10/94$) ارتباط آماری معنی داری وجود دارد.

همبستگی، مهارت در برقراری ارتباط و بیان احساسات ارزیابی کنند. به علاوه، ماماها می توانند در ایجاد ارتباط مطمئن متقابل و افزایش اعتماد به نفس مادران فعالانه مشارکت کنند (۱۲ و ۱۳). پرستار-ماماها در زایشگاهها به آموزشهای ضمن خدمت در جهت تغییر روشهای متداول خود نیازمندند تا بدین وسیله بتوانند با مشارکت خود فرآیند همبستگی مادر-نوزاد را تسهیل کنند. برای نیل به این هدف تشکیل تیمی از پرستاران، ماماها، پزشکان و پذیرش زایشگاه ساختار مناسبی به وجود می آورد تا برنامه های آموزشی مناسبی در جهت تشویق مادران به برقراری تماس اولیه با نوزادان خود تدوین شود (۷). بارابی در ۱۳۶۳ در مطالعه ای تحت عنوان «بررسی تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در مرحله بعد از زایمان در بیمارستان های منتخب شهر تهران» نشان داد که پزشکان با ۲۹/۹ درصد نسبت به ماماها (۱۹/۶۲ درصد) و بهیار ماماها (۱۶/۸۱ درصد) نقش فعال تری در تشویق مادران به برقراری تماس پوست با پوست به عهده دارند (۱۴).

با توجه به اهمیت موضوع و با تکیه بر عقاید اولدز و همکاران که اهداف غایی مراقبت پرستاری در چرخه باروری تداوم بخشیدن به حیات و بالا بردن کیفیت زندگی از نظر سلامت جسمی-روانی است (۱۲)، ما نیز در جهت تسهیل فرآیند همبستگی مادران-نوزادان که این امر باید در اولویت قرار گیرد، بر آن شدیم که میزان مشارکت عاملین زایمان در مراحل اول و دوم فرآیند همبستگی مادر-نوزاد را در اولین ساعت تولد در بیمارستان های دوستدار کودک شهر تبریز بررسی کنیم تا با استفاده از نتایج پژوهش گامهایی در جهت افزایش مشارکت و تسهیل در فرآیند فوق برداشته شود.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که جامعه پژوهش را ماماها ی شاغل در بیمارستان های طالقانی و الزهرای تبریز و دانشجویان مامایی شامل ۱۲ نفر از ماماها ی شاغل، ۲۲ نفر از دانشجویان مامایی نیمسال هشتم، ۱۸ نفر از دانشجویان مامایی نیمسال ششم و ۲۶ نفر از دانشجویان پزشکی سال آخر دانشگاه علوم پزشکی و ۲۲ نفر از دانشجویان مامایی نیمسال ششم دانشگاه آزاد که کلیه مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند تشکیل می دادند. روش نمونه گیری در این پژوهش تصادفی طبقه ای بود که به علت ناهمگون بودن اعضای جامعه از این روش استفاده شد. محیط این پژوهش اتاقهای زایمان بیمارستان های فوق الذکر و ابزار گردآوری داده ها برگه مشاهده تنظیم شده (چک لیست) بود. قسمت اول برگه مشاهده شامل ۹ سؤال درباره مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش و قسمت دوم شامل ۵ رفتار مشاهده ای در ارتباط با هدف اول و قسمت سوم شامل ۷ رفتار مشاهده ای در ارتباط با هدف دوم پژوهش بود و برای رفتارهای فوق دو ستون مشارکت و عدم مشارکت در نظر گرفته شد. برای هر رفتار مشاهده شده از سوی عاملین زایمان نمره ۱ و در صورت عدم مشاهده نمره صفر تعلق می گرفت. پژوهشگر به همراه دو مشاهده گر که آموزشهای لازم را دریافت کرده بودند واحدهای مورد پژوهش را در چند مرحله تحت مشاهده قرار می دادند تا حضور آنها در محیط عادی به نظر آید و سپس در مرحله نهایی مشاهده، میانگین نمرات در هر یک از ۱۲ رفتار مندرج در برگه مشاهده ثبت می شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای) استفاده شد. محدودیت های پژوهش نیز خستگی

جدول ۱: توزیع فراوانی (درصد) مشارکت واحد های مورد پژوهش درباره (مشارکت عاملین زایمان در مرحله اول فرآیند همبستگی مادر - نوزاد)

عامل زایمان						رفتارهای مورد مشاهده توسط مشاهده گر
کل	دانشجویان پزشکی	دانشجویان مامایی ترم ششم دانشگاه آزاد	دانشجویان مامایی ترم هشتم	دانشجویان مامایی ترم ششم	ماماها	
(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	*(۰)۰	۱- نوزاد را بدون پوشش در تماس مستقیم با شکم یا سینه مادر قرار می دهد.
(۱۵) ۱۵	(۰)۰	(۰)۰	(۶۸/۱۸) ۱۵	(۰)۰	(۰)۰	۲- نوزاد را به منظور مکیدن پستان در روی سینه مادر می گذارد.
(۲) ۲	(۰)۰	(۰)۰	(۹/۱) ۲	(۰)۰	(۰)۰	۳- مادر را تشویق می کند تا با انگشتان خود بدن و اندامهای نوزاد را لمس کند.
(۶۵) ۶۵	(۱۱/۵۳) ۳	(۶۳/۶۳) ۱۴	(۹۵/۴۵) ۲۱	(۸۸/۸۸) ۱۶	(۹۱/۶۶) ۱۱	۴- مادر را تشویق می کند تا نوزاد را در آغوش گیرد.
(۱۴) ۱۴	(۳/۸۴) ۱	(۰)۰	(۵۴/۵۴) ۱۲	(۰)۰	(۸/۳۳) ۱	۵- موقعیت مناسبی را فراهم می آورد تا مادر و نوزاد تماس متقابل چشمی داشته باشند.
(۱۹/۲) ۹۶	(۳/۰۷) ۴	(۱۲/۷۲) ۱۴	(۴۵/۴۵) ۵۰	(۱۷/۷۷) ۱۶	(۲۰) ۱۲	کل

*تعداد (%)

جدول ۲: توزیع فراوانی (درصد) مشارکت واحد های مورد پژوهش درباره (مشارکت عاملین زایمان در مرحله دوم فرآیند همبستگی مادر - نوزاد)

عامل زایمان						رفتارهای مورد مشاهده توسط مشاهده گر
کل	دانشجویان پزشکی	دانشجویان مامایی ترم ششم دانشگاه آزاد	دانشجویان مامایی ترم هشتم	دانشجویان مامایی ترم ششم	ماماها	
(۵۲) ۵۲	(۱۵/۳۸) ۴	(۲۷/۲۷) ۶	(۱۰۰) ۲۲	(۶۱/۱۱) ۱۱	*(۷۵) ۹	۶- نوزاد را به مادر نشان می دهد.
(۸۵) ۸۵	(۶۵/۳۸) ۱۷	(۱۶/۳۶) ۱۹	(۱۰۰) ۲۲	(۸۸/۸۸) ۱۶	(۹۱/۶۶) ۱۱	۷- جنس نوزاد را به مادر اعلام می کند.
(۴۹) ۴۹	(۳۸/۴۶) ۱۰	(۶۳/۶۳) ۱۴	(۸۱/۸۱) ۱۸	(۳۳/۳۳) ۶۸	(۸/۳۳) ۱	۸- وضعیت سلامتی نوزاد را به شیوه ساده برای مادر بیان می کند.
(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	۹- ارتباط کلامی با نوزاد را به مادر توصیه می کند.
(۳۱) ۳۱	(۱۱/۵۳) ۳	(۶۸/۱۸) ۱۵	(۵۹/۱) ۱۳	(۰)۰	(۰)۰	۱۰- به ابراز احساسات مادر نسبت به نوزاد گوش می دهد.
(۲) ۲	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۱۶/۶۶) ۲	۱۱- دمای مناسب اتاق زایمان را فراهم می نماید.
(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	(۰)۰	۱۲- درد مادر را با استفاده از روشهای مناسب کاهش می دهد.
(۳۱/۳) ۲۱۹	(۱۸/۶۸) ۳۴	(۳۵/۰۶) ۵۴	(۴۸/۷) ۷۵	(۲۶/۱۹) ۳۳	(۲۷/۳۸) ۲۳	کل

*تعداد (%)

بحث

نوزاد به گرفتن پستان مادر جهت شروع مکیدن و تغذیه با شیر مادر در ۹۰-۳۰ دقیقه اول بعد از زایمان را از روشهای افزایش پیوند عاطفی مادر و نوزاد توسط عامل زایمان ذکر می کند (۱۵). پیوند عاطفی مادر-نوزاد در ۶۰ - ۳۰ دقیقه اول بعد از زایمان در صورتی که به آنان اجازه داده شود تا همدیگر را لمس کنند و باهم تعامل داشته باشند افزایش

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میزان مشارکت عاملین زایمان در مرحله اول فرآیند همبستگی مادر-نوزاد در اولین ساعت تولد کم است (۱۹/۲ درصد). در این میان، دانشجویان مامایی سال آخر بیشترین مشارکت را داشتند. کارپنیتو^۱ تشویق مادر به بغل کردن و لمس بدن و اندامهای نوزاد، برقراری تماس پوست با پوست، هدایت

می یابد، چرا که در این زمان نوزاد بیدار، آرام و هوشیار است و همبستگی با پس خوراند مثبت از جمله رفلکس چنگ زدن نوزاد به دور انگشت مادر تسهیل می شود، ولی مادر بلافاصله بعد از زایمان به نوزادش دسترسی ندارد. اگر نوزاد بر روی بازوهای مادر گذاشته شود و مادر نوزاد را در یک وضعیت صورت به صورت و چشم به چشم به دست بگیرد و نوزادش را نوازش کتان در آغوش بگیرد (۳ و ۹-۷) و شروع به صحبت با او بکند، با بچه خود آشنا شود که این آشنایی بخش مهمی از فرآیند همبستگی را تضمین می کند (۴). در اوایل دهه ۱۹۷۰ کلاس و همکاران مطالعاتی را بر روی اثرات کوتاه و بلند مدت همبستگی به انجام رساندند، به طوری که تماس پوست با پوست را به مدت سه ساعت بعد از تولد در ۲۸ مادر کم درآمد و نوزادان آنها برقرار و مشاهده کردند که مادرانی که این تماس اولیه را تجربه کرده بودند در طول یک ماه نسبت به مادرانی که تماس معمولی با نوزادشان داشتند رفتارهای دلجویی، نوازش و تماس چشمی بیشتری را در طول تغذیه نشان می دهند، حتی در پیگیری یک و دوساله نیز آثار ارزشمند این مطالعه در همان مادران همچنان مشاهده می شد (۷). رپلی^۱ نیز در مقاله خود می نویسد که کلاس و کتل (۱۹۹۵) به اهمیت فرآیند همبستگی اشاره و بیان کرده اند که شیردهی از پستان بخشی از تکامل اولیه بین مادر و نوزاد خواهد بود (۱۶). مطالعه برنت و همکاران^۲ هم نشان دهنده این مطلب است که در ۹۰-۲۸ ساعت اولیه بعد از زایمان، مادران و نوزادانی که شیردهی را شروع کرده و تا ۶ هفته بعد ادامه داده اند رفتارهای همبستگی زیادی را از خود نشان می دهند (۱۷). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش نشان داد که میزان مشارکت عاملین زایمان در مرحله دوم فرآیند همبستگی مادر-نوزاد در اولین ساعت تولد کم بود (۳/۳۱ درصد). دانشجویان مامایی سال آخر بیشترین مشارکت را داشتند. کارپینتو معتقد است که از طریق کنترل مرتب مادر از نظر علائم خستگی، اجرای طرح هم اتفاقی مادر و نوزاد، گرم کردن اتاق زایمان، گوش دادن به تجربیات زایمانی مادر و ابراز احساسات او نسبت به نوزاد، نشان دادن نوزاد و توانایی های او به مادر، می توان به تسهیل فرآیند همبستگی مادر-نوزاد در مرحله بعد از زایمان کمک کرد (۱۵). سیدل و همکاران^۳ در مقاله خود به تسهیل کننده های فرآیند همبستگی از جمله معاینه نوزاد در مقابل دید مادر یا بر روی بازوهای او، تشویق نوزاد به مکیدن پستان مادر و اجرای طرح هم اتفاقی اشاره می کنند. این کارها کمک می کند تا نوزاد و خانواده از نظر فیزیکی و عاطفی در موقعیت مناسبی قرار گیرند (۱۸). اکونو و همکاران^۴ به نقل از سیمونسکی^۵ طرح هم اتفاقی را با بچه آزاری بعدی در یک نمونه از ۳۰۱ مادر کم درآمد مطالعه کردند و دریافتند که

نوزادان مادرانی که طرح هم اتفاقی را تجربه کرده بودند نسبت به نوزادان مادرانی که مراقبت معمول بیمارستانی دریافت کرده بودند کمتر تحت آزار و اذیت، غفلت و طرد قرار گرفتند (۷). نور و همکاران^۶ در بررسی خود سه گروه از مادران را از نظر روند همبستگی با هم مقایسه کردند: گروه اول ۸۰ نفر بودند که درمورد آنها طرح هم اتفاقی به اجرا در آمد، گروه دوم ۷۲ نفر بودند که قبل از اجرای طرح هم اتفاقی زایمان کردند و گروه سوم ۳۵ نفر و طالب اجرای طرح فوق بودند ولی این طرح در مورد آنان پیاده نشد. یافته ها نشان داد مادرانی که طرح هم اتفاقی در مورد آنها به اجرا در آمد نسبت به دو گروه دیگر رفتارهای همبستگی بیشتری را از خود نشان می دهند (۱۹). در مورد ارتباط بین حمایت اجتماعی و همبستگی انیسفلد و لیپر^۷ به نقل از سیمونسکی مطالعه ای را انجام دادند، بدین صورت که یک گروه ۲۹ نفری از مادرانی را که تماس طولانی مدتی با نوزادان خود داشتند با گروه شاهد ۳۰ نفری که مراقبت معمول در بیمارستان دریافت کرده بودند مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که رفتارهای محبت آمیز بیشتر در مادران دارای حمایت اجتماعی ضعیف که تماس طولانی مدتی با نوزادان خود برقرار کرده بودند مشاهده می شود (۷). یافته های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که در کل میزان مشارکت عاملین زایمان در فرآیند همبستگی ضعیف است که علت این امر می تواند شلوغی محیط کار، عدم امکانات کافی در اتاق های زایمان و آگاهی ضعیف عاملین زایمان در زمینه فوق باشد. همچنین از آنجایی که دانشجویان مامایی بیشترین مشارکت را در این زمینه داشتند، تأکید بیشتر مربیان مامایی بر یادگیری بالینی آنان در برقراری فرآیند همبستگی قابل توجیه است.

نتیجه گیری

از آنجا که گسترش همبستگی بین مادر و نوزاد همیشه جزئی از مراقبت های پرستاری - مامایی بوده است و عاملین زایمان تسهیل کننده تعامل والد - فرزندی در دوره قبل، حین و بعد از زایمان هستند، روشهایی که این افراد در جهت ارزیابی فرآیند همبستگی بین مادر و نوزاد به کار می گیرند می تواند در زمینه تشخیص، پیشگیری و درمان باشد (۱۲ و ۱۳). جهت نیل به این اهداف ضرورت ایجاد تغییرات اساسی در بیمارستان ها، تدوین دوره های آموزشی برای کارکنان پزشکی، پرستاری و مامایی و برنامه ریزی آموزش نظری و بالینی دانشجویان این رشته ها احساس می شود تا بدین وسیله موانع موجود رفع شود و میزان آگاهی و نتیجتاً مشارکت عاملین زایمان در فرآیند همبستگی افزایش یابد (۵).

References

۱. قرآن کریم. سوره قصص، آیات ۷، ۱۲ و ۱۳.
2. Beal AJ. Methodological issues in conducting research on parent-infant attachment. *Pediatr Nurs J* 1991; 6 (1): 11 - 15.
3. McKinney SE, Ashwill WJ, Murray SS, Games RS, Gorrie MT, Droske CS. *Maternal - Child Nursing*. 1st ed. Philadelphia; W. B. Saunders Co. 2000; PP: 498 - 9.
4. Wong LD, Perry ES, Berry H, Marilyn J. *Maternal Child Nursing Care*. 2nd ed. London; Mosby Co. 2002; PP: 475-7.
5. Lawrence AR, Lawrence RM. *Breast Feeding, A Guide for the Medical Profession*. 5th ed. St.Louis; Mosby Co. 1999; PP: 149.
6. Reeder JS, Martin LI, Konik D. *Maternity Nursing, Family, Newborn, and Womens Health Care*. 18th ed. Philadelphia; J. B. Lippincott Co. 1997; PP: 653- 4.
7. Symonski EM. *Maternal - Infant Bonding: Practice Issues for the 1990s*. *Nurs Mid J* 1992; 37 (2): 67-73.
8. Dickason EJ, Silverman BL, Kaplan JA. *Maternal Infant Nursing Care*. 3rd ed. St.Louis; Mosby Co. 1997; PP: 395- 6.

1. Rapley	5. Symonski
2. Brandt et al	6. Norr et al
3. Seided et al	7. Anisfeld & Lipper
4. Ocono et al	

9. Burroughs A, Leifer G. Maternity nursing: an Introductory Text. 8th ed. Philadelphia; W.B. Saunders Co. 2000; PP: 213.
10. Damato GE. Maternal – fetal attachment in twin pregnancies. JOGNN 2000; 29 (6): 598 – 602.
11. Barry DP. Psychosocial Assessment Nursing and Intervention Care of the Physically ill Person. 2nd ed. London; J.B. Lippincott Co. 1989; PP: 20.
12. Olds S, London M, Ladewig P. Maternal Newborn Nursing. 4th ed. Redwondcity; Addison Wesley Publishing Co, 1992; pp: 1126 – 1129.
13. French ED, Brandt J, Pituch M, Pohorecki SH. Improving interactions between substance – abusing mothers and their substance – exposed newborns. JOGNN 1998; 27 (3): 262 – 269.
۱۴. بارایی ت. بررسی تماس بدنی بین مادر و نوزاد در ساعت اول بعد از زایمان در بیمارستان های منتخب تهران؛ پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۶۳، ص ۸۲.
15. Carpenito LJ, Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia; J. B. Lippincott Co, 2000; PP: 642.
16. Rapley G. Keeping mothers and babies together breast feeding and bonding. RCM Midwives 2002; 5 (10): 332 – 4.
17. Brandt KA, Andrews CM, Kvale J. Mother – infant interaction and breast feeding outcome 6 weeks after birth. JOGNN 1998; 27 (2): 169 – 174.
18. Seidel HM, Rosenstein BJ, Pathak A. A Mosby Handbook primary care of newborn. 3rd ed. St.louis; Mosby Co, 2001; PP: 384 –5.
19. Norr K F, Roberts JE, Freese U. Early postpartum rooming – in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. J nurs Midwifery 1989; 34 (2): 185 – 191.

