

بررسی عملکرد کادر درمانی به منظور برقراری ارتباط مادر و نوزاد و طرح هم اتاقی در زایشگاه نیک نفس شهر کرمان

مینا منشی زاده^۱، دکتر محمد تقی یاسمی^۱ و بهری کهن^۱

خلاصه

عاملین زایمان از مهم ترین افرادی هستند که می توانند در ایجاد رابطه مناسب بین مادر و نوزاد در بدو تولد دخالت داشته باشند، سپس پرستاران مراقب مادر و نوزاد در این زمینه در بخش ماماای ایفای نقش می کنند. در تیرماه ۱۳۷۴، با استفاده از فرم جمع آوری داده ها که توسط گروه پژوهش تنظیم شده بود، این بررسی در باره مادران تازه زاده و نوزادان آنها (n=۲۱۵) از طریق مشاهده رفتار پرسنل در اتاق زایمان و بعد از زایمان، به منظور ارزیابی عملکرد کادر درمانی جهت برقراری ارتباط مادر و نوزاد و طرح هم اتاقی در زایشگاه نیک نفس کرمان به عمل آمد که نتایج حاصل به شرح زیر است: میانگین سن جاری مادران $26 \pm 6/7$ و میانگین میزان تحصیلات آنها $7/5 \pm 4/5$ سال بود. میانگین تعداد زایمان در آنها $2 \pm 2/74$ و میانه آن ۲ بود. ۱۱۰ نفر از آنها (۵۱/۲٪) زایمان طبیعی و ۱۰۵ نفر (۴۸/۸٪) زایمان با اپی زیاتومی داشتند. بیشترین و کمترین اقدام انجام شده جهت برقراری ارتباط مادر و نوزاد در اتاق زایمان به ترتیب مربوط به اطلاع دادن جنسیت نوزاد به مادر (۸۸/۸٪) و تشویق مادر به برقراری تماس چشمی و کلامی (۴/۷٪) و در اتاق بعد از زایمان به ترتیب «اجازه دادن به خانواده جهت ملاقات با نوزاد در کنار هم» (۹۸/۶٪) و «قرار دادن نوزاد در آغوش مادر هنگام ملاقات مادر با نوزاد» (۵۲/۶٪) بود. اکثر اقدامات جهت ایجاد رابطه مادر با نوزاد با شیفت زایمان رابطه معنی دار آماری نشان داد. اگر چه اقدامات انجام شده در بخش بعد از زایمان بسیار بهتر از اتاق زایمان می باشد، اما هنوز کاملاً مطلوب نیست و نیاز به آموزش در هر دو گروه به ویژه برای عاملین زایمان و نیاز به نظارت بیشتر به ویژه در شیفت شب احساس می شود.

واژه های کلیدی: عملکرد، کادر درمانی، ارتباط مادر و نوزاد، طرح هم اتاقی

می‌توانند در ایجاد پیوند محکم بین مادر و نوزاد نقش به‌سزایی داشته باشند. بدین منظور پژوهشگران تصمیم گرفتند تا عملکرد کادر درمانی زایشگاه نیک‌نفس شهر کرمان را که متعهد اجرای طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد می‌باشد، مورد بررسی قرار دهند، تا در جهت تحقق هدف سازمان جهانی یونسف که تبدیل زایشگاه‌ها به بیمارستان‌های «دوستانار کودک» می‌باشد، گامی مفید و هرچند کوچک بردارند.

روش مطالعه

این بررسی، یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی اقدامات کادر درمانی زایشگاه نیک‌نفس شهر کرمان جهت برقراری ارتباط مادر و نوزاد و طرح هم‌اتاقی صورت گرفته است. شیوه گردآوری اطلاعات در این پژوهش از طریق مشاهده بوده و اطلاعات در یک مرحله کسب شده است. نمونه‌های انتخاب شده در این پژوهش مادرانی با ویژگی‌های زیر می‌باشند:

- زایمان آنها به صورت واژینال انجام پذیرفته باشد.

- از نظر جسمانی سالم باشند.

- پس از زایمان در زایشگاه مزبور برای مدتی تحت کنترل باشند.

ویژگی‌های نوزادان این مادران عبارت بود از:

- سن جنینی کامل

- سلامت جسمی

تعداد نمونه این پژوهش ۲۱۵ مادر بود که به روش پی‌درپی (consecutive) نمونه‌گیری شدند. محیط پژوهش را بخش‌های زایمان و بعد از زایمان زایشگاه نیک‌نفس شهر کرمان تشکیل می‌داد. با توجه به اینکه این پژوهش از اولویت بالای بهداشتی برخوردار بود و از طرفی اطلاع کارکنان بیمارستان سبب مخدوش شدن نتایج پژوهش می‌شد، به همین جهت پس از کسب اجازه از کمیته اخلاقی شورای پژوهش و موافقت ریاست دانشگاه، پژوهش به صورت محرمانه و بدون اطلاع هیچ یک از پرسنل بیمارستان انجام شد.

ابزار گردآوری این بررسی، پرسش‌نامه‌ای دو قسمتی بود که قسمت اول فرم مربوط به بررسی عملکرد کادر درمانی به منظور برقراری ارتباط مادر با نوزاد در اتاق زایمان و قسمت دوم فرم مربوط به بررسی عملکرد کادر درمانی به منظور طرح هم‌اتاقی مادر با نوزاد در بخش بعد از زایمان بود که پژوهشگر پس از مشاهده، گزینه‌های بلی و خیر را علامت‌گذاری می‌کرد. در ضمن به دلیل محدودیت‌های اخلاقی و اجرایی در این پژوهش مشخصات کادر درمانی مورد نظر قرار نگرفت. جهت تجزیه و

مقدمه

بخش عظیمی از جمعیت جهان را کودکان تشکیل می‌دهند. بر طبق آمار رسمی، روزانه حدود ۵۰۰۰ نوزاد در ایران متولد می‌شوند (۳). کودکان آینده‌سازان کشورند و تأمین سلامت این پربهاترین سرمایه‌ها، باید سرلوحه مهم‌ترین وظایف هر جامعه و جزء مهم‌ترین برنامه‌های دولتی قرار گیرد (۴) و به همین جهت گسترش مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک به ویژه از دوره نوزادی باید مورد توجه واقع شود. تکامل طبیعی نوزاد تا حدودی بستگی به تبادل واکنش‌های عاطفی بین مادر و نوزاد دارد، به طوری که این عواطف متقابل، آنها را از نظر روانی و فیزیولوژیک به یکدیگر پیوند می‌دهد. رابطه نزدیک بین مادر و نوزاد برای آمادگی مادران در فراهم نمودن مراقبت‌های توأم با محبت در طول دوران نوزادی، اهمیت به‌سزایی دارد (۵). در تحقیقات انجام شده وابستگی نوزاد به مادر این‌گونه بیان می‌گردد که جدایی زودرس نوزادان از مادران تأثیر منفی شدید در رشد هیجانی و هوشی کودک دارد (۲). برقراری ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد از بدو تولد امری ضروری می‌باشد و برای نوزاد دوره حساسی است و بدیهی است که برای دستیابی به این هدف والدین باید ارتباط نزدیکی با نوزاد خود داشته باشند (۱۰).

در بیمارستان‌هایی که از شیوه مراقبت هم‌اتاقی مادر و نوزاد استفاده می‌شود، بروز عفونت و همه‌گیر شدن آن در بین نوزادان به مراتب کمتر بوده و طبق محاسبات دقیق هزینه بیمارستان‌ها و نیروی انسانی مورد نیاز هم کاهش یافته است (۱). تماس مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد، تحریک مؤثری برای تأمین شیر بیشتر خواهد بود و علاوه بر این روند برقراری ارتباط ممکن است برخی مادران را قادر سازد که در طول دوران نوزادی و پس از آن، مراقبت محبت‌آمیزتری از فرزند خود داشته باشند (۶).

لذا لازم است که کادر درمانی از همان ساعات اولیه تولد نوزاد در ایجاد پیوند عاطفی محکم بین مادر و نوزاد که اساس سلامت روانی او را پایه‌گذاری می‌نماید و به شروع زودرس تغذیه با شیر مادر و تداوم آن منجر می‌گردد، بکوشند. امروزه به اثبات رسیده که بخشی از مراقبت‌های پرستاری نوزادان و خانواده‌های آنها باید در جهت برقرار نمودن ارتباط بین کودک و والدین در موقع تولد باشد (۱۱).

کادر درمانی باید فرصت‌هایی برای برقرار نمودن ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد با تشویق نمودن مادر جهت در آغوش گرفتن، لمس کردن و تماس چشم به چشم با نوزاد هرچند به مدت کوتاه پس از زایمان فراهم نمایند (۱۰). کادر درمانی گروهی هستند که مراقبت از مادر و نوزاد را از هنگام تولد برعهده دارند و

قطع بند ناف (۶/۵٪) بود. توزیع فراوانی و درصد کلیه اقدامات در اتاق زایمان در جدول ۱ آورده شده است.

رابطه بین اقدامات انجام شده با سن مادر، تعداد زایمان، میزان تحصیلات، شیفت زایمان و نوع زایمان در جدول ۲ آورده شده است.

۲- یافته‌های حاصل از اقدام‌های انجام شده در اتاق بعد از زایمان به منظور طرح هم‌اتاقی مادر و نوزاد:

نتایج حاصل از بررسی‌ها نشان داد که بیشترین اقدام انجام شده در اتاق بعد از زایمان، «اجازه دادن به خانواده جهت ملاقات با نوزاد در کنار هم» (۹۸/۶٪) و در مرحله بعد «تشویق مادر به گذاشتن نوزاد روی سینه خود» (۹۶/۷٪) و کمترین اقدام انجام شده مربوط به «قرار دادن نوزاد در آغوش مادر هنگام ملاقات مادر با نوزاد» (۵۲/۶٪) بود که توزیع فراوانی اقدامات و رابطه آنها با سن، میزان تحصیلات، تعداد زایمان، شیفت زایمان و نوع زایمان در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

تحلیل داده‌ها و دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون‌های χ^2 ، t-test و فیشر استفاده شد.

نتایج

دامنه سنی افراد مورد مطالعه بین ۲۱ تا ۳۵ سال و میانگین سنی آنها 26.7 ± 2.6 بود. ۱۵۷ نفر (۷۳/۲٪) از افراد مورد مطالعه ۱-۳ زایمان، ۴۴ نفر (۲۰/۳٪) ۴-۶ زایمان و ۱۴ نفر (۶/۵٪) ۷-۱۱ زایمان داشته‌اند.

۱- یافته‌های حاصل از اقدامات انجام شده در اتاق زایمان به منظور برقراری ارتباط مادر و نوزاد:

بررسی داده‌ها نشان داد بیشترین اقدام انجام شده در برقراری ارتباط مادر با نوزاد در اتاق زایمان در مرحله اول اطلاع دادن جنسیت نوزاد به مادر (۸۸/۸٪) و در مرحله بعد اطلاع دادن سلامتی نوزاد به مادر (۷۰/۷٪) و کمترین اقدام انجام شده در مرحله اول تشویق مادر به برقراری تماس چشمی و کلامی (۴/۷٪) و در مرحله بعد قرار دادن نوزاد در آغوش مادر پس از

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد موارد عملکرد کادر درمانی به منظور برقراری ارتباط مادر با نوزاد در اتاق زایمان و بعد از زایمان در زایشگاه نیک‌نفس کرمان در سال ۱۳۷۴

انجام نشد		انجام شد		اقدامات در اتاق زایمان و بعد از زایمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱/۲	۲۴	۸۸/۸	۱۹۱	جنسیت نوزاد به مادر اطلاع داده می‌شود؟
۲۹/۳	۶۳	۷۰/۷	۱۵۲	سلامتی نوزاد (ظاهری) به مادر اطلاع داده می‌شود؟
۳۴	۷۳	۶۶	۱۴۲	نوزاد به مادر نشان داده می‌شود؟
۶۴/۷	۱۳۹	۳۵/۳	۷۶	نوزاد بر روی پوست شکم مادر قرار داده می‌شود؟
۹۳/۵	۲۰۱	۶/۵	۱۴	پس از قطع بند ناف نوزاد در آغوش مادر قرار داده می‌شود؟
۶۹/۸	۱۵۰	۳۰/۲	۶۵	نوزاد بحد کافی (رضایت مادر) نزد مادر باقی می‌ماند؟
۵۸/۱	۱۲۵	۴۱/۹	۹۰	مادر به گذاشتن پستان در دهان نوزاد تشویق می‌شود؟
۸۳/۳	۱۷۹	۱۶/۷	۳۶	مادر به لمس و نوازش کردن نوزاد خود تشویق می‌شود؟
۹۵/۳	۲۰۵	۴/۷	۱۰	مادر به برقراری تماس چشمی و ارتباط کلامی با نوزاد خود تشویق می‌شود؟
۷۰/۷	۱۵۲	۲۹/۳	۶۳	تا نیم ساعت پس از تولد ملاقات مادر با نوزاد انجام می‌شود؟
۱۲/۵	۲۷	۸۷/۵	۱۸۸	تا یک ساعت بعد از تولد ملاقات مادر با نوزاد انجام می‌شود؟
-	-	۱۰۰	۲۱۵	تا دو ساعت بعد از تولد ملاقات مادر با نوزاد انجام می‌شود؟
۴۷/۴	۱۰۲	۵۲/۶	۱۱۳	در ملاقات مادر با نوزاد، نوزاد در آغوش مادر قرار داده می‌شود؟
۹۴	۲۰۲	۶	۱۳	نوزاد در کات جداگانه نگهداری نمی‌شود؟
۱/۴	۳	۹۸/۶	۲۱۲	به خانواده اجازه ملاقات با نوزاد در کنار هم داده می‌شود؟
۳/۳	۷	۹۶/۷	۲۰۸	مادر به گذاشتن نوزاد روی پستان خود تشویق می‌شود؟

خط پررنگ علامت جدا کردن بخش زایمان از بخش بعد از زایمان می‌باشد.

جدول ۲: رابطه عملکرد کادر درمانی جهت برقراری ارتباط مادر با نوزاد در اتاق زایمان و بعد از زایمان با سن مادر، تعداد زایمان، میزان تحصیلات،

شیفت زایمان و نوع زایمان

رابطه اقدام با سن مادر			رابطه اقدام با تعداد زایمان			رابطه اقدام با میزان تحصیلات مادر			رابطه اقدام با شیفت زایمان			رابطه اقدام با نوع زایمان			اقدام
χ^2	dF	P	χ^2	dF	P	F^{**}	P	χ^2	dF	P	χ^2	dF	P		
۴/۸۵	۲	NS	۱/۹۹	۲	NS	۹/۲	<۰/۰۰۴	۱/۹۹	۲	NS	۱/۸۴	۲	NS	جنسیت نوزاد به مادر اطلاع داده می‌شود؟	
۲/۲۳	۲	NS	۲/۱۵	۲	NS	۰/۳۲	NS	۲/۱۵	۲	NS	۲/۵	۲	NS	سلامتی (ظاهری) نوزاد به مادر اطلاع داده می‌شود؟	
۲/۱۸	۲	NS	۱/۵۹	۲	NS	۰/۰۲	NS	۱/۵۹	۲	NS	۱۵/۵۷	۲	<۰/۰۰۵	نوزاد به مادر نشان داده می‌شود؟	
۰/۱۳	۲	NS	۱/۶۹	۲	NS	۰/۳۳	NS	۱/۶۹	۲	NS	۱۲/۵	۲	<۰/۰۰۲	نوزاد بر روی پوست شکم مادر قرار داده می‌شود؟	
***			***			۰/۹۴	NS	***			۰/۱۳	۲	NS	پس از قطع بند ناف نوزاد در آغوش مادر قرار داده می‌شود؟	
***			***			۰/۹۲	NS	***			۱۴/۲۱	۲	<۰/۰۰۱	نوزاد به حد کافی ارضایت مادر از نوزاد باقی می‌ماند؟	
۰/۸۵	۲	NS	۲/۵۵	۲	NS	۲/۹۴	<۰/۰۰۵	۲/۵۵	۲	NS	۱۳/۹۱	۲	<۰/۰۰۱	مادر به گذاشتن پستان در دهان نوزاد تشویق می‌شود	
***			***			۲/۸۴	NS	***			۴/۹۵	۲	NS	مادر به لمس و نوازش کردن نوزاد خود تشویق می‌شود؟	
***			***			۰/۴۵	NS	***			۱/۸۰	۲	NS	مادر به برقراری تماس جنسی با نوزاد خود تشویق می‌شود؟	
***			***			۰/۴۵	NS	***			۱/۸۰	۲	NS	مادر به برقراری ارتباط کلامی با نوزاد خود تشویق می‌شود؟	
۱/۰۴	۴	NS	۳/۲۲	۴	NS	۰/۷۶	NS	۳/۲۲	۴	NS	۱۶/۹۱	۴	<۰/۰۰۳	چند ساعت پس از تولد ملاقات مادر با نوزاد انجام می‌شود؟	
۱/۶۵	۲	NS	***			۰/۰۷	NS	***			۲۱/۱۹	۲	<۰/۰۰۰۳	در ملاقات مادر با نوزاد، نوزاد در آغوش مادر قرار داده می‌شود؟	
۰/۳۵	۲	NS	***			***		***			فینر	<۰/۰۰۱		نوزاد در کات جداگانه نگهداری نمی‌شود؟	
***			***			***		***			فینر	***		مادر به گذاشتن نوزاد روی پستان خود تشویق می‌شود؟	

NS = معنی‌دار نبود

** مربوط به آنالیز واریانس معادل t test

* به علت همگی و نرمال نبودن توزیع از χ^2 استفاده شد *** به دلیل حجم کم موارد آنالیز انجام نگرفت

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش بیشترین اقدام انجام شده جهت برقراری ارتباط مادر با نوزاد در اتاق زایمان، اطلاع جنسیت نوزاد به مادر بود (۸۸/۸٪) که این خود نشان دهنده این است که تمایل مادر به دانستن جنس نوزاد خود یا توجه پرسنل به این مسأله از اهمیت زیادی برخوردار است. اطلاع دادن سلامتی نوزاد به مادر (۷۰/۷٪) دومین اقدام انجام شده توسط کادر درمانی در اتاق زایمان بود که نشان دهنده اهمیت دادن مادر به سلامتی فرزندش و نگرانی وی از تولد فرزند ناقص می‌باشد.

باروز (Burroughs) در سال ۱۹۸۶ معتقد است که نگاه کردن به چشم‌های نوزاد، مادر را بیشتر به وی وابسته می‌کند (۹)، اما متأسفانه در افراد مورد مطالعه، تشویق مادر به تماس چشمی با

نوزاد خود کمترین اقدام (۴/۷٪) توسط کادر درمانی بود که با توجه به اهمیت موضوع بایستی تأکید لازم در این زمینه به عمل آید (۹).

بنت (Bennett) در سال ۱۹۸۹ متذکر شده است که مادر و کودک تا جایی که امکان دارد با یکدیگر مراقبت شوند. مادر باید تشویق شود که هر چه بیشتر و تا حدی که تمایل دارد نوزاد را لمس و با او صحبت نماید. افراد خانواده نیز تشویق شوند کودک را در آغوش گیرند، کودک سرتاسر روز در کنار مادر بماند و برای شیر خوردن در طول شب نیز نزد او آورده شود. این روش مادر را آماده می‌کند که در فرصت کافی با کودکش آشنا شود و اعتماد او در مراقبت نمودن از کودکش، قبل از این که به خانه برود توسعه یابد (۸).

تحقیقی تحت عنوان «مراقبت کانگوروی پوست با پوست» انجام داده است که نتایج حاصل نشان داد نوزادانی که روزهای بیشتری این نوع مراقبت را دریافت می‌کردند افزایش وزن بیشتری داشتند و درجه حرارت بدنشان نیز ثابت باقی مانده بود و در شش ماه اول کمتر گریه می‌کردند و مکیدن و شیر خوردن آنها طولانی‌تر و ترشح شیر مادرانشان نیز بیشتر بود و نوزادان بیمار در طول مدت تماس، نیاز به اکسیژن کمتری داشتند (۷)، که با توجه به اهمیت تماس پوستی مادر با نوزاد، در ۴۱/۹٪ از افراد مورد مطالعه در اتاق زایمان «مادر به گذاشتن پستان در دهان نوزاد تشویق می‌شد» و در ۳۵/۳٪ موارد «نوزاد بر روی پوست شکم مادر قرار داده می‌شد» که میزان این اقدامات چندان مطلوب نمی‌باشد و باید آموزش‌های لازم در این موارد به عاملین زایمان داده شود. در بخش بعد از زایمان در ۹۶/۷٪ موارد «مادر به گذاشتن نوزاد روی سینه خود تشویق می‌شود» که مطلوب می‌باشد ولی تنها در ۵۲/۶٪ موارد «در ملاقات مادر با نوزاد، نوزاد در آغوش مادر قرار داده می‌شود» که چندان مطلوب نیست و بایستی تأکید لازم در این زمینه به عمل آید.

از آنجا که اقدام مربوط به «تشویق مادر به گذاشتن پستان در دهان نوزاد» با میزان تحصیلات مادر رابطه معنی‌دار آماری نشان داده است شاید نشان دهنده رغبت بیشتر مادر تحصیل کرده در برقراری ارتباط با نوزاد خود باشد ($P < 0/005$).

در مقایسه اقدامات با نوع زایمان مشاهده شد در مادرانی که ای‌زی‌تومی شده‌اند فاصله آوردن نوزاد نزد مادر بیشتر بوده است ($P < 0/005$) که می‌تواند به علت نیاز بیشتر مادر به کمک دیگران باشد.

در شیفت شب نوزادان بیشتر در کات نگهداری شده بودند تا در شیفت‌های دیگر ($P < 0/001$) که احتمال می‌رود به علت ایجاد اختلال در خواب پرسنل و کمبود پرسنل در شیفت شب باشد. تورپی (Thorpy) معتقد است اختلال خواب و خواب‌آلودگی به دنبال شیفت شب بیشتر مشاهده می‌شود و خواب‌آلودگی با افزایش اشتباهات، کاهش ساعات کار و تولید اختلال در روابط اجتماعی همراه می‌باشد (۱۴) و از نظر سی‌بنالر و مک‌گاورن (Siebenaler & Mc Govern): علاوه بر کمبود احتمالی نیروی انسانی در شیفت شب می‌توان به خستگی و شکایت ناشی از بی‌خوابی در این شیفت اشاره نمود (۱۲).

امکان قرار دادن نوزاد در بدو تولد بر روی شکم مادر در شیفت شب کمتر بوده ($P < 0/002$) و همچنین «قرار دادن نوزاد نزد مادر به حد کافی» با شیفت زایمان رابطه معنی‌دار آماری نشان داد ($P < 0/001$) که احتمالاً به علت کمبود پرسنل و

در ایجاد ارتباط بین مادر و نوزاد از طریق تشویق مادر به برقراری تماس چشمی و ارتباط کلامی با نوزاد (۴/۷٪) و همچنین لمس و نوازش نوزاد (۱۶/۷٪) که از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند، اقدامات مؤثری صورت نگرفته که در این مورد باید آموزش‌های لازم به کادر درمانی داده شود. در ۹۸/۶٪ موارد اجازه ملاقات با نوزاد به خانواده وی داده شده است که متین تمایل خانواده به ملاقات عضو جدید خود است که این امر در ایجاد ارتباط، مؤثر می‌باشد.

می (May) در سال ۱۹۹۰ اظهار می‌دارد که دقایق و ساعات اولیه زندگی نوزاد دوره حساسی است و لازم است که والدین تماس و ارتباط نزدیکی با نوزاد خود داشته باشند تا تکامل مطلوب در آینده در او به وجود آید (۱۰). اما در افراد مورد مطالعه متأسفانه فقط در ۶/۵٪ موارد پس از قطع بند ناف، نوزاد در آغوش مادر قرار داده می‌شد که بایستی آموزش‌های لازم به عاملین زایمان در این زمینه داده شود.

سپین (Scipien) در سال ۱۹۹۰ می‌گوید: در نخستین ساعات و یا چند ساعت اول پس از تولد، نوزاد هوشیار می‌باشد و در این مرحله اگر نوزاد و مادر در تماس نزدیک با یکدیگر باشند وی فعالانه در برقراری ارتباط با مادر و توسعه آن شرکت می‌نماید و نتایج حاصل نشان داد مادرانی که در ۲ ساعت اول بعد از زایمان ارتباط محدود با کودک داشته‌اند نسبت به آنهایی که به برقراری ارتباط تشویق شده بودند به طور مشخصی از رفتار عاطفی کمتری برخوردار بوده‌اند (۱۱). تامسون (Thomson) در سال ۱۹۸۹ معتقد است: میزان آزار و غفلت از کودک در گروهی که جدا باشند نسبت به آنهایی که به صورت هم‌اتاقی مادر و نوزاد نگهداری می‌شوند بیشتر اتفاق می‌افتد (۱۳).

در افراد مورد مطالعه کلیه نوزادان تا ۲ ساعت بعد از تولد با مادران خود ملاقات می‌نمایند و در ۸۷/۵٪ موارد تا یک ساعت بعد از تولد ملاقات صورت می‌گیرد، از طرفی در ۱۰۰٪ موارد حتی در طول شب نوزاد در کنار مادر نگهداری می‌شود اما تنها در ۶٪ موارد نوزاد بدون واسطه کات در کنار مادر می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد جهت ملاقات سریع‌تر مادر با نوزاد، بلافاصله پس از انتقال به بخش بعد از زایمان اتاق معاینه نوزادان موجود در بخش بعد از زایمان بطور کامل تعطیل گردد و کلیه اقدامات مربوط به نوزادان در اتاق مادران انجام شود و جهت برقراری تماس هر چه بیشتر مادر با نوزاد تعداد کات‌های موجود در اتاق مادران تا حد امکان کاهش یابد.

آندرسون (Anderson) در سال ۱۹۸۹ در باره مراقبت از طریق تماس پوستی بین مادر و نوزاد و تأثیر آن بر وضعیت نوزاد

زایشگاه به ویژه عاملین زایمان و بخش بعد از زایمان جهت برقراری ارتباط مادر و نوزاد و لزوم برپائی دوره‌های آموزشی لازم.

۲- تأکید بر انجام کلیه اقدامات مربوط به نوزادان در اتاق مادران و تعطیل بخش معاینه نوزادان. باید توجه نمود که تعطیل نمودن بخش نوزادان به مفهوم قطع دخالت پرستار نیست و لزوم نظارت پی‌گیر پرستاران آگاه به مسائل نوزادان باید مورد تأکید قرار گیرد.

۳- جمع‌آوری کات‌های موجود در اتاق مادران و تعبیه نرده حفاظتی برکنار تخت مادر، به طوری که بتوان نوزاد را به آسودگی کنار مادر خواباند.

۴- دایر نمودن کلاس‌های آموزشی جهت ایجاد نگرش صحیح و افزایش سطح آگاهی مادران و دادن آموزش‌های لازم در خصوص برقراری ارتباط بیشتر مادر و نوزاد.

۵- اعمال نظارت بیشتر مسؤلان مربوط خصوصاً در شیفت شب.

سپاسگزاری

مجربان طرح از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان که طرح فوق را تصویب و هزینه‌های آنرا تقبل نموده‌اند و همچنین از خانم منصوره عزیززاده فروری و سایر همکاران که ما را در این پژوهش همراهی کرده‌اند کمال تشکر و امتنان را دارند.

شلوغی بخش در شیفت شب این اقدامات کمتر و در شیفت صبح به دلیل تکمیل پرسنل و حضور دانشجویان مختلف و نظارت زیادتر بر بخش، بیشتر انجام می‌شده است. «ملاقات مادر با نوزاد حداکثر پس از دو ساعت» با شیفت، رابطه معنی‌دار آماری داشت ($P < 0.05$) و در شیفت صبح نسبت به عصر و شب کمتر انجام می‌شد که این گونه استنباط می‌شود که در شیفت صبح علاوه بر آماده کردن نوزاد برای انتقال به بخش بعد از زایمان، ویزیت پزشک کودکان و تزریق واکسن به نوزاد که در اتاق معاینه نوزادان صورت می‌گیرد، باعث طولانی‌تر شدن فرآیند انتقال نوزاد می‌شود و در نتیجه ملاقات مادر و نوزاد در شیفت صبح به تعویق می‌افتد که پیشنهاد می‌شود تمام مراقبت‌های یاد شده در اتاق مادر صورت گیرد تا مادر نیز فرصت بیابد با طرح سؤالات خود در باره نوزاد آموزش لازم جهت مراقبت از نوزاد خود را کسب نماید. در مجموع اقدامات انجام شده در اتاق زایمان کمتر از اقداماتی بوده است که در بخش بعد از زایمان انجام می‌شود که می‌تواند به علت گرفتاری پرسنل در روند زایمان باشد. به پرسنلی که مسؤل زایمان هستند باید تأکید شود تا کلیه اقدامات مربوط به مادر را به عنوان یک وظیفه انجام دهند. این مسأله به ویژه برای مادرانی که تحت اپی‌زیاتومی قرار می‌گیرند بیشتر حائز اهمیت می‌باشد.

در پایان پیشنهاد می‌گردد جهت برقراری هر چه بیشتر ارتباط مادر با نوزاد و استفاده از مزایای آن، اقدامات زیر صورت گیرد:

۱- ایجاد نگرش صحیح و افزایش سطح آگاهی پرسنل

Summary

A Survey on Hospital-Staff Practice for Communication of Mother-Infant Attachment and Rooming in Plan in Niknafs Maternity Ward in Kerman

M. Monshizadeh, BS¹; MT. Yasamy, MD²; and M. Kohan, MS¹

1. Faculty Member 2. Assistant Professor of Psychiatry, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

Birth attendants are among the most important persons who can provide appropriate mother-infant relationship, immediately after birth followed by nurses who continue the task in the postpartum ward. On June 1995, using a data collection form prepared by the research group, staff behaviour toward childbearing mothers and their newborn infants (n=215) was observed in the delivery room and postpartum ward to evaluate staff practice regarding the establishment of mother-infant relationship and rooming in programe in Niknafs maternity ward of Kerman. The results were as follow: Mean age of mothers was 26 ± 6.7 and mean of education years was 7.5 ± 4.5 . Average parity number was 2.74 ± 2 with a median of 2. Delivery was normal in 51.2% and episiotomy in 48.8%. The most and the least frequent

actions taken to establish mother infant relationship were "declaring sex of infant to mother" (88.8%) followed by "encouraging mother for visual and verbal contact" (4.7%). In postpartum ward they were "permission of group meeting of family with the newborn" (98.6%) and "laying the newborn in mother's embrace" (52.6%). Most measures taken to establish mother-infant relationship were significantly related to the personnel of the shift. Though the whole practice in the postpartum ward was much better compared with the labor room, it is still far from desirable and both groups especially those in the labor room are in need of more training. There is also a need for more supervision especially during the night shift.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1996; 3(3): 149-155

Key Words: Practice, Mother-Infant Relationship, Rooming in Programme, Therapeutic staff

منابع

۱. عابدیان، کبری؛ مزایای شیر مادر. فصل‌نامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مازندران، ۱۳۷۳، شماره ۲، ص ۸.
۲. کاپلان، سادوک: خلاصه روانپزشکی، ترجمه: نصرت... پورافکاری، جلد اول، انتشارات ذوقی، تبریز، ۱۳۷۱، ص ۹۲.
۳. مرکز آمار ایران: جمعیت بر حسب سن و جنس، بهمن ۱۳۷۳.
۴. مرندی، علیرضا: سلامت کودکان در سال‌های آینده. مجله دارو درمان، ۱۳۷۰، سال هشتم، شماره ۹۵۲، ص ۲۷.
۵. نلسون: بیماری‌های نوزادان نلسون. ترجمه: سعید شفیعی، انتشارات نیا، تبریز، ۱۳۷۰، ص ۳۶.
۶. نلسون: درس‌نامه طب کودکان نلسون. ترجمه: اساتید طب کودکان دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران - شهید بهشتی و ایران، انتشارات شهرآب آینده‌سازان، تهران، ۱۳۷۳، ص ۵۳۴.
7. Anderson BG and Shapiro PJ: Basic maternal - new born nursing. 5th ed., U.S.A, Delmon Publishers Inc, 1989: pp1168-1172.
8. Bennett VR and Brown Lk: Myles - Textbook for Midwives. 11th ed., London, Churchil Livingstone Co., 1989: P238.
9. Burroughs A: Maternity nursing. 5th ed., Philadelphia, W.B. Saunders Co, 1986: pp297-298.
10. May KA and Mahlmeister LR: Comprehensive maternity nursing. 2nd ed., Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1990: p974.
11. Scipien C and How B: Pediatric Nursing Care. 5th ed., St. Louis, C.V. Mosby Co., 1990: p23.
12. Siebenaler MJ and Mc Govern PM. Shift work. Consequences and Considerations. *AAOHN J* 1991; 39(12): 558-567.
13. Thomson M, Westreich R, Rush J, Chalmers I and Enkin M. Care of the new mother and baby. In: Enkin M, kerise M.J.N.C, and chalmers I(Eds). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 1st ed., Oxford, Oxford university press 1989; pp304-312.
14. Thorpy MJ. The Clinical use of Multiple sleep Latency Test. *Sleep* 1992; 15(3): 268-276.