اثربخشی برنامه مهارت آموزی مبتنی بر بازی‌های عصب‌نمایشی بر سلامت روان نوزادان

الهام توکلی[۱]، شهلا پزشک[۲]، ژانت هاشمی آذر[۳]، علی دلاور[۴]
غلامرضا صرامی[۵]

Effectivness of skill training program based on Neuro- Dramatic Plays on Infants' Mental Health

Elham Tavakoli, Shahla Pezeshk, Janet Hashemi Azar, Ali Delavar, Gholam Reza Sarami

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۲۱ پذیرش اولیه: ۱۳۹۵/۱۱/۹ پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۱۲/۱۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیرات برنامهٔ مهارت‌آموزیِ مبتنی بر بازی‌های عصب‌نمایشی و در چارچوب نظریهٔ دلبستگی بر سلامت روان نوزادان انجام شده است. بدین منظور ۹۰ مادر باردار با استفاده از نمونهٔ در دسترس از دو مرکز درمانی در تهران (بیمارستان نیکان و مرکز سلامت مادران) انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند. گروه پیش و پس از تولد (۳۰)، گروه پس از تولد (۳۰) و گروه گواه (۳۰). ملاک‌های ورود در این مطالعه شامل سلامت روان مادر، سن مادر (۲۰ تا ۳۵)، سطح تحصیلات مادر (دیپلم تا دکترا) و نخست‌زا بودن وی بود. سلامت روان نوزاد در پایان شش ماهگی از طریق مقیاس هشدار پریشانی کودک و مصاحبه با مادر سنجیده شد. در مقایسهٔ نتایجِ به دست آمده از سه گروه مشخص شد که هیچ‌یک از نوزادان گروه پیش و پس از تولد نشانه‌های خطر را در شش ماهگی نشان نمی‌دادند در حالی که ۳۳٪ گروه پس از تولد و ۴۰٪ گروه گواه نشانه‌های خطر را نشان می‌دادند. این نتایج با مصاحبه‌ها همسو بود. بنابراین آموزش مادران برای بازی و پاسخ‌گویی به نیازهای نوزادان از دوران بارداری می‌تواند تأمین‌کنندهٔ سلامت روان نوزادان‌شان باشد. به نظر می‌رسد بازی‌های عصب نمایشی، روش درمانی مناسب و موثری است که می‌تواند برنامه-های فرزندپروری پیش از تولد و مداخلات پیشگیری زودهنگام برای نوزادان را غنی‌تر کند.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، بازی‌های عصب‌نمایشی، نوزادی، مداخلهٔ پیش از تولد، دلبستگی

Abstract

To examine the impacts of a skill training program based on neuro- dramatic plays in attachment theory framework on infant mental health, ۹۰ pregnant mothers were selected and randomly were divided into three groups: prenatal and postnatal group (۳۰), postnatal group (۳۰) and control group (۳۰). Inclusion criteria in were maternal mental health, mothers' age (۲۰-۳۵), mothers' education (diploma-Ph.D.) and being first time mother. Infant mental health was evaluated when the infants were ۶-month old using ADBB and an interview based on ۰-۳. Of the sample, ۳۳٪ of postnatal group and ۴۰٪ of control group had some signs of danger in ADBB; however the prenatal and postnatal group hadn't any symptom. The results were consistent to interviews. As predicted, educating mothers to play and response to their infants from pregnancy could be an effective intervention on their infants' mental health. It seemed neurodramatic plays could be an appropriate and effective treatment that could be enriched parenting training manuals and early preventions interventions for infants.

Key Words: Mental Health, Neuro- Dramatic Plays, Infancy, Prenatal Intervention, attachment

۱.(نویسنده مسئول). گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران Elhamtavakoli۱۹۸۸@gmail.com
۲. گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۳. گروه روان‌شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۴. گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
۵. گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.4$]

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

مقدمه

بارداری و فرایند تولد نوزاد نیازمند سازگاری جسمی و روان‌شناختی است. فرایند رشد از نطفه به جنین و جنین به نوزاد تأثیر گسترده‌ای بر سلامت ذهنی و جسمی دارد (اسلید و کری[۱]، ۲۰۱۰). تجربهٔ بارداری بد، یک عامل خطر عمومی برای مشکلات سلامت روان است (مِرِز، نیومن، وُرِن و کورنیش[۲]، ۲۰۰۵). بارداری علی‌رغم ایجاد احساسات خوشایند، به دلیل استرس، موجب بروز حالات روان‌رنجوری نیز می‌شود (عباسی، تفضلی، اسماعیلی و حسن‌آبادی، ۱۳۸۷). بنابراین مراقبت هیجانی از زنان از ابتدای بارداری، به منظور به حداکثر رساندن بهزیستی روان‌شناختی و پیشگیری از مشکلات سلامت روانِ نوزادان، انجام می‌گیرد که روی شکل‌گیری مغز و سیستم عصبی مرکزی نوزاد تأثیر دارد. این مداخلات شامل اقداماتی است که بهزیستی مادر و دلبستگی با نوزاد را افزایش می‌دهد (اسلید و کری، ۲۰۱۰؛ ایکلسون[۳]، بی‌تا). مطالعات اخیر تأثیر منفیِ مشکلاتِ سلامت روانِ حین بارداری، روی جنین را بررسی کرده‌اند که شامل کاهش وزن نوزاد، زایمان زودرس و سقط جنین است (گرف و همکاران، ۲۰۱۲؛ عباسی، تفضلی، اسماعیلی و حسن آبادی، ۲۰۱۳). به منظور مداخله باید راه‌کارهای مقابله با استرس از جمله دلبستگی به جنین، به مادر آموخته شوند.

دلبستگی مادر- جنین[۴] اصطلاحی است که برای توصیف ارتباط هیجانی زن باردار با جنین در حال رشدش به کار می‌رود و عاملی مؤثر بر روی احساسات، شناخت‌ها و رفتارهای نوزاد محسوب می‌شود(مک فرلاند و همکاران، ۲۰۱۱). دلبستگی در طول دورهٔ بارداری افزایش پیدا می‌کند و این دلبستگی اساس رابطهٔ پس از زایمان است. دلبستگی ایمن لازمهٔ سلامت روانی نوزاد است (شویتنبرگ، شا و پولمن[۵]، ۲۰۱۳؛ ملک‌پور، ۲۰۰۷؛ اِسوی و خلیل[۶]، ۲۰۱۲) و نوزادانی که مشکلات دلبستگی دارند به دلیل مشکل در پاسخ‌دهی به استرس، از نظر سلامت روان دچار مشکل می‌شوند (اسکوری[۷]، ۲۰۰۱؛ پاجی دیویس، گلن، وافارن و سندمن[۸]، ۲۰۱۱). مداخلات توانسته‌اند بر دلبستگی مادر- جنین تأثیر بگذارند و موجب بهبود وضعیت سلامت روان مادر، پرت شدنِ حواس وی از نگرانی‌های روزمره و تمرکز روی جنین شوند. سلامت روان مادر روی سلامت جنین و بعدها سلامت نوزاد تأثیر می‌گذارد و در بلند مدت به سلامت جامعه کمک می‌کند (اناری و همکاران، ۱۳۹۴؛ عباسی، تفضلی، اسماعیلی و حسن آبادی، ۲۰۱۳).

تا دههٔ ۱۹۷۰ هیچ اختلال روان‌پزشکی در دوران کودکی ثبت نشده بود و در پایان دههٔ ۱۹۷۰ بود که اختلالات این دوره به کتب درسی حوزهٔ روان‌پزشکی راه یافتند. در ۴۰ سال اخیر تمرکز عمده روی درمان اختلالات در کودکان سنین بالا (ابتدا نوجوانان و سپس کودکان سنین مدرسه) بوده است و حوزهٔ سلامت روان نوزادان حوزهٔ جدیدی است که فرصت را برای بررسی مشکلات مشابه در نوزادان، نوپایان و کودکان سنین پیش از دبستان، گشوده است (ایگر و امدی[۹]، ۲۰۱۰). این امر تاحدی تابع افزایش بقای نوزادان و در نتیجه توجه به کیفیت زندگی آنها است. تعریف نوزادی متفاوت است. در تعریف سلامت روان نوزادان، ۳ سال نخست مطرح شده است اما در امریکا، دوران نوزادی تنها سال نخست را در بر می‌گیرد (مِرِز و همکاران، ۲۰۰۵). فرایبرگ[۱۰] (۱۹۸۲) سلامت روان نوزاد را در سه بخش تعریف می‌کند؛ نوزاد[۱۱] (کودک زیر سه سال)، روان[۱۲] (حوزه‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی) و سلامت[۱۳] (بهزیستی نوزاد و خانواده). به طور کلی سلامت روان نوزاد را می‌توان به یافتن زودهنگام راهبردهای کارآمد و انعطاف‌پذیر برای مقابله با استرس، تعریف کرد و مشکلات سلامت روان را نیز، نقص در این مکانیزم‌ها تعریف کرد (اسکوری، ۲۰۰۱). همان‌گونه که امدی (۱۹۸۸) مدعی است، کارکرد غیرسازشی، زمانی بروز می‌کند که یک فرد با خواسته‌های محیط روبه‌رو شود؛ اما انتخاب و راهبردی برای تغییر نداشته

۱. Slade & Cree
۲. Mares, Newman, Warren & Cornish
۳. Eccleson
۴. Mother- fetus attachment
۵. Schwichtenberg, Shah & Poehlmann
۶. Eswi & Khalil
۷ Schore
۸ Poggi Davis, Glynn, Waffarn & Sandman
۹ Egger & Emde
۱۰ Fraiberg
۱۱ infant
۱۲ mental
۱۳ health

باشد. سلامت روان نوزاد رویکرد پیشگیرانه دارد. هدف فعالیت‌های آن افزایش رشد عادی و پیشگیری از مشکلات رشدی است (مِرز و همکاران، ۲۰۰۵). بعضی از ویژگی‌های سلامت روان دورهٔ نوزادی چندجانبه است و جهت‌گیری رشدی، رابطه‌ای و پزشکی دارد (گوئدنی و لبوویچی[۱]، ۱۹۹۷؛ بگت، وارلن، همیلتون، رابرتس و استیکر[۲]، ۲۰۰۷). سلامت روان نوزاد را نمی‌توان صرفاً یک سازهٔ روان‌شناختی در نظر گرفت. این سازه بیشتر یک سازهٔ روانی زیستی است. مفهوم نظم‌دهی هم به لحاظ زیستی و هم روان‌شناختی مطرح است و سلامت یا وجود نشانهٔ خطر در حوزهٔ روان نوزاد را تعیین می‌کند. سلامت روان نوزاد به وجود یا نبود کارکردهای روان‌شناختیِ خاص نسبت داده می‌شود؛ اما باید به این نکته توجه داشت که این کارکردها خود تابع ساختارهای زیستی خاصی هستند. این ساختارها در مغز جای دارند و برای رشد آنها دوره‌های حساسی وجود دارد. این دوره‌های حساس از اواخر بارداری تا سال دوم زندگی است. طی این دوره رشد مغز بسیار به مشکلات محیطی حساس است و تأثیر این مسائل روی آن به مشکلات سلامت روان نوزاد منجر می‌شود (اسکوری، ۲۰۰۱). یکی از شیوه‌های تعاملی والد- فرزند «بازی» است (رامچاندانی[۳] و همکاران، ۲۰۱۳). بازی می‌تواند با ایجادتحریک زیستی موجب افزایش رشد و حمایت هیجانی شود (گرینسپن و ویدر[۴]، لیبرمن و ون هورن[۵]، ۲۰۰۹). بازی طی دوران نوزادی و کودکی تأثیر عمیقی روی کودک دارد و به سلامت جسمانی و هیجانی، قابلیت همدلی و رشد سالم او کمک می‌کند. نوزاد از ابتدا خواهان ارتباط، تعامل و بازی است و این بازی می‌تواند به رشد سالم او کمک کند (جنینگز[۶]، ۲۰۱۱). از جمله بازی‌های تأثیرگذار بر رشد نوزاد می‌توان به بازی‌های عصب‌نمایشی اشاره کرد.

بازی‌های عصب‌نمایشی تأثیر عمیقی بر رشد مغز و تعادل شیمیایی بدن دارند. این بازی‌ها مدعی تأثیرگذاری بر بلوغ اجتماعی و هیجانی آتی کودک نیز هستند. بازی‌های عصب‌نمایشی سه مؤلفهٔ مهم دارند: بازی حسی[۷]، ریتمیک[۸] و نمایشی[۹] که اساس آنها اعمال تکراری است (جنینگز، ۲۰۱۰). جنینگز (۲۰۱۱) معتقد است که این بازی‌ها روی نظام لمبیک اثر می‌گذارند. عناصر و انواع مختلف بازی مانند بازی‌های حسی و ریتمیک مثل لمس و ماساژ، صدای آرامش‌بخش و حرکات و کلمات عاشقانه به رشد مناطق هیجانی مغز مانند تالاموس و هیپوتالاموس کمک می‌کنند و داستان‌ها و بازی‌های نمایشی نیز روی رشد مناطق بالاتر مغز یعنی مغز منطقی و توان بالقوهٔ همدلی و رشد نورون‌های آینه‌ای[۱۰] اثر می‌گذارند. زیربنای تمامی بازی‌های حسی انجام دادن فعالیت‌هایی است که به تجارب و تحریک‌های حسی منجر می‌شوند. بنیان بازی‌های ریتمیک انجام دادن فعالیت‌هایی است که احساس ایمنی و ارتباط بدن نوزاد با سایر بدن‌ها را ایجاد می‌نماید و بنیان بازی‌های نمایشی انجام هر نوع فعالیتی است که حالت تقلیدی دوجانبه دارد و به اعمال همدلانهٔ مادر و قرار گرفتن وی در موقعیت‌های تخیلی مرتبط است. با در نظر گرفتن همین اساس سایر فعالیت‌ها یا بازی‌های موجود در ادبیات پژوهش، به پکیج بازی‌های عصب‌نمایشی افزوده شدند.

حوزهٔ سلامت روان نوزادان بیشتر در گرو روابط است تا خود فرد (گوئدنی، ۱۹۹۷). وینی‌کات[۱۱] (۱۹۶۴) مدعی است که چیزی به نام نوزاد وجود ندارد. نوزاد تنها در ارتباط با یک فرد دیگر معنا دارد. به وجود آوردن یک رابطهٔ دوجانبه، گرم و سالم اساسی‌ترین مؤلفه برای رشد نوزاد است. مداخلات می‌توانند برای برقراری روابط اولیه کمک‌کننده باشند. این رابطه هم برای مادر مفید است و هم مؤلفه‌ای کلیدی در حفاظت از نوزاد در برابر عوامل خطر است و می‌تواند به سلامت روان و روابط اجتماعی خوب منجر شود (اپلتون، هریس، اوتس و کِلی[۱۲]، ۲۰۱۲).

موفق‌ترین مداخلات، مداخلات پیشگیرانه‌ای است که رابطه و سازگاری نوزاد با مراقبش را تسهیل کند و به این

[۱] Guedeney & Lebovici
[۲] Baggett, Warlen, Hamilton, Roberts & Staker
[۳] Ramchandani
[۴] Greenspan & Wieder
[۵] Lieberman & Van Horn
[۶] Jennings
[۷] sensory
[۸] rhythmic
[۹] dramatic
[۱۰] mirror neurons
[۱۱] Winnicott
[۱۲] Appleton, Margaret, Oates & Kelly

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

ترتیب به او احساس ایمنی برای استفاده از راهبردهایی را دهند که روابط اجتماعی را شکل داده و به عزت‌نفس دست یابند (رابینسون[1]، ۲۰۱۱؛ ایکلسون، بی‌تا). با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان و تأثیر مثبت رابطه و بازی والد- نوزاد (اسکوری، ۲۰۰۱). هدف این پژوهش تهیه برنامه بازی‌درمانیِ عصب‌نمایشی براساس نظریه‌های دلبستگی و روابط موضوعی و بررسی اثربخشی این برنامه بر روی سلامت روان نوزادان بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. جامعهٔ در دسترس، متشکل از تمام زنان باردار از چهار ماهگی بود که به بیمارستان نیکان و مرکز خدمات مامایی سلامت مادران، مراجعه کرده بودند. شرکت‌کنندگان این پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مادران داوطلبی انتخاب شد که در ماه چهارم بارداری قرار داشتند و در سال ۱۳۹۴ به بیمارستان نیکان و مرکز خدمات مامایی سلامت مادران مراجعه کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سلامت روان مادر (نبود اختلال روان‌شناختی ویژه)، بارداری نخستین فرزند، سن مادر (بین ۲۰ تا ۳۵ سال) و تحصیلات (سطح تحصیلات دیپلم به بالا). با این شیوه ۳۰ مادر در گروه آزمایش پیش و پس از تولد، ۳۰ مادر در گروه آزمایش پس از تولد و ۳۰ مادر در گروهِ گواه جای گرفتند؛ اما در طول پژوهش در هر گروه ریزش نمونه اتفاق افتاد. مادران گروه آزمایش پیش و پس از تولد، از ابتدای ماه چهارم و مادران گروه آزمایش پس از تولد از روز سومِ بعد از زایمان، هر پانزده روز یک‌بار تحت آموزش قرار گرفتند؛ در حالی که مادران گروه گواه هیچ آموزش خاصی دریافت نکردند. تعداد جلسات مداخله برای گروه آزمایشِ پیش و پس از تولد ۲۴ جلسه در مدت زمان یک سال و برای گروه آزمایش پس از تولد ۱۲ جلسه، در مدت زمان شش ماه بود. در هر جلسهٔ آموزشی دوران بارداری، ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به یوگا اختصاص داده می‌شد که توسط متخصص یوگا اجرا می‌شد. باقیماندهٔ زمان جلسات و جلسات پس از تولد به کلاس‌های آموزشی اختصاص داشت و محتوای آموزشی طبق جدول شماره۱ ارائه شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی: این پرسش‌نامه برای نخستین بار توسط گلدبرگ[2] (۱۹۷۲) تنظیم شد. فرم اصلی آن ۶۰ سؤال دارد و فرم‌های کوتاه آن ۱۲ تا ۲۸ سؤالی است و به شیوهٔ لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود. آزمون، علائم مرضی فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون ارزیابی می‌کند. مطالعات انجام شده در ایران نیز اعتبار و روایی این ابزار را در پژوهش‌های غربال‌گری تأیید کرده است (ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامنش و یعقوبی، ۱۳۸۶).

۲- مقیاس تجدید نظر شده هشدار پریشانی کودک[3]: این مقیاس با هدف ارزیابی رفتارهای اجتماعی نوزادان ۲ تا ۲۴ ماهه توسط گوئدنی و فرمانیان[4] (۲۰۰۱) ساخته شد. این رفتارها در ۸ ماده سازمان‌دهی شده‌اند؛ ۱. جلوه‌های چهره‌ای ۲. تماس چشمی ۳. سطح کلی فعالیت ۴. رفتارهای خودتحریکی ۵. آواگری ۶. پاسخ به محرک ۷. روابط ۸. جذابیت. مشاهده‌گر پس از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه مشاهده. به هر یک از این موارد بین ۰ تا ۴ نمره می‌دهد. گوئدنی و فرمانیان(۲۰۰۱) حساسیت آن را ۰/۸۲ و روایی سازه را بین ۰/۶۳ تا ۰/۶۷ تخمین زدند. نتایج مشابهی در سایر فرهنگ‌ها نیز به دست آمد. حداقل نمره نوزاد ۰ و حداکثر آن ۳۲ است. پیش از تکمیل این مقیاس، حداقل تعامل ۱۰ دقیقه‌ای با نوزاد ضروری است. نتایج پژوهشی از «استفاده از این مقیاس به عنوان یک ابزار غربال‌گری در بررسی مسائل سلامت روان نوزادان» پشتیبانی می‌کنند (گوئدنی، متی و پیورا[5]، ۲۰۱۳؛ گوئدنی و فرمانین، ۲۰۰۱؛ گوئدنی، ۱۹۹۷؛

[1] Robinson

[2] Goldberg
[3] Alarm Distress Baby Scale
[4] Fermanian
[5] Guedeney, Matthey & Purra

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

پیورا و همکاران، ۲۰۱۳؛ متی، کرنسک، هیلز[۱] و گوئدنی، ۲۰۱۳).

۳- *مصاحبهٔ مبتنی بر راهنمای ۰ تا ۳*[۲]: راهنمای تشخیصی اختلالات تحولی دوران نوزادی پیشنهاد می‌کند که به منظور بررسی نیمرخ سلامت روان نوزادان، این راهنما به شکل محوربه‌محور پیگیری شود (راهنمای ۰ تا ۳، ۲۰۰۵). به همین منظور مصاحبه‌ای بر اساس محورهای این راهنما طراحی شد و با مادر انجام شد.

یافته‌ها

مواد آزمون تجدید نظر شدهٔ هشدارِ پریشانیِ کودک به تفکیک مورد تحلیل قرار گرفتند و نتایج آنها میان سه گروه مقایسه شد. یافته‌های حاصل در جداول شمارهٔ ۲ تا ۷ ارائه شده است.

[۱] Crncec & Hales
[۲] Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

جدول ۱. برنامهٔ آموزشی مبتنی بر بازی‌های عصب‌نمایشی

شمارهٔ جلسه	محتوای آموزشی
جلسهٔ اول	آموزش درباره تغییرات جسمانی دوران بارداری، اطلاعات رشدی جنین ، تغذیه و اهمیت آن
جلسهٔ دوم	اهمیت رابطهٔ دلبستگی و نحوهٔ شکل‌گیری و آغاز آن از دوران پیش از تولد
جلسهٔ سوم	آموزش ماساژ خود مادر توسط همسر و همچنین نحوهٔ ماساژ جنین
جلسهٔ چهارم	آموزش تمرین‌های آرمیدگی و ورزش‌های دوران بارداری
جلسهٔ پنجم	آماده‌سازی مادر برای زایمان و برنامه‌ریزی برای آن و توضیح مراحل زایمان طبیعی برای مادران
جلسهٔ ششم	بحث‌های گروهی راجع به دوران بارداری و زایمان و ابراز هیجان‌های ناشی از بارداری
جلسهٔ هفتم	اهمیت بازی و نقش آن در رشد جنین و نوزاد
جلسهٔ هشتم	توصیف شرایط افسردگی پس از زایمان و علائم خطر آن
جلسهٔ نهم	تمرین بازی‌های حسی
جلسهٔ دهم	بازی‌های ریتمیک و تمرین‌های تعادلی همراه با موسیقی
جلسهٔ یازدهم	تمرین بازی‌های نمایشی مثل شمارش حرکات جنین
جلسهٔ دوازدهم	آماده‌سازی روانی مادر و توضیح اهمیت مراقبت کانگرویی بلافاصله پس از تولد و پرسش و پاسخ
جلسهٔ سیزدهم	ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ رشد و توانمندی‌های حسی و ادراکی نوزاد و آموزش نحوهٔ در آغوش گرفتن او و آموزش بازی‌های مربوط به ماه اول زندگی
جلسهٔ چهاردهم	آموزش ماساژ نوزاد
جلسهٔ پانزدهم	آموزش بازی‌های ویژهٔ ماه دوم زندگی
جلسهٔ شانزدهم	پرداختن به مسائل خواب و تغذیهٔ نوزاد و مشکلات احتمالی در این زمینه
جلسهٔ هفدهم	آموزش بازی‌های ویژهٔ ماه سوم زندگی
جلسهٔ هجدهم	آموزش مفهوم حساسیت در روابط[۱]، ذهنی‌سازی[۲] و آموزش پاسخ‌گویی کامل و به موقع به کلیهٔ نیازها
جلسهٔ نوزدهم	آموزش بازی‌های ویژهٔ ماه چهارم زندگی
جلسهٔ بیستم	آموزش حمایت از مراحل رشدی نوزاد
جلسهٔ بیست و یکم	آموزش بازی‌های ویژهٔ ماه پنجم زندگی
جلسهٔ بیست و دوم	آموزش علائم خطر مشکلات روان‌شناختی در نوزادان مطابق راهنمای طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی نوزادی و اوایل کودکی ۰ تا ۳
جلسهٔ بیست و سوم	آموزش بازی‌های ویژهٔ ماه ششم زندگی
جلسهٔ بیست و چهارم	تماشای نوار ویدئویی ضبط شده توسط مادران از بازی با نوزاد همراه با خود مادر و تأیید تعاملات مثبت و ارائهٔ بازخوردهای ارتباطی لازم در مورد مداخله‌گری یا انفعال به مادران

[۱] sensitivity
[۲] mentalization

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

جدول ۲. مقایسهٔ وضعیت سلامت از طریق جلوه‌های چهره‌ای میان سه گروه

گروه سلامت	سلامت	دارای نشانهٔ خطر
گروه آزمایش پیش و پس از تولد	۲۰	۰
گروه آزمایش پس از تولد	۹	۰
گروه گواه	۱۱	۴
مجموع	۴۰	۴

با توجه به این‌که شرایط آزمون خی‌دو برقرار نیست، مقدار محاسبه شدهٔ آزمون حقیقی فیشر برای جدول شمارهٔ۲ گزارش می‌شود که ۶/۳۹۳ و در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حداقل تفاوت‌های معنادار در جلوهٔ چهره‌ای برای متمایز کردن وضعیت سلامت روان میان سه گروه وجود دارد. تقابل فراوانی‌ها چنان است که از ۱۵ نوزاد گروه گواه، ۴ نوزاد در جلوه‌های چهره‌ای مشکلاتی نشان می‌دادند؛ اما این میزان در دو گروه آزمایش صفر است.

جدول ۳. مقایسهٔ وضعیت سلامت روان از طریق تماس چشمی میان سه گروه

گروه سلامت	سلامت	دارای نشانهٔ خطر
گروه آزمایش پیش و پس از تولد	۲۰	۰
گروه آزمایش پس از تولد	۸	۱
گروه گواه	۱۵	۰
مجموع	۴۳	۱

با توجه به اینکه شرایط آزمون خی‌دو برقرار نیست، مقدار محاسبه شدهٔ آزمون حقیقی فیشر برای جدول شمارهٔ ۳ گزارش می‌شود که ۲/۹۹۶ و در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حداقل تفاوت‌های معنادار در تماس چشمی برای متمایز کردن وضعیت سلامت روان میان سه گروه وجود ندارد. تقابل فراوانی‌ها چنان است که از ۱۵ نوزاد گروه گواه و ۲۰ نوزاد گروه آزمایش پیش و پس از تولد، هیچ‌یک مشکلی در تماس چشمی نشان نمی‌دادند؛ اما یکی از نوزادان گروه آزمایش پس از تولد در این زمینه دچار مشکل بود.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

جدول ۴. مقایسهٔ وضعیت سلامت روان و وجود نشانهٔ خطر از طریق رفتارهای خود تحریکی

گروه	سلامت	دارای نشانهٔ خطر
سلامت		
گروه آزمایش پیش و پس از تولد	۲۰	۰
گروه آزمایش پس از تولد	۶	۳
گروه گواه	۱۴	۱
مجموع	۴۰	۴

با توجه به اینکه شرایط آزمون خی‌دو برقرار نیست، مقدار محاسبه شدهٔ آزمون حقیقی فیشر برای جدول شمارهٔ ۴ گزارش می‌شود که ۶/۵۵۳ و در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حداقلِ تفاوت‌های معنادار در رفتارهای خودتحریکی، برای متمایز کردن وضعیت سلامت روان میان سه گروه وجود دارد. تقابل فراوانی‌ها چنان است که از ۲۰ نوزاد گروه آزمایش پیش و پس از تولد هیچ‌یک رفتارهای خودتحریکی نشان نمی‌دادند اما از ۱۵ نوزاد گروه گواه یک نوزاد و از ۹ نوزاد گروه آزمایش پس از تولد سه نوزاد دارای رفتارهای خودتحریکی بودند.

جدول ۵. مقایسهٔ وضعیت سلامت روان و وجود نشانهٔ خطر از طریق آواگری میان سه گروه

گروه	سلامت	دارای نشانهٔ خطر
سلامت		
گروه آزمایش پیش و پس از تولد	۲۰	۰
گروه آزمایش پس از تولد	۸	۱
گروه گواه	۱۴	۱
مجموع	۴۲	۲

با توجه به این‌که شرایط آزمون خی‌دو برقرار نیست، مقدار محاسبه شدهٔ آزمون حقیقی فیشر برای جدول شمارهٔ ۵ گزارش می‌شود که ۲/۳۷۶ و در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حداقل تفاوت‌های معنادار در آواگری برای متمایز کردن وضعیت سلامت روان میان سه گروه وجود ندارد. تقابل فراوانی‌ها چنان است که از ۲۰ نوزاد گروه آزمایش پیش و پس از تولد هیچ‌یک مشکلات آواگری را نشان نمی‌دادند اما از ۱۵ نوزاد گروه گواه یک نوزاد و از ۹ نوزاد گروه آزمایش پس از تولد یک نوزاد دارای چنین مشکلاتی بودند.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

جدول ۶. *مقایسهٔ وضعیت سلامت روان و وجود نشانهٔ خطر از طریق روابط میان سه گروه*

گروه	سلامت	دارای نشانهٔ خطر
سلامت		
گروه آزمایش پیش و پس از تولد	۲۰	۰
گروه آزمایش پس از تولد	۷	۲
گروه گواه	۱۵	۰
مجموع	۴۲	۲

با توجه به اینکه شرایط آزمون خی‌دو برقرار نیست، مقدار محاسبه شدهٔ آزمون حقیقی فیشر برای جدول شمارهٔ ۶ گزارش می‌شود که ۵/۰۲۰ و در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حداقل تفاوت‌های معنادار در برقراری روابط برای متمایز کردن وضعیت سلامت روان میان سه گروه وجود دارد. تقابل فراوانی‌ها چنان است که از ۲۰ نوزاد گروه آزمایش پیش و پس از تولد و ۱۵ نوزاد گروه گواه هیچ‌یک مشکلی در برقراری ارتباط نشان نمی‌دادند؛ اما از ۹ نوزاد گروه آزمایش پس از تولد دو نوزاد در این زمینه دچار مشکل بودند.

جدول ۷. *مقایسهٔ وضعیت سلامت روان و وجود نشانهٔ خطر از طریق جذابیت میان سه گروه*

گروه	سلامت	سلامت	دارای نشانهٔ خطر
گروه آزمایش پیش و پس از تولد		۲۰	۰
گروه آزمایش پس از تولد		۸	۱
گروه گواه		۱۵	۰
مجموع		۴۳	۱

با توجه به اینکه شرایط آزمون خی‌دو برقرار نیست، مقدار محاسبه شدهٔ آزمون حقیقی فیشر برای جدول شمارهٔ ۷ گزارش می‌شود که ۲/۹۹۶ و در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که حداقل تفاوت‌های معنادار در جذابیت، برای متمایز کردن وضعیت سلامت روان، میان سه گروه وجود ندارد. تقابل فراوانی‌ها چنان است که از ۲۰ نوزاد گروه آزمایش پیش و پس از تولد و ۱۵ نوزاد گروه گواه هیچ‌یک در زمینهٔ تلاش برای جذب در ارتباط، مشکلی نشان نمی‌دادند؛ اما از ۹ نوزاد گروه آزمایش پس از تولد یک نوزاد در این زمینه دچار مشکل بود.

همچنین ذکر این نکته قابل توجه است که تمامی اعضای سه گروه به لحاظ سطح فعالیت در سطح مطلوبی بودند؛ بنابراین این ماده نمی‌توانست، وضعیت سلامت و وجود نشانهٔ خطر در حوزهٔ سلامت روان در این سه گروه را متمایز کند. همچنین تمامی نوزادان در تمامی گروه‌ها به لحاظ پاسخگویی به محرک، در سطح مطلوبی بودند؛ بنابراین این

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

مورد نیز نمی‌توانست، وضعیت سلامت و وجود نشانهٔ خطر در حوزهٔ سلامت روان در این سه گروه را متمایز کند.

به دنبال ارائهٔ اطلاعاتِ مربوط به مقیاسِ تجدید نظر شدهٔ هشدار پریشانی کودک، یافته‌های حاصل از مصاحبهٔ مبتنی بر راهنمای طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی نوزادی و اوایل کودکی به دنبال می‌آیند. هیچ‌یک از نوزادان گروه آزمایش پیش و پس از تولد مطابق با این مصاحبه، اختلالات دوران نوزادی را نشان نمی‌دادند؛ اما یافته‌های مربوط به اختلالات دو گروه دیگر در جداول شمارهٔ ۸ و ۹ می‌آیند.

جدول ۸. فراوانی اختلال‌های نوزادان در گروه آزمایش پس از تولد بر اساس چارچوب راهنمای طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی نوزادی و اوایل کودکی

آزمودنی	اختلال استرس پس از ضربه	بدرفتاری و محرومیت	اختلال عاطفی	داغدیدگی و سوگ	اختلالات اضطرابی	افسردگی نوزادی	اختلال بیانگری هیجانی	اختلال سازگاری	اختلال تنظیم پردازش حسی	اختلال رفتاری خواب	اختلال تغذیه	اختلال رابطه‌ای
۱	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
۲	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
۳	–	–	–	–	–	☑	☑	–	–	–	–	☑
۴	–	–	–	–	–	–	–	–	–	☑	–	–
۵	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
۶	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
۷	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
۸	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
۹	–	☑	–	–	–	–	–	–	–	–	☑	–
مجموع	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱

همان‌طور که در جدول شمارهٔ۸ مشاهده می‌شود، سه نوزاد از نوزادان گروه آزمایش پس از تولد در مصاحبهٔ مبتنی بر طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی نوزادی و اوایل کودکی (۳-۰)، اختلال‌های بالینی نشان دادند، چنان که آزمودنی شمارهٔ۳ در سه طبقهٔ تشخیصی اختلال افسردگی، اختلال بیانگری هیجانی و اختلال رابطه‌ای ملاک‌های تشخیصی را نشان داد. همچنین آزمودنی شمارهٔ۴ ملاک‌های اختلال رفتاری خواب و آزمودنی شمارهٔ۹ ملاک‌های محرومیت و اختلال تغذیه را دارا بودند. وجود نشانگان در سه نوزاد از نه نوزاد این گروه نشان دهندهٔ آن است که یک سوم گروه آزمایش پس از تولد دچار اختلالات تحولی هستند.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

جدول ۹. فراوانی اختلال‌های نوزادان در گروه گواه بر اساس چارچوب راهنمای طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی نوزادی و اوایل کودکی

آزمودنی	اختلال استرس پس از ضربه	بدرفتاری و محرومیت	اختلال عاطفی	داغدیدگی و سوگ	اختلالات اضطرابی	افسردگی نوزادی	اختلال بیانگری هیجانی	اختلال سازگاری	اختلال تنظیم پردازش حسی	اختلال رفتاری خواب	اختلال تغذیه	اختلال رابطه‌ای
۱	-	☑	-	-	-	-	-	-	-	-	☑	-
۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۴	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۵	-	-	-	-	-	☑	-	-	-	-	-	☑
۶	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۷	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۸	-	☑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	☑
۹	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۰	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۱	-	-	-	-	-	-	-	☑	☑	-	-	☑
۱۲	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
۱۴	-	-	-	-	-	☑	-	-	-	-	-	-
۱۵	-	-	-	-	-	☑	☑	-	-	-	-	-
مجموع	۰	۲	۰	۰	۰	۳	۱	۱	۱	۱	۱	۲

همان‌طور که در جدول شمارهٔ ۹ مشاهده می‌شود، شش نوزاد از نوزادان گروه گواه در مصاحبهٔ مبتنی بر طبقه‌بندی تشخیصی سلامت روان و اختلالات تحولی نوزادی و اوایل کودکی (۳-۰)، اختلال‌های بالینی نشان دادند. چنان که آزمودنی شمارهٔ۱ در دو طبقهٔ تشخیصی محرومیت و اختلال تغذیه ملاک‌های تشخیصی را نشان داد. همچنین آزمودنی شمارهٔ۵ ملاک‌های اختلال افسردگی و اختلال رابطه‌ای و آزمودنی شمارهٔ۸ ملاک‌های محرومیت و اختلال رابطه‌ای را دارا بودند. آزمودنی شمارهٔ۱۱ ملاک‌های سه طبقهٔ تشخیصی اختلال سازگاری، اختلال تنظیم پردازش حسی و اختلال رابطه‌ای را دارا بود. آزمودنی شمارهٔ۱۴ ملاک‌های اختلال افسردگی و آزمودنی شمارهٔ۱۵ ملاک‌های اختلال افسردگی و اختلال بیانگری هیجانی را نشان می‌دادند. وجود نشانگان در شش نوزاد از پانزده نوزاد این گروه نشان دهندهٔآن است که دو پنجم گروه گواه، دارای نشانه‌های خطر مشکلات روان شناختی هستند.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش برنامهٔ مداخله‌ایِ مبتنی بر بازی‌های عصب‌نمایشی، بر سلامت روان نوزادان بود. با توجه به این یافته‌ها می‌توان مدعی شد که این برنامه توان اثرگذاری بر سلامت روان نوزادان را داشته است. همچنین مقایسهٔ نتایج دو ابزار نشان از همپوشی مشکلات در مقیاس تجدید نظر شدهٔ هشدار پریشانی کودک و نظام طبقه‌بندی اختلالات تحولی نوزادی و اوایل کودکی دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که نمودهای ظاهری، رفتارهای خودتحریکی و توان برقراری روابط، می‌توانند شاخص‌های بهتری برای تمایزگذاری میان وضعیت سلامت در نوزادان باشند. در نمودهای ظاهری، مشاهده‌کننده هرگونه کاهش در وضوح بیانگری چهره را با تکیه بر تغییر نمودهای چهره‌ای متناسب با موقعیت بررسی می‌کند. شواهد نشان از آن داشت که این مورد به خوبی می‌توانست تفاوت نوزادان سالم از نوزادان دارای مشکل را نشان دهد. در رفتارهای خودتحریکی، مشاهده کننده فعالیت بدنی زیاد با دست، انگشتان، موها، مکیدن انگشت، تکان‌های تکراری و ... را که به شکلی مکانیکی انجام می‌گیرند، لذت‌بخش نیستند، عجیب به نظر می‌آیند، با سایر فعالیت‌ها ارتباطی ندارند و به قصد آرام سازی خود انجام می‌گیرند، بررسی می‌کند که این مورد نیز شاخص مناسبی برای تمایزگذاری بود. منظور از توان برقراری ارتباط این است که آیا کودک توانایی برقراری ارتباط با هر فردی غیر از مراقب و توانایی حفظ روابط طی ارزیابی را دارد یا خیر که این شاخص نیز در پژوهش ما قابلیت تمایز میان وضعیت سلامت را داشت.

برای تبیین یافته‌های پژوهش باید یادآور شد که حس محافظت شدن[۱]، پیش‌بینی پذیری رفتار والدین[۲] و نظم‌دهی هیجانی[۳]، سازه‌های اصلی سلامت روان در دوران نوزادی هستند (لیبرمن و ون‌هورن[۴]، ۲۰۰۹؛ گرهارت[۵]، ۲۰۱۵). رابطه با مادر مؤلفه‌ای کلیدی در حفاظت از نوزاد در برابر عوامل خطر است؛ پس رابطهٔ مناسب با مادر می‌تواند به سلامت روان نوزاد منجر شود (اپلتون و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع کارکرد اصلی نظام والدینی فراهم کردن راحتی، حفاظت و مراقبت از کودک است (والش[۶]، ۲۰۱۰) به همین منظور مداخلات مرتبط با ارتقای سلامت روان نوزادان روی رابطه با مادر متمرکز هستند و می‌توان گفت افزایش سلامت روان مادران مکانیزمی برای حمایت از رشد سالم نوزاد است (لیبرمن و ون‌هورن، ۲۰۰۹؛ اپلتون و همکاران، ۲۰۱۲). مداخلاتی که تعامل مادر- نوزاد را تسهیل می‌کنند، اعتماد به نفس مادر را افزایش می‌دهند و بنابراین سلامت روان مادر را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (چو[۷] و همکاران، ۲۰۱۳). پس می‌توان با آموزش، مادران را به کمک‌های اولیهٔ روانشناختی مجهز ساخت (لیبرمن و ون‌هورن، ۲۰۰۹).

مولفهٔ دوم پیش‌بینی پذیری رفتار والدین است. اگر مراقبان به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی پاسخ دهند، الگوهایی پایدار در ذهن نوزاد شکل می‌گیرند (گرهارت، ۲۰۱۵). این الگوها برای نوزاد، چارچوبی برای تبیین جهان فراهم می‌کنند. اگر نوزاد نتواند به دلیل وجود والد غیرقابل پیش‌بینی که در دسترس نیست، الگویی شکل دهد، به این معنی است که شرایط اولیهٔ تأمین سلامت روان فراهم نیست (لیبرمن و ون‌هورن، ۲۰۰۹؛ بنسون و هیت[۸]، ۲۰۰۹). بازی‌های ریتمیک در بازی‌های عصب‌نمایشی می‌توانند تجربهٔ پیش‌بینی‌پذیری را فراهم نمایند (جنینگز، ۲۰۱۱).

---

۱ protection
۲ prediction
۳ Emotional regulation
۴ Lieberman & Van Horn
۵ Gerhardt
۶ Walsh
۷ Cho
۸ Benson & Haith

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

مولفهٔ سوم تنظیم هیجانی است. نوزادانی که به یک مراقب حساس دسترسی دارند، یک منبع بیرونی مطمئن و سالم در اختیار دارند تا در زمان تهدید و چالش به آن مراجعه کنند و دریافت این مراقبت، بنیان خودتنظیمی را در نوزاد بنا می‌کند (سواینگلر، پری، کالکینز و بل[1]، ۲۰۱۴). رابطهٔ خوب مادر- نوزاد می‌تواند پریشانی نوزاد را کاهش دهد و اساسی برای رفتارهای اکتشافی و یادگیری تنظیم هیجانی باشد (چو و همکاران، ۲۰۱۳). تنظیم هیجانی کارکرد اصلی نیمکرهٔ راست است (اسکوری، ۲۰۰۲). رشد نیمکرهٔ راست از سه ماههٔ آخر بارداری آغاز و تا دوران نوزادی ادامه می‌یابد. رشد مناسب ساختارهای بخش راست مغز می‌تواند از گذرگاه تنظیم هیجانی موجب افزایش سلامت روانی در دوره نوزادی شود (اسکوری، ۲۰۰۱). اسکوری(۲۰۰۱) معتقد است که همهٔ مشکلات روانی در نتیجهٔ مشکلات تنظیم هیجان به وجود می‌آیند. به طور کلی وجود یک مراقب حساس و با حضور پیوسته، برانگیختگی نوزاد را در یک سطح قابل مدیریت نگه می‌دارد و تجربهٔ تنظیم هیجانی اولیه مهم است زیرا پایهٔ رابطهٔ والد- نوزاد است و بنیادهای عصبی زیستی تنظیم هیجانی نیز در نوزادی ظهور می‌یابند. عامل مهم دیگر، خلق و خوی اولیه[2] و تناسب[3] میان والد و خلق و خوی نوزاد است که تعیین کنندهٔ تنظیم هیجانی است (بنسون و هیت، ۲۰۰۹؛ گوئدنی و همکاران، ۲۰۱۱؛ مک‌لین[4] و همکاران، ۲۰۱۴؛ سواینگلر و همکاران، ۲۰۱۴).

در برنامهٔ آموزشی مبتنی بر بازی‌های عصب‌نمایشی، به هر سه مؤلفه پرداخته شد و آموزش‌ها به صورتی ارائه شدند که به تسهیل رابطه، اهمیت حس محافظت شدن، پیش‌بینی‌پذیر بودن رفتار، برازش، حساسیت و پاسخ‌گویی نسبت به نشانه‌ها و نیازهای نوزاد در قالب یک رابطهٔ بازی‌گونه پرداخته شد. وینی‌کات اصطلاحی تحت عنوان *مادری رضایت‌بخش*[5] را مورد استفاده قرار می‌دهد. این اصطلاح برای مادری به کار می‌رود که دربارهٔ کودکش مشغولیت ذهنی دارد و دربارهٔ کودک یاد می‌گیرد و به نیازهایش پاسخ می‌دهد و ناکامی‌ها را تحمل می‌کند. او فردی منعطف است که علاوه بر پرداختن به نیازهای کودک قادر است به سایر نقش‌های خود نیز برسد. بالبی[6] معتقد است که چنین مادری کودک را سازمان‌دهی می‌کند و با حساسیت به نشانه‌های او پاسخ می‌دهد. افزایش حساسیت مادر، به تغییرِ کیفیتِ دلبستگی نمی‌انجامد؛ اما بر سلامت روان نوزاد مؤثر است. چنین مادری می‌تواند به کودک خود عشق بورزد. او قادر است تا تناقضات میان واقعیت کودک را از تصورات خود درک کند و از این کودک مراقبت نماید (به نقل از لیبرمن و ون‌هورن، ۲۰۰۹؛ برلین، زیو، آمایا جکسون و گرینبرگ[7]، ۲۰۰۷). در برنامهٔ آموزشی تلاش بر این بود که تمامی این ابعاد تحت پوشش قرار گیرند. بنابراین یافته‌های مبتنی بر سطح مطلوبِ سلامت روان، در گروه آزمایش پیش و پس از تولد دور از ذهن نیست؛ اما سؤال اینجاست که چرا این یافته‌ها در گروه آزمایش پس از تولد تکرار نشدند و این گروه تقریباً نتایجی همانند گروه گواه را در حوزهٔ سلامت روان نشان می‌دادند؟ در پاسخ به این سؤال می‌توان گفت همان‌طور که جنینگز (۲۰۱۱) مدعی است، تجارب حسی مادر در دوران پیش از تولد تأثیر عمیقی روی سلامت روان نوزاد بر جای می‌گذارد. به قول گزل[8]، اهمیت حوادث دوران کوتاه بارداری از حوادث تمام دوران زندگی کمتر نیست (به نقل از بنی‌جمالی و احدی، ۱۳۶۹). حمایت اجتماعی از زنان حین بارداری می‌تواند تأثیر عوامل استرس‌زا را کاهش و عزت‌نفس و مهارت‌های سازشی زنان را افزایش دهد (لورن، نلسون و فازیو[9]، ۱۹۹۵). انجام مرتب

[1] Swingler, Perry, Calkins & Bell
[2] temperament
[3] Goodness of fit
[4] MacLean
[5] Good enough mother
[6] Bowlby
[7] Berlin, Ziv, Amaya-Jackson & Greenberg
[8] Gesell
[9] Lauren, Nelson & Fazio

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

ماساژ، یوگا و لمس موجب کاهش فعالیت نظام پاراسمپاتیک می‌شود که نتیجهٔ آن کاهش اضطراب است (جنینگز، ۲۰۱۱؛ رفیعی، اکبرزاده، اسدی و زارع، ۱۳۹۲؛ طوسی، اکبرزاده، زارع و شریف، ۱۳۹۰). بنابراین مداخلات حین بارداری از مشکلات سلامت روانِ نوزادان جلوگیری می‌کند (ایکلسون، بی‌تا).

کناره‌گیری اجتماعی نیز یکی از ابعاد کلیدی سلامت روان در دوران نوزادی است؛ زیرا مکانیزم دفاعی این دوران، کناره‌گیری است (گوئدنی، متی و پیورا، ۲۰۱۳). به طور کلی نوزادان شش‌ماهه کفایت‌های اجتماعی زیادی دارند و خواهان تعامل هستند. هرگونه کناره‌گیری اجتماعی می‌تواند یک نشانهٔ هشدار غیرویژه برای مشکلات آتی رشدی در نوزاد باشد (برچن[1] و همکاران، ۲۰۱۳). کناره‌گیری نوزاد به واسطهٔ مقیاسِ هشدار پریشانیِ کودک و به منظور بررسی سلامت روان نوزادان، سنجیده می‌شود. ۳ تا ۲۷٪ نوزادان عادی و ۳۱ تا ۳۹٪ گروه در خطر ملاک کناره‌گیری اجتماعی را دارند (دالبرگ و کرن[2]، ۲۰۱۳). این در حالی است که در گروه نمونهٔ ما این میزان صفر بود. همچنین راهنمای تشخیصی اختلالاتِ تحولیِ دوران نوزادی، پیشنهاد می‌کند که به منظور بررسی نیمرخِ سلامتِ روان نوزادان، این راهنما به شکل محوربه‌محور پیگیری شود (راهنمای ۰ تا ۳، ۲۰۰۵). به همین منظور در این مطالعه هر دو ابزار در کنار هم مورد استفاده قرار گرفتند و به نتایجی همسو دست یافتیم.

به طور کلی این برنامه با حمایت مثبت از مادران، موجب شد بعضی از رفتارهای تدافعی آن‌ها که می‌توانست به نوزادان‌شان آسیب برساند و چرخهٔ معیوب ناایمنی و ناتوانی در نظم‌دهی هیجان‌ها را بین نسل‌ها تداوم بخشد، کاهش یابد. این برنامه با تلاش در جهت آنچه فوناجی[3] و همکارانش *کارکرد تأملی*[4] می‌نامند که به قابلیت آدمی برای درک رفتار و مقاصد و نیات نهفته در آن اشاره دارد (برلین، زیو، آمایا جکسون و گرینبرگ، ۲۰۰۷)، سعی در نگه داشتن نوزاد در ذهن مادرش داشت که به درک حالات درونی، هیجان‌ها، افکار و نیات او می‌انجامد. مادران در این برنامه می‌آموختند که چگونه استرس نوزادانشان را مدیریت کنند و از آنجا که رشد محور آدرنال-هیپوفیز-هیپوتالاموس نوزاد تحت تأثیر استرس مادر پیش از تولد است (ولبرگ و سکِل[5]، ۲۰۰۱؛ ریچمن و تیتلر[6]، ۲۰۰۳؛ برلین، زیو، آمایا جکسون و گرینبرگ، ۲۰۰۷؛ پاجی دیویس و همکاران، ۲۰۱۱؛ لتورنو[7] و همکاران، ۲۰۱۱؛ یوم، شاشوا، ویلسکووا و ویلسک[8]، ۲۰۱۲)، و شواهدی نیز وجود دارند که می‌گویند نقطه تنظیم این نظام، در شش ماهگی است (گرهارت، ۲۰۱۵) می‌توان گفت نحوهٔ عملکردِ پاسخ به استرسِ نوزادان، ثبات می‌یافت. پس می‌توان به نوعی مدعی ثبات سلامتی در این نوزادان در سال‌های آتی نیز بود. همچنین مداخله می‌تواند زمینهٔ انتقال بین نسلی تجربهٔ عشق را فراهم کند. کودکانی که تجربهٔ دوست داشته شدن را دارند، حتی در شرایط خیلی فشارزا نیز می‌توانند از منابع درونی خود استفاده کنند و رابطه‌ای حفاظتی با والدین‌شان شکل دهند. از این امر تحت عنوان تاب‌آوری یاد می‌شود (لیبرمن و ون‌هورن، ۲۰۰۹) که زمینهٔ رشد درست محور آدرنال-هیپوفیز-هیپوتالاموس و ترشح میزان کم کورتیزول و بنابراین سلامت روان را فراهم می‌کند (لتورنو و همکاران، ۲۰۱۱).

[1] Burtchen
[2] Dollberg & Keren
[3] Fonagy
[4] Reflective functioning
[5] Welberg & Seckl
[6] Reichman & Teitler
[7] Letourneau
[8] Yum, Chachua, Velıskova & Velısek

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

با توجه به آنچه در ادبیات پژوهشی حوزهٔ دلبستگی و سلامت روانِ دوران نوزادی وجود دارد و با در نظر گرفتن نتایج حاصل از این پژوهش، کاربرد برنامه‌های مداخله‌ایِ مبتنی بر دلبستگی، با همکاری متخصصان مختلف از جمله پزشکان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و روان‌شناسان و با همکاری و حمایت‌های مالی دولت ضروری به نظر می‌رسد. چرا که این مداخلات می‌توانند از اختلالات رابطه‌ای، جسمی و روان‌شناختی پیشگیری کنند و در هزینه‌های آتی بهداشت و درمان کشور، صرفه‌جویی کنند. همچنین این مداخلات می‌توانند نوید دهندهٔ نسلی سالم‌تر و نیروی انسانی کارآمدتر و بنابراین جامعه‌ای پیشرفته‌تر باشند. اهمیت این امر چنان است که گراهام آلن[1]، یکی از اعضای پارلمان انگلیس و نویسندهٔ *گزارش آلن*[2] می‌گوید: *امکان انجام مداخلات و انجام ندادن آنها مثل این است که درمانی برای سرطان داشته باشیم؛ ولی آن را زیر لباس خود پنهان کنیم* (آلن، ۲۰۱۳).

از جملهٔ محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ریزش نمونه به دلیل روند طولانی کار اشاره کرد. همچنین با توجه به نتایج مطلوب این پژوهش، انجام مداخلات پیش از تولد روی گروه‌های پرخطر، به منظور کاهش احتمال آسیب‌های ناشی از شرایط نامطلوب محیی، توصیه می‌شود. همین‌طور پیگیری‌های طولی تا سنین پیش از دبستان، به منظور تعیین دقیق‌تر اثرات برنامه‌های مداخله‌ای، توصیه می‌شود.

[1] Graham Allen
[2] Allen Report

تشکر و قدردانی: *از مرکز خدمات مامایی سلامت مادران و همچنین مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان نیکان که ما را صمیمانه در اجرای این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر را داریم.*

منابع

Abasi, A. T., M. Esmaeeli, H. HasanAbadi, H (۲۰۰۹). The effect of maternal-fetal attachment to the mother's mental health in the third trimester of pregnancy. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, ۱۵(۲), ۱۰٤-۱۰۹.

Abasi. E, T. M., Esmaily. H & Hasanabadi. H (۲۰۱۳). *The effect of maternal–fetal attachment education on maternal mental health.* Paper presented at the Turkish Journal of Medical Sciences.

Allen, G. (۲۰۱۳). Comment made at Westminster Social Policy Forum.

Anari, S. Z., K. Mohsenzadeh, F. Karamnia, M. Shokoohi Yekta, M. Alavinezhad, S (۲۰۱٦). Efficacy of Maternal Fetal Attachment Techniques on Enhancing Mother's Attachment to the Fetus. *Developmental Pschology: Iranian Psychologists*, ۱۲(٤۷), ۲۸۱-۲۸۸.

Appleton. J V, M. H., Oates. J, Kelly. C (۲۰۱۲). Evaluating health visitor assessments of mother–infant interactions: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, ٥۰(۱), ٥-۱٥.

Baggett, K. M., Warlen, L., Hamilton, J.L., Roberts, J.L. & Staker, M. (۲۰۰۷). Screening Infant Mental Health Indicators: An Early Head Start Initiative. *Infants & Young Children*, ۲۰(٤), ۳۰۰–۳۱۰.

Banijamali, S. A., H. (۱۹۹۰). *Mental health and mental retardation*. Tehran: Ney Publication. [persian]

Barlow. J, M. A. S., Kirkpatrick. S, Ghate. D, Smith. M, Barnes. J (۲۰۰۸). Health-led Parenting Interventions in Pregnancy and Early Years.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

Benson, L. B. H., M M (۲۰۰۹). *Social and Emotional Development in Infancy and Early Childhood*: Academic Press.

Berlin. L J, Z. Y., Amaya-Jackson. L, Greenberg. M T (۲۰۰۷). *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, and Policy*: The Guilford Press.

Burtchen, N.E. (۲۰۱۳). Screening for sustained social withdrawal bahaviors in six – month-old infants during pediatric primary care visits: Results from an at-risk Latino immigrant sample with high rates of maternal major depressive disorder. *Infant mental health journal*, ۳٤(٦), ٥٤٢–٥٥٢.

Cho. Y, H. T., Tomita. N, Shirakawa. S, Murase. K, Komoto. K et al (۲۰۱۳). Infant mental health intervention for preterm infants in Japan: Promotions of maternal mental health, mother–infant interactions, and social support by providing continuous home visits until the corrected infants age of ۱۲ months. *Infant mental health journal*, ۳٤(۱), ٤٧–٥٩.

Dollberg, D. K., M. (۲۰۱۳). Correlates of Change in Post institutionalized Infants' Sustained Social Withdrawal Behavior Following Adoption. *Infant mental health journal*, ۳٤(٦), ٥٧٤–٥٨٥.

Ebrahimi, A. M., H. Moosavi, GH. Bornamanesh, A. Yaghobi, M (۲۰۰۷). Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire ۲۸ (GHQ-۲۸) in Iranian Psychiatric Patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, ٥(۱), ٥-۱۱.

Eccleson, M. Using the Brazelton Approach to Support Babies and Parents.

Egger, H. L., & Emde, R. N. (۲۰۱۱). Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: The diagnostic and statistical manual of mental disorders—IV, the research diagnostic criteria—preschool age, and the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood—Revised.American Psychologist, ٦٦(۲), ۹٥.

Emde, R. N. (۱۹۸۸). Development terminable and interminable. In Innate and motivational factors from infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, ٦۹, ۲۳–٤۲.

Emde, R. N., Egger. H.L, Fenichel, E., Wise. A & Wright. B.K (۲۰۰٥). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. DC: organisation.

Eswi. A, K. A. (۲۰۱۲). Prenatal Attachment and Fetal Health Locus of Control among Low Risk and High Risk Pregnant Women. *World Applied Sciences Journal*, ۱۸(٤), ٤٦۲-٤۷۱.

Fraiberg, S. (۱۹۸۲). Pathological defences in infancy. *Psychoanalytical Quarterly*, ٤, ٦۱۲–٦۳٥.

Gerhardt, S. (۲۰۱٥). *Why Love Matters? How affection shapes a baby's brain*: Brunner-Routledge.

Greenspan. S I, W. S. (۲۰۰٦). Infant and Early Childhood Mental Health: A Comprehensive Developmental Approach to Assessment and Intervention.

Guedeney, A. (۱۹۹۷). From Early Withdrawal Reaction to Infant Depression: A Baby Alone Does Exist. *Infant mental health journal*, ۱۸(٤), ۳۳۹–۳٤۹.

Guedeney, A. Lebovici, S. (۱۹۹۷). Evaluation into the Relationship: Reflections on New Trends in Evaluation, Assessment, and Classification. *Infant mental health journal*, ۱۸(۲), ۱۷۱–۱۸۱.

Guedeney. A, G. N., Tereno. S, Dugravier. R, Greacen. T, Welniarz. B et al. (۲۰۱۱). The time of the infant, parent-infant desynchronization and attachment disorganization, Or how long does it take for a preventive action to be effective? , from Human Capital and Economic Opportunity: A Global Working Group

Guedeney, A. (۲۰۱۳). Social withdrawal behavior in infancy: A history of the concept and a review of published studies using the alarm distress baby

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Archive of Womens Mental Health,* ١٤, ٤٢٥–٤٣٤.

Poggi Davis. E, Glynn, L. M., Waffarn. F, Sandman. C A (٢٠١١). Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* ٥٢(٢), ١١٩–١٢٩.

Purra. K, M. M., Leppanen. J, Peltola. M, Salmelin. R, Luoma I, et al (٢٠١٣). Associations between Maternal Interaction Behavior, Maternal Perception of Infant Temperament, and Infant Social Withdrawal. *Infant mental health journal,* ٣٤(٦), ٥٨٦–٥٩٣.

Rafiee, B. Akbarzadeh, M., Asadi, N. Zare, N (٢٠١٣). Comparison of Attachment and Relaxation Training Effects on Anxiety in Third Trimester and Postpartum Depression among Primipara Women. *Hayat Journal of School of Nursing and Midwifery,* ١٩(١), ٧٦-٨٨.

Ramchandani. P, Domoney. J, Sethna. V, Psychogiou. L, Vlachos. H, Murray. L (٢٠١٣). Do early father–infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* ٥٤(١), ٥٦–٦٤.

Reichman, N. Teitler, J.O. (٢٠٠٣). Effects of psychosocial risk factors and prenatal interventions on birth weight: evidence from New Jersey's Health Start program. *Perspect Sex Reprod Health,* ٣٥(٣), ١٣٠-١٣٧.

Robinson, P. (٢٠١١). *Improving the mental health of infants, children and adolescents in Australia*. Position Paper of the Australian Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health Association.

Schore, A. N. (٢٠٠١). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal,* ٢٢(١-٢), ٧–٦٦.

Schore, A. N. (٢٠٠٢). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of scale. *Infant mental health journal,* ٣٤(٦), ٥١٦–٥٣١.

Guedeney, A & Fermanian, J. (٢٠٠١). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The alarm distress baby scale. *Infant mental health journal,* ٢٢(٥), ٥٥٩–٥٧٥.

Health, N. d. o. (٢٠٠٩). Improving mental health outcomes for parents and infants SAFE START guidelines.

Jennings, S. (٢٠١٠). Neuro-Dramatic-Play and attachment. *British Journal of Play Therapy,* ٦, ٣٥–٥٠.

Jennings, S. (٢٠١١). *Healthy Attachments and Neuro-Dramatic-Play*: Jessica Kingsley Publishers.

Lauren J.و Nelson F. Fazio, A. F. (١٩٩٥). Emotional content of talk to the fetus and healthy coping behaviors during pregnancy. *Infant mental health journal,* ١٦(٣), ١٧٩–١٩١.

Letourneau. N, W. B., Duffett-Leger. L, Hegadoren. K, Tryphonopoulos. P (٢٠١١). Cortisol patterns of depressed mothers and their infants are related to maternal–infant interactive behaviours. *Journal of Reproductive and Infant Psychology,* ٢٩(٥), ٤٣٩–٤٥٩.

Reebye, P. (٢٠٠٩). Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* ١٨(٤), ٣٥٦.

MacLean, P. C. (٢٠١٤). Mother- infant mutual eye gaze supports emotion regulationin infancy during the Still-Face paradigm. *Infant Behavior & Development,* ٣٧, ٥١٢–٥٢٢.

Mares, S., Newman, L., Warren. B & Cornish. K (٢٠٠٥). *Clinical skills in infant mental health*: ACER Press.

Matthey, S., Crncec, R., Hales. A & Guedeney. (٢٠١٣). A Description of the Modified Alarm Distress Baby Scale (m-ADBB): An Instrument to Assess for Infant Social Withdrawal. *Infant mental health journal,* ٣٤(٦), ٦٠٢–٦٠٩.

McFarland, J., Salisbury, A. L, Battle. C L, Hawes. K, Halloran. K, Lester. B M (٢٠١١). Major depressive disorder

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]

traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, ٣٦, ٩–٣٠.

Schwichtenberg, A, J. (٢٠١٣). Sleep and attachment in preterm infants. *Infant mental health journal*, ٣٤(١), ٣٧–٤٦.

Slade, P., Cree, M. (٢٠١٠). A psychological plan for perinatal care. *The British psychological society*, ٢٣, ١٩٤-١٩٧.

Swingler, M., Perry, N.B, Calkins. S.D & Bell. M.A. (٢٠١٤). Maternal sensitivity and infant response to frustration: The moderating role of EEG asymmetry. *Infant Behavior & Development*, ٣٧, ٥٢٣–٥٣٥.

Toosi, M., Akbarzadeh, M., Zare, N. Sharif, F. (٢٠١١). Effect of Attachment Training on Anxiety and Attachment Behaviors of First-time Mothers. *Hayat Journal of School of Nursing and Midwifery*, ١٧(٣), ٦٩-٧٩. [Persian]

Walsh, M. (٢٠١٠). *Gypsy Boy: One Boy's Struggle to Escape from a Secret World*. London: Hodder.

Welberg, L. S., J.R (٢٠٠١). Prenatal Stress, Glucocorticoids and the Programming of the Brain. *Journal of Neuroendocrinology*, ١٣, ١١٣-١٢٨.

Winnicott, D. (١٩٦٤). *The Maturational Processes and the Facilitating Environments: Studies in the Theory of Emotional Development*. London: Hogarth.

Yum, M., Chachua, T., Velıskova, J & Velısek, L (٢٠١٢). Prenatal stress promotes development of spasms in infant rats. *Epilepsia*, ٥٣(٣), ٤٦–٤٩.

[Downloaded from rph.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.4.5.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.4.45]