

## نوزادان دارای وزن کم و اهمیت مداخله‌ی زودهنگام:

### افزایش تعاملات مادر- شیرخوار

(مقاله‌ی مروری)

مترجم: هاجر توکان / دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

#### چکیده

تقریباً ۷ درصد کل کودکان در ایالات متحده با وزن کم (LBW)<sup>۱</sup> یا با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم به دنیا می‌آیند (مرکز ملی آمار سلامت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳).

در سال‌های اخیر شانس زنده ماندن شیرخواران دارای وزن کم در بسیاری کشورها افزایش یافته است (گادبل<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۷). با وجود این، افزایش شانس زنده ماندن شیرخواران نارس، که برخی از آنها با تأخیر رشدی مواجه خواهند شد، به معنای آن است که در این کشورها برای افزایش احتمال رسیدن این شیرخواران به مراحل بهنجار رشد<sup>۴</sup> به کودکان نیازمند خدمات ویژه (نظیر راهبردهای مداخله‌ی زودهنگام<sup>۵</sup>)، افزوده خواهد شد. کودکان کودکان دارای وزن کم، به ویژه کودکان دارای وزن بسیار کم یعنی با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم در معرض خطر بالای مشکلات پزشکی نظیر خون‌ریزی درون بطنی و در نتیجه آسیب اعصاب حسی قرار دارند (بلیر و ریمی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷).

به طور کلی شیرخواران دارای وزن کم ممکن است نسبت به شیرخواران دارای وزن بهنجار، ناتوانایی‌های مرتبط با سلامت، رشد عصبی، روان‌شناختی و هوشی بسیار بیشتری را نشان دهند.

در چند دهه‌ی گذشته، هم‌زمان با افزایش تعداد کودکان کوچکتر که در نتیجه‌ی پیشرفت‌های فناوری

ادامه‌ی حیات یافته‌اند، نیاز به رسیدگی کردن به این مجموعه از مشکلات پزشکی زیاده‌تر شده است. با وجود آنکه پیشینه پژوهشی زیادی در زمینه‌ی مشکلات پزشکی کودکان نارس وجود دارد به مسائل روان-شناختی آنها توجه کمتری شده است. با این حال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برخی مشکلات روان‌شناختی با نارسی مرتبط است (چاپیسکی و ایوانکوویچ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷). در حالی که غالباً وجود مسائل پزشکی در کودکان نارس (پیش از موقع متولد شده<sup>۸</sup>)، در هنگام تولد و اندکی پس از به دنیا آمدن به اثبات رسیده است اما برخی مشکلات روان‌شناختی که در این کودکان روی می‌دهد ممکن است سال‌ها به طور آشکاری دیده نشود. برخی از این مسائل ممکن است تا زمانی که کودک شروع به مدرسه رفتن در سنین ۵ یا ۶ سالگی کند، شناسایی نشده باشند چون در این هنگام است که تقاضاهای جدی‌تر از کودکان خواسته می‌شود (لئونارد و پیکاج<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷). به ویژه، غالباً تا سن مدرسه، ناتوانایی‌های ویژه یادگیری شناسایی نمی‌شوند. بر طبق نظر بارسکی و سیگل<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۲)، بسیاری از کودکانی که زندگی را با وزن بسیار کم شروع کرده‌اند، هنگام آغاز مدرسه رفتن دچار مشکلاتی خواهند شد. در نتیجه، حمایت از پیشرفت رشدی بازماندگان کودکان دارای وزن کم یکی از اهداف اولیه علوم رشدی<sup>۱۱</sup> شده است.

## مشکلات رشدی

خفیف قرار دارند (انس - دکام<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۳). به طور کلی، کودکان نارس، شیوع بیشتری از اختلال عصب شناختی و آسیب عصب روانشناختی نشان می دهند.

به رغم وجود این گونه مشکلات برای کودکان دارای وزن کم، بسیاری از پژوهش ها نشان می دهند که کودکان تازه متولد شده دارای میلیون ها پی یاخته (نورون) بهنجار هستند (نیورگر<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۷). اگر این پی یاخته ها در زمان مناسب فعال شده و به کار گرفته شوند می توانند این گونه مشکلات را تا حد زیادی جبران نمایند.

اهمیت شکل پذیری عصبی<sup>۲۰</sup> و دوره هایحساس<sup>۲۱</sup>

شکل پذیری مغز، یعنی توانایی آن برای تغییر دادن راه های مهم پاسخ به تجربه، فرصت های فراوانی را به وجود می آورد. می دانیم که زمان های خاصی برای رشد بهینه وجود دارند که معمولاً به عنوان دوره های حساس یا دوره های شکل پذیر شناخته می شوند (چمپین<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۸).

در طی دوره ی نوزادی، مغز انسان عمدتاً به خاطر اینکه در مقایسه با سایر پستانداران به هنگام تولد نسبتاً رشد نیافته تر است به طور چشمگیری شکل پذیر است (کلب و ویشاو<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۶). نوزاد انسان نسبتاً نارس به دنیا می آید و در طی اولین سال زندگی، مغزش همراه با بقیه ی قسمت های بدنش به سرعت رشد می کند. این رشد، تا حدی وابسته به بافت<sup>۲۴</sup> است، بدین معنا که تحت تأثیر عوامل محیطی می باشد. مفاهیم دوره های حساس و شکل پذیری مبتنی بر این فرض هستند که رشد عصب شناختی به رویارو شدن مغز با تجربه رشدی

حدود ۵۰ درصد کودکان نارس دارای وزن بسیار کم، تا پیش از سن مدرسه مشکلات رشدی از خود نشان می دهند (هولدیچ - دیویس<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). کودکان دارای وزن کم بعدها مشکلات رشدی بیشتری نشان می دهند (مایند<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۳). نورکامب<sup>۱۴</sup>، ناتوانمندی های زیر را در این شیرخواران مورد شناسایی قرار داد: ناتوانایی های ویژه یادگیری، آسیب های دیداری - حرکتی، مهارت های حرکتی - ادراکی ضعیف، بهره ی هوشی پایین تر، مشکلات گفتاری، مشکلات حرکتی که باعث می شوند آنها کودکانی دست و پا چلفتی تر<sup>۱۵</sup> و دارای مشکلات جسمانی بیشتری باشند.

چندین بررسی به این نتیجه دست یافته اند که خونریزی درون بطنی عامل خطر سازی برای تأخیرهای زبانی است (سینگر<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) به گفته ی این پژوهشگران به ویژه آسیب بطن چپ مغزی ممکن است مسئول تأخیر مشاهده شده در زبان بیانی شیرخواران دارای وزن بسیار کم در ۱ تا ۲ سالگی باشد. رشد گنجینه ی واژگان و استدلال کلامی کودکان سه ساله ی دارای وزن بسیار کم به وجود و شدت خونریزی درون بطنی ارتباط داده شده است.

همان گونه که پیشتر اشاره شد، کودکان دارای وزن کم اغلب دارای مشکلات پزشکی هستند که ممکن است اثرات زیان بخشی بر دستگاه عصبی مرکزی آنها داشته باشد (چاپیسکی و ایوانکوویچ، ۱۹۹۷). هر چند، در نتیجه ی پیشرفت های صورت گرفته در زمینه مراقبت های نوزادی<sup>۱۷</sup>، در اغلب کودکان نارس، معلولیت های شدید جسمی، هیجانی و ذهنی ایجاد نمی شود، این کودکان در معرض خطر معلولیت های

پیش‌بینی‌پذیر زمان‌بندی شده بستگی دارد.

به نظر سیگل (۱۹۹۹) تجربه‌های اولیه‌ی شیرخوار، نقش مهمی در رشد مغز دارند. بسته به نوع و کیفیت تجربه، پیوندهای عصبی به وجود می‌آیند یا تحکیم می‌شوند. به همین ترتیب، نبود تحریک ممکن است منجر به کاهش یا پایان رشد سیناپسی شود. هنگامی که توقف در برنامه‌ی زمانی رشد بهنجار اتفاق می‌افتد، به عنوان مثال در تولد پیش از موعد، پیوندهای عصبی به طور درستی ایجاد نمی‌شوند. به هنگام وجود تجربه‌های منفی یا نبود تحریک مناسب احتمال ایجاد اختلال<sup>۲۵</sup> در رشد مغز بسیار زیاد است (چمپین، ۱۹۹۸).

با استناد به پژوهش‌های مربوط به محرومیت و نیز مطالعات مربوط به رشد بهنجار، به خوبی مشخص شده بسیاری از جنبه‌های رشد ادراکی، زبانی، شناختی و اجتماعی - هیجانی به شدت وابسته به تجربه هستند. برای مثال، شیرخواران محروم از دیدن یا شنیدن دنیا به گونه‌ی طبیعی (مانند، نوزادانی که با لوجی، ناشنوایی یا به بیان دیگر محروم از درونداد کلامی و زبانی به دنیا می‌آیند) معمولاً دچار مشکلات بینایی و زبانی می‌شوند (نلسون و باسکوات<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۰). می‌دانیم که کودکان پرورش یافته در شرایط فقر همراه با چالش‌های اندک شناختی، از غنی‌سازی زود هنگام<sup>۲۷</sup> سود زیادی می‌برند. سیگل (۱۹۹۹) همچنین به بحث در این رابطه می‌پردازد که البته مهم‌ترین جنبه‌های تجربه در نخستین سال‌های زندگی رابطه‌ی میان کودک و مراقب است.

### مداخله‌ی زود هنگام<sup>۲۸</sup>

تمرین‌های مداخله‌ی زود هنگام برای کودکان نارس به طور ضروری در برگیرنده‌ی موضوعات دوگانه‌ی آسیب‌پذیری زیستی و یادگیری انسان بودن است

(چمپین، ۱۹۹۸). شانکاف<sup>۲۹</sup> (۱۹۹۳) مداخله‌ی زود هنگام را این گونه تعریف می‌کند: «مداخله‌ی زود هنگام دوران کودکی، بازتابی از علاقه‌ی ما در مورد افرادی است که آسیب‌پذیر می‌باشند و نیز تمایل ما به سرمایه‌گذاری در مورد بهترین آینده‌ی ممکن برای همه‌ی خردسالان می‌باشد. [برنامه‌های مداخله‌ای] به عنوان یک علم، مؤلفه‌های علمی خود را از روان‌شناسی رشدی و عصب‌زیست‌شناسی<sup>۳۰</sup> دریافت می‌کند».

شکل‌پذیری قابل توجه مغز انسان در سال‌های اولیه زندگی نشان‌دهنده‌ی اهمیت فراهم نمودن مداخله‌ی زود هنگام برای کودکان نارس است. همان گونه که مغز در طی دوران کودکی هنوز در حال شکل‌گیری است، امکان زیادی برای تغییر ساختاری آن وجود دارد. نوزادی، زمانی است که پیوندهای عصبی تازه به طور مداوم در حال پدید آمدن هستند؛ پیوندهایی که بعدها نسبتاً ثابت باقی خواهند ماند. از این رو، این امکان وجود دارد که رشد عصبی از راه رویارویی با انواع خاصی از محرک‌ها تسهیل شود. اگر چه هنوز مسائل و مطالب زیادی در مورد تعامل بین رشد مغز و تجربه‌ی زندگی اولیه نیاز به بررسی و آگاهی دارد، پژوهش‌ها تا این زمان نشان‌دهنده‌ی آن هستند که تجارب خاصی می‌توانند اثرات نارس را تغییر دهند. در پژوهشی که توسط مک‌کارتن<sup>۳۱</sup> و همکارانش (۱۹۹۶) انجام شد، برنامه‌ی رشد و بهداشت شیرخوار (IHDP)<sup>۳۲</sup> به عنوان یک کارآزمایی بالینی تصادفی چندمکانی برای ارزیابی اثربخشی مداخله‌ی آموزشی مرکز محور<sup>۳۳</sup>، خدمات حمایت از خانواده‌ی مبتنی بر خانه<sup>۳۴</sup> و پیگیری مربوط به مسائل پزشکی کودکان در کاهش مشکلات شناختی، رفتاری و بهداشتی در میان شیرخواران دارای وزن کم در ۳ سال نخست زندگی طراحی شد. نتایج شناختی و

فرصت‌هایی نظیر مراقبان پذیرا<sup>۳۸</sup>، افراد و مکان‌های مختلف، بازی، ارتباط و فعالیت‌های ارتباطی، همگی بر اینکه کودک چگونه رشد می‌کند تأثیر خواهند گذاشت. مک کالم و همتر<sup>۳۹</sup> (۱۹۹۷) بر این نکته تأکید می‌ورزند که رابطه‌ی والد-کودک، زمینه‌ی رشدی به ویژه مهمی است که در آن، پایه‌های حساس تمام جنبه‌های رشد فراهم می‌شود.

رفتاری کارآزمایی IHDP در ۳ و ۵ سالگی و نتایج مربوط به بهداشت در ۳ سالگی گزارش شدند. در مقایسه با کودکان گروه پیگیری، کودکان گروه مداخله در ۳ سالگی به طور معنی داری در آزمون هوش دارای نمرات بالاتر و در مقیاس مشکلات رفتاری گزارش والدین نمرات پایین‌تری داشتند.

## رشد و محیط

سلامت جسمانی و بهزیستی هیجانی، تفکیک‌ناپذیر هستند. کودکان، علاوه بر تغذیه‌ی مناسب نیازمند ارتباطات اجتماعی و هیجانی نیز هستند که از روابط مهرآمیز با افراد دیگر حاصل می‌شود.

هنگامی که کودکان از لحاظ هیجانی مورد حمایت بزرگسالانی که از آنها مراقبت می‌کنند قرار می‌گیرند، می‌توان پیش‌بینی نمود که یادگیری آنها بهتر خواهد بود (بیر<sup>۳۵</sup>، ۱۹۹۱). چنین محیط مراقبت‌کننده‌ای، موجب بالیدگی هیجانی و شایستگی اجتماعی می‌شود. چنین محیطی همچنین برای رشد شناختی و زبانی ضروری است.

روابط متقابل بین رشد و زمینه‌های آن، از راه جنبه‌های مختلف پژوهشی قابل درک است (مک کالم<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۲). برای مثال، پژوهش‌های اخیر روی مغز نشان دهنده‌ی آن است که مغز جوان در مقاطع خاصی از رشدش تا حد زیادی تحت تأثیر محیط‌های مختلف قرار می‌گیرد (شور<sup>۳۷</sup>، ۱۹۹۷). بنابراین، در حالی که تغذیه‌ی مناسب مادر بر رشد مغز جنین اثر می‌گذارد، پس از تولد، تعاملات اجتماعی در شکل‌گیری رشد مغز کودک تأثیرگذار هستند.

همچنان که کودک بزرگ می‌شود، رشد و تحول به تأثیر پذیری‌اش از تجربه ادامه می‌دهد.

## برنامه‌های مداخله‌ای برای کودکان دارای وزن کم

به نظر ولک<sup>۴۰</sup> (۱۹۹۱) راهکارهای پیشگیری اولیه و ثانویه بسیاری وجود دارند. برخی کارهای مداخله‌ای بر حمایت از رشد شیرخواران دارای وزن کم در حین مراقبت ویژه در بیمارستان متمرکز شده‌اند (برنامه‌ی بیمارستان محور<sup>۴۱</sup>).

برخی برنامه‌ها بر حمایت فراهم شده برای کودکان نارس و والدین آنها پس از ترخیص از بیمارستان تأکید می‌ورزند و برخی برنامه‌ها، رویکردی تلفیقی<sup>۴۲</sup> را به کار می‌برند که مرکب از برنامه‌های انگیزشی در بخش مراقبت ویژه‌ی کودک همراه با حمایت مداوم در جامعه (خانه) می‌باشند.

## برنامه‌ی بیمارستان محور

نه تنها برای اطمینان یافتن از ادامه‌ی زنده ماندن کودکان نارس دارای وزن کم و بسیار کم، بلکه به منظور سرعت بخشیدن به رشد آنها، این کودکان نیازمند مراقبت صرفاً در محیط‌های تخصصی پزشکی - فنی بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان<sup>۴۳</sup> (NICU) و مهد مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان<sup>۴۴</sup> هستند.

## تحریک حسی

برانگیختن و تحریک اجتماعی تدریجی، در مراحل مختلف رشد شیرخوار دارای وزن کم در بیمارستان مناسب است (ولک، ۱۹۸۷).

به طور کلی، به نظر می رسد رویکرد مراقبت فردی، آموزش پرستاران و والدین که چگونه به سازمان رفتاری شیرخوار (مانند خواب- بیداری) مسلط باشند و از آن پشتیبانی کنند. امیدوار کننده ترین رویکرد برای حمایت رشدی مستقیم شیرخواران دارای وزن کم در بیمارستان باشد.

علی رغم پیشرفت فنی NICU، این پیشرفت برای آنکه کودک به طور مناسب رشد کند، کافی نمی باشد. نقش محیط برای رشد مغز حیاتی است. محیط، رشد جنینی مغز را از راه حس های مختلف کودک - (بینایی، شنوایی، پوستی، لامسه، جنبشی، بویایی و چشایی) متأثر می سازد (آلس<sup>۵۷</sup>، ۱۹۹۷). بنابراین، پیش و پس از ترخیص از NICU، پیوند مادر- شیرخوار باید ایجاد و تشویق شود.

### برنامه‌ی گذار مادر- کودک<sup>۵۸</sup> (MITP)

در برنامه‌ی گذار مادر- کودک به مادران آموخته می شود تا تعامل مؤثرتری با شیرخواران خود داشته باشند. این برنامه برای بهینه ساختن تعاملات مراقبتی از راه افزایش سازگاری مادر با شیرخوار دارای وزن کم خود طراحی شده است<sup>۵۹</sup>.

اهداف تعیین شده عبارتند از قادر ساختن مادر به ارج نهادن ویژگی های رفتاری و خلق و خوی خاص کودک؛ حساس شدن او به نشانه‌هایی که کودک در رابطه با ناراحتی خود و آمادگی برای تعامل بروز می دهد و آموزش وی برای پاسخ مناسب به آن دسته از سرنخ-هایی که تعامل رضایت بخش متقابل را تسهیل می کنند.

از دهه‌ی ۱۹۶۰، بیشتر پژوهش‌ها با فراهم نمودن تحریک حسی کم‌تر یا زیادتر برای کودکان نارس از راه تحریک حواس گوناگون<sup>۴۵</sup> انجام پذیرفته است. هدف این بررسی‌ها تعیین تأثیر اثرات محیطی بر رفتار و رشد کودکان نارس بوده است (کرنل و گاتفرید<sup>۴۶</sup>، ۱۹۷۶). تحریکات مکمل<sup>۴۷</sup> معمولاً در سریع ترین زمان ممکن پس از تولد به کار برده می شوند. سعی می شود که محرک‌ها یا تقلیدی از تحریک درون رحمی (یعنی، صدای ضربان قلب) یا دنیای برون زهدانی<sup>۴۸</sup> باشند (به فیلد<sup>۴۹</sup>، ۱۹۸۰ مراجعه شود). برنامه‌های مکمل بر تحریک تک حسی متمرکز شده اند؛ از قبیل تحریک حسی زیاد مکیدن در حین تغذیه با لوله<sup>۵۰</sup> یا در جریان روش‌های دردآور (برن باوم<sup>۵۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۳)، تحریک لامسه‌ای زیاد برای شیرخواران نارس از خوابیدن روی پوست بره (اسکات<sup>۵۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۳)، تا پرستاری در نئوها (هلدرز<sup>۵۳</sup>، ۱۹۸۹)، ماساژ کودک از راه لمس ملایم به وسیله‌ی پرستاران و یا مادر (جی<sup>۵۴</sup>، ۱۹۸۲)، تحریک شنوایی اضافی، شامل به کارگیری صدای مادر یا هر زن دیگر برای ضربان قلب (مالوی<sup>۵۵</sup>، ۱۹۷۹) و تحریک دهلیزی اضافی با استفاده از تکان دادن زیاد، غالباً از طریق تشک‌های آبی نوسانی (بارنارد و بی<sup>۵۶</sup>، ۱۹۸۳) فراهم می شود.

با وجود این، بین نوع، شدت و الگوی تحریک در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان (برای مثال، بالا و پایین انداختن کودک، سروصدا، میزان روشنایی، تماس‌های اجتماعی) و موقعیت رشدی کودک نوعی ناهمخوانی وجود دارد. انواع مختلفی از مداخلات، یعنی حمایت از وضعیت کودک (شامل آرام کردن) و

در MIPT از یک برنامه‌ی آموزشی ۷ روزه در NICU برای آماده سازی ترخیص استفاده می شود. پس از یک شرح مختصر مقدماتی برنامه در روز نخست، مداخله هر روز روی یک دستگاه فرعی رفتاری متمرکز می شود و سپس یافته‌های کاربردی، عملکرد آن دستگاه فرعی را برای مراقبت روزانه و سازمان‌دهی مراقبت و گذار از NICU به خانه مورد توجه قرار می دهد. هر جلسه ۱ ساعت به طول می انجامد و برنامه به شرح زیر ارائه می شود:

روز ۱- معرفی برنامه

روز ۲- دستگاه خودکار

روز ۳- دستگاه حرکتی

روز ۴- دستگاه تنظیم وضعیت

روز ۵- دستگاه تعامل اجتماعی

روز ۶- یکپارچه سازی شبکه برای مراقبت روزانه

روز ۷- آماده شدن برای رفتن به خانه

ترتیب و توالی این مراحل با ملاقات‌های خانگی ۳

روز پس از ترخیص برای تحکیم<sup>۶۰</sup> روابط مادر و

کودک، در ۳ هفته‌ی جهت افزایش خشنودی متقابل

ناشی از بازی، در ۱ ماهگی جهت ارزیابی الگوهای خلق

و خو و در ۳ ماهگی برای بازیابی کلی و پایان دادن به

برنامه دنبال می شود (راه<sup>۶۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۰).

### افزایش تعاملات میان مادر و کودک پیش رس

کودک شرکت کننده‌ای فعال در محیط اجتماعی

است، که پیوسته همزمان با تغییر مداوم این محیط تحت

تأثیر رابطه‌ی مادر- کودک و سایر جنبه‌های محیط

اجتماعی قرار می گیرد. بنابراین، وضعیت رشدی

کودک حاصل ارتباط متقابل کودک و نظام محیط -

جامعه او است. به نظر هلدیچ-دیویس و همکارانش

تکالیف رشدی کودک، زمینه‌ای را برای فرزندپروری فراهم می کند. کودک، در طی اولین ماه-های زندگی در حال یادگیری تنظیم همه‌ی دستگاه‌های بدنش است. او در حال یادگیری آن است که چگونه محیط (برای مثال، دیدنی‌ها، اصوات، طعم‌ها، بوها) را پردازش کند و چگونه واکنش به محیط را تنظیم نماید. یادگیری آرامش یافتن به هنگام راحتی، یک مهارت اساسی رشدی مهم است (گرینزین و لوری<sup>۶۲</sup>، ۱۹۸۱).

بارنارد و همکارانش (۱۹۸۵) پیشنهاد می کنند که

وظایف والد در طی این ماه‌های اولیه عبارتند از

تشخیص و پاسخ به نشانه‌ها و علائمی که کودک از

خود نشان می دهد. شناخت الگوی نشانه‌های ارتباطی

غیرکلامی، نظام خواب - بیداری، شیوه‌ای که کودک

با محیط‌شان تعامل می کنند و معنای گریه کردن همگی

در ماه نخست زندگی از اهمیت برخوردارند. تماس

جسمانی با کودک همچون حمل کودک در یک

وسیله‌ی نرم، موجب افزایش پاسخ‌های فوری به تغییرات

در فعالیت کودک می شود. در نتیجه گریه کردن

کاهش یافته و نیاز کودک به مراقبت پذیرا مورد توجه

قرار می گیرد.

مطالعات بسیار روی نوزادان نارس حاکی از آن است

که به احتمال بسیار زیاد، والدینی که می توانند شیوه‌ی

سازمان‌دهی و ارتباط کودکشان را درک کنند، از

فرزندپروری و پاسخ‌دهی به کودک‌شان به شیوه‌ای

حساس و پرورش دهنده<sup>۶۳</sup> لذت می برند. پرسش‌های

مداخله‌ی این پژوهش شامل آموزش مادران برای مشاهده و پاسخ تا حد ممکن و مناسب به نیازهای رشدی شیرخواران‌شان بود. این مداخله با آموزش مستقیم توسط متخصص رشد نوزادان در جلسات هفتگی انجام می‌گرفت. نتایج حاصل از این بررسی برای بیشتر افراد مثبت و همراه با تأثیرات مداخله‌ی روی رشد ذهنی و تعامل مادر- کودک می‌باشد و در مقایسه با کودکان نارس دارای وزن کم که به طور تصادفی در گروه کنترل گمارده شده بودند، به دست آمدند.

به طور کلی، این مطالعات نشان داد که رویکردهای مداخله‌ای تلفیقی (ترکیب تحریک حسی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادی همراه با مداخلات والد-محور در بیمارستان و ادامه‌ی حمایت در خانه) اثرات مهمی بر کودکان دارای وزن کم دارد.

### نتیجه گیری

از این بررسی مروری آشکار می‌شود که پیشرفت در فناوری پزشکی و مراقبت ویژه‌ی نوزادی، مسئول زنده ماندن بسیاری از کودکان نارس دارای وزن کم در سال‌های اخیر است. به علاوه، نه تنها اطمینان از زنده ماندن این کودکان بلکه به بهترین وجه پروراندن این جمعیت روبه افزایش مهم است.

از آنجا که عوارض پیش از تولد و هنگام تولد (برای مثال خونریزی مغزی نوزادی) کودکان نارس ممکن است باعث ایجاد خطر بالقوه برای رشد مغز شود، این انتظار وجود دارد که این کودکان بعدها در زندگی، مشکلات بیشتری را در حیطه‌ی یادگیری، رفتار، شناخت، زبان، حسی-حرکتی و رشد عصب روانشناختی داشته باشند. بنابراین، این کودکان در معرض خطر تأخیرات رشدی خواهند بود. همراه با این موضوع،

ساده از والدین در مورد اینکه آنها فکر می‌کنند که کودکان چه موقع می‌شنوند، می‌بینند و آماده یادگیری هستند نشان می‌دهد زمانی که والدین اعتقاد دارند شیرخواران می‌توانند با محیط درگیر شوند، رفتارشان نسبت به آنها پذیرا تر و رشد دهنده‌تر می‌شود (اشنایدر<sup>۶۴</sup> و همکاران، ۱۹۷۹).

برخی برنامه‌ها بر حمایت فراهم شده برای کودکان نارس و والدین آنها پس از ترخیص از بیمارستان تأکید می‌ورزند و برخی برنامه‌ها، رویکردی تلفیقی را به کار می‌برند که مرکب از برنامه‌های انگیزشی در بخش مراقبت ویژه‌ی کودک همراه با حمایت مداوم در جامعه (خانه) می‌باشند.

در حالی که بسیاری از پژوهشگران اغلب به تحریک مستقیم شیرخواران دارای وزن کم به منظور بهبود زندگی این کودکان اهمیت می‌دهند، بهبود موقعیت مراقبان نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است.

ملاقات‌های خانگی به وسیله‌ی یک پرستار و یک کاردرمانگر، آموزش مادر در زمینه‌ی رشد شیرخوار و راهنمایی او در زمینه‌ی بازی او می‌تواند منجر به افزایش تعامل بین مادر و کودک دارای وزن کم شود. دو بررسی بالینی در زمینه‌ی برنامه‌های آموزشی و نظارت خانگی که به فاصله‌ی کوتاهی پس از ترخیص شیرخواران از بیمارستان به مورد اجرا در آمدند، تأثیرات مثبتی را روی رشد شیرخواران نارس نشان دادند (بارنارد و همکاران، ۱۹۸۷).

پارکر<sup>۶۵</sup> و همکارانش (۱۹۹۲) مداخله‌ای درمانی را به مادران ۲۶ کودک نارس دارای وزن کم ارائه نمودند.

به طور معمول، تحریکات مکمل برای نوزاد فراهم می کند. ثابت شده که آموزش تمرین ها و تحریک متناسب با سن کودک به مادر برای تسهیل رشد کودکان نارس مؤثر است.

### خلاصه

اگر چه کودکان دارای وزن کم یک گروه ناهمگن هستند و از این رو، به یک میزان در معرض خطر تأخیرهای رشدی قرار ندارند، مدارک پژوهشی نشانگر آن است که آنها در برابر مشکلات پزشکی نظیر اختلال عصب شناختی و سایر مشکلات مربوط به رشد عصبی آسیب پذیر هستند. به علاوه، در سن مدرسه، کودکان دارای وزن کم در معرض خطر زیاد داشتن مشکلات یادگیری و رفتاری قرار دارند. بنابراین، برای جلوگیری از عوارض پزشکی و تأخیرهای رشدی بعدی ممکن است کودکان دارای وزن کم به برای جبران مشکلات پزشکی همراه با تحریک مناسب (برای مثال، تحریک حسی) در طی دوران بستری در بیمارستان به مراقبت فشرده نیاز داشته باشند. به محض ترخیص از بخش مراقبت های ویژه نوزادان، تحریک کودک باید آغاز شود. برای انجام این کار، باید تعاملات مادر- کودک را بهبود داد و تقویت کرد.

هدف این مقاله توصیف مشکلات کودکان دارای وزن کم و تأکید بر اهمیت تعاملات مادر- کودک است تا کودکان دارای وزن کم بتوانند به توانمندی های خود برسند.

شیرخواران نارس، به ویژه نسبت به اثرات محرومیت روانی- اجتماعی (یعنی تعامل ضعیف مادر- کودک) آسیب پذیر می باشند.

طبق نظر بارنارد و همکارانش (۱۹۹۳)، نوزادان نارس در معرض خطر بیشتری برای ناتوانمندی های رشدی نسبت به کودکان به موقع تولد یافته هستند. یکی از مشکلات اولیه، کیفیت ضعیف تعامل والد- کودک است. به نظر می آید که سه عامل در ارتباط با این موضوع مرتبط باشند. نخست، شیرخواران نارس عموماً بی توجه تر و یا تحریک پذیرتر هستند. دوم، والدین، فاقد دانش لازم برای جبران عدم سازمان دهی و پاسخ دهندگی کودکانشان هستند و سوم، برخی والدین فاقد امکانات و منابع بوده و یا به خاطر نارسی کودک آن قدر تحت تأثیر قرار گرفته اند که نمی توانند به نیازهای رشدی کودکشان توجه کافی نمایند. از این رو، توجه به رشد کودکان دارای وزن کم بسیار حیاتی است.

یک یافته کاربردی این بازمینی، این فرض است که مانند بیشتر کودکان دیگر، کودکان دارای وزن کم نیز به احتمال زیاد از محیط حمایت کننده سود می برند. بنابراین مادران ممکن است نیازمند حمایت فرزندپروری برای حفظ سطح بالای تعامل مثبت با کودک و فراهم نمودن تحریک مناسب برای پرورش رشد حسی- حرکتی، زبانی، اجتماعی، هیجانی و رفتاری باشند.

به نظر می رسد که برنامه های مداخله ی زودهنگام باید برای چنین مادرانی و کودکانشان، توصیه شود. برنامه های مداخله ای برای شیرخواران دارای وزن کم

### زیر نویس ها:

1. Low birth Weight (LBW)

2. National Center for Health Statistics

3. Godbole

4. Early Intervention Strategies



5. Normal Development Milestones
6. Blair & Ramey
7. Chapiesski & Evankovich
8. Preterm
9. Leonard & Picuch
10. Barsky & Siegel
11. Developmental Science
12. Holditch-Davis
13. Minde
14. Nurcombe
15. Clumsy
16. Singer
17. Neonatal care
18. Ens-Dokkum
19. Neuberger
20. Neural Plasticity
21. Critical Periods
22. Champion
23. Kolb & Whishaw
24. Context Dependent
25. Disorganization
26. Nelson & Bosquet
27. Early Enrichment
28. Early Intervention
29. Shonkoff
30. Neurbiology
31. McCarton
32. the infant Health and Developmental Program (IHDP)
33. Centre-based Educational Iintervention
34. Home-based familySupport services
35. Boyer
36. McCollum
37. Shore
38. Responsive
39. Hemmeter
40. Wolke
41. Hospital-based Programme
42. Integrated Approach
43. New-born Intensive Care Units(NICU)
44. Special Care Nurseries
45. Sensory Modalities
46. Cornell & Gottfried
- Supplemental Stimulation 47.
48. Extra-Uterin
49. Field
50. Tube-feeding
51. Bernbaum
52. Scott
53. Helder
54. Jay
55. Malloy
56. Bernard & Bee
57. Als
58. mother-infant transition programme (MITP)
59. Nurcome
60. Consolidation
61. Rauh
62. Greenspan & lourie
63. Growth-fostering
64. Snyder
65. Parker
66. Full-term

منبع:

Malekpour M.(2004). Low Birth- weight – infants & the Importance of Early Intervention: Enhancing Mother- Infant Interactions. *The British Journal of Developmental Disabilities*. Vol:50.99,78-88.