

تبیین ادراک مادران از بستری نوزاد در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان: تحلیل محتوای کیفی

ملیحه کدیور^۱، مرجان مردانی حموله^{۲*}، نعیمه سید فاطمی^۳، نگارین اکبری^۴

۱. مرکز طبی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۵/۲۷

سال پانزدهم شماره چهارم، مرداد - شهریور ۱۳۹۵ صص ۴۴۴-۴۵۱

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۹ خرداد ۹۵]

چکیده

تولد نوزاد نارس، می‌تواند با خلق بحران عاطفی برای مادران همراه باشد و آنان را با مشکلات متعددی مواجه نماید. هدف این مطالعه شناسایی ادراک مادران از بستری نوزاد نارس در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بود. مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از شیوه تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۵ نفر از مادران بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند و مورد مصاحبه‌های چهره به چهره و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها همزمان با گردآوری آن‌ها انجام گرفت که شامل پیاده کردن نوار مصاحبه به صورت کلمه به کلمه، چندین بار خوانش کل متن برای دریافت درک کلی از محتوای آن، تقسیم متن به واحدهای معنایی، استخراج خلاصه‌ای از واحدهای معنایی و کدگذاری آن‌ها، طبقه‌بندی کدهای اولیه درون زیرطبقات و طبقات بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های آن‌ها و استخراج طبقات پایانی به عنوان محتوای نهفته در داده‌ها بود. به طور کلی ۲ طبقه و ۵ زیرطبقه شناسایی شدند. طبقات شامل زندگی با تنش و تلاش برای توانمندسازی بودند. زندگی با تنش در بردارنده زیرطبقات آینده‌هراسی و آسیب به خانواده بود. تلاش برای توانمندسازی نیز در بردارنده زیرطبقات جستجو جهت یادگیری نادانسته‌ها، مشارکت در درمان و کسب آمادگی برای ترخیص می‌شد. شناسایی ادراک مادران دارای نوزاد نارس، به کارکنان عرصه سلامت جهت ارائه خدمات بهتر به آنان در بخش‌های مراقبت ویژه، یاری می‌رساند. همچنین، طبق یافته‌های این تحلیل محتوا؛ می‌توان مداخلات مناسبی برای این مادران طراحی نمود.

کلیدواژه: بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، مادران، والدین، نوزادان نارس

* نویسنده پاسخگو: تهران، میدان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان شهید رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

تلفن: ۸۸۲۰۱۸۸۰

E-mail: mardanimarjan@gmail.com

مقدمه

حدود ۹/۶ تا ۱۲/۹ میلیون تولد در سراسر جهان به صورت تولد نارس رخ می‌دهد [۱]. بنابراین امکان بستری شدن نوزاد بلافاصله پس از تولد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان جهت دریافت مراقبت‌های ویژه انکارناپذیر است [۲]. پدیده تولد نوزاد نارس و پیامدهای ناشی از آن، از چند جهت قابل بررسی است؛ به گونه‌ای که تبعات گوناگون این پدیده، مادر، نوزاد و به طور کلی خانواده را درگیر می‌نماید. نیاز نوزادان نارس به بستری در بخش‌های تخصصی، سبب می‌شود تا پس از تولد، بلافاصله از مادر جدا شود و این سخت‌ترین و دشوارترین جنبه از بستری شیرخواران برای مادران است [۳]. مشاهده نوزاد در حالی که به تجهیزات و دستگاه‌ها متصل و توسط کادر درمانی احاطه شده، برای مادر بسیار آزارنده است [۴]. مطابق نتایج مطالعه‌ای در کشورمان، مادران نوزادان نارس، داشتن نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه را با موارد غیرقابل پیش بینی و غیرقابل انتظار توصیف می‌نمودند [۵]. از طرفی تولد چنین نوزادانی برای مادر بحران محسوب می‌گردد؛ آن‌چنان که در مادر مراقبت از نوزاد احساس بی‌کفایتی در می‌کند، رضایت از خویشتن او کاهش می‌یابد و به طور کلی آمادگی پذیرش این رویداد را ندارد [۶]. اغلب مادران در مرحله اولیه تولد نوزاد نارس، احساساتی مانند تنش، افسردگی، ناامیدی و شکست را تجربه می‌کنند، تجربه این احساسات؛ به مادر می‌گوید که وی قادر به گذراندن دوره بارداری به صورت موفق نبوده است [۷]. از سوی دیگر، عدم تماس پوستی مادر و نوزاد و اختلال در فرآیند پیوستگی مادر و نوزاد، این گونه نوزادان را در معرض خطرات زیادی مانند افزایش عفونت‌های بیمارستانی، وزن‌گیری دیرتر، پیوستگی و ارتباط ضعیف نوزادان با والدین، افزایش طول مدت بستری و همچنین افزایش هزینه‌های درمانی قرار می‌دهد [۸]. خانواده نیز اغلب تحت تاثیر محیط بخش ویژه دچار گم‌گشتگی شده و ممکن است در مورد زنده ماندن و یا آثار مزمن بیماری روی شیرخوار احساس درماندگی، گناه و وحشت کنند [۹]. افزون بر آن، اگر نوزاد، مدتی طولانی در بخش مراقبت ویژه نوزادان، بستری شود، این امر سبب می‌گردد تا اعضای خانواده با تولد نوزاد نارس، احساس فقدان را تجربه کنند و ارتباط عاطفی مادر با خانواده نیز مختل شود. در واقع، خانواده هم تنش زیادی را متحمل می‌شود [۱۰]. از دیگر تاثیرات منفی تولد نوزاد نارس بر خانواده، خلق باورهای نادرست و ناراحت‌کننده برای آنان است، مانند این که نوزاد ناتوان و در برابر

هر نوع بیماری و صدمه‌ای آسیب‌پذیر است. این امر در خانواده منجر به تعامل نامناسب با نوزاد و در نتیجه ایجاد اختلالات اضطرابی و افسردگی در آنان شده و نیز باعث می‌شود که خانواده نتواند نقش خود را به خوبی ایفا کند [۱۱]. با توجه به مطالب پیش‌گفت و با توجه به این که تفسیر دیدگاه‌های مادران و پرداختن به عوامل دخیل در خصوص بستری نوزاد در بخش ویژه که برگرفته از بیانات مادران در یک عرصه طبیعی و واقعی باشد، قادر است ضمن کسب دانش در این حوزه، شرایط بهتری برای ارائه خدمت به نوزادان نارس بستری در بخش‌های ویژه ایجاد نماید، انجام پژوهشی با بهره‌گیری از روش تحقیق کیفی در این زمینه مناسب به نظر رسید؛ زیرا شناسایی درک مادران از پذیرش نوزاد در بخش‌های ویژه می‌تواند به دستیابی دانش پایه لازم برای ارائه بنیادهای مرتبط با مراقبت از نوزادان نارس بیانجامد. به عبارت بهتر در پژوهش حاضر، استفاده از روش تحقیق کیفی به پژوهشگر یاری رساند تا با وارد شدن به دنیای درون ذهن مادران و دریافت نقطه نظرات آن‌ها به شناسایی دیدگاه‌های ایشان از بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه اقدام نماید. هدف این مطالعه، شناسایی ادراک مادران از بستری نوزاد نارس در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بود.

مواد و روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی بود که با استفاده از روش تحلیل محتوا انجام شد. تحلیل محتوا، روش تحلیل پیام‌های نوشتاری، گفتاری یا دیداری است که طی آن داده‌های خام بر اساس استنباط صورت گرفته، خلاصه شده و درون طبقات قرار می‌گیرند. در تحلیل محتوای قراردادی، طبقات و نام آن‌ها از متن داده‌ها جریان می‌یابند [۱۲]. در مطالعه حاضر نیز از روش تحلیل محتوای قراردادی بهره گرفته شد. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری از مادران با حداکثر تنوع از نظر سن، دفعات بارداری، سطح تحصیلات، نوع زایمان و شغل و تا رسیدن به اشباع داده‌ها انجام شد. ملاک انتخاب مادران، تمایل و توانایی مادران در برقراری ارتباط با پژوهشگر و داشتن نوزاد نارس (سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته) بستری در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان بود. عرصه پژوهش بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان واقع در مرکز طبی کودکان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. این مطالعه با مشارکت ۲۵ مادر انجام شد. مصاحبه با مادران در اتاق مادران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان انجام گردید. تمام

همچنین به آنان اعلام شد هر زمان که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان در جدول ۱ نمایان هستند. در مجموع، ۲ طبقه و ۵ زیرطبقه شناسایی شدند. طبقات شامل زندگی با تنش و تلاش برای توانمندسازی بودند. زندگی با تنش در بردارنده زیرطبقات آینده‌هراسی و آسیب به خانواده بود. تلاش برای توانمندسازی نیز در بردارنده زیرطبقات جستجو جهت یادگیری نادانسته‌ها، مشارکت در درمان و کسب آمادگی برای ترخیص می‌شد.

- زندگی با تنش

۱- آینده‌هراسی

طبق بیانات مشارکت‌کنندگان، بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه برای آنان همراه با ترس و وحشت از آینده بود. مادران بیم آن داشتند که وضعیت نوزاد در آینده چگونه خواهد بود و از این جهت در یک نگرانی دائمی از نظر امکان ادامه حیات نوزادشان به سر می‌بردند.

"همیشه برای وضعیت بچه ام دلشوره دارم و نگرانم چی به سرش میاد!" (مشارکت کننده ۴).

"خیلی سخته برام، همش گریه می‌کنم واسه بچه، هر دفعه که می‌بینمش توی دستگاهه کلا از این رو به اون رو می‌شم که آخرش چی می‌شه؟" (م ۷).

"دائم غصه می‌خورم، می‌ترسم از دستم بره خدای نکرده" (م ۱۲).

همچنین اغلب مشارکت‌کنندگان نگران وضعیت تغذیه‌ای نوزاد بودند. به عنوان نمونه مادری گفت:

"به خودم می‌گم نکنه دیگه هیچوقت نتونه شیر بخوره، نگرانم من در آینده با این وضعیت چه کار باید بکنم!" (م ۳).

۲- آسیب به خانواده

بستری نوزاد در بخش ویژه، با آسیب‌هایی که گریبانگیر سایر افراد خانواده می‌شد، زندگی با تنش را برای مادران تشدید می‌نمود. به گونه‌ای که افراد خانواده با شنیدن خبر تولد نوزاد نارس از نظر هیجانی با شوک مواجه شده و آنرا خبر بدی قلمداد می‌نمودند که برایشان سنگین و غیرقابل تحمل بود:

"همه خانواده ما، پدر و مادرم و خواهر برادرم با تولد دختر مریضم شوکه شدن، باورشون نمی‌شد" (م ۱۰).

مادران ۱ بار مصاحبه شدند، در کل ۲۵ مصاحبه انجام شد. مصاحبه‌ها به صورت نیمه‌ساختاری، چهره‌به‌چهره و به مدت ۴۵ تا ۵۵ دقیقه انجام شدند. پژوهشگر به مدت ۶ ماه اطلاعات لازم را گردآوری و تحلیل نمود. در مصاحبه ابتدا یک سؤال کلی از مادران مبنی بر این‌که "نظر شما درباره بستری نوزادتان در بخش مراقبت ویژه چیست؟" پرسیده می‌شد و جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر، مصاحبه با سئوالات پی‌گیری‌کننده مانند "فکر می‌کنید این وضعیت چگونه رخ می‌دهد؟"، "چرا باید این چنین باشد؟"، "در این باره منظور شما چیست؟" یا عباراتی چون "لطفاً در این رابطه بیشتر توضیح دهید"، ادامه می‌یافت. متن مصاحبه‌ها به همراه یادداشت‌های در عرصه، بر روی کاغذ دستنویس و سپس تایپ کامپیوتری شدند. متون مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل دهنده و کدها شکسته شدند. سپس کدها بازخوانی شدند تا بر اساس تشابه معنایی در زیرطبقات و طبقات اصلی جایگزین شوند. محقق نیز سعی نمود تا حد امکان پیش‌فرض‌های خود را در روند تحلیل داده‌ها دخالت ندهد. برای تعیین استحکام داده‌ها از معیارهای باورپذیری، اعتمادپذیری، تاییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد [۱۳]. جهت تعیین باورپذیری داده‌ها، درگیری مداوم با موضوع و داده‌ها وجود داشت. از نظرات تیم تحقیق در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و زیرطبقات با برخی از مشارکت‌کنندگان در میان گذاشته شد. از تلفیق نیز در گردآوری داده‌ها (مصاحبه و یادداشت‌های در عرصه) استفاده شد. در راستای تعیین اعتمادپذیری داده‌ها نیز از روش تلفیق در گردآوری بهره گرفته شد و از یک ناظر خارجی نیز به عنوان محقق که هم با محیط بالین و هم با تحقیق کیفی آشنایی داشت ولی عضو گروه تحقیق نبود، استفاده شد که در مورد نتایج توافق وجود داشت. برای تعیین تاییدپذیری یافته‌ها نیز کلیه فعالیت‌های صورت گرفته ثبت شدند و گزارشی از فرآیند تحقیق تهیه شد. به منظور تعیین انتقال-پذیری داده‌ها نیز نتایج حاصل با ۲ مادر خارج از مطالعه که موقعیت‌هایی مشابه مشارکت‌کنندگان داشتند، در میان گذاشته شد که مورد تایید قرار گرفتند. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معرفی‌نامه اخذ شد. ضمن ارائه اطلاعات به مشارکت‌کنندگان درباره اهداف پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که این اطلاعات محرمانه باقی می‌ماند.

"وقتی بهم گفتن نوزادت باید بستری بشه، همسرم هم بیمارستان بودن، خب خیلی خبر بد و عذاب‌آوری بود، کلی اضطراب داشتم اون موقع اما بازم سعی می‌کردم خودم رو آرام کنم درحالی که همسرم شنیدن این خبر خیلی براشون سنگین بود و اصلاً تحمل نمی‌کرد" (م ۵).

از دیگر عواملی که در صدمات وارده به خانواده نقش داشت، بروز ناراحتی در دیگر افراد خانواده مانند مادر بزرگ‌ها بود که این گونه ناراحتی‌ها عموماً به دلیل احساس ناتوانی آنان در همکاری با مادران می‌شد:

"با مادر شوهرم زندگی می‌کنم یعنی اون توی خونه کمکم می‌ده، پسرم که قرار شد بستری بشه مامان بزرگش خیلی ناراحت شد؛ می‌گفت آخه من نمی‌تونم این جوری که بچه نارس باشه کمکی به شما بدم، من با این حرفش ماتم گرفتم" (م ۱۴).

برخی از مادران تنش حاصل از برهم خوردن روابط با همسر را تجربه می‌نمودند. به عنوان نمونه مادری گفت:

"از وقتی بچه مون نارس به دنیا اومده، رفتار شوهرم باهام عوض شده دیگه مثه سابقش نیست متأسفانه احساس می‌کنم به خاطر بچه‌مون رابطه شوهرم باهام داره بهم می‌خوره. نمی‌دونم چرا این قدر مصیبت می‌کشم" (م ۱۸).

ب- تلاش برای توانمندسازی

ب-۱- جستجو جهت یادگیری نادانسته‌ها

مادران با جستجو جهت یادگیری نادانسته‌هایشان در خصوص محیط ناشناخته بخش، انواع دستگاه‌های موجود در آن، بیماری و درمان نوزاد، انواع آزمایشات و نحوه تغذیه نوزاد، در راستای توانمندسازی خود اقدام می‌نمودند:

"وقتی وارد بخش شدم انگار اومدم توی یه دنیای دیگه، همه چیز عجیب و غریب بود و هیچی درموردشون نمی‌دونستم. مرتباً سؤال می‌پرسیدم، نیاز داشتم بدونم" (م ۲).

"همین دستگاهی که دختر گلم رو گذاشتن داخلش، چند بار درباره دستگاه از پرستار پرسیدم که اگه من بالای سر نوزادم بودم ولی پرستار نبود اگه دستگاه هشدار می‌داد من باید چه کار کنم" (م ۱۶).

"از دکتر خواستم برام توضیح بده تا بدونم زیر نور چه مراقبت‌هایی باید برای طفل معصوم انجام بدم... وقتی قرار شد خونش رو عوض کنن ذهنم شده بود پر از سؤال، پرستار یه جزوه آموزشی دادن

بهم و یه عالمه مطلب داشت که جوابم رو می‌داد" (م ۲۱).

"سؤالام بیشتر در رابطه با غذا خوردن پسرم بود می‌خواستم اگه قرار شد خودم بهش شیر بدم، مسلط باشم به این کار... در رابطه با آزمایشات پیگیری می‌کنم و دلم می‌خواد بدونم چرا بالا و پایین می‌شه، هرچی بیشتر بدونیم توانایی بیشتری هم پیدا می‌کنیم" (م ۱۱).

۲- مشارکت در درمان

طبق روایات مشارکت‌کنندگان، همکاری و همیاری داشتن در امر مراقبت و درمان نوزاد، ضمن تسریع در بهبودی نوزاد منجر به توانمندسازی مادر نیز می‌گردد. مادران در این زمینه از راهبردهایی مانند لمس و ماساژ نوزاد استفاده می‌نمودند:

"هر چی بیشتر توی درمانش همکاری داشته باشیم به نفع خودمونه چون تجربه بیشتری کسب می‌کنیم تا قهارتر بشیم، مثلاً اگر کاری که داریم انجام می‌دیم غلط باشه درستش رو به ما میگن" (م ۶).

"هی می‌رم کنارش لمسش می‌کنم، بدنش رو ماساژ می‌دم، قدرت می‌خواد که یه بچه نارس رو که مثه بقیه بچه‌ها نیست بتونی لمسش کنی... به نظر خودم می‌تونم به خوب شدنش کمک کنم اگه بیشتر بهش نزدیک شم." (م ۲۳).

"اصلاً نمی‌تونم دوریش رو تحمل کنم، مادر و نوزاد تا می‌تونن نباید از هم جدا باشن... تا حالا هر وقت که پرستار بخش گفته من رفتم بالای سر بچه، هم به حرفشون گوش دادم هم انرژی گرفتم که بهتر ازش مراقبت کنم" (م ۱۳).

۳- کسب آمادگی برای ترخیص

مادران آمادگی‌های لازم برای ترخیص نوزاد را در پایداری وضعیت آنان از نظر تغذیه‌ای، جواب آزمایشات مطلوب و انجام مراقبت مستقل در خانه می‌دانستند. نمونه‌هایی از بیانات مادران که نشان می‌دهد کسب این آمادگی‌ها، به ارتقای توانمندی آنان می‌انجامد، به این شرح است:

"اگه دخترم خوب شیر بخوره، تحمل کنه و وزنش هم بهتر بشه می‌تونیم مرخص شییم... اگه این طوری بشه منم از پس دخترم برمیام" (م ۹).

"باید بچه نارس من جواب آزمایشاتش خوب شده باشه بعدش می‌برمش خونه، اون جا هم تمام تلاشم رو می‌کنم که خوب نگهش دارم" (م ۱۵).

"زمانی که بتونم بدون کمک پرستار و پزشک از بچه‌ام مراقبت کنم، امکان برگشت دوباره هم کم‌تر می‌شه" (م ۲۲).

جدول ۱: مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان

سن (سال)	فراوانی	درصد
کمتر از ۲۰	۳	۱۲
۲۰-۳۰	۱۵	۶۰
بیشتر از ۳۰	۷	۲۸
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم	۸	۳۲
دیپلم	۱۲	۴۸
بالتر از دیپلم	۵	۲۰
دفعات بارداری		
یک بار	۱۶	۶۴
دوبار	۵	۲۰
بیش از دوبار	۴	۱۶
نوع زایمان		
طبیعی	۱۰	۴۰
سزارین	۱۵	۶۰
شغل		
خانه دار	۱۷	۶۸
شاغل	۸	۳۲

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد، به اعتقاد مادران؛ بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه برای آنان به صورت زندگی با تنش و تلاش برای توانمندسازی، نمود پیدا کرده است. به نظر می‌رسد، ادراک مادران دارای نوزاد نارس در بخش‌های مراقبت ویژه، بازتابی از تأثیرات دوگانه است؛ آن‌گونه که اگر از یک سو، تنش‌های زیادی را تحمل می‌کنند، از سوی دیگر نیز در جهت ارتقای توانمندسازی خود، اقدام می‌نمایند. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که مادران در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان، زندگی را با تنش درک نموده‌اند. در همین راستا، نتایج مطالعه‌ای در تهران بیان داشت، عمده‌ترین عوامل تنش‌زا برای مادران در بخش مراقبت ویژه نوزادان دربردارنده وجود دستگاه تنفسی برای نوزاد، صدای ناگهانی زنگ اخبار مانیتور، توقف تنفس نوزاد، تغییر رنگ ناگهانی پوست نوزاد، جدایی مادر از نوزاد و احساس درماندگی مادر در زمینه محافظت از نوزاد بوده‌اند [۱۴]. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که زندگی با تنش ناشی از بستری نوزاد، برای آنان دربردارنده مفاهیم آینده-هراسی و آسیب به خانواده است. آنان چنین اظهار داشتند که با یک دلشوره دائمی و ترس همیشگی درباره وضعیت سلامتی فرزندشان مواجه هستند و محوریت این دلشوره‌ها و نگرانی‌های همیشگی، زمان آینده است. به باور پژوهشگر، وقتی نوزادی به صورت نارس به دنیا می‌آید، مادران نسبت به آن چه رخ داده و آن

چه انتظارش را داشتند؛ فاصله آشکاری می‌بینند که این وضعیت بر ادراک ایشان اثرگذار بوده و منجر به بروز تنش‌های فراوان در آنان در رابطه با آینده نوزاد می‌شود. به علاوه، طبق روایات مشارکت-کنندگان، بستری نوزاد در بخش ویژه منجر به آزرده‌گی و فرسودگی روانی برای خانواده‌ها می‌شد. این گونه آسیب‌های وارده به خانواده-ها، نشأت گرفته از سنگینی تحمل خبر ناشی از بستری نوزاد، عدم توانایی خانواده در مراقبت از وی، تنش و نگرانی همسر یا پدر نوزاد و بروز تنش در سایر افراد خانواده مانند پدر بزرگ‌ها و مادر بزرگ‌ها بود. همچنین، مشارکت‌کنندگان بیان می‌داشتند؛ خانواده در هنگام شنیدن خبر بستری نوزاد، با حالتی مثل شوک مواجه شده‌اند. برخی از آنان نیز از برهم‌خوردن رابطه‌شان با همسر می‌گفتند. نتایج یک مطالعه کیفی در اصفهان نشان داد که والدین نوزادان بستری در بخش ویژه، چالش‌هایی در زمینه پویایی خانواده دارند و به این دلیل، تعاملات میان افراد خانواده با هم دچار اختلال می‌شود [۱۵].

یافته‌های این بخش از مطالعه، ضرورت اجرای مراقبت‌های جامع و همه‌سویگرانه را با در نظر داشتن خانواده‌ها در بخش مراقبت ویژه نوزادان تأکید می‌نماید. توصیفات مادران بیانگر آن بود که یکی از جنبه‌های اصلی ادراک آنان در زمینه بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه به طبقه تلاش برای توانمندسازی اختصاص دارد. این طبقه مهم شامل زیرطبقات جستجو جهت یادگیری نادانسته‌ها، مشارکت در درمان و کسب آمادگی برای ترخیص بود. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، به منظور ارتقای توانمندسازی‌شان، تلاش داشتند تا مطالب بیشتری در ارتباط با بیماری نوزاد، فرایند درمان و مراقبت از وی، انواع آزمایشات و آزمون‌های تشخیصی، نحوه تغذیه نوزاد، محیط ناشناخته بخش و انواع وسایل موجود در آن بیاموزند. در همین راستا، نتایج مطالعه کیفی نم‌نباتی و همکاران در تبریز گویای آن بود که توجه به نیازهای آموزشی مادران دارای نوزاد نارس و ارائه آموزش‌های مدون برای آنان در قالب توانمندسازی‌شان الزامی است [۱۶]. به طور مشابه، یافته‌های مطالعه کیفی کهن و همکاران در کرمان، بیان داشت که مادران دارای نوزاد نارس نیازمند کسب آگاهی از وضعیت نوزاد و کسب اطلاعات صحیح بودند [۱۵]. نتایج مطالعه‌ای کیفی در تهران نیز نشان داد، مهم‌ترین نیازهای آموزشی والدین نوزادان بستری در بخش مراقبت ویژه، نیاز به آگاهی و اطلاعات در مورد نوزاد نارس و نیاز به کسب مهارت در مراقبت و نگهداری از او بوده‌اند [۱۷]. بنابراین با توجه یافته‌های این بخش از مطالعه و سایر مطالعات، به منظور آشنایی مادران با

زمینه به دست خواهند آورد که آن‌ها را در مواجهه با وضعیت بحرانی در منزل، توانمند می‌سازد [۲۴]. در همین رابطه، Schlittenhart بیان می‌دارد؛ کسب صلاحیت در نگهداری از کودک نارس باید در مادر تقویت شده تا به مرور این توانایی را به دست آورد که بتواند به صورت مستقل از نوزاد خود مراقبت کند [۲۵]. مطابق یافته‌های مطالعه Boykova، ترخیص و ورود به منزل برای مادر حیاتی است زیرا تمام مسئولیت نگهداری نوزاد در منزل با مادر است، پس اگر مهارت لازم را نداشته باشد برای نوزاد مشکلات غیرمترقبه‌ای پیش خواهد آمد [۲۶]. در واقع، ایجاد آمادگی‌های لازم برای مادر و نوزاد در زمان ترخیص، منجر به توانمندسازی مادر و افزایش حس اعتماد به نفس وی شده و او را قادر می‌سازد تا در خانه از نوزاد مراقبت نماید و شرایط رشد و تکامل لازم را برای او فراهم سازد [۲۷]. از نظر مادران، در صورتی که عوامل توانمندکننده ایشان جهت ترخیص مهیا باشند، امکان بازگشت دوباره‌شان به بیمارستان کم‌تر می‌شود. در همین راستا، یافته‌های مطالعه ای در تهران نشان داد، با افزایش آمادگی ترخیص نوزاد نارس و مادر، احتمال بستری مجدد نوزاد کاهش می‌یابد [۲۸]. Kornhauser نیز در مطالعه خود، فواید آماده‌سازی جهت ترخیص را مشتمل بر کاهش مراجعات، کاهش هزینه‌های بیمارستانی و اقامت کوتاه مدت در بیمارستان، اعلام نمود [۲۹]. پژوهشگر چنین می‌اندیشد که اگر طرح‌ریزی مناسبی جهت توانمندسازی مادران به منظور ترخیص آنان و نوزادشان صورت نگیرد، بیم آن می‌رود که پیامدهای ناخوشایندی نوزاد، خانواده و در کل نظام سلامت را گرفتار خود نماید. در مجموع، با عنایت به این-که تلاش برای توانمندسازی، یکی از یافته‌های اصلی پژوهش حاضر بود، پیشنهاد می‌گردد جهت توانمندسازی مادران در بخش‌های تحت مطالعه از برنامه ایجاد فرصت‌های توانمندسازی برای آنان سود برد که مداخله‌ای آموزشی و رفتاری است. در این برنامه، علاوه بر حمایت روانی از مادران، اطلاعات لازم درباره ظاهر و رفتارهای نوزاد نارس، چگونگی ایفای نقش مادران و محیط بخش مراقبت ویژه نوزادان به آن‌ها ارائه می‌گردد [۳۰]. به علاوه، از آن‌جا که در مراقبت از نوزادان نارس بستری در بخش ویژه، راهبرد مراقبت خانواده محور مطرح است [۳۱]، به‌کارگیری این راهبرد در بخش مراقبت ویژه نوزادان به منظور مواجهه صحیح با انواع تنش‌های موجود و ارتقای توانمندسازی مادران دارای نوزاد نارس، ضروری به نظر می‌آید.

بخش مراقبت ویژه، لازم است مادران دارای بارداری پرخطر، قبل از زایمان از این بخش‌ها بازدید نمایند و توضیحاتی درباره این بخش‌ها و به طور کلی درباره نوزادان نارس و اطلاعات مربوط به آنان در زمینه‌های مراقبتی، تشخیصی و درمانی جهت آنان ارائه شود. مادران در راستای ارتقای توانمندسازی خود، تلاش داشتند تا در درمان نوزاد مشارکت جویند. نتایج مطالعه‌ای نیز در تهران نشان داد که مشارکت مادران در مراقبت از نوزاد در بخش مراقبت ویژه، در توانمندسازی آنان نقش داشته است [۱۸]. از دیدگاه مادران، مشارکت در درمان می‌توانست از طریق تلاش برای مجاورت با نوزاد و نزدیک شدن به وی، کاهش فاصله‌ها و کم‌کردن زمان جدایی از نوزاد میسر گردد. در همین زمینه، یافته‌های مطالعه اعمی و همکاران در مشهد نشان داد که ۹۵/۳٪ مادران نوزادان نارس نیاز داشتند در مجاورت نوزاد خود باشند [۱۹]. نتایج یک مطالعه کیفی نیز در کشورمان نشان داد، مادران در مراقبت از نوزاد نارس پیوستاری از جدایی‌های پی در پی را تجربه می‌کنند؛ دامنه این جدایی‌ها در روزهای ابتدایی تولد نوزاد زیاد و به تدریج و با گذر زمان از وسعتش کم‌تر می‌شود و کم‌تر شدن این وسعت با بهبودی نوزاد همراه می‌گردد [۲۰]. همچنین به باور مادران، استفاده از راهبردهایی مانند ماساژ دادن نوزاد و لمس نمودن وی می‌تواند به فرآیند درمان و بهبودی نوزاد کمک برساند. در همین رابطه، Papile در مطالعه خود اظهار داشت، ماساژ نوزاد توسط مادر می‌تواند باعث مشارکت مادر در امر مراقبت و بهبود فرزندش محسوب گردد [۲۱]. طبق نتایج مطالعه‌ای در شهر تهران، ماساژ دادن نوزاد نارس توسط مادر، سبب تسریع در درمان می‌گردد [۲۲]. یافته‌های مطالعه Griffin نیز نشان داد که اگر مادر بتواند بلافاصله پس از تولد نوزاد، تماس پوستی با او برقرار کند؛ پیوند محکمی میان آن دو ایجاد می‌شود که منجر به بهبود مراقبت از نوزاد می‌گردد [۲۳]. مادران معتقد بودند که جهت ارتقای توانمندی‌شان، نیازمند کسب آمادگی جهت ترخیص هستند. از نظر آنان این آمادگی در صورت تثبیت وضعیت سلامتی نوزاد فراهم می‌گردد. به این منظور، آنان زمانی می‌توانند آماده ترخیص باشند که نوزاد خوب وزن گرفته باشد، خروج از دستگاه انکوباتور را تحمل نماید و جواب آزمایشاتش مناسب باشند. به علاوه، مادران می‌گفتند در صورتی آمادگی برای ترخیص حاصل می‌شود که بتوانند به صورت مستقل و بدون کمک کارکنان درمانی، نوزاد را مدیریت نمایند. اگر مادران بتوانند در امر مراقبت نوزاد نارس استقلال کسب کنند، شایستگی‌هایی در این

کسب آمادگی برای ترخیص تاثیر می‌پذیرند. لذا نتایج حاصل از این پژوهش کیفی، می‌تواند سبب آشکار شدن جنبه‌هایی از ادراکات مادران از بستری نوزاد نارس در بخش‌های مراقبت ویژه در جامعه ما گردد.

سهم نویسندگان

ملیحه کدیور: طراحی مطالعه، مشاوره علمی و تدوین مقاله
مرجان مردانی حموله: گردآوری و تحلیل داده‌ها، مشاوره علمی و تدوین مقاله

نعیمه سیدفاطمی: طراحی مطالعه، مشاوره علمی و تدوین مقاله
نگارین اکبری: گردآوری و تحلیل داده‌ها، تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس خود را از یکایک مادران گرامی شرکت کننده در تحقیق اعلام می‌دارند.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت از جمله این‌که دیدگاه سایر افراد حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای دخیل در مراقبت از نوزادان نارس از جمله پزشکان، پرستاران و سایر افراد خانواده نوزادان مانند پدران، پدربزرگان و مادربزرگان مورد تحلیل قرار نگرفت. لذا توصیه می‌گردد با توجه به نقش مهمی که این افراد در زمینه مراقبت از این گروه نوزادان دارند، پژوهش‌های کیفی مشابهی انجام پذیرد.

این مطالعه تنها بخشی از ادراک مادران را در خصوص بستری نوزاد نارس در بخش‌های مراقبت ویژه نشان داد. هر چند در مورد بعضی از مفاهیم استخراج شده در این مطالعه تفاسیر متفاوتی می‌توان داشت، با این حال؛ نتایج نشان داد ادراک مادران در این زمینه با مفاهیمی مانند زندگی با تنش و تلاش برای توانمندسازی عجین شده است و این مفاهیم از مولفه‌هایی مانند آینده‌هراسی، آسیب به خانواده، جستجو جهت یادگیری نادانسته‌ها، مشارکت در درمان و

منابع

1. Beck S, Wojdyla D, Say L, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88:31-8
2. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012; 91:164-73
3. Seki K, Iwasaki S, An H, Horiguchi H, Mori M, Nishimaki S, et al. Early discharge from a neonatal intensive care unit and rates of readmission. *Pediatrics International* 2011; 53:7-12
4. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, et al. Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Seminars in Perinatology* 2011; 35:20-28
5. Kohan M, Borhani F, Abbaszadeh A, Soltanahmadi J, Khajehpoor M. Experience of Mothers with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2012; 1: 41-51 [Persian]
6. Meijssen D, Wolf MJ, van Bakel H, Koldewijn K, Kok J, van Baar A. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior & Development* 2011; 34:72-80
7. Latour JM, van Goudoever JB, Duivenvoorden HJ, Albers MJ, van Dam NA, Dullaart E, et al. Differences in the perceptions of parents and healthcare professionals on pediatric intensive care practices. *Pediatric Critical Care Medicine* 2011; 12: e211-5
8. Ichijima E, Kirk R, Hornblow A. Parental support in neonatal intensive care units: a cross-cultural comparison between New Zealand and Japan. *Journal of Pediatric Nursing* 2011; 26: 206-15
9. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing* 2011; 17: 32-40
10. Ambalavanan N, Carlo WA, McDonald SA, Yao Q, Das A, Higgins RD. Identification of extremely premature infants at high risk of rehospitalization. *Pediatrics* 2011; 128: 1216-25
11. Parker L. Mothers' experience of receiving counseling/psychotherapy on a neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal Nursing* 2011; 17: 182-189
12. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62: 107-115
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24: 105-112

14. Borimnejad I, Mehrnoosh N, Seyedfatemi N, Haghani H. Maternal Stressor Agents with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Units. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2011; 4:39-44 [Persian]
15. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. The Iranian parents of premature infants in NICU experiences of shame. *Medicinski Arhiv* 2012; 66:35-40
16. Namnabati M, Zamanzadeh V, Valizadeh L. Preparations for infants' discharge from neonatal intensive care unit: A content analysis. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2012; 1:1-11 [Persian]
17. Rasti M, Aliabadi F, Shafarodi N, Rafiee F, Kalani M. Specification of the educational needs of parents with premature infants admitted to neonatal intensive care unit. *Journal of Modern Rehabilitation* 2015; 8:21-29 [Persian]
18. Bastani F, Aliabadi T, Haghani H. The Effectiveness of participatory care program in neonatal intensive care unit on state anxiety of mothers of preterm newborns. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2012; 14: 59-65 [Persian]
19. Aemmi Z, Ahmadi Z, Reyhani T, Haghani H. Comparison of Perceptions of Nurses and Premature Infants' Mothers about Mothers' Needs in Neonatal Intensive Care Unit. *Hayat* 2013; 19: 14-26 [Persian]
20. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Mohammadi E, Zahed Pasha Y, Arzani A. Experience of mothers with premature infants from separation. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2014; 16:16-25 [Persian]
21. Papile LA, Baley JE, Benitz W, Cummings J, Carlo WA, Kumar P, et al. Levels of neonatal care. *Pediatrics* 2012; 130: 587-97
22. Sohrabi S, Ahmadi Z, Mosayebi Z, Haghani H. Effect of Infant Massage by Mothers on Maternal Attachment Behavior in Infants Hospitalized in Neonatal Care Units. *Hayat* 2014; 20: 59-68 [Persian]
23. Griffin J, Pickler R. Hospital-to-Home: Transition of Mothers of Preterm Infants. *MCN: the American Journal of Maternal Child Nursing* 2011; 36:252-257
24. Swanson V, Nicol H, McInnes R, et al. Developing Maternal Self-Efficacy for Feeding Preterm Babies in the Neonatal Unit. *Qualitative Health Research* 2012; 20:332-338
25. Schlittenhart J.M, Smart D, Miller K, Severtson B. Preparing parents for NICU discharge. *Nursing for Women's Health* 2011; 15: 484-494
26. Boykova M, Kenner C. Transition from hospital to home for parents of preterm infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2012; 26:81-7
27. Buonocore G, Bracci R, Weindling M. *Neonatology: A Practical Approach to Neonatal Management*. 1st Edition, Springer Publications: Uk 2012
28. Dashti E, Rassouli M, Khanali Mojen L, Puorhoseingholi A, Shirinabady Farahani A. Correlation between discharge preparation and rehospitalization of premature newborns. *Journal of Health Promotion Management* 2014; 3:37-45 [Persian]
29. Kornhauser M, Schneiderman R. How plans can improve outcomes and cut costs for preterm infant care. *Managed Care* 2010; 19:28-30
30. Melnyk BM, Fischbeck-Feinstein N, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 2006; 118: 1414-37
31. Harrison TM. Family centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing* 2010; 25:335-43

ABSTRACT

Mothers' perception of infant hospitalization in neonatal intensive care units: A qualitative study

Maliheh Kadivar¹, Marjan Mardani Hamooleh^{2*}, Naimeh Seyedfatemi³, Negarin Akbari⁴

1. Medical Pediatric Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Center for Nursing Care Research, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Faculty of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

Payesh 2016; 4: 444-451

Accepted for publication: 18 August 2015

[EPub a head of print-18 June 2016]

Objective (s): Birth of a premature infant can create emotional crisis for the mothers and encounter them with a variety of problems. The purpose of this study was to identify the perception of mothers with premature infants hospitalized in the neonatal intensive care units (NICU).

Methods: This was a qualitative study. In all 25 mothers were selected through purposive sampling, and a face-to-face semi structured interview was conducted with each participant. For the analysis of the data, the content analysis was applied containing verbatim transcription, reading interviews several times to obtain a sense of the whole, division of the text into meaning units and coding them, categorization of the codes into sub-categories and categories, and finally formulation of the latent content into categories.

Results: In general, 2 categories and 5 sub-categories were identified. Categories encompass the followings: 'living with tension, and 'empowerment'. Living with tension has 2 sub-categories consisting of 'fear of future' and 'damage to family'. Empowerment has 3 sub-categories consisting of 'seeking for learning of unknowns', 'participation in treatment' and 'preparation for discharge'.

Conclusion: Understanding of mothers' premature infant's perceptions can help health care team to provide better services.

Key Words: Neonatal intensive care units, Mothers, Parents, Premature infants

* Corresponding author: Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 88201880
E-mail: mardanimarjan@gmail.com