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

ملیحه کدیور 1 ، مرجان مردانی حموله 7 ، نعیمه سید فاطمی 7 ، نگارین اکبری

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 ـ شهریور ۱۳۹۵ صص ۴۵۱–۴۴۴ [نشر الکترونیک پیش از انتشار – ۲۹ خرداد ۹۵]

چکیده

تولد نوزاد نارس، می تواند با خلق بحران عاطفی برای مادران همراه باشد و آنان را با مشکلات متعددی مواجه نمایید. هدف این مطالعه شناسایی ادراک مادران از بستری نوزاد نارس در بخشهای مراقبت ویژه نوزادن بود. مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و با بهره گیری از شیوه تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. مشار کتکنندگان شامل ۲۵ نفر از مادران بودند که به روش نمونه گیری 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 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 دربردارنده زیرطبقات جستجو جهت یادگیری نادانستهها، مشارکت در درمان و کسب آمادگی بـرای تـرخیص میشد. شناسایی ادراک مادران دارای نوزاد نارس، به کارکنان عرصه سلامت جهت ارائه خدمات بهتر به آنان در بخشهای مراقبت ویـژه، 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

E-mail: mardanimarjan@gmail.com

^{*} نویسنده پاسخگو: تهران، میدان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان شهید رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران تلفن: ۸۸۲۰۱۸۸۰

مقدمه

حدود ۹/۶ تا ۱۲/۹ میلیون تولد در سراسر جهان به صورت تولید نارس رخ میدهد[۱]. بنابراین امکان بستری شدن نـوزاد بلافاصـله پس از تولد در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان جهت دریافت مراقبتهای ویژه انکارنایذیر 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 می شود 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 دستگاه-ها متصل و توسط کادر درمانی احاطه شده، برای مادر بسیار آزارنده است [۴]. مطابق نتایج مطالعه ای در کشورمان، مادران نوزادان نارس، داشتن نوزاد بستری در بخش مراقبتهای ویـژه را بـا مـوارد غيرقابل پيش بيني و غيرقابل انتظار توصيف مينمودند[۵]. از طرفی تولد چنین نوزادانی برای مادر بحران محسوب می گردد؛ آن-چنان که در مادر مراقبت از نوزاد احساس بی کفایتی در می کند، رضایت از خویشتن او کاهش می یابد 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 می کنند، تجربه این احساسات؛ به مادر می گوید 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، وزن گیری 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 شیرخواراحساس درماندگی، گناه و وحشت کنند[۹]. افزون بر آن، اگر نوزاد، مدتی طولانی در بخش مراقبت ویژه نوزادان، بستری شود، این امر سبب می گردد 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 ناراحت کننده 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 می شود که خانواده نتواند نقش خود را به خوبی ایفا کند [۱۱]. با توجه به مطالب پیش گفت 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 می تواند 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 نوزادن 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 می گیرند. در تحلیل محتوای قراردادی، طبقات و نام آنها از متن دادهها جریان می-یابند[۱۲]. در مطالعه حاضر نیز از روش تحلیل محتوای قراردادی بهره گرفته شد. مشارکتکنندگان در این پژوهش، به روش نمونه-گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه گیری 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 می توانند از مطالعه خارج شوند.

يافتهها

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

- زندگی با تنش
- ۱- آیندههراسی

طبق بیانات مشار کت کنندگان، 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 میدند.

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 می-بینمش 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!" (م۳).

۲- آسیب به خانواده

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

"همه خونواده ما، پدر و مادرم و خواهر برادرام با تولد دختر مریضم شوکه شدن، باورشون نمیشد"(م۱۰). مادران ۱ بار مصاحبه شدند، در کل ۲۵ مصاحبه انجام شد. مصاحبهها به صورت نیمهساختاری، چهرهبهچهره و به مدت ۴۵ تـا ۵۵ دقیقه انجام شدند. پژوهشگر به مدت ۶ ماه اطلاعات لازم را گردآوری و تحلیل نمود. در مصاحبه ابتدا یک سئوال کلی از مادران مبنی بر این که "نظر شما درباره بستری نوزادتان در بخش مراقبت ویژه چیست؟" پرسیده میشد و جهت دستیابی به اطلاعات بیشتر، مصاحبه با سئوالات پی گیری کننده مانند "فکر می کنید این وضعیت چگونه رخ میدهد؟"، "چرا باید این چنین باشد؟"، "در این باره منظور شما چیست؟" یا عباراتی چون "لطف در این رابطه بیشتر توضيح دهيد"، ادامه مي يافت. متن مصاحبهها به همراه يادداشت-های 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 بـازخوانی شـدند 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 تحليل دادهها استفاده گرديد. متن مصاحبهها و کدهای استخراج شده و زیرطبقات با برخی از مشارکت کنندگان 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 محققی 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 یافته ها 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 مادرِ خارج از مطالعه که موقعیتهایی مشابه مشارکت کنندگان داشتند، در میان گذاشته شد که مورد تایید قرار گرفتند. در راستای رعایت ملاحظات اخلاقی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معرفینامه اخـذ شـد. ضمن ارائه اطلاعات به مشار کت کنندگان درباره اهداف پـ ژوهش، بـ ه 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 می کردم خودم روآروم کنم در حالی که همسرم شنیدن این خبر خیلی براشون سنگین بود و اصلا تحمل نمی کرد" (م۵).

از دیگر عواملی که در صدمات وارده به خانواده نقـش داشـت، بـروز ناراحتی در دیگر افراد خانواده مانند مادربزرگها بود کـه ایـن گونـه ناراحتیها عموماً بهدلیل احساس ناتوانی آنان در همکاری با مـادران میشد:

" با مادرشوهرم زندگی میکنم یعنی اون توی خونه کمکم میده، پسرم که قرار شد بستری بشه مامان بزرگش خیلی ناراحت شد؛ میگفت آخه من نمی تونم این جوری که بچه نارس باشه کمکی به شما بدم، من با این حرفش ماتم گرفتم" (۱۴۸).

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

آز وقتی بچه مون نارس به دنیا اومده، رفتار شوهرم باهام عوض شده دیگه مثه سابقش نیست متاسفانه احساس می کنم به خاطر بچهمون رابطه شوهرم باهام داره بهم می خوره. نمی دونم چرا این قدر مصیبت می کشم " (م۱۸).

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 سئوال میپرسیدم، نیاز داشتم بدونم "(م۲).

"همین دستگاهی که دختر گلم رو گذاشتن داخلش، چند بار درباره دستگاهه از پرستارا پرسیدم که اگه من بالای سر نوزادم بودم ولی پرستار نبود اگه دستگاهه هشدار می داد من باید چه کار کنم "(۱۶۵).

" 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 سئوال، پرستارا یه جزوه آموزشی دادن

بهم و یه عالمه مطلب داشت که جوابم رو می داد" (م۲۱).

"سئوالام بیشتر در رابطه با غذا خوردن پسرم بود میخواستم اگه قـرار شد خودم بهش شیر بـدم، مسلط باشـم بـه ایـن کـار... در رابطـه بـا آزمایشات پیگیری میکنم و دلم میخواد بدونم چرا بالا و پایین مـی-شد، هرچی بیشتر بدونیم توانایی بیشتری هم پیدا می کنیم"(م۱۱).

۲- مشارکت در درمان

طبق روایات مشار کت کنندگان، همکاری و همیاری داشتن در امر مراقبت و درمان نوزاد، ضمن تسریع در بهبودی نوزاد منجر به توانمندسازی مادر نیز می گردد. مادران در این زمینه از راهبردهایی مانند لمس و ماساژ نوزاد استفاده می نمودند:

"هر چی بیشتر توی درمانش همکاری داشته باشیم به نفع خودمونه چون تجربه بیشتری کسب میکنیم تا قهارتر بشیم، مثلا اگر کاری که داریم انجام میدیم غلط باشه درستش رو به ما میگن"(م۶).

"هی میرم کنارش لمسش می کنم، بدنش رو ماساژ میدم، قدرت میخواد که یه بچه نارس رو که مشه بقیه بچهها نیست بتونی لمسش کنی... به نظر خودم می تونم به خوب شدنش کمک کنم اگه بیشتر بهش نزدیک شم." (م۲۳).

"اصلا نمی تونم دوریش رو تحمل کنم، مادر و نوزاد تا می تونن 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 "(م۱۳۳).

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 می انجامد، به این شرح است:

"اگه دخترم خوب شیر بخوره، تحمل کنه و وزنش هم بهتر بشه می تونیم مرخص شیم... اگه این طوری بشه منم از پسِ دخترم برمیام"(م۹).

"باید بچه نارس من جواب آزمایشاتش خوب شده باشه بعدش می-برمش خونه، اون جا هم تمام تلاشم رو می کنم که خوب نگهش دارم "(م۱۵).

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



كتكنندگان	ی مشار	صات فرد	۱: مشخ	جدول

0-11-1-103-1	60 a.		
	فراواني	درصد	
سن(سال)			
کمتر از ۲۰	٣	17	
۲۰-۳ ۰	۱۵	۶.	
بیشتر از ۳۰	γ	7.1	
سطح ت <i>حص</i> يلات			
زير ديپلم	٨	٣٢	
ديپلم	17	47	
بالاتر از ديپلم	۵	۲.	
دفعات بارداري			
یک بار	18	84	
دوبار	۵	۲.	
بیش از دوبار	۴	18	
نوع زايمان			
طبيعى	١٠	۴.	
سزارين	۱۵	۶.	
شغل			
خانه دار	17	۶۸	
شاغل	٨	44	

بحث و نتیجه گیری

یافتههای این پژوهش نشان داد، به اعتقاد مادران؛ بستری نـوزاد در بخش مراقبت ویژه برای آنان به صورت زندگی با تنش و تلاش برای توانمندسازی، نمود پیدا کرده است. به نظر می رسد، ادراک مادران دارای نوزاد نارس در بخشهای مراقبت ویژه، بازتابی از تاثیرات دوگانه است؛ آنگونه که اگر از یک سو، تنشهای زیادی را تحمل می کنند، از سوی دیگر نیز در جهت ارتقای توانمندسازی خود، اقدام مینمایند. نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن بود که مادران در بخشهای مراقبت ویژه نوزادن، زندگی را با تنش درک نمودهاند. در همین راستا، نتایج مطالعهای در تهران بیان داشت، عمدهترین عوامل تنش زا 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]. مشارکت کنندگان 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 می آید، مادران نسبت به آنچه رخ داده و آن

چه انتظارش را داشتند؛ فاصله آشکاری می بینند که این وضعیت بر ادراک ایشان اثر گذار بوده و منجر به بروز تنشهای فراوان در آنان در رابطه با آینده نوزاد می شود. به علاوه، طبق روایات مشارکت-کنندگان، بستری نوزاد در بخش ویژه منجر به آزردگی و فرسودگی روانی برای خانوادهها می شد. این گونه آسیبهای وارده به خانواده-ها، نشات گرفته از سنگینی تحمل خبر ناشی از بستری نوزاد، عدم توانایی خانواده در مراقبت از وی، تنش و نگرانی همسر یا پدر نـوزاد و بروز تنش در سایر افراد خانواده مانند پدربزرگها و مادربزرگها بود. همچنین، مشار کت کنندگان 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 نـوزادان بسـتری 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 همهسونگرانه را با در نظر داشتن خانوادهها در بخش مراقبت ویـژه نوزادان تاکید مینماید. توصیفات مادران بیانگر آن بود که یکی از جنبههای اصلی ادراک آنان در زمینه بستری نوزاد در بخش مراقبت ویژه به طبقهٔ 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 توانمندسازی شان، تـلاش داشـتند تـا مطالب بیشتری در ارتباط با بیماری نوزاد، فرایند درمان و مراقبت از وی، انواع آزمایشات و آزمون های تشخیصی، نحوه تغذیه نوزاد، محیط ناشناخته بخش و انواع وسایل موجود در آن بیاموزند در همین راستا، نتایج مطالعه کیفی نم نباتی 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 الزامي است[۱۶]. به طور مشابه، یافتههاي مطالعـه کیفـي کهـن و همکاران در کرمان، بیان داشت که مادران داری نوزاد نارس نیازمند كسب آگاهي از وضعيت نوزاد و كسب اطلاعات صحيح بودنـد[۵]. 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 بـه کسـب مهـارت در مراقبت و نگهداری از او بوده اند[۱۷]. بنابراین با توجه یافتههای این بخش از مطالعه و سایر مطالعات، به منظور آشنایی مادران با

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 می توانست 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 کم تر میشود و کمتر شدن این وسعت با بهبودی نوزاد همراه می گردد[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 می-تواند باعث مشارکت مادر در امر مراقبت و بهبود فرزندش محسوب گردد[۲۱]. طبق نتایج مطالعهای در شهر تهران، ماساژ دادن نـوزاد نارس توسط مادر، سبب تسریع در درمان می گردد[۲۲]. یافتههای مطالعه Griffin نيز نشان داد كه اگر مادر بتواند بلافاصله پس از تولد نوزاد، تماس پوستی با او برقرار کند؛ پیونـد محکمـی میـان آن دو ایجاد می شود که منجر به بهبود مراقبت از نوزاد می گردد [۲۳]. مادران معتقد بودند که جهت ارتقای توانمندی شان، نیازمند کسب آمادگی جهت ترخیص هستند. از نظر آنان این آمادگی در صورت تثبیت وضعیت سلامتی نوزاد فراهم می گردد. به این منظور، آنان زمانی می توانند آماده ترخیص باشند که نوزاد خوب وزن گرفته باشد، خروج از دستگاه انکوباتور را تحمل نماید و جواب آزمایشاتش مناسب باشند به علاوه، مادران می گفتند 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

زمینه به دست خواهند آورد که آنها را در مواجهه با وضعیت بحرانی در منزل، توانمند میسازد[۲۴]. در همین رابطه، Schlittenhart بیان می دارد؛ 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 یافته های مطالعه Boykova، ترخیص و ورود به منزل برای مادر حیاتی است زیرا تمام مسئولیت نگهداری نوزاد در منزل با مادر است، پس اگر مادر 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 تـرخیص مهیـا باشـند، امکـان بازگشت دوبارهشان به بیمارستان کمتر می شود. در همین راستا، یافته های مطالعه ای در تهران نشان داد، با افزایش آمادگی ترخیص نوزاد نارس و مادر، احتمال بستری مجدد نوزاد کاهش می-یابد[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 می رود 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 می گردد 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 می گردد [۳۰]. به علاوه، از آنجا که در مراقبت از نوزادان نارس بستری در بخش ویژه، راهبرد مراقبت خانواده محور مطرح است[۳۱]، به کار گیری 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 مي آيد. 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 ویـژه در جامعه ما گردد.

سہم نویسندگان

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

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

تشكر و قدرداني

نویسندگان مراتب سپاس خود را از یکایک مادران گرامی شرکت کننده در تحقیق اعلام می دارند. این مطالعه محدودیتهایی نیز داشت از جمله این که 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 گرده 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 می توان 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 آینده هراسی، 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 Obstetricia 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 l, 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 Editon, 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

Tel: 88201880

E-mail: mardanimarjan@gmail.com

^{*}Corresponding author: Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran