



دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
دانشکده پرستاری و مامایی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای تخصصی پرستاری

عنوان

مدیریت مادران در رابطه با تولد نوزاد نارس

نگارش

افسانه ارزانی

اساتید راهنما

دکتر لیلا ولی زاده

دکتر وحید زمان زاده

استاد مشاور

دکتر عیسی محمدی

تابستان ۱۳۹۳

شماره ۳۳۸



## فهرست مطالب

۱..... خلاصه

### فصل اول

۲..... مقدمه، اهمیت و ضرورت پژوهش

۱۵..... هدف کلی

۱۵..... سوال اصلی مطالعه

۱۶..... اهداف کاربردی

### فصل دوم

۱۷..... فلسفه هدایت‌کننده مطالعه

۲۲..... مفاهیم مرتبط با موضوع

۲۶..... دیدگاه‌های نظری مختلف پیرامون موضوع

۴۱..... بررسی مطالعات مرتبط با موضوع پژوهش

### فصل سوم

۶۰..... روش پژوهش و دلایل انتخاب آن

۶۴..... جمعیت مطالعه

۶۵..... محیط پژوهش

۶۶..... انتخاب مشارکت‌کننده‌ها

۶۹..... معرفی مشارکت‌کننده‌ها

۷۲..... روش جمع‌آوری و تولید داده‌ها

۷۷..... روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

۸۵	یادآورنویسی .....
۸۹	یکپارچه‌سازی طبقات و تعیین طبقه مرکزی .....
۹۱	دقت علمی و استحکام مطالعه .....
۹۶	ملاحظات اخلاقی پژوهش .....

### فصل چهارم

۹۷	تحلیل داده‌ها برای مفاهیم .....
۱۰۰	تحلیل داده‌ها برای زمینه .....
۱۲۲	تحلیل داده‌ها برای تعیین فرایند .....
۱۸۴	تلفیق، پیدا کردن طبقه مرکزی و ایجاد اتصال و پیوستگی بین طبقات .....
۱۸۹	خط سیر داستان .....

### فصل پنجم

۱۹۲	بحث و تفسیر یافته‌های پژوهش .....
۲۳۰	نتیجه‌گیری نهایی .....
۲۳۲	کاربرد یافته‌های پژوهش .....
۲۳۶	محدودیت‌های پژوهش .....
۲۳۷	پیشنهادات برای پژوهش‌های بعدی .....
۲۳۸	منابع .....

### پیوست

۲۵۷	پیوست شماره یک: جداول ۱، ۲، ۳ مربوط به تجزیه و تحلیل داده‌ها .....
۲۶۱	پیوست شماره دو: فرم رضایت آگاهانه .....

- پیوست شماره سه: تاییدیه تصویب پروپوزال و کمیته اخلاق ..... ۲۶۴
- پیوست شماره چهار: مقاله‌های حاصل از رساله ..... ۲۶۵
- پیوست شماره پنج: گواهی‌های شرکت در کنگره‌ها و همایش‌ها ..... ۲۶۸
- پیوست شماره شش: خلاصه انگلیسی ..... ۲۷۱

### فهرست جداول و اشکال

- جدول ۳.۱ توصیف برخی ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان ..... ۷۱
- جدول ۳.۲ نمونه‌ای از یادداشت در عرصه در ارتباط با عدم آمادگی ..... ۷۵
- جدول ۳.۳ نمونه‌ای از یادداشت در عرصه تبادل اطلاعات مادران ..... ۷۶
- جدول ۳.۴ نمونه‌ای از یادداشت در عرصه در ارتباط با نیاز مادران به اطلاعات ..... ۷۶
- جدول ۳.۵ نمونه‌ای از یادآور ..... ۸۷
- جدول ۳.۶ نمونه‌ای دیگر از یادآور ..... ۸۸
- جدول ۴.۱ نمونه‌ای از روند تحلیل داده برای مفهوم ..... ۹۸
- جدول ۴.۲ مفاهیم استخراج شده از داده‌ها در تجزیه و تحلیل زمینه ..... ۱۰۱
- جدول ۴.۳ مفاهیم استخراج شده از داده‌ها در تجزیه و تحلیل فرایند (راهبرد) ..... ۱۲۳
- جدول ۴.۴ مفاهیم استخراج شده از داده‌ها در تجزیه و تحلیل فرایند (پیامد) ..... ۱۶۹
- شکل ۲.۱ مدل ارائه شده برای کسب نقش مادری ..... ۲۹
- شکل ۲.۲ مدل تعاملی کودک - والد ..... ۴۰
- شکل ۴.۱ زمینه مدیریت مادران ..... ۱۲۱
- شکل ۴.۲ راهبردهای مدیریتی مادران ..... ۱۶۸
- شکل ۴.۳ پیامد مدیریت مادران ..... ۱۸۳

شکل ۴.۴ دیاگرام ترکیبی فرایند مدیریت مادران ..... ۱۸۸

## خلاصه

مقدمه: تولد نوزاد نارس تجربه ویژه‌ای برای مادران می‌باشد و آنها را با چالش‌های متعددی روبرو می‌کند. از آنجا که درک و فهم جامع و کامل از نحوه مدیریت مادران در رابطه با تولد نوزاد نارس، می‌تواند تیم مراقبتی و درمانی را در کشف کمبودها و نیازهای مادران این نوزادان و جهت مداخله بهتر و موثرتر کمک کند، لذا این مطالعه با هدف تبیین مدیریت مادران در رابطه با تولد نوزاد نارس انجام شده است.

روش کار: این مطالعه کیفی با رویکرد نظریه زمینه‌ای در فاصله سالهای ۱۳۹۳-۱۳۹۱ به انجام رسید. جمع‌آوری داده‌ها با ۳۰ مصاحبه بدون ساختار و عمیق با مادران دارای نوزاد نارس و سایر مشارکت‌کنندگان انجام گردید. شیوه انتخاب مشارکت‌کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف آغاز و تا رسیدن به اشباع داده‌ها به صورت نظری ادامه یافت. داده‌های حاصل بر اساس روش کوربین و اشتراوس ۲۰۰۸، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: فرایند مدیریت مادران در بستری از مواجهه ناگهانی و غیرمنتظره با تولد نوزاد نارس، نارس و تهدید سلامت نوزاد، فرصت در کنار هم قرار گرفتن (مادر و نوزاد)، فشار اقتصادی، تغییر در اوضاع زندگی و واکنش و درک اطرافیان شکل می‌گیرد. نگرانی اصلی مادران نارس و تهدید سلامت شیرخوار بود. طبقه مرکزی تحت عنوان خودتوانمندسازی: تلاش مادران در برابر تهدید سلامت شیرخوار نیز اشاره به راهبردهای مادران در این فرایند دارد. احساسات، تعاملات و راهبردهای آنها در مراحل ابتدای واقعه شامل: پاسخ‌های هیجانی و ادراکی، شکوفاسازی غریزه مادری و سپس یاری‌جستن، برقراری تعادل در مسئولیت‌ها و تعهدات فردی، ظرفیت‌افزایی، تامین و حفظ آرامش می‌باشد. بارقه‌های رشد و بار مراقبتی از پیامدهایی هستند که این مادران آنها را تجربه می‌کنند.

نتیجه‌گیری: فرایند مدیریت مادران در رابطه با تولد نوزاد نارس از طریق خودتوانمندسازی انجام می‌شود. این مفهوم بیانگر کوشش‌های متعدد مادران به عنوان مراقبت‌دهنده اصلی از شیرخوار می‌باشد. با توجه به منحصر به فرد بودن نقش مادر در پاسخگویی به نیازهای شیرخوار، سیستم درمانی و

مراقبتی باید در برنامه‌های مداخله‌ای خود در راستای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی نوزادان نارس، مادران آنها را به معنای واقعی جزء گروه هدف قرار دهد تا شاید از این طریق سنگینی بار مراقبت و اداره شرایط بحرانی ناشی از تولد نوزاد نارس بر دوش مادر تقلیل یابد.

کلید واژه‌ها : نوزادان نارس، مادران، مدیریت، نظریه زمینه‌ای



### مقدمه، اهمیت و ضرورت پژوهش:

بارداری و تولد کودک اتفاق مهمی در رشد روانشناختی یک زن است که هر نوع شرایط مشکل آفرین در این مراحل می‌تواند تاثیری منفی بر تجارب او داشته باشد (۱). گذر به نقش مادری، رخداد تکاملی بزرگ و مرحله استرس‌زایی در زندگی زنان می‌باشد (۲). این استرس‌ها و تنش‌ها با تولد نوزاد نارس تشدید می‌شود، زیرا تمام امیدها و آرزوهای مادران به یاس و ناامیدی مبدل می‌گردد (۳) و فرایند طبیعی نگهداری و مراقبت از نوزاد و نقش مادر تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۴). مادران با تولد نوزاد نارس، گذری غیرمعمول به نقش مادری را تحت عنوان بحران هیجانی تجربه می‌کنند که با غم و اندوه، از دست دادن کنترل، استرس و نگرانی همراه می‌باشد که گاهی این علائم روزها و ماه‌ها پس از زایمان و تولد نوزاد ادامه دارد (۲). زنان با زایمان زودرس آماده پذیرش نقش جدید خود نیستند، زیرا ماه‌های آخر بارداری دوره‌ای است که آمادگی برای زایمان و تولد شیرخوار مهیا می‌گردد، لذا مادری که کودکش زودتر از موعد متولد می‌شود، این فرصت را از دست می‌دهد و تمام انتظارات و تخیلات او از به دنیا آوردن نوزادی سالم از بین می‌رود (۵). لذا لازم است آنها در این گذر اهدافشان را دوباره بازسازی کنند تا به مفهوم جدیدی از خود برسند (۶).

مطالعه Kaaresen و همکاران ۲۰۰۶، نشان داده است که مادران این نوزادان، درجات استرس و نگرانی بیشتری را نسبت به مادران نوزادان رسیده نشان می‌دهند (۷) و ممکن است در روزهای نخست تولد کودک، بارها احساس شکست، گناه و ناتوانی کنند (۸). نگرانی آنها با سن جنینی، وزن و طول مدت بستری نوزاد ارتباط مستقیمی دارد (۹). همچنین افسردگی پس از زایمان در مادران با نوزادان نارس ۳۰ تا ۶۰ درصد گزارش شده است، در حالی که این احتمال

در مادران با نوزاد رسیده ۳۰-۱۵ درصد می‌باشد (۱۰). عواملی نظیر افسردگی و عدم تطابق مادر با این واقعه در کیفیت مراقبت از نوزادان نارس تاثیر گذاشته و اثرات منفی آن در تکامل اجتماعی (۱۱)، شناختی، عاطفی و رفتاری شیرخوار نمایان خواهد شد (۱۲) و می‌تواند اثرات قابل توجهی بر ارتباط با اعضای خانواده و دوستان داشته باشد و سبب اختلال در خواب، مشکلات تمرکز و کاهش قدرت تصمیم‌گیری گردد (۱۳).

علاوه بر افسردگی، ترس و دلواپسی مادر در مورد سلامتی نوزاد، عدم بقا و یا در صورت زنده ماندن نوزاد، نگرانی در مورد عوارض نرسی شیرخوار تاثیر منفی بر توانایی او در مراقبت از شیرخوار می‌گذارد (۱۴). این در حالی است که توانایی مادران در امر مراقبت از شیرخواران بسیار حائز اهمیت می‌باشد، در این راستا علی‌آبادی و همکاران او ۲۰۱۱، دریافتند که توانایی مادران و مشارکت آنها در مراقبت از نوزاد، بستری مجدد و مراجعه مکرر به پزشک را کاهش می‌دهد و متعاقب آن هزینه‌های اقتصادی و عفونت‌های بیمارستانی کاهش می‌یابد (۱۵).

تنش‌های مادران دارای نوزاد نارس به دوران تولد و بستری در NICU<sup>1</sup> محدود نمی‌شود، مطالعه Latva و همکاران ۲۰۰۸، در این راستا نشان داد که، تقریباً یک سوم مادران نوزادان نارس، غصه و اندوه رفع نشده را تا نه ماه پس از تولد شیرخوار تجربه می‌کنند، که بیانگر تداوم تروما و استرس بعد از ترخیص نوزادان نارس از NICU می‌باشد. این احساسات منفی در طولانی مدت علاوه بر تاثیر بر کفایت مادران در پاسخ به نشانه‌های رفتاری شیرخواران، بر دلبستگی بین مادر و شیرخوار نیز تاثیر دارد (۱۶).

دلبستگی مادری جریانی تراکمی است که پیش از بارداری شروع شده و در طی رویدادهای مختلف این دوران تقویت شده و با تماس بین مادر و شیرخوار در دوره نوزادی تکامل می‌یابد. در زایمان زودرس، دلبستگی قبل از تولد مادر با شیرخوار به طور ناگهانی قطع می‌شود (۱۷) و

---

1- Neonatal Intensive Care Unit

با بستری شدن نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان، این زنجیره بیش از پیش گسسته شده و تمام برنامه‌ها، ایده‌ها و شادی خانواده جای خود را به یاس، نگرانی و سردرگمی می‌دهد (۱۸). بستری شدن نوزاد نارس بلافاصله پس از تولد به دلیل نیاز به مراقبت‌های ویژه، در اکثر موارد اجتناب‌ناپذیر می‌باشد و موجب جدایی مادر و شیرخوار از هم می‌گردد، این جدایی سخت‌ترین چالش مادران دارای نوزادان نارس می‌باشد. مطالعات نیز حاکی از آن است، مادرانی که پس از زایمان بلافاصله از نوزادان خود جدا شده‌اند، سطح بالایی از استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه کرده‌اند، که این رفتارهای جدایی منجر به ترشح استرس هورمون‌هایی در شیرخوار می‌شود که بر وضعیت فیزیولوژیک او تاثیر می‌گذارد. علاوه بر آن، استرس می‌تواند موجب تغییر در رفتار مادر شود و بر تعاملات بین او و شیرخوار اثر منفی داشته باشد (۱۹-۲۰).

جدایی این دو از هم تغییر رفتارهایی را نیز در مادران برای ماه‌ها و شاید سال‌ها ایجاد کند، حتی اگر مشکلات شیرخوار با ترخیص از بیمارستان کاملاً برطرف شده باشد (۲۱). مطالعه Schen ۲۰۰۵، نشان داد که جدایی مادران از کودکان هر چند هم به شکل موقت و کوتاه باشد، لیکن اضطراب و تعارض در احساسات را برای مادران به همراه دارد. در جدایی‌های طولانی مدت نیز علائمی از افسردگی، ناامیدی و غم در مادران دیده می‌شود که از ویژگی‌های فقدان می‌باشد (۲۲).

بستری شدن در بخش مراقبت ویژه نوزادان و متصل بودن نوزاد به دستگاهها و تجهیزات مدرن این پیام را به مادر منتقل می‌کند که شیرخوار او در شرایط بحرانی قرار دارد. همچنین محیط فیزیکی و قوانین و مقررات بخش مراقبت ویژه نوزادان، عدم آشنایی با کارکنان، دیدن نوزاد محصور شده با لوله‌ها و سیم‌های متعدد، ونتیلاتورها و لوله داخل نای و کاتترهای وریدی، داشتن لوله بینی معدی و زنگ‌های هشداردهنده دستگاهها، رفت و آمد پرسنل از یک سو و

ظاهر سست و جثه کوچک، فقدان چربی زیر جلدی، وزن بسیار کم، تغییر رنگ ناگهانی پوست نوزاد، الگوهای تنفسی غیرطبیعی و غیرمعمول و گریه های ضعیف نوزاد از سویی دیگر می تواند برای والدین بسیار نگران کننده باشد (۱۷). در این شرایط والدین به ویژه مادران دچار آسیب-ها، فشارهای روانی و علائمی از قبیل احساس درماندگی، اضطراب، افسردگی، ترس و نگرانی، علائم روان تنی، عصبانیت، احساس بی کفایتی و از دست دادن اعتماد به نفس می شوند (۱۸). محققان وسعت ناآرامی های ناشی از بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان را مشابه با سندرم استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> گزارش کرده اند (۲۳).

مطالعه Nystrom و همکاران ۲۰۰۲، نشان داد که مادران نوزادان بستری در بیمارستان دچار اندوه ناشی از جدایی و عدم توانایی در مراقبت از نوزادشان شده اند. حتی ترخیص این نوزادان، نیز اضطراب و نگرانی زیادی را برای مادران به همراه دارد، زیرا امروزه با توسعه علم نوزادان، طول مدت بستری آنها کاهش یافته و ترخیص زودتر از موعد انجام می شود، لذا والدین مجبور هستند، مراقبت های پیچیده تری را به تنهایی در منزل انجام دهند (۱۹).

علاوه بر اثرات منفی تولد نوزاد نارس در پذیرش نقش مادری، بستری شدن آنها نیز، سبب اختلال در ایفای نقش مادری می گردد و مادران در این شرایط ناآشنا، گذر به دوره مادری را به خوبی طی نمی کنند. این زنان در شرایطی مادر شدن را تجربه می کنند که غم و اندوه ناشی از تولد نوزاد نارس آنها را احاطه کرده است. آنها ممکن است تضادی را بین نقش جدید به عنوان مادر و سایر نقش های خود تجربه کنند (۲۴). نتایج مطالعه Carter و همکاران ۲۰۰۷، نیز نشان داد که بیشترین منبع تنش والدین، تغییر در نقش والدینی آنهاست و مادران نسبت به پدران تنش بیشتری داشتند (۲۵). دیسترس ها و تنش های متعدد در مادران نه تنها بر سلامتی، کیفیت زندگی و رفاه مادران و ظرفیت جسمی و روانی آنها در اداره امور عادی و

1- Post Trauma Stress Syndrome (PTSD)

روزمره زندگی، بلکه بر ثبات خانواده نیز تاثیر می‌گذارد (۲۴) و موجب تأخیر در برگشت عملکرد معمول مادران (معمولا ۶ هفته پس از زایمان) و حتی توقف زودهنگام تغذیه با شیر مادر می‌شود (۲۶).

عدم توجه به نگرانی‌های عاطفی و روانی مادران باعث می‌شود آنها دلبستگی کافی به نوزادشان نداشته باشند، که در طولانی‌مدت می‌تواند بر کیفیت زندگی مادر و تکامل شناختی شیرخوار تاثیر بگذارد. از این رو توجه خاص به کیفیت مراقبت‌ها در این دوران که باعث تسهیل رویارویی و واکنش مناسب مادر به این شرایط گردد، ضروری به نظر می‌رسد، زیرا امروزه تعداد مادرانی که تولد نوزاد نارس را تجربه می‌کنند، روز به روز در حال افزایش می‌باشد (۲۷). پیشرفت‌های علم پزشکی در دهه‌های اخیر به ویژه در زمینه روش‌های القای باروری و شیوه‌های آزمایشگاهی مرتبط با آن از یک سو و رشد غیرطبیعی زایمان به روش سزارین از سوی دیگر سبب افزایش تولد نوزاد نارس شده است (۲۸). میزان تولد نوزاد نارس در جهان، ۹/۶ درصد (۲۹)، در آمریکا ۱۲/۷ درصد (۳۰) و در ایران این آمار ۱۰ درصد گزارش شده است (۳۱).

همچنین امروزه با کمک مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان نارس، میزان مرگ و میر این نوزادان، به طور چشمگیری کاهش یافته است (۳۲). در ایران در یک بررسی انجام شده، میزان بقای نوزادان با سن جنینی ۳۱ هفته در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، ۷۸ درصد گزارش شده است (۳۳).

موفقیت در افزایش میزان بقای این شیرخواران، چالش‌های تکامل بعدی آنها از قبیل نقائص عصبی - حسی، عصبی - حرکتی، تأخیر شناختی و کلامی، ناهنجاری‌های رفتاری، روانی اجتماعی و اختلال در عملکرد مدرسه را مطرح می‌کند (۳۴). علاوه بر این، نارس، کیفیت تعاملات بین مادر و شیرخوار را مختل می‌کند، که این موضوع بر پیامد تکاملی معیوب در شیرخواران و بیماری‌های روانی مادر دامن می‌زند (۱۲).

متأسفانه هنوز مراقبت‌های پس از زایمان برای همه مادران چه دارای نوزاد رسیده و چه نارس بر مراقبت محدود جسمی، آن‌هم فقط در زمان بستری در بخش پس از زایمان<sup>۱</sup> متمرکز می‌باشد و پرستاران به ندرت در اهداف خود به ارائه مراقبت و حمایت از مادران در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و به خصوص پس از ترخیص توجه دارند (۵).

کاستی‌های فوق در مقابل پیشرفت‌های چشمگیر اخیر در برنامه‌های مراقبت از نوزادان (مراقبت مادرانه آغوشی، مراقبت تکاملی، هم‌اتاقی مادر و شیرخوار و مراقبت خانواده محور ...) (۳۵-۳۷) و پیشگام و پیشتاز بودن سیستم درمانی ایران در این خصوص و گسترش بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان در مراکز آموزشی- درمانی (۳۸-۳۹)، بیشتر خود را نمایان می‌سازد، در حالی که زنان محور سلامت جامعه هستند و حفظ و ارتقا سلامت مادران از اولویت‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران می‌باشد (۴۰) و نقش اساسی مادران، در حفظ تعادل روانی اجتماعی خانواده، بر کسی پوشیده نیست. همچنین دین مبین اسلام تاکید فراوانی به توجه از مادران کرده است (۴۱).

از سویی دیگر، اغلب پیشرفت‌ها در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و حوزه نوزادان اتفاق افتاده است که متأسفانه از دیوار بیمارستانها و بخش‌های آن عبور نمی‌کند و در جامعه و کلینیک‌های پیگیری نوزادان دیده نمی‌شود و به نظر می‌رسد آن‌چنان که به مراقبت‌های حاد توجه می‌شود، به مراقبت‌های مزمن و حمایت از این مادران پرداخته نشده است. مهم است که در شرایط فعلی ببینیم چه گام‌هایی را باید برای مراقبت از مادران نوزادان نارس برداریم.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مراقبت مادران از خود و شیرخوار در این شرایط هم از جنبه فیزیکی و هم از نظر عاطفی برای آنها سخت و طاقت‌فرسا می‌باشد (۲۶، ۴۲). به طور نمونه،

---

1- postpartum

مادران مشارکت کننده در مطالعه Lindberg و همکاران ۲۰۰۸، اذعان داشتند، در صورتی که حمایت‌های عاطفی مناسبی از سوی خانواده و آگاهی‌های لازم را از تیم درمان دریافت می‌کردند، قادر به مدیریت و سازگاری با شرایط موجود بودند (۴). همچنین باید توجه داشته باشیم که مشکلات مادران دارای نوزاد نارس به بخش مراقبت ویژه محدود نمی‌شود، مطالعه Cleveland ۲۰۰۸، در ارتباط با تجارب مادرانی که نوزاد نارس آنها از بخش مراقبت ویژه ترخیص شده بود، نشان داد که آنها احساس عدم اطمینان در ارتباط با مراقبت از نوزاد، دریافت ناکافی خدمات از طرف پرستاران بهداشت جامعه برای پیگیری مراقبت در منزل و نیاز به آگاهی در مورد مراقبت و نحوه مدیریت امور این نوزادان را داشتند (۴۳).

علاوه بر موارد قید شده، زنان زایمان را در زمینه فرهنگی خاص خود یعنی آداب اجتماعی، باورهای فرهنگی مذهبی رایج و ارزش‌های حاکم بر جامعه‌اشان تجربه می‌کنند (۴۴) و فرهنگ‌های مختلف عقاید، باورها و آداب و رسوم متفاوتی حول و حوش زایمان دارند (۴۵) که می‌تواند مادران با تولد نوزاد نارس و بستری در NICU را با چالش‌های پیچیده‌ای روبرو کند. به طور مثال مادران تایوانی مجبور هستند پس از زایمان به مدت یک ماه با رژیم غذایی متعادل و ویژه‌ای در خانه استراحت نمایند و در این هنگام بستگان و نزدیکان وظایف ضروری مادران را انجام می‌دهند. اعتقاد آنها بر این است که این امر می‌تواند موجب ارتقاء سلامت مادران شود. آنها حتی حق خروج از منزل را برای دیدن شیرخوار بستری خود در بیمارستان را ندارند و نمی‌توانند مراقبت مادرانه آغوشی را انجام دهند. از این رو این زنان در برقراری تعاملات جسمی با نوزاد خود در بخش مراقبت ویژه با مشکلات و محدودیت‌های خاصی روبرو هستند (۴۶-۴۷). همچنین عواملی چون خرده فرهنگ‌ها، موانع زبانی و تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند احساس ناتوانی و شک و تردید برای از عهده بر آمدن با این واقعه را در والدین افزایش دهد (۴۵).

امروزه مفهوم مراقبت از مادران با نیازهای خاص، باید تغییر کند و در این گذر مراقبت کل نگر و خانواده محور را به معنای واقعی آن می‌بایست مد نظر قرار داد (۴۸). چرا که مادران دارای شیرخوار بیمار بیش از سایر مادران به ویژه در ماههای اول گذر به نقش مادری به حمایت از سوی پرسنل درمانی و مراقبتی نیاز دارند.

انجام مراقبت‌ها و حمایت‌های اصولی یک چالش مهم مراقبتی در این برهه زمانی است. مشکلات موجود در رابطه با مراقبت و توجه ناکافی از مادران دارای نوزاد نارس، نیاز به بحث در زمینه مدیریت موقعیت توسط مادران را با اهمیت‌تر می‌سازد، زیرا استرس و تنش‌های تجربه شده توسط خانواده و به خصوص مادر و مشکلات متعاقب آن (۴۹)، شرایطی را ایجاد می‌کند که در آن مدیریت مادران در قبال شیرخوار، خود و خانواده بسیار حساس و حیاتی می‌شود و آنها نیاز دارند تا مورد حمایت واقع شوند تا بتوانند مدیریت اثربخش و موفق‌تری را اعمال نمایند.

عدم مدیریت صحیح و اداره مناسب این واقعه از سوی مادر به طور قطع بر کیفیت زندگی مادر (۵۰)، شیرخوار و خانواده تاثیر می‌گذارد (۵۱). مدیریت اثربخش استفاده منظم از خود برای انجام کار صحیح، درک نقاط ضعف و قدرت شخصی و توانایی‌های موجود در خود می‌باشد. مدیریت مهمترین عامل در حیات، رشد، بالندگی و فنای یک سیستم (خانواده) محسوب می‌شود (۵۲). همان طور که می‌دانیم مدیریت، فرایندی است مبتنی بر دستیابی به نتایج مطلوب و بر فعالیت‌ها و تعاملات هدفدار تمرکز دارد و بر اداره موقعیت و یا وضعیتی برای رسیدن به هدف مورد نظر اشاره دارد، از این‌رو اگر در موقعیتی ملاک‌هایی شامل فعالیت منظم و سازمان یافته، هدف‌ها، روابط میان منابع، انجام کار به وسیله دیگران و تصمیم‌گیری برقرار باشد، می‌توان گفت در آن موقعیت مدیریت اعمال می‌شود، شکی نیست که مادران در موقعیت بوجود آمده و پس از مواجه شدن با مشکلات و نیازهای گوناگون در صدد حل مساله بر آمده و نقش



خود را به عنوان مدیر خانواده ایفا می‌کنند. وقایعی مانند تولد نوزاد نارس بحرانی ناگهانی و غافلگیرانه است که با سرعت زیاد ظاهر می‌شود و مجال پاسخگویی به موقع را به مدیران و افراد درگیر نمی‌دهد، زیرا ناگهانی و بدون انتظار ظاهر می‌شود و افراد تجربه اندکی در مورد آنها دارند (۵۳).

معمولاً مدیران، سعی در توازن فشارهای وارد آمده از داخل و خارج به سیستم دارند و برای رسیدن به اهداف خود دائماً در مقابل تغییرات به وجود آمده برنامه‌ریزی می‌کنند. برنامه‌ریزی اینکه چه چیزی، چگونه، در کجا، توسط چه کسانی و با چه کیفیتی باید انجام شود (۵۲)، اینکه مادران تحت چه شرایطی و از چه راهبردهایی در مدیریت تولد نوزاد نارس استفاده می‌کنند، چطور مادران این واقعه را ارزیابی می‌کنند و چگونه بر اساس اطلاعات و منابع موجود فعالیت‌های خود را در راستای بهبود موقعیت زندگی خود و مراقبت از شیرخوارشان سازمان می‌دهند، سوالاتی است که این مطالعه در نظر دارد به آن بپردازد.

مادران ممکن است از راهبردهای مختلفی برای مدیریت این رویداد استفاده کنند. مطالعه Cheon ۲۰۱۲، نشان داد که مادران در روزهای ابتدایی تولد و بستری نوزاد بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان و به تدریج پس از گذشت دو هفته از راهبردهای متمرکز بر مشکل استفاده می‌کنند. این مطالعه خاطرنشان می‌کند که میزان بالای تنش‌های روانی و جسمی در مادران و فقدان مداخلات مبتنی بر شواهد برای اداره این موقعیت، بر راهبردهای از عهده برآیی مادران تاثیر می‌گذارد (۵۴).

حتی این تنش‌ها، توانایی مادران برای تفکر را مختل می‌کند، این مساله باعث می‌شود تا تنش‌های دیگری نیز بر تنش داشتن نوزاد پرخطر افزوده شود (۲۵). مشخص شده است که احساس تنش، با کاهش در رفتارهای محبت‌آمیز و مسئولانه مادری و اضطراب مادر با اختلال در رفتارهای والدی مرتبط است (۵۵).

Bugental و همکاران ۲۰۰۴، دریافتند کودک‌آزاری، غفلت و تفسیر نادرست از نشانه‌های رفتاری شیرخواران از خطراتی است که در مادران جوان با تجارب تولد نوزاد نارس، دیده می‌شود (۵۶). علاوه بر این، تجربه منفی و تروماتیک در این مادران و عوارض ناشی از آن با مشکلاتی در خواب و تغذیه شیرخوار همراه می‌باشد و با شکایت کولیک نوزادان ارتباط دارد (۵۷). علاوه بر مشکلات در شیرخواران، مادران آنها نیز از نظر جسمی وضع مناسبی ندارند و از خستگی، نداشتن فرصت کافی برای استراحت و خواب شکایت دارند و یکی از مهم‌ترین چالش‌های آنها اینست که در این وضعیت نمی‌توانند نقش مادری خود را به نحو احسن و به طور موثری انجام دهند (۵۸). Fegran و همکاران ۲۰۰۸، در مطالعه خود که به مقایسه تجارب مادران و پدران در رابطه با فرایند دل‌بستگی در هفته اول تولد نوزاد نارس پرداختند، دریافتند که، مادران با تولد نوزاد نارس احساس عدم توانایی در مراقبت از نوزادان را داشتند، در حالی که پدران بیشتر دچار حالت شوک و بهت‌زدگی شده بودند (۵۹).

در بررسی متون موجود، اغلب تحقیقات کمی انجام شده در کشورمان در خصوص مراقبت از نوزادان نارس و پیشگیری از عوارض نارسی متمرکز شده است (۶۰-۶۱) و در ارتباط با مادران بیشتر مطالعات با رویکرد کمی و حول محور بررسی میزان استرس و اضطراب و عوامل تنش-زای مادران با استفاده از پرسشنامه یا چک‌لیست بوده است، پیداست که یافته‌های این مطالعات، با سوالات مشخص و از پیش تعیین شده و با چارچوب خاص، نمی‌تواند بیانگر تجربیات مادران در زمینه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی خاص باشد (۶۲، ۲۷). نتایج این مطالعات نشان نمی‌دهد که مادران چگونه این واقعه را مدیریت و هدایت کرده‌اند و ابعاد مختلف مفهوم مدیریت مادران بر اساس درک خودشان، ناپیدا و نامشخص می‌باشد.

همچنین چهار مطالعه کیفی انجام شده در ایران نیز محدود به زمان بستری شیرخوار در NICU و در ارتباط با تبیین تجارب مادران از نارسى و بستری نوزادان بوده است (۵۱، ۶۳-۶۵). از آنجایی که تجارب خاص و متفاوت این مادران محدود به زمان بستری در بیمارستان نبوده، لذا لازم است به منظور تبیین درک و چگونگی تجربه‌های مادران در این خصوص در شرایط مختلف زمانی و مکانی به این موضوع پرداخته شود. زیرا چگونگی اداره و رویارویی مادران با این پدیده بر اساس منابع و کتب از پیش تعیین شده نیست، بلکه تابعی از شرایط نانوشته فرهنگی، محیطی و خانوادگی زندگی افراد می‌باشد، بنابراین ضرورت دارد، درک و تجربه و چگونگی مدیریت مادران در طی کردن این مسیر از نظر خودشان که با این موقعیت درگیر هستند، تبیین و تفسیر گردد.

در تایید مطالب فوق، مطالعه Lee و همکاران ۲۰۰۵، نشان داده است که تجارب مادران از تولد نوزاد نارس، زمینه محور<sup>۱</sup> بوده و واکنش مادران در جوامع مختلف با توجه به زمینه‌های فرهنگی، باورها و عقاید آنها، متفاوت می‌باشد، به طور مثال، مادران کره‌ای در مواجهه با تولد نوزاد نارس، خود را سرزنش می‌کردند در حالی که واکنش اغلب مادران در آمریکای جنوبی، ناراحتی و عصبانیت (۶۶) و در مادران مکزیکی ساکن آمریکا، احساس عدم اطمینان یکی از مشکلات آنان بود (۴۳).

پرستاران نیز بدلیل توجه به فلسفه و رویکرد کل نگر و جامع خود نمی‌توانند نسبت به این موضوع بی‌توجه باشند و نقشی نداشته باشند، لذا لازم است بر کلیه جوانب و اثرات این تجربه نادر و منحصر به فرد تمرکز نمایند تا نه تنها چگونگی امکان رسیدگی و توجه به این مادران برای آنها مشخص گردد، بلکه همچنین واضح شود که اعضای تیم مراقبتی و درمانی چگونه می‌توانند به این مادران در این شرایط کمک کنند. زیرا یکی از قابل تقدیرترین نقش‌های

---

1- context based

پرستاری نوزادان، کمک به مادران برای مقابله با تنش ناشی از تولد یک نوزاد نارس است و مداخلات برای مادران زمانی موثرتر خواهد بود که پرستار بتواند آنچه را که مادر یک نوزاد نارس تجربه می‌کند، را درک کند و بتواند ضمن همدلی با او، پاسخ مناسب را به نیازهای مختلف آنها بدهد، زیرا کارشناسان واقعی در مورد نیازهای مادران، مادران هستند. یکی از راه‌های به دست آوردن درک و احساسات آنها، گوش دادن به تجربیات آنها می‌باشد. متأسفانه، پرستاران به ندرت فرصت شنیدن داستان مادران را به طور مستقیم و به طور کامل دارند، از این رو بسیاری از مداخلات کنونی آنها، متمرکز بر نیازهای نوزادان است. علاوه بر این، شاید مادران در زمانی که نوزادان در شرایط بحرانی و هنوز در بیمارستان بستری هستند، تمایلی به بیان احساسات نداشته باشد (۶۷).

به هر صورت چالش‌های پرستاری از نوزادان نارس فقط به پرستاری و مراقبت از شیرخواران ختم نمی‌شود، بلکه مادران نوزادان نارس را نیز در بر می‌گیرد (۶۲). در واقع امروزه در رابطه با این مساله، نیاز به توسعه نقش پرستار و تعریف مجدد این نقش با استفاده از داده‌های حاصل از مطالعات عمیق وجود دارد. گشایش رشته جدید کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان نیز تا حدودی در راستای پاسخگویی به این نیاز می‌باشد.

باید به صدای مادران در باره چگونگی مدیریت این واقعه گوش داد و اجازه داد که آنها بگویند در این سفر طولانی پس از زایمان با چه مشکلاتی و معضلاتی در ارتباط با اداره موقعیت روبرو بوده‌اند، چراکه این تنها راه مطمئن جهت ارائه مراقبت مناسب با محوریت مادران دارای نوزاد نارس است. لذا به منظور درک و توصیف تجارب انسانی، برداشت‌ها، احساسات افراد و درک کامل‌تر و جامع‌تر نسبت به پدیده فوق (۶۸) و پرده برداشتن از پدیده‌های کمتر شناخته شده و دیدن این که در پشت آنها چه نهفته است، از مطالعه به روش کیفی استفاده خواهد شد (۶۹).