

تبیین عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری در مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه کیفی

سوسن حیدرپور^۱، زهره کشاورز^۲، مریم بختیاری^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مادر نوزاد نارس که نیازمند بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه است، با مادر یک نوزاد طبیعی و عادی تفاوت بسیاری دارد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری در مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع کیفی بود و شرکت کنندگان از میان مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان تأمین اجتماعی و بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمانشاه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف صورت گرفت و داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه فردی و نیمه ساختار یافته عمیق جمع‌آوری گردید. مصاحبه‌ها با ۱۷ مادر نوزاد نارس (کمتر از ۳۶ هفته) که حداقل یک هفته از بستری شدن نوزادشان در بخش مراقبت ویژه نوزادان گذشته بود، به اشباع رسید. داده‌ها به شیوه تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای مقبولیت، قابلیت همسانی، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری جهت حمایت صحت و استحکام داده‌ها لحاظ گردید.

یافته‌ها: دو طبقه اصلی «عوامل فردی و عوامل اجتماعی» از داده‌ها استخراج گردید که عوامل فردی شامل سه طبقه فرعی «آشفستگی احساسی، بیگانگی و خودکارآمدی» و عوامل اجتماعی متشکل از سه طبقه فرعی «تعامل، حمایت اجتماعی و قضاوت اطرافیان» بود.

نتیجه‌گیری: با برقراری انواع حمایت‌ها، پیشگیری از پیش‌داوری و قضاوت و خودکارآمد نمودن مادران، می‌توان قدرت مقابله مادر با مشکلات و احساسات منفی را افزایش و انطباق با نقش مادری را ارتقا داد.

کلیدواژه‌ها: مطالعه کیفی، بخش مراقبت ویژه نوزادان، انطباق روانی، نوزاد نارس

ارجاع: حیدرپور سوسن، کشاورز زهره، بختیاری مریم. تبیین عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری در مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۱۴۶-۱۳۴.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۱

۱- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
 ۲- استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: z.keshavarz@sbmu.ac.ir

نویسنده مسئول: زهره کشاورز

مقدمه

مهم‌ترین نقش یک زن، نقش مادری می‌باشد (۱). نقش مادری و حتی نفس مادر شدن، از ابتدای خلقت انسان امری مقدس و محور استحکام و پویایی جامعه بوده است (۲). مادر شدن منجر به ایجاد تغییرات اساسی در عملکردهای شناختی، اجتماعی- احساسی و رفتاری می‌شود. زنی که مادر می‌شود، باید هویت مادری را به هویت‌های قبلی خود اضافه کند، با کودکش ارتباط عاطفی عمیق برقرار نماید و قادر به برآورده کردن نیازهای کودکش باشد (۳).

زایمان زودرس به دلیل افزایش ناخوشی و مرگ و میر معنی‌دار شیرخواران، موضوع مهمی به شمار می‌رود (۴). پیشرفت در مراقبت‌های نوزادی باعث شده است تا در مقایسه با قبل، تعداد نوزادان نارس که زنده می‌مانند، افزایش پیدا کند و نوزادان نارس بیشتری در بیمارستان بستری شوند (۵). هم‌زمان با افزایش تعداد نوزادان پذیرش شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان، تعداد والدینی که اقامت طولانی مدت در بیمارستان را تجربه می‌کنند، افزایش می‌یابد (۶).

مادر شدن در بخش مراقبت‌های ویژه با یک نوزاد نارس و کم‌وزن، با مادر شدن با یک نوزاد طبیعی و دارای شرایط عادی بسیار متفاوت است (۷). اغلب مادرانی که نوزاد آنان در بخش مراقبت ویژه بستری می‌شود، مجبور هستند که نقش مادری خود را با پرستاران بخش و سایر کارکنان درمانی سهیم شوند و فرصت آن‌ها برای مراقبت از نوزاد محدود می‌شود (۳). بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، استرس زیادی را به مادر وارد می‌کند (۸). استرس مادر به دلیل بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، یک مشکل چند بعدی است که با اختلال در شروع وابستگی و ارتباط بین مادر و نوزاد همراه می‌باشد (۹) مادران در این شرایط انتقال به مرحله مادری را به درستی طی نمی‌کنند (۱۰). Dashevsky گزارش کرد که مفهوم‌سازی متداول نقش مادری در مادران دارای نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه، دستخوش تغییر می‌شود (۳).

در مورد نقش مادری در کشورهای مختلف مطالعات گوناگونی صورت گرفته است. به عنوان مثال، Dashevsky

در مطالعه خود عنوان نمود که عوامل اجتماعی مثبتی شامل سهیم شدن تجارب با سایر افراد، حمایت خانواده و دوستان و کسب اطلاعات از افراد متخصص، از جمله عوامل تسهیل کننده کسب نقش مادری در مادران نوزادان نارس می‌باشد (۳). Berkowitz نیز بیان کرد که نقش مادری در مادران دارای نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه، هم تحت تأثیر ارتباطات اجتماعی مادر قرار می‌گیرد و هم از آن‌ها تأثیر می‌پذیرد (۱۱)، اما هنوز به نظر می‌رسد که جنبه‌های ناشناخته زیادی در این مورد وجود دارد که نیازمند بررسی است (۱۲). علاوه بر این، تجارب اولیه مادری به طور عمیق تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد (۱۳). به عنوان مثال، برای بسیاری از ایرانی‌ها داشتن کودک سالم و قوی بسیار مهم است و والدین نوزادانی که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌شوند و به ویژه مادران این نوزادان، به دلیل انگ اجتماعی این موضوع شرم‌منده هستند (۱۴). چنین واکنش‌های منفی اجتماعی ممکن است مانع انتقال سالم به مرحله مادری شود (۱۳).

آگاهی از عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری در مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت مراقبت‌های بعد از زایمان شود. از آنجایی که شناخت این عوامل بدون بررسی جوامع مختلف به دست نمی‌آید و با توجه به این که تحقیق کیفی، روش مناسبی جهت توصیف تجارب زندگی و معنابخشی به آن‌ها می‌باشد (۱۵)، مطالعه کیفی حاضر برای اولین بار در ایران به منظور تبیین عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری در مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه طراحی گردید تا این عوامل را در بستر فرهنگی و محیط اجتماعی کنونی ایران نمایان سازد.

روش

این پژوهش بخشی از یک مطالعه کیفی بود که به شیوه تحلیل محتوا انجام شد. جامعه پژوهش را مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان وابسته به تأمین اجتماعی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تشکیل داد. نمونه‌گیری به صورت

بخش پایه تجزیه و تحلیل محتوا به شمار می‌رود. درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشت.

برای اطمینان از صحت و استحکام داده‌ها، سه مصاحبه کدبندی شده به مشارکت کنندگان عودت داده شد و تأیید آن‌ها در مورد صحت مطالب درک شده اخذ گردید (Member check). همچنین، جهت اطمینان از صحت کدها، تعدادی از مصاحبه‌ها به دو نفر از افرادی که سابقه پژوهش کیفی داشتند، جهت کدگذاری ارجاع شد (External check). علاوه بر این، برای اطمینان از صحت یافته‌ها، محققان زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها داشتند و با رفت و برگشت مکرر داده‌ها، درگیری طولانی مدت (Prolonged engagement) خود را حفظ نمودند. درگیری مستمر با داده‌ها، افزایش وسعت و عمق اطلاعات را امکان‌پذیر نمود. قابلیت انتقال (Transferability) نیز با توصیف غنی از داده‌ها تأمین گردید. در جریان انجام پژوهش از جمع‌آوری داده‌ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته‌ها، مواردی همچون کسب رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی نمونه‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه و مفاد تعهدات اخلاقی رعایت شد. همچنین، تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد IR.SBMU.RAM.REC.1394.122 و مجوز انجام تحقیق از بیمارستان تأمین اجتماعی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه اخذ گردید. سپس با مراجعه به بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های مذکور و توضیح در مورد روش انجام مطالعه، از مسؤولان بخش‌ها نیز کسب اجازه گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی مادران مشارکت کننده، ۲۶/۷ سال و میانگین مدت ازدواج آن‌ها، ۵/۵ سال بود. یکی از آن‌ها شاغل و بقیه خانه‌دار بودند. میزان تحصیلات شرکت کنندگان از ابتدایی تا کارشناسی ارشد متغیر بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

هدفمند تا اشباع اطلاعات صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل زایمان کمتر از ۳۶ هفته، گذشت حداقل یک هفته از بستری شدن نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه، ایرانی بودن، متأهل و در حال زندگی مشترک، عدم سابقه به دنیا آوردن نوزاد نارس بستری شده در بخش مراقبت ویژه، عدم سابقه مشکل فیزیکی یا روحی، دارای نوزادان با بیماری که در زنده ماندن محدودیت ایجاد می‌کرد یا نوزادان با ناهنجاری‌های مادرزادی نبودند و تمایل به شرکت در مطالعه بود. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته در بازه ماه‌های اردیبهشت تا تیر سال ۱۳۹۴ جمع‌آوری گردید. در نهایت، مصاحبه‌ها با ۱۷ مادر نخست‌زا یا چندزا به اشباع رسید. مدت مصاحبه‌های انجام شده بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید و زمان و مکان مصاحبه‌ها توسط مشارکت کنندگان انتخاب شد.

تمام مصاحبه‌ها روی نوار صوتی ضبط و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شد. جهت طبقه‌بندی کدها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد. در مطالعه کیفی حاضر، تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها صورت گرفت و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی بر اساس روش Graneheim و Lundman استفاده گردید (۱۶). بدین صورت که بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، محتوای آن کلمه به کلمه نوشته شد و به منظور پیدا کردن درک صحیحی نسبت به کل موارد پیاده‌سازی شده، چندین بار مرور شد. در این مرحله، جهت آشنایی با داده‌ها (Familiarizing with data)، کل متن به طور کامل خوانده شد و محقق جهت آشنایی با محتوا، در داده‌ها غوطه‌ور (Immerse) شد و با بازخوانی مکرر آن‌ها، ایده‌های دریافتی خود را از مصاحبه به شکل کلی یادداشت نمود. سپس واحدهای معنایی (Meaning unit) مشخص گردید و کدهای اولیه (Initial cods) از آن‌ها استخراج گردید. در مرحله بعد، کدها ادغام و بر اساس شباهت‌ها طبقه‌بندی شد و تحت عنوان زیرطبقه (Subcategory) که در سطوح مختلف انتزاع قرار داشت، نام‌گذاری گردید. چندین زیرطبقه بر حسب حداقل یک ویژگی مشترک، در یک طبقه قرار گرفت که

خودکارآمدی» تشکیل گردید که در ادامه به تفصیل بیان شده است.

آشفتگی احساسی: این زیرطبقه شامل احساس اندوه، احساس قصور، احساس ترس و نگرانی و عدم اطمینان می‌باشد. احساس اندوه: بیشتر مشارکت کنندگان اذعان داشتند که احساس اندوه و افسردگی جزء احساسات غالبی بود که در زمان بستری نوزاد داشتند. حالاتی از جمله اندوه، گریه، غصه‌دار بودن و ناامیدی و عدم شادابی از جمله احساسات همراه مادران بود.

«می‌رم بچمو می‌بینم ناراحت، آرزوی مرگ می‌کنم. مثلاً چند وقت پیش حالش بهم ریخت، همین طوری نمی‌تونستم سر جای خودم بایستم. می‌گفتم یه محیط باز باشه که همین جوری بدوم. اصلاً یه حالتی داشتم... اگه پنجره باز بود به خدا ازش می‌پریدم؛ مثلاً دیگه دیوانگی... این قدر ناراحت بودم. خیلی اذیت می‌شم، اصلاً بدترین چیز دنیاست. مثلاً می‌بینمش اینجوری ناراحت، ضعیف افتاده به خدا دیوانه می‌شم، خیلی ناراحتم (با حالت بغض...)» (مادر ۳۲ ساله). دیگری بیان کرد: «بیشتر دلم می‌خواد گریه کنم. فکر می‌کنم که آیا در آینده امیدی هست این بچه سالم باشه. اصلاً حس خوشحالی و خنده خیلی وقته ندارم» (مادر ۳۲ ساله).

احساس قصور: احساس قصور از دیگر حالات و احساساتی بود که بیشتر مادران در این دوران با آن مواجه بودند. «می‌گم بدنم آنقدر ضعیف بوده یا مشکلی داشتم که اینجوری شده... عذابش روی خودمه، می‌گم روی بچه‌ام تأثیر گذاشتم...» (مادر ۳۲ ساله).

احساس ترس و نگرانی: اغلب مشارکت کنندگان اذعان داشتند که نگران زنده ماندن نوزاد و سلامت جسمانی وی بودند. مادری گفت: «ننه چیزی که برام مهمه، سلامتی بچه‌اس. همش نگرانم که وضعش از این بدتر نشه...» (مادر ۲۸ ساله).

«اضطراب و استرس‌هایی که برای این بچه دارم می‌بینم بچه‌هایی که مثل بچه من نارس به دنیا اومدن و ریه‌شون نارس بوده، بعداً مشکلاتی براشون پیش اومده... یک مقدار اضطراب و استرس دارم که خدای نکرده بعداً مشکلی براش پیش نیاد» (مادر ۲۸ ساله).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان

متغیر	میانگین	دامنه
سن حاملگی (هفته)	۳۰	۲۶-۳۴
وزن زمان تولد (گرم)	۱۴۷۶	۱۰۰۰-۲۴۵۰
مدت بستری (روز)	۱۶	۸-۳۰
سن پدر (سال)	۳۱/۲	۲۳-۳۹
سن مادر (سال)	۲۶/۷	۱۸-۳۳
جنسیت [تعداد (درصد)]		
پسر	۱۰ (۵۸/۸)	
دختر	۷ (۴۱/۲)	
سواد مادر [تعداد (درصد)]		
ابتدایی	۲ (۱۱/۸)	
راهنمایی	۴ (۲۲/۵)	
دیپستان	۵ (۲۹/۵)	
دانشگاهی	۶ (۳۵/۲)	
شغل مادر [تعداد (درصد)]		
خانهدار	۱۶ (۹۴/۰)	
شاغل	۱ (۶/۰)	
قومیت [تعداد (درصد)]		
کرد	۱۴ (۸۲/۳)	
فارس	۳ (۱۷/۷)	
وضعیت اقتصادی بنا بر اظهار مادر [تعداد (درصد)]		
عالی	۰ (۰)	
خوب	۷ (۴۱/۲)	
متوسط	۸ (۴۷/۰)	
بد	۲ (۱۱/۸)	
پاریتی [تعداد (درصد)]		
نخست‌زا	۱۲ (۷۰/۶)	
چندزا	۵ (۲۹/۴)	
نوع بارداری [تعداد (درصد)]		
خواسته	۱۳ (۷۶/۵)	
ناخواسته	۴ (۲۲/۵)	
نوع زایمان [تعداد (درصد)]		
سزارین	۱۳ (۷۶/۵)	
طبیعی	۴ (۲۲/۵)	

تجزیه و تحلیل داده‌ها منجر به ایجاد ۲ طبقه اصلی و ۶ زیرطبقه گردید. در نهایت، یک درون‌مایه «عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری» پدیدار شد. طبقات اصلی شامل «عوامل فردی و عوامل اجتماعی» بود (جدول ۲).

عوامل فردی

این طبقه از سه طبقه فرعی «آشفتگی احساسی، بیگانگی و

جدول ۲. عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری در مادران با نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه

درون مایه	طبقات	زیرطبقات	کدهای اصلی
عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری	عوامل فردی	آشناگی احساسی	احساس اندوه احساس قصور ترس و نگرانی عدم اطمینان
		بیگانگی	عدم آشنایی با محیط بیمارستان و بخش مراقبت ویژه عدم آشنایی با نوزاد نارس و مراقبت‌های آن
		خودکارآمدی	امیدواری با دیدن سایر نوزادان شکیبایی اعتماد به نفس
	عوامل اجتماعی	تعامل	تعامل با مراقبان سلامت تعامل با نوزاد حمایت خانواده
		حمایت اجتماعی	حمایت از طرف مراقبان سلامت حمایت سایر مادران حمایت معنوی
		قضاوت اطرافیان	مقصر شناختن مادر توسط خانواده همسر مقصر شناختن مادر توسط همسر

می‌کنم از پس هیچ کاری بر نمی‌آیم» (مادر ۳۲ ساله).
«می‌دونم اصلاً زنده می‌مونه یا نه... اگه این طوری پیش
بره، من با این بچه به این کوچیکی چکار کنم؟ چجوری
بتونم بزرگش کنم...» (مادر ۲۶ ساله).

برخی از مادران هنگامی که برای اولین بار وارد بخش
مراقبت‌های ویژه می‌شدند و نوزاد را ملاقات می‌کردند، از
ظاهر نوزاد می‌ترسیدند. «حفظه اولی که دیدمش، وحشتناک
ترسیدم شبیه آدم فضایی بود» (مادر ۲۴ ساله نخست‌زا).
همچنین، از لمس کردن وی می‌ترسیدند و نگران بودند که
با این کار به او آسیبی وارد کنند. «دو روز اول جرأت
نمی‌کردم بهش دست بزنم، می‌گفتم اگر دست بزنم ممکنه
دستش دربیاد، پاش دربیاد؛ چون خیلی لاغر بود و ریز و
ضعیف...» (مادر ۲۸ ساله).

بیگانگی: در پژوهش حاضر، بیگانگی با محیط بخش
مراقبت ویژه و مراقبت‌های مورد نیاز نوزاد، از عوامل مرتبط
انطباق با نقش مادری قلمداد گردید. بیشتر مشارکت‌کنندگان،
بستری شدن نوزادشان در بخش مراقبت ویژه را رویداد جدیدی
در زندگی خود برآورد کردند. آنان اذعان داشتند که آشنایی

اغلب مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که به دلیل ترس
از وابستگی، در ساعات و روزهای اولیه پس از تولد نوزاد، از
دیدن وی امتناع می‌کردند و تا هنگامی که از زنده ماندن
نوزاد مطمئن نمی‌شدند، از ملاقات با وی اجتناب می‌ورزیدند.
«اول نمی‌رفتم ببینمش... می‌گفتم زنده نمی‌مونه، بنابر
صورتش تو ذهنم حک نباشه، یادش نکنم. وقتی که نمی‌مونه
خب چرا برم» (مادر ۲۷ ساله). همچنین، مشارکت‌کنندگان از
لمس کردن نوزاد می‌ترسیدند و نگران بودند که با این کار به او
آسیبی وارد کنند. «دو روز اول جرأت نمی‌کردم بهش دست
بزنم، می‌گفتم اگر دست بزنم ممکنه دستش دربیاد، پاش
دربیاد؛ چون خیلی لاغر بود و ریز و ضعیف...» (مادر ۲۸ ساله).
عدم اطمینان: تعدادی از مادران به عدم اطمینان از
توانایی مراقبت از نوزاد نارس و کم‌وزن خود اشاره داشتند.
بنابراین، به نظر می‌رسد عدم اطمینان به عنوان عامل منفی
تأثیرگذار بر انطباق با نقش مادر باشد.

«اینجا اصلاً نمی‌دارن برم داخل. همش از پشت شیشه
نگاهش می‌کنم. اجازه ندارم کنارش باشم. همش می‌گن
همین دور و بر باش، اگه کار داشتیم صدات می‌کنیم. حس

در برابر مشکلات را راهی برای افزایش قدرت درونی خود و گذشتن از شرایط سخت قلمداد می‌کردند. «هوی زندگی آدم صبوری هستم، شاید هم به همین خاطر باشه که توانم برای کنار اومدن با شرایط بیشتر از بقیه است» (مادر ۳۲ ساله). داشتن اعتماد به نفس از عواملی بود که بر خودکارآمدی شدن مادر در انطباق با نقش مادری تأثیر داشت. اقلیتی از مادران اذعان داشتند که اعتماد به نفس بالای آنان بر خودکارآمدی و در نتیجه، انطباق با نقش مادری‌شان تأثیر دارد. «هیچ وقت تو زندگیم نمی‌تونم رو نگفتم، می‌تونم...» (مادر ۲۳ ساله).

«خب سعی می‌کنم به خودم دلداری بدم، یک جوروی بگم من قوی‌ام، من می‌تونم... به خودم امید بدم، زندگی ادامه داره... همچنین چیزایی. بیشتر از همه این بهم امید می‌ده، به خودم می‌گم من قوی‌ام... می‌تونم» (مادر ۱۸ ساله).

عوامل اجتماعی

عوامل اجتماعی، یکی دیگر از طبقات اصلی تحقیق بود که خود از سه طبقه فرعی «تعامل، حمایت اجتماعی و قضاوت اطرافیان» تشکیل شده است که در ادامه به تفصیل بیان شده است. **تعامل:** نتایج بررسی تجربیات مادران حاکی از آن بود که تعامل با مراقبان سلامت و نوزاد بر انطباق با نقش مادری تأثیرگذار است.

تعامل با مراقبان سلامت: بیشتر مشارکت کنندگان اذعان داشتند که برخورد تند و جدی پزشک و پرستار، مانع ایجاد تعامل مناسب بین مادر و مراقبان سلامت می‌شود و انطباق با نقش مادری را خدشه‌دار می‌کند. «وای خدا... او (پزشک) که همش آدمو ناامید می‌کنه. خیلی برخوردشم جدی و تنده... می‌گه وضعیتش خیلی خرابه و از دست ما کاری برنماید؛ فقط خدا... تازه خیلی رک می‌گه و تند... هیچ حسی هم نداره که بگه اینا ناراحت می‌شن» (مادر ۳۲ ساله).

تعامل با نوزاد: تعدادی از مادران مشارکت کننده اذعان داشتند که در کنار نوزاد بودن، وقت گذراندن با نوزاد و مراقبت کردن از او به آن‌ها کمک می‌کند که احساس بهتری داشته باشند و باعث آرامش و راحتی خیال آنان می‌گردد و به انطباق با نقش مادری‌شان کمک می‌کند. «لان بعضی وقتا گریه

قبلی با بخش نداشتند و مواجه شدن با محیط ناآشنا و عدم آگاهی در مورد وسایل بخش برای آنان دشوار بوده است. همچنین، عنوان نمودند که اطلاعات کافی در مورد نوزاد نارس و مراقبت‌های او نداشتند و از منابع نامعتبر از جمله سایر مادرانی که نوزاد بستری در بخش داشتند، کسب اطلاعات کرده بودند. مادران بیان کردند که نیاز به آگاهی داشتند. «آموزش خاصی که بهم ندادن، ولی بهم می‌گفتن که باید خیلی مواظب خودت باشی که بچه‌ات زود به دنیا نیاد؛ چون سرکلازه احتمال داره زود به دنیا بیاد. در این حد بهم می‌گفتن. دوست داشتیم در مورد زایمان زودرس و مراقبت از بچه نارس برام می‌گفتن، ولی خیلی شلوغ بود. اگه من این بچه‌هارو (بچه‌های نارس) در زمان بارداری می‌دیدم، خیلی کمک می‌کرد به من و بچه‌ام که با شرایط کنار بیایم» (مادر ۲۸ ساله).

خودکارآمدی: تعداد کمی از مادران خودکارآمدی در مقابله با مشکلات را از عوامل مرتبط با انطباق با نقش مادری‌شان عنوان کردند. مادران هنگامی که وارد بخش مراقبت ویژه می‌شدند، با وجود این که از دیدن سایر نوزادانی که در بخش بستری بودند، احساس ناراحتی می‌کردند، اما دیدن این نوزادان باعث می‌شد که متوجه شوند تنها نیستند و امیدوار می‌شدند. از طرف دیگر، تعدادی از مادران به توانمندی درونی برای برخورد با مشکلات و پیدا کردن راه‌حلی برای کنار آمدن با شرایط اشاره نمودند. برخی اذعان داشتند که همیشه سعی می‌کنند در شرایط سخت قدرت و توانمندی خود را حفظ کنند و با کسب اطلاعات بیشتر سعی کنند تا شرایط را تغییر دهند. عامل خودکارآمدی و توانمند شدن مادران در برخورد با مشکلات و امیدواری قلمداد گردید. «درسته که اول با دیدن بچه احساس ناتوانی داشتم، ولی کم‌کم به خودم گفتم که باید قوی باشی تا بتونی بهش کمک کنی. کلاً آدم سرسختی هستم و تو زندگی سعی می‌کنم تا جایی که بشه خودم رو محکم نگهدارم» (مادر ۲۸ ساله).

تجربیات مادران شرکت کننده در پژوهش حاکی از آن بود که صبر و شکیبایی از ویژگی‌هایی است که در خودکارآمدی شدن مادر در انطباق با نقش مادری تأثیر دارد. به نظر می‌رسد که برخی از مادران، داشتن توانمندی صبر و تحمل و بردباری

سؤالی که می‌کنی بیشتر باشو اصلاً هیچ جوابی نمی‌گیری» (مادر ۳۲ ساله).

«پرستار خیلی کمکم می‌کنند. گاهی دلداری بهم می‌دن و می‌گن که خیلی بچه‌ها شبیه بچه تو بودن و حالا مرخص شدن و رفتن. اون وقت احساس می‌کنم که تنها نیستم... بهتر می‌تونم وضعیت رو بپذیرم» (مادر ۳۰ ساله).

«گاهی بخش خیلی شلوغه و همه چی درهم و برهم می‌شه. می‌بینم هیچ کس حواسش به نوزادی که حالش بد شده نیست. آدم می‌بینه هیچ کسی بهش توجه نداره، به نوزاد توجه نداره. اگه حمایت بیشتری باشه خیالم راحت می‌شه» (مادر ۳۲ ساله).

از نظر تعدادی از مادران، حمایت از سوی کارکنان نقش مؤثری در انطباق با نقش مادری داشته است. «صحبت‌هایی که پرستار می‌کنن یا دکترش می‌کنه یا اطمینانی که به آدم می‌دن؛ مثلاً می‌گن بچه‌ها خوب می‌شه، باعث می‌شه دیگه آدم خیلی بهش بد نگذره یا سخت نگذره... با این شرایط و با خودت دیگه کم‌کم کنار می‌ای» (مادر ۳۲ ساله نخست‌زا).

حمایت سایر مادران: حمایت عاطفی از جمله دلداری دادن و صحبت‌های دلگرم کننده و اطلاعات مادرانی که نوزاد بستری شده در بخش داشتند، از سایر عوامل تسهیل کننده انطباق با نقش مادری می‌باشد. «اونایی که مثل من بچه نارس دارن، بهتر می‌فهمشون... مثلاً من هر مشکلی داشته باشم، اونام دارن و با هم حلتش می‌کنیم، در موردش صحبت می‌کنیم... اگه مشکلی داشته باشم با همدیگه حلتش می‌کنیم» (مادر ۲۴ ساله). «مادرها بهم دلداری می‌دن، می‌گن نگران نباش ایشالا حالش بهتر می‌شه. وقتی هم کنار نوزادم نیستم، می‌دونم که اون‌ها حواسشون بهش هست» (مادر ۲۸ ساله).

حمایت معنوی: بیشتر مادران اذعان داشتند که توکل به خدا و خواندن دعا بر ایفای نقش مادری تأثیرگذار است. «دعا کردن، قران خواندن اینا همه باعث می‌شه خود آدم آرامش بگیره، ولی خب باز در نهایت همه‌چی دست خداست، هر جوری که خودش صلاح می‌دونه. توکل کردن به خدا آدمو آرام می‌کنه» (مادر ۳۲ ساله).

می‌کنه نمی‌دونم. صدام می‌زنن می‌گن بچه گریه می‌کنه بیا، می‌رم با عجله می‌رم می‌بینم کلی گریه کرده. دوست داشتم بچه‌ام کنارم بود، تو یک اتاق بودیم» (مادر ۲۷ ساله).

«دل‌م می‌خواد بغلش کنم... اجازه بدن که نوازشش کنم. از بس جثه ریزی داره، می‌ترسم، ولی بازم اگه می‌شد بهش نزدیک‌تر می‌شدم، بهتر بود. بیشتر از پشت شیشه تماشا می‌کنم» (مادر ۲۷ ساله).

حمایت اجتماعی: بیشتر مشارکت کنندگان عواملی همچون حمایت عملی از طرف خانواده (به خصوص تنها نگذاشتن مادر در بیمارستان و حمایت از سایر فرزندان مادر)، حمایت عاطفی از طرف همسر و...، حمایت عاطفی و آموزشی سایر مادران، حمایت آموزشی (اطلاعاتی) از طرف مراقبان سلامت و معنویت را از عوامل تسهیل کننده انطباق با نقش مادری عنوان کردند.

حمایت خانواده: حمایت خانواده از جمله صحبت کردن و احساس همدردی همسر باعث می‌شود که مادر انطباق بهتری با نقش مادری خود پیدا کند. در این رابطه یکی از مشارکت کنندگان بیان کرد: «برخورد شوهرم خوب بوده، خدا رو شکر هوامو داره... همش دلداریم داده، می‌گه چیزی نیست همین که خودت سالمی، بچمون سالمه، نباید ناشکری کنیم... باید خدا رو شکر کنیم» (مادر ۲۶ ساله).

حمایت از طرف مراقبان سلامت: اغلب مادران توقع داشتند که پزشکان و پرستاران در مورد وضعیت نوزاد به آنان توضیح دهند و به سؤالات آنان در مورد نوزاد بدون این که عصبانی شوند، پاسخ دهند و در مواردی که لازم است آنان را راهنمایی کنند. مادران بیان کردند در صورتی که پزشکان و پرستاران نقش حامی مادر را داشته باشند و با مشارکت دادن مادر در مراقبت از نوزاد و ارایه اطلاعات مناسب به مادر کمک کنند، مادران شرایط بهتری در بخش مراقبت ویژه خواهند داشت و پذیرش نقش مادرانه برایشان سریع‌تر خواهد بود. «پزشکم یا واقعاً نمی‌خواد خیلی ناامید کنه آدمو یا نمی‌خواد خیلی خوشحال کنه... مثلاً راجع به همون روز فقط بهت توضیح می‌ده، مثلاً می‌گه امروز وضعیت بچه‌ها خوبه یا امروز وضعیت بچه‌ها بد و گرنه چیزی بیشتر از اون نیست.

مراقبت ویژه، مراقبت‌ها بیشتر بر مراقبت از نوزاد متمرکز است و با وجود ارتقای سطح مراقبت‌های نوزادی، مادران اغلب مورد غفلت قرار می‌گیرند. این در حالی است که درک این مسأله که مادر در وضعیت استرس‌زایی قرار دارد و فراهم کردن حمایت مناسب برای مادران، می‌تواند میزان اضطرابی را که مادر تجربه می‌کند، کاهش دهد (۷). بنابراین، مراقبت پرستاری نه تنها باید بر نیازهای پزشکی، بلکه بر فراهم کردن حمایت احساسی و تشویق مادر نیز متمرکز باشد (۱۷). اعضای خانواده و همسالان نیز از گروه‌های دیگری هستند که با حمایت روحی از مادر، می‌توانند به او کمک کنند تا اعتماد به نفس پیدا کند و احساسات منفی خود را سرکوب نماید (۱۹).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، واکنش‌های احساسی مادران به نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه متفاوت بود. برخی از مادران نسبت به تولد نوزاد نارس احساس قصور داشتند. نتایج تحقیق Lee و همکاران نشان داد که در برخی از کشورها، عصبانیت رایج‌ترین پاسخ احساسی به شوک ناشی از زایمان زودرس می‌باشد (۲۰). بسیاری از مادران مطالعه حاضر خود را مقصر تولد نوزاد نارس قلمداد می‌کردند و خودسرزندی داشتند که این یافته با نتایج برخی مطالعات (۲۰، ۱۴) همسو بود. سرزنش کردن خود به دلیل پیامد بارداری و بیان احساسات منفی باعث می‌شود که نگرانی و گناه مادر تشدید شود و ممکن است برقراری ارتباط را دشوار سازد و حمایت اجتماعی مادر را کاهش دهد؛ در حالی که در این زمان مادر بیشترین نیاز را برای دریافت حمایت اجتماعی دارد (۲۰).

بیگانگی با نوزاد نارس و مراقبت‌های آن، ظرفیت مادر برای انطباق با نقش مادری را کاهش می‌دهد. بر اساس یافته‌های بررسی حاضر، مادران اطلاعات و درک لازم را از این وضعیت نداشتند. در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای دیگر، آموزش و نظارت در طی بارداری بیشتر بر مبنای مراقبت‌های بارداری همچون آموزش تغذیه، بهداشت فردی و... متمرکز می‌باشد و به مادران اطلاعاتی در زمینه مادر شدن و تغییرات و مشکلات همراه با آن داده نمی‌شود. فقدان آموزش مناسب در مورد آنچه که بعد از زایمان به دنبال تولد

قضاوت اطرافیان: قضاوت خانواده همسر و همسر نسبت به مادر و پیش‌داوری و گاهی برچسب زدن به مادر، از سایر عواملی بود که از طرف تعدادی از مشارکت‌کنندگان به عنوان عامل تأثیرگذار بر انطباق با نقش مادری عنوان گردید. تعدادی از مادران بیان کردند که اطرافیان به ویژه خانواده همسرشان آنان را به دلیل به دنیا آوردن نوزاد نارس به دلیل وجود نقص بدنی و عدم توانایی مقصر می‌شناسند و این را مانعی برای انطباق با نقش مادری خود عنوان کردند. «مادر شوهرم می‌گه تو بدن نداری، قد و قواره‌ای نداری، نمی‌تونی بچه نگهداری. مادر شوهرم می‌گه قدت کوتاهه، بدن خوبی نداری که بچه‌ات این‌جوری شده» (مادر ۳۳ ساله).

«همسرم می‌گه از اول می‌دونستم تو نمی‌تونی بچه‌رو درست نگهداری. توان بدنی خوبی نداری. حالا که زود به دنیا اومده مطمئن شدم که درست فکر می‌کردم» (مادر ۲۷ ساله).

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آشفتگی احساسی، یکی از مهم‌ترین مشکلاتی است که بیشتر مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان با آن روبه‌رو هستند. این آشفتگی شامل طیف وسیعی از احساس غم و اندوه و نگرانی تا افسردگی و عدم اطمینان است. در واقع، اغلب مادران از پشت شیشه‌های بخش مراقبت ویژه شاهد نوزادان خود بودند و این عامل موجب احساس دوری و انطباق ناکافی با ایفای نقش مادرانه شده بود. این نتایج با یافته‌های پژوهش Doyle (۱۷) همخوانی داشت. تحقیقات نشان داده‌اند که آشفتگی احساسی مادر باعث می‌شود که او در فرایند مراقبت از کودک به جای این که مادری باشد که فعالانه از کودکش مراقبت می‌کند، به فردی تماشاچی تبدیل شود و ظرفیت مادر برای انطباق با نقش مادری کاهش یابد (۱۸، ۷).

در بخش مراقبت ویژه نوزادان، مادران دور از نوزاد هستند و از آن‌ها درخواست می‌شود که در اتاق نزدیک بخش منتظر بمانند. این موضوع باعث مادری کردن از راه دور و ایجاد حس عدم اطمینان از نگهداری نوزاد در آینده و همچنین، استرس و نگرانی در مادران می‌گردد؛ در حالی که در بخش

نوزاد نارس اتفاق می‌افتد، می‌تواند برای مادران گیج کننده باشد. تحقیق Lee و همکاران به این نتیجه رسید که یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های مادرانی که پیش‌تر سابقه به دنیا آوردن نوزاد نارس را نداشتند، کمبود دانش بود؛ چرا که اغلب مادران نمی‌دانستند که چه کاری باید انجام دهند یا چطور برای کودک کوچک بیمارشان در شرایطی که در بخش مراقبت ویژه بستری است، مادری کنند (۶). در مطالعه Hurst که به روش اتنوگرافی انجام شد، یکی از اولویت‌های مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه، نیاز به آگاهی در زمینه مادری بود (۲۱) که با یافته‌های مطالعه حاضر مشابهت داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که یکی دیگر از عوامل فردی انطباق با نقش مادری، خودکارامدی است. از نظر شرکت کنندگان، وجود اعتماد به نفس و شکیبایی می‌تواند خودکارامدی مادر را افزایش دهد و منجر به انطباق با نقش مادری شود. Ben-Ari و همکاران عنوان کردند مادرانی که اعتماد به نفس بیشتری دارند، گذر به مرحله مادری را آسان‌تر طی می‌کنند و در عین حال سلامت عمومی آنان نیز کمتر تهدید می‌شود (۲۲). در پژوهش Dashevsky نیز شرکت کنندگان بیان نمودند که عدم اعتماد به نفس عاملی است که حس شایستگی مادری را کاهش می‌دهد (۳). به نظر می‌رسد که با افزایش اعتماد به نفس مادر، رضایت در نقش مادری اتفاق می‌افتد و نقش مادری یا هویت مادری به دست می‌آید (۲۳). عوامل اجتماعی انطباق با نقش مادری که توسط مشارکت کنندگان بررسی حاضر عنوان شد، شامل تعامل، حمایت اجتماعی و قضاوت اطرافیان بود.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تعامل با مراقبان سلامت و نوزاد می‌تواند منجر به انطباق با نقش مادری شود. در مطالعه Dashevsky، تعامل مادر با کودک از جمله وقت گذراندن و مراقبت کردن از او در هنگام بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، از جمله عوامل مؤثر بر ایجاد صلاحیت مادری عنوان شد (۳). تعداد زیادی از مادران مشارکت کننده در مطالعه حاضر گزارش کردند که ترس از دست دادن نوزاد، موجب ترس از برقراری ارتباط با وی شده بود. این یافته با نتایج مطالعه Danerek و Dykes (۲۴) همخوانی داشت.

Bialoskurski و همکاران عنوان کردند، هنگامی که کودک در وضعیت سلامتی ضعیفی قرار دارد و پیش‌آگهی او غیر قابل اطمینان است، مادران ایجاد ارتباط با کودک را به تعویق می‌اندازند و این نوعی استراتژی سازگاری است که آنان به منظور عدم ایجاد اندوه بیش از اندازه در اثر فوت کودکشان به کار می‌گیرند (۲۵). این پدیده پیش‌بینی اندوه (Anticipatory grief) نامیده می‌شود (۲۶). پیش‌بینی اندوه ممکن است باعث شود که مادران نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه تا زمانی که از زنده ماندن کودکشان مطمئن نشده‌اند، مانع بروز احساساتشان شوند (۲۷). بنابراین، پرستارانی که از مادران نوزادان بستری شده در بخش مراقبت ویژه مراقبت می‌کنند، لازم است که از آن‌ها حمایت نمایند تا زودتر به مرحله مادری گذر کنند. بدین منظور، پرستاران لازم است مشوق مشارکت حداکثری مادران در مادری کردن باشند (۲۸).

از عوامل اجتماعی تأثیرگذار بر انطباق با نقش مادری که توسط مشارکت کنندگان مطالعه حاضر عنوان شد، تعامل با سایر مادران بود. این یافته با نتایج مطالعه Berkowitz (۱۱) همسو بود. تعامل با سایر مادرانی که وضعیت نوزاد آنان مشابه با نوزاد مادر است، می‌تواند به مادر کمک کند تا بفهمد باید چه توقعی در مورد کودکش داشته باشد و باعث تشویق وی می‌گردد. تعامل با سایر مادران می‌تواند دوستی و حمایت برای مادر به همراه داشته باشد و به وی کمک کند که درکی از وضعیتش داشته باشد و با مقایسه کودکش با کودکانی که در وضعیت وخیم‌تری قرار دارند، احساس خوشبختی و سپاسگزاری کند. Berkowitz بیان کرد افراد هنگامی که در یک وضعیت خیلی پرتنش مانند بستری شدن کودکشان در بخش مراقبت ویژه قرار می‌گیرند، با مقایسه کردن خود با افرادی که وضعیتی مشابه، ولی وخیم‌تر نسبت به آنان دارند، می‌توانند این وضعیت را کنترل کنند (۱۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی می‌تواند منجر به انطباق با نقش مادری شود. در مطالعه Dashevsky نیز حمایت اجتماعی، از جمله عوامل مؤثر بر ایجاد صلاحیت مادری عنوان شد (۳). جوادی‌فر و همکاران دریافتند که حمایت از منابع مختلف همچون حمایت عملی از

تأکید نمودند (۳۳). مادران مشارکت کننده در پژوهش Dashevsky، انتقاد و قضاوت منفی اطرافیان را از عوامل بازدارنده کسب صلاحیت مادری عنوان کردند (۳).

در مطالعه حاضر، مشارکت کنندگان به مادران نوزادان نرسی که نوزاد سالم و بدون ناهنجاری به دنیا آورده بودند و نوزاد آنان حداقل به مدت یک هفته در بخش مراقبت ویژه بستری بود، محدود گردید. بنابراین، نتایج بررسی به مادرانی که نوزاد نارس ناهنجار به دنیا آورده بودند یا نوزاد آنان زودتر از یک هفته از بیمارستان ترخیص شده است، قابل تعمیم نمی‌باشد. علاوه بر این، به دلیل عدم وجود بیمارستان‌های خصوصی که بخش مراقبت ویژه نوزادان داشته باشند، نمونه‌ها فقط به بیمارستان‌های دولتی محدود شد.

نتیجه‌گیری

انطباق با نقش مادری پدیده‌ای است که از ابتدای بارداری شکل می‌گیرد و همچنان تا دوران پس از زایمان ادامه دارد. در مادرانی که به هر دلیل با زایمان زودرس مواجه می‌شوند و دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان هستند، این فرایند دچار اختلال می‌گردد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درک این مادران از نقش مادری خود دچار خدشه می‌گردد و عوامل فردی بسیاری از جمله احساسات و ترس‌ها و دغدغه‌ها و عوامل اجتماعی از جمله حمایت‌ها و قضاوت جامعه می‌تواند بر انطباق با نقش مادری تأثیرگذار باشد. بنابراین، به نظر می‌رسد با ارایه اطلاعات مناسب به مادر در بخش در راستای ارتقای دانش و ایجاد نگرش مثبت نسبت به نوزاد نارس خود و همچنین، ارتقای سطح دانش و جلب حمایت پدران و خانواده و تعامل مناسب بین پزشکان و پرستاران و مادر، می‌توان در راستای حذف احساسات منفی و ایجاد شرایط بهتر جهت خودکارآمد شدن مادر و انطباق با نقش خود تأثیر گذاشت. پژوهش حاضر می‌تواند گامی در راستای طراحی مداخلات مؤثر جهت تسهیل انطباق با نقش مادری در این دسته از مادران باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله مقطع دکتری رشته بهداشت

طرف مادر مادر، حمایت عاطفی به خصوص از طرف همسر و حمایت اطلاعاتی از طرف ماماها یا بقیه مراقبان سلامت، از جمله شاخص‌های ضروری جهت تسهیل انطباق موفق با نقش مادری بود (۲۹). این یافته در تحقیق Darvill و همکاران مورد تأیید قرار گرفت (۳۰). حمایت اعضای خانواده، هم‌تایان و پرستاران می‌تواند با فراهم کردن حمایت روانی، به ایجاد اعتماد به نفس و سرکوب احساسات منفی در مادر کمک کند (۱۷). پرستاران با ارایه اطلاعات در زمینه مراقبت پزشکی که کودک دریافت می‌کند و دادن اطلاعات صحیح در زمینه این که آن‌ها می‌توانند چه توقعی داشته باشند هنگامی که کودکشان در بخش مراقبت ویژه بستری است، می‌توانند برای مادر حمایت احساسی فراهم نمایند (۱۷).

تعدادی از مادران اعتقاد داشتند که اعتقادات مذهبی و ایمان، نقش مهمی در انطباق آنان داشته است. این یافته با نتایج مطالعه Berkowitz همسو بود. حمایت معنوی در افراد، به ایجاد امید، آرامش و این دیدگاه منجر می‌شود که خداوند از آن‌ها حمایت می‌کند و آنان را در مقابل استرس محافظت می‌نماید (۱۱). علاوه بر این، معنویت با افزایش توانایی درونی، به اشخاص کمک می‌کند تا در استرس‌های شدید قادر باشند که جایگاه خود را در زندگی پیدا کنند و منجر به افزایش توان انطباق و مقاومت در برابر مشکلات می‌شود (۳۱، ۳۲).

مطابق با یافته‌های بررسی حاضر، پیش‌داوری و قضاوت اطرافیان و مقصر شناختن مادر در زمینه به دنیا آوردن نوزاد نارس، می‌تواند انطباق با نقش مادری را خدشه‌دار کند که این نتیجه با یافته‌های مطالعه Shin و White-Traut (۲۸) همخوانی داشت. پس از به دنیا آوردن نوزاد نارس، مواجه شدن مادر با واکنش‌های منفی اطرافیان، می‌تواند منجر به افزایش استرس مادر و یا عدم پذیرش کودک توسط وی شود. چنین رفتارهای مرتبط با فرهنگ، نگرانی‌های مادر را افزایش می‌دهد و اهمیت آموزش افراد، خانواده‌ها و جامعه را برجسته می‌سازد (۱۴). Feeley و همکاران بر ارایه اطلاعات به افراد کلیدی خانواده به منظور کمک به والدین در جهت ایجاد اعتماد به نفس و خودکارآمدی در زمینه مراقبت از کودک،

تجربیات ارزنده خود، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

باروری، مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.
بدین‌وسیله از تمام مشارکت کنندگان پژوهش به جهت ارایه

References

1. Hadadi M, Kaldi A, Sajadi H, Salehi M. Relationship between job classification and mental health in employed women. *Social Welfare* 2011; 11(40): 107-27. [In Persian].
2. Sayah M, Hosaini Mojarad A. The survey of maternal crisis in west world and it's effects on Iranian community. *Women's Strategic Studies (Women's Book)* 2011; 4(53): 211-45. [In Persian].
3. Dashevsky A. An exploration of perceived maternal competence in mothers of healthy infants and in mothers of infants hospitalized at birth [PhD Thesis]. Newton, MA: Massachusetts School of Professional Psychology; 2012.
4. Eichenwald EC, Stark AR. Management and outcomes of very low birth weight. *N Engl J Med* 2008; 358(16): 1700-11.
5. Holditch-Davis D. Outcomes of prematurity and neonatal intensive care unit care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(4): 364-5.
6. Lee SN, Long A, Boore J. Taiwanese women's experiences of becoming a mother to a very-low-birth-weight preterm infant: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(3): 326-36.
7. Doyle CS. When delivery expectations change: the role nurses play in reducing parental stress. *Nurs Womens Health* 2011; 15(6): 465-9.
8. Morey JA, Gregory K. Nurse-led education mitigates maternal stress and enhances knowledge in the NICU. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2012; 37(3): 182-91.
9. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3): 226-32.
10. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(4): 465-77.
11. Berkowitz A. Parenting in the NICU: The process of role-making in maternal strategies for handling the care of ailing infants [PhD Thesis]. Bloomington, IN: Indiana University; 2005.
12. Squire C. The social context of birth. Abingdon, UK: Radcliffe Publishing; 2003. p. 145.
13. Shin HJ. Situational meaning and maternal self-esteem in mothers with high risk newborn. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34(1): 93-101. [In Korean].
14. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. The Iranian parents of premature infants in NICU experience stigma of shame. *Med Arh* 2012; 66(1): 35-40.
15. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4th ed. Philadelphia, PA: Williams and Wilkins; 2007.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
17. Doyle CS. *The lived experience of the NICU: The mother's perception*. Hammond, LA: Department of Nursing, Southeastern Louisiana University; 2012.
18. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ* 2009; 18(3): 23-9.
19. Kearvell H, Grant J. Getting Connected: How Nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Aust J Adv Nurs* 2010; 27(3): 75-82.
20. Lee I, Norr KF, Oh K. Emotional adjustment and concerns of Korean mothers of premature infants. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(1): 21-9.
21. Hurst I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. *J Perinat Neonatal Nurs* 2001; 15(2): 65-82.
22. Ben-Ari OT, Shlomo SB, Sivan E, Dolizki M. The transition to motherhood-a time for growth. *J Soc Clin Psychol* 2009; 28(8): 943-70.
23. Russell K. *Maternal confidence of first-time mothers during their child's infancy* [PhD Thesis]. Atlanta, GA: Georgia State University; 2006.
24. Danerek M, Dykes AK. A theoretical model of parents' experiences of threat of preterm birth in Sweden. *Midwifery* 2008; 24(4): 416-24.

25. Bialoskurski M, Cox CL, Hayes JA. The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs* 1999; 13(1): 66-77.
26. McHaffie HE. Mothers of very low birthweight babies: how do they adjust? *J Adv Nurs* 1990; 15(1): 6-11.
27. Zabielski MT. Recognition of maternal identity in preterm and fullterm mothers. *Matern Child Nurs J* 1994; 22(1): 2-36.
28. Shin H, White-Traut R. The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs* 2007; 58(1): 90-8.
29. Javadifar N, Majlesi F, Nasrabadi AN, Nedjat S, Montazeri A. Internal conflicts of Iranian first-time mothers in adaptation to maternal role. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18(3): 222-7.
30. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery* 2010; 26(3): 357-66.
31. Arevalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Eval Program Plann* 2008; 31(1): 113-23.
32. Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res* 2010; 23(4): 242-4.
33. Feeley N, Gottlieb L, Zelkowitz P. Mothers and fathers of very low-birthweight infants: similarities and differences in the first year after birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36(6): 558-67.

Factors Affecting Maternal Role Adaptation in Mothers of Preterm Infants Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study

Sousan Heydarpour¹, Zohreh Keshavarz², Maryam Bakhtiari³

Original Article

Abstract

Introduction: Becoming a mother in the neonatal intensive care unit is very different from becoming a mother of a full term infant in normal conditions. This study was conducted to explore factors affecting maternal role adaptation in mothers of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care unit (NICU).

Method: This study was a qualitative research. Participants were mothers of preterm infants hospitalized in neonatal intensive care unit of social security hospitals and hospitals affiliated to Kermanshah University of Medical Sciences located in Kermanshah City, Iran. Sampling method was purposive and data collection was through individual and semi-structured interviews. Data saturation was achieved after 17 interviews with mothers of preterm infants (under 36 weeks) who had history of hospitalization for at least one week in the NICU. Data was analyzed through conventional content analysis. In order to verify the trustworthiness of research data, credibility, transferability, conformability, and dependability were assessed.

Results: Two main categories were explored in this study; individual factors which included three subcategories of emotional chaos, self-efficacy, and alienation; and social factors which included three subcategories of interaction, social support, and other's judgment.

Conclusion: By providing different kinds of supports, prevention of other's judgment, and promote mothers' self-efficacy can empower mothers against problems and negative emotions and promote maternal role adaptation.

Keywords: Qualitative research, Neonatal intensive care unit, Physiological adaptation, Preterm infant

Citation: Heydarpour S, Keshavarz Z, Bakhtiari M. **Factors Affecting Maternal Role Adaptation in Mothers of Preterm Infants Hospitalized in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(2): 134-46.

Received date: 22.12.2015

Accept date: 12.02.2017

1- Assistant Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

2- Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Taleghani Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Zohre Keshavarz, Email: z.keshavarz@sbmu.ac.ir