

## تجارب مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان

مهري كهن<sup>۱</sup>، فرييا برهاني<sup>۲</sup>، عباس عباسزاده<sup>۳</sup>، ژيلا سلطان احمدی<sup>۴</sup>، مهين خواجه پور<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** به دنیا آمدن نوزاد نارس می‌تواند اثرات طولانی مدتی بر والدین بگذارد، تا آن جا که رابطه والدین و کودک در آینده نیز تحت تأثیر این تجربه قرار گیرد. این پژوهش با هدف تبیین تجربه مادران از داشتن نوزاد نارس، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان افضلی‌پور کرمان انجام شد.

**روش:** این مطالعه با رویکرد کیفی انجام شده است. ۱۰ مادر که نوزاد نارس (زیر ۳۷ هفته) بستری در بخش مراقبت‌های ویژه داشتند و حداقل یک هفته از بستری شدن نوزادشان گذشته بود، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختار و مشاهده بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش آنالیز محتوا انجام گردید.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از این بررسی، ۳ درون‌مایه اصلی شامل مواجهه با موقعیت ناآشنا (شامل ناآشنایی با بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و عدم آگاهی در مورد نوزاد نارس)، نیاز به درک شدن (نیاز به حمایت از سوی خانواده، نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت و نیاز به اشتراک تجربه) و از دست دادن کنترل بر نوزاد (مشارکت محدود در مراقبت و قابل پیش‌بینی نبودن وضعیت نوزاد) را نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** مادران شرکت کننده نیازمند آگاهی از وضع نوزاد و کسب اطلاعات صحیح بودند. حمایتی که مادران از سوی خانواده و اعضای تیم سلامت دریافت کرده بودند به اندازه آن چه که انتظار داشتند نبود. این موضوع بر نگرانی‌های آن‌ها در مورد نوزادشان افزوده بود. بنابراین نقش پرستاران در آموزش و حمایت مادران و مراقبت صحیح از نوزاد ضروری می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** تجربه مادران، نوزاد نارس، بخش مراقبت‌های ویژه، مطالعه کیفی.

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۶

**ارجاع:** مهري كهن، فرييا برهاني، عباس عباسزاده، ژيلا سلطان احمدی، مهين خواجه پور. تجارب مادران دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت ویژه نوزادان. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱؛ ۱ (۱): ۴۱-۵۱.

### مقدمه

این واقعه را نداشته باشد (۱). در حال حاضر موضوع مراقبت از نوزادان نارس به طور روز افزونی اهمیت یافته است. در ۲۰ سال گذشته شیوع تولد نوزادان زنده نارس در کشورهای پیشرفته به ۵ تا ۷ درصد رسیده است که ۱ تا ۲ درصد این تولدها مربوط به قبل از هفته ۳۲ حاملگی است (۲). مراقبت از نوزادان نارس نیاز به تخصص‌های ویژه پزشکی و پرستاری دارد (۳). همچنین حیات نوزاد وابسته به میزان و کیفیت این مراقبت‌ها است. توسعه مراقبت

تجربه به دنیا آمدن نوزاد نارس، تجربه‌ای ویژه و اختصاصی است. این تجربه می‌تواند اثرات طولانی مدتی بر والدین بگذارد، تا آن جا که رابطه والدین و کودک در آینده نیز تحت تأثیر آن قرار گیرد. هنگام به دنیا آمدن یک نوزاد نارس فرایند طبیعی نگهداری نوزاد و نقش والدین به خصوص نقش مادر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. ممکن است مادر از نظر روحی، جسمی و عاطفی آمادگی پذیرش

۱. مربی، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳. دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۵. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بم، کرمان، ایران

Email: [f\\_borhani@kmu.ac.ir](mailto:f_borhani@kmu.ac.ir)

نویسنده مسؤول: دکتر فرييا برهاني

توانایی‌های مادران برای سازگاری با تولد یک نوزاد نارس در مطالعه‌ای کیفی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که مادران خود را وقف نوزادشان کرده‌اند و با کمک و راهنمایی مراقبین بهداشتی برای رفاه هر چه بیشتر نوزادشان تلاش کرده‌اند. آن‌ها ارتباط گرم و صمیمی با پرستاران را عامل مؤثری در مراقبت از نوزادشان ذکر کردند و تقسیم مسؤلیت‌ها با اعضای خانواده و حمایت آنان را در رفاه خود و نوزادشان مؤثر دانسته‌اند (۱۱). Brinchmann و همکاران، در بررسی تجارب والدین از تصمیم‌گیری برای ادامه زندگی نوزاد نارس به این نتیجه رسیدند که این والدین دچار عدم توانایی در تصمیم‌گیری مناسب، احساس دودلی و تردید و عدم آگاهی در مورد مراقبت از نوزاد می‌باشند (۱۲). روزهای بعد از تولد یک نوزاد نارس برای خانواده و به خصوص مادر، زمان ارزشمندی برای سازگاری با وضعیت جدید خانواده و یادگیری راه‌هایی برای مقابله با مشکلات می‌باشد. در این میان نقش پرستاران به دلیل تماس روزمره با خانواده نوزاد بیش از سایر اعضای تیم سلامت مورد توجه قرار گرفته است. بنابراین پرستاران در تسهیل رابطه نوزاد و والدین و تعیین نیازهای والدین کمک به سزایی می‌کنند (۱۳). یکی از جنبه‌های مهم در فرایند برقراری ارتباط نوزاد و مادر همکاری فعال آنان در امر مراقبت از نوزاد است. مادران باید تشویق و حمایت شوند تا مراقبت از نوزاد را آغاز نموده، در نهایت مسؤلیت کامل مراقبت از وی را بپذیرند (۱۴). با توجه به اهمیت اجرای مراقبت‌های خانواده محور، آماده کردن والدین به خصوص مادران برای اولین مواجهه با نوزاد، در بخش مراقبت‌های ویژه و برقراری ارتباط مناسب با نوزاد، محیط بخش ویژه و ارایه مناسب نقش والدی (۸) و همچنین به منظور پذیرش چنین مسؤلیت مهمی، پرستاران نیازمند داشتن تصویری روشن از تجارب مادران در برخورد با مسؤلیت مراقبت از نوزاد نارس هستند (۱).

با توجه به این که نظام مراقبت در ایران به گونه‌ای است که خانواده بیمار برای اطمینان از مراقبت از بیمارشان زمان زیادی در بیمارستان گذرانده، مدت‌ها به انتظار اطلاع از وضع نوزادشان می‌مانند و در این میان مادران بیش از دیگران نگران وضع فرزند خود هستند، لذا تبیین تجارب و دیدگاه‌های مادرانی که نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه دارند، در جامعه ایرانی تجربه‌ای انحصاری است. تبیین این تجربه به پرستاران کمک می‌کند که بهتر بتوانند نیازهای مددجویان را تعیین کرده، اقداماتشان را بر

از نوزادان از دهه اول ۱۹۹۶، سبب افزایش احتمال زنده ماندن نوزادان شده است (۴). امروزه پیشرفت‌های طب نوزادان موجب شده است تا نوزادان خیلی نارس هم زنده بمانند و بروز عوارض در آن‌ها کاهش یابد (۵). بررسی‌های صورت گرفته در ایران هم حاکی از این است که مرگ و میر نوزادان نارس به طور چشم‌گیری کاهش یافته است (۶).

بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه خانواده را دچار مشکلات و چالش‌های فراوان می‌کند (۷). مرور متون حاکی از این واقعیت است که والدین برای مقابله با چنین واقعه‌ای با مشکلات زیادی مواجه هستند. نتایج مطالعه Ohrling و Lindberg، که با هدف تبیین تجارب مادران از داشتن نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد، نشان داد که این مادران برای داشتن نوزاد نارس آمادگی لازم را نداشتند و به دلیل بستری بودن فرزندشان مشکلات احساسی از قبیل نگرانی و اضطراب را تجربه کرده بودند. این مادران اعتقاد داشتند در صورتی که آگاهی‌های لازم را از اعضای تیم سلامت و حمایت‌های عاطفی مناسبی را از خانواده دریافت می‌کردند، قادر به مدیریت و سازگاری با شرایط موجود بودند (۱). نتایج مطالعه ولی‌زاده و همکاران در تبریز حاکی از این بود که مادرانی که دارای نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه بودند، تحت تأثیر استرس‌های محیطی، استرس‌های مربوط به ظاهر و رفتار نوزاد و درمان‌های خاص و استرس‌های مربوط به ارتباط والدین و ارایه نقش والدی قرار داشتند. در این میان "ارتباط والدین و ارایه نقش والدی" بیشتر از سایر ابعاد استرس‌زا بود (۸). Cleveland احساس عدم اطمینان را یکی از مشکلات عمده مادران مکزیکی ساکن آمریکا، در روزهای اول بستری نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان عنوان کرد. وی در بررسی خود به این نتیجه رسید که مادران به مرور زمان در امر مراقبت از نوزاد خود کمک می‌کنند و به تدریج به مراقبین وی اطمینان می‌کنند (۹). مشکلات مادران دارای نوزاد نارس به بخش مراقبت‌های ویژه محدود نمی‌شود. در مطالعه‌ای با انجام مصاحبه تلفنی نیمه ساختار با مادرانی که نوزاد نارس آن‌ها از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ترخیص شده بود، در مورد تجارب آن‌ها از ارتباط با نوزادشان بعد از ترخیص سؤال شد. این مادران احساس عدم اطمینان در ارتباط با 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 بیان کردند (۱۰).

بود، کاهش می‌یافت (۱۹). همچنین تجربه مادران در شرایط مناسب‌تری مورد بررسی قرار می‌گرفت.

جهت انجام مطالعه از مصاحبه نیمه ساختار استفاده گردید. سؤال‌ها شامل این موارد بود: از این که نوزاد شما در بخش مراقبت‌های ویژه بستری است چه احساسی دارید؟ از روزی که نوزادتان در بخش مراقبت ویژه بستری شده است با چه مشکلاتی مواجه شده‌اید؟ در این مدت چه فرد یا افرادی به شما کمک کرده‌اند؟ در صورتی که نیاز به توضیح بیشتری بود، از مشارکت کننده پرسیده می‌شد که آیا می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ به این ترتیب مادران تشویق می‌شدند تا تجارب خود را از داشتن نوزاد نارس آزادانه بیان کنند. گاهی اوقات از سؤالات غیر مستقیم استفاده می‌شد، به عنوان مثال به نظر شما مادرانی که فرزندشان در این بخش بستری است چه احساسی دارند و یا چه مشکلاتی دارند؟ بعد سؤال ادامه پیدا می‌کرد که آیا شما هم همین احساس را دارید؟ یا همین مشکلات را تجربه کرده‌اید؟ محقق حتی‌الامکان سعی می‌کرد تا یک شنونده فعال باشد. مصاحبه در زمان و مکان مناسب انجام شد و متوسط زمان هر مصاحبه ۵۵ دقیقه بود. مصاحبه‌ها ضبط و سپس خط به خط دست‌نویس گردیدند. قبل از انجام مصاحبه به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش اختیاری بوده است و امکان خروج آن‌ها در هر مرحله از پژوهش وجود دارد. همچنین اطلاعات به دست آمده از آن‌ها محرمانه می‌ماند و به جز تیم تحقیق کسی از آن‌ها اطلاع پیدا نمی‌کند و در نهایت تجارب مشترک آن‌ها به صورت مقاله پژوهشی آرایه خواهد گردید.

در مطالعات کیفی، رسیدن به اشباع داده‌ها (Saturation Data) نشان‌دهنده زمان اتمام مصاحبه‌ها می‌باشد (۲۰). به این معنی که اطلاعات قبلی تکرار شود و داده جدیدی به دست نیاید. بنابراین قبل از رسیدن به اشباع، تعیین تعداد نمونه امکان‌پذیر نمی‌باشد. در انتخاب نمونه‌ها سعی شد مادران به صورت هدفمند انتخاب شوند (۲۱). یعنی افرادی انتخاب شدند که دارای تجربه در این زمینه بودند. با توجه به امکان هم‌زمانی جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌ها در تحقیقات کیفی (۲۲)، پس از انجام هر مصاحبه و بازنویسی متن آن‌ها، تحلیل داده‌ها آغاز گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز محتوا طبق نظر Baxter استفاده شد. مراحل این روش به این شرح است که اولین قدم در آنالیز محتوا داشتن یک واحد آنالیز است. مناسب‌ترین واحد

اساس آن تنظیم کنند. وضعیت این مادران خاص است؛ چرا که که هنوز مدت زیادی از زایمان آنان نگذشته است. به علاوه پیامدهای جسمی، روحی و عاطفی متعدد زایمان، مادر را تحت تأثیر خود قرار داده است و این مشکلات با تولد نوزاد نارس بستری در بیمارستان دو چندان می‌شود (۱۵). نتایج مطالعه اکبربگلو و همکاران نشان داد که مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، خواهان دریافت حمایت‌های پرستاری بیشتر از آن چه دریافت می‌کنند، بوده‌اند (۱۶). بنابراین بررسی تجربه این مادران از نارس بودن نوزادشان و خواسته‌ها و دغدغه‌های آن‌ها بایستی با حساسیت بیشتری مورد توجه قرار گیرد.

تفاوت‌های اقلیمی، فرهنگی و اجتماعی در نوع رابطه مادر و کودک مؤثر است. این تأثیر را می‌توان در نوع تجربه مادران از تولد نوزاد نارس هم پیش‌بینی نمود. از طرفی چالش‌های پیش روی مادران در جوامع مختلف یکسان نبوده است و عوامل مختلفی بر وجود این مضامین تأثیر دارند (۱۷). لذا به نظر می‌رسد که تبیین تجربه مادران ایرانی از تولد نوزاد نارس واجد ارزش باشد. در مرور پایگاه‌های جستجوی متون فارسی، مطالعه‌ای در این زمینه مشاهده نشد. با توجه به توانایی تحقیقات کیفی در تبیین تجارب افراد از یک پدیده در فرهنگ‌های متفاوت (۱۸)، استفاده از رویکرد کیفی برای بررسی تجربه مادران مفید به نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین تجارب مادران از داشتن نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده است.

## روش

این مطالعه بر اساس پارادایم طبیعت‌گرایی و به روش کیفی انجام شد. برای انجام این مطالعه مادران دارای معیارهای ورود به پژوهش، به صورت هدفمند انتخاب شدند و در این مطالعه مشارکت کردند. به این منظور مادرانی که واجد شرایط زیر بودند، انتخاب شدند. ۱- علاقه‌مند برای برقراری ارتباط و بیان تجربیات خود بودند. ۲- از نظر روحی در وضعیتی بودند که بتوانند با پژوهش‌گر ارتباط برقرار کنند و تجارب خود را بیان کنند. ۳- ایرانی بودند. ۴- نوزاد نارس (زیر ۳۷ هفته) بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان افضل‌پور، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان داشتند. ۵- حداقل یک هفته از بستری نوزادشان گذشته بود. دلیل انتخاب معیار اخیر آن بود که مادران فرصت کسب تجربه به نسبت پایداری را از وضع نوزاد خود به دست آورند و همچنین احتمال مرگ نوزاد که در هفته اول بیشتر

### یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰ مادر که نوزاد نارس (زیر ۳۷ هفته) بستری، در بخش مراقبت‌های ویژه داشتند و حداقل یک هفته از بستری نوزادشان گذشته بود، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در نهایت ۳ درون‌مایه اصلی شامل مواجهه با موقعیت ناآشنا، نیاز به درک شدن و از دست دادن کنترل بر نوزاد استخراج گردید.

#### ۱) مواجهه با موقعیت ناآشنا

مادران شرکت کننده در این تحقیق بستری شدن نوزادشان را در بخش مراقبت‌های ویژه رویدادی جدید در زندگی خود قلمداد می‌کردند که هیچ گاه تصور آن را نکرده بودند. ورود به بخشی که هیچ گونه آشنایی قبلی با آن نداشتند و عدم تجربه در مورد مراقبت از نوزاد نارس، سبب ایجاد احساس سردرگمی شده بود. همچنین از دست دادن کنترل بر رفتارهای فرد را به دنبال داشت. این طبقه شامل دو زیر طبقه ناآشنایی با بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و سردرگمی بود.

الف) ناآشنایی با بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان یکی از دغدغه‌های اصلی مشارکت کنندگان در این تحقیق مواجهه با محیطی بود که هیچ گونه آشنایی قبلی با آن نداشتند. کمبود شناخت از محیط و وسایل بخش و همچنین ناآگاهی در مورد این که وسایل به چه منظوری برای نوزادشان به کار می‌روند، سبب نگرانی اغلب مادران شده بود. "با بخش آشنا نبودم، وسایل برام عجیب و غریبه. مثلاً متوجه نمی‌شدم که اعداد روی دستگاه برای چیه؟". "به بچم اکسیژن که می‌دادند اول با لوله و بعد با کلاهک، من با این وسایل آشنایی نداشتم و تحمل دیدن هم نداشتم. اگر من را با وسایل بخش آشنا می‌کردن خیلی بهتر بود و شاید بهتر تحمل می‌کردم".

ب) کمبود آگاهی در مورد نوزاد نارس اکثر مشارکت کنندگان در تحقیق اظهار داشتند که اطلاعات لازم در مورد نوزاد نارس نداشتند. آن‌ها بیشتر بعد از مواجهه با تولد نوزاد نارس سعی در کسب اطلاعات کرده بودند. این اطلاعات را بیشتر از افراد غیر متخصص و معمولی مانند مادرانی که نوزاد بستری در بخش داشتند، کسب کرده بودند که بالطبع بسیار ناقص بود و برای رفع نیاز مادران برای مراقبت از نوزاد کافی نبود. مادران بیان کردند که برای کنترل بهتر نوزادشان نیاز به آگاهی داشتند. "در مورد نوزاد نارس فقط می‌دونستم که باید گرم نگه داشته بشه و یا وزنش

آنالیز (Analysis unit) داشتن کل مصاحبه و یا یادداشت مشاهدات است؛ به نحوی که این مصاحبه به قدر کافی جامع باشد که بتواند به عنوان یک کل در آنالیز به حساب آید و از طرفی انسجام کافی برای نشان دادن واحدهای معنی (Meaning units) را داشته باشد (۲۳). در این بررسی سعی شد هر چه سریع‌تر متن کامل مصاحبه با دقت دست‌نویس شود. سپس بعد از چند بار خواندن کل مصاحبه و درک عمیق از داده‌ها، پژوهش‌گر اقدام به تعیین واحدهای معنی نمود. این واحدها به تعبیر متفاوتی بیان گردیده است. واحدهای معنی عبارت از کلمات کلیدی (۲۴) و یا واحدهای تجزیه و تحلیل (۲۵) می‌باشد که از سخنان مشارکت کنندگان استخراج می‌شود و سپس خلاصه می‌گردند. خلاصه کردن به معنای کاهش اندازه واحدهای معنی است و تغییری در کیفیت اطلاعات ایجاد نمی‌کند. سپس واحدهای معنی گروه‌بندی شدند (Grouping together) و به آن‌ها عنوانی داده شد. طبقه‌بندی به این معنی است که کدهایی که بیشترین شباهت را با هم دارند، در یک طبقه قرار می‌گیرند (۲۶). سعی گردید بیشترین همگنی در درون طبقات و بیشترین ناهمگنی بین طبقات وجود داشته باشد. به این ترتیب که در هنگام طبقه‌بندی دقت شد که داده‌ای در دو طبقه قرار نگیرد و طبقات به اندازه کافی تکامل یافته باشند که فقط در برگیرنده ویژگی خاصی باشند. یک طبقه می‌تواند دارای چند زیر طبقه هم باشد. در مرحله بعد موضوع‌های موجود استخراج شد. موضوع دارای معانی متعددی است. Polit و Beck معتقدند که از ارتباط بین اجزای طبقات، معانی آن که نشان دهنده موضوع است، به دست می‌آید (۲۷). Manen موضوع را ساختار یک تجربه می‌داند. او معتقد است که موضوع یک شی یا یک چیز نیست، بلکه معنای نهفته در طبقات است که نشان دهنده تجارب یا دیدگاه‌های مشارکت کنندگان می‌باشد (۲۸).

جهت تأمین صحت علمی داده‌ها از بازنگری ناظرین استفاده شد. به این ترتیب که مصاحبه‌ها، کدهای استخراج شده و طبقه‌بندی‌ها به طور مرتب با همه افراد در تیم تحقیق مورد بررسی قرار می‌گرفت. همچنین سعی شد با داده‌ها تماس طولانی داشته، مقایسه مداوم آن‌ها انجام گردد. حتی الامکان سعی گردید پیش داشته‌های ذهنی محققین کنار گذاشته شود. به این منظور سعی شد موارد احتمالی تأثیرگذار بر یافته‌ها جداگانه نوشته شود.

شدم نمی‌تونم خیلی راه برم و برابم سخته. در این موقعیت بیشتر نیاز به کمک خانواده‌ام دارم."

(ب) نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت

موضوع دیگری که در سخنان مشارکت کنندگان تکرار می‌شد، این بود که بین حمایتی که مادران نیاز داشتند و حمایتی که از طرف ارایه کنندگان خدمات سلامتی ارایه می‌شد، فاصله زیادی وجود داشت. آن‌ها بیان کردند که نیاز دارند احساسات خود را با افرادی که آن‌ها را درک کنند، در میان بگذارند و انتظارشان در این زمینه از کادر بیمارستان به خصوص پزشکان و پرستاران زیاد بود، اما به اعتقاد آن‌ها، این خواسته توسط این افراد برآورده نمی‌شد. "بعضی‌ها تو این بخش ما را درک نمی‌کنند. این جا همه مادرند و پر از استرس و نگرانی که این برای سلامتی مادر و نوزاد خوب نیست. همه‌اش مادرها سؤال می‌پرسن. این جا اگر سؤال بپرسی فکر می‌کنن بی‌سواد هستی و بهت توجه نمی‌کنن". "در مورد بخش و نظافتش و همه چیز نگرانم، اما کسی هم نیست که به حرفام خوب گوش کنه. با شما که حرف زدم احساس می‌کنم دل خالی شد و با یک نفر درد و دل کردم. چون این جا نمی‌شه با کسی حرف زد. اگه بخوام این حرفا رو با پرسنل بخش بزمنم با من لچ می‌کنند و اون طوری که باید کمک نمی‌کنن".

(ج) نیاز به اشتراک تجربه

عدم آگاهی و تجربه قبلی در مورد نوزاد نارس، همچنین نگرانی‌های مادران در مورد وضعیت نوزادشان و مواجهه با موقعیتی که برای آن‌ها سؤالات متعددی را ایجاد کرده بود، سبب شده بود که این مادران تمایل به اشتراک تجارب خود با افراد دارای وضعیت مشابه داشته باشند. صحبت کردن با سایر مادران و در میان گذاشتن احساسات و تجارب خود با یکدیگر، سبب کمک به مادران برای کنار آمدن با موضوع و یافتن راه‌هایی برای پذیرش وضعیت نوزاد شده بود. "مادرهایی که تو بخش هستند و بچه‌شون بستری هست دور هم جمع می‌شیم و از وضعیت بچه‌هامون به هم می‌گیه. بعضی وقت‌ها به هم کمک می‌کنیم که بچه‌ها را شیر بدهیم. به هم یاد می‌دهیم که چکار باید بکنیم. وقتی با مادرهای دیگه حرف می‌زنم کمی آروم‌تر می‌شم".

(۳) احساس از دست دادن کنترل بر نوزاد

این درون‌مایه شامل دو زیر طبقه مشارکت محدود در مراقبت و قابل پیش‌بینی نبودن وضعیت نوزاد بود.

از بچه‌های طبیعی کمتره. اطلاعات دیگه‌ای نداشتم". "بیشتر اطلاعات را از ماداری که بالای سر بچه‌هاشون بودند یاد گرفتیم. مثلاً چطوری با پستانک به بچه شیر بدهم و چطوری بچه را بغل کنم". مادران شرکت کننده در این بررسی بیان کردند که جواب سؤالاتشان را از کادر بخش دریافت نمی‌کردند و همین عامل سبب ترس و نگرانی آن‌ها از این موقعیت جدید و ناآشنا شده بود. "بعضی از پرستاران به سؤالات من جواب می‌دادند و بعضی‌ها هم اصلاً توجه نمی‌کردند. مثلاً یه دفعه بچه‌ام شیر نمی‌خورد و دائم گریه می‌کرد و من کمک خواستم. دلم می‌خواست برام توضیح بدن که چطور به بچه شیر بدم و گفتند خودت باید بهش شیر بدی و بی‌خیال از کنار قضیه گذشتند. خیلی مضطرب شدم".

(۲) نیاز به درک شدن

این درون‌مایه شامل سه زیر طبقه از جمله نیاز به حمایت از سوی خانواده، نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت و نیاز به اشتراک تجربه بود.

(الف) نیاز به حمایت از سوی خانواده

مشارکت کنندگان در این تحقیق بیان کردند که به دلیل تغییرات متعددی که در زندگی شخصی و خانوادگی آن‌ها به علت بستری شدن نوزادشان ایجاد شده بود، قادر به انجام نقش‌های خود نبودند و نیازمند حمایت از طرف خانواده و همچنین ارایه دهندگان خدمات سلامتی بودند. هر چند که اکثر مشارکت کنندگان حمایت‌هایی را از طرف خانواده دریافت کرده بودند، اما برای اغلب آن‌ها مشغله زیاد همسر و لزوم رسیدگی به امور شغلی و معیشتی و عدم امکان رسیدگی بیشتر به مادر ناراحت کننده بود. وجود اعضای خانواده مانند خواهر، برادر، مادر و ... هر چند که در این فرایند به آن‌ها کمک زیادی کرده بود، اما نقش حمایتی همسر برای آن‌ها از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است. "خواهرم خیلی بهم کمک کرده، اما شوهرم چون سر کار هست و خیلی گرفتاره، نمی‌تونه خیلی بیاد و به ما سر بزنه. ولی اگه شوهرم می‌تونست بیاد خیلی بهتر بود". وجود مشکلات جسمی متعدد که به دلیل زایمان ایجاد شده بود و مادر به جای استراحت در روزهای بستری، به واسطه بستری شدن نوزاد خود مجبور به حضور در بیمارستان شده بود، از جمله مسایلی بودند که مادران بر آن تأکید داشتند و بیان می‌کردند که تمایل دارند به دلیل این مسایل از طرف خانواده بیشتر درک شوند. "فاصله بین اتاق مادران و بخش زیاده و من که سزارین

## الف) مشارکت محدود در مراقبت

برای اکثر مادران بسیار ارزشمند بود که در کنار نوزادشان باشند و ترک نوزاد سبب نگرانی و استرس در آنها می‌شد. به خصوص، از این که ممکن بود کادر بخش به دلیل مشغله زیاد نتوانند به درستی از نوزادشان مراقبت کنند، نگران بودند. مادران از اهمیت نزدیک بودن اتاق استراحتشان به بخش و ترجیحاً حضور تمام وقت خود بر بالین نوزاد سخن می‌گفتند. بسیاری از آنها تمایل داشتند در امر مراقبت نوزاد به پرستاران کمک کنند تا به این وسیله هم از بار کاری پرستاران بکاهند و هم در امر مراقبت فرزندشان شریک باشند و از نوزادشان دور نباشند. اما آگاهی نداشتن مادران از نحوه مراقبت گاهی سبب می‌شد که نتوانند در این زمینه با پرستاران همکاری نمایند. به همین دلیل احساس می‌کردند که نمی‌توانند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به نوزاد خود نقشی داشته باشند. "جدایی نوزاد و مادر خوب نیست. کاش اتاق استراحت مادر نزدیک بخش بود و یا تختی بود که مادر و نوزاد کنار هم باشند. این جوری بیشتر می‌تونستم از بچه‌ام مراقبت کنم." "ای کاش اتاق مادران و نوزادان یکی بود و مادر می‌تونست همیشه کنار بچه باشه و مراقب بچه‌اش باشه. بچه‌ام خیلی نارسه. فکر می‌کنم اگه همه‌اش کنارش باشم خیالم راحت‌تره. به پرستارها هم کمک می‌کنم که یه کمی کارشون کمتر بشه."

## ب) قابل پیش‌بینی نبودن وضعیت نوزاد

از آن جا که مادران تجربه قبلی در مورد نوزاد نارس نداشتند، برای وضعیت سلامت نوزاد خود بسیار نگران بودند. هر چند که به گفته خودشان تلاش می‌کردند همه چیز را با دید مثبت بنگرند و فکر کنند که اوضاع خوب پیش می‌رود، اما در مورد وضعیت سلامت نوزاد خود در آینده نگران بودند. همچنین مادران از این که خطری نوزادشان را تهدید کند و یا نوزادشان زنده نماند، ابراز نگرانی می‌کردند. برای آنها داشتن یک نوزاد نارس تجربه بسیار پر تنش و همراه نگرانی بود. مادران احساس می‌کردند که در سرنوشت بچه خود هیچ گونه نقشی ندارند و اوضاع زندگی نوزادشان از دست آنها خارج شده است. "فکر می‌کنم وضعیت بچه‌های نارس غیر قابل پیش‌بینی هست. نمی‌دونم چی به سر بچه‌ام می‌آد. درسته الان مشکل حادی نداره، اما نگرانم نکنه روزهای دیگه حالش بد بشه و یا در آینده چی براش پیش می‌آد." یکی دیگر از مادران چنین بیان کرد: "از این که تا حالا زنده مونده خوشحالم. نمی‌دونم آینده بچه‌ام چی می‌شه. آیا برای همیشه سالم می‌مونه و مشکلی

## در آینده براش پیش نمی‌آد" ..

## بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که مادران داشتن یک نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان را همواره با موارد غیر قابل پیش‌بینی و غیر قابل انتظار توصیف می‌کردند. مادران مشکلاتی را در رابطه با وضعیت نوزاد و عدم آگاهی در مورد ویژگی‌ها و نحوه مراقبت از نوزاد نارس بیان می‌کردند. از جمله نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان وضعیت ظاهری، وزن غیر طبیعی و تفاوت وضعیت سلامتی نوزاد با کودکان قبلی آنها بود. هم چنین مواجه شدن با بخش مراقبت‌های ویژه که قبلاً آن را تجربه نکرده بودند و با وسایل و امکانات آن آشنایی نداشتند. گاهی سر و صدهای ناشی از وسایل سبب خستگی و ایجاد تنش در آنها می‌شد. نتایج یک مطالعه که با هدف بررسی تجربه ۳۱ زن آمریکایی که نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان داشتند، نشان داد که به این مادران استرس‌های زیادی وارد شده بود. اغلب دلیل آن را وضعیت ظاهری نوزاد، ترس از آینده نوزاد، دغدغه ناتوانی در انجام نقش مادری و همچنین چالش‌های موجود با مراقبین نوزاد می‌دانستند (۲۹).

بر اساس دیدگاه Stern و Bruschiweiler-Stern احساس مادری در یک لحظه اتفاق نمی‌افتد، بلکه به دست آوردن چنین حسی نیاز به چندین ماه دارد که اغلب در زمان بارداری این وضعیت ایجاد می‌شود و مادر خود را برای به دنیا آوردن یک نوزاد سالم آماده می‌کند، اما مواجهه با شرایطی که در آن نوزاد با وضعیت غیر طبیعی متولد شده است و نیاز به بستری دارد، سبب تداخل در گذر طبیعی مادر از این فرایند می‌شود (۳۰). Nelson نیز بیان کرد که بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه سبب ایجاد اختلال در ایفای نقش مادری می‌گردد و مادران در این شرایط ناآشنا گذر به دوره مادری را به خوبی طی نمی‌کنند (۳۱).

در این مطالعه یکی از مشکلات مطرح شده توسط مادران، کمبود آگاهی در مورد نوزاد نارس و مشکلات این نوزادان بود. در مطالعه‌ای که به روش اتنوگرافی انجام شد، دغدغه‌های مادران دارای نوزاد نارس، شامل نگرانی از وضعیت امنیت نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه، نیاز به آگاهی و داشتن تعامل با پرستاران و پزشکان بخش بود (۳۲)، که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

پرستاران حکایت داشت و برخی از وقت نگذاشتن آن‌ها برای توضیح در مورد وضعیت نوزاد و شرایط بخش و گاهی درک مناسب مادران حکایت داشت. مرور متون هم نشان می‌دهد مادرانی که نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه داشتند، نسبت به نقش حمایتی پرستاران نظرات متفاوتی اظهار می‌داشتند؛ به گونه‌ای که برخی مادران رفتار بعضی از پرستاران را مثبت ارزیابی کردند، اما در برقراری ارتباط با برخی از پرستاران که به نیازهای مادران بی‌توجه بودند، مشکلاتی داشته‌اند (۳۶، ۳۷). Fenwick و همکاران نقش این پرستاران را مانع حمایت ذکر کرده‌اند (۳۸). نتایج مطالعه‌ای در تبریز نشان داد که دیدگاه مادران و پرستاران در خصوص اهمیت و میزان حمایت‌های پرستاری از مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان با هم متفاوت است. مادران به حمایت‌های ارتباطی - اطلاعاتی و پرستاران به مراقبت‌های کیفی و عاطفی اهمیت بیشتری داده بودند (۱۶). به نظر می‌رسد پرستاران درک مناسبی از حمایت‌های مورد نیاز مادران نداشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مادران برای غلبه بر مشکلات ناشی از بستری شدن کودک خود، علاوه بر نیاز به حمایت از سوی خانواده و پرستاران و پزشکان، نیازمند برقراری ارتباط با مادران دیگری هستند که تجربه مشترک با آن‌ها دارند تا روش‌های مقابله با استرس‌های وارده را از یکدیگر یاد بگیرند. نتایج مطالعه‌ای در سوئد نشان داد، مادرانی که نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده بود، زمانی که با مادران دیگری که تجربه مشترک با آن‌ها داشتند در تماس قرار می‌گرفتند، احساس حمایت بیشتری می‌کردند. لذا تصور می‌کردند که به دلیل یادگیری از هم‌تایان خود قادرند شرایط استرس‌زای ناشی از بستری شدن فرزند خود را بهتر کنترل نمایند (۱).

یکی از واکنش‌های مادران به بستری شدن نوزادشان این بود که احساس می‌کردند این بخش بین نوزاد و آن‌ها فاصله انداخته است. همچنین آن‌ها قادر به ایفای نقش مادری خود نیستند و فقط به عنوان یک ملاقات کننده محسوب می‌شوند که نمی‌توانند چندان در مورد نوزادشان تصمیم بگیرند و این نوزاد به آن‌ها تعلق ندارد. در نتیجه نگرانی آن‌ها افزایش می‌یافت. مادران شرکت کننده در مطالعه Heermann و همکاران هم بیان کرده بودند زمانی که نوزاد در بخش بستری شده بود، احساس می‌کردند که

با توجه به این که اکثر مادران دارای نوزاد نارس، مراقبت‌های لازم در روزهای بستری را به نحو مناسب دریافت نکرده بودند، اغلب از نظر جسمی وضعیت مناسبی نداشتند و هم چنین به دلیل نگرانی‌های ناشی از بیماری نوزادشان مشکلات عدیده روحی را تحمل می‌کردند. آن‌ها در سخنان خود نیاز به حمایت‌های جسمی و عاطفی را از سوی همسر و خانواده مطرح می‌کردند. موضوع نیاز به حمایت در مطالعات دیگر هم مورد توجه مادران قرار گرفته است. نتایج یک مطالعه که با روش پدیدارشناسی انجام شده بود، نشان داد که مادران و پدران سوئدی که نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده بود، در ابتدای بستری شدن نوزاد احساساتی مانند حالت دوگانگی احساسی، عدم امنیت و نگرانی داشتند که به مرور زمان از این علایم کاسته شد و کم کم نیازهایی از قبیل حمایت دیگران جهت سازگاری و کسب اطلاعات را بیان نمودند (۳۲). مرور متون نشان می‌دهد که اغلب در فرایند بستری شدن نوزادان، والدین کودک تلاش می‌کنند از یکدیگر حمایت کنند، اما گاهی به دلیل قرار گرفتن در شرایط ناآشنا و بحرانی این نقش را به خوبی ایفا نمی‌کنند (۳۳). به اعتقاد Knauth هر چند که تولد نوزاد نارس ممکن است در ارتباط والدین تغییراتی ایجاد کند، اما پرستاران می‌توانند با تدارک برنامه‌هایی بر استحکام رابطه آن‌ها بیفزایند (۳۴).

به اعتقاد شرکت کنندگان در این تحقیق، یکی دیگر از منابع حمایتی که می‌تواند در حل مشکلات مادران نقش مؤثری داشته باشد، پرستاران و پزشکانی هستند که در امر مراقبت و درمان نوزاد مشارکت داشتند. به اعتقاد آنان همراهی این افراد با مادر به صورت شنونده فعال بودن و آموزش و راهنمایی آنان می‌تواند در پذیرش وضعیت نوزاد مؤثر باشد. Brinchmann و همکاران بیان کردند که توانایی اعضای تیم سلامت در برقراری ارتباط با والدینی که کودک بیمار دارند و حمایت از آن‌ها یکی از مهارت‌های پایه است که این افراد باید به خوبی آن را فرا گرفته باشند (۱۲). Hall بیان کرد که اکثر پرستارانی که در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان کار می‌کنند، افرادی مهربان، حمایت کننده و آگاه هستند (۳۵). اما گاهی مشکلات و فشارهای کاری ممکن است سبب شود که در انجام نقش حمایتی خود آن طور که باید عمل نکنند. به طور کلی برداشت از نقش پرستاران در این مطالعه به گونه‌های متفاوتی بود. برخی از گفته‌های مشارکت کنندگان از مهربانی و همراهی

### نتیجه‌گیری

مادرانی که نوزاد نارس داشتند، به طور ناگهانی در مرحله‌ای غیر منتظره قرار می‌گرفتند. تصورات و انتظارات آن‌ها از داشتن فرزند، تصویر یک کودک سالم را ارایه می‌داد. اما آن‌ها پس از گذراندن استرس‌ها و مشکلات زایمان با وضعیت غیر متوقبه‌ای از نوزادشان مواجه می‌شدند. اجزای این تجربه مشتمل بر سردرگمی ناشی از قرار گرفتن در شرایط ناآشنا، احساس بی‌پناهی و فداکاری برای سلامت فرزند بود. شناخت پرستاران از اجزای این تجربه می‌تواند به طراحی روش‌هایی برای مراقبت بهتر از مادر و کودک در دوره حساس بستری شدن نوزاد نارس کمک کند. علاوه بر این، مطالعه بیشتر در خصوص هر کدام از این اجزاء با تحقیقات کمی و کیفی به روشن‌تر شدن تجربه مادران کمک می‌کند. نتایج این مطالعه تأکید دیگری بر این واقعیت است که پرستاران می‌بایست در فرایند مراقبت از نوزاد نارس، خانواده و به ویژه مادر را نیز به عنوان مددجو مد نظر قرار دهند و از وضعیت او غافل نشوند. با توجه به این که تجربه مادران حاصل محیط بستری نوزاد در بیمارستان افضلی‌پور کرمان بود، محیط‌های متفاوت تجارب متفاوتی را ایجاد می‌کند. لذا ممکن است مادران دارای نوزاد در مراکز دیگر دارای تجارب متفاوتی باشند که پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گیرد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش‌گران بر خود لازم می‌دانند از همکاری مادرانی که در این تحقیق شرکت نمودند و همچنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان به دلیل حمایت مالی این طرح تشکر و قدردانی نمایند.

این نوزاد دیگر به آن‌ها تعلق ندارد. چون آن‌ها توان تصمیم‌گیری در مورد وی را نداشتند. به علاوه احساس می‌کردند که نوزاد بیشتر متعلق به کادر و افرادی که مراقبت و درمان وی را به عهده دارند، می‌باشد (۳۹). همچنین نتایج مطالعه‌ای نشان داد، مادران سوئدی که نوزادشان در بخش مراقبت ویژه بستری شده بود، احساس عدم قدرت، ناامیدی، احساس گناه و عدم اطمینان می‌کردند. عمده این احساسات را به خاطر جدایی از نوزاد و عدم توانایی مشارکت در مراقبت و تصمیم‌گیری برای نوزاد بیان کرده بودند (۴۰). در مطالعات دیگر نیز جدا بودن از نوزاد و اجبار به گذراندن شب در منزل سبب ایجاد احساس گناه و نقص در ایفای نقش مادری گزارش شده است (۴۱). برخی محققین گزارش کرده‌اند برای کاهش احساس جدایی مادر از نوزاد و یأس و ناامیدی در مادران بهتر است مادران در امر مراقبت از نوزاد مشارکت داده شوند و پرستاران به صورت برنامه‌ریزی شده‌ای مشارکت مادران را در امر مراقبت از نوزادان هدایت کنند. به این ترتیب به مرور زمان مادران با نحوه مراقبت از نوزاد آشنا می‌شوند و در این زمینه شایستگی‌هایی را کسب خواهند نمود و در نتیجه احساس واقعی مادر بودن، به دلیل مراقبت از نوزاد به آن‌ها باز خواهد گشت (۳۹). هر چند که مادران اغلب تمایل داشتند که در امر مراقبت از نوزادشان شرکت کنند، اما در عین حال ترجیح می‌دادند تصمیم‌گیری‌ها و مراقبت‌های مهم را به تیم سلامت واگذار کنند. نتایج مطالعه Mok و Leung با یافته مطالعه حاضر همخوانی دارد که در آن مشارکت کنندگان از اعتماد خود به مراقبین بهداشتی سخن گفته‌اند و ترجیح می‌دهند که تصمیم‌گیری‌ها را به آن‌ها واگذار کنند. اما بر تمایل خود به مشارکت در مراقبت از نوزادانشان نیز تأکید داشته‌اند (۴۲).

### References

1. Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *Int J Circumpolar Health* 2008; 67(5): 461-71.
2. Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. *BMJ* 2004; 329(7467): 675-8.
3. Davis L, Mohay H, Edwards H. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. *J Adv Nurs* 2003; 42(6): 578-86.
4. Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990's. *Early Hum Dev* 1999; 53(3): 193-218.
5. Roze JC, Breart G. Care of very premature infants: looking to the future. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 117(Suppl 1): S29-S32.
6. Gheibi Sh, Haghi S, Soleimani Sh. Mortality and septicemia in neonates admitted into the NICU of Imam Khomeini Hospital of Urmia. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services* 2005; 27(3): 69-73.
7. Shaw RJ, Bernard RS, Deblois T, Ikuta LM, Ginzburg K, Koopman C. The relationship between acute stress



- disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics* 2009; 50(2): 131-7.
8. Valizadeh L, Akbarbegloo M, Asadollahi M. Stressors Affecting Mothers with Hospitalized Premature Newborn in NICUs of Three Teaching Hospitals in Tabriz. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services* 2009; 31(1): 85-90.
  9. Cleveland LM. A Mexican American mother's experience in the neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs* 2009; 23(2): 178-85.
  10. Nicolaou M, Rosewell R, Marlow N, Glazebrook C. Mothers' experiences of interacting with their premature infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009; 27(2): 182-94.
  11. Neu M, Robinson J. Early weeks after premature birth as experienced by Latina adolescent mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2008; 33(3): 166-72.
  12. Brinchmann BS, Forde R, Nortvedt P. What Matters to the Parents? a qualitative study of parents' experiences with life-and-death decisions concerning their premature infants. *Nurs Ethics* 2002; 9(4): 388-404.
  13. Davis L, Edwards H, Mohay H. Mother-infant interaction in premature infants at three months after nursery discharge. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9(6): 374-81.
  14. Bialoskurski MM, Cox CL, Wiggins RD. The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *J Adv Nurs* 2002; 37(1): 62-9.
  15. Lima de SN, Fernandes Araujo AC, Dantas de AG, Bezerra Jeronimo SM, Barbosa LM, Lima de Sousa NM. Maternal perception of premature birth and the experience of pre-eclampsia pregnancy. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5): 704-10. [In Portuguese].
  16. Akbarbegloo M, Valizadeh L, Asadollahi M. Mothers and nurses viewpoint about importance and perceived nursing supports for parents with hospitalized premature newborn in natal intensive care unit. *IJCCN* 2009; 2(2): 71-4.
  17. 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.
  18. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 1995; 18(2): 179-83.
  19. Mirzarahimi M, Abedi A, Shahnazi F, Saadati H, Enteshari A. Causes and Rate of Mortality among the Newborns in NICU and Newborns Unit at Imam Khomeini and Alavi Hospitals in Ardabil from September 2006 to September 2007. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2009; 8(4): 424-30.
  20. Lichtman M. *Qualitative Research in Education: A User's Guide*. London: SAGE; 2006.
  21. Saneei A, Nasrabadi NA. *Methodology of qualitative research in health sciences*. Tehran: Baraye-Farda Co; 2005 [In Persian].
  22. Salsali M, Parvizi S, Hagbagheri AM. *Qualitative research methods*. Tehran: Boshra Co. 2005 [In Persian].
  23. 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.
  24. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative (Nursing Research)*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
  25. Lichstein PR, Young G. "My most meaningful patient". *Reflective learning on a general medicine service*. *J Gen Intern Med* 1996; 11(7): 406-9.
  26. Downe-Wamboldt B. Content analysis: method, applications, and issues. *Health Care Women Int* 1992; 13(3): 313-21.
  27. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
  28. Manen MV. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action-Sensitive Pedagogy*. London, Ontario: The University of Western Ontario; 1990.
  29. Holditch-Davis D, Miles MS. Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Netw* 2000; 19(3): 13-21.
  30. Stern DN, Bruschiweiler-Stern N. *The Birth Of A Mother: How The Motherhood Experience Changes You Forever*. New York, NY: Basic Books; 1998.
  31. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(4): 465-77.
  32. Hurst I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. *J Perinat Neonatal Nurs* 2001; 15(2): 65-82.
  33. Pancer SM, Pratt M, Hunsberger B, Gallant M. Thinking ahead: complexity of expectations and the transition to parenthood. *J Pers* 2000; 68(2): 253-80.

34. Knauth DG. Marital change during the transition to parenthood. *Pediatr Nurs* 2001; 27(2): 169-72, 184.
35. Hall EO. Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scand J Caring Sci* 2005; 19(3): 179-85.
36. Hurst I. Vigilant watching over: mothers' actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *J Perinat Neonatal Nurs* 2001; 15(3): 39-57.
37. Reid T. Maternal identity in preterm birth. *J Child Health Care* 2000; 4(1): 23-9.
38. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. Struggling to mother: a consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *J Perinat Neonatal Nurs* 2001; 15(2): 49-64.
39. Heermann JA, Wilson ME, Wilhelm PA. Mothers in the NICU: outsider to partner. *Pediatr Nurs* 2005; 31(3): 176-81, 200.
40. Nystrom K, Axelsson K. Mothers' experience of being separated from their newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(3): 275-82.
41. Erlandsson K, Fagerberg I. Mothers' lived experiences of co-care and part-care after birth, and their strong desire to be close to their baby. *Midwifery* 2005; 21(2): 131-8.
42. Mok E, Leung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *J Clin Nurs* 2006; 15(6): 726-34.

## Experience of Mothers with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit

Mehri Kohan<sup>1</sup>, Fariba Borhani<sup>2</sup>, Abbas Abbaszadeh<sup>3</sup>, Jila Soltanahmadi<sup>4</sup>, Mahin Khajehpoor<sup>5</sup>

Received date: 28.9.2011

Accept date: 1.12.2011

### Abstract

**Introduction:** Birth of a premature infant can have long-term effects on parents. In fact, the future relationship between parents and children can even be affected by this experience. This study aimed to explain the experience of mothers with premature infants hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU) of Afzalipoor Hospital in Kerman, Iran.

**Method:** In a qualitative study, purposive sampling method was used to select 10 mothers with premature infants who were hospitalized in the NICU for at least one week. Data was collected through semi-structured interview. The data was analyzed based on the content analysis.

**Results:** The results of this study revealed three main themes including unfamiliar situation (including lack of knowledge about NICU and premature infants), need to be understood (needing to be advocated by their families, and needing to share experiences), loss of control on their neonate (limited participation in caring of neonate, and unpredictable situation of the neonate).

**Conclusion:** The mothers participating in this research required adequate and correct knowledge about prematurity. The support that mothers receive from family and health care team members was unexpected for them and this issue concerns them about the neonate. Thus, the nurse's role in educating and supporting the mothers and providing them with correct care of newborns is essential

**Keywords:** Experience of mothers, Premature neonate, Neonatal intensive care unit, Qualitative study.

**Citation:** 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(1): 41-51.

1. Lecturer, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4. Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

5. Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing, Bam University of Medical Sciences, Kerman, Iran

**Corresponding Author:** Fariba Borhani PhD, Email: f\_borhani@kmu.ac.ir