مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره شانزدهم، شمارهٔ ۶، خرداد ۱۳۹۳، صفحه ۲۵-۱۶

تجربه مادرانِ نوزادان نارس از جدایی

وحید زمانزاده(PhD)[۱]، لیلا ولیزاده(PhD)[۲]، عیسی محمدی(PhD)[۳]، یداله زاهدپاشا(MD)[۴]، افسانه ارزانی(MSc)[۵]*

۱- گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۲- گروه پرستاری کودکان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۳- گروه پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
۴- مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر کودکان امیرکلا، دانشگاه علوم پزشکی بابل
۵- کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۹۲/۷/۲۷، اصلاح: ۹۲/۸/۱۵، پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: تولد نوزاد نارس تجربه ویژه‌ای برای مادران می باشد. جدایی زودتر از موعد مادر از شیرخوار به واسطه زایمان زودرس و بستری، پیامدهای جسمی و روانی متعددی را برای آنها به همراه دارد و تغییرات عمده‌ای را در زندگی آنها ایجاد میکند. این مطالعه به منظور درک و فهم جامعتر این پدیده با هدف تبیین تجارب جدایی مادرانِ دارای نوزاد نارس انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا می باشد. جمع‌آوری داده‌ها با پانزده مصاحبه بدون ساختار و عمیق با مادران دارای نوزاد نارس طی سالهای ۱۳۹۲-۱۳۹۱ و در مراکز آموزشی درمانی شمال و شمال‌غرب کشور انجام گردید. نمونه‌گیری بصورت هدفمند انجام یافت. کلیه مصاحبه‌ها ضبط شده، کلمه به کلمه بازنویسی شد و با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج مضمون تسلسل جدایی در مادران با تولد نوزادان نارس شد. این مضمون با سه طبقه شامل جدایی نوزاد- والد، جدایی، خانواده- والد، جدایی اجتماع-والد، نمایان گردید. تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که دامنه تنهایی مادران در روزهای ابتدایی تولد نوزاد نارس بیشتر و طولانی تر و به تدریج با گذر زمان وسعت آن کاهش می یابد و به ترتیب از جدایی از نوزاد به جدایی از خانواده، همسر، بستگان و دوستان می‌انجامد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه مادران در فرآیند مراقبت از شیرخواران خود، جداییهای پی در پی را تجربه می‌کنند که محدود به زمان بستری شیرخوار در بیمارستان نمی باشد، لذا باید به تصاعد و تسلسل جداییهای مادران توجه کرد و بر اساس نیازمندیهای مادران، مداخلات مناسب با آن را طراحی و اجرا نمود.

واژه های کلیدی: نوزاد نارس، تجربه مادران، جدایی، تحلیل محتوا.

مقدمه

تولد نوزاد نارس با بستری و جدایی از مادر همراه است. بستری شدن نوزاد بلافاصله پس از تولد بدلیل نیاز به مراقبتهای ویژه، در اکثر موارد اجتناب‌ناپذیر میباشد (۱). جدایی سخت ترین چالش مادران دارای نوزادان نارس می‌باشد (۲). تحقیقات نشان داده که مادران نوزادان تازه متولد شده که از نوزاد خود جدا مانده‌اند، سطح بالایی از استرس، اضطراب و افسردگی را داشتند (۳). جدایی فیزیکی مادران و شیرخواران توام با دوری عاطفی موجب اختلال در فرآیند طبیعی دلبستگی می‌شود (۴). دلبستگی مادری جریانی تراکمی است که پیش از بارداری شروع شده و در طی رویدادهای مختلف دوران بارداری تقویت شده و با تماس بین مادر و شیرخوار در دوره نوزادی و پس از آن تکامل می یابد. در زایمان زودرس، دلبستگی قبل از تولد مادر با شیرخوار بطور ناگهانی قطع و مادران برای تولد نوزاد آمادگی لازم را ندارند (۵). جدایی این زوج از هم تغییر رفتارهایی را نیز در مادران برای ماهها و شاید سالها ایجاد کند، حتی اگر مشکلات شیرخوار با ترخیص از بیمارستان کاملا برطرف شده باشد (۶). در این راستا، Forcada-Guex و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که این مادران، در پاسخ به نشانه‌های رفتاری شیرخوار حساس نیستند. حتی برقراری تماس و دیدن شیرخوار را بدلیل احتمال زنده نماندن نوزاد نارس و باقی ماندن تصویری از او در ذهن، به تعویق می‌اندازند (۷). مطالعه Schen 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 (۸). در این

▣ این مقاله حاصل پایان نامه افسانه ارزانی دانشجو دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد.

* مسئول مقاله: افسانه ارزانی
آدرس: تبریز، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۷۰۶۴۸
e-mail:arzaniaf@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

رابطه، مطالعه Shah و همکاران نشان دادند که، پیامدهای عصبی و رفتاری نوزادان، متاثر از کیفیت نقش والدینی آنها می‌باشد و شیرخوارانی که مراقبین آنها به رفتارهایشان بیشتر پاسخ میدهند، صلاحیت اجتماعی بالاتری را نشان خواهند داد (۹). با عنایت به نتایج مطالعات بیان شده که حاکی از چالشهای به وجود آمده در این رابطه میباشد، درک عمیق جدایی مادر و شیرخوار را مهمتر میسازد. هدف از این مطالعه نیز کشف و بررسی درک و معنای جدایی در مادران با تولد نوزاد نارس میباشد. در اغلب تحقیقات انجام شده در ارتباط با تولد نوزاد نارس محدود به زمان بستری شیرخوار در (Neonatal Intensive Care Unit, NICU) بوده است و جدایی مادر از شیرخوار تا زمان ترخیص از بخش مراقبت ویژه مورد بررسی قرار گرفته است. خلاء مطالعاتی واضح در باره تجربه جدایی مادران پس از ترخیص شیرخواران از NICU وجود دارد (۱۴-۱۰). مسلما تجارب خاص و متفاوت مادران نوزادان نارس، محدود به زمان بستری در بیمارستان نبوده، لذا لازمست به منظور تبیین درک و چگونگی تجربه‌های مادران در خصوص جدایی در شرایط مختلف زمانی (تولد، بستری، ترخیص و روزها و ماهها پس از آن) و مکانی (بیمارستان و منزل) از نظر خودشان که با این موقعیت درگیر هستند، به موضوع پرداخت. در واقع دانش کمی از درک مادران از جدایی در دسترس است. هر چه دانش بیشتری از این موقعیت بدست آید، ارائه دیدگاههای حرفه‌ای در ارتباط با مراقبت از این مادران و شیرخواران آسانتر خواهد بود.

مطالعات نشان داده است که تجارب مادران از تولد نوزاد نارس، زمینه محور (Context Base) بوده و واکنش مادران در جوامع مختلف با توجه به زمینه‌های فرهنگی، باورها و عقاید آنها، متفاوت می‌باشد، بطور مثال، مادران کره‌ای در مواجهه با تولد نوزاد نارس، خود را سرزنش می‌کردند در حالیکه واکنش اغلب مادران در آمریکای جنوبی، عصبانیت بود (۱۵). لذا با توجه به زمینه محور بودن پدیده و روند رو به افزایش مادرانی که زندگی با نوزادان نارس را تجربه می‌کنند (۱۶)، بر آن شدیم تا مطالعه‌ای را بمنظور دستیابی به مجموعه‌ای از اطلاعات عمیق از دیدگاههای مادران در این حوزه در جامعه زنان ایرانی انجام دهیم تا نتایج آن بتواند به عنوان اولین قدم در طراحی مداخلات و برنامه‌ریزیها مورد توجه تیم درمانی و مراقبتی قرار گیرد. به نظر میرسد برای مداخله بهتر در این موقعیت باید از ماهیت و تاثیری که این پدیده بر فرآیندهای ذهنی و روانی مادران دارد، آگاه شد. لذا این مطالعه کیفی با هدف تبیین تجارب جدایی مادرانِ دارای نوزاد نارس انجام شده است.

مواد و روشها

در این تحقیق، به منظور تبیین تجارب جدایی مادرانِ دارای نوزاد نارس از روش پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی و از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. این روش عموما جهت توصیف یک پدیده زمانی مورد استفاده قرار می گیرد که تئوری ها یا تحقیقات موجود در مورد پدیده مورد نظر محدود باشند (۱۷). مادرانی بعنوان مشارکت‌کننده در نظر گرفته شدند که تجربه زنده تولد نوزاد نارس را داشته و تمایل به بیان تجارب خود را داشتند. نوزاد بیماریهای متابولیکی و ناهنجاریهای مادرزادی نداشته باشد، سن جنینی آنها بین ۳۴-۲۴ هفته باشد و مادر منعی برای شیردهی نداشته باشد، مادر سابقه بیماریهای روانی را نداشته باشد و در کنار همسر خود زندگی می کند. همچنین ایرانی الاصل و مسلط به زبان فارسی بودند. مکان مصاحبه با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین شد که اکثرا در منزل، مطب پزشکان، مراکز بهداشتی و درمانی بود. متوسط زمان مصاحبه‌ها ۵۰ دقیقه بوده است. قبل از انجام مصاحبه‌ها به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده - شد که شرکت در این پژوهش اختیاری می‌باشد و اطلاعات با رعایت قوانین محرمانه ماندن استفاده خواهد شد. همچنین رضایت نامه کتبی از مادران شرکت کننده کسب گردید. مجوز اخلاقی انجام تحقیق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با شماره ۹۱۱۱۹ اخذ گردید. مطالعه در طی سالهای ۱۳۹۲-۱۳۹۱، تا زمان شکل‌گیری کامل طبقه و زیر طبقات آن و عدم اضافه شدن کد یا طبقه جدیدی ادامه یافت. دو مصاحبه پایانی به منظور اطمینان از اشباع داده‌ها انجام شد. در ایران تقریبا تمام استان‌های کشور مجهز به بخش NICU هستند و تعداد تختهای NICU، ۱۱۲۹ میباشد (۱۸) که هم اکنون نیز۶۰۰ تخت مراقبت‌های ویژه نوزادان در بیمارستانهای کشور در حال راه‌اندازی میباشد (۱۹). همچنین سیستم بهداشتی و درمانی ایران از پیشگامان و پیشتازان برنامه‌های مراقبتی خانواده محور، مراقبت تکاملی و مراقبت مادرانه آغوشی میباشد و این مراقبتها در اغلب نقاط کشور، اجرا می‌شود. نوزادان مادران شرکت‌کننده در این مطالعه در NICUهای سطح سه مراکز فوق الذکر بستری بودند.

رویکرد این مراکز درمانی متمرکز بر مراقبتهای پیشرفته نوزادان میباشد. مادران در این مراکز ساعتها از روز و حتی بصورت شبانه‌روزی میتوانند در بیمارستان محل بستری شیرخوارشان بمانند و شب را باید در اتاق مادران سپری کنند. با توجه به محدودیت فضا، اتاقی نیز در بخش تحت عنوان اتاق مراقبت مادرانه آغوشی در نظر گرفته شده است. از آنجاییکه، بخشهایNICU در ایران در حال حاضر بصورت Single Family Room نمی باشد، مادران مجبورند گذر از اتاقهای مختلفی را تحت عنوان اتاق شیرمادر، اتاق مراقبت مادرانه و اتاق استراحت را در بخش تجربه کنند. مصاحبه‌ها بدون ساختار و عمیق، چهره به چهره و با یک سوال کلی در ارتباط با سوال پژوهش" وقتی به شما گفتند نوزادتان نارس است چه احساسی داشتید؟ از بستری و جدایی از نوزادتان و ترخیص تعریف کنید؟ سپس به سوالات کنجکاوانه‌تر و اختصاصی‌تر، لطفا در این خصوص .... بیشتر توضیح دهید؟ میتوانید مثال بزنید؟ آیا منظورتان اینست که .... ختم شد. مصاحبه‌های تکمیلی نیز بصورت حضوری یا تلفنی انجام شد.

در این مطالعه از تحلیل محتوی قراردادی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. در این روش محقق از بکارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب می‌ورزد و در عوض اجازه می‌دهد که طبقات و نامشان از درون داده‌ها بیرون آیند. بنابراین محقق در داده‌ها کاملا غرق شده تا به درک یا بصیرت جدیدی دست پیدا کند. بدین منظور در ابتدا مصاحبه‌ها ضبط و سپس خط به خط تایپ شد. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز صورت پذیرفت. محقق تحلیل داده‌ها را با خواندن مکرر متن برای غوطه‌ور شدن در آنها آغاز می‌کند تا به درک کلی از محتوای متن برسد، سپس واحدهای معنا و کدهای اولیه استخراج می‌گردد. این فرآیند بطور پیوسته از استخراج کدها تا نامگذاری آنها تداوم می‌یابد و کدها بر اساس تفاوتها یا شباهتهایشان به داخل طبقات دسته‌بندی می‌گردند و نهایتا در پایان به ازاء هر مفهوم شواهدی از متن داده‌ها نقل قول می‌شود (۲۱-۲۰و۱۷). جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها از چهار معیار اعتبار، تاییدپذیری، قابلیت اعتماد و انتقال پذیری مطابق نظر لینکلن و گوبا استفاده گردید (۲۲). در این مطالعه، جهت افزایش معیار اعتبار (Credibility) داده‌ها علاوه بر درگیری

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

طولانی مدت از بازنگری مشارکت‌کنندگان تحقیق (Dependability) استفاده شد. همچنین بعد از کدگذاری، متن مصاحبه به شرکت‌کنندگان بازگردانده شد تا از صحت کدها و تفاسیر اطمینان حاصل شود. برای کنترل عینیت (Audit Trail) داده‌ها از شیوه بازبینی توسط همکاران تحقیق (Transferability) استفاده شد. برای این منظور محقق داده‌ها را کدگذاری و طبقه‌بندی نموده و سپس توسط اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند. در مورد کدها و طبقاتی که اتفاق نظر وجود نداشت، تا شفاف شدن موضوع و رسیدن به اجماع، بحث ادامه می‌یافت. برای کنترل قابل اطمینان بودن داده‌ها از روش حسابرسی استفاده شد. در این روش محقق داده‌های اولیه، طبقات و درونمایه‌ها را تا انتهای فرآیند پژوهش حفظ می‌کند. همچنین بازبینی و تحلیل یافته‌ها توسط افراد با تجربه در تیم تحقیق، قابلیت اعتماد پژوهش را افزایش می‌دهد. انتقال پذیری مطالعه نیز منوط به آن است که نتایج پژوهش توسط افراد در محیطهای مشابه ارزیابی و تایید شود. نمونه‌گیری با حداکثر واریانس نیز به انتقال پذیری یا ثبات یافته‌ها و مقبولیت داده‌ها نیز کمک کرد (۱۷).

یافته‌ها

ویژگیهای دموگرافیک مشارکت‌کنندگان: در این مطالعه ۱۵ مادر با تولد نوزاد نارس(قبل از ۳۷ هفته جنینی) در محدوده سنی ۳۹-۱۸سال و با تحصیلات زیر دیپلم تا لیسانس از مرکز آموزشی درمانی فوق تخصصی کودکان شفیع زاده امیرکلا و مرکز آموزشی درمانی آیت اله روحانی در بابل و مرکز آموزشی درمانی کودکان و الزهرای تبریز شرکت داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در مطالعه

شماره مشارکت کننده	سن	شغل	تحصیلات	دفعات بارداری	روش زایمان
۱	۱۸	خانه‌دار	دانشجوی کارشناسی	اول	سزارین
۲	۲۲	خانه‌دار	دیپلم	دوم	طبیعی
۳	۲۳	خانه‌دار	لیسانس	اول	طبیعی
۴	۳۹	دبیر	لیسانس	چهارم	طبیعی
۵	۳۰	کارمند	لیسانس	اول	سزارین
۶	۲۹	خانه‌دار	دیپلم	سوم	سزارین
۷	۳۲	کارمند	لیسانس	دوم	سزارین
۸	۲۶	خانه‌دار	لیسانس	اول	سزارین
۹	۳۰	شاغل	دیپلم	اول	سزارین
۱۰	۲۴	خانه‌دار	سیکل	اول	سزارین
۱۱	۲۳	خانه‌دار	سیکل	اول	سزارین
۱۲	۳۲	کارمند	دیپلم	اول	سزارین
۱۳	۲۷	خانه‌دار	دیپلم	دوم	سزارین
۱۴	۲۰	خانه‌دار	دیپلم	اول	سزارین
۱۵	۲۷	آزاد	دیپلم	اول	سزارین

مشخصات نوزادانِ این مادران: حداقل سن جنینی، وزن و روزهای بستری به ترتیب ۲۸ هفته، ۷۷۰گرم، ۷ روز و حداکثر ۳۴ هفته، ۲۷۰۰گرم و ۵۰ روز و اغلب نوزادان، پسر بودند و حداکثر سن شیرخواران در زمان مصاحبه ۵ ماه بوده است.

مضمون اصلی و طبقات: در مجموع از ۱۵ مشارکت کننده، هیجده مصاحبه بعمل آمد. تسلسل جدایی در مادران با تولد نوزاد نارس، مضمون اصلی استخراج شده از داده‌ها بود. در خصوص این مضمون، ۱۰۰ کد بدون احتساب همپوشانی بدست آمد و پس از ادغام آنها به منظور کدگذاری دقیق‌تر و تسهیل در روند پژوهش ۴۰ کد باقی ماند. این مضمون با سه طبقه شامل جدایی نوزاد-والد، جدایی خانواده-والد و جدایی اجتماع- والد نمایان شد. در این بخش ضمن ارائه توصیف مضمون استخراج شده، به بحث و بررسی پیرامون طبقات آن خواهیم پرداخت (جدول ۲). رویداد پیش بینی نشده تولد نوزاد نارس، اغلب بطور سریع و ناگهانی در شرایطی که مادران آمادگی لازم برای زایمان را نداشته، رخ می‌دهد و با احساس غافلگیر شدن در مادران همراه می‌باشد چراکه تمام پیش‌بینی‌ها و تصورات خانواده از زایمانی به موقع و تولد نوزادی سالم و طبیعی از بین میرود. در چنین شرایطی مادران در گذر زمان با جداییهای متعددی مواجه میشوند. حتی گاها بدلیل ناگهانی بودن زایمان، امکان حضور شوهر در زمان زایمان در کنار همسر وجود ندارد که با ناراحتی مادران توام میباشد. این مضمون شامل سه طبقه میباشد که در ذیل به توضیح و تبیین آن پرداخته می‌شود:

جدایی نوزاد – والد: بدنبال زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس، بلافاصله نوزاد بنا به شرایط ناپایدار فیزیولوژیکی سریعا به بخش مراقبت ویژه نوزادان منتقل می-گردد و مادر بخش پس از زایمان را بدون وجود شیرخوار در کنارش، سپری میکند که علاوه بر درد جسمی ناشی از زایمان و برش جراحی، درد و رنج عاطفی فراوانی را تجربه می کند. این مرحله تنهایی های زمان بستری مادر و شیرخوار را در بر میگیرد و از جدایی مادر از نوزاد شروع میشود. این مادران هم اتاقی (Rooming in) را تجربه نمی‌کنند و مادر و شیرخوار در دو بخش متفاوت در یک بیمارستان یا در بیمارستانی متفاوت از هم میباشند. در این رابطه مادری ۲۹ساله دارای شیرخوار چهار ماهه، از روزهای ابتدایی تولد نوزاد خود میگوید:

((یکسره گریه می کردم، آدم دوست داره بچه اش پیشش باشه، می‌بینی که همه بچه هاشون پیششونه و بچه شما نیست، ناراحت میشی، آدم میبینه اعصابش خُرد میشه، خواه ناخواه استرسهایی بهت وارد میشه))

مشارکت‌کننده دیگری میگوید:

((من حسرت به دل یک لحظه دیدنشون بودم، کاش تمام دردهای عالم رو سرم خراب میشد، فقط یه لحظه یه بوشون می کردم یک لحظه، نه بیشتر، نه اینکه ببینمشون، فقط بوشون می کردم... مادری، کنار تختم، که منو با این وضع دید که اینقدر گریه میکنم گفت حالا فرض کن این بچه ی خودته، تو رو خدا بذارین بغلش. وقتی اون بچه رو بغل کردم یک ذره دلم آروم شد احساس می کردم بچه ی خودمه))

معمولا مادران در صورت نداشتن مشکل خاصی ۷۲-۲۴ ساعت پس از زایمان از بیمارستان مرخص می‌شوند ولی مادر تنها و بدون شیرخوار به منزل باز می‌گردد و با خانه‌ای خالی از آشیانه شیرخوار مواجهه می‌شود که اندوه و غصه زیادی را برای مادران بهمراه دارد. دراین زمان مادران واکنشهای هیجانی متعددی را نیز نشان میدهند، که بیشترین پاسخ احساسی و عاطفی آنها، گریه میباشد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

جدول ۲. روند بدست آوردن مضمون از طبقات و کدها

تم (مضمون اصلی)	طبقات	کدها
تسلسل جدایی	جدایی نوزاد– والد	–بستری مادر و شیرخوار در دو بخش متفاوت –کاهش تعاملات و ارتباطات بین مادر و شیرخوار – مهیا نشدن هم اتاقی مادر و شیرخوار(Rooming-in) – ندیدن شیرخوار به مدت طولانی پس از زایمان – کاهش تماس بین مادر و شیرخوار – دوری عاطفی و فیزیکی از شیرخوار
	جدایی خانواده– والد	تنهاییهای زمان بستری شیرخوار –ماندن مادر در کنار شیرخوار در بیمارستان –عدم امکان حضور مادر در کنار سایر فرزندان –جدایی زوجین، دور شدن از هم، فاصله افتادن بین آنها، نداشتن فرصت برای با هم بودن
	جدایی اجتماع– والد	تنهاییهای پس از ترخیص شیرخوار –فاصله گرفتن مادر از اجتماع –کاهش ارتباطات و فعالیتهای اجتماعی (دید و بازدیدهای خانوادگی، شرکت در مراسمها، جشنها و ...)، –پر شدن تمام وقت شبانه‌روز با شیرخوار، –مجبور به ماندن در اتاقی مجزا با شیرخوار –دوری از گروه دوستان – ترک موقت وظایف حرفه ای، از دست دادن شغل

مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه میگوید:

((وقتی خودم مرخص شدم رفتم خونه‌ی مادرم، سخت تر از همه اینه که بچه ها با من نبودند خیلی سخت بود. هم شکمم، هم بغلم خالی بود، فقط گریه میکردم، حداقل قبلا تو شکمم احساسشون میکردم، همه‌ی اون روزها مثل پتکی بود که میزدند تو سر آدم. یعنی واقعا فکر کردن به اون روزها آدم رو اذیت میکنه، همون اول بجای سلام و احوالپرسی زارزار گریه کردم، الان که به اون روزها فکر میکنم بیشتر اذیت میشم که چرا اونجوری بود، اصلا قابل توصیف نیست))

در این شرایط روال عادی اوضاع خانه و خانواده بهم می‌ریزد. زیرا که پدیده خوشحال کننده تولد نوزاد به غم و نگرانی برای مادر و سایر اعضا خانواده تبدیل می‌شود. مادری در این رابطه اظهار میدارد: *((رفتم خونه بدون بچه، بچه‌هام بعدا اومدند، تنها بدون بچه به خونه رفتن، خیلی بده، اونروز رفتم خونه خیلی احساس بدی داشتم، زایمان کردم، بجای اینکه خوشحال باشم، ناراحت بودم که بچه‌هام نیستند هرکی میومد پیشم می پرسید بچه‌ها کی مرخص میشن؟))*

اغلب مادران مشارکت‌کننده در مطالعه ما، پس از ترخیص تحمل ماندن در منزل را بدون وجود شیرخوار نداشته، لذا بهر ترتیبی بوده (علیرغم وضعیت نامساعد جسمی و داشتن درد و ناراحتی بجا مانده از زایمان سخت)، خود را به شیرخوار بستری در بیمارستان میرسانند درحالیکه هنوز مقدمات برقراری تماس پوست به پوست مادر و شیرخوار (آغوش‌پروری) یا امکان تغذیه با شیر مادر وجود ندارد.

جدایی خانواده–والد: این مرحله از زمان ترخیص مادر از بیمارستان شروع میشود، در حالیکه شیرخوار بواسطه شرایط بحرانی‌اش بستری میباشد. در این شرایط، دو وضعیت برای مادر پیش میآید: که بنا به وضعیت خود یا شیرخوار، مادر بدون شیرخوار در منزل می‌ماند که در اینصورت از اینکه شیرخوار خود را در بیمارستان تنها گذاشته است، احساس گناه میکند یا در کنار شیرخوار بستری در بیمارستان می‌ماند، که در هر دو حالت مادران با چالشها و مشکلات عاطفی و روانی فراوانی روبرو هستند.

از ویژگیهای تنهاییهای زمان بستری شیرخوار، جدایی مادر از خانواده، همسر و سایر فرزندان میباشد. زیرا مادران مدتهای طولانی دور از خانواده و همسر در بیمارستان در جوار شیرخوار می‌مانند که در صورت مجهز بودن بیمارستانها به امکانات رفاهی جهت اقامت مادر، این حضور مداوم و شبانه روزی بوده و در غیر اینصورت مادران باید مکررا بین منزل و بیمارستان در تردد باشند. این امر موجب تحمیل هزینه‌های سنگین ایاب و ذهاب، خطر سفر، خستگی جسمی و ... می‌شود. (در این شرایط مادران اغلب توجهی به نیازهایشان از نظر خوابیدن، تغذیه، استراحت و آرامش ندارند) و از سویی دیگر هراز گاهی که بنا به ضرورت و انجام برخی امور، مادر به مدت کوتاهی شیرخوار و بیمارستان را ترک میکند، شدیدا نگران عدم برآورده شدن نیازهای اولیه شیرخوار توسط مراقبین سلامتی میباشد. بیانات مشارکت‌کننده زیر مبین عبارات فوق میباشد:

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

((وقتی از بیمارستان اومدم خونه، اصلا احساس آرامش نداشتم، میخواستم هر چه سریعتر برم پیش بچه، ولی گفتند اول برو خونه، حموم و ... دو ساعتی استراحت کردم و بعد رفتم، تو خونه همش به فکر بچه بودم))

مادران ممکنست روزهای طولانی را در کنار شیرخوار در بیمارستان و دور از همسر سپری کنند، آنها در این زمان در حال دستیابی به نقش مادری‌اشان میباشند و کمتر نگران سایر افراد خانواده میباشند. هر چند مادرانی که فرزند دیگری در منزل دارند، از اینکه از او دور شده‌اند و دیگر فرصت رسیدگی کافی به او را ندارند، سخت ناراحت و نگران میباشند. برخی مادران بدلیل متفاوت بودن محل اقامت فعلی، محل کار همسر، محل سکونت اصلی و محل بستری مادر و شیرخوار مشکلات و تنهاییهای مضاعفی را تجربه میکنند.

گاها برخی مادران پس از ترخیص خود از بیمارستان بعلت وضعیت جسمی خود و درد و ناراحتی ناشی از سزارین و دور بودن بیمارستان محل بستری شیرخوار (در شهری دور از محل سکونت اصلی) و مهیا نشدن شرایط هم‌آغوشی و تغذیه با شیر مادر، روزها در منزل به دور از شیرخوار و همسرشان بسر میبرند. زیرا همسران مجبورند برای تامین مایحتاج دارویی یا امور مربوط به خدمات بیمه‌ای و ... در مجاورت و حوالی بیمارستان محل بستری شیرخوار حضور داشته باشند. همچنین در مواردی نیز دوری محل کار همسر که در شهر دیگری میباشد و با توجه به شرایط مادر و نیاز به کمک و حمایت اطرافیان، مادران در منزل بستگان نزدیک می‌مانند و از همسر خود جدا می‌شوند. دوری از همسر و محل اصلی زندگی خود، به جهت کمک گرفتن از بستگان در مراقبت از شیرخوار نیز موجب بهم خوردن روال عادی زندگی خانوادگی میگردد.

جدایی اجتماع- والد: این مرحله تنهایی های پس از ترخیص شیرخوار از بیمارستان را شامل میشود، اگرچه مادر و شیرخوار در کنار یکدیگر و خانواده میباشند. لیکن بواسطه مراقبتهای خاص شیرخواران نارس، مادران دوری از اجتماع را در این فاز تجربه می‌کنند. در این دوره، همانطور که بیان شد، مادران بدلیل شرایط جسمی شیرخوار مجبورند محدودیتهایی را برای مراقبت از او در نظر داشته باشند (بعلت ضعیف بودن شیرخوار و در معرض ابتلا به برخی از بیماریها)، بطور مثال آنها سعی میکردند تا حد امکان از رفت و آمد در مکانهای پر ازدحام پرهیز کنند و اینکار را به نفع شیرخوار خود میدانستند. از سویی دیگر با توجه به نیاز به مراقبت ویژه از این نوزادان، تمام وقت مادر صرف توجه و نگهداری از شیرخوار میگردد و فرصتی برای تعاملات اجتماعی و دید و بازدیدهای خانوادگی برای مادر باقی نمی‌گذارد. این موضوع باعث فاصله گرفتن مادر از اجتماع، دوستان، بستگان و بعضا حتی دوری و ایجاد فاصله با همسر میشود. البته تجربه جداییها در این مادران ممکنست با بستریهای مجدد در شیرخواران نارس که دور از انتظار نیست، تکرار گردد. مشارکت‌کننده‌ای ۳۰ساله دارای شیرخوار ۵ ماهه در این رابطه میگوید:

((من خیلی اجتماعی و معاشرتی بود ولی الان تمام روابطم، رفت و آمدهام با دیگران قطع شده و فقط از بچه‌ام مراقبت میکنم، الان جایی نمی‌رم، می‌ترسم برم. خودم و بچه فقط تو یه اتاقی جدا هستیم و نمیذاریم که رفت و آمد زیاد باشه))

مادر دیگری دارای شیرخوار ۳ ماه میگوید:

((من حتی فکر نکنم ۲ یا ۳ بار بچه را بیرون برده باشم، مگر زمانی که دکتر و یا بیمارستان ببرم، هیچ جا نمیرم، چون از شرایط بچه ام میترسم. یکسره در منزل هستیم، خیلی از اجتماع فاصله گرفتم))

((مثلا امشب همه میخوان برن مهمانی من می‌گم که نمیتوانم بیایم، خواهرم ناراحت میشه که برای چی نمی آیی؟ گفتم بچه ام نارس است اگر در فضای باز زیاد بمانم برای بچه ام خطرناکه، مریض میشه. ناراحت میشن، شرایطم را درک نمیکنند. بمن میگن، چرا گوشه گیری میکنی؟ چرا از ما دوری میکنی؟ چرا در جمع ما نمی‌آیی؟ اینه که درک نمیکنند که بچه من عادی نیست، نارسه و شرایط ویژه ای برای نگهداری لازمه))

کاهش تعاملات اجتماعی که بخشی از تسلسل جدایی مادر از زنجیره دوستان، بستگان و ... میباشد، میتواند بعلت ویژگیهای مراقبتی خاص از این نوزادان باشد.

مضمون اصلی: تسلسل جدایی: برآیند جداییهای مکرر در این مادران با مضمون تسلسل جدایی نمایان گردید که بیانگر تنهاییهای مادران از لحظه تولد نوزاد تا ماهها پس از این واقعه است. این مضمون، حاکی از جداییهای فردی تا خانوادگی و اجتماعی مادران و از تنهاییهای زمان بستری تا تنهاییهای پس از ترخیص میباشد. جدایی فردی در دو انتهای طیف از انفصال مادر از شیرخوار (در زمان بستری) تا اتصال مجدد آنها (پس از ترخیص) در نوسان میباشد. مادران در این واقعه، تنهایی‌های پی در پی و پیوسته‌ای را به ترتیب از شیرخوار، همسر، خانواده، بستگان و اجتماع تجربه می‌کنند، که در صورت بستری مجدد در این شیرخواران، امکان تکرار این جداییها وجود دارد. همچنین اغلب مشارکت‌کنندگان مدت زمان جداییها را بسیار طولانی‌تر از زمان واقعی آن تجربه کرده بودند، این احساس و درک مادران بعنوان کد تکرار شونده در اغلب مصاحبه‌ها وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری

درونداد مشترک یافته این مطالعه، جداییهای پی در پی مادران در این واقعه بوده است. تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان جداییهای مادران را در سه طبقه با مرکزیت مضمون تسلسل جدایی پدیدار ساخت به این معنی که مادران از ابتدای تولد نوزاد نارس تنهاییهای مکرر و مداومی را در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی تجربه می‌کنند. دامنه این تنهایی مادران در روزهای ابتدایی تولد نوزاد نارس بیشتر و طولانی تر و به تدریج با گذر زمان وسعت آن کاهش می‌یابد و به ترتیب از جدایی از شیرخوار به جدایی از خانواده، همسر، بستگان، دوستان و گروههای اجتماعی تغییر می‌یابد. نیاز نوزادان نارس به مراقبتهای تخصصی، اغلب سبب میشود که پس از تولد، بلافاصله از مادر جدا شوند و این سخترین و مشکلترین جنبه بستری شیرخواران، برای مادران و همچنین بزرگترین منبع استرس و اضطراب برای آنها محسوب می‌شود (۲۳) و در فرایند دلبستگی بین آنها تاثیر می‌گذارد و سبب می‌شود که مادران فشار عاطفی (احساس ناامیدی، یاس، بیچارگی و ...) زیادی را تحمل کنند (۲۴).

همانطور که می‌دانیم، دلبستگی، ایمنی و امنیت را برای شیرخواران بهمراه دارد. Cox و همکاران او دریافتند که فرآیند دلبستگی، فرایندی خودکار نیست، بلکه فرایندی منحصر به فرد می‌باشد که به وضعیت سلامت مادران و شیرخواران، کیفیت مراقبت از شیرخواران و شرایط محیطی بستگی دارد (۲۵). جداییهای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

طولانی مدت و متعدد بر تعاملات بین مادر و شیرخوار تاثیر خواهد گذاشت، در راستای این مساله، مطالعه Korja و همکاران در ارتباط با دلبستگی مادران در شیرخواران نارس و سر موعد نشان داده است که مادران و نوزادان نارس آنها در مقایسه با نوزادان سر موعد در معرض خطر بیشتری از دلبستگی ناایمن قرار دارند (۲۶). البته متغیرهایی مانند شدت نارسی، در دلبستگی بین مادر و شیرخوار تاثیرگذار است (۲۷). در فرآیند دلبستگی، تماسهای مستقیم و زودهنگام بین مادر و شیرخوار بسیار مهم می‌باشد، اگر مادر بتواند، بلافاصله پس از تولد نوزاد تماس پوستی، چشمی و صوتی با او داشته باشد، پیوند قویتری بین آنها برقرار می‌شود و مادران مراقبتها را با توجه بیشتری انجام می‌دهند و پایه‌های سلامت روانی شیرخواران به درستی شکل خواهد گرفت (۴). لذا باید در مراحل اولیه جداییها که تنهایی مادر و شیرخوار از یکدیگر میباشد، استراتژیهایی را اتخاذ نمود که مدت این جدایی تا حد امکان کاهش یابد. همچنین نیاز نوزادان نارس به مراقبتهای ویژه، مادران را نیز با نیازهای جدیدی روبرو می‌کند. مادران شرکت کننده در مطالعه Jones و همکاران اشاره داشتند که در چنین شرایطی تمام توجهات به سمت نوزاد معطوف میباشد و به آنها و نیازهایشان توجه کافی نمیشود (۲۸). Aagaard و همکاران او نیز در مطالعه خود دریافتند که مادران، در مرحله جدایی خانوادگی در ایفای نقشهای خود از جمله نقش مادری و همسری دچار مشکل بودند و نیاز به حمایت اطرافیان داشتند (۲۹).

مادران مشارکت کننده در مطالعه ما، در این راستا پس از زایمان از کمکها و حمایتهای مادران خود برخوردار شده و اغلب در معیت آنها اوضاع زندگی خود را اداره می‌کردند. در این ارتباط زنان در کشور لتینو نیز همانند زنان ایرانی پس از تولد نوزاد نارس از حمایت مادران خود بهره میگیرند (۳۰). همچون یافته‌های مطالعه ما، Erlandsson و همکاران او نیز دریافتند که جدایی مادران از خانواده در زمانیکه آنها در کنار شیرخوار در بیمارستان به سر میبرند، با احساس گناه در مادر به علت فروپاشی در نقش مادری و همسری همراه میباشد (۳۱). از آنجاییکه این جدایی از یک سو گسیختگی در عملکرد و پویایی خانواده و از سویی دیگر کاهش ارتباط والدین با یکدیگر و با سایر فرزندان را سبب میشود، لذا باید برای انسجام کانون خانواده که در فرهنگ ایرانی بسیار باارزش تلقی میگردد، اقدامات مناسبی صورت پذیرد. همچون نتایج مطالعه ما، Heidari و همکاران در مطالعه خود در ایران در ارتباط با تجارب والدین از بخش مراقبت ویژه نیز به مضمون چالشها در ارتباط با پویایی خانواده دست یافتند. تجارب والدین مشارکت کننده در مطالعه آنها نشان داد که بستری نوزاد در NICU باعث جدایی اعضای خانواده از هم می‌شود و والدین را از کارهای معمول خانه و خانواده جدا می‌کند و تغییر در سبک زندگی را سبب می‌گردد و در مدت بستری نوزاد، که مادران در کنار شیرخوار در بیمارستان حضور دارند، مسئولیت پدران افزایش می‌یابد و مشارکت بیشتری در کارهای معمول خانه وخانواده می‌کنند (۱۲).

با ترخیص شیرخوار از بیمارستان، مرحله دیگری از جداییهای مادران شروع می‌شود که با فاصله گرفتن از گروه دوستان، بستگان و کاهش ارتباطات و تعاملات اجتماعی به جهت وضعیت جسمی شیرخوار نارس نمایان میگردد. در این مرحله مسئولیتهای مادر در ارتباط با سایر فرزندان، همسر، وظایف خانه‌داری، شغل و زندگی اجتماعی به سمت مراقبت از شیرخوار شیفت پیدا می‌کند. همچنین اگرچه جداییهای این مرحله برای خانواده و به ویژه مادران محدودیت در روابط اجتماعی را بهمراه دارد، لیکن این انتخابی آگاهانه به عنوان روشی برای حفاظت و حمایت از شیرخوار میباشد. در این مرحله از جدایی بر اساس نتایج مطالعه Flacking و همکارانش، مادران احساس نارسایی در گروههای اجتماعی و خانوادگی را گزارش کردند (۳۲). این مرحله زمانیست که مادران شاغل در تقلای برگشت به کار و تعادل بین کار بیرون و منزل و مراقبت از شیرخوار هستند. آنها باید بین مراقبت از شیرخوار، آینده و شغل خود و خانواده به انتخابی دست بزنند. هر چند شیرخوار در اولویت قرار دارد، اما تصمیم گرفتن برای اولویت دادن به آن اغلب برای مادران مشکل میباشد (۳۳). در بررسی مطالعات موجود، دلبستگی و جدایی اغلب در ارتباط با تاثیر آن بر شیرخوار مورد بررسی قرار گرفت، اما مطالعه ما و همراستا با آن Schan به این مساله از دیدگاه و تجربه مادران پرداخت، هر چند Schan جدایی را در کودکان (نه نوزادان نارس) مورد بررسی قرار داد. او در مطالعه خود دریافت که برخی مداخلات مانند کنترل مادر بر برخی موقعیتها در زمان جدایی و ارتباط مداوم بین مادر و شیرخوار، واقف بودن مادر بر تامین امنیت و سلامت شیرخوار در مدت جدایی، وجود منابع حمایتی در کمک به مادر در ایفای نقش مادری، می‌تواند اثرات جدایی را کاهش دهد (۸).

همانطور که اشاره شد این مادران فازهای متعددی از جداییها را تجربه می‌کنند، هر چند این جداییها اجتناب ناپذیر است لیکن باید از راهکارهایی برای به حداقل رسانیدن اثرات جدایی استفاده کرد. به طور مثال برای کاهش آسیب روانی، هنگامی که مادران بخش پس از زایمان(Postpartum) را سپری میکنند و شیرخوار آنها در کنارشان نیست، ترتیبی اتخاذ گردد که مادران با نوزادان نارس با هم در یک اتاق بستری گردند و از سایر مادران که شیرخوار در کنارشان میباشد، جدا گردند.

نقش پرستاران در این ارتباط بسیار مهم و حیاتی است آنها باید بتوانند، رفتارهای ناشی از جداییهای مادران را شناسایی کنند و با اجرای صحیح کلیه اصول مراقبت خانواده محور و ارتباط باز با مادران در بیمارستان و جامعه از نگرانیها و استرسهای آنها بکاهند (۴). باید به نیازهای مادران با نوزادان نارس توجه کرد که اگر به نیازهای مددجو توجه نشود در واقع منزلت آنها حفظ نمی‌شود و در چنین شرایطی منزلت مادر مورد تهدید قرار میگیرد (۳۴). در هر صورت جامعه پزشکی باید اهمیت این مشکل مادران را تشخیص دهد. از آنجاییکه نقش مادران یک نقش محوری در خانواده است، لذا باید با دید ویژه‌ای بدور از نگاههای معمول و موجود به موضوعات مرتبط با مادران با نیازهای خاص پرداخت. همچنین خانواده‌ها نیز بعنوان یاران اصلی در حمایت از مادران می‌تواند در این وضعیتها موثر باشند، چرا که خانواده نقش بسیار مهمی در سلامتی مادران دارد. همچنین توصیه می‌شود اگرچه ممکنست(Single Family Room SFR) در بخشهای مراقبتهای ویژه نوزادان ما در ایران به طور کامل مهیا نباشد، لااقل تمام بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان باید فضا و امکانات کافی برای حضور دایم مادر در بیمارستان و در کنار نوزاد را داشته باشند و دربهای NICU باید به روی پدران و مادران بدون هیچ محدودیتی باز باشد.

این مطالعه اطلاعات مفیدی را در رابطه با مفهوم جدایی مادران دارای نوزاد نارس فراهم کرده است، لیکن یافته های آن محدود به تجارب مادران از دو استان مازندران و آذربایجان شرقی میباشد و تجارب مادران در سایر نقاط ایران با قومیت ها و خرده فرهنگهای دیگر را منعکس نمیکند و مطالعات دیگری نیاز میباشد تا انتقال‌پذیری این نتایج را تامین نماید. همچنین اعتبار این مطالعه می‌توانست با استفاده از افزایش حجم نمونه، توسعه یابد. از دیگر محدودیتهای این تحقیق

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

آنست که در برخی از نمونه ها، تجارب و احساسات زنان را از تولد نوزادان نارس با فاصله زمانی پنج ماه پس از تولد بررسی شده است که تهدید به خاطرآوردن خاطرات واقعی را دربردارد، پیشنهاد می شود که تحقیقات بعدی با فاصله زمانی کمتری از تولد نوزادان انجام پذیرد. نارسی نوزاد، مادران را با جداییهای متعددی روبرو می‌کند، شناخت هر یک از مراحل مختلف جدایی بر اساس تجارب و درک مادران ضروری میباشد. زیرا مهمترین بخش محیط اجتماعی شیرخواران در طی سال اول زندگی، مادران می‌باشند، بنابراین بررسی عواملی از جمله اضطراب جدایی در مادران که موجب می‌شود آنها نتوانند نقش خود را به خوبی ایفا کنند، بسیار قابل توجه است.

نتایج این مطالعه می‌تواند شناخت و درک ما را از موقعیت مادران در این وضعیت افزایش دهد و به پرستاران کمک کند مداخلاتشان را در ارتباط با مراقبت از این مادران بر اساس طراحی مدلی تحت عنوان مراقبت مادر محور (Mother Center Care) – برگرفته از مراقبت خانواده محور قرار دهند. لذا نتایج این مطالعه می‌تواند تاکیدی مجدد بر ادامه مراقبتها از بیمارستانها به جامعه باشد و با سایر مطالعات در حیطه پرستاری، مامایی، زنان و جامعه‌شناسی مرتبط شود. پیشنهاد میشود مطالعات بیشتری در این خصوص با تمرکز بر اثرات جدایی بر مادران انجام شود، همچنین فرایندی که مادران در این سفر طی میکنند تا از طریق آن به مقابله با جداییهای خود پس از تولد نوزاد نارس بپردازند، بررسی و شناخته شود، تا با درک بهتر از تجارب جدایی مادران، مداخلات ما هم برای مادر و هم برای شیرخوار مثمرثمرتر باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده پرستاری و مامایی تبریز به دلیل حمایت مالی از تحقیق، از مسئولین و پرسنل مراکز آموزش یو درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل و همچنین از تمامی مادران شرکت کننده در این مطالعه که صبورانه به بازگویی تجارب خویش پرداختند، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

Experience of Mothers with Premature Infants from Separation

V. Zamanzadeh (PhD)[1], L. Valizadeh (PhD)[2], E. Mohammadi (PhD)[3], Y. Zahed Pasha (MD)[4], A. Arzani (MSc)[5*]

1.Department of Internal Medicine & Surgery Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Department of Pedoatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Department of Nursing, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4. Non-Communicable Pediatric Diseases Research Center, Amirkola Children's Hospital, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

5. Student Research Committee, School Of Nursing And Midwifery,Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

J Babol Univ Med Sci; 16(6); Jun 2014; pp: 16-25

Received: Oct 19th 2013, Revised: Nov 6th 2013, Accepted: Mar 6th 2014.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Premature birth is a special experience for mothers. Separation of mothers from their neonates before the determined time due to preterm labor and hospitalization in NICU associated with many physical and mental consequences for them and makes major changes in their life. This study was carried out in order to more comprehensive understanding of this phenomenon and aimed to describe the mother's experience of premature birth.

METHODS: The present study was a qualitative study with the content analysis approach. The data collection was conducted with 15 unstructured and in-depth interviews with the mothers having premature birth during 2012-2013 in medical educational centers in the North and Northwest of Iran. A purposive sampling method was used in this study. All interviews were recorded and transcribed verbatim and finally analyzed using a qualitative content analysis with a conventional method.

FINDINGS: Data analysis led to extraction of continuum of separation in mothers of premature birth. This theme revealed in mothers by three categories of separation include: infant- mother, family-mother and social-mother. Analysis of the participant's experiences showed that the extension of mother's aloneness is greater and longer in the first days of birth and gradually overtime, it is decreased and separation from the infant would be changed to separation from family, wife, relative and friends, respectively.

CONCLUSION: Based on the results of this study, mother's separation during the process of infant care, is not limited to hospitalization of premature infant, therefore it should be paid attention to continuum and progression of separation. Also, according to the needs of these mothers, appropriate interventions should be designed.

KEY WORDS: *Premature infant, Mothers' experiences, Separation, Content analysis.*

Please cite this article as follows:

Zamanzadeh V, Valizadeh L, Mohammadi E, Zahed Pasha Y, Arzani A. Experience of mothers with premature infants from separation. J Babol Univ Med Sci 2014;16(6):16-25.

* **Corresponding Author; A. Arzani (MSc)**

Address: Student Research Committee, School Of Nursing And Midwifery ,Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel: + 98 411 4770648

E-mail: arzaniaf@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]

[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

References

1.Mok E, Loung SF. Nurses as providers of support for mothers of premature infant. J Clin Nurs 2006;15(6):726-34.

2.Nystrom K, Axelsson K. Mothers' experience of being separated from their newborns. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002;31(3):275-82.

3.Sarajarvi A, Haapamaki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's iillness. Int Nurs Rev 2006;53(3):205-10.

4.Franklin C. The Neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. Crit Care Nurse Q 2006;29(1):81-5.

5.Hockenberry M J, Wilson D. Wong's nursing care of infants and children. Translated by Sammy P. 9th ed. Tehran: Boshra Publications 2011; pp: 666-80.

6.Meijssen D, Wolf MJ, van Bakel H, Koldewijn K, Kok J, van Baar A. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. Infant Behav Dev 2011;34(1):72-80.

7.Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother–infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. Pediatrics 2006;118(1):107-14.

8.Schen CR. When mothers leave their children behind. Harv Rev Psychiatry 2005;13(4):233-43.

9.Shah PE, Robbins N, Coelho RB, Poehlmann J. The paradox of prematurity: The behavioral vulnerability of late preterm Infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. Infant Behav Dev 2013;36(1):50-62.

10.Franck LS, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. J Advanced Nurs 2005;49(6):608-15.

11.Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B, Koopman C. Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. Psychosomatics 2006;47(3):206-12.

12.Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. The Iranian parents of premature infants in NICU experiences of shame. Med Arh 2012;66(1):35-40.

13.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):41-1. http://jqr.kmu.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-6-1&slc_lang=fa&sid=1 [in Persian]

14.Holditch-Davis D, Miles MS. Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. Neonatal Netw 2000;19(3):13-21.

15.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.

16.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.

17.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.

18.Tofighi S, Meskarpour Amiri M, Ameriuon A, Naseri H. Equity in distribution of intensive care beds in Iran with Gini coefficient and Lorenz curve approach. Yafteh 2011;12(2):75-83. [in Persian]

19.Heidarzadeh M. Iranian neonates are not lucky. Hamshahri. Tehran-Iran: The online version of the Iranian daily. Available from: http://]www.hamshahrionline.ir/details/49476. Accessed April 22 2009. [in Persian]

20.Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Res 2005; 15(9):1277-88.

21.Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008;62(1):107-15.

22.Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th, ed. Lippincott: Williams & Wilkins 2008; pp: 286-95.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]

23.Bracht M, Kandankery A, Nodwell S, Stade B. Cultural differences and parental responses to the preterm infants at risk: strategies for supporting families. Neonatal Netw 2002;21(6):31-8.
24.Carter JD, Mulder RT, Darlow BA. Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. Pers Mental Health 2007;1(1):40-50.
25.Cox C, Bialoskurski M. Neonatal intensive care: communication and attachment. Br J Nurs 2001;10(10):668-76.
26.Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91(2):164-73.
27.Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovitch R, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. Infant Mental Health J 2006;27(5):494-508.
28.Jones L, Woodhouse D, Rowe J. Effective nurse parent communication: A study of parent's perceptions in the NICU environment. Patient Education and Counseling 2007; 69(1):206-12
29.Aagaard H, Hall EO. Mother s' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. J Pediatr Nurs 2008;23(3):26-36.
30.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.
31.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.
32.Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: a key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. Soc Sci Med 2006;62(1):70-80.
33.Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh 2004;36(3):226-32.
34.Eriksson K. Understanding the world of the patient, the suffering being: the new clinical paradigm from nursing to caring. Adv Pract Nurs Q 1997;3(1):8-13.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1393.16.6.2.2]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.16.6.16]