

تجارب مادران نوجوان از بارداری و مادر شدن: تحلیل محتوای کیفی

مینا حسین‌زاده^۱، مهین نادری‌فر^۲

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۶/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۸/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بارداری در طی دوران نوجوانی یک موضوع پیچیده بوده و به‌عنوان یک مشکل بهداشتی-اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. مطالعه حاضر باهدف کشف و تبیین تجارب مادران نوجوان از بارداری و مادر شدن در شهر تبریز انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی، از روش نمونه‌گیری هدفمند برای انتخاب شرکت‌کنندگان از بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر تبریز استفاده شد و جمع‌آوری داده‌ها تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعات ادامه یافت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۱۱ مادر نوجوان ۱۵-۱۹ سال جمع‌آوری گردید و با روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در پایان فرآیند تحلیل ۶ طبقه اصلی شامل نیاز به حمایت‌های خانوادگی، نیاز به آموزش، مشکلات جسمانی، اعتقادات مذهبی، احساس توانمندی و بالغ شدن و احساسات منفی به دلیل بارداری و زایمان زودهنگام به دست آمد. درون‌مایه‌های اصلی مطالعه هم شامل نیاز به حمایت همه‌جانبه و دستیابی به عزت‌نفس شناسایی شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: تبدیل شدن به یک مادر در طی سال‌های نوجوانی به دلیل بی‌تجربگی نوجوانان و تکیه آن‌ها به حمایت دیگران کشمکش‌دوستانه است. با توجه به یافته‌های این مطالعه مادران نوجوان نیاز به دریافت حمایت‌های همه‌جانبه دارند. از طرفی دیگر انجام صحیح مسئولیت‌های مادری باعث دستیابی به عزت‌نفس در این مادران می‌شود. حمایت همسر و سایر اعضای خانواده و همچنین توجهات ویژه اعضای تیم درمانی به این گروه آسیب‌پذیر خصوصاً توجه به نیازهای آموزشی آن‌ها می‌تواند تأثیر مثبتی بر روی وضعیت جسمانی و روانی مادران نوجوان داشته باشد و آن‌ها را در گذراندن این مرحله از زندگی یاری نماید.

کلیدواژه‌ها: بارداری نوجوانان، مادر شدن، سلامت زنان، تحقیق کیفی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۶۳، دی ۱۳۹۳، ص ۸۹۸-۸۹۰

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تلفن تماس: ۰۴۱۳۴۷۷۰۶۴۹

Email: m.hosseinzadeh63@gmail.com

مقدمه

سقط‌جنین، پره اکلامپسی، وزن پایین نوزاد، مالفورماسیون‌های نوزادی، زایمان سخت و زایمان سزارین را ذکر کرده‌اند (۵). خطر مرگ‌ومیر در اثر حاملگی در نوجوانان ۱۹-۱۵ سال دو برابر گروه سن بالای ۲۰ سال است و در ۱۴-۱۰ سال نیز ۵ بار بیشتر می‌باشد (۳). پدیده بارداری در نوجوانی یک نگرانی ثابت از دیدگاه کارکنان بهداشت و درمان می‌باشد، زیرا عوارض حاملگی در این دوران افزایش می‌یابد. عوارض پزشکی ممکن است به خاطر تکامل ناکافی نوجوان، مخصوصاً در مواردی که سن کمتر از ۱۶ سال دارند باشد. در دختران در مراحل اولیه نوجوانی، استخوان‌های لگن و عضلات رحم هنوز به‌طور کامل تکامل پیدا نکرده‌اند، در نتیجه ممکن است منجر به زایمان طولانی گردد. فشارخون حاملگی و آنمی نیز از عوارض دیگر می‌باشد (۴).

بارداری در طی دوران نوجوانی یک موضوع پیچیده بوده (۱) و به‌عنوان یک مشکل بهداشتی-اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (۲). بر طبق تعریف، بارداری که در بین سنین ۱۹-۱۰ سال اتفاق بیفتد بارداری نوجوانی گفته می‌شود. بیشتر بارداری‌های نوجوانان بین سنین ۱۹-۱۵ سال اتفاق می‌افتد (۳). بارداری در دوران نوجوانی در همه کشورها در حال افزایش است و اکثر این نوجوانان در مدرسه مشغول تحصیل می‌باشند (۴). تخمین زده می‌شود یک‌سوم نوجوانان تا سن ۲۰ سالگی باردار می‌شوند و میزان آن در ایالات‌متحده بالاترین میزان در بین جوامع صنعتی می‌باشد. بارداری در طی نوجوانی می‌تواند همراه با مشکلاتی باشد و از دیدگاه‌های پزشکی و روانی-اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. از دیدگاه پزشکی در بسیاری از متون، آنمی، افزایش

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (نویسنده مسئول)^۲ مربی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، ایران

نوجوان نامیده شوند امتناع می‌کردند و نیاز داشتند به‌عنوان یک بزرگسال تصدیق شوند (۱۳). برخی دیگر از مطالعات فقدان دانش لازم جهت مراقبت از کودک را در مادران نوجوان بیان می‌کنند. فلذا برای تطابق با والد شدن، مداخله سیستم‌های حمایتی ضروری به نظر می‌رسد (۱۰).

پرستاران بهداشت جامعه نقش مهمی در تأمین سلامتی اعضای جامعه خصوصاً گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله مادران نوجوان دارند و درواقع یکی از وظایف اصلی آنان ارتقای سلامت مادران و کودکان می‌باشد (۱۴). به نظر می‌رسد که آگاهی از تجارب مادران نوجوان از بارداری و مادر شدن می‌تواند نقش مهمی در تولید دانش در این زمینه داشته و به انجام برنامه‌ریزی مناسب جهت کمک به این گروه آسیب‌پذیر و درنهایت ارتقای سلامت آنان بیانجامد. زمانی که سؤال پژوهش ما در ارتباط با "چیزیست" و "چگونگی" موضوعی باشد، روش مناسب روش کیفی است. درواقع، رویکرد کیفی برای کشف معانی از داده‌ها در اشکال احساسات، رفتارها، عقاید، آگاهی‌ها و اقدامات مناسب می‌باشد، لذا در این پژوهش از روش پدیدشناسی به‌منظور روشن شدن تجارب مادران نوجوان استفاده شده است (۱۵).

با توجه به موارد ذکر شده و با در نظر گرفتن اینکه در ارتباط با موضوع مورد مطالعه، در داخل کشور مطالعات محدود با رویکرد کمی انجام شده و مطالعه‌ای با رویکرد کیفی در این خصوص یافت نگردید، لذا انجام پژوهشی به‌منظور کشف تجارب و رسیدن به بینش عمیق در این خصوص ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین مطالعه حاضر باهدف کشف و تبیین تجارب مادران نوجوان از بارداری و مادر شدن انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی می‌باشد که بر روی ۱۱ نفر از مادران ۱۵-۱۹ سال مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز در طی مدت ۶ ماه انجام گرفته است. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها توسط فن تحلیل محتوای کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل محتوای کیفی شامل مجموعه روش‌هایی است که برای تحلیل متون نوشتاری حاصل از مصاحبه به کار می‌رود (۱۶). در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند^۴ برای انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش استفاده گردید. مشارکت‌کنندگان مادرانی بودند که مشخصات زیر را دارا بودند: قرار داشتن در محدوده سنی ۱۹-۱۵ سال، تمایل به مشارکت در پژوهش، مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر تبریز و قادر بودن به در اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود. تعداد نمونه

همچنین شیرخواران مادران نوجوان، بیشتر در معرض وزن پایین و افزایش مرگ‌ومیر می‌باشند (۶)؛ بنابراین افزایش مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشت و سلامت تولیدمثل برای نوجوانان و آموزش مهارت‌های لازم برای کارکنان درمانی جهت مراقبت از نوجوانان در طی دوران بارداری ضروری می‌باشد (۷).

در خصوص بعد روانی-اجتماعی، دوره نوجوانی به‌وسیله فرآیند تکامل روانی اجتماعی و تعیین هویت مشخص می‌شود. در طی این دوران رفتار دوران کودکی، برای تسهیل ورود نوجوان به دوره بزرگسالی تغییر می‌کند (۸). در طی این دوران که نوجوان در حال تشکیل هویت خود می‌باشد، چنانچه پدیده والد شدن اتفاق بیفتد می‌تواند باعث ایجاد تضاد در پیدا کردن هویت شود. نوجوان دچار دوگانگی می‌شود، زیرا هنوز یک نیاز برای تثبیت خود به‌عنوان زن/مادر یا یک مرد/پدر بودن وجود دارد (۹). این دوگانگی باعث محدودیت توانایی‌های عاطفی نوجوان برای مراقبت از کودک می‌گردد (۱۰). در مقایسه با مادران بزرگسال در مادران نوجوان، افسردگی بیشتری دیده می‌شود و اغلب تعامل گفتاری کمتری با کودک خود دارند (۱۱). مستقل بودن و خودمختاری یکی دیگر از ویژگی‌های اساسی روانی-اجتماعی در دوره نوجوانی می‌باشد که دربرگیرنده ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری می‌باشد. برای نوجوانان حامله احساس عدم وابستگی، با احساس وابستگی که به مادر دارند در تضاد می‌باشد (۱۲). مادران نوجوان باید نقش جدید خود یعنی مادر شدن را یاد بگیرند. درحالی‌که آن‌ها برای عدم وابستگی تلاش می‌کنند، در بعضی موقعیت‌ها ممکن است به والدین خود وابسته بمانند. در بعضی جوامع مادران نوجوان مسئولیت کامل برای مراقبت از کودک خود را می‌پذیرند درحالی‌که در موارد دیگر به مادر خود تکیه می‌کنند (۱۱). تجارب بعضی از نوجوانان احساس دوگانگی از نظر وابستگی و عدم وابستگی را نشان می‌دهد و آن‌ها به خاطر از دست دادن آزادی‌شان پشیمان هستند. این احساس در نوجوانان در طی دورانی که تجاربشان تغییر شکل می‌یابد، مهم است. (۹).

مطالعات کیفی پاسخ‌های مثبت و منفی نسبت به حاملگی را گزارش می‌کنند. بعضی از نوجوانان کاهش اعتمادبه‌نفس و تصور منفی از خود در طی بارداری داشتند ولی دیدگاه‌های دیگر در جهت بالغ شدن هم وجود داشته و آن‌ها بارداری را به‌صورت یک واقعه مثبت که باعث انتقال نوجوانان به دوران بزرگسالی و فراهم کردن فرصتی برای رشد می‌شود، می‌دیدند (۱۲). در تحقیق اجولات^۳ (۲۰۱۰) بسیاری از نوجوانان از مادر شدن خود خوشحال بوده و احساس غرور می‌کردند. حتی بعضی از نوجوانان اصرار داشتند که آن‌ها مانند بزرگسالان در نظر گرفته شوند و از اینکه

⁴Purposeful sampling

³Aujoulat

واحدهای معنایی تقسیم شدند که در مرحله بعد خلاصه‌شده و به کدها تبدیل شدند. سپس کدهای مختلف بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان با هم مقایسه شده و به طبقه‌هایی دسته‌بندی شدند. در این پژوهش صحت یافته‌های کیفی بر اساس ملاک‌های اعتبار، تائید پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت انتقال مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی اعتبار، اطلاعات هر مصاحبه پس از انجام تجزیه و تحلیل در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش جهت بازبینی و تائید قرار گرفت و بر اساس نظرات آن‌ها اصلاحات لازم انجام شد. قابلیت اعتماد عبارت است از اینکه تجارب ثبت‌شده منعکس‌کننده تجارب زیسته مادران شرکت‌کننده در پژوهش باشد. بدین منظور برای ادامه روند پژوهش یافته‌های مطالعه شامل زیر مضمون‌ها و مضمون‌های اصلی مطالعه توسط ۲ ناظر خارجی مورد بررسی، مشورت و اصلاح قرار گرفت. برای تائید پذیری اطلاعات، پژوهشگر سعی نمود تا حد امکان با کنار گذاشتن عقاید خود در زمینه موضوع مورد پژوهش تائید پذیری اطلاعات به دست‌آمده را حفظ نماید. قابلیت انتقال بیانگر این است که در موقعیت‌های مشابه یافته‌های این پژوهش برای دیگران نیز معنا و مفهوم مشابهی داشته باشد (۱۸). قابلیت انتقال نتایج این مطالعه در قسمت بحث مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌ها

در این مطالعه با ۱۱ نوجوان باردار مصاحبه شد. همه شرکت‌کنندگان ساکن تبریز بوده و جهت کنترل رشد کودک خود به مراکز بهداشتی درمانی شهر تبریز مراجعه می‌نمودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $1/7 \pm 1/8$ سال بود. سه نفر از آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم بوده و بقیه در طول سال‌های دبیرستان ترک تحصیل کرده بودند.

پس از تحلیل داده‌ها، ۶ طبقه اصلی شامل نیاز به حمایت‌های خانوادگی، نیاز به آموزش، مشکلات جسمانی، اعتقادات، احساسات منفی به دلیل بارداری و زایمان زود هنگام و احساس توانمندی و بالغ شدن پدیدار شد. بعضی از نقل‌قول‌های مادران شرکت‌کننده برای تسهیل کدگذاری در زیر بیان می‌شود:

“وقتی دخترم به دنیا اومد با خودم گفتم دیگه بچه نیستم کسی که مادر شده هم خودشو هم بچه شو باید بتونه نگه داره. روزهای اول سخت بود اما کم‌کم یاد گرفتم چطور باید از بچه‌ام مواظبت کنم.”

“روزای اول خیلی نگران بودم خیلی گریه کردم. مامانم خیلی آرومم می‌کرد می‌گفت بچه بالاخره که باید دنیا بیاد حالا مال تو به کم زودتر شده. بهتر. می‌گفت منم بهت کمک می‌کنم نگران نباش واقعاً هم کمک می‌کرد.”

بر اساس معیار رسیدن به اشباع اطلاعاتی مشخص شد. در انتخاب شرکت‌کنندگان تلاش شد که تنوع فرهنگی و قومی و طبقه اجتماعی در نظر گرفته شود. در این مطالعه، روش اصلی برای جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه بود، اما به‌منظور به دست آوردن اطلاعات غنی‌تر، علاوه بر مصاحبه از مشاهده و یادداشت‌های عرصه نیز استفاده گردید. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی در مورد تجارب زندگی روزانه شرکت‌کنندگان شروع شده و سپس سؤالات اکتشافی برای تشویق شرکت‌کنندگان و دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. با توجه به نظرات اساتید صاحب‌نظر در مطالعه‌های کیفی اقدام به تدوین سؤالات و برنامه‌ریزی مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته گردید. سؤالاتی از قبیل “دوره حاملگی شما چگونه گذشت؟” و “پس از تولد نوزاد و مادر شدن چه احساسی داشتید؟” به‌عنوان سؤالات اصلی تحقیق در نظر گرفته شدند. پس‌از آن به مراکز اجرای پژوهش مراجعه شده و با همکاری کارکنان و مسؤولین مراکز و کسب اعتماد شرکت‌کنندگان به انتخاب و جلب موافقت آنان برای مصاحبه‌ها اقدام گردید. در جلسه مصاحبه پژوهشگر پس از معرفی خویش، بیان اهداف و اخذ رضایت آگاهانه مبنی بر ضبط مصاحبه‌ها و حفظ محرمانه ماندن و بی‌نام ماندن اطلاعات، اقدام به انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با شرکت‌کنندگان کرد. مصاحبه‌ها در محیط ترجیح داده‌شده توسط شرکت‌کننده که اغلب مرکز بهداشتی درمانی (اتاق آموزش) بود، صورت گرفت. مصاحبه‌ها با استفاده از ضبط صوت دیجیتالی ضبط گردید. لازم به ذکر است اجازه انجام پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران اخذ گردید.

مدت‌زمان جلسات مصاحبه از ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه متغیر بود. پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از مصاحبه، اطلاعات ضبط‌شده چند بار به‌طور دقیق گوش داده شد. سپس مصاحبه‌ها کلمه به کلمه روی کاغذ منتقل گردید. اطلاعات منتقل‌شده روی کاغذ در ضمن گوش دادن به نوار ضبط‌صوت، مرور گردید (۱۵). این عمل بدین‌جهت انجام گرفت تا دقت اطلاعات منتقل‌شده روی کاغذ افزایش یابد و پژوهشگر نیز تسلط بیشتری روی اطلاعات مذکور پیدا کند. از این مرحله به بعد، اطلاعات منتقل‌شده روی کاغذ منبع اطلاعات خام این پژوهش جهت تحلیل بود. برای تحلیل اطلاعات از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. در این روش پژوهشگر از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین‌شده اجتناب می‌ورزد و اجازه می‌دهد تا طبقات و نامشان از درون داده‌ها به دست بیایند (۱۵). متن مصاحبه‌ها بعد از چندین بار بازخوانی دقیق توسط پژوهشگر به‌صورت سیستم کدگذاری باز برای تولید طبقه‌های اولیه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. بدین منظور ابتدا متن مصاحبه‌ها به

کدهایی که از این نقل قول استخراج شدند عبارت‌اند از: احساس بالغ شدن، آموختن نحوه مراقبت از کودک، احساس نگرانی در مورد عدم توانایی در مراقبت از کودک، دلداری مادر، همکاری مادر در مراقبت از کودک.

نیاز به حمایت‌های خانوادگی:

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده شرکت‌کنندگان مطالعه، حمایت‌های خانوادگی را در دوران بارداری و پس از تولد کودک مورد تاکید قرار دادند. ایفای نقش همسری و مادری برای یک دختر نوجوان او را در معرض فشارها و آسیب‌های روانی قرار می‌دهد (۱۹). در چنین شرایطی حمایت خانواده و اطرافیان می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. یکی از مادران ۱۸ ساله در این رابطه چنین بیان نمود:

"شوهرم تو حاملگی خیلی بهم می‌رسید. کارای خونه رو خودش می‌کرد... نمی‌داشت من آشپزی کنم می‌گفت حالت بهم می‌خوره... مامانم هم خیلی وقتا میومد و کارامو می‌کرد... آگه مامانم حامی‌ام نبود نمیتونستم بچه مو بزرگ کنم..."

یکی دیگر از مادران در این رابطه چنین گفت:

"من از بچه داری هیچی نمیدونستم... مامانم بود که اولاً همه کارا رو انجام می‌داد. من حتی نمیتونستم بچه رو حموم ببرم..."

نیاز به آموزش:

نیاز به آموزش در زمینه روش‌های پیشگیری و مراقبت از کودک یکی از مواردی بود که مادران نوجوان به آن تاکید نمودند. به‌طور کلی دخترانی که زودتر ازدواج می‌کنند غالباً سطح تحصیلات کمتری دارند و بعد از ازدواج هم غالباً از ادامه تحصیل باز می‌مانند (۷). لذا در مورد این گروه از مادران آموزش امری ضروری می‌باشد. در زیر به نقل قول‌هایی از مادران در این خصوص اشاره می‌شود:

"من حاملگی‌ام ناخواسته بود. آخه از روش‌های پیشگیری از بارداری چیز زیادی نمیدونستم... روش پیشگیری‌مون طبیعی بود اونم دقت نکردیم و اینجوری شد..."

"روزی اول بچه شیر نمی‌خورد. نمیدونستم باید چیکار کنم تا شیرمو بخوره. مادر شوهرم هم با کنایه‌هاش منو ناراحت می‌کرد... دکتر براش شیرخشک نوشت اما وقتی بچه رو آوردم بهداشت بهم گفتن شیرخشک لازم نیست... خانم میم همینجا بچه رو تو بغلم گذاشت و یادم داد چطوری باید شیر بدم... آخرش یاد گرفتم الان وزن بچه‌ام خیلی خوب شده..."

مادری ۱۷ ساله در این مورد چنین گفت:

"یه نگرانی همیشه تو دلم داشتم. می‌ترسیدم نتونم خوب بزرگش کنم. آخه من و شوهرم چیز زیادی راجب تربیت بچه نمی‌دونستیم... یکی دو ماه بعد زایمان که اوضاع عادی شد دنبال

کتاب‌هایی می‌گشتم تو این مورد... کتاب یا هر چیزی که بگه بچه‌مو چطوری باید تربیت کنم"

عوارض جسمانی:

نوجوانان و کودکان در اثر ازدواج زودرس بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند. بین سن مادر و مرگ او در بارداری ارتباط قوی وجود دارد. نوجوانان ۱۵-۱۹ ساله ۲ برابر بیشتر در معرض احتمال مرگ در اثر حاملگی در مقایسه با گروه سنی ۲۰-۲۴ ساله قرار دارند (۱۹). در این مطالعه هم عوارض جسمی به‌عنوان یکی از طبقات اصلی شناسایی گردید. مادری ۱۹ ساله در این مورد بیان نمود:

"دکتر می‌گفت بارداریت پر خطر. زود زود برام سونوگرافی می‌نوشت... و یارم خیلی زیاد بود. خونریزی هم داشتم. بعد زایمان خیلی کم خون شده بودم حتی از جام هم به سختی بلند می‌شدم..."

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان بیان نمود:

"تو حاملگی خیلی اذیت شدم. ۳ ماه اول که همش زیر سرم بودم. اصلاً نمی‌تونستم غذا بخورم. تا ۵ ماهگی و یار داشتم. به جای اینکه وزنم زیاد بشه، کمتر شده بود."

اعتقادات مذهبی:

اعتقاد به قدرت برتر و داشتن نگرش مثبت در این زمینه می‌تواند انسان را در رویارویی با مشکلات کمک نماید (۲۰). در این مطالعه اعتقادات مذهبی هم به‌عنوان یکی از طبقات شناسایی شد. در این خصوص یکی از مادران ۱۸ ساله بیان نمود:

"تو اون شرایط سخت فقط از خدا کمک می‌خواستم. مادرم برای سلامتی من و بچه کلی نذر کرده بود. واقعاً خدا کمک کرد که هر دومون الان سالم هستیم..."

یکی دیگر از شرکت‌کنندگان گفت:

"اعتقاد دارم خدا همیشه کنارمه و کمک می‌کنه. تو شرایط سخت به خدا نزدیک‌تر میشم. روزی که برای زایمان رفتم بیمارستان فقط تو دلم آیت‌الکرسی می‌خوندم..."

احساس توانمندی و بالغ شدن:

احساس توانمندی و بالغ شدن در این مطالعه به‌عنوان یکی از طبقات اصلی شناسایی شد. در این مطالعه تعدادی از نوجوانان بارداری را، به‌صورت یک واقعه مثبت که باعث انتقال نوجوانان به دوران بزرگسالی و فراهم کردن فرصتی برای رشد می‌شود، می‌دیدند. یکی از شرکت‌کنندگان در این باره گفت:

"شوهرم بهم میگه دیگه بچگی نمی‌کنی. پخته تر شدی... همیشه بهم می‌گفت خیلی بچه‌ای؛ اما حالا میگه رفتارات کمتر مثل بچه‌هاست... خوب آدم وقتی مسئولیتش زیاد میشه بیشتر باید حواسش جمع باشه... خودمم وقتی می‌بینم هم به کارای خونه می‌رسم هم به بچه واقعاً خوشحال میشم"

وقتی از بچه‌ام خوب نگهداری می‌کنم همه فامیلا و آشناها ازم تعریف می‌کنن میگن این با اینکه خودش بچه است اما خوب بچه رو نگه میداره... منم با شنیدن این حرفا احساس می‌کنم دیگه بزرگ شدم...".

احساسات منفی دلیل بارداری و زایمان زودهنگام

باوجود اینکه دختران با نوعی برتری نسبی از نظر بیولوژیک در مقایسه با پسران به دنیا می‌آیند و این مسئله آنان را در برابر عفونت‌ها و سوءتغذیه مقاوم می‌کند، این امتیاز طبیعی بهدلیل رفتارهای تغذیه‌ای متفاوت، فقدان تحصیلات کافی و بارداری‌های زودرس و متعدد از بین می‌رود (۱۹). بارداری زودرس برای نوجوانی که هنوز از نظر جسمی و جنسی تکامل نیافته، به شدت می‌تواند عوامل تهدید کننده سلامتی به همراه داشته باشد، لذا زنان جوان با خطرات جسمی، تکاملی و مسائل جدی روانی، اجتماعی رو به رو می‌شود (۱۳).

یکی از شرکت‌کنندگان در این مورد گفت: "من واقعاً نمیدونستم باید چیکار کنم آخه خیلی زود حامله شده بودم... من تو نامزدی حامله شدم. قرار بود ۲-۳ سال نامزد بمونیم بعد بریم سر خونه و زندگیمون؛ اما حامله شدنم همه چی رو بهم ریخت..."

یکی دیگر از مادران در این باره گفت:

"الان که بچه اومده خیلی وقتمو میگیره. نمیتونم به کارایی که دوست دارم برسم. وقتی می‌بینم هم سن و سالای من آزادان هرکاری دوست دارن انجام بدن ولی من مجبورم فقط خونه داری و بچه داری کنم غصه می‌خورم..."

با توجه به موارد ذکر شده و جمع بندی طبقات به دست آمده، می‌توان درون‌مایه‌های اصلی این مطالعه را نیاز به حمایت همه‌جانبه و دستیابی به عزت‌نفس بیان نمود. نمونه‌ای از نحوه تحلیل داده‌ها در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

جدول (۱): واحدهای معنایی و کدهای استخراج شده از مصاحبه با شرکت‌کنندگان

| واحدهای معنوی | کدها |
|--|------------------------------------|
| انجام کارهای خانه توسط شوهر/ تاکید همسر بر سلامت زن باردار | همکاری و توجه همسر |
| دعا و نذر برای سلامتی خود و کودک/ خواندن آیت الکرسی حین زایمان | توسل و مددخواستن از خداوند |
| ناآشنایی با روش‌های پیشگیری از بارداری/ یاد نگرفتن روش‌های پیشگیری در جلسه مشاوره ازدواج | فقدان دانش در مورد روش‌های پیشگیری |
| احساس رضایت از انجام مسئولیت‌های کودک/ شکرگذاری به دلیل توانایی مراقبت از کودک | احساس توانمندی |
| ویار شدید/ خونریزی در بارداری/ بستری مکرر در بارداری | بارداری دشوار |
| ترس از زایمان/ نگرانی در مورد نحوه مراقبت از کودک | اضطراب و نگرانی |

جدول (۲): طبقات و درون‌مایه‌های نشانگر تجارب مادران نوجوان از بارداری و مادر شدن

| کدها | طبقه‌ها | درون‌مایه‌ها |
|---|----------------------------|-------------------------|
| توجه و محبت همسر/ مراقبت همسر از سلامتی زن/ مشارکت مادر در مراقبت از کودک / انجام کارهای خانه توسط مادر | نیاز به حمایت‌های خانوادگی | |
| فقدان دانش در مورد روش‌های پیشگیری/ نداشتن دانش در مورد نیازهای مراقبتی کودک/ آگاه نبودن از نیازهای تغذیه‌ای خود در دوران بارداری | نیاز به آموزش | نیاز همه‌جانبه به حمایت |
| زایمان دشوار/ بارداری پرخطر/ بستری طولانی در دوره بارداری | مشکلات جسمی | |
| اضطراب و نگرانی/ اعتقاد به زود بودن حاملگی/ تمایل به ادامه تحصیل به جای حاملگی | احساسات منفی | |
| احساس توانمندی/ رضایت از مراقبت از کودک/ خرسندی از تحسین اطرافیان | احساس توانمندی و بالغ شدن | دستیابی به عزت‌نفس |
| توسل و مددخواستن از خداوند/ امید به لطف خداوند | مسائل اعتقادی | |

بحث و نتیجه‌گیری

اما تجاربی که در اکثر مقالات در رابطه با بارداری و مادر شدن نوجوانان ذکر شده است، تجاربی است که در اثر بارداری خارج از چارچوب خانواده و ارتباط با دوست پسر صورت گرفته است؛ بنابراین ممکن است با تجاربی که نوجوانان کشور ما در رابطه با

بارداری نوجوان ممکن است تحت تأثیر زمینه فرهنگی و سیاست‌های قوی جوامع باشد؛ بنابراین در بعضی جوامع بارداری نوجوان بیشتر قابل قبول بوده یا حتی آن را توصیه می‌کنند (۲۴)؛

مادر شدن و بارداری در چهارچوب خانواده تجربه می‌نمایند متفاوت باشد. یکی از درون‌مایه‌های اصلی که در این مطالعه به دست آمد دستیابی به عزت‌نفس بود. در مطالعه اوجولات و همکاران (۲۰۱۰) که باهدف فهم بهتر دیدگاه مادران نوجوان در مورد تجارب بارداری و مادر شدن انجام شد نیز تعدادی از شرکت‌کنندگان بیان کردند که از زمان مادر شدن احساس بارزش شدن می‌کنند و بچه را به‌عنوان یک حمایت برای خود می‌دانند زیرا مادر شدن احساس بلوغ و مسئولیت را برای آن‌ها ایجاد می‌کند. در این مطالعه نوجوانان از مادر شدن خود خوشحال بودند و احساس غرور می‌کردند (۱۳). در مطالعه کیفی دیگری که توسط سیمارک و لینگز^۱ باهدف بررسی تجارب مثبت مادر شدن نوجوانان انجام شد، تمام مادران نوجوان در مورد تجارب مادر شدن احساس مثبتی داشتند. باوجوداینکه آن‌ها از سختی‌هایی که برای سازگاری با این وضعیت متحمل شده بودند سخن می‌گفتند اما در کل آن‌ها احساس ارزش و امتیاز می‌کردند. آن‌ها به فرزندان خود افتخار می‌کردند و بهترین‌ها را برای آن‌ها می‌خواستند و تمایل داشتند به‌گونه‌ای از آن‌ها مراقبت کنند که خودشان تجربه نکرده بودند (۲۵).

یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی در این مطالعه، حمایت همه‌جانبه بود. در یک مطالعه کیفی که توسط جیمز و همکاران انجام شد تجارب بارداری نوجوانان و خانواده‌هایشان مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه با ۱۰ نوجوان باردار، ۸ مادر و ۴ پدر مصاحبه شد. نتایج مطالعه فوق مشخص کرد که نوجوانان باردار در خانواده، بارداری را متفاوت از والدین خود تجربه نمودند. این مطالعه بیان می‌کند که فقدان حمایت‌های لازم در طی بارداری می‌تواند بر سلامتی نوجوان و نوزادش تأثیرگذار باشد و باعث تحمیل استرس به نوجوان باردار گردد (۴). لازم به ذکر است که نوجوانان باردار در مطالعه فوق، بارداری را در ارتباط با دوست‌پسر خود تجربه کرده بودند.

در مطالعه کالیستا و همکاران در سال ۱۹۹۰ دو گروه از مادران نوجوان که حمایت از سوی خانواده دریافت می‌کردند و گروهی که حمایت دریافت نمی‌کردند را پنج سال پیگیری نمودند. نتایج نشان داد در گروهی که حمایت دریافت کرده بودند وابستگی کمتر بوده و تغذیه نوزاد با شیر مادر نیز بهتر از گروهی بود که حمایت دریافت نکرده بودند (۱۱). در مطالعه اوجولات و همکاران هم یافته‌ها نشان داد که همه مادران مشتاق یادگیری مهارت‌های مراقبت از کودک خود بوده و اطلاعات کمی در خصوص نیازهای عاطفی و ارتباطی کودک خود داشته و نیاز به حمایت در این زمینه‌ها دارند (۱۳). در مطالعه حاضر هم نیاز به

آموزش به‌عنوان یکی از طبقات اصلی شناسایی شده است. در مطالعه جیمز و همکاران مشکل در سازگاری عاطفی با بارداری به‌عنوان یکی از طبقات اصلی شناسایی شده است (۴) اما در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگان چنین تجربه‌ای را ذکر نکردند. شاید بتوان این دلیل این اختلاف را بدین‌صورت توجیه نمود که در مطالعه حاضر و در جامعه ما بارداری‌های در درون خانواده اتفاق می‌افتد و بارداری‌های خارج از چهارچوب و در ارتباط با دوست‌پسر در جامعه ما وجود ندارد در حالی که در مطالعه جیمز اکثر مادران بارداری را در ارتباط با دوست‌پسر خود تجربه کرده بودند.

یافته‌های این تحقیق مبین این مسئله است که تبدیل شدن به یک مادر در طی سال‌های نوجوانی به دلیل جوانی و بی‌تجربگی نوجوانان، عدم آمادگی برای مادر شدن و تکیه آن‌ها به حمایت دیگران کشمکش‌دشوار برای زنان جوان است. با توجه به یافته‌های این مطالعه مادران نوجوان نیاز به دریافت حمایت‌های همه‌جانبه دارند. از طرفی دیگر انجام صحیح مسئولیت‌های مادری باعث دستیابی به عزت‌نفس در این مادران می‌شود. لذا حمایت همسر و سایر اعضای خانواده می‌تواند تأثیر مثبتی بر روی رفتارها و نیز وضعیت جسمانی و روانی مادران نوجوان داشته باشد. اعضای تیم درمانی هم باید توجه ویژه‌ای به نیازهای این گروه پرخطر داشته باشند؛ مثلاً پرستاران بهداشت جامعه شاغل در مدارس لازم است به نیازهای آموزشی نوجوانان توجه بیشتری نشان دهند و در طی ارتباطاتی که در مدارس با نوجوانان برقرار می‌کنند اطلاعاتی در مورد سن مناسب ازدواج، بارداری زود هنگام و عوارض آن، استفاده از روش‌های پیشگیری تا رسیدن به سن مناسب بارداری در اختیار نوجوانان قرار دهند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر احتمال وابسته بودن نتایج مطالعه به شرایط زمانی و مکانی می‌باشد که تعمیم‌پذیری آن را با مشکل مواجه می‌سازد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به وجود عوامل مداخله‌گر و سروسدا و رفت‌وآمد به محل اجرای مصاحبه و زمان کوتاه مصاحبه‌ها به دلیل مراجعه مادران به همراه کودکانشان جهت مصاحبه و نبودن امکاناتی برای نگهداری و مراقبت از کودکانشان اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعات در زمینه فرآیند مادری در مادران نوجوان و یا فرآیند پذیرش بارداری زود هنگام با رویکرد گراندتئوری انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مادران شرکت‌کننده در پژوهش و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی تبریز به‌به دلیل همکاری صمیمانه اعلام می‌دارند.

¹Seamark and Lings

References:

1. Holgate H. Teenage pregnancy and parenthood: global perspectives, Issues and intervention. *J Adolesc* 2008; 31:665.
2. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: Obstetric characteristics and outcome. *Euro J Obstetrics Gynecology Reproductive Biology* 2007; 137:165-71.
3. Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Arya EG. Family Planning and adolescent pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010; 24:209-22.
4. James S, Rooyen DV, Strumpher J. Experiences of teenage pregnancy among Xhosa families. *J Midwifery* 2011; 4(3):1-81.
5. Silva P. Pregnancy during adolescence: Wanted vs. unwanted. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 63(1):s151-s6.
6. Treffers PE, Olukoya AA, Ferguson BJ, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75:111-21.
7. Aruda MM, Waddicor K, Frese L. Early Pregnancy in Adolescents: Diagnosis, Assessment, Options Counseling, and Referral. *J pediatric Health Care* 2010;24(1):4-13
8. Marilyn JH. *Essentials of pediatric nursing*. 7th ed. Mosby; 2007.
9. Carvalho GM, Merighi MA. The experience of repeated fatherhood during adolescence. *Midwifery* 2010; 26:469-74.
10. Letourneau NL, Stewart MJ, Barnfather AK. Adolescent mothers: support needs, resources, and support-education interventions. *J Adolesc Health* 2004;35(6):509-25.
11. Castiglia PT. Adolescent Mothers. *J Pediatr Health Care* 1990; 4(3):262-4.
12. Spear HJ, Lock S. Qualitative Research on Adolescent Pregnancy: A Descriptive Review and Analysis. *J Pediatr Nurs* 2003; 18(6):397-408.
13. Aujoulat I, Libion F, Berrewaerts J, Renard FN, Deccache A. Adolescent mothers Perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium. *Patient Educ Counsel* 2010; 81:448-53.
14. Friedman MM, Bowden V, Jones EG. *Family Nursing*. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2003.
15. Abedi HA. Application of phenomenology in clinical science, *J Rahbord*, 19(54), 2010; 207-24.
16. Khorrami Markani A, Yagmayi F, Khodayarifard M, Alavi Majd H. Oncology nurses experiences of spiritual wellbeing: A qualitative content analysis. *J Sabzevar Med Univ* 18(3), 2011; 206-16.
17. Burns N, Grove SK. *Understanding Nursing Research*. Philadelphia: Saunders; 2008.
18. Darvishpour Kakhaki A, Abedsaeedi J, Delavar A, Saeed-O-Zakerin M. Autonomy in the elderly: A phenomenological study. *Hakim Res J* 2010; 12(4): 1-10.
19. Lotfi R. Health outcomes of early marriage in women. *Women health J* 2011; 2: 67-79.
20. Asghari P, Roshani KH, Aderyani MM. Relationship between religious beliefs, optimizing and spiritual health in Ahvaz Azad University students. *J Soc Psychol* 2009; 4(10):27-39.
21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24: 105-12.
22. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005;15(9):1277-88.
23. Arai L. Peer and neighborhood influences on teenage Pregnancy and fertility: Qualitative findings from research in English communities. *Health Place* 2007;13:87-98.

24. Seamark CJ, Lings P. Positive experiences of teenage motherhood: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2004;54(508):813-8.
25. Meadows-Oliver M. Homeless adolescent mothers: a metasynthesis of their life experiences. *J Pediatr Nurs* 2006;21(5):340-9.

ADOLESCENT MOTHERS EXPERIENCES OF PREGNANCY AND EARLY MOTHERHOOD: A QUALITATIVE CONTENT ANALYSIS

Hosseinzadeh M^{1*}, Naderifar M²

Received: 16 Sep, 2014; Accepted: 20 Nov, 2014

Abstract:

Background & Aim: Adolescent pregnancy is a complex issue, and it is considered as a social- health problem. Present study aimed to examine the experiences of teenage mothers of their pregnancy and motherhood in Tabriz city.

Materials & Methods: In this qualitative phenomenological study, purposive sampling was used to select participants among women referred to Tabriz health centers, and it continued up to data saturation. The data were collected through semi-structured interviews with 11 adolescent mothers in the age of 15-19 years and were analyzed using conventional content analysis.

Results: 6 categories including need to family support, need to education, physical complications, religious beliefs, feeling of capability and maturation and negative feelings due to early pregnancy and parenting were merged. Comprehensive support and achieving to self-esteem were the main themes that were identified in this study.

Conclusion : Becoming a mother during the adolescence is a difficult struggle because of inexperience, unprepared for motherhood and relying on others for support. Based on the findings of this study, adolescent mothers need to get a comprehensive support. In addition doing motherhood responsibility properly can help achieving mothers' self-esteem. Support of spouse, family members, and also health care providers to this vulnerable group can have a positive impact on physical and emotional condition of adolescent mothers and their infants.

Keywords: Adolescent Pregnancy, Mothering, Women's health, qualitative research

Address: Nursing and midwifery faculty, Tabriz University of medical science, Tabriz, Iran.

Tel: (+98)4134770649

Email: m.hosseinzadeh63@gmail.com

¹ PhD student of nursing, Nursing and midwifery faculty, Member of student research committee, Tabriz University of medical science, Iran. (Corresponding author)

² Instructor of pediatric department, Nursing and midwifery faculty, Zabol university of medical science, Iran.