مقاله پژوهشی

موانع والد شدن و استراتژی‌های مقابله با آن در مادران با نوزاد خیلی کم‌وزن

مولود رادفر[1]، فاطمه مقدم تبریزی[2*]

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۴/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۶/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مادر شدن یکی از تغییرات مهم در زندگی زنان است. زنان در طی این فرآیند، چالش‌های زیادی را تجربه می‌کنند. تولد نوزاد خیلی کم‌وزن باعث افزایش این چالش‌ها می‌شود. این در حالی است که اطلاعات ما از تجربیات این زنان در مورد فرآیند مادر شدن ناکافی است. لذا این مطالعه با هدف تبیین موانع والد شدن و استراتژی‌های مقابله با آن در مادران با نوزاد خیلی کم‌وزن انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه با رویکرد کیفی و با روش تحلیل محتوا صورت گرفته است. ۱۸ مادر با نوزاد خیلی کم‌وزن مورد مصاحبه و مشاهده قرار گرفتند. مصاحبه‌ها به روش ساختار نیافته و عمیق انجام شد. همه مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله پیاده شدند. برای آنالیز داده‌ها از روش گرانهیم و لاندمن استفاده گردید. نرم‌افزار MAXQDA2007 برای مدیریت داده‌ها مورداستفاده قرار گرفت.

یافته‌ها: تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که آن‌ها در فرآیند مادر شدن با موانعی مواجه می‌شوند و برای رفع آن‌ها از استراتژی‌هایی استفاده می‌کنند. ادغام موانع منجر به استخراج طبقه «موانع والد شدن» و استراتژی‌های بکار برده شده منجر به استخراج طبقه «برقراری ارتباطات» گردید. هرکدام از این طبقات دارای زیر طبقاتی هستند.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه منجر به درک عمیق از تجربیات مادران نوزادان خیلی کم‌وزن از فرآیند مادر شدن گردید. این آگاهی به کارکنان درمانی به‌ویژه پرستاران و ماماها کمک می‌کند تا بتوانند موانع مادر شدن برای این زنان را رفع کرده و پذیرش نقش والدی را در آن‌ها تسهیل نمایند و نهایتاً کیفیت مراقبت از نوزاد توسط مادران را ارتقا دهند.

کلیدواژه‌ها: والد شدن، آنالیز محتوا، نوزاد خیلی کم‌وزن، نوزاد نارس

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۶۱، آبان ۱۳۹۳، ص ۷۶۰-۷۵۱

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: fmtabrizi@gmail.com

مقدمه

فرآیند مادر شدن با تغییرات فیزیکی، اجتماعی و روان‌شناختی همراه می‌باشد. زنان در طی این فرآیند با چالش‌های زیادی مواجه شده و آسیب‌پذیرتر می‌شوند. تحقیقات پرستاری نشان داده‌اند که فرآیند مادر شدن طی چهار مرحله اتفاق می‌افتد: ۱- تعهد، دل‌بستگی و آماده‌سازی برای تولد نوزاد در دوران بارداری ۲- آشنایی بیشتر با نوزاد و افزایش دل‌بستگی به وی، یادگیری چگونگی مراقبت از نوزاد و بهبود جسمی در طول هفته‌های اول پس از تولد ۳- حرکت به‌سوی زندگی نرمال در چهار ماه اول و ۴- دستیابی به هویت مادری طی چهار ماه (۱). این چهار مرحله ازهم‌گسسته نیستند بلکه با هم همپوشانی دارند و عوامل مادری، نوزادی، خانوادگی و متغیرهای محیطی مدت‌زمان آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲).

انتقال به نقش مادری از حوادث تکاملی مهم زندگی زنان است. مادر شدن حرکت از یک واقعیت جاری و شناخته‌شده به یک واقعیت جدید و ناشناخته است. این دوره بحرانی بوده و اغلب در زندگی زنان استرس‌زا می‌باشد (۳).

[1] استادیار، عضو هیئت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[2] استادیار، عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه،ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

این در حالی است که با تولد نوزاد نارس، این دوره بحرانی‌تر می‌شود و زمانی که نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان[1] بستری می‌شود بر شدت استرس آن افزوده می‌شود. بستری شدن نوزاد در بخش NICU و مراقبت طولانی‌مدت در بیمارستان، بر روی تعاملات مادری و همبستگی نوزاد و مادر تأثیر می‌گذارد چراکه اغلب مادران به مدت طولانی از نوزادان خود جدا می‌شوند (۴).

تخمین زده می‌شود که ۱۵/۵درصد از همه تولدهای زنده یک سال در جهان تولد با وزن کم (LBW) بوده و بیش از ۹۵درصد از تولد نوزادان کم‌وزن در کشورهای درحال‌توسعه باشد. ۷۲درصد از نوزادان با وزن کم هنگام تولد در آسیا متولد می‌شوند (۵)، میزان تولد نارس و میزان تولد با وزن کم در شهرهای مختلف ایران متفاوت بوده و در محدوده بین ۸/۸ تا ۱۱/۸درصد قرار دارد (۶-۹). نکته حائز اهمیت این است که تولد نوزادان با وزن کم در ایران افزایش یافته است (۱۰).

با پیشرفت فنّاوری، مراقبت‌های تخصصی بیمارستانی و دارویی نوزادان نارس و کم‌وزن نه‌تنها زنده می‌مانند بلکه رشد و تکامل نیز می‌یابند. این پیامد مثبت باعث شده است که نوزادان نارس نسبت به قبل مدت طولانی‌تری در بیمارستان بستری شوند (۴). به دنبال ارتقای پذیرش نوزادان در بخش‌های مراقبت ویژه مشکلات ناشی از بستری شدن طولانی‌مدت نوزادان برای والد شدن نیز بیشتر شده است. احساس اضطراب و ترس والدین از اینکه نوزادشان زنده نخواهد ماند و یا در صورت زنده ماندن همراه با معلولیت خواهد بود، همچنین احساس گناه، عصبانیت و بی‌کسی می‌تواند بر روی فرآیند دل‌بستگی با نوزاد تأثیر منفی بگذارد. این تأثیرات منفی به‌واسطه هوشیاری ناکافی و رفتار و عکس‌العمل‌های ضعیف نوزاد نارس می‌تواند تشدید یابد (۱۱).

با تولد نوزاد نارس، فرآیند دل‌بستگی مادران به نوزادانشان می‌تواند در معرض خطر باشد (۱۲). جدایی زودهنگام به علت درمان و مشکلات زیستی نوزاد باعث ایجاد فاصله واقعی بین مادران و نوزادان نارسشان خواهد شد (۱۳). به‌علاوه اثرات بالقوه و ضربه زننده تولد نوزاد نارس می‌تواند باعث ایجاد واکنش‌های استرس آمیز مثل اضطراب و افسردگی بشود (۱۴) که می‌تواند بر روی احساسات مادرانه و پاسخ به نوزاد تأثیر بگذارد.

طبق جستجوی به‌عمل‌آمده از پایگاه‌های علمی در دسترس مقاله‌ای در خصوص فرآیند مادر شدن در ایران یافت نشد و شواهدی که بتواند به پرستاران و ماماها در درک تجربیات مادرانی که نوزادانشان در بخش NICU بستری هستند کمک کند، وجود ندارد. از طرف دیگر فرآیند مادر شدن یک پدیده مبتنی بر فرهنگ بوده و تجارب زیستی زنان در این زمینه می‌تواند از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد. لذا برای کسب شواهدی که بتوان بر اساس آن به فرآیند مادر شدن در مادران با نوزاد خیلی کم‌وزن کمک نمود مطالعه حاضر به‌منظور تبیین موانع والد شدن و استراتژی‌های مقابله با آن در مادران با نوزاد خیلی کم‌وزن انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش کیفی و با رویکرد تحلیل محتوا از نوع قراردادی[2] انجام یافته است (۱۵). در تحقیقات کیفی به کلیت پدیده‌های انسانی توجه می‌شود (۱۶)، بنابراین مناسب‌ترین روش برای مطالعه افراد از پدیده‌های اجتماعی است (۱۷). تحلیل محتوای کیفی هم شیوه‌ای مناسب برای به دست آوردن الگوهای پنهان از درون محتوای داده‌ها (۱۵) به‌منظور ایجاد دانش، ایده‌ای جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است. هدف از این شیوه فشرده کردن و توصیف وسیع یک پدیده است و دستاورد این تحلیل، مفاهیم یا طبقات توصیفی پدیده می‌باشد (۱۸).

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان از مادرانی که نوزادانشان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بیمارستان مطهری ارومیه بستری شده بودند، انتخاب گردیدند. دسترسی مادران به نوزادان خود در این بخش محدود می‌باشد. به‌منظور درک پدیده موردمطالعه، نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن نوزاد با وزن کمتر از ۲۰۰۰ گرم، نخست زا بودن، ایرانی بودن، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی و تمایل داشتن به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مادران نوجوان (سن کمتر از ۲۰ سال)، مادران خارجی، مادرانی که ازنظر روانی و جسمانی آمادگی مصاحبه کردن را نداشتند، تولد چند قلویی و مادرانی با نوزادانی با بیماری‌های کشنده و یا ناهنجاری‌های ژنتیکی بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه و مشاهده استفاده گردید. مصاحبه‌ها در یک اتاق آرام و خلوت در بخش NICU و قبل از ترخیص نوزاد انجام گرفت. مصاحبه‌ها به‌صورت عمیق و بدون ساختار بود و با یک سؤال کلی و باز شروع می‌شد: "می‌توانید بگویید که مادر شدن برای شما چه مفهومی دارد؟" سؤالات بعدی بر اساس پاسخ مشارکت‌کنندگان و مفاهیم استخراج‌شده از آنالیز، پرسیده می‌شد. حین انجام مصاحبه محقق جهت اطمینان از برداشت صحیح خود از گفته‌های شرکت‌کنندگان، از سؤالات راهنما و برای درک عمیق تجارب شرکت‌کنندگان از سؤالات

[1] NICU

[2] Conventional Content Analysis

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

کاوشگرانه استفاده می‌نمود. بعد از آنالیز هر مصاحبه در صورت نیاز برای رفع ابهام‌های موجود مصاحبه تکرار می‌شد. مصاحبه با هر مشارکت‌کننده در دو یا سه جلسه انجام شد. درمجموع با ۱۸ مشارکت‌کننده ۴۱ مصاحبه (با ۵ نفر سه جلسه و با ۱۳ نفر دو جلسه) به عمل آمد. مدت‌زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بود. همه مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله پیاده شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر مصاحبه از مشاهده نیز استفاده شد. مشارکت‌کنندگان در ساعات ملاقات و ساعات شیر دادن به مدت یک هفته مورد مشاهده قرار گرفتند. هدف از مشاهده پی بردن به تعاملات بین مادر و نوزاد در محیط بیمارستان و جمع‌آوری داده‌های بیشتر و متنوع‌تر بود.

مصاحبه‌ها بر اساس آنالیز محتوای گرانهیم و لاندمن[1] (۱۹) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. بدین ترتیب که هرکدام از مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها به‌عنوان یک واحد آنالیز[2] در نظر گرفته شدند. هر واحد آنالیز چندین بار خوانده شد تا واحدهای معنایی[3] شناسایی گردید. همه کلمات، جملات و پاراگراف‌هایی را که در واحد آنالیز به هم مربوط بودند به‌عنوان واحدهای معنایی در نظر گرفته شدند. بعد از تلغیظ[4] واحدهای معنایی کدها[5] استخراج گردیدند. کدها با هم زیر طبقات[6] و سپس طبقات اصلی[7] را شکل دادند. طی این فرآیند پنج زیرطبقه و دو طبقه اصلی استخراج گردید. طبقات نیز با هم تلفیق شدند تا به این سؤال که مادران در این مطالعه چه چیزی را تجربه می‌کنند؟ را پاسخ دهند. نهایتاً با انتزاع طبقات تم[8] نیز شناسایی گردید. تم استخراج‌شده در این مطالعه «تکاپوی کسب نقش مادری» بود. برای مدیریت داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA2007 استفاده گردید.

در این مطالعه برای افزایش معیار مقبولیت[9] داده‌ها از درگیری درگیری طولانی‌مدت و بازنگری مشارکت‌کنندگان[10] استفاده شد. برای این منظور محقق خلاصه‌ای از مصاحبه را به خود مشارکت‌کنندگان برمی‌گرداند تا وی درستی برداشت محقق را تأیید کند. برای کنترل عینیت داده‌ها[11] از شیوه بازبینی توسط همکاران تحقیق و بازنگری‌های مکرر استفاده شد. بازبینی داده‌ها توسط تیم تحقیق صورت گرفت (۱۵). برای این منظور محقق داده‌ها را کدگذاری و طبقه‌بندی نموده و سپس توسط اعضای تیم تحقیق موردبررسی قرار دادند. در مورد کدها و طبقاتی که اتفاق‌نظر وجود نداشت تا شفاف شدن موضوع و رسیدن به اجماع بحث ادامه می‌یافت.

ملاحظات اخلاقی: برای انجام این مطالعه، بعد از تصویب طرح در مرکز تحقیقات بهداشت باروری و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مجوز لازم از کمیته اخلاق آن دانشگاه اخذ گردید. قبل از انجام مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی گرفته شد. به همه آن‌ها گفته شد که شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و نام آن‌ها محرمانه خواهد بود. همچنین به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله که بخواهند می‌توانند از مطالعه خارج شوند و در صورت شرکت نکردن در مطالعه و یا خروج از آن هیچ خللی به روند درمان نوزاد آن‌ها وارد نخواهد شد.

یافته‌ها

درمجموع ۱۸ مادر نوزاد خیلی کم‌وزن در پژوهش مشارکت داشتند. محدوده سنی آن‌ها ۲۲ الی ۳۶ سال بود. تحلیل محتوای داده‌ها به استخراج یک تم با دو طبقه و پنج زیرطبقه منجر شد. تم استخراج‌شده «تکاپوی کسب نقش مادری» بود و طبقات شامل «موانع والد شدن» و «برقراری ارتباطات» بود که هرکدام دارای زیر طبقاتی بودند (شکل شماره ۱).

موانع والد شدن: یافته‌ها نشان دادند که همه مادران در برقراری ارتباط مثبت و معنی‌دار با نوزادان خود در طول بستری شدن در بیمارستان، درجاتی از سختی‌ها را تجربه می‌کنند. برای این سختی‌ها طبقه بزرگی از داده‌ها استخراج شد که «موانع والد شدن» نام گرفت. این طبقه نشان می‌دهد زمانی که نوزاد خیلی کم‌وزن متولد می‌شود و در بخش NICU بستری می‌شود، مادران در مواجهه با نقش مادری خود با چالش‌های زیادی روبرو می‌شوند. چهار دسته عوامل به‌عنوان موانع والد شدن شناسایی شدند که بر تجربیات مادر شدن تأثیر می‌گذارد. این چهار دسته یا زیر طبقه شامل عوامل محیطی، عوامل مادری و عوامل نوزادی بودند.

عوامل محیطی: عوامل بازدارنده محیطی مربوط به محیط فیزیکی و روانی بخش NICU می‌باشد که بر جنبه‌های مختلفی از تجربیات مادر شدن مشارکت‌کنندگان اثر می‌گذارد. یافته‌ها نشان دادند که در نگاه اول، دیدن تجهیزات پزشکی متصل به نوزاد، برای مادران تکان‌دهنده بود. وجود این تجهیزات و استفاده از فن‌آوری در محیط بخش NICU، فضای ترسناکی را ایجاد می‌کند. علاوه بر آن اتصال دستگاه‌های مختلف به نوزاد فاصله و جدایی فیزیکی مادر از نوزاد را بیشتر می‌کند. مادران نگران این بودند که اگر نوزادانشان به مدت طولانی به دستگاه‌ها وصل باشند، آن‌ها نخواهند توانست در مراقبت از نوزاد خود مشارکت داشته

[1] Graneheim and Lundman
[2] unit of analysis
[3] meaning unit
[4] condensation
[5] code
[6] sub-categories
[7] categories
[8] theme
[9] credibility
[10] Member check
[11] confirmability

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

باشند و این تعاملات مثبت بین نوزاد و مادر را مختل می‌کند مشارکت‌کننده ۵ در این خصوص چنین بیان کرد:

«اولین بار که رفتم بچه‌ام رو ببینم تو بخش بستری بود، وقتی دیدمش خیلی ترسیدم، توی دستگاه (انکوباتور) بود، نمی تونستم بغلش کنم، چون سرم داشت یه لوله‌هایی هم بهش وصل بود...»(مادر ۵، ۲۴ ساله)

مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که پرستاران باید در مورد محیط بخش NICU و اینکه آن‌ها چگونه باید با نوزادانشان تعامل داشته باشند به آن‌ها اطلاعات کافی را می‌دادند. درواقع مادران نمی‌دانستند که چه‌کاری را می‌توانند برای نوزادانشان انجام دهند و چه‌کاری را نمی‌توانند انجام دهند و در این زمینه پرستاران را مسئول می‌دانستند. مادر ۹ می‌گوید:

«... هیچ‌کس به من نگفت که برای بچه‌ام چه‌کاری می تونم انجام بدهم، آن‌ها (پرستاران) حداقل باید به من می‌گفتند که توی بخش چیکار کنم...»(مادر ۹، ۲۲ ساله)

یکی از موانع مهم جدایی مادران از نوزادان که می‌توانست مانعی در فرآیند مادر شدن باشد، فراهم نبودن امکانات لازم برای ملاقات مادران با نوزادان و تغذیه آن‌ها با شیر خود بود. این موضوع از دو جنبه قابل طرح است. اول اینکه مادرانی که ساکن شهرستان بودند برای ملاقات نوزاد خود باید مسافتی را طی می‌نمودند که این خود با توجه به وضعیت جسمانی مادران به‌عنوان یک بازدارنده محسوب می‌شد. دوم اینکه مسئولین بیمارستان نیز مکانی برای بیتوته این مادران در نظر نگرفته بودند. لذا اگر مادران می‌خواستند که به‌طور مرتب نوزاد خود را ملاقات و تغذیه نمایند، مجبور بودند که در هتل اقامت داشته باشند. اقامت در هتل نیز هزینه‌هایی را به خانواده‌ها تحمیل می‌کند که عموم آن‌ها توانایی پرداخت آن را ندارند. مشارکت‌کننده ۱۲ می‌گوید:

«... من دلم می خواد زمان بیشتری بالای سر بچه‌ام باشم، این‌جوری خیالم راحت تره، اما خوب از شهرستان بیام کجا بمونم؟ جایی نداریم، منم مجبورم هفته‌ای فقط یکی دو بار بیام» (مادر ۱۲، ۲۷ ساله)

عوامل مادری: بعضی از موانع والد شدن به ویژگی‌های خود مادران مربوط بود. آن‌ها اغلب ارتباط با نوزاد کم‌وزن را تجربه نکرده بودند، لذا آگاهی کافی در مورد چگونگی ارتباط و مراقبت از نوزاد خود را نداشتند. آن‌ها اغلب نمی‌دانستند که چگونه باید نوزاد خود را در آغوش بگیرند و به او شیر بدهند. این یافته‌ها در نقل‌قول زیر آمده است:

«من اصلاً بچه بغل کردن رو بلد نبودم... حالا اینم که خیلی کوچیک بود می‌ترسیدم از دستم بیافته یا مثلاً تو بغلم حالش بد شه...» (مادر ۲۰، ۲۳ ساله)

وضعیت جسمانی مادران نیز از عواملی بود که اولین ارتباط با نوزاد را به تأخیر می‌انداخت. آن‌ها بعد از چند ساعت و گاهی نیز بعد از چند روز نوزاد خود را ملاقات می‌کردند. این موضوع به‌ویژه در مادرانی دیده می‌شد که زایمان پرخطر داشتند و یا سزارین شده بودند. نقل‌قول زیر نشان‌دهنده این موضوع می‌باشد.

«من بچه‌ام رو بعد از بیهوشی ندیدم، قبل از اینکه من به هوش بیام آن‌ها بچه رو فوری به بخش نوزادان، برده بودند. وقتی به هوش اومدم تنها بودم بچه کنارم نبود، به خاطر همین نمیتونستم خودم رو مادر بدونم...» (مادر ۱۱، ۳۲ ساله)

مادران احساس می‌کردند که در موقعیت دوگانه‌ای قرار دارند. از طرفی دارای فرزند شده بودند و از طرف دیگر نوزادی در کنارشان نبود و نمی‌توانستند نقش مادری خود را ایفا نمایند. این تعارض در نقش دشواری‌هایی را در فرآیند مادر شدن ایجاد می‌نمود.

عوامل نوزادی: ویژگی‌های نوزادان خیلی کم‌وزن نیز از موانع والد شدن در مادران آن‌ها بود. مادران در اولین ملاقات خود با نوزادانشان به رفتارها و ظاهر فیزیکی آن‌ها توجه می‌نمودند. این ویژگی‌های نوزادان برای مادران بسیار استرس‌زا بود و آن‌ها نگران تعامل خود با نوزادشان بودند. بسیاری از مادران از دیدن نوزاد خود که بسیار کوچک بود متعجب و نگران می‌شدند و از لمس وی اجتناب می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«وقتی اولین بار دخترم رو دیدم اون توی دستگاه بود... چند تا لوله بهش وصل بود.... خیلی آروم بود گاهی دست و پاهاش رو تکون کوچیکی می‌داد. من فقط بهش نگاه می‌کردم....» (مادر ۴، ۲۸ ساله)

رفتارهای نوزادان خیلی کم‌وزن نیز به‌عنوان مانعی در فرآیند مادر شدن، استخراج‌شده است. بعضی از مادران بیان می‌کردند که آن‌ها رفتارهای نوزادان خود را نمی‌فهمند بنابراین نمی‌توانند از آن‌ها مراقبت کنند. حتی زمانی که آن‌ها مجاز به بغل کردن نوزادشان بودند، نگران این بودند که به نوزادشان صدمه برسانند. نقل‌قول یکی از مادران چنین است:

«من تا زمانی که بچه‌ام حالش خوب نشده بود اونو زیاد بغل نمی‌گرفتم... چون فکر می‌کردم وقتی تو دستگاهه صدمه‌ای بهش نمی رسه... می‌ترسیدم بهش دست بزنم، فکر می‌کردم ممکنه اتفاقی براش بیفته مخصوصاً نگران سرش بودم خیلی نرم و ظریف بود...» (مادر ۸، ۲۵ ساله)

برقراری ارتباطات: در این مطالعه مادران برای رفع «موانع والد شدن» از استراتژی‌های مختلفی استفاده می‌کردند که مجموع آن‌ها منجر به استخراج طبقه‌ای به نام «برقراری ارتباطات» گردید. با استفاده از این استراتژی‌ها مادران سعی می‌کردند که با برقراری ارتباط با نوزاد خود و کارکنان، کشمکش‌های مربوط به نقش

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

والدی خود را مرتفع سازند. این طبقه دارای دو زیر طبقه «تعامل با نوزاد» و «اخذ حمایت» می‌باشد.

تعامل با نوزاد: این زیر طبقه شامل دو استراتژی «تعامل جسمی با نوزاد» و «تعامل عاطفی با نوزاد» می‌باشد. این استراتژی‌ها باعث ایجاد رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد می‌گردید که می‌توانست حتی در مواقع عدم حضور نوزاد در کنار مادر، نیز پایدار باشد.

تعامل جسمی با نوزاد: یافته‌ها نشان داد که اولین تعامل مادران موردمطالعه با نوزادشان با تأخیر صورت می‌گرفت. این امر ناشی از وضعیت جسمانی نوزاد و عدم اعتماد مادر به توانایی‌های خود بود. بااین‌حال وقتی‌که وضعیت نوزاد تثبیت می‌شد مادران به جستجوی راه‌هایی برمی‌آمدند که با نوزاد خود تعامل داشته باشند. داده‌های برگرفته از مشاهده مادران نشان داد که تعامل مادران با نوزادان خود به‌صورت تدریجی و گام‌به‌گام اتفاق می‌افتاد. در ابتدا مادران حتی با تشویق پرستاران، در لمس نوزادان خود مردد بودند. یکی از مادران چنین نقل کرده است:

«... در ابتدا من به بچه‌ام دست هم نمی‌زدم...می‌ترسیدم بهش صدمه بزنم... می دونید اون خیلی ضعیف بود. به‌زور ۱۰۰۰ گرم می‌شد... من اونو خیلی با دقت لمس می‌کردم و بیشتر وقت‌ها هم بهش دست نمی‌زدم...» (مادر ۱۵، ۲۴ ساله)

بااین‌حال، با تثبیت وضعیت نوزادان و حمایت، راهنمایی و حضور پرستاران مادران با اعتماد بیشتری نوزادان خود را لمس کرده و در آغوش می‌گرفتند. نقل‌قول یکی از مشارکت‌کنندگان:

«وقتی‌که حالش (نوزاد) بهتر شد من راحت‌تر تونستم بهش دست بزنم... برقراری ارتباط با بچه‌ام آسان‌تر شد... احساس می‌کردم که احتمال صدمه دیدن بچه‌ام کم شده...و وقتی پرستارها رو اطرافم می‌دیدم، این کار رو برای من آسان‌تر می‌کرد.» (مادر ۲، ۲۶ ساله)

بنابراین، به‌تدریج مادران تعامل جسمی با نوزادان خود برقرار می‌کردند و نهایتاً در فعالیت‌های مراقبتی نوزاد مشارکت نمودند. به‌علاوه مادران اعتقاد داشتند که تعامل جسمی با نوزاد یک عامل مهم در ایجاد ارتباط معنی‌دار با نوزاد و انجام نقش مادری می‌باشد.

«... وقتی بچه‌ام رو تو دست هام می‌گرفتم باعث می‌شد که من به بچه‌ام احساس نزدیکی کنم مخصوصاً وقتی‌که سینه‌ام رو گرفت، خیلی حس خوبی بود...(مادر با بغض ادامه می‌دهد) من قبلاً فکر می‌کردم که این امکان‌پذیر نیست...» (مادر ۵، ۲۵ ساله)

درهرحال آنچه مسلم است اینکه مادران به‌طور محدودی می‌توانستند از استراتژی تعامل فیزیکی با نوزادانشان بهره‌مند شوند.

تعامل عاطفی با نوزاد: طبق یافته‌ها مادران از دو روش برای برقراری تعامل عاطفی با نوزادشان استفاده می‌کنند: کسب آگاهی و شناخت از ماهیت نوزاد خیلی کم‌وزن و فراهم نمودن وسایل مورد نیاز نوزاد. در روش اول مادران سعی می‌کردند که با شناخت و درک مشکلات نوزادشان نقش مادری خود را ایفا کنند. یکی از مادران گفت:

«اولین گام برای مادر شدن آینه که نیازها و مشکلات نوزادت رو بشناسی اونوقت می تونی مادری کنی...» (مادر ۴، ۲۸ ساله)

مادران برای کسب آگاهی و شناخت از ماهیت نوزاد خیلی کم‌وزن لازم بود که از وضعیت سلامتی نوزاد خود، تجهیزات مورداستفاده و روش‌های درمانی اطلاعاتی را کسب کنند. بدین ترتیب آن‌ها به‌تدریج با ویژگی‌های منحصربه‌فرد نوزادان خود آشنا می‌شدند. با شناخت بیشتر نوزاد مادران احساس نزدیکی بیشتری به نوزادشان را می‌کردند.

به‌علاوه، مادران سعی می‌کردند وسایل مورد نیاز نوزاد خود را شناسایی و تهیه نمایند. درواقع آن‌ها با انجام این مسئولیت نقش مادری خود را ایفا می‌کردند. همه مادران سعی می‌کردند که شیر خود را به نوزادشان بدهند و اگر نمی‌توانستند حضور پیدا کنند شیر دوشیده شده خود را برای نوزاد می‌فرستادند. همچنین وسایلی مثل لباس، اسباب‌بازی، پوشک و شیشه شیر ... را تهیه می‌کردند. مادران با انجام این امور احساس مفید بودن نموده و آن را عاملی برای ایجاد ارتباط احساسی و عاطفی با نوزادشان می‌دانستند. یافته‌ها نشان داد که مادران برای انجام نقش مادری ابتدا با تعامل فیزیکی و به‌تدریج که نوزاد بهبود پیدا می‌کرد با تعامل عاطفی سعی در برقراری ارتباط با نوزاد خود داشتند.

اخذ حمایت: یافته‌ها نشان داد که مادران برای مدیریت چالش‌های مادر شدن، از سیستم‌های حمایتی کمک می‌گرفتند. «حمایت کارکنان»، «حمایت خانواده» و «حمایت والدین مشابه» سه سیستم حمایتی بودند که از داده‌ها استخراج گردیدند.

حمایت کارکنان: شواهد نشان داد که مادران اطلاعات بیشتر در مورد وضعیت نوزاد خود و نحوه درمان آن را از پرستاران و پزشکان کسب می‌کنند. مادران نیاز به حمایت آن‌ها داشتند و مایل بودند که هنگام ملاقات نوزادشان یک پرستار در کنارشان حضور داشته باشد. مادران، پرستاران را مهم‌ترین منبع حمایتی در بیمارستان می‌دانند که به آن‌ها در نحوه مراقبت از نوزادشان کمک می‌نمایند. یکی از مادران چنین نقل کرد:

«اولین بار آن‌ها (پرستاران) بچه رو بغلم دادند من نمی تونستم اونها کمکم کردند، به من گفتند که نترسم اتفاقی نمی افته، من هم جرئت پیدا کردم بچه‌ام رو بغل کردم...» (مادر ۱۶،۲۳ ساله)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

مادران نشان دادند که حمایتی که از کارکنان درمانی دریافت می‌کنند در انتقال و ایفای نقش مادری بسیار اساسی می‌باشد.

حمایت خانواده: بیشتر مشارکت‌کنندگان مادران و همسران خود را یک منبع حمایتی قوی برای کنار آمدن با چالش‌های انتقال به نقش مادری می‌دانستند. مادران بیشتر با انتقال تجربیات خود و همسران با امید دادن به مشارکت‌کنندگان نقش حمایتی خود را ایفا می‌کردند. گاه مشارکت‌کنندگان از انجام نقش مراقبتی و مادری خود سرباز می‌زدند و چون احتمال می‌دادند که نوزادشان زنده نخواهد ماند، سعی می‌کردند که رابطه قوی با نوزاد خود برقرار نکنند. در چنین شرایطی معمولاً همسران می‌توانستند نقش حمایتی و تشویقی داشته باشند. یکی از مادران چنین نقل می‌کند:

«.. من اصلاً نمی‌خواستم به بچه‌ام شیر بدم، چون می دونستم آگه شیر بدم وابسته‌اش میشم، خوب از یه طرفی هم امید به زنده موندنش نداشتم، ولی شوهرم می‌گفت تو مادری‌ات رو بکن، شیرتو بده... انشا الله زنده می مونه، وقتی می‌دیدم شوهرم این‌جوری میگه منم شیر دادم...» (مادر ۱۴، ۲۵ ساله)

حمایت والدین مشابه: مشارکت‌کنندگان با سایر مادرانی که نوزادانشان در بخش NICU بستری بود، به‌عنوان منبع حمایتی قوی ارتباط برقرار می‌کردند. والدین مشابه به ترس‌ها، اضطراب و نگرانی‌های مشارکت‌کنندگان گوش می‌کردند و راه‌حل‌های خود برای رفع چالش‌های مادر شدن را برای آن‌ها بیان می‌نمودند. مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که توسط والدین مشابه به‌طور کامل درک می‌شوند. این حس را مادری چنین نقل می‌کند:

«دیگران نمی تون‌اند احساس ما رو درک کنند تنها کسانی که با این مشکل مواجه‌اند ما رو به‌طور کامل درک می‌کنند» (مادر ۲۴،۱۵ ساله)

یافته‌ها نشان می‌دهند که حمایت والدین مشابه، حمایت ویژه و منحصربه‌فردی است. این مادران با مشارکت‌کنندگان زبان مشترکی داشته و نقطه نظرات و تجربیات زنده و روزانه خود را در اختیار آن‌ها قرار می‌دهند.

شکل (۱): تم، طبقات، زیرطبقات و مثال‌هایی از کد، واحد معنایی و واحد آنالیز

تم	طبقه	زیرطبقه		کد	واحد معنایی	واحد آنالیز
تکاپوی کسب نقش مادری	موانع والد شدن	عوامل محیطی		بازدارنده های درمانی	توی دستگاه (انکوباتور) بود، نمی تونستم بغلش کنم، چون سرم داشت یه لوله هایی هم بهش وصل بود	مصاحبه ۵
		عوامل نوزادی		آسیب پذیر بودن نوزاد	من تا بچه ام حالش خوب نشده بود اونو زیاد بغل نمی گرفتم،مخصوصاً نگران سرش بودم خیلی نرم بود	مصاحبه ۸
		عوامل مادری		عدم مهارت مادر	من اصلاً بچه بغل کردن رو بلد نبودم.. حالا اینم که خیلی کوچیک بود می ترسیدم از دستم بیافته	مصاحبه ۲۰
	برقراری ارتباطات	تعامل با نوزاد	تعامل جسمی با نوزاد	لمس با احتیاط نوزاد	من اونو خیلی با دقت لمس می کردم و بیشتر وقتها هم بهش دست نمی زدم	مصاحبه ۱۵
			تعامل عاطفی با نوزاد	شناخت ماهیت نوزاد	اولین گام برای مادر شدن اینه که نیازها و مشکلات نوزادت رو بشناسی اونوقت می تونی مادری کنی	مصاحبه ۴
		اخذ حمایت	حمایت کارکنان	اطمینان بخشی پرستار	پرستارا بچه رو بغلم دادند،کمکم کردند،گفتند که نترسم،من هم جرأت پیدا کردم بچه ام رو بغل کردم	مصاحبه ۱۶
			حمایت خانواده	تشویق همسر	من اصلاً نمی خواستم به بچه ام شیر بدم... ولی شوهرم می گفت تو مادری ات رو بکن، شیرتو بده	مصاحبه ۱۴
			حمایت والدین مشابه	درک منحصر به فرد	تنها کسانی که با این مشکل مواجهند ما رو بطور کامل درک می کنند	مصاحبه ۱۵

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مادران نوزادان خیلی کم‌وزن در طی فرآیند مادر شدن با موانعی مواجه می‌شوند. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد. بطوریکه نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهند، زمانی که نوزادان خیلی کم‌وزن در بخش NICU بستری می‌شوند، مادران آن‌ها دچار بحران می‌شوند و در طی فرآیند مادر شدن با مشکل مواجه می‌شوند. تولد نوزاد خیلی کم‌وزن برای همه مادران چالش زا می‌باشد (۲۰). روگان[1] و همکاران نیز عواملی را در فرآیند مادر شدن دخیل می‌دانند. طبق یافته‌های آن‌ها تجربیات قبلی، حمایت‌های اجتماعی و رفتارهای کودک عوامل تأثیرگذار بر فرآیند مادر شدن می‌باشند که نقص در هرکدام از عوامل می‌تواند چالش‌هایی را در فرآیند مادر شدن ایجاد نماید (۲۱). بعضی موانع دیگر برای مادر شدن نیز در مطالعات گزارش شده است که در مطالعه حاضر بیان نگردیده است. زنان تایوانی عوامل فرهنگی و آداب و سنن بعد از زایمان را به‌عنوان مشکلی در فرآیند مادر شدن مطرح نمودند. طبق این آداب و سنن، زنان بعد از زایمان تا یک ماه با والدینشان زندگی می‌کنند و این منجر به ملاقات محدود مادران با نوزاد بستری‌شده در بخش NICU می‌گردد (۲۰). به نظر می‌رسد که عوامل فرهنگی جامعه ایران در فرآیند مادر شدن نقش هم‌افزایی دارد لذا

[1] Rogan

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

مادران مطالعه حاضر عوامل فرهنگی را به‌عنوان مانعی برای فرآیند مادر شدن مطرح نکردند.

در فرآیند مادر شدن، زنان از استراتژی‌های مختلفی برای رفع موانع مادر شدن استفاده می‌کنند (۲). طبق یافته‌های مطالعه حاضر، مادران نوزادان خیلی کم‌وزن برای رفع موانع والد شدن از تعامل جسمی و عاطفی با نوزاد بهره می‌جویند. برای این منظور مادران در ابتدا که وضعیت جسمی نوزاد مناسب نیست با برقراری روابط عاطفی و سپس با تماس‌های جسمی سعی در ایفای نقش مادری دارند. مطالعات قبلی نیز نشان دادند که مادرانی که نمی‌توانند با نوزادان خود تماس جسمی داشته باشند از روش‌های جایگزین مثل ایجاد روابط عاطفی با نوزاد، استفاده می‌کنند (۲۲).

برای اینکه مادران بتوانند نقش مادری خود را کسب کنند نیاز به حمایت و کمک دارند (۲۳). یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان دادند که مادران علاوه بر ایجاد تعامل با نوزاد سعی می‌کنند با ایجاد رابطه با پرستاران و کسب اطلاعات از آن‌ها، مشکلات مربوط به فرآیند مادر شدن را از سر راه بردارند. مادران به‌طور مستمر به دنبال کسب اطلاعاتی درباره نقش مادری خود بودند. یافته‌ها نشان داد که مادران این اطلاعات را بیشتر از کارکنان درمانی و سپس از خانواده، دوستان، مادرانی با وضعیت مشابه و کتب کسب می‌کردند. در همین راستا بعضی مطالعات دیگر نیز نشان دادند که تعامل نزدیک مادر با نوزاد و ایجاد رابطه مداوم بین پرستار و مادر نقش مهمی را در این موقعیت بازی می‌کند (۲۴). مطالعات نشان دادند که گرچه کارکنان درمانی نقش مهمی در حمایت از مادران نوزادانی که در بیمارستان بستری بودند، دارند (۲۵، ۲۶) اما این مادران تعامل با پرستاران را عامل کلیدی در کسب تجربه برای مراقبت از نوزادشان بیان کردند؛ به‌عبارت‌دیگر حمایت ناکافی پرستاران و فقدان برقراری ارتباط با آن‌ها به‌عنوان مانعی برای مادر شدن می‌باشند (۲۰، ۲۶).

مرسر نیز در تئوری خود به نام «تئوری مادر شدن در پرستاری»، کسب اطلاعات را مورد تأیید قرار داده است. وی در تئوری خود بیان کرده است که مادران در اولین فرصت و به‌طور مداوم سعی می‌کنند اطلاعاتی را برای شکل دادن به تجربیات مادری و کسب هویت مادری به دست آورند (۲۷).

نتیجه‌گیری: این مطالعه منجر به درک محققین از تجربیات مادران نوزادان خیلی کم‌وزن از فرآیند مادر شدن گردید. یافته‌های مطالعه باعث شد تا از نحوه انتقال زنان با نوزادان خیلی کم‌وزن به نقش مادری آگاهی کسب کنیم. این آگاهی به کارکنان درمانی به‌ویژه پرستاران کمک می‌کند تا بتوانند موانع مادر شدن برای این زنان را شناسایی و رفع نموده و پذیرش نقش مادری را تسهیل نمایند و نهایتاً کیفیت مراقبت از نوزاد توسط مادران را ارتقا دهند. درواقع پرستاران به‌عنوان سیستم حمایتی می‌توانند به مادران کمک کنند تا با نوزادان خیلی کم‌وزن خود تعامل برقرار کرده و سرانجام نقش مادری خود را ایفا نمایند. علاوه بر آن، طبق نتایج مطالعه جهت کمک به فرآیند مادر شدن در مادرانی با نوزاد خیلی کم‌وزن، نیاز به توجه مسئولین نیز هست. بدین معنی که با فراهم نمودن تسهیلات لازم به‌ویژه ایجاد مکان مناسب جهت حضور مداوم مادر در کنار نوزاد، می‌توان فرآیند مادر شدن را در آن‌ها تسهیل نمود.

تقدیر و تشکر

محققین از همه مشارکت‌کنندگان که تجارب خود را در اختیار تیم تحقیق قرار دادند، تقدیر می‌نماید. همچنین از دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به‌عنوان حمایت‌کننده اصلی تحقیق و کارکنان محترم بیمارستان مطهری تشکر و قدردانی می‌نماید.

References:

1. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. J Nurs Scholarsh 2004;36(3):226–32.
2. Mercer RT. Nursing support of the process of becoming a mother. J Obst Gynecol Neonatal Nurs 2006;35(5):649-51.
3. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. New England J Med 2002;347(3):194-9.
4. Holditch-Davis D, Miles MS. Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. Neonatal Netw 2000;19(3):13–21.
5. Wardlaw TM. Low Birthweight: Country, regional and global estimates: UNICEF; 2004.
6. Roudbari M, Yaghmaei M, Soheili M. Prevalence and risk factors of low-birth-weight infants in Zahedan, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2007;13(4):838–45.
7. Golestan M, Akhavan Karbasi S, Fallah R. Prevalence and risk factors for low birth weight in Yazd, Iran. Singapore Med J 2011;52(10):730-3.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

8. Moghaddam Tabrizi F, Saraswathi G. Maternal anthropometric measurements and other factors: relation with birth weight of neonates. Nutrition Res Practice 2012;6(2):132-7.
9. Islami Z, Fallah R, Mosavian T, Pahlavanzadeh MR. Growth parameters of NICU admitted low birth weight preterm neonates at corrected ages of 6 and 12 month. Iran J Reproduc Med 2012;10(5):459-64.
10. Movahedi M, Hajarizadeh B, Rahimi A, Arshinchi M, Amirhosseini K, Haghdoost AA. Trends and geographical inequalities of the main health indicators for rural Iran. Health policy and planning 2009;24(3):229-37.
11. Als H, Butler S, Kosta S, McAnulty G. The Assessment of Preterm Infants' Behavior (APIB): furthering the understanding and measurement of neurodevelopmental competence in preterm and full-term infants. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2005;11(1):94–102.
12. 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 Ment health J 2006;27(5):494-508.
13. Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI. The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. J Child Psychol Psychiatry 1999;40(6):929-39.
14. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, et al. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study. Arch Women's Men health 2009;12(4):193-201.
15. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative health Res 2005;15(9):1277-88.
16. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. Hätönen H, Suhonen R, Warro H, Pitkänen A, Välimäki M. Patients' perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study. J Psychiatric Men health Nurs 2010;17(4):335-41.
18. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Advan Nurs 2008;62(1):107-15.
19. 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.
20. Chang Lee S-N, 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.
21. Rogan F, Shimed V, Barclay L, Everitt L, Wylli A. Becoming a mother'—developing a new theory of early motherhood. J Adv Nurs 1997;25(5):877-85.
22. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2007;(3):CD003519.
23. Nyström K, Öhrling K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. J Adv Nurs 2004;46(3):319-30.
24. Aagaard H, Hall EO. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. J Pediatric Nurs 2008;23(3):e26-e36.
25. Bruns DA, McCollum JA. Partnerships between mothers and professionals in the NICU: caregiving, information exchange, and relationships. Neonatal Netw 2002;21(7):15–23.
26. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. Struggling to mother: a consequence of inhibitive nursing

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

interactions in the neonatal nursery. J Perinat Neonatal Nurs 2001;15(2):49–64.

27. Wilsson M. Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit—an interview study. Open J Nurs 2011;01(03):51–8.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

BARRIERS OF PARENTING IN MOTHERS WITH A VERY-LOW-BIRTH-WEIGHT PRETERM INFANT, AND THEIR COPING STRATEGIES

Radfar M[1], MogadamTabrizi F[2]

Received: 2Jul , 2014; Accepted: 17 Sep , 2014

Abstract

Background &Aims : Becoming a mother is one of the most important life changing events that a woman experiences. Clearly the birth of very-low-birth-weight preterm infants imposes many challenges for the mothers. There is insufficient information regarding the mothers' experiences on the process of becoming a mother when their preterm infants are in neonatal intensive care units (NICU). The aim of this study was to explore the women´s experiences of barriers of parenting and coping strategies when their preterm infants were born with a very-low-birth-weight.

Materials & Methods: This study was conducted based on qualitative approach and by focusing on content analysis. 18 mothers were observed and interviewed while their baby was in hospital. The interviews were recorded and printed out. The data were analyzed according to Graneheim and Lundman. MAXQDA2007 was applied to manage the data.

Results: The participants' experience indicated that they experienced barriers in becoming a mother, so they use some strategies to cope with this situation. Merging the "barriers of parenting" and "applied strategies" resulted in extracting a category which was called "establishment of communication". Each category included subcategories.

Conclusion: The study led to the understanding of the experiences of mothers of very low birth weight neonates. Becoming aware about the barriers of becoming a mother in women with very-low-birth-weight neonates can help the health care providers, especially the nurses and midwives, to overcome the mentioned barriers, and consequently to improve child care quality.

Key words: Parenting, Content Analysis, Very Low Birth Weight, preterm infant

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
Tel: (+98) 44 32754916

Email: fmtabrizi@gmail.com

[1] *Asistant professor of Nursing, faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.*
[2] *Asistant professor of Midwifery, faculty of Nursing and Midwifery, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)*

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]