

تبیین تجارب زیستی مادران از سازگاری با مرگ پری‌ناتال: یک مطالعه کیفی

دکتر حمیده محدثی^۱، دکتر آرام فیضی^۲، دکتر گیتی ازگلی^۳،
دکتر کوروش ساکی^۴، مرضیه ساعی قره‌ناز^{۵*}

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۲. دانشیار گروه پرستاری، مرکز مطالعات توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۳. استادیار گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۵/۲۶

خلاصه

مقدمه: مرگ پری‌ناتال یکی از حوادث استرس‌زا با اثرات زیان‌بخش زیان‌بخش روانی در زندگی مادران است که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف شناخت عمیق تجربه زیستی مادران از مرگ پری‌ناتال انجام شد.

روش کار: این مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۱ در شهر ارومیه انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند بوده و ۱۴ مادر با سابقه تجربه مرگ پری‌ناتال مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل مقایسه‌ای مداوم استفاده شد.

یافته‌ها: تجربه سازگاری مادران با مرگ پری‌ناتال و عوامل مرتبط با آن در ۲۴ طبقه به دست آمد که از این طبقات ۴ درون‌مایه شامل: نیاز به درک شدن، فراموشی، خود توجیه‌سازی و امیدوار بودن به تولد بچه سالم در آینده آشکار شد.

نتیجه‌گیری: مطابق نتایج مطالعه حاضر مادران در مواجهه با مرگ پری‌ناتال با توجیه خود سعی در فراموش کردن آن می‌کنند تا در نهایت امیدوار به بارداری آینده باشند و در پیمودن این فرایند نیاز به درک شدن دارند. ارائه خدمات تسکینی و حمایتی توسط سیستم‌های مرتبط طی شدن این فرایند را تسهیل می‌کند.

کلمات کلیدی: تجربه زیستی، مرگ پری‌ناتال، مطالعه کیفی، سوگ

* نویسنده مسئول مکاتبات: مرضیه ساعی قره‌ناز؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. تلفن: ۰۹۱۴۹۷۸۶۱۵۷؛
پست الکترونیک: saeigarenaz@gmail.com

مقدمه

بارداری یکی از رویدادهای مهم و تأثیرگذار در زندگی زنان بوده و از لحاظ روان‌شناختی وسیله‌ای برای خودشکوفایی آنان تلقی می‌شود. دلبستگی هیجانی به فرزند، از ابتدای بارداری آغاز شده و تحت تأثیر تصاویر ذهنی مادر از جنین در سه ماهه دوم حاملگی به اوج خود می‌رسد (۱). با این حال، بارداری همیشه آن طور که انتظار می‌رود به تولد یک نوزاد سالم ختم نمی‌شود و در این میان مرگ پری‌ناتال یکی از مشکلات مهم مربوط به این دوران به حساب می‌آید (۲). مرگ پری‌ناتال یکی از حوادث پراسترس زندگی است که فرد می‌تواند آن را تجربه کند (۳). آمارهای موجود نشان می‌دهد، از کل مولاید سالیانه در دنیا بیش از ۱۴ میلیون نفر در اولین سال زندگی از بین می‌روند و از این بین حدود ۶۰٪ مربوط به مرگ نوزادان است (۴). همچنین آمارها نشان می‌دهند حدود ۵/۹ میلیون مرگ پری‌ناتال در دنیا رخ می‌دهد که تقریباً همه آن‌ها در کشورهای در حال توسعه و حدود نیمی از آن‌ها مربوط به مرده‌زایی است (۵). میزان مرده‌زایی در شهرهای مختلف ایران متفاوت است که محدوده آن بین ۲۷-۱۱/۷ در هزار مورد متفاوت می‌باشد (۶).

اهمیت تغییرات روحی ایجاد شده به دنبال مرگ جنین یا نوزاد از حدود ۳۰ سال پیش برای برخی پژوهشگران روشن شده و پژوهش‌های تخصصی در این رابطه از سال ۱۹۸۵ در آمریکا توسط فیپ آغاز شد و تاکنون مطالعات زیادی بر روی میزان اختلالات عاطفی والدین با سابقه مرگ جنین و نوزاد انجام شده است (۷). مطالعات نشان دادند که تأثیر مرده‌زایی و مرگ نوزاد، در مادر با حالت شوک، خشم، احساس پوچی و درماندگی، افسردگی، احساس گناه و ایجاد احساس منفی در زندگی، وجود علائم اضطراب، اختلال استرس بعد از حادثه، خودکشی، مصرف مواد و مشکلات زناشویی همراه است (۸-۱۲). همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که کیفیت زندگی در مادران با تجربه مرگ جنین یا نوزاد، کاهش می‌یابد (۸). مطالعات نشان داده‌اند که زوجینی که سابقه مرگ پری‌ناتال دارند احتمال بیشتری برای درگیری و کشمکش با یکدیگر دارند (۹، ۱۰). تاکنون مطالعات

متعددی در مورد مرگ پری‌ناتال، علل، عوارض و پیامدهای آن انجام شده است، ولی مطالعات بسیار محدودی به تجربه مادران از مرگ پری‌ناتال پرداخته‌اند. در مطالعه وان (۲۰۰۱) که با ۱۰ زن آمریکایی آفریقایی تبار بالای ۱۸ سال با تجربه مرگ پری‌ناتال مصاحبه شد، استراتژی‌هایی که این زنان برای بازیابی سلامت خود بعد از مرگ پری‌ناتال به کار می‌گرفتند شامل: معنویت، اجتناب، ندای آرامش از درون^۱ و یافتن علت مرگ پری‌ناتال^۲ بود (۱۱). هرش برگر و همکار (۲۰۰۵) طی یک مطالعه پدیدارشناسی به مطالعه تجربه مرگ پری‌ناتال در ۲۳ زن کم درآمد آمریکایی آفریقایی تبار در دامنه سنی ۴۹-۳۴ سال پرداختند. این پژوهشگران به چهار مضمون یا درون‌مایه دست یافتند که شامل: قبول مشکلات و پاسخ به مرگ، کنار آمدن با وقایع تنش‌زای زندگی، یادآوری و بزرگداشت خاطرات مربوط به فرزند از دست رفته و ادامه زندگی با وجود چیزی که از دست رفته است، بود (۱۲). فنستر ماچر (۲۰۱۴) طی مطالعه خود که با رویکرد نظریه پایه (گراند تئوری) انجام دادند، به بررسی تجارب دختران نوجوان سیاه پوست از مرگ پری‌ناتال پرداختند. در این مطالعه طبقه (متغیر) محوری^۳، "بردباری در مقابل مرگ" تعیین شد. سایر طبقات که با این طبقه محوری در ارتباط بودند شامل: "حفظ خاطرات و نگهداری روابط"، "درخواست حمایت" و "جستجوی معنا و دلیل مرگ نوزاد" بود. در نهایت این نوجوانان به چشم‌انداز جدیدی از زندگی دست یافتند (۱۳). تعیین تجارب مادران از سازگاری با مرگ پری‌ناتال، با مطالعه کیفی امکان‌پذیر است، چرا که تحقیق کیفی به پژوهشگر اجازه ورود به دنیای درونی مشارکت‌کنندگان را جهت تعیین و مشخص ساختن معانی شکل گرفته در یک فرهنگ و کشف متغیرها می‌دهد (۱۴). نظر به اینکه تاکنون مطالعه‌ای در زمینه تجربه مادران از مرگ پری‌ناتال در ایران انجام نشده است، این مطالعه کیفی با هدف تبیین چگونگی سازگاری مادران با مرگ پری‌ناتال طراحی شد، تا بافتار^۴

¹ Inner voice of comfort

² Finding purpose in the loss

³ Core category

⁴ context

نيز براي گردآوری داده‌ها استفاده شد. پژوهشگر با مصاحبه و مکالمه عمیق و بدون ساختار با سؤالات باز و محوری و بدون هدایت و جهت‌دهی به بحث، با پرسش‌های اضافی به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا تجارب زندگی خود را از مرگ پری‌ناتال بیان کنند. برای درک عمیق‌تر نظرات مشارکت‌کنندگان در مورد مرگ پری‌ناتال از سؤالات موشکافانه‌تر مانند ممکن است در این مورد توضیح بیشتری بدهید؟ منظور شما از این جمله چیست؟ برداشت خود را از این قضیه چگونه توصیف می‌کنید؟ برای وضوح بیشتر بیانات استفاده شد. مطالعه کاچ (۱۹۹۵) نشان داد که طرح سؤالات باز، زمینه‌ای را جهت توصیف کاملی از تجربیات، فراهم می‌کند (۱۶). متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد و با شکستن هر متن، مضمون‌ها یا درون‌مایه‌ها به عنوان کوچک‌ترین واحدهای تشکیل‌دهنده معنی‌دار استخراج، کدبندی و طبقه‌بندی شد. داده‌ها به صورت تحلیل مقایسه‌ای مداوم^۳ آنالیز شدند، بدین معنی که متن هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی به طور کامل تحلیل شد و نتیجه، اطلاعات لازم برای انتخاب مشارکت‌کننده بعدی را فراهم نمود. به طور کلی از معیار انتقال پذیری، قابلیت اعتماد، تأییدپذیری و موثق بودن جهت اطمینان از صحت و پایایی داده‌ها استفاده شد، از نظارت خارجی برای افزایش پایایی استفاده شد؛ به این معنا که بخشی از داده‌ها به محقق که ارتباطی با پژوهش نداشت و به عنوان یک ناظر خارجی بود، داده شد تا مشخص شود که آیا او نیز درک مشابهی از داده‌ها دارد؟ جهت اطمینان از دقت و استحکام داده‌ها و نتایج حاصل از تحقیق از روش‌های مختلف از جمله درگیری طولانی مدت با موضوع و داده‌ها، غوطه‌وری در داده‌ها، درخواست از مشارکت‌کنندگان برای بررسی داده‌ها و یافته‌ها و تطبیق آن‌ها با تجربیات استفاده شد (۱۷، ۱۸).

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۷ زن با سابقه مرگ پری‌ناتال جهت مصاحبه دعوت شدند که ۳ نفر مراجعه نکردند و مصاحبه

و فرآیند روانی- اجتماعی^۱ که منجر به ایجاد سازگاری در این مادران می‌شود، آشکار شود.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی است که با رویکرد تحلیل محتوا، به تبیین تجارب زیستی مادران از سازگاری با مرگ پری‌ناتال پرداخت. مادران دارای تجربه مرگ پری‌ناتال از فروردین ۱۳۹۱ تا تیر ماه ۱۳۹۱ مورد مصاحبه قرار گرفتند. زایمان همه این مادران در یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفته بود. تحلیل محتوای کیفی به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های مکتوب به کار می‌رود (۱۵). در این مطالعه بعد از دریافت تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مشارکت‌کنندگان با روش هدفمند و با مد نظر قراردادن حداکثر تنوع^۲ انتخاب شدند. نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع نظری تمام طبقات تحلیلی ادامه یافت. قبل از مصاحبه، به زنان در مورد اهداف مطالعه توضیح داده شد و از آنان رضایت کتبی و آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی می‌ماند. معیارهای ورود مشارکت‌کنندگان به مطالعه شامل: سابقه سقط دیررس، مرده‌زایی یا مرگ دوران نوزادی (تا روز ۲۸ بعد از تولد)، توانایی تکلم به زبان فارسی، توانایی تکمیل نمودن پرسشنامه، داشتن همسر و تمایل به بیان تجربیات خود و معیار خروج از مطالعه عدم رضایت به ادامه شرکت در مطالعه بود.

برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق استفاده شد. با ۱۷ مشارکت‌کننده از طریق تماس تلفنی قرار ملاقات گذاشته شد که در نهایت ۱۴ نفر در مصاحبه‌ها شرکت کردند. مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه نوشته می‌شد. مصاحبه‌ها بر اساس نظر مشارکت‌کنندگان در یکی از بیمارستان‌های شهر ارومیه یا مرکز تحقیقات سلامت باروری انجام شد و هر مصاحبه تقریباً ۶۰-۴۰ دقیقه طول کشید. در این مطالعه علاوه بر مصاحبه، از ثبت یادآور و یادداشت‌های در عرصه

¹ Social interaction

² Maximum variation

³ Constant comparative analysis

طبقه‌بندی مدلی طراحی شد که بر اساس عوامل تأثیرگذار بر تجربه سازگاری مادران از مرگ پری‌ناتال بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، در مدل شماره ۱، عوامل مؤثر بر تجربه سازگاری مادران از مرگ پری‌ناتال در ۴ درون‌مایه اصلی تبیین شدند: ۱) نیاز به درک شدن، ۲) امیدوار بودن به تولد بچه سالم در آینده، ۳) خودتوجه‌سازی و ۴) فراموشی. این ۴ درون‌مایه اصلی، خود از ۲۴ درون‌مایه فرعی تشکیل شدند (جدول ۱).

با ۱۴ مادر انجام گرفت. در این بررسی اکثر مادران (۳۵/۷٪) در فاصله سنی ۲۵-۲۰ سال و همسر آن‌ها در فاصله سنی ۴۰-۳۱ سال (۳۵/۷٪) قرار داشتند. تحصیلات بیشتر مادران دیپلم (۵۰٪) و همسر آن‌ها نیز اکثراً دارای مدرک دیپلم (۴۲/۵٪) بودند. در ۶ نفر (۴۲/۸٪) موارد مدت ازدواج کمتر از ۵ سال بود. شغل بیشتر مادران (۸۵/۷۲٪) خانه‌دار و شغل بیشتر پدران (۴۲/۸۵٪) کارمند بود. بعد از انجام مصاحبه، کدگذاری و

جدول ۱- درون‌مایه‌های استخراج شده از تجارب شرکت‌کنندگان

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی
	حمایت اطرافیان و همسر و والدین، فامیل همسر (بستگان)
فراموشی	تغییر محل سکونت سرگرم شدن با کار و ... مسافرت گذر زمان
امیدوار بودن به تولد بچه سالم	داشتن فرزند قبلی تولد بچه‌ای سالم در فامیل مخصوصاً خانواده مادری جوان بودن و کم سن بودن مادر تمایل به باردار شدن مجدد
	نگه داشتن وسایل کودک ختم بارداری از طرف پزشک به علت طبی سازگاری اطرافیان باردار بودن مجدد مساعد نبودن شرایط مالی
خود توجه‌سازی، خودکنترلی و واقع بین بودن	رفتن به منزل اقوام (افزایش میزان دید و بازدیدها یا رفت و آمدهای فامیلی) ندیدن چهره نوزاد بیمار بودن نوزاد گوش دادن به موسیقی باورهای مذهبی ناخواسته بودن بارداری و عدم تمایل به بارداری مجدد نرفتن به مزار نوزاد مرده
نیاز به درک شدن	نیاز به حمایت از سوی خانواده نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت نیاز به اشتراک تجربه

پری‌ناتال دارد. از ۱۴ مادر مشارکت کننده، ۱۲ نفر حمایت همسر و ۹ نفر حمایت پدر و مادر را در سازگاری با مرگ پری‌ناتال مهم دانستند. شرکت‌کننده شماره ۴ در این مورد گفت: "همسر من همیشه بهم روحیه می‌داد، پدر و مادرم خیلی مؤثر

۱) نیاز به درک شدن:

یکی از نیازهای مهمی که از سوی مادران برای سازگاری با مرگ پری‌ناتال احساس شد، نیاز به درک شدن بود. آنان بیان می‌داشتند که درک شدن از جانب همسر، والدین و اطرافیان نقش مهمی در سازگاری آن‌ها با مرگ

۲) امیدوار بودن:

یکی دیگر از روش‌های مهمی که از سوی مادران برای سازگاری با مرگ پری‌ناتال احساس شد، امید داشتن به بارداری مجدد بود. شرکت‌کننده شماره ۱۴ در این مورد می‌گفت: "خودم به خودم می‌گم هر وقت دلم بخواد می‌تونم بچه‌دار بشم و این منو خیلی آروم می‌کرد". شرکت‌کننده شماره ۵ در این مورد گفت: "روحیه خود آدم خیلی مؤثره، خودت به خودت می‌گی اون مرده، اما باز تا سال بعد میتونی باردار بشی. وای به حال کسی که نمی‌تونه بچه‌دار بشه" (مادر ۲۱ ساله). شرکت‌کننده شماره ۱۳ در این مورد گفت: "الان به مقدار خوب شدم خودم به خودم روحیه می‌دم، می‌گم اگه دوباره بچه دار بشم شاید پسر بشه، خودم به خودم روحیه میدم" (مادر ۴۳ ساله). شرکت‌کننده شماره ۶ در این مورد گفت: "باید به زندگی، زندگی دوباره و بچه‌دار شدن امیدوار بود. اگر امید از دست برود که چیزی نمی‌ماند" (مادر ۲۶ ساله).

یکی دیگر از مفاهیم استخراج شده از تجربیات سازگاری مادران، تولد بچه‌ای سالم در فامیل مخصوصاً خانواده مادری بود. به طور مثال شرکت‌کننده شماره ۱ در این مورد گفت: "از حال و هوا بیرون آمدنم بیشتر به خاطر به دنیا آمدن بچه برادرم بود، وقتی می‌دیدم خوشحال می‌شدم انگار بچه خودم بود، خیلی بهم تأثیر گذاشت" (مادر ۳۴ ساله).

داشتن فرزند قبلی نیز یکی از مفاهیم استخراج شده از درون‌مایه اصلی امیدوار بود. به طور مثال شرکت‌کننده شماره ۲ در این مورد گفت: "همین که پسر رو می‌بینم می‌گم خدا رو شکر که همین رو دارم خیلی‌ها همین رو ندارن (مادر ۲۵ ساله). شرکت‌کننده شماره ۱۱ در این مورد گفت: "خودم، خودم رو خیلی کمک کردم، می‌گفتم ولش کن این دوتا (بچه) رو که دارم خدا نگه داره".

جوان بودن مادر یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در امیدواری مادران شرکت‌کننده در این مطالعه بود. به طور مثال شرکت‌کننده شماره (۱۴) در این مورد گفت: "هر وقت ناراحت بودم همسر من می‌گفت ما جوان هستیم و باز بچه‌دار می‌شیم" (مادر ۳۴ ساله).

بودند، حمایت خانواده همسر هم بود. اونا هم کمک می‌کردند با حرف زدن روحیه می‌دادند، بیشتر خواهان همسر خیلی کمک کردن، خیلی دلداری می‌دادن، خیلی مؤثر بود" (مادر ۲۵ ساله). شرکت‌کننده شماره ۸ در این مورد گفت: "مادرشوهرم خیلی دلگرمی می‌داد، وقتی منو دید بعد ۲ روز گریه کرد گفت اصلاً نگران نباش، باز بچه سالم به دنیا می‌آوری، اگه مادرشوهرم خلاف این چیزا می‌گفت بیشتر ناراحت می‌شدم" (مادر ۲۶ ساله). شرکت‌کننده شماره ۱۳ در این مورد می‌گفت: "به نظر من شوهر آدم، خیلی مهمه بهش روحیه بده، رفتارش در دوران بارداری و موقع زایمان بیشتر تأثیر داره تا اطرافیان. شوهرم می‌گه مقصر خودتی من که ازت بچه نخواستم، این حرفش بیشتر منو ناراحت می‌کرد" (مادر ۴۳ ساله). شرکت‌کننده شماره ۱۱ در این مورد گفت: "همسرم خیلی دلداری می‌داد، خاله‌هام کمک کردن، پدرم هم می‌گفت ولش کن، ناراحت نباش، همه می‌گفتن ولش کن دیگه چیکار کنیم" (مادر ۳۹ ساله). شرکت‌کننده شماره ۱۰ در این مورد گفت: "شوهرم خیلی کمکم کرد، خیلی بهم روحیه می‌داد، خیلی پیشم بود، بیشتر اون بهم کمک کرد" (مادر ۲۰ ساله).

نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت یکی از نیازهای اساسی مطرح شده در تجربیات سازگاری مادران است. به طور مثال شرکت‌کننده شماره ۴ در این مورد می‌گفت: "پزشک هم خیلی بهم روحیه می‌داد، دو سه بار بعد که رفتم خیلی راهنمایی‌ام کرد، برای آزمایشات می‌رفتم می‌گفت خیلی خوب شد" (مادر ۲۵ ساله).

به اشتراک گذاشتن تجربه یکی دیگر از درون‌مایه‌های فرعی مربوط به نیاز به درک شدن است. شرکت‌کننده شماره ۱۰ در این مورد گفت: "به دیگران توصیه می‌کنم توکلشان به خدا باشه چون هیچ کس از دستش کاری بر نمی‌آید، توکل به خدا. یک سری ممکن است نازا باشند اما من نازا نیستم و بچه دارم. اگر بگویند خودت را ناراحت نکن همش حرف است. بنظرم ناراحتی‌اش را بکند، گریه‌اش را بکند، خودش را تخلیه کند، تو خودشون نریزند. جایی باشه و گریه‌شان را بکنند درد دلشان را بکنند و بعدش هم زندگی‌شان را بکنند" (مادر ۲۰ ساله).

۳) خود توجیه سازی، خود کنترلی و واقع بین بودن:

مفهوم دیگری که اکثر مادران برای سازگاری بر آن تأکید داشتند، خودکنترلی با اعتقادات و باورهای مذهبی بود. شرکت کننده شماره ۱۳ در این مورد گفت: "خودم به خودم روحیه می‌دادم، کار خدا بوده، با گریه کردن چیزی درست نمیشه" (مادر ۴۳ ساله). شرکت کننده شماره ۱۰ در این مورد گفت: "زیاد به خدا توکل می‌کنم، ازش می‌خوام که بهم یه بچه سالم بده و اینا روحیه‌ام رو بهتر کنه و حس می‌کنم اگر از خدا بخوام بهم می‌ده (شرکت کننده ۱۰، مادر ۲۰ ساله).

شرکت کننده شماره ۴ در این مورد گفت: "خود آدم به نظرم خیلی در سازگاری مؤثره، توکل به خدا خیلی منو آروم می‌کرد، از نمازهایی که می‌خوندم و دعاهایی که می‌کردم می‌گفتم این‌ها یک پیشامد است" (مادر ۲۵ ساله). شرکت کننده ۳ گفت: "نماز خوندن تو روحیه آدم خیلی تأثیر داره، آدم آروم میشه، دلداری دادن هم خوبه، خودم اینطوری میگم اما تا یادم میاد ناراحت می‌شم" (مادر ۴۳ ساله).

نگه داشتن وسایل کودک نیز در سازگاری مادران شرکت کننده در این مطالعه نقش داشت. به طور مثال شرکت کننده شماره ۱۲ این چنین گفت: "هر وقت لباس‌های فرید رو جمع می‌کنم، به وسایل بچه هم دست می‌زنم. بودنش برام بهتره چون اگه جمع کنم احساس می‌کنم بچه رو خودم بیرون کردم (مادر ۳۴ ساله). شرکت کننده شماره ۱۰ این چنین می‌گفت: "بچه برام خاطره‌ست، عکس و فیلم و حتی شناسنامه‌اش را نگه داشتم و اینا ناراحت نمی‌کنه" (مادر ۲۰ ساله).

ناخواسته بودن بارداری، یکی دیگر از مفاهیم سازگاری در تجربیات مادران شرکت کننده در این مطالعه بود. به طور مثال شرکت کننده شماره ۸ در این مورد چنین می‌گفت: "بارداری‌ام ناخواسته بود، اون روزی که ختم حاملگی‌ام اعلام شد، من جزء مریض‌های نادری بودم که خوشحال بودم می‌تونم با خیال راحت به درسام برسم، به کارام برسم" (مادر ۲۶ ساله).

شرکت کننده شماره ۱۴ در مورد تجربه سازگاری خود گفت: "مسافرت می‌رفتیم، آهنگ‌های شاد می‌گذاشتن،

مهمون دعوت می‌کردن، وسایل بچه رو از جلوی چشم برمی‌داشتن".

باردار بودن مجدد، یکی دیگر تجربیات مطرح شده شرکت کنندگان برای سازگاری بود. به طور مثال شرکت کننده شماره ۵ در این مورد گفت: "حالا باردارم این خیلی بهم روحیه می‌ده" (مادر ۲۱ ساله).

بیمار بودن نوزاد نقش مهمی در سازگاری با مرگ پری‌ناتال داشت. شرکت کننده شماره ۴ در این مورد گفت: "دکتر می‌گفتن بچه زنده می‌موند نارسایی داشت، کلیه‌هاش خوب کار نمی‌کرد، قلبش مشکل پیدا کرده بود، اگر می‌موند سختش بود، منم خدا را رو شکر می‌کردم که نموند. اگه می‌موند نگره‌داریش سخت بود" (مادر ۲۵ ساله). شرکت کننده شماره ۷ در این مورد گفت: "امید به خدا کمکم کرد همین که کمک کرد از اتاق عمل بیام بیرون، بهم امید داد، زندگی داد، آنقدر دوام داشت که بچه مریض رو دستم نمود" (مادر ۳۲ ساله). شرکت کننده شماره ۹ در این مورد گفت: "وقتی بچه توی دستگاه بود با خودم کلنجار می‌رفتم که خدا یا افسردگی بگیرم، خودم را آماده کرده بودم که شاید بچه را از دست بدهم، از طرفی می‌ترسیدم چون ریه بچه کامل نبود، اگر زنده می‌موند شاید ناقص می‌شد، باید همش اکسیژن با خودش حمل کنه، خلاصه همه جوره فکر کردم تا خودمو با این وضعیت سازگار کردم" (مادر ۴۳ ساله).

نرفتن بر سر مزار نوزاد نیز نقش چشمگیری در خودکنترلی در مسیر سازگاری داشت. به عنوان مثال شرکت کننده شماره ۶ در این مورد گفت: "مزار بچه نمی‌رم، شوهرم دو سه بار رفته اما من نمی‌رم چون برم می‌شینم گریه می‌کنم، با کارهای خونه خودم رو مشغول می‌کردم تا بهش فکر نکنم، خونه مادرم می‌رفتم، خواهرم خونه می‌اومد تا روحیه‌ام شاد بشه، اینطوری روحیه‌ام خوب شد" (مادر ۲۶ ساله).

واقع بین بودن یکی دیگر از عوامل مؤثر در خودکنترلی جهت سازگاری با مرگ پری‌ناتال بود که از سوی شرکت کنندگان مطرح شده بود. شرکت کننده شماره ۱۰ در این مورد گفت: "خودم به خودم روحیه می‌دادم که شاید قسمت اینه که اینجوری بشه، گفتم اگه خودم رو

۹ در این مورد می‌گوید: "گذر زمان رو آدم خیلی تأثیر داره، آدم می‌تونه فراموش کنه نه ۱۰٪، اما الان دیگه خودمو با این شرایط وفق دادم" (مادر ۴۳ ساله). شرکت‌کننده شماره ۱۰ در این مورد گفت: "گذشت زمان باعث میشه خود به خود از یاد آدم بره و سازگار بشه" (مادر ۲۰ ساله).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در فراموشی مرگ پری‌ناتال که از جانب مادران مطرح شد، مشغول کردن خود بود. به طور مثال شرکت‌کننده شماره ۴ در این مورد گفت: "برای پرت شدن حواسم سعی می‌کردم بیشتر برم بیرون، بیرون شهر، پیاده روی، کتاب می‌خوندم، بعضی وقت‌ها با کامپیوتر خودم رو مشغول می‌کردم" (مادر ۲۵ ساله).

بحث

این مطالعه با هدف تبیین تجارب زیستی مادران از سازگاری با مرگ پری‌ناتال به صورت کیفی انجام شد. یکی از عوامل تأثیرگذار بر تجربه سازگاری مادران با تجربه مرگ پری‌ناتال، فراموشی با استفاده از روش‌های مختلف از جمله حمایت اطرافیان، تغییر محل سکونت، سرگرم شدن با کار، مسافرت و گذر زمان بود که در اکثر مطالعات انجام یافته در رابطه با کنار آمدن با اندوه بعد از مرگ کودک نیز به آن اشاره شده است. در طی هفته‌ها و ماه‌ها بعد از مرگ بچه‌ها، والدین مجبور می‌شوند که به دنبال راه‌هایی برای زندگی همراه فقدان باشند. بیشتر والدین با تکیه بر معنویتشان سعی می‌کنند تا فقدان را درک کرده و به فکر بارداری مجدد باشند. همچنین والدین دنبال فعالیت‌هایی هستند تا مشغول و سرگرم شده و از تمرکز روی موضوع فرزندانشان منحرف شده و نیز دنبال تکیه‌گاه اجتماعی شوند (۱۹).

یکی دیگر از درون مایه‌های اصلی دیگر استخراج شده در این مطالعه، نیاز به درک شدن بود که دارای سه درون مایه فرعی شامل: نیاز به حمایت از سوی خانواده، نیاز به حمایت از سوی تیم سلامت و نیاز به اشتراک تجربه بود. حمایت اجتماعی نقش مهمی را در پیدا کردن سازگاری والدین دچار مرگ پری‌ناتال دارد (۲۰). در مطالعه کاکیتور (۲۰۱۰) حمایت اجتماعی مهم‌ترین

ناراحت کنم مگه بچه برمی‌گرده، سعی می‌کردم روحیه‌ام را خوب کنم (مادر ۲۰ ساله).

ندیدن چهره نوزاد نیز از سوی شرکت‌کنندگان جهت سازگاری تأکید شده بود. به عنوان مثال شرکت‌کننده شماره ۷ در این مورد می‌گفت: "هنوز قیافه‌اش از ذهنم نرفته، کاش نمیدیدمش چون دیدمش باعث شده بدتر بشم" (مادر ۳۲ ساله).

(۴) فراموشی:

نتایج این مطالعه نشان داد که حمایت اطرافیان، همسر، والدین و فامیل همسر نقش مهمی در سازگاری مادران با مرگ پری‌ناتال دارد. شرکت‌کننده شماره ۶ در این مورد گفت: "همسر، مادرم، خانواده شوهرم، مادرشوهرم خوب، حمایت کردن می‌گن بهش فکر نکن، وقتی گردش میرن منو هم می‌برند، مادرشوهرم هر روز منو میبره پیاده‌روی، همیشه به شوهرم میگم اگه کنارم باشه همه چی رو فراموش می‌کنم" (مادر ۲۶ ساله).

تغییر محل سکونت، یکی دیگر از تجارب مادران بود که برای سازگاری با مرگ پری‌ناتال مطرح شده بود. شرکت‌کننده شماره ۹ تعویض خانه را گام مؤثر در سازگاری با اندوه می‌دانست، چرا که بچه را در حیاط پشتی خانه شسته بودند. کفنش کرده بودند، مادر می‌گوید: "همیشه وقتی حیاط می‌رفتم توی ذهنم بود که بچه را چطور شستن، چون اون موقع از پنجره نگاه می‌کردم" (مادر ۴۳ ساله) و شرکت‌کننده شماره ۱ در این مورد گفت: "همسر خیلی دلداری می‌داد بیشتر کنارم بود چون تو اون خونه بودیم همه جاش برام یه جور بود چون ۹ ماه بارداری‌ام تو اون خونه بودم همش تو ذهنم می‌چرخید برا همین همسر با قرض و وام خونه رو عوض کرد خیلی تأثیر داشت" (مادر ۳۴ ساله).

مسافرت، از دیگر تجربیات سازگاری مادران شرکت‌کننده در این مطالعه بود. به طور مثال شرکت‌کننده شماره ۱۱ در پاسخ به این سؤال که چه چیزی بهت کمک کرد از آن حال و هوا خارج شوی، گفت: "رفتیم گردش، مسافرت خیلی کمک کرد" (مادر ۳۹ ساله).

گذشت زمان از دیگر مواردی بود که تعدادی از مادران جهت سازگاری بر آن تأکید داشتند. شرکت‌کننده شماره

حامی مطرح شده بود که این حمایت از منابع مختلف (والدین، گروه‌های حمایتی، مشاوران و مراقبان سلامتی) تأمین شده و مادرانی که این حمایت را دریافت نکرده بودند، بیشتر اظهار ناامیدی می‌کردند (۲۱). روابط خانوادگی منبعی از قدرت محسوب می‌شود، همراهی دو زوج در چنین موقعیت‌هایی بی‌نهایت مهم است. در مطالعه‌ای دیگر از کاکیتور و همکاران (۲۰۰۹)، مادران دارای تجربه مرگ جنین در ۱۸ ماه گذشته بررسی شده بودند که یافته‌ها حاکی از اضطراب و افسردگی مادران بود و در مطالعه مذکور ۹۱/۷٪ از مادران از حمایت اعضای خانواده، ۹۰٪ از حمایت پرستاران و ۶۷/۹٪ از حمایت پزشکان و ۵۳/۴٪ از حمایت سایر گروه‌ها برخوردار بودند و نتایج نهایی حاکی از آن بود که حمایت خانوادگی و اجتماعی در کاهش اضطراب و افسردگی بیش‌ترین تأثیر را داشتند (۲۲). نتایج مطالعات نشان داده‌اند که حمایت همسر مهم‌ترین منبع حمایتی بعد از مرگ پرناتال است (۲۳، ۲۴). در مطالعه سوتان و همکاران (۲۰۱۰) حمایت دوستان نقش مهمی در سازگاری با مرگ پرناتال داشت (۲۵). در واقع حمایت اجتماعی شناخته شده‌ترین راهبرد مقابله با مرگ پرناتال است (۲۶). در مطالعه حاضر ۸۵/۷٪ مادران دارای تجربه مرگ پرناتال، حمایت از همسر و ۶۴/۳٪ حمایت والدین را درسازگاری مؤثر دانستند. نتایج مطالعه لنگویست و همکاران (۲۰۰۲) در سه بیمارستان جنوب سوئد (۱۹۹۸-۱۹۹۷) بر تجارب مادران از مرگ نوزاد (۲ هفته بعد از تولد) به روش فنومنولوژیکال که احساس توانمندی و ناتوانی مادران را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد که مادران هر دو احساس را تجربه کرده و خواهان درک و پذیرش تجاربشان بودند. از نظر اخلاقی تقویت استقلال مادر و همدلی با این مادران مهم بود (۲۷). در مطالعه راجان (۱۹۹۴) حمایت مادران از طرف کسانی که تجربه مشابهی داشتند، یک منبع کمک برای سازگاری بود (۲۸). در مطالعه حاضر نیز مادران توجه و همدلی از طرف ارائه‌دهندگان خدمات و همراهان را می‌خواستند و نیاز به درک‌شدن را در اشتراک تجربه و حمایت از سوی خانواده و تیم سلامت مهم دانستند. یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی استخراج شده در این

مطالعه، امیدوار بودن به تولد بچه سالم بود که دارای ۴ درون‌مایه فرعی شامل: داشتن فرزند قبلی، تولد بچه‌ای سالم در فامیل مخصوصاً خانواده مادری، جوان بودن و کم سن بودن مادر و تمایل به باردار شدن مجدد بود.

در مطالعه احدی و همکاران (۲۰۰۶) که دو گروه زنان نخست باردار و زنان باردار با سابقه مرگ جنین و نوزاد مقایسه شده بودند، نتایج حاکی از بالا بودن میزان اضطراب در زنان باردار با سابقه مرگ جنینی یا نوزاد بود که در مطالعه حاضر نیز مادرانی که بعد از مرگ یا سقط جنین دوباره باردار شده بودند، از اینکه نتوانند نوزاد سالمی به دنیا بیاورند نگران و مضطرب بودند. مرگ جنین امیدهای زندگی انسان را در هم می‌شکند (۲۹)، وابستگی والدین به رشد جنینی نوزاد باعث شکل‌گیری پیوند عاطفی بی‌نظیری می‌شود که مراقبین بهداشتی در برخورد با والدین این مسائل را در نظر گرفته و در صورت تمایل زوجین، فرصت مناسب جهت مشاهده کودک فوت شده، ارائه وسایل نوزاد از جمله کارت، دستبند و... را فراهم آوردند (۳۰).

خود توجیه‌سازی، خودکنترلی و واقع‌بین بودن، یکی دیگر از درون‌مایه‌های اصلی استخراج شده در این مطالعه بود که دارای ۱۲ درون‌مایه فرعی شامل: نگه داشتن وسایل کودک، ختم بارداری از طرف پزشک به علت طبی، سازگاری اطرافیان، باردار بودن مجدد، مساعد نبودن شرایط مالی، رفتن به منزل اقوام (افزایش میزان دید و بازدیدها یا رفت و آمدهای فامیلی)، ندیدن چهره نوزاد، بیمار بودن نوزاد، گوش دادن به موسیقی، باورهای مذهبی، ناخواسته بودن بارداری و عدم تمایل به بارداری مجدد و نرفتن به مزار نوزاد بود. مطالعات نشان داده‌اند که اعتقادات مذهبی به توانایی زن و شوهر برای مقابله با غم و اندوه بعد از مرگ پرناتال کمک می‌کند (۳۱).

در مطالعه حاضر برخی از مادران دیدن فرزند، در آغوش گرفتن وی، نگهداری وسایل کودک از جمله دفترچه بیمه، شناسنامه، لباس و شیشه شیر را یکی از راهکارهای مهم آرامش و کنار آمدن و سازگار شدن با مرگ نوزاد مطرح کردند. مطالعه ال-عبدی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که مادران سعودی کمتر تمایل دارند نوزاد فوت شده خود را ببینند و لمس کنند (۳۲). ولی

پدران نیز دارای اهمیت است. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده این مراحل به صورت زوجی نیز بررسی گردد. همچنین می‌توان به ساختن ابزارهای مناسب مراحل سازگاری مادران با مرگ پری ناتال برگرفته از طبقات و درون مایه های این تحقیق اقدام نمود تا بعد از آن اثربخشی مداخلات مشخص گردد. از نقاط قوت این مطالعه این بود که این مطالعه برای اولین بار در ایران با رویکرد کیفی به بررسی تجارب زیستی مادران از سازگاری با مرگ پری ناتال پرداخت.

نتیجه گیری

مطابق نتایج مطالعه حاضر مادران در مواجهه با مرگ پری ناتال با توجه خود سعی در فراموش کردن آن می‌کنند تا در نهایت امیدوار به بارداری آینده باشند و در پیمودن این فرآیند نیاز به درک شدن دارند. ارائه خدمات تسکینی و حمایتی توسط سیستم‌های مرتبط طی شدن این فرآیند را تسهیل می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم دانشکده پرستاری- مامایی و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری اتاق زایمان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

نتایج مطالعات کاکیتور (۲۰۱۰) بیانگر کاهش میزان اضطراب و افسردگی در مادرانی بود که بعد از مرگ ارتباط نزدیک با کودک خود داشتند (۲۱).

تحقیقات گذشته اشاره کرده‌اند که ممکن است والدین علائم تجربه غم و اندوه را تا ۱۲ ماه پس از دست دادن پری ناتال داشته باشند و اغلب اوقات غم و اندوه یک فرد ممکن است چند سال طول بکشد (۳۳). والدینی که کودکشان مرده است، زمانی که از دست رفتنشان را به یاد می‌آورند و زمان‌های معینی مانند سالگرد تولد یا مرگ کودک، ممکن است به تجربه غمگینی خود ادامه دهند.

در مطالعه حاضر خشم و افسردگی قبل از پذیرش وجود داشت. بنابراین باید مراقب بود که مراحل سازگاری درست سپری شود تا آثار سوئی برجای نگذارد. والدین حتی اگر زمان محدودی را با کودک گذرانده باشند، ممکن است ارتباط عاطفی روحی آن‌ها در دوران بارداری پیشرفت کرده باشد. یک روش عملی و مناسب که توانایی ارائه دهنده مراقبت را در از بین بردن غم و اندوه مادر و پدر افزایش می‌دهد شامل برقراری ارتباط توأم با مهربانی، پشتیبانی جسمی و روحی و پیگیری مراقبت‌های پزشکی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۳۴). مطالعه حاضر مراحل سازگاری مادران با مرگ پری ناتال را به صورت عمیق و برگرفته از این بستر نشان داد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه این بود که فقط به تبیین تجارب مادران پرداخت که توجه به تجارب زیستی

منابع

1. Abasi E, Tafazoli M. The effect of training attachment behaviors on primipara maternal fetal attachment. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Facul* 2009; 17(12):35-45.
2. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(5):630-8.
3. Flenady V, Wilson T. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 1:CD000452.
4. Namakin K, Sharifzadeh G. The evaluation of infants mortality causes and its related factors in Birjand. *J Isfahan Med Sch* 2009; 27(95):275-82.
5. Safer MP. Neonatal and perinatal mortality. Geneva: World Health Organization; 2007.
6. Jahani MA, Akbarian Rad Z, Naghavian M, Salmanian T, Haghshenas Mojaveri M. Factors affecting stillbirth rate in the hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences. *Iran J Neonatol* 2015; 6(3):22-7.

7. DiMarco MA, Menke EM, McNamara T. Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001; 26(3):135-40.
8. Hunfeld JA, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diagn* 1996; 16(9):783-90.
9. Shreffler KM, Hill PW, Cacciatore J. Exploring the increased odds of divorce following miscarriage or stillbirth. *J Divorce Remarriage* 2012; 53(2):91-107.
10. Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics* 2010; 125(5):e1202-7.
11. Van P. Breaking the silence of African American women: healing after pregnancy loss. *Health Care Women Int* 2001; 22(3):229-43.
12. Kavanaugh K, Hershberger P. Perinatal loss in low-income African American parents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(5):595-605.
13. Fenstermacher KH. Enduring to gain new perspective: a grounded theory study of the experience of perinatal bereavement in Black adolescents. *Res Nurs Health* 2014; 37(2):135-43.
14. Pourghane P. Nursing students' experiences of clinical teaching: a qualitative study. *Holistic Nurs Midwifery* 2013; 33(70):16-26. (Persian).
15. Ziaei S, Ozgoli G, Ahmadi F, Azar M. Women's Perception of Their Husbands' Treatment of Erectile Dysfunction. *J of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014;3(2):162-74.
16. Koch T. Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. *J Adv Nurs* 1995; 21(5):827-36.
17. Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report*. 2003;8(4):597-606.
18. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004; 24(2):105-12.
19. Kavanaugh K, Hershberger P. Perinatal loss in low-income African American parents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(5):595-605.
20. Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Social support following perinatal loss. *J Fam Nurs* 2004; 10(1):70-92.
21. Cacciatore J. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Soc Work Health Care* 2010; 49(2):134-48.
22. Cacciatore J, Schnebly S, Froen JF. The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health Soc Care Community* 2009; 17(2):167-76.
23. Samuelsson M, Rådestad I, Segesten K. A waste of life: fathers' experience of losing a child before birth. *Birth* 2001; 28(2):124-30.
24. Beutel M, Willner H, Deckardt R, Von Rad M, Weiner H. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *J Psychosom Res* 1996; 40(3):245-53.
25. Sutan R, Amin RM, Ariffin KB, Teng TZ, Kamal MF, Rusli RZ. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *J Zhejiang Univ Sci B* 2010; 11(3):209-17.
26. Van P, Meleis AI. Coping with grief after involuntary pregnancy loss: perspectives of African American women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32(1):28-39.
27. Lundqvist A, Nilstun T, Dykes AK. Both empowered and powerless: mothers' experiences of professional care when their newborn dies. *Birth* 2002; 29(3):192-9.
28. Rajan L. Social isolation and support in pregnancy loss. *Health Visit* 1994; 67(3):97-101.
29. Ahadi M, Taavoni S, Ganji T, Hosseini F. Comparison of maternal anxiety between primigravid women and pregnant women with the history of previous fetal or neonatal death. *Iran J Nurs* 2006; 19(47):49-55.
30. Vosugi M, Sanjari M. A comprehensive review of nursing and maternal and child health. Tehran: Publishing Community; 2008. (Persian).
31. Cowchock FS, Lasker JN, Toedter LJ, Skumanich SA, Koenig HG. Religious beliefs affect grieving after pregnancy loss. *J Relig Health* 2010; 49(4):485-97.



32. Al-Abdi SY, Al-Ali EA, Daheer MH, Al-Saleh YM, Al-Qurashi KH, Al-Aamri MA. Saudi mothers' preferences about breaking bad news concerning newborns: a structured verbal questionnaire. BMC Med Ethics 2011; 12(1):15.
33. Bennett SM, Litz BT, Maguen S, Ehrenreich JT. An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. J Loss Trauma 2008; 13(6):485-510.
34. Williams C, Munson D, Zupancic J, Kirpalani H. Supporting bereaved parents: practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal end-of-life care. A North American perspective. Seminars In Fetal & Neonatal Medicine. 2008; 13(5):335-40.