

The Process of Stability in Preterm Infants Based on the Grounded Theory

Mahboobeh Namnabati^{1*}

1-associated professor. Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

*Corresponding author: Mahboobeh Namnabati, Email: namnabat@nm.mui.ac.ir

Received: 26 Feb 2019

Accepted: 17 June 2019

Abstract

Background & Aim: Stability is a broad concept that should be considered physiological, psychological, social, and developmental perspectives. Families and healthcare teams comprehensively attempt to maintain the health of infants. Therefore, it is essential to investigate the disruptive and stabilizing process in infants. The present study aimed to elaborate on the process of stability in preterm infants.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted based on the grounded theory on 24 participants (10 nurses, three physicians, and 11 mothers). Data were obtained from the neonatal intensive care units, home, and clinics. Sampling was initially purposive, followed by theoretical sampling. Data analysis was performed using Strauss and Corbin methodology.

Results: Two main categories emerged after data analysis, including the 'deterioration of intrauterine stability' with the sub-categories of change, crisis, and transition, and 'intrauterine stability with substitutes' with the sub-categories of interactions and continuing to address needs. The central category was to maintain stability. The metaparadigms of nursing were defined as the person (infant), environment (intrauterine and extrauterine), health (growth and development), and nursing (professional interactions).

Conclusion: According to the results, premature birth could disrupt intrauterine stability. Therefore, the needs of preterm infants should be properly addressed through the efforts of the healthcare system in order to improve the growth and development of the infant.

Keywords: Infant, Stability, Intensi Care, Nurse

How to cite this article:

Namnabati M. The Process of Stability in Preterm Infants Based on the Grounded Theory. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2019; 5 (2):14-25

URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-231-fa.html>

فرایند ثبات در نوزادان زودرس: نظریه زمینه‌ای

محبوبه نم نباتی^{*۱}

۱- دانشیار گروه کودکان و نوزادان، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسئول: محبوبه نم نباتی، ایمیل: namnabat@nm.mui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۰۷

زمینه و هدف: ثبات مفهوم وسیعی است که باید از جنبه‌های مختلف فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی و تکاملی به آن نگریسته شود. خانواده و تیم سلامت تلاش‌های همه‌جانبه‌ای را برای حفظ بقا نوزادان زودرس انجام می‌دهند؛ بنابراین ضرورت دارد فرایند مختل‌کننده و تثبیت‌کننده وضعیت سلامت نوزاد بررسی شود؛ بنابراین هدف این مطالعه تبیین فرایند ثبات در نوزادان زودرس است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کیفی بر اساس رویکرد نظریه زمینه‌ای است که با مشارکت ۲۴ نفر (۱۰ پرستار، ۳ پزشک و ۱۱ مادر) انجام شد. داده‌ها از بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، منزل و درمانگاه جمع‌آوری گردید. در ابتدا نمونه‌گیری به طور هدفمند و سپس نمونه‌گیری نظری انجام شد. داده‌ها با روش اشتراوس و کوربین تحلیل گردید.

نتایج: تحلیل یافته‌های این مطالعه منجر به استخراج دو طبقه اصلی «به‌هم‌ریختگی ثبات درون رحمی» با زیر طبقات آن (تغییر، بحران، گذر) و «ثبات دنیای برون رحمی با جایگزین شونده‌ها» با زیر طبقات تعاملات و تداوم تأمین نیاز شکل گرفت. طبقه مرکزی این مطالعه حفظ ثبات است. در این نظریه متاپارادایم‌های پرستاری شامل: شخص (نوزاد)، محیط (درون و برون رحم)، سلامتی (رشد و تکامل) و پرستاری (تعاملات حرفه‌ای) تعریف گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاکی از آن است که زود به دنیا آمدن نوزادان منجر به هم‌ریختگی ثبات درون رحمی می‌شود و ضرورت دارد با تعاملات و تلاش‌های تیم سلامت، نیازهای نوزادان به طور مستمر تأمین شود تا روند رشد و تکامل طبیعی ادامه و ارتقا یابد.

کلیدواژه‌ها: نوزاد، ثبات، مراقبت‌های ویژه، پرستار

مقدمه

در ایالات متحده نیز در طول ۲۵ سال گذشته، تولد نوزاد زودرس به بیش از ۳۵ درصد افزایش یافته به طوری که در هر دقیقه یک نوزاد زودرس به دنیا می‌آید (۳). نتایج مطالعه ۱۰ ساله‌ای (۱۹۹۹-۲۰۰۸) در یک بیمارستان دانشگاهی کشور کره نیز حاکی از آن بود که نیمی از متولدین در آن بیمارستان، نوزادان زودرس و کم‌وزن بودند و در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شدند.

امروزه، تولدهای زودرس در سراسر دنیا رو به گسترش است. سالانه ۱۲/۹ میلیون (۱۰٪) نوزاد زودرس در جهان متولد می‌شوند (۱). آمار منتشره از کشورهای توسعه‌یافته نظیر آمریکا، انگلستان و کشورهای اسکاندیناوی حاکی از آن است که در بیست سال اخیر، میزان تولد نوزادان پیش از موعد به طور قابل توجهی افزایش یافته است (۲).

تعداد بستری‌شدگان ۶۰۰۰ نوزاد بود ۶۰ درصد مرگ‌ومیرها در هفته اول بود و این میزان به تدریج کاهش می‌یافت (۴). در ایران نیز علت دوسوم از تمامی مرگ‌ومیرها زودرسی ذکر شده است بیشترین علت مرگ‌ومیر در نوزادان زودرس و کم‌وزن، عفونت و در نوزادان رسیده آسفاکسی بود. (۵). آمار زودرسی نوزادان در ایران نیز به طور متوسط ۱۰ درصد گزارش شده است. اگرچه میزان آن در برخی از مطالعات مختلف در شهرهای مختلف کشور از ۶/۳ درصد در شهر اردبیل تا ۲۹ درصد در بندرعباس گزارش شده است (۶-۷).

با تولد زود هنگام نوزاد و با بستری شدن او در بخش مراقبت‌های ویژه، سلامت نوزاد به مخاطره افتاده و تلاش‌های همه‌جانبه‌ای را از سوی سیستم سلامت و خانواده می‌طلبد. نوزاد برای رفع نیازهایش به مادر و خانواده وابسته است. از همان زمان تولد و حتی پیش از آن، تولد نوزاد و دوره نوزادی یک موقعیت بحرانی، برای نوزاد، خانواده و سیستم بهداشتی هر جامعه محسوب می‌شود. در واقع، سلامت و زندگی نوزاد پیش از تولد، حین زایمان و بعد از تولد در معرض خطر است (۱). قطع گردش خون مادر از طریق جفت منجر به گذر نوزاد از حیات داخل رحمی به خارج رحمی می‌شود و او را نیازمند به تغییرات بیوشیمیایی و فیزیولوژیکی می‌کند. در واقع برای سازگاری با زندگی خارج رحمی، فعالیت گوارشی- روده‌ای برای جذب غذا، دستگاه کلیوی برای دفع مواد زائد و حفظ هموستاز شیمیایی، فعالیت کبد برای خنثی نمودن و ترشح مواد سمی و دستگاه ایمنی جهت حفظ در برابر عفونت، فعال می‌گردند.

بعد از قطع حمایت سیستم جفتی مادر، سیستم‌های قلبی- عروقی و آندوکراین نوزادان نیز جهت خودکفایی تطابق می‌یابند. بسیاری از مشکلات خاص نوزادان زودرس در ارتباط با بی‌ثباتی ناشی از آسفاکسی، زایمان زودرس و ناهنجاری‌های مادرزادی به وجود می‌آیند که در نهایت سبب بستری شدن نوزاد در بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود (۸).

خانواده نقش بسیار مهمی در حفظ سلامت نوزادان دارند. در صورت مشارکت و توانمندسازی آنان می‌توان سلامت نوزادان را ارتقا داد؛ بنابراین ضرورت دارد هنگام بستری بودن نوزادان، والدین به‌ویژه مادران، مراقبت‌های اولیه و مدیریت تغذیه نوزادان را فراگیرند تا بعد از ترخیص و مراقبت در خانه با چالش‌های کمتری روبرو گردند. در این راستا، پرستاران نقش ارزنده‌ای در توانمندسازی مادران در بخش مراقبت ویژه ایفا می‌کنند؛ بنابراین، حضور مستمر مادران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱ و ۹). با توجه به مطالب فوق، ضرورت این مطالعه در این است که بدانیم نوزادی که زودتر از موعد به دنیا می‌آید و نتوانسته نیازهایش را در طی یک روند طبیعی در ۳۸ تا ۴۲ هفتهگی تأمین نمایند. چه فرایندی را طی می‌کند و چه تفاوت‌هایی درون رحم و خارج از آن هست و چگونه با محیط پیرامونش تعامل برقرار نماید. نبود محیط خانه و خانواده چه خللی در روند تکاملی او ایفا می‌کند. با به تصویر کشاندن وضعیت ثبات در نوزادان در یک بررسی دقیق، جامع و با یک نگاه کل‌نگر، به عدم تعادل‌های جنینی می‌توان پی برد.

در واقع نوزادانی که زود به دنیا آمده‌اند، همان جنین‌هایی هستند که محیط زندگی‌شان تغییر یافته و

این تغییر، بی‌ثباتی به وجود می‌آورد و ضرورت دارد تیم سلامت و والدین در محیط بیمارستان و خانه تلاش نمایند تا تعادلی در محیط داخلی بدن و بیرونی آن و در تعامل با محیط و خانواده فراهم آورند تا روند رشد و تکامل آنان ادامه یابد. ارائه نظریه‌ای مبنی بر ثبات نوزادان زودرس، می‌تواند به ارتقا سلامت نوزادان در معرض خطر کمک نماید تا در برنامه‌ریزی‌هایی مبتنی بر شواهد جامعه و مطابقت دهی آن با نیازهای جامعه، اقدامات مؤثری انجام گیرد. به همین منظور این مطالعه با هدف تبیین فرآیند ثبات در نوزادان زودرس انجام گردید.

روش اجرا

مطالعه کیفی حاضر با یک رویکرد نظریه زمینه‌ای انجام شد که هدف آن، کشف توضیحات کامل نظری در مورد پدیده‌ای خاص وضعیت نوزادان زودرس بود تا بتوان با تبیین حقایق و توضیح چگونگی فرآیندهای اجتماعی و تعاملات آن را بررسی نمود (۱۰).

در این مطالعه مشارکت‌کنندگان بر اساس تجربیاتشان در این فرآیند اجتماعی انتخاب شدند این افراد شامل پرستاران، والدین نوزاد و پزشکان بود. از روش نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری استفاده شد. نمونه‌گیری در سال ۹۷ به مدت هشت ماه انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها از محیط‌های مختلف در شهر اصفهان شامل سه بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی، درمانگاه و منزل انجام شد. حضور در عرصه بخش‌های مراقبت ویژه و خانه، امکان مشاهده و یادداشت‌برداری را میسر نمود. همچنین داده‌ها با مصاحبه فردی، رسمی و با و بدون ساختار جمع‌آوری گردید.

حداقل زمان مصاحبه‌ها از ۲۰ تا ۶۰ دقیقه بود. تعداد مشارکت‌کنندگان ۱۰ پرستار، ۱۱ مادر و ۳ پزشک بود. بعدازاین تعداد ۲۴ نفر، داده‌ها به اشباع رسید و ضرورتی به ادامه نبود. اغلب مصاحبه‌ها با پرستاران و پزشکان در بخش مراقبت‌های ویژه، دو مصاحبه در درمانگاه پی‌گیری نوزادان و چهار مصاحبه در منزل انجام شد. با مشارکت‌کنندگان در مورد تجربه وضعیت سلامت نوزادان زودرس از ابتدای تولد تا زمان ترخیص گفتگو شد و سؤالاتی نظیر تجربه شما در مورد نوزادان زودرس چیست؟ نوزادان چگونه و با چه وضعیتی به بخش می‌آیند و بعد مرخص می‌شوند، چه تغییراتی در وضعیت نوزاد دیده‌اید؟ چه تجربه‌ای در بهتر شدن وضعیت نوزاد به دست آوردید؟ برای ترخیص نوزاد چه اقداماتی می‌شود؟ در بخش مراقبت‌های ویژه چه تجربه‌ای داشتید؟ و یا در خانه چه مراقبت‌هایی انجام می‌دهید؟ پرسیده شد. علاوه براین، در عرصه یعنی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و خانه، مشاهده مشارکتی انجام شد. در انجام مراقبت‌ها با پرستاران و مادران فرایند تغییر و تثبیت به‌خوبی مشخص گردید به طور مثال هنگام انجام رگ‌گیری در بخش مراقبت‌های ویژه کاهش میزان اکسیژن و افزایش ضربان قلب نوزاد کاملاً مشهود بود و یا حمایت و کمک در انجام مراقبت آغوشی مادر، تثبیت شدن دمای نوزاد و علائم فیزیولوژیک را به همراه داشت. همچنین داده‌ها با شرکت در راندهای پرستاران و پزشکان، کارگاه‌های آموزشی نظیر احیا نوزاد، مراجعه به مستندات نظیر پرونده‌ها (جهت بررسی مشخصات فردی-اجتماعی و درمان‌ها و مراقبت‌های پرستاری) و جزوات آموزشی جمع‌آوری شد.

علاوه بر این مروری بر متون و مطالعات انجام شده برای بررسی نظریه‌های موافق یا مخالف و پژوهش‌های انجام شده در این حیطه نیز انجام شد.

تحلیل داده‌ها بر اساس شیوه اشتراوس و کورین (۱۹۹۸) در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام شد (۱۰). بعد از کسب اجازه و ورود به محیط پژوهش، مصاحبه‌ها ضبط گردید و بعد از پیاده‌سازی، کدگذاری باز شروع شد. ابتدا با خواندن خط به خط، استخراج مفاهیم و جملات اصلی، کدها استخراج و دسته‌بندی گردید به طور مکرر مقایسه کردن تفاوت‌ها و شباهت‌ها، مفهوم‌پردازی و طبقه‌بندی داده‌ها انجام شد. عملکردها، وقایع و موضوعات مشابه دسته‌بندی شد. لازم به ذکر است که با توجه به ماهیت کار، هر مصاحبه کدگذاری و طبقه‌بندی می‌گردید و سپس جهت تکمیل داده‌ها مصاحبه‌های بعدی انجام می‌شد و به طور مکرر کدها و طبقات مقایسه می‌شد تا اینکه فرایند ثبات نوزاد زودرس در طی کدگذاری محوری نمایان گردید. در این کدگذاری، تحلیل طبقات به طور منظمی تدوین و توسعه داده شد. کدگذاری حول محور یک طبقه انجام شد و طبقات با توجه به خاصیت و ابعادشان متمایز شدند. علاوه بر این برای یافتن طبقه مرکزی کدگذاری سطح سوم (انتخابی) انجام شد تا بتوان این طبقه را به سایر طبقات ارتباط داد.

اعتماد و اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها طبق نظر گابا و لینکلن بر اساس معیارهای قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال‌پذیری قابلیت اطمینان و تأیید پذیری انجام گردید (۱۰). حضور طولانی‌مدت در عرصه و مشاهده مشارکتی در بخش مراقبت‌های ویژه و منزل اعتبار مطالعه را تحکیم بخشید.

علاوه بر این، کدها و طبقات توسط صاحب‌نظران بازبینی شد. با استفاده از تلفیق روش‌های گردآوری نظیر مشاهده، مصاحبه، بررسی پرونده‌های بیماران، جزوات و اسناد موجود در بخش‌ها و محیط‌های مختلف و تلفیق زمانی (بررسی در زمانه‌ای مختلف) قابلیت اطمینان کسب شد. تأییدپذیری مطالعه با به تفصیل کشیدن گزارش‌ها و رسیدن به نتایج است. انتقال‌پذیری مطالعه نیز منوط به آن است که نتایج پژوهش توسط افراد در محیط‌های مشابه ارزیابی و تأیید شود.

این مطالعه با کد شماره ۲۹۶۰۳۹ از مرکز تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصویب گردید. از مشارکت‌کنندگان رضایت گرفته شد و همچنین برای ضبط صدا و استفاده از نتایج رضایت آن‌ها کسب گردید.

یافته‌ها

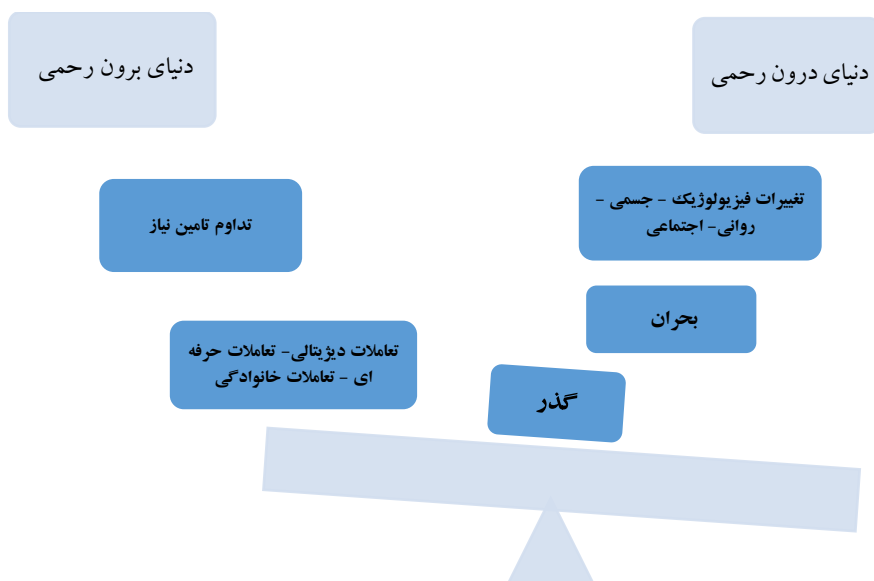
نتایج این مطالعه بر اساس مشاهدات، مصاحبه‌ها و مروری بر متون است و همان‌طور که در شکل شماره ۱ مشاهده می‌شود منجر به استخراج دو طبقه اصلی «به‌هم‌ریختگی ثبات درون رحمی» با زیر طبقات آن (تغییر، بحران، گذر) و «ثبات دنیای برون رحمی با جایگزین شونده‌ها» با زیر طبقات تعاملات و تداوم تأمین نیازها شکل گرفت (شکل شماره ۱).

۱- به‌هم‌ریختگی ثبات درون رحمی

حضور در عرصه، مشاهده مشارکتی و یادداشت‌برداری‌ها حاکی از آن بود نوزاد در طی یک زایمان زودهنگام به دنیا آمده و دچار اختلال در تبادلات گازی، وضعیت همودینامیک و بی‌ثبات شده که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان به عنوان یک بحران تلقی شده است پرستاری در این زمینه اذعان داشت:

بحرانه، بچه تو جای نرم و تاریک خوابیده میاد تو ان ای سی یو، معلومه چه به سرش میاد. (کد ۳)

«خیلی شوکه، مادر منتظر نیست یه مرتبه می افته رو خونریزی و بچه ۲۹ هفته به دنیا میاد، خودش یک



شکل ۱: شمایی از نظریه ثبات در نوزادان زودرس

گردد، مادر توانمند شود، تغذیه نوزاد مدیریت شود تا بتوان نوزاد را ترخیص نمود. مادری در این مورد اذعان داشت:

«اگه بتونم خودم گاواژ کنم، افت (کاهش اکسیژن) هم نکنه، می تونم ببرم خونه. اونجا مامانم هست راحت ترم زودتر هم وزن می گیره اینجا بچه خواب نداره» (کد ۱۱)

طبقه مرکزی در این مطالعه حفظ ثبات است. سیر داستانی این نظریه آن است که با به دنیا آمدن نوزاد، وضعیت او تغییر می یابد و دچار بحران می شود و منجر به گذر می گردد. تلاش تیم سلامت و خانواده، برای حفظ ثبات منجر به تعاملات دیجیتالی - خانوادگی و حرفه ای می شود پیامد این تعاملات تأمین نیازهای نوزاد است تا رشد و تکامل او را تضمین نماید. همچنین، حضور در عرصه، مشاهده و مطالعه پرونده ها و بررسی تعاملات پژوهشگر با محیط بالین و مراقبین سلامت

۲- ثبات دنیای برون رحمی با جایگزین شونده ها

انتقال نوزاد زودرس به بخش مراقبت های ویژه، دنیای جدیدی را برای او رقم می زند که با جایگزین شونده های آن تعاملاتی شکل می گیرد و تداوم تأمین نیازها امکان پذیر می شود. این دو طبقه بعد از کدگذاری ها و تشکیل طبقات و مقایسه های مداوم شکل گرفت. پزشکی در این زمینه اظهار داشت:

«ما باید شرایط را مهیا کنیم تا مثل رحم، بقا نوزاد را تضمین کنیم، نیاز است که سرم وصل شه وضعیت همودینامیک را اصلاح کنیم، آنتی بیوتیک بدهیم تا سپسیس نشه، گرم نگه داریم تا هیپوکسی نشه... اگه نارسه زیر سی پیپ ببریم و.....» (کد ۱)

نتایج مشاهده مشارکتی حاکی از آن بود که ضرورت دارد نوزاد برای رسیدن به ثبات به دستگاه ونتیلاور یا سی پیپ وصل شود، چندین هفته در بخش بستری

مفاهیم اصلی نظیر شخص، محیط، پرستاری و سلامتی (متاپارادایم های پرستاری) را تبیین نمود که به شرح زیر است:

۱- شخص

در این نظریه شخص، همان نوزاد است که ماهیت تکاملی دارد تمامی وجودش در حال رشد، شکل گیری و تکامل است. نوزاد موجودی نیازمند است که با استفاده از تعاملات مختلف نیازهایش را تأمین و روند رشد و تکامل را طی می کند. نوزاد نیازهای منحصر به فردی دارد که بر اساس نیازهایش باید به او توجه شود. نیازهای نوزاد یا جنین های از راه رسیده بیشترین نیازها را طی حیاتشان دارند. ادامه حیات او وابسته به عوامل مختلف درونی و برونی است. نیازهای او منحصر به فرد است و بدون انجام تعاملات مختلف قادر به ادامه حیات نیست.

۲- سلامتی

سلامتی نوزاد بر اساس ثبات به دست می آید در نوزاد ثبات به معنای رشد و تکامل است و به عبارتی پویایی و تعامل است. تعامل با مادر، محیط و با سیستم درمانی - مراقبتی است تا با رفع نیازهایش، به هم ریختگی ثبات درون رحمی را به ثبات برون رحمی تبدیل نماید.

۳- محیط

محیط نوزاد بعد از تولد، بخش مراقبت های ویژه است که به عنوان یک رحم مصنوعی برای نوزاد تنظیم شده است تا بتواند رشد و تکامل خود را با تعاملات دیجیتالی - خانوادگی و حرفه ای انجام دهد.

۴- پرستاری

پرستاری حرفه ای یک رابط پیوند دهنده و یک عامل تنظیمی است که با در نظر گرفتن تغییر، بحران را شناسایی نموده و در تلاش برای تسهیل گذر و برقراری

ثبات است. حرفه پرستاری، فرایندی را بین زندگی درون رحمی و برون رحمی مهیا می کند تا با تنظیم دنیای بیرونی و کاستن استرسورهای محیطی، پیوندی را برای گذر تسهیل شده مهیا نماید. در این پیوند مراقبت یکپارچه با یک نگاه جامع به نوزاد، مفهومی ژرف را به کلیه اقدامات پرستاری می دهد.

بحث و نتیجه گیری

۱- به هم ریختگی ثبات درون رحمی

به هم ریختگی ثبات درون رحمی دربرگیرنده طبقاتی نظیر تغییر - بحران - گذر است که به شرح آن می پردازیم:

تغییر: جنین در رحم مادر به سرعت در حال رشد است. رشد جسم و اندازه او همراه با تکامل ارگان ها است. رشد و تکامل او بیشتر جنبه های فیزیولوژیک - بیولوژیک و روانی - اجتماعی و تکاملی را در برمی گیرد تولد زودهنگام، آغاز تغییر و برهم خوردگی ثبات درونی است. تغییر در ابعاد مختلف فیزیولوژیک (تنفس - جریان خون)، روانی - اجتماعی (جدا شدن از مادر و محیط خانه) و تکاملی (تغییر در محیط تکاملی از رحم به بیرون از رحم) است.

بحران: تغییر در ابعاد مختلف فیزیولوژیک روانی - اجتماعی و تکاملی نوزاد را دچار بحران می کند. بحران در تنظیم دمای مناسب (کاهش یا افزایش درجه حرارت)، وضعیت تغذیه ای و وضعیت همودینامیک ایجاد می شود. این بحران ها نوزاد را در بی ثباتی قرار می دهد و او را آماده گذر می کند.

گذر: درواقع، گذر عبور از یک وضعیت یا یک موقعیت است. میس انواع گذر تکاملی - موقعیتی، سازمانی و بیماری - سلامتی را تعریف نموده است (۱۱).

حضور پرستاران و پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت به منظور تشخیص نیازهای فیزیولوژیک و بیولوژیکی ضروری است. امروزه، مادران نیز به عنوان یکی از اعضای تیم سلامت تعاملات دیگری را جایگزین می نمایند زیرا تولد زود هنگام و بستری شدن نوزاد در بخش نوزادان، ارتباط مادر و نوزاد را دستخوش تغییر نموده و جدایی و فاصله انداختن بین مادر و نوزاد منجر به بحران می شود (۱۳-۱۴).

تعاملات خانوادگی به ویژه مادر منجر به پیوند و دل بستگی می شود و از اجزا اصلی ارتباط نوزاد با مادر است. علاوه بر این، هویت و نقش والدی را شکل می دهد (۱۵). چنانچه مادر بتواند نقش خود را به عنوان والد در تأمین نیازهای نوزاد خود حفظ نماید فرایند دل بستگی به خوبی شکل می گیرد. در نظریه مرسر دستیابی به نقش مادری، تعامل و ارتباط نوزاد و مادر بر روی هویت نقش مادری و پیامدهای آتی نوزاد اثر می گذارند (۱۲). رفتارهای مادر همدلی و حساس بودن به علائم رفتاری نوزادان بر شکل گیری اعتماد به نفس نوزاد مؤثر است. با از دست دادن دل بستگی و پیوند اولیه مادر خسته از حمل زود هنگام و مشکلات بارداری و زایمان زودرس در نقش خود مشکل پیدا می کند و دچار افسردگی و بی هویتی می شود جدا شدن او از نوزاد و سپرده شدن نوزاد به دستگاه های دیجیتال و برقراری ارتباطات و تعاملات حرفه ای، مادر را از حضور مؤثر در بخش نوزادان و نزد نوزاد خود بودن بازمی دارد به این ترتیب میزان افسردگی بعد از زایمان برای مادر افزایش می یابد (۱۶).

مراقبت آغوشی راهکاری است که نوزاد را از درون رحم به برون رحم بر روی سینه و شکم مادر هدایت

در این مطالعه گذر جنین از دنیای درون رحمی به دنیای نوزادی برون رحمی است. تولد زود هنگام نوزاد تداعی کننده گذر بیماری- سلامتی است زیرا منجر به تغییرات و سپس بحرانی برای نوزاد شده است. جدایی از جفت و استفاده از دستگاه تهویه مصنوعی برای حفظ تنفس، جدایی از جفت به عنوان منبع تأمین غذایی و استفاده از تغذیه لوله ای، جدایی از جفت و برقراری خط وریدی برای حفظ تعادل آب و الکترولیت ها، جدایی از رحم مادر و ورود به انکوباتور و در نهایت جدایی از یک انسان میزبان به نام مادر و برقراری زندگی اجتماعی با سایرین ناشی از گذر نوزاد در ابعاد مختلف آن است.

۲- دنیای برون رحمی با جایگزین شونده ها

دو زیر طبقه تعاملات و تداوم تأمین نیازها، طبقه اصلی دنیای برون رحمی با جایگزین شونده ها را شکل دادند که به شرح زیر است:

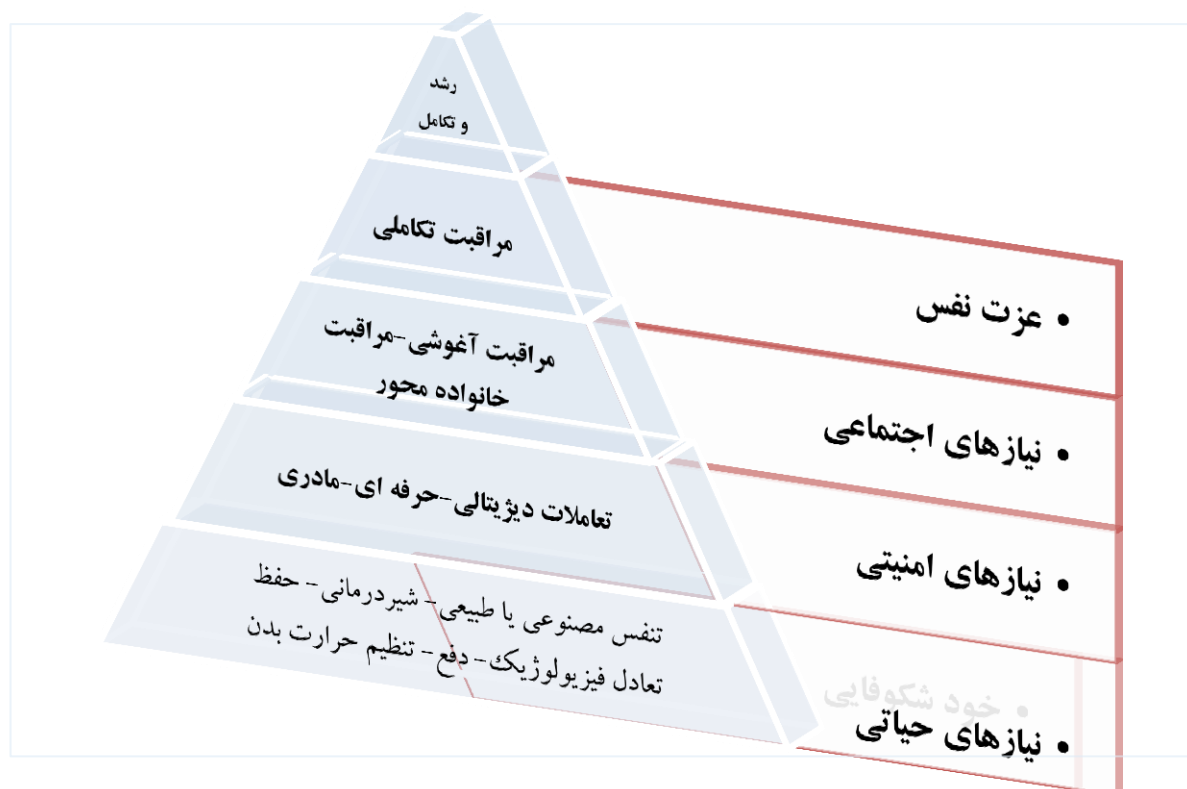
تعاملات: تعاملات مفهوم مهمی بود که بعد از گذر نوزاد شکل گرفت و در ابعاد وسیع تعاملات دیجیتالی- حرفه ای- خانوادگی و محیطی پویا شد و نوزاد را به سوی ثبات سوق داد. این مفهوم در مراقبت می تواند منجر به دستیابی به سلامتی شود (۱۲). نم نباتی و همکاران (۲۰۱۳) در طی بررسی نیازهای بعد از تولد، ارتباط با دستگاه های دیجیتال را یکی از مهم ترین تعاملاتی دانستند که نوزادان جهت حفظ بقای خود نیاز به آن داشتند. استفاده از ونتیلاتور و سی پی، برای حفظ تنفس، استفاده از انکوباتور برای حفظ دما، برقراری خط وریدی همودینامیک را به عنوان تعاملات دیجیتالی مطرح نموده است. تعاملات حرفه ای، حاکی از جایگزین های مادری است.

می‌کند. در این شیوه ثبات فیزیولوژیک نوزاد با تماس پوستی حفظ شده و دمای بدن تنظیم می‌گردد. مصرف اکسیژن کاهش می‌یابد. ترشح اکسی توسین (هورمون عشق مادری) افزایش می‌یابد و با ترشح پرولاکتین فرایند شیردهی تقویت می‌شود و بر طبق نظریه جان بالبی، نظریه دل‌بستگی و پیوند مادر و نوزاد نیز افزایش می‌یابد (۱۷-۱۸) از دیگر تعاملات، تعامل محیطی است با تغییر محیط نوزاد دچار بحران شده و این بحران ثبات درونی و برونی نوزاد را مختل می‌نماید در فرایند گذر جنین از رحم به محیط بخش مراقبت‌های ویژه و پذیرفته شدن به عنوان نوزاد در بخش، بایستی شرایطی مهیا شود که محیط رحم برای نوزاد شبیه‌سازی شود. رحم محیطی است گرم و مرطوب و تاریک است به‌نحوی که نوزاد در کیسه مایع آمنیوتیک قرار گرفته و این کیسه ضربات وارده، محرک‌های دریافتی از محیط نظیر نور، سروصدا، ضربه و غیره را جذب نموده و نوزاد با جریان خون اطراف رحم مادر همانند یک سیستم گرمایشی محافظت می‌شود. صدا به‌سختی از لایه‌های چربی، عضلانی و سروز عبور کرده و سپس با کاهش نوسان و شکست در مایع آمنیوتیک وارد می‌شود (۱۹).

تولد نوزاد، به معنای از دست دادن محیط امن رحمی است و به‌ناچار به محیطی ورود پیدا می‌کند که ثبات او را بر هم می‌زند. در این محیط نوزاد با استرسورهای زیادی روبرو می‌شود. در نظریه بتی نیومن، محیط دربردارنده نیروهای درونی است که فرد را درگیر می‌کند.

این نیروها، استرس‌های درون فردی، بین فردی و برون فردی را به وجود می‌آورد. استرسورها محرک‌هایی هستند که ثبات سیستم را مختل می‌کند. تمامی این اثرات رشد و تکامل نوزاد را به خطر می‌اندازد (۱۲).

تداوم تأمین نیازها: تعاملات مکرر و مناسب منجر به تأمین نیازهای نوزاد می‌شود و تداوم و تثبیت تأمین نیازها ثبات نوزاد را در پی دارد. نظریه‌های پرستاری در راستای پارادایم‌های اساسی (سیستمی - تعادلی - تکاملی و رفتاری) پیش می‌رود. بررسی این پارادایم‌ها، پشتوانه محکمی است تا بتواند ثبات برون رحمی را تحکیم بخشد. در پارادایم رفتاری، نظریه مازلو با مطالعه حاضر در یک راستا است؛ زیرا در این نظریه به نیازهای اساسی انسان جهت ادامه بقا تأکید می‌کند (۱۲). بر اساس نتایج مطالعه نم نباتی و همکاران (۲۰۱۷) مطابقت دهی نیازهای نوزادان بر اساس هرم مازلو انجام شد. در طبقه اول هرم نیازهای مازلو، نیازهای حیاتی نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه شامل تهویه مکانیکی، شیر درمانی، حفظ تعادل فیزیولوژیک، دفع و تنظیم حرارت بدن است. در طبقه دوم نیازهای امنیتی نوزاد با تعاملاتی که با مادر، افراد حرفه‌ای و فناوری برقرار می‌کند تأمین می‌شود. دل‌بستگی نوزاد با مادر و مراقبت خانواده محور، نیاز اجتماعی به دوست داشتن و تعلق خاطر او را تأمین می‌نماید. نیازهای احترام و عزت نفس و خودشکوفایی مستلزم مراقبت تکاملی و پیگیری‌های منظم جهت رشد و تکامل است که به‌تدریج انجام می‌شود که در طبقات دیگر هرم مازلو قرار می‌گیرد (۱۴). (شکل شماره ۲).



شکل ۲: مطابقت دهی نیازهای نوزاد در طی فرآیند گذر از بخش مراقبت‌های ویژه تا خانه.

به دنیا آمدن زود نوزاد با یک به هم ریختگی آغاز می‌شود و وجود تغییرات فیزیولوژیک- روانی اجتماعی و تکاملی، بحران آغاز می‌شود و با گذر از این بحران جایگزین شونده‌ها در دنیای برون رحمی (محیط بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان) با تعاملات و تداوم تأمین نیازها، ثبات را برقرار می‌کند تا روند رشد و تکامل طبیعی ادامه و ارتقا یابد.

تشکر و قدردانی

در این پژوهش از مرکز تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بابت حمایت مالی و همچنین کلیه پرستاران و پزشکان و والدین نوزادان زودرس که در به ثمر رسیدن این مطالعه پژوهشگر را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

در این فرایند نظریه‌های مازلو، بتی نیومن، میلیس و مرسر و بالبی حمایت‌کننده نظریه ثبات نوزادان زودرس است. این نظریه می‌تواند صاحب‌نظران را در ارائه راهکارها با یک بینش نو و همگرا و نگرستن نوزاد به عنوان یک کل سوق دهد. پیشنهاد می‌شود از این نظریه برای استفاده از مطالعات مداخله‌ای و به کارگیری راه‌کاری‌های برای تثبیت وضعیت سلامت نوزادان استفاده شود. علاوه بر این در برنامه‌های درسی نیز می‌توان درک واضحی از چگونگی و فرایند به هم خوردگی ثبات برای فراگیران به تصویر کشانید. محدودیت این پژوهش در آن بود که نوزادان زودرس در نظر گرفته شد که ناهنجاری‌ها مادرزادی را نداشتند. با توجه به مطالعه فوق می‌توان گفت حفظ ثبات نوزاد ضرورتی است که تیم سلامت و خانواده را در راه رسیدن به رشد و تکامل طبیعی نوزاد برمی‌انگیزاند.

References

- 1-Verklan MT, Walden M. Core curriculum for neonatal intensive care nursing. New York: Elsevier Health Sciences; 2015.
- 2- Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, Rubens C, Menon R, Van Look PF. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88:31-8.
- 3-Kirkby S, Greenspan JS, Kornhauser M, Schneiderman R. Clinical outcomes and cost of the moderately preterm infant. *Advances in Neonatal Care*. 2007. 1;7(2):80-7.
- 4- Choi YY, Song ES, Kim YH, Song TB. Analysis of high-risk infant births and their mortality: ten years' data from chonnam national university hospital. *Chonnam medical journal*. 2011, 1;47(1):31-8.
- 5-Golestan M, Fallah R, Akhavan Karbasi S. Neonatal mortality of low birth weight infants in Yazd, Iran. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. 2008;6(4):205-8.
- 6-Mirzarahimi M, Hazrati S, Ahmadi P, Alijahan R. Prevalence and risk factors for low birth weight in Ardabil, Iran. *Iranian Journal of Neonatology*. 2013 May 1;4(1):18-23.
- 7-Mahmoudizadeh M, Nemati E, 7-Rezaei F & Sharafi H. The Prevalence of Premature and Low Weight Neonate Birth and Risk Factors in Operating Room Staffs of Bandarabbas Educational Hospitals. *Zanko Journal of Medical Sciences, Kordestan University of Medical Sciences*, 2017,6(1): 61-7.
- 8-Behrman RE, Kilegman RM, Jenson HB, editors. *Nelson's textbook of pediatrics*. 17th ed. USA.W.B. Saunders. 2015.
- 9-Valizadeh L, Namnabati M, Zamanzadeh V, Badiie Z. Factors affecting infant's transition from neonatal intensive care unit to home: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2013 Jan;18(1):71-6
- 10-Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publication; 1998.
- 11-Meleis AI. *Theoretical nursing: Development and progress*. 5ed Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- 12-Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work-E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2017.
- 13-Zamanzadeh V, Namnabati M, Valizadeh L, Badiie Z. Mothers' Experiences of Infants Discharge in Iranian NICU Culture: A Qualitative Study. *Advances in Neonatal Care*. 2013.1;13(4):E1-7.
- 14- Namnabati M, Zamanzadeh V, Valizadeh LV, Nyqvist KH. Theory of infants' transition management from the neonatal intensive care unit to home: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*. 2017.1;5(1):4151-62.
- 15- Holmes J. *John Bowlby and attachment theory*. Routledge; 2014.
- 16-Putnam K, Robertson-Blackmore E, Sharkey K, Payne J, Bergink V, Munk-Olsen T, Deligiannidis K, Altemus M, Newport J, Apter G, Devouche E. Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2015. 1;2(1):59-67.

- 17-Namnabati M, Talakoub S, Mohammadizadeh M, Mousaviasl F. The implementation of kangaroo mother care and nurses' perspective of barriers in Iranian'NICUs. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2016; 21(1):84-9.
- 18- Baley J. Skin-to-skin care for term and preterm infants in the neonatal ICU. Pediatrics. 2015 1: PEDS-2015.
- 19- Biabanakigoortani, A, Namnabati, M. Abdeyazdan, Z. & Badii, Z. 2016. Effect of peer education on the noise management in Iranian neonatal intensive care unit. Iran J Nurs Midwifery Res, 21, 317-21.