

تجارب خانواده‌های مادران فوت شده در اثر عوارض مربوط به بارداری و زایمان: یک مطالعه پدیدارشناسی

مهدیه میرحسینی^۱، عصمت نوحی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اکثر مرگ‌های مادر ناشی از عوارض بارداری و زایمان غیر منتظره می‌باشد. این واقعه، آثار متعددی بر خانواده داشته و دشواری‌هایی در زندگی آن‌ها ایجاد می‌نماید. پژوهش حاضر، با هدف توصیف و تبیین تجربیات حاصل از مرگ مادر در اثر عوارض مربوط به بارداری و زایمان بر افراد خانواده انجام شد.

روش: تحقیق به روش کیفی پدیدارشناسی توصیفی انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۱۰ نفر از اعضای خانواده‌های دارای حداقل یک فرزند زنده که بیش از ۶ ماه از مرگ مادر گذشته باشد، ۳ نفر اعضای خانواده‌هایی که نوزادان مادران فوت شده را سرپرستی می‌کردند و ۳ نفر ماما بود، در مجموع ۱۶ نفر بودند. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف صورت گرفت. جمع‌آوری اطلاعات با روش مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با سؤالات باز پاسخ، میانگین مدت مصاحبه‌ها ۴۵ دقیقه بود و از ضبط صوت الکترونیکی برای ثبت مصاحبه‌ها استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش Colaizzi و با کمک نرم‌افزار MAX-QD10 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش به صورت ۳ مضمون اصلی و ۱۱ مضمون زیرشاخه‌ای استخراج گردید. مضامین اصلی عبارت بود از حیطه روحی و رفتاری، حیطه دگرگونی مسیر زندگی و حیطه مداخلات اجتماع که از تلفیق این مضامین بیانیه‌ای صریح به دست آمد، مبنی بر این که مرگ مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان، یک تراژدی است که موجب آسیب‌پذیری خانواده به‌ویژه فرزندان می‌شود.

نتیجه‌گیری: تجربیاتی که برای خانواده‌های مادران فوت شده در اثر عوارض بارداری و زایمان حاصل شده بود، از دو جنبه با تجربیات مرگ سایر مادران متفاوت است. نخست این که مرگ این مادران قابل پیش‌بینی نبوده و انتظار مرگش نمی‌رفت. این عدم آمادگی موجب تشدید آسیب‌پذیری خانواده می‌شود. دوم این که نوزاد که برای مراقبت، وابستگی و نیاز شدیدی به وجود مادر دارد، بلا تکلیف می‌ماند. بنابراین، در گام نخست باید اقدامات اصولی برای پیشگیری از مرگ مادر به عمل آید. همچنین، باید ارگان‌های دولتی و غیر دولتی، تدابیر و خط مشی هماهنگ و مشخصی برای حمایت از این خانواده‌ها و پیشگیری از آثار سوء زودرس و دیررس آن برنامه‌ریزی نمایند.

کلید واژه‌ها: مرگ مادر، خانواده، پدیدارشناسی، زایمان، بارداری

ارجاع: میرحسینی مهدیه، نوحی عصمت. تجربیات خانواده‌های مادران فوت شده در اثر عوارض مربوط به بارداری و زایمان: یک مطالعه پدیدارشناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۲): ۱۶۹-۱۵۷.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۳۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۲۴

۱- کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران
۲- استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی و مرکز تحقیقات پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
نویسنده مسئول: مهدیه میرحسینی
Email: mirhisinii@yahoo.com

مقدمه

مرگ مادر یعنی مرگ یک زن هنگام بارداری تا ۴۲ روز پس از پایان آن بدون در نظر گرفتن مدت و محل بارداری که ناشی از عوارض دوره حاملگی، زایمان، دوره نقاس یا مداخلات، سهل‌انگاری‌ها و درمان نادرست یا زنجیره‌ای از حوادث فوق یا به علت بیماری‌هایی رخ دهد که از قبل وجود دارد یا در جریان حاملگی، زایمان و بعد از زایمان به وجود آمده است و در اثر تطابق فیزیولوژیک مادر با حاملگی تشدید یافته است (۱)، اما مرگ دیررس تا یک سال پس از زایمان هم اتفاق می‌افتد. بیشتر موارد مرگ مادر در سه ماهه سوم بارداری تا هفته اول پس از زایمان و شایع‌ترین آن در روز اول و دوم پس از زایمان رخ می‌دهد (۲). شایع‌ترین علل مرگ مادر ناشی از خونریزی، هیپرتانسیون، عفونت، زایمان سخت و سقط‌های غیر ایمن است که علل مستقیم مرگ مادر شمرده می‌شود (۳). از علل غیر مستقیم شایع‌ترین آن‌ها عبارت از ترومبوآمبولیسم، کاردیومیوپاتی، سایر بیماری‌های قلبی-عروقی و حوادث عروقی مغز است (۱). از عوامل تأثیرگذار مهم در افزایش مرگ و میر مادران، بی‌سوادی، فقر، تغذیه نامناسب، وزن کم قبل از حاملگی، وزن‌گیری کم دوران بارداری، حاملگی اول یا حاملگی پنجم به بعد، سن کمتر از ۲۰ سال یا بیشتر از ۳۴ سال، نتایج بد و عوارض حاملگی قبلی، عفونت به ویژه ابتلا به ایدز و بیماری‌های مقاربتی، حاملگی ناخواسته، سقط غیر ایمن، مصرف مواد مخدر یا استعمال دخانیات، مراقبت ناکافی دوران بارداری و زایمان (۴)، نابرابری اجتماعی و امکانات ضعیف اورژانس در مناطق روستایی و دورافتاده (۲) می‌باشد. بر پایه گزارش WHO (World Health Organization) در سال ۲۰۱۴، تعداد سالیانه مرگ جهانی مادر از ۵۳۳۰۰۰ در سال ۱۹۹۰ به ۲۸۹۰۰۰ در سال ۲۰۱۳ کاهش یافته و ایران یکی از موفق‌ترین کشورها در رسیدن به هدف ۵ توسعه هزاره سوم بوده است که از علل آن، زایمان توسط افراد دوره دیده و پیشرفت‌هایی در بهداشت تولید مثل می‌باشد (۵).

در ایران نرخ مرگ و میر مادران به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۹۰ در حد ۱۲۳ نفر بوده که بر

اساس آخرین آمار گزارش شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ این آمار به ۲۵ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده رسیده است (۶). سلامت مادران، کودکان، نوزادان و امید به زندگی از مهم‌ترین شاخصه‌های بهداشت در جامعه است. برای پایداری خانواده نیاز است که بتوان شرایط بهداشت و سلامت، به ویژه بهداشت باروری را در خانواده تأمین کرد. ضعف در بهداشت باروری باعث افزایش مرگ و میر مادران می‌شود (۷). مادر علاوه بر اداره منزل در همه جنبه‌های اجتماعی همچون ارتباطات اجتماعی، معاشرت بچه‌ها، محافظت اصول اخلاقی و تحصیل فرزندان نقش محوری دارد. مرگ هر زن در حاملگی و زایمان، یک تراژدی خاص و یک خطای انسانی در تمام جهان محسوب می‌شود. مرگ مادر تأثیری که بر خانواده می‌گذارد، بسیار سهمگین‌تر و ناباورانه‌تر از زمانی است که مادر خانواده در اثر بیماری لاعلاج فوت می‌کند. پیشگیری اولیه از مرگ مادر یک ضرورت است، اما تحقیقات بیشتری برای تعیین تدابیر، مداخلات حفاظتی و حمایتی از خانواده و حمایت اجتماعی برای پیشگیری از اثرات سوء مرگ مادر بر خانواده و جامعه مورد نیاز می‌باشد (۸).

پرستاران و مراقبان بهداشتی که با خانواده‌های دارای تجربه مرگ مادر کار می‌کنند، باید مفاهیم و عوارض مرگ را بر اعضای بازمانده خانواده بررسی نمایند (۹). شناخت اندکی درباره ارتباط مرگ مادر، اثرات آن بر فرزندان و عواملی که این آثار را ایجاد می‌کند، وجود دارد (۱۰). پیامد مرگ مادر ابعاد گوناگونی دارد، اما قابل اندازه‌گیری و بررسی نمی‌باشد؛ چرا که برای اندازه‌گیری اثرات مرگ مادران، برای ۴۰۰ مرگ به ازای ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده باید جمعیت ۵۰۰۰۰۰ نفر در طی ۵ سال بررسی شوند که کاری بسیار دشوار می‌باشد (۱۱). در علوم بالینی، اطلاعات کافی درباره احساسات، رفتارها و عقاید وجود ندارد؛ چرا که این موارد با عدد قابل بیان نمی‌باشد. پژوهش‌های کمی فاقد انعطاف و عمق لازم برای کشف تجربه زنده است و از پژوهش‌های کیفی تنها روشی که امکان شناخت عمق تجربه و معنای آن را دارا می‌باشد، روش پدیدارشناسی یا فنومنولوژی است. پدیدارشناسی روش فلسفی است که بر پایه تجربه آگاهانه و مستقیم پدیده استوار است

ناشی از مرگ مادر در افراد خانواده، کشف داده‌هایی در زمینه احساسات، عواطف، رفتارها و به طور خلاصه تجارب زنده آن‌ها و تعیین حیطه‌های مختلف حمایتی آنان صورت گرفت.

روش

روش تحقیق، کیفی پدیدارشناسی بود که جهت توصیف جامع از پدیده تجربه شده مرگ مادر در خانواده‌ها انجام گردید. جامعه پژوهش، خانواده‌هایی بودند که مادر خانواده در اثر عوارض مربوط به بارداری و زایمان در یکی از بیمارستان‌های شهر کرمان فوت نموده بود. خانواده‌هایی انتخاب شدند که حداقل یک فرزند زنده داشته باشند و بیش از ۶ ماه از مرگ مادر گذشته باشد. این زمان به علت سپری شدن دوره سوگواری و همچنین، کسب تجربیات نوین در نظر گرفته شد. در هنگام تحقیق، لازم شد از ماماهایی که مادران تحت نظر آن‌ها فوت نموده‌اند، مصاحبه به عمل آید. منزل خانواده‌های ایرانی ساکن شهر کرمان یا اطراف شهر کرمان و بعضی زایشگاه‌ها و مراکز بهداشتی محیط پژوهش را تشکیل داد. روش نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف بود. نمونه‌گیری در تحقیقات کیفی، تا زمانی که داده‌ها به حد اشباع برسد، یعنی در هنگام تحلیل داده‌ها و ارتباط بین دسته‌بندی‌ها، کدهای جدید استخراج نشود، ادامه می‌یابد (۱۷). در تحقیق حاضر، نمونه‌گیری تا زمانی که به اشباع اطلاعات رسید، ادامه یافت و تعداد شرکت کنندگان به ۱۶ نفر رسید. مصاحبه با خانواده‌های ۶ مادر فوت شده شامل ۱۰ نفر اعضای اصلی، ۳ نفر که سرپرستی نوزاد زنده مانده پس از مرگ مادر را به عهده داشتند و از بستگان نزدیک آن‌ها بودند و ۳ نفر از ماماها که مواجه با مرگ مادر شده بودند، انجام گردید. ابزار اصلی جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با سؤالات باز پاسخ به روش چهره به چهره بود که به وسیله ضبط صوت الکترونیکی ذخیره گردید. قبل از آن مجوزهای لازم اخذ شده و با مراجعه به کمیته کاهش مرگ و میر مادران کرمان، خانواده‌های مادران مورد نظر شناسایی شدند. سپس، در تماس با خانواده‌های انتخاب شده، هدف و روش انجام پژوهش برای آنان تشریح گردید و پس از کسب رضایت آن‌ها با مراجعه به محل تعیین شده، از کسانی که توانایی بیان و انتقال اطلاعات را داشتند

(۱۲). دامنه این علم از توصیف جامع یک پدیده تجربه شده روزانه برای دستیابی به درک ساختار ذاتی آن تا ارایه مفهوم تفسیری از درک آن پدیده، متغیر می‌باشد و برخلاف تحقیقات کمی، هدف، عمومیت بخشیدن یافته‌ها به جامعه نیست، بلکه هدف، درک پدیده مورد نظر می‌باشد (۱۳). در تحقیق Miller و Belizan نشان داده شد که مرگ مادر یک بی‌عدالتی دهشت‌زا و برآمده از عدم برابری در زنان حاشیه‌نشین، فقیر و آسیب‌پذیر در کشورهای با سطح اقتصادی متوسط یا فقیر می‌باشد و نتایج آن عبارت از مرگ شیرخوار یا بچه کوچک، از دست دادن موقعیت‌های اقتصادی، سیکل‌های فقر و تنگدستی در خانواده‌ها و اطرافیان است (۸). همچنین، Bazile و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند، برای این که هم مرگ و میر قابل پیشگیری مادران کاهش یابد، هم از اثرات سوء آن بر بچه‌ها، بستگان نزدیک و جامعه کاسته گردد، باید به دستیابی مالی، عمل به خدمات اورژانس مادر و کودک و روش‌های پیشگیری از بارداری و همچنین، به برنامه‌های حمایتی اجتماعی برای جوامع دور افتاده اهمیت داده شود (۱۴). Molla و همکاران هم از تحقیق خود نتیجه گرفتند که اثرات مرگ مادر روی بچه‌ها دیررس است و به طور بالقوه به دوران بزرگسالی آن‌ها هم می‌رسد. از طرف دیگر، تلاش‌های چندجانبه و هماهنگ هم برای تسکین و تخفیف این اثرات وجود ندارد. بنابراین، باید تلاش‌های هدف‌دار انجام شود تا عدم تساوی در دستیابی به مراقبت در جامعه در سطوح مختلف برطرف گردد (۱۵).

نتایج تحقیق Knight و Yamin هم نشان دهنده هزینه بالای بچه‌ها و خانواده‌های مادر از دست داده در آفریقای جنوبی و اهمیت محافظت اجتماعی مطمئن و حمایت جامعه از بچه‌های بازمانده بود (۱۶). Kirigia و همکاران هم در تحقیق خود نشان دادند که مرگ مادر باعث کاهش درآمد ناخالص داخلی کشور می‌شود و از علل آن حذف تولیدات خانگی مادر و کاهش ساعت کار پدر برای مراقبت از فرزندان می‌باشد (۴). با توجه به مطالب فوق، در روش تحقیق کیفی امکان بررسی نتایج مرگ مادر وجود دارد. بنابراین، پژوهش حاضر برای تشریح و افزایش فهم و درک در مورد تجارب

- ۳- بیانات استخراج شده معنی و فرموله شده و به آن‌ها کد داده می‌شود.
- ۴- معانی فرموله شده و مرتبط با هم در خوشه‌هایی از موضوعات اصلی طبقه‌بندی می‌شود.
- ۵- یافته‌های پژوهش یکپارچه و تلفیق شده تا یک توصیف جامع و فراگیر از پدیده مورد مطالعه به دست آید.
- ۶- ساختار ذاتی پدیده به صورت یک بیانیه صریح و روشن توصیف می‌شود.
- به شرکت کنندگان مراجعه می‌شود و نتایج توصیف‌های محقق با تجربیات آن‌ها مقایسه می‌گردد.

یافته‌ها

خصوصیات دموگرافیک مادران فوت شده در جدول ۱ و خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان در مصاحبه در جدول ۲ آورده شده است.

از تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده ۴۰۶ اظهار مهم استخراج گردید که پس از فرموله کردن معانی، در مرحله چهارم ۱۱ خوشه موضوعی پدیدار گردید. در مرحله پنجم، نتایج در هم تلفیق شد تا توصیف جامعی از پدیده تحت مطالعه حاصل شود. سرانجام، شاخه‌های بزرگتری شکل گرفت که تم‌های اصلی یا طبقات اصلی پژوهش حاضر را تشکیل داد. طبقات در سه حیطه مختلف و در عین حال مرتبط قرار گرفت. حیطه‌ها شامل حیطه روحی و رفتاری، حیطه دگرگونی مسیر زندگی و حیطه مداخلات اجتماع در ارتباط با مرگ مادر شد. در جدول ۳، نحوه تشکیل طبقات اصلی نمایش داده شده است.

و در صورت توافق آنان (فرزند یا پدر خانواده یا کسی که فرزندان را سرپرستی می‌کرد) مصاحبه انجام گردید. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید و شرکت کنندگان مجاز بودند، هرگاه که مایل‌اند از ادامه مصاحبه انصراف دهند. در ضمن، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اسامی آن‌ها محرمانه بوده و اطلاعات به صورت کد درج خواهد شد و پس از کسب نتیجه نهایی، اطلاعات صوتی معدوم خواهد گردید. پس از هر مصاحبه، در اسرع وقت یادداشت‌برداری و تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام می‌شد. جهت روایی اطلاعات، استخراج و کدگذاری اطلاعات به وسیله پژوهشگر و همکار وی به طور جداگانه انجام شد. هر نسخه چند بار خوانده شد تا یک حس از کل محتوا به دست آید. سپس، اظهارات و بیانات مهم گروه‌بندی گردیده و به آن‌ها کد داده شد. پس از آن دو پژوهشگر اظهارات استخراج شده مهم و کدها را با هم مقایسه کردند تا به توافق و هم‌رایی برسند و سپس، نتایج به دست آمده توسط یکی از استادان صاحب نظر دانشگاه بررسی گردید. جهت پایایی اطلاعات، ضمن تماس با شرکت کنندگان برای تحقیق، کدهای استخراج شده به آن‌ها اعلام و دیدگاه آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل اطلاعات با روش هفت مرحله‌ای Colaizzi انجام شده و از نرم‌افزار MAX-QDA10 برای انجام مراحل گوناگون تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید. هفت مرحله تجزیه و تحلیل Colaizzi به طور خلاصه عبارتند از:

- ۱- هر نسخه چند بار خوانده می‌شود تا با پدیده مورد مطالعه مأنوس شود.
- ۲- عبارات مهم و مرتبط با پدیده استخراج می‌شود.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مادران فوت شده

مورد	سن مادر در زمان فوت (سال)	نوع زایمان	علت فوت	فاصله زایمان تا فوت (روز)	نوزاد زنده پس از فوت مادر	تعداد فرزند	شغل	تحصیلات	فاصله فوت تا مصاحبه (ماه)
مورد ۱	۲۳	سزارین	بیماری کبدی	۱۳	بلی	۱	خانه‌دار	ابتدایی	۴۲
مورد ۲	۲۱	سزارین	بیماری قلبی	۳۱	بلی	۳	خانه‌دار	دیپلم	۶۰
مورد ۳	۳۱	سزارین	نامشخص	چند ساعت	بلی	۴	کشاورز	ابتدایی	۱۲
مورد ۴	۱۹	سزارین	لوپوس	۲۴	بلی	۱	خانه‌دار	دیپلم	۱۵
مورد ۵	۳۱	طبیعی	بیماری کلیوی	۲۲	بلی	۴	خانه‌دار	بی‌سواد	۱۵
مورد ۶	۲۶	طبیعی	خونریزی بعد از زایمان	۴۵	بلی	۱	خانه‌دار	ابتدایی	۴۲
میانگین	۲۵/۱			۲۲/۵		۲/۳			۳۱

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مصاحبه

شرکت کننده	سن (سال)	تحصیلات	شغل	نسبت با مادر فوت شده	فاصله سپری شده برای ازدواج مجدد (سال)	تعداد فرزند از ازدواج مجدد
۱	۵۸	بی سواد	خانه‌دار	مادر شوهر	۳	۱
۲	۳۴	دیپلم	آزاد	همسر	۱/۵	۲
۳	۱۱	ششم ابتدایی	محصل	فرزند (دختر)	...	...
۴	۳۸	ابتدایی	کشاورز	همسر	۱	...
۵	۱۶	دوم دبیرستان	محصل	فرزند (دختر)	...	...
۶	۱۲	هفتم	محصل	فرزند (دختر)	...	...
۷	۲۸	دیپلم	نظامی	همسر	۲	...
۸	۳۹	ابتدایی	کارگر	همسر	۱	۱
۹	۱۳	نهم	محصل	فرزند (دختر)	...	...
۱۰	۳۲	ابتدایی	کارگر	همسر	...	...
۱۱	۳۸	ابتدایی	آزاد	برادر	...	...
۱۲	۲۷	ابتدایی	خانه‌دار	همسر برادر	...	...
۱۳	۳۸	دیپلم	آزاد	همسر خواهر شوهر	...	...
۱۴	۴۵	لیسانس	ماما	کارکنان بهداشت و درمان	...	...
۱۵	۳۲	لیسانس	ماما	کارکنان بهداشت و درمان	...	...
۱۶	۴۷	لیسانس	ماما	کارکنان بهداشت و درمان	...	...

حیطه روحی و رفتاری

شاید اولین پیامد مرگ مادر، آثار روحی آن بر خانواده باشد. آرامشی که در نتیجه عطرافشانی گل محبت و توجه مادر نصیب خانواده می‌شود، بر کسی پوشیده نیست و فقدان آن، هم فرزندان و هم پدر خانواده را در رنج قرار داده و در رفتار آن‌ها هم بروز می‌نماید.

عواطف و احساسات: برای مراقبان سخت است که حمایت عاطفی و روانی، از فرزندان مادر فوت شده داشته باشند و همه اذعان داشتند که هیچ محبتی جایگزین محبت مادر نمی‌شود. حتی پدر خانواده نمی‌تواند نیاز عاطفی فرزندان را برآورده نماید.

در مواردی کمبودهای عاطفی فرزندان باعث ناسازگاری آن‌ها می‌شود. شرکت کننده ۴ (همسر) درباره فرزند سومش: «خیلی باهاشون نمی‌سازه. زود جوشش می‌گیره، وقتی بچه همسایه می‌گه چرا این کارو می‌کنه، می‌زندش، عصبی شده، بردمش مهدکودک، رفته سرسره و دو تا از بچه‌ها رو زده، گفتند این را ببرید تا رفتارش بهتر بشه، این‌جا بچه‌ها رو اذیت می‌کنه، تو کلاس همه اسباب‌بازی‌ها را می‌ریزه کنار خودش،

طبقات حاصل از توصیف پدیده‌های مذکور، حاکی از ارتباط عمیق بین تجربیات خانواده با این واقعیت است که مرگ قابل پیشگیری و غیر منتظره مادر در اثر عوارض بارداری و زایمان، یک تراژدی است که موجب آسیب‌پذیری خانواده به ویژه فرزندان می‌شود و در صورت عدم حمایت همه جانبه، آثار سوء آن غیر قابل اجتناب خواهد بود.

جدول ۳. نحوه تشکیل طبقات اصلی

طبقات اصلی	زیرطبقات
حیطه روحی و رفتاری	عواطف و احساسات تغییرات رفتاری تحمل مصیبت و ایجاد سازگاری
حیطه دگرگونی مسیر زندگی	نگهداری از نوزاد تغییر اقتصاد و درآمد خانواده وضعیت تحصیلی فرزندان
حیطه مداخلات اجتماع	مدیریت منزل ازدواج مجدد نقش بستگان بدبینی به کادر بهداشت و درمان عدم حمایت ارگان‌های دولتی و اجتماعی

رو آروم می‌کنه. درد و دل خیلی مهمه».

حیطه دگرگونی مسیر زندگی

دگرگونی مسیر زندگی افراد خانواده، به دنبال مرگ مادر اجتناب‌ناپذیر است. از آنجایی که بسیاری از وظایف خانه‌داری، بچه‌داری، اداره منزل و مدیریت اقتصاد خانواده به عهده مادر بوده و پدر بیشتر فعالیت‌های اقتصادی و کسب درآمد را به عهده دارد و قادر به انجام وظایف مادر نمی‌باشد، فقدان مادر منجر به از هم پاشیدگی جمع خانواده خواهد شد. اگر نوزاد متولد شده زنده بماند، نگهداری از وی توسط پدر و سایر فرزندان غیر ممکن خواهد بود؛ چرا که نوزاد مراقبت‌های خاص خود را نیاز دارد.

نگهداری از نوزاد: یکی از زودرس‌ترین عواقب مرگ مادر حین زایمان یا مدت کوتاهی پس از آن، بالاتکلیفی نگهداری نوزاد تازه متولد شده است؛ چرا که پدر خانواده اغلب قادر به نگهداری از نوزاد نیست و به ناچار او را به دیگران می‌سپارد. شرکت کننده ۱۳ (مراقبت کننده نوزاد): «در نهایت، اگر هم نمی‌خواست بده به من بزرگش کنم می‌توانست اونو بده پرورشگاه یا بده جایی یا پرستار بگیرند. اصلاً شرایط بزرگ کردن این بچه را نداشت. بچه سومش اون موقع ۲/۵ ساله بود. اون هم خودش یک معضلی بود که نمی‌تونست قبول نکنه». نگهداری از نوزاد توسط دیگران باعث وابستگی دوطرفه نوزاد، آن خانواده و دوری آن بچه از خانواده اصلی‌اش شده بود. شرکت کننده ۱۱ (خانواده مراقبت کننده): «برای همون‌ها هم دیگه جا افتاده بچه هم خیلی به ما وابسته است، خیلی. اون‌ها هم اصلاً خودشان بچه را نمی‌خواهند. کلاً بچه‌های دیگه فامیل ممکنه شب‌ها مثلاً خانه مادر بزرگ بخوانند، ولی این نه اصلاً جایی نمی‌مونه و هر جا هست باید حتماً یکی از ما دوتا باشیم. این خودش هم اگه الان اونجا بره، دق می‌کنه و نمی‌مونه برای خودش هم مقدور نیست».

تغییر اقتصاد و درآمد خانواده: مشکلات اقتصادی که به دنبال مرگ مادر گریبان‌گیر خانواده وی می‌شود، هم به دلیل افزایش مخارج و هم کاهش درآمد است. شرکت کننده ۸ (همسر): «من الان دیگه نمی‌تونم خیلی کارها را انجام بدم. قبلاً می‌تونستم کار دوم و سوم هم انجام بدم، اما الان در

می‌گه هیچ‌کس به این‌ها دست نزنه من باید بازی کنم، قبلاً اصلاً این جور نبود». عدم پذیرش مرگ مادر یک مشکل روحی است که باعث آزار و انتظار بیهوده فرزندان می‌شود. شرکت کننده ۲ (همسر): «دختر بزرگم مثلاً از بس که توی فکره، جوش زده و همیشه هنوز پیش خودش وعده داره. می‌گم، بابا او رفته پیش خدا. می‌پرسه تا کی رفته پیش خدا؟ هنوز منتظره من بگم تا کی، مدتی براش ببرم. می‌گم همیشه رفته پیش خدا یعنی همیشه. می‌گه همیشه یعنی تا کی؟ ۵ سال، ۱۰ سال، ۱۵ سال همش چشم انتظاره».

مشکلات روحی متعددی از قبیل احساس درماندگی، حقارت و گناه هم برای همسر ایجاد می‌شود. شرکت کننده ۲ (همسر): «پیش خودت این طور تصور می‌کنی که از من بدبخت‌تر و حیران‌تر توی دنیا نیست. توی زندگی همه‌اش این جور با خودت فکر می‌کنی که خدایا من یک آدم گناه‌کار و یک آدم همه جوری بودم که این مکافات‌ها را باید طی کنم. همه‌اش زندگی را این جور می‌گذرانی و خودت به خودت به چشم یک آدم حقیر نگاه می‌کنی».

تغییرات رفتاری: افراد خانواده بسته به میزان تحملشان و برخورد اطرافیان، عکس‌العمل و رفتارهای متفاوتی از خود بروز می‌دهند. شرکت کننده ۱۰ (همسر): «می‌نشستم توی خونه دیگه کاری به هیچی نداشتم و با کسی حرف نمی‌زدم. برای این که آروم بشم بهم تریاک دادند و کم‌کم معتاد شدم».

تحمل مصیبت و ایجاد سازگاری: عوامل مختلفی به خانواده‌ها در تحمل مصیبت و ایجاد سازگاری با شرایط جدید کمک کرده بود. یکی از این عوامل، محیط کار و سرگرم شدن به فعالیت‌های خارج از منزل بود. شرکت کننده ۷ (همسر): «تنها عاملی که به من کمک کرد تا بتونم سرگرم زندگی‌ام بشم، همین شغل بود. وقتی سر کار می‌رفتم، بچه‌ها باهام گفتگو می‌کردند و دلداریم می‌دادند». شرکت کننده ۷ (همسر): «یک سفر مشهودی که رفتیم، واقعاً همه‌مان را آروم کرد. یک جایی آدم باید پیدا کنه یک خلوتگاهی یا با خدای خودش یا با یک کسی که آرومش کنه، درد و دل کنه. این درد و دل کردن با یک کسی که داری حس می‌کنی داری باهاش درد و دل می‌کنی، جواب تو رو می‌ده. این خیلی آدم

بیاد توی خونه. بیا همین دخترت که مجرد است، بره اون جا بچه هم که بزرگ بشه احساس بی‌مادری نمی‌کنه. به هر جوری بود، خواهر خانمم آمد توی همون خونه، همه چیز بچه را بر عهده گرفت».

حیطه مداخلات اجتماع

در دوره پس از مرگ مادر، حمایت‌های اجتماعی خیلی مهم است، اما بیشتر فقط بستگان آن‌ها نقش حمایتی را به عهده دارند.

نقش بستگان: حمایت بستگان و فامیل‌های نزدیک نقش مؤثری در پیشگیری از آسیب‌های خانواده سوگوار دارد. نقش آن‌ها در اوایل اتفاق پیش آمده، بیشتر و پررنگ‌تر است. شرکت کننده ۷ (همسر): «بازم خدا خیری به داداش‌ها و بابام بده توی مراسم تنهام نگذاشتند. وقتی بچه شیر تمام می‌کرد، مادرم می‌فهمید من دارم این دست و اون دست می‌کنم، می‌فهمید پول ندارم، سریع می‌داد به خواهرم می‌گفت برو یک شیر بگیر بیار». شرکت کننده ۱۰ (همسر): «هزینه‌هاش، کمک کردند بهم پول دادند، خرج هم خیلی شد، خرج بیمارستان و مراسم، خورد و خوراک هم برایم می‌آوردند همسایه‌ها یا پدر مادرم، یک وقتی می‌رفتم خانه‌شان».

بدبینی به کادر بهداشت و درمان: خانواده‌های مصاحبه شده در ابتدای صحبت‌ها به تفصیل از کادر بهداشت درمان و قصور آن‌ها شاکی بودند. بعضی از نقل قول‌های مشارکت کنندگان در زیر آمده است: شرکت کننده ۱ (مادر شوهر): «در مورد عروس من، اکثراً تقصیر همان‌هایی است که عمل کردند. اگر پسرمان الان اینجا بود، خیلی عصبی بود و می‌گفت دکترها کشتنش. فقط همین را می‌گفت. به ما گفتند این کبد چرب داره چه طور گذاشتید حامله بشه؟ ما بدبخت‌ها از کجا می‌دونستیم این همه آزمایش گرفتند، نباید تشخیص داده بشه؟»

شرکت کننده ۲ (همسر): «اون آقای که مسؤول این کاره، داره اون جا کار می‌کنه، داره وقتش را می‌گذرونه باید فردای قیامت جواب من و جواب بچه‌های من و جواب اون خونی که مرده را، جواب اون‌هایی که دارند بابت این کوتاهی این زجر را می‌کشند فردای قیامت یقه او را می‌گیریم و می‌گیریم باعث این بدبختی ما تو شدی، تو کوتاهی کردی اگر

حدی انجام می‌دهم که بتونم نان شبی داشته باشم تا این‌ها پشت در نموندن یا جایی نروند». مخارج زیاد بیمارستان و هزینه سنگین مربوط به مراسم تدفین و بزرگداشت مادر فوت شده برای خانواده‌های آن‌ها قابل تأمین نبود و مجبور به فروش بعضی از اقلام منزل شده بودند. شرکت کننده ۸ (همسر): «مجبور بودیم یه خورده طلا داشت، همان‌ها را فروختیم. بعضی اثاث را فروختیم و بالاخره سر و ته آن را به هم آوردیم».

مدیریت منزل: اداره کارهای منزل و نظم دادن به آن‌ها از مسؤولیت‌های مهم مادر خانواده بوده که کمبود آن پس از مرگ مادر آشکار شده بود. شرکت کننده ۴ (همسر): «سخته مثلاً خانمم کمک می‌داد، توی کشاورزی بعضی از کارها را انجام می‌داد، به بچه لاف می‌رسید. بالای سر بچه‌اش بود. این بچه کوچکمان مثلاً من وقتی می‌خوام ببرمش دستشویی خجالت می‌کشه و گریه می‌کنه». شرکت کننده ۹ (فرزند): «برادر کوچکترم، مثلاً درس‌هاش، لباس‌هاش، ناخن‌هاش، حمام کردنش همه کارهاش به عهده خودمه».

وضعیت تحصیلی فرزندان: اغلب فرزندان خانواده‌ای که مادر خود را از دست داده‌اند، دچار افت تحصیلی می‌شوند. شرکت کننده ۵ (فرزند): «قبلاً بیشتر می‌خوندم، مثلاً ۳-۴ ساعت می‌خوندم و الان ۱-۲ ساعت می‌خونم. الان مشغول کارها می‌شم و نمی‌تونم». شرکت کننده ۲ (همسر): «بزرگه هنوز هم نمی‌تونه درست درس بخونه. بچه، هر کاری بکنی درس خوندنش روی حوصله نیست. اون طور که باید یاد نمی‌گیره و توی مدرسه معلمش زنگ می‌زنه می‌گه این بچه شما مغزش درگیره».

ازدواج مجدد: ازدواج مجدد یکی از راهکارهای مقابله با سختی‌ها و مشکلات اداره خانواده‌ای که مادر را از دست داده بودند، شناخته شد. در این تحقیق، از ۶ مورد مرگ مادر، ۴ همسر در هنگام مصاحبه ازدواج مجدد کرده بودند و ۱ مورد دیگر در تماس تلفنی بعدی که با وی گرفتیم، اظهار داشت که ازدواج کرده است. شرکت کننده ۱۰ (همسر): «بعد از یک سال بزرگترها واسطه شدند و رفتند پیش پدرخانمم گفتند که این بچه را کس دیگری نمی‌تونه بزرگ کنه. یک نفر غریب

تو کوتاهی نمی‌کردی ما این مصیبت را نیازی نبود بکشیم، اگر تو زیر بار مسؤولیت نمی‌رفتی کسی دیگر جای تو می‌نشست و این کار تو را درست انجام می‌داد».

عدم حمایت ارگان‌های دولتی و اجتماعی: از جانب دولت و سازمان‌های حمایتی برای این خانواده‌ها هیچ اقدامی انجام نشده بود، به جز تأمین شیر خشک برای نوزاد که آن هم مشکلاتی داشت. شرکت کننده ۱۶ (ماما): «ما هیچ برنامه حمایتی از آن‌ها نداریم، مراکز خاصی هم برای این منظور وجود ندارد، فقط کوپن شیر خشک بهشون می‌دیم». شرکت کننده ۸ (همسر): «تنها کمکی که به ما شد، همان شیر خشک بود. کوپن دادند ۹-۸ ماه».

بحث

آثار سوء مرگ مادر در ابعاد مختلفی قابل بررسی می‌باشد. اگرچه عواقب آن هم خانواده، هم بستگان و هم جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما فرزندان شدیدترین آسیب را دچار می‌شوند. در تحقیق حاضر، هم فرزندان بزرگتر و هم فرزندان کوچکتر خانواده از کمبود عاطفی رنج می‌بردند، اما نمود آن متفاوت بود، در فرزند بزرگتر به صورت انزوا و گوشه‌گیری و در فرزند کوچکتر به صورت پرخاشگری و ناسازگاری بود. تحقیق حاضر نشان داد که از جمله درگیری‌های روحی که پس از مرگ یکی از عزیزان برای سایر افراد خانواده پیش می‌آید و باعث دلهره آن‌ها می‌شود، ترس از تکرار این مصیبت و از دست دادن یکی دیگر از عزیزان است. به همین دلیل، سعی می‌کنند تا فردی را که به آن وابسته هستند از خود دور نمایند. در بچه‌های کوچکتر احساس ناامنی عمیق، احساس وحشت وقتی مدتی از والد دیگر دور است، بروز می‌کند. Yamin و Knight معتقدند که بیشترین ضربه از دست دادن مادر، توسط فرزندان بزرگتر احساس می‌شود. در تحقیق ایشان تمام مراقبان بچه‌های یتیم از مادر، با این که ابراز می‌دارند که مراقبت کافی از بچه‌ها به عمل می‌آورند، اما همگی اتفاق نظر دارند که حضور مادر برای تمام جنبه‌های زندگی این بچه‌ها بهتر بود (۱۶). در بعضی موارد برای فراموشی غم و اندوه بسیار زیاد ناشی از فقدان یکی از عزیزان

و تحمل آن در کسی که دچار انزوا و گوشه‌گیری شده، استفاده از مواد مخدر به عنوان یک راه حل از سوی برخی آشنایان پیشنهاد می‌شود. راه حل فوق به گفته خود شرکت کننده، در نهایت منجر به پراکنده شدن بستگان از اطراف او گردید و عدم مسؤولیت وی نسبت به خانواده باعث نابسامانی خانوادگی گردید. در تحقیق Atwood و Stolorow فردی که مرگ مادرش از وی مخفی نگاه داشته شده بود، اظهار داشت که اول این که شخصی که نزدیکترین فرد به من بود از دست داده بودم و دوم این که پایه و اساس ایمان و اعتقاد من تخریب شد (۱۸). در تحقیق حاضر، برخی شرکت کنندگان ذکر کردند که گاهی توان مالی تهیه شیر خشک را نداشتند و ناچار از اطرافیان کمک مالی دریافت می‌کردند؛ در حالی که اگر مادر شیرخوار زنده بود با این مشکل مواجه نمی‌شدند. در تحقیق Molla و همکاران بسیاری از شرکت کنندگان گزارش کردند که بضاعت تهیه شیر خشک را ندارند و از تغذیه مخلوط از قبیل شیر گاو و بز، شیر پودر شده، شیر فورمولا و شیر پستان مادران اطرافیان خود و حتی مواقعی چای، کلم و غذاهای سنتی برای تغذیه شیرخوار استفاده می‌کردند (۱۵). در پژوهش حاضر، هیچ یک از پدرها نگهداری شیرخوار خود را به عهده نگرفته بودند. Knight و Yamin اظهار داشتند که پدرها، بزرگ کردن بچه را به خصوص اگر شیرخوار باشد، خیلی سخت می‌دانند چون قادر نیستند نقش مادر را برای بچه ایفا کنند و اغلب شیرخوار خود را به خانواده‌های دیگری می‌سپارند تا از وی مراقبت کنند. حتی مواردی که پدر در کنار شیرخوار خود حضور دارد، بدون استثناء به وسیله زنانی که مسؤولیت را به عهده می‌گیرند، حمایت می‌شود (۱۶). مراقبت از نوزاد را اغلب بستگان نزدیک خانواده به عهده می‌گیرند و پدر ممکن است که حمایت مالی از بچه داشته باشد و یا این که هیچ مسؤولیتی حتی هزینه‌های آن را قبول نکند. نگهداری از شیرخوار توسط دیگران آثار سوئی نیز برای آن خانواده‌ها در پی دارد. در تحقیق حاضر مواردی از جمله افزایش مخارج، ناتوانی افراد سالخورده (مادر بزرگ‌ها) و ترک تحصیل بعضی از بستگان نزدیک، برای کمک در نگهداری شیرخوار ذکر شده بود.

Yamin و همکاران هم در تحقیق خود به نتایج مشابهی دست یافته بودند (۱۰). وابستگی عاطفی بین اعضای خانواده مراقب و شیرخوار پرورش یافته در میان آن‌ها هم در تحقیق حاضر مطرح شد که پس از بازگرداندن شیرخوار به خانواده واقعی مشکلاتی برای فرزند و هر دو خانواده ایجاد کرده بود. از نظر اقتصادی، تحقیقات Yamin و همکاران (۱۰)، Reed و همکاران (۱۱) و Molla و همکاران (۱۵) نشان داده است که در کشورهای با سطح اقتصادی متوسط یا فقیر، اکثر مرگ‌های مادر ناشی از عدم برابری در زنان حاشیه‌نشین، فقیر و آسیب‌پذیر کشور رخ می‌دهد. تاجیک و همکاران هم گزارش کردند که بین متغیرهای اقتصادی- اجتماعی و نابرابری آن‌ها با مرگ مادر در استان‌های ایران در یک سطح اکولوژیک ارتباط وجود دارد (۱۹). به هر حال، مرگ مادر باعث از دست دادن فرصت‌ها و موقعیت‌های اقتصادی خانواده و سیکل‌های فقر و تنگدستی در خانواده‌ها و جوامعی می‌شود که مرگ و میر مادران، آمار بالایی دارد. کنترل اقتصادی و فقر به دنبال مرگ مادر اغلب نه فقط به علت از دست دادن منبع تأمین اقتصادی، بلکه به علت بدهی و وام هنگفت برای مخارج بیمارستان، هزینه‌های تشییع جنازه، کفن و دفن و آداب و تشریفات هم است. در تحقیق جاری، خانواده‌ها از افزایش هزینه‌های مربوط به مخارج بیمارستان، مراسم تشییع جنازه و نگهداری نوزاد، به ویژه تهیه شیر خشک حکایت می‌کردند. از طرف دیگر، کاهش درآمد خانواده به علت افزایش گرفتاری‌های پدر مزید بر علت بود. بعضی خانواده‌ها ناگزیر می‌شدند که سرمایه خود را بفروشند. وقت‌گیر بودن مراقبت از بچه‌ها و کاهش ساعت کار، دستمزد و هزینه اقتصادی مراقبت از بچه‌ها، بر مشکل اقتصادی خانواده می‌افزاید. Dowling و Cooney هم معتقدند که مرگ مادر علاوه بر این که سلامت افراد خانواده را دچار اختلال می‌کند، هزینه‌هایی هم بر جامعه تحمیل خواهد کرد (۲۰).

Miller و Belizan در تحقیق خود نشان دادند که مادر خانواده به طور واقعی، محور اصلی و مرکز ثقل خانه است و تولید محصول، ارتباطات اجتماعی، معاشرت بچه‌ها، محافظت اصول اخلاقی، تحصیلات و سلامتی اعضای خانواده را

مدیریت و نظارت می‌کند. مرد خانه نه فقط سوگوار است، بلکه باید نقش‌های گسترده‌ای را پس از فقدان همسرش به عهده گیرد (۸). Molla و همکاران هم نشان دادند که پدر آمادگی تقسیم وظایف خانه و تأمین تمام نیازهای خانواده را ندارد، بلکه ظرفیت وی برای به دست گرفتن وظایف خانه نصف است و از آنجایی که پدر تمایل ندارد، مسئولیت‌های مادر را به عهده بگیرد، فرزندان دختر اغلب مجبور می‌شوند که نقش مادرشان را در خانه پر کنند، حتی در سنین پایین که اغلب خارج از توان آن‌ها است (۱۵). این پژوهش هم نشان داد که وظایف خانه‌داری خارج از توان و مشکلات مربوط به آن توسط همه خانواده‌ها تجربه شده بود. فعالیت‌های خارج از محدوده قانون به طور مثال رانندگی در سن پایین هم ذکر شد که به ناچار برای انجام کارهای منزل انجام می‌دادند. همچنین، Molla و همکاران نشان دادند، وظایف جدیدی که پس از مرگ مادر به عهده فرزندان بزرگتر خانواده گذاشته می‌شود، مانعی برای رسیدگی آن‌ها به انجام تکالیف مدرسه یا حضور در مدرسه می‌شود و سرانجام وادار به رها کردن تحصیل خواهند شد که این پیش آمد درباره فرزندان دختر بیشتر صادق است. فرزندان پسر هم تأثیر شدیدی از مرگ مادر می‌بینند و اغلب مجبور می‌شوند که برای تأمین هزینه‌های نگهداری خواهر یا برادر کوچک خود در منزل وابستگان، به کار و کسب درآمد روی آورند (۱۵).

در تحقیق حاضر نیز افت تحصیلی فرزندان به علت مسئولیت انجام وظایف خانه‌داری و کمبود عاطفی در فرزندان، به ویژه فرزند بزرگتر خانواده تجربه شده بود؛ در حالی که به نظر می‌رسد که ازدواج مجدد پدر به عنوان یک چاره و راهکار برای جبران مشکل مسئولیت بچه‌ها و کارهای خانه که به عهده پدر، بستگان و ارگان‌های اجتماعی است، پذیرفته شده باشد، اما آوردن همسر جدید به خانه، گاهی موجب بروز مشکلاتی در رابطه با تقسیم کارها می‌شود. در مصاحبه اول مشاهده شد که همسر جدید توانایی نگهداری فرزند همسر متوفی را نداشت و مادر بزرگ بر خلاف ناتوانی، نگهداری از شیرخوار را به عهده گرفته بود. Molla و همکاران در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که فقط سه

شرکت کننده از ازدواج مجدد تجربه مثبت و ۱۵ شرکت کننده تجربه منفی داشتند (۱۵). در مطالعه Bazile و همکاران، بچه‌ها با پدری که دوباره ازدواج کرده بود، زندگی نمی‌کردند، چون بچه‌های همسر اول کمتر در توزیع غذا و مراقبت‌های دیگر مقدم شمرده می‌شدند و این می‌تواند هم به علت فقر شدید پدر باشد، هم به دلیل نیاز به ابراز وفاداری به همسر دوم و خانواده‌اش مربوط گردد. بنابراین، اعضای خانواده همسر اول ترجیح می‌دادند که خودشان مراقبت از بچه‌ها را به عهده بگیرند (۱۴). آثار دیررس مرگ مادر نباید نادیده گرفته شود؛ چنان که Molla و همکاران نشان دادند، دختران یتیم اولین خط قربانی هستند، چون تقسیم تبعیض‌آمیز مسئولیت‌های خانگی و نقش سنتی جنسیت، فاکتورهای اصلی برای انجام کارهای منزل توسط آن‌ها می‌باشد. پسرهای خانه هم اغلب توسط مادر مهار می‌شوند و مراقبان آن‌ها نمی‌توانند آن‌ها را مانند مادر تحت نظارت خود داشته باشند (۱۵).

Bazile و همکاران به این نتیجه رسیدند که اثرات دیررس مرگ مادر روی سلامت و رفاه بچه‌ها، نتیجه تبعیض‌هایی همانند نابرابری جنسی و فقر است (۱۴). Knight و Yamin گزارش کردند که از نظر رفتاری پسرهای بیشتر قواعد و قالب‌های اجتماعی را نقض می‌کنند و دخترها دچار اختلال در رشد هویت زنانگی و ناپایداری احساسات خواهند شد و نحوه تکلم و بیان آن‌ها در سطح پایینی قرار خواهد گرفت. مادران یک نقش اصلی در زندگی بچه‌ها دارا می‌باشند و به خصوص فقدان مادر برای دخترها نتایج جنسی-بهداشتی ضعیفی در بر خواهد داشت (۱۶). در تحقیق حاضر مشاهده شد که خانواده‌ها از آینده فرزندان نگران بودند و بسته به جنسیت فرزند نوع نگرانی آن‌ها متفاوت بود. درباره فرزند پسر نگران بودند که در آینده وقتی وارد جامعه می‌شود با توجه به کمبود عاطفی ممکن است به آسانی در دام افراد سودجو بیفتد. درباره فرزندان دختر این نگرانی شدیدتر بود؛ چرا که دختر برای تکامل فیزیولوژیک و هویت جنسی نیاز به همراهی و راهنمایی مادر دارد. از نظر Molla و همکاران، ارجاع به سرویس‌های اجتماعی و استفاده از سیستم‌های حمایتی و مشاوره می‌تواند برای مسایل بالقوه قبل از پیشرفت

آن‌ها، کمک کننده باشد. همچنین، حمایت از خانواده‌های محزون برای سازگاری با مسایل پیش آمده جدید لازم است (۱۵). Miller و Belizan هم معتقدند، این مهم است که در دوره پس از مرگ مادر، دولت‌ها، NGOها (Non-governmental organization) و برنامه‌ریزان توسعه هزاره، روی سلامت مادر نه فقط به عنوان حفظ سلامتی، بلکه به عنوان کلید اصلی تمام جهات پیشرفت و توسعه تمرکز کنند؛ چرا که تراژدی فقدان زندگی یک مادر هزینه‌های سلامتی و مالی زیادی در بر دارد (۸). حمایت‌های اجتماعی خیلی مهم است، اما بسیاری از خانواده‌ها آن را از سوی دولت دریافت نمی‌کنند. Knight و Yamin اعتقاد دارند که یک علت آن وجود پدر زنده است (۱۶). Yamin و همکاران نتیجه گرفتند که اکثر حمایت‌ها محدود، پراکنده و بدون پشتوانه مالی و باکیفیت پایین است. همچنین، هماهنگی بین وزارتخانه‌ها برای تأمین شیر خشک یا حمایت‌های تغذیه‌ای دیگر و سایر حمایت‌ها وجود ندارد (۱۰). Bazile و همکاران هم نشان دادند که بر پایه سیاست و خط مشی ملی مراکز بهداشتی، فراهم کردن شیر جایگزین برای ۳ تا ۶ ماه اول زندگی و آرد برای تهیه پوره بعد از ۶ ماهگی برای شیرخوارانی که مادر خود را از دست داده‌اند، برنامه‌ریزی شده، اما این حمایت تغذیه‌ای ناپایدار بوده و به علاوه، خانواده‌ها معترض بودند که مقدار و مدت دوره حمایت تغذیه‌ای ناکافی است. از طرف دیگر، حضور هفتگی آنان به مراکز بهداشتی یک هزینه و کار اضافی به مراقبت کنندگان تحمیل می‌کرد (۱۴). در این پژوهش، خانواده‌ها از هیچ گونه حمایتی از سوی دولت و سازمان‌های غیر دولتی برخوردار نبودند. تنها کمک دولت به آن‌ها تأمین شیر خشک برای نوزاد به مدت محدودی بود که البته به اکثر خانواده‌ها اطلاع‌رسانی نشده بود و کسانی هم که شیر خشک دولتی را دریافت می‌کردند، از کیفیت آن ناراضی بودند. Molla و همکاران اظهار می‌دارند که علاوه بر نیاز به سرویس‌های پیشرفته هدفمند برای تسکین اثرات مرگ مادر روی بچه‌های آسیب‌پذیر، باید تلاش مضاعفی برای مبارزه با مرگ مادر که ریشه اصلی اثرات روی بچه‌ها و خانواده است، انجام شود.

دولت، ارگان‌های دیگر و NGOها لازم است، اما متأسفانه در جامعه ما چنین حمایت‌هایی وجود ندارد و سرنوشت خانواده مادر فوت شده در اثر عوارض بارداری و زایمان، کم‌اهمیت تلقی شده است. از این‌رو، لازم می‌باشد که با شناساندن عواقب مرگ مادر به سازمان‌های حمایتی، مشاوره‌ای و حمایت دولت برای پیشگیری از اثرات سوء آن اقدامات برنامه‌ریزی شده و هماهنگی جهت بررسی مشکلات و یافتن راه‌هایی برای برطرف نمودن آن‌ها انجام شود. مهم‌تر این که پیشگیری اولیه از مرگ مادر، یک ضرورت است. مرگ مادر یک تراژدی انسانی است که می‌تواند با تجهیز مراکز اورژانس حتی در مناطق دور افتاده، سهولت دسترسی به روش‌های ضد بارداری در زنانی که سن بالا یا تعداد کافی بچه دارند، به کارگیری افراد ماهر و متعهد برای مراقبت‌های حین بارداری و زایمان، بعد از زایمان، متعهد بودن آن‌ها در افزایش دقت و صرف وقت کافی برای بررسی مادران تحت مراقبت، افزایش به کارگیری تعداد افراد آموزش دیده برای جبران کمبود نیروی انسانی و کاهش نوبت‌های کاری فشرده به این هدف مهم دست یافت. همچنین، اقدامات تکمیلی برای شناسایی بیماری‌های زمینه‌ای مادران ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از کمیته کاهش مرگ و میر مادران، دفتر مامایی و مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان که در انجام این تحقیق همکاری نمودند و از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان که هزینه‌های انجام این پژوهش را تأمین نمود و خانواده‌های مادران فوت شده که در مصاحبه شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

برای رسیدن به این هدف باید نابرابری‌ها از بین رود و اقداماتی جهت تفهیم زنان از زایمان و تسهیلات بهداشتی تا توسعه مراقبت‌های مادری محترمانه انجام شود (۱۵). نارضایتی از خدمات بهداشتی درمانی از شکایات عمده خانواده‌ها بود که آن را عامل مرگ مادر و گرفتاری‌های خود می‌دانستند. Bazile و همکاران هم نشان دادند که در مراکز بهداشتی، خانواده‌ها با موانعی مواجه می‌شوند از قبیل کیفیت پایین مراقبت و کمبود شدید کارکنان بهداشتی که یک مانع اصلی مراقبت از مادران و بچه‌ها است (۱۴). Perry و همکاران معتقدند که پروتکل بیمارستان‌ها در مقابل مرگ مادر متفاوت می‌باشد و بهتر است در ابتدا یک مبلغ مذهبی و مددکار اجتماعی با خانواده ارتباط برقرار کند (۹).

محدودیت‌ها: ۱- محدودیت مربوط به اعتبار نگرش درونی که ناشی از انحراف در گزارش وقایع مربوط به شخص درگیر واقعه است.

۲- عدم امکان شرکت دادن خانواده‌های اقلیت از قبیل اتباع افغانی به دلیل نوع گویش که اکثر موارد مرگ مادر را شامل می‌شدند.

نتیجه‌گیری

در پاسخ به سؤال محوری پژوهش در مورد تجارب خانواده‌هایی که با مرگ مادر مواجه شده بودند، پدیده مورد مطالعه به صورت یک بیانیه صریح از ارتباط متقابل حیطه روحی و رفتاری، حیطه تغییر مسیر زندگی و حیطه مداخلات اجتماع حکایت دارد که در نهایت، باعث آسیب‌پذیری این خانواده‌ها به ویژه فرزندان در ابعاد مختلف زندگی می‌شود. برای کمک به این خانواده‌ها، حمایت همه جانبه از طرف

References

1. Leveno K, Cunningham F, Alexander J, Bloom S, Casey B, Dashe J, et al. Williams manual of obstetrics: Pregnancy complications. 22nd ed. New York, NY: McGraw Hill Professional; 2007.
2. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: Who, when, where, and why. Lancet 2006; 368(9542): 1189-200.
3. Mahaini R, Mahmoud H. Reducing maternal mortality in the eastern Mediterranean region. East Mediterr Health J 2005; 11(4): 539-44.
4. Kirigia JM, Oluwale D, Mwabu GM, Gatwiri D, Kainyu LH. Effects of maternal mortality on gross domestic product (GDP) in the WHO African region. Afr J Health Sci 2006; 13(1-2): 86-95.
5. Soltani H, Fair F, Hakimi S. Reduction in global maternal mortality rate 1990-2012: Iran as a case example. Midwifery 2015; 31(2): 271-3.

6. Murphy SL, Kochanek KD, Xu J, Heron M. Deaths: Final Data for 2012. *Natl Vital Stat Rep* 2015; 63(9): 1-117.
7. Shamshiri Milani H. Mothers' Health. In: Hatami H, Razavi SM, Eftekhari AH, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizade SMj. *Textbook of Public Health*. Vol 3. 3rd ed. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2013. [In Persian].
8. Miller S, Belizan JM. The true cost of maternal death: Individual tragedy impacts family, community and nations. *Reprod Health* 2015; 12: 56.
9. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal child nursing care*. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2014.
10. Yamin AE, Boulanger VM, Falb KL, Shuma J, Leaning J. Costs of inaction on maternal mortality: Qualitative evidence of the impacts of maternal deaths on living children in Tanzania. *PLoS One* 2013; 8(8): e71674.
11. Reed HE, Koblinsky MA, Mosley WH. *The consequences of maternal morbidity and maternal mortality*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
12. Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z, Seif H, Rasoolzadeh N. Professionalization experiences of newly employed nurses in clinical settings in Iran. *Hayat* 2006; 11(3-4): 5-18. [In Persian].
13. Abedi HA. Applying phenomenological method of research in clinical sciences. *Rahbord* 2010; 19(54): 207-24. [In Persian].
14. Bazile J, Rigodon J, Berman L, Boulanger VM, Maistrellis E, Kausiwa P, et al. Intergenerational impacts of maternal mortality: Qualitative findings from rural Malawi. *Reprod Health* 2015; 12(Suppl 1): S1.
15. Molla M, Mitiku I, Worku A, Yamin A. Impacts of maternal mortality on living children and families: A qualitative study from Butajira, Ethiopia. *Reprod Health* 2015; 12(Suppl 1): S6.
16. Knight L, Yamin A. "Without a mother": Caregivers and community members' views about the impacts of maternal mortality on families in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reprod Health* 2015; 12(Suppl 1): S5.
17. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: A systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375(9726): 1609-23.
18. Atwood GE, Stolorow RD. The demons of phenomenological contextualism: A conversation. *Psychoanal Rev* 2012; 99(2): 267-86.
19. Tajik P, Nedjat S, Afshar NE, Changizi N, Yazdizadeh B, Azemikhah A, et al. Inequality in maternal mortality in Iran: An ecologic study. *Int J Prev Med* 2012; 3(2): 116-21.
20. Dowling M, Cooney A. Research approaches related to phenomenology: Negotiating a complex landscape. *Nurse Res* 2012; 20(2): 21-7.

Families' Experiences of Maternal Death due to Pregnancy and Childbirth Complications: A Phenomenological Study

Mahdieh Mirhoseini¹, Esmat Nouhi²

Original Article

Abstract

Introduction: The majority of mother deaths due to pregnancy and childbirth complications are unexpected. This occurrence will have several effects on family and create difficulties in their lives. The aim of this study was to describe and explain families' experiences of maternal death due to pregnancy-related complications.

Method: In this descriptive qualitative phenomenological research, the sample consisted of a total of 16 people, 10 members of families with at least one living child, experienced mother's death more than six months before, 3 supervisors of orphaned infants, and 3 midwives, selected via purposive sampling method. Data collection was performed using semi-structured interviews with open-ended questions. The mean duration of interviews was 45 minutes and an electronically tape recorder was used to record the interviews. Analysis of collected data was conducted using Colaizzi method via MAX-QD10 software.

Results: 3 major themes and 11 subthemes were extracted. The main themes were "spiritual and behavioral area", "lifestyle and fate changes", and "areas of social life". The integration of these themes resulted in an unequivocal statement that maternal mortality due to pregnancy and delivery complications was a tragedy which caused vulnerability of families, especially the children.

Conclusion: Families' experiences of mothers' death due to pregnancy-related complications were different from other mothers' deaths regarding two aspects. First, maternal deaths could not be anticipated and were not expected. This lack of preparation exacerbated the vulnerability of the family. Second, the infant who strongly needed to be under mother's care, remained uncertain. So, primary cares should be taken to prevent maternal mortality. In addition, governmental and non-governmental organizations should coordinate policies and specific cares to support the families and prevent early and late adverse effects.

Keywords: Maternal mortality, Family, Phenomenology, Pregnancy, Childbirth

Citation: Mirhoseini M, Nouhi E. Families' Experiences of Maternal Death due to Pregnancy and Childbirth Complications: A Phenomenological Study. J Qual Res Health Sci 2017; 6(2): 157-69.

Received date: 13.02.2016

Accept date: 20.06.2016

1- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

2- Assistant Professor, Department of Internal-Surgical Nursing AND Nursing Research Center, School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Mahdieh Mirhoseini, Email: mirhisinii@yahoo.com