

بارداری پرخطر چه تجربیاتی را برای زوجین آشکار کرد؟

دکتر گیتی ازگلی^۱، دکتر تقی پورابراهیم^۲، دکتر نیره اعظم حاجی خانی گلچین^{۳*}

۱. دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه مامایی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۰۵

خلاصه

مقدمه: با توجه به شیوع حاملگی‌های پرخطر در کشورهای در حال توسعه، افزایش موربیدیتی و مورتالیتی مادر و جنین و اثرات نامطلوب این حاملگی‌ها بر سلامت روان زوجین، درک تجربه بارداری پرخطر در زوجین ضروری است. از آنجایی که از واقع‌گرایانه‌ترین راه‌ها برای دستیابی به چالش‌های پیش رو، استفاده از تجربیات خود افراد است، مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه زوجین با بارداری پرخطر انجام شد.

روش کار: مطالعه کیفی حاضر در سال ۱۳۹۷ در زوجین با حاملگی پرخطر در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان صیاد گرگان انجام شد. مشارکت‌کنندگان به روش هدفمند و با حداکثر تنوع جهت مصاحبه عمیق ساختاریافته، انتخاب شدند. جهت صحت داده‌ها از معیار گوبا و لینکن استفاده شد. جمع‌آوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌طور همزمان بر اساس فرآیند تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی بر مبنای روش گرانهایم و توسط نرم‌افزار مکسودا (نسخه ۱۰) انجام شد.

یافته‌ها: در مجموع ۲۳ زوج با حاملگی پرخطر مشارکت کردند. محدوده سنی زنان ۲۰-۴۵ سال و مردان ۲۲-۵۲ سال بودند. درون‌مایه‌ها شامل نگرانی و ترس زوجین بابت سلامت مادر و جنین، شیوه مقابله با مشکل، نیاز به خدمات جامع و حمایت همه جانبه اطرافیان بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به تجربه نگرانی از سلامت مادر و جنین و نبودن خدمات جامع، توجه به افزایش اطلاعات و کسب مهارت‌های تطابق با مشکلات و سبک زندگی سالم در زوجین، همچنین ارائه خدمات جامع حمایت‌گر و حمایت همه‌جانبه اطرافیان لازم است تا با کاهش عوارض بارداری پرخطر، زوجین تجربه خوبی داشته باشند.

کلمات کلیدی: تجربیات، حاملگی پرخطر، زوجین

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر نیره اعظم حاجی خانی گلچین؛ واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران. تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۳۹۴۶؛ پست الکترونیک: hajikhani2@yahoo.com

مقدمه

حاملگی پرخطر، بارداری است که با افزایش خطر عوارض برای مادر و جنین همراه است (۱). این بارداری‌ها علاوه بر مرگ مادری، با عوارض جنینی مانند مرگ جنین، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد و غیره همراه است (۲).

در سراسر جهان، بیش از ۲۰ میلیون زن در معرض خطر حاملگی پرخطر قرار دارند و تخمین زده می‌شود که روزانه ۸۳۰ نفر جان خود را از دست می‌دهند که بیش از ۹۹٪ در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد (۳). شیوع حاملگی پرخطر در ایران و کشورهای دیگر از ۲۵/۶٪ تا ۷۵/۶٪ متغیر است (۴، ۵).

حتی در بهترین شرایط، بارداری یک دوره استرس‌زا برای زنان و خانواده آنها است. در حاملگی‌های پرخطر با توجه به افزایش موربیدیتی و مورتالیتی، استرس و اضطراب مادر افزایش می‌یابد (۶). اثرات روانی بارداری پرخطر نه تنها زن، بلکه همسر وی را نیز دربر می‌گیرد. نتایج مطالعه مقطعی حاجی‌خانی و همکاران (۲۰۱۸) با هدف ارزیابی وضعیت سلامت روان زوجین با حاملگی پرخطر نشان داد که ۳۱/۷٪ از مادران و ۲۵/۶٪ از پدران سلامت روان مختل در بارداری داشتند (۷). اختلال در سلامت روان مادران، بر سلامت روان همسرانشان نیز تأثیر می‌گذارد و منجر به اختلال در سلامت روان همسرانشان می‌شود. بیشترین پیشگویی کننده سلامت روان مادران در بارداری پرخطر، نگرانی مادران و در مرحله بعد سلامت روان همسر و حمایت اجتماعی می‌باشد (۸). از طرفی نگرانی مادر هم بیشترین پیشگویی کننده نگرانی پدر در بارداری پرخطر می‌باشد (۹). به عبارتی اضطراب و نگرانی مادران به صورت دوطرفه، هم بر سلامت روان مادر و هم همسرش تأثیرگذار است. بارداری پرخطر به عنوان محصول مشترک زوجین و نقش حمایتی آنها بر یکدیگر بر هر دو زوج تأثیر متقابل می‌گذارد.

با توجه به اینکه تمام جنبه‌های زندگی خانوادگی و عملکرد زوجین تحت تأثیر وقوع حاملگی پرخطر قرار می‌گیرد، به منظور کاهش اضطراب و ارتقای کیفیت زندگی آنها، شناسایی نیازهای این زوجین و برنامه‌ریزی مناسب ضروری است. در صورت حمایت ناکافی خانواده

و سازمان‌های ارائه دهنده خدمات، تجربه حاملگی پرخطر برای زوجین سخت‌تر می‌شود (۱۰). در ایران برای مراقبت‌های حاملگی پرخطر، از راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان وزارت بهداشت برای تشخیص و مدیریت حاملگی پرخطر استفاده می‌شود. ماماها به همراه پزشکان، نقش اساسی در تشخیص و مدیریت بارداری پرخطر دارند. مدیریت حاملگی پرخطر شامل مداخلات پزشکی و مراقبت‌های حمایتی ارائه شده می‌باشد (۱۱).

با توجه به شیوع حاملگی‌های پرخطر در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، اهمیت مراقبت‌های بارداری و تأثیر آن بر پیامدهای پری‌ناتال و همچنین اثرات نامطلوب این حاملگی‌ها بر سلامت روان زوجین و خانواده، توجه جدی در درک تجربه بارداری پرخطر در زوجین ضروری است. آگاهی از تجربیات زوجین با حاملگی پرخطر به سیستم مراقبتی کمک می‌کند که با چالش‌های پیش‌روی مادران با بارداری پرخطر و همسرانشان روبرو شود و چارچوبی برای بهبود برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی و کاهش عوارض فراهم کند. از آنجایی که بهترین و واقع‌گرایانه‌ترین راه‌ها برای دستیابی به چالش‌های پیش‌رو، استفاده از تجربیات خود افرادی است که با مشکل روبرویی دارند، لذا با توجه به عدم مطالعه بر روی زوجین، مطالعه کیفی حاضر با هدف درک تجربه زوجین با بارداری پرخطر انجام شد.

روش کار

مطالعه کیفی حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی بر روی ۲۳ زوج با حاملگی پرخطر در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان صیاد شیرازی گرگان در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

منظور از حاملگی پرخطر در این مطالعه شامل وجود هر عاملی در بارداری بود که سلامت مادر و جنین را به خطر بیندازد و طبق پرونده پزشکی و معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی در لیست بارداری پرخطر قرار گیرد. مشارکت کنندگان به روش هدفمند و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بین زنان باردار با حاملگی پرخطر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی

شدند. کدهای اصلی در یک دسته قرار گرفت و بر اساس معنای درونی آنها، برچسب مفهومی مناسب داده شد و به این ترتیب زیرطبقات آشکار شد. زیرطبقات با معنای مشابه در یک دسته قرار گرفتند و مفهوم مناسب که دربرگیرنده معنای درونی زیرمجموعه باشد، برای آنها در نظر گرفته شد و به این ترتیب طبقات آشکار شدند. طبقات با درون‌مایه مشترک و با برچسب مفهومی مناسب، مضامین یا تم‌ها یا درون‌مایه‌ها را آشکار ساختند.

فرآیند جمع‌آوری داده‌ها تا زمان اشباع ادامه یافت. داده‌ها بر اساس فرآیند تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی بر مبنای روش گرانهایم و توسط نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی (MaxQDA) (نسخه ۱۰) تجزیه و تحلیل شدند. جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌طور همزمان انجام شد. جهت صحت داده‌ها از معیار گوبا و لینکون استفاده شد و از چهار معیار قابلیت اعتبار، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری اقدام شد. برای کسب قابلیت اعتبار تلاش شد تا مشارکت‌کنندگان با حداکثر تنوع تجربیات انتخاب شوند، زمان کافی برای انجام مطالعه صرف شد و داده‌ها توسط تعدادی از متخصصان تأیید شد. برای انتقال‌پذیری، یافته‌ها توسط چند نفر از متخصصان خارج از پژوهش، تأیید شد. برای اطمینان‌پذیری، تمام مراحل پژوهش نکته‌برداری، ثبت و ضبط شد (۱۲). به‌علاوه پژوهشگر متن کامل تمام مصاحبه‌ها همراه با کدگذاری و طبقات اولیه را به اساتید راهنما و مشاور ارسال کرد و از نظرات تأییدی و تکمیلی اساتید در کلیه مراحل کار استفاده شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۲۳ زوج با حاملگی پرخطر شرکت کردند حدود یک سوم مادران بارداری اول را تجربه می‌کردند. از بین مادرانی که بارداری قبلی داشتند، کمتر از یک دوم موارد علاوه بر حاملگی پرخطر فعلی، سابقه حاملگی پرخطر قبلی را نیز تجربه کرده بودند. مشخصات دموگرافیک زوجین در جدول ۱ نشان داده شده است.

و درمانی و همچنین بخش حاملگی پرخطر بیمارستان صیاد شیرازی شهر گرگان انجام شد. در نمونه مورد بررسی، سعی شد از سه دوره ابتدایی، میانی و انتهای بارداری نمونه‌گیری صورت گیرد. دوره‌های بارداری به‌صورت سهم نسبتاً یکسان انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار پرخطر و همسرانشان که سابقه بیماری روانی و یا روان‌درمانی و یا واقعه استرس‌زا در ۶ ماه گذشته نداشته و جهت شرکت در مطالعه رضایت داشتند.

انتخاب نمونه‌ها به این‌صورت بود که ابتدا مادر باردار دارای حاملگی پرخطر انتخاب و سپس هماهنگی با همسر وی انجام می‌شد. مکان مصاحبه‌ها در این مطالعه، به انتخاب مشارکت‌کنندگان و در حضور هر دو زوج در بیمارستان، مراکز بهداشتی درمانی، منزل و یا پارک انجام گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته جمع‌آوری شد. مدت زمان هر مصاحبه بین نیم تا یک ساعت بود که ممکن بود برحسب شرایط، کاهش یا افزایش داشته باشد. مصاحبه‌ها شامل سؤالات باز مانند: وقتی متوجه شدید که بارداری پرخطر دارید، چه احساسی داشتید؟ در این حاملگی با چه مشکلاتی مواجه شده‌اید؟ در چه صورت شرایط بهتری را تجربه می‌کردید؟ چه پیشنهادی برای بهتر شدن شرایط دارید؟ چه عواملی بر آرامش شما تأثیر می‌گذارد؟ آیا در دوران بارداری از حمایت خانواده برخوردار بودید؟ نحوه خدمات مراکز در دوران بارداری چگونه بود؟ بود. در ضمن سؤالات عمق‌دهنده و اکتشافی بر اساس نوع پاسخ‌ها برای پی بردن به عمق تجربیات زوجین نظیر چرا و چگونه؟ و بیشتر توضیح دهید، ارائه شد. در شروع هر جلسه مصاحبه، در مورد اهداف تحقیق برای زوجین توضیح داده شد و اجازه جهت مکتوب کردن مصاحبه‌ها گرفته شد. سپس هر مصاحبه در کمتر از ۲۴ ساعت توسط یکی از محققین تایپ شد. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، فرآیند کدگذاری نیز آغاز شد. با مطالعه دقیق مصاحبه‌ها، محقق تلاش کرد تا عناصر ظاهری و درونی آنها را دریافت نماید. بخش‌های متون به‌دست آمده خلاصه و کدگذاری شد. کدهای مشابه در هم ادغام

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک زوجین

زوجین	سن زن	سن مرد	تحصیلات زن	تحصیلات مرد	شغل زن	شغل مرد	نوع حاملگی
۱	۴۰	۵۰	لیسانس	لیسانس	کارمند	کارمند	پره‌اکلامپسی و سن بالا
۲	۳۹	۳۴	ابتدایی	دیپلم	خانه‌دار	راننده	دفع پروتئین، ناخواسته، سن بالا
۳	۴۵	۵۲	دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	نظامی	دیابت آشکار، سن بالا
۴	۲۷	۲۸	دیپلم	راهنمایی	خانه‌دار	کارگر	دیابت آشکار، کم کاری تیروئید
۵	۳۰	۴۶	راهنمایی	دیپلم	آرایشگر	آزاد	دیابت بارداری
۶	۲۲	۲۷	لیسانس	راهنمایی	خانه‌دار	کارگر	فشار خون بارداری
۷	۲۰	۲۸	دبیرستانی	ابتدایی	خانه‌دار	آزاد	خونریزی
۸	۴۰	۴۴	لیسانس	لیسانس	خانه‌دار	مهندس	توتال پروپا
۹	۳۶	۳۹	لیسانس	لیسانس	بیکار	بیکار	کبد چرب، بزرگی طحال، عفونت ریه
۱۰	۳۵	۴۳	لیسانس	لیسانس	خانه‌دار	کارمند	فشار خون
۱۱	۳۸	۴۰	دیپلم	دیپلم	خانه‌دار	نماکار	ناخواسته و دیابت
۱۲	۳۰	۳۶	راهنمایی	فوق دیپلم	خانه‌دار	کارمند	دیابت
۱۳	۳۳	۳۸	لیسانس	لیسانس	خانه‌دار	راننده	جفت پروپا
۱۴	۳۷	۳۸	ابتدایی	راهنمایی	خانه‌دار	راننده	زایمان زودرس
۱۵	۲۵	۳۲	راهنمایی	ابتدایی	خانه‌دار	آزاد	اولیگوهایدر و آمنیوس
۱۶	۳۰	۳۴	لیسانس	لیسانس	خانه‌دار	سالم	پره‌اکلامپسی و زایمان زودرس
۱۷	۲۸	۳۰	ابتدایی	راهنمایی	خانه‌دار	کارگر	زایمان زودرس
۱۸	۳۰	۳۲	ابتدایی	دیپلم	خانه‌دار	آزاد	دیابت
۱۹	۳۱	۳۲	ابتدایی	راهنمایی	خانه‌دار	کارگر	زایمان زودرس
۲۰	۳۳	۳۹	ابتدایی	راهنمایی	خانه‌دار	تعمیرکار	پره‌اکلامپسی
۲۱	۲۷	۲۸	دبیرستان	راهنمایی	خانه‌دار	بیکار	عفونت کلیه و اختلال گوارشی
۲۲	۲۳	۲۹	لیسانس	لیسانس	کارمند	کارمند	زایمان زودرس
۲۳	۲۲	۲۵	لیسانس	لیسانس	کارمند	کارمند	دیابت

در مجموع ۶۷۱ کد اولیه استخراج شد که با تقلیل داده-ها و حذف عبارات تکراری و ادغام عبارات همپوشان، ۸۴ کد ادغام یافته، ۳۵ زیرطبقه، ۱۱ طبقه اصلی، ۴ درون‌مایه اصلی شامل "نگرانی و ترس زوجین بابت سلامت مادر و جنین"، "شیوه مقابله با مشکل"،

جدول ۲- درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات حاصل از داده‌ها

زیرطبقه	طبقه	درون‌مایه
نگرانی و ترس زوجین بابت بیماری مادر	نگرانی و ترس زوجین بابت سلامت مادر	نگرانی و ترس زوجین بابت سلامت مادر و جنین
نگرانی و ترس زوجین بابت مرگ مادر		
نگرانی بابت اختلال در سلامت روان مادر		
نگرانی بابت ناهنجاری جنین		
نگرانی و ترس بابت مرگ جنین	نگرانی و ترس زوجین بابت سلامت جنین	
نگرانی بابت وجود بیماری در جنین		
توکل به خدا و توسل به امامان	رویکرد معنوی	
اثرات مثبت دعا کردن		
سبک زندگی سالم		
کنترل افکار منفی	خودمراقبتی	شیوه مقابله با مشکل

احساس ناتوانی	درمان جویی
صحبت با هم‌تایان و افراد باتجربه	ارتباط مناسب و نامناسب کادر پزشکی
پیگیری پزشکی و تمکین به دستورات	ارتباط مناسب
افزایش اطلاعات و آگاهی	ارتباط مناسب تیم ارائه دهنده خدمات
ارتباط نامناسب کادر پزشکی	عدم ارائه خدمات متمرکز
ارتباط مناسب	عدم ارائه خدمات با هزینه مناسب
اخلاق مناسب تیم ارائه دهنده خدمات	نبود و فقدان کار تیمی
عدم ارائه خدمات متمرکز	روند نامناسب تشخیص و درمان
عدم ارائه خدمات با هزینه مناسب	نیاز به بروز شدن کادر درمان
نبود و فقدان کار تیمی	نیاز به آموزش زوجین در حین مراحل تشخیص و در
روند نامناسب تشخیص و درمان	زمان بارداری
نیاز به بروز شدن کادر درمان	عدم ارائه خدمات قبل از بارداری
نیاز به آموزش زوجین در حین مراحل تشخیص و در	دسترسی به مشاوره در تمام مدت شبانه‌روز
زمان بارداری	حمایت عاطفی نزدیکان
عدم ارائه خدمات قبل از بارداری	حمایت فیزیکی نزدیکان
دسترسی به مشاوره در تمام مدت شبانه‌روز	حمایت مالی نزدیکان
حمایت عاطفی نزدیکان	حمایت عاطفی همسر
حمایت فیزیکی نزدیکان	حمایت فیزیکی همسر
حمایت مالی نزدیکان	حمایت مالی همسر
حمایت عاطفی همسر	
حمایت فیزیکی همسر	
حمایت مالی همسر	

بابت که دیابت سرم بمونه" (مادر ۳۸ ساله و همسر ۴۰ ساله، سابقه ۲۰ سال زندگی مشترک، ۲ فرزند، دیابت در بارداری).

تعدادی از زوجین نگران عواقب احتمالی منجر به مرگ بودند. در این راستا بیانات یکی از پدران چنین بود: "وقتی خانمم بیمارستان بود، خیلی می‌ترسیدم همسر رو از دست بدم، ولی به روم نمی‌آوردم. باهش با آرامش خاطر صحبت می‌کردم و دلداریش می‌دادم که حالش خوب میشه و مثل قبل به زنگیمون ادامه می‌دیم" (پدر ۲۹ ساله و همسر ۲۲ ساله، ۵ سال طول زندگی مشترک، ۲ فرزند، پلاکت پایین و زایمان زودرس).

۲- طبقه نگرانی و ترس بابت سلامت جنین

این طبقه دربرگیرنده زیرطبقه‌ها "نگرانی و ترس بابت ناهنجاری جنین"، "نگرانی و ترس بابت مرگ جنین" و "نگرانی بابت وجود بیماری در جنین" بود.

به‌عنوان نمونه، نگرانی و ترس زوجین بابت ناهنجاری جنین از بیانات تعداد زیادی از مشارکت‌کنندگان استخراج شد. در این راستا بیانات مادری بدین‌صورت

الف) درون مایه نگرانی و ترس بابت سلامت مادر

و جنین: در مطالعه حاضر یکی از درون‌مایه‌های پدیدار شده در تجربیات زوجین، "نگرانی و ترس بابت سلامت مادر و جنین" و ۲ طبقه اصلی "نگرانی و ترس بابت سلامت مادر" و "نگرانی و ترس بابت سلامت جنین" و ۶ زیرطبقه شامل "باقی ماندن بیماری در مادر"، "اختلال در سلامت روان مادر و مرگ مادر"، "نگرانی و ترس بابت ناهنجاری جنین"، "نگرانی و ترس بابت مرگ جنین"، "نگرانی بابت وجود بیماری در جنین" از زیرطبقه‌ها مهم پدیدار شده در این مطالعه بود. هرکدام از مشارکت‌کنندگان این مضامین را به شکلی در خلال تجربیات خود مطرح کردند.

۱- طبقه نگرانی و ترس بابت سلامت مادر

این طبقه دربرگیرنده زیرطبقه‌ها "باقی ماندن بیماری در مادر"، "اختلال در سلامت روان مادر" و "مرگ مادر" بود.

بیانات یک مادر در مورد باقی ماندن بیماری: "از ۷ ماهگی وقتی فهمیدم دیابت دارم خیلی ترسیدم. از این

بود: "به خاطر دفع پروتئین و فشار بالای از ابتدای بارداری دارو می‌خوردم. می‌ترسیدم داروها رو بچه‌ام اثر بگذاره. اگه خدای نکرده ناهنجاری داشته باشن، تو زندگی‌اش خیلی تأثیر می‌گذاره" (خانم ۳۰ ساله و همسر ۳۴ ساله، ۱۰ سال طول زندگی مشترک، ۲ فرزند، پره‌اکلامپسی، زایمان زودرس).

در این راستا بیانات پدری بدین صورت بود: "وقتی فهمیدم همسرم باردار هست، با توجه با اینکه سن‌اش بالاست و مشکلاتی هم تو بارداری داره، خیلی نگران شدم" (پدر ۳۴ ساله و همسر ۳۹ ساله، ۲۳ سال زندگی مشترک، ۲ فرزند، بارداری ناخواسته و پروتئینوری).

ب) درون‌مایه شیوه مقابله با مشکل: یکی از درون‌مایه‌های اصلی در این مطالعه، شیوه مقابله با مشکل بود. درون‌مایه "شیوه مقابله با مشکل" از طبقات "رویکرد معنوی"، "خودمراقبتی" و "درمان جویی" استخراج گردید.

۱- رویکرد معنوی

رویکرد معنوی، از بیانات بسیاری از زوجین در این مطالعه استخراج شد. بسیاری از زوجین در مقابله با مشکلات با توکل به خدا و توسل به امامان و دعا کردن، خود را آرام می‌کردند. این طبقه دربرگیرنده زیرطبقات تسلیم و توکل به خدا، شادی از زندگی و تشکر از خدا، درخواست از خدا با جملات مثبت، نماز و قرآن خواندن، توسل به ائمه اطهار، بازتاب مثبت دعا کردن برای دیگران بر روی خود فرد، دعا و نیایش برای رسیدن به آرامش بود.

دیدگاه یکی از مادران بدین صورت بود که: "به خدا گفتم خدایا همینطور که باردار شدن من بعد از این همه سال که دیگه تقریباً همه از ما ناامید شده بودن مثل یه معجزه اتفاق افتاد، نگهداری این بچه هم برای تو کاری نداره. کنترل این قضیه از توان من خارجه، پس با همه وجودم خودم رو به تو می‌سپارم و می‌دونم که تو به بهترین شکل از من و بچم محافظت می‌کنی. یاد گرفتم که نخوام همیشه همه چیز رو خودم کنترل کنم. باید تمام تلاشم رو بکنم و در نهایت خودم رو بسپرم به جریان زندگی. هیچ وقت نمی‌گفتم خدایا ازت خواهش می‌کنم بچه منو نگه‌دار، با خوشحالی تمام

می‌گفتم خدا جونم ازت ممنونم که بهترین شکل از منو بچم مراقبت می‌کنی و در نهایت بهترین بچه دنیا رو بهم میدی" (مادر ۴۰ ساله و همسر ۴۴ ساله، ۱۶ سال طول زندگی مشترک، بارداری اول، پلاسنتا پرویا).

دیدگاه یکی از پدران: "همسر در مواقع مشکلات ۲ رکعت نماز و همینطور قرآن میخونه و توکل می‌کنه، بعدش بهم می‌گه درست می‌شه، منم بهش اعتماد می‌کنم" (مادر ۲۱ ساله و همسر ۲۲ ساله، ۳ سال سابقه زندگی مشترک، بارداری اول، پیلونفریت).

۲- خودمراقبتی

خودمراقبتی، یکی دیگر از طبقات اصلی شیوه مقابله با مشکل در این مطالعه بود. این طبقه دربرگیرنده زیرطبقات "سبک زندگی سالم"، "کنترل افکار منفی"، "بالا بردن اعتماد به نفس"، "صحبت با هم‌تایان و افراد باتجربه" بود.

جهت پیروی از سبک زندگی سالم، بیانات یکی از مادران چنین بود: "خواهرم حداقل روزی ۲ بار می‌امد و فشارم را کنترل می‌کرد. مسئولیت‌های کاری‌ام را تحویل دادم. حجم کارهایم را کم کردم، بیشتر مرخصی می‌گرفتم" (خانم ۴۰ ساله و همسرش ۵۰ ساله، ۱۳ سال طول زندگی مشترک، بارداری اول، پره‌اکلامپسی و زایمان زودرس). همچنین بیانات یک مادر که صحبت و آشنایی با هم‌تایان در حین پروتکل درمانی را به‌عنوان یکی از شیوه‌های کم کردن نگرانی بیان نمود: "با دوستانی که آی وی اف کرده بودند و باردار بودند و با هم در طول پروتکل آشنا شده بودیم، سعی می‌کردم صحبت داشته باشم، اینجوری کمتر به مشکل‌ام فکر می‌کردم" (مادر ۴۰ ساله و همسر ۵۰ ساله، ۱۳ سال طول زندگی مشترک، بارداری اول، پره‌اکلامپسی و زایمان زودرس).

از بیانات یک پدر: "از وقتی دکتر گفت اگه رو روال انسولینش رو بزنه و تغذیه‌اش رو رعایت کنه، برای بچه اتفاقی نمی‌افته، منم خانمم رو مرتب به این کار تشویق می‌کردم" (مادر ۳۰ ساله و همسر ۴۶ ساله، ۱۵ ماه طول زندگی مشترک، بارداری اول، دیابت و کم‌کاری تیروئید).

۳- درمان جویی

درمان جویی، یکی دیگر از طبقات اصلی شیوه مقابله با مشکل در زوجین این مطالعه بود. این طبقه دربرگیرنده زیرطبقات "پیگیری و تمکین دستورات پزشکی" و "افزایش اطلاعات و آگاهی" بود.

در این راستا بیانات پدری در ارتباط با تمکین دستورات توسط همسر بدین صورت بود: "برای کاهش پلاکت همسرم قرص کورتون هر روز می‌خورد. دکترش گفت اگه پلاکتش خیلی پایین بیاد، باعث خونریزی موقع زایمان میشه" (پدر ۲۹ ساله و همسر ۲۲ ساله، سابقه ۵ سال زندگی مشترک، ۲ فرزند، پلاکت پایین و زایمان زودرس).

همچنین زوجین از طریق جستجوی اینترنتی به دنبال افزایش اطلاعات و آگاهی بودند. نمونه‌ای از بیانات یک مادر بدین صورت بود: "وقتی مشکل تو بارداری برام ایجاد شد، همش گریه و زاری، همش سرچ توی اینترنت برای یافتن کورسوی امید" (مادر ۲۷ ساله و همسر ۳۹ ساله، ۷ سال زندگی مشترک، بارداری اول، دیابت و سرویکس نارسا).

همچنین تعدادی از مادران معتقد به لزوم مشارکت و افزایش اطلاعات همسران در بارداری بودند. در این راستا بیانات یکی از مادران بدین صورت بود: "یکی از مشکلات اساسی خانوم‌ها و البته خود من، عدم آگاهی و دانش همسرم نسبت به این دوران و حتی پس از زایمانه، چون در فکر سنتی مرد ایرانی این پروسه کاملاً زنونه است. حتی مطب پزشکان زن هم آقایون ورودشون ممنوعه، در حالی که به نظر من هم خانوم و هم آقا باید تو این مسیر در جریان کامل قرار بگیرن و آگاهانه‌تر رفتار کنن" (مادر ۳۵ ساله و همسر ۴۳ ساله، ۱۱ سال زندگی مشترک، اولین بارداری، فشارخون بارداری).

ج) خدمات غیرجامع: درون‌مایه خدمات غیرجامع از طبقات اصلی "ارتباط مناسب و نامناسب کادر پزشکی"، "مهارت و عدم مهارت کادر پزشکی"، "نیاز به آموزش و مشاوره زوجین" و "عدم دسترسی به خدمات متمرکز و کم‌هزینه" استخراج شد.

۱- ارتباط مناسب و نامناسب کادر پزشکی

یکی از طبقات اصلی بسیار مهمی که از اظهارات اکثریت مشارکت‌کنندگان استخراج شد، ارتباط مناسب و نامناسب کادر پزشکی بود. این طبقه اصلی از زیرطبقات "وقت نگذاشتن پزشک برای بیمار جهت توضیح روند بارداری پرخطر"، "شفاف کردن مشکل با توضیحات کامل و مناسب" و "ترساندن مادر باردار از عوارض بارداری" استخراج شد.

در این راستا به نظرات برخی زوجین در مورد ارتباط نامناسب کادر پزشکی اشاره می‌شود. پدری بیان نمود "وقتی خانمم دچار آبریزش شد و تو بیمارستان بستری بود، خیلی نگران شدم. دکترها هم وقت صحبت کردن رو نداشتند. نمی‌دونستم آینده بچه‌های دوقلومون چی میشه. خیلی اضطراب داشتم، طوری که تپش قلب گرفته بودم و درد قفسه سینه. حتی تو اون مدت منم یه روز بستری شده بودم (پدر ۳۸ ساله و همسر ۳۷ ساله، ۱۷ سال زندگی مشترک، بارداری اول، دوقلویی با آبریزش و زایمان زودرس).

همچنین بیانات یک مادر بدین صورت بود: "متأسفانه تو کشور ما ارتباط درستی بین بیمار و پزشک وجود نداره و صرفاً کار انجام می‌شه بدون هیچ حمایت روانی... برای مثال در دوران بارداری میری پیش پزشک فقط با یه جمله که خوبه تموم می‌شه، در حالی که این واسه رفع نگرانی‌های یه زن باردار کافی نیست" (پدر ۴۳ ساله و مادر ۳۵ ساله، ۱۱ سال زندگی مشترک، اولین بارداری، فشارخون بارداری).

از طرفی بسیاری از زوجین به ارتباط مناسب کادر پزشکی اشاره کردند. نمونه‌ای از بیانات یک مادر بدین صورت بود: "علاوه بر اینکه پیش متخصص می‌رفتم، هفته‌ای ۲ بار هم می‌رفتم پیش مامای مرکز تا فشارم و صدای قلب بچه‌ام رو گوش کنه. اونقدر دلسوزانه کارم رو انجام می‌داد، احساس می‌کردم که از نزدیکانش هستم و سلامتی من براش خیلی مهمه" (مادر ۳۵ ساله و همسر ۴۳ ساله، سابقه ۱۱ سال زندگی مشترک، اولین بارداری، فشارخون بارداری).

۲- مهارت و عدم مهارت کادر پزشکی

مهارت و عدم مهارت کادر پزشکی نیز از طبقات اصلی بود که زیرطبقات "نبود و فقدان کار تیمی"، "روند نامناسب تشخیص و درمان" و "نیاز به بروز شدن کادر پزشکی" را دربر می‌گرفت.

نمونه‌ای از بیانات یک مادر در مورد روند نامناسب تشخیص و درمان بدین‌صورت بود: "وقتی توی بیمارستان بودم، همش مشاوره برام می‌نوشتند. پاس‌کاری رشته‌های مختلف به هم. حتی بعضی از مشاوره‌ها پیگیری نمی‌شد" (مادر ۲۷ ساله و همسر ۲۸ ساله، سابقه ۷ سال زندگی مشترک، یک فرزند، دیابت آشکار).

بسیاری از زوجین به لزوم روان‌شناس باتجربه در مواقع ضروری اشاره کردند. در این راستا پدری بیان نمود "چه خوب بود اگه توی کادر پزشکی بارداری از روان‌شناس مجرب کمک گرفته می‌شد برای بهتر گذروندن این دوران" (مادر ۳۵ ساله و همسر ۴۳ ساله، ۱۱ سال زندگی مشترک، بارداری اول، فشار خون در بارداری).

۳- نیاز به آموزش و مشاوره زوجین

نیاز به آموزش و مشاوره زوجین، یکی دیگر از طبقات اصلی بود که زیرطبقات "عدم آموزش درحین مراحل تشخیص و در زمان بارداری"، "عدم ارائه خدمات قبل از بارداری" و "دسترسی به مشاوره در تمام مدت شبانه‌روز" را دربر می‌گرفت.

بیانات یک مادر در این مورد بدین‌صورت بود: "بارداری دوران پر استرسیه واسه همه خانوم‌ها.....به‌نظرم اگه این دوران همراه باشه با یه کادر پزشکی مسئول، می‌تونه خیلی آروم‌تر سپری بشه.....گرفتن اطلاعات درست و کامل از یه مامای مسئول باعث میشه از دغدغه خانوم‌ها در بارداری به‌خصوص بارداری اول کم بشه" (پدر ۴۳ ساله و همسر ۳۵ ساله، ۱۱ سال سابقه زندگی مشترک، بارداری اول، فشار خون و زایمان زودرس).

دسترسی به مشاوره تمام‌وقت به‌طور مکرر توسط زوجین بیان شد. بیانات یک پدر در مورد دسترسی به مشاوره در شبانه‌روز بدین‌صورت بود: "البته اگه می‌شد هر زمانی از شبانه‌روز می‌تونستیم با مشاور در مورد

نگرانی‌هامون صحبت کنیم، خیلی خوب بود. حتی اگه یه مرکز خصوصی باشه. کمترین نفع‌اش اینه که آدم تخلیه می‌شه" (پدر ۳۸ ساله و همسر ۳۷ ساله، اولین بارداری، دوقلویی و آبریزش).

۴- عدم دسترسی به خدمات متمرکز و کم‌هزینه

عدم دسترسی به خدمات متمرکز و کم‌هزینه، از طبقات اصلی بود که از زیرطبقات "عدم وجود مکان مناسب در هنگام بستری"، "فراهم نبودن مکان مناسب جهت همراهی همسر"، "عدم خدمات‌دهی مهد بیمارستان برای فرزندان مادران بستری در بخش"، "ارائه خدمات غیرحضور با پزشک"، "نیاز به تردد برای دریافت خدمات"، "عدم وجود خدمات یکجا"، "مشکل در هزینه آزمایشات"، "عدم وجود خدمات رایگان"، "نداشتن هزینه غربالگری" و "عدم پوشش کامل بیمه سلامت" استخراج گردید.

در این راستا بیانات یکی از مادران در مورد عدم مکان مناسب در هنگام بستری بدین‌صورت بود: "من ۱۲ روز تو زایشگاه و بخش بستری بودم. تو زایشگاه از صداهای جیغ خانم‌های دیگه اعصابم به‌هم می‌ریخت و حتی تا بعدها بعد از زایمان صداهاشون تو گوشم بود" (مادر و پدر ۲۸ ساله، ۶ سال زندگی مشترک، ۲ فرزند، کیسه آب پاره و زایمان زودرس).

بیانات یک پدر در مورد عدم خدمات‌دهی مهد بیمارستان بدین‌صورت بود: "من کارگر روزمزدم. وقتی همسرم تو بیمارستان بستری بود، من مجبور بودم تو خونه بمونم و نرم‌کارگری و مراقب بچه‌ها باشم. اگه خانواده‌هامون اینجا بودند و یا تو بیمارستان جایی بود که بچه ۲ ساله‌ام رو می‌گذاشتم، منم می‌رفتم سرکارم" (پدر ۲۸ ساله و همسر ۲۷ ساله، ۱۰ سال طول زندگی مشترک، ۲ فرزند، حاملگی ناخواسته و عفونت کلیه).

بیانات یک مادر بابت نداشتن هزینه غربالگری بدین‌صورت بود: "هزینه غربالگری رو نداشتم تا ۶ ماه اول همش نگران ناهنجاری بودم. تا اینکه مامانم بهم پول داد تا برم سونوگرافی. بعد اون خیالم بابت ناهنجاری راحت شد" (مادر ۲۷ ساله و همسر ۲۸ ساله، سابقه ۷ سال زندگی مشترک، یک فرزند، دیابت آشکار).

همسر ۴۵ ساله، ۷ سال زندگی مشترک، ازدواج دوم آقا، ۲ فرزند از همسر قبلی، دیابت بارداری).
بیانات یک مادر در مورد حمایت مالی خانواده بدین صورت بود: "الان خونه مادر شوهرم زندگی می‌کنیم. شوهرم بیکار هست. مادرش برایش وام گرفت تا ماشین بخره و کار کنه" (مادر ۲۷ ساله و همسر ۲۸ ساله، سابقه ۷ سال زندگی مشترک، یک فرزند، دیابت آشکار).

بحث

مطالعه حاضر به منظور آشکار کردن تجربه زوجین با حاملگی پرخطر انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه کیفی حاضر، زوجین نگران بیماری مادر و جنین می‌باشند. در مطالعه حاجی‌خانی و همکاران (۲۰۱۸) که نگرانی پدران در بارداری پرخطر همسرانشان را مورد بررسی قرار داد، بیشترین حیطه نگرانی پدران، سلامت مادر بود (۱۳). مطالعه آنتونس و همکاران (۲۰۲۲) در پرتغال نشان داد که زنان با حاملگی‌های پرخطر، با ترس‌ها و نگرانی‌های متعدد در مورد سلامت خود و سلامت جنین دست و پنجه نرم می‌کنند (۱۴). در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۲۲) در ایران، ترس و اضطراب، از اثرات عوارض بارداری بر سلامت جنین و مادر و عامل مهمی در پریشانی روانی مادران بود. برخی از شرکت‌کنندگان ترس از مرده‌زایی و عقب‌ماندگی ذهنی جنین را دلیلی برای نگرانی گزارش کردند. برخی دیگر از مادران در مورد اثرات احتمالی بارداری بر سلامتی خود آشفته و نگران بودند (۱۵). در مطالعه کیفی برقی و همکاران (۲۰۱۶) در ایران که نگرانی‌های دوران بارداری را مورد بررسی قرار دادند، سلامت جنین، دغدغه اصلی مادران باردار بود (۱۶). در مطالعه شجائیان و همکاران (۲۰۲۱) احتمال آسیب‌پذیری جنین در برابر عوامل خطر مختلف از جمله زایمان زودرس، مرگ جنین و بستری شدن در NICU را از دلایل نگرانی مادران مبتلا به حاملگی پرخطر دانستند (۱۷). در مطالعه مرور سیستماتیک داب و همکاران (۲۰۲۳) که نگرانی‌های پدران در حاملگی همسرشان را مورد بررسی قرار دادند، عمده نگرانی‌های پدران مربوط به نگرانی بابت جنین و همسر بود (۱۸).

د) حمایت همه‌جانبه نزدیکان: درون‌مایه حمایت همه‌جانبه نزدیکان از طبقات اصلی "حمایت همه‌جانبه همسر" و "حمایت همه‌جانبه نزدیکان" استخراج شد.

۱- حمایت همه‌جانبه همسر

حمایت همه‌جانبه همسر از طبقات اصلی بود که از زیرطبقات "حمایت فیزیکی همسر"، "حمایت عاطفی همسر" و "حمایت مالی همسر" استخراج شد. به‌عنوان نمونه بیانات یک پدر در مورد همکاری در کارهای منزل بدین صورت بود: "وقتی همسرم بیمارستان بود، خانواده‌هامون اینجا نبودند و من خیلی سختی کشیدم، مراقبت از بچه‌ها و کارای خونه با من بود و از طرف دیگه نگرانی بابت سلامت همسر و فرزندمون" (مادر ۲۲ ساله و همسر ۲۹ ساله، سابقه ۵ سال زندگی مشترک، ۲ فرزند، بارداری ناخواسته، پلاکت پایین و زایمان زودرس).

نمونه‌ای از بیانات یک مادر در مورد حمایت همسر بدین صورت بود: "شوهرم نظامیه و مأموریت زیاد میره، ولی تو بارداری جاهای دور نمی‌رفت تا همش دردسترس باشه. هیچوقت نگرانی‌اش رو پیشم بروز نمی‌داد. بعداً فهمیدم که چقدر تو بارداری نگرانم بود. کلاً از هر جهت برام خیلی مایه گذاشت. اینجا کاملاً تنهاییم و خانواده‌هامون نیستن، اما همسرم واقعاً برام سنگ تمام گذاشت و یه تنه جور نبودن همشون رو کشید. این قضیه باعث شد که ما به هم نزدیک‌تر بشیم" (مادر ۴۵ ساله و همسر ۵۲ ساله، ۷ سال زندگی مشترک، ازدواج دوم آقا، ۲ فرزند از همسر قبلی، دیابت بارداری).

۲- حمایت همه‌جانبه نزدیکان

حمایت همه‌جانبه نزدیکان از طبقات اصلی بود که از زیرطبقات "حمایت عاطفی نزدیکان"، "حمایت فیزیکی نزدیکان" و "حمایت مالی نزدیکان" استخراج گردید. در این راستا بیانات یک پدر از حمایت عاطفی نزدیکان بدین صورت بود: "نگرانی‌هام رو به خانمم منتقل نمی‌کردم. با خواهر و مادرش و پدر و مادر خودم صحبت می‌کردم. اون‌ها تو روستا زندگی می‌کنند. ما مانم مخصوصاً خیلی دلداریم می‌داد" (پدر ۵۲ ساله و

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه محمدی، آنتونس، حاجی‌خانی، برقی و داب همسو بود. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، نگرانی بابت سلامت مادر و جنین در ملیت‌های مختلف و در هر دو زوج عمومیت دارد. در مدل مراقبت‌های مامایی، این موضوع مورد اهمیت است که مراقبین در روابط حمایتی به درک زنان از سلامتی‌شان و حس کنترل بر بیماری توجه کنند (۱۹). در این مطالعات نیز احتمال اینکه زوجین درک درستی از وضعیت طبی در بارداری پرخطر نداشته باشند، وجود دارد، در نتیجه نگرانی‌هایی به‌دلیل ناآگاهی به‌وجود می‌آید.

خدمات غیرجامع، یکی از تجربیات زوجین در مطالعه کیفی حاضر بود. اکثر زوجین در مطالعه حاضر از خدمات متمرکز و کم‌هزینه بی‌بهره بودند. در مطالعه بیهله و همکاران (۲۰۱۱) در آمریکا ۳۰/۸٪ پدران و ۲۳/۱٪ مادران نگران مسائل مالی بودند (۲۰). در برخی مطالعات، هزینه‌های گزاف خدمات و موانع مالی مددجویان، از موانع مطرح شده برای دسترسی و دریافت خدمات مراقبت سلامت در زنان گزارش شده بود (۲۱). در مطالعه داب و همکاران (۲۰۲۳) نیز یکی از نگرانی‌های پدران در بارداری همسرشان، نگرانی‌های مالی بود (۱۸). در مطالعه نانسوبوگا و همکاران (۲۰۱۵) پدران معتقد بودند که متعهد هستند تا تمام تلاششان را برای دسترسی همسر به اورژانس‌های مامایی انجام دهند، حتی اگر مجبور شوند قرض بگیرند و یا بخشی از دارایی‌های خود را بفروشند (۲۲). هزینه‌های گزاف آزمایشات و پیگیری‌های مربوط به بارداری پرخطر و پوشش نامناسب مراقبت‌ها توسط بیمه، دسترسی زنان به مراقبت‌های بارداری را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و مسائل مالی، عاملی برای نگرانی زوجین می‌باشد.

در بحث خدمات غیرجامع در مطالعه حاضر، مهارت و عدم مهارت کادر پزشکی، از بیانات زوجین استخراج شد. در مطالعه استین و همکاران (۲۰۱۳) در سیرالئون، از موانع اصلی انجام خدمات اورژانس مامایی و نوزادان، کیفیت پایین مراقبت، کمبود دائمی تجهیزات و تدارکات، عدم مهارت کافی کارکنان و

بی‌احترامی کارکنان بهداشتی بود (۲۳). در مطالعه مروری جاکسون و همکاران (۲۰۲۳) که تجربیات پدران در بارداری پرخطر را مورد بررسی قرار دادند، اولین درون‌مایه اصلی مربوط به تعامل پدران و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بود. پدران احساس می‌کردند که در مورد مسائل مربوط به همسرشان مورد بی‌توجهی و طرد کامل از سوی کارکنان پزشکی قرار گرفتند. فقدان ارتباطی که پدران توسط مراقبت‌های بهداشتی تجربه می‌کردند، منجر به احساس بیگانگی، ناامنی و تشدید اضطراب و ناتوانی در پدران شد. آنها احساس ناخوشایندی در آن محیط داشتند (۲۴). این مهارت‌های ارتباطی باید به کادر ارائه‌دهنده خدمات به‌خصوص در مدیریت درمان حاملگی پرخطر آموزش داده شود.

بر اساس نتایج مطالعه کیفی حاضر، زوجین با شیوه‌های مختلفی با مشکل مقابله می‌کنند. یکی از شیوه‌های مقابله با مشکل در زوجین با بارداری پرخطر، استفاده از رویکرد معنوی می‌باشد. اکثر آنها انجام فرایض دینی مانند نماز و عبادت، تحکیم ارتباط با خدا و توکل واقعی را در سپری کردن این دوران مؤثر دانستند و در مواردی، تجربه شرایط پراسترس دوران بارداری پرخطر، بینشی تازه در فرد ایجاد کرد که علی‌رغم عدم انجام فرایض دینی، خود را به خدا بسپارد و با اطمینان به اینکه خدا بهترین‌ها را برای بنده‌اش خواستار است، راه رسیدن به آرامش را پیدا کند.

نتایج مطالعه تجویدی و همکاران (۲۰۱۸) که تجربه زیسته زنان باردار ایرانی از معنویت را مورد بررسی قرار داد، نشان داد که انجام فرایض مذهبی و عمل به آنها، باعث رضایت آنان شده و مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که معنویت نیرویی است که به آنان کمک کرد تا نگرش خوبی نسبت به بارداری داشته باشند (۲۵). در پژوهش میرزاخانی و همکاران (۲۰۲۳) که تجربیات مادران با بارداری پرخطر مورد بررسی قرار گرفت، نشان داد که باورهای معنوی و توجه به مسائل معنوی در حاملگی پرخطر به آنها احساس شایستگی، پذیرش، آرامش، اعتماد به نفس و رفاه داد. علاوه بر این، اتکا به قدرتی متعالی و ارتباط با او، آنان را نسبت به سلامت

ارتقای سلامت زنان باردار داشته باشد (۳۱). از سوی دیگر عدم آگاهی زنان در بارداری، سبب ایجاد اضطراب مادران در این دوره می‌شود که این ترس و اضطراب، حس نگرانی به مغز داده و سبب افزایش ترشح هورمون‌های استرس شده و می‌تواند منجر به زایمان زودرس و افزایش مداخلات پزشکی و نیز ایجاد عوارض برای مادر و جنین شود (۳۲). افزایش آگاهی و مهارت منجر می‌شود که بیمار در فرآیند درمان خود نقش داشته باشد و با بهترین تصمیم و بهبود سبک زندگی سالم، منجر به کاهش بیماری و ارتقاء سلامت شود. همچنین در مطالعه حاضر تعدادی از مادران معتقد به لزوم مشارکت و افزایش اطلاعات همسران در بارداری بودند. مطالعات نشان داده‌اند که مشارکت همسر در مراقبت‌های بارداری، نقش مهمی در افزایش اطلاعات دارد. اهمیت مشارکت مردان در برنامه‌های بهداشت باروری غیرقابل انکار است و استراتژی مهمی در رسیدن به اهداف توسعه هزاره سوم مانند توانمندسازی زنان و ارتقای سلامت مادران است (۳۳). با مشارکت همسر در مراقبت‌های دوران بارداری، آگاهی آنها در مورد بیماری افزایش یافته و سرعت عمل در شناسایی موارد خطر افزایش می‌یابد.

بر اساس نتایج مطالعه کیفی حاضر، حمایت عاطفی، فیزیکی و مالی نزدیکان و همسر تحت عناوین حمایت همه‌جانبه نزدیکان و حمایت همه‌جانبه همسر به‌عنوان حمایت همه‌جانبه اطرافیان مطرح شد. مطالعات نشان داد که مستقل از عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، پشتیبانی شریک زندگی نقش مهمی بر کاهش نگرانی مادران باردار دارد (۳۴). ارتباط مداوم با همسر یا بستگان در دوران بستری در بارداری می‌تواند آرامش روانی زنان را افزایش دهد و حمایت اجتماعی در طول بستری می‌تواند اضطراب و افسردگی مادر باردار را کاهش دهد (۳۵) و همچنین سلامت روان زنان را بهبود ببخشد (۸).

در مورد نقش حمایت اجتماعی در اضطراب در دوران بارداری نتایج متناقضی مشاهده شد. در مطالعه عبیدی و همکاران (۲۰۲۲) که با هدف تعیین بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با استرس در دوران بارداری انجام

مادر و جنین مطمئن ساخت. انجام شعائر دینی، احساس خوشایندی را در آنها ایجاد کرد (۲۶). نتایج مطالعه ون و همکاران (۲۰۱۴) در زنان آمریکایی آسیایی تبار مبتلا به سرطان پستان نیز نشان داد که بیماران باور داشتند بیماری آنان در دستان خداست و در نزد آنان جنبه‌های مذهبی در رهایی از بیماری مهم‌تر از دریافت خدمات بهداشتی بود (۲۷). این همخوانی نتایج مطالعات بیانگر این می‌باشد که در فرهنگ‌های شکل گرفته از مذهب، توسل به آموزه‌های دینی، یکی از راه‌های کاهش از استرس بیماری است.

خودمراقبتی و سبک زندگی سالم، یکی دیگر از شیوه‌های مقابله با مشکل در زوجین با بارداری پرخطر مطالعه حاضر بود. در مطالعه میرغفورمند و همکاران (۲۰۱۹) در مادران مبتلا به دیابت بارداری با انجام خودمراقبتی، میزان عوارض این بارداری‌ها که شامل ماکروزومی و زایمان سزارین بود، کاهش یافت (۲۸). همچنین در مطالعه حاضر، صحبت و آشنایی با همتایان در حین پروتکل درمانی، به‌عنوان یکی دیگر از روش‌های خودمراقبتی برای مقابله با مشکل بیان شد. استفاده از تجربیات گروه همتایان به‌عنوان نوعی خودمراقبتی موجب می‌شود که افراد گروه، تجارب خود را در مورد موضوع مشترک با یکدیگر به اشتراک بگذارند و یک سیستم حمایتی تنگاتنگی را ایجاد کنند (۲۹). افرادی که تجربه مشترکی دارند، راهبردهایی را به یکدیگر ارائه می‌دهند که حتی اعضای گروه بهداشتی هم ممکن است در مورد آن آگاهی نداشته باشند (۳۰). در گروه همتایان، افراد به‌دلیل تجارب مشترک، درکشان نسبت به هم بیشتر می‌شود، از تجارب مثبت یکدیگر در زمینه راهکارهای مقابله با بیماری بهره‌مند می‌شوند و در نتیجه بهتر می‌توانند با نگرانی ناشی از بیماری کنار بیایند.

درمان‌جویی، یکی دیگر از شیوه مقابله با مشکل در زوجین این مطالعه بود. بسیاری از زوجین با پی‌گیری و تمکین دستورات پزشکی، افزایش اطلاعات و آگاهی به‌دنبال درمان‌جویی بودند. بررسی پژوهش‌های مختلف نشان داد که افزایش آگاهی و مهارت در دوران بارداری می‌تواند نقش به‌سزایی در کاهش بیماری‌ها، عوارض و

شد، با افزایش میزان نمره حمایت اجتماعی، استرس مادران افزایش یافت (۳۶). حمایت اطرافیان در صورتی مؤثر است که ارتباط زوجین را مختل نکند و اطرافیان از راه سلب قدرت تصمیم‌گیری از زوجین، خودشان تشدید کننده استرس نباشند.

با توجه به اینکه یکی از مکان‌های نمونه‌گیری، بیمارستان صیاد شیرازی گرگان بود و این بیمارستان، یک بیمارستان ریفرال است و بیماران از نقاط مختلف استان گلستان به این بیمارستان مراجعه می‌کنند، لذا قدرت تعمیم‌پذیری به سطح استان افزایش می‌یابد و این یکی از نقاط قوت این مطالعه بود. از طرف دیگر در برخی موارد هماهنگی جهت مصاحبه با این زوجین بسیار مشکل و در مواردی غیرقابل انجام بود. در مواردی چندین بار هماهنگی با زوجین انجام شد تا در صورت مراجعه به گرگان، مصاحبه در یکی از پارک‌ها و یا مراکز بهداشتی انجام شود. در مواردی هم علی‌رغم هماهنگی‌های مکرر، پژوهشگر موفق به انجام مصاحبه با این زوجین نشد.

نتیجه‌گیری

نیاز به خدمات جامع توسط بسیاری از زوجین در این مطالعه بیان شد؛ به عبارتی اکثریت زوجین از خدمات

جامع بی‌بهره ماندند. با توجه به نگرانی‌های سلامت مادر و جنین و نبودن خدمات جامع، با ارائه خدمات جامع حمایت‌گر و حمایت همه‌جانبه اطرافیان بر اساس ساختار مورد توافق زوجین، همچنین تقویت توجه به بُعد معنوی، بکارگیری سبک زندگی سالم، افزایش اطلاعات و کسب مهارت‌های تطابق با مشکلات توسط زوجین، می‌توان شرایطی را در بارداری فراهم نمود تا عوارض بارداری پرخطر را کاهش داد و در نهایت زوجین، تجربه خوبی از بارداری پرخطر داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از رساله دکتری بهداشت باروری خانم نیره اعظم حاجی خانی با راهنمایی خانم دکتر گیتی ازگلی در جلسه کمیته اخلاق در پژوهش‌های پزشکی با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1395.212 در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین‌وسیله از تمام زوجین با حاملگی پرخطر که در این مطالعه شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای این پژوهش وجود نداشت.

منابع

1. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy e-book: Management options-expert consult. Elsevier Health Sciences; 2010.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetrics. 26nd ed. New York: McGraw Hill; 2022.
3. WHO. Maternal mortality: evidence brief. *Matern Mortal* 2019(1):1-4.
4. Bajalan Z, Sabzevari Z, Qolizadeh A, Abdollahi F. Prevalence of high-risk pregnancies and the correlation between the method of delivery and the maternal and neonatal outcomes. *J Pediatr Nurs* 2019; 5(3):52-8.
5. Michel KN, Ilunga BC, Astrid KM, Blaise IK, Mariette KK, Pitchou KT, et al. Epidemiological profile of high-risk pregnancies in Lubumbashi: case of the provincial hospital Janson Sendwe. *Open Access Library Journal* 2016; 3(12):1-7.
6. Fairbrother N, Young AH, Zhang A, Janssen P, Antony MM. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of women's mental health* 2017; 20:311-9.
7. Hajikhani NA, Ozgoli G, Pourebrahim T, Mehrabi Y, Khoori E. Characterizing mental health status of couples in high-risk pregnancy and its relevant characteristics. *Int J Womens Health Reprod Sci* 2018; 6(4):465-70.
8. Hajikhani NA, Ozgoli G, Pourebrahim T, Mehrabi Y. Predictors of mental health during high-risk pregnancy. *Crescent Journal of Medical & Biological Sciences* 2020; 7(1).
9. Azam Hajikhani Golchin N, Mahmoodi Z, Nasiri M, Rahnamaei FA, Ozgoli G. Predictors of Fathers' Worry about High Risk Pregnancies of their Wives: A Path Analysis. *International Journal of Pediatrics* 2022; 10(3):15664-74.

10. O'Brien ET, Quenby S, Lavender T. Women's views of high risk pregnancy under threat of preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2010; 1(3):79-84.
11. Turkestani F, Abedini M, Radpoyan L, Rahimi S. National guide to providing midwifery and delivery services. Ministry of Health and Medical Education, Office of Family and Population Health, Department of Maternal Health; 2016.
12. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Hajikhani NA, Ozgoli G, Pourebrahim T, Mehrabi Y, Abollmaali K, Mohammadi F, et al. Development and Psychometric Evaluation of the Men's Worry about Their Wives' High Risk Pregnancy Questionnaire. *International journal of community based nursing and midwifery* 2018; 6(3):186.
14. Antunes M, Viana CR, Charepe Z. Hope aspects of the women's experience after confirmation of a high-risk pregnancy Condition: a systematic scoping review. *InHealthcare* 2022; 10(12):2477.
15. Mohammadi S, Shojaei K, Maraghi E, Motaghi Z. Explaining the psychological distress of women with high-risk pregnancies in Iran: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2022; 27(6):560-6.
16. Borghai NS, Taghipour A, Roudsari RL. The concern of fetal health: women's experiences of worries during pregnancy. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2016; 19(28).
17. Shojaeian Z, Khadivzadeh T, Sahebi A, Kareshki H, Tara F. Perceived risk in women with high risk pregnancy: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2021; 26(2):168-74.
18. Dabb C, Dwyer R, Brunton RJ, Yap K, Roach VJ. Paternal pregnancy-related anxiety: Systematic review of men's concerns and experiences during their partners' pregnancies. *Journal of Affective Disorders* 2023; 323:640-58.
19. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 2014; 28(1):25-35.
20. Biehle SN, Mickelson KD. Worries in expectant parents: Its relation with perinatal well-being and relationship satisfaction. *Personal Relationships* 2011; 18(4):697-713.
21. Öhman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian journal of caring sciences* 2003; 17(2):148-52.
22. Nansubuga E, Ayiga N. Male involvement in utilization of emergency obstetric care and averting of deaths for maternal near misses in Rakai district in Central Uganda. *African Population Studies* 2015; 29(2).
23. Stein-Parbury J. Patient and person: Interpersonal skills in nursing. Elsevier Health Sciences; 2013.
24. Jackson K, Erasmus E, Mabanga N. Fatherhood and high-risk pregnancy: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2023; 23(1):168.
25. Tajvidi M, Dehghan-Nayeri N. Experiencing spirituality in pregnancy: A phenomenological study. *Nursing And Midwifery Journal* 2016; 14(8):674-81.
26. Mirzakhani K, Ebadi A, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Pregnant women's experiences of well-being in high-risk pregnancy: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion* 2023; 12(1):6.
27. Wen KY, Fang CY, Ma GX. Breast cancer experience and survivorship among Asian Americans: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship* 2014; 8:94-107.
28. Mirghafourvand M, Zandinava H, Shafaei FS, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Ghanbari-Homayi S. Effectiveness of self-care training on pregnancy consequences in gestational diabetes: a randomized controlled clinical trial. *Shiraz E-Medical Journal* 2019; 20(6).
29. Nguyen TA, Oosterhoff P, Ngoc YP, Wright P, Hardon A. Self-help groups can improve utilization of postnatal care by HIV-infected mothers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2009; 20(2):141-52.
30. Jadid-Milani M. Promotion of self-transcendence in a multiple sclerosis peer support groups. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2014; 16(5).
31. Toghyani R, Ramezani MA, Izadi M, Shahidi S, Aghdak P, Moti Z, et al. The Effect of Prenatal Care Group Education on Pregnant Mothers'knowledge, Attitude and Practice. *Iranian Journal of medical education* 2008; 7(2):317-24.
32. Bashir S, Ansari AH, Sultana A. Knowledge, Attitude, and Practice on Antenatal Care Among Pregnant Women and its Association With Sociodemographic Factors: A Hospital-Based Study. *Journal of Patient Experience* 2023; 10:23743735231183578.
33. Mehran N, Hajian S, Simbar M, Alavi Majd H. A review of men's participation in perinatal care: A systematic review. *Hayat* 2020; 26(1):28-45.
34. Barjasteh S, Moghadam TF. Antenatal anxiety and pregnancy worries in association with marital and social support. *Nursing and Midwifery Journal* 2016; 14(6):504-15.
35. Hosseini ST, Abbasalizadeh F, Hakimi S, Tabrizi FP. The effect of family support on anxiety and depression in pregnant women with high-risk pregnancies hospitalized in the third trimester of pregnancy: Results of randomized controlled trial. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2023; 44(6):478-88.
36. Abdi S, Faramarzi M, Bouzari Z, Chehrizi M, Esfandyari M. Association between social support and pregnancy stress: a cross-sectional study of neighbors' interactions. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 2022; 97(1):15.

What experiences did the high risk pregnancy reveal to the couple?

Giti Ozgoli¹, Taghi Pourebrahim², Nayereh Azam Hajikhani Golchin^{3*}

1. Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Midwifery and Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Midwifery, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

Abstract

Received: Dec 26, 2023 Accepted: Mar 28, 2024

Introduction: Considering the prevalence of high-risk pregnancies in developing countries, the increase in maternal and fetal morbidity and mortality, as well as the adverse effects of these pregnancies on the mental health of couples. it is necessary to understand the experience of high-risk pregnancy in couples. Since one of the most realistic ways to achieve the challenges ahead is to use people's own experiences, this study was conducted with aim to explain the experience of couples with high-risk pregnancies.

Methods: This qualitative study was conducted in 2018 on couples with high-risk pregnancies in the health centers and Sayad Hospital in Gorgan. The participants were selected in a purposeful way and with maximum diversity for structured in-depth interviews. Guba and Lincoln criteria were used for data accuracy. The data collection and analysis was done simultaneously based on the contract qualitative content analysis process based on Granheim's method and by MAXQDA software (version 10).

Results: Totally, 23 couples with high-risk pregnancies participated. The age range of women was 20-45 years and men were 22-52 years. The contents included the concern and fear of couples for maternal and fetal health, the way to deal with the problem, and need to comprehensive services and support of the relatives.

Conclusion: Considering the worry about maternal and fetal health and the lack of comprehensive services, paying attention to increasing information and acquiring skills to cope with problems and a healthy lifestyle in couples, as well as providing comprehensive supportive services and support of the relatives is required in order to couples have a good experience of high-risk pregnancy by reducing high-risk pregnancy complications.

Keywords: Couples, Experiences, High-risk pregnancy

► Please cite this article as:

Ozgoli G, Pourebrahim T, Hajikhani Golchin NA. What experiences did the high risk pregnancy reveal to the couple?. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(1):9-22. DOI: 10.22038/IJOGL.2024.76586.5938

