

مقایسه کیفیت زندگی و حس انسجام در مادران دارای نوزاد نارس و ترم

*سبیده سمیه موسوی پور^۲
حمید حقانی^۴

صدیقه خنجری^۱
فاطمه اسکویی^۳

چکیده

زمینه و هدف: تولد یک نوزاد زودرس رویدادی پر تنش برای والدین است که بر کیفیت زندگی خانواده، به ویژه مادر اثرگذار است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی و حس انسجام مادران دارای نوزاد نارس و ترم انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه از نوع مقایسه‌ای بوده که با استفاده از نمونه گیری دسترس، ۵۰ مادر دارای نوزاد نارس و ۵۰ مادر دارای نوزاد ترم وارد مطالعه شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه SOC-۱۳ بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، دقیق فیشر و آنالیز واریانس تحت برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه ۱۹ انجام گرفت. **یافته‌ها:** پژوهش حاضر نشان داد که در گروه مادران دارای نوزاد ترم احساس سلامت جسمی، بیشتر از مادران دارای نوزاد نارس بود ($P < 0/05$). در گروه مادران دارای نوزاد ترم، بین تمام ابعاد کیفیت زندگی با حس انسجام ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/05$). این ارتباط به جز در بعد سلامت جسمانی در گروه مادران دارای نوزاد نارس نیز وجود دارد. **نتیجه‌گیری کلی:** مادران دارای نوزاد نارس نیازمند کمک و برنامه ریزی‌های مناسب جهت ارتقاء کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمانی و حس انسجام می‌باشند.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، حس انسجام، نوزاد نارس، نوزاد ترم

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۲۷

^۱ استادیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۲ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۹۱۲۲۸۶۸۹۳۸ Email: somayyeh.mosavipoor@gmail.com
^۳ استادا، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۴ مدرس ارشد، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

تولد یک نوزاد نارس که نیاز به بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان پیدا می‌کند، که یک تجربه استرس‌زا برای مادران این نوزادان به شمار می‌رود^(۱) در نتیجه مادران نوزادان نارس، تجارب بسیار متفاوتی در مقایسه با مادران نوزادان ترم خواهند داشت^(۲). با تولد نوزادان نارس مادران دچار چالش شده و با یک بحران روبرو می‌شوند^(۳،۴).

حدود ۹/۶۱ درصد (۱۲/۹ میلیون) تولدها در سراسر جهان به صورت نارس است^(۵) و همچنان تولد نوزادان نارس در حال افزایش است^(۶-۸). نتایج پژوهشی که به بررسی وضعیت تولد در شهر شیراز پرداخته حاکی از آن است که میزان بروز تولد نارس ۵۳/۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده است^(۹). پژوهش دیگری که به بررسی فراوانی زایمان پیش از موعد پرداخته است، فراوانی نسبی آن را در مرکز ارجاعی شهید بهشتی شهر اصفهان ۱۶/۶ درصد گزارش نموده است^(۱۰).

تولد نوزاد نارس، از یک سو موجب مختل شدن توانایی تفکر مادر می‌شود که این مسئله تنش دیگری را نیز به دنبال دارد، به طوری که سطوح بالای تنش، تعاملات مادر با نوزاد را تغییر داده و ارتباط وی با کارکنان را مختل می‌کند^(۱۱،۱۲). از سوی دیگر نارس بودن یک مشکل جدی بهداشت عمومی است که با توجه به هزینه‌های بالای اقامت در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان موجب افزایش استرس شده و بر سلامت و رفاه خانواده‌ها اثر خواهد گذاشت^(۱۳،۱۴).

کیفیت زندگی مفهومی است که دارای ابعاد گوناگونی مانند ابعاد فیزیکی و روان شناختی می‌باشد و بررسی این ابعاد، شناخت بهتری از شرایط انسان‌ها در وضعیت‌های مختلف ایجاد می‌کند^(۱۵). کیفیت زندگی برای مادر دارای نوزاد تازه متولد شده عبارت است از درک او از موقعیت خود در بستر فرهنگ و نگرانی‌ها و نیز ارزش سیستم با توجه به اهداف و استانداردها برای او قائل می‌شود^(۱۶). از آنجا که احتمال افسردگی در مادران بعد از زایمان زیاد

است، این موضوع بر کیفیت زندگی و سطح سلامت مادر اثر می‌گذارد که باعث می‌شود نوزاد وی نیز از نظر سلامت و کیفیت زندگی در سطح پایینی قرار گیرد^(۱۷).

حس انسجام (sense of coherence) یک مفهوم مهم برای درک تفاوت‌های فردی در مقابله با استرس است^(۱۸) که با کیفیت زندگی ارتباط دارد^(۱۹،۲۰) و تقویت بیشتر این حس نه تنها سلامت بلکه کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و باعث بهبود وضعیت کیفیت زندگی می‌شود^(۲۱،۲۲). فردی که دارای حس انسجام قوی است در مواجهه با یک عامل استرس‌زا توانایی درک و مدیریت وضعیت، با استفاده از منابع در دسترس را خواهد داشت و این مسئله منجر به پیشرفت و حفظ سلامتی وی خواهد شد^(۲۳-۲۵).

تحقیقات نشان داده‌اند که میزان اضطراب و تنش در مادران دارای نوزاد نارس بیش از مادران دارای نوزاد ترم است که این تنش و اضطراب علاوه بر تاثیرات جسمی و روانی بر مادر، مانع ایجاد ارتباط مناسب بین مادر و نوزاد خواهد شد^(۲۶). از آنجا که کیفیت زندگی مفهوم پیچیده‌ای است، با بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی مادران دارای نوزادان نارس در مقایسه با مادران دارای نوزاد ترم می‌توان پی برد که مادران در کدام بعد کیفیت زندگی با تولد نوزاد نارس دچار مشکل هستند تا در تدوین برنامه‌های مراقبتی به آن ابعاد توجه بیشتری گردد. مطالعات حاکی از آن است که یافتن راهی که بتوان نیاز افراد را بر اساس درک خودشان و اهمیت ابعاد کیفیت زندگی از دیدگاه خودشان تعیین کرد، در تدوین برنامه مراقبتی و موضوعاتی که نیازمند کسب اطلاعات و کمک بیشتری می‌باشند، موثر است و به این ترتیب حمایت اجتماعی از مادران، کاهش استرس و بهبود وضعیت سلامت مادران، موجب ایفای بهتر نقش مادری آنان می‌شود^(۲۷،۲۸) که در این راستا پرستاران نقش اساسی را در کار با خانواده‌ها، آماده سازی و آموزش والدین ایفا می‌نمایند^(۲۹). بنابراین با آموزش و کمک به مادران به ویژه مادران دارای نوزاد نارس می‌توان کیفیت زندگی آنها را

شروع واکسیناسیون توسط مادر در یک اتاق مجزا تکمیل می‌گردید. با هماهنگی که با مسئولین مراکز انجام گرفته بود فرصت کافی در اختیار مادران داده می‌شد.

پرسشنامه BREF- WHOQOL خلاصه شده پرسشنامه ۱۰۰- WHOQOL است که در این مطالعه، نسخه خلاصه شده به دلیل کم بودن تعداد سؤالات و راحتی در پاسخ دهی، مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به ۴۰ زبان از جمله فارسی ترجمه و در بسیاری از کشورها نیز هنجاریابی شده است^(۳۱). این پرسشنامه در برگزیده ۲۶ سؤال است که سوال اول و دوم پرسشنامه به ترتیب کیفیت زندگی و وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار بعد سلامت جسمانی (فیزیکی)، بعد روانشناختی، بعد روابط اجتماعی و بعد محیط زندگی پرداخته است. هر یک از ابعاد به ترتیب دارای ۷-۶-۳ و ۸ سوال می‌باشند. برای هر سوال مقیاس لیکرت (۵-۱) در نظر گرفته شده است که پس از انجام محاسبه در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ بدست خواهد آمد که در آن امتیاز چهار نشانه نامطلوب‌ترین و امتیاز ۲۰ نشانه بهترین وضعیت بعد مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ می‌باشند^(۳۲). در ایران بر اساس اصول علمی ترجمه و هنجاریابی شده و پایایی و اعتبار آن برای استفاده در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه در بعد سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در بعد روابط اجتماعی ۰/۷۵، در بعد روانشناختی ۰/۷۷ و در بعد سلامت محیط ۰/۸۴ گزارش شده و سازگاری درونی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ بین چهار بعد در گروه بیمار ۰/۷۷ و در گروه سالم ۰/۷۳ بود^(۳۳).

اولین نسخه پرسشنامه حس انسجام حاوی ۲۹ سوال را Antonovsky (۱۹۸۷) معرفی کرد. نسخه خلاصه شده این پرسشنامه شامل ۱۳ سوال است^(۳۴) که پنج سوال آن مربوط به قسمت قابلیت درک، چهار سوال مربوط به معنی‌داری و چهار سوال دیگر آن نیز مربوط به بخش

بهبود بخشید که در سایه این امر شیردهی با آرامش بیشتری انجام گرفته و ارتباط قوی‌تری بین نوزاد و خانواده ایجاد خواهد شد. این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی و حس انسجام در مادران دارای نوزاد نارس و ترم انجام گرفته است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای بوده است. جامعه هدف را در این مطالعه مادران دارای نوزاد نارس و مادران دارای نوزاد ترم تشکیل داده‌اند. روش نمونه‌گیری بر اساس جامعه در دسترس و به صورت مستمر از بین مادرانی که مایل به مشارکت در طرح بوده‌اند، انجام گرفته است. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با انحراف معیار $SD \pm 7/2$ (۳۰) پس از جا گذاری در فرمول در هر دو گروه از مادران دارای نوزاد نارس و مادران دارای نوزاد ترم ۵۰ نفر برآورد گردید. معیارهای ورود در این مطالعه، شامل داشتن سلامت، سن بالای ۱۸ سال و توانایی خواندن-نوشتن در مادران با نوزاد تک قلوئی سالم ترم و یا نارس بوده است. نداشتن سابقه زایمان نوزاد نارس و چند قلوئی از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود.

بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران (۹۴/۱۰۵/۲۸۵۴) نمونه‌گیری به صورت مستمر انجام گردید. محیط پژوهش، مراکز بهداشت (سه مرکز) و بیمارستان‌های (دو بیمارستان) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. پژوهشگر در بازه زمانی دی ماه ۱۳۹۱ الی خرداد ماه ۱۳۹۲، با مراجعه روزانه به مراکز واکسیناسیون، نمونه‌های مورد مطالعه را از میان مادرانی که جهت واکسیناسیون نوزادشان در سن دو ماهگی، به این مراکز مراجعه کرده و دارای معیارهای ورود بودند، انتخاب کرد. پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش و تکمیل فرم رضایت نامه، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL-BREF و پرسشنامه حس انسجام به مشارکت کنندگان داده می‌شد و قبل از

مادران دارای نوزاد ترم ($n=50$) و مادران دارای نوزاد نارس ($n=50$)

P value	مادران نوزاد ترم (درصد) تعداد	مادران نوزاد نارس (درصد) تعداد	متغیرهای مادران
			سن (سال)
	۸(۱۶)	۹(۱۸)	۲۵≤
۰/۸۸۳	۱۹(۳۸)	۱۶(۳۲)	۲۵-۲۹
	۱۷(۳۴)	۲۲(۴۴)	۳۰-۳۴
	۶(۱۲)	۳(۶)	۳۵≥
			سطح تحصیلات
۰/۴۱۳	۷(۱۴)	۱۲(۲۴)	زیر دیپلم
	۳۳(۶۶)	۲۵(۵۰)	دیپلم
	۱۰(۲۰)	۱۳(۲۶)	دانشگاهی
			وضعیت کار
۰/۸۰۷	۱(۲)	۳(۶)	کارمند
	۴۸(۹۶)	۴۶(۹۲)	خانه دار
	۱(۲)	۱(۲)	شغل آزاد
			وضعیت اقتصادی
۰/۶۶۸	۵(۱۰)	۶(۱۲)	ضعیف
	۳۹(۷۸)	۳۴(۶۸)	متوسط
	۶(۱۲)	۱۰(۲۰)	خوب
			تعداد زایمان
۰/۴۰۲	۳۰(۶۰)	۳۵(۷۰)	اول زا
	۲۰(۴۰)	۱۵(۳۰)	چندزا

در بین دو گروه از مادران، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بعد سلامت جسمانی (فیزیکی) کیفیت زندگی تفاوت معنی داری داشته، به طوری که در گروه مادران دارای نوزاد ترم از میانگین ۱۳/۲۶ برخوردار بوده است (جدول شماره ۲).

مدیریت پذیری است. هر سوال دارای هفت گزینه است که از عدد یک تا عدد هفت شماره گذاری شده است و از پاسخ دهندگان خواسته می شود، بهترین پاسخ را انتخاب نمایند (فقط یک جواب). عدد یک مساوی با هرگز و عدد هفت مساوی با کلمه اغلب است. نمره گذاری این پرسشنامه از ۱۳ تا ۹۱ است که نمره بالاتر بیانگر حس انسجام قوی تر است. در این ابزار نمره ۱۳ تا ۶۳ بیانگر حس انسجام پایین، نمره ۶۴ تا ۷۹ نشانه حس انسجام متوسط و نمره ۸۰ تا ۹۱ حس انسجام بالا را نشان می دهد^(۳۴،۳۵). با توجه به این که ابزار حس انسجام دارای نقطه برش است در این مطالعه میانگین نمرات حاصل از پرسشنامه مبنای مقایسه بوده است.

پرسشنامه در ۳۲ کشور دنیا به ۳۳ زبان ترجمه شده است و ۱۵ نوع مختلف از این پرسشنامه وجود دارد. در ۱۲۷ مطالعه انجام شده آلفای کرونباخ حس انسجام از ۰/۷۰ تا ۰/۹۲ به تأیید رسیده است^(۳۶). اعتبار سنجی پرسشنامه SOC-۱۳ در ایران انجام شده است و اعتبار آن مورد تأیید می باشد. در ایران، آلفای کرونباخ و آزمون مجدد (test-retest) برای حس انسجام به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۸۴ می باشد^(۳۶،۳۷).

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد. در این پژوهش جهت توصیف نمونه ها از روش های آماری توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد و از آزمون های تی مستقل، دقیق فشر، آنالیز واریانس به منظور دستیابی به اهداف پژوهش استفاده گردید. سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شده بود.

یافته ها

شرکت کنندگان پژوهش را ۱۰۰ مادر تازه زایمان کرده شامل ۵۰ مادر صاحب نوزاد ترم و ۵۰ مادر دارای نوزاد نارس تشکیل داده اند. مشخصات جمعیت شناختی مادران در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت شناختی دموگرافیک

جدول شماره ۲: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در مادران دارای نوزاد ترم و مادران دارای نوزاد نارس

t-test	مادران نوزاد نارس (n= ۵۰)		مادران نوزاد ترم (n= ۵۰)		گروهها	ابعاد کیفیت زندگی
	±SD	Mean	±SD	Mean		
t=۲/۴۲۸ df=۹۸ p=۰/۰۱۷	۱۲/۹۵	۴۹/۰۰	۱۶/۰۵	۵۷/۸۷		سلامت جسمانی (۰-۱۰۰)
t=۱/۸۵۱ df=۹۸ P=۰/۰۶۷	۱۲/..	۵۴/۵	۱۳/۰۸	۶۰/۵		روانشناختی (۰-۱۰۰)
t=۰/۷۲۱ df=۹۸ P=۰/۴۷۳	۱۱/۶۵	۵۹/۷۵	۱۳/۶۵	۶۲/۵		رابطه اجتماعی (۰-۱۰۰)
t=۰/۰۸۴ df=۹۸ P=۰/۹۳۳	۱۱/۵۵	۶۰/۸۷	۱۲/۳	۶۰/۶۲		بهداشت محیط (۰-۱۰۰)
t=۱/۴۸۷ df=۹۸ P=۰/۹۹۶	۷/۳	۱۹/۸۷	۷/۵۵	۲۲/۶۲		نمره کلی کیفیت زندگی (۰-۱۰۰)

بعد محیط زندگی با دو گروه دیگر یعنی متوسط و خوب تفاوت آماری معنی داری داشته است ($P < ۰/۰۰۱$). اما در گروه مادران دارای نوزاد ترم نتایج آزمون واریانس نشان داد که در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی بر حسب وضعیت اقتصادی اختلاف معنی داری وجود نداشته است.

نتایج آزمون آنالیز واریانس در گروه مادران دارای نوزاد نارس نشان داد بین وضعیت اقتصادی و بعد محیط زندگی اختلاف معنی داری وجود داشته که وضعیت اقتصادی خوب از میانگین ۱۵/۳۰ برخوردار بوده است. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در گروهی که وضع اقتصادی ضعیفی دارند میانگین کیفیت زندگی در

جدول شماره ۳: حس انسجام مادران دارای نوزاد ترم و مادران دارای نوزاد نارس (مقیاس Antonovsky)

مادران نوزاد نارس (n= ۵۰)		مادران نوزاد ترم (n= ۵۰)		حس انسجام (SOC)
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۷۴	۳۷	۷۰	۳۵	ضعیف (۱۳-۶۳)
۲۶	۱۳	۲۸	۱۴	متوسط (۶۴-۷۹)
۰	۰	۲	۱	قوی (۸۰-۹۱)
۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	کل
۵۴/۱۱۰۲±۶/۶۴		۵۷/۱۴±۱۱/۱۳		Mean±SD
t= ۱/۳۶		P=۰/۱۷۴		t test

نشان داد که بین تمام ابعاد کیفیت زندگی با حس انسجام مادران ارتباط معنی داری وجود داشته ($P < 0/001$) که این ارتباط در گروه مادران دارای نوزاد نارس به جز در بعد سلامت جسمانی ($P < 0/499$) نیز گزارش شده است (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که اگرچه بین دو گروه از مادران دارای نوزاد نارس و مادران دارای نوزاد ترم، از نظر حس انسجام تفاوت معنی داری مشاهده نشد ولی تعداد مادران دارای نوزاد نارس با حس انسجام پایین و متوسط بیشتر از تعداد مادران دارای نوزاد ترم است. در گروه مادران دارای نوزاد ترم نتایج آزمون آنالیز واریانس

جدول شماره ۴: ارتباط هر یک از ابعاد کیفیت زندگی با حس انسجام مادران دارای نوزاد نارس و مادران دارای نوزاد ترم

حس انسجام	ابعاد کیفیت زندگی	سلامت جسمانی	روان شناختی	روابط اجتماعی	محیط زندگی
مادران دارای نوزاد نارس	$r = 0/098$ $P = 0/499$	$r = 0/325$ $P = 0/021$	$r = 0/473$ $P = 0/001$	$r = 0/360$ $P = 0/010$	
مادران دارای نوزاد ترم	$r = 0/451$ $P = 0/001$	$r = 0/540$ $P < 0/001$	$r = 0/590$ $P < 0/001$	$r = 0/480$ $P < 0/001$	

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی و حس انسجام مادران دارای نوزاد نارس و ترم انجام شده است. پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی مادران دارای نوزاد نارس در بعد سلامت جسمانی پایین‌تر از مادران دارای نوزاد ترم است. این یافته در تائید مطالعه Sharma است که گزارش نمود میانگین نمره کیفیت زندگی مادران ترم، کمی بالاتر از مادران دارای نوزاد نارس بوده است^(۳۸). از طرف دیگر تحقیقات نشان داده‌اند که از ابعاد کیفیت زندگی، مادران دارای نوزاد نارس در بعد سلامت جسمانی (فیزیکی) نمره کمتری را به نسبت مادران دارای نوزادان ترم دریافت نموده‌اند و مشکلات جسمی بیشتری را در مقایسه با مادران دارای نوزاد ترم تجربه می‌کنند^(۳۸،۳۹). Lee و همکارانش به این نتیجه رسیده‌اند که مادران دارای نوزاد نارس از کیفیت خواب ضعیف برخوردار بوده‌اند که این امر، با کیفیت زندگی و سلامت روحی و جسمی ضعیف این گونه مادران در ارتباط است^(۱). به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که مادران دارای نوزاد نارس بعد از گذراندن دوران بارداری که به دلایل مختلفی منجر به زایمان پیش

از موعد شده است و همچنین بعد از درگیری با مشکلات و عوارض مربوط به زایمان با یک بحران در بدو ورود به دوران والدی مواجه شده‌اند که همه این عوامل باعث شده حتی بعد از گذشت دو ماه از زایمان، مادران دارای نوزاد نارس نسبت به مادران دارای نوزاد ترم از سطح سلامت جسمانی پایین‌تری برخوردار باشند. این مسئله برای کارکنان خدمات بهداشتی و خانواده بیانگر آن است که اگرچه مادران طی دو ماه اول بعد از زایمان همگی نیازمند کمک جهت کاهش مشکلات جسمی می‌باشند ولی مادران دارای نوزاد نارس نیاز بیشتری داشته و آموزش به این مادران و همچنین خانواده آنها لازم است که مورد توجه خاص قرار گیرد.

مطالعات نشان داده‌اند که رفاه اقتصادی موجب رفاه ذهنی می‌شود و وضعیت اقتصادی تا حدی، منعکس کننده محیط زندگی نوزادان می‌باشد^(۴۰،۴۱). در این مطالعه احساس مادر که وضعیت اقتصادی خوب دارد منجر به احساس امنیت اقتصادی شده و در نتیجه به نظر می‌رسد که مراقبت بهتری از نوزاد خود به عمل خواهد آورد. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در گروه مادران دارای نوزاد ترم، بعد روانشناختی کیفیت زندگی از

با توجه به مطالعه حاضر، در نظر گرفتن برنامه‌ریزی‌های مناسب و فراهم ساختن تسهیلات به ویژه در مورد مادران دارای نوزاد نارس جهت ارتقاء کیفیت زندگی، حس انسجام و سازگاری والدین با شرایط جدید برای به حداقل رساندن احساسات منفی حاصل از تجربه این فصل جدید از زندگی ضروری به نظر می‌رسد. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که به دلیل اهمیت بررسی این موضوع مطالعاتی در سایر شهرهای کشور نیز انجام شده و یافته‌های حاصل با یکدیگر مقایسه شوند. همچنین انجام مطالعه طولی برای بررسی کیفیت زندگی و حس انسجام مادران دارای نوزاد نارس و مادران دارای نوزاد ترم با گذشت زمان نیز اهمیت دارد. با توجه به از نقش مهم پدر در کیفیت زندگی خانواده نیاز به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی و حس انسجام پدران دارای نوزاد نارس و پدران دارای نوزاد ترم نیز وجود دارد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به مقطعی بودن آن و همچنین تاثیر شرایط روانی، دقت و صراحت واحدهای پژوهش در زمان تکمیل پرسشنامه اشاره نمود که کنترل آن از اختیار پژوهشگر خارج بوده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری استخراج شده و در قالب طرح تحقیقاتی مصوب (کد ۲۰۳۰۰) دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. از تمامی اساتید محترم و همچنین مسئولین مراکز بهداشت ابوزر، جوادیه، محبوب مجاز، مرکز واکسیناسیون بیمارستان‌های آرش، ولیعصر و مرکز بهداشت بیمارستان اکبرآبادی و کلیه مادرانی که در این پژوهش شرکت نمودند نهایت سپاسگزاری را داریم.

میانگین بیشتری به نسبت مادران دارای نوزاد نارس برخوردار بوده است و مادران دارای نوزاد ترم بهتر توانسته‌اند خود را با شرایط والدی وفق دهند. پژوهش‌ها حاکی از آنند که حتی یک ماه پس از تولد نوزاد، مادران نوزادان نارس از نظر استرس روانی در معرض خطر بیشتری نسبت به مادران نوزادان ترم هستند و حتی علائم افسردگی و اضطراب را بیشتر تجربه خواهند نمود (۳،۴۲،۴۳). بنابراین توجه به مادران، به ویژه مادران دارای نوزاد نارس، و نیز کمک و حمایت از آنها ضروری به نظر می‌رسد.

در بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین نمره در مادران دارای نوزاد ترم کمی بالاتر از مادران دارای نوزاد نارس بوده است. همچنین مادران دارای نوزاد نارس در سن دو ماهگی فرزندشان خود را در بعد روابط اجتماعی تقویت نموده و در حد مادران دارای نوزاد ترم حفظ می‌نمایند. این در حالی است که مطالعات نشان داده‌اند که مادران بعد از تولد نوزاد نارس از نظر سلامت اجتماعی از سطح ضعیف‌تری برخوردار بوده‌اند و عوارض ناشی از زایمان بر روابط اجتماعی و سلامت ارتباط مادر و نوزاد اثر گذاشته است (۴۴).

همانطور که مطالعات نشان می‌دهند، ضرورت حمایت اجتماعی و فرهنگی برای تقویت حس انسجام مادران در خانواده برای مبارزه با استرس و ارتقاء کیفیت زندگی در دوران مادری ضروری به نظر می‌رسد. مادرانی که در طول بارداری از حس انسجام بالاتری برخوردار بوده‌اند از نظر رفاه و تنش نیز در وضعیت بهتری قرار داشته‌اند (۴۵-۴۷). در پژوهش حاضر نیز بالاترین میزان همبستگی در هر دو گروه از مادران، مربوط به ارتباط بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی با حس انسجام گزارش شده است.

فهرست منابع

1. Lee S-Y, Hsu H-C. Stress and health-related well-being among mothers with a low birth weight infant: The role of sleep. *Soc Sci Med*. 2012;74(7):958-65.
2. Jotzo M, Poets CF. Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics*. 2005;115(4):915-9.
3. Spielman V, Taubman-Ben-Ari O. Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre-and full-term babies. *Health Soc Work*. 2009;34(3):201-12.
4. Cockcroft S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *J Neonatal Nurs*. 2012;18(3):105-10.
5. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo JH, et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*. 2010;88(1):31-8.
6. Howson CP, Kinney MV, McDougall L, Lawn JE. Born too soon: preterm birth matters. *Reproductive health*. 2013;10(1):S1.
7. Kang BH, Jung KA, Hahn WH, Shim KS, Chang JY, Bae CW. Regional analysis on the incidence of preterm and low birth weight infant and the current situation on the neonatal intensive care units in Korea, 2009. *J Korean Soc Neonatol*. 2011;18(70):5-15.
8. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A-B, et al. Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive health*. 2013;10(1):S2.
9. Pourarian S, Vafafar A, Zareh Z. [The incidence of prematurity in the Hospital of Shiraz university of medical sciences and health services, 1999]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2002;9(28):19-25. Persian
10. Mardanian F, Shahzamani S. [Frequency of Preterm Delivery and Premature Infants Requiring Intensive Cares at a Referral Hospital in Isfahan, Iran]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011;28(113):734-8. Persian
11. Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*. 2008;121(2):e215-e22.
12. Trombini E, Surcinelli P, Piccioni A, Alessandroni R, Faldella G. Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta Paediatr*. 2008;97(7):894-8.
13. Niknajad A, Ghojzadeh M, Sattarzadeh N, Hashemi FB, Shahgholi FDK. Factors affecting the neonatal intensive care unit stay duration in very low birth weight premature infants. *Journal of caring sciences*. 2012;1(2):85-92.
14. Butler AS, Behrman RE. Preterm birth: causes, consequences, and prevention: National Academies Press; 2007; Chapter 12. p. 398-429.
15. Wallander JL, Taylor WC, Grunbaum JA, Franklin FA, Harrison GG, Kelder SH, et al. Weight Status, Quality of Life, and Self-concept in African American, Hispanic, and White Fifth-grade Children. *Obesity*. 2009;17(7):1363-8.
16. Hill PD, Aldag JC. Maternal perceived quality of life following childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(4):328-34.
17. Darcy JM, Grzywacz JG, Stephens RL, Leng I, Clinch CR, Arcury TA. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *J Am Board Fam Med*. 2011;24(3):249-57.
18. Feldt T, Leskinen E, Koskenvuo M, Suominen S, Vahtera J, Kivimäki M. Development of sense of coherence in adulthood: A person-centered approach. The population-based HeSSup cohort study. *Qual Life Res*. 2011;20(1):69-79.
19. Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(3):229-34.
20. Müller J, Hess J, Hager A. Sense of coherence, rather than exercise capacity, is the stronger predictor to obtain health-related quality of life in adults with congenital heart disease. *Eur J Prev Cardiology*. 2014;21(8):949-55.
21. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(11):938-44.
22. Mizuno E, Iwasaki M, Sakai I, Kamizawa N. Sense of coherence and quality of life in family

- caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;26(4):295-306.
23. Endler PC, Haug TM, Spranger H. Sense of Coherence and Physical Health. A "Copenhagen Interpretation" of Antonovsky's SOC Concept. *The Scientific World Journal*. 2008;8:451-3.
 24. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well: Jossey-Bass; 1987.
 25. Sarenmalm EK, Browall M, Persson LO, Fall-Dickson J, Gaston-Johansson F. Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2013;22(1):20-7.
 26. Jafari Mianaei S, Alaei Karahroudi F, Rasouli M. [Study of the impacts of rehabilitation program on mothers with premature hospitalized infants]. *Journal Of Ethics In Education*. 2013;1(1):29-37. Persian
 27. Symon A, MacDonald A, Ruta D. Postnatal Quality of Life Assessment: Introducing the Mother-Generated Index. *Birth*. 2002;29(1):40-6.
 28. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40.
 29. Lindberg B, Öhrling K. An internet-based intervention program for supporting families with prematurely born infants. *Open Journal of Nursing*. 2012;2(02):72-8.
 30. Togari T, Sato M, Otemori R, Yonekura Y, Yokoyama Y, Kimura M, et al. Sense of coherence in mothers and children, family relationships and participation in decision-making at home: an analysis based on Japanese parent-child pair data. *Health promotion international*. 2011;27(2):148-56.
 31. Usefy A, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei A, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Ment Health J*. 2010;46(2):139-47.
 32. WHOQOL-BREF W. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment—Field Trial Version. Geneva, Switzerland. 1996. Available from:URL: <http://www.who.int>.
 33. Nejat S, Montazeri A, Halakui K. [Standardization of WHO's life quality questionnaire; Translation & psychometry of the Iranian type]. *Journal of Health faculty and health research*. 2005; 4: 1-2. Persian
 34. Eriksson M, Lindström B, Lilja J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(8):684-8.
 35. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):460-6.
 36. Rohani C, Khanjari S, Abedi HA, Oskouie F, Langius-Eklöf A. Health index, sense of coherence scale, brief religious coping scale and spiritual perspective scale: Psychometric properties. *J Adv Nurs*. 2010;66(12):2796-806.
 37. Khanjari S, Oskouie F, Langius-Eklöf A. Lower sense of coherence, negative religious coping, and disease severity as indicators of a decrease in quality of life in Iranian family caregivers of relatives with breast cancer during the first 6 months after diagnosis. *Cancer Nurs*. 2012;35(2):148-56.
 38. Sharma M, Sohi I. Quality of life of mothers of preterm and term babies. *Journal of Neonatology*. 2007;21(4):281-4.
 39. Brooten D, Gennaro S, Brown LP, Butts P, Gibbons AL, Bakewell-Sachs S, et al. Anxiety, depression, and hostility in mothers of preterm infants. *Nurs Res*. 1988;37(4):213-6.
 40. Judge TA, Ilies R, Dimotakis N. Are health and happiness the product of wisdom? The relationship of general mental ability to educational and occupational attainment, health, and well-being. *J Appl Psychol*. 2010;95(3):454.
 41. Rijlaarsdam J, Tiemeier H, Hofman A, Jaddoe VW, Mackenbach JP, Verhulst FC, et al. Home environments of infants: relations with child development through age 3. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(1):14-20.

42. Witt WP, Litzelman K, Spear HA, Wisk LE, Levin N, McManus BM, et al. Health-related quality of life of mothers of very low birth weight children at the age of five: results from the newborn lung project statewide cohort study. *Qual Life Res.* 2012;21(9):1565-76.
43. Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M. Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Hum Dev.* 2012;88(1):45-9.
44. Ishizaki Y, Nagahama T, Kaneko K. Mental health of mothers and their premature infants for the prevention of child abuse and maltreatment. *Health (N Y).* 2013;5(03):612.
45. Brandon DH, Tully KP, Silva SG, Malcolm WF, Murtha AP, Turner BS, et al. Emotional responses of mothers of late-preterm and term infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011;40(6):719-31.
46. Sjöström H, Langius-Eklöf A, Hjertberg R. Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(12):1112-8.
47. Ngai F-W, Ngu S-F. Family sense of coherence and quality of life. *Qual Life Res.* 2013;22(8):2031-9.

Quality of Life and Sense of Coherence in the Mothers with Term and Preterm Infants

Khanjari S. PhD¹

Oskouie F. PhD³

*Mosavipoor SS.MS²

Haghani H. MS⁴

Abstract

Background & Aim: The birth of a preterm infant is a stressful event for parents and affects the quality of life especially in mothers. The present study aimed to compare the quality of life and sense of coherence among the mothers with term and preterm infants.

Methods & Materials: This is a comparative study conducted on 50 mothers with term infant and 50 mothers with preterm infant. Data collection instruments were the WHO Quality of Life questionnaire and SOC-13 questionnaire which were evaluated in the two groups. T test, exact Fisher test, Chi-square and analysis of variance were used to analyze the data on the SPSS software version 19.

Results: The study revealed that the sense of physical health among the mothers with term infant was higher than that of the mothers with preterm infant ($P<0.017$). In the group of mothers with term infant, there was a statistically significant relationship between all the dimensions of quality of life and sense of coherence ($P<0.001$), which was also reported in the group of mothers with preterm infant, except for physical health dimension ($P<0.499$).

Conclusion: In terms of the physical health dimension of quality of life, mothers with preterm infant need appropriate care and planning to enhance their quality of life and sense of coherence.

Keywords: Quality of life, Sense of Coherence, Preterm Infant, Term Infant.

Received: 16 March 2017

Accepted: 17 Jun 2017

¹. Assitant Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

². MS in Neonatal Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran. (*Corresponding Author) Tel: 09122868938 Email: somayyeh.mosavipoor@gmail.com

³. Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴. Senior Lecturer, School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.