

Comparison of Quality of Life in Parents of Premature Infants: A Cross-Sectional Study

Zahra Kashaninia¹,
Farzad Alizadeh²,
Shima Haghani³,
Alireza Ghanbari⁴

¹ Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Nursing and Midwifery Care Research Center, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² MSc in Nursing, Student Research Committee, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ MSc in Nursing, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ MSc in Nursing, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 1, 2024; Accepted June 9, 2025)

Abstract

Background and purpose: According to the World Health Organization (WHO), approximately 15 million preterm infants are born each year, accounting for more than 10% of all births. The hospitalization of premature infants can significantly impact the daily lives of parents and may negatively affect their quality of life. This study aimed to compare the quality of life between fathers and mothers of premature infants referred to health centers in Amol, Iran.

Materials and methods: This cross-sectional study was conducted on 79 couples (mothers and fathers) of premature infants who visited health centers in Amol for vaccination, using convenience sampling. Inclusion criteria were singleton birth, absence of congenital anomalies or severe physical illness, and no history of neurological disorders. The exclusion criterion was a birth weight of less than 1500 grams. Data were collected using a demographic information checklist and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), which contains 26 questions across four domains. The questionnaire was completed by both mothers and fathers. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and percentage) and analytical statistics (paired t-test and ANOVA) were used for data analysis.

Results: The mean ($\pm$ standard deviation) of the overall quality of life score was 67.56 ± 16.68 for mothers and 67.08 ± 17.23 for fathers. Paired t-test results showed no significant differences in the quality of life between mothers and fathers in most domains (physical health, social relationships, and environment) ($P > 0.05$); however, in the psychological domain, fathers reported a significantly higher quality of life ($P = 0.030$).

Conclusion: The results indicated that the overall quality of life of mothers and fathers with premature infants was generally similar; however, fathers reported higher scores in the psychological domain. These findings emphasize the importance of addressing the psychological and emotional needs of parents, especially mothers, and developing targeted interventions to improve their quality of life.

Keywords: quality of life, neonatal nursing, premature infant, parents, neonatal intensive care unit.

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (247): 97-107 (Persian).

Corresponding Author: Farzad Alizadeh - Student Research Committee, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
(E-mail: Farzadalizadeh6889@gmail.com)

مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای نوزاد نارس؛ یک مطالعه مقطعی

زهرا کاشانی نیا^۱

فرزاد علیزاده^۲

شیما حقانی^۳

علیرضا قنبری^۴

چکیده

سابقه و هدف: بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۱۵ میلیون نوزاد نارس متولد می‌شوند که بیش از ۱۰ درصد کل تولدها را تشکیل می‌دهد. بستری شدن نوزادان نارس در بیمارستان، شرایط زندگی والدین را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تغییر دهد. این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی پدران و مادران دارای نوزاد نارس مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرستان آمل، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی، بر روی ۷۹ زوج (مادر و پدر) دارای نوزاد نارس که برای واکسیناسیون به خانه‌های سلامت مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. معیارهای ورود شامل تک‌قلو بودن، عدم وجود ناهنجاری‌های مادرزادی یا بیماری‌های جسمی شدید و عدم ابتلا به اختلالات عصبی بود و معیار خروج شامل نوزادان با وزن تولد کم‌تر از ۱۵۰۰ گرم تعیین شد. داده‌ها با کمک چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) که دارای ۲۶ سوال در چهار بعد بود، توسط مادران و پدران (به صورت زوجی) جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار تحلیلی (آزمون تی زوجی و آنووا) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی کلی مادران (۱۶/۶۸) ۶۷/۵۶ و در پدران (۱۷/۲۳) ۶۷/۰۸ بود. نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که تفاوت معنی‌داری در کیفیت زندگی مادران و پدران در اکثر ابعاد (سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی) مشاهده نشد ($P > 0.05$)؛ اما از نظر بعد روانشناختی، پدران به طور معنی‌داری کیفیت زندگی بالاتری را گزارش دادند ($P = 0.030$).

استنتاج: کیفیت زندگی کلی مادران و پدران دارای نوزاد نارس مشابه است، اما در بعد روانشناختی، پدران وضعیت بهتری داشتند. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به نیازهای روانی و عاطفی والدین، به‌ویژه مادران و طراحی مداخلات هدفمند برای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، مراقبت از نوزاد، نوزاد نارس، والدین، واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان

E-mail: Farzadalizadeh6889@gmail.com

مؤلف مسئول: فرزاد علیزاده- تهران: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۱. استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. کارشناس ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۹/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۳/۱۹

مقدمه

تولد یک نوزاد به‌طور کلی رویدادی تأثیرگذار در زندگی والدین است و می‌تواند ابعاد مختلف زندگی خانوادگی، اجتماعی و فردی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. این موضوع به‌ویژه در مورد تولد نوزاد نارس، که اغلب غیرمنتظره و همراه با چالش‌های متعدد جسمی و روانی است، اهمیت بیش‌تری پیدا می‌کند (۱، ۲).

براساس آمارهای جهانی، سالانه حدود ۱۵ میلیون نوزاد نارس در سراسر جهان متولد می‌شوند، به‌گونه‌ای که تولد نوزادان نارس حدود یک‌دهم از کل زایمان‌ها را شامل می‌شود و هم‌چنین تقریباً یک میلیون از نوزادان نارس نیز به دلیل عوارض ایجاد شده به‌خاطر زایمان زودرس می‌میرند (۳). مطالعات مرور نظام‌مند و فراتحلیل که در ایران انجام شده است، در سال ۲۰۱۵ و ۲۰۱۷ شیوع تولد نوزادان نارس را حدود ۱۰ درصد اعلام کرده‌اند (۴، ۵). این ارقام نشان‌دهنده اهمیت و ضرورت توجه به پیامدهای تولد نوزادان نارس بر خانواده‌ها، به‌ویژه والدین است.

نوزادان نارس، که پیش از هفته ۳۷ بارداری متولد می‌شوند، به دلیل رشد ناکافی ارگان‌ها و سیستم‌های بدنی، نیازمند مراقبت‌های ویژه و بستری طولانی مدت در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) هستند (۶، ۷). این شرایط از یک سو باعث کاهش ارتباط و وابستگی عاطفی میان والدین و نوزاد می‌شود و از سوی دیگر، فشار روانی و استرس زیادی را به والدین تحمیل می‌کند (۸، ۹). نیاز نوزاد به بستری طولانی مدت در بخش مراقبت‌های ویژه، مادران، به دلیل درگیری مستقیم با درمان و مراقبت از نوزاد، بیش‌تر در معرض اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی قرار می‌گیرند (۱۰، ۱۱). مطالعات نشان داده است که کیفیت زندگی مادران نوزادان نارس در مقایسه با مادران نوزادان ترم به‌طور معناداری پایین‌تر است. این تفاوت‌ها در ابعاد مختلف، از جمله سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی مشاهده شده است (۱۲، ۱۳).

افزون بر این، مادران نوزادان نارس اغلب تنش‌های بیش‌تری را در سال اول زندگی نوزاد تجربه می‌کنند و این تنش‌ها می‌توانند منجر به اختلال در شکل‌گیری نقش مادری شوند (۱۴، ۱۵).

اگرچه تأثیر تولد نوزاد نارس بر مادران در بسیاری از مطالعات بررسی شده، اما نقش و تجربیات پدران کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است (۱۶، ۱۷). پدران، به دلیل انتظارات اجتماعی و فرهنگی متفاوت، اغلب به‌عنوان ناظر در مراقبت از نوزاد دیده می‌شوند و این موضوع می‌تواند حس ناکارآمدی، ناامیدی و انزوا را در آنان تقویت کند (۲، ۱۲). با این حال، نقش کلیدی پدران در حمایت از مادر و نوزاد و درک چالش‌های روانی و اجتماعی تولد نوزاد نارس، اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۸، ۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پدران نوزادان نارس اغلب احساس ناامیدی، تنهایی و ترس از ناشناخته‌ها را تجربه می‌کنند. این احساسات، به‌ویژه در فرهنگ‌هایی که نقش والدینی مردان کم‌تر مورد تأکید قرار می‌گیرد، می‌تواند تأثیرات مخربی بر روان و روابط خانوادگی آنان داشته باشد (۶).

با توجه به این چالش‌ها، بررسی کیفیت زندگی والدین نوزادان نارس و تفاوت‌های جنسیتی در تجربه این مشکلات، ضرورتی انکارناپذیر است. اگرچه مطالعات متعددی به بررسی کیفیت زندگی مادران پرداخته‌اند و بر اساس این یافته‌ها، برنامه‌های آموزشی و حمایتی برای آنان طراحی شده است، پژوهش‌های محدودی در مورد کیفیت زندگی پدران انجام شده است (۲۰). این در حالی است که نقش پدران در بهبود وضعیت خانوادگی و حمایت از مادر و نوزاد، به‌ویژه در دوران بحرانی تولد نوزاد نارس، حائز اهمیت است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی پدران و مادران (به صورت زوجی) دارای نوزاد نارس مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منتخب شهرستان آمل طراحی شده است. نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های موثر در راستای حمایت از والدین و بهبود کیفیت

زندگی آنان باشد. توجه به این موضوع می‌تواند نقش کلیدی در کاهش پیامدهای منفی تولد نوزاد نارس و ارتقای سلامت روانی و اجتماعی خانواده‌ها داشته باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بین پدران و مادران دارای نوزاد نارس (کم‌تر از ۳۷ هفته) مراجعه کننده به خانه‌های سلامت منتخب شهرستان آمل و منازل مددجویان در سال ۱۴۰۰ پرداخت. نمونه‌گیری به صورت مستمر و در دسترس انجام شد. موارد اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش، اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات، حفظ حریم خصوصی و اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله رعایت شد. هم‌چنین کد اخلاق IR.IUMS.REC.1400.1118 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران اخذ گردید.

معیارهای ورود به مطالعه برای مادران و پدران شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم سابقه داشتن نوزاد نارس قبلی، عدم ابتلا به بیماری‌های ناتوان کننده و بیماری‌های روانی، عدم تجربه حوادث تنش‌زای اخیر، نداشتن سابقه بستری فرزندان قبلی در بخش نوزادان و عدم مشارکت در مطالعات موثر بر کیفیت زندگی بود. همچنین معیارهای ورود برای نوزاد شامل تک‌قلو بودن، عدم وجود ناهنجاری‌های مادرزادی یا بیماری‌های جسمی شدید و عدم ابتلا به اختلالات عصبی (شامل تشنج، خونریزی داخل بطنی با درجه بالاتر از ۲ و لکومالاسی اطراف بطنی) بود و معیار خروج شامل نوزادان با وزن تولد کم‌تر از ۱۵۰۰ گرم تعیین شد. اطلاعات مربوط به وضعیت بالینی نوزاد از خلاصه پرونده ترخیص که توسط خانواده نگهداری می‌شد، توسط پژوهشگر (کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان با سابقه ۵ سال کار بالینی در بخش NICU) استخراج و بررسی گردید. برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون

۸۰ درصد و با فرض این که کیفیت زندگی پدران و مادران حداقل ۳ نمره تفاوت داشته باشند تا از لحاظ آماری معنی دار تلقی شود، پس از جای گذاری در فرمول زیر حداقل حجم نمونه لازم ۷۰ زوج به‌دست آمد، که با احتساب ۱۰ درصد ریزش، حدود ۷۹ زوج در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است انحراف معیارهای برآورد شده، از مطالعه خنجری و همکاران به‌دست آمده است (۲۱).

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 s_d^2}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times 79.93}{3^2} = 70$$

$$s_d^2 = s_m^2 + s_f^2 - \rho \cdot s_m \cdot s_f$$

$$s_d^2 = 7.3^2 + 7.3^2 - 0.5 \times 7.3 \times 7.3 = 79.93$$

$$\rho = 0.5 \quad s_m = s_f = 7.3$$

$$z_{0.975} = 1.96 \quad z_{0.8} = 0.84 \quad d = 3$$

در این مطالعه از دو ابزار جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک که توسط محقق و بر مبنای سایر مقالات طراحی شد. ابزار دوم، پرسش‌نامه کیفیت زندگی WHOQOL-BREF بود که خلاصه شده نسخه WHOQOL-100 است. این پرسش‌نامه در برگرفته ۲۶ سوال در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای است که سوال اول و دوم پرسش‌نامه به ترتیب کیفیت زندگی و وضعیت سلامت را به‌طور کلی مورد سنجش قرار می‌دهد. ۲۴ سوال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در چهار بعد سلامت جسمانی (گویه ۳ تا ۹)، روانشناختی (گویه ۱۰ تا ۱۵)، روابط اجتماعی (گویه ۱۶ تا ۱۸) و سلامت محیط زندگی (گویه ۱۹ تا ۲۶) را ارزیابی می‌کند. پس از انجام محاسبات لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰ تا ۱۰۰ می‌باشند. حداقل نمره مشارکت‌کنندگان از کل پرسش‌نامه ۲۶ و حداکثر امتیاز ۱۳۰ امتیاز است که به سه دامنه کیفیت زندگی کم ۶۱-۲۶ کیفیت زندگی متوسط ۶۱-۹۷ و کیفیت زندگی زیاد ۹۷-۱۳۰ تقسیم‌بندی می‌شود (۲۲). نسخه فارسی این

پرسشنامه در ایران ترجمه، هنجاریابی شده و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۲۳، ۲۴). پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از شاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC) و آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج ICC در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بود و آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای مادران ۰/۹۲۵ و برای پدران ۰/۹۲۷ دست آمد.

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع ذی‌ربط، به خانه‌های سلامت منتخب شهرستان آمل مراجعه کرد. والدین نوزادان نارس که برای تزریق واکسن دو ماهگی فرزند خود به این مراکز مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش، از والدین خواسته شد تا قبل از واکسیناسیون نوزاد، چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی را در اتافی جداگانه که از قبل با هماهنگی مسئولین در اختیار والدین قرار گرفته بود، تکمیل کنند. در صورت عدم حضور پدران در محل واکسیناسیون، پژوهشگر با هماهنگی قبلی به محل کار یا سکونت آن‌ها مراجعه کرد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار تحلیلی (آزمون‌های تی زوجی و آنووا) مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

این مطالعه شامل ۷۹ پدر و ۷۹ مادر دارای نوزاد نارس بود. در میان پدران، رایج‌ترین گروه‌های سنی بالای ۳۱ سال بودند که هر ۸۳/۶ درصد از پدران را تشکیل می‌دادند. در مورد مادران، ۴۵/۶ درصد آن‌ها در بازه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال قرار داشتند و اکثر زایمان‌ها به صورت طبیعی انجام شده بود (۵۱/۹ درصد) و

شایع‌ترین علت تولد زودرس پارگی کیسه آب بود (۳۸ درصد). در مورد فرزندان، این مطالعه شامل درصد بیش‌تری از نوزادان پسر (۶۰/۸ درصد) بود که اکثر آن‌ها سن بارداری ۳۳ تا ۳۶ هفته داشتند (۸۲/۲ درصد). سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک پدر (الف) مادر (ب) و فرزند (ج) در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱. اطلاعات دموگرافیک پدران (الف)، مادران (ب) و فرزندان (ج) مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت منتخب شهرستان آمل

قسمت (الف): اطلاعات دموگرافیک پدران		
متغیر	دسته بندی	تعداد (درصد)
سن (سال)	کم‌تر از ۲۵	۳۳/۸۳
	۲۵ - ۳۰	۱۲/۷۱۰
سطح تحصیلات	۳۵ - ۳۱	۴۱/۸۳۳
	بالای ۳۵	۴۱/۸۳۳
شغل	کم‌تر از دیپلم	۲۱/۵۱۷
	دیپلم	۴۴/۳۳۵
میزان درآمد (میلیون تومان)	دانشگاهی	۳۶/۲۱۷
	کارمند	۳۱/۶۲۵
محل سکونت	کارگر	۶۳/۳۵۰
	بی‌کار	۵/۱۴
میزان درآمد (میلیون تومان)	کم‌تر از ۱	۵/۱۴
	بالای ۱	۲۰/۳۱۶
محل سکونت	شخصی	۷۴/۷۵۹
	استیجاری	۶۰/۸۴۸
قسمت (ب): اطلاعات دموگرافیک مادران		
متغیر	دسته بندی	تعداد (درصد)
سن (سال)	کم‌تر از ۲۵	۵/۱۴
	۲۵ - ۳۰	۴۵/۶۳۶
سطح تحصیلات	۳۱ - ۳۵	۲۷/۸۲۲
	بالای ۳۵	۲۱/۵۱۷
شغل	کم‌تر از دیپلم	۲۰/۳۱۶
	دیپلم	۴۱/۸۳۳
میزان درآمد (میلیون تومان)	دانشگاهی	۳۸/۳۰
	کارمند	۲۹/۱۲۳
نوع زایمان	کارگر	۲۰/۳۱۶
	خانه دار	۵۰/۶۴۰
نوع زایمان	کم‌تر از ۱	۳۰/۴۲۴
	۱ - ۵	۲۶/۶۲۱
علت زایمان زودرس	بالای ۵	۴۳/۳۴
	طبیعی	۵۱/۹۴۱
علت زایمان زودرس	سزارین	۶/۳۵
	بیماری مادر	۲۴/۱۱۹
علت زایمان زودرس	پره اکلامپسی	۳۸/۳۰
	پارگی زودرس کیسه آب	۱۶/۵۱۳
علت زایمان زودرس	جدایی جفت	۱۵/۲۱۲
	آمنیوتیک آغشته به مگنیم	۱۵/۲۱۲
قسمت (ج): اطلاعات دموگرافیک فرزند		
متغیر	دسته بندی	تعداد (درصد)
جنسیت	پسر	۶۰/۸۴۸
	دختر	۳۹/۲۳۱
وزن (گرم)	۲۵۰۰ - ۲۰۰۱	۸/۹۷
	بیش‌تر از ۲۵۰۰	۹۱/۷۲
سن جنینی (هفته)	۲۸ - ۲۴	۵/۱۴
	۳۲ - ۲۹	۱۲/۷۱۰
مدت بستری	۳۶ - ۳۳	۸۲/۲۶۵
	تا ۷ روز	۴۴/۳۳۵
مدت بستری	تا ۱۴ روز	۲۹/۱۲۳
	۱۵ - ۳۰ روز	۲۰/۳۱۶
مدت بستری	بیش‌تر از ۳۰ روز	۶/۳۵

بحث

این مطالعه به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی والدین دارای نوزاد نارس مراجعه کننده به خانه های سلامت شهرستان آمل پرداخته است. یافته ها نشان داد که اگر چه پدران و مادران دارای نوزاد نارس از نظر کیفیت زندگی کلی مشابه هستند، اما مادران از نظر بعد روانشناختی کیفیت زندگی پایین تری نسبت به پدران گزارش می کنند. نتایج مطالعه حاضر در برخی جنبه ها با مطالعه Marthinsen و همکاران (۲۰۲۴) در نروژ همخوانی دارد. Marthinsen و همکاران گزارش کردند که مادران، فارغ از نوع تولد نوزاد (نارس یا طبیعی)، زمان خواب کوتاه تر و کارایی خواب کم تری نسبت به پدران داشتند و علائم بی خوابی تأثیر منفی معنی داری بر کیفیت زندگی روانی و جسمی آنها داشته است. با این حال، مطالعه آنها تفاوت معناداری در کیفیت کلی زندگی والدین نوزادان نارس و طبیعی را نشان نداد، در حالی که مطالعه حاضر نشان داد که در بعد روانشناختی، پدران به طور معنی داری کیفیت زندگی بالاتری نسبت به مادران گزارش کردند (۲۵). این اختلاف ممکن است به تفاوت در روش های سنجش، ابزارهای ارزیابی و یا ویژگی های فرهنگی جمعیت های مورد مطالعه بازگردد. تحلیل نتایج مقایسه کیفیت زندگی پدران و مادران دارای نوزاد نارس به عوامل متعددی بستگی دارد که در ادامه به برخی از آنها اشاره می شود.

در خصوص عدم تفاوت ابعاد کیفیت زندگی (به جز بعد روانشناختی) پدران و مادران دارای نوزاد نارس، می توان بدین صورت تفسیر کرد که با توجه به این که در خانواده های ایرانی محل زندگی پدران و مادران در یک منطقه است و از نظر تغذیه، تفریحات، روابط اجتماعی و دیگر پارامترهای موثر بر سلامتی و کیفیت زندگی در شرایط یکسانی قرار دارند، در مطالعه حاضر تفاوت معنی داری بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی مشاهده نشد (۲۶). در خصوص تفاوت آماری معنی دار بعد روانشناختی کیفیت زندگی، بدین معنی که

کیفیت زندگی مادران و پدران

دو ماه پس از تولد، میانگین (انحراف معیار) نمره کلی کیفیت زندگی مادران (۱۶/۶۸) و نمره کلی کیفیت زندگی پدران (۱۷/۲۳) ۶۷/۵۶ و ۶۷/۰۸ بود. بالاترین نمره کیفیت زندگی مادران در بُعد روانشناختی (۶۱/۷۶) و پایین ترین نمره در بُعد محیط زندگی (۵۹/۸۱) گزارش شد. در مورد پدران، بُعد سلامت جسمانی بالاترین نمره (۶۱/۲۱) و بُعد محیط زندگی پایین ترین نمره (۵۸/۱۰) را داشت. اطلاعات کامل تر در این مورد در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی (۱۰۰-۰) پدران و مادران نوزادان نارس مراجعه کننده به خانه های سلامت دو ماه بعد از تولد نوزاد

والدین	مادران	پدران
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سلامت جسمانی	۱۴/۶۱ $\pm$ ۲۴/۳۰	۱۳/۶۱ $\pm$ ۲۷/۲۱
روانشناختی	۱۴/۶۱ $\pm$ ۱۳/۷۶	۱۴/۵۸ $\pm$ ۶۴/۶۴
روابط اجتماعی	۱۵/۶۱ $\pm$ ۲۸/۳۹	۱۶/۶۰ $\pm$ ۴۸/۵۴
محیط زندگی	۱۲/۵۹ $\pm$ ۳۲/۸۱	۱۲/۵۸ $\pm$ ۸۰/۱۰
کیفیت زندگی کلی	۱۶/۶۷ $\pm$ ۶۸/۵۶	۱۷/۶۷ $\pm$ ۲۳/۰۸

تحلیل مقایسه ای کیفیت زندگی بین مادران و پدران نتایج، تفاوت معنی داری را در کیفیت زندگی به طور کلی نشان نداد ($P=0/809$). هم چنین در ابعاد سلامت جسمانی ($P=0/947$)، روابط اجتماعی ($P=0/615$) و محیط زندگی ($P=0/130$) تفاوت معنی داری مشاهده نشد. با این حال، در بُعد روانشناختی تفاوت معنی وجود داشت که نشان دهنده کیفیت زندگی روانشناختی بالاتر در پدران نسبت به مادران بود ($t=2/214$, $df=78$, $P=0/030$). نتایج تحلیل مقایسه ای کیفیت زندگی بین مادران و پدران در جدول شماره ۳، آمده است.

جدول شماره ۳: مقایسه کیفیت زندگی پدران و مادران دارای نوزادان نارس مراجعه کننده به خانه های سلامت، دو ماه بعد از تولد نوزاد

کیفیت زندگی (۱۰۰-۰)	مادران	پدران	نتایج
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	آزمون تی زوجی
سلامت جسمانی	۱۳/۶۱ $\pm$ ۲۷/۲۱	۱۴/۶۱ $\pm$ ۲۴/۳۰	$Pvalue=0/947$, $df=78$, $t=0/067$
روانشناختی	۱۴/۵۸ $\pm$ ۶۴/۶۴	۱۴/۶۱ $\pm$ ۱۳/۷۶	$Pvalue=0/030$, $df=78$, $t=2/214$
روابط اجتماعی	۱۶/۶۰ $\pm$ ۴۸/۵۴	۱۵/۶۱ $\pm$ ۲۸/۳۹	$Pvalue=0/615$, $df=78$, $t=0/506$
محیط زندگی	۱۲/۵۸ $\pm$ ۸۰/۱۰	۱۲/۵۹ $\pm$ ۳۲/۸۱	$Pvalue=0/130$, $df=78$, $t=1/528$
کیفیت زندگی کلی	۱۷/۶۷ $\pm$ ۲۳/۰۸	۱۶/۶۷ $\pm$ ۶۸/۵۶	$Pvalue=0/809$, $df=78$, $t=0/244$

مشکلات مربوط به داشتن فرزند نارس اثر روانشناختی کم‌تری روی پدران داشته است؛ این مورد را می‌توان از دیدگاه‌های مختلف بعد احساسی زنان، بعد اقتصادی و تفاوت دیدگاه والدین به مسائل و مشکلات زندگی و ... نسبت داد (۲۷، ۲۸). هم‌چنین، اکثر نوزادان زودتر از دو هفته از بیمارستان مرخص شده‌اند که به معنای فشار کم‌تر روی والدین و کاهش تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آن‌ها است (۲۹، ۳۰). این نتایج با یافته‌های مطالعه Witt و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. این پژوهش نشان داد که مادران دارای کودکان با وزن بسیار کم هنگام تولد در مقایسه با مادران کودکان با وزن طبیعی از نظر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جسمی و روانی در سطح پایین‌تری قرار دارند. این تفاوت به‌طور خاص به استرس مادران نسبت داده شده است، که یک عامل تأثیرگذار کلیدی بر کیفیت زندگی آنان محسوب می‌شود (۳۱).

از دیدگاه احساسی، نقش عاطفی و احساسی مادر در خانواده، خصوصاً در مراقبت از نوزاد نارس، بسیار برجسته است. مادران به‌طور طبیعی احساس وابستگی بیش‌تری به فرزند دارند و در مقابل نیازهای احساسی و روانی فرزند حساس‌تر هستند. مطالعات متعددی تأکید می‌کنند که مادران در نقش‌های والدینی خود، به دلیل نقش‌های اجتماعی و فرهنگی، با احساس اضطراب و نگرانی بیش‌تری نسبت به آینده فرزند روبه‌رو هستند (۳۲، ۳۳).

از دیدگاه روانشناختی، این بار احساسی برای مادران ممکن است منجر به افزایش استرس و کاهش کیفیت زندگی روانشناختی شود. علاوه بر آن، تجربه نوزادی که با چالش‌های جسمی و نیازهای ویژه مواجه است، می‌تواند سطح اضطراب مادر را به‌طور معناداری افزایش دهد (۳۴، ۳۵). در مطالعه‌ای که روی والدین نوزادان نارس انجام شد، مشخص گردید که مادران به دلیل درگیری بیش‌تر در مراقبت‌های روزانه از فرزند، نسبت به پدران از نظر احساسی و روانی در وضعیت آسیب‌پذیرتری قرار دارند. این نشان‌دهنده فشار روانی بیش‌تری است که مادران در مقایسه با پدران تجربه

می‌کنند، زیرا آن‌ها مسئولیت مستقیمی در پیشگیری از مشکلات سلامتی نوزاد و حفظ رفاه او دارند (۳۶).

از دیدگاه فرهنگی و اجتماعی، فشارها و انتظارات مرتبط با مراقبت از نوزادان نارس به‌طور قابل توجهی بر مادران تأثیرگذار است. مطالعات نشان می‌دهند که در فرهنگ‌هایی که نقش اصلی مراقبت از کودک بر عهده مادر است، این مسئولیت‌ها منجر به افزایش اضطراب و افسردگی در مادران می‌شود. در جوامعی مانند ایران، ساختار اجتماعی و انتظارات فرهنگی تأکید زیادی بر ایفای نقش «مادری ایده‌آل» دارند و تقسیم نقش‌های خانوادگی به گونه‌ای است که مراقبت‌های عاطفی و وظایف فرزندداری بیش‌تر بر عهده مادران است (۳۷). این موضوع در خانواده‌هایی که دارای نوزاد نارس هستند، پررنگ‌تر می‌شود، زیرا نیازهای ویژه و حساس این نوزادان، مادران را با مسئولیت‌های سنگین‌تر و چالش‌های عاطفی بیش‌تری روبه‌رو می‌کند که می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی روانشناختی آنان نسبت به پدران منجر شود (۳۸).

از دیدگاه اقتصادی و مسائل مربوط به آن، می‌توان نگرانی ناشی از عدم توانایی پرداخت هزینه‌های اقتصادی داشتن فرزند نارس می‌تواند روی زنان بیش‌تر از مردان اثر منفی بگذارد. هم‌چنین از نظر تفاوت دیدگاه به زندگی، زنان بیش‌تر به آینده فرزندان اهمیت می‌دهند، اما مردان بیش‌تر جنبه زنده ماندن و رشد و تربیت فرزند برایشان اهمیت دارد (۳۹).

در مجموع، تفاوت در کیفیت زندگی روانشناختی بین پدران و مادران دارای نوزاد نارس را می‌توان به عوامل فرهنگی، نقش‌های جنسیتی، مسئولیت‌های متفاوت در مراقبت از فرزند و دیدگاه‌های متفاوت نسبت به آینده فرزند نسبت داد. این عوامل باعث می‌شوند که مادران، با توجه به بار عاطفی و روانی بیش‌تری که در مراقبت از فرزند متحمل می‌شوند، در معرض استرس و اضطراب بیش‌تری قرار گیرند و کیفیت زندگی روانشناختی پایین‌تری نسبت به پدران گزارش کنند.

در نوزاد، اشاره کرد. همچنین این متغیرها می‌توانند بر تجربه والدین و به تبع آن کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر داشته باشند. روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه پژوهش به یک شهرستان، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همچنین کیفیت زندگی والدین تنها در یک مقطع زمانی (زمان مراجعه برای واکسیناسیون دو ماهگی) مورد سنجش قرار گرفته است، در حالی که کیفیت زندگی می‌تواند در طول زمان تغییر کند. عدم بررسی طولی کیفیت زندگی والدین از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است.

سپاسگزاری

از کلیه والدینی که در این پژوهش با صبر و حوصله در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند و همچنین از همکاران و پژوهشگرانی که با ارائه نظرات و پیشنهادات سازنده، در انجام این مطالعه یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Ståhlberg T, Khanal P, Chudal R, Luntamo T, Kronström K, Sourander A. Prenatal and perinatal risk factors for anxiety disorders among children and adolescents: a systematic review. *J Affect Disord.* 2020; 227: 85-93. PMID: 32799108.
2. Worrall S, Christiansen P, Khalil A, Silverio SA, Fallon V. Associations between prematurity, postpartum anxiety, neonatal intensive care unit admission, and stress. *Front Psychiatry.* 2024; 15: 1323773. PMID: 38463430.
3. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet.* 2016; 388(10063): 3027-3035. PMID: 27839855.
4. Vakilian K, Ranjbaran M, Khorsandi M, Sharafkhani N, Khodadost M. Prevalence of preterm labor in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed.* 2015; 13(12): 743-748. PMID: 27141533.
5. Sharifi N, Khazaeian S, Pakzad R. Investigating the prevalence of preterm birth in Iranian population: a systematic review and meta-analysis. *J Caring Sci.* 2017; 6(4): 371-380. PMID: 29302576.
6. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *J Neonatal Nurs.* 2011; 17(1): 32-40.
7. Bo J, Yilin D. Parents experiences of premature infants in NICU: a descriptive literature review. 2024.

8. Beheshtipour N, Baharlu S, Montaseri S, Ardakani SR. Comparison of parental stress in premature infants admitted in neonatal intensive care unit (NICU). *Sadra Med Sci J*. 2017; 2(4): 1-8.
9. Boettcher J, Boettcher M, Wiegand-Grefe S, Zapf H. Being the pillar for children with rare diseases-a systematic review on parental quality of life. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(9): 4993. PMID: 34066738.
10. Nematollahi M, Mehdipour-Rabori R, Bagheryan B. Spirituality, a path to peace: the experiences of parents who have children with phenylketonuria. *J Relig Health*. 2021; 60(1): 374-388. PMID: 31463830.
11. Hendy A, El-Sayed S, Bakry S, et al. The Stress Levels of Premature Infants' Parents and Related Factors in NICU. *SAGE Open Nurs*. 2024; 10: 23779608241231172. PMID: 38384386.
12. Khanjari S, Mosavipoor SS, Oskouie F, Haghani H. Quality of life and sense of coherence in the mothers with term and preterm infants. *Iran J Nurs*. 2017; 30(106): 57-67. [No PMID found]
13. Suonpera E, Lanceley A, Ni Y, Marlow N. Parenting stress and health-related quality of life among parents of extremely preterm born early adolescents in England: a cross-sectional study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2024; 109(3): 253-260. PMID: 37879883.
14. Jafari Mianaei S, Alaei Karahrudi F, Rasouli M. Study of the impacts of rehabilitation program on mothers with premature hospitalized infants. *Educ Ethics Nurs*. 2013; 1(1): 2-37. [No PMID found]
15. Suttora C, Salerni N, Selvagno E, et al. Mind-mindedness and parenting stress in mothers of preterm and full-term infants: the moderating role of perceived social support. *Infant Ment Health J*. 2021; 42(1): 35-46. PMID: 32965688.
16. Mackley AB, Locke RG, Spear ML, Joseph R. Forgotten parent: NICU paternal emotional response. *Adv Neonatal Care*. 2010; 10(4): 200-203. PMID: 20697219.
17. Ivashchuk A, Guillen U, Mackley A, Locke R, Sturtz W. Parental protective factors and stress in NICU mothers and fathers. *J Perinatol*. 2020; 40(1): 1-9. PMID: 33339983.
18. Onyeze-Joe C, Godin I. Experiences, views and needs of first-time fathers in pregnancy-related care: a qualitative study in south-East Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20(1): 1-11. PMID: 32293306.
19. Bernasol C. In the Role of the Father: the Barth-Feuerbach Debate in Marilynne Robinson's Gilead. *Wheaton Writing*. 2020; 5: 43-51. [No PMID found]
20. Amorim M, Silva S, Kelly-Irving M, Alves E. Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review. *Qual Life Res*. 2018; 27(5): 1119-1131. PMID: 29248997.
21. Khanjari S, Mosavipoor S, Oskouie F, Haghani H. Quality of life and sense of coherence in the mothers with term and preterm infants. *Iran J Nurs* 2017; 30(106): 57-67.
22. Organization WH. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. World Health Organization 1996.
23. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2005; 4(4): 1-12. PMID: 187.

24. Yousefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. *Community Ment Health J* 2010; 46(2): 139-47. PMID: 9292-6. PMID: 20063062.
25. Marthinsen GN, Helseth S, Småstuen M, Bjorvatn B, Fegran L. A comparison of sleep, insomnia and health-related quality of life between mothers and fathers of preterm versus full-born infants: a longitudinal study from Norway. *Sleep Sci Pract* 2024; 8(1): 8.
26. Mousavi SS, Chaman R, Khosravi A, Mohagheghi P, Mousavi SA, Keramat A. The needs of parents of preterm infants in Iran and a comparison with those in other countries: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Pediatr* 2016; 26(5). PMID: 28203326.
27. Ionio C, Colombo C, Brazzoduro V, Mascheroni E, Confalonieri E, Castoldi F, Lista G. Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Eur J Psychol* 2016; 12(4): 604-21. PMID: 27872669.
28. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr* 2007; 28(1): 36-44. PMID: 17353730.
29. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA, et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2006; 118(5): e1414-e27. PMID: 17043133.
30. Legge N, Popat H, Fitzgerald D. Examining the impact of premature birth on parental mental health and family functioning in the years following hospital discharge: A review. *J Neonatal Perinatal Med* 2023; 16(2): 195-208. PMID: 37182844.
31. Witt WP, Litzelman K, Spear HA, Wisk LE, Levin N, McManus BM, Palta M. 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: 1565-76. PMID: 22161725.
32. Franck LS, Cox S, Allen A, Winter I. Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *J Adv Nurs* 2005; 49(6): 608-15. PMID: 15737221.
33. Aftyka A, Rybojad B, Rosa W, Wróbel A, Karakula- Juchnowicz H. Risk factors for the development of post- traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs* 2017; 26(23-24): 4436-45. PMID: 28231614.
34. Treyvaud K, Anderson VA, Lee KJ, Woodward LJ, Newnham C, Inder TE, et al. Parental mental health and early social-emotional development of children born very preterm. *J Pediatr Psychol* 2010; 35(7): 768-77. PMID: 19955253.
35. Suonpera E, Lanceley A, Ni Y, Marlow N. Parenting stress and health-related quality of life among parents of extremely preterm born early adolescents in England: a cross-sectional study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2024; 109(3): 253-60. PMID: 37879883.
36. Miles MS, Funk SG, Kasper MA. The stress response of mothers and fathers of

- preterm infants. *Res Nurs Health* 1992; 15(4): 261-9. PMID: 1496151.
37. Alinejad-Naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Childbearing culture: a prominent context in the process of maternal role attainment in Iranian mothers with preterm neonates. *J Biosoc Sci* 2022; 54(6): 1035-46. PMID: 34643173.
38. Alinejad-Naeini M, Peyrovi H, Shoghi M. Emotional disorganization: The prominent experience of Iranian mothers with preterm neonate: A qualitative study. *Health Care Women Int* 2021; 42(4-6): 815-35. PMID: 32886578.
39. Rambod M, Pasyar N, Mazarei Z, Soltanian M. The predictive roles of parental stress and intolerance of uncertainty on psychological well-being of parents with a newborn in neonatal intensive care unit: a hierarchical linear regression analysis. *BMC Pediatr* 2023; 23(1): 607. PMID: 38037025.