

مقایسه کیفیت زندگی در مادران دارای کودک نارس و ترم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سنندج

فریبا ابتکار، فروزان لهونی*، فردین غریبی، آریتا مسعودی، آریتا همیلی

چکیده

فریبا ابتکار

استادیار
دانشکده پرستاری و
مامایی، دانشگاه علوم پزشکی
کردستان، سنندج، ایران

فروزان لهونی*

کارشناس ارشد مامایی، مرکز بهداشت
شهرستان سنندج، دانشگاه علوم پزشکی
کردستان، سنندج، ایران (مولف مسئول)
Email: foroozl@yahoo.com

فردین غریبی

کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و
درمان، معاونت پژوهشی و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی کردستان
، سنندج، ایران

آریتا مسعودی

پزشک عمومی، مرکز بهداشت شهرستان
سنندج، دانشگاه علوم پزشکی کردستان
، سنندج، ایران

آریتا همیلی

کارشناس مامایی، بیمارستان بعثت سنندج،
دانشگاه علوم پزشکی کردستان
، سنندج، ایران

دریافت: ۹۳/۵/۲۰

اصلاح: ۹۳/۷/۱۴

پذیرش: ۹۳/۸/۲۲

مقدمه و هدف: تولد نوزاد نارس و مراقبت از او دوره استرس زایی است که بر کیفیت زندگی والدین خصوصاً مادر تأثیر زیادی می گذارد. به منظور مقایسه کیفیت زندگی مادران دارای کودک نارس و ترم مطالعه ایی در شهرستان سنندج انجام شد. **مواد و روش ها:** مطالعه به صورت تحلیلی مورد- شاهدی در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سنندج سال ۹۲ انجام گرفت. نمونه های مورد پژوهش شامل ۵۰ مادر دارای کودک نارس به عنوان گروه مورد و ۵۰ مادر دارای کودک ترم در گروه شاهد بودند. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های دموگرافیک پژوهشگر ساخته و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار spss ۱۷ صورت گرفت.

یافته ها: مشخصات دموگرافیک مادران در هر دو گروه با یکدیگر تفاوت آماری معنی داری نداشتند. مادران دارای کودک نارس دارای میان گین نمرات کیفیت زندگی پایین تری در حیطه های سلامت جسمانی، روابط اجتماعی و نمره کل در مقایسه با مادران کودک ترم بودند. ($P=0/001$) در حیطه سلامت محیط و سلامت روانی میانگین نمرات کیفیت زندگی مادران در دو گروه تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشت. ($P=0/715$)

نتیجه گیری: با توجه به کیفیت زندگی پایین مادران دارای کودک نارس، مراقبین بهداشتی باید نسبت به نیازهای آموزشی و احساسی مادران دارای نوزاد نارس حساس بوده و قادر به تشخیص آن باشند تا در حین مراقبت این نوزادان مداخلات آموزشی لازم جهت مادران آنها صورت گیرد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، کودک نارس، کودک ترم

مقدمه :

نارسی شایعترین علت مرگ و میر و عوارض دوران نوزادی در دنیاست که ۸۰-۶۰٪ مرگهای نوزادی بدون ناهنجاری مادرزادی را شامل می شود . نوزادان نارس بیشتر در معرض فلج مغزی ، ناتوانی های یادگیری و بیماریهای تنفسی در مقایسه با نوزادان ترم هستند (۱)، عوارض همراه با نارسی اغلب در مراحل بعدی زندگی گسترش یافته و در نتیجه مشکلات اقتصادی ، روانی و جسمی وسیعی را بر خانواده ها تحمیل می نمایند . میزان تولد نوزادان نارس در امریکا ۹-۱۲٪ ، در اروپا ۷-۵٪ و در ایران ۳/۵٪ می باشد (۲) .

تولد نوزاد نه تنها یک مسئله احساسی و تجربه جسمانی است بلکه بعنوان یک گذار تکاملی زندگی نیز م محسوب می شود . انتقال به دوران مادری بعنوان یک دوره تکاملی بیانگر مشکلات تطبیقی معنا داری برای اکثر زنان می باشد (۳) . اگر چه تجربه مادرشدن دوران مسرت بخشی است اما گاهی اوقات می تواند همراه با مشکلات و تغییرات متعدد ناشی از مراقبت نوزاد باشد (۴) . تولد نوزاد نارس یکی از مواردی است که والدین را در این شرایط مشکل زا قرار می دهد (۵) . رویارویی با تولد نوزاد نارس یکی از مراحل حساس و پرمخاطره زندگی زنان محسوب شده (۶) که بعنوان یک بحران عاطفی می تواند موقعیت استرس زایی را در زندگی آنها و خانواده شان ایجاد کرده و تاثیر طولانی مدتی را بر آنها بجای گذارد (۷،۳) . این نوع تولد می تواند موجب احساس پریشانی ، اضطراب و گناه در والدین گردد(۸) .

با تولد نوزاد نارس پروسه طبیعی و آمادگی ذهنی برای والد شدن ناتمام مانده و والدین از لحاظ روانی ، فیزیکی و احساسی برای تولد آماده نمی شوند زیرا همه چیز خیلی سریع و غیر منتظره روی می دهد (۹) . احساس غم و اندوه از کامل نشدن دوره بارداری و نداشتن نوزاد سالم ، مواردی هستند که شدت یافته و شرایط را سخت تر می کنند و زمانی که نوزاد در بیمارستان بستری می شود مشکلات حادث تر می گردد و بر کیفیت زندگی والدین خصوصا مادر تاثیر می گذارد (۱۰) . مطالعات نشان داده است که استرس ، اضطراب و افسردگی در مادران نوزاد نارس نسبت به مادران نوزاد ترم بیشتر است (۱۱،۷) . از نظر بیشتر متخصصان کیفیت زندگی در بر گیرنده ابعاد فیزیکی ، فیزیولوژیکی ، حسی ، اجتماعی و معنوی است .

فرانز و پاور کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعادی از زندگی فرد می دانند که برای او مهم است (۱۲) . مطالعه هیل و آلدانگ نشان داد در مادران دارای کودک نارس مشکلات جسمی ، کاهش روابط اجتماعی و مشکلات تطابقی مادر با موقعیت جدید تشخیص داده نمی شوند و مادران مجبور به وفق دادن خود می گردند، اگر چه ممکن است این موارد از دیدگاه یک مراقب بهداشتی کم اهمیت تلقی شود ولی می تواند در زندگی و تجربیات شخصی مادر تاثیر زیادی داشته باشد (۷) از آنجا که مطالعات انجام شده بر روی کیفیت زندگی مادران دارای کودک نارس محدود بوده و پژوهش های اندکی در زمینه مشکلات این مادران در ایران صورت گرفته و تاکنون نیز مطالعه ای در زمینه کیفیت زندگی آنان انجام نشده است این مطالعه با هدف بررسی مقایسه ایی کیفیت زندگی در مادران دارای کودک نارس و ترم به منظور دستیابی به راهکارهای ارتقا کیفیت و سلامت مادران و متعاقب آن ارتقا سلامت خانواده و جامعه انجام شد .

مواد و روش ها:

این پژوهش به روش تحلیلی مورد-شاهدی جهت مقایسه نمرات کیفیت زندگی در دو گروه از مادران دارای کودک نارس و ترم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان سنجند در سال ۱۳۹۲ انجام شد . جامعه مورد نظر کلیه مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دارای معیارهای ورود بشرح زیر بودند : سواد خواندن و نوشتن ، سن ۱۸ سال و بالاتر ، در گروه مادران ترم داشتن کودک ترم بدنی آمده و سالم و در گروه مادران نارس داشتن کودک نارس بدنی آمده (سن حاملگی کمتر از ۳۷ هفته کامل)، تک قلوئی ، سلامت جسمی و روانی همسر در هردو گروه، سن کودک در هر دو گروه، در زمان مصاحبه با مادر ۶ ماه یا کمتر بود. معیار خروج از مطالعه ، عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از مصاحبه بود . بعد از کسب مجوز های لازم به منظور دسترسی به نمونه های مورد نظر، پژوهشگر به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان سنجند مراجعه کرد و با توضیح اهداف پژوهش و روش کار به مادران مراجعه کننده، اقدام به نمونه گیری از مادران واجد شرایط پژوهش نمود .

در این مطالعه، حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد برای هردو گروه مورد و شاهد، ۵۲ نفر برآورد گردید که جمعا ۱۰۴ نفر را شامل می شد. با توجه به معیارهای

تجزیه و تحلیل آماری داده ها با ۱۰۰ نفر انجام گرفت .

هرچند فقط در حیطه های سلامت جسمانی و اجتماعی اختلاف آماری معنی دار بود، در دوحیطه سلامت روانی و محیط اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. نمرات کیفیت زندگی کل در دو گروه اختلاف آماری معنی داری داشتند.

بحث و نتیجه گیری:

یافته های پژوهش شامل دو بخش نتایج حاصل از بررسی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش و نتایج حاصل بر اساس اهداف پژوهش می باشد که نشاندهنده پایین بودن نمرات کل کیفیت زندگی و در ۴ حیطه آن در مادران دارای نوزاد نارس در مقایسه با مادران دارای نوزاد ترم بود. از آنجایی که کیفیت زندگی می تواند تحت تاثیر عوامل دموگرافیک قرار گیرد به همین علت دو گروه از نظر عوامل احتمالی موثر در کیفیت زندگی با یکدیگر همسان شدند .

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه شرما در ایالت لاندهیانان هندوستان مطابقت نداشت ، وی نیز کیفیت زندگی را در دو گروه مادران دارای نوزاد نارس و ترم بررسی کرد ولی نمرات دو گروه با یکدیگر اختلاف معنی داری نداشتند (۵) . این تفاوت شاید به علت اختلافات فرهنگی است . کیفیت زندگی کاملاً فردی بوده و شامل درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می باشد که در دو جامعه متفاوت با یکدیگر فرق می کند .

هیل و آلدانگ در مطالعه خود به بررسی کیفیت زندگی در مادران تازه زایمان کرده در سه گروه ترم ، نزدیک ترم و نارس در ۴ مرکز پزشکی آمریکا پرداختند . نمرات کل کیفیت زندگی در مادران نوزاد نارس کمتر از دو گروه دیگر بود ولی نمرات کل در دو گروه ترم و نزدیک ترم یکسان بود و با یکدیگر اختلاف معنی داری نداشت (۷) این نتایج با پژوهش حاضر مطابقت داشت. هرچند در حیطه روانی نمرات مادران کودک نارس بطور بارزی کمتر از مادران کودک ترم و نزدیک ترم بود که محققان این اختلاف را بیشتر به علت نیازهای احساسی خاص مادران کودک نارس و وضعیت سلامتی این گروه کودکان بیان نمودند. مطالعه ای در سال ۲۰۱۰ توسط فورکادا گاکس و همکاران در سوئیس جهت بررسی ارتباط بین استرس مادری و روابط مادر و نوزاد با شرکت ۴۷ مادر نوزاد نارس و ۲۵ مادر نوزاد ترم انجام شد. نتایج نشان داد تولد نوزاد نارس بر تعامل مادر و نوزاد فرآیند دلبستگی مادر تاثیرگذار بوده و فرآیندی استرس زا است (۱۵).

خروج از مطالعه (عدم تمایل به همکاری در هر مرحله از مصاحبه)، چهار نفر از مطالعه کنار گذاشته شدند و در نهایت ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه مشتمل بر دو بخش بود. به منظور کسب روایی قسمت اول "مشخصات فردی"، از روش روایی محتوی استفاده شد و قسمت دوم " پرسشنامه فرم کوتاه (sf-36)" یک پرسشنامه استاندارد است که در مطالعات بسیاری به منظور بررسی کیفیت زندگی بکارگرفته شده و روایی و پایایی نسخه فارسی آن مورد تایید قرار گرفته است (۱۳، ۱۴).

کیفیت زندگی در این پژوهش در چهار حیطه سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط ؛ در قالب ۳۶ سوال بررسی شد. نمره بندی سوالات از صفر تا ۱۰۰ بود که با جمع نمرات سوالهای هر حیطه و تقسیم جمع نمرات بر تعداد سوالات آن ، نمره مربوط به آن حیطه بدست آمد. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر بود .

پس از استخراج اطلاعات جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کای اسکور^۱ جهت بررسی اهداف و فرضیه های پژوهش استفاده شد . کلیه محاسبات آماری توسط نرم افزار SPSS 17 و با در نظر گرفتن سطح معنی داری آلفای ۰/۰۵ انجام شد .

یافته ها :

به منظور دستیابی به اهداف پژوهش اطلاعات و داده ها از ۱۰۰ مادر دارای کودک نارس و ترم که کلیه شرایط ورود به مطالعه را داشتند جمع آوری شد . با توجه به یافته های جدول شماره ۱ دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک نظیر سن مادر، شغل و تحصیلات مادر و همسر، نوع زایمان ، جنس نوزاد، خواسته بودن بارداری، نوع مسکن در زمان مصاحبه همگن بودند . سن حاملگی در گروه نارس $33/4 \pm 2/15$ و در گروه ترم $39/2 \pm 0/76$ هفته بود. جدول شماره ۲ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار نمرات مادران دارای نوزاد نارس در حیطه های سلامت جسمانی $2/19 \pm 13/52$ ، سلامت روانی $2/18 \pm 14/12$ ، روابط اجتماعی $2/4 \pm 14/2$ ، سلامت محیط $2/1 \pm 14/4$ می باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات مادران دارای نوزاد ترم در حیطه های سلامت جسمانی $1/99 \pm 14/56$ ، سلامت روانی $2/37 \pm 14/76$ ، روابط اجتماعی $1/99 \pm 15/32$ ، سلامت محیط $1/92 \pm 14/8$ بدست آمد. با توجه به نتایج جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه ها در مادران دارای نوزاد نارس پایین تر از نمرات

مراقبت از نوزاد نارس موجب اختلال در خواب و استراحت مادر، اضافه شدن وظایف وی در منزل، ناتمام ماندن تحصیلات، ناتوانی در بازگشت به کار، محدودیت زمانی در فعالیتهای اجتماعی مانند دیدار با دوستان یا اقوام و تغییر ارتباط بین اعضای خانواده می شود که همه اینها می توانند کیفیت زندگی مادران دارای نوزاد نارس را تحت تاثیر قرار دهند (۱۶).

یافته های پژوهش حاکی از نقش سن حاملگی نوزاد بر کیفیت زندگی مادران پس از زایمان می باشد. از آنجایی که مادران کودک نارس استرس روانی و افسردگی بیشتری را تجربه می کنند ضروری است مراقبین بهداشتی به این واقعیت که این مادران ممکن است افسرده باشند و پاسخ های احساسی شان غیر مشابه با مادران کودک ترم باشد، حساس بوده و برای آنها فرصتی فراهم نمایند تا ترس و نگرانی شان را از وجود کودک نارس بیان کنند. آنها همچنین باید قادر باشند نیازهای آموزشی و منابع حمایت اجتماعی این مادران را شناسایی

کنند چرا که حمایت اجتماعی تاثیر مهمی بر سلامت جسمی و روحی مادر دارد و باعث افزایش اعتماد بنفس در زمان استرس می شود، هنگامی که این حمایتها ناچیز است استرس مادران بیشتر می گردد. مراقبین بهداشتی باید نسبت به این مسئله که مادران کودک نارس ممکن است کیفیت زندگی پائینی را تجربه کنند آگاه بوده و ارتباط بین آنها و مادر بر اساس سلامت کودک باید حمایتگرانه، حساس و اختصاصی باشد (۱۷). آگاهی از نیازهای روانی مادر و اینکه او بهترین مراقب برای کودکش است امری ضروری است (۷).

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان انجام گردید. بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از همکاران محترم پژوهش، مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان سنندج و مادران شرکت کننده اعلام می داریم.

References

1. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M Z, Chou D, Moller A, Narwal R et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications, Lancet 2012;379:2162-72
2. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran A, Merialdi M, Requejo J, Rubens C et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity, Bulletin of the world Health organization 2010;88(1):1-8
3. Aagaard H, Hall E. Mothers' Experiences of Having a preterm Infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. Journal of pediatric Nursing 2008; 23(3):26-36
4. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. Journal of Neonatal Nursing 2011;17:32-40
5. Sharma M. Quality of life mothers of preterm and term babies. Journal of Neonatology 2007;21(4):281-284
6. Lois C. Preterm Birth implication for family stress and coping. Newborn and infant nursing reviews 2007;7(1):14-19
7. Hill P D, Aldag J C. Maternal Perceived Quality of Life Following Childbirth. JOGNN 2007;36(4):328-334
8. Tallandini M A, Morsan V, Macagno F. Preterm birth and Assisted Reproductive Technology/ART: Maternal emotional wellbeing and quality of mother-newborn interaction during the first three months of life. Early Human Development 2012;88: 397-402

9. Evans T, Whittingham K, Boyd R. What helps the mother of a preterm infant become securely attached responsive and well-adjusted?, *Infant Behavior & Development* 2012;35:1-11
10. Gray P H, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M. Parenting stress in mothers of preterm infants during early infancy. *Early Human Development* 2012;88: 45-49
11. Vigod SN, Villegas L, Dennis C-L, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 2010; 117:540-550
12. Ferrans C, Powers M. Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health* 1992;15(1):29-38
13. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L, Validation of the WHOQOL-BREF among women following childbirth. *ANZJOG* 2010;50:132-137
14. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph* 2006; 4 (4) :1-12
15. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development* 2011;87:21-26
16. Behnodi Z, Manangmaent and health of family. *Tehran: Boshra*. 1381:50-51
17. Sloan K, Rowe J, Jones L. Stress and coping in fathers following the birth of a preterm infant. *Journal of Neonatal Nursing* 2008; 14: 108-115

جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی مادران کودکان نارس و ترم مراجعه کننده به مراکز سنجش در سال ۱۳۹۲

متغیر	گروه				نارس	ترم	مقدار P
سن مادر	میانگین		۲۶/۸۴		۲۶/۳۸		۰/۶۷۳
	انحراف معیار		۴/۵۸		۴/۹۸		
متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۲۰	۴۰	۱۸	۳۶	۱۸	۰/۵۲۴
	دیپلم و بالاتر	۳۰	۶۰	۳۲	۶۴	۳۲	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۱۸	۳۶	۱۴	۲۸	۱۴	۰/۶۴۵
	دیپلم و بالاتر	۳۲	۶۴	۳۶	۷۲	۳۶	
شغل مادر	خانه دار	۴۲	۸۴	۴۴	۸۸	۴۴	۰/۶۳۷
	شاغل	۸	۱۶	۶	۱۲	۶	
شغل همسر	کارگر	۱۲	۲۴	۹	۱۸	۹	۰/۷۲۷
	کارمند	۱۸	۳۶	۱۸	۳۶	۱۸	
	آزاد	۲۰	۴۰	۲۳	۴۶	۲۳	
نوع زایمان	طبیعی	۳۰	۶۰	۳۱	۶۲	۳۱	۰/۸۳۸
	سزارین	۲۰	۴۰	۱۹	۳۸	۱۹	
جنس نوزاد	دختر	۱۸	۳۶	۱۷	۳۴	۱۷	۰/۸۳۴
	پسر	۳۲	۶۴	۳۳	۶۶	۳۳	
خواسته بودن بارداری	بلی	۴۰	۸۰	۳۸	۷۶	۳۸	۰/۶۲۹
	خیر	۱۰	۲۰	۱۲	۲۴	۱۲	
نوع مسکن	استیجاری	۳۲	۶۴	۳۴	۶۸	۳۴	۰/۶۷۳
	شخصی	۱۸	۳۶	۱۶	۳۲	۱۶	

جدول ۲- مقایسه میانگین حیطه های نمرات کیفیت زندگی مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در دو گروه نارس و ترم

حوزه	گروه		نارس		ترم		P*
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
سلامت جسمانی	۵۰	۱۳/۵۲	۲/۱۹	۵۰	۱۴/۵۶	۱/۹۹	۰/۰۱۵
سلامت روانی	۵۰	۱۴/۱۲	۲/۱۸	۵۰	۱۴/۷۶	۲/۳۷	۰/۱۶۳
روابط اجتماعی	۵۰	۱۴/۲۰	۲/۴۰	۵۰	۱۵/۳۲	۱/۹۹	۰/۰۱۳
سلامت محیط	۵۰	۱۴/۴۰	۲/۱۰	۵۰	۱۴/۸۰	۱/۹۲	۰/۷۱۵
کیفیت زندگی کل	۵۰	۵۶/۳۶	۷/۵۱	۵۰	۵۹/۶۰	۷/۲۶	۰/۰۳۱

*chi-square test

The comparison of quality of life in mothers of premature and full-term infant referred to health centers in Sanandaj city

Ebtekar F, Lahoni F*, Gharibi F., Masoudei A., Homilei A

Background and Aim: premature birth and its caring is a stressful period which significantly affects the quality of parent's life especially the mother. A study was conducted to compare the quality of life of mothers of premature infant and full-term infant.

Methods: This case-control study was conducted in health centers of Sanandaj city in 2013.

The participants were 50 mothers with premature infant as intervention group and 50 mothers with full-term infant as the control group. In order to collect data, researcher made demographic questionnaire and the 36 item quality of life of WHO were used. Data analysis was performed using the software spss17.

Findings: The demographic characteristics of the mothers in both groups were not statistically significant. Mothers of premature infant have a lower quality of life scores in the areas of health, social relations and the total score compared with mothers of full-term infant ($P=0/001$). In the area of environmental health and mental health the mean of quality of life scores in the two groups showed no significant difference ($P = 0/715$).

Conclusion: considering the low quality of life of mothers of premature infant, health care providers should be sensitive towards the educational and emotional needs of these mothers so that necessary intervention could be done during caring of their infant.

Keywords: quality of life, premature infant, full-term infant

Ebtekar F.

Assistant professor Nursing & Midwifery school. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj.Iran

Lahoni F.

Ms.c Midwifery in, Health Center of Sanandaj. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Gharibi F .

MPH Health Management, Deputy of Research and Technology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Masoudei A

MD, Health Center of Sanandaj. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Ira

Homilei A

BS.c in Midwifery, Besat Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran