Volume 25, Issue 5 (September- October 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The path of mothers accepting and adapting to the suffering of premature birth: A phenomenological study in Iran

Ehteram Ebrahimi[1], Mehdi Khezeli[1*] , Marjan Mardani-Hamooleh[2], Nasrin Mansouri[3], Ali Almasi[1], Badriyeh Karami[4]

1. Social Development and Health Promotion Research Center, Health Policy and Promotion Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Clinical Research Development Center, Motazedi Hospital, Kermanshah University of Medical sciences, Kermanshah, Iran
4. Students Research Committee, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Received: 28 March 2025
Accepted for publication: 12 November 2025
[EPub a head of print- 20 July 2026]
Payesh: 2026; 25(5): 759- 772

Abstract

Objective(s): The suffering that mothers endure due to giving birth to a premature infant is excruciating. In this study, the lived experiences of mothers regarding the factors that helped them adapt to the difficulties of preterm birth and caring for a premature infant were examined in the socio-cultural context of Iran.

Methods: This qualitative research was conducted with a phenomenological approach and involved 16 mothers whose premature infants were hospitalized in the neonatal intensive care unit at Imam Reza Hospital in Kermanshah. The sampling was purposive. Individual and face-to-face interviews were used to collect data. Dickelman's seven-step method was used to analyze the data.

Results: The analysis of the interviews yielded to three themes including "cognitive empowerment", "cultivating hope" and "benefiting from social support". The theme of "cognitive empowerment" means strengthening and developing individuals' mental abilities and cognitive skills to deal with challenges. This theme was formed from a combination of four subthemes including "inducing self-efficacy", "perceiving threat as an opportunity", "normalization" and "justification". The second theme was formed from a combination of two subthemes including; "cultivating hope through prayer and gratitude" and "cultivating hope through fostering optimism". The third theme was emerged from a combination of two subthemes including; "benefiting from support and sympathy of relatives" and "benefiting from support and sympathy of healthcare staff."

Conclusion: Many mothers participating in this study were able to achieve a relatively suitable adaptation to the birth of their premature infants and the problems of caring for them by using their psychological strengths and resources, as well as by benefiting from the existing social support. The experiences expressed by these mothers can be helpful in developing psychosocial interventions to improve the adaptation of mothers with premature infant.

Keywords: Preterm birth, Premature infant, Adaptation, Phenomenology, Lived experience

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

* Corresponding author: Health Policy and Promotion Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
Email:khezelimehdi@yahoo.com

سال بیست و پنجم، شماره پنجم، مهر ـ آبان ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

مسیر پذیرش و سازگارشدن مادران با رنج تولد نوزاد نارس: یک مطالعه پدیدارشناسی در ایران

احترام ابراهیمی[۱]، مهدی خزلی[۱*]، مرجان مردانی حموله[۲]، نسرین منصوری[۳]، علی الماسی[۱]، بدریه کرمی[۴]

۱. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، پژوهشکده سیاست گذاری و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۳. مرکز توسعه تحقیقات بالینی، بیمارستان معتضدی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۴. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۲۱
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۹ تیر ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۷۷۲- ۷۵۹ :(۵)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: رنج‌هایی که مادران بابت به دنیا آوردن نوزاد نارس متحمل می‌شوند، بسیار طاقت فرسا است. این‌که چه عواملی کمک می‌کند مادران با سختی‌های این شرایط پُررنج سازگار شوند و بتوانند از نوزاد نارس خود مراقبت کنند، موضوعی است که این مطالعه پدیدار شناختی در بستر فرهنگی اجتماعی ایران بررسی کرده است.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع کیفی با رویکرد پدیدارشناسی بود که با مشارکت ۱۶ مادر که نوزاد نارس آن‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در بیمارستان دولتی امام رضا (ع) در شهرکرمانشاه بستری بودند انجام شد. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند بود و برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های فردی و چهره به چهره استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش هفت مرحله‌ای دیکلمن استفاده گردید.

یافته‌ها: در تحلیل مصاحبه‌ها ۳ مضمون با عناوین "توانمندسازی شناختی"، "تولید امید" و " بهره‌مندی از حمایت اجتماعی" به دست آمد. مضمون «توانمندسازی شناختی» به معنای تقویت و توسعه توانایی‌های ذهنی و مهارت‌های شناختی افراد برای مقابله با چالش‌ها است. این مضمون از ترکیب ۴ زیر مضمون "القای خودکارآمدی"، "درک تهدید به عنوان فرصت"، "عادی سازی" و "توجیه" حاصل شد. مضمون دوم از ترکیب ۲ زیر مضمون "تولید امید از طریق دعا و شکر گزاری" و "تولید امید از طریق ایجاد خوش بینی" تشکیل شد. مضمون سوم نیز از ترکیب ۲ زیرمضمون "بهره‌مندی از حمایت و همدردی نزدیکان" و "بهره‌مندی از حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت" حاصل شد.

نتیجه گیری: بسیاری از مادران بصورت خودانگیخته و با به‌کارگیری ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روانشناختی خود، هم‌چنین با بهره‌مند شدن از ظرفیت‌های موجود حمایت‌های اجتماعی، توانسته بودند سازگاری نسبتا مناسبی با تولد نوزاد نارس و مشکلات مراقبت از او کسب کنند. تجارب بیان شده توسط این مادران می‌تواند در طراحی مداخلات روانی اجتماعی برای ارتقای سازگاری مادران دارای نوزاد نارس، کمک کننده باشد.

کلید واژه‌ها: زایمان زودرس، نوزاد نارس، سازگاری، پدیدار شناسی، تجربه زیسته

کد اخلاق: IR.KUMS.REC.1401.447

* نویسنده پاسخگو: کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، پژوهشکده سیاست گذاری و ارتقای سلامت
Email: khezelimehdi@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

مقدمه

نوزاد نارس به نوزادی گفته می‌شود که در کمتر از ۳۷ هفته کامل یا ۲۵۹ روز بارداری به دنیا آمده باشد. عوارض زایمان زودرس علت اصلی مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سطح جهان در سال ۲۰۲۲ بوده و حدود یک میلیون مرگ و میر نوزادان را به خود اختصاص داده است [۱]. در ایران، دو فرا تحلیل با بررسی مطالعات دهه گذشته، شیوع زایمان زودرس را ۹/۲ و ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند [۳، ۲]، که تقریبا نزدیک به شیوع جهانی ۱۱/۲درصد زایمان زودرس است [۴]. با این حال، در سال‌های اخیر هیچ داده ملی به‌روز شده‌ای منتشر نشده است که این امر نگرانی‌هایی را در مورد کمبود اطلاعات اپیدمیولوژیک فعلی در این زمینه ایجاد کرده است. آمار پیشگفت بیانگر این است که تولد نوزاد نارس یک چالش مهم برای نظام سلامت کشورها است، لذا مطالعه ابعاد گوناگون آن ارزشمند است. در این رابطه توجه به این موضوع مهم است که تولد نوزاد نارس یک واقعه پر استرس و غافلگیرکننده برای مادران است که آن‌ها را با انواع هیجانات منفی مواجه می‌کند [۷-۵]. در روزهای آغازین تولد، فرآیند مراقبت از نوزاد نارس در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، موجب می‌شود روند طبیعی تعامل مادر و نوزاد مختل گردد [۸]. همچنین سختی‌های مراقبت از نوزاد نارس، یک چالش بزرگ برای مادران به حساب می‌آید [۱۱-۹] و تعدادی از مادران در مواجهه با انواع هیجانات منفی و سختی‌های جسمی و روانی که بابت مراقبت از نوزاد نارس متحمل می‌شوند، دچار فرسودگی روانشناختی می‌شوند [۱۲، ۱۰]. با این وجود دیده می‌شود که بسیاری از مادران توانایی نسبتاً خوبی برای مراقبت از نوزاد نارس در خود ایجاد می‌کنند. این‌که چه عواملی این مادران را قادر می‌سازد تا با سختی های این شرایط سخت سازگار شوند تا بتوانند از نوزاد نارس خود مراقبت کنند، موضوع مطالعات بسیاری بوده است. طبق نتایج برخی از مطالعات کیفی، راهبردهای مقابله‌ای مانند پذیرش موقعیت، دلبستگی به خدا و دلبستگی به خانواده [۱۳]، اراده و شکرگزاری [۱۲]، امید، شجاعت و ایمان معنوی به خداوند [۵]، احساس شادی از بهبود سلامت نوزاد و ایمان به قدرت برتر [۶]، دعا کردن، دلبستگی به نوزاد و پذیرش موقعیت [۱۴]، حمایت گرفتن از باورهای مذهبی یا معنوی، حمایت گرفتن از اعضای خانواده و حمایت گرفتن از متخصصان سلامت [۷] از راهکارهای به‌کار گرفته شده برای سازگارشدن مادران با سختی‌ها و مشکلات مربوط به تولد نوزاد نارس بوده است. با این وجود ممکن است این شیوه‌های سازگاری در بستر اجتماعی فرهنگی جوامع مختلف نمودهای متنوعی داشته باشند. بنابراین مطالعه آن در هر جامعه‌ای موجب غنای یافته‌های مربوط به این موضوع می‌شود. برای درک عمیق ابعاد روانی، اجتماعی و فرهنگی رویدادهایی که افراد در زندگی خود تجربه می‌کنند، از مطالعات کیفی با رویکرد پدیدار شناسی استفاده می‌شود. مطالعه پدیدارشناسی کنونی نیز در همین راستا در ایران به بررسی موضوع مذکور پرداخته است. در این مطالعه سعی شده است در بستر اجتماعی-فرهنگی جامعه ایرانی، تجارب زیسته مادران درباره این‌که چه عواملی این مادران را سرپا نگه می‌دارد تا با سختی های این شرایط پُر رنج سازگار شوند و بتوانند از نوزاد نارس خود مراقبت کنند، استخراج و تحلیل گردد.

مواد و روش کار

این مطالعه کیفی از نوع پدیدارشناسی با رویکرد هرمنوتیک بود که در سال ۱۴۰۳ اجرا گردید. مشارکت کنندگان، زنانی بودند که به دلیل زایمان زودرس (سن حاملگی بین هفته ۲۰ تا زیر ۳۷ هفته کامل بارداری)، نوزاد نارس بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان مرکز آموزشی درمانی دولتی امام رضا شهر کرمانشاه داشتند و حداقل یک هفته از زایمان زودرس و بستری شدن نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان گذشته بود. نمونه گیری به شیوه هدفمند بود.

برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند فردی و چهره به چهره استفاده شد. مصاحبه‌ها در اتاقی که برای استراحت مادران در مجاورت بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان در نظر گرفته شده بود، توسط متخصص روانشناسی سلامت انجام گرفت. به دلیل این‌که همه مشارکت کنندگان به زبان فارسی تسلط داشتند، همه مصاحبه‌ها به زبان فارسی انجام گرفت. متن کامل مصاحبه‌ها ضبط شد. بسته به تمایل مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه زمان برد. در مصاحبه‌ها از سؤالات «باز پاسخ» برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. همچنین پژوهشگر از یادداشت‌های در عرصه به منظور ثبت واکنش‌های رفتاری و احساسی مشارکت‌کنندگان، بهره برد و از این یادداشت‌ها در مرحله تحلیل داده‌ها استفاده کرد. در این مقاله که حاصل بخشی از یافته‌های مربوط به طرح پژوهشی تحلیل تجارب زیسته زنان از تولد نوزاد نارس بود، تجارب زیسته مادران درباره نحوه پذیرش و وسازگار شدن با سختی‌های تولد نوزاد نارس و مراقبت کردن از او، از میان پاسخ‌هایی که آن‌ها به پرسش‌های اصلی مصاحبه دادند، استخراج شد. در پرسش‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

اصلی مصاحبه در ابتدا از هر یک از مشارکت کنندگان خواسته شد درباره تجارب زیسته خود درباره زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس صحبت کنند و احساسات جسمی و هیجانی و ادراکات ذهنی و معنایی خود را درباره این تجربیات توضیح دهند. سپس سوالات دیگری برای تبیین جامع تر تجاربی که این مشارکت کنندگان درباره این رخدادها داشتند، پرسیده شد و برای دستیابی به لایه‌های عمیق تر تجارب زیسته مشارکت کنندگان در زمینه این رخدادها، در لابه لای سوالات اصلی از سوالات کاوشی نیز استفاده شد. با توجه به توضیحات پیشگفت، پرسش های اصلی مصاحبه به شرح ذیل بود:

۱- درباره تجربه زایمان زودرسی که داشتی صحبت کن و توضیح بده این تجربه برای شما چه معنایی دارد؟ (درباره احساسات، افکار، تصورات و ... که در این مورد داشتی، صحبت کن).

۲- تجربه زایمان زودرس که داشتی، شبیه کدام‌یک از تجربیات زندگی شماست و این شباهت برای شما چه معنایی دارد؟ (آیا این تجربه شما را به یاد تجارب دیگه‌ای از زندگیتان می‌اندازد؟)

۳- طبق تجربه شما چه فرقی بین زایمان زودرس و زایمان به موقع وجود داره؟ (این پرسش از مادرانی پرسیده می‌شد که سابقه قبلی زایمان به موقع داشتند)

۴- اطرافیان مهم شما (مثل همسر، خانواده خودت، خانواده همسرت، دوستان و ...) در مواجهه با این تجربه شما چگونه رفتار می‌کردند؟

۵- کادر بهداشتی درمانی شما (مثل پزشک، ماما، پرستار، کادر پاراکلینیک و ...) در مواجهه با این تجربه شما چگونه رفتار می‌کردند؟

تعدادی از پرسش های کاوشی که در متن سوالات اصلی پرسیده شد، به شرح ذیل بود: میشه بیشتر توضیح بدی؟ لطفا در این رابطه مثالی بزن؟ آیا موضوع دیگری به ذهنتان می‌رسه که نگفته باشید؟ چه نتیجه‌ای می‌خواهید بگیرید؟ و ...

تحلیل داده‌ها همزمان با جمع آوری داده‌ها شروع شد. به عبارتی هم‌زمان با انجام اولین مصاحبه، کار تحلیل داده‌ها آغاز گردید. تحلیل داده‌ها بر مبنای پدیدار شناسی هرمنوتیک که شامل توصیف و تفسیر معنای تجارب زیسته می‌باشد، انجام گرفت و برای این کار از روش دیکلمن و همکاران که فرآیندی هفت مرحله‌ای و مبتنی بر این نوع پدیدار شناسی می‌باشد و ماهیتی تیمی دارد [۱۵]، به ترتیب مراحل ذیل استفاده شد: در مرحله اول؛ بعد از انجام هر مصاحبه، متن ضبط شده به همراه یادداشت‌های در عرصه، بر روی کاغذ دستنویس شد. سپس این متن‌ها تایپ و چندین بار مرور شد تا درک کلی از آن حاصل گردد. در مرحله دوم برای هر یک از متون مصاحبه یک خلاصه تفسیری نوشته و نسبت به درک و استخراج معانی نهفته در مصاحبه‌ها اقدام شد. در مرحله سوم؛ پژوهشگر با اعضای تیم تحقیق درباره واحدهای معنایی استخراج شده و درون مایه‌های آن‌ها به تبادل نظر پرداختند. در مرحله چهارم؛ به منظور تبیین و رفع هر گونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرآیند برگشت به متون و گاهی مراجعه به شرکت کنندگان، به صورت رفت و برگشت مکرر انجام گرفت (دور یا چرخه هرمنوتیک). در مرحله پنجم با ادغام خلاصه‌های تفسیری و واحدهای معنایی مشابه، تحلیل ترکیبی و کلی‌تر شکل گرفت و با دسته بندی واحدهای معنایی مشابه، زیر مضمون‌ها و مضمون‌های اصلی تشکیل شدند. در مرحله ششم؛ یک تفسیر پایانی یا بیانیه ساختاری که بیانگر پیوند و ارتباط میان زیرمضامین و مضمون‌های استخراج شده بود، نوشته شد (بالاترین سطح تحلیل هرمنوتیک). در نهایت، در مرحله هفتم؛ نسخه‌ای پیش نویس از مضامین و زیرمضامین و منتخبی از متن مصاحبه‌ها در اختیار افراد تیم تحقیق و یک نفر ناظر خارجی آشنا به پژوهش پدیدار شناسی، قرار گرفت و نظرات و پیشنهادات آن‌ها در نسخه پایانی گزارش طرح، لحاظ گردید.

برای دستیابی به روش‌های عملی تضمین کننده دقت و موثق بودن داده‌های پژوهش، از پنج معیار لینکلن و گوبا [۱۵] به شرح ذیل استفاده شد: جهت دستیابی به معیار اعتبار پذیری، راهکارهایی از قبیل درگیری طولانی مدت با موضوع پژوهش، اختصاص دادن زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها، بازبینی یافته‌ها توسط اعضای تیم تحقیق و در برخی موارد برگرداندن نتایج به مشارکت کنندگان و تأیید این‌که درون مایه‌های استخراج شده از متن مصاحبه، انعکاس دهنده منظور آن‌ها از بیان جملات مذکور می‌باشد، استفاده شد. همچنین در جهت دستیابی به معیار اعتمادپذیری، از روش دیکلمن و همکاران که دارای ماهیت تیمی است، برای تحلیل داده‌ها استفاده شد و مراحل انجام پژوهش و تحلیل داده‌ها به روشنی توصیف شد، تا هر خواننده و منتقدی بتواند آن را مورد حسابرسی قرار دهد. برای دستیابی به معیار تایید پذیری، پژوهشگر کلیه داده‌ها و درون مایه‌های های استخراج شده را با اعضای تیم تحقیق و ناظر خارجی آشنا به پژوهش پدیدار شناسی مرور کرد تا

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

تأثیر ادراکات پژوهشگر به حداقل برسد. همچنین برای دستیابی به معیار انتقال پذیری، با توصیف غنی داده‌های مطالعه و استفاده از روش‌های دسته بندی داده‌ها، سعی شد زمینه برای قضاوت و ارزیابی خوانندگان فراهم گردد. در نهایت برای دستیابی به معیار صحت ضبط و نسخه برداری گفتار مشارکت کنندگان همراه با ثبت احساسات و رفتاری که مشارکت کنندگان در حین گفتگوهایشان بروز می‌دادند، به طور دقیق انجام شد، تا بتوان آوا و ندای احساسات و زندگی مشارکت کنندگان، همانگونه که زیسته اند، به گزارش منتقل نمود.

یافته ها

پژوهشگران پس از انجام مصاحبه شانزدهم بر اساس تکرار کدهای معنایی و مشابهت موضوعات مطرح شده با مصاحبه‌های قبلی به توافق رسیدند که اشباع داده‌ها حاصل شده است. تنوع مشارکت کنندگان از سنین مختلف، گروه‌های تحصیلی متفاوت و سوابق متنوع زایمان قبلی به گونه‌ای بود که اطمینان حاصل شود اشباع داده‌ها حاصل تجارب مختلف از گروه‌های متنوع مصاحبه شوندگان است. میانگین سنی مادران مشارکت کننده در این پژوهش ۳۱ سال بود. کمترین و بیشترین سن این مادران به ترتیب ۲۱ سال و ۳۹ سال بود. همگی آن‌ها سواد داشتند. کمترین میزان سواد پنجم ابتدایی و بیشترین میزان سواد کارشناسی ارشد بود. بر اساس طبقه بندی تحصیلات، ۶ نفر (۳۷ ٪) زیر دیپلم، ۷ نفر (۴۴ ٪) دیپلم و ۳ نفر (۱۹ ٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. از نظر شغلی ۲ نفر (۱۳ ٪) شاغل و ۱۴ نفر (۸۷ ٪) خانه دار بودند. از نظر وضعیت زایمان ۶ نفر (۳۷ ٪) زایمان اول (همگی حاملگی اول) بودند و ۱۰ نفر (۶۳ ٪) بیش از یک نوبت زایمان داشتند که ۳ نفر از آن‌ها سابقه قبلی زایمان زودرس و ۸ نفر سابقه قبلی زایمان به موقع داشتند (۱ نفر از این ۸ نفر، هم سابقه زایمان زودرس و هم سابقه زایمان به موقع داشت). هیچیک سابقه مرده زایی و سقط نداشتند. همچنین ۳ نفر (۱۹ ٪) از این زنان در زایمان زودرس کنونی نوزادان دو قلو به دنیا آورده بودند و مابقی ۱۳ نفر (۸۱ ٪) نوزاد یک قلو بدنیا آورده بودند. کمترین میزان سن جنینی نوزادان نارس در این مطالعه؛ ۲۶ هفته و بیشترین سن جنینی در بین آن‌ها، ۳۵ هفته بود (جدول ۱).

مضمون‌ها و زیر مضمون‌ها: برای یافتن پاسخ سوال پژوهش که چه عواملی مادران را سرپا نگه می‌دارد تا با سختی‌های بدنیا آوردن نوزاد نارس و مراقبت کردن از او سازگار شوند؟ از میان تجارب زیسته‌ای که مادران مشارکت کننده در این پژوهش در طی مصاحبه‌ها بیان می‌کردند، داده‌هایی استخراج شد. از کنار هم قرار دادن و ترکیب داده‌های مرتبط، ۳ مضمون با عناوین؛ "توانمندسازی شناختی"، "تولید امید" و "بهره مندی از حمایت اجتماعی" به دست آمد. هر یک از این مضمون‌ها از ترکیب تعدادی زیر مضمون تشکیل شد (جدول ۲). این مضامین و زیرمضمون‌های شکل دهنده آن‌ها بیانگر یک موضوع اصلی با عنوان " پذیرش و سازگار شدن با رنج های تولد نوزاد نارس" است. در ادامه مضامین و زیر مضمون‌های به دست آمده در این مطالعه شرح داده شده است.

۱. مضمون "توانمندسازی شناختی"

توانمندسازی شناختی به معنای تقویت و توسعه توانایی‌های ذهنی و مهارت‌های شناختی افراد برای مقابله با چالش‌ها است. دلیل شکل گیری مضمون "توانمندسازی شناختی" این بود که تجارب زیسته بیان شده توسط مادران شرکت کننده در این مطالعه نشان می‌داد که آن‌ها برای کنار آمدن و سازگار شدن با رویداد تولد نوزاد نارس و مراقبت کردن از او، افکاری را در ذهن خود پرورش می‌دادند که موجب تقویت ذهنی آن‌ها برای پذیرش و سازگاری بهتر با این رویداد می‌شد. افکار ذکر شده در قالب ۴ زیر مضمون با عناوین "القای خودکارآمدی"، "درک تهدید به عنوان فرصت"، "عادی سازی" و "توجیه" نام گذاری شد و مضمون "توانمندسازی شناختی"، از ترکیب این ۴ زیرمضمون تشکیل شد. در ادامه هریک از این زیرمضمون‌ها به همراه مثال‌هایی از گفته‌های مشارکت کنندگان، توضیح داده شده اند.

۱-۱: زیر مضمون "القای خودکارآمدی"

خودکارآمدی به باور فرد نسبت به توانایی‌های سازنده‌اش اشاره می‌کندکه فرد به وسیله آن‌ها می‌تواند به سطح مشخصی از اهداف دست پیدا کند. در واقع خودکارآمدی دربردارنده باورهای مرتبط با توانایی فردی برای انجام کارهای خاص است. در اینجا زیرمضمون "القای خودکارآمدی" به معنای باور مادران به داشتن توانایی برای مراقبت از نوزادان نارسشان می‌باشد. این باور در شرکت کنندگان این پژوهش به دلیل داشتن تجربه قبلی مراقبت از نوزاد نارس یا مشاهده و یادگیری تجربه موفق اطرافیان در مراقبت از نوزاد نارس، شکل گرفته بود.

در مثال زیر یکی از مادران که علاوه بر زایمان زودرس کنونی، تجربه قبلی زایمان زودرس داشته است، باورش برای کنار آمدن با شرایط کنونی را بر پایه تجربه قبلی موفقی که در بزرگ کردن

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

فرزند قبلی اش که حاصل یک زایمان زودرس می‌باشد و الان ۱۳ ساله با قد ۱۷۰ سانتی متر می‌باشد، اینگونه نشان می‌دهد:

" پسرم میگه مامان مثلاً چقدر بودم. میگم این اندازه بودی (در حین گفتن این جمله، اندزه کف دست خود را نشان می‌دهد)، من زحمت زیادی برات کشیدم تا اینجوری شدی (مشارکت کننده ۱).

در مثال زیر نیز، القای باور خودکارآمدی برای مراقبت از نوزاد نارس نشات گرفته از مشاهده تجربه موفقی می‌باشد که نزدیکان مشارکت کننده ذیل در این زمینه داشته‌اند. این مشارکت کننده باور دارد که او می‌تواند از این تجربه‌ها و حمایت‌های مربوطه استفاده کند.

" می‌گفتم اگه زودرس هم باشه، بازم مشکلی نیست، خواهرم کمکم می‌کنه، چون اون تجربه داشت" (مشارکت کننده ۲).

القای خودکارآمدی به خود درخصوص داشتن توانایی برای مراقبت از نوزاد نارس، موجب کوچک انگاری سختی ها و چالش های مراقبت از نوزاد نارس می شد و کنارآمدن با این رنج را برای مادران آسان تر می کرد.

۲-۱: زیر مضمون " درک تهدید به عنوان فرصت"

تهدیدها و فرصت‌ها عواملی بیرونی هستند که می‌توانند بر زندگی افراد اثر گذار باشند. در صورتی‌که افراد آسیب‌ها و تهدیدهایی که در زندگی بر آن‌ها تحمیل شده است را از زاویه یک فرصت به آن نگاه کنند، این نگاه جدید می‌تواند مقدمه تبدیل شدن آن تهدید به یک فرصت باشد. در این رابطه یکی از مادران در میان تجارب زیسته رنج آوری که در رابطه با تولد نوزاد نارسش داشت، زودتر از موعد به دنیا آمدن او را از یک زاویه مثبت نیز نگاه می‌کرد. بدین معنی که از نگاه او، زایمان زودرسش موجب شده بود طول دوره بارداری او و در نتیجه زحمت دوران بارداریش کمتر شود و او زودتر از موعد به روال طبیعی زندگیش برگردد:

" خوشحالی ش اینه که واقعاً ۲ ماه زودتر بچه دنیا میاد (خندیدن). دو ماه زحمتم کم میشه. من بچه اولم [هم] دو ماه زودتر دنیا آمد، دو ماه زحمتم کم شد. بچه م هم سالم بود شکر خدا. هیچ مشکلی نداشت. این کوچولو هم شکر خدا یه هفته دیگه مرخص میشه." (مشارکت کننده ۱).

این نگاه مثبت به زایمان زودرس موجب شده بود که این مادر آسان‌تر با سختی‌های تولد نوزاد نارس کنار بیاید.

۳-۱: زیر مضمون " عادی سازی"

منظور از عادی سازی تجربه تولد نوزاد نارس، عواملی است که داشتن نوزاد نارس را برای فرد عادی می‌کند. این عوامل شامل تجربه قبلی زایمان زودرس، مشاهده زایمان زودرس دیگران که نوزاد زنده مانده و بزرگ شده است، و تمرین کردن و مهارت یافتن در مراقبت کردن از نوزاد نارس، بود.

مثال زیر نشان می‌دهد تجربه قبلی زایمان زودرس، سختی کنار آمدن با تولد نوزاد نارس اخیر را کمتر کرده است:

" واقعا اون موقع [تولد نوزاد نارس قبلی] خیلی سخت بود از همه لحاظ. می‌گفتم خدایا می‌مونه نمی‌مونه، چطوریه؟ ولی الان اینطوری نیست. نمی‌دانم شاید چون بچه دیگه‌ای هم دارم و تجربه هم دارم کمتر سخته" (مشارکت کننده ۱۱).

در مثال زیر نیز مشاهده زایمان زودرس اطرافیان که نوزاد زنده مانده و بزرگ شده است، پذیرش زایمان زودرس را راحت‌تر کرده است:

" من توی خانواده همسرم هم این دومین زایمان زودرسه. جاریم بچه‌ش ۶ ماهه دنیا آورد. چون این تجربه را داشتیم واکنش خانواده این بود که بچه می‌مانه و مثل بچه جاریم بزرگ میشه. بچه جاریم الان کلاس اوله. به خاطر این‌که این تجربه را داشتیم شاید خیلی برامان راحت‌تر بود قبول کردنش " (مشارکت کننده ۱۶).

همچنین عادی سازی تجربه تولد نوزاد نارس از طریق تمرین کردن و مهارت یافتن در مراقبت کردن از او در مثال زیر مشهود است:

"اولاش برام سخت بود. به پرستار گفتم. گفت پس برای چه اینجایی. گفتم برام سخته بغل کردنش. گفت یواش یواش عادت می‌کنی. یه بار گرفتم دستم، دوبار گرفتم، دیگه عادت کردم بهش. وابسته شدم بهش. وقتی می گیرمش احساس خوبی دارم. دلم نمی‌خواد از خودم دورش کنم" (مشارکت کننده ۲).

گفته‌های این شرکت کننده بیانگر این است که تمرین موفقیت آمیز او در مراقبت از نوزاد نارسش موجب پذیرش و سازگاری بهتر با تولد نوزاد نارسش و در نهایت موجب تقویت دلبستگی او به نوزادش شده است.

۴-۱: زیر مضمون "توجیه"

زیرمضمون "توجیه"بدین معناست که مادرانی که نوزاد نارس به دنیا آورده بودند، برای پذیرش این سرنوشت و عواقب آن سعی می‌کردند با دلایلی که برای خود می‌آورند، این رویداد را منطقی جلوه دهند. این کار به آن‌ها کمک می‌کرد تا پذیرش تولد نوزاد نارس و سازگار شدن با شرایط سخت این رویداد، راحت‌تر انجام

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

گیرد. مثال‌های ذیل نشان می‌دهد مادران مشارکت کننده در این پژوهش از استدلال‌های گوناگونی برای توجیه زایمان زودرس خود استفاده می‌کردند.

در مثال زیر مشارکت کننده با اشاره به مرگ نوزاد دوستش که به موقع دنیا آمده بود، به این نتیجه می‌رسد که برای نوزادانی هم که به موقع دنیا می‌آیند ممکن است مشکل سلامتی و یا حتی مرگ پیش بیاید، بنابراین فرقی نمی‌کند که نوزاد به موقع یا زودتر از موقع دنیا بیاید، بلکه زنده ماندن نوزاد مهم است، در واقع این مادر با این استدلال، تولد نوزاد نارس خود را توجیه می‌کرد تا پذیرش این رویداد برایش راحت‌تر شود و بهتر بتواند با این رویداد سازگار شود:

"من می‌گم چه زود، چه به موقع، صلاحش اینه. خدا کنه فقط زنده بمونه. دیر یا زود مهم نیست چون بعضی وقت‌ها ۴۰ هفته بوده بچه زنده نمونده. مثلا یکی از دوستام بچه ش ۴۰ هفته بود، وقتی بچه‌ش رو دنیا آوردن، یه نیم ساعت نگذشت که گفتن بچه فوت شده. من با خودم گفتم چه هفت ماهه دنیا بیاد، چه هر ماهی میخاد بیاد، فقط سالم باشه.....این فکرای مثبته. انگیزه دادن به آدمه. شادی به خودمون می‌دیم. استرس و اینا بدترمون می‌کنه"(مشارکت کننده ۱۱)

مثال زیر نیز مربوط به مشارکت کننده‌ای است که در زایمان قبلی سابقه مرگ نوزاد نارس داشته است. این مادر برای کنار آمدن با مرگ نوزاد نارس قبلی خود، این رخداد دردناک را با این منطق توجیه می‌کرد که اگر نوزاد زنده می‌ماند ممکن بود مشکلات جسمی زیادی داشته باشد و خانواده را به دردسر بیاندازد. علاوه بر این، او از این استدلال نیز برای توجیه خود استفاده می‌کرد که در این رابطه باید تسلیم خواست خدا باشد زیرا شرایط در اختیار او نبوده است:

"[برای نوزاد نارس اولم] وقتی توی بیمارستان بودم خیلی امید داشتم، گفتم شاید بمونه. یکی دو تا از خانم دکترا و پرستارا صحبت کردن گفتن: خانم چرا میگی بمانه، فقط مشکل ریه و اینا که نیست، ممکنه مشکلات دیگه‌ای مثل مشکلات قلبی کلیه و اینا هم داشته باشه. واقعا با این صحبت ها خیلی ترسیدم گفتم هرچی خدا بخواد. خودم را یه کم آماده کرده بودم. اصلا فکر اینه نکرده بودم که یه بچه نارس یا یه بچه‌ای که مشکل داشته باشه بمانه روی دستم، خیلی ترسیده بودم" (مشارکت کننده ۱۴).

در مثال زیر نیز مشارکت کننده در زایمان قبلی خود سابقه مرگ نوزاد نارس داشته است. این مادر نیز برای توجیه خود برای پذیرش این رویداد، علاوه بر این‌که از استدلال‌هایی که در مثال فوق ذکر شد، استفاده کرده بود از این استدلال نیز برای توجیه خود استفاده می‌کرد که او یک فرزند سالم دیگر دارد و همچنان توان مادر شدن مجدد را دارد:

"اون ۲۴ هفته دنیا اومد (نوزاد نارس قبلی). تولد اون خیلی زود بود. درد زایمانم شروع شد. ۳ روز هم توی دستگاه بود. دیدمش. ولی خب صلاح نبود بمونه برامون..... اومدم که ببینم وضعیتشو. گفتن متاسفانه دیشب بچه ت رو از دست دادی. ..... وقتی دیدمش اول گریه کردم(بغض و لرزش صدا). تا چند روز ناراحت بودم. ولی گفتم باز خدا رو شکر. اگه می‌موند طور دیگه‌ای می‌شد!. هر روز بیمارستان بودم!. شاید اگه می‌موند یه بیماری براش پیش می‌اومد! یا تنگی نفسش کار دستم می‌داد!. پس حتما خدا نخواسته برام بمونه. همین که بچه اولم سالمه. دوباره میارم. اینطوری خودم رو آروم کردم، بعد از یکسال دوباره حامله شدم" (مشارکت کننده ۱۱).

۲. مضمون "تولید امید"

اکثر مادرانی که در این مطالعه با آن‌ها مصاحبه شد از طریق دعا کردن، توکل کردن به خدا و شکرگزاری از او و یا از طریق ایجاد خوش بینی، خود را نسبت به این موضوع امیدوار نگه می‌داشتند که دوران پُر رنج بستری بودن نوزاد نارسشان در بیمارستان طی می‌شود و نوزادشان زنده و سالم ترخیص خواهد شد. این موضوع ایده شکل گیری مضمون "تولید امید" را فراهم نمود. این مضمون از ترکیب ۲ زیرمضمون به نام‌های "تولید امید از طریق دعا و شکر گزاری" و "تولید امید از طریق ایجاد خوش بینی" حاصل شد. در ادامه هریک از این زیرمضمون‌ها شرح داده شده‌اند.

۱-۲: زیر مضمون " دعا و شکرگزاری"

واحدهای معنایی که زیر مضمون "دعا و شکر گذاری" را شکل داد، شامل مواردی از قبیل شکرگزاری از خدا بابت این‌که نوزاد زنده بدنیا آمده است، دعا به درگاه خداوند همراه با امیدواری جهت زنده ماندن نوزاد و تکیه بر شفاعت بزرگان دینی بود. مثالهایی از تجارب زیسته مشارکت کنندگان در رابطه با تولید اُمید از طریق دعا کردن، توکل کردن و شکرگزاری کردن از خدا، به شرح ذیل آمده است:

"اول همش گریه می‌کردم. می‌گفتم بچه می‌مونه نمی‌مونه. دکترا یه حرفایی می‌زدن؛ بعضی وقت‌ها ناامید می‌شدم، ولی بازم خدا را شکر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

کردم.. گفتم ایشالا خدا خودش بهم کمک می‌کنه می‌مونه. امیدم را از دست ندادم" (مشارکت کننده ۱۱)

"به نظرم آدم باید امیدش به خدا باشه. چون من هر روز دکترا می‌گفتن بچه ۳۰-۲۹ هفته اصلا نمی‌مانه، دیگه نباید امیدی داشته باشم ولی من توکل کردم به خدا و اون جوابمه داد. چون وقتی از اتاق عمل آمدم بیرون، گفتن ظاهر بچه‌ت زبر و زرنگه، تکان می‌خوره، وزنش نسبت به سنش خوبه. خداییش خیلی امید گرفتم. حتی زودتر سرپا شدم بعد از سزارینم" (مشارکت کننده ۱۴).

"میگم خواست خدا بوده، هر چی خدا بخواد . اینطوری خودمو آروم کردم ..... آروم می‌شم. تحملش برام راحت‌تر می‌شه، بازم توکل می‌کنم به خدا که بهم کمک کنه"(مشارکت کننده ۱۶).

۲-۲: زیرمضمون "ایجاد خوش بینی"

تعدادی از مادرانی که با آن‌ها مصاحبه شد با ایجاد خوش بینی از طریق یادآوری تجارب امیدوار کننده الهام بخش که این مادران یا خودشان در رابطه تولد نوزاد نارس داشته اند، یا دیگران چنین تجاربی داشتند، خود را نسبت به این موضوع امیدوار نگه می‌داشتند که دوران پُر رنج بستری بودن نوزاد نارسشان در بیمارستان طی می‌شود و نوزادشان زنده و سالم ترخیص خواهد شد.

در این رابطه، مثال زیر مربوط به امیدواری و خوش بینی مادری است که با وجودیکه فرزند قبلی اش نیز حاصل زایمان زودرس بوده است ولی هم اکنون در سن ۱۳ سالگی دارای رشد جسمی و ذهنی مناسبی است. این موضوع مادر را نسبت به این‌که نوزاد نارس کنونی اش نیز سالم می‌ماند و در آینده رشد خوبی خواهد داشت، خوش بین و امیداوار کرده بود:

"اینم بگم بچه‌های نارس از بچه‌های دیگه بعداً خوبتر میشن. بچه قبلیم که نارس به دنیا اومد و الان ۱۳ سالشه، از بچه‌های همسن خودش سَرتَر هست" (مشارکت کننده ۱).

مثال دیگر امیدواری و خوش بینی مشارکت کنندگان به آینده نوزادان نارسشان بود که نشات گرفته از مشاهده سرنوشت خوب سایر بچه‌هایی است که نارس به دنیا آمده‌اند.

"من دیدم توی فامیل یکی بود که اونم نارس بود، خیلی از بچه‌های من کوچیکتر بود. وقتی بدنیا آمد ۸۰۰ گرم بود. الان مدرسه تیزهوشان داره درس میخوانه. هوشش زیاده. خدا کنه بچه‌های [دوقلوی] منم اینجوری بشن" (مشارکت کننده ۷).

مثال زیر مربوط به مشارکت کننده‌ای است که امید و خوش بینی نسبت به رفع مشکل جسمی نوزاد نارسش نشات گرفته از تجارب امیدوارکننده اطرافیان می‌باشد:

"زن داداشم پارسال زایمان کرد. اونم زایمان زودرس بود. اونم بچه‌ش ۷ ماهه بدنیا آمد. بچه‌ش مشکل بچه منو داشت؛ چشمش مشکل داشت. اون رفت تهران مشکلش خوب شد" (مشارکت کننده ۶).

۳. بهره مندی از حمایت اجتماعی

مادران شرکت کننده در این پژوهش می‌گفتند؛ حمایت و همدردی نزدیکان و کارکنان نظام سلامت در سازگاری آن‌ها با تولد نوزاد نارس موثر بوده است. بر این اساس مضمونی با عنوان "بهره مندی از حمایت اجتماعی" از ترکیب ۲ زیر مضمون با عناوین "بهره مندی از حمایت و همدردی نزدیکان" و "بهره مندی از حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت" تشکیل شد. در ادامه هریک از این زیرمضمون‌ها شرح داده شده اند.

۱-۳: زیر مضمون "بهره مندی از حمایت و همدردی نزدیکان"

ایده شکل گیری زیر مضمون "بهره مندی از حمایت و همدردی نزدیکان" از تجارب زیسته‌ای به دست آمد که مشارکت کنندگان درباره لذت بردن از حمایت روانی و همدردی نزدیکان، مشاهده لحظه شماری خانواده برای ترخیص نوزاد نارس و ورود او به جمع خانواده، به اشتراک گذاشتن تجربیات و توصیه‌ها توسط نزدیکان و دریافت کمک از نزدیکان، بیان می‌کردند. مثال‌هایی از گفته‌های مشارکت کنندگان به شرح ذیل است:

"این‌که همه اعضای خانواده کنارم بودن حس خیلی خوبی بود، پشتیبانم بودن، نگرانم بودن، نه فقط خانواده خودم پدر و مادر نه‌ا، عمه عمو دایی که تماس می‌گرفتن یه روحیه خیلی خوب بود برام واقعاً. تو چنین مواقعی وقتی تنها باشی بیشتر اعصابت بهم می‌ریزه، بیشتر فکر می‌کنی. ولی خُب وقتی تماس می‌گیرن، دلداریت میدن، باهات حرف می‌زنن؛ اصلاً ناخودآگاه یه کم آرام می‌شی. " (مشارکت کننده ۴).

" افراد دیگه‌ای که بهم زنگ میزنن احوالم رو می‌پرسن خیلی برای روحیه م خوبه. از تجربه‌هایی که داشتن بهم میگن. خُب این چیزا خیلی تاثیر داره، آدم امیدوار میشه. میگم بچه منم یکی مثل این همه، ایشالا که درست میشه" (مشارکت کننده ۱۶).

۲-۳: زیر مضمون "بهره مندی از حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت"

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

طبق تجارب زیسته مشارکت کنندگان، کارکنان نظام سلامت از طریق ابراز همدردی با مادران، رفتار دلسوزانه و مودبانه، پاسخگویی مناسب به سوالات مادران، ارائه آموزش و توصیه‌های لازم برای مراقبت از نوزاد نارس و در صورت نیاز با کمک کردن به مادران برای مراقبت از نوزاد نارس، حمایت و همدردی خود با مادران را نشان می‌دادند. این موارد ایده شکل گیری زیر مضمون "بهره مندی از حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت" را فراهم نمود. در این رابطه مثال‌هایی به شرح ذیل آمده است:

"پرستارا خیلی کمکم کردن. کمک کردن از یه طرف، دلداری دادن از یه طرف و ... می‌گفتن ناامید نشو امیدت به خدا باشه. من هم روحیه می‌گرفتم. به خدا اینا پرستار نیستن فرشته هستن" (مشارکت کننده ۶).

"کادر درمانش خوبه. واقعاً بعضی پرستارا مادرانه، خواهرانه و دلسوزانه برخورد می‌کنن"(مشارکت کننده ۷)

"بعضی وقتا میام پسرم رو که می‌بینم گریه م می‌گیره، پرستاره میگه توکل کن به خدا ایشالا برات می‌مونه. هیچ وقت امیدت رو از دست نده" (مشارکت کننده ۱۱).

"بعضی از پرستارا هستن واقعا رسیدگی میکنن. یه جوری بچه رو نوازش می‌کنن که آدم واقعا خیالش راحت میشه که بچه دست ایناس. اگه یک روز هم [خودم] نباشم خیالم راحته..... بعضی از پرستارا خیلی خوبن به آدم قوت قلب میدن" (مشارکت کننده ۱۶).

تجارب زیسته فوق بیانگر این است که کارکنان نظام سلامت در سازگار شدن مادران با تولد نوزاد نارس، نقش مهمی دارند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی زنان مشارکت کننده در پژوهش

مشخصات مشارکت کنندگان	سن (سال)	سطح تحصیلات	وضعیت اشتغال	نوبت حاملگی	نوبت زایمان	تعداد نوزاد بدنیا آمده در زایمان زودرس کنونی	سابقه زایمان زودرس قبلی (تعداد)	سابقه زایمان به موقع (تعداد)	سابقه مرده زایی (تعداد)	سابقه سقط (تعداد)	سن جنینی نوزاد نارس کنونی
مشارکت کننده ۱	۳۹	پنجم ابتدایی	خانه دار	سوم	سوم	یک قلو	(۲)	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۱
مشارکت کننده ۲	۳۰	دیپلم	خانه دار	اول	اول	دو قلو	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۲
مشارکت کننده ۳	۳۰	دوم دبیرستان	خانه دار	دوم	دوم	یک قلو	ندارد	(۱)	ندارد	ندارد	هفته ۳۵
مشارکت کننده ۴	۳۳	دیپلم	خانه دار	سوم	سوم	یک قلو	ندارد	(۲)	ندارد	ندارد	هفته ۳۲
مشارکت کننده ۵	۲۷	دیپلم	خانه دار	سوم	سوم	یک قلو	ندارد	(۲)	ندارد	ندارد	هفته ۲۹
مشارکت کننده ۶	۳۴	پنجم ابتدایی	خانه دار	دوم	دوم	یک قلو	ندارد	(۱)	ندارد	ندارد	هفته ۲۶
مشارکت کننده ۷	۳۳	سیکل	خانه دار	اول	اول	دو قلو	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۲
مشارکت کننده ۸	۳۸	دیپلم	خانه دار	اول	اول	یک قلو	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۰
مشارکت کننده ۹	۳۴	دیپلم	خانه دار	دوم	دوم	دوقلو	ندارد	(۱)	ندارد	ندارد	هفته ۳۲
مشارکت کننده ۱۰	۲۱	سیکل	خانه دار	اول	اول	یک قلو	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۴
مشارکت کننده ۱۱	۲۴	دیپلم	خانه دار	سوم	سوم	یک قلو	(۲)	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۰
مشارکت کننده ۱۲	۳۰	کارشناسی ارشد	معلم	دوم	دوم	یک قلو	ندارد	(۱)	ندارد	ندارد	هفته ۳۵
مشارکت کننده ۱۳	۲۸	کارشناسی	آرایشگر	دوم	دوم	یک قلو	ندارد	(۱)	ندارد	ندارد	هفته ۳۴
مشارکت کننده ۱۴	۳۶	دیپلم	خانه دار	سوم	سوم	یک قلو	(۱)	(۱)	ندارد	ندارد	هفته ۳۱
مشارکت کننده ۱۵	۳۰	سیکل	خانه دار	اول	اول	یک قلو	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۱
مشارکت کننده ۱۶	۳۱	کارشناسی	خانه دار	اول	اول	یک قلو	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	هفته ۳۴

جدول ۲: مضمون‌ها و زیر مضمون‌های استخراج شده از تحلیل داده‌ها

مضمون‌ها	زیرمضمون‌ها
توانمندسازی شناختی	القای خودکارآمدی
	درک تهدید به عنوان فرصت
	عادی سازی
	توجیه
تولید امید	تولید امید از طریق دعا و شکر گزاری
	تولید امید از طریق ایجاد خوش بینی
بهره مندی از حمایت اجتماعی	بهره مندی از حمایت و همدردی نزدیکان
	بهره مندی از حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

بحث و نتیجه گیری

مفهوم سازگاری، به تلاش برای مهار موقعیت‌های بالقوه استرس زا اشاره دارد و مقابله سازگارانه شامل تلاش های شناختی و رفتاری برای مدیریت شرایط استرس زا یا پریشانی هیجانی است. مقابله سازگارانه به عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کند که اثرات نامطلوب عوامل استرس زای زندگی را در هنگام وقوع کاهش می‌دهد و همچنین می‌تواند احتمال وقوع عوامل استرس زا را کاهش دهد. در واقع مقابله سازگارانه به استدلال‌های ذهنی و راهبردهای رفتاری اشاره دارد که برای مقابله با رویدادهای استرس زا یا حالات هیجانی طاقت فرسا استفاده می‌شود [۱۶] و شامل مجموعه‌ای از راهبردها مانند پذیرش موقعیت، ارزیابی مجدد، جهت گیری مثبت و درگیری پیشگیرانه در وضعیت موجود می‌باشد [۱۷]. در رابطه با پذیرش و سازگارشدن با رویداد پُرنج تولد نوزاد نارس، شواهد همسو با یافته‌های مطالعه کنونی نشان می‌دهند که مادران از شیوه‌های متعددی برای سازگار شدن با این رویداد استفاده می‌کنند. در این رابطه در مطالعه پدیدارشناختی Phillips-Pula و همکاران در کشور آمریکا که با هدف بررسی تجربیات مادران درباره مراقبت از نوزادان نارس انجام گرفت، یکی از مضامین این مطالعه با عنوان "عزم" بود. این مضمون به این معنی بود که مادران تصمیم گرفته بودند برای مراقبت از نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (NICU) بدون توجه به زمان یا میزان انرژی که برای این کار صرف می‌کردند، سعی کنند که بهترین مراقبت ممکن را برای نوزاد نارسشان انجام دهند [۱۲]. این مضمون با یکی از زیرمضمون‌های مربوط به توانمند سازی شناختی مطالعه کنونی یعنی "القای خودکارآمدی" دارای وجوه مشترک معنایی می‌باشد، زیرا مادران شرکت کننده در مطالعه کنونی نیز برای این‌که بتوانند از نوزادان نارسشان مراقبت کنند، به طرق مختلف باور به داشتن توانایی لازم برای انجام این کار را در خود ایجاد می‌کردند. به عبارتی خودکارآمدی والدگری مادرانه را در خود تقویت می‌کردند. خودکارآمدی والدگری یک ساختار شناختی مهم در ارتباط با عملکرد والدین است و به ارزیابی والدین نسبت به توانایی‌هایشان در ایفای نقش خود به عنوان پدر یا مادر اشاره دارد [۱۸]. طبق نتایج مطالعه آینده نگر و طولی Vance و همکاران خودکارآمدی والدگری در میان مادرانی که نوزادان آن‌ها مشکلات پزشکی داشتند، در طول زمان افزایش می‌یافت [۱۸]. در تبیین این یافته‌ها، شواهد پژوهشی نشان داده است که بین خودکارآمدی والدگری مادرانه و استرس والدگری رابطه معکوس معنادار و بین خودکارآمدی والدگری مادرانه و انعطاف پذیری شناختی رابطه مثبت معنادار وجود دارد و انعطاف پذیری شناختی در رابطه بین استرس والدگری و خودکارآمدی والدگری مادرانه نقش تعدیل گر دارد. بنابراین نقش انعطاف پذیری شناختی در کاهش استرس والدگری و ارتقای خودکارآمدی والدگری مادرانه بسیار مهم است [۱۹]. سایر شواهد پژوهشی نیز نشان داده اند که انعطاف پذیری شناختی یک پیش بینی کننده مهم در ادراک خودکارآمدی مادرانه است [۲۰]. انعطاف‌پذیری شناختی یعنی این‌که فرد بتواند در طول زندگی خود نسبت به گزینه‌های جایگزین آگاهی داشته باشد و بتواند افکار اولیه را با در نظر گرفتن این گزینه‌ها تغییر دهد و مطابق با گزینه‌ای که انتخاب کرده است، رفتار کند. انعطاف پذیری شناختی شامل: الف: آگاهی فرد از وجود روشها و گزینه‌های مختلف در شرایط گوناگون، ب: گرایش به انعطاف پذیری و سازگاری با شرایط جدید و ج: باور به مناسب بودن انعطاف پذیری برای سازگاری با یک موقعیت است [۲۱]. براساس این توضیحات می‌توان استنباط کرد که فردی که انعطاف پذیری شناختی دارد، در هنگام مواجهه با شرایط سخت و تهدیدآمیز، این قابلیت را دارد که افکار خود را در جهتی هدایت کند که ویژگی های مثبتی نیز در این شرایط بیابد. به عبارتی فرد بتواند از دل تهدیدها، فرصت‌هایی نیز بیابد. این استدلال می‌تواند تبیین کننده یکی دیگر از زیرمضمون‌های شکل دهنده مضمون "توانمندسازی شناختی" یعنی "درک تهدید به عنوان فرصت" باشد. در این راستا طبق شواهد پژوهشی، انعطاف‌پذیری شناختی با توانایی‌های فردی برای مقابله با موقعیت‌های خاص در ارتباط است. به عنوان مثال، زمانی که افراد بهتر می‌توانند تفکر خود را از یک وضعیت به وضعیت دیگر تغییر دهند، کم‌تر بر موارد استرس‌زا در این موقعیت‌ها تمرکز خواهند کرد [۲۲]. این توضیحات بیانگر این است که انعطاف پذیری شناختی یک عامل مهم برای توانمند سازی شناختی می‌باشد. در مطالعه کیفی Sih و همکاران در کشور آفریقای جنوبی، راهبردهای مقابله‌ای که زنان دارای نوزاد نارس برای سازگارشدن با تولد نوزاد نارسشان بکار گرفته بودند، در قالب چند مضمون نام گذاری شد. یکی از مضمون‌های این مطالعه که پذیرش موقعیت نام گرفت، با این زیرمضمون‌ها به وجود آمد: استقامت در موقعیت و آگاهی مادر از مسئولیت خود [۱۴]. این زیرمضمون‌ها با مضمون توانمند سازی شناختی رابطه دارند. زیرا

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

استقامت در موقعیت و آگاه بودن نسبت به مسئولیت مادرانه نیازمند تقویت و توسعه توانایی‌های ذهنی و مهارت‌های شناختی این مادران برای مقابله با چالش تولد نوزاد نارس است. بنابراین توانمندسازی شناختی در مادران برای پذیرش و سازگاری با تولد نوزاد نارس، ضروری می‌باشد. یکی دیگر از مضامین مطالعه کیفی Sih و همکاران مضمون دلبستگی به نوزاد بود. این مضمون نیز از ۲ زیرمضمون با عناوین پیوند با نوزاد و دیدن نوزاد شکل گرفته بود [۱۴]. در این رابطه در مطالعه کنونی نیز همانگونه که در یافته‌های مربوط به زیرمضمون عادی سازی بیان شد، هنگامی که شرکت کنندگان در طی فرآیند عادی سازی مراقبت از نوزاد نارسشان به مرور در امر مراقبت از او مهارت کسب می‌کردند و می‌توانستند زمان بیشتری را با او بگذرانند، این امر موجب تقویت دلبستگی آن‌ها به نوزاد نارسشان می‌شد. در این راستا نتایج مطالعه Veronez و همکاران نشان داد که روند تدریجی نزدیک شدن به نوزاد نارس باعث می‌شود که مادر احساس امنیت کند و بتواند مراقبت‌های مادری را انجام دهد و در این رابطه فعالیت‌های ساده مانند تعویض پوشک، نقاط عطف مهمی در مسیر به دست آوردن نقش مادری هستند. نتایج مطالعه مذکور همچنین نشان داد مادران در خصوص تجربه بدنیا آمدن نوزاد نارس گزارش می‌دادند که به دنبال پاسخی برای توجیه آن موقعیت بودند [۲۳]. این یافته نیز همسو با یکی از زیرمضمون‌های شکل دهنده مضمون "توانمندسازی شناختی" یعنی "توجیه" در مطالعه کنونی می‌باشد. سازوکار توجیه عقلی با وجودیکه موجب محدود کردن عواطف از طریق انحراف یا قطع کردن توجه عاطفی در مقابل موقعیت‌های ناراحت کننده می‌شود، مثلاً با به‌کارگیری این سازوکار غم مرگ عزیزان تخفیف می‌یابد، اما طبق تحقیقات روانشناسی این گونه توجیه عقلی فقط هنگامی مشکل ساز می‌شود که به شکلی فراگیرنده به صورت نوعی سبک زندگی در آید و راه بر همه ی تجربه‌های عاطفی شخص ببندد [۲۴]، وگرنه استفاده مقطعی از این سازوکار موجب سازگاری بهتر فرد با شرایط سخت می‌گردد.

در مطالعه Sih و همکاران یکی دیگر از مضامین به دست آمده تحت عنوان "دعا کردن" نام گرفت. تعدادی از زیرمضمون‌های تشکیل دهنده مضمون دعا، یعنی زیرمضمون‌های دعا برای قدرت خداوند، لطف الهی و شکرگزاری از خداوند برای بقا و سلامتی نوزادان [۱۴] با زیر مضمون تولید امید از طریق دعا و شکرگزاری در مطالعه کنونی همسو می‌باشد. همچنین در مطالعه Phillips-Pula و همکاران نیز یکی دیگر از مضامین "شکرگزاری" نام داشت [۱۲]. این مضمون با یکی از زیر مضمون‌های شکل دهنده مضمون "تولید امید" یعنی "تولید امید از طریق دعا و شکر گزاری" در مطالعه کنونی همسو می‌باشد. نتایج یک مطالعه پدیدارشناسی در کشور نپال نیز نشان داد؛ مادرانی که نوزاد نارس بدنیا آورده بودند، برای مقابله با هیجانات منفی، راهبردهای مقابله‌ای مانند پذیرش موقعیت با کمک حفظ ایمان و امیدواری به آینده، دلبستگی به خدا و دلبستگی به خانواده را در پیش گرفتند [۱۳]. این راهبردهای مقابله‌ای با زیر مضمون‌های "تولید امید از طریق دعا و شکر گزاری"، "تولید امید از طریق ایجاد خوش بینی" و "بهره مندی از حمایت و همدردی نزدیکان" در مطالعه کنونی همسو هستند. در یک مطالعه کیفی پدیدار شناختی در کشور پاکستان نیز که به هدف بررسی تجربه مادران نوزادان نارس در هنگام بستری شدن نوزادشان در بیمارستان مراقبت‌های عالی لاهور انجام گرفت، یکی از مضامین آن با عنوان "احساسات هیجانی مختلط مادران" حکایت از این داشت که مادران نوزادان نارس، در طی مراقبت از نوزاد خود به طور همزمان انواع هیجانات مثبت و منفی را تجربه می‌کردند و هیجانات مثبت آن‌ها در قالب امید، شکرگزاری، شجاعت و ایمان معنوی به خداوند، نشان داده می‌شد [۵]. این نتایج با زیر مضمون "تولید امید از طریق دعا و شکرگزاری" در مطالعه کنونی همسو می‌باشد. همچنین یکی دیگر از مضامین مطالعه مذکور با عنوان "رضایت مادر از مراقبت و حمایت متخصصان مراقبت های سلامتی" [۵] با زیرمضمون " بهره مندی از حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت" در مطالعه کنونی همسو می‌باشد.

در یک مطالعه تحلیل مضمون مقالات کیفی با هدف بررسی احساسات مادری مرتبط با داشتن فرزند در NICU، یکی از مضمون‌های به دست آمده با عنوان "حمایت " نام گرفته بود که از ترکیب ۳ زیر مضمون شامل «حمایت گرفتن از باورهای مذهبی یا معنوی»، «حمایت گرفتن از اعضای خانواده» و «حمایت گرفتن از متخصصان سلامت» تشکیل شده بود [۷]. این مضمون و زیر مضمون‌های آن با تعدادی از زیرمضمون‌های مطالعه کنونی یعنی "تولید امید از طریق دعا و شکر گزاری"، "بهره مندی از حمایت و همدردی نزدیکان" و "بهره مندی از حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت" همسو می‌باشد. همچنین در مطالعه مذکور مضمون دیگری به نام "برقراری یک رابطه محبت آمیز" به دست آمد که بیانگر این بود که راه‌های حمایتی متعددی که در بالا توضیح داده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

شد به مادران کمک کرد بر ترس های خود غلبه کنند و آن‌ها را قادر می‌ساخت تا مراقبت از فرزند خود را مدیریت کنند. در این مورد پرستاران برای توسعه موفقیت آمیز این پیوند بسیار مهم بودند. زیرا آن‌ها به راهنمایی مادران در مراقبت‌های معمول کمک و اطلاعاتی را ارائه می‌کردند که مادران می‌توانستند در خانه از آن‌ها استفاده کنند. این امر انتقال حمایت از متخصصان سلامت به والدین را تسهیل کرد و در نتیجه به مادران کمک کرد تا رابطه محبت آمیزی با نوزادان خود برقرار کنند [۷]. نتایج سایر مطالعات نیز درباره این‌که حمایت و همدردی کارکنان نظام سلامت موجب تقویت سازگاری مادران با تولد نوزاد نارس می‌شود، تاکید ویژه دارند. در این رابطه یک مطالعه کیفی توسط Veronez و همکاران درکشور برزیل با رویکرد تحلیل محتوا با هدف توصیف فرآیند مراقبت مادری با وساطت پرستاران، در طول دوره بستری و ترخیص نوزادان نارس انجام گردید. تحلیل داده‌های این مطالعه که از مصاحبه با مادران به دست آمد، نشان داد که تولد نوزاد نارس که موجب جدایی فوری او از مادر می‌شود، باعث ایجاد مشکلات هیجانی متعددی در مادر می‌شد که می‌توان با نگرش مثبت تیم چند رشته‌ای، با تشویق و تقویت عزت نفس والدین و ایجاد رابطه نزدیک و مشارکت در مراقبت کردن از نوزاد نارس، بر آن‌ها غلبه کرد. در این رابطه نتیجه گیری حاصل از این مطالعه بیان می‌کند که ورود مادران به NICU باید برای پرستاران لحظه بسیار حساسی باشد. یعنی برای کاهش هر گونه ترس و تردید مادران وکاهش شوک ناشی از بستری شدن نوزاد در بیمارستان، نیاز است که پرستاران مداخلات دقیقی انجام دهند، به نحویکه تا حد امکان مادر با کمترین آسیب مواجه شود. برای مثال؛ این واقعیت که اکثر نوزادان بسیار کوچک هستند، یکی از تأثیرات بصری است که در تماس اولیه با NICU بیشترین تأثیر منفی را بر خانواده می‌گذارد و نیاز است پرستاران به این موضوع توجه داشته باشند. همچنین یکی دیگر از ضرورت‌های نزدیک شدن پرستاران به خانواده‌ها؛ به ویژه مادران، این است که مادران یا خانواده‌ها هنگام ورود به محیط NICU با حجم زیادی از تجهیزات و وسایلی مواجه می‌شوند که اگرچه برای حمایت از زندگی نوزادان ضروری است، اما نگرانی هایی را در مورد شانس واقعی زنده ماندن نوزاد برای خانواده‌ها و بویژه مادران ایجاد می‌کند. بنابراین به هدف کمک به خانواده‌ها برای عبور آگاهانه و ایمن از این دوران بحرانی، نیاز است که پرستاران هنگام توضیح دادن در مورد وضعیت نوزاد، در استفاده و انتخاب کلمات، بسیار حساس و ماهر باشند تا بتوانند امیدواری خانواده‌ها را حفظ کنند. طبق یافته‌های مطالعه مذکور با توجه به این‌که ممکن است رویه‌های رایج مراقبت از نوزادان نارس در بخش مراقبت‌های ویژه بر نحوه مراقبت مادران از نوزاد نارسشان تاثیر داشته باشد، بنابراین مسئولیت حرفه‌ای پرستاران این است که در هر مرحله برای ایجاد استقلال مادر در مراقبت از نوزاد نارسش، با دقت نظارت کنند. در این راستا، ارائه جزئیات درباره فرآیندهای مراقبتی و همراهی با مادران کمک می‌کند تا مادران مهارت‌ها و فنون مناسب برای مراقبت ایمن از نوزادشان را یاد بگیرند. این اقدامات موجب می‌شود این تصور منفی مادران که مراقبت از نوزاد نارس دشوار است، از بین برود. همچنین طبق سایر نتایج مطالعه Veronez و همکاران، نیاز است دستورالعمل های مراقبتی که به مادران واگذار می‌شود؛ چندین بار تکرار شوند، تا اطمینان حاصل شود که مادران این مهارت‌های مراقبتی را یاد گرفته اند و به اندازه کافی برای انجام وظایف خود احساس اطمینان می‌کنند. کارکنان سلامت باید تکامل استقلال مادر در مراقبت از نوزاد نارس را در ابتدا با آموزش و راهنمایی کردن مادران و کمک به آن‌ها در مراقبت و در نهایت با نظارت بر نحوه اقدامات مراقبتی آن‌ها - در عین حال که در دسترس و پذیرا هستند- پایش کنند. تمرین‌های پی در پی و قرار دادن تدریجی مادران در فرآیند مراقبت، انجام این روش ها را آسان تر و در نتیجه لذت بخش تر می‌کند. اعتماد به نفس حاصله باعث می‌شود که مادران برای مراقبت از نوزادان خود احساس شایستگی بیشتری کنند [۲۳]. در نتیجه آن‌ها به سازگاری بهتری برای مراقبت از نوزاد نارس خود دست می‌یابند.

در جمع بندی یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت؛ این یافته‌ها نحوه سازگاری مادران با سختیهای تولد نوزاد نارس را در قالب چندین مقوله ارائه داده است. بدین معنی که مضمون "توانمند سازی شناختی" در مقوله عوامل شناختی، مضمون "تولید امید" در مقوله عوامل انگیزشی و مضمون"بهرمندی از حمایت اجتماعی" در مقوله عوامل اجتماعی جای می‌گیرند. این مقوله بندی یک جامعیت نسبی برای تحلیلهای انجام گرفته بر روی مصاحبه‌ها، ایجاد می‌کند. علاوه بر این یافته‌های این مطالعه نشان داد؛ بسیاری از مادران شرکت کننده درمطالعه کنونی بصورت خودانگیخته از طریق بکارگیری ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روانشناختی خود، همچنین با بهره مند شدن از ظرفیت‌های موجود حمایت‌های اجتماعی، توانسته بودند سازگاری نسبتاً مناسبی با تولد نوزاد نارس و مشکلات مراقبت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

از او دست یابند. نکته دیگری که درباره نتایج مطالعه کنونی شایان ذکر است، وجود تشابه در راهکارهای بکار گرفته شده برای سازگار شدن با تولد نوزاد نارس توسط مادران شرکت کننده در این مطالعه با مادران سایر نقاط جهان می‌باشد؛ هرچند که ممکن است نحوه به کار گیری یا مفهوم بندی این راهکارها تا حدی نیز وابسته به فرهنگ و مذهب باشد. در مجموع به نظر می‌رسد؛ تجارب بیان شده توسط مادران شرکت کننده در این مطالعه که برای سازگار شدن با مشکلات تولد نوزاد نارس بکار رفته است، می‌تواند راهنمای مناسبی برای طرح ریزی مداخلات روانی اجتماعی برای ارتقای سازگاری مادران دارای نوزاد نارس باشد.

در پایان لازم است به این نکته اشاره شود که پژوهش کنونی علاوه بر محدودیت هایی که مربوط به ماهیت پژوهش های کیفی است؛ از جمله نداشتن تعمیم‌پذیری به دلیل حجم کم نمونه‌ها و غیرتصادفی بودن انتخاب آن ها، محدودیت های دیگری نیز داشت که یکی مربوط به محدودیت زمانی مادران برای انجام مصاحبه به دلیل مراجعه مکرر به بخش نوزادان بود. هرچند مصاحبه گر برای رفع این مشکل، زمان بیشتری را در محل می ماند تا مادران وقت آزاد بیابند و بتواند از همکاری آن‌ها استفاده نماید، ولی احتمالاً این موضوع و سایر چالش های مراقبت از نوزاد نارس از جمله خستگی و خواب ناکافی مادران، اثر منفی بر غنای مصاحبه‌ها داشته است. همچنین تنوع سن جنینی نوزادان مادران شرکت‌کننده محدود بود و اغلب در محدوده بالاتر از ۳۰ هفته قرار داشت؛ از این رو، تجربه مادرانی که نوزادان آن ها سن جنینی پایین تری داشتند کمتر بازتاب یافته است. افزون بر این، فقط تجربه مادران دارای نوزاد نارس زنده بررسی شد و مادرانی که نوزاد نارس آن‌ها فوت کرده بود در بین مشارکت کنندگان حضور نداشتند؛ بنابراین بخشی از تجارب مرتبط با سوگ و فقدان پوشش داده نشد. همچنین پیگیری طولی مادران تا زمان ترخیص نوزاد و بررسی تجارب آنان بر اساس وضعیت نهایی (زنده ماندن یا فوت) انجام نشد که می‌تواند ابعاد دیگری از تجربه زیسته را آشکار سازد. با این وجود، مطالعه حاضر توانسته است تصویر مناسبی از تجربه زیسته مادران برای پذیرش و سازگاری با شرایط سخت تولد و مراقبت از نوزادان نارس در غرب ایران ارائه دهد. این نتایج می تواند مبنای مناسبی برای اقدامات آموزشی و حمایتی باشد.

ملاحظات اخلاقی: با هدف رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، در هر مصاحبه ضمن ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش و دریافت رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان؛ در مورد داشتن حق تصمیم‌گیری آنان برای شرکت در مطالعه و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان داده می‌شد. ضبط مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان انجام می‌گرفت و در پایان هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان قدردانی به عمل آمد.

حمایت مالی: این مقاله مستخرج از طرح پژوهشی با کد ۴۰۱۰۷۱۲ معاونت تحقیقات و فنآوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد و توسط این معاونت حمایت مالی شده است.

تضاد منافع: هیچیک از نویسندگان این مقاله، تعارض منافع برای انتشار این مقاله ندارند.

سهم نویسندگان

احترام ابراهیمی: طراحی و اجرای پژوهش، گردآوری و تحلیل یافته ها، طبقه بندی مفاهیم، اصلاح مقاله

مهدی خزلی: طراحی پژوهش، مدیریت گردآوری و تحلیل یافته ها، طبقه بندی مفاهیم، اصلاح مقاله

مرجان مردانی حموله: مدیریت پژوهش، طبقه بندی مفاهیم

نسرین منصوری: بررسی روایی یافته ها، نگارش مقاله

علی الماسی: روش پژوهش، بازبینی مقاله

بدریه کرمی: طبقه بندی مفاهیم، اصلاح مقاله

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمام بانوانی که به عنوان مشارکت کننده وقت خود را در اختیار پژوهشگر قرار دادند، همچنین مسولان بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه و پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه نوزادن این بیمارستان، قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Bradley E, Blencowe H, Moller AB, Okwaraji YB, Sadler F, Gruending A, et al. Born too soon: global epidemiology of preterm birth and drivers for change. Reproductive Health 2025;22:105

2. Vakilian K, Ranjbaran M, Khorsandi M, Sharafkhani N, Khodadost M. Prevalence of preterm labor in Iran: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Reproductive BioMedicine 2015;13:743-748

3. Sharifi N, Khazaeian S, Pakzad R, Fathnezhad Kazemi A, Chehreh H. Investigating the prevalence of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]

preterm birth in Iranian population: a systematic review and meta-analysis. Journal of Caring Science 2017;6:371-380
4. Walani SR. Global burden of preterm birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2020; 150:31-3
5. Gulshan S, Abdullahi KO, Yaqoob A, Ali A, Gull S. Exploring the experience of mothers of premature babies: a phenomenological study. Gomal Journal of Medical Sciences 2023;21:218-222
6. Minuta WM, Lera T, Haile D, Badacho AS, Bekele B, Ganta AG, et al. Lived Experience of Mothers Having Preterm Newborns in a Neonatal Intensive Care Unit at Wolaita Sodo University Comprehensive Specialized Hospital Southern Ethiopia: A Phenomenological Study. Research and Reports in Neonatology 2023;13:1–14
7. Wang LL, Ma JJ, Meng HH, Zhou J. Mothers' experiences of neonatal intensive care: A systematic reviewand implications for clinical practice. World Journal Clinical Cases 2021;9:7062-7072
8. Pinar G, Erbaba H. Experiences of New Mothers with Premature Babies in Neonatal Care Units: A Qualitative Study. Jornal of Nursing and Practice 2020;3:179-185
9. Namusoke F, Sekikubo M, Namiiro F, Nakigudde J. "What are you carrying?" Experiences of mothers with preterm babies in lowresource setting neonatal intensive care unit: a qualitative study. British Medical Journals Open 2021;11:e043989
10. Garti I, Donkor E, Musah N, Osei Appiah E, Gyekye S, Awube Menlahand A, et al. Mothers' experiences of caring for preterm babies at home: qualitative insights from an urban setting in a middle-income country. BMC Pregnancy and Childbirth 2021;21:395
11. Van Schalkwyk EA, Gerber B. Vulnerable mothers' experience of feeding their preterm infant in neonatal care. South African Journal of Communication Disorders 2021;68:a842
12. Phillips-Pula L, Pickler R, McGrath JM, Brown LF, Dusing SC. Caring for a Preterm Infant at Home A Mother's Perspective. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2013;27:335–344
13. Acharya S, Bhandari S, Bhattarai S, Gaire H. Experiences of mothers having preterm infants admitted in neonatal intensive care unit: a qualitative study. Journal of Chitwan Medical College 2021;11:4-8
14. Sih DA, Bimerew M, Modeste RRM. Coping strategies of mothers with preterm babies admitted in a public hospital in Cape Town. Curationis 2019;42:a1872
15. Polit DF, Beck CT. Nursing research: principles and methods. 9 st Edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2012
16. Holahan CJ, Ragan JD, Moos RH. Stress. In: Stein J, eds. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology (online reference database). 1 st Edition, Elsevier: Oxford, 2017:485-493
17. Audulv A, Packer T, Hutchinson S, Roger KS, Kephart G. Coping, adapting or self-managing – what is the difference? A concept review based on the neurological literature. Journal of Advanced Nursing 2016;72:2629-2643
18. Vance AJ, Pan W, Malcolm WH, Brandon DH. Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. Early Human Development 2020;141:78-86
19. Yavari Moghaddam F, Hosseinian S, Emami F, Azad N. The Moderating Role of Cognitive Flexibility in the Relationship between Parental Stress and Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy. Clinical Psychology 2023;15:29-38 [Persian]
20. Söğüt M, Köse A. The Exploration of Maternal Self-Efficacy: The Role of Childhood Traumas, Adult Attachment and Cognitive Flexibility. Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi (AKEF) Dergisi 2023;5:1438-1450
21. Aslan Ş Türk F. Comparison of concepts of cognitive flexibility and psychological flexibility. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar 2022;14:119- 30
22. Han HD, Park HW, Kee BS, Na C, Na DE, Zaichkowsky L. Performance enhancement with low stress and anxiety modulated by cognitive flexibility. Psychiatry Investigation 2011;8:221–226
23. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. Revista Gaúcha de Enfermagem 2017;38: e60911
24. Nolen-Hoeksema S, Fredrickson BL, Loftus GR, Wagenaa WA. Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. 15 st Edition, Wadsworth Pub Co: Belmont, 2009

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.66224/payesh.25.5.759]