

Comparative of maternal-neonate abdominal contact and kangaroo Short-term skin contact on maternal depression

Mohadese Adeli¹, Maryam Aradmehr^{2,3}, Akram Ashrafi Zaveh⁴, Abbas Ghodrati Torbati⁵

¹ Assistant Professor of Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

² Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

³ Health Sciences Research Center, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

⁴ Imam Hussein Hospital, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran

⁵ Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Torbat heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.

Abstract

Background: The aim of this study was to investigate the effect of maternal-neonate abdominal and kangaroo short-term skin contact on maternal depression in mothers hospitalized in Torbat Heydariyeh hospitals.

Materials and methods: This single-blind randomized clinical trial was performed on 68 eligible pregnant women in Torbat-e-Heydariyeh in 2018. The subjects were randomly divided into two intervention groups (kangaroo skin contact) and control group (abdominal skin contact). Demographics, fertility, and medical information, information about the first, second and third stages of labor and Zong depression questionnaire were completed for both groups immediately and two months after delivery. The data were analyzed using SPSS version 13 by chi-square, independent t-test and Mann-Whitney tests. P- value less than 0.05 was considered significant.

Results: At birth, there was no significant difference in mean of depression scores between the two groups in short-term skin contact (kangaroo) and short-term abdominal skin contact ($p= 0.7$). Also, 2 months after birth, the mean depression score was not different between the two groups ($P= 0.1$). There was no significant difference in the severity of depression at birth ($P= 0.7$) and 2 months after birth ($P= 0.4$).

Conclusion: Kangaroo short-term skin contact does not affect maternal depression, so its time should be increased for better conclusions.

Keywords: *Skin contact, Kangaroo contact, Postpartum depression.*

Cited as: Adeli M, Aradmehr M, Ashrafi Zaveh A, Ghodrati Torbati A. Comparative of maternal-neonate abdominal contact and kangaroo Short-term skin contact on maternal depression. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2024; 33(4): 426-434.

Correspondence to: Maryam Aradmehr

Tel: +98 09152039611

E-mail: maryam.aradmehr@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0003-4990-4353

Received: 19 Mar 2023; **Accepted:** 19 Jul 2023

بررسی مقایسه‌ای تاثیر تماس پوستی کوتاه مدت شکمی و هم آغوشی (کانگورویی) مادر و نوزاد بر افسردگی مادر

محدثه عادلای^۱، مریم آرادمهر^{۲،۳}، اکرم اشرفی زاوه^۴، عباس قدرتی تربتی^۵

^۱ دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

^۲ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

^۳ مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

^۴ بیمارستان امام حسین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

^۵ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

چکیده

سابقه و هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر تماس پوستی کوتاه مدت هم آغوشی (کانگورویی) و شکمی مادر و نوزاد بر افسردگی پس از زایمان مادران بستری در بیمارستان‌های تربت حیدریه انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه کارآزمایی بالینی یک سوکور در سال ۱۳۹۷ بر روی ۶۸ زن باردار واجد شرایط در تربت حیدریه انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه مداخله (تماس پوستی هم آغوشی یا کانگورویی) و گروه شاهد (تماس پوستی شکمی) قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک و باروری و طبیی، اطلاعات مربوط به مراحل اول، دوم و سوم زایمان، و پرسش‌نامه سنجش افسردگی زونگ برای هر دو گروه بلافاصله و دو ماه پس از زایمان تکمیل شد. تحلیل با نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمون‌های مجذورکای، تی مستقل و من‌ویتنی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در بدو تولد بین دو گروه تماس پوستی کوتاه مدت هم آغوشی (کانگورویی) و تماس پوستی کوتاه مدت شکمی، تفاوت آماری معنی داری از نظر میانگین نمره افسردگی ($P=0/07$) وجود نداشت. همچنین ۲ ماه پس از تولد، میانگین نمره افسردگی بین دو گروه تفاوتی نداشت ($P=0/1$). از نظر شدت افسردگی نیز در بدو تولد ($P=0/07$) و ۲ ماه پس از تولد ($P=0/04$)، بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. **نتیجه‌گیری:** تماس پوستی کوتاه مدت هم آغوشی (کانگورویی) بر افسردگی مادر تأثیری ندارد و برای نتیجه‌گیری بهتر باید زمان آن افزایش یابد.

واژگان کلیدی: تماس پوستی، تماس کانگورویی، افسردگی پس از زایمان.

مقدمه

زنان باردار و خانواده‌های آن‌ها، آرزوهای زیادی برای دوره پس از زایمان دارند، که با تولد نوزاد رنگ می‌گیرد و به طور کلی، گذار به مرحله مادر شدن، رویدادی لذت‌بخش در

زندگی است (۱،۲). با این حال، زمانی که پدیده مادری با افسردگی پس از زایمان همراه شود، ممکن است این رویداد دیگر خیلی خوشایند نباشد. بارداری و دوره پس از زایمان زمان‌های آسیب پذیر برای شروع یا عود بیماری روانی بوده، و افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در این دوره‌ها هستند. مطالعات به طور فزاینده‌ای نشان می‌دهند که افسردگی پس از زایمان و اختلالات خلقی دوران بارداری می‌تواند اثرات مخربی بر مادر و کودک داشته باشد و در صورتی که درمان نشود، اثرات طولانی مدت بر

آدرس نویسنده مسئول: تربت حیدریه، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، مریم آرادمهر (email: maryam.aradmehr@yahoo.com)

ORCID ID: 0000-0003-4990-4353

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۴/۲۸

دیگر فرزندان و خانواده کاملاً مشهود خواهد بود (۳،۴). راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (Diagnostic DSM-IV: And Statistical Manual Of Mental Disorders: Postpartum Depression)، افسردگی پس از زایمان (PPD) را به عنوان یکی از انواع افسردگی اساسی که در ۴ هفته اول پس از زایمان روی می‌دهد، تعریف کرده است (۵). این نوع از افسردگی با علائمی از قبیل عدم توجه به ظاهر و کاهش پاسخ‌های احساسی و ارتباطی، بی‌اشتهایی، تحریک پذیری، کاهش میل جنسی، افکار و گاهی اقدام به خودکشی، سردرگمی ذهنی، ناامیدی، غم و اندوه، اضطراب، ترس، تفکر اجباری و احساس بی‌کفایتی و مهم‌تر از همه با مشکلاتی در مراقبت از طفل بروز می‌کند که می‌تواند در آینده بر یادگیری و تمرکز حواس طفل تاثیر بگذارد. سازمان جهانی بهداشت (WHO) برآورد نموده است که این اختلال دومین عامل منجر به بار جهانی بیماری در سال ۲۰۲۰ میلادی خواهد شد (۶).

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف بین ۵ تا ۴۰ درصد است و بیش از ۱۲/۵ درصد از پذیرش‌های زنان به دلیل مشکلات روانی ناشی از افسردگی است (۷). افسردگی پس از زایمان در ایران در مقایسه با سایر کشورها شیوع بیشتری دارد (۲۸/۷٪ در برابر ۱۴/۵٪). افسردگی پس از زایمان اثرات جدی روی کیفیت زندگی تمام اعضای خانواده دارد (۳).

مادران با علائم افسردگی پس از زایمان، اغلب بدون درمان می‌مانند که این می‌تواند منجر به افزایش علائم شود (۸). در صورت عدم درمان حدود ۱۰ تا ۲۵ درصد این افراد به افسردگی دائمی مبتلا شده و یا به سمت سایکوز پیش می‌روند. از جمله مداخلات درمانی در افسردگی، داروهای ضد افسردگی و روان‌درمانی است (۶،۹). اما داروهای ضد افسردگی به دلیل ترشح در شیر مادر باید در دوران شیردهی باید با احتیاط مصرف شود، زیرا که ممکن است با خطراتی برای شیرخواران به همراه باشند، از طرفی، افسردگی درمان نشده نیز برای مادران و نوزادان خطرناک است (۱۰). متخصصان مراقبت‌های بهداشتی دائماً در تلاشی منحصر به فرد برای محدود کردن مواجهه‌ی شیرخوار با این گونه داروها هستند (۱۱). مطالعات بالینی متعدد تاثیرات مثبت روان‌درمانی را در درمان افسردگی پس از زایمان نشان داده است (۶)، با این حال موانعی مانند محل و هزینه‌های خدمات و همچنین عوامل خانوادگی و اجتماعی ممکن است دسترسی به این خدمات را برای بسیاری از زنان نیازمند

درمان محدود کند (۹). از جمله این خدمات می‌توان به مراقبت آغوشی مادرانه (Kangaroo Mother Care: KMC) اشاره کرد. بر اساس مطالعات متعددی که در این زمینه انجام شده است، این مراقبت اثر مثبتی بر کاهش شدت افسردگی بعد زایمان و جلوگیری از آن در مراحل اولیه دارد (۸،۹،۱۲). تماس پوست با پوست مادر/نوزاد، یک مداخله جایگزین و کاربردی است که به آسانی در دسترس همه مادران است (۹). سازمان بهداشت جهانی، تماس پوست به پوست را به صورت قرار دادن نوزاد لخت در میان سینه مادر یا پدر تعریف کرده است که می‌تواند برای کلیه نوزادان اعم از رسیده و پیش از موعد به کار رود. مدت زمان توصیه شده برای مراقبت آغوشی مادرانه حداقل از ۱۰ دقیقه در روز تا حداکثر ۲۴ ساعت، هر روز است (۱۳).

مراقبت آغوشی مادرانه در سال ۱۹۷۸ در بوگوتای کلمبیا توسط رایبی (Rey) معرفی گردید (۱۴،۱۵). تماس پوست با پوست سبب تنظیم دمای بدن، ضربان قلب و تنفس نوزاد شده، موفقیت در تغذیه با شیر مادر را تسهیل کرده و سبب کاهش گریه و افزایش محبت و نزدیکی بین مادر و نوزاد می‌شود (۱۱،۱۶).

علاوه بر این، تحقیقات انجام شده در زمینه تاثیر تماس پوستی مادر و نوزاد (کانگورویی) نشان داد که این تماس در بهبود آیت‌های سلامت عمومی مادران پس از زایمان مثل افزایش سلامت جسمی، کاهش افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی، افزایش حس اعتماد به نفس و خودکارآمدی مادران نقش دارد (۱۷). با این وجود، در بسیاری از زایشگاه‌ها، ترجیحاً تماس پوستی و کوتاه مدت شکمی بیشتر مورد توجه قرار گرفته و انجام می‌گیرد و تماس هم‌آغوشی (کانگورویی) به ندرت طرفدار دارد. زمان طولانی برای مراقبت کانگورویی و کمبود نیروی انسانی و مشغله زیاد ماما در اتاق زایمان همگی در تقویت کردن این ترجیح کمک کرده و این امر سبب می‌شود که تماس هم‌آغوشی (کانگورویی) از نظر کاربردی زیر سوال رفته و در حال حاضر، در بسیاری از زایشگاه‌ها، تماس پوستی شکمی به جای تماس هم‌آغوشی (کانگورویی) انجام گیرد (۱۶،۱۸). در این شرایط، این سوال برای پژوهش‌گر ایجاد شده است که اگر تماس هم‌آغوشی در مدت زمان کوتاه‌تری انجام گیرد، آیا هم‌چنان می‌تواند از فواید آن در جهت کاهش میزان افسردگی مادر بهره برد یا خیر. در نتیجه مطالعه‌ای با هدف بررسی مقایسه‌ای تاثیر تماس پوستی کوتاه‌مدت شکمی و

هم‌آغوشی (کانگورویی) مادر و نوزاد بلافاصله و دو ماه بعد از تولد بر افسردگی مادر طراحی شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی یک سو کور است که در سال ۱۳۹۷ در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی و مراکز بهداشتی درمانی تربت حیدریه اجرا شد. حجم نمونه با استفاده از مطالعه وکیلان (۱۹)، ۶۸ نفر تعیین شد که ۳۴ نفر در گروه تجربی و ۳۴ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند.

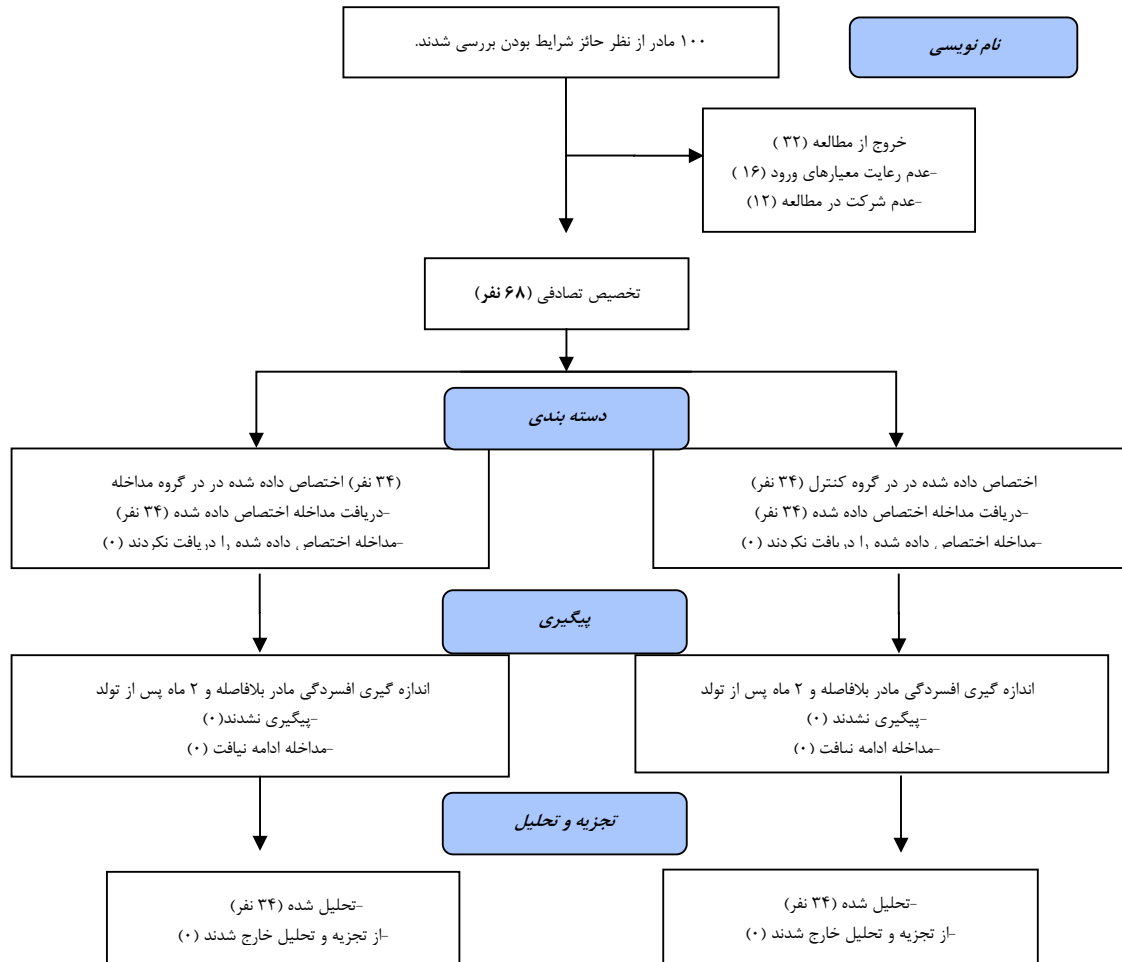
$$N = (z1 - \alpha/2 + z1 - \beta)2 (s12 + s22) / (x1 - x2) 2$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۴۰-۱۸ سال، ایرانی و فارسی زبان بودن، حاملگی ترم با جنین سالم، حاملگی خواسته، زایمان طبیعی، آپگار نوزاد بدو تولد ۱۰-۸، وزن نوزاد ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم و نداشتن تاریخچه مشکلات طبی و روانی، بارداری و زایمان، اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر، تاریخچه مشکلات زناشویی و جنسی، تاریخچه رفتارهای پرخطر در خودش یا همسرش (زندان، اعتیاد)، مصرف داروهای ضد افسردگی، وجود مشکلات ذهنی و فیزیکی، مقیاس دیداری درد (Visual Analog Scale: VAS) بیشتر از ۳، و سابقه مرگ نوزاد بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل مادر به ادامه همکاری، عدم موفقیت در شیردهی از پستان، بد حال شدن نوزاد به هر علتی بود.

ابزارهای گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر خصوصیات دموگرافیک، باروری و طبی، متغیرهای زمینه‌ای مثل طول مدت مرحله اول، دوم و سوم زایمان و اطلاعات مادر و نوزاد، مقیاس دیداری درد بود. ابزار دیگر چک لیست سنجش افسردگی زونگ بود. مقیاس افسردگی زونگ یک ابزار استاندارد شده جهانی است که توسط ویلیام زونگ به منظور ارزیابی شدت افسردگی، براساس یک تعریف عملی در سال ۱۹۶۵ منتشر شده است (۲۰). این مقیاس شامل ۲۰ سوال از جنبه‌های مختلف خلق (شدت افسردگی) بوده و از ۱ تا ۴ امتیازبندی می‌شود. نحوه نمره‌گذاری نتایج آزمون به این صورت است که امتیاز کمتر از ۵۰ دارای خلق طبیعی و بدون آسیب شناسی روانی است، امتیاز ۵۰ تا ۵۹ دارای افسردگی خفیف تا متوسط، امتیاز ۶۰ تا ۶۹ دارای افسردگی متوسط تا آشکار و امتیاز بیشتر از ۷۰ دچار افسردگی شدید است. این مقیاس توسط حبیب پور در سال ۲۰۰۳ اعتبار یابی شد (۲۱) و در نهایت صفرعلیزاده و همکارانش نیز در سال ۲۰۱۰ پایایی مقیاس افسردگی زونگ را ۰/۹۰ برآورد کردند (۲۲). روایی

فرم انتخاب و حذف واحد پژوهش و پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به باروری و سابقه طبی، اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد با روایی محتوا تایید شد. پایایی پرسشنامه اطلاعات باروری و طبی، اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد با روش آزمون مجدد به ترتیب با $r=0/89$ ، $r=0/94$ ، $r=0/77$ ، $r=0/84$ تایید گردید. پایایی اطلاعات مراحل اول، دوم و سوم زایمان و پرسش‌نامه زونگ توسط آزمون مشاهده همزمان، سنجیده شد بدین صورت که پژوهشگر و همکار وی بطور جداگانه رفتارهای مادر را در چک لیست ثبت کرده سپس همبستگی یافته‌های حاصل محاسبه و پایایی این ابزارها $r=0/78$ ، $r=0/84$ تایید گردید. پژوهش حاضر پس از تصویب طرح پژوهشی، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با کد ۱۶/۱، و در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2014090419039N1 ثبت شد.

روش کار بدین صورت بود که پس از اخذ مجوز کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه و و ارائه آن به مرکز مربوطه، اهداف مطالعه برای بیماران توضیح داده شد و افراد واجد شرایط مطالعه به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت نامه کتبی، با استفاده از بلوک‌های تصادفی در دو گروه تجربی و شاهد قرار گرفتند. پرسش‌نامه‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک، باروری و طبی برای هر دو گروه تکمیل شد. مراقبت‌های قبل از زایمان برای هر دو گروه یکسان بود. در گروه تجربی، بلافاصله پس از انجام مراقبت‌های بعد از تولد (پاک کردن راه هوایی در صورت نیاز، زدن کلامپ به بند ناف و خشک کردن نوزاد) نوزاد خوابیده به شکم و بین پستان‌های برهنه مادر قرار داده شده، به طوری که بدن لخت نوزاد کاملاً با پوست مادر در ارتباط بوده و تماس چشمی نیز ایجاد می‌گردید. جهت جلوگیری از هیپوترمی یک شان خشک و گرم روی نوزاد انداخته شده و سر نوزاد نیز با کلاه مناسب پوشانده و از مادر درخواست می‌شد نوزاد خود را نوازش کند و به وی نگاه کند. مدت زمان تماس ۱۰-۵ دقیقه بود، ولی در این مدت شیردهی از پستان انجام نمی‌گرفت. سپس نوزاد به گرم کننده تابشی منتقل شده و سایر مراقبت‌ها انجام می‌گرفت. در حالی که زایمان و انتقال نوزاد برای گروه شاهد طبق روتین بیمارستان انجام می‌شد. به این صورت که بلافاصله پس از تولد، نوزاد برهنه، بدون توجه به وضعیت قرار گیری، روی شکم مادر قرار می‌گرفت و مراقبت‌هایی همچون باز کردن راه هوایی، زدن کلامپ بند ناف و خشک کردن انجام می‌گرفت. سپس نوزاد به مادر نشان داده شده و به گرم‌کننده



شکل ۱. فلوجارت مطالعه

گرفته می‌شد تا پرسش‌نامه سنجش افسردگی زونگ مجدداً توسط کمک پژوهش‌گر تکمیل گردد. از آنجایی که دسترسی به برخی مادران پس از ترخیص مشکل بود، بنابراین ۲ ماه بعد از تولد، در صورت عدم ملاقات مادران در مراکز بهداشتی، کمک پژوهش‌گر با هماهنگی تلفنی به منزل واحد پژوهش مراجعه می‌کرد. جهت کور سازی پژوهش و عدم اطلاع پژوهشگر، نمونه گیری توسط کمک پژوهشگر انجام شد. داده‌ها پس از گردآوری و کدگذاری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) تحلیل شدند. برای بیان ویژگی‌های شرکت‌کنندگان از آمار توصیفی مثل فراوانی و جدول‌های انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور و برای مقایسه متغیرهای کمی از آزمون t مستقل و t زوجی استفاده شد. برای متغیرهای غیرپارامتری از آزمون من ویتنی استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

تابشی منتقل می‌گردید. شکل ۱ فلوجارت مطالعه را نشان می‌دهد.

برای تمامی واحدهای پژوهش پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات مراحل اول، دوم و سوم زایمان و اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد تکمیل می‌شد. پس از انتقال مادر به اتاق مراقبت‌های پس از زایمان، طی یک ساعت اول بعد از زایمان شیردهی توسط مادر انجام می‌شد. در هر دو گروه آموزش شیردهی یکسان بود. طی ۱۵ دقیقه اول انتقال مادر به اتاق مراقبت‌های پس از زایمان، در صورتی که نمره درد، طبق مقیاس دیداری کمتر از ۳ بود، پرسش‌نامه سنجش افسردگی زونگ توسط کمک پژوهشگر مورد ثبت قرار می‌گرفت. ۲ ماه پس از تولد، زمانی که مادران جهت انجام دومین نوبت واکسیناسیون کودک به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کردند؛ ضمن هماهنگی تلفنی با مادر، کمک پژوهشگر در روز مراجعه مادر به مرکز بهداشتی، در آن مرکز حضور می‌یافت. در هر مرکز فضای مناسبی برای مادران در نظر

یافته‌ها

از ازدواج خود (۱۷ نفر در گروه مداخله و ۱۸ نفر در گروه شاهد) داشتند. در ۱۸ نفر (۹/۵۲ درصد) از زنان گروه مداخله و ۱۷ نفر (۵۱/۵ درصد) از زنان گروه شاهد اپیزوتومی انجام شده بود. بر اساس آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل و من ویتنی دو گروه از نظر مشخصات فردی (مانند سن، سطح تحصیلات و شغل خود و همسر، سطح درآمد خانواده، سابقه طلاق، میزان رضایت از ازدواج)، اطلاعات مربوط به باروری و سابقه طبی (مانند تعداد حاملگی و سقط و مرده زایی، جنس نوزاد، انجام مراقبتهای بارداری و زمان اولین ویزیت، احساس خود و همسر نسبت به بارداری)، اطلاعات مربوط به مرحله اول، دوم و سوم

۶۸ زوج مادر و نوزاد در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و در طول مطالعه در هیچ کدام از دو گروه ریزش نمونه وجود نداشت (جدول ۱). داده‌ها نشان داد که میانگین سن در گروه تماس پوستی شکمی $6/30.5 \pm$ و در گروه تماس پوستی کانگورویی $5/49 \pm 26/75$ بود. اکثر واحدهای پژوهش در گروه مداخله (۱۶ نفر: $23/5$ درصد) و در گروه کنترل (۹ نفر: $27/3$ درصد) دارای تحصیلات متوسطه و همچنین اکثر واحدهای پژوهش ($94/1$ درصد در گروه مداخله و $87/9$ درصد در گروه شاهد) خانه‌دار بودند. اکثر واحدهای پژوهش رضایت زیادی

جدول ۱. مقایسه برخی اطلاعات مرحله اول، دوم و سوم زایمان و اطلاعات مربوط به نوزاد به تفکیک گروه

متغیر	تماس کوتاه مدت کانگورویی N=۳۴	تماس کوتاه مدت شکمی N=۳۴	نتیجه آزمون آماری
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
میزان اکسی توسین استفاده شده (سی سی)	$14/1 \pm 54/03$	$24/1 \pm 74/88$	*P=۰/۰۶۴
طول فاز فعال مرحله اول زایمان (دقیقه)	$172/9 \pm 2/94$	$148/11 \pm 2/64$	**P=۰/۳۸۱
طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)	$42/3 \pm 94/21$	$28/4 \pm 69/52$	*P=۰/۰۷۱
طول مرحله سوم زایمان (دقیقه)	$9/1 \pm 58/72$	$6/4 \pm 51/23$	*P=۰/۸۷۶
نمره آپگار دقیقه اول	$9/0 \pm 0/00$	$9/0 \pm 0/00$	-
نمره آپگار دقیقه پنجم	$10/0 \pm 0/00$	$10/0 \pm 0/00$	-
فاصله تولد تا اولین تماس مادر و نوزاد (دقیقه)	$4/16 \pm 10/04$	$1/5 \pm 43/57$	*P=۱/۰۰

* Mann Whitney Test, ** T Test

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار افسردگی مادر بلافاصله و ۲ ماه پس از تولد در دو گروه

زمان ارزیابی	تماس کوتاه مدت کانگورویی N=۳۴	تماس کوتاه مدت شکمی N=۳۴	میزان معنی داری آزمون تی تست
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
در زمان تولد	$46/6 \pm 47/51$	$45/6 \pm 88/23$	P=۰/۷۰
دو ماه بعد از تولد	$46/6 \pm 55/46$	$44/6 \pm 21/88$	P=۰/۱۰
میزان معنی داری آزمون تی زوجی	P=۰/۹۱	P=۰/۳۳	-

جدول ۳. مقایسه شدت افسردگی مادر بلافاصله و ۲ ماه پس از تولد در دو گروه

زمان ارزیابی	شدت افسردگی	تماس کوتاه مدت کانگورویی N=۳۴	تماس کوتاه مدت شکمی N=۳۴	میزان معنی داری آزمون من ویتنی
		درصد(تعداد)	درصد(تعداد)	
در زمان تولد	ضعیف	۲۲ (۶۴/۷)	۲۳ (۶۷/۶)	P=۰/۷
	متوسط	۱۱ (۳۲/۴)	۱۱ (۳۲/۴)	
	شدید	۱ (۲/۹)	۰	
دو ماه بعد از تولد	ضعیف	۲۴ (۷۰/۶)	۲۶ (۷۶/۵)	P=۰/۴
	متوسط	۹ (۲۶/۵)	۶ (۱۷/۶)	
	شدید	۱ (۲/۹)	۱ (۲/۹)	

هنگامی که نوزادان ۲ و ۳ ماهه بودند، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمرات افسردگی مادران وجود نداشت (۹) که این نتیجه با نتیجه مطالعه حاضر در دو ماه پس از زایمان هم‌خوانی دارد.

در مطالعه Mörelus و همکارانش (۲۰۱۵)، تفاوت معنی‌داری در نمره افسردگی در یک و چهارماه بعد از زایمان در گروه تماس پوستی وجود نداشت. این موضوع می‌تواند به این علت باشد که با گذشت زمان، والدین با شرایط استرس‌زای تولد یک نوزاد نارس تطابق پیدا کرده‌اند (۲۵). ساعت ساز و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای که با هدف تاثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت اندوه بعد از زایمان انجام دادند، نشان دادند که نمره اندوه پس از زایمان در روز اول در گروه تجربی و گروه شاهد تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. اما میانگین شدت اندوه در گروه مداخله در روزهای چهارم و دهم کمتر از گروه شاهد بود و تفاوت معنی‌دار بود (۲۰). این تفاوت ممکن است به علت طول مدت مداخله در مطالعه ساعت ساز باشد که تماس پوستی به مدت ۲۰-۳۰ دقیقه و تا ۱۰ روز ادامه داشت، ولی در مطالعه ما مدت ۱۰-۵ دقیقه بود. deAlencar و همکارانش (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای برای تاثیر مراقبت پوستی بر روی افسردگی پس از زایمان نشان دادند که از میان ۱۷۷ نفر جمعیت مورد مطالعه که در هفته اول تولد، نوزادشان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان بستری بودند، ۶۶ مادر (۳۷/۳ درصد) افسردگی داشتند که این تعداد به ۳۰ نفر (۱۶/۹ درصد)، در گروه مراقبت پوستی کاهش یافت (در ۲۰ تا ۶۴ روزگی، میانگین ۴۹ روزگی) (۲۶). در مطالعه Dombrowski و همکارانش (۲۰۰۱)، برای مادری که که سابقه سوء‌مصرف مواد داشت و تا دو ساعت پس از زایمان گریه می‌کرد، مراقبت کانگورویی انجام شد، میزان افسردگی، طی ۳۲ ساعت پس از زایمان کاهش یافت (۲۷). deMacedo و همکارانش (۲۰۰۷) ۹۰ مادر را در سه گروه بررسی کردند. ۳۰ مادر نوزاد ترم و ۶۰ مادر نوزاد پره ترم داشتند، که نوزادان پره ترم در دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت در انکوباتور تقسیم شدند. مادران گروه نوزادان ترم فقط یک بار بررسی شدند ولی مادران در گروه نوزادان پره ترم دو بار ارزیابی شدند (قبل و بعد از تماس کانگورویی و یا مراقبت در انکوباتور). نتایج نشان داد که مادران نوزادان ترم، حالت افسردگی کمتری نسبت به مادرانی که نوزادان نارس دارند، تجربه می‌کنند. در میان مادران نوزادان پره ترم نیز، مادرانی که با نوزادانشان تماس پوستی داشتند، تغییرات قابل توجه و معنی‌داری در حالات روحی روانی (آرام‌تر، پرنرژی‌تر و شادتر و ...)

زایمان (مانند استفاده از بی‌دردی و نوع بی‌دردی، داروهای مصرفی در طی زایمان و وضعیت پرینه بعد از زایمان)، اطلاعات مربوط به مادر (مانند میزان رضایت از زایمان، احساس پس از تماس پوستی با نوزاد)، اطلاعات مربوط به نوزاد (مانند جنس نوزاد، وزن و قد و دور سر نوزاد) و سایر متغیرهای مداخله‌گر اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$) (جدول ۱). وزن نوزاد طی زایمان بر اساس آزمون من‌ویتنی همگن نبود که آزمون همگنی با استفاده از آنالیز کوواریانس انجام شد و نشان داد متغیر وزن نوزاد اثر مداخله‌ای ندارد.

در بدو تولد بین دو گروه تماس پوستی کوتاه مدت هم آغوشی (کانگورویی) و تماس پوستی کوتاه مدت شکمی، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین نمره افسردگی ($P = 0/7$) وجود نداشت. به علاوه ۲ ماه پس از تولد، میانگین نمره افسردگی بین دو گروه هیچ‌گونه تفاوتی نداشت ($P = 0/1$) (جدول ۲). از نظر شدت افسردگی نیز در بدو تولد بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری ($P = 0/7$) وجود نداشت. هم‌چنین ۲ ماه پس از تولد، شدت افسردگی بین گروه تماس کوتاه مدت هم آغوشی و شکمی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P = 0/4$) (جدول ۳).

بحث

دوره پس از زایمان، زمانی است که زنان در معرض اختلالات افسردگی هستند که می‌تواند شدید باشد و عوارض جانبی طولانی مدتی را به همراه داشته باشد (۲۳). تماس پوست با پوست، نمونه یک مداخله کم هزینه است که برای بسیاری از مادران با افسردگی پس از زایمان، در دسترس، ساده و عملی است (۲۴). نتایج مطالعه حاضر نشان داد نمره افسردگی و شدت افسردگی در بدو تولد و دو ماه بعد از زایمان، بین دو گروه تماس پوستی کوتاه مدت هم آغوشی (کانگورویی) و تماس پوستی کوتاه مدت شکمی، تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. Bigelow و همکارانش (۲۰۱۲) نشان دادند که مادران در گروه تماس پوست با پوست، در مقایسه با مادران گروه کنترل، در یک هفته پس از تولد، نمرات افسردگی پایین‌تری داشتند و این نمرات به مراتب از نمرات دو ماه پس از زایمان کمتر بودند. این تفاوت با مطالعه حاضر ممکن است ناشی از طول مدت تماس آغوشی باشد که در مطالعه Bigelow، در هفته اول، گروه تماس پوستی حدود ۵ ساعت در روز با نوزادان خود بودند. Bigelow هم‌چنین نشان داد

انجام شده‌اند و در زایمان‌های پره‌ترم به علت بستری نوزادان در NICU، امکان پیگیری و مداخله طولانی‌تر مراقبت کانگورویی برای محقق فراهم بوده‌است، ولی در این مطالعه، با ترخیص مادران امکان ادامه و پیگیری مداخله برای مادر و نوزاد وجود نداشت. از مهم‌ترین اختلافات موجود در این پژوهش تغییر مدت زمان انجام تماس هم‌آغوشی و کاهش آن به ۵ الی ۱۰ دقیقه می‌توان اشاره کرد، که در این مطالعه تاثیری بر روی میزان افسردگی مادران نداشت.

نتایج متفاوت نشان داد که تماس هم‌آغوشی (کانگورویی) اگر برای مدت زمان کوتاه‌تری انجام شود، در مقایسه با تماس شکمی که آن هم کوتاه مدت انجام می‌شود، سبب بهبود افسردگی مادران پس از زایمان نمی‌شود؛ در نتیجه لازم است تماس هم‌آغوشی برای مدت زمان بیشتر و بازه طولانی‌تری و با نظارت بهتری انجام شود تا نتایج بهتری به دست آید. همچنین این سری مداخلات تماس پوستی می‌تواند با روش‌های دیگری مثل موسیقی و... همراه شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل یک طرح تحقیقاتی است با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با کد اخلاق ۱۶/۱ به ثبت رسید. بدین وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم پژوهشی و بهداشتی و همچنین از کادر محترم بیمارستان رازی و نهم دی، مراکز، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشتی شهرستان و نیز مادران عزیز، تشکر و قدردانی می‌شود.

نسبت به مادران در گروه انکوباتور داشتند. در گروه انکوباتور، مادران احساسات ناخوشایندی داشتند (۲۸). مطالعه ما تنها بر روی نوزادان ترم انجام شد و قبل و بعد از مداخله میزان افسردگی مادر اندازه‌گیری نشد.

Feldman و همکارانش (۲۰۰۲) مطالعه‌ای با هدف مقایسه تاثیر تماس پوست با پوست و مراقبت‌های استاندارد بر پیامدهای والدین و تکامل نوزادان نارس، که در بخش مراقبت‌های ویژه بر روی ۷۳ نوزاد در گروه مراقبت کانگورویی و ۷۳ نوزاد در گروه مراقبت استاندارد انجام دادند. مادران و نوزادان در ۳۷ هفته‌گی نوزادان (قبل از ترخیص) و در سه و شش ماهگی پیگیری شدند. آن‌ها دریافتند که مادران در گروه مراقبت کانگورویی در ۳۷ هفته‌گی (زمان تکمیل شدن سن جنینی نوزادشان) میزان کمتری از افسردگی را داشتند (۲۹). این تفاوت کلی در نوزادان ترم و پره‌ترم در مطالعه deMacedo و Feldman و مطالعات مشابهی که بر روی نوزادان نارس انجام شده، می‌تواند ناشی از استرس بیشتر مادران به علت تولد نارس نوزادان آن‌ها باشد. در مطالعه Ahn و همکارانش (۲۰۱۰) که بر روی ۲۰ زوج مادر و نوزاد انجام شد که در دو گروه کنترل و مراقبت پوستی قرار گرفتند. دل‌بستگی مادران در گروه کنترل بسیار بالا بود. قبل از شروع مطالعه همه مادران سطح افسردگی متوسط داشتند؛ با این حال، پس از ۳ هفته، نمرات افسردگی در هر دو گروه کاهش یافت (۸). این ممکن است مربوط به بهبود وضعیت سلامتی نوزادان، یا بازگشت وضعیت سلامتی خود مادران باشد. مطالعه حاضر بر روی زایمان‌هایی که ترم و بدون عارضه بودند، انجام شد، اما مطالعات دیگر که بیشتر بر روی نوزادان پره‌ترم

REFERENCES

- Ghazanfari N, Khademi A, Mahmoud Alilou M, Etemadnia M, Dousti R. The Effectiveness of a One-day Workshop Based on Cognitive Behavioral Therapy on Rumination and Interactive Quality of Women with Postpartum Depressive Disorder. *JHC* 2023; 25 :7-18. [In Persian]
- Corrigan CP, Kwasky AN, Groh CJ. Social support, postpartum depression, and professional assistance: A survey of mothers in the Midwestern United States. *J Perinat Educ* 2015; 24:48-60.
- Hosseinzadeh H, Alimoradi S, Razavi BM. Antidepressant effect of aqueous and ethanolic leave extracts of *Lippia citriodora* on postpartum depression in mice. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2021; 24: 1-9. [In Persian]
- Pakdaman V, Bahaoddini H, Pourmoosavi M, Tavakkoli S. Evaluation of postpartum depression and neonatal Apgar score in normal delivery with analgesia and normal delivery without analgesia. *J Iran Soci Anaesth ICU* 2021; 44:14-23. [In Persian]
- Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Fathi F, Razzag S. Predictors of maternal functional status during postpartum period. *Hayat* 2021; 26:396-408. [In Persian]
- Zolfaghari F, Heydari Z, Zamani-Alavijeh F, Araban M. Determinants of Postpartum Depression According to the World Health Organization Model: A Review of Literature. *J Health Syst Res* 2020; 16: 284-96.
- Abdollahi F, Zarghami M. Quality of Life and Related Factors in Women with and Without Postpartum Depression. *J of Guilan University of Med Sci* 2019; 28:1-12. [In Persian]

8. Ahn HY, Lee J, Shin H-J. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *J Trop Pediatr* 2010; 56:342-4.
9. Bigelow A, Power M, MacLellan J, Peters J, Alex M, McDonald C. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41:369-82.
10. Araujo KEAS, Santos CC, Caminha MFC, Silva SL, Pereira JCN, Batista Filho M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study. *Texto Contexto Enferm* 2021;30.
11. Sadr Z, Rampisheh Z, Mohaghaghy P, Elmi L. Advantage mother-neonate skin-to-skin contact in exclusive breastfeeding: A clinical trial. *Razi J Med Sci* 2021; 28:75-83. [In Persian]
12. Eslaminia T, Kaviani M, Akbarzadeh M. The Effect of Skin Contact on Maternal-infant Attachment Behaviors in Emotional, Proximity-seeking, and Caretaking Dimensions in Planned and Unplanned Pregnancies in 2017, Iran: A Research. *Curr Women's Health Rev* 2020;16: 206-213.
13. Khadivzadeh T, Karimi F, Tara F. Effects of early mother-neonate skin-to-skin contact on the duration of the third stage of labor: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2018; 21: 23-29.
14. Athanasopoulou E, Fox JR. Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review. *Infant Ment Health J* 2014; 35:245-62.
15. Haghshenas Mojaveri M, Akbarian Rad Z, Shafipour Z, Alizadeh Rokni S, Valizadeh F. Duration of kangaroo mother care and weight gain in very low birth weight preterm infant. *Tehran Univ Med J* 2018; 75: 833-838. [In Persian]
16. Oruç M, Kamile K. The relationship between maternal function and maternal attachment of women during the postpartum period. *J Reprod Infant Psychol* 2021: 1-11.
17. Cong S, Wang R, Fan X, Song X, Sha L, Zhu Z, et al. Skin-to-skin contact to improve premature mothers' anxiety and stress state: A meta-analysis. *Matern. Child Nutr* 2021; 17: e13245.
18. Aydogan Kirmizi D, Başer E, Demir Çaltekin M, Onat T, Kara M, Yalvac ES. Behaviors and Attitudes of Obstetricians in Turkey Related to Cord Clamping, Cord Milking, and Skin-To-Skin Contact. *Cureus* 2021;13:e16227.
19. Vakilian K. Impact of Kangaroo mother care immediately after birth on mother's attachment behaviors at one and three months after birth. *Nurs research J* 2009; 4: 7-14.
20. Saatsaz S, Rezaei R, Sharifnia H, Kheirkhah F, Moulookzadeh S, Haji Hosseini F. Effect of mother and newborn skin to skin contact on postpartum blues. *J Babol Univ Med Sci.* 2011; 13:59-65. [In Persian]
21. Habibpoor Z. Relationship between mental image and body mass index and depression in high school students in Isfahan [Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003. [In Persian]
22. Safaralizadeh F, Partovazam H, Habibpoor Z. The correlation between depression and body mass index in female teenagers of khoy during year 2009. *Quarterly of Faculty of Nursing and Midwifery and Paramedicine, Rafsanjan* 2010; 5:17-24.
23. Behdarvandi, M., Azarbarzin, M., Baraz, S. Comparison of Body Image and its Relationship with Body Mass Index (BMI) in High School Students of Ahvaz, Iran. *Int J Pediatr* 2017; 5: 4353-4360.
24. Cooijmans KH, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC Pediatr* 2017; 17:154.
25. Mörelius E, Örténstrand A, Theodorsson E, Frostell A. A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Hum Dev* 2015; 91:63-70.
26. deAlencar AE, Arraes LC, de Albuquerque EC, Alves JG. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr* 2009; 55:36-8.
27. Dombrowski MAS, Anderson GC, Santori C, Burkhammer M. Kangaroo (skin-to-skin) care with a postpartum woman who felt depressed. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001; 26:214-6.
28. deMacedo EC, Cruvinel F, Lukasova K, D'Antino MEF. The mood variation in mothers of preterm infants in Kangaroo mother care and conventional incubator care. *J Trop Pediatr* 2007; 53:344-6.
29. Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002; 110:16-26.