

بررسی تأثیر روش مراقبت کانگورویی بر وضعیت

سلامت عمومی مادر پس از زایمان

نجمه پالیزوان^۱، خدیجه حکمت^{۲*}، نسیمه شریفی^۳، ناهید جوادی فر^۴،

محمد حسین حقیقی زاده^۵، پروانه موسوی^۶

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۴. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۵. کارشناسی ارشد آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۶. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۱۵

خلاصه

مقدمه: روش مراقبت کانگورویی، یک مراقبت استاندارد شده و بر اساس پروتکل است و اساس آن، تماس پوست با پوست بین نوزاد و مادر و هدف آن، توانمندسازی مادر است تا به تدریج مهارت‌ها و مسئولیت‌پذیری برای نگهداری نوزاد را بیابد و برای مواجهه با نیازهای روحی و جسمی نوزاد توانمند شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر روش مراقبت کانگورویی بر وضعیت سلامت عمومی مادر پس از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۰۰ زن زایمان کرده در بیمارستان امام خمینی اهواز انجام شد. شرکت‌کنندگان به دو گروه مراقبت کانگورویی و مراقبت معمول از نوزاد تقسیم شدند و تا ۲ ماه پس از زایمان جهت ارزیابی سلامت عمومی مورد پیگیری قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک و پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ است تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مقیاس‌های فرعی پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ قبل از مطالعه در افراد گروه مورد مداخله، بیشترین اختلال مربوط به کارکرد اجتماعی (۹۸٪) و کمترین اختلال مربوط به افسردگی (۴۴٪) بود و در ارزیابی هفته اول، ماه اول و ماه دوم بعد از مداخله نمره آیت‌م‌های سلامت عمومی بهبود یافته بود. بیشترین کمترین اختلال مربوط به نتایج نمره کل سلامت عمومی در گروه مداخله، به ترتیب قبل از مداخله (۹۸٪) و در ماه اول و دوم بعد از مداخله (۰٪) بود.

نتیجه‌گیری: تماس پوستی مادر و نوزاد در بهبود آیت‌م‌های سلامت عمومی (سلامت جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی) مؤثر است. لذا با توجه به مفید بودن و بدون هزینه بودن آن، به منظور پیشبرد سلامت مادر و با توجه به سایر فواید آن، انجام آن بعد از زایمان به مادران توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: پس از زایمان، سلامت عمومی، مادر، مراقبت کانگورویی

* نویسنده مسئول مکاتبات: خدیجه حکمت؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۱۱۱۷۳۰۰

پست الکترونیک: Hekmat1346@gmail.com

مقدمه

حاملگی، زایمان و دوره پس از زایمان دوران بسیار مهمی در طیف زندگی زنان می باشد و تجارب آن، زنان، کودکان، پدران و خانواده ها را تحت تأثیر قرار داده و اثرات طولانی مدت بر جامعه دارد (۱). تغییرات هورمونی بارداری باعث ایجاد احساس خستگی و حالت تهوع می شود و اکثر مادران تغییراتی در نشانه های بدنی، کار و فعالیت های خود و نیز روابط با دیگران نشان می دهند. برخی زنان به دنبال این تغییرات تحریک پذیر، عصبی و آشفته می شوند، همچنین تغییراتی را در احساسات و ارتباطات خود با همسر و فرزند خود تجربه می کنند که این عوامل، مادران را از نظر روانی آسیب پذیر کرده و یک منبع استرس برای آن ها به شمار می آید (۲). برای زنانی که اولین فرزندشان را به دنیا می آورند، صاحب فرزند شدن یک اتفاق مهم در زندگی است، زیرا تغییرات زیادی در روابط زوجین با هم و با خانواده ها و اقوام دیگر رخ می دهد (۳). بارداری و استرس های مربوط به مراقبت از نوزاد می تواند سلامت مادر را به خطر انداخته و اثرات جدی شناخته شده ای بر سلامتی مادر و کودکش بگذارد (۴). از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها بیمار و معلول نبودن می باشد (۵). زنان پس از زایمان، به میزان بالایی دچار اختلال و محرومیت از خواب می شوند و از بر هم خوردن الگوی خواب رنج می برند و در این دوره، بیداری شبانه ۲۰٪ افزایش می یابد (۶).

در مقایسه با بارداری، در دوره پس از زایمان نمرات عملکرد اجتماعی و عملکرد ناشی از مشکلات احساسی کاهش می یابد (۷). مادران پس از زایمان با تغییرات زیستی، روحی و اجتماعی بسیاری مواجه شده و نیازمند تطابق ها و سازگاری های لازم با این تغییرات هستند و اغلب درگیر نگرانی ها و مشکلات بسیاری می شوند. بیش از ۵۰ درصد از مادران در اولین سال پس از زایمان با مشکلات سلامت روان روبه رو شده که علی رغم وقوع بالای این شرایط روحی، اغلب آن ها بدون تشخیص و درمان باقی می مانند که می تواند منجر به اثرات کوتاه مدت و بلند مدت بر روی مادر،

کودک و خانواده وی شود (۸). حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد زنان از اختلالات خلقی و عاطفی در دوره پس از زایمان رنج می برند و اکثر زنان در دوره پس از زایمان نسبت به فشارهای روانی، بسیار آسیب پذیر می شوند. اختلال در سلامت روان مادر پس از زایمان باعث می شود تا مادر ارتباط مؤثر با کودک و اطرافیان نداشته و زمینه بروز مشکلات روانی در همسر را فراهم کند (۹). در یک مطالعه مروری شیوع اختلالات روحی مادران در کشورهای با درآمد پایین و متوسط سه برابر کشورهای با درآمد بالا گزارش شد که عدم درمان بیماری روحی مادر بر روی رشد نوزاد و کودک و کیفیت مراقبت از کودک مؤثر است (۱۰). تقریباً ۳۰٪ زنان در طول زندگی خود به انواعی از اختلالات اضطرابی مبتلا می شوند که این مسأله بیشتر در دوران بارداری و پس از زایمان رخ می دهد (۱). همچنین شیوع افسردگی پس از زایمان در مطالعات مختلف بین ۴/۵ تا ۲۸ درصد می باشد که به دلیل تنوع در زمان شروع افسردگی، مدت و شدت علائم آن، تنوع در مقیاس های سنجش افسردگی، مدت مداخلات و پیگیری آن می باشد (۱۱).

در سال های اخیر تأثیر روش های حمایتی مختلفی بر مادر و نوزاد بررسی شده است که یکی از آن ها، روش مراقبت پوست با پوست می باشد. برخلاف مطالعات فراوانی که اثرات این روش بر نوزاد را بررسی کرده اند، مطالعات محدودی در مورد تأثیر این روش بر مادر انجام شده است (۱).

مراقبت کانگورویی، یک روش استاندارد برای مراقبت از نوزادان کم وزن و پره ترم است و اساس آن، تماس پوست با پوست بین نوزاد پره ترم و مادر است و هدف این مراقبت، توانمندسازی مادر است تا به تدریج مهارت ها و مسئولیت پذیری برای نگهداری نوزاد را بیابد و برای مواجه با نیازهای روحی و جسمی نوزاد توانمند شود (۱۲). در مطالعات انجام شده، مادران در مراقبت کانگورویی اظهار داشتند که طی انجام مراقبت آغوشی، احساسات مثبت بیشتری به نوزادشان داشته و کمتر احساس افسردگی کرده اند و برای انجام نقش مادری توانمندتر بوده اند. مطالعه بیگلو و همکاران (۲۰۱۲) در شرق کانادا نشان داد که علائم افسردگی و استرس

فیزیولوژیک مادرانی که تماس پوست با پوست با نوزاد داشتند، کاهش می یابد (۱۳).

این مراقبت با عزت نفس مادران رابطه مستقیمی داشته و موجب آرامش، لیاقت و توانمندی بیشتر مادران می شود (۱۴). تماس پوست با پوست مادر و نوزاد باعث افزایش وابستگی عاطفی مادر و نوزاد می شود. وابستگی عاطفی باعث افزایش اعتماد به نفس مادر و تطابق بیشتر او با نقش مادری می شود (۱۵). در مطالعه جنسونی و همکاران (۲۰۰۸) پس از انجام مراقبت کانگورویی روزانه یک بار به مدت ۱۴ روز متوالی، با افزایش دفعات تماس پوستی، استرس و افسردگی مادران پس از زایمان کاهش می یافت (۱۵). تاکنون در مراقبت های پس از زایمان تنها به مراقبت های جسمی تمرکز شده و مراقبت سلامت روان فراموش شده است. از این رو توجه وسیع و مداوم به مشکلات سلامت عمومی مادر، خصوصاً سلامت روان بایستی یک نگرانی مهم عمومی در بخش سلامت در نظر گرفته شود. با توجه به اهمیت سلامت روان مادر پس از زایمان و تأثیر آن بر روابط مادر، نوزاد و سلامت روانی خانواده از یک سو و فواید بی شمار مراقبت کانگورویی و سهولت کاربرد آن و نیز در نظر گرفتن نقش مهم ماما به عنوان اولین مراقبت کننده از مادر و نوزاد از سوی دیگر، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر روش مراقبت کانگورویی بر سلامت عمومی مادران پس از زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی با هدف تعیین تأثیر مراقبت کانگورویی بر وضعیت سلامت عمومی مادران در فروردین ماه سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۰۰ زن زایمان کرده در بیمارستان امام خمینی اهواز انجام شد. حجم نمونه با استناد به رفرنس (۱۵) مشابه و بر اساس فرمول فرمول حجم نمونه و با در نظر گرفتن احتمال ۲۰٪ ریزش نمونه، ۵۰ نفر برای هر گروه تعیین شد، معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان سن ۱۸-۳۵ سال، زنان نخست زاء، داشتن حاملگی ترم، داشتن زایمان طبیعی، داشتن نوزاد ترم و زانی که نوزاد خود

را با شیر خود تغذیه می کردند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: ابتلاء مادر به بیماری روانی تشخیص داده شده یا سابقه آن و مادرانی که نوزاد آن ها در بیمارستان بستری شده بود. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه محقق ساخته ویژگی های فردی (سن، سطح تحصیلات، شغل و میزان درآمد) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ بود. پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ سلامت فرد را در ۴ بُعد سلامت جسمی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی مورد بررسی قرار می دهد. هر حیطة دارای ۷ سؤال مجزا بوده و کسب نمرات زیر ۷، نشان دهنده سلامت فرد در آن بُعد و نمرات بالاتر از ۷ نشان دهنده اختلال در سلامت عمومی فرد در بُعد مربوطه می باشد. پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ با طیف لیکرت ۴ تایی و نمره بندی صفر تا ۳ است. حداقل نمره کسب شده به وسیله هر فرد صفر و حداکثر نمره ۸۴ می باشد. این پرسشنامه غربالگر، دارای نمره برش ۲۳ بوده و کسب نمرات بالاتر از ۲۳، اختلال در سلامت عمومی فرد را مطرح می کند. جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه فردی از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این صورت که پس از مطالعه کتب و مقالات جدید، پرسشنامه تهیه شد و جهت مطالعه و اصلاح به ۱۰ تن از اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز داده شد که پس از انجام اصلاحات لازم، نسخه نهایی تدوین شد. همچنین روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ در مطالعات مختلف ثابت شده است. از جمله در مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۴) که در اصفهان انجام شد، ضریب روایی ملاکی ۷۸٪، ضریب پایایی ۹۰٪ و آلفای کرونباخ ۹۷٪ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ می باشد (۱۶). پس از دریافت معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی اهواز و انجام هماهنگی های لازم در فروردین ماه ۱۳۹۳ به طور تصادفی در بیمارستان امام خمینی شهر اهواز، نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف آغاز شد. پرسشنامه غربالگری شامل سؤالاتی در زمینه معیارهای ورود و خروج مطالعه بود که برای مادران بستری در بخش پس از زایمان که تمایل به شرکت در مطالعه را

موقعیت سر را برای باز نگهداشتن راه هوایی مناسب تر می کند و باعث تماس چشم با چشم نوزاد با مادر می شود و از خم شدن سر به جلو و خم شدن بیش از حد به عقب جلوگیری می کند. ران ها خم شده و در حالت قورباغه ای قرار می گرفتند. بازوها نیز خم شده، برای حفظ درجه حرارت، سر نوزاد با کلاه پوشانده می شد. همچنین پمفلت آموزش مراقبت کانگورویی و فواید انجام آن و لوح فشرده آموزشی به مادران داده شد. به گروه شاهد تنها آموزش های لازم جهت مراقبت معمول از نوزاد و آموزش در مورد فواید تماس پوستی مادر و نوزاد داده شد و پرسشنامه سلامت روان پایان هفته اول، ماه اول و ماه دوم توسط کمک پژوهشگر تکمیل شد و نمرات سلامت دو گروه با هم مقایسه شدند. در صورتی که طی مصاحبه با مادر، اختلال روانی واضح مشخص می شد که نیاز به درمان می داشت، افراد به متخصص مربوطه ارجاع داده می شدند. داده ها پس از گردآوری استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و روش های آمار توصیفی (جهت تعیین میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آزمون های تی مستقل، کای دو و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن افراد شرکت کننده در گروه مداخله $23/17 \pm 3/68$ و در گروه کنترل $25/66 \pm 4/61$ سال بود. بر اساس جدول ۱، کمترین و بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات در گروه مداخله به ترتیب بی سواد (۴٪) و دیپلم و بالاتر (۵۸٪) و در گروه کنترل، بی سواد (۴٪) و کمتر از دیپلم (۶۰٪) بود. شغل اکثر زنان در هر دو گروه خانه دار بود. از نظر سطح درآمد، اکثر افراد (۳۲٪) در گروه مداخله و (۶۴٪) در گروه کنترل درآمد متوسط داشتند. همچنین در ارتباط سنجی بین خصوصیات فردی در دو گروه، بین دو متغیر شغل و تحصیلات ارتباط معنی دار مشاهده نشد ($p > 0/05$)، اما بین سن و سطح درآمد در دو گروه ارتباط معنی دار مشاهده شد ($p < 0/05$).

داشتند تکمیل شد و در صورت دارا بودن شرایط لازم، پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ برای آن ها تکمیل می شد. کسب نمره کمتر از ۷ در هر بُعد نشان دهنده سلامت در آن بُعد بود و در صورتی که افراد نمره سلامت عمومی بیش از ۲۳ داشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده و نمونه ها از شماره ۱ تا ۱۰۰ شماره گذاری شد، سپس به طور تصادفی نمونه هایی که شماره زوج داشتند در گروه مورد (انجام مراقبت کانگورویی از نوزاد) و نمونه های دارای شماره فرد، در گروه کنترل (مراقبت معمول از نوزاد) قرار می گرفتند و نمونه ها به مدت ۲ ماه پیگیری شدند. به گروه مورد، آموزش کانگورویی توسط محقق بر بالین بیماران داده شد. شروع انجام مداخله پس از تکمیل پرسشنامه توسط مادر، بلافاصله پس از زایمان و گرفتن نمره بیش از ۲۳ و در صورت زوج بودن شماره وی بود. این روند تا زمانی که نمونه ها به تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر در گروه شاهد و ۵۰ نفر در گروه مورد به صورت تصادفی) می رسیدند ادامه داشت. این مراقبت با توجه به مقالات انجام شده در این زمینه و با توجه به امکانات محقق، ۲ بار در روز و هر بار حداقل نیم ساعت به مدت ۲ ماه انجام شد. پرسشنامه یک بار در هنگام ترخیص مادران از بیمارستان در بخش پس از زایمان به صورت حضوری و سپس در پایان هفته اول، پایان ماه اول و پایان ماه دوم توسط کمک پژوهشگر که از وضعیت قرارگیری بیماران در دو گروه بی اطلاع بود، تکمیل می شد. زمان اولین شیردهی مادران در هر دو گروه بلافاصله پس از زایمان و در حضور پژوهشگر بود و به آن ها آموزش شیردهی داده شد. همچنین به همراهان بیماران نیز توضیحات لازم داده شد تا به مادر در انجام این مراقبت و استمرار آن کمک کنند و طی مدت ۲ ماه، روند انجام مراقبت کانگورویی توسط پژوهشگر از طریق تماس تلفنی پیگیری شد وضعیت شیردهی مادر بررسی و بر انجام شیردهی مادر تأکید می شد. آموزش بدین صورت بود که شیرخوار در حالی که عریان بود به صورت عمودی در وسط سینه مادر قرار می گرفت، سر به یک سمت و گردن در وضعیت کمی کشیده به عقب قرار می گرفت. این حالت

جدول ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های فردی در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	مداخله	
		تعداد (درصد)	کنترل
شغل	خانه دار	۷۲ (۳۶)	۳۳ (۶۶)
	کارمند	۱۴ (۲۸)	۱۷ (۳۴)
تحصیلات	بیسواد	۲ (۴)	۲ (۴)
	کمتر از دیپلم	۱۹ (۳۸)	۳۰ (۶۰)
	دیپلم و بالاتر	۲۹ (۵۸)	۱۸ (۳۶)
درآمد	ضعیف	۱۱ (۲۲)	۱۴ (۲۸)
	متوسط	۲۵ (۳۲)	۳۲ (۶۴)
	خوب	۱۴ (۲۸)	۴ (۸)

بر اساس نتایج مقیاس‌های فرعی پرسشنامه سلامت عمومی گلدنبرگ قبل از مطالعه در افراد گروه مورد مداخله، بیشترین اختلال مربوط به کارکرد اجتماعی و کمترین اختلال مربوط به افسردگی (۰/۴۴) (۰/۹۸) بود و در ارزیابی هفته اول، ماه اول و ماه دوم بعد از مداخله، آیتم‌های سلامت عمومی در گروه مداخله بهبود یافته بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی آیتم‌های مربوط به سلامت عمومی در گروه مداخله

گروه مداخله	آیتم‌های سلامت عمومی	میانگین \pm انحراف معیار			کمترین نمره	بیشترین نمره	تعداد افراد با نشانگان نرمال (درصد)
		میانگین	انحراف معیار	میانگین			
قبل از مداخله	سلامت جسمانی	۱۰/۸۸	$\pm ۲/۷۴$	۵	۱۶	۵ (۱۰)	
	اضطراب	۱۱/۶۶	$\pm ۲/۵۸$	۶	۱۷	۳ (۶)	
	عملکرد اجتماعی	۱۰/۷۸	$\pm ۲/۷۳$	۶	۱۵	۱ (۲)	
هفته اول بعد مداخله	افسردگی	۳/۱۰	$\pm ۵/۸۲$	۰	۱۴	۲۸ (۵۶)	
	سلامت جسمانی	۴/۵۴	$\pm ۱/۷۶$	۲	۸	۴۰ (۸۰)	
	اضطراب	۴/۳۲		۲	۸	۴۳ (۸۶)	
ماه اول بعد مداخله	عملکرد اجتماعی	۴/۸۸		۲	۱۱	۴۳ (۸۲)	
	افسردگی	۲/۲۲		۰	۶	۵۰ (۱۰۰)	
	سلامت جسمانی	۲/۰۸		۰	۵	۵۰ (۱۰۰)	
ماه دوم بعد مداخله	اضطراب	۱/۹۲		۰	۴	۵۰ (۱۰۰)	
	عملکرد اجتماعی	۲/۹۴		۰	۶	۵۰ (۱۰۰)	
	افسردگی	۰/۴۶		۰	۲	۵۰ (۱۰۰)	
ماه دوم بعد مداخله	سلامت جسمانی	۱/۷۴		۰	۴	۵۰ (۱۰۰)	
	اضطراب	۱/۵۸		۰	۴	۵۰ (۱۰۰)	
	عملکرد اجتماعی	۲/۷۶		۰	۷	۴۹ (۹۸)	
	افسردگی	۰/۳۲		۰	۲	۵۰ (۱۰۰)	

همچنین بیشترین و کمترین میزان اختلال مربوط به نتایج نمره کل سلامت عمومی گلدنبرگ، به ترتیب (۰/۹۸) در قبل از مداخله و (۰/۰) در ماه اول و دوم بعد از مداخله بود (جدول ۳). بین سن و میزان درآمد با نمره کل سلامت عمومی در دو گروه مداخله و کنترل، همچنین بین سن و درآمد با نمره کل در هفته اول، ماه

اول و دوم بعد از مداخله ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$). آزمون همگنی با استفاده از آنالیز کواریانس انجام شد که نشان داد، دو متغیر سن و درآمد، اثر مداخله‌ای ندارند.

جدول ۳- توزیع فراوانی نمره کل مربوط به سلامت عمومی قبل و حین مطالعه در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	گروه مداخله			گروه کنترل				
		(نمره کل)		افراد با نشانگان نرمال تعداد (درصد)	(نمره کل)		افراد با نشانگان نرمال تعداد (درصد)		
		میانگین \pm	انحراف معیار		میانگین \pm	انحراف معیار			
قبل مداخله		۳۹/۲۲ \pm ۸/۸۵	۲۳	۵۳	۱ (۲)	۳۶/۵۴ \pm ۷/۷۲	۲۴	۵۴	۰ (۰)
هفته اول بعد مداخله		۱۵/۹۶ \pm ۵/۵۰	۷	۳۲	۴۸ (۹۶)	۳۵/۹۸ \pm ۷/۴۲	۲۳	۵۰	۱ (۲)
ماه اول بعد مداخله		۷/۵ \pm ۳/۲۹	۰	۰	۵۰ (۱۰۰)	۲۹/۵۰ \pm ۵/۹۰	۲۲	۴۵	۱۰ (۲۰)
ماه دوم بعد مداخله		۶/۵۲ \pm ۲/۷۲	۰	۱۴	۵۰ (۱۰۰)	۲۸/۲۶ \pm ۵/۳۱	۱۹	۴۰	۱۳ (۲۶)

بحث

بارداری و استرس‌های مربوط به مراقبت از نوزاد می‌تواند سلامت مادر را به خطر انداخته و اثرات جدی شناخته شده‌ای بر سلامتی مادر و کودکش بگذارد (۴). زنان پس از زایمان به میزان بالایی دچار اختلال و محرومیت از خواب می‌شوند و از برهم خوردن الگوی خواب رنج می‌برند (۶). در مقایسه با بارداری، نمرات عملکرد اجتماعی و عملکرد ناشی از مشکلات احساسی پس از زایمان کاهش نشان می‌دهد (۸).

روش مراقبت کانگورویی، یک مراقبت استاندارد شده و بر اساس پروتکل است و اساس آن تماس پوست با پوست بین نوزاد و مادر است و هدف این مراقبت، توانمندسازی مادر است تا به تدریج مهارت‌ها و مسئولیت‌پذیری برای نگهداری نوزاد را بیابد و برای مواجهه با نیازهای روحی و جسمی نوزاد توانمند شود (۱۲). در مطالعه حاضر میانگین نمره کل سلامت عمومی در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود که به این معناست که تماس پوستی، شدت علائمی که باعث کاهش سلامت عمومی مادر می‌شوند را کاهش داده است. در مطالعه فلدمن و همکاران (۲۰۰۲) تماس پوستی روزانه، تأثیر مطلوبی بر کاهش استرس و افسردگی پس از زایمان داشت (۱۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در مطالعه دال‌نسر و همکاران (۲۰۰۹)، مراقبت کانگورویی باعث بهبود افسردگی بعد از زایمان، احساس تندرستی،

شادی و سرعت عمل بیشتر مادر شده بود (۱۸). در مطالعه تزییر و همکاران (۱۹۹۸) برخی از مادرانی که مراقبت کانگورویی را انجام می‌دادند در مقایسه با مادرانی که نوزادشان در انکوباتور توسط پرستار مراقبت می‌شدند، احساس تنهایی بیشتری داشته و نیاز به حمایت اجتماعی بیشتری داشتند. همچنین نوزادان آن‌ها وزن‌گیری مناسبی نداشتند (۲۱). در مطالعه آفانسو و همکاران (۱۹۹۳) مادران طی هفته دوم مراقبت کانگورویی از نوزادشان، احساس خستگی و استرس داشتند و تصمیم داشتند از انجام مراقبت انصراف دهند (۲۲) که در مطالعه حاضر این موارد مشاهده نشد. با توجه به جدول ۲، میانگین نمره آیتم‌های سلامت عمومی (سلامت جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی) در گروه مداخله در هفته اول، ماه اول و دوم پس از زایمان نسبت به قبل از مداخله، کاهش قابل توجهی یافته بود که نشان دهنده تأثیر تماس پوستی بر سلامت مادران پس از زایمان بود. همچنین با توجه به نتایج جدول ۳، درصد افراد با نشانگان نرمال در گروه مداخله در هفته اول، ماه اول و دوم پس از مداخله به ترتیب ۹۶٪، ۱۰۰٪ و ۱۰۰٪ بود که این میزان‌ها در گروه کنترل به ترتیب ۲٪، ۲۰٪ و ۲۶٪ بود که نشان دهنده مفید بودن این مراقبت در بهبود سلامت عمومی مادران است. گنسونی و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی تأثیر مراقبت کانگورویی روزانه حداقل به مدت یک ساعت تا ۱۴ روز

متوالی دریافتند که با افزایش تماس پوستی، استرس و افسردگی بعد از زایمان در مادر کاهش یافته است (۱۹). در مطالعه بیگلو و همکاران (۲۰۱۲) در شرق کانادا، علائم افسردگی و استرس فیزیولوژیک مادرانی که تماس پوست با پوست با نوزاد داشتند کاهش یافت (۱۳). همچنین دامبروسکی و همکاران (۲۰۰۱) یک مطالعه مورد گزارشی را روی یک مادر که نشانه‌های واضحی از افسردگی پس از زایمان داشت و ۳۲ ساعت از زایمان وی گذشته بود را انجام دادند. با انجام مراقبت کانگورویی از نوزاد، علائم افسردگی مادر به سرعت کاهش یافت و با پیگیری مادر در هفته ۶ پس از زایمان و سپس در ماه دوم، سوم و هفتم پس از زایمان، نشان داده شد که مادر با ادامه دادن به این مراقبت بعد از ترخیص به طور کامل بهبود یافت (۲۰). در مطالعه حاضر بین شغل و تحصیلات دو گروه ارتباط معنی دار مشاهده نشد، اما بین سن و سطح درآمد دو گروه، ارتباط معنی دار مشاهده شد که جهت مشخص شدن تأثیر فاکتور سن و درآمد بر روی نمره کل سلامت عمومی در دو گروه مداخله و کنترل، مشخص شد که سن و درآمد با نمره کل در هفته اول، ماه اول و دوم بعد از مداخله ارتباط معنی دار نداشت. در مطالعه حاضر پاسخی‌هایی که واحدهای پژوهش می‌دادند، می‌تواند منعکس کننده نظرات واقعی آن‌ها نباشد که این مورد از محدوده پژوهشگر خارج بود که جزء محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. از نقاط قوت

مطالعه حاضر، جدید بودن مطالعه و پیگیری واحدهای پژوهش در فواصل هفته اول، ماه اول و ماه دوم پس از مطالعه بود.

پیشنهاد می‌شود در آینده تحقیقات مشابه بر روی مادرانی که دارای نوزادان نارس و بستری در بیمارستان هستند و همچنین تأثیر مراقبت کانگورویی بر پیامد های عصبی نوزادان نارس بررسی شود.

نتیجه گیری

تماس پوستی مادر و نوزاد در بهبود آیتیم‌های سلامت عمومی (سلامت جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی) مؤثر است و با توجه به مفید بودن و بدون هزینه بودن این روش برای مادر و نوزاد، به منظور پیشبرد سلامت مادر و با توجه به سایر فواید آن برای مادر و نوزاد، انجام آن بعد از زایمان به مادران توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره ۹۳۰۸ و کد اخلاق ajums.rec.1393.20 می‌باشد. بدین وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ریاست محترم بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اهواز تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Keshavarz M, Norozi F, Sayyedfatemi N, Haghni H. Effect of skin to skin contact on maternal state anxiety in a cesarean section ward. *Knowledge & health* 2011; 5(4):1-6. (Persian).
2. Aghayosefi A, Moradi K, Safari N, Ghazi SH, Amiri F. The study of relationship between marital satisfaction with physical problems during pregnancy and the related factors in pregnant women of khorramabad city. *Quarterly research journal of lorestan university of medical sciences* 2011; 13(1):125-34. (Persian).
3. Yelland J, Sutherland G, Brown JC. Postpartum anxiety depression and findings from a population based survey of Australian women. *BMC public Health* 2010; 10(771): 1-11
4. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER, Hampton JM, Creswell PD, Hagen EW, et al. Poor pregnancy and antepartum mental health predicts postpartum mental health problems among us women. *Womens Health Issues* 2011; 21(4): 304-13
5. Park JE, Park K. Text book of prevention and social medicine a treatise on community health. [Shojaeetehrani H, Malekfazli H, trans]. Tehran: Samat; 2008. P.85-9
6. Mirmohammadali M, Ashrafinia F, Rajabi H, Amelvalizadeh M, Sadeghniaithaghighi KH, Kazemnejad A. Effect of exercise on quality of sleep in postpartum women. *TUMS* 2012; 18(1):20-9. (Persian)
7. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and Associated Factors amongst Women Referred to Health Care Centers. *Iranian Journal of Health & Care* 2012; 13(4):1-9 (Persian)

8. Staehelin K, Kurth E, Schindler C, Schmid M, Stutz ZE. Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery homecare results from a nested case control study. *Swiss Med WKLY* 2013; 143:1-10
9. Mangoli M, Zaremobini F, Ramezani T. Impact Of delivery metod on postpartum mental health. *J Hormozuniv Med Sci* 2010; 14(4):326-34 (Persian)
10. Honikman S, Heyningen TV, Field S, Baron E, Tomlinson M. Stepped care for maternal mental health:Acase study of the perinatal mental health project in south Africa. *Pols Med* 2010; 9(5):1-5
11. Rowan C, Bick D, Bastos MH. Postnatal debriefing interventions to prevent maternal mental health problems after birth:exploring the gap between the evidence and uk policy and practice. *World views Evid based Nurs* 2007; 4(2):97-105
12. Nyqvist KH, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. Towards universal kangaroo mother care:recommendations and report from the first European conference and seventh international workshop on kangaroo mother care. *Actapaedlatr* 2010; 99(6):820-6
13. Bigelow A, Power M, Maclellan-peters J, Alex M, Macdonald C. Effect of mother/infant skin to skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress. *J obstet Gynecol & Neonatal Nurs* 2012; 41(3):369-82
14. ArzaniF,ZahedpashaY,AhmadpourM,KhafriS,K heyrkhahF,Aziznejad P. Kangaroo care effect on self steem in the mothers of low birth weight infants. *J BabolUniv Med Sic* 2012; 14(3):52-8 .(Persian).
15. SaatsazS,RezaeiR,Sharifnia S.H, KheyrkhahF, MouloukzadeS,Hajihosseyni F. Effect of mother and newborn skin to skin contact on postpartum blues. *J BabolUniv Med Sic* 2011; 13(3):59-65. (Persian).
16. Jafaripardasti H, Heydarzade M, Habibollahi A. Healthy baby care service depending on the country. Tehran: Ide pardazane fan & honar 2011;19-20. (Persian)
17. Feldman R, Eidelman AL, Sirota L, Weller A. Comparison of skin to skin and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics* 2002; 110(1 pt 1):16-26.
18. de Alencar AE, Arraes LC, de Albuquerque EC, AlvesJG.Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr* 2009; 55(1):36-8
19. Genesoni L, Curran RL, Huertas-Ceballos A, Tallandini MA. Kangaroo mother care and its effect on parenting stress and maternal postnatal attachment in case of premature birth. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008;93:80
20. Dombrowski MA, 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(4):214-6
21. Tessier R, Cristo M, Velez S, Giron M, Charpak Y, Charpak N, et al. kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics* 1998; 102(2):e17
22. Affonso D, Bosque E, Wahlberg V, Brady JP.Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network* 1993; 12(3):25-3.