

مقایسه تأثیر حضور همراه و ماما در حین تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بر شیردهی و درد پس از زایمان: یک کارآزمایی بالینی

دکتر سیده سعیده موسوی^۱، شیما حقانی^۲، فاطمه هراتی کبیر^۳، دکتر مریم کشاورز^{۴*}

۱. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. دانشیار گروه مامایی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم تکنولوژی باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

خلاصه

مقدمه: تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در دقایق اولیه پس از تولد، از اهمیت زیادی برخوردار است. علی‌رغم تأکید زیاد بر اجرای آن، با توجه به کمبود نیرو و مسئولیت‌های متعدد ماماها، اجرای آن به خوبی میسر نیست. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر حضور همراه در حین تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بر شیردهی و درد پس از زایمان انجام گرفت. **روش کار:** این کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوگروهه، در سال ۱۳۹۹ بر روی ۹۲ زن باردار در دو گروه حضور همراه و حضور ماما (۴۶ نفر در هر گروه) در شهر زابل انجام شد. در هر دو گروه، تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد به مدت یک ساعت انجام شد. میانگین نمره درد مادر با استفاده از ابزار VAS در ۴ مرحله: بلافاصله بعد از تولد، دقیقه ۳۰، ۶۰ و ۹۰ پس از شروع تماس پوست با پوست اندازه‌گیری شد. زمان شروع تغذیه با شیر مادر و مدت زمان شیردهی در طی یک ساعت تماس پوست با پوست، در چک‌لیست ثبت گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های تی‌مستقل، فیشر، کای اسکور و آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره درد مادر بلافاصله بعد از تولد، دقایق ۳۰، ۶۰ و ۹۰ پس از شروع تماس پوستی، بین دو گروه حضور ماما و حضور همراه، تفاوت آماری معناداری نداشت. نمره درد در هر دو گروه در طی دقایق ۳۰، ۶۰ و ۹۰ پس از تماس پوستی کاهش آماری معنی‌داری داشت ($p < ۰/۰۰۱$). در گروه حضور همراه، میانگین فاصله از زمان زایمان تا زمان شروع تغذیه با شیر مادر به‌طور معنی‌داری کوتاه‌تر و میانگین مدت زمان تغذیه با شیر مادر به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه حضور ماما بود ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به مشغله زیاد ماماها، می‌توان از حضور همراه مادر در طی تماس پوستی مادر و نوزاد پس از زایمان علاوه بر تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد در کاهش درد پس از زایمان، برای بهبود شاخص‌های شیردهی از جمله شروع زودتر تغذیه با شیر مادر و افزایش زمان شیردهی استفاده نمود.

کلمات کلیدی: تماس پوست با پوست، درد پس از زایمان، شیردهی، همراه

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مریم کشاورز؛ مرکز تحقیقات علوم تکنولوژی باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۴۳۶۵۱۱۳۹؛ پست الکترونیک: Mkmakesh@gmail.com

مقدمه

تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد آغاز می‌گردد و توصیه می‌شود که تا ساعت اول پس از تولد یا اولین شیردهی ادامه یابد. در اجرای تماس پوست با پوست فواید متعددی برای مادر و نوزاد گزارش شده است، با این حال به دلیل کمبود نیرو و آموزش ناکافی کارکنان، این مهم به درستی انجام نمی‌شود (۱). با وجود شواهد محکم در زمینه مزایای اجرای تماس پوستی مادر و نوزاد، آمار و ارقام جهانی حاکی از تفاوت در میزان انجام این مراقبت در کشورهای مختلف است. در یک مرور سیستماتیک، ۳۵ مطالعه انجام شده در ۲۸ کشور عضو ۶ منطقه سازمان بهداشت جهانی، میزان اجرای تماس پوست با پوست از ۱ تا ۹۸ درصد گزارش گردید. بیشتر مطالعات مربوط به کشورهای با درآمد بالا بود و میزان اجرای تماس پوستی در این کشورها در مقایسه با مطالعات در کشورهای با درآمد پایین بالاتر بود (۲).

در مطالعه ناهیدی و همکاران (۲۰۱۳) در شهر تهران با وجود اینکه ماماها نسبت به تماس پوست با پوست و مزایا و اهمیت آن آشنایی، دانش کافی و نگرش مطلوب داشتند و معتقد بودند که از فاکتورهای مهم تقویت کننده تماس پوست با پوست موفق و استاندارد، حمایت اجتماعی و انگیزه خودشان می‌باشد، اما تماس را حداکثر به مدت ۲-۳ دقیقه انجام می‌دادند و دلایل عدم اهتمام به این کار را وقت کم ماما و مشغله زیاد او در اتاق زایمان و همچنین وظایف متعددی که به غیر از زایمان بر عهده او گذاشته شده است، مطرح نمودند. نتایج مطالعه آنها نشان داد که ۴۴/۶٪ ماماها در بیمارستان‌های آموزشی و ۳۳/۳٪ ماماها در بیمارستان غیر آموزشی، در صورت امکان، تماس پوست با پوست را بلافاصله پس از تولد، حداکثر ۴ و حداقل ۲ دقیقه انجام می‌دادند (۳). در مطالعه یدالهی و همکاران (۲۰۱۷)، ضعف کیفیت ارائه خدمات مادر و نوزاد، بیشتر در حیطه تماس پوستی مادر و نوزاد و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد گزارش گردید (۴). تماس پوست با پوست یکی از الزامات و توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و یونیسف در ارتقاء سلامت مادر و

نوزاد (۵) و یکی از مؤلفه‌های مهم مراقبت بلافاصله پس از تولد می‌باشد (۶). در هنگام تماس پوست با پوست، مادر نباید تنها بماند و باید تحت نظر باشد (۷). نتایج مطالعه لوند و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که حضور پیوسته ماما بر بالین زنان به دلیل داشتن نقش‌های متعدد، غیرممکن است (۸). سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند که زنان در هنگام زایمان باید توسط افرادی نظیر زنان معتمد و امین و یا افرادی که زائو با آنان احساس راحتی می‌کند، حمایت شوند (۹). نتایج نشان می‌دهد که حضور همراه در طی مراحل زایمان می‌تواند باعث کاهش درد در لیبر، افزایش رضایت از زایمان، شروع به موقع تغذیه با شیر مادر، کاهش علائم افسردگی و اضطراب، افزایش اعتماد به نفس و تغذیه انحصاری با شیر مادر در بعد از زایمان شود (۱۰، ۱۱). در زمینه نقش حمایتی همراه پس از زایمان، مطالعات محدود می‌باشد.

با وجود تمام مزایای مطروحه برای تماس پوست با پوست، به دلیل کمبود نیروی انسانی، انجام آن چالش برانگیز شده است (۱۲). علی‌رغم آنکه برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد، بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر ظرف ساعت اول تولد، اقدام چهارم از اقدامات ده گانه بیمارستان‌های دوست‌دار کودک می‌باشد و از سال ۱۳۹۴ دستورالعمل اجرایی شدن آن مصوب شده است، اما این اقدام با توجیه کمبود پرسنل، اجرایی نشده است و مادر و نوزاد از مواهب این فرآیند محروم مانده‌اند. به دلیل معضلات اشاره شده و عدم انجام مطالعه‌ای در زمینه حضور همراه و انجام تماس پوست با پوست بلافاصله پس از زایمان، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر حضور همراه و ماما در حین تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بر درد و شیردهی در طی یک ساعت اول پس از تولد انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوجروه در سال ۱۳۹۹ بر روی ۹۲ زن باردار که در فاز فعال زایمان در بیمارستان دولتی امیرالمومنین شهرستان زابل بستری شده بودند، انجام شد. دلیل انتخاب این

بیمارستان این بود که تنها بیمارستان دولتی دارای زایشگاه در شهر می‌باشد. قبل از ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه، در مورد روند تحقیق، اهداف و ماهیت پژوهش برای آنان توضیح داده شد. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان از محرمانه بودن اطلاعات خود اطمینان حاصل کرده و به آنها اجازه داده شد در هر زمان می‌توانند از مطالعه خارج شوند. سپس از آنان رضایت آگاهانه کتبی به‌دست آمد. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1398.1364 ثبت گردید و در کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20200120046200N2 تأیید شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمام مادران اعم از پرایمی و مولتی‌پار با سن در محدوده ۱۸-۴۵ سال، بارداری تک‌قلو و ترم بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: ناخواسته بودن بارداری، ابتلاء به عوارض بارداری و زایمان (مانند فشارخون، دیابت بارداری)، ابتلاء به بیماری طبی و روانی مادر، گزارش ناهنجاری جنین در سونوگرافی و ابتلاء مادر یا همراه وی به بیماری کرونا در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: دریافت بی‌دردی در طول زایمان، زایمان سزارین، وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ و بیشتر از ۴۵۰۰ گرم، آپگار دقیقه اول و پنجم کمتر از ۷، وجود مشکل طبی و ناهنجاری در نوزاد، زایمان طولانی یا متوقف شده، بروز زجر جنینی، پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه، خونریزی پس از زایمان، خروج دستی جفت و هر عاملی که سبب قطع تماس پوستی گردد، بود.

نمونه‌های پژوهش که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، در دو گروه حضور همراه (۴۶ نفر) و حضور ماما (۴۶ نفر) قرار گرفتند. تخصیص تصادفی به‌صورت بلوک تصادفی چهارتایی بود. در هر دو گروه حضور ماما و حضور همراه، تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد به‌مدت یک‌ساعت انجام شد.

برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و با فرض اینکه اندازه اثر حضور همراه و ماما در روند تماس پوست با پوست بر متغیر درد حداقل $ES=0.5$ باشد تا این تأثیر از نظر آماری

معنی‌دار تلقی گردد، پس از مقدارگذاری در فرمول، ۴۲ نفر در هر گروه محاسبه شد که با توجه به احتمال افت نمونه، ۱۰٪ به حجم نمونه فوق اضافه شد، لذا در نهایت حجم نمونه در هر گروه ۴۶ نفر تعیین گردید. در این مطالعه جهت تعیین حجم نمونه، از روش محاسبه میانگین Effect size هر کدام از متغیرها، با استناد به مقاله "محاسبه اندازه نمونه دو گروه مستقل" استفاده شد (۱۳).

در این کارآزمایی بالینی، پس از کسب تأییدیه اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و اخذ معرفی‌نامه جهت نمونه‌گیری در بیمارستان امیرالمومنین شهرستان زابل و کسب اجازه از مسئولین مربوطه، تمام مادران باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان امیرالمومنین شهرستان زابل که در فاز فعال زایمانی وارد شده بودند و معیارهای ورود را داشتند، وارد مطالعه شدند. با توجه به شرایط به‌وجود آمده مربوط به بیماری کرونا در سال ۱۳۹۹، به تمام همراهان و بیماران ماسک و محلول ضدعفونی دست داده شد و تمام موارد مربوط به رعایت پروتکل‌های بهداشتی از جمله ضدعفونی یا شستشوی دست‌ها با آب و صابون، عدم تماس دست آلوده با چشم و دهان و رعایت فاصله فیزیکی به همراه و مادر آموزش داده شد. در اخذ شرح‌حال مادر، محاسبه سن حاملگی بر اساس اولین روز آخرین دوره قاعدگی مادر و سونوگرافی سه ماهه اول بود. مرحله نمونه‌گیری، به‌مدت ۳ ماه، از تیر ماه تا پایان شهریور ماه ۱۳۹۹ به طول انجامید. برای تمام مادرانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، هدف از مطالعه توضیح داده شد و در صورت تمایل آنان جهت شرکت در مطالعه، فرم رضایت‌نامه جهت امضاء در اختیار آنان قرار گرفت. مادران با استفاده از بلوک تصادفی چهارتایی به دو گروه تماس پوستی مادر و نوزاد به شیوه حضور همراه و گروه تماس پوستی مادر و نوزاد به شیوه حضور ماما تقسیم شدند؛ بدین‌صورت که توالی انتخاب نمونه‌ها توسط مشاور آماری پروژه به کمک سایت Randomization.com تعیین شد و تخصیص تصادفی مشتمل بر ۲۳ بلوک ۴تایی تعیین شده انجام گرفت. به منظور پوشیده‌سازی فرآیند

تخصیص تصادفی، اسامی گروه‌ها داخل پاکت‌هایی قرار داده شد و روی این پاکت‌ها از ۱ تا ۲۳ شماره زده و به‌ترتیب داخل جعبه‌ای چیده شده بودند. انتخاب پاکت‌ها توسط یکی از کارکنان اتاق زایمان انجام می‌شد و هر یک از نمونه‌های پژوهش با توجه به کدهای مشخص شده در هر یک از بلوک‌های ۴تایی، در یکی از دو گروه حضور ماما یا همراه قرار می‌گرفتند. همراه مادر یکی از افراد خانواده، دوستان و یا هر کسی بود که با وی احساس راحتی می‌کرد.

در هر دو گروه در بدو ورود به مطالعه، از واحدهای پژوهش سؤالات مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و مامایی پرسیده شد. در شروع فاز فعال زایمان، به‌مدت ۳۰-۲۰ دقیقه در مورد هدف پژوهش، کاربرد و اهمیت آن، چگونگی انجام تماس پوستی مادر و نوزاد و منافع و مزایای آن به مادران هر دو گروه در اتاقی جداگانه توضیح داده شد. این آموزش شامل آموزش چهره به چهره، پمفلت و نمایش کلیپ با موبایل بود و به هرگونه سؤال احتمالی مادر پاسخ داده و سپس مادر به لیبر منتقل شد. در گروه مداخله، علاوه بر موارد فوق، برای همراه، علائم خطر نوزاد شامل دیسترس تنفسی، تون عضلانی نامناسب، رنگ پریدگی، سیانوز، کاهش سطح هوشیاری و همچنین شستشوی دست قبل از تماس با نوزاد، نحوه نگهداری مناسب نوزاد در طول مدت تماس پوستی، چگونگی بررسی نوزاد در وضعیت خوابیده به شکم و مراقبت از خطر سقوط آموزش داده شد. پس از آموزش به مادر، آموزش به همراه، در اتاقی جداگانه و آرام به‌مدت ۳۰-۲۰ دقیقه (شامل آموزش چهره به چهره، پمفلت و نمایش کلیپ با موبایل) ارائه گردید. مراقبت‌های قبل از زایمان برای هر دو گروه یکسان بود. برای انجام تماس پوست با پوست، شرایط زیر در اتاق فراهم شد: دمای اتاق ۲۵-۲۸ درجه سانتی‌گراد و بدون کوران، نور اتاق ملایم تا هیچ نوری مانع تماس مستقیم چشم با چشم مادر و نوزاد نشود، محیط اطراف مادر آرام و بدون سروصدا، لباس مادر جلو باز بود تا برقراری تماس پوستی به راحتی انجام شود. جهت مایع درمانی، از ورید پشت دست غیرغالب استفاده شد تا محدودیتی در برقراری تماس پوست با پوست نباشد. همراه بیمار،

۵-۱۰ دقیقه قبل از زایمان، جهت حضور بر بالین مادر فراخوانده شد. در هر دو گروه تماس پوستی به شیوه حضور همراه و ماما، بلافاصله پس از تولد، نوزاد بدون پوشش در وضعیت دمر بر روی شکم مادر قرار گرفت، خشک شد و نمره آپگار تعیین گردید. نوزادان می-بایست آپگار مساوی و بیشتر از ۷ در دقیقه اول و سایر معیارهای ورود به مطالعه را دارا باشند. بند ناف پس از ۳ دقیقه قطع شد، سپس سر نوزاد با کلاه و پشت وی با شان و حوله گرم پوشیده شد. سپس بلافاصله بدون قطع تماس پوستی، نوزاد بر روی سینه مادر (سر نوزاد بین پستان‌ها) قرار گرفته و تماس پوست با پوست آغاز گردید. این تماس به‌مدت یک ساعت ادامه داشت. درد مادر با ابزار دیداری درد (VAS)^۱ بلافاصله پس از زایمان و در دقیقه ۳۰، ۶۰ و ۹۰ پس از اجرای تماس پوستی ارزیابی گردید. منظور از درد در این مطالعه، درد در ناحیه شکم و لگن بود که با مقیاس دیداری درد VAS پرسش شده و ثبت گردید. این ابزار برای اولین بار توسط هایس (۱۹۲۱) طراحی شده است (۱۴).

تماس پوست با پوست در گروه حضور ماما توسط مامای مراقب نوزاد و در گروه حضور همراه، توسط همراه مادر انجام شد که در هر دو گروه پژوهشگر (ماما) حضور داشت و در صورت بروز مشکل، مداخله می‌نمود. نوزاد در طی تماس پوست با پوست، توسط عامل زایمان به تناوب از نظر ریسک آپنه در وضعیت دمر مشاهده و مراقبت شد و این مشاهده مستمر و مداوم نوزاد برای تعیین اینکه آیا راه هوایی نوزاد باز است؟ آیا نوزاد صورتی رنگ است؟ آیا تعداد تنفس نوزاد تثبیت شده است؟ انجام شد.

جفت مادر در حین تماس پوست با پوست خارج و در صورت اپیزیاتومی و یا پارگی، ترمیم آن به عهده عامل زایمان بود. در صورت شروع شیردهی در ساعت اول، زمان دقیق شروع شیردهی و مدت زمان شیردهی ثبت شد. موارد غیرضروری برای سلامت فوری نوزاد از جمله تزریق ویتامین K، اثر کف پا، وزن نمودن و اندازه‌گیری‌ها تا بعد از یک‌ساعت اجرای تماس پوستی

¹ Visual Analogue Scale

به تعویق افتاد. درد مادر با استفاده از ابزار VAS در ۴ مرحله بلافاصله بعد از تولد، دقیقه ۳۰، ۶۰ و ۹۰ پس از تماس پوست با پوست اندازه‌گیری شد.

در صورتی که بلافاصله پس از تولد، نوزاد شرایط شروع تماس پوست با پوست را احراز ننمود، برای به حداقل رساندن جدایی سمعی، بصری، بویایی، لمسی، فضایی مادر و نوزاد، پس از نشان دادن نوزاد بلافاصله پس از تولد، تماس گونه به گونه انجام شد و نوزاد در زیر وارمر در فاصله کمتر از ۸ فوت، بدون محدودیت دید مادر نسبت به نوزاد قرار داده شد. نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نهایی ادامه یافت.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه جمعیت-شناختی و مامایی، چک‌لیست ثبت مشخصات فردی نوزاد، مقیاس عددی دیداری درد و چک‌لیست ثبت وضعیت شیردهی مادر بود که توسط کمک پژوهشگر تکمیل و ثبت گردید.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی و مامایی شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک و مامایی شامل: سن، تعداد بارداری، سن بارداری، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات مادر، وضعیت اقتصادی، قومیت، محل زندگی و وضعیت پرینه بود. چک‌لیست ثبت مشخصات نوزادی شامل: ساعت تولد نوزاد، وزن نوزاد، جنس نوزاد و آپگار بدو تولد نوزاد بود.

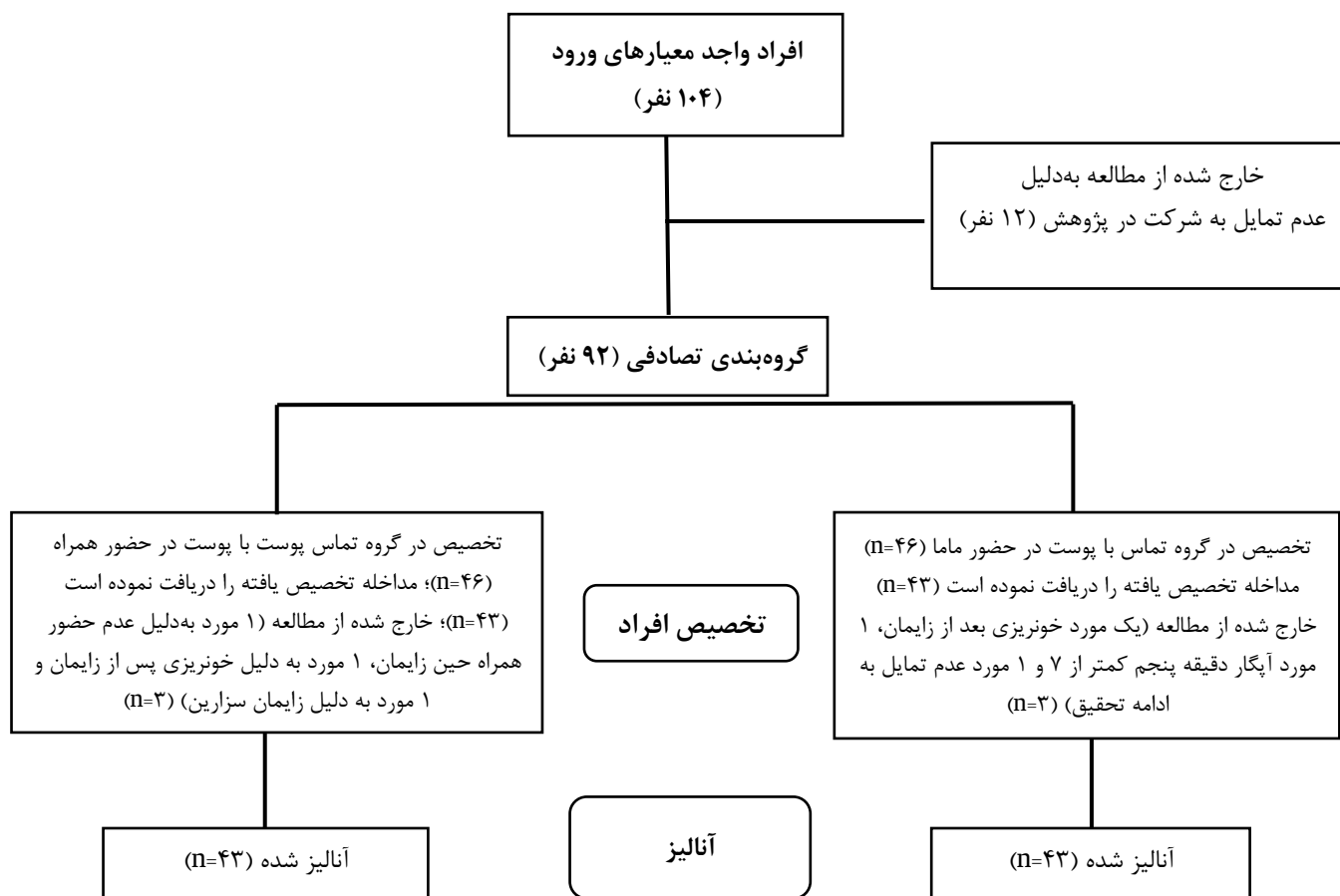
برای اندازه‌گیری درد، از مقیاس دیداری درد (VAS) استفاده شد. این مقیاس یک خط‌کش ۱۰ سانتی‌متری است که در یک انتهای آن صفر به معنای بی‌دردی کامل و در انتهای دیگر ۱۰ به معنای شدیدترین درد قابل‌تصور مشخص می‌شود و بیمار شدت دردش را بر روی خط‌کش علامت می‌زند. این ابزار برای اولین بار توسط هایس (۱۹۲۱) طراحی شده است (۱۴). پایایی این ابزار در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۲۱) با ضریب همبستگی ۰/۹ تأیید شده است (۱۵). در این پژوهش

جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه جمعیت‌شناختی و مامایی، چک‌لیست مشخصات فردی نوزاد و چک‌لیست ثبت وضعیت شیردهی مادر، از روایی صوری و محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که پژوهشگر با توجه به اهداف پژوهش و مطالعه کتب و پایان‌نامه‌های مرتبط، مقالات معتبر، مجلات و پژوهش‌های انجام شده در رابطه با موضوع پژوهش، پرسشنامه را تحت نظر استاد راهنما تهیه نمود، سپس جهت تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار ۳ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران قرار گرفت و بعد از به‌کارگیری نظرات و پیشنهادها، اصلاحات نهایی اعمال شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) انجام شد. با آزمون‌های همگنی، همگن بودن گروه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل، جهت مقایسه میانگین مشاهدات در ۴ مرحله اندازه‌گیری از آنالیز واریانس با مقادیر تکراری و جهت مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و دقیق فیشر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعه ۹۲ نفر وارد شدند که در گروه حضور همراه، ۱ مورد به‌دلیل سزارین، ۱ مورد به‌دلیل عدم حضور همراه هنگام زایمان و ۱ مورد به‌دلیل خونریزی بعد از زایمان و در گروه حضور ماما، ۱ مورد به‌دلیل آپگار نوزاد در دقیقه پنجم کمتر از ۷، ۱ مورد به‌دلیل خونریزی بعد از زایمان و ۱ مورد به‌دلیل انصراف از ادامه شرکت در مطالعه از مطالعه خارج شدند و در نهایت اطلاعات مربوط به ۸۶ شرکت‌کننده مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت (نمودار ۱).



نمودار ۱- نمودار کانسورت افراد مورد مطالعه

دو گروه مورد مطالعه از نظر مشخصات مورد بررسی مانند سن، تعداد بارداری، سن بارداری، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، قومیت، محل زندگی، وزن نوزاد، جنس نوزاد، آپگار بدو تولد و وضعیت پرینه پس از زایمان همگن بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی و بالینی در دو گروه مورد بررسی

نتیجه آزمون	حضور همراه تعداد (درصد)		حضور ماما تعداد (درصد)		مشخصات فردی و بالینی	
$p=0/616^*$	۹۳	۴۰	۹۷/۷	۴۲	خانه‌دار	وضعیت شغلی
	۷	۳	۲/۳	۱	شاغل	
$p=0/893^*$	۴/۷	۲	۹/۳	۴	خواندن نوشتن	تحصیلات
	۴۸/۸	۲۱	۴۶/۵	۲۰	زیردیپلم	
	۳۴/۹	۱۵	۳۲/۶	۱۴	دیپلم	
	۱۱/۶	۵	۱۱/۶	۵	دانشگاهی	
$p=0/313^*$	۶۰/۵	۲۶	۷۲/۱	۳۱	نامطلوب	وضعیت اقتصادی
	۲۵/۶	۱۱	۲۳/۳	۱۰	متوسط	
	۱۴	۶	۴/۷	۲	مطلوب	
$X^2=0/468, df=1, p=0/494^{**}$	۶۹/۸	۳۰	۶۲/۸	۲۷	فارس	قومیت
	۳۰/۲	۱۳	۳۷/۲	۱۶	بلوچ	
χ^2_{11}	۴۸/۸	۲۱	۴۸/۸	۲۱	شهر	محل زندگی
	۵۱/۲	۲۲	۵۱/۲	۲۲	روستا	

جنس نوزاد	دختر	۱۷	۳۹/۵	۲۱	۴۸/۸	$\chi^2_{(1)} = 0.754, p = 0.385$
	پسر	۲۶	۶۰/۵	۲۲	۵۱/۲	
آپگار دقیقه پنجم تولد	۹	۲	۴/۷	۱	۲/۳	$p = 0.999$
	۱۰	۴۱	۹۵/۳	۴۲	۹۷/۷	
وضعیت پربنه	سالم	۱۸	۴۱/۹	۲۵	۵۸/۱	$p = 0.08$
	پارگی درجه ۱	۱۰	۲۳/۳	۱۲	۲۷/۹	
	پارگی درجه ۲	۴	۹/۳	۰	۰	
	اپی	۱۱	۲۵/۶	۶	۱۴	
		انحراف معیار $\pm$ میانگین		انحراف معیار $\pm$ میانگین		نتیجه آزمون
سن (سال)		۲۶/۷۲ $\pm$ ۶/۰۹		۲۸/۷۴ $\pm$ ۶/۰۱		$t = 1.551, df = 84, p = 0.125$
تعداد بارداری		۲/۵۱ $\pm$ ۱/۷۱		۲/۷۹ $\pm$ ۱/۵۹		$t = 0.782, df = 84, p = 0.436$
سن بارداری (هفته)		۳۸/۹۵ $\pm$ ۱/۰۶		۳۸/۹۳ $\pm$ ۱۴/۲۸		$t = 0.107, df = 84, p = 0.915$
وزن نوزاد (گرم)		۳۰۹۷/۶۷ $\pm$ ۳۶۶/۹۲		۳۰۹۴/۱۸ $\pm$ ۳۸۴/۲۴		$t = 0.43, df = 84, p = 0.666$
مدت زمان خروج جفت (دقیقه)		۸/۳۹ $\pm$ ۲/۴۱		۷/۸۶ $\pm$ ۲/۹۱		$t = 0.928, df = 84, p = 0.356$

* آزمون دقیق فیشر، ** آزمون کای دو، *** آزمون تی مستقل

میانگین فاصله زمانی زایمان تا زمان شروع شیردهی در گروه حضور همراه به طور معنی داری کوتاه تر از گروه حضور ماما بود ($p < 0.001$). همچنین میانگین مدت زمان شیردهی در گروه حضور همراه به طور معنی داری بیشتر از گروه حضور ماما بود ($p < 0.001$) (جدول ۲).

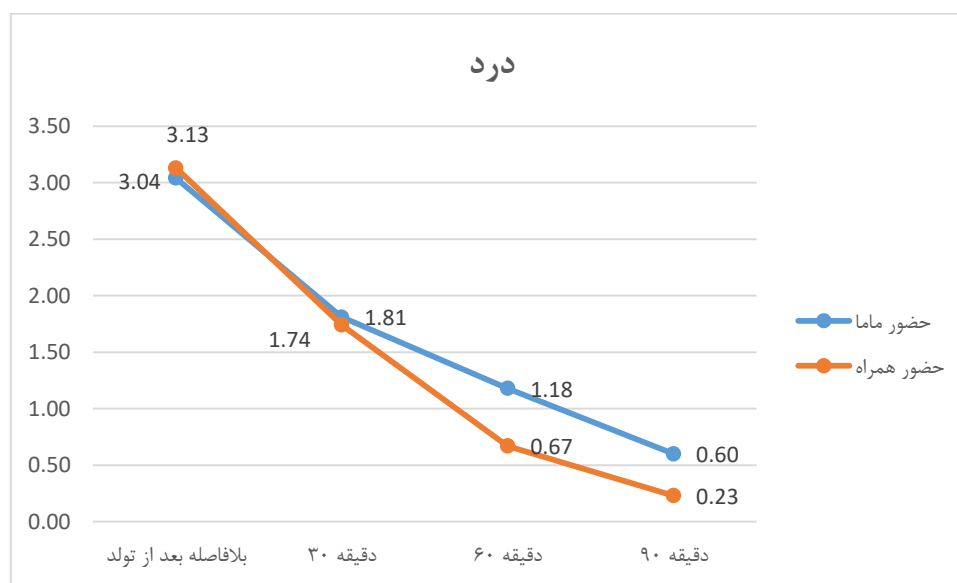
جدول ۲- مقایسه شیردهی در دو گروه تماس پوستی مادر و نوزاد به شیوه حضور همراه و ماما

مرحله	گروه	انحراف معیار $\pm$ میانگین		نتایج آزمون
		حضور ماما	حضور همراه	
فاصله زمانی زایمان تا زمان شروع شیردهی (دقیقه)		۶۷/۰۶ $\pm$ ۱۳/۵۲	۵۴/۸۸ $\pm$ ۱۲/۴۱	$t=4/353, df=84, p<0/001$
مدت زمان شیردهی (دقیقه)		۱۲/۳۹ $\pm$ ۲/۷۸	۱۵/۱۶ $\pm$ ۲/۸۹	$t=4/516, df=84, p<0/001$

* آزمون تی مستقل

کمتر از بلافاصله بعد از تولد، دقیقه ۳۰ و همچنین دقیقه ۶۰ پس از تولد بود ($p<0/001$). درد در دقیقه ۶۰ نیز به طور معنی داری کمتر از بلافاصله بعد از تولد ($p<0/001$) و دقیقه ۳۰ بود. درد در دقیقه ۳۰ نیز به طور معنی داری کمتر از بلافاصله بعد از تولد بود ($p<0/001$). بر اساس نتایج، با گذشت زمان نمره درد در دو گروه حضور ماما و حضور همراه به طور معنی داری کاهش یافت (نمودار ۲) (جدول ۳).

میانگین درد بلافاصله بعد از تولد، دقیقه ۳۰، ۶۰ و ۹۰ بعد از تماس پوستی، در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت. بر اساس نتایج آنالیز واریانس با اندازه های تکراری، میانگین درد در گروه حضور ماما و همچنین در گروه حضور همراه حداقل در یکی از زمان ها تفاوت آماری معنی داری داشت ($p<0/001$). مقایسه دوبه دوی بن فرونی نشان دهنده آن بود که درد در گروه حضور ماما و حضور همراه در دقیقه ۹۰ به طور معنی داری



نمودار ۲- روند کاهشی شدت درد در طی اجرای تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در دو گروه حضور ماما و حضور همراه

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره درد مادر در دو گروه تماس پوستی مادر و نوزاد به شیوه حضور همراه و ماما

مرحله	گروه	انحراف معیار $\pm$ میانگین		نتایج آزمون تی مستقل
		حضور ماما	حضور همراه	
بلافاصله بعد از تولد		۳/۰۴ $\pm$ ۱/۹۲	۳/۱۳ $\pm$ ۲/۱۲	$t=0/213, df=84, p=0/83$
دقیقه ۳۰		۱/۸۱ $\pm$ ۱/۴۱	۱/۷۴ $\pm$ ۱/۵۵	$t=0/217, df=84, p=0/82$
دقیقه ۶۰		۱/۱۸ $\pm$ ۱/۴۰	۰/۶۷ $\pm$ ۱/۱۸	$t=1/825, df=84, p=0/07$
دقیقه ۹۰		۰/۶۰ $\pm$ ۱/۱۹	۰/۲۳ $\pm$ ۰/۷۱	$t=1/74, df=84, p=0/08$
* نتایج آزمون		$F=59/75, p<0/001$	$F=76/13, p<0/001$	

* آنالیز واریانس با اندازه های تکراری

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف مقایسه حضور همراه و ماما در حین تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در زنانی که با دردهای زایمانی به زایشگاه بیمارستان امیرالمومنین شهرستان زابل مراجعه می‌کردند، انجام شد؛ میانگین نمره درد مادر بلافاصله بعد از تولد، دقیقه ۳۰، ۶۰ و ۹۰ پس از تماس شروع پوستی مادر و نوزاد، بین دو گروه حضور ماما و حضور همراه تفاوت آماری معناداری نداشت و درد مادر در هر دو گروه طی اجرای تماس پوستی کاهش آماری معنی‌داری داشت. همچنین در گروه حضور همراه، میانگین فاصله بین زمان زایمان تا شروع تغذیه با شیر مادر کوتاه‌تر و میانگین مدت زمان تغذیه با شیر مادر در ساعت اول پس از تولد بیشتر از گروه حضور ماما بود.

پژوهش در زمینه مقایسه تأثیر ماما و همراه در طی اجرای تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد بر نتایج مادری و نوزادی محدود می‌باشد. در زمینه مقایسه تأثیر حضور ماما و همراه، مطالعاتی در طی فرآیند لیبر انجام شده است. در مطالعه درویشی و همکاران (۲۰۱۹) میانگین نمره درد با استفاده از ابزار VAS در سه گروه: حمایت از طریق ماما، حمایت از طریق غیرماما و گروه کنترل، در ابتدای و انتهای فاز فعال زایمان و در مرحله دوم زایمان تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. نتایج این مطالعه نشان داد که حضور ماما یا همراه در درک مادر از میزان درد تفاوتی ایجاد نمی‌کند (۹)؛ همچنانکه در مطالعه حاضر نیز حضور ماما یا همراه در درک مادر از درد، در ساعات اولیه پس از زایمان تفاوتی ایجاد نکرد.

در مطالعه حاضر بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری، درد مادر در طی اجرای تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در هر دو گروه حضور همراه و ماما، به‌طور معنی‌داری کاهش یافت که بیانگر تأثیر مثبت اجرای تماس پوستی بر درد مادر بود. مطالعه بین گتاهان و همکاران (۲۰۲۰) که با هدف بررسی تأثیر حضور همراه در زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام شد، نشان داد که حضور همراه، احساس تنهایی و درد مادر را کاهش می‌دهد. در این پژوهش

درد مادر حین زایمان اندازه‌گیری شده بود، ولی ابزار مورد استفاده آن ذکر نشده است (۱۶).

در پژوهش حاضر زمان شروع شیردهی بعد از زایمان و مدت زمان شیردهی مورد بررسی قرار گرفت. در گروه حضور همراه، زمان شروع شیردهی بعد از زایمان کوتاه‌تر از گروه حضور ماما بود و مادران این گروه، شیردهی را زودتر شروع نمودند. بیشتر پژوهش‌ها در زمینه تأثیر حضور همراه در طول لیبر بر شیردهی پس از زایمان طراحی گردیده است. در همین رابطه نتایج مطالعه مورهایسون بلو و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که حمایت زن توسط همراه در حین زایمان و بعد از آن، موجب کاهش زمان شروع شیردهی بعد از زایمان می‌شود (۱۷). یافته‌های مطالعه نوبخت و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که حمایت فرد همراه حین زایمان به شکل معناداری باعث شروع زودتر تغذیه با شیر مادر می‌گردد (۱۸). همچنین نتایج مطالعه دادشاهی و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف مقایسه پیامدهای زایمانی بین دو گروه دریافت‌کننده حمایت مداوم مامای همراه و عدم دریافت حمایت انجام شد، نشان داد که حمایت مادر توسط مامای همراه، شانس شیردهی در ساعت اول تولد را ۹ برابر افزایش می‌دهد (۱۹). در مطالعه حاضر مدت شیردهی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین مطالعه ترک زهرانی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد حضور حمایتگر در کنار مادر بر طول مدت شیردهی نقش بسزایی دارد (۲۰). تأثیر حضور همراه در طی لیبر بر افزایش شیردهی پس از زایمان نیز گزارش شده است. در مطالعه کلاس و همکاران (۲۰۱۰) حمایت مادر توسط همراه در لیبر، موجب کاهش نیاز به استفاده از مسکن درد، کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش شیردهی شد (۲۱).

محدودیت پژوهش

میزان دقت واحدهای پژوهش در زمان پاسخ‌گویی به سؤالات می‌تواند بر نحوه پاسخگویی آنان مؤثر باشد که سعی شد سؤالات در هنگام آرامش مادر و نوزاد پرسیده شود. شخصیت‌های متفاوت همراهان و تأثیر آن بر آرام

نمودن مادر و مراقبت از نوزاد، از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از زایمان، از اقدامات اساسی در ارتقای سلامت مادر و نوزاد می‌باشد، اما متأسفانه به دلیل مشغله زیاد ماماها و کمبود نیروی انسانی، این مهم اجرا نمی‌شود. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که حضور همراه در حین تماس پوست با پوست مادر و نوزاد می‌تواند موجب شروع زودتر تغذیه با شیر مادر و افزایش مدت زمان شیردهی شود. همچنین اجرای این مراقبت در هر دو گروه حضور ماما و همراه، درد پس از زایمان را به‌طور معنی‌داری کاهش داد. با توجه به کمبود نیروی مامایی در اتاق زایمان، حضور همراه مادر راه‌حل مناسبی برای اجرایی‌تر شدن تماس پوستی بین مادر و نوزاد در ساعت اول پس از تولد می‌باشد. از آنجایی که نتایج این پژوهش حاکی از تأثیر مثبت حضور همراه بود، لازم است مدیران ذیربط، اقدامات لازم را در جهت بهبود فضای اتاق زایمان و حضور همراه در بالین بیمار در مراحل زایمان و پس از زایمان انجام دهند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پرسنل محترم بیمارستان امیرالمومنین

شهرستان زابل و از تمام زنان باردار شرکت کننده در این مطالعه، تشکر و قدر دانی می‌شود.

تعارض منافع

در این مطالعه تعارض منافی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.1364 و کد ثبت کارآزمایی IRCT20200120046200N2 می‌باشد. بالینی

حمایت مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد.

مشارکت نویسندگان

دکتر سعیده موسوی استاد راهنما و دکتر مریم کشاورز استاد مشاور، این مطالعه را طراحی نمودند. نمونه‌گیری و اجرای مداخله توسط خانم فاطمه هراتی کبیر انجام شد. انجام آنالیز توسط خانم‌ها شیما حقانی و فاطمه هراتی کبیر و با نظارت اساتید راهنما و مشاور انجام شد. متن اولیه مقاله توسط نویسنده مسئول دکتر مریم کشاورز و با تأیید دکتر سعیده موسوی آماده گردید. تمامی نویسندگان دست نوشته نهایی را مطالعه و تأیید نمودند.

منابع

1. Koopman I, Callaghan-Koru JA, Alaofin O, Argani CH, Farzin A. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. *Journal of clinical nursing* 2016; 25(9-10):1367-76.
2. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: a systematic review. *PloS one* 2018; 13(10):e0205696.
3. Nahidi F, Tavafian SS, Heidarzadeh M, Hajizadeh E. Views of Iranian midwives about immediate mothernewborn skin to skin contact at birth. *Today Science Journal of Humanity* 2013; 1(1):30-6.
4. Yadollahi FM, Rasti F, Alavi MH, Soleimani F, Tork ZS. Assessment of care offered to the healthy newborn in the natural normal vaginal delivery and the cesarean section. *Journal of Multidisciplinary Care* 2017; 6(2):14-22.
5. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, et al. Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study. *The Scientific World Journal* 2017; 2017(1):1940756.
6. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *African health sciences* 2016; 16(3):790-7.
7. Matthijsse PR, Semmekrot BA, Liem KD. Skin to skin contact and breast-feeding after birth: not always without risk!. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 2016; 160:D171-.

8. Lunda P, Minnie CS, Benadé P. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth* 2018; 18:1-11.
9. Darvishi M, Ranjbaran M, Jourabchi Z, Jafarimanesh H. Effect of the presence of midwife and non-midwife companion on labor pain, duration of delivery, and amount of oxytocin drops in primiparous women: a clinical trial study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2019; 22(4):63-72.
10. Lundgren I. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery* 2010; 26(2):173-80.
11. Jayasundara DM, Jayawardane IA, Weliang SD, Jayasingha TD, Madugalle TM. Impact of continuous labour companion-who is the best: A comprehensive meta-analysis on familiarity, training, temporal association, and geographical location. *medRxiv* 2024: 2024-02.
12. Velandia M, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatrica* 2012; 101(4):360-7.
13. Allen Jr JC. Sample size calculation for two independent groups: A useful rule of thumb. *Proceedings of Singapore Healthcare* 2011; 20(2):138-40.
14. Hayes MH. Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin* 1921; 18:98-9.
15. Karimi Yekta P, Tafazzoli M, Mirteimouri M, Rakhshandeh H, Esmaili H. Effect of Recove ointment on pain in mothers susceptible to infection of cesarean scar. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2021; 23(11):68-75.
16. Beyene Getahun K, Ukke GG, Alemu BW. Utilization of companionship during delivery and associated factors among women who gave birth at Arba Minch town public health facilities, southern Ethiopia. *PLoS One* 2020; 15(10):e0240239.
17. Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbede OA, Olayemi O, Oladokun A, Fabamwo AO. Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: A randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009; 49(2):145-50.
18. Rafiee Vardanjani L, nobakht F, Safdari Dahcheshmeh F, parvin N. The Effect of the Presence of an Attendant on Anxiety and Labor Pain of Primiparae Referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd, 2010. *J Res Dev Nurs Midw* 2012; 9(1):41-50.
19. Dadshahi S, Torkzahrani S, Janati-Ataie P, Nasiri M. Does continuous labor support by midwife make a difference in delivery outcomes?. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2018; 20(12):67-76.
20. Tork Zahrani SH, Karamollahi Z, Azgoli G, Akbarpur Baghian A, Sheikhan Z. Effect of support from the mothers with positive breast feeding experience on breast feeding pattern and duration among primiparous women referred to maternityward of Ilam hospital, 2010. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2012; 20(2):9-16.
21. Klaus M, Klaus P. Academy of breastfeeding medicine founder's lecture 2009: maternity care re-evaluated. *Breastfeeding Medicine* 2010; 5(1):3-8.

Effect of companion and midwife presence during mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding and postpartum pain: A clinical trail

Seyedeh Saeedeh Mousavi¹, Shima Haghani², Fatemeh Harati Kabir³, Maryam Keshavarz^{4*}

1. Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. M.Sc. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. M.Sc. in Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, Reproductive Sciences and Technology Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Received: Jan 21, 2025 Accepted: Apr 29, 2025[†]

Introduction: Skin-to-skin contact between mother and baby is very important in the first minutes after birth. Despite the great emphasis on its implementation, due to the lack of manpower and the numerous responsibilities of midwives, it is not possible to implement it properly. The present study was conducted with aim to investigate the effect of companion presence during mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding and postpartum pain.

Methods: This two-group randomized clinical trial was conducted in 2019 on 92 pregnant women in two groups: one accompanied by a companion and the other attended by a midwife (46 participants in each group) in Zabul City. Skin-to-skin contact was initiated immediately after birth and maintained for one hour. Maternal pain was assessed using the Visual Analog Scale (VAS) at four time points: immediately after birth, and at 30, 60, and 90 minutes following the initiation of skin-to-skin contact. The onset time of breastfeeding and its duration during one hour were recorded in a checklist. Data analysis was performed by SPSS (version 21) and independent t-test, Fisher's exact test, chi-square and repeated measures analysis of variance tests. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: There was no statistically significant difference between companion and midwife present groups in the mothers' pain scores immediately after the birth, 30, 60, and 90 minutes after the start of skin contact. Pain scores in both groups significantly decreased during 30, 60 and 90 minutes after the start of skin-to-skin contact ($P < 0.001$). In the companion group, the mean interval from the time of delivery to the start of breastfeeding was significantly shorter and the mean duration of breastfeeding was significantly longer than in the midwife group ($P < 0.001$).

Conclusion: Given the high workload of midwives, the presence of the mother's companion during skin-to-skin contact after delivery can be used to improve breastfeeding indicators, including earlier initiation of breastfeeding and increased duration of breastfeeding, in addition to the effect of skin-to-skin contact on reducing postpartum pain.

Keywords: Breastfeeding, Companion, Postpartum pain, Skin-to-skin contact

► Please cite this article as:

Mousavi SS, Haghani Sh, Harati Kabir F, Keshavarz M. Effect of companion and midwife presence during mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding and postpartum pain: A clinical trail. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2025; 28(2):10-21. DOI: 10.22038/ijogi.2025.83361.6263