

بررسی تأثیر تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر و نوزاد پس از تولد بر طول مرحله سوم زایمان: کارآزمایی بالینی تصادفی شده

دکتر طلعت خدیوزاده^۱، دکتر فاطمه زهرا کریمی^{۱*}، دکتر فاطمه تارا^۲

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات اختلالات تخمک‌گذاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۰

خلاصه

مقدمه: مهم‌ترین مداخله برای پیشگیری از طولانی شدن مرحله سوم زایمان، تجویز داروهای صنعتی است که با تمام کارایی، اثرات نامطلوبی را به همراه دارند. بر این اساس نیاز به جایگزینی با روش‌های کم‌خطرتر احساس می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر و نوزاد پس از تولد بر طول مرحله سوم زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۹۲ مادر نخست باردار در زایشگاه بیمارستان ام‌البینین (س) شهر مشهد انجام شد. در گروه تماس پوستی، نوزاد پس از تولد بدون پوشش، در تماس پوستی با مادرش قرار می‌گرفت. در گروه مراقبت مرسوم، نوزاد به زیر وارمر منتقل می‌شد و پس از ترمیم پرینه، در داخل پتو تحویل مادر می‌شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری گردید و دو گروه جهت ارزیابی طول مرحله سوم زایمان و میزان نیاز به اکسی‌توسین صنعتی مورد پیگیری قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون‌های کای‌دو و تی مستقل انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: طول مدت مرحله سوم زایمان در ۱۱ نفر (۲۳/۴٪) از مادران گروه تماس پوستی و ۳ نفر (۶/۷٪) از گروه مراقبت مرسوم، کمتر از ۵ دقیقه و در ۶ نفر (۱۲/۸٪) از گروه تماس پوستی و ۱۳ نفر (۲۸/۹٪) از گروه مراقبت مرسوم، بین ۱۰-۲۰ دقیقه بود که بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($p=0/02$). همچنین نیاز به اکسی‌توسین صنعتی پس از زایمان در گروه تماس پوستی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($p=0/03$).

نتیجه‌گیری: تماس پوستی مادر و نوزاد، طول مرحله سوم پس از زایمان را کاهش می‌دهد و از نیاز به دوز بالای اکسی‌توسین صنعتی و عوارض آن می‌کاهد. می‌توان با برقراری تماس پوستی به‌عنوان یک روش مؤثر، ساده، ارزان و بدون عارضه جانبی به تسریع مرحله سوم زایمان کمک نمود و در نهایت از خونریزی پس از زایمان به‌عنوان یکی از علل شایع مرگ مادر کاست.

کلمات کلیدی: تماس پوستی مادر و نوزاد، مراقبت مرسوم، مرحله سوم زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فاطمه زهرا کریمی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: karimifz@mums.ac.ir

مقدمه

خونریزی پس از زایمان، به‌عنوان یکی از علل مرگ‌ومیر مادران در کشورهای توسعه یافته و توسعه نیافته محسوب می‌شود. بر اساس بررسی "سیستم نظارت بر مرگ‌ومیر مرتبط با حاملگی" وابسته به مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC)^۱، خونریزی، علت مستقیم حدود ۱۳٪ از ۴۶۹۳ مورد مرگ‌ومیر مادری مرتبط با حاملگی در ایالات متحده بوده است. در کشورهای در حال توسعه، نقش خونریزی در مرگ‌ومیر مادری از این حد نیز بیشتر است (۱). در واقع خونریزی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین علل مرگ مادر در سرتاسر جهان و عامل نیمی از تمام موارد مرگ‌های پس از زایمان در کشورهای در حال توسعه است (۱، ۲). یکی از علل خونریزی پس از زایمان، آتونی رحم (ناتوانی رحم برای انقباض کافی) و طولانی شدن مرحله سوم زایمان است. مرحله سوم زایمان، بلافاصله بعد از زایمان جنین آغاز می‌شود و با خروج جفت پایان می‌پذیرد. یکی از مهم‌ترین اهدافی که در این مرحله دنبال می‌شود، پرهیز از خونریزی پس از زایمان می‌باشد. بر اساس مطالعات انجام شده، عوامل یوتروتونیک مهم‌ترین عامل در کاستن از خونریزی پس از زایمان هستند؛ چراکه منجر به افزایش انقباضات رحمی و تسریع مرحله سوم زایمان می‌شوند. اکسی‌توسین، یکی از مهم‌ترین عوامل یوتروتونیک است. امروزه مهم‌ترین رویکرد مداخله پزشکی که برای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان به‌کار می‌رود، تجویز فوری اکسی‌توسین صناعی است. بیان شده است که سطح اکسی‌توسین مادری باعث تقویت انقباضات رحمی می‌شود که به‌دنبال آن، به جدا شدن جفت از دیواره رحم و منقبض شدن رحم کمک می‌کند و در نهایت می‌تواند از خونریزی پس از زایمان پیشگیری کند (۱، ۳، ۴). اما داروهای صناعی با تمام کارایی، اثرات نامطلوبی را به همراه دارند و این امر باعث شده که نیاز به جایگزینی با روش‌های کم‌خطرتر احساس شود (۵). یکی از این روش‌ها که در مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است، تماس پوستی مادر و نوزاد در لحظات اولیه پس از زایمان می‌باشد.

تماس پوستی مادر و نوزاد که در آن نوزاد بلافاصله پس از تولد در وسط سینه مادر و در حالت عمودی به صورت سینه به سینه قرار می‌گیرد، برای اولین بار توسط ری و مارتینز در سال ۱۹۷۸ در مؤسسه مادر و کودک در بوگوتای کلمبیا معرفی شد. تماس پوستی مادر و نوزاد به سه روش انجام می‌شود: تماس پوستی بلافاصله پس از تولد که نوزاد طی اولین دقیقه پس از تولد در تماس پوستی با مادرش قرار می‌گیرد، تماس پوستی بسیار زود هنگام که نوزاد در طی ۴۰-۳۰ دقیقه اول پس از تولد در تماس پوستی با مادرش قرار می‌گیرد و تماس پوستی زود هنگام که اولین تماس نوزاد با مادر بین یک تا ۲۴ ساعت اول پس از تولد در تماس پوستی با مادرش قرار می‌گیرد (۶، ۷).

تماس پوستی مادر و نوزاد از نظر فیزیولوژیک، روان‌شناختی و بالینی، فواید بسیاری برای مادر و نوزاد دارد. در حین تماس پوستی گیرنده‌های تماسی، گرمایی و بویایی که از قوی‌ترین محرک‌های عصب واگ هستند، می‌توانند منجر به آزادسازی اکسی‌توسین مادری شوند. اکسی‌توسین یکی از مهم‌ترین عوامل یوتروتونیک است و نقش بسیار مهمی در انقباض رحم، تسریع مرحله سوم زایمان و کنترل خونریزی پس از زایمان دارد. اکسی‌توسین همچنین اثرات ضداضطرابی دارد و می‌تواند احساس اطمینان و راحتی را افزایش دهد و در پرستاران نیز در شروع رفتارهای مادرانه نقش بسیار مهمی دارد. علاوه بر آن تماس پوستی، منجر به پیشرفت رفتارهای تغذیه‌ای در نوزاد می‌شود که در نتیجه آن، نوزاد پستان مادر را می‌گیرد و توانایی مکیدن را به دست می‌آورد و شروع به تغذیه می‌کند (۸-۱۲).

هرچند مطالعات بسیاری در ارتباط با تماس پوستی مادر و نوزاد انجام شده است، از جمله اسا و همکار (۲۰۱۵)، ساکستون و همکاران (۲۰۱۵)، مجبل و همکار (۲۰۱۲) و گابریل و همکاران (۲۰۱۰)، اما با این حال هنوز مطالعات کارآزمایی بالینی در رابطه با تأثیر تماس پوستی بر طول مرحله سوم زایمان محدود می‌باشند. همچنین فقدان گروه کنترل و متناقض بودن یافته‌ها در برخی از مطالعات، کاربرد نتایج آنها را محدود می‌کند (۳، ۴، ۱۵-۱۳)، لذا انجام تحقیقات جامع و اساسی در این

¹ Centers for Disease Control and Prevention

زمینه ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت با توجه به اینکه خونریزی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین علل مرگ مادر در تمام دنیا است و جزء علل قابل پیشگیری می‌باشد (۲)، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر و نوزاد پس از زایمان بر طول مرحله سوم زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل در سال ۱۳۹۶ بر روی داده‌های مربوط به یک مطالعه گسترده انجام شد که بخشی از داده‌ها در مطالعات قبلی به چاپ رسیده است. جامعه پژوهش شامل زنان نخست باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه بیمارستان ام‌البنین (س) شهر مشهد بودند. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۱۸-۳۵ سال، بستری شدن جهت زایمان طبیعی، سن بارداری ۳۷-۴۲ هفته، حاملگی تک قلو، نداشتن مشکل طبی و روانی، شروع خودبه‌خودی زایمان و اتساع دهانه رحم بین ۵-۳ سانتی‌متر و عدم مصرف دخانیات و مواد مخدر بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: تخمین وزن جنین کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا بیشتر از ۴۰۰۰ گرم و بروز عوارض زایمانی (از قبیل افزایش فشارخون، دکولمان، زایمان طولانی و یا متوقف شده، پارگی طولانی مدت کیسه آب، بروز زجر جنینی و پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه، آپگار کمتر از ۷ و وجود مشکل طبی در نوزاد که با تماس پوستی مادر و نوزاد تداخل کند)، بود. جهت نمونه‌گیری ابتدا تمامی زنان نخست بارداری که در زمان جمع‌آوری اطلاعات به زایشگاه بیمارستان ام‌البنین (س) شهر مشهد مراجعه می‌کردند و واجد شرایط پژوهش بودند، انتخاب می‌شدند که در نهایت ۹۲ مادر نخست باردار در دو گروه مراقبت با تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر و نوزاد و مراقبت مرسوم مطالعه را به اتمام رساندند. حجم نمونه بر اساس مطالعه اسا و همکار (۲۰۱۵) با استفاده از فرمول اندازه نمونه برای تشخیص اختلاف میانگین در دو جامعه مستقل با مقادیر طول مرحله سوم زایمان با مداخله (۲/۸±۰/۸۵۷) و بدون مداخله (۱۱/۲۲±۳/۳۳۴) با

سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، برای این مطالعه کافی می‌باشد (۴، ۱۳).

در گروه مداخله، در پایان مرحله دوم زایمان، نوزاد بدون پوشش در وضعیت خوابیده به شکم در وسط سینه مادر، در تماس پوستی با مادرش قرار می‌گرفت، بند ناف قطع و جهت جلوگیری از اتلاف گرما در حالی که نوزاد در تماس پوستی با مادرش بود، خشک می‌شد. سر نوزاد با استفاده از یک کلاه پارچه‌ای و پشت نوزاد نیز با استفاده از دو حوله گرم شده از قبل، پوشیده می‌شد. در این روش، نمره آپگار در حین تماس پوستی مادر و نوزاد تعیین می‌شد و اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر و تزریق ویتامین K در زمان انتقال به بخش مامایی صورت می‌گرفت.

در گروه مراقبت مرسوم، طبق روتین زایشگاه، بلافاصله پس از خروج نوزاد، بندناف قطع می‌شد و نوزاد برای انجام اقداماتی نظیر تعیین نمره آپگار، اندازه‌گیری وزن، قد و دور سر و تزریق ویتامین K به زیر وارمر تابشی منتقل می‌گردید و تا زمان ترمیم صدمات پرینه و اپی‌زیاتومی مادر، در زیر گرم‌کننده تابشی نگهداری می‌شد و پس از ترمیم پارگی پرینه و یا اپی‌زیاتومی، نوزاد در داخل پتو تحویل مادر می‌شد و طبق روش مرسوم بیمارستان، مادر تشویق به شروع شیردهی می‌شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی و مامایی مادر، پرسشنامه مربوط به ثبت اطلاعات مرحله سوم زایمان (فاصله زمانی از پایان مرحله دوم زایمان تا خروج جفت و میزان اکسی‌توسین دریافتی پس از زایمان) و اطلاعات مربوط به نوزاد از قبیل (آپگار، جنس و شاخص‌های آنتروپومتریک) بود. جهت ثبت زمان از کرنومتر ثانیه شمار با نشان FORTEX ساخت کشور چین، جهت توزین نوزاد از ترازوی دیجیتال با نشان LAICA ساخت ایتالیا و جهت سنجش قد و دور سر نوزاد از متر نواری با نشان FIBRO-GLAS ساخت ایران استفاده شد.

جهت تعیین روایی پرسشنامه‌ها از روش روایی محتوا و صوری استفاده شد؛ بدین ترتیب که این پرسشنامه‌ها بعد از تهیه، در اختیار ۱۰ نفر از اعضاء هیأت علمی مرتبط

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، بین دو گروه با روش مراقبتی تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر با نوزاد و مراقبت مرسوم از نظر متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی از قبیل سن مادر، تحصیلات مادر و پدر، شغل مادر و پدر، دریافت مراقبت‌های دوران بارداری، شاخص توده بدنی مادر قبل از بارداری، مدت زمان خواب مادر ۴۸ ساعت قبل از پذیرش و جنس، وزن و دور سر نوزاد اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه همگن بودند ($p > 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه از نظر سطح درآمد خانواده نیز تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($p = 0/57$). بیشترین فراوانی ($82/6\%$) در دو گروه مربوط به سطح درآمد در حد کفاف و کمترین فراوانی ($7/6\%$) مربوط به سطح درآمد بیشتر از حد کفاف بود. از نظر فراوانی مصرف اکسی‌توسین نیز در طی مرحله اول و دوم زایمان بر اساس آزمون کای دو، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($p = 0/89$) (جدول ۱).

با موضوع پژوهش قرار گرفت و با بکارگیری نظرات اصلاحی و پیشنهادی آنها، ابزار نهایی جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد تأیید قرار گرفت. ترازو، متر نواری و ساعت، ابزارهایی روا جهت سنجش وزن، طول و زمان هستند. پایایی پرسشنامه‌ها نیز با استفاده از روش پایایی هم‌ارز و با $I = 0/88$ تأیید شد. پایایی ترازوی نوزاد، روزانه با وزنه استاندارد ۵۰۰ گرمی و پایایی متر نواری، هفتگی با خط‌کش مدرج چوبی استاندارد کنترل می‌شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) انجام شد. جهت مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و در صورت عدم وجود شرایط آزمون کای دو از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. همچنین برای مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای کمی با توزیع نرمال از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت مقایسه گروه‌ها از نظر متغیرهای رتبه‌ای و متغیرهای کمی با توزیع غیرنرمال از آزمون غیرپارامتری من‌ویتنی استفاده گردید. میزان p کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی ویژگی‌های فردی و اجتماعی واحدهای پژوهش

گروه	تماس پوستی مادر و نوزاد	مراقبت معمول	سطح معنی‌داری
سن مادر	۲۲/۰۲ ± ۲/۸۴	۲۱/۶۲ ± ۲/۷۳	۰/۴۹
تحصیلات مادر	ابتدایی ۱۳ (۲۷/۷)	۱۳ (۱۳/۳)	۰/۵۹
	راهنمایی ۱۲ (۲۵/۵)	۱۹ (۴۲/۲)	
	متوسطه ۲۰ (۴۲/۶)	۱۸ (۴۰)	
	عالی ۲ (۴/۳)	۲ (۴/۴)	
شغل مادر	خانه‌دار ۴۶ (۹۷/۹۰)	۴۴ (۹۷/۸۰)	۰/۹۷
	شاغل ۱ (۲/۱)	۱ (۲/۲)	
تحصیلات همسر	بی‌سواد ۲ (۴/۳)	۰ (۰)	۰/۲۷
	ابتدایی ۹ (۱۹/۱۰)	۹ (۲۰)	
	راهنمایی ۲۶ (۵۵/۳)	۲۱ (۴۶/۷)	
	متوسطه ۹ (۱۹/۱۰)	۱۵ (۳۳/۳)	
مراقبت‌های دوران بارداری	کافی ۳۸ (۸۰/۹)	۳۸ (۸۴/۴)	۰/۶۴
	ناکافی ۹ (۱۹/۱)	۷ (۱۵/۶)	
شاخص توده بدنی	۲۲/۶۲ ± ۲/۷۰	۲۲/۰۶ ± ۲/۵۳	۰/۳۰
مدت خواب ۴۸ ساعت قبل از پذیرش (ساعت)	۹/۶۱ ± ۵/۴۳	۱۰/۶۴ ± ۵/۲۷	۰/۳۶
طول فاز فعال مرحله اول زایمان (دقیقه)	۲۶۷/۶۸ ± ۸۵/۶۵	۲۴۴/۷۵ ± ۷۸/۴۳	۰/۱۸
طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)	۳۷/۲۸ ± ۱۷/۹۲	۳۵/۹۵ ± ۱۹/۱۴	۰/۷۳

جنس نوزاد	دختر	۲۷ (۵۷/۴)	۲۵ (۵۵/۶)
	پسر	۲۰ (۴۲/۶)	۲۰ (۴۴/۴)
وزن نوزاد (گرم)		۳۱۲۱/۷۳ ±	۳۲۳۷/۵۵ ±
		۵۰۹/۵۵	۳۴۷/۳۴
دور سر نوزاد (سانتی‌متر)		۳۳/۹۷ ± ۱۰/۱	۳۴/۲۰ ± ۱/۴۲

متغیرهای کمی بر اساس انحراف معیار ± میانگین و متغیرهای کیفی بر اساس (درصد) تعداد بیان شده‌اند.

در رابطه با هدف اصلی پژوهش بر اساس نتایج آزمون کای دو، مدت مرحله سوم زایمان یعنی فاصله زمانی از پایان مرحله دوم زایمان تا خروج جفت، در ۱۱ نفر (۲۳/۴٪) از مادران در گروه با روش مراقبتی تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر با نوزاد $۷/۵ \pm ۳/۰$ دقیقه و در گروه مراقبت مرسوم $۸/۲ \pm ۳/۵$ دقیقه بود که بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($p=۰/۳$) (جدول ۲). همچنین یافته‌های جانبی مطالعه نشان داد که نیاز به اکسی‌توسین صناعی پس از زایمان در گروه تماس پوستی به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($p=۰/۰۳$).

در رابطه با هدف اصلی پژوهش بر اساس نتایج آزمون کای دو، مدت مرحله سوم زایمان یعنی فاصله زمانی از پایان مرحله دوم زایمان تا خروج جفت، در ۱۱ نفر (۲۳/۴٪) از مادران در گروه با روش مراقبتی تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر با نوزاد و در ۳ نفر (۶/۷٪) از مادران در گروه مراقبت مرسوم، کمتر از ۵ دقیقه و در ۶ نفر (۱۲/۸٪) از مادران در گروه مداخله با تماس پوستی و در ۱۳ نفر (۲۸/۹٪) از مادران در گروه مراقبت مرسوم، این فاصله زمانی بین ۲۰-۱۰ دقیقه بود که بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت

جدول ۲- مقایسه طول مدت مرحله سوم زایمان و میزان دریافت اکسی‌توسین پس از زایمان دو گروه

متغیر	گروه	تماس پوستی		مراقبت معمول	
		مادر و نوزاد	معمول	معمول	معنی‌داری
طول مدت مرحله سوم زایمان (درصد)	کمتر از ۵ دقیقه	۱۱ (۲۳/۴)	۳ (۶/۷)		
	۵-۹/۹ دقیقه	۳۰ (۶۳/۸)	۲۹ (۶۴/۴)		۰/۰۲
	۱۰ دقیقه و بیشتر	۶ (۱۲/۸)	۱۳ (۲۸/۹)		
میزان دریافت اکسی‌توسین پس از زایمان (واحد)	۰-۳۰	۴۳ (۹۱/۵)	۳۴ (۷۵/۶)		۰/۰۳
	۳۱-۶۰	۴ (۸/۵)	۱۱ (۲۴/۴)		

کاهش طول مرحله سوم زایمان در گروه دریافت‌کننده مداخله نسبت به گروه مراقبت معمول شده بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت. هرچند در مطالعه اسا و همکار (۲۰۱۵)، نحوه انجام مداخله همانند مطالعه حاضر بود، اما تخصیص واحدهای پژوهش به دو گروه به صورت غیرتصادفی بود (۴). مجبل و همکار (۲۰۱۲) نیز به بررسی تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر طول مرحله سوم زایمان پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل در زمان جدا شدن جفت تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (۱۳). نتایج مطالعه جوشی (۲۰۱۲) نیز که با هدف بررسی تأثیر مراقبت کانگورویی در زمان تولد بر پیامدهای مادری و نوزادی انجام شد، نشان داد که مراقبت

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف بررسی تأثیر تماس پوستی بلافاصله و مداوم مادر و نوزاد پس از تولد بر طول مرحله سوم زایمان انجام شد، مرحله سوم زایمان یعنی فاصله زمانی از پایان مرحله دوم زایمان تا خروج کامل جفت، در گروه تماس پوستی در مقایسه با گروه مراقبت معمول تفاوت آماری معنی‌داری داشت و در گروه تماس پوستی نسبت به گروه مراقبت معمول کمتر بود که می‌تواند به علت اجرای تماس پوستی بین مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد نوزاد باشد.

همراستا با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه اسا و همکار (۲۰۱۵) که در کشور مصر انجام شد، تماس پوستی زود هنگام بین مادر و نوزاد پس از تولد منجر به

کانگورویی در زمان تولد، سفتی و جمع شدن رحم را پس از زایمان افزایش می‌دهد (۱۴). البته در هر دو مطالعه ذکر شده فوق، نحوه انجام مداخله یعنی زمان و نحوه انجام تماس پوستی بین مادر و نوزاد بیان نشده بود که کاربرد نتایج آنها را مخدوش می‌سازد. در مطالعه گابریل و همکاران (۲۰۱۰) نیز که با هدف تعیین تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر زمان خروج جفت انجام شد، هرچند زمان خروج جفت در گروه دریافت‌کننده تماس پوستی نسبت به گروه کنترل کمتر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌داری نبود (۱۵). ساکستون و همکاران (۲۰۱۵) نیز در یک مطالعه کوهورت که به بررسی تولدهای ثبت شده طی سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۰ پرداختند، نتایج نشان داد که تماس پوستی مادر و نوزاد و شیردهی پس از تولد به‌طور معنی‌داری در کاهش خونریزی پس از زایمان مؤثر است (۳). همچنین مطالعات قبلی بیانگر کوتاه شدن فاصله زمانی تولد تا اولین شیردهی و افزایش طول مدت مکیدن پستان توسط نوزاد و طولانی شدن اولین تغذیه با شیر مادر در گروه تماس پوستی نسبت به گروه مراقبت مرسوم می‌باشند (۱۰، ۱۶).

در حین تماس پوستی، زمانی که نوزاد بدن مادرش را لمس می‌کند، هورمون اکسی‌توسین از هیپوفیز خلفی ترشح و منجر به افزایش سطح اکسی‌توسین خون مادر می‌شود. همچنین زمانی که نوزاد پستان مادر را تحریک و مکیدن را آغاز می‌کند، سطح اکسی‌توسین درون‌زا افزایش می‌یابد. به دلیل آنکه مکیدن پستان مادر، نروهیپوفیز را در جهت آزادسازی اکسی‌توسین تحریک می‌کند. در طی مکیدن، جریان‌های آوران ناشی از تحریک حسی پایانه‌های عصبی هاله پستان منجر به آزادسازی اکسی‌توسین از هیپوفیز خلفی می‌شود. اهمیت هورمون اکسی‌توسین نیز در زمان زایمان به دلیل نقشی که در انقباض رحمی دارد، بسیار برجسته است. به‌علاوه زمانی که نوزاد در تماس پوستی با مادرش قرار می‌گیرد، حرکت پای نوزاد بر روی شکم مادر، همانند ماساژ رحمی عمل می‌کند که می‌تواند منجر به تحریک انقباضات رحمی و تسریع جدا شدن و خروج جفت و در نهایت

کاهش خونریزی پس از زایمان شود (۱، ۴، ۱۵، ۱۹-۱۷).

خونریزی بعد از زایمان یکی از علل اصلی مورتالیتی و موربیدیتی مادران است و یکی از شایع‌ترین علت‌های خونریزی پس از زایمان، آتونی رحم و طولانی شدن مرحله سوم زایمان است، لذا پیشگیری از آتونی و کاهش طول مرحله سوم زایمان، بهترین اقدامات جهت جلوگیری از خونریزی بعد از زایمان می‌باشد، اولین اقدام در پیشگیری و درمان، تجویز داروهای منقبض‌کننده رحمی است (۱، ۲). از میان درمان‌های مطرح شده، اکسی‌توسین صنایع رایج‌ترین درمان می‌باشد. داروهای صنایع با تمام کارایی، اثرات نامطلوبی به همراه دارند و این امر باعث شده که نیاز به جایگزینی با روش‌های کم‌خطرتر احساس شود (۵). مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان دادند که تماس پوستی بین مادر و نوزاد بلافاصله پس از زایمان می‌تواند به‌عنوان یک روش نسبتاً آسان، ارزان و غیرتهاجمی برای افزایش تولید اکسی‌توسین درون‌زا مورد استفاده قرار گیرد. به‌علاوه تحریکات وارد شده به بدن مادر از سوی نوزاد در حین تماس پوستی می‌تواند منجر به افزایش انقباضات رحمی گردد.

نتایج این پژوهش می‌تواند مورد استفاده محققین و پژوهشگران بعدی قرار گیرد و پایه‌ای برای تحقیقات مشابه و گسترده‌تر در مورد راهکارهای پیشگیری از خونریزی پس از زایمان و اثرات روش‌های متفاوت مراقبت از مادر و نوزاد در زمان زایمان بر این متغیرها باشد. پیشنهاد می‌شود تماس پوستی مادر و نوزاد در برنامه‌های مراقبتی مادر و نوزاد در زمان تولد ادغام گردد و نحوه انجام و اهمیت اجرای برنامه تماس پوستی مادر و نوزاد پس از زایمان با برگزاری کارگاه‌های آموزشی، به ارائه‌دهندگان خدمات آموزش داده شده تا ایشان ملزم به اجرای آن گردند.

نتیجه‌گیری

تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد، طول مرحله سوم پس از زایمان را کاهش می‌دهد. بنابراین با توجه به اینکه خونریزی پس از زایمان یکی از شایع‌ترین علل مرگ مادر در تمام دنیا است، می‌توان با برقراری

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به انجام رسید، بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی تشکر و قدردانی می‌گردد.

تماس پوستی مادر و نوزاد به‌عنوان یک روش ساده و ارزان و بدون عدم وجود عوارض جانبی و با به تأخیر انداختن اقدامات معمول مراقبت از نوزاد تا پایان تماس پوستی، به تسریع مرحله سوم زایمان و در نهایت پیشگیری از خونریزی پس از زایمان گام برداشت تا بدین وسیله پیامدهای مادری بهبود یابد.

منابع

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams Obstetrics, 24e: McGraw-Hill; 2014.
2. Tara F, Davoodi R, Saghafi N, Mirteimouri M, Ghooshkhanei H, Soltanifar A, Management of Post-Partum Hemorrhage (Clinical Guideline). 2013. IJOGI; 16 (62): 11-17.
3. Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study. Midwifery. 2015;31(11):1110-7.
4. Essa RM, Ismail NI. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. Journal of Nursing Education and Practice. 2015 Feb 2;5(4):98.
5. Mojahed Sh, Aflatunian A, Khadem N, Dehghani Firouzabadi R, Karimi Zarchi M. An investigation into effectiveness of date (Rutab) on postpartum hemorrhage. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2012; 20(2): 159-66.
6. Karimi A, Tara F, Khadivzadeh T, Aghamohammadian Sharbaf HR. The Effect of Skin to Skin Contact Immediately after Delivery on the Maternal Attachment and Anxiety Regarding Infant. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2013; 16(67): 7-15
7. Charpak N, Ruiz JG. Latin American Clinical Epidemiology Network Series - Paper 9: The Kangaroo Mother Care Method: from scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. J Clin Epidemiol. 2017 Jun; 86:125-128. .
8. Karimi A, Bagheri S, Khadivzadeh T, Najmabadi KM. The Effect of an Interventional Program, Based on the Theory of Ethology, on Breastfeeding Competence of Infants. Iranian Journal of Neonatology. 2014 Sep 1; 5(3).
9. Karimi FZ, Khadivzadeh T, Saeidi M, Bagheri S. The Effect of Kangaroo Mother Care Immediately after Delivery on Motherinfant Attachment and on Maternal Anxiety about the Baby 3- Months after Delivery: a Randomized Controlled Trial. Int J Pediatr 2016; 4(9): 3561-70.
10. Vesel L, Bergh AM, Kerber KJ, Valsangkar B, Mazia G, et al. Kangaroo mother care: a multi-country analysis of health system bottlenecks and potential solutions. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15 Suppl 2:S5.
11. Karimi FZ, Bagheri S, Tara F, Khadivzadeh T, Mousavi Bazaz SM. Effect of Kangaroo Mother Care on breastfeeding selfefficacy in primiparous women, 3 month after child birth. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2014; 17(120): 1-8.
12. Khadivzadeh T, Karimi FZ, Tara F, Bagheri S. The Effect of Postpartum Mother- Infant Skin-to-Skin Contact on Exclusive Breastfeeding In neonatal period: A Randomized Controlled Trial. Int J Pediatr 2016; 4(5): 5409-17.
13. Mejbel MK, Ali RM. Effectiveness of Skin-to Skin Contact on duration of third stage of labor in Baghdad Teaching Hospital: Comparative Study. Kufa Journal for Nursing Sciences. 2012; 2(3): 1-13.
14. Joshi S. The effect of birth kangaroo care on maternal and neonatal outcome: A randomized, controlled trial. Sinhgad e Journal of Nursing. 2012; 2(2): 13- 17.
15. Gabriel M, Martín I, Escobar A, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. Acta Pædiatrica. 2010; 99: 1630-1634.
16. Moor E, Anderson G. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. J Mid Woman Health 2007; Mar-Apr 52(2):116-25.
17. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, et al. Postpartum maternal release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. Birth. 2001; 28: 13-19.
18. Bramson L, Moore E, Montgomery S, et al. Effect of Early Skinto-Skin Mother-Infant Contact During the First 3 Hours Following Birth on Exclusive Breastfeeding During the Maternity Hospital Stay. Journal of Human Lactation. 2010; 26(2):130-7.
19. Md Mahbul H, Nishat J, Md Maksudur R, Liton C S, Rowsan J A, et al . Effectiveness of KMC on Success of Breast feeding in Preterm Low Birth Weight Neonate. Acad J Ped Neonatol. 2017; 3(4): 555617.