

بررسی تأثیر مراقبت آغوشی مادرانه بر اندوه پس از زایمان

فاطمه عباسیان آذر^۱، محبوبه احمدی^۲، جمال شمس^۳، علیرضا ابدی^۴

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد مامائی، شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران.
۳. دکتری روانپزشکی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی.
۴. دکتری آمار زیستی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی
■ نویسنده مسئول مکاتبات: محبوبه احمدی، mah.ahmadi@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: اندوه پس از زایمان شایع‌ترین اختلال خلقی پس از زایمان است که طی ۳ تا ۱۰ روز اول بعد از زایمان بروز می‌نماید. از سوی دیگر مراقبت آغوشی به عنوان یک روش استاندارد شده، برای مراقبت از نوزادان، بطور وسیعی در کشورهای مختلف استفاده می‌شود. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مراقبت آغوشی بر اندوه پس از زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، خانم‌های باردار ۳۷-۴۲ هفته به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده فرم مشخصات دموگرافیک و مامائی، سیاهه افسردگی بک (beck)، آزمون‌های سلامت عمومی (General Helth Qustioner)، حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن (Vinfilid and Tighmen) و حوادث ناگوار پیگل (Peghle) بود. در گروه مداخله مراقبت آغوشی به مدت ۱۰ روز انجام و در چک لیست ثبت مراقبت‌های روزانه ثبت شد. پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین (stein) در روزهای اول، سوم، پنجم و دهم بعد از زایمان در هر دو گروه کنترل و مداخله تکمیل شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، و تحلیلی (آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب کای دو، تست دقیق فیشر، آزمون همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان اندوه پس از زایمان گروه کنترل بخصوص در روز سوم بیشتر از گروه مداخله بود، بین میانگین نمره اندوه پس از زایمان روزهای سوم، پنجم و دهم در گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$). همچنین دفعات و طول مدت مراقبت آغوشی در کاهش نمره اندوه پس از زایمان موثر بودند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: مراقبت آغوشی می‌تواند سبب کاهش نمره اندوه پس از زایمان شود.

کلیدواژه‌ها: تماس پوست به پوست، اندوه پس از زایمان، مراقبت آغوشی

مقدمه

اندوه پس از زایمان شایع‌ترین اختلال خلقی پس از زایمان است، که تحت عناوین مختلفی از جمله غم پس از زایمان، غم مادری و غم کودک مشخص شده و برخی نیز آن را افسردگی موقتی پس از زایمان و یا افسردگی روز سوم، چهارم یا دهم نامیده‌اند (Sadock و Kaplan، 2003؛ Henshaw، 2003). این اختلال طی ۳ تا ۱۰ روز اول بعد از زایمان با علائمی شبیه افسردگی شامل: بی‌خوابی، خلق پائین، تمایل به گریه، خستگی، تحریک پذیری و ناپایداری عاطفی بروز می‌نماید. این زنان ممکن است چند

که نتیجه آن سلامت مادر و نوزاد و در نهایت سلامت روانی خانواده در سال‌های آتی می‌باشد (Nagata, ۲۰۰۳).

یکی از این روش‌ها می‌تواند مراقبت آغوشی باشد. مراقبت آغوشی یا همان مراقبت کانگرویی Skin to skin contact یک روش استاندارد شده بر پایه تماس پوست به پوست مادر و نوزاد تازه تولد یافته می‌باشد (Hedberg و همکاران ۲۰۱۰).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) و یونیسف (Unicef)، تماس پوست به پوست را بصورت 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 بکار رود (Karfoot و همکاران ۲۰۰۳). از اثرات مثبت مراقبت آغوشی می‌توان به برآوردن نیازهای نوزاد به گرما، تغذیه با شیر مادر، محافظت از عفونت، انگیزش، ایمنی و عطوفت اشاره کرد (ارشاد منش، ۱۳۸۲). علاوه بر آن باعث تشویق والدین برای تعامل بیشتر با نوزاد می‌گردد (سید رسولی و همکاران، ۱۳۸۸). این روش مراقبت می‌تواند در شرایط و امکانات متنوع و در سطوح مختلف (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳)، با اینحال هنوز مطالعات کمی به بررسی تأثیر مراقبت آغوشی بر سلامت روانی مادران پرداخته است (نعمت بخش و همکاران، ۱۳۸۴). لذا با توجه به موارد فوق پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر روش مراقبت آغوشی بر اندوه پس از زایمان انجام دهند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش کارآزمایی بالینی انجام شد. نمونه‌های پژوهش از بین زنان باردار مراجعه کننده برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به بیمارستان هدایت شهر تهران- وابسته به سازمان تامین اجتماعی استان تهران انتخاب شدند و سن حاملگی بیش از ۳۷ و کمتر از ۴۲ هفته کامل (طبق سونوگرافی سه ماهه اول و یا تاریخ دقیق آخرین قاعدگی) را داشتند و مجدداً همان نمو نه‌ها در ۱۰ روز اول پس از زایمان انتخاب و پی گیری شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ۱۸-۳۵ ساله، ایرانی و ساکن شهر تهران، با حاملگی تک قلو و خواسته با سواد (حداقل تا پنجم ابتدایی)، که با همسر خود زندگی می‌کردند و همسر شان نیز زن دیگری نداشت. از حمایت اجتماعی متوسط به بالا برخوردار بودند (بر اساس پرسشنامه حمایت اجتماعی)، سابقه اختلالات روانی و تنش‌های شدید نداشتند (بر اساس آزمون بک و آزمون سلامت عمومی GHQ)، در طی ۶ ماه گذشته حادثه ناگواری برایشان اتفاق نیفتاده بود (بر اساس پرسشنامه پیگل)،

ساعت اشک بریزند و سپس کاملاً آرام شوند و روز بعد دوباره گریه را از سر بگیرند (Cunningham, 2010).

علت این اختلال ناشناخته و در تحقیقات مختلف عوامل متعددی را با آن مرتبط دانسته‌اند (Beckman, 2006; Cunningham, 2010). برخی آن را به احساس فقدان (Sense of Loss) نسبت داده‌اند. این واکنش ناشی از زایمان نوزادی است که مادر مدت‌ها با او زندگی کرده و با تغییرات ایجاد شده به واسطه او تطابق یافته است. با زایمان کلیه موارد فوق از بین رفته و مادر احساس خلاء می‌کند (Varney, 1997).

برای این اختلال شیوعی بین ۳۰ تا ۸۵ درصد در جهان گزارش شده است (Faisal-Cury و همکاران ۲۰۰۸، Kaplan Sadock, 2003). اندوه پس از زایمان بر روند سلامت پس از زایمان دو تأثیر مهم می‌تواند داشته باشد، یکی ارتباط با افسردگی پس از زایمان و دیگری تأثیر تضعیف کننده آن بر ارتباط مادر-نوزاد (Feber, 2004). شواهد نشان می‌دهد که وقوع افسردگی پس از زایمان در خانم‌هایی که اندوه پس از زایمان را تجربه کرده‌اند افزایش می‌یابد (Adewuya, 2005)، افسردگی پس از زایمان منجر به تطابق غیر موثر مادر با کودک، همسر و خانواده و در نتیجه عدم توانایی در انجام وظایف مادری و همسری می‌گردد. گاهی نیز منجر به تراژدی خود کشی مادر و یا فرزند کشی می‌شود (Lowdermik, 2000). همچنین مطالعات مختلف نشان داده که نوزاد مادرانی که دارای بی ثباتی عاطفی هستند، در ارتباطات خود واکنش‌های نامناسب بروز می‌دهند و رفتارهای غیر عادی نظیر بی تفاوتی، عدم اطمینان به دیگران، رفتارهای ناهنجار، به همراه انزوای اجتماعی و عاطفی نشان خواهند داد و همسران زنانی که افسردگی پس از زایمان را تجربه می‌کنند، با احتمال ۵۰-۲۰ درصد در معرض ابتلا به افسردگی هستند (صحت شفائی و همکاران، ۱۳۸۷).

از سویی دیگر تکامل ارتباط بین مادر و نوزاد مهمترین فرآیند روانشناختی بعد از تولد می‌باشد، اختلال در این روند می‌تواند به‌طور بالقوه عواقب بلند مدتی روی نوزاد بگذارد (Edhborg و همکاران ۲۰۰۵). ریگتی و همکاران (۲۰۰۲) نیز خلق و عاطفه مادر را یک عامل مهم برای برقراری یک رابطه سالم مادری - فرزند می‌دانند، بطوریکه نشان دادند خلق پائین مادرانی که دچار افسردگی پس از زایمان بودند بر روی این رابطه اثر منفی می‌گذارد (Feber, ۲۰۰۴). با توجه به شیوع بالا و عوارض بعدی و درک عوامل مرتبط با اندوه پس از زایمان ضروری است که پرسنل بهداشتی درمانی سرنخ‌هایی جهت مداخلات زود هنگام برای به حداقل رساندن علائم یا پیشگیری از آن بدست آورند

پیگل با ۵۱ بخش کوتاه نشان دهنده وقایعی است که در عرض ۶ ماه گذشته برای فرد اتفاق افتاده است (امیر علی اکبری و همکاران، ۱۳۸۷).

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ که به منظور شناسایی اختلالات روانی غیر روان پریشی توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) تهیه و تنظیم گردیده است دارای ۲۸ سوال متشکل از چهار بعد شامل علائم جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید (هر مقیاس ۷ سوال) می باشد. امتیاز کمتر از ۲۳، سالم و امتیاز ۲۳ به بالا مشکوک به داشتن اختلال روانی می باشد (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰). پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین مشتمل بر ۱۳ سوال است که ۸ سوال اول در طیف ۵ گزینه ای لیکرت از ۰-۴ نمره و ۵ سوال آخر به پاسخهای بله یک امتیاز و به پاسخهای نه صفر امتیاز اختصاص داده می شود. در مقیاس کلی با ۲۶-۰ امتیاز سنجیده می شود (Stein, ۱۹۸۰). چک لیست ثبت مراقبت های روزانه توسط سازمان بهداشت جهانی برای ثبت مشخصات و اطلاعات مربوط به مراقبت های روزانه پیشنهاد شده است که در برنامه های مراقبت آغوشی در بعضی از کشورها مورد استفاده قرار می گیرد و شامل: تاریخ و نوع زایمان، جنسیت نوزاد، وزن هنگام تولد و آپگار موقع تولد، تاریخ ترخیص از بیمارستان همچنین ثبت روزانه مدت متوسط مراقبت آغوشی، روش شیردهی، وزن نوزاد، شکایات مادر در رابطه با مراقبت و تاریخ پایان مراقبت می باشد که بر حسب نیاز می توان گزینه هایی را به آن افزود. این داده ها اطلاعات پایه برای مراقبت روزانه بوده و سرانجام آن را، برای پایش برنامه در اختیار محقق قرار می دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳).

اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ در سال ۱۳۸۰ توسط نوربالا و همکاران به روش بررسی اعتبار هم زمان با پرسشنامه غربالگری SCL-90-R تأیید شد. در مطالعه تقوی و نوربالا سال ۱۳۸۰ اعتبار پرسشنامه مزبور از سه روش آزمون مجدد، دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ بررسی گردیده، که به ترتیب ضرائب پایایی ۷۰٪، ۹۳٪ و ۹۰٪ گزارش گردید پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ توسط نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) سنجیده شد. این پرسشنامه دارای حساسیت ۸۴/۲ و ویژگی ۹۴/۴ می باشد. همچنین تقوی (۱۳۸۰) روایی این پرسشنامه را با استفاده از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده آزمون ها ی این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل محاسبه نمود که به ضرایب ۵۵٪، ۸۷٪ و ۵۰ درصد به دست آمد. ضریب پایایی این پرسش نامه در مطالعه حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۷۹

سابقه دو سقط یا بیشتر، سابقه مرده زایی و یا نازایی نداشتند. مبتلا به پیامدهای نامطلوب بارداری از جمله زایمان زودرس، زایمان با ابزار، تولد نوزاد با ناهنجاری مادرزادی، پره اکلامپسی، اکلامپسی، خونریزی پس از زایمان، عفونت، مشکلات پستان، بارداری در نتیجه روش های کمک باروری نبوده و در طی مطالعه نمونه هایی که وزن موقع تولد نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم، بستری شدن مادر یا نوزاد در بیمارستان، عدم تغذیه انحصاری با شیر مادر، عدم تماس پوستی بلافاصله بعد از زایمان، عدم انجام مراقبت طی دو روز و یا نمونه ها تمایلی به ادامه همکاری نداشتند از معیارهای خروج از مطالعه بود. نمونه های پژوهش به روش مبتنی بر هدف انتخاب و سپس بر حسب روز زایمان به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. زایمان هایی که در روزهای زوج هفته انجام می شد به گروه مداخله و روزهای فرد به گروه کنترل اختصاص داده شد. در طی مراحل نمونه گیری متغیرهای مداخله گر شامل تعداد حاملگی و زایمان، نوع زایمان و جنس نوزاد در دو گروه مداخله و کنترل همسان سازی شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و مائائی، سیاهه افسردگی بک، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸، پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن، پرسشنامه حوادث ناگوار پیگل، پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین و چک لیست ثبت مراقبت های روزانه بود.

سیاهه افسردگی بک یکی از پر استفاده ترین آزمون های اندازه گیری در روان پزشکی است. این آزمون شامل ۲۱ مورد از علائم و نگرش ها می باشد که هر مورد یک جلوه رفتاری خاص افسردگی را نشان می دهد. هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت امتیاز از ۰ تا ۳ را به خود اختصاص می دهد. امتیاز کمتر یا مساوی ۹ بعنوان غیر افسرده، ۱۲-۱۰ در معرض خطر افسردگی و ۱۴-۱۲ ارجاع به مشاوه و بالای ۱۴ بعنوان افسرده در نظر گرفته می شود (کریمی، ۱۳۸۹؛ امیر علی اکبری و همکاران، ۱۳۸۷؛ طلائی و همکاران، ۱۳۸۴).

پرسشنامه حمایت اجتماعی دارای ۱۶ سوال و ده سوال اول دارای پنج پاسخ که از ۰-۴ امتیاز بندی شده و شش سوال بعدی که مربوط به حمایت اجتماعی دوران پس از زایمان و دارای دو پاسخ و دارای امتیاز ۰ و ۱ و امتیاز ۱-۰ بعنوان حمایت اجتماعی کم، امتیاز ۲۰-۱۱ بعنوان حمایت اجتماعی متوسط و امتیاز بالای ۲۱ بعنوان حمایت اجتماعی زیاد در نظر گرفته می شود. در مورد ۶ سوال آخر امتیاز ۳ یا کمتر نشان دهنده پائین بودن حمایت اجتماعی در مرحله بعد از زایمان می باشد (امیر علی اکبری و همکاران، ۱۳۸۷). پرسشنامه

محاسبه و تائید گردید.

پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین در سال ۱۳۸۹ توسط کریمی به روش اعتبار محتوا، تأیید گردید. پایایی پرسشنامه با تعیین میزان همبستگی این آزمون با پرسشنامه افسردگی ادینبرگ در مطالعه آدویا (۲۰۰۶) ۰/۸۵ درصد و در مطالعه کریمی (۱۳۸۹) ۰/۹۰ درصد بدست آمد. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ محاسبه گردید که بیانگر تائید پایایی این پرسش نامه می باشد.

اعتبار پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن در مطالعات قبلی با روش اعتبار محتوا تأیید شده است (دولتیان و همکاران، ۱۳۸۵؛ امیر علی اکبری و همکاران، ۱۳۸۷). پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن به روش (سنجش ثبات درونی) آلفا کرونباخ ($\alpha=0/90$) سنجیده شده و اکنون بعنوان ابزاری جهت سنجش حمایت اجتماعی قبل و بعد از زایمان مورد استفاده قرار می گیرد (دولتیان و همکاران، ۱۳۸۵؛ امیر علی اکبری و همکاران، ۱۳۸۷). در این مطالعه پایایی پرسش نامه با روش سنجش ثبات درون با آلفا کرونباخ ($\alpha=0/87$) محاسبه شد.

اعتبار چک لیست ثبت مراقبت های روزانه به روش اعتبار محتوا انجام گردید به این معنی که با مطالعه منابع ومقالات موجود وبا توجه به اهداف پژوهش چک لیست توسط پژوهشگر و با نظر اساتید راهنما ومشاور تهیه وتنظیم و سپس مورد بررسی هشت نفر از اساتید رشته مامایی ودو نفر روان پزشک و یک نفر متخصص اطفال قرار گرفت وپس از نظرخواهی از ایشان، اصلاحات لازم صورت گرفته و اعتبار آن تأیید گردید و برای تعیین پایایی آن نیز از روش توافق بین ارزیابان Inter rater consistency استفاده گردید و به این ترتیب که، دو نسخه از چک لیست ثبت مراقبتهای روزانه در اختیار ۱۰ نفر از نمونه ها قرار گرفت. از نمونه ها خواسته شد تا یکی از چک لیست ها توسط خود آنان و دیگری توسط یکی از اعضا خانواده که مراقبت را به عهده دارد واز نظر اطلاعات مشابه او می باشد تکمیل گردد. چک لیست شامل: ثبت روزانه مدت متوسط وتعداد دفعات مراقبت آغوشی، روش شیردهی و... بود، سپس ضریب همبستگی دو پرسشنامه محاسبه شد ($r=0/90$)، این نمونه ها سپس از پژوهش خارج شدند. مطالعات زیادی در ارتباط با بررسی اعتبار و پایایی آزمون بک انجام شده که همگی حاکی از اعتبار و پایایی بالای آزمون و فرهنگ ناپذیری آن در سطح جهان می باشد به طوری که برای طبقات و اقشار مختلف اجتماعی قابل اجرا می باشد که دارای حساسیت ۸۷ درصد و

ارزش پیشگویی ۷۳ درصد است (طلائی و همکاران، ۱۳۸۴؛ کریمی، ۱۳۸۹).

در روش گرد آوری داده ها نمونه ها، در صورت دارا بودن معیارهای ورود و پس از اخذ رضایت نامه کتبی وارد مطالعه شدند. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و مامائی توسط خود پژوهشگر و پرسشنامه افسردگی بک، آزمون سلامت عمومی ۲۸، پرسشنامه حوادث ناگوار پیگل و ۱۰ سوال اول پرسشنامه حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. ۱۴۸ نفر از نمونه ها که از سیاهه افسردگی بک امتیاز کمتر از ۹، از آزمون سلامت عمومی امتیاز کمتر از ۲۳ و از آزمون حمایت اجتماعی امتیاز بالای ۱۱ کسب نموده بودند و به سوالات پرسشنامه پیگل پاسخ بله نداده بودند، وارد مطالعه شدند. کارتی حاوی مشخصات و شماره تماس پژوهشگر برای تماس در اختیار نمونه های پژوهش قرار گرفت، همچنین آدرس و شماره تلفن نمونه ها برای پیگیری وهماهنگی توسط پژوهشگر ثبت شد. به نمونه ها آموزش داده شد که در زمان مراجعه برای زایمان با پژوهشگر تماس بگیرند. به مادرانی که با توجه به نمره های کسب شده از پرسشنامه ها، دارای مشکلات یا اختلالات خلقی بودند توضیحات و توصیه های لازم در رابطه با مراجعه به مشاوره و یا روانپزشک بر حسب نیاز ارائه شد.

مراقبت های روتین بعد از زایمان برای مادران و نوزادان در هر دو گروه کنترل و مداخله مطابق با روتین بیمارستان های دوستدار کودک شامل نشان دادن نوزاد به مادر و تماس پوستی بدون مراقبت آغوشی و تغذیه نوزاد با شیر مادر در حضور پژوهشگر توسط کادر بیمارستان انجام می گرفت.

در گروه مداخله وحداکثر طی ۲۴ ساعت اول پس از زایمان مراقبت آغوشی در کنار مراقبت های معمول پس از زایمان تحت آموزش ها و نظارت پژوهشگر بمدت ۳۰-۲۰ دقیقه انجام گردید، به این ترتیب که پژوهشگر با حفظ حریم خصوصی مادر ودر حالی که مادر نوزادش را در آغوش داشت، مراحل مراقبت آغوشی با عکس و پمفلت تهیه شده توسط پژوهشگر به مادر توضیح داده ومادر در حضور پژوهشگر این مراحل را انجام وتجربه نمود. پژوهشگر علائم مهم شامل تغذیه، تغییرات تنفسی، دمای بدن، تشنج، زردی و علت مهم بودن آنها را برای مادر توضیح داده و همچنین تأکید می نمود که تماس پوست به پوست برای گرم نگه داشتن کودک و محافظت او در مقابل بیماری ها مفید است. در این پژوهش منظور از مراقبت آغوشی حالتی بود که نوزاد در کمترین فاصله پس از زایمان (واژینال یا سزارین) در حالی که تنها کلاه، جوراب و پوشش تناسلی داشت،

بر اساس آزمون‌های آماری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و مامائی در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. طبق جدول شماره ۱، فراوانی اندوه در روز سوم در گروه کنترل ۴۵/۸ درصد و در گروه مداخله ۱۴/۶ درصد می‌باشد. در روز پنجم و دهم نیز فراوانی اندوه در گروه کنترل بالاتر از گروه مداخله بود.

جدول ۱- فراوانی اندوه پس از زایمان نمونه‌های پژوهش در روزهای اول، سوم، پنجم و دهم در دو گروه کنترل و مداخله

روز	اندوه		گروه کنترل		گروه مداخله	
	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد
روز اول	۳۸	۷۹/۲	۱۰	۲۰/۸	۳۹	۸۱/۲
روز سوم	۲۶	۵۴/۲	۲۲	۴۵/۸	۴۱	۸۵/۴
روز پنجم	۴۱	۸۵/۴	۷	۱۴/۶	۴۶	۹۵/۸
روز دهم	۴۵	۹۳/۸	۳	۶/۲	۴۷	۹۷/۹

میانگین نمره اندوه پس از زایمان به دست آمده از پرسشنامه استین در دو گروه در روزهای اول، سوم، پنجم و دهم محاسبه شد. طبق نمودار ۱ میانگین نمره اندوه پس از زایمان دو گروه در روز اول اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد. میانگین نمره اندوه پس از زایمان روزهای سوم، پنجم و دهم دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($p < 0.001$) و در این روزها میانگین نمره اندوه پس از زایمان گروه کنترل بیشتر از گروه مداخله بود، در گروه کنترل نیز طی ۱۰ روز بررسی در روز سوم پس از زایمان بالاترین میزان اندوه مشاهده گردید و میانگین نمره اندوه در گروه کنترل تا روز سوم افزایش و سپس سیر کاهشی داشت در صورتی که در گروه مداخله میانگین نمره اندوه از روز اول تا دهم سیر نزولی داشت. در گروه مداخله اختلاف آماری معنی‌داری بین شدت اندوه پس از زایمان بین روزهای اول - پنجم، اول - دهم، سوم - پنجم، سوم - دهم و پنجم - دهم وجود داشت ($p < 0.05$). اما این اختلاف برای روزهای اول و سوم معنی‌دار نبود. ($p = 0.192$) در گروه کنترل نیز به غیر از روزهای اول و پنجم ($p = 0.78$) میانگین بقیه روزها اختلاف معنی‌دار را نشان داد ($p > 0.05$)

نتایج نشان داد تعداد دفعات و طول مدت انجام مراقبت آغوشی با میانگین نمره اندوه پس از زایمان مرتبط می‌باشد ($p < 0.001$). همچنین نتایج حاصل از رگرسیون نشان داد بین عوامل جمعیت‌شناختی و مامائی و اندوه پس از زایمان ارتباط

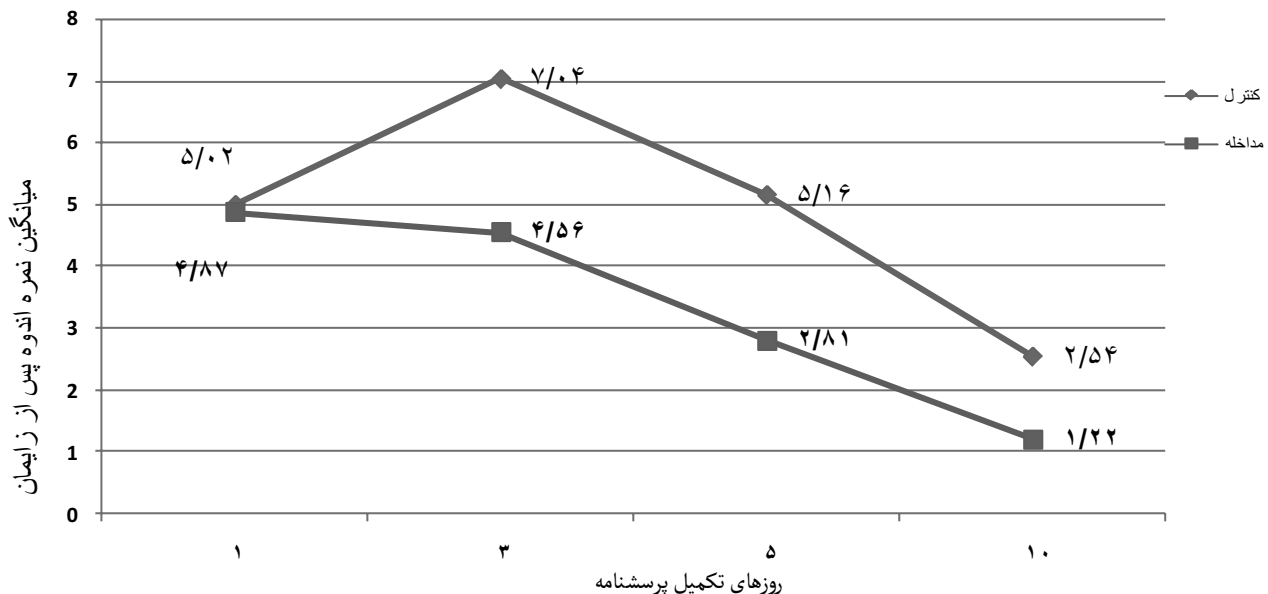
بر روی سینه برهنه مادر قرار گرفته و به وسیله پوششی که بر روی مادر قرار می‌گرفت، گرم نگه داشته می‌شد. برای حمل راحت‌تر نوزاد در طی مراقبت آغوشی نحوه بستن نوزاد با یک شال بزرگ به مادران آموزش داده شد. مراقبت‌های آغوشی بعدی تا روز دهم زایمان روزانه در چندین نوبت با توجه به تحمل مادر و نوزاد (حداقل یک بار) و در هر نوبت حداقل بمدت ۲۰-۳۰ دقیقه انجام می‌گرفت. چک لیست ثبت مراقبت‌های روزانه در اختیار مادران گروه مراقبت آغوشی قرار گرفت تا بصورت روزانه تکمیل نمایند.

پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین در روزهای اول، سوم، پنجم و دهم بعد از زایمان در هر دو گروه کنترل و مداخله توسط نمونه‌ها تکمیل و در اختیار پژوهشگر قرار می‌گرفت. در طی نمونه‌گیری ۵۲ نفر بر اساس معیارهای خروج از پژوهش، از مطالعه خارج شدند، در نهایت بررسی بر روی اطلاعات بدست آمده از ۹۶ نفر از نمونه‌ها انجام گردید. پس از جمع‌آوری چک لیست و پرسشنامه‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، و تحلیلی (آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب کای دو، تست دقیق فیشر، آزمون همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سن مادران در هر دو گروه کنترل و مداخله ۲۶ سال بود. تحصیلات دیپلم در هر دو گروه بیشترین فراوانی را داشت و تنها ۲۵ درصد نمونه‌ها در هر دو گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین میانگین سن همسران نمونه‌ها در گروه کنترل ۳۰ سال و در گروه مداخله ۳۱ سال بود. در گروه کنترل ۳۱/۳ درصد همسران نمونه‌ها تحصیلات دانشگاهی داشتند، در حالیکه در گروه مداخله ۴۳/۸ درصد دیپلم بودند. گروه کنترل ۸۵/۴ درصد نمونه‌ها و در گروه مداخله ۹۷/۹ درصد نمونه‌ها خانه‌دار بودند.

۵۰ درصد نمونه‌ها در گروه کنترل و ۳۹/۶ درصد در گروه مداخله عنوان کردند که درآمد ماهیانه‌ای بین ۴۰۱ تا ۵۰۰ تومان دارند. در هر دو گروه بیش از ۶۰ درصد نمونه‌ها اولین زایمان خود را تجربه می‌کردند، در هر دو گروه ۵۰ درصد نمونه‌ها به روش سزارین و ۵۰ درصد به روش واژینال زایمان نمودند. همچنین در هر دو گروه ۵۴/۲ درصد نوزادها دختر و ۴۵/۸ درصد نیز پسر بوند که بیش از نیمی از نوزادان وزنی بین ۳۰۰۰ تا ۳۵۰۰ گرم داشتند.



نمودار ۱- میانگین نمره اندوه پس از زایمان در روزهای اول، سوم، پنجم و دهم پس از زایمان در دو گروه کنترل و مداخله

آماري معنی داری وجود ندارد.

بحث

نتایج تجزیه و تحلیل نشان داد در مطالعه حاضر بین عوامل جمعیت‌شناختی و مامائی و اندوه پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد. در اغلب مطالعات معمولاً عوامل جمعیت‌شناختی با اندوه و افسردگی پس از زایمان، بی‌ارتباط بوده و یا نتایج متفاوتی به دست آمده است. به نظر می‌رسد تغییرات فیزیولوژیک دوره نفاس در مادران، باعث کم‌رنگ شدن تأثیر فاکتورهای جمعیت‌شناختی و نتایج متناقض در مطالعات مختلف می‌گردد (باقزاده و همکاران ۱۳۸۸). از سوئی دیگر کاپلان و سادوک (۲۰۰۳) نیز اظهار دارند متغیرهای مامائی نظیر سن حاملگی، نوع زایمان، وزن هنگام تولد با اختلالات روانپزشکی بعد از زایمان در ارتباط نمی‌باشند.

تحقیقات Bloch و همکاران (۲۰۰۶) در فلسطین اشغالی، تغییرات خلقی شدید را در ۷/۳ درصد افراد مورد بررسی نشان داد که حداکثر آن در ۴ الی ۶ روز پس از زایمان بود. Adewuya (۲۰۰۵) در نیجریه شیوع آن را ۳۱/۳ درصد در ۱۰ روز اول پس از زایمان گزارش کرد که بروز ۵۵/۴ علایم در طی یک تا ۲ روز اول بعد از زایمان بود. Gonidakis و همکاران (۲۰۰۷) نیز در تحقیقات خود در یونان شیوع اندوه پس از زایمان را در ۳ روز اول پس از زایمان ۴۴/۵ درصد گزارش کردند. Hau, levy (۲۰۰۳) نیز در زنان هنگ کنگی چینی اوج علائم و ظهور

اندوه پس از زایمان را در روز پنجم بعد از زایمان ذکر کردند. در مطالعه نعمت بخش و همکاران (۱۳۸۴) اوج علائم در روز چهارم بعد از زایمان دیده شد. ویلکی و شاپیرو حداکثر علائم اندوه را بین روزهای چهارم و ششم گزارش نمودند (Henshow 2003). نتایج مطالعه حاضر در رابطه با اوج علائم اندوه بعد از زایمان، با نتایج مطالعه Gonidakis و همکاران (۲۰۰۷)، Bloch و همکاران (۲۰۰۶) و Adewuya (۲۰۰۵) همسو بود ولی با نتایج مطالعات نعمت بخش، Hau, levy و همخوانی نداشت. در پژوهش نعمت بخش و همکاران، برای سنجش اندوه پس از زایمان از ابزار Zung استفاده شده، همچنین نمونه‌های پژوهش از بین زنانی انتخاب شده بود که به روش سزارین زایمان کرده بودند. در پژوهش هائو و لوی نیز زنانی که به روش سزارین زایمان کرده بودند از مطالعه خارج شدند، از سوی دیگر اختلاف‌های فرهنگی را نیز باید مد نظر قرار داد بطوریکه گروهی اندوه پس از زایمان را یک سندرم وابسته به فرهنگ می‌دانند (Hau و levy, ۲۰۰۳). با توجه به نمودار ۱ به‌طور واضح میانگین نمره اندوه پس از زایمان در گروه کنترل بیش از گروه مداخله بود. همچنین میانگین نمره اندوه پس از زایمان در گروه کنترل در روز سوم افزایش و سپس کاهش یافته، بطوریکه میانگین نمره اندوه روز سوم بیشتر از میانگین سایر روزها بود. در حالی که در گروه مداخله میانگین نمره اندوه از ابتدا روند کاهشی داشت. Sakumoto و همکاران (۲۰۰۲) براین باورند که شاید نحوه مراقبت از نوزاد، در اندوه پس از زایمان موثر باشد. برخی محققان

اشتیاقی در مادران ایجاد کرده اضطراب مادری را کاهش می‌دهد و فرآیند مادر شدن را تکامل می‌بخشد (وکیلان، ۱۳۸۸). شاید تأثیر مراقبت آغوشی پیچیده‌تر از آن است که تصور می‌شود. بنابراین بهتر است به جای تمرکز بر افسردگی، بر سلامت مادر و نوزاد و به جای تغییرات فردی، بر اصلاح محیط و روابط تمرکز کرد، فعالیت، توانمند سازی و درگیر نمودن مادر و نوزاد در فرآیند پیشگیری یا درمان را مطرح نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که مراقبت آغوشی بر اندوه پس از زایمان تأثیر داشته و انجام آن باعث تخفیف علائم و کاهش اندوه بعد از زایمان گردیده است. از آنجایی که این روش مهارت و آموزش خاصی را نمی‌خواهد و هزینه مالی نیز در بر ندارد و به راحتی قابل انجام توسط مادر می‌باشد پیشنهاد میشود تا در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی در مانی توصیه به انجام آن شود و از عوارض و اثرات اندوه بعد از زایمان و به دنبال آن کم توجهی مادر به نوزاد نیز جلوگیری گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مامائی شعبه بین الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ثبت IRCT201101265698N1 و به راهنمائی سرکار خانم محبوبه احمدی می‌باشد. در پایان از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند از جمله معاونت محترم پژوهشی شعبه بین الملل، سازمان تامین اجتماعی تهران، مسئولین محترم، کادر درمانگاه اورژانس زنان و بخش زنان و زایمان بیمارستان هدایت و نمونه‌های پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

اندوه پس از زایمان را به احساس فقدان نسبت داده اند. این واکنش ناشی از زایمان نوزادی است که مادر مدت‌ها با او زندگی کرده و با تغییرات ایجاد شده به واسطه او تطابق یافته است. با زایمان کلیه موارد فوق از بین رفته و مادر احساس خلاء می‌کند (Varney, ۱۹۹۷). در مطالعه حاضر زمانی که علائم اندوه پس از زایمان به اوج رسیده، مداخله به روش مراقبت آغوشی باعث کاهش شدت اندوه پس از زایمان گردیده به این ترتیب فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

Feldman و همکاران (۲۰۰۲) کاهش افسردگی با مراقبت آغوشی و اثر غیر مستقیم آن بر بهبود نقش، نگرش و رفتار تعاملی والدین را گزارش کردند. در مطالعه Dombrowski و همکاران (۲۰۰۱) نمره افسردگی طی ۳۲ ساعت بعد از زایمان بدنبال مراقبت آغوشی کاهش یافت. Sang Bok, Hye Sook (۲۰۰۷) نیز مراقبت آغوشی را در کاهش میزان اضطراب مادران با نوزاد نارس موثر دانستند، ولی در مورد اعتماد به نفس و دلبستگی مادر ارتباط معنی‌داری را نیافتند. Cooper و همکاران (۲۰۰۹) تأثیرات مثبت قابل توجهی را در کیفیت ارتباط مادر و نوزاد و کاهش افسردگی مادر در مطالعه خود مطرح نمودند. تغییرات خلقی ناشی از مراقبت آغوشی می‌تواند به علت تماس طولانی مدت با نوزاد، تماس لذت بخش پوست به پوست، کمک و همراهی متخصص در هنگام قرار دادن و برداشتن نوزاد و یا آگاهی از فواید مستمر و بالای مراقبت آغوشی برای نوزاد باشد، در حالیکه این موقعیت‌ها در مراقبت‌های معمول وجود ندارد. تماس پوست به پوست یکی از اجزای اصلی مراقبت آغوشی می‌باشد (Macedo و همکاران، ۲۰۰۷). یکی از روشهایی که امروزه در اکثر کشورهای جهان بکار می‌رود لمس درمانی است. گزارش فردی بیماران پس از انجام لمس حاکی از آرامش و احساس خوب بودن است (ذوالفقاری، ۱۳۸۳). تماس به شیوه کانگرویی یک مداخله لمس انسانی است، که وابستگی پرشور و

REFERENCES

- Abiodun O Adewuya A O, (2006) Early Postpartum Mood as a Risk Factor for Postnatal Depression in Nigerian Women. American Psychiatry journal. 163 (8)1435-37
- Adewuya AO (2005) The maternity blues in Western Nigerian women; Prevalence and risk factors. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 193 (4)1522-1525
- Amir Ali Akbari S. et al (2007) Relation between gestational anemia and postpartum depression. Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 15 (1)33-39 [Persian]
- Bagherzadeh R, et al. (2009) Prevalence of Maternal Blues, Postpartum Depression and Their Correlation with

- Premenstrual Syndrome in Women Referred to Health Centers Affiliated to Bushehr University of Medical Sciences. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 12 (3)9-15 [Persian]
- Beckmann CR, Ling FW, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WN, Laube DW (2006) *Obstetrics and Gynecology*. 5th edition Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- Bloch M. et al (2006) Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*. 28 (1)3-8.
- Canningham FG. et al (2010) *Williams Obstetrics*. 23 th edition New York, MCGRAW-HILL- Medical publishing Division.
- Cooper P. et al (2009) Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomized controlled trial. www.bmj.com/content/338/bmj.b974
- de Macedo, E. C., Cruvinel, F., Lukasova, K., & D'Antino, M. E. F. (2007). The mood variation in mothers of preterm infants in Kangaroo mother care and conventional incubator care. *Journal of tropical pediatrics*, 53 (5), 344-346.
- Dulatian M. et al (2006) The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of Reproduction & Infertility*. 260-68 [Persian]
- Dombrowski M. et al (2001) Kangaroo (skin –to-skin) Care With a Postpartum Woman Who Felt Depressed. *American Journal of maternal child nursing* . 26 (4)214-16
- Edhborg M (2004) postpartum depressive symptoms in family perspective; some indicators experiences and consequences. From the Department of Woman and Child Health, Division of Reproductive and Perinatal Health Care, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden .4-8 diss.kib.ki.se/2004/91-7140-146-6/thesis.pdf
- Ershad manesh M, Danandeh S, Reza nejhad L (2003) *Kangaroo Mother Care*. Kavir publisher. 1 th ed. [Persian]
- Faisal-Cury A. et al (2008) Maternity “Blue” Prevalence and Risk Factors; *Spanish Journal of Psychology*. 11 (2) 593-599
- Goldstein Ferber S, Makhoul IR (2004) the effect of skin-to skin contact (Kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn.a randomized,controlled trial *Pediatrics*. 113:858-865
- Feldman R. Eidelman AI. Sirota L. Weller A. (2002) Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*. 110 (1)16-26
- Gonidakis F, Rabavilas A, Varsou E, Keratsas G, Christodoulou G.N (2007) Maternity blues in Athens, Greece. a Study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*. 99 (1)107-115
- Hau F.w, levy V.A. (2003) The maternity blues in Hong Kong Chinese woman; an expiatory study. *Journal of Affective Disorders*. 2 (3)97-203
- Hedberg K. Anderson GC. Bergman N. Cattano A. Chaprak N. Davanzo R. (2010) Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report from the first European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Pediatrics Journal*. 99 (6) 820-826
- Henshaw C. (2003) Mood disturbance in the early puerperium. *Archivs of Women Mental Health*. 6 (2) 33-42
- Kaplan HI. Sadocks BJ (2003) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th edition Philadelphia, Lipincott Williams &Wilkins.
- Carfoot S. Williamson PR. Dickson R (2003) A Systematic review of randomized control trial , evaluating the effect of mother – baby skin- to- skin care on successful breastfeeding. *Midwifery*. 19 (2)148-55
- Karimi S, Kariman N, Shams J, Nassir A, Aliakbari S (2010) Relationship between Postpartum Blues with Anxiety and Postpartum Depression in Tehran women. Thesis for M.Sc Degree in Midwifery, [Persian]
- Lowdermilk L. Perry E. Bobak M. (2000) *Maternity & Women Health Care*. 7th Edition. USA, Mosby. 940-964.
- Nagata M ; Nagai Y; Sobajima H; Ando T; Honjo S. (2003) Depression in the mother and maternal attachment – result from a follow –up study at one year postpartum. *Psychopathology*. 36 (3)42-151
- Nematbakhsh F. et al (2005) The Effect of Skin-to-skin Contact on the Severity of Postpartum Blues of

- Cesarean Sectioned Women. *Journal of Mental Health Principles*. 33 (34)89-98 [Persian]
- Noor Bala A, Bageri Yazdi SA, Kazem M (2008) Validation 28-item General Health Questionnaire as a screening tool for Psychiatric disorders in Tehran. *Hakim Medical Journal*. 11 (4)47-53 [Persian]
- Righetti-Veltman M. et al (2002) Postpartum depression and mother – infant relationship at 3 month old. *Journal of Affective Disorders*. 70 (3)291-306
- Sakamoto K, Masamoto H, Kanazawa K (2002) Postpartum maternity ‘ blues’ as a reflection of newborn nursing care in Japan. *International Journal of Obstetrics & Gynecology* . 78 (1) 25-30
- Sang Bok L, Hye Sook Sh (2007) Effects of Kangaroo Care on Anxiety, Maternal Role Confidence, and Maternal Infant Attachment of Mothers who Delivered Preterm Infants .*Journal of Korean Academy of Nursing*. 37 (6) 949-56
- Sehhatie shafaei F (2009) Study of Relationship between Some Predisposing Factors and Postpartum. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 8 (1)54-61 [Persian]
- Seyed Rasouli A et al (2009) The Physiological Parameters in Preterm Infant in Kangaroo and Traditional Methods. *Iranian Iranian Journal of Nursing Research*. 14 (4) 67-75 [Persian]
- Stein, G S (1980) The pattern of mental changes and body weigh change in the first post-partum week. *Journal of Psychosomatic Research*. 24 (3-4)165-71.
- Taghavi SMR (2001) Reliability and Validity of General Health Questionnaire. *Journal of Psychology*. 20 (4)381-3398
- Talaei A (2005) Is there any difference between patients depression symptoms pattern who come to clinic in different seasons ? *Journal of Fundamental of Mental Health*. 7 (25/26)35-39[Persian]
- Vakilian K (2009) Impact of Kangaroo mother care immediately after birth on mothers attachment behaviors at one and three months after birth. *Journal of Nursing Research*. 14 (4)7-14 [Persian]
- Varney H, Kriebs JM, Jeger KL. (2004) Varney’s midwifery. 4th edition Boston, Jones and Bartlett Publishers.
- World Health Organization (2003) Kangaroo mother care: a practical guide. Department of reproductive Health and Reserch, WHO, Geneva. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/
- Zolfaghari M. Ahmadi F (2004) Comparison the effects of muscle progressive relaxation therapy and therapeutic touch on anxiety and vital sign and cardiac dysrhythmia in cardiac catheterization client. *Bimonthly scientific - research scholar of Medicine, Shahed University*. 1 (51)33-40 [Persian]

Effect of Kangaroo Mother Care on Postpartum Depression

Abbasyan Azar F¹, Ahmadi M², Shams J³, Abadi A⁴

-
1. Alumnus MS midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences International Branch, Tehran, Iran
 2. MS midwifery, Lecturer Department of midwifery and reproductive health, Shahid Beheshti faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 3. PhD MD .Psychiatrist, Assistant professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 4. PhD Associate professor, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

■ Corresponding author: Ahmadi M., mah.ahmadi@sbm.ac.ir

Abstract

Background and aim: The maternity blues is the most common postnatal mood disturbance. The purpose of this study was to assess the effect of kangaroo mother care on maternity blues

Material and Methods. A clinical trial was conducted to assess the effect of kangaroo mother care on maternity blues. The sample of the study consisted of 96 pregnant women with gestational age 37-42 weeks, which were assigned to intervention and control groups. The mothers in intervention group provided kangaroo care for 10 consecutive days. Data were collected by Beck depression scale, General Health Questionnaire, Stein's Blues Scale Vinfield and Tighmen's social support scale and Peghle's adverse life events scale. Maternal blues was measured at the 1st-3rd-5th and 10th days during the study. Data were analyzed by SPSS statistical software.

Findings: Results of the study showed higher scores of maternal blues in the control group. There was a significant difference between the maternal blues scores of the intervention and control group at 3rd, 5th and 10th days of the study ($P < 0.05$). The results showed a significant correlation between the numbers and durations of kangaroo care and maternal blues scale. The results suggest the positive effect of kangaroo mother care on reducing the post-partum blues among mothers.

Conclusion: This study shows the positive effect of kangaroo mother care on maternal blues

Key words: maternal blues-skin to skin contact- Kangaroo mother care