

## بررسی تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت اندوه پس از زایمان خانم‌های سزارین شده

فرحناز نعمت‌بخش<sup>۱</sup>، معصومه کردی<sup>۲</sup>، دکتر علی صاحبی<sup>۳</sup>، دکتر حبیب‌الله اسماعیلی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>کارشناس ارشد مامایی

<sup>۲</sup>کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

<sup>۳</sup>دکترای روان‌شناسی بالینی و استادیار دانشکده علوم تربیتی دانشگاه فردوسی مشهد

<sup>۴</sup>دکترای آمار حیاتی

### خلاصه:

**مقدمه:** اندوه پس از زایمان شایع‌ترین اختلال خلقی پس از زایمان است و در صورتی که علائم آن بیش از دو هفته ادامه یابد، باید به افسردگی اساسی مشکوک شد. پیشگیری از آن می‌تواند در سلامت روانی خانواده در سال‌های آتی مؤثر باشد. یکی از روش‌های کاهش اندوه پس از زایمان می‌تواند تماس پوستی باشد. لذا مطالعه‌ای با هدف «تعیین تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت اندوه پس از زایمان خانم‌های سزارین شده» انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر به روش کارآزمایی بالینی بر روی ۷۹ خانم سزارین شده صورت گرفت. انتخاب اولیه بیمارستان‌های مورد مطالعه جهت تعیین دو گروه تجربی (۴۰ نفر) و شاهد (۳۹ نفر) به طور تصادفی انجام گرفت و هر ۵ روز یک بار جای دو گروه عوض می‌شد. در گروه تجربی، تماس پوستی روزانه به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه صورت می‌گرفت. اندوه پس از زایمان با استفاده از ابزار افسردگی زونگک بررسی شد. وضعیت خلقی مادران در روزهای سوم، چهارم و دهم پس از سزارین ارزیابی گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آزمون‌های تی دانشجویی و رگرسیون انجام شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که اختلاف معنی‌داری بین میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز چهارم ( $P=0/02$ ) و دهم ( $P=0/009$ ) در دو گروه وجود داشت. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که تنها، متغیر گروه (تماس پوستی مادر و نوزاد) و طول مدت شیردهی بر شدت اندوه پس از زایمان مؤثر بودند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** براساس پژوهش، مداخله تماس پوستی مادر و نوزاد روشی سالم و اقتصادی در کاهش شدت اندوه پس از زایمان مادر است. لذا پیشنهاد می‌گردد این روش جهت تأمین سلامت روانی مادر و نوزاد به کار رود.

**واژه‌های کلیدی:** اندوه پس از زایمان، تماس پوستی مادر و نوزاد، سزارین

### مقدمه

مادری نمودن نشانه تکامل و بلوغ یک زن است. لذا دوره نفاس دوره‌ای پر از شادی و استرس محسوب می‌گردد. زن باید علاوه بر پذیرش نقش خود با تغییرات شدید جسمی و روحی ایجاد شده نیز سازگار شود. بیش از ۷۵ درصد افرادی که به تازگی مادر شده‌اند، در معرض خطر مشکلات روان پزشکی بعد از زایمان هستند (۱).

فرحناز نعمت‌بخش  
کارشناس ارشد مامایی  
آدرس: اصفهان، نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی،  
دانشکده پرستاری و مامایی، گروه بهداشت  
تلفن: ۰۳۳۱-۲۶۴۱۲۷۵

در صورتی که کومر و روبسون<sup>۵</sup> در مطالعه خود نتیجه گرفتند که نوسانات خلقی در مراحل ابتدایی پس از زایمان، افسردگی سه ماه بعد از زایمان را پیش‌بینی نمی‌کند (۹). افسردگی بعد از زایمان نه تنها برای همسر و فرزندان بی‌نهایت زجرآور است، بلکه ممکن است به ایجاد مشکلات زناشویی یا تشدید مشکلات منتهی شود و صمیمیت و رابطه زوجین را ضعیف کند (۱۰). افسردگی بعد از زایمان همچنین سبب اختلال رفتاری و تکامل کودک (۹) و کاهش دلبستگی<sup>۶</sup> والدی می‌گردد (۹ و ۸).

دلبستگی سبب افزایش اعتماد به نفس مادر و در نتیجه تطابق بیشتر با تنیدگی‌ها می‌گردد (۱۱). به علاوه سلامت روانی مادر بعد از زایمان شامل دلبستگی و توانایی مراقبت از نوزاد است (۱). دلبستگی با تماس پوستی مادر و نوزاد افزایش می‌یابد (۱۱). این نوع مراقبت سبب برقراری پیوند تعاملی مادر و نوزاد می‌گردد و با ایجاد پیوند بین مادر و نوزاد سبب افزایش مهارت مراقبت از نوزاد و اعتماد به نفس او می‌شود (۱۲).

این روش همچنین به واسطه تماس مادر و نوزاد در رفع و کاهش احساس فقدان مؤثر است. دامبروسکی<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۱) نیز در مطالعه موردی خود کاهش نمره افسردگی را طی ۳۲ ساعت پس از زایمان و بعد از تماس پوستی مادر و نوزاد بیان نمودند (۱۳). ناگاتا و همکاران گزارش کردند که اندوه پس از زایمان سبب کاهش دلبستگی مادری می‌گردد (۸ و ۹). به دلیل تعدد مطالعات انجام شده فواید تماس پوستی مادر و نوزاد بر نوزادان نارس تا حدی شناخته شده است، اما مطالعات کمی به بررسی تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر سلامت روانی مادر پرداخته است.

بالاترین میزان اختلال روانی در زنان بستری ۴۴-۱۵ ساله، در یک تا دو ماه اول بعد از زایمان بوده است (۲). شایع‌ترین اختلال خلقی پس از زایمان «اندوه پس از زایمان»<sup>۱</sup> است که شیوعی بین ۳۰ تا ۸۵ درصد دارد (۳ و ۴) و برای اولین بار توسط لین و پولاتین<sup>۲</sup> در سال ۱۹۵۰ شرح داده شد (۵).

این عارضه یک دوره افسردگی همراه با کم‌خوابی، گریه و خستگی است که طی ۳ تا ۱۰ روز اول بعد از زایمان اتفاق می‌افتد (۶). علت اندوه پس از زایمان به درستی شناخته نشده است، اما اغلب اوقات آن را به تغییرات شدید هورمونی که بلافاصله بعد از زایمان اتفاق می‌افتد نسبت می‌دهند (۳ و ۴).

برخی آن را به احساس فقدان<sup>۳</sup> 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. این آسیب‌پذیری همراه با احساس ناامنی و بی‌کفایتی در نقش جدید مادری سبب کاهش اعتماد به نفس می‌گردد (۷).

گرچه اندوه پس از زایمان عارضه شایعی است، اما تشخیص این اختلال عمدتاً به فراموشی سپرده شده است، لذا مداخلات زود هنگام برای به حداقل رساندن علائم یا پیشگیری از آن ضروری است (۸).

در صورتی که علائم اندوه پس از زایمان بیش از دو هفته ادامه یابد باید به افسردگی اساسی مشکوک شد (۶). ناگاتا<sup>۴</sup> و همکاران در مطالعه خود ثابت کردند که اندوه پس از زایمان بر افسردگی بعد از یک سال از زایمان مؤثر است (۹).

<sup>5</sup> Kumar and Robson

<sup>6</sup> Attachment

<sup>7</sup> Domberowski

<sup>1</sup> Postpartum blues

<sup>2</sup> Lane and Polatine

<sup>3</sup> Sense of Loss

<sup>4</sup> Nagata

منظور از تماس مادر و نوزاد حالتی است که نوزاد در حالی که تنها پوشش تناسلی دارد، بر روی سینه برهنه مادر قرار گرفته و به وسیله پوششی که بر روی مادر قرار گرفته بود، گرم نگه داشته می شد.

متغیر وابسته اندوه پس از زایمان بود که با استفاده از مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ قبل از سزارین، روز سوم، چهارم و دهم بعد از زایمان سنجیده می شد.

متغیرهایی که تحت نظر گرفته شدند شامل، کیفیت رابطه با همسر، اطلاعات فردی، اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان مادر و نوزاد بعد از زایمان بود. ابزار مورد استفاده در این تحقیق شامل پرسش نامه مربوط به اطلاعات فردی، بارداری و زایمان و مادر و نوزاد بود.

«مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ» که شدت علائم افسردگی را می سنجد، از ۲۰ سؤال درباره جنبه های مختلف خلق تشکیل شده است. مقیاس های کیفیت رابطه با همسر و دیداری درد نیز طبق مقیاس لیکرت طبقه بندی شده اند.

روایی فرم انتخاب نمونه، مشاهده، مصاحبه و فرم ثبت تماس روزانه، به روش روایی محتوا تعیین گردید. روایی مقیاس کیفیت رابطه با همسر نیز توسط خدادوستان گزارش شده است (۱۰).

مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ برای سنجش کمی افسردگی، توسط زونگ در سال ۱۹۶۵ انتشار یافت و تحقیقات متعددی در آمریکا و سایر کشورهای دنیا روایی و پایایی آن را توصیف کرده اند (۱۴).

پایایی فرم های انتخاب نمونه  $(I=0/92)$ ، مصاحبه  $(I=0/93)$  و مشاهده  $(I=0/90)$ ، با استفاده از روش پایایی هم ارز تأیید شد  $(p < 0/01)$ . پایایی مقیاس کیفیت رابطه با همسر  $(\alpha = 0/864)$  و آزمون زونگ  $(\alpha = 0/87)$  به روش ضریب  $\alpha$  کرانباخ محاسبه گردید.

در این راستا پژوهشی با هدف تعیین تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت اندوه پس از زایمان خانم های سزارین شده بیمارستان های شریعتی و بهشتی اصفهان در سال ۱۳۸۰ انجام شد. به آن امید که نتایج آن راه گشایی جهت توجه به ابعاد روانی مادر و نوزاد و سلامت آن دو در سطح وسیع گردد.

### مواد و روش ها

پژوهش حاضر به روش کارآزمایی بالینی بر روی ۷۹ خانم باسواد ۱۸ تا ۳۵ ساله که جهت سزارین انتخابی مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیار ورود به نمونه شامل: حاملگی خواسته و ترم، سلامت مادر و نوزاد، مادر طی ۲ ساعت اول پس از زایمان نوزاد خود را شیر داده باشد، علت سزارین ترس از درد زایمان نباشد و مادر فاقد سابقه اختلالات روانی، تنش های شدید و اختلاف شدید خانوادگی باشد.

انتخاب واحدهای پژوهش به صورت مبتنی بر هدف انجام گرفت، به این صورت که از بین افرادی که جهت سزارین انتخابی به بیمارستان های بهشتی و شریعتی شهر اصفهان از تیر تا آبان سال ۱۳۸۰ مراجعه کرده بودند، افرادی که واجد مشخصات واحد پژوهش بودند، انتخاب شدند. جهت جلوگیری از تماس دو گروه شاهد و تجربی و یکسان نمودن محیط های مطالعه به مدت ۵ روز در یک بیمارستان اطلاعات مربوط به گروه شاهد و ۵ روز بعد اطلاعات مربوط به گروه تجربی جمع آوری گردید و هر ۵ روز یکبار جای گروه های شاهد و تجربی عوض می شد. انتخاب اولیه بیمارستان ها جهت تعیین دو گروه شاهد و تجربی به طور تصادفی انجام شد. در مطالعه فوق متغیر مستقل، تماس پوستی مادر و نوزاد بود که روزانه حداقل به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه انجام می شد.

با همسر همگن بودند. همچنین اکثر مادران احساس خوبی نسبت به بارداری و زایمان داشتند و علت سزارین اکثر خانم‌ها سزارین قبلی بود.

برنامه شیردهی نوزادان دو گروه طبق تقاضای نوزاد و طول مدت شیردهی در گروه تجربی بیشتر از گروه شاهد بود اما اختلاف آماری معنی‌دار نداشتند.

میانگین شدت درد در روز سوم در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت اما این اختلاف در روزهای چهارم ( $P=0/02$ ) و دهم ( $P=0/03$ ) معنی‌دار بود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع میانگین و انحراف معیار شدت درد افراد مورد مطالعه در روزهای مختلف مطالعه

نتیجه آزمون T	شاهد		تجربی		گروه
	SD	M	SD	M	
$t=2/12$ $p=0/9$	2/05	4/8	1/8	4/7	شدت درد روز سوم
$t=2/3$ $p=0/02$	1/7	5/02	1/7	4/07	شدت درد روز چهارم
$t=2/18$ $p=0/03$	2/15	3/07	2/3	1/9	شدت درد روز دهم

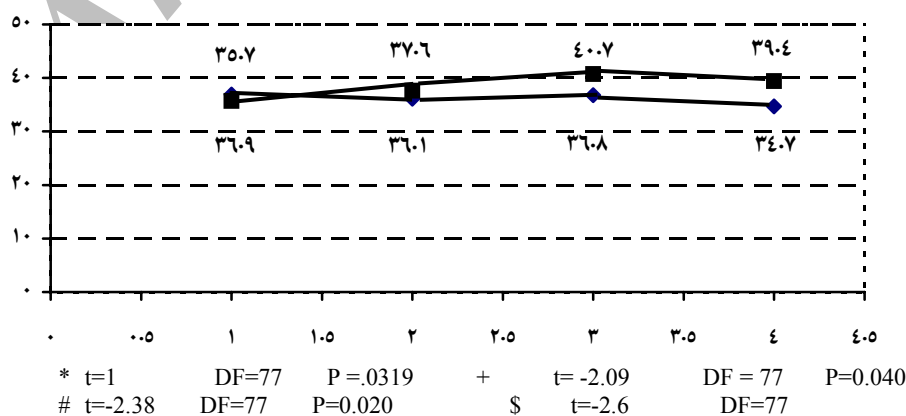
معنی‌داری داشتند، به طوریکه میانگین شدت اندوه روزهای سوم ( $P=0/04$ )، چهارم ( $P=0/02$ )، و دهم ( $P=0/09$ )، گروه تجربی کمتر از گروه شاهد بود (نمودار ۱).

جهت تجزیه و تحلیل آماری نیز از روشهای تی دانشجویی، تی زوجی، مدل‌های خطی عمومی و همبستگی استفاده شد.

## نتایج

میانگین سن مادران گروه تجربی ( $24/2 \pm 4/4$ ) و گروه شاهد ( $25/1 \pm 0/42$ ) بود که اختلاف معنی‌داری نداشتند. اکثر افراد مورد مطالعه دو گروه چندزا بودند و تحصیلات متوسط داشتند و همه افراد دو گروه از نظر شغل، طبقه اقتصادی-اجتماعی، وجود فرد حامی، اختلال ملال قبل از قاعدگی، شاخص توده بدنی و کیفیت رابطه

مقایسه میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز اول (پایه) دو گروه نشانگر اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه نیست درحالی‌که شدت اندوه پس از زایمان روز سوم، چهارم و دهم دو گروه تجربی و شاهد اختلاف



نمودار ۱- مقایسه میانگین شدت اندوه پس از زایمان در دو گروه تحت مطالعه به تفکیک روز اول، سوم، چهارم و دهم

درحالی که شدت اندوه با متغیرهای سن، تعداد زایمان، تحصیلات، درآمد ماهانه، احساس مادر نسبت به بارداری و زایمان و رضایت از جنس نوزاد رابطه معنی دار نداشت. همچنین رابطه معکوسی بین طول مدت شیردهی و اندوه پس از زایمان وجود داشت.

میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز اول و چهارم گروه تجربی نشانگر اختلاف آماری معنی دار نبود، در حالی که مقایسه میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز اول و چهارم گروه شاهد نشانگر افزایش معنی دار شدت اندوه بود ( $p < 0/001$ ).

مقایسه میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز اول و دهم گروه تجربی نشان دهنده کاهش معنی دار شدت اندوه بود ( $p < 0/001$ ). درحالی که در گروه شاهد افزایش معنی دار شدت اندوه مشاهده شد ( $p = 0/012$ ). شدت اندوه پس از زایمان روز دهم گروه تجربی نسبت به روز چهارم کاهش معنی داری داشت ( $0/007$ ). درحالی که در گروه شاهد این کاهش معنی دار نبود (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه اختلاف میانگین شدت اندوه پس از زایمان در روزهای مختلف مطالعه، در دو گروه تجربی و شاهد

نتیجه آزمون t	شاهد	تجربی	شدت اندوه پس از زایمان گروه
	اختلاف میانگین ± انحراف معیار	اختلاف میانگین ± انحراف معیار	
$t=3/45$ $p=0/001$	*** $5/05 \pm 6/56$	$-0/15 \pm 6/82$	روز اول - چهارم
$t=3/55$ $p=0/001$	** $3/69 \pm 8/76$	* $-2/25 \pm 5/83$	روز اول - دهم
$t=0/63$ $p=0/5$	$-1/36 \pm 5/71$	** $-2/10 \pm 4/62$	روز چهارم - دهم

\*\*\* =  $p < 0/001$     \*\* =  $p < 0/01$     \* =  $p < 0/05$

استین<sup>۱</sup> در مطالعه خود بیان می کند که علائم بی خوابی، گریه و نوسانات خلقی در روز چهارم به حداکثر رسید. کندل<sup>۲</sup> نیز حداکثر علائم اندوه را در روز چهارم بیان می کند (۱۵).

جهت تعیین عوامل اصلی تأثیرگذار بر شدت اندوه پس از زایمان، متغیرهای با اهمیت وارد مدل های خطی عمومی شدند. نتایج نشان داد که تنها طول مدت هر جلسه شیردهی ( $p=0/015$ ) و تماس پوستی مادر و نوزاد ( $p=0/035$ ) با شدت اندوه پس از زایمان رابطه داشتند. به این معنا که هرچه طول مدت شیردهی افزایش یابد شدت اندوه پس از زایمان کاهش می یابد.

جهت تعیین علائم اندوه پس از زایمان میانگین نمرات هر بند از مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ که بین ۴۷-۴۰ بود، محاسبه گردید.

نتایج نشان داد که شایع ترین علائم به ترتیب عبارت بودند از سختی انجام کار ( $M=2/8$ ، شماره ۱۲) تحریک پذیری ( $M=2/75$ ، شماره ۱۵)، اشکال در تصمیم گیری ( $M=2/6$ ، شماره ۱۶) و خستگی ( $M=2/54$ ، شماره ۱۰). درحالی که تفکر مرگ و عدم امید به آینده کمترین نمرات را به دست آوردند. همچنین شدت اندوه پس از زایمان با کیفیت رابطه با همسر و شدت درد روز سوم، رابطه معنی داری داشتند.

## بحث

در مطالعه ای که انجام شد میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز چهارم دو گروه بیشتر از روز سوم بود لذا روز چهارم به عنوان زمانی که علائم اندوه به حداکثر می رسند در نظر گرفته شد که با سایر مطالعات انجام شده مطابقت دارد.

<sup>1</sup> Stein

<sup>2</sup> Kendell

سلامتی به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است که برای تأمین آن باید بر هر سه جزء آن توجه داشت. جهت تأمین بهداشت روانی باید به دوران های بحرانی زندگی توجه داشت و در زمان بحران اقدامات و مداخلات کافی را جهت پیشگیری از این اختلالات و ناراحتی های روانی انجام داد.

از بحرانی ترین مراحل زندگی یک زن دوران بارداری و پس از زایمان است و شایع ترین عارضه در این دوره اندوه پس از زایمان است که در صورت شدید و مدت دار شدن، باید به افسردگی پس از زایمان مشکوک شد. افسردگی سبب کاهش دلبستگی و افزایش تیدگی می گردد که خود سلامتی مادر را به مخاطره می اندازد. دلبستگی نیز با تعامل مادر و نوزاد افزایش می یابد و سبب تغییر رفتار مادر می گردد که شامل احساس قدرت، نیروی جدید و یا قدرت فیزیکی و علم به نیازهای نوزاد است.

از جمله راهکارهای افزایش تعامل، تماس پوستی مادر و نوزاد است. از آنجا که این روش مراقبتی تسهیل کننده تغذیه با شیر مادر است سبب افزایش اعتماد به نفس مادر می گردد. لذا زمانی که اندوه پس از زایمان به اوج می رسد مداخله تماس پوستی مادر و نوزاد از پیشرفت افسردگی جلوگیری می کند.

در طی این مطالعه میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز اول - چهارم، اول - دهم، چهارم - دهم دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز چهارم گروه شاهد نسبت به روز اول افزایش معنی دار داشت، ولی در گروه تجربی اختلاف معنی داری وجود نداشت. علاوه بر آن مقایسه اختلاف میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز چهارم نسبت به روز اول دو گروه نشانگر اختلاف معنی دار بین دو گروه است.

ویلکی و شاپیرو<sup>۱</sup> حداکثر علائم اندوه را بین روزهای چهارم و ششم گزارش کردند. اما توافق نظری بین زمان بروز اندوه پس از زایمان طی چند روز اول بعد از زایمان وجود دارد (۱۶).

نتایج تحقیق نشان داد که میانگین شدت اندوه در گروهی که تحت تماس پوستی مادر و نوزاد بودند، کمتر از گروه شاهد بود. در این تحقیق طول مدت شیردهی و تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت اندوه پس از زایمان مؤثر بود. به این معنا که تماس پوستی مادر و نوزاد سبب کاهش شدت اندوه پس از زایمان شده است و همچنین هرچه طول مدت هر جلسه شیردهی بیشتر بود شدت اندوه پس از زایمان کاهش داشت.

پیت<sup>۲</sup> (۱۹۷۳) ارتباط بین اندوه پس از زایمان و مشکلات تغذیه با شیر مادر را نشان داد (۱۶). اما کن نرلی و گت<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) و هاپگود<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۸۸) چنین ارتباطی پیدا نکردند (۱۶). دامبروسکی و همکاران (۲۰۰۱) در تحقیق خود بر روی خانمی که احساس افسردگی می کرد، کاهش نمره افسردگی را طی ۳۲ ساعت بعد از زایمان گزارش کردند (۱۳).

واری<sup>۵</sup> بیان می کند که تماس فوری و مداوم مادر و نوزاد سبب کاهش اندوه پس از زایمان می گردد (۷). ساکوماتو<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۲) براین باورند که شاید نحوه مراقبت از نوزاد نقشی در اندوه پس از زایمان داشته باشد (۱۷). مارکاتز<sup>۷</sup> (۱۹۹۱) معتقد است که سلامت روانی مادر به دنبال بارداری و زایمان شامل دلبستگی عاطفی و توانایی مراقبت از نوزاد است (۱).

1. Wilkie and Shapiro

2. Pitt

3. Kennerly and Gath

4. Hapgood et al

5. Varney

6. Sakumato

7. Markatz

نتایج مطالعه نشان داد، بین شدت درد روز سوم و شدت اندوه پس از زایمان ارتباط معنی دار مستقیم وجود دارد.

نتایج نشان داده که افرادی که درد طولانی مدت را تجربه می کنند ممکن است احساس قربانی شدن، افسردگی، انزوا و تنهایی پیدا کنند.

بعد از زایمان نیز به دلیل درد های ناشی از عمل سزارین یا اپی زیاتومی، احتقان پستان و ... که با نیازهای سیری ناپذیر نوزاد همراه است، احتمالاً باعث افزایش شدت علائم اندوه پس از زایمان می گردد که البته به تحقیقی جداگانه برای اثبات این مسئله نیاز است. همچنین رابطه معنی دار معکوسی بین شدت اندوه پس از زایمان و کیفیت رابطه با همسر وجود داشت. کن نرلی و گت رابطه قوی بین متوسط نمره اندوه پس از زایمان و ارتباط ضعیف زوجین را بیان کردند (۱۸).

به نظر می رسد افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، استرس کمتری را تجربه می کنند و توانایی شان برای کنار آمدن با استرس افزایش می یابد و کمتر دچار افسردگی می گردند.

تحقیقات نشان می دهد که حمایت ارائه شده به مادران در دوره پس از زایمان، آنها را برای سازگاری با احساساتشان یاری می نماید و سهم مهمی در بهبود وضعیت عاطفی آنان و سازگاریشان با نقش مادری دارد. احتمالاً زنانی که رابطه بهتری با همسرانشان داشته اند نیز بیشتر از سوی همسر حمایت می شدند و به همین علت نیز علائم اندوه کمتری را نشان داده اند.

در این مطالعه رابطه ای بین سن، تحصیلات، تعداد زایمان، درآمد ماهیانه، احساس والدین نسبت به بارداری و زایمان و رضایت از جنس نوزاد با شدت اندوه پس از زایمان وجود نداشت.

میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز دهم نسبت به روز اول گروه شاهد افزایش معنی داری داشت. در گروه تجربی نیز کاهش معنی دار مشاهده شده است که نشانگر اختلاف آماری معنی دار بین اختلاف میانگین های دو گروه است.

میانگین شدت اندوه پس از زایمان روز دهم نسبت به روز چهارم گروه تجربی کاهش معنی دار داشت در صورتی که در گروه شاهد این کاهش معنی دار نبود اما اختلاف معنی داری بین اختلاف میانگین های دو گروه وجود نداشت.

به این ترتیب تغییر خلقی واضحی در گروه شاهد، بین روزهای اول تا چهارم مشاهده می شود، به طوری که افراد گروه شاهد دارای نمرات بالاتری از شدت اندوه در روز چهارم بعد از زایمان هستند، اما شدت اندوه پس از زایمان در همان زمان در گروه تجربی تغییر چندانی نداشته است.

لذا زمانی که اندوه پس از زایمان به اوج می رسد، مداخله تماس پوستی مادر و نوزاد سبب کاهش شدت اندوه پس از زایمان گردیده است. و به این ترتیب فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

جهت تعیین علائم اندوه پس از زایمان، میانگین نمرات بندهای مقیاس خودسنجی افسردگی زونگ که بین ۴۰-۴۷ بودند، مقایسه شدند (۴۱/۷ درصد افراد). علائمی چون سختی انجام کار، تحریک پذیری، اشکال در تصمیم گیری و خستگی بیشترین میانگین و تفکر مرگ و ناامیدی کمترین میانگین را داشتند.

ناگاتا و همکاران نیز نقطه برش را برای طبقه بندی آزمودنی ها در آزمون زونگ نمره ۴۰ در نظر گرفتند، که ۶۶/۸ درصد افراد را شامل می شدند و علائمی چون خستگی و بی خوابی بیشترین میانگین و کاهش میل جنسی و نوسانات خلقی کمترین میانگین را داشتند.

تحریک پوستی، شدت درد را کاسته و یا آن را قابل تحمل می‌سازد. لمس راهی مؤثر برای افزایش آرام سازی چه در زمان زایمان و یا درد زایمان است. انحراف فکر، انحراف توجه و دقت بر محرک‌هایی به جز درد است.

انحراف فکر از طریق افزایش دروندادهای حسی دیگر خصوصاً شنوایی، بینایی، لمسی و حرکتی ایجاد می‌شود. احتمالاً تماس پوستی مادر و نوزاد به عنوان روش انحراف فکر می‌تواند در کاهش شدت درد مادران مؤثر باشد که البته به تحقیقی جداگانه برای اثبات این مسئله نیاز است.

### نتیجه گیری

این پژوهش با هدف کلی «تعیین تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت اندوه پس از زایمان خانم‌های سزارین شده» انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین اندوه پس از زایمان روزهای سوم ( $p=0/04$ )، چهارم ( $p=0/02$ ) و دهم ( $p=0/009$ ) گروه تجربی کمتر از گروه شاهد بوده و تنها طول مدت هر جلسه شیردهی و تماس پوستی مادر و نوزاد بر شدت اندوه پس از زایمان مؤثر بودند.

### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل اجرای طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورخ ۸۰/۳/۳۰ می‌باشد که به این وسیله از حمایت و همکاری‌های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. همچنین از راهنمایی‌های ارزشمند جناب آقای نصیری نیز نهایت تشکر را دارم.

کنزلی و گت بیان کردند که اندوه پس از زایمان با سن، وضعیت تاهل، شغل، طبقه اجتماعی و یا حمایت اجتماعی ارتباطی ندارند (۱۸).

اوهارا<sup>۱</sup> و همکاران براساس یافته‌های خود بیان کردند که ارتباطی بین اندوه پس از زایمان و سن، میزان تحصیلات و تعداد بارداری وجود ندارد (۱۹).

یالوم و نوت<sup>۲</sup> در مطالعه خود گزارش نمودند که این پدیده در زنان نخست‌زا شایع‌تر است درحالی که دیویدسون<sup>۳</sup> (۱۹۷۲) گزارش نمود که این پدیده در زنان چندزا شایع‌تر است (۵).

یافته‌های حاصل از این پژوهش با سایر مطالعات مطابقت دارد. اما از آنجا که نتایج ضد و نقیضی راجع به اندوه پس از زایمان و تعداد زایمان‌ها وجود دارد، بررسی دقیق‌تری را در مطالعات آینده می‌طلبد.

براساس یافته‌های پژوهش شدت درد روز چهارم و دهم گروهی که تماس پوست با پوست داشتند، کمتر از گروه شاهد بود. لودینگتون<sup>۴</sup> در مطالعه خود نتیجه گرفت که گریه و سایر پاسخ‌های مربوط به درد نوزادانی که تماس پوستی مادر و نوزاد را دریافت می‌کنند، کمتر از سایر نوزادان است (۲۰).

گری<sup>۵</sup> و همکاران نیز مشاهده کردند که واکنش‌های مربوط به درد نوزادان گروهی که تماس پوست با پوست داشتند بطور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود (۲۱).

از روش‌های غیردارویی تسکین درد می‌توان به تحریک پوستی، هیپنوتیزم، آرام‌سازی و انحراف فکر اشاره کرد (۲۲).

1. Ohara  
2. Yallom & Nott  
3. Davidson  
4. Ludington  
5. Gary



\*\*\*\*\*

## منابع

1. Markatz R.B.: Psychological support for women with pregnancy, In Cherry, M. Sheldon, R. Irwin: "Complication of pregnancy, Medical, surgical, Gynecological, psychosocial, and perinatal"(4th ed.). Baltimore: willians and wilkins. 1991:253.
2. Lowrence R.A., Lawrence R.M.: Breastfeeding a guide For medical profession (15 th ed). St. Louis: Mosby, 1999: 197- 203.
3. Sadock B.J., Sadock V.A.: Comprehensive text book of psychiatry 7th ed. Philadelphia: Williams and wilkins. 2000.
4. Ichols F.H., Humenick S.S.:Childbirth Education, practice, researchs and theory, 2nd ed. Philadelphia:WB sunders company. 2000.
5. Brockington To Motherhood and mental health oxford: oxford university press. 1996.
6. Gise L.H.: Psychiatric Implicatoin for pregnancy. In Cherry, M Sheldon and R.Irwin (Eds). "Complication of pregnancy, medical, surgical gynecological, psychosocial and perinatal 4th ed. Baltimore: Williams and wilkins. 1991: 225- 230.
7. Varney H.: Varneys midwifery 3th ed. Boston: Johns and Barttett publishers.1997.
8. Nagata M., Nagai y., Sobaji a.H., and et al: Maternity blues and attachment to children in mothers of full time infant. Acta psychiatry scan.2000,101:209- 217.
9. Nagata M., Nagai y., Sobajima H., Ando T.: Depression in mother and maternal attachment-results from a fallow- up study at 1 years postpartum. Psychopathology. 2003, 36: 142- 151.
- ۱۰- خدادوستان، میترا. «بررسی عوامل مرتبط با افسردگی پس از زایمان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۷۶.
- 11.Lowdermilk p.B.: Maternity nursing, 5th ed. St. Louis: mosby, 1999.
12. Colona F., Uxa F., Graca A.M. and et al: The Kagaroo- mother method: evaluation of an alternative model for care of low brith weight newbrons in developing countries. "International journal of gynencology and obsterics" 1990, 31: 335- 339.
13. Dombrowski M.A., Anderson G.C., Santori G.and et al: Kagaroo (Skin-to- Skin) Care with a postpartum woman who felt depressed. American journal of maternal child nursing, 2001,26(4): 214- 216.
14. Carson V.B.: Mental health nursing. Philadelphia: sunders company 2000, 694.
15. Kendell R.E., Mackenzie W.E., West C., and et al: Day to day mood changes after chidbirth further data. British journal of psychiatry. 1984, 145: 620- 625.
16. Henshaw C.: Mood disterbance in the early puerperium: A review. Arch Womens Ment Health. 2003,6 [suppl 2]: 33- 42.
17. Sakumoto K., Masomoto H., Kanazawa K.: Postpartum maternity blues as reflection of newborn nursing care in Japan. International Journal of Cynecology and obstetrics.2002, 78:25- 30.
- 18.Kennerley H., Gath D.: Maternity blues III. Association with obstertrics, Psychological and psychiatric factors. British journal of psychiatry. 1989, 15(5): 367- 373.

19. O'Hara M.W., Schochte J.A., Lewis D.A. and et al: Prospective study of postpartum blues, biological and psychological fact. Archives of General psychiatry. 1991, 48: 801-806.
20. Ludington H., S.M., Swinth J.Y.: Developmental aspect of Kangaroo Care. Journal of Gynecological and Neonatal Nursing. 1996, 25: 691-703.
- 21-Grey L., Wat L., Blass E.M.: Skin- to- Skin contact is analgestic in healthy newborn. www. Pediatrics. Org/ cgi/ content/ full/ 105/ e14.
- ۲۲- برونر، سودارث. «پرستاری داخلی، درمان درد، بررسی سلامتی، تفکر بحرانی، اتخاذ تصمیم اخلاقی و فرایند پرستاری» (ترجمه پوران سامی). تهران: بشری. ۱۳۷۹.

Archive of SID