# مقایسه‌ی تماس پوستی کوتاه مدت شکمی و هم آغوشی (کانگورویی) بر شدت اضطراب آشکار و پنهان مادران پس از زایمان

محدثه عادلی[۱]، سمیه علیرضایی[۲]

۱- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه، تربت‌حیدریه، ایران
۲- دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

## چکیده

**زمینه و هدف:** اختلالات اضطرابی از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی پس از زایمان است. روش‌های حمایتی مختلفی به منظور کاهش اختلال اضطرابی مادران در دوره پس از زایمان مورد استفاده قرار گرفته، اما اطلاعات اندکی در مورد تاثیر تماس هم‌آغوشی (کانگورویی) بر کاهش اضطراب مادر در دسترس است. این مطالعه با هدف مقایسه‌ی تماس پوستی کوتاه مدت شکمی و هم‌آغوشی (کانگورویی) بر شدت اضطراب آشکار و پنهان پس از زایمان انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور در سال ۱۳۹۴ بر روی ۶۸ زن باردار واجد شرایط در تربت‌حیدریه انجام شد. افراد به‌طور تصادفی در دو گروه مداخله (تماس پوستی هم آغوشی یا کانگورویی) و گروه شاهد (تماس پوستی شکمی) قرار گرفتند. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و باروری و طبی ، اطلاعات مربوط به مراحل اول، دوم و سوم زایمان ، اطلاعات مادر و نوزاد و پرسشنامه‌های سنجش اضطراب وضعیتی آشکار (state) و پرسشنامه اضطراب پنهان (Trait) اسپیل برگر برای هر دو گروه دو ماه پس از زایمان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری انجام شد.

**نتایج:** دو ماه پس از زایمان تفاوت آماری معنی‌داری از نظر کاهش سطح اضطراب آشکار (p=۰/۵۸) و پنهان (p=۰/۶۳) بین دو گروه تماس کوتاه مدت هم‌آغوشی (کانگورویی) و شکمی وجود نداشت، اما شدت اضطراب در گروه تماس هم‌آغوشی کمتر از گروه تماس شکمی بود (P=۰/۰۴) بود

**نتیجه‌گیری:** تماس پوستی کوتاه مدت هم‌آغوشی (کانگورویی) بر اضطراب مادر تاثیری مشابه تماس پوستی شکمی دارد. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

**کلمات کلیدی:** تماس پوستی، تماس هم‌آغوشی، تماس کانگورویی، اضطراب پس از زایمان

*آدرس نویسنده مسئول: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. شماره تماس: ۰۵۱۳۵۰۱۲۲۷۶
آدرس پست الکترونیک: somayea67@gmail.com

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

## مقدمه

اختلالات اضطرابی پس از زایمان اغلب به جهت تعدد نقش-های مادران و عدم توانایی آنان در سازگاری با آن نقش‌ها بروز می‌نماید (۱). این اختلالات از جمله شایع‌ترین مشکلات روانی بعد از زایمان محسوب می‌گردد (۵-۲). شیوع این اختلال در مطالعات متعدد به‌صورت متفاوت گزارش شده است (۸-۶).

اختلال اضطرابی مادران علاوه بر مهار ترشح اکسی‌توسین و کاهش شیردهی (۹) موجب افزایش بروز افسردگی و اضطراب پس از زایمان در آنها می‌گردد. به همین جهت در سال‌های اخیر از روش‌های حمایتی متفاوتی به‌منظور کاهش اضطراب مادران در دوره پس از زایمان استفاده شده است (۱۰). تماس طبیعی یا تماس پوست با پوست مادر و نوزاد (تماس هم‌آغوشی یا کانگورویی) از جمله این روش‌ها تلقی می‌گردد (۱۱).

تماس هم‌آغوشی (کانگورویی) اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط محققان در کلمبیا ابداع شد (۱۲). در واقع این روش در کشورهای پیشرفته به‌عنوان راهی جهت جبران منابع ملی در بیمارستان‌های مراقبت کننده از نوزادان با وزن کم تولد پیشنهاد شد (۱۵-۱۳). این نوع از مراقبت ابتدا در جنوب آمریکا و اروپا و سپس در ایالات متحده آمریکا اجرا شد (۱۶) و از آن به بعد در کشورهای در حال توسعه، از این روش برای غلبه بر مشکلات مربوط به مراقبت نوزاد از طریق انکاباتور استفاده شد (۱۷). تماس هم‌آغوشی برای نوزادان نارس و کم وزن جهت کاهش ابتلا و میرایی، کاهش عفونت و مدت زمان بستری این نوزادان در بیمارستان انجام می‌شود (۱۸). پیامدهای مطلوب متعددی از به‌کارگیری تماس هم‌آغوشی (کانگورویی) برای نوزاد نارس در مطالعات متعدد گزارش شده است (۱۹، ۲۰).این شیوه در بهبود سلامت عمومی مادران پس از زایمان و خودکارآمدی آنها نقش مهمی دارد (۲۱).

در حال حاضر بعد از زایمان تماس پوستی مادر و نوزاد به دو شکل شکمی و هم‌آغوشی(کانگورویی) انجام می‌شود. تماس هم‌آغوشی به این صورت است که نوزاد لخت بر روی بدن مادر و بین پستان‌های وی قرار داده می‌شود (۲۲) و ضمن گرم نگه داشتن وی، نوزاد به سمت نیپل مادر میخزد[1] و به این ترتیب فرآیند شیردهی نیز شروع می‌شود (۱۱)، اما در تماس پوستی شکمی که بیشتر در نوزادان ترم و بلافاصله بعد از تولد انجام می‌گیرد، نوزاد برهنه بر روی پوست شکم مادر برای مدت کوتاهی قرار می‌گیرد. در این نوع تماس، ارتباط چهره به چهره بین مادر و نوزاد برقرار نمی‌گردد و فقط مزایای حاصل از تماس پوستی را برای نوزاد به‌همراه خواهد داشت.

در حین تماس هم‌آغوشی ، گیرنده‌های تماسی، گرمایی و بویایی منجر به آزادسازی اکسی‌توسین مادر می‌گردد. اکسی-توسین، اثرات ضد اضطرابی داشته و می‌تواند احساس اطمینان و راحتی را افزایش دهد و نقش بسیار مهمی در شروع رفتارهای مادرانه دارد که به نوبه خود می‌تواند در کاهش اضطراب مادر موثر باشد (۲۳،۲۴).

اگرچه در تماس هم‌آغوشی (کانگورویی)، نوزاد با جستجوی پستان مادر روند تغذیه را شروع می‌کند، اما به‌نظر می‌رسد ۳۰ دقیقه زمان لازم است تا نوزاد عمل مکیدن را آغاز نماید. برخی از نوزادان قدرت مکیدن نداشته و به خودی خود نمی‌توانند ظرف مدت ۳۰ دقیقه بعد از عمل مکیدن را انجام دهند (۲۵). این زمان طولانی از یک طرف و کمبود نیروی انسانی و مشغله‌ی زیاد ماما در اتاق زایمان از طرف دیگر سبب می‌شود که تماس هم‌آغوشی(کانگورویی) کمتر مورد توجه قرار گیرد (۲۶). با توجه به تاثیر مراقبت هم‌آغوشی(کانگورویی) بر کاهش سطح اضطراب مادر پس از زایمان (۲۷)؛ این سوال برای پژوهشگر مطرح است که چنانچه تماس هم‌آغوشی در مدت زمان کوتاه‌تری انجام گیرد، آیا فواید کاهنده اضطراب آن در مقایسه با تماس کوتاه مدت شکمی به قوت خود باقی می‌ماند یا خیر؟ لذا این مطالعه با هدف مقایسه‌ی تماس پوستی کوتاه مدت شکمی و هم‌آغوشی (کانگورویی) بر شدت اضطراب آشکار و پنهان مادران پس از زایمان انجام شد.

## روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور بود که در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان‌های نهم دی و رازی شهرستان تربت‌حیدریه و مراکز بهداشتی درمانی تابعه بر روی زنان بارداری که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، اجرا شد. حجم نمونه برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل با استفاده از یافته‌های مطالعه وکیلیان (۲۸) تعداد ۶۸ نفر تعیین شد که ۳۴ نفر در گروه مداخله و ۳۴ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند

$$N = \frac{\left(\frac{Z_{1-\alpha}}{2}+Z_{1-\beta}\right)^2 (S_{12}+S_{22})}{(X_1-X_2)^2}$$

[1] - Crawl Breast

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

معیارهای ورود به مطالعه را زنان با سن ۴۰-۱۸ سال، حاملگی ترم با جنین سالم، حاملگی خواسته، زایمان طبیعی، نمره آپگار ۱۰-۸، وزن بدو تولد ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم و معیارهای خروج را مبتلایان به اختلالات طبی، بارداری و زایمان، اعتیاد به دخانیات و مواد مخدر، و دارابودن مشکلات زناشویی و جنسی، رفتارهای پرخطر در زوجین، مصرف داروهای ضدافسردگی، وجود مشکلات ذهنی و فیزیکی، نمره مقیاس دیداری درد (VAS) بیشتر از ۳، سابقه مرگ نوزاد، بدحال شدن نوزاد پس از تولد و همچنین عدم تمایل مادر به ادامه همکاری بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل: ۱- پرسشنامه های مربوط به اطلاعات دموگرافیک، ۲- اطلاعات باروری و طبی ۳- اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد ۴- اطلاعات مربوط به مراحل اول، دوم و سوم زایمان ۵- مقیاس دیداری درد(VAS) و ۶- پرسشنامه های سنجش اضطراب موقعیتی آشکار (state) و پرسشنامه اضطراب پنهان (Trait) اسپیل برگر[1] بود. پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر شامل مقیاس‌های جداگانه خود سنجی برای اندازه‌گیری حالت اضطراب آشکار و اضطراب پنهان است. مقیاس اضطراب آشکار شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در "این لحظه و در زمان پاسخ‌گویی" مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مقیاس اضطراب پنهان نیز شامل بیست جمله است که احساسات معمولی و عمومی غالب اوقات افراد را با پاسخ‌هایی به صورت ابداً (۱)، بعضی اوقات (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) نمره‌گذاری می‌گردد.

پایایی پرسشنامه‌های اطلاعات باروری و طبی، اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد با روش بازآزمون و شاخص ضریب همبستگی درون طبقه‌ای[2] (ICC)، به ترتیب با (ICC=۰/۹۹، ICC=۰/۸۷، ICC=۰/۸۰، ICC=۰/۹۱) تایید گردید. پایایی اطلاعات مراحل اول، دوم و سوم زایمان و پرسشنامه اسپیل برگر توسط آزمون مشاهده همزمان برای پایایی ارزیابان، سنجیده شد؛ بدین صورت که پژوهشگر و همکار وی به‌طور جداگانه رفتارهای مادر را در چک لیست ثبت کرده سپس همبستگی یافته‌های حاصل محاسبه و پایایی این ابزارها (۰/۸۳ =ICC، ۰/۹۲ =ICC) تایید گردید.

پژوهش حاضر پس از تصویب طرح پژوهشی، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه با کد۱۶/۱ و در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2014090419039N1 ثبت شد. روش کار بدین صورت بود که پس از اخذ مجوز کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه و و ارائه آن به مراکز مربوطه، اهداف مطالعه برای بیماران توضیح داده شد و افراد واجد شرایط مطالعه به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی و در دسترس انتخاب و پس از اخذ رضایت نامه کتبی، با استفاده از بلوک‌های تصادفی در دو گروه تجربی و شاهد قرار گرفتند.

پرسشنامه‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک، باروری و طبی برای هر دو گروه تکمیل شد. مراقبت‌های قبل از زایمان برای هر دو گروه یکسان بود. در گروه مداخله، بلافاصله پس از انجام مراقبت‌های بعد از تولد (پاک کردن راه هوایی در صورت نیاز، زدن کلامپ به بند ناف و خشک کردن نوزاد ) نوزاد خوابیده به شکم و برهنه روی بدن برهنه مادر و بین پستان‌های وی قرار می‌گرفت؛ به‌طوری‌که بدن لخت نوزاد با پوست مادر در ارتباط بود و تماس چشمی نیز ایجاد می‌گردید. جهت جلوگیری از هیپوترمی یک شان خشک و گرم شده روی نوزاد انداخته می‌شد و سر نوزاد نیز با کلاه مناسب پوشانده می‌شد و از مادر خواسته می‌شد نوزاد خود را نوازش کند و به صورتش نگاه کند. مدت زمان تماس ۱۰-۵ دقیقه بود که در این مدت شیردهی از پستان انجام نمی‌شد. سپس نوزاد به گرم کننده تابشی منتقل شده و سایر مراقبت‌ها برایش انجام می‌شد. در حالی‌که زایمان و انتقال نوزاد برای گروه کنترل طبق روتین بیمارستان انجام می‌شد. به این صورت که بلافاصله پس از تولد، نوزاد برهنه، بدون توجه به وضعیت قرار گیری، روی شکم مادر قرار می‌گرفت و مراقبت‌هایی همچون باز کردن راه هوایی، زدن کلامپ بند ناف و خشک کردن نوزاد انجام می‌شد. سپس نوزاد به مادر نشان داده شده و به گرم کننده تابشی منتقل می‌گردید. برای تمامی واحدهای پژوهش پرسشنامه مربوط به اطلاعات مراحل اول، دوم و سوم زایمان و اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد تکمیل می‌شد. پس از انتقال مادر به اتاق مراقبت‌های پس اززایمان، طی یک ساعت اول بعد از زایمان شیردهی توسط مادر انجام می‌شد. در هر دو گروه آموزش شیردهی یکسان بود و از آنان خواسته می‌شد که به نوزاد خود شیر دهند. سپس ۲ ماه پس از تولد، زمانی که مادران جهت انجام دومین نوبت واکسیناسیون کودک به مراکز بهداشتی مراجعه می‌نمودند ، ضمن هماهنگی تلفنی با مادر،کمک پژوهشگر در روز مراجعه مادر به مرکز

[1] - Speilberger State-Trait Anxiety inventory
[2] - Intracalss Correlation Coefficient

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

بهداشتی، در مرکزی که مادر تحت پوشش آن بوده است حضور می‌یافت. در هر مرکز فضای مناسبی برای مادران در نظر گرفته می‌شد تا پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر توسط کمک پژوهشگر تکمیل گردد. از آنجایی که دسترسی به برخی مادران پس از ترخیص مشکل بود بنابراین در صورت عدم ملاقات مادران در مراکز بهداشتی ،کمک پژوهشگر با هماهنگی قبلی به منزل واحد پژوهش مراجعه می‌کرد. داده‌ها پس از گردآوری و کد گذاری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) تجزیه و تحلیل شدند. برای بیان ویژگی‌های شرکت کنندگان شاخص‌های تمایل مرکزی و پراکندگی استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو و برای مقایسه متغیرهای کمی نرمال از آزمون t مستقل و t زوجی و کمی غیر نرمال از آزمون من‌ویتنی آزمون استفاده شد. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان، ۰/۹۵ در نظر گرفته شد.

## نتایج

۶۸ زوج مادر و نوزاد در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند و در طول مطالعه در هیچ کدام از دو گروه ریزش نمونه وجود نداشت. داده‌ها نشان داد که میانگین سن مادران در گروه تماس پوستی شکمی ۶/۳۰۵±۲۵/۷۶ و در گروه تماس پوستی کانگورویی ۵/۴۹±۲۶/۷۵ بود. از آزمون من‌ویتنی برای بررسی مشخصات فردی مثل (سن و سطح درآمد خانواده)، آزمون t مستقل برای بررسی اطلاعات مربوط به باروری و سابقه طبی (مانند تعداد حاملگی و تعداد سقط و تعداد مرده‌زایی، زمان اولین ویزیت) و همچنین اطلاعات نوزاد مثل (وزن و قد و دور سر نوزاد)، آزمون کای‌دو برای بررسی (سطح تحصیلات و شغل فرد و همسر، سابقه طلاق، میزان رضایت از ازدواج)، اطلاعات مربوط به مرحله اول، دوم و سوم زایمان (مانند استفاده از بی-دردی، داروهای مصرفی در طی زایمان و وضعیت پرینه بعد از زایمان)، اطلاعات مربوط به مادر( مانند میزان رضایت از زایمان، احساس پس از تماس پوستی با نوزاد )و اطلاعات مربوط به نوزاد (مانند جنس نوزاد) و سایر متغیرهای مداخله‌گر استفاده شد. نتایج نشان داد اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشته است (p>۰/۰۵)(جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه شاخص‌های نوزاد و مراحل مختلف زایمان واحدهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

| متغیر | تماس هم آغوشی | تماس پوستی کوتاه مدت شکمی | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | |
| سن مادر | ۱۴/۵۴ ± ۱/۰۳ | ۲۵/۷۶ ± ۶/۳۰۵ | ۰/۰۶۴ |
| طول فاز فعال مرحله اول زایمان (دقیقه) | ۱۷۲/۲ ± ۹/۹۴ | ۱۴۸/۲ ± ۱۱/۶۴ | ۰/۳۸۱ |
| طول مرحله دوم زایمان (دقیقه) | ۴۲/۹۴ ± ۳/۲۱ | ۲۸/۶۹ ± ۴/۵۲ | ۰/۰۷۱ |
| طول مرحله سوم زایمان (دقیقه) | ۹/۵۸±۱/۷۲ | ۶/۵۱±۴/۲۳ | ۰/۸۷۶ |
| نمره آپگار دقیقه اول نوزاد | ۹/۰۰±۰/۰۰۱ | ۹/۰۰±۰/۰۰۱ | -* |
| نمره آپگار دقیقه پنجم نوزاد | ۱۰/۰۰±۰/۰۰۱ | ۱۰/۰۰±۰/۰۰۱ | -* |
| فاصله زمانی تولد تا اولین تماس مادر و نوزاد (دقیقه) | ۳۳/۶۷±۱۲/۲۶ | ۴۱/۷۱±۱۷/۷۶ | ۰/۰۵۳ |

میانگین نمرات اضطراب آشکار و پنهان در دو گروه تماس کوتاه مدت هم‌آغوشی (کانگورویی) و شکمی، تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند (p>۰/۰۵) (جدول ۲)، اما بر اساس آزمون من ویتنی شدت اضطراب در گروه تماس هم آغوشی کمتر از گروه تماس شکمی بود (P=۰/۰۴) بود (جدول ۳).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب آشکار و پنهان مادران در فاصله ۲ ماه پس از زایمان در دو گروه

| ۲ ماه پس از زایمان | تماس پوستی کوتاه مدت هم‌آغوشی | تماس پوستی کوتاه مدت‌شکمی | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | |
| اضطراب آشکار | ۴۲/۶۶± ۸/۰۶ | ۴۵/۴۲± ۳/۳۲ | ۰/۵۸ |
| اضطراب پنهان | ۴۳/۴۷± ۶/۷۵ | ۴۶/۳۸± ۴/۷۴ | ۰/۶۳ |

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

جدول ۳- مقایسه شدت اضطراب در فاصله ۲ ماه بعد از زایمان در دو گروه

| شدت اضطراب | تماس هم‌آغوشی | تماس پوستی کوتاه مدت شکمی | سطح معناداری |
|---|---|---|---|
| خفیف | ۱۰ | ۸ | ۰/۰۴ |
| متوسط | ۱۹ | ۲۵ | |
| شدید | ۵ | ۱ | |

## بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه‌ی تماس پوستی کوتاه مدت شکمی و هم آغوشی (کانگورویی) بر شدت اضطراب آشکار و پنهان مادران پس از زایمان بود. بررسی‌های مختلف، تاثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر رشد و تطابق فیزیولوژیک نوزاد را نشان داده است (۲۹). از جمله این تحقیقات می‌توان به تاثیر تماس پوستی بر نوزاد نارس (۳۰)، پاسخ‌های فیزیولوژیک نوزاد نارس (۱۲)، میزان بیلی‌روبین نوزاد تحت فتوتراپی (۳۱)، میزان آرامش و خواب نوزاد (۳۲) اشاره کرد، اما تحقیقات محدودی در زمینه تاثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر اضطراب مادران انجام شده است (۳۳).

براساس نتایج مطالعه گرچه میانگین نمره اضطراب در گروه تماس کوتاه مدت هم‌آغوشی(کانگورویی) نسبت به گروه تماس شکمی کمتر بوده است ولی این تفاوت در حد معنی‌دار نبوده و اضطراب مادران در هر دو گروه تماس مشابه است. لینگ لای[1] و همکاران (۲۰۰۶) بیان کرده است که تماس هم آغوشی (کانگورویی) بر کاهش میزان اضطراب مادران بعد از زایمان موثر است (۳۳). تماس کانگورویی و مداخله لمسی ، وابستگی پرشوری در مادران ایجاد می‌کند که سبب کاهش اضطراب مادری شده و پروسه مادر شدن را تکمیل می‌کند (۲۲،۳۴). شاید علت این ناهمخوانی طول مدت مداخله و تعداد واحدهای پژوهش و یا نحوه مداخله باشد. درصورتی‌که مقایسه‌ی میانگین نمره اضطراب بین دو گروه تماس کانگورویی و گروه تماس شکمی با مطالعه لینگ لای (۳۳) همخوانی ندارد، اما از نظر تأثیر بر کاهش شدت اضطراب در گروه تماس کوتاه مدت کانگورویی در مقایسه با گروه تماس شکمی تفاوت آماری معناداری به‌دست آمد.

مقایسه شدت اضطراب در دو گروه نشان داد که اکثر واحدهای پژوهش از نظر شدت اضطراب در سطح متوسط قرار داشتند که تفاوت بین دو گروه از این نظر معنی‌دار بوده است و نشان داده است که تماس کوتاه مدت هم‌آغوشی (کانگورویی) به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه، اگر چه موجب کاهش سطح اضطراب نگردیده است، اما در کاهش شدت اضطراب موفق عمل کرده است. هم راستا با این نتیجه می‌توان به یافته‌های مطالعه پالیزوان در سال ۲۰۱۴ اشاره کرد ؛ پالیزوان و همکاران در تحقیقی که با عنوان " بررسی تأثیر روش مراقبت کانگورویی بر وضعیت سلامت عمومی مادر پس از زایمان" بر روی ۱۰۰ زن زایمان کرده در بیمارستان امام خمینی اهواز انجام دادند به این نتیجه رسیدند که تماس پوستی مادر و نوزاد در بهبود سلامت عمومی ( اعم از سلامت جسمانی، شدت اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی ) مؤثر است (۲۱).

نوروزی و همکاران (۳۵) که بر روی ۹۰ زوج مادر– نوزاد مراقبت کانگورویی را انجام دادند، معتقدند که مراقبت کانگورویی سبب کاهش اضطراب در مادران نشده است. همچنین در مطالعه دیگری که با هدف بررسی تماس پوست با پوست مادر و نوزاد طی اولین ساعت پس از زایمان انجام شد، تاثیری بر رفتارهای اضطرابی مادر ۳۶ ساعت و ۳ ماه بعد از زایمان به دست نیامد (۳۶). در واقع کوری[2] اذعان داشت که تماس پوستی بین مادر و نوزاد تاثیری بر احساسات و اعتماد به-نفس مادر نداشته است. از جمله دلایل توجیه کوری برای این اختلاف ، حجم کم نمونه بیان شده است که این موضوع از محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز می‌باشد. از طرفی در مطالعه کوری بیان شده بود که میزان اعتماد به نفس مادران قبل از مداخله بررسی نشده است تا وجود تغییر در میزان اعتماد به نفس به‌درستی سنجیده شود؛ در مطالعه‌ای دیگری نیز بیان شد که ماساژ و تماس بدن مادر و نوزاد تاثیری بر کاهش اضطراب مادر ندارد (۳۷).

در مطالعه‌ای که آن بیگلو[3] مشخص گردید که مراقبت کانگورویی اگر به شکل زود هنگام (تا ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان) اجرا شود در کاهش سطح اضطراب مادر موثر واقع می-شود، اما مراقبت کانگورویی دیرهنگام (بعد از ۲۴ ساعت) بر

[1] - Ling Lai et al

[2] - Curry MA

[3] - E Bigelow

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

کاهش سطح اضطراب مادر بعد از زایمان بی‌تاثیر است (۳۸). در همین راستا در تحقیقی که انگلر[1] در سال ۲۰۱۱ برای مقایسه دو روش مراقبت کانگورویی و مراقبت تماس معمولی پوستی بر روی سطح استرس مادر پس از زایمان انجام داد به این نتیجه رسید که مراقبت کانگورویی تاثیری بر کاهش استرس و اضطراب مادر ندارد (۳۹) .

تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر رشد جسمی و تطابق فیزیولوژیک نوزاد در برخی تحقیقات بررسی شده است (۲۹)، اما تحقیقات محدودی در زمینه‌ی تأثیر تماس پوستی مادر و نوزاد بر اضطراب موقعیتی مادران انجام شده است (۳۳) و از طرفی از بین این تحقیقات اکثرا به نتایج مثبت در زمینه تاثیر تماس پوستی بر کاهش اضطراب مادر رسیده اند، که بر خلاف نتیجه به‌دست آمده در این پژوهش است؛ از بین این تحقیقات می‌توان به مطالعه اشموئل آرمون[2] و همکاران در سال ۲۰۱۴ اشاره کرد که مراقبت کانگورویی را در کاهش اضطراب مادر پس از زایمان موثر می‌داند (۴۰).

کریستین اسونسون[3] در تحقیقی که در سال ۲۰۱۳ در استکهلم انجام داد نشان داد که تماس پوستی مادر و نوزاد سبب ایجاد حس مثبت و کاهش استرس در مادر می شود (۴۱). همچنین در مطالعه ای دیگر که انجام داده بود تفاوت سطح اضطراب مادران با مراقب کانگورویی با مادران با مراقبت روتین بعد از زایمان به‌طور معنی داری با هم تفاوت داشت (۴۲) . استرس و اضطراب مادران در زایمان زودرس و پره‌ترم بیشتر است (۴۳).

از طرفی اکثر پژوهش‌های بررسی تاثیر مثبت تماس کانگورویی بر روی نوزاد به دنیا آمده از زایمان‌های زودرس انجام شده است. در حالی که این مطالعه بر روی زایمان‌هایی که ترم و بدون عارضه بوده‌اند انجام شده است و این خود نشان دهنده اختلاف سطح اضطراب مادران با زایمان پره‌ترم و ترم است. از مهمترین اختلافات موجود در این پژوهش تغییر مدت زمان انجام تماس هم آغوشی و کاهش آن به ۵ الی ۱۰ دقیقه می‌توان اشاره کرد. از طرفی در مطالعات دیگر می‌توان به تفاوت تعداد نمونه‌ها، هم‌زمانی مراقبت کانگورویی با مداخلاتی مثل موسیقی ، آواز خواندن مادر برای نوزاد و یا بررسی‌های مقایسه‌ای با روش‌های مراقبتی دیگر از نوزادان را نام برد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر دسترسی محدود به مراکز درمانی و بیمارستانی واقع در محیط پژوهش و همین‌طور عدم پیگری در فواصل زمانی دیگر می باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از مداخلات دیگری در کنار تماس پوستی، مثل موسیقی و... استفاده شود و همچنین به مقایسه روش کانگورویی با سایر روش‌های مداخلاتی جهت کاهش اضطراب مادر پس از زایمان پرداخته شود.

## نتیجه‌گیری

تماس پوستی کوتاه مدت هم‌آغوشی (کانگورویی) بر اضطراب مادر تاثیری مشابه تماس پوستی شکمی دارد. انجام مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح تحقیقاتی با کد ۱۶/۱ دانشگاه علوم پزشکی تربت‌حیدریه می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام شد. بدین وسیله از همکاری و مساعدت معاونت محترم پژوهشی و بهداشتی و همچنین از کادر محترم بیمارستان رازی و نهم دی، مراکز، پایگاه‌ها و خانه های بهداشتی شهرستان و نیز مادران عزیز، تشکر و قدردانی می شود.

[1] - Engler
[2] - Shmuel Arnon
[3] - Kristin E Svensson

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

## References

1- Mckinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal- Child Nursing. 3rd ed. Canada: Saunders Elsevier; 2008: 279-97.

2- Mckinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. Maternal- Child Nursing. 3rd ed. Canada: Saunders Elsevier; 2008: 279-97.

3- Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. Psychol Med. 1997; 27: 253-260.

4- Reck C, Hunt A, Fuchs T et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. Psychopathology. 2004; 37: 272–280.

5- Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A review and metaanalysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. Am J Psychiatry 2001; 158: 1568–1578.

6- O_connor TG, Heron J, Golding J, Glover V, Alspac Study Team. Maternal antenatal anxiety and behavioural / emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. J Child Psychol Psychiatry. 2003; 44: 1025–1036.

7- Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T, Sohn C, Mundt C. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. Acta Psychiatr Scand. 2008: 1–10.

8- Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V; ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. J Affect Disord. 2004; 80(1): 65-73.

9- Andersson L, Sundstr0m-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population based study. Am J Epidemiol. 2004; 159(9): 872-881.

10- Speroff L, Fritz MA. Clinical gynoncology, endocrinology and infertility. Section2: Hormone biosynthesis metabolism and mechanism of action. 7th ed. New York: Lippincot, Williams and Wilkins; 2000: 29-40.

11- Anderson GC, Moos E, Hepworth J, Bergman N, Early skin-to-skin Contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochran database syst. 2003; 2: 35-19.

12- Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa CZ, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants (2000) grams: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 1997; 100(4): 682-688.

13- Nirmala A, Swarna Rekha B, Maryann Washington. Kangaroo Mother Care: Effect and perception of mothers and health personnel. Journal of Neonatal Nursing. 2006; 12: 177-184.

14- Ann L Jefferies. Kangaroo care for the preterm infant and Family. Paediatr Child Health. 2012; 17(3).

15- Tessier R, Cristo M, Velez S, Giron M, de calume, Ruiz-Palaez JG ,et al. kangaroo mother care andthe bonding hypothesis. Pediatric. 1998; 102: 17.

16- Feldman R, Eidelmani A. skin- to- skin Contact (kangaroo) accelerates autonomic and neurobehavior all maturation in preterm

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

infants. Development medicine and child neurology. 2003; 45: 274.

17- Mellien AC. Incubators versus mothers' arms: body temperature conservation in very low birth weight premature infants. J ObstetGynecol Neonatal Nurs 2001; 30(2):157-164.

18- Bohnhorst B, Heyne T, Peter CS, Poets CF. skin to skin (kangaroo) care respiratory control. Journal of Pediatrics. 2001; 138: 193-197.

19- L Jefferies A. Kangaroo care for the preterm infant and family. Paediatr Child Health. 2012; 17(3): 141-143.

20- L Campbell-Yeo M, Disher T, L Benoit B, Johnston C. Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics. 2016; 6: 15-32.

21- Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neuro behavioral responses of the term new born Pediatrics Evanston. 2000; 858-865.

22- Klaus MH, Kennell JH, Plumb N.Human maternal behavior at the first contact with her young. Peatric. 1970; 46: 187-192.

23- João Carlos Arivabene, Maria Antonieta Rubio Tyrrell. Kangaroo Mother Method: Mothers' Experiences and Contributions to Nursing.Rev. Latino-Am. Enfermagem,Mar-Apr 2010; 18(2):262-8.

24- Curley JP, Jensen CL, Franks B, Champagne FA. Variation in maternal and anxiety-like behavior associated with discrete patterns of oxytocin and vasopressin 1a receptor density in the lateral septum. Horm Behav 2012 Mar; 61(3): 454-561.

25- Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother–infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. Acta Podiatry. 2004; 93: 1640–1645. Stockholm.

26- Nahedi F, Tavafean F, Hedarzadeh M, Haje zadeh E. Midwives comments regarding the mother and baby skin to skin contact Immediately after birth, Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2014; 31(2):124-130. (In Persian)

27- Sadock B.J., Sadock V.A.: Comprehensive text book of psychiatry 7th ed. Philadelphia: Williams and wilkins. 2000.

28- Vakilian K. Impact of Kangaroo mother care immediately after birth on mothers attachment behaviors at one and three months after birth. Nurs research J. 2010; 4(14): 7-14.

29- Feldman R, Eidelman AI, Sirota L, Weller A. Comparison of skinto skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and pre-term infant development. Pediatrics 2002; 110(1):16-26.

30- Morelius E, Theodorsson E, Nelson N. Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. Pediatrics 2005;116(5):1105-1113.

31- Ludington-Hoe SM, Swinth JY. Kangaroo mother care during photo therapy effect on bilirubin profile. Neonatal Netw. 2001; 20(5): 41-48.

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

32- Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin to skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and pre feeding behavior. Birth 2007;34(2):105-114.

33- Lai HL, Chen CJ, Peng TC, Chang FM, Hsieh ML, Huang HY, et al. Randomized controlled trail of music during kangaroo care on maternal state anxiety and preterm infants' responses. Int J Nur Studies. 2006; 43(2): 139-146.

34- Cannon RB. The development of maternal touch during early mother infant interaction. JOGNN Nursing. 1977; 6(2): 28-33.

35- Norouzia F, Keshavarza M, SeyedFatemib N, Montazeric A. The impact of kangaroo care and music on maternal state anxiety. Complementary Therapies in Medicine. 2013; 21: 468-472.

36- Curry MA. Maternal attachment behavior mothers self - concept the effect of skin to skin contact. Nursinag research J.1982; 31(2): 73-78.

37- Ganong WF. Review of Medical Physiology. 21st ed. United States of America: Mc Graw Hill; 2003. 97-115.

38- E Bigelow A. The relation between early mother–infant skin-to-skin contact and later maternal sensitivity in South African mothers of low birth weight infants. Imhj. 2010; 31(3): 358–377.

39- Engler A, Kangaroo care, wallaby care, and maternal stress in the NICU physiological and psychological effects. 14th Annual Scientific Sessions. Eastern Nursing Research Society. University Park, Pennsylvania, USA. 27-Oct-2011.

40 - Arnon Sh, Diamant Ch, Bauer S, Regev R, Sirota G, Litmanovitz I. Maternal singing during kangaroo care led to autonomic stability in preterm infants and reduced maternal anxiety. Acta Pædiatrica. 2014; 103: 1039–1044.

41- Kristin E Svensson K, I Velandia M, T Matthiesen A-S, L Welles-Nyström B, E Widström A-M. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. International Breastfeeding Journal 2013: 1-8.

42- Burkhammer M, Cranston Anderson G, Chiu Sh. Grief, Anxiety, Stillbirth, and Perinatal Problems: Healing With Kangaroo Care. JOGNN. 2003; 33(6): 774.782.

43- Neshat R, Majlesi F, Rahimi A, Shariat M, Pourreza A. The relationship between preterm labor and anxiety, stress and depression during Pregnancy. IJOGI. 2013; 16(67): 16-24.

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]

# Comparison of short abdominal skin to skin and Kangaroo contact after birth on state and trait anxiety

**Mohadeseh Adeli [1], Somayeh Alirezaei[2]***

**1- Ph.D. student of Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran**
**2- Ph.D. student of Reproductive Health, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran**

***Corresponding Address: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.**
**E-mail: somayea67@gmail.com**
**Tel: 09153225865**

***Abstract***

***Background & Aim**:* Anxiety disorders are the most common mental disorders in the postpartum period. Few studies have been done about the impact of kangaroo skin contact on maternal anxiety. The aim of this study was to compare the effect of short abdominal skin-to-skin and Kangaroo skin contact between mother and newborn on mother's anxiety.

***Methods***: This single-blind clinical trial was accomplished on 68 qualified pregnant women, in Torbat Heydariyeh in 1394. The women were randomly divided into two groups Experimental (Kangaroo skin contact) and control (abdominal skin contact). A questionnaire about demographics, fertility, medical, information about stage 1, 2 and 3 of labor, Mother and infant's Information and STAI: Speilberger State-Trait Anxiety inventory were completed for the two groups after delivery. After encoding, the data were analyzed with SPSS software version 20, Mann-Whitney tests, t, chi-square and 0/05>p was considered significant.

***Results***: There was no significant difference in maternal State (p= 0.58) and Trait (p=0.63) anxiety between short kangaroo contact skin group and abdominal skin contact group, 2 months after birth. However, it was found that anxiety in the short kangaroo care group was much lower than that in the skin-to-skin group (P=0.04).

***Conclusion*:** The effect of short Kangaroo skin contact on maternal anxiety was similar to abdominal skin contact.

***Key Words*:** Abdominal skin contact, Kangaroo skin contact, maternal anxiety

[ Downloaded from jms.thums.ac.ir on 2025-10-29 ]