



Comparison of the Effects of Kangaroo Care and Lullaby on Postpartum Depression in Women with Preterm Infants

Fariba Ebtekar¹, Taban Nematifard^{2,*}, Shahnaz Salawati Ghasemi²

¹ Assistant Professor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

² Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

* **Corresponding author:** Taban Nematifard, Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. E-mail:nematifard.taban@gmail.com

Received: 09 Jan 2019

Accepted: 16 Mar 2019

Abstract

Introduction: Preterm birth causes significant mental stress in women and increases the risk of postpartum depression. Appropriate interventions can prevent or reduce the complications of it. The aim of this study was to compare the effects of kangaroo care and Lullaby on PPD in women with preterm infants.

Methods: In this quasi-experimental study, 90 women-infants were selected using a census sampling method and they were divided into three groups, two intervention and one control group. The Maternal and Neonatal Demographic Information Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale was used for data collection. Inclusion criteria were one month after Childbirth; score higher than 13 and no medication prescription. Kangaroo care and Lullaby were performed 30 minutes a day for one month in the intervention groups. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was filled out by the women after one month of the interventions. Data was analyzed via SPSS software v.20 using descriptive and inferential statistics.

Results: The mean scores of depression had no statistically significant differences before the intervention in the three groups ($F_{2,86} = 0.265$, $P = 0.77$). The depression scores in the control and intervention groups (after the intervention) had statistically significant differences ($F(70.2) = 119.29$, $P < 0.001$). Considering the differences in the scores before and after the intervention, kangaroo care was the most effective.

Conclusions: The kangaroo care method and Lullaby reduced postpartum depression in the women with preterm infants. Therefore, considering the effects of PPD on women and newborns, their use are recommended to women in healthcare settings.

Keywords: Kangaroo-Mother Care Method, Lullaby, Post-Partum Depression, Premature Infant



مقایسه تأثیر دو روش مراقبت کانگورویی و لالایی بر میزان افسردگی پس از زایمان در مادران دارای نوزادان نارس

فریبا ابتکار^۱، تابان نعمتی فرد^{۲*}، شهناز صلواتی قاسمی^۲

^۱ استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

^۲ مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* نویسنده مسئول: تابان نعمتی فرد، مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج،

ایران. ایمیل: nematifard.taban@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۲۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۹

چکیده

مقدمه: تولد نوزاد نارس موجب استرس روانی در مادران شده و خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش می دهد. با مداخلات و درمان به موقع می توان از آن جلوگیری یا سبب کاهش عوارض شد. این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر دو روش مراقبت کانگورویی و لالایی بر میزان افسردگی پس از زایمان در مادران دارای نوزادان نارس انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی، ۹۰ مادر-نوزاد با نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در سه گروه، دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار داده شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه جمعیت شناختی مادر و نوزاد و پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ استفاده گردید. معیارهای ورود شامل گذشت یک ماه از زایمان، کسب نمره بالاتر از ۱۳ و عدم نیاز به درمان دارویی از نظر روان پزشک بودند. مراقبت کانگورویی و لالایی روزانه به مدت ۳۰ دقیقه در طی یک ماه به صورت مداوم در گروه های مداخله انجام شد. بعد از یک ماه از مداخله پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ توسط مادران تکمیل گردید و داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین نمره افسردگی قبل از مداخله در سه گروه تفاوت معنی داری با هم نداشتند ($F(2,86) = 0/265, P = 0/77$). نمره افسردگی بعد از مداخله، در دو گروه مداخله و در گروه کنترل متفاوت بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/001$). $F(2,70) = 119/29$ ، با توجه به اختلاف نمرات در قبل و بعد از مداخله مراقبت کانگورویی موثرتر بود.

نتیجه گیری: مراقبت به روش کانگورویی و خواندن لالایی باعث کاهش افسردگی پس از زایمان در مادران دارای نوزاد نارس گردید. لذا باتوجه به اثرات سوء افسردگی پس از زایمان در مادران و نوزادان، توصیه به استفاده از این روشها توسط مراکز بهداشتی به این گروه از مادران می گردد.

کلیدواژه ها: افسردگی پس از زایمان، روش مراقبت کانگورویی، لالایی، نوزاد نارس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

مراقبت ویژه ارتباط عاطفی والدین و نوزاد را مختل نموده و موجب تنش زیادی بر مادران خواهد شد [۴].

نگرانی از شرایط و ظاهر نوزاد، احساس گناه ناشی از ناتوانی در کامل کردن دوره بارداری و ترس از مرگ نوزاد از دیگر عوامل تنش زا در مادر

زایمان زودرس و تولد نوزاد نارس یک مشکل جدی پزشکی، روانی- اجتماعی و اقتصادی در سراسر دنیا است [۱]. سالانه حدود پانزده میلیون نوزاد نارس در دنیا متولد می شوند [۲]. این نوزادان معمولاً در معرض مشکلات زیادی قرار می گیرند که موجب تجربه ای دردناک برای خانواده خواهد شد [۳]. بستری شدن طولانی مدت نوزادان در بخش

انجام شده است [۲۱، ۲۳-۲۸] و مطالعات محدودی تأثیر لایایی را بر مادران مورد بررسی قرار داده است.

در مطالعه کارولان و همکاران (۲۰۱۲) نتایج نشان داد که خواندن لایایی موجب کاهش استرس، ایجاد آرامش و ارتقاء ارتباط اجتماعی در مادران شده و شرکت کنندگان از خواندن لایایی ابراز رضایت داشته و آن را به سایر مادران پیشنهاد نمودند [۱۸].

در مراقبت‌های پس از زایمان تنها به مراقبت‌های جسمی تمرکز شده و مراقبت سلامت روان فراموش شده است. از این رو توجه وسیع و مداوم به مشکلات سلامت روان بایستی یک نگرانی مهم عمومی در بخش سلامت در نظر گرفته شود. با توجه به اهمیت سلامت روان مادر پس از زایمان و تأثیر آن بر روابط مادر، نوزاد و سلامت روانی خانواده از یک سو و فواید بی شمار مراقبت کانگورویی و خواندن لایایی و سهولت کاربرد آنها و مطالعات محدود در ارتباط با مقایسه تأثیر این دو روش، مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای تأثیر دو روش مراقبت کانگورویی و لایایی بر افسردگی پس از زایمان در مادران دارای نوزادان نارس انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه پژوهش را مادران دارای نوزادان نارس با سابقه بستری در بخش مراقبت ویژه بیمارستان بعثت شهر سنجند تشکیل داد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و فرض برابری واریانس در دو گروه و در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، حداقل حجم نمونه برابر ۲۳ نفر در هر گروه بدست آمد که جهت اطمینان بیشتر در هر گروه ۳۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. بر این اساس حجم نمونه در این مطالعه ۹۰ نفر بوده که ۳۰ زوج مادر و نوزاد برای هر گروه در نظر گرفته شدند.

$$N = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2) / (\mu_2 - \mu_1)^2$$

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان، پژوهشگر با مراجعه به مرکز بایگانی بیمارستان بعثت سنجند و بررسی پرونده‌ها، مادرانی را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند به صورت سرشماری انتخاب نمود. ۳۰ مادر-نوزاد اول در گروه مداخله کانگورویی، ۳۰ مادر-نوزاد دوم در گروه لایایی و ۳۰ مادر-نوزاد سوم در گروه کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل مادران با سابقه داشتن نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، نوزاد با سن ۳۲ تا ۳۷ هفته بارداری، وزن نوزاد (۲۵۰۰-۳۰۰۰) گرم، گذشت یک ماه از زایمان، کسب نمره ۱۳ و بالاتر از پرسشنامه ادینبورگ (EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale)، وجود افسردگی پس از زایمان بر اساس تشخیص روان پزشک و اجازه انجام مداخله حمایتی در کنار درمان معمول، عدم وجود مشکل طبی و مامایی در مادر و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم علاقه خانواده به ادامه همکاری در هر مرحله از مطالعه، وجود ناهنجاری شدید مادرزادی و فوت نوزاد بود.

در مرحله اول مطالعه، پژوهشگر طی هماهنگی قبلی به منزل مادران مراجعه نمود. در این مرحله، پس از آشنایی و توضیح در مورد اهداف پژوهش، فرم رضایت نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش،

است [۵] که در صورت عدم پیگیری می‌تواند عاملی زمینه ساز برای افسردگی پس از زایمان باشد [۶].

افسردگی پس از زایمان از شایعترین و جدیترین اختلالات روان پزشکی است که ۱۰ تا ۱۵ درصد از مادران در مرحله بعد از زایمان به آن مواجه می‌شوند [۷، ۸]. میزان افسردگی در مادران دارای نوزاد نارس تقریباً دو برابر و در حدود ۲۸ تا ۴۰ درصد بخصوص در اوایل دوره پس از زایمان است [۹]. انجمن روان شناسان آمریکا (APA: American Psychological Association) افسردگی پس از زایمان را یک مشکل جدی بهداشتی می‌پندارد و مشخصه آن بی ثباتی عاطفی طولانی مدت است که موجب تغییرات فیزیولوژیکی، روان شناختی، فرهنگی، معنوی و عاطفی در مادر شده و بر زندگی اجتماعی و سلامت او تأثیری گذارد [۱۰].

بر اساس مطالعه کامر و همکاران (۲۰۰۹)، ۴۳ درصد از مادران دارای افسردگی پس از زایمان؛ دچار بی خوابی، کاهش انرژی و خستگی، کاهش تمرکز، کاهش اشتها، احساس بی ارزشی و فقدان اعتماد به نفس شدند [۱۱].

افسردگی بعد از زایمان می‌تواند موجب خودکشی در مادر، کاهش رضایت زناشویی و اختلال در نقش مادری در مراقبت از نوزاد گردد [۱۲]. مطالعه سورکان و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که کودکان متولد شده از مادران دارای افسردگی متوسط تا شدید نسبت به کودکان مادران بدون افسردگی از رشد قندی کمتری در ۶ سال اول زندگی برخوردارند [۱۳].

درمان افسردگی بعد از زایمان شامل استفاده از درمان‌های دارویی و غیر دارویی است [۱۴] به دلیل ترس از خطر ترشح دارو در شیر، حتی در دوز پایین، مادران تمایلی به مصرف دارو نداشته و استفاده از روش‌های غیر دارویی را ترجیح می‌دهند [۱۵]. یکی از این روش‌ها مراقبت کانگورویی است که دانش اندک در رابطه با این شیوه مراقبتی، سبب استفاده محدود از آن شده است [۱۴].

روش کانگورویی روشی ایمن حتی برای نوزادان بسیار نارس است [۱۶]. در این روش نوزاد با وضعیت قورباغه مانند با حداقل پوشش و با پوشک در قسمت وسط سینه مادر قرار داده می‌شود. رطوبت و گرمای بدن مادر، نوزاد را گرم و از هیپوترمی پیشگیری نموده و ارتباط بین مادر و نوزاد را لذت بخش می‌سازد. از این روش می‌توان به مدت حداقل ده دقیقه تا حداکثر یک روز استفاده نمود [۱۷]. نتایج مطالعه بدر و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که مراقبت کانگورویی به دلیل نوازش مادرانه موجب ترشح اکسی توسین شده و در نتیجه علائم افسردگی پس از زایمان را کاهش می‌دهد [۱۴].

یکی دیگر از روش‌های مؤثر غیر دارویی بر حالت عاطفی مادران موسیقی درمانی است. لایایی نوعی موسیقی آرام و ملایم و آواز فولکوریک است که در سراسر جوامع دنیا توسط مادران برای بچه‌ها خوانده می‌شود [۱۸، ۱۹]. این نوع موسیقی با بیان احساسات مادر همراه بوده و هیجانات درونی او را کاهش می‌دهد [۲۰]. خواندن لایایی ارتباط مادر و نوزاد را تقویت کرده و مراقبت از نوزاد را آسان نموده و موجب آرامش در کودکان می‌شود [۲۱، ۲۲].

این روش کم هزینه، لذت بخش و قابل اجرا برای اکثر مادران است [۱۹]. بیشتر مطالعات در رابطه با تأثیر لایایی بر وضعیت نوزاد

شدن دوباره، فوت شیرخوار، جابه جایی محل زندگی و در دسترس نبودن از مطالعه خارج شدند و ۷۵ زوج مادر-نوزاد تا مرحله نهایی مطالعه حضور داشتند. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی مادر - نوزاد و پرسشنامه ادینبورگ ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه بودند. در پرسشنامه مربوط به اطلاعات مادر و نوزاد سن مادر و نوزاد، تحصیلات، شغل، نوع زایمان، سابقه داشتن نوزاد نارس، سابقه سقط و فوت فرزند، نسبت فامیلی و خواسته یا ناخواسته بودن بارداری مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه سنجش افسردگی پس از زایمان ادینبورگ شامل ۱۰ گویه است. هر سؤال چهار گزینه دارد و هر گزینه از صفر تا سه نمره دهی می شود. نمرات کل از صفر تا ۳۰ می باشد. در مطالعه انجام شده توسط حریریچی و همکاران (۲۰۱۷) داشتن نمره ۱۳ و بیشتر از ۱۳ از نسخه فارسی پرسشنامه (EPDS) نشان دهنده اختلال افسردگی پس از زایمان است. مادرانی که نمره بالاتر از ۱۳ را دارند احتمالاً از افسردگی پس از زایمان با شدت متفاوت رنج می برند و جهت تشخیص قطعی و درجه بندی اختلال نیازمند ارزیابی دقیق بالینی هستند [۷] زیرا پرسشنامه جایگزین معاینه بالینی نیست و همواره خصوصیات فردی افراد که توسط پژوهشگر غیر قابل کنترل است بر پاسخ دهی به پرسشنامه تأثیر می گذارند [۳۱]. نسخه فارسی پرسشنامه EPDS توسط احمدی کانی گلزاری و قلی زاده در ایران در سال (۱۳۹۴) روایی و پایایی شد و نشان داد که این پرسشنامه دارای اعتبار مناسب است. این پرسشنامه به دلیل چند ویژگی از جمله سادگی اجرا، عینی بودن، هدف قرار دادن نشانه های افسردگی، کوتاه بودن فرم و اعتبار مناسب آن در تحقیقات در کشورهای دیگر و مقبولیت مناسب در سطح دنیا مناسب است. با استفاده از این آزمون کوتاه در سیستم های بهداشتی و مراقبتی می توان به تشخیص و ارجاع سریع افراد بیمار و درمان و بهبود آنها اقدام کرد [۳۰]. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آنالیز کواریانس انجام شد.

یافته ها

براساس نتایج بدست آمده، میانگین (انحراف معیار) سن مادران مورد مطالعه در گروه کنترل ۲۸/۳۹ (۳/۷۵)، گروه مراقبت کانگورویی ۲۸/۳۷ (۶/۰۳) و در گروه مداخله لالایی ۲۷/۸۶ (۴/۳۳) بود. اکثریت مادران در گروه کنترل (۶۳/۳) درصد و گروه مداخله کانگورویی (۵۶/۷) درصد دارای تحصیلات دیپلم و در گروه مداخله لالایی (۴۳/۳) درصد دارای تحصیلات لیسانس بودند (جدول ۱). اکثریت مادران در گروه کنترل (۵۶/۷) درصد و لالایی (۵۶/۷) درصد دارای نوزاد پسر و در گروه مداخله کانگورویی (۵۶/۷) درصد دارای نوزاد دختر بودند. نوع زایمان در بیشتر مادران گروه کنترل و لالایی (۵۳/۳) درصد و در گروه مداخله کانگورویی (۵۶/۷) درصد سزارین بود (جدول ۲). نتایج تحلیل واریانس نشان داد که نمره های افسردگی قبل از مداخله در سه گروه تفاوت معنی داری با هم نداشتند ($F(2,86) = 0.265$, $P = 0.77$) (جدول ۳). پس از تعدیل نمره افسردگی قبل از مداخله، نمره افسردگی در گروه کنترل و دو گروه مداخله (پس از مداخله) متفاوت بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($F(70,2) = 119.29$, $P < 0.001$).

پرسشنامه جمعیت شناختی مادر - نوزاد و پرسشنامه افسردگی ادینبورگ در یک اتاق آرام کامل شد.

با توجه به تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) اگر علائم اختلال خلقی در چهار هفته بعد از زایمان شروع شده باشد، می توان آن را اختلال افسردگی پس از زایمان قلمداد کرد [۲۹، ۳۰]. مادرانی که چهار هفته پس از زایمان را سپری کرده بودند وارد مطالعه شدند. مداخله در پایان هر ماه برای نمونه های جمع آوری شده انجام می شد و همچنین نمونه های جدید نیز وارد مطالعه می شد. نمونه گیری از مهر ماه ۱۳۹۶ به مدت ۶ ماه به طول انجامید. جهت انجام مداخله در گروه مراقبت کانگورویی ۴ هفته بعد از زایمان و ترخیص نوزاد برای ۳۰ زوج مادر و نوزاد، روزانه عصر بعد از شیردهی و تعویض پوشک، به مدت ۳۰ دقیقه در طی ۱ ماه این روش انجام می شد. در این مداخله مادر لباس مراقبت کانگورویی را پوشیده و در وضعیت راحتی روی صندلی به حالت نیمه نشسته قرار می گرفت و نوزاد را در حالی که لخت بود و تنها با پوشک و کلاه به صورت عمودی در زیر لباس مراقبت کانگورویی در ناحیه سینه مادر به حالت قورباغه ای و اندام های خم شده در حالی که سر به یک سمت خم شده و تماس پوست با پوست برقرار شد قرار داده می شد. در گروه مداخله لالایی همانند گروه مداخله کانگورویی ۳۰ زوج مادر و نوزاد ۴ هفته بعد از زایمان و ترخیص نوزاد، مادر در پوزیشن نیمه نشسته در وضعیت راحت با پوشش دلخواه، عصرها بعد از شیردهی و تعویض پوشک، نوزاد را با پوشش معمول (سرهمی نوزاد) همراه با کلاه، مانند وضعیت ذکر شده در مراقبت کانگورویی در آغوش می گرفت و از لالایی هایی که از گذشته در فرهنگ خود رایج بود به زبان مادری و با لحن دلخواه برای نوزاد به مدت ۳۰ دقیقه در طی ۱ ماه به صورت پیوسته می خواند و احساسات درونی خود را ابراز می کرد. در مدت مطالعه در گروه کنترل مداخله ای انجام نشد.

در جلسه اول مداخله با جلسه دوم ویزیت در منزل، پژوهشگر جهت آموزش به مادر و فراهم کردن شرایط در زمان مداخله در کنار مادر حضور داشت و بعد از اجرای مداخله فیلم انجام مراقبت کانگورویی و پمفلت آموزش لالایی که دارای توضیحات از نظر (رعایت پوشش نوزاد و مادر، پوزیشن مادر و نوزاد، مدت زمان اجرای لالایی و اهمیت آن برای مادر و نوزاد) بود به همراه چک لیست ۳۰ روزه جهت تداوم اجرا مداخله در اختیار مادران گروه مداخله قرار داده می شد. بعد از ۲ هفته از اجرای مداخله، پژوهشگر طی تماس تلفنی با مادر جهت ویزیت سوم در منزل، وضعیت اجرای مداخله را پیگیری نمود. بعد از یک ماه از انجام مداخله، مجدداً پرسشنامه افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS) با حضور پژوهشگر در سه گروه کامل شد. مراقبت کانگورویی به همراه لالایی پس از اتمام طرح در گروه کنترل نیز اجرا شد.

در مرحله بعد از مداخله از ۹۰ زوج مادر و نوزاد، ۱۵ نمونه به دلایلی از جمله عدم علاقه مادر به ادامه همکاری، بیماری شیرخوار و بستری

جدول ۱: میانگین سن زن، سن زمان بستری نوزاد (روز)، سن هنگام تولد نوزاد (هفته)، وزن زمان تولد نوزاد (گرم) در سه گروه

متغیر	گروه کنترل		گروه کانگروبی		گروه لالایی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن مادر	۲۸/۳۹	۳/۷۵	۲۸/۳۷	۶/۰۳	۲۷/۸۶	۴/۳۳
سن زمان بستری نوزاد	۲/۰۷	۲/۹۶	۲/۱۷	۵/۱۳	۱/۰۷	۰/۳۷
سن هنگام تولد نوزاد	۳۳/۴۳	۳/۵۴	۳۱/۴۳	۶/۷۹	۳۳/۲۱	۳/۵۷
وزن زمان تولد نوزاد	۳۲۴۲/۶۷	۸۱۵/۲۶	۳۰۵۷/۶۷	۸۶۰/۷۱	۲۱۸۴	۸۳۰/۱۴

جدول ۲: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی افراد شرکت کننده در مطالعه در سه گروه

رده‌ها	گروه کنترل		گروه کانگروبی		گروه لالایی	
	فراوانی	نسبی	فراوانی	نسبی	فراوانی	نسبی
تحصیلات مادر						
زیر دیپلم	۵	٪۱۶/۷	۹	٪۳۰	۴	٪۱۳/۳
دیپلم	۱۹	٪۶۳/۳	۱۷	٪۵۶/۷	۱۲	٪۴۰
لیسانس	۴	٪۱۳/۳	۴	٪۱۳/۳	۱۳	٪۴۳/۳
بالتر از لیسانس	۲	٪۶/۷	۰	٪۰	۱	٪۳/۳
تحصیلات همسر						
زیر دیپلم	۶	٪۲۰	۵	٪۱۶/۷	۱	٪۳/۳
دیپلم	۹	٪۳۰	۱۷	٪۵۶/۷	۱۳	٪۴۳/۳
لیسانس	۱۳	٪۴۳/۳	۶	٪۲۰	۱۳	٪۴۳/۳
بالتر از لیسانس	۲	٪۶/۷	۲	٪۶/۷	۳	٪۱۰
شغل مادر						
خانه دار	۲۶	٪۸۶/۷	۲۸	٪۹۳/۳	۲۰	٪۶۶/۷
شاغل	۴	٪۱۳/۳	۲	٪۶/۷	۱۰	٪۳۳/۳
شغل همسر						
آزاد	۱۸	٪۶۰	۱۹	٪۶۲/۳	۱۲	٪۴۰
کارمند	۱۰	٪۳۳/۳	۱۱	٪۳۶/۷	۱۶	٪۵۳/۳
بیکار	۲	٪۶/۷	۰	٪۰	۲	٪۶/۷
نسبت فامیلی						
بله	۶	٪۲۰	۸	٪۲۶/۷	۹	٪۳۰
خیر	۲۴	٪۸۰	۲۲	٪۷۳/۳	۲۱	٪۷۰
حاملگی قبلی						
بله	۱۸	٪۶۰	۱۸	٪۶۰	۱۵	٪۵۰
خیر	۱۲	٪۴۰	۱۲	٪۴۰	۱۵	٪۵۰
سابقه سقط						
بله	۵	٪۱۶/۷	۵	٪۱۶/۷	۱۰	٪۳۳/۳
خیر	۲۵	٪۸۳/۳	۲۵	٪۸۳/۳	۲۰	٪۶۶/۷
جنس نوزاد						
دختر	۱۳	٪۴۳/۳	۱۷	٪۵۶/۷	۱۳	٪۴۳/۳
پسر	۱۷	٪۵۶/۷	۱۳	٪۴۳/۳	۱۷	٪۵۶/۷
نوع حاملگی						
خواسته	۲۱	٪۷۰	۱۹	٪۶۳/۳	۲۰	٪۶۶/۷
ناخواسته	۹	٪۳۰	۱۱	٪۳۶/۷	۱۰	٪۳۳/۳
نوع زایمان						
طبیعی	۱۴	٪۴۶/۷	۱۲	٪۴۰	۱۴	٪۴۶/۷
سزارین	۱۶	٪۵۳/۳	۱۷	٪۵۶/۷	۱۶	٪۵۳/۳
ذکر نشده	۰	٪۰	۱	٪۳/۳	۰	٪۰
نوع تغذیه نوزاد						
شیر مادر	۸	٪۲۶/۷	۱۲	٪۴۰	۱۱	٪۳۶/۷
شیر خشک	۰	٪۰	۱	٪۳/۳	۱	٪۳/۳
هر دو	۶	٪۲۰	۱۵	٪۵۰	۱۲	٪۴۰
ذکر نشده	۱۶	٪۵۳/۳	۲	٪۶/۷	۶	٪۲۰

میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله، در گروه کنترل ۱۵/۸۸ و در گروه کانگروبی ۶/۱۷ و در گروه لالایی ۷/۸۸ شد و این تفاوت معنی دار است. در مقایسه با قبل از مداخله، افسردگی در همه گروهها کاهش

معنی‌داری پیدا کرده است اما این کاهش در گروه کانگروبی و همچنین گروه لالایی نسبت به گروه کنترل بیشتر است و نشان می‌دهد که مداخله‌های انجام شده مؤثر است (جدول ۴). با توجه به اختلاف

درحقیقت متغیر پیش آزمون تا ۷۷ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده است.

نمره قبل و بعد در دو گروه مداخله، مراقبت کانگورویی مؤثرتر از مداخله لالایی بوده است. مجذور جزئی اتا ۰/۷۷ نشان می‌دهد که رابطه نیرومندی بین نمره‌های پیش از مداخله و پس از مداخله وجود دارد و

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس نمره‌های افسردگی قبل از مداخله در سه گروه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار آماره F	P-value
بین گروه‌ها	۱۳/۳۲	۲	۶/۶۶	۰/۲۶۵	۰/۷۷
درون گروه‌ها	۲۱۵۸/۵۷	۸۶	۲۵/۱۰		
کل	۲۱۷۱/۸۹	۸۸			

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس بررسی تفاوت نمرات افسردگی بعد از مداخله در گروه‌ها

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	Sig	اندازه اثر Eta
افسردگی قبل از مداخله	۱۵/۴۴	۱	۱۵/۴۴	۱۰۱/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
گروه	۳۶/۴۵	۲	۱۸/۲۳	۱۱۹/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۷
خطا	۱۰/۶۹	۷۰	۰/۱۵			--
کل	۷۵۲/۰۰	۷۴				--

بحث

خلقی ناشی از مراقبت کانگورویی می‌تواند به علت تماس لذت بخش پوست به پوست و آگاهی از فوا ئد مستمر و بالای مراقبت آغوشی برای نوزاد باشد، در حالیکه این موقعیت‌ها در مراقبت‌های معمول وجود ندارد.

در جست و جوی انجام شده مطالعات کمی در رابطه با تأثیر لالایی بر افسردگی پس از زایمان یافت شد و بیشتر مطالعات تأثیر لالایی را بر شاخص‌های نوزاد مورد بررسی قرار داده است [۲۱، ۲۳-۲۸]. در مطالعه جوسپینا و همکاران (۲۰۱۷) که با هدف تعیین تأثیر لالایی در طول بارداری و بعد از تولد بر ارتباط عاطفی بین مادر و نوزاد، رفتارهای نوزادی و استرس مادر انجام شد، نتایج نشان داد که لالایی سبب کاهش میزان گریه، کولیک و بیداری شبانه در نوزاد و کاهش استرس مادر شد. همچنین خواندن لالایی توسط مادر سبب بهبود ارتباط و ارتقا باندینگ مادر و نوزاد شد [۲۵]. همچنین فان کورت و همکاران (۲۰۱۶) در یک مطالعه نتیجه گرفتند که موسیقی موجب بهبود علائم افسردگی بعد از زایمان، ارتقا ارتباط مادر و نوزاد، بهبود عزت نفس و احساس تندرستی در مادر شد و تأثیر موسیقی زنده بیشتر از انواع دیگر موسیقی پخش شده بود که همسو با نتیجه این پژوهش است [۵].

در مطالعه دیگری که توسط مؤمنی و همکاران (۱۳۹۴) تحت عنوان اثر موسیقی درمانی (لالایی) بر شاخص‌های فیزیولوژیک و رشد نوزادان نارس انجام گرفت، نتایج نشان داد که مراقبت آغوشی مادرانه به همراه موسیقی (لالایی) در کنار حمایت‌های پزشکی نقش مؤثری در بهبود وضعیت نوزاد و آرامش مادر دارند [۲۸]. اما نتایج مطالعه آرنون و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که آوازخواندن مادران دارای نوزاد نارس در زمان مراقبت کانگورویی بیشتر موجب کاهش اضطراب در آن‌ها در مقایسه با مراقبت کانگورویی به تنهایی می‌شود [۴] که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد که می‌تواند به دلیل مقایسه دومداخله بصورت جداگانه باشد. با استناد به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه دیگر، استفاده از مداخله‌هایی همچون مراقبت کانگورویی و لالایی می‌تواند در کاهش افسردگی پس از زایمان مادران دارای نوزاد نارس مؤثر باشد. همچنین در مطالعه حاضر تأثیر مداخله مراقبت کانگورویی در کاهش

این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر دو روش مراقبت کانگورویی و لالایی بر میزان افسردگی پس از زایمان در مادران دارای نوزادان نارس انجام گرفت. نتایج نشان داد که مداخله با روش مراقبت کانگورویی و روش لالایی بر میزان افسردگی پس از زایمان در مادران مؤثر است که این تأثیر در گروه مراقبت کانگورویی نسبت به گروه لالایی بیشتر بود. نتایج مطالعه آهن و همکاران (۲۰۱۰) در کره نشان داد که مراقبت کانگورویی در مادران دارای نوزاد نارس موجب، افزایش قد و دور سر نوزاد، افزایش ارتباط مادر و نوزاد و بهبود افسردگی متوسط پس از زایمان شده است که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد [۳۲]. پالیزوان و همکاران (۲۰۱۴) در یک مطالعه تحت عنوان بررسی تأثیر روش مراقبت کانگورویی بر وضعیت سلامت عمومی مادر پس از زایمان نشان دادند نمره گویه‌های سلامت عمومی (سلامت جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی) در گروه مداخله در هفته اول، ماه اول و دوم پس از زایمان نسبت به قبل از مداخله، کاهش قابل توجهی یافته بود که نشان دهنده تأثیر تماس پوستی بر سلامت مادران پس از زایمان بود [۳۳]. در مطالعه دالسنس و همکاران (۲۰۰۹) مراقبت کانگورویی باعث بهبود افسردگی بعد از زایمان، احساس تندرستی، شادی و سرعت عمل بیشتر مادر شده بود [۳۴] که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. در یک مطالعه مروری بدر و همکاران (۲۰۱۷) نتیجه گرفتند که در مراقبت کانگورویی به دلیل تماس پوست با پوست مادر و نوزاد، ایجاد آرامش، در بدن مادر هورمون اکسی توسین آزاد شده و میزان ابتلا به افسردگی پس از زایمان کاهش یافت [۱۴].

در مطالعه کاشانی نیا و همکاران (۲۰۱۴) مراقبت کانگورویی سبب کاهش تنش در مادران شد. عوامل تنش زا برای مادران نوزادان نارس خطرآفرین است زیرا افسردگی پس از زایمان با تنش مادر در ارتباط است و تنش سبب تشدید افسردگی بعد از زایمان خواهد شد بنابراین مراقبت کانگورویی در مواجهه با تنش مادران بخصوص مادران دارای نوزادان نارس توصیه می‌شود [۶]. که همسو با اجرای این مطالعه است. علی رغم وجود تفاوت در روش کار مطالعات فوق با مطالعه حاضر و همچنین تفاوت در ابزارها، نتایج یکسانی بدست آمده است. تغییرات

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان مورخ ۱۳۹۶/۶/۷ است. همچنین این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش با شناسه IR.MUK.REC.1396/150 تأیید و به ثبت رسیده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی و اعضا محترم هیئت علمی گروه پرستاری، کارکنان محترم مراکز بهداشتی-درمانی هدف و مادران عزیزی که همکاری خود را دریغ نکردند، کمال تشکر و قدردانی را نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافع برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

References

1. Reefhuis J, Gilboa SM, Johansson MA, Valencia D, Simeone RM, Hills SL, et al. Projecting Month of Birth for At-Risk Infants after Zika Virus Disease Outbreaks. *Emerg Infect Dis*. 2016;22(5):828-32. doi: 10.3201/eid2205.160290 pmid: 27088494
2. Henderson J, Carson C, Redshaw M. Impact of preterm birth on maternal well-being and women's perceptions of their baby: a population-based survey. *BMJ Open*. 2016;6(10):e012676. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012676 pmid: 27855105
3. Athanasopoulou E, Fox JR. Effects of kangaroo mother care on maternal mood and interaction patterns between parents and their preterm, low birth weight infants: a systematic review. *Infant Ment Health J*. 2014;35(3):245-62. doi: 10.1002/imhj.21444 pmid: 25798479
4. Arnon S, Diamant C, 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 Paediatr*. 2014;103(10):1039-44. doi: 10.1111/apa.12744 pmid: 25039678
5. Fancourt D, Perkins R. Associations between singing to babies and symptoms of postnatal depression, wellbeing, self-esteem and mother-infant bond. *Public Health*. 2017;145:149-52. doi: 10.1016/j.puhe.2017.01.016 pmid: 28359384
6. Kashaninia Z, Dehghan M, Sajedi F, Rezasoltani P. The assessment effect of kangaroo care on maternal stress of premature infants hospitalized in neonatal intensive care units. *J Hayat*. 2014;20(3):74-84.
7. Herizchi S, Hosseini MB, Ghoreishizadeh M. The Impact of Kangaroo-Mother Care on Postpartum Depression in Mothers of Premature Infants. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2017;5(4):312-7.
8. Pourkhaleghi N, Askarizadeh G, Fazilat-Pour M. Predicting Post-Partum Depression of Nulliparous Women: Role of Social Support and Delivery Type. *J Health Care*. 2017;19(1):18-29.
9. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review.

افسردگی پس از زایمان درمادران بیشتر از مداخله لالایی بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی مشابه در رابطه با تأثیر لالایی بر نوزاد و مادر انجام گیرد.

در مطالعه حاضر پاسخ‌هایی که واحدهای پژوهش می‌دادند، می‌تواند منعکس کننده نظرات واقعی آن‌ها نباشد که این مورد از محدوده پژوهشگر خارج بود که جزء محدودیت‌های مطالعه حاضر بود.

نتیجه‌گیری

مراقبت کانگورویی و لالایی بر کاهش افسردگی پس از زایمان در مادران دارای نوزاد نارس مؤثر بود. با توجه به تأثیر مثبت این دو روش در بهبود خلق و خوی و پیشبرد سلامت مادران و سایر فواید آن برای مادران و نوزادان، انجام آن بعد از زایمان به عنوان روش‌هایی غیر تهاجمی و مقرون به صرفه به مادران توصیه می‌شود.

- BJOG. 2010;117(5):540-50. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02493.x pmid: 20121831
10. Held L, Rutherford A. Can't a mother sing the blues? Postpartum depression and the construction of motherhood in late 20th-century America. *Hist Psychol*. 2012;15(2):107-23. pmid: 22849002
11. Kammerer M, Marks MN, Pinard C, Taylor A, von Castelberg B, Kunzli H, et al. Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(3):135-41. doi: 10.1007/s00737-009-0062-9 pmid: 19337702
12. Shirjang L, Sohrabi N, Hossini M. Forecasting postpartum depression based on marital satisfaction Mental Health. *J Psychol Methods Mod*. 2012;2(10):27-44.
13. Surkan PJ, Ettinger AK, Hock RS, Ahmed S, Strobino DM, Minkovitz CS. Early maternal depressive symptoms and child growth trajectories: a longitudinal analysis of a nationally representative US birth cohort. *BMC Pediatr*. 2014;14(1):185. doi: 10.1186/1471-2431-14-185 pmid: 25047367
14. Badr H, Zauszniewski J. Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *Int J Nurs Sci*. 2017;4(2):1-5.
15. McDonagh MS, Matthews A, Phillipi C, Romm J, Peterson K, Thakurta S, et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2014;124(3):526-34. doi: 10.1097/AOG.0000000000000410 pmid: 25004304
16. Curry MA. [Maternal attachment behavior and the mother's self concept: the effect of early skin-to-skin contact]. *Kango Kenkyu*. 1983;16(2):147-55. pmid: 6553097
17. Ludington-Hoe S. Kangaroo Care: The Best You Can Do to Help Your Preterm Infant: Random House Publishing Group; 2012. 105-60 p.
18. Carolan M, Barry M, Gamble M, Turner K, Mascarenas O. The Limerick Lullaby project: an intervention to relieve

- prenatal stress. *Midwifery*. 2012;28(2):173-80. doi: [10.1016/j.midw.2010.12.006](https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.12.006) pmid: 21371795
19. Norouzi F, Keshavarz M, SeyedFatemi N, Montazeri A. The impact of kangaroo care and music on maternal state anxiety. *Complement Ther Med*. 2013;21(5):468-72. doi: [10.1016/j.ctim.2013.07.006](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.07.006) pmid: 24050581
 20. Volta A, Neonatologo P, di Reggio Emilia A. In principio era il suono. *Quaderni Acp*. 2010;17(2):89-91.
 21. Nicholson JM, Berthelsen D, Abad V, Williams K, Bradley J. Impact of music therapy to promote positive parenting and child development. *J Health Psychol*. 2008;13(2):226-38. doi: [10.1177/1359105307086705](https://doi.org/10.1177/1359105307086705) pmid: 18375628
 22. Klaus MH, Kennell JH, Plumb N, Zuehlke S. Human maternal behavior at the first contact with her young. *Pediatrics*. 1970;46(2):187-92. pmid: 5432150
 23. Alipour Z, Eskandari N, Ahmari Tehran H, Eshagh Hossaini SK, Sangi S. Effects of music on physiological and behavioral responses of premature infants: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2013;19(3):128-32. doi: [10.1016/j.ctcp.2013.02.007](https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.02.007) pmid: 23890458
 24. Loewy J. NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice. *Ann N Y Acad Sci*. 2015;1337(1):178-85. doi: [10.1111/nyas.12648](https://doi.org/10.1111/nyas.12648) pmid: 25773633
 25. Persico G, Antolini L, Vergani P, Costantini W, Nardi MT, Bellotti L. Maternal singing of lullabies during pregnancy and after birth: Effects on mother-infant bonding and on newborns' behaviour. *Concurrent Cohort Study. Women Birth*. 2017;30(4):e214-e20. doi: [10.1016/j.wombi.2017.01.007](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.007) pmid: 28169158
 26. Standley JM, Swedberg O. NICU music therapy: Post hoc analysis of an early intervention clinical program. *Arts Psychother*. 2011;38(1):36-40.
 27. Taheri L, Jahromi MK, Abbasi M, Hojat M. Effect of recorded male lullaby on physiologic response of neonates in NICU. *Appl Nurs Res*. 2017;33:127-30. doi: [10.1016/j.apnr.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.11.003) pmid: 28096005
 28. Momeni F, Javadi MH, Lavassani MGA, Haghshenas M. The Effect of Music Therapy (Lullabies) on Infants' Physiological and Growth Parameters. *Med J D S*. 2015;5(11):242-50.
 29. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407. doi: [10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612) pmid: 23394227
 30. Ahmadi Kani Golzar A, Goli Zadeh Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2015;3(3):1-10.
 31. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782-6. pmid: 3651732
 32. Ahn HY, Lee J, Shin HJ. Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *J Trop Pediatr*. 2010;56(5):342-4. doi: [10.1093/tropej/fmq063](https://doi.org/10.1093/tropej/fmq063) pmid: 20601691
 33. Paliz Ravan N, Hekmat K, Sharifi N, Javadi Far N, Haghighi Zade M, Moosavi P. The effect of kangaroo's care method on maternal general health after delivery. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2014;17(121):10-7.
 34. de Alencar AE, Arraes LC, de Albuquerque EC, Alves JG. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr*. 2009;55(1):36-8. doi: [10.1093/tropej/fmn083](https://doi.org/10.1093/tropej/fmn083) pmid: 19066171