Examining the frequency of skin-to-skin contact and the initiation of breastfeeding in the first hour of birth in full-term infants born in Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan, 2023

Nahid jafari[1], Azam Maleki[2], Afshin Zinali[3], Robab Bayat[4], Aida Ghaffari [5]*, Hamideh Gholami

1. Assistant Professor of Neonatal and Perinatal Medicine , Department of neonatology, School of Medicine, Ayatollah Mousavi hospital, Zanjan university of medical sciences, Zanjan, Iran
2. Ph.D, Assistant professor of reproductive health , Social Determinants of Health Research Center, Health and Metabolic Diseases Research Institute, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
3. MD, General medical student, Faculty of Medicine, Ayatollah Mousavi hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
4. BSc in Midwifery, Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
5. MSc ,Midwifery Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
6. Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Ayatollah Mousavi Medical Education Center, Zanjan University of Medical Sciences

***Corresponding Author:** Aida Ghaffari, **Email:** a.ghaffari@zums.ac.ir

Received: 1 March 2024 **Accepted:** 21 May 2024

Abstract

Background & Aim: One crucial step in implementing the child-friendly protocol in hospitals is to monitor the current situation regarding skin-to-skin contact between mother and baby and initiating breastfeeding within the first hour of birth. The present study was conducted with the aim of investigating the level of skin-to-skin contact and breastfeeding within the initial hour postnatal and its associated factors

Materials & Methods: The present study was a cross-sectional study which was done in the winter of 2022 in Ayatollah Mousavi Hospital of Zanjan city. The sample size included 385 mothers who gave birth admitted to the Postpartum care unit of the Hospital, who were selected by simple random method. The data were collected by using the registering form of the demographic characteristics of the mother, the characteristics of the baby, the mother's pregnancy and delivery, and data related to the state of skin contact between the mother and the baby and the start of feeding in the first hour after the childbirth, through interviews with the mother, and with using SPSS software version 21 and descriptive statistics indicators, chi-square test and conditional logistic regression model were analyzed with a confidence level of 95%.

Results: The study's findings revealed that approximately 53% of infants experienced skin-to-skin contact with their mothers. Within the initial hour post-delivery, 89% of infants were breastfed. According to the results of the logistic regression model, the variable of delivery method had a significant relationship with the state of mother-baby skin contact and the variable of residence with breastfeeding in the first hour after childbirth. So that in mothers living in the city, the chance of breastfeeding in the first hour after birth was 2.5 times higher (p=0.016) and the chance of skin-to-skin contact between mother and baby in cesarean section was 8% lower than natural delivery (p=0.001).

Conclusion: The results of the present study show that the skin contact between mother and baby was relatively good and breastfeeding was good. Considering the relationship between skin contact between mother and baby and delivery method, it is suggested to plan suitable interventions to increase skin contact coverage and breastfeeding in the first hour after childbirth, especially in cesarean deliveries.

Key words: Skin to skin contact, childbirth, breastfeeding

How to cite this article: jafari N, Maleki A, Zinali A, Bayat R, Ghaffari A, Gholami H. Examining the frequency of skin-to-skin contact and the initiation of breastfeeding in the first hour of birth in full-term infants born in Ayatollah Mousavi Hospital, Zanjan, 2023. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2024; Vol 9(4), spring, pp 366 – 382**. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-605-fa.html.**

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بررسی میزان تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و عوامل مرتبط با آن: یک مطالعه مقطعی

ناهید جعفری[۱]، دکتر اعظم ملکی[۲]، افشین زینالی[۳]، رباب بیات[۴]، آیدا غفاری*[۵]، حمیده غلامی[۶]

۱. استادیار طب نوزادی و پیرامون تولد، گروه نوزادان، دانشکده پزشکی، بیمارستان آیت الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۲. استادیار بهداشت باروری، پژوهشکده سلامت و بیماری‌های متابولیک، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۳. دانشجوی پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، بیمارستان آیت‌الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۴. کارشناس مامایی، بیمارستان آیت‌الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۵. مربی مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۶. استادیار زنان و زایمان، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی درمانی آیت الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

***نویسنده مسئول:** آیدا غفاری، **ایمیل:** a.ghaffari@zums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۱ **تاریخ پذیرش:**۱۴۰۳/۰۳/۰۱

چکیده

زمینه و اهداف: یکی از اقدامات مهم در زمینه تحقق اجرای پروتکل دوستدار کودک در بیمارستان‌ها پایش وضعیت موجود از نظر تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد است. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بودکه در زمستان سال ۱۴۰۱ در بیمارستان آیت‌الله موسوی شهر زنجان انجام شد . حجم نمونه شامل ۳۸۵ نفر از مادران زایمان کرده بستری شده در بخش مراقبت پس از زایمان بیمارستان مذکور بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از فرم ثبت مشخصات دموگرافیک مادر ، مشخصات نوزاد ، بارداری و زایمان و همچنین داده‌های مربوط به وضعیت تماس پوستی و شروع تغذیه در ساعت اول پس از تولد نوزاد از طریق مصاحبه با مادر جمع اوری و با استفاده از نرم‌افزارSPSS نسخه ۲۱ و شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون کای دو و مدل رگرسیون لجستیک شرطی با سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند .

یافته‌ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد حدود ۵۳ درصد از نوزادان تماس پوستی با مادر خود داشتند. در ساعت اول بعد از تولد ۸۹ درصد نوزادان از شیرمادر تغذیه شده بودند. بر اساس نتایج مدل رگرسیون لجستیک متغیر روش زایمان با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد و متغیر محل سکونت با شیردهی ساعت اول بعد از تولد ارتباط معنی‌داری داشت. به طوری که در مادران ساکن شهر شانس شیردهی در ساعت اول بعد از تولد ۲/۵ برابر بیشتر بود (p =۰/۰۱۶) و شانس برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد در روش سزارین ۸ درصد کمتر از زایمان طبیعی بود (p =۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد تماس پوستی مادر و نوزاد وضعیت نسبتا مطلوب و شیردهی وضعیت مطلوب داشت. با توجه به ارتباط تماس پوستی مادر و نوزاد با روش زایمانی ، برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات مناسب برای افزایش پوشش تماس پوستی و شیردهی در ساعت اول بعد از تولد به خصوص در زایمان سزارین پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: تماس پوست با پوست، زایمان ،شیردهی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

تماس پوستی، به برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله یا طی ۵ دقیقه اول بعد از تولد حداقل به مدت یک ساعت اطلاق می‌شود . نوزاد بلافاصله پس از تولد خشک شده و به طور مستقیم روی سینه لخت مادر خود قرار می‌گیرد و هر دوی آنان با یک پتوی گرم پوشانده می‌شوند(۱). امروزه اهمیت و مزایای تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد بر کسی پوشیده نیست(۲). از فواید تماس پوستی می‌توان به تثبیت ضربان قلب نوزاد، بهبود سطح اکسیژن‌رسانی ، تنظیم دمای مناسب بدن نوزاد ، پیشگیری از مرگ‌ومیر نوزادان ، برقراری پیوند عاطفی مادر و نوزاد، موفقیت و استمرار بیشتر در تغذیه با شیر مادر، کاهش استرس و نگرانی، افزایش اعتمادبه‌نفس مادر در مراقبت از نوزاد، اطمینان بیشتر مادر از سلامت نوزاد، افزایش حس کنترل و مدیریت شرایط توسط مادر اشاره کرد(۲, ۳).

در گام چهارم اقدامات ده گانه بیمارستان‌های دوستدار کودک که توسط یونیسف و WHO منتشر شده است، به برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد و تغذیه نوزاد با شیرمادر ظرف یک ساعت اول بعد از تولد تاکید شده است(۴). فراوانی تماس پوستی مادر و نوزاد در نقاط مختلف جهان متفاوت می‌باشد. در مرور سیستماتیک شیوع تماس پوستی مادر و نوزاد در ساعت اول تولد از ۱٪ تا ۹۸درصد متغیر بود. کشورهای با درآمد بالا نسبت به کشورهایی با درامد متوسط و پایین، میزان شیوع بالاتری را گزارش کرده بودند(۵).

شیوع تماس پوستی مادر و نوزاد در برزیل ۶۰/۱ ٪ (۶)، در ۱۷ کشور واقع در جنوب صحرای آفریقا ۴۵,۶۸٪ (۷) و در مطالعه‌ای در ایران ۱۶/۷ درصد گزارش شده است(۸). میزان تماس پوستی مادر و نوزاد بعد از تولد متاثر از فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی و فردی است. در مطالعه‌ای در پاپوآگینه نو نوزادان پسرکه حاصل زایمان اول و به روش طبیعی می‌باشند میزان تماس پوستی مادر و نوزاد بعد از تولد بیشتر بود. هم چنین در مادرانی که در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال، دارای تحصیلات بالا، شاغل و برخوردار از بیمه درمانی بودند شانس برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بیشتر بود(۷).

در مطالعه دیگر در برزیل مهم‌ترین موانع برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بعد از تولد نارسی، زایمان سزارین و نمره آپگار زیر ۷ ذکر شده است(۹). شروع تغذیه با شیر مادر طی یک ساعت اول تولد، اولین و حیاتی‌ترین گام برای کاهش مرگ‌ومیر شیرخواران و کودکان است(۱۰). میزان شروع تغذیه نوزاد با شیر مادر در ساعت اول تولد در ۱۱ کشور اروپایی بین ۵۶ تا ۹۷ درصد متغیر است(۱۱). در بررسی وضعیت ۳۱ کشور با سطح درآمد پایین تا متوسط نشان داده شده است؛ تقریباً در اکثر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

کشورها، ۸۰ درصد نوزادان در اولین روز پس از تولد، شیردهی را شروع کرده بودند، به جز چاد و پاکستان، که به ترتیب تنها ۴۱ درصد و ۵۶ درصد موارد را شامل بود.

در بوروندی که در جنوب صحرای آفریقا واقع است، ۸۵ درصد از نوزادان بلافاصله بعد از تولد شیردهی را شروع کرده بودند در حالی که درصد شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد در چاد ۲۳ درصد بود. در منطقه آسیای جنوبی و جنوب شرقی آسیا، شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد از ۲۰ درصد در پاکستان تا ۷۶ درصد درتیمور شرقی[1] متغیر بود. در منطقه شمال آفریقا، غرب و آسیای مرکزی ، شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد از ۲۷ درصد در مصر تا ۶۷ درصد در اردن متغیر بود(۱۲).

در ایران در مطالعه‌ای شیوع شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد ۳۲/۲ درصد (۱۳) و در مطالعه دیگر ۹۶ درصد از مادران در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان شیردهی به نوزاد خود را آغاز کرده بودند (۱۴). براساس شواهد موجود شروع شیردهی در ساعت اول پس از تولد با وضعیت تحصیلی مادر، شاخص دارایی، محل سکونت، روش زایمان، محل زایمان ، عامل زایمان، وجود عوارض دوران بارداری و زایمان و تمایل به شیردهی مادر ارتباط معنی‌داری دارد(۱۵, ۱۶).

علی‌رغم دیدگاه مثبت کارکنان بهداشتی درمانی در خصوص برقراری تماس پوستی هنوز هم در بسیاری از کشورها تا رسیدن به وضعیت مطلوب از نظر تماس پوستی مادر و نوزاد خیلی فاصله وجود دارد(۱۷). عدم اصلاح و بازنگری مستمر دستورالعمل‌ها، کاربردی نبودن دستورالعمل‌ها، نیاز به وجود فرد ثالث برای تماس پوستی، عدم تبعیت از دستورالعمل‌ها و سلیقه‌ای عمل کردن در برقراری تماس پوستی، افزایش بارکاری پرسنل مخصوصا در زمان شلوغی شیفت، کاستی‌های دانش کارکنان و مادر، ناکارآمدی نظارت سازمان‌ها ، پایش و ارزشیابی سنتی از جمله عوامل بازدارنده اجرای دستورالعمل تماس پوست به پوست مادر و نوزاد در ساعت اول پس از تولد در ایران ذکر شده است (۱۸). یکی از اقدامات مهم در زمینه تحقق اجرای پروتکل دوستدار کودک در بیمارستان‌ها پایش وضعیت موجود است. مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها

یک مطالعه توصیفی- مقطعی با هدف بررسی میزان تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان آیت‌الله موسوی زنجان سال ۱۴۰۱ انجام شد . جامعه پژوهش شامل کلیه مادران زایمان کرده بستری در بخش مراقبت پس از زایمان بیمارستان آموزشی ایت الله موسوی زنجان بود. معیارهای ورود شامل مادران دارای نوزاد ترم، سالم با حال عمومی خوب و قادر به تغذیه از پستان مادر و عدم وجود کنتراندیکاسیون تماس پوست با پوست مادر و نوزاد از جمله

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بیماری پوستی مادر و نوزاد به تشخیص پزشک و معیارهای خروج شامل وجود آنومالی آشکار در نوزاد در بدو تولد، نیاز به احیای پیشرفته نوزادی در بدو تولد، عوارض شدید بارداری و زایمان و انتقال مادر یا نوزاد به بخش مراقبت‌های ویژه بود.

حجم نمونه با در نظر گرفتن اندازه اثر حداکثر تماس پوستی(۵۰ درصد)، خطای نوع اول ۰/۰۵ و دقت ۰/۰۵ حجم نمونه ۳۸۴ محاسبه شد. لیست افراد واجد شرایط روزانه با مراجعه به بخش تهیه و سپس به روش تصادفی سیستماتیک (K=۲) نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از فرم ثبت مشخصات دموگرافیک مادر ، مشخصات نوزاد و بارداری و زایمان مادر جمع اوری شد که مشتمل بر سن مادر، تحصیلات مادر، محل سکونت خانواده، روش زایمانی، جنسیت نوزاد، رتبه تولد نوزاد، نمره اپگار دقیقه اول و پنجم، سن حاملگی موقع تولد نوزاد و وزن موقع تولد از طریق مراجعه به پرونده مادر تکمیل شد.

هم چنین داده‌های مربوط وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد و شروع تغذیه در ساعت اول پس از تولد نوزاد از طریق مصاحبه با مادر جمع‌آوری شدند. علاوه بر این مدت زمان تماس پوستی نیز بررسی شد. نمونه‌ای از سوالات شامل"۱- ایا تماس پوستی مادر و نوزاد انجام شد؟ پاسخ دهی سوال با گزینه‌های بلی، خیر و نمی‌دانم آیتم بندی شد. ۲- چه زمانی پس از زایمان اولین تماس پوستی مادر و نوزاد برقرار شد؟ تماس پوستی مادر و نوزاد تا چه مدت ادامه یافت؟ چه مدت پس از زایمان اولین بار نوزادتان را تغذیه نمودید؟ (با شیر خودتان و بصورت تغذیه پستانی).براساس دستورالعمل وزارت بهداشت اسکوربندی این سوالات با طیف ۱-بلا فاصله۲- در پنج دقیقه اول ۳ - در نیم ساعت اول ۴- در یک ساعت اول ۵- به محض هوشیاری مادر۶-سایر....." طراحی شده است.

علاوه بر این با توجه به اهمیت مدت زمان تماس پوستی و پایش وضعیت موجود پاسخ مادران در قسمت سایر برحسب دقیقه نیز جمع اوری شد. سپس براساس فراوانی با فواصل ۱۵ دقیقه طبقه بندی به شرح زیر ۱-۵ دقیقه، ۶ تا ۱۵ دقیقه، ۱۶ تا ۳۰ دقیقه ، ۳۱ تا ۴۵ دقیقه و ۴۶ تا ۶۰ دقیقه تقسیم بندی شد. پرسشنامه مورد استفاده از نظر محتوا توسط ۵ نفر از متخصصان (سه نفر در حیطه زنان و دو نفر در حیطه نوزادان) بررسی و تایید شد.معیار تماس پوستی مادر و نوزاد در مطالعه حاضر مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت ایران در نظر گرفته شد.

طبق تعریف تماس پوستی: به" برقراری تماس پوست به پوست مادر و نوزاد بلافاصله یا طی ۵ دقیقه پس از تولد حداقل به مدت یک ساعت" اطلاق می‌شود. نوزاد بلافاصله پس از تولد به طور مستقیم روی سینه لخت مادر خود قرار می‌گیرد و سپس خشک می‌شود، هر دو آنها را با یک پتوی گرم پوشانده و برقراری تماس پوستی حداقل به مدت یک ساعت یا تا بعد از اولین تغذیه با شیر مادر ادامه می‌یابد (۱). توصیف داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و بررسی ارتباط هر یک از متغیرهای

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

زمینه‌ای با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد و یا شیردهی در ساعت اول بعد از تولد با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱، آزمون کای دو و مدل رگرسیون لجستیک شرطی در سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام شد.

این مطالعه بعد از تصویب در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان و اخذ تاییدیه از کمیته اخلاق انجام شد. هم چنین رضایت‌نامه کتبی از والدین اخذ شد؛ و تمامی اصول اخلاقی در کل فرایند انجام پژوهش از جمله رعایت اصل رازداری و بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها در راستای حفظ محرمانگی اطلاعات رعایت گردید. این پژوهش هیچ‌گونه بارمالی بر بیمار نداشت وکلیه جمع‌آوری اطلاعات پس از اخذ کد اخلاق صورت گرفت.

یافته‌ها

توصیف مشخصات دموگرافیک مادران شرکت کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ گزارش شده است . براساس نتایج این جدول دامنه سنی مادران شرکت‌کننده در مطالعه بین ۱۵ تا ۴۷ سال متغیر بود. بیشترین درصد مادران شرکت‌کننده در مطالعه در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال (۴۳/۶ درصد) ، محل سکونت روستا (۵۷/۹ درصد)، سطح تحصیلات در سطح دبیرستان_دیپلم (۳۵/۳درصد) بود. هم چنین دامنه سن نوزادان متولد شده بین ۳۷ هفته تا ۴۱ هفته متغیر بود.

جدول شماره۱: رابطه مشخصات دموگرافیک مادران و نوزادان با وضعیت تماس پوستی

متغیر دموگرافیک		تماس پوستی		P value*
		بلی تعداد(٪)	خیر تعداد(٪)	
سن مادر بر حسب سال	۱۵-۲۰	(۱۴/۶٪)۵۵	(۱۲/۵٪)۱	۰/۰۰۱
	۲۱-۳۰	(۴۴/۳٪)۱۶۷	(۱۲/۵٪)۱	
	۳۱-۴۰	(۳۹/۳٪)۱۴۸	(۵۰/۰٪)۴	
	۴۱-۴۷	(۱/۹٪)۷	(۲۵/۰٪)۲	
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
محل سکونت	روستا	(۵۸/۱٪)۲۱۹	(۵۰/۰٪)۴	۰/۶۴۶
	شهر	(۴۱/۹٪)۱۵۸	(۵۰/۰٪)۴	
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
تحصیلات	بیسواد/ ابتدایی	(۳۳/۷٪)۱۲۷	(۲۵/۰٪)۲	۰/۰۰۱
	راهنمایی	(۲۴/۷٪)۹۳	(۳۷/۵٪)۳	
	دیپلم/دبیرستان	(۳۶/۱٪)۱۳۶	(۰/۰٪)۰	
	دانشگاه	(۵/۶٪)۲۱	(۳۷/۵٪)۳	
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
سن نوزاد (هفته بارداری)	۳۷	(۲۲/۵٪)۸۵	(۶۲/۵٪)۵	۰/۱۰۶
	۳۸	(۳۱/۸٪)۱۲۰	(۱۲/۵٪)۱	

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

	۳۹	(۲۹/۲٪)۱۱۰	(۲۵/۰٪)۲	
	۴۰	(۱۴/۹٪)۵۶	(۰/۰٪)۰	
	۴۱	(۱/۶٪)۶	(۰/۰٪)۰	
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
وزن نوزاد در زمان تولد (گرم)	کمتر از ۲۵۰۰	(۴/۵٪)۱۷	(۱۲/۵٪)۱	
	بیش از ۲۵۰۰	(۹۵/۵٪)۳۶۰	(۸۷/۵٪)۷	۰/۳۲۱
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
آپگار دقیقه اول	۸	(۵/۶٪)۲۱	(۱۲/۵٪)۱	
	۹	(۹۴/۴٪)۳۵۶	(۸۷/۵٪)۷	۰/۳۷۸
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
آپگارپنجم	۹	(۱/۳٪)۵	(۰/۰٪)۰	
	۱۰	(۹۸/۷٪)۳۷۲	(۱۰۰/۰٪)۸	۰/۹۰۰
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
رتبه تولد نوزاد در خانواده	۱	(۲۲/۸٪)۸۶	(۲۵/۰٪)۲	
	۲	(۴۳/۲٪)۱۶۳	(۲۵/۰٪)۲	
	۳	(۲۷/۱٪)۱۰۲	(۲۵/۰٪)۲	۰/۲۴۴
	۴	(۶/۹٪)۲۶	(۲۵/۰٪)۲	
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
جنسیت	دختر	(۵۰/۹٪)۱۹۲	(۷۵/۰٪)۶	
	پسر	(۴۹/۱٪)۱۸۵	(۲۵/۰٪)۲	۰/۱۶۱
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	
روش زایمانی تولد نوزاد	سزارین	(۳۶/۹٪)۱۳۹	(۸۷/۵٪)۷	
	طبیعی	(۶۳/۱٪)۲۳۸	(۱۲/۵٪)۱	۰/۰۰۶
جمع		(٪۱۰۰)۳۷۷	(٪۱۰۰)۸	

* با استفاده از آزمون کای دو

بیشترین درصد نوزادان در سن حاملگی ۳۸ هفته متولد شده بودند (۹۸/۷درصد)، رتبه تولد نوزاد در خانواده بین ۱ تا ۴ متغیر بود. (۳۱/۴درصد) دامنه وزن نوزادان در زمان تولد بین ۲۰۰۰ گرم تا رتبه تولد بیشترین درصد نوزادان به ترتیب دوم و سوم اختصاص ۴۶۰۰ گرم متغیر بود. بیشتر نوزادان متولد شده وزن بالاتر از داشت. بیشتر نوزادان متولد شده دارای جنسیت دختر (۵۱/۴ ۲۵۰۱ گرم داشتند (۹۵/۳ درصد)، بیش از ۹۴ درصد از نوزادان درصد) و بیشترین درصد روش زایمانی تولد نوزاد به روش در زمان تولد نمره آپگار ۹ داشتند (۹۴/۳درصد)، نمره آپگار طبیعی بود (۶۲/۱ درصد) (جدول شماره ۱).نتایج نشان داد دامنه دقیقه پنجم بیش از ۹۸ درصد نوزادان در زمان تولد ۱۰ بود مدت زمان تماس پوستی بین ۱ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود. نزدیک به درصد زایمان‌های انجام شده تماس پوستی مادر و نوزاد برقرار شده بود؛ این در حالی است که فقط در ۵۳/۱ درصد موارد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

اجرای تماس پوستی مادر و نوزاد با دستورالعمل ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت مطابقت داشت. هم چنین نزدیک به ۱۰ درصد موارد مدت زمان تماس پوستی مادر و نوزاد کمتر از ۵ دقیقه بود.

هشتادو نه درصد نوزادان در ساعت اول بعد از تولد شیردهی از پستان مادر را شروع کرده بودند (جدول شماره ۲). ارتباط مشخصات دموگرافیک مادر با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد با استفاده از آزمون کای دو بررسی شد. نتایج نشان داد فراوانی تماس پوستی مادر و نوزاد با سن و تحصیلات مادر ارتباط معنی‌داری داشت($p=۰/۰۰۱$). به طوری که بیشترین فراوانی تماس پوستی مادر و نوزاد در مادران دارای تحصیلات دبیرستان/دیپلم و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات دانشگاهی بود.

هم چنین تماس پوستی مادر و نوزاد در دو طیف سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۴۱ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی کمتر بود. ارتباط محل سکونت با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد از نظر آماری معنی‌دار نبود($p=۰/۶۴۶$). ارتباط مشخصات نوزادان با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد با استفاده از آزمون کای دو بررسی شد. نتایج نشان داد فراوانی تماس پوستی مادر و نوزاد با متغیرهای سن نوزادان، وزن نوزادان، آپگار دقیقه اول و پنجم بعد از تولد، رتبه تولد نوزاد، جنسیت نوزاد ارتباط معنی‌داری از نظر آماری نداشت. اما فقط با نوع روش زایمان نوزاد ارتباط معنی‌داری داشت ($p=۰/۰۰۶$). به طوری که فراوانی تماس پوستی در نوزادانی که با روش زایمان طبیعی متولد شده اند بیشتر از روش سزارین بود (جدول شماره۱).

جدول شماره ۲: فراوانی تماس پوستی مادر و نوزاد و شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد

پیامد اصلی مطالعه		فراوانی	درصد
تماس نوزاد با پوست مادر	بله	۳۷۷	۹۷/۹٪
	خیر	۸	۲/۱٪
جمع		۳۸۵	۱۰۰٪
مدت زمان تماس پوستی مادر و نوزاد بر حسب دقیقه	۱-۵	۳۵	۹/۳٪
	۶-۱۵	۶۳	۱۶/۷٪
	۱۶-۳۰	۶۱	۱۶/۲٪
	۳۱-۴۵	۱۸	۴/۸٪
	۴۵-۶۰	۲۰۰	۵۳/۱٪
جمع		۳۷۷	۱۰۰٪
شیردهی در ساعت اول بعد از تولد	بلی	۳۴۶	۸۹/۹٪
	خیر	۳۹	۱۰/۱٪
جمع		۳۸۵	۱۰۰٪

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

ارتباط مشخصات دموگرافیک با شروع شیردهی نوزاد در ساعت اول بعد از تولد با استفاده از آزمون کای دو بررسی شد. نتایج نشان داد فراوانی شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد بر حسب محل سکونت مادران از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۸). اما ارتباط شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد با سن و تحصیلات مادر از نظر آماری معنی‌دار نبود. ارتباط مشخصات نوزادی با شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد با استفاده از آزمون کای دو بررسی شد. نتایج نشان داد فراوانی شیردهی در ساعت اول بعد از تولد بر حسب وزن نوزاد(p=۰/۰۰۱)، سن نوزاد(p=۰/۰۰۹)، روش زایمانی(p=۰/۰۰۱)، آپگار دقیقه اول(p=۰/۰۴۴) و رتبه تولد(p=۰/۰۰۷) از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول شماره۳).

جدول شماره۳: رابطه مشخصات دموگرافیک مادران و نوزادان با انجام شیردهی در ساعت اول

دموگرافیک		شیردهی در ساعت اول		P value*
		بلی	خیر	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن مادر (سال)	۱۵-۲۰	۵۱ (٪۱۴/۷)	۵(٪۱۲/۸)	۰/۱۹۴
	۲۱-۳۰	۱۵۶(٪۴۵/۱)	۱۲(٪۳۰/۸)	
	۳۱-۴۰	۱۳۲(٪۳۸/۲)	۲۰(٪۵۱/۳)	
	۴۱-۴۷	۷ (٪۲/۰)	۲(٪۵/۱)	
	جمع	۳۴۶ (٪۱۰۰)	۳۹ (٪۱۰۰)	
محل سکونت	روستا	۲۰۸ (٪۶۰/۱)	۱۵(٪۳۸/۵)	۰/۰۰۸
	شهر	۱۳۸ (٪۳۹/۹)	۲۴(٪۶۱/۵)	
	جمع	۳۴۶ (٪۱۰۰)	۳۹ (٪۱۰۰)	
تحصیلات	بیسواد/ابتدایی	۱۱۸(٪۳۴/۱)	۱۱(٪۲۸/۲)	۰/۳۲۸
	راهنمایی	۸۶ (٪۲۴/۹)	۱۰(٪۲۵/۵)	
	دبیرستان- دیپلم	۱۲۳(٪۳۵/۵)	۱۳(٪۳۳/۳)	
	دانشگاهی	۱۹(٪۵/۵)	۵ (٪۱۲/۸)	
	جمع	۳۴۶(٪۱۰۰)	۳۹(٪۱۰۰)	
جنسیت	دختر	۱۷۵(٪۵۰/۶)	۲۳(٪۵۹/۰)	۰/۲۰۵
	پسر	۱۷۱(٪۴۹/۴)	۱۶(٪۴۱/۰)	
	جمع	۳۴۶(٪۱۰۰)	۳۹(٪۱۰۰)	
وزن نوزاد در زمان تولد (گرم)	کمتر از ۲۵۰۰	۱۰(٪۲/۸۹)	۸(٪ ۲/۳۱)	۰/۰۰۱
	بیشتر از ۲۵۰۰	۳۳۶(٪۹۷/۱)	۳۱(٪۷۹/۵)	
	جمع	۳۴۶(٪۱۰۰)	۳۹(٪۱۰۰)	
روش زایمان	سزارین	۱۱۷(٪۳۳/۸)	۲۹(٪۷۴/۴)	۰/۰۰۱
	طبیعی	۲۲۹(٪۶۶/۲)	۱۰(٪۲۵/۶)	
	جمع	۳۴۶(٪۱۰۰)	۳۹(٪۱۰۰)	
سن حاملگی (هفته)	۳۷	۷۳ (٪۲۱/۱)	۱۷(٪۴۳/۶)	۰/۰۰۹

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

	۳۸	(٪۳۲/۴)۱۱۲	(٪۲۳/۱)۹	
	۳۹	(٪۲۸/۹)۱۰۰	(٪۳۰/۸)۱۲	
	۴۰	(٪۱۵/۹)۵۵	(٪۲/۶)۱	
	۴۱	(٪۱/۷)۶	(۰/۰)۰	
	جمع	(٪۱۰۰) ۳۴۶	(٪۱۰۰) ۳۹	
رتبه تولد	۱	(٪۲۱/۷)۷۵	(٪۳۳/۳)۱۳	۰/۰۰۷
	۲	(٪۴۴/۸)۱۵۵	(٪۲۵/۶)۱۰	
	۳	(٪۲۷/۵)۹۵	(٪۲۳/۱)۹	
	۴	(٪۶/۱)۲۱	(٪۱۷/۹)۷	
	جمع	(٪۱۰۰) ۳۴۶	(٪۱۰۰) ۳۹	
آپگار دقیقه اول	۸	(٪۴/۹)۱۷	(٪۱۲/۸)۵	۰/۰۴۴
	۹	(٪۹۵/۱)۳۲۹	(٪۸۷/۲)۳۴	
	جمع	(٪۱۰۰) ۳۴۶	(٪۱۰۰) ۳۹	
آپگارپنجم	۹	(٪۱/۲)۴	(٪۲/۶)۱	۰/۴۱۵
	۱۰	(٪۹۸/۸)۳۴۲	(٪۹۷/۴)۳۸	
	جمع	(٪۱۰۰) ۳۴۶	(٪۱۰۰) ۳۹	
مدت زمان تماس پوستی مادر و نوزاد (دقیقه)	۱-۵	(٪۳/۲)۱۱	(٪۷۵)۲۴	۰/۰۰۱
	۶-۱۵	(٪۱۷/۴)۶۰	(٪۹/۴)۳	
	۱۶-۳۰	(٪۱۶/۸)۵۸	(٪۹/۴)۳	
	۳۱-۴۵	(٪۴/۶)۱۶	(٪۶/۳)۲	
	۴۶-۶۰	(٪۵۸)۲۰۰	(٪۰)۰	
	جمع	(٪۱۰۰) ۳۴۶	(٪۱۰۰) ۳۹	

* با استفاده از آزمون کای دو

برای تعیین متغیرهای پیش‌بینی کننده وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد در مدل اول، متغیرهای سن مادر، محل سکونت خانواده و سطح تحصیلات مادر وارد مدل رگرسیون لجستیک شرطی شد بعد از کنترل اثر محل سکونت و تحصیلات مادر، براساس نتایج گام سوم مدل فقط متغیر سن با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد ارتباط معنی داری داشت. به طوری که با افزایش سن مادر شانس برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد [p=۰/۰۲۹، ۱۰/۸۴، CI 95%= ۱/۱۳، OR=۳/۵] ۳/۵ برابر افزایش داشت (جدول شماره ۴).

جدول شماره۴: رابطه مشخصات دموگرافیک مادر با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد بر اساس مدل رگرسیون لجستیک شرطی

میانگین	خطای استاندارد میانگین	P value	OR	فواصل اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

گام سوم	سن مادر	۱/۲۵۵	۰/۵۷۵	۰/۰۲۹	۳/۵۰۹	۱/۱۳۶	۱۰/۸۴۱
	ثابت	-۷/۱۱۱	۱/۶۸۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۱		
متغیر(های) وارد شده در مرحله ۱: سن، مکان، تحصیلات							

هم چنین در مدل دوم متغیر های وزن نوزاد، آپگار دقیقه اول و پنجم تولد، رتبه تولد نوزاد، جنسیت نوزاد و روش زایمانی تولد نوزاد وارد مدل رگرسیون لجستیک شرطی شد بعد از کنترل اثر وزن نوزاد، آپگار دقیقه اول و پنجم تولد، رتبه تولد و جنسیت نوزاد ، براساس نتایج گام شش مدل فقط متغیر روش زایمانی تولد نوزاد با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد ارتباط معنی‌داری داشت. به طوری که در روش زایمان سزارین شانس برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد ۸ درصد کمتر از زایمان طبیعی بود [OR=۰/۰۸ ،CI 95% = ۰/۰۱ ،۰/۶۸ ،p=۰/۰۲۱] (جدول شماره ۵).

جدول شماره۵: رابطه مشخصات نوزاد با وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد بر اساس مدل رگرسیون لجستیک شرطی

		میانگین	خطای استاندارد میانگین	آماره والد	درجه آزادی	P value	OR	فواصل اطمینان ۹۵ درصد	
								حد پایین	حد بالا
گام ششم	روش زایمانی تولد نوزاد	-۲/۴۸۴	۱/۰۷۴	۵/۳۴۴	۱	۰/۰۲۱	۰/۰۸۳	۰/۰۱۰	۰/۶۸۵
	ثابت	-۰/۵۰۵	۱/۲۶۷	۰/۱۵۹	۱	۰/۶۹۰	۰/۶۰۴		
متغیر(های) وارد شده در مرحله ۱: وزن نوزاد، آپگار دقیقه اول و پنجم تولد، رتبه تولد نوزاد، جنسیت نوزاد و روش زایمانی تولد نوزاد									

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تماس پوست با پوست و تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد و عوامل مرتبط با آن انجام شد. نتایج نشان داد بیش از نیمی از مادران براساس دستورالعمل ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت تماس پوستی با نوزاد خود را داشتند. در این راستا Abdulghani و همکاران (۲۰۲۱) در عربستان نشان دادند میزان تماس پوست با پوست مادر و نوزاد حدود ۱۵ درصد بود. ۷۹/۵ درصد مادران اظهار داشتند مدت زمان تماس پوستی با نوزاد کمتر از ۵ دقیقه بود و فقط ۲/۵ درصد مادران تماس پوستی بیش از ۲۰ دقیقه با نوزادشان داشتند(۱۹). در مطالعه دیگر که توسط Ekholuenetale و همکاران سال ۲۰۲۱ در نیجریه انجام شده بود فقط ٪۱۲ مادران تماس پوستی با نوزاد را گزارش کرده بودند. هم چنین درصد تماس پوستی مادر و نوزاد در زایمان سزارین، نوزادان کم وزن، تحصیلات پایین و عدم دریافت مراقبت دوران بارداری کمتر بود(۲۰). درمطالعه Ekholuenetale و همکاران سال ۲۰۲۰ در گامبیا میزان تماس

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

پوست با پوست مادر و نوزاد در سطح کشور ۳۵/۷ درصد گزارش شده است.

شانس دریافت تماس پوستی مادر و نوزاد در ساکنین روستاها، وزن طبیعی نوزاد، برخوداری از مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان در مراکز درمانی بیشتر بود(۲۱). میزان تماس پوستی مادر و نوزاد در کشورهای جنوب صحرای آفریقا سال ۲۰۲۲ به طور متوسط ۴۲ درصد بود. درصد تماس پوستی مادر و نوزاد با روش زایمانی، برخورداری از بیمه و شاخص دارایی ارتباط معنی‌داری داشت(۲۲). نتایج مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی نداشت و از نظر تماس پوستی مادر و نوزاد بیشتر از برخی از کشورهای خاورمیانه و افریقایی بود.

میزان تماس پوستی مادر و نوزاد در برخی از کشورهای اروپایی و آمریکایی نیز با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی نداشت. در این راستا میزان تماس پوست با پوست مادر و نوزاد در مطالعه Sampieri و همکارانش در سال ۲۰۱۸ در مکزیک ۷۸/۷ درصد(۲۳) و در مطالعهKumaresana و همکاران سال ۲۰۲۲ در آمریکا ۷۴ درصد گزارش شده بود(۲۴). میزان تماس پوستی در مطالعات فوق بیشتر از نتایج مطالعه حاضر بود. دلیل تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت منابع دسترسی به داده‌ها باشد. در حالت ایده‌آل، داده‌ها باید از طریق مشاهده تولد و یا خود گزارشی از مادر در مدت کوتاهی پس از تولد جمع‌آوری شوند.

در مطالعه حاضر داده‌ها مدت کوتاهی بعد از تولد از طریق مصاحبه با مادران جمع‌آوری همتاسازی شده است. در مطالعه Sampieri و همکاران داده‌ها از طریق مصاحبه با مادران در منزل چند روز پس از ترخیص و در مطالعه Kumaresana و همکاران از طریق داده‌های ثبت شده در پرونده بیماران جمع آوری شده بود.هم چنین اگرچه تماس پوست به پوست مادر و نوزاد پس از تولد بهترین روش مبتنی بر شواهد تایید شده در بهبود نتایج سلامتی مادر و کودک است اما تنوع قابل‌توجهی در تعریف تماس پوستی مادر و نوزاد، زمان شروع و تداوم تماس پوستی وجود دارد.

نوزاد بعد از تماس با پوست مادر، به طور مشخص یک سری رفتارهای پیش از تغذیه از خود نشان می‌دهد که ممکن است چند دقیقه تا یک ساعت یا بیشتر طول بکشد. این در حالی است که وجود موانعی مانند کمبود پرسنل، محدودیت زمانی، مشکل در تصمیم‌گیری در مورد انتخاب افراد واجد شرایط برای تماس پوستی، نگرانی‌های ایمنی، تداخل با مراقبت‌های بالینی، و مسائل بین بخشی، اجرا دستورالعمل را با چالش مواجه می‌کند و حتی برخی از کارکنان تداوم تماس پوستی مادر و نوزاد را تا ۱ ساعت غیرعملی می‌دانند(۲۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد تماس پوستی مادر و نوزاد در دو طیف سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۴۱ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی کمتر و در مادران دارای تحصیلات دبیرستان/دیپلم و روش

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

زایمان طبیعی بیشتر از سایر گروه‌ها بود. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Ekholuenetale و همکاران (۲۰۲۱) از نظر متغیر تحصیلات و روش زایمانی هم خوانی داشت. اما از نظر سایر متغیرها هم‌خوانی نداشت(۲۰). در مطالعه Ekholuenetale و همکاران (۲۰۲۰) از نظر فاکتورهای مرتبط با برخورداری از تماس پوستی مادر و نوزاد نتیجه متناقضی گزارش شده است(۲۱).

در مطالعه Aboagye و همکاران (۲۰۲۲) شیوع تماس پوستی مادر و نوزاد بعد از تولد با جنسیت نوزادان، سن مادر، تحصیلات مادر، شغل و برخوردار از بیمه درمانی مرتبط بود(۷). عدم هم‌خوانی نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات فوق موید اثرات وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فردی بر وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد است که باید مورد توجه مدیران و برنامه ریزان مراقبت مادر و کودک قرار گیرد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثریت نوزادان در ساعت اول بعد از تولد از پستان مادر تغذیه شده بودند.

در مطالعه عبدالغنی در عربستان (۲۰۲۱) حدود ۴۵٪ از مادران در یک ساعت اول شیردهی را آغاز کرده بودند(۱۹). در مطالعه مقطعی که بر روی ۵۸۶ زن در برزیل در سال ۲۰۲۰ انجام شده بود شیوع تغذیه نوزاد با شیر مادر در ساعت اول تولد ۴۴/۹ ٪ (۶)، در ۱۷ کشور واقع در جنوب صحرای آفریقا در سال ۲۰۲۳ حدود ۶۲/۸۹ ٪ (۷)، در مکزیک در سال ۲۰۲۲ حدود ۹۴/۵ ٪(۲۳) در ترکیه سال۲۰۲۲ حدود ۵۰/۸ درصد(۱۵)، در ایران سال ۲۰۱۹ حدود ۳۲/۲ درصد گزارش شده است (۱۳).

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات فوق هم خوانی ندارد. علت تفاوت را می‌توان با تنوع دستورالعمل‌ها و نحوه اجرای سیاست‌ها توسط بیمارستان‌ها در جوامع مختلف توجیه کرد. با توجه به تنوع مدت زمان تماس پوست با پوست در کشورهای مختلف این اختلاف در میزان شیردهی در ساعت اول نیز قابل توجیه است. البته دانش و نگرش مادران و کارکنان درمانی نیز نقش مهمی در شروع شیردهی ساعت اول بعد از تولد دارد. در مطالعه حاضر شروع شیردهی در ساعت اول بعد از تولد در زنان چندزا و یا ساکن روستا بیشتر از سایر زنان بود.

هم چنین در نوزادانی که با وزن طبیعی بدنیا آمده بودند، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم بالاتری داشتند و به روش طبیعی متولد شده بودند بیشتر بود. متناسب با افزایش مدت زمان تماس پوست با پوست مادر نوزاد تعداد زنانی که در ساعت اول شیردهی را شروع کرده بودند افزایش داشت. مطالعه حاضر با نتایج برخی از مطالعات هم راستا بود(۱۵, ۱۶). نتایج مطالعه کوهورت زرشناس در شیراز (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که احتمال تاخیر در شیردهی در زنان با تحصیلات پایینتر، مادران سزارین شده، اضافه وزن یا چاق بیشتر است و اکثریت این مادران، تماس پوست به پوست را تجربه نکردند یا در کلاس‌های دوران بارداری شرکت نکرده‌اند(۱۳).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

طبق مطالعه انجام شده در اتیوپی(۲۰۲۳) میزان شروع شیردهی در ساعت اول تولد در مادرانی که از خانواده‌های ثروتمند بودند، تحصیلات متوسطه و بالاتری داشتند، زایمان طبیعی در بیمارستان انجام داده بودند و عامل زایمان آن‌ها ماما بوده است، بیشتر بود(۱۶). که با نتایج حاصل از این مطالعه از نظر متغیرهای دارایی، وضعیت تحصیلی مادر، نوع زایمان، محل زایمان، عامل زایمان همخوانی دارد. همچنین براساس مطالعه مقطعی انجام شده توسط میراحمدی زاده(۲۰۲۰) در جنوب ایران، نوع زایمان و محل زایمان دو عامل مهم پیش‌بینی کننده در تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۲۴ ساعت اول زندگی بودند.

در ۲۴ ساعت اول پس از تولد، ۸۷ درصد از نوزادان به طور انحصاری با شیر مادر تغذیه شدند و این میزان در بین مادرانی که زایمان طبیعی داشتند و در بیمارستان‌های دولتی زایمان کرده بودند به طور قابل‌توجهی بالاتر بود و متغیرهای درآمد خانواده، سطح تحصیلات والدین و شغل والدین در شیردهی مؤثر بودند(۱۴). که نتایج مطالعه مارا تایید می‌کند البته در مطالعه ما شغل والدین بررسی نشد. همچنین در این مطالعه میزان شیردهی در مادرانی که به روش سزارین زایمان کرده بودند نسبت به زایمان طبیعی کمتر بود.

در واقع می‌توان گفت مادران دارای تحصیلات عالی ممکن است در مورد اهمیت آغوز و خطرات ذاتی تغذیه نوزاد با شیرخشک یا غذای کمکی قبل از شروع شیردهی آگاهی بهتری داشته باشند و آنها را کمتر در معرض تأثیر باورهای فرهنگی و ارزش‌های سنتی قرار دهند. زنانی که به روش سزارین زایمان کرده‌اند، ممکن است تاخیر قابل توجهی در شروع شیردهی داشته باشند که جدایی طولانی مدت از نوزاد و مشکلات در قرار دادن نوزاد برای شیردهی پس از سزارین ممکن است منجر به این تاخیر شود.

بنابراین، برای حفظ و بهبود میزان شیردهی در ۲۴ ساعت اول زندگی، باید عواملی مانند نوع زایمان توسط مسئولان و سازمان‌های متولی در نظر گرفته شود. مطالعه انجام شده در کشورهای کم و متوسط درآمد نیز این یافته را تایید می‌کند که تقریباً در همه کشورها نوزادانی که به صورت طبیعی متولد شده‌اند، در مقایسه با نوزادانی که از طریق زایمان سزارین متولد شده‌اند، زودتر شیردهی را شروع کرده‌اند(۱۲). از این رو آموزش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی با بهبود دانش، نگرش و انطباق با شیوه‌های توصیه شده شیردهی ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از نقاط قوت مطالعه این است که مطالعه روی حجم نمونه نسبتا خوبی انجام شده بود. هم چنین انتخاب افراد به روش تصادفی سیستماتیک صورت گرفته است. جمع‌آوری داده به صورت پرونده خوانی نبوده و مدت زمان کوتاهی پس از زایمان به صورت حضوری بر بالین مادران از طریق مصاحبه جمع‌آوری شده است. مدت زمان تماس پوستی بر حسب دقیقه ثبت شده است. این باعث شد دیدگاه روشنی از جزئیات مدت زمان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

برقراری تماس پوستی به دست بیاید به طوری که در برخی از موارد مدت تماس پوستی کمتر از ۵ دقیقه برقرار شده بود. البته حالت ایده آل این است که از طریق مشاهده مستقیم کیفیت و کمیت عملکرد پرسنل بیمارستان ارزیابی می‌شود که این مورد به عنوان نقطه ضعف مطالعه می‌باشد. یکی از محدودیت‌های این مطالعه این است که داده‌ها به صورت خودگزارشی از مادران دارای نوزادان ترم و سالم جمع‌آوری شده است. هم چنین اگاهی و نگرش مادران و کارکنان در این مطالعه بررسی نشده است. لذا پیشنهاد می‌شود تحقیقات در آینده با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها انجام گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد وضعیت تماس پوستی مادر و نوزاد و شیردهی در ساعت اول بعد از تولد در بیمارستان آیت الله موسوی زنجان در وضعیت مطلوب بود. ولی وضعیت تماس پوست به پوست مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت در وضعیت نسبتا مطلوب بود. با توجه به ارتباط تماس پوستی مادر و نوزاد با روش زایمانی، برنامه‌ریزی برای طراحی مداخلات مناسب برای افزایش پوشش تماس پوستی و شیردهی در ساعت اول بعد از تولد به خصوص در زایمان‌های سزارین نیز پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

نتـایج گزارش‌شده برگرفتـه از طـرح تحقیقاتی اسـت کـه در دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق ZUMS.REC.1401.329 به تصویب رسیده است. بدین وسیله محققـان از همکـاران محتـرم واحد تحقیقات بالینی بیمارستان آیت الله موسوی زنجان جهت مساعدت در اجرای طرح و استفاده از خدمات کامپیوتری و تمـام مادران شرکت‌کننده در این مطالعه کمال تشکر و قدرانی را دارند.

تعارض منافع

نویسندگان در نوشتن این مقاله هیچ تضاد منافعی ندارند.

References

1.https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact/.

2. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11(11):Cd003519.

3. Brimdyr K, Stevens J, Svensson K, Blair A, Turner-Maffei C, Grady J, et al. Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. Acta Paediatr. 2023;112(8):1633-43.

4. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: World Health Organization Copyright © 2009, World Health Organization and UNICEF.; 2009.

5. Abdulghani N, Edvardsson K, Amir LH. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. PLoS One. 2018;13(10):e0205696.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

6. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. Rev Gaucha Enferm. 2020;41(spe):e20190154.
7. Aboagye RG, Okyere J, Dowou RK, Adzigbli LA, Tackie V, Ahinkorah BO, Seidu AA. Prevalence and predictors of mother and newborn skin-to-skin contact at birth in Papua New Guinea. BMJ Open. 2022;12(9):e062422.
8. Zarshenas M, Zhao Y, Binns CW, Scott JA. Determinants of in-hospital feeding practices in Shiraz, Iran: Results of a prospective cohort study. Birth. 2019;46(1):137-45.
9. Uchoa JL, Barbosa LP, Mendonça LBA, Lima FET, Almeida PC, Rocha SSD .Influence of social determinants of health on skin to skin contact between mother and newborn. Rev Bras Enferm. 2021;74(suppl 4):e20200138.
10. Ware JL, Li R, Chen A, Nelson JM, Kmet JM, Parks SE, et al. Associations Between Breastfeeding and Post-perinatal Infant Deaths in the U.S. Am J Prev Med. 2023;65(5):763-74.
11. Theurich MA, Davanzo R, Busck-Rasmussen M, Díaz-Gómez NM, Brennan C, Kylberg E, et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019;68(3):400-7.
12. Mallick L, Wang W, Farid S, Pullum T. Initiation of Breastfeeding in Low- and Middle-Income Countries: A Time-to-Event Analysis. Glob Health Sci Pract. 2021;9(2):308-17.
13. Zarshenas M, Zhao Y, Binns CW, Scott JA. Determinants of in-hospital feeding practices in Shiraz, Iran: Results of a prospective cohort study. Birth. 2019;46(1):137-45.
14. Mirahmadizadeh A, Moradi F, Zahmatkesh S, Abasi A, Salari A, Hassanipour S, Mokhtari AM. Evaluation of breastfeeding patterns in the first 24 h of life and associated factors in south of Iran: a cross-sectional study. Clinical Epidemiology and Global Health. 2020;8(1):33-7.
15. Dudukcu FT, Aygor H, Karakoc H. Factors Affecting Breastfeeding within the First Hour After Birth. Niger J Clin Pract. 2022;25(1):62-8.
16. Mengistu GT, Mengistu BK. Early initiation of breast feeding and associated factors among mother-baby dyads with immediate skin-to-skin contact: cross-sectional study based on the 2016 Ethiopian Demographic and Health Survey data. BMJ Open. 2023;13(3):e063258.
17. Nahidi F, Tavafian SS, Haidarzade M, Hajizadeh E. Opinions of the Midwives about Enabling Factors of Skin-To-Skin Contact Immediately after Birth: A Descriptive Study. J Family Reprod Health. 2014;8(3):107-12. [Persian]
18. Ebrahimi M, Jahanfar S, Takian A, Khakbazan Z, Vazifekhah S, vatandoust D, Geranmayeh M. Barriers of skin-to-skin contact in the first hour of life in healthy term infants: A Qualtative study Nursing and Midwifery Journal. 2022;20(3):178-200. [Persian]
19. Abdulghani N, Cooklin A, Edvardsson K, Amir LH. Mothers' perceptions and experiences of skin-to-skin contact after vaginal birth in Saudi Arabia: A cross-sectional study. Women Birth. 2022;35(1):e60-e7.
20. Ekholuenetale M, Barrow A, Benebo FO, Idebolo AF. Coverage and factors associated with mother and newborn skin-to-skin contact in Nigeria: a multilevel analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(1):603.
21. Ekholuenetale M, Onikan A, Ekholuenetale CE. Prevalence and determinants of mother and newborn skin-to-skin contact in The Gambia: a secondary data analysis. J Egypt Public Health Assoc. 2020;95(1):18.
22. Aboagye RG, Boah M, Okyere J, Ahinkorah BO, Seidu AA, Ameyaw EK, et al. Mother and newborn skin-to-skin contact in sub-Saharan Africa: prevalence and predictors. BMJ Glob Health. 2022;7(3).
23. Sampieri CL, Fragoso KG, Córdoba-Suárez D, Zenteno-Cuevas R, Montero H. Influence of skin-to-skin contact on breastfeeding: results of the Mexican National Survey of Demographic Dynamics, 2018. Int Breastfeed J. 2022;17(1):49.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

24. Kumaresan T, Flink-Bochacki R, Huppertz JW, Morris B. Prevalence and predictors of mother-infant skin-to-skin contact at birth: findings from a U.S. tertiary medical center. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022;35(25):10206-12.
25. Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, de Onis JV, Fernandez L, Suman Rao PN. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates - a qualitative study. BMC Pediatr. 2018;18(1):48.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]