

تأثیر بسته آموزشی بر آگاهی و باور مادران نخست‌زا نسبت به سبک زندگی پس از زایمان

مژگان میرغفوروند^۱، مهین کمالی فرد^۲، سکینه محمد علیزاده چرندابی^۳، محمد اصغری جعفرآبادی^۴، فرزانه خدابنده^۵، آمنه منصوری^۵

^۱ استادیار، دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۲ مربی کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۳ دانشیار، دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، مرکز تحقیقات علوم اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۴ دانشیار، دکتری آمار زیستی، مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

نشانی نویسنده مسئول: فرزانه خدابنده، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

E-mail: Farzank1368@gmail.com

وصول: ۹۳/۶/۱۷، اصلاح: ۹۳/۸/۱۰، پذیرش: ۹۳/۸/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: ضعف آگاهی و داشتن باورهای نادرست ممکن است مشکلات بسیاری برای سلامتی مادر و کودک ایجاد نماید. بنابراین، تغییر آنها از طریق روش‌های آموزشی مؤثر ضروری به نظر می‌رسد. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی بر آگاهی و باور مادران نخست‌زا نسبت به سبک زندگی پس از زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این کارآزمایی بالینی در تبریز، سال ۱۳۹۲ بر روی ۲۲۰ مادر نخست‌زای بستری در بخش پس از زایمان انجام گرفت. نمونه‌ها با روش بلوک‌بندی تصادفی به دو گروه تخصیص داده شدند. برای گروه مداخله، آموزش و مشاوره به صورت چهره‌به‌چهره، تلفنی، کتابچه و پیامک ارایه شد. گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین بخش را دریافت کردند. پرسشنامه‌های آگاهی و باور مرتبط با سبک زندگی در روز ترخیص از بیمارستان و ۴۲ روز پس از زایمان تکمیل شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ۱۸، آزمون‌های تی مستقل، دقیق فیشر، مجذور-کای، کای روند و آنوا استفاده گردید. $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین دو گروه از لحاظ مشخصات فردی-اجتماعی و نیز نمره آگاهی و باور سبک زندگی قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت ($p > 0/05$). با تعدیل میانگین نمره آگاهی و باور قبل از مداخله، میانگین نمره آگاهی [۲۰/۲ تا ۱۴/۳] (فاصله اطمینان ۹۵٪) اختلاف میانگین تعدیل یافته [۲۸/۷ (۲۵/۲ تا ۳۲/۲)] ($p < 0/001$) و باور [۲۸/۷ (۲۵/۲ تا ۳۲/۲)] ($p < 0/001$) در گروه آموزش به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثیر مثبت به کارگیری هم‌زمان چند روش آموزشی ساده، ارزان و عملی در ارتقای آگاهی و بهبود باور مادران تازه زایمان‌کرده در زمینه سبک زندگی بود. با این حال، نمی‌توان براساس نتایج این پژوهش در زمینه اینکه کدام روش بیشترین تأثیر را داشته‌است، قضاوت نمود و تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

کلمات کلیدی: آموزش، آگاهی، باور، سبک زندگی پس از زایمان.

مقدمه

دوران نفاس به شش هفته اول پس از زایمان گفته می‌شود. دوره‌ای که در آن تغییرات مادری شامل تغییرات پسرونده (جمع شدن رحم و واژن)، پشرونده (تولید شیر در پستان‌ها)، بازگشت دوره‌های عادت ماهیانه طبیعی و شروع فاز والدی اتفاق می‌افتد (۱). زنان و همسران طی دوران نفاس و به محض انتقال به فاز والدی با نقش‌ها و مسؤولیت‌های جدید و نیز تغییرات فیزیکی و روانشناسی مواجه می‌شوند (۲, ۳). بنابراین، حفظ سلامت مادر تا زمانی که تغییرات نفاسی اتفاق بیافتد، برای کمک به سلامتی درازمدت، از سرگیری نقش همسری، مادری و اجتماعی او، بسیار مهم است (۱).

متخصصان بهداشتی، سبک زندگی را به عنوان یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامتی توصیف کرده‌اند (۴). دوران نفاس سبک زندگی و بهداشت زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). نتایج مطالعه‌ای در رشت (۲۰۰۵) نشان داد که ۹۴٪ زنان از آگاهی بسیار ضعیفی نسبت به مشکلات پس از زایمان و مراقبت‌های دوران نفاس برخوردارند (۶). سبک زندگی پس از زایمان که شامل رفتارهای بهداشتی، تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی می‌باشد. اغلب تحت تأثیر آگاهی زنان از تغذیه و مراقبت‌های سلامتی، سطح تحصیلات خود زانو و همسر وی، کتاب، مجلات و سطح درآمد خانواده است (۷, ۸). علاوه بر این، بیشتر زنان آموزش‌های مرتبط با بهداشت و سلامتی خود را از اعضای خانواده، به خصوص مادر، مادرشوهر و دوستان خانوادگی نزدیک دریافت می‌کنند (۱, ۷, ۸). این اطلاعات عموماً از فرهنگ و باورهای قدیمی منطقه نشأت گرفته است (۱). باورها یک حقیقت بااهمیت و تأثیرگذار مرتبط بر سلامت و بیماری در علوم پزشکی رفتاری هستند (۹). برخلاف تغییرات سریع در تکنولوژی، تغییرات در باور کاملاً آهسته است (۱۰).

عملکردهای خود مراقبتی هر فرد عناصر مرتبط با سبک زندگی او را می‌سازند (۱۱) و می‌توان گفت، در

افراد سالم ضعف دانش بهداشتی با عملکرد بهداشتی نامناسب ارتباط دارد (۱۲). بنابراین، یکی از رویکردهای ارتقای سطح سلامت، افزایش آگاهی افراد در رابطه با سلامت و عوامل مؤثر بر آن است. اگر چه دانش افراد تنها عامل تعیین‌کننده عملکرد آنان نیست، با این وجود ارتقای سطح دانش مرتبط با سلامت منجر به بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت می‌گردد که نهایتاً به ارتقای سطح سلامت افراد کمک خواهد کرد (۱۳).

نتایج مطالعه‌ای در اردن (۲۰۰۷) نشان داد که اکثریت زنان به باورهای غلط دوران نفاس از جمله: زن زانو باید استراحت مطلق داشته باشد، دیده شدن روند شیردهی مادر توسط زنان دیگر باعث خشک شدن شیر مادر می‌شود، اعتقاد داشتند و عمل می‌کردند (۱). نتایج مطالعه‌ای بر روی زنان مسلمان کرانچی (۲۰۰۴) نیز نشان داد که زنان معمولاً اگر دچار عارضه‌ای شوند، ابتدا از افراد فامیل و طبیب‌های تجربی تقاضای کمک می‌کنند و در صورتی که از آن عارضه خیلی رنج ببرند در نهایت به پزشک یا مراقبین سلامت مراجعه می‌کنند. همچنین زنان مسن فامیل (به خصوص مادر و مادرشوهر) و دایه (قابله) برای پیشگیری از مشکلات سلامتی پس از زایمان از تابوهای غذایی خاصی از جمله: نخوردن برنج، ماهی و میگو، خوردن زردچوبه، مخلوط خرمای خشک و شیر و نیز گیاهان حمایت می‌کردند و زنان جوان با هر سطح تحصیلاتی از این باورهای غلط پیروی می‌کردند (۱۴). نتایج حاصل از مطالعه Martin (۲۰۱۴) نشان دهنده عدم آگاهی زنان از مراقبت‌های بهداشتی دوران نفاس، عدم آمادگی مادران برای تجربه دوران نفاس، فقدان مراقبت‌های مادری طی دوران نفاس، قطع ارتباط بین رایه-دهندگان مراقبت و زانو و نیز قطع رایه توصیه و پیشنهادات مراقبین سلامت جهت بهبود مشکلات پس از زایمان بود (۱۵). نتایج مطالعه‌ای در Myanmar (۲۰۱۲) نشان داد که باورها و عملکردهای سنتی در مورد مراقبت‌های دوران نفاس به طور گسترده‌ای در میان زنان جوان

تغذیه، فعالیت فیزیکی و رفتارهای مرتبط با سلامت پس از زایمان (سبک زندگی پس از زایمان) مورد بررسی قرار-گیرد.

مواد و روش‌ها

این کارآزمایی بالینی از تیرماه ۱۳۹۲ تا فروردین-ماه ۱۳۹۳ بر روی ۲۲۰ مادر نخست‌زا بستری در بخش پس از زایمان دو بیمارستان آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز (الزهراء و طالقانی) و ۱ بیمارستان خصوصی که به شکل تصادفی و با استفاده از اعداد تصادفی کامپیوتری (www.Random.org) از بین بیمارستان‌های خصوصی تبریز انتخاب شد، انجام گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زای ۱۸ سال و بالاتر، زایمان تک قلو، داشتن نوزاد سالم و ترم، حاملگی اخیر کم‌خطر، عدم وجود بیماری جسمی و روحی تشخیص داده شده در مادر، عدم پیروی از رژیم غذایی خاص (بر اساس گفته‌های زائو) (۲۲)، ساکن تبریز، حداقل سواد خواندن و نوشتن، قادر به گفت‌وگو به زبان فارسی و فهم زبان فارسی، در کنار همسر زندگی کردن، زایمان طبیعی یا سزارین، داشتن تلفن همراه (هم خود زائو و هم همسرش) و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

پس از بررسی معیارهای حایز شرایط بودن و توضیح مختصری از دلایل و روش انجام مطالعه و محرمانه بودن مطالعه، شرکت در پژوهش به افراد پیشنهاد شد و از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه به صورت کتبی اخذ شد.

مطالعه حاضر، قسمتی از یک مطالعه بزرگ تر است که در آن تأثیر بسته آموزشی بر سبک زندگی مادران نخست‌زا در دوران پس از زایمان نیز مورد پژوهش قرار-گرفته است. با استفاده از اطلاعات مربوط به مقاله Huang و همکاران (۲۲)، اطلاعات اولیه برای محاسبه اندازه اثر روی متغیر Health-promoting behaviour به دست آمد

رواج پیدا کرده است (۱۶). همچنین نتایج مطالعه‌ای در یکی از روستاهای شهرستان تبریز (لیقوان) نشان داد که رفتارهای تابو زیادی نیز در بین زنان ایرانی وجود دارد. از جمله، ۵۲٪ اعتقاد داشتند که کاجی، گندم، هندوانه یا نماز خواندن باعث افزایش شیر می‌شود. ۸۱/۳٪ زنان اعتقاد داشتند که زائو تا ۴۰ روز نباید از خانه خارج شود (۱۷). نتایج مطالعه Liu و همکاران (۲۰۰۹) در زمینه تأثیر آموزش و مشاوره حضوری بهداشت و تغذیه بر باورها و عملکردهای پس از زایمان ۳۰۲ مادر منطقه شهری و روستایی Hubei، نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش در بهبود باور و عملکرد مادران گروه مداخله بود. به طوری که آموزش توانسته بود آنان را به دوری کردن از برخی عملکردهای ناسالم سنتی دوران نفاس تشویق کند و شیوع مشکلات سلامتی پس از زایمان را کاهش دهد (۱۸). همچنین در مطالعه Kim و همکاران (۲۰۱۰) نیز آموزش از طریق پاورپونت، انیمیشن و مانکن توانسته بود، آگاهی در مراقبت از خود در دوران نفاس را در مادران گروه آموزش نسبت به گروه کنترل به طور معنی-داری بهبود بخشد ($p < 0/05$) (۱۹).

ارزش‌های فرهنگی مانند نگرش‌ها و باورها بر سبک زندگی و در نتیجه شرایط بهداشتی افراد تأثیر می-گذارند (۱۰). بنابراین، تغییر این سنت‌ها و عملکردهای غیرعلمی از طریق آموزش در زنان پس از زایمان ضروری به نظر می‌رسد (۲۰). آموزش و مشاوره سبک زندگی احتمالاً بتواند باعث بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت شده و شیوع رفتارهای ناسالم را کاهش دهد (۱۸). با توجه به این که در مطالعات متعدد به اهمیت افزایش آگاهی مادران نسبت به مراقبت‌های دوران نفاس و داشتن سبک زندگی سالم اشاره شده است (۱۵، ۲۱). لذا، فراهم کردن مراقبت‌های بهداشتی مؤثر و متناسب با فرهنگ جامعه و آموزش صحیح سبک زندگی امری ضروری است (۱۶، ۱۷). بنابراین، در مطالعه حاضر تلاش شد که تأثیر بسته آموزشی بر آگاهی و باور مادران نخست‌زا نسبت به

نفاس، بهداشت روانی-فردی و فعالیت فیزیکی) را برای هر مادر نخست‌زای گروه آموزش به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه به صورت انفرادی ارائه داد.

پژوهشگر به منظور جلوگیری از انتشار آموزش و مشاوره به گروه کنترل، در روز ترخیص و تا حد امکان نزدیک به زمان ترخیص مادر از بیمارستان، در یکی از اتاق‌های خالی بخش، مشاوره و آموزش‌های مربوط به سبک زندگی پس از زایمان را به صورت فردی و چهره به چهره برای مادران گروه آموزش بیان کرد. با مادران در این زمینه بحث کرد. سؤالات آنان را پاسخ داد. سپس کتابچه آموزشی تدوین شده بر اساس پیشنهادهای WHO (۲۳، ۲۴) (محتوی اطلاعات مربوط به آگاهی از رژیم غذایی سالم، فعالیت فیزیکی و مراقبت از خود در دوران نفاس) را در اختیار مادران گروه آموزش قرار داد. علاوه بر این، شماره تلفنی، جهت پاسخگویی ۲۴ ساعته (طی این ۶ هفته) به مشکلات احتمالی مادران در زمینه مراقبت از خود، در اختیار مادران گروه آموزش قرار داده شد تا در صورت نیاز تماس گرفته و مشکلات خود را با پژوهشگر در میان بگذارند. پژوهشگر با توجه به مشکل پیش آمده، آنان را راهنمایی و مشاوره کند. اما، مادران گروه کنترل این مشاوره و آموزش‌ها را دریافت نکردند.

در پایان هفته دوم پس از زایمان مشاوره تلفنی به مدت حداقل ۱۰ دقیقه برای مادران گروه آموزش توسط پژوهشگر به صورت تلفنی ارائه شد. طی شش هفته پیگیری پس از زایمان، هر پنج روز یکبار، پیامک‌هایی با محتوای آموزشی، بهداشتی و تغذیه‌ای متناسب با روزهای سپری شده از زایمان به تلفن همراه مادران و همسران گروه آموزش ارسال شد. در انتهای پیامک، صفحات کتابچه که مربوط به آن آموزش بود جهت مطالعه بیشتر مادران و پدران ذکر شد. در انتهای پژوهش، مادران گروه آموزش و کنترل (پایان هفته ششم) به بیمارستان مربوط مراجعه کرده و پرسشنامه‌ها توسط هر فرد تکمیل شد. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، کتابچه آموزشی در اختیار مادران

و با در نظر گرفتن تغییرات در این متغیر اندازه اثر مورد نظر محاسبه شد. با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪، توان ۸۰٪ و با استفاده از فرمول پوکاک، حجم نمونه ۲۲۰ نفر به دست آمد (در هر گروه برابر ۱۰۱ نفر به دست آمد). با در نظر گرفتن تقریباً ۱۰٪ افت نمونه، حجم نمونه در هر گروه ۱۱۰ نفر محاسبه شد.

نمونه‌گیری در بیمارستان‌ها به صورت آسان و انتخاب نمونه‌ها در هر بیمارستان به صورت سهمیه‌ای بود. ولی، تخصیص در گروه آموزش و کنترل به صورت تصادفی و با نسبت تخصیص ۱:۱ در بلوک‌های ۴ و ۶ تایی بود. به منظور پنهان سازی تخصیص از پاکت‌های دربسته مات که به ترتیب شماره‌گذاری شده و داخل آنها نوع مداخله نوشته شده بود، استفاده شد. این پاکت‌ها قبلاً توسط پژوهشگر غیردرگیر در جمع‌آوری داده‌ها (پاکت-هایی با شماره ۱-۱۱۰ برای مادران زایمان طبیعی شده و پاکت‌هایی با شماره ۱۱۱-۲۲۰ برای مادران سزارین شده) آماده شده بود. پاکت‌ها بعد از تکمیل پیش آزمون و در همان لحظه تخصیص افراد در گروه‌ها باز می‌شدند. اولین پاکت به اولین فرد دارای معیارهای ورود به مطالعه داده شد و تا تکمیل حجم نمونه مورد نظر ادامه یافت. قبل از تخصیص تصادفی نمونه‌ها، پژوهشگر و شرکت کننده از این که هر فردی در چه گروهی قرار خواهد گرفت، اطلاعی نداشتند.

۱۱۲ نفر در گروه آموزش و ۱۰۸ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آموزش شامل ۵۵ مادر با زایمان طبیعی و ۵۷ مادر سزارین شده و گروه کنترل شامل ۵۵ مادر با زایمان طبیعی و ۵۳ مادر سزارین شده بود.

یک جلسه آموزش حضوری در روز ترخیص از بیمارستان و یک جلسه مشاوره تلفنی (۲ هفته پس از زایمان) برای گروه مداخله ارائه شد. در روز ترخیص، در بخش پس از زایمان، بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، پژوهشگر آموزش‌ها و مشاوره‌های لازم در زمینه سبک زندگی (آگاهی و باور صحیح از تغذیه صحیح دوران

گروه کنترل نیز قرار گرفت.

از آن جایی که مداخله آموزش و مشاوره است، کور کردن پژوهشگر امکان پذیر نبود. لذا، جهت کاهش سوگیری، در هفته ششم پس از زایمان، کمک پژوهشگر پرسشنامه‌های مربوط را در اختیار مادران قرارداد و نیز تجزیه و تحلیل کننده داده‌ها کور بود. در هفته ششم که مشارکت کنندگان برای ویزیت به بیمارستان مربوط مراجعه کردند، قبض کرایه تاکسی از آنها اتخاذ گردیده و هزینه ایاب و ذهاب آنها پرداخت شد.

داده‌ها با استفاده از ابزارهای مطالعه به صورت خودتکمیلی گردآوری گردید. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه فردی- اجتماعی و مامایی، پرسشنامه آگاهی و باور مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان بود.

پرسشنامه آگاهی در مورد سبک زندگی پس از زایمان که شامل ۱۴ سؤال در زمینه آگاهی از تغذیه و سلامتی (۱۸) بود. تمامی سؤالات دارای ۳ گزینه "بله"، "خیر"، "نمی‌دانم" بودند. برای گزینه صحیح نمره "۱" و برای گزینه غلط و نمی‌دانم نمره "۰" در نظر گرفته شد. در نتیجه نمره بالاتر نشان‌دهنده، آگاهی بیشتر بود. محدوده نمره قابل کسب ۱۴ - ۰ بود.

پرسشنامه باورهای بهداشتی مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان که شامل ۱۶ بیانیه در زمینه باورهای مرتبط با سلامت دوران نفاس (۷، ۸، ۲۵، ۲۶) بود. گزینه‌های آن براساس لیکرت ("موافقم"، "نظری ندارم" و "مخالقم") از ۲ تا صفر نمره گذاری شده بود. در بیانیه‌های با جهت منفی گزینه مخالفم نمره "۲" و گزینه نظری ندارم نمره "۱" و موافقم نمره "۰" و در بیانیه‌هایی با جهت مثبت گزینه موافقم نمره "۲" و گزینه نظری ندارم نمره "۱" و مخالفم نمره "۰" گرفت. بالا بودن نمره نشان‌دهنده، باورهای خوب مرتبط با سبک زندگی بود. محدوده نمره قابل کسب ۲۳ - ۰ بود. نمره‌های به دست آمده برای آگاهی و باور به درصد تبدیل شدند و محدود نمره قابل کسب از ۱۰۰-۰ بیان شد.

جهت تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها از روش اعتبار محتوا و صوری استفاده شد، بدین صورت که پرسشنامه‌ها در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی قرار گرفت و بعد از جمع‌آوری نظرات آنها، اصلاحات لازم بر روی ابزارها بر اساس بازخورد کسب شده صورت گرفت، همچنین با انجام پیش آزمون و بازآزمون بر روی ۱۸ نفر، پایایی از بعد تکرارپذیری (ضریب همبستگی درون گروهی) تعیین شد که ضریب همبستگی درون گروهی برای آگاهی ۰/۷۰ و باور ۰/۹۰ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۸) انجام شد. نرمالیتت متغیرهای کمی با استفاده از Skewness و Kurtosis مورد بررسی قرار گرفت که همگی از توزیع نرمال برخوردار بودند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، مشخصات فردی- اجتماعی نمونه‌ها در دو گروه مورد بررسی (گروه دریافت کننده آموزش و گروه کنترل) با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، دقیق فیشر، مجذورکای و مجذور کای روند مقایسه شد. از آزمون ANCOVA برای مقایسه نمره آگاهی و باور بعد از مداخله بین دو گروه با کنترل نمره آگاهی و باور قبل از مداخله و متغیرهای سطح تحصیلات زانو و شغل همسر استفاده شد. سطح معنی‌داری همه این آزمون‌ها $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در هفته ۶ پس از زایمان، ۸ نفر از گروه آموزش (۱۱۲ نفر) و ۷ نفر از گروه کنترل (۱۰۸) به دلیل عدم تمایل به مراجعه، عدم اجازه همسر جهت مراجعه، عدم پاسخدهی به تلفن (با هر فرد دو بار در هفته در طی دو هفته پی‌درپی جهت مراجعه برای پیگیری تماس گرفته می‌شد) از مطالعه خارج شدند. بررسی اطلاعات فردی- اجتماعی شرکت‌کنندگان نشان داد که افراد دو گروه از نظر مشخصات فردی- اجتماعی به جز سطح تحصیلات زانو ($p = 0.002$) و شغل

جدول ۱: مقایسه مشخصات فردی- اجتماعی مادران نخست‌زا در دو گروه آموزش و کنترل

متغیر	آموزش (n=112)	کنترل (n=108)	P	متغیر	آموزش (n=112)	کنترل (n=108)	P
سن (سال)	۲۵/۲ (۵/۱)	۲۴/۲ (۵/۴)	۰/۱۵۲ [†]	مدت تأهل (سال)	۱ - ۲	۰/۱۷۲ ^{††}	۰/۹۱۰ [†]
میانگین (انحراف معیار)*	۲۲ (۱۹/۷)	۳۷ (۳۴/۲)	۰/۰۰۲ [§]	بیشتر از ۲	۲۳ (۲۰/۵)	۵۸ (۵۳/۷)	
سطح تحصیلات زائو	۵۹ (۵۲/۷)	۵۷ (۵۲/۸)		شغل همسر	۲۰ (۱۷/۹)	۵۰ (۴۶/۳)	
ابتدایی و راهنمایی	۳۱ (۲۷/۷)	۱۴ (۱۳/۰)		بیکار و کارگر**	۶۹ (۶۱/۶)	۴۰ (۳۷/۰)	
دبیرستانی و دیپلم	۱۰۱ (۹۰/۲)	۱۰۰ (۹۲/۶)	۰/۵۲۴ [†]	کارمند	۲۰ (۱۷/۹)	۱۲ (۱۱/۱)	
دانشگاهی	۳۱ (۲۷/۷)	۱۴ (۱۳/۰)		شغل آزاد	۶۹ (۶۱/۶)	۵۶ (۵۱/۹)	
خانه‌دار بودن	۱۰۱ (۹۰/۲)	۱۰۰ (۹۲/۶)	۰/۰۶۳ [§]	زندگی با خانواده همسر	۴۳ (۳۸/۴)	۴۹ (۴۵/۴)	
وضعیت اقتصادی خانواده	۶۲ (۵۵/۴)	۷۳ (۶۷/۶)		محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری	۱۴ (۱۲/۵)	۳۵ (۳۳/۱)	
دخل با خرج برابر**	۵۰ (۴۴/۶)	۳۵ (۳۲/۴)		مرکز بهداشت	۴۰ (۳۵/۷)	۳۸ (۳۵/۲)	
دخل کم تر از خرج	۱۰۸ (۹۶/۴)	۱۰۲ (۹۴/۴)	۰/۵۳۳ [‡]	پزشک	۵۸ (۵۱/۸)	۴۵ (۴۱/۷)	
در قید حیات بودن مادر	۱۱۰ (۹۸/۲)	۱۰۲ (۹۴/۴)	۰/۱۶۵ [§]	مرکز بهداشت و پزشک	۶۱ (۵۴/۵)	۵۰ (۴۶/۳)	
شاخص ازدحام جمعیت****	۲ (۱/۸)	۶ (۵/۶)		دریافت آموزش پس از زایمان	۱۷ (۱۵/۲)	۱۶ (۱۴/۸)	
کم جمعیت	۱۱۰ (۹۸/۲)	۱۰۲ (۹۴/۴)		منبع دریافت آموزش مراقبت‌های پس از زایمان	۴ (۳/۶)	۲۷ (۲۵/۰)	
جمعیت متوسط**	۲ (۱/۸)	۶ (۵/۶)		ماما	۴ (۳/۶)	۲ (۱/۹)	
فرد مسؤول انجام امور منزل و نگهداری از زائو	۸ (۷/۱)	۹ (۸/۳)	۰/۰۶۷ [†]	پزشک	۴ (۳/۶)	۲ (۱/۹)	
خود زائو	۸۰ (۷۱/۴)	۶۰ (۵۵/۶)		رسانه های ارتباط جمعی	۴ (۳/۶)	۲۷ (۲۵/۰)	
مادر	۷ (۶/۲)	۱۹ (۱۷/۶)		اطرفیان***	۴ (۳/۶)	۵ (۴/۶)	
مادرشوهر	۷ (۶/۲)	۷ (۶/۵)		جنسیت نوزاد (پسر)	۵۷ (۵۰/۹)	۵۹ (۵۴/۶)	
شوهر	۷ (۶/۲)	۷ (۶/۵)		خواستگه بودن بارداری	۸۷ (۷۷/۷)	۸۵ (۷۸/۷)	
سایر افراد***	۱۰ (۸/۹)	۱۳ (۱۲/۰)	۰/۷۸۷ [†]	داشتن سابقه نازایی	۱۹ (۱۷/۰)	۱۱ (۱۰/۲)	
نوع زایمان	۵۷ (۵۰/۹)	۵۳ (۴۹/۱)		داشتن سابقه سقط	۲۴ (۲۱/۴)	۱۹ (۱۷/۶)	
سزارین	۵۷ (۵۰/۹)	۵۳ (۴۹/۱)					
طبیعی	۵۵ (۴۹/۱)	۵۵ (۵۰/۹)					

* اعداد نشان دهنده تعداد (درصد) هستند مگر در موارد ستاره‌دار (*) که میانگین (انحراف معیار) گزارش شده است.

** ۱ نفر از گروه کنترل دخل بیشتر از خرج، خانواده یک نفر از گروه آموزش پرجمعیت، ۱ نفر از گروه کنترل بی سواد، ۳ نفر از گروه آموزش و ۲ نفر از گروه کنترل بیکار

*** سایر افراد شامل: خواهر، خواهرشوهر، زن برادر، جاری/ اطرفیان شامل: مادر، مادرشوهر، شوهر و ...

**** تقسیم تعداد افراد خانواده به تعداد اتاق‌ها بدون احتساب دستشویی و حمام

† آزمون مجذور کای †† آزمون تی مستقل ‡ آزمون دقیق فیشر § آزمون مجذور کای روند

میانگین (انحراف معیار) نمره آگاهی قبل از مداخله در گروه آموزش ۷۳/۸ (۱۷/۶) و در گروه کنترل ۷۱/۴ (۱۶/۲) بود. بر اساس آزمون تی مستقل، بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (p=۰/۲۹۱).

میانگین نمره آگاهی در هر دو گروه، شش هفته بعد از زایمان نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود (نمودار ۱). میانگین (انحراف معیار) نمره آگاهی در گروه آموزش ۹۳/۱ (۹/۶) و در گروه کنترل ۷۴/۹ (۱۴/۴) بود که با کنترل متغیرهای تحصیلات زن، شغل همسر و نمره آگاهی قبل از مداخله، معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱). نمره آگاهی در گروه آموزش در پایان هفته ششم پس از زایمان [۲۰/۲ تا ۱۴/۳] (۱۷/۲) (فاصله اطمینان ۹۵٪) اختلاف

همسر (p=۰/۰۲۰) اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱). میانگین (انحراف معیار) سن مادران شرکت‌کننده در مطالعه ۲۴/۷ (۵/۲) بود. مدت تأهل ۵۴/۵٪ مادران گروه آموزش و ۵۳/۷٪ مادران گروه کنترل، ۱-۲ سال بود. یک پنجم مادران (۲۰٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. اکثریت مادران (۹۱٪) خانه‌دار بودند. نزدیک به نیمی از آنان (۴۱/۹٪) با خانواده همسر خود زندگی می‌کردند. در حدود دو سوم مادران (۶۴٪) اظهار داشتند که مادرشان مسئولیت مراقبت و نگهداری از آنها و نوزاد و تهیه غذا را پذیرفته است. حدود سه چهارم (۷۸٪) بارداری خواسته داشتند (جدول ۱).

آگاهی در مورد سبک زندگی پس از زایمان

جدول ۲: مقایسه نمرات آگاهی و باور مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان مادران نخست‌زا قبل از آموزش و شش هفته پس از زایمان در گروه‌های

مورد مطالعه		مقایسه دو گروه آموزش و کنترل	
متغیر	گروه آموزش (n=۱۱۲)	گروه کنترل (n=۱۰۸)	مقایسه دو گروه آموزش و کنترل
	(SD) Mean	(SD) Mean	MD (95% CI)
			p
نمره آگاهی (۰-۱۰۰)			
قبل از آموزش	۷۳/۸ (۱۷/۶)	۷۱/۴ (۱۶/۲)	۰/۳۹۱
بعد از آموزش	۹۳/۱ (۹/۶)	۷۴/۹ (۱۴/۴)	p<۰/۰۰۱
نمره باور (۰-۱۰۰)			
قبل از آموزش	۴۹/۷ (۱۲/۴)	۵۱/۲ (۱۲/۵)	۰/۳۸۶
بعد از آموزش	۸۲/۳ (۱۲/۶)	۵۴/۲ (۱۵/۱)	p<۰/۰۰۱

Mean (SD): mean (standard deviation); MD (95% CI): mean difference (95% confidence interval)

Mean (SD), MD (95% CI) و p قبل از آموزش براساس آزمون تی مستقل و بعد از آموزش بر اساس مدل خطی عمومی و با کنترل نمره آگاهی و باور قبل از

مداخله و متغیرهای سطح تحصیلات زائر و شغل همسر

است. یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره آگاهی و باور سبک زندگی پس از زایمان با کنترل متغیرهای تحصیلات زن، شغل همسر و نمره آگاهی و باور قبل از مداخله در گروه آموزش در پایان هفته ششم پس از زایمان به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود.

نتایج مطالعه حاضر، نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش بر بهبود آگاهی و باور سبک زندگی پس از زایمان مادران نخست‌زا بود. نتایج مطالعه Liu (۲۰۰۹) که با هدف تأثیر آموزش بهداشت و تغذیه دوران نفاس بر بهبود باور و عملکرد بر روی ۳۰۲ مادر شهری و روستایی Hubei طی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴ انجام شده بود، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۸). علاوه بر این، در مطالعه نیمه تجربی Kim (۲۰۱۰) بر روی زنان مهاجر در کره (۱۹) و نیز در مطالعه Kwak (۱۹۹۶) بر روی ۴۰ مادر نخست‌زا سئولی که در سال ۱۹۹۵ انجام شده بود (۲۷) نیز آموزش باعث افزایش آگاهی مادران نسبت به سبک زندگی و خودمراقبتی پس از زایمان شده بود.

در مطالعه حاضر نمره باورهای مرتبط با سلامت سبک زندگی پس از زایمان مادران گروه کنترل نیز به طور معنی‌داری نسبت به قبل مداخله افزایش یافته بود (p=۰/۰۲۶). شاید علت این امر تأثیر گذشت زمان بر تغییرات باور باشد. در مطالعه Wang (۲۰۰۸) نیز به این مطلب اشاره شده است، به طوری که نتایج حاصل از

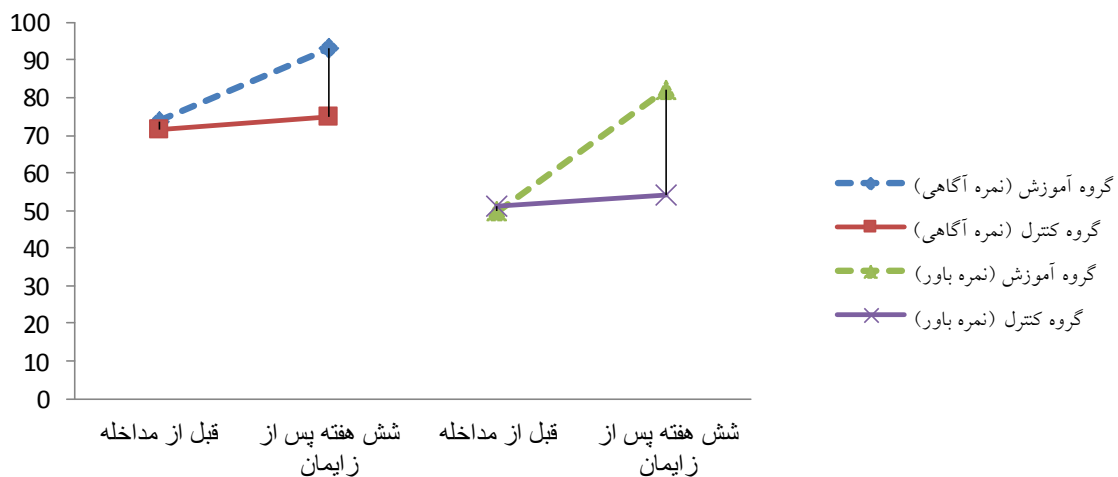
میانگین تعدیل یافته] به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

باورهای بهداشتی مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان
میانگین (انحراف معیار) نمره باور قبل از مداخله در گروه آموزش ۴۹/۷ (۱۲/۴) و در گروه کنترل ۵۱/۲ (۱۲/۵) بود که بر اساس آزمون تی مستقل، بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (p=۰/۳۸۶).

میانگین نمره باور در هر دو گروه، شش هفته بعد از زایمان نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود (نمودار ۱). میانگین (انحراف معیار) نمره باور در گروه آموزش ۸۲/۳ (۱۲/۶) و در گروه کنترل ۵۴/۲ (۱۵/۱) بود که با کنترل متغیرهای تحصیلات زن، شغل همسر و نمره آگاهی قبل از مداخله، معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱). نمره باور در گروه آموزش در پایان هفته ششم پس از زایمان [۳۲/۲ (۲۵/۲ تا ۲۸/۷): (فاصله اطمینان ۹۵٪) اختلاف میانگین تعدیل یافته] به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

بحث

براساس بررسی‌های به عمل آمده این پژوهش اولین مطالعه مداخله‌ای بر روی آگاهی و باور نسبت به سبک زندگی پس از زایمان در مادران نخست‌زا، در ایران



نمودار ۱: وضعیت نمرات آگاهی و باور در مورد سبک زندگی پس از زایمان، قبل از مداخله و ۶ هفته پس از زایمان در دو گروه مورد مطالعه

مادران چه نخست‌زا و چه چندزا توصیه می‌شود (۳۱). باید تمام اطلاعات اصلی مورد نیاز دوران نفاس توسط کادر درمان در بیمارستان به مادران آموزش داده شود (۳۲).

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که مادران پرسشنامه‌ها را طی ۴۸ ساعت اول بعد از زایمان تکمیل کرده و جهت جلوگیری از انتشار اطلاعات، مادران گروه مداخله، آموزش و مشاوره سبک زندگی را تا حد امکان نزدیک به زمان ترخیص مادر از بیمارستان دریافت می‌کردند. یعنی، درست زمانی که مادران نخست‌زا هنوز خسته روند زایمان بودند، دغدغه نگهداری و شیر دادن به نوزاد و ترخیص از بیمارستان را داشتند؛ لذا، احتمالاً تمرکز کافی برای پاسخدهی به سؤالات و دریافت دقیق محتوای آموزش و مشاوره را به طور کامل نداشتند.

از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که به دلیل مشکل بودن بازگشت مادران ساکن روستا و شهرستان‌های اطراف تبریز برای پیگیری هفته ششم پس از زایمان، مطالعه فقط بر روی مادران نخست‌زای ساکن شهر تبریز انجام شد. در حالی که اکثراً، آگاهی غلط، رفتارهای تابو و باورهای غلط در

مطالعه نشان داد که طی روزهای ۱۲ - ۰ و روزهای ۳۰ - ۱۳ پس از زایمان تعداد کمی از مادران (۳۰٪ - ۱۳٪) به طور خفیف، ۴۱٪ و ۶۳٪ به طور متوسط و ۵۷٪ و ۳۳٪ به طور اساسی باورهای و رفتارهای تابو خود را تغییر داده بودند. درواقع بیشتر زنانی که به باورها و رفتارهای تابو سنتی اعتقاد داشتند، به طور چشمگیری الگوی رفتاری خود را طی دوران نفاس تغییر داده بودند (۲۸).

رسانه گروهی مناسب به خلق شرایط مطلوب و افزایش آگاهی کمک می‌کند و سبب تقویت آن می‌شود. علاوه‌براین، با تزریق ایده‌های نو به داخل توده‌ها و افزایش آگاهی و اطلاعات، نقش‌های جدیدی را به مردم شناسانده و راه و رسم متفاوت و بهتری برای سبک زندگی پیش‌روی آنها می‌گذارد که این امر بیان‌کننده افزایش اهمیت نقش رسانه در ابعاد مختلف زندگی افراد جامعه است (۲۹، ۳۰). در مطالعه حاضر نیز مادران نخست‌زا، رسانه‌های گروهی را یکی از مهم‌ترین منابع کسب اطلاعات خود در زمینه مراقبت‌های پس از زایمان بیان کرده‌بودند. آموزش‌های سبک زندگی سالم پس از زایمان و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای تمام

بیشترین تأثیر را داشته‌است، قضاوت نمود و تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

ممکن است نتایج حاصل از این مطالعه بتواند به مراقبین سلامت در کمک به نحوه آموزش مؤثر مادران و به دنبال آن افزایش آگاهی آنان نسبت به سبک زندگی صحیح و سالم پس از زایمان و عمل نکردن به باورها و عملکردهای غلط و غیرعلمی به جای مانده از گذشتگان مؤثر واقع شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که از رسانه‌های گروهی نیز در این راستا کمک گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه که بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد، که در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2013042110324N13 ثبت گردیده و در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کد اخلاق ۹۲۱۸ مورخ ۱۳۹۲/۰۲/۰۹ تصویب و حمایت مالی شده است. بدین وسیله از معاونت بهداشتی، کلیه پرسنل بیمارستان-های آموزشی درمانی تبریز و کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

بین مادران ساکن مناطق فقیرنشین شهر و مادران روستایی رواج بیشتری دارد (۳۳). لذا، مطالعه حاضر قابل تعمیم به مادران نخست‌زای مناطق روستایی نمی‌باشد. از آن جایی که سابقه اجتماعی مادران، محل سکونت آنان (شهری یا روستایی) بر آگاهی و باورهای آنها تأثیر می‌گذارد (۳۳)، لذا، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای بر روی مادران روستایی و شهرستان‌های کوچک نیز صورت گیرد.

براساس بررسی‌های به عمل آمده توسط پژوهشگر، مطالعات علمی در زمینه مفید یا مضر بودن تمامی باورها و رفتارهای تابو سنتی موجود بر سبک زندگی و سلامت مادر و نوزاد وجود ندارد. همچنین از آن جایی که در مطالعه حاضر، آگاهی و باور مرتبط با سبک زندگی خود مادر مورد ارزیابی قرار گرفت و در زمینه مراقبت از نوزاد ارزیابی صورت نگرفت؛ لذا، پیشنهاد می‌شود تحقیقات علمی و دقیقی در این زمینه‌ها صورت گیرد.

با وجود این که نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثیر مثبت به کارگیری همزمان چند روش آموزشی ساده، ارزان و عملی در ارتقای آگاهی و بهبود باور مادران تازه زایمان‌کرده در زمینه سبک‌زندگی می‌باشد؛ اما، نمی‌توان براساس نتایج این پژوهش در زمینه این که کدام روش

References

- Jarrah S, Bond AE. Jordanian women's postpartum beliefs: An exploratory study. *Int J Nurs Pract*. 2007;13(5):289-95.
- Razurel C, Bruchon-Schweitzer M, Dupanloup A, Irion O, Epiney M. Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*. 2011;27(2):237-42.
- Nelson AM. Transition to motherhood. *JOGNN-Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing*. 2003;32:465-77.
- Sehhatie Shafai F, Sadeghi Khamneh S, Kushavar H, Sheybaei F. The review on lifestyle and its relation with the pregnancy outcomes in the pregnant women coming to educational hospitals of Tabriz in 2004. *Res J Med Sci*. 2007;1(2):91-4.
- Dawidowicz A, Krajewska K, Krajewska-Kułał E, Kulikowski M, Szyszko-Perłowska A, Rolka H, et al. [Women's knowledge of health behaviors in the puerperium]. *Wiad Lek*. 2004;57(1):70-3.
- Asgharnia M, Heidarzadeh MA, Zahiri Z, Seyhani A, Pormehr yabande L, Oudi M. Assessment of Women's Knowledge regarding postpartum complications and cares. *J Guilan Univ Med Sci*. 2005; 14(55):56-62. [Persian]
- Liu N, Mao L, Sun X, Liu L, Chen B, Ding Q. Postpartum practices of puerperal women and their influencing factors in three regions of Hubei, China. *BMC Public Health*. 2006; 6(1):274-81.
- Raven JH, Chen Q, Tolhurst RJ, Garner P. Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7(1):8.

9. Higginbottom GMA, Safipour J, Mumtaz Z, Chiu Y, Paton P, Pillay J. "I have to do what I believe": Sudanese women's beliefs and resistance to hegemonic practices at home and during experiences of maternity care in Canada. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13(1):51.
10. Cortis JD. Culture, values and racism: application to nursing. *Int Nurs Rev*. 2003;50(1):55-64.
11. Dean K. Self-care components of lifestyles: The importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med*. 1989;29(2):137-52.
12. Poutanen R, Lahti S, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, and beliefs among 11 to 12-year-old Finnish school children with different oral health behaviors. *Acta Odontol Scand*. 2005;63(1):10-6.
13. Kalichman SC, Benotsch E, Suarez T, Catz S, Miller J, Rompa D. Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *Am J Prev Med*. 2000;18(4):325-31.
14. Fikree FF, Ali T, Durocher JM, Rahbar MH. Health service utilization for perceived postpartum morbidity among poor women living in Karachi. *Social Science & Medicine*. 2004;59(4):681-94.
15. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, Howell EA. Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Matern Child Health J*. 2014;18(3):707-13.
16. Sein KK. Beliefs and practices surrounding postpartum period among Myanmar women. *Midwifery*. 2013;29(11):1257-63.
17. Ozsoy SA, Katabi V. A comparison of traditional practices used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey and Iran. *Midwifery*. 2008;24(3):291-300.
18. Liu N, Mao L, Sun X, Liu L, Yao P, Chen B. The effect of health and nutrition education intervention on women's postpartum beliefs and practices: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2009;9(1):45.
19. Kim EH, Lee E, Kim MJ, Park DY, Lee SH. [Effects of an educational program of pregnancy and delivery on pregnancy related knowledge, newborn care knowledge, and postpartum care self-efficacy of marriage immigrant women]. *J Korean Acad Nurs*. 2010;40(1):78-87.
20. Wu S, Ouyang Y, Bao W. Lifestyle during puerperium and its influencing factors in postpartum women of Wuhan. *Chinese Journal of Public Health*. 2012;3:261-3.
21. Rahman MM, Haque SE, Zahan MS. Factors affecting the utilisation of postpartum care among young mothers in Bangladesh. *Health Soc Care Community*. 2011;19(2):138-47.
22. Huang TT, Yeh CY, Tsai YC. A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese childbearing women: a randomised controlled trial. *Midwifery*. 2011;27(2):257-64.
23. WHO. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer World Health Organization; 2008.
24. Post M. Key elements of postpartum care at the community level based on WHO guidelines: USAID Available from: www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/CATALYST-Key-Elements-of-Postpartum-Care-at-the-Community-Level-Based-on-WHO-Guidelines.pdf.
25. Saadia Z, Roshdy S, Sagir F, Abidin S. Dietary practices of Saudi women during puerperium. *J Obstet Gynaecol Res*. 2012.
26. Wang XL, Wang Y, Zhou SZ, Wang J, Wang JL. [Puerperal practice pattern in a rural area of north China]. *Beijing Da Xue Xue Bao*. 2007;39(2):140-4.
27. Kwak YH, Lee ML. The effects of education on knowledge and confidence in postpartal self-care and newborn baby care. *J Korean Acad Women's Health Nurs*. 1996;2(2):246-56.
28. Wang X, Wang Y, Zanzhou S, Wang J, Wang J. A population-based survey of women's traditional postpartum behaviours in Northern China. *Midwifery*. 2008;24(2):238-45.
29. Pirannejad A. The effect of ICT on political development: a qualitative study of Iran. *Information Development*. 2011;27(3):186-95.
30. Stephanidis C, Salvendy Gavriel, Akoumianakis D, Arnold A, Bevan N, Dardailler D, et al. Toward an information society for all: HCI challenges and R&D recommendations. *Int J Hum-Comput Int*. 1999;11(1):1-28.
31. Fichardt AE, Van Wyk NC, Weich M. The needs of postpartum women. *Curationis*. 1994;17(1):15-21.
32. Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: Does socioeconomic status matter? *Birth*. 2005;32(2):86-92.
33. Liamputtong P, Yimyam S, Parisunyakul S, Baosung C, Sansiriphun N. Traditional beliefs about pregnancy and child birth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. *Midwifery*. 2005;21(2):139-53.

Effect of educational package on nulliparous mother's knowledge and belief about postpartum lifestyle

Mojgan Mirghafourvand.,

Assistant Professor of Nursing and Midwifery Faculty, Midwifery Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Mahin KamaliFard.,

MSc in midwifery, Nursing and Midwifery Faculty, Midwifery Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Sakineh Mohammad-Alizadeh-Charandabi.,

Professor of Nursing and Midwifery Faculty, Research Center of Social Determinants of Health, Nursing and Midwifery Faculty, Midwifery Department, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Mohammad Asghari Jafarabadi.,

Professor of Road Traffic Injury Research Center, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Farzaneh Khodabandeh.,

MSc midwifery student, Student's Research Committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran,

Ameneh Mansouri.,

MSc midwifery student, Student's Research Committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received:08/09/2014, Revised:01/11/2014, Accepted:11/11/2014

Corresponding author:

Farzaneh Khodabandeh,
Tabriz University of Medical
Sciences, Tabriz, Iran,
E-mail: Farzank1368@gmail.com

Abstract

Background: Lack of awareness and the False beliefs about postpartum care may lead to maternal and child health problems. Thus, changing them through effective training methods should be considered as a priority. This survey was conducted to evaluate the effect of educational package on nulliparous mother's Knowledge and belief about postpartum lifestyle.

Materials and Methods: This randomized clinical trial was carried out on 220 nulliparous women in the postpartum ward in Tabriz, in 2013. The subjects were allocated into two groups using block randomization method. Intervention group received face to face education, telephone counseling, booklets and educational SMS and control group received postpartum Ward's routine educations. Questionnaires of Knowledge and belief about postpartum lifestyle were completed by mothers at the first (or second) day after delivery and then 42 days later. Data was analyzed by SPSS-18, Independent t-test, Fisher's exact test, chi-square, chi-square for trends and ANCOVA. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: There were no significant statistic differences in terms of demographic characteristics and also pre-intervention lifestyle knowledge and belief scores between two groups ($P > 0.05$). With adjusting pre-intervention knowledge and belief score, the mean scores of knowledge [adjusted mean difference 17.2, (CI: 95%: 20.2 to 14.3)] ($p < 0.001$) and beliefs [28.7 (32.2 to 25.2)] ($p < 0.001$) among the intervention group was significantly higher than those in control group.

Conclusion: This study demonstrated the positive effectiveness of simultaneous use of simple and practical training techniques without financial burdens to promote nulliparous mother's knowledge and belief about postpartum lifestyle. Yet, we cannot draw conclusions about which method is most effective, therefore more research is needed in this field.

Key words: Education, Knowledge, Belief, Postpartum Lifestyle