

# آگاهی و باور مادران نخست زان نسبت به سبک زندگی پس از زایمان، تبریز ۱۳۹۲

دکتر مژگان میرغفوروند<sup>۱</sup>، مهین کمالی فرد<sup>۲</sup>، دکتر سکینه محمد علیزاده چرندابی<sup>۳</sup>،  
دکتر محمد اصغری جعفرآبادی<sup>۴</sup>، فرزانه خدابنده<sup>۵\*</sup>، آمنه منصوری<sup>۵</sup>

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات علوم اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۴. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت های ترافیکی جاده‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۶

## خلاصه

**مقدمه:** دوران پس از زایمان می تواند سبک زندگی و بهداشت زنان را تحت تأثیر قرار دهد. سبک زندگی پس از زایمان شامل فعالیت فیزیکی، تغذیه و رفتارهای مرتبط با سلامت می باشد. آگاهی زنان از مشکلات و مراقبت های دوران نفاس، آن ها را قادر به پیشگیری از عوارض می کند. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان آگاهی و باور نسبت به سبک زندگی پس از زایمان و پیش گویی کننده های آن در مادران نخست زای تبریز انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۲۲۰ مادر نخست زای بستری در بخش پس از زایمان دو بیمارستان آموزشی- درمانی و یک بیمارستان خصوصی شهر تبریز انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه فردی - اجتماعی، آگاهی و باور مرتبط با سبک زندگی جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و مدل خطی عمومی تک متغیره و چند متغیره انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین  $\pm$  انحراف معیار نمره آگاهی و باور به ترتیب ۷۲/۶ $\pm$ ۱۶/۹ و ۵۰/۴ $\pm$ ۱۲/۵ از محدوده نمره قابل کسب ۰-۱۰۰ بود. بر اساس مدل خطی عمومی و با تعدیل بر سایر متغیرها، داشتن تحصیلات دانشگاهی و دریافت مراقبت هم از پزشک و هم از مرکز بهداشتی، ارتباط آماری مثبت و معنی داری با نمره آگاهی و متغیر تحصیلات دانشگاهی ارتباط آماری مثبت و معنی داری با نمره باور داشت ( $p=0/015$ ).

**نتیجه گیری:** در مطالعه حاضر میزان آگاهی از سبک زندگی پس از زایمان در حد خوب و نمره باور در حد متوسط بود. سطح تحصیلات زانو و محل دریافت مراقبت های دوران بارداری، متغیرهای مهم تأثیرگذار بر آگاهی و باور مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان بودند.

**کلمات کلیدی:** آگاهی، باور، سبک زندگی پس از زایمان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: فرزانه خدابنده؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۱۰۷۲۱۶۶؛ پست الکترونیک: farzank1368@gmail.com

## مقدمه

نفاس، دوره ای بحرانی همراه با تغییرات فیزیولوژیکی، احساسی و اجتماعی برای مادر و خانواده او می‌باشد که تقریباً از یک ساعت پس از خروج جفت آغاز و تا شش هفته بعد از زایمان ادامه دارد (۱). دوران نفاس می‌تواند سبک زندگی و بهداشت زنان را تحت تأثیر قرار دهد (۲). متأسفانه دوران نفاس با وجود حساس بودن، اغلب توسط مراقبین سلامت و ماماها مورد غفلت واقع می‌شود (۳، ۴).

آگاهی زنان از مشکلات دوران نفاس و نیز مراقبت‌های صحیح، آن‌ها را قادر به پیشگیری از عوارض می‌کند و باعث می‌شود تا در صورت ایجاد مشکل، رفتار مناسبی بروز دهند (۵-۷). اگرچه دانش افراد تنها عامل تعیین کننده عملکرد آنان نیست، با این وجود ارتقاء سطح دانش مرتبط با سلامت، منجر به بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت می‌شود و در نهایت به ارتقاء سطح سلامت افراد کمک خواهد کرد (۸). ارزش‌های فرهنگی مانند نگرش‌ها و باورها نیز بر سبک زندگی و در نتیجه شرایط بهداشتی افراد تأثیر می‌گذارند (۹-۱۱). برخلاف تغییرات سریع در تکنولوژی، تغییرات در باور کاملاً آهسته است (۹)، لذا مراقبین سلامت برای متقاعد کردن زنان که این باورهای غلط برای آن‌ها و نوزادشان پرخطر است، به اطلاعات و شواهد علمی دقیق در مورد عملکرد سنتی دوران نفاس در حمایت یا رد چنین باورهایی نیازمندند (۱۲). سبک زندگی پس از زایمان تحت تأثیر آگاهی و باور زنان از تغذیه و مراقبت‌های سلامتی، سطح تحصیلات خود زائو و همسر وی و سطح درآمد خانواده، باورهای قدیمی کسب شده از مادر شوهر، مادر، کتاب و مجلات، خویشاوندان، دوستان و همکاران می‌باشد (۱۳)، (۱۴). عملکردهای خود مراقبتی هر فرد، عناصر مرتبط با سبک زندگی او را می‌سازند (۱۵) و در افراد سالم ضعف دانش بهداشتی با عملکرد بهداشتی نامناسب ارتباط دارد (۱۶).

اغلب مادران در کشورهای آسیایی بر اساس باورها و عادات غلط گذشتگان که زن زائو باید در اتاقی بسته استراحت مطلق داشته باشد، نباید غذاهای ترش، مایعات سرد، شیر، میوه و سبزیجات مصرف کند، نباید

استحمام کند، مسواک بزند و پاهایش را بشوید (که به صورت یک سنت قابل قبول در میان مادران و خانواده های آنان پذیرفته شده است) عمل می‌کنند، زیرا اعتقاد شان بر این است که "زن زائو خون زیادی از دست داده و کم بنیه شده"، بنابراین "عمل نکردن به باورهای فوق می‌تواند روند بهبودی زن زائو را به تأخیر انداخته و باعث بروز مشکلاتی از جمله سرگیجه، سردرد، کمردرد و درد مفاصل در عرض یک ماه بعدی یا در سال‌های آتی زندگی شود" (۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸)، در حالی که این عادات غلط باعث افزایش مشکلاتی از جمله یبوست، کمردرد، مشکلات پستان، بیماری‌های دهانی، کم خونی (۱۳)، خستگی و افسردگی (۲۱-۱۹) خواهد شد. در واقع می‌توان گفت اگرچه برخی از این باورها و عملکردهای سنتی، اغلب برای زائو و نوزادش مفید هستند، اما گاهی اوقات مضر می‌باشند (۲۲).

در مطالعه کمی- کیفی که در میانمار (۲۰۱۲) انجام شد، اکثر شرکت کنندگان از باورهای سنتی دوران نفاس پیروی می‌کردند (۲۳). همچنین نتایج مطالعه وئو و همکاران (۲۰۱۰) در چین نشان داد که رفتارها و سنت‌های تابوی زیادی در رفتارهای مرتبط با سلامت زنان در دوران نفاس وجود دارد که این سنت‌ها ممکن است کیفیت زندگی و سلامت زنان را تحت تأثیر قرار دهد (۲۴). نتایج مطالعه کتابی (۲۰۰۸) در یکی از روستاهای شهرستان تبریز (لیقوان) نشان داد که رفتارهای تابوی زیادی در بین زنان ایرانی وجود دارد از جمله اینکه ۲۶٪ مادران از روش‌های سنتی مانند ترساندن زن زائو، کتک زدن با ترکه (چوب) یا با پای گریز مرده یا مالیدن خمیر چرب، برای درمان احتقان پستان استفاده می‌کردند. ۵۲٪ اعتقاد داشتند که گوی ماق (کاجی)، گندم، هندوانه و یا نماز خواندن باعث افزایش شیر می‌شود، ۸۱٪ زنان اعتقاد داشتند که زائو تا ۴۰ روز نباید از خانه خارج شود، دو تا زن زائو همزمان نباید در یک خانه باشند، میهمان‌ها نباید مادر و نوزاد را ببینند، ۹۶٪ زنان معتقد بودند که برای جلوگیری از چشم خوردن مادر و نوزاد باید از مهره های آبی رنگ چشم زخم استفاده کرد، نماز بخوانند و زائو و نوزاد زیر سرشان قرآن بگذارند و نوزاد و زائو

مطالعه حاضر، قسمتی از یک مطالعه بزرگتر بود که در آن تأثیر آموزش بر سبک زندگی مادران نخست زار در دوران پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته بود. با استفاده از اطلاعات مربوط به مقاله هوآنگ و همکاران (۳۱)، اطلاعات اولیه برای محاسبه اندازه اثر روی متغیر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به دست آمد و با در نظر گرفتن تغییرات در این متغیر، اندازه اثر مورد نظر محاسبه شد. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، توان ۸۰٪ و با استفاده از فرمول پوکاک، ۲۲۰ نفر به دست آمد (۱۰۱ نفر در هر گروه) که با در نظر گرفتن حدود ۱۰٪ افت نمونه، ۱۱۰ نفر در هر گروه محاسبه شد.

در این مطالعه نمونه‌گیری به روش ساده انجام شد و نمونه‌گیری از تیر ماه تا بهمن ماه ۱۳۹۲ به طول انجامید؛ بدین صورت که دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز (الزهراء/طالقانی) و یک بیمارستان خصوصی (شهریار) به شکل تصادفی و با استفاده از اعداد تصادفی کامپیوتری از بین بیمارستان‌های خصوصی تبریز انتخاب شدند. تعداد نمونه مناسب با توجه به حجم نمونه اصلی مطالعه (۲۲۰ نفر) محاسبه و تعیین شد. انتخاب نمونه‌ها در هر بیمارستان به صورت آسان بود. پس از بررسی معیارهای حائز شرایط بودن و توضیح مختصری از دلایل و روش انجام مطالعه و محرمانه بودن مطالعه، شرکت در مطالعه به افراد پیشنهاد شد و از شرکت کنندگان رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه به صورت کتبی گرفته و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فردی-اجتماعی و مامایی و خود تکمیلی (پرسشنامه آگاهی و باور) توسط پژوهشگر گردآوری شد.

**پرسشنامه مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی:** این پرسشنامه از ۲ بخش "الف" و "ب" تشکیل شده بود. بخش "الف" ۱۸ سؤال داشت و شامل اطلاعات فردی - اجتماعی (سن، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، مدت تأهل، میزان کفایت درآمد ماهیانه خانواده، در قید حیات بودن مادر و مادر شوهر، زندگی با خانواده همسر، فرد

لباس زیبا نپوشند (۲۵). همچنین در مطالعه اصغرینیا (۲۰۰۵) در رشت، ۹۴٪ زنان از آگاهی بسیار ضعیفی نسبت به مشکلات پس از زایمان و مراقبت‌های دوران نفاس برخوردار بودند (۲۶).

با توجه به اینکه بدن در دوران پس از زایمان نیازمند بهبودی است و سلامتی نوزاد وابسته به سلامتی مادر است (۲۷)، داشتن آگاهی و باور صحیح در زمینه تغذیه و سلامتی (سبک زندگی) پس از زایمان برای سلامتی مادران الزامی است (۱۷). همچنین با توجه به تلاش‌های صورت گرفته از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال‌های اخیر در زمینه بهبود رفتارهای بهداشتی، تغذیه ای و فیزیکی (سبک زندگی) زنان در دوران بارداری و شیردهی، انجام تحقیقات بیشتر در نقاط مختلف کشور جهت پیگیری و بررسی چگونگی اثرگذاری این تلاش‌ها احساس می‌شود. لذا تعیین آگاهی و باورها و آگاه کردن مراقبین سلامت از آن، برای فراهم کردن مراقبت‌های بهداشتی مؤثر و متناسب با فرهنگ جامعه و به دست آوردن همکاری و فهم دو طرفه در دریافت مراقبت بهداشتی، امری ضروری است (۲۳، ۲۵)، همچنین از آنجایی که ماماها بهترین جایگاه را برای ارزیابی باورها و اعتقادات در بین خانواده‌ها دارند (۲۸-۳۰)، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی و باور مادران نخست زار در زمینه سبک زندگی (تغذیه، فعالیت فیزیکی و رفتارهای مرتبط با سلامت) پس از زایمان انجام شد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۲۲۰ نفر از مادران نخست زای زایمان کرده بستری در بخش پس از زایمان بیمارستان‌های تبریز انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست زار ۱۸ سال و بالاتر، ساکن تبریز، حداقل سواد خواندن و نوشتن، قادر به گفت و گو به زبان فارسی و فهم زبان فارسی، عدم جدایی از همسر، زایمان طبیعی یا سزارین و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مطالعه، عدم تمایل مادر جهت شرکت در مطالعه بود.

مدیریت کننده تغذیه زائو پس از زایمان، میزان حمایت همسر و افراد فامیل، شاخص ازدحام جمعیت، محل دریافت مراقبت های دوران بارداری، دریافت آموزش در مورد تغذیه دوران بارداری، دریافت آموزش مراقبت های پس از زایمان، منبع دریافت آموزش مراقبت های بعد زایمان) و بخش "ب" از ۷ سؤال تشکیل شده بود و شامل اطلاعات مامایی (سابقه سقط و نازایی، خواسته بودن بارداری، روش زایمان، جنسیت نوزاد، خواسته بودن جنسیت نوزاد از نظر مادر و پدر) بود.

پرسشنامه آگاهی در مورد سبک زندگی پس از زایمان شامل ۱۴ سؤال در زمینه آگاهی از تغذیه و سلامتی (۳۲) بود. تمامی سؤالات دارای ۳ گزینه "بله"، "خیر" و "نمی دانم" بودند. برای گزینه "صحیح نمره ۱" و برای گزینه "غلط و نمی دانم نمره ۰" در نظر گرفته شد. در نتیجه نمره بالاتر نشان دهنده آگاهی بیشتر بود. محدوده نمره قابل کسب ۰-۱۴ بود.

پرسشنامه باورهای مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان شامل ۱۶ بیانیه در زمینه باورهای مرتبط با سلامت دوران نفاس بود (۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸). گزینه های آن بر اساس لیکرت (موافقم، مخالفم و نظری ندارم) از ۲ تا صفر نمره گذاری شده بود. در بیانیه های با جهت منفی گزینه "مخالفم نمره ۲" و گزینه "نظری ندارم نمره ۱" و "موافقم نمره ۰" و در بیانیه هایی با جهت مثبت گزینه "موافقم نمره ۲"، گزینه "نظری ندارم نمره ۱" و "مخالفم نمره ۰" گرفت. بالا بودن نمره نشان دهنده باورهای خوب مرتبط با سلامت بود. محدوده نمره قابل کسب ۰-۳۲ بود. نمره های به دست آمده برای آگاهی و باور به درصد تبدیل شدند و محدود نمره قابل کسب از ۰-۱۰۰ بیان شد. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه ها از روش اعتبار محتوا و صوری استفاده شد؛ بدین صورت که پرسشنامه ها در اختیار ۱۰ تن از اعضاء هیأت علمی قرار گرفت و پس از جمع کردن نظرات آن ها، اصلاحات لازم بر روی ابزارها بر اساس بازخورد کسب شده صورت گرفت. همچنین با انجام پیش آزمون و باز آزمون بر روی ۱۸ نفر، پایایی از بُعد 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 داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) انجام شد. برای توصیف مشخصات فردی - اجتماعی، نمره آگاهی و باور از روش های آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. جهت تعیین ارتباط نمره آگاهی با مشخصات فردی - اجتماعی، ابتدا با استفاده از آزمون های دو متغیره مانند تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه، ارتباط بین نمره آگاهی و باور با هر یک از مشخصات فردی - اجتماعی سنجیده شد، سپس برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای مستقل (مشخصات فردی - اجتماعی) بر روی متغیرهای وابسته (آگاهی و باور)، آن دسته از متغیرهایی که معنی داری آن ها در آزمون دو متغیره تأیید شده بود ( $p < 0/05$ )، نخست تک تک به صورت تعدیل نشده وارد مدل خطی عمومی شدند و سپس همه متغیرها با همدیگر وارد مدل خطی عمومی شدند. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

بیش از نیمی از زنان (۵۶٪) در محدوده سنی ۲۵-۱۸ سال قرار داشتند، میانگین  $\pm$  انحراف معیار سن زنان شرکت کننده در مطالعه  $24/7 \pm 5/2$  سال بود. مدت تأهل بیش از نیمی از زنان، ۲-۱ سال بود. یک پنجم زنان (۲۰٪) و نزدیک به یک پنجم از همسران آن ها (۱۶٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. اکثر زنان (۹۱٪) خانه دار بودند. بیش از نیمی از همسران زنان (۵۷٪) شغل آزاد داشتند.

بیش از نیمی از زنان (۶۱٪) اظهار داشتند که دخل و خرج خانوار با هم برابر است. حدود سه چهارم زنان (۷۲٪) اظهار کردند که حمایت همسرشان از آن ها زیاد است. در حدود دو سوم زنان (۶۴٪) اظهار داشتند که مادرشان مسئولیت مراقبت و نگهداری از آن ها و نوزاد را پذیرفته است. حدوداً نیمی از زنان (۴۷٪) جهت دریافت مراقبت های دوران بارداری، هم تحت نظر پزشک و هم

مرکز بهداشت بودند. ۱۱۰ نفر (۵۰٪) زایمان طبیعی و ۱۱۰ نفر (۵۰٪) زایمان سزارین کرده بودند. تنها نیمی از زنان (۵۰٪) آموزش های مربوط به مراقبت های بعد از زایمان را دریافت کرده بودند. حدود سه چهارم زنان (۷۸٪) بارداری خواسته داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات فردی - اجتماعی مادران نخست زا

مشخصات	تعداد (درصد)
سن (سال)	≤ ۲۰
	۲۱ - ۲۵
	۲۶ - ۳۰
	> ۳۰
سطح تحصیلات	میانگین (انحراف معیار)
	ابتدایی
	راهنمایی
	دبیرستان
	دیپلم
	دانشگاهی
	ابتدایی*
	راهنمایی
	دبیرستان
	دیپلم
دانشگاهی	
شغل بودن زائو	بیکار و کارگر*
	کارمند
شغل همسر	خواسته بودن جنسیت نوزاد از نظر مادر
	خواسته بودن جنسیت نوزاد از نظر پدر
میزان حمایت همسر	زیاد
	متوسط
	کم*
	زیاد
	متوسط
	کم
میزان حمایت افراد فامیل	اصلاً
	۱-۲ سال
	بیشتر از ۲ سال
	میانگین (انحراف معیار)
مدت تأهل (سال)	در قید حیات بودن مادر
	در قید حیات بودن مادرشوهر
فرد مسئول انجام امور منزل و نگهداری از زائو	خودم
	مادرم
	مادر شوهر
	شوهر
	سایر افراد (خواهر، خواهر شوهر، زن برادر)

دریافت آموزش در مورد تغذیه دوران بارداری	۹۶ (۴۳/۶)
سابقه سقط	۴۳ (۱۹/۵)
سابقه نازایی	۳۰ (۱۳/۶)
مرکز بهداشت	۳۹ (۱۷/۷)
پزشک	۷۸ (۳۵/۵)
محل دریافت مراقبت های دوران بارداری	۱۰۳ (۴۶/۸)
مرکز بهداشت و پزشک	۱۱۶ (۵۲/۷)
جنسیت نوزاد (پسر)	۱۳۵ (۶۱/۴)
دخل خانواده با خرج برابر*	۱۱۱ (۵۰/۵)
دریافت آموزش مراقبت های بعد زایمان	۳۳ (۲۹/۷)
ماما	۶ (۵/۴)
پزشک	۶۳ (۵۶/۸)
منبع دریافت آموزش مراقبت های بعد زایمان	۹ (۸/۱)
رسانه های ارتباط جمعی	۲۱۲ (۹۶/۴)
اطرفیان (مادر، مادرشوهر)	۸ (۳/۷)
کم جمعیت	۱۲۸ (۵۸/۲)
جمعیت متوسط*	
شاخص ازدحام <sup>§</sup>	
عدم زندگی با خانواده شوهر	

\* ۱ نفر از شوهران بی سواد، ۵ نفر از شوهران بیکار، ۱ خانواده پرجمعیت، ۱ نفر میزان حمایت همسر اصلاً و در ۱ خانواده دخل بیشتر از خرج بود.

<sup>§</sup> شاخص ازدحام از تقسیم تعداد افراد خانواده به تعداد اتاق ها بدون احتساب حمام و توالت به دست آمد و در سه سطح کم جمعیت (کمتر از ۲ فرد به ازای هر اتاق)، جمعیت متوسط (۲ تا ۳ فرد به ازای هر اتاق) و پرجمعیت (بیش از ۳ فرد به ازای هر اتاق) طبقه بندی شد.

**آگاهی و باور در مورد سبک زندگی پس از زایمان:**  
 میانگین  $\pm$  انحراف معیار نمره آگاهی  $16/9 \pm 72/6$  و باور  $12/5 \pm 50/4$  از محدوده نمره قابل کسب ۱۰۰-۰ بود. بیش ترین پاسخ صحیح به سؤالات آگاهی و بیابیه

های باور به ترتیب ۱/۹۴٪ و ۴/۸۶٪ مربوط به جملات "شیر سینه مادر بهترین غذا برای نوزاد است" و "زن زائو باید در طی روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) آش سبزیجات مصرف کند" بود (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی پاسخ صحیح در زمینه آگاهی و باور در مورد تغذیه و سلامتی (سبک زندگی) پس از زایمان

تعداد (درصد)	آگاهی
۲۰۲ (۹۱/۸)	۱ شیر منبع غنی از کلسیم (بهترین منبع) است.
۱۰۳ (۴۶/۸)	۲ مرغ مغذی تر از سوپ مرغ است.*
۱۷۳ (۷۸/۶)	۳ زنان نباید در دوران پس از زایمان (۶ هفته اول) میوه و سبزی بخورند.*
۷۷ (۳۵/۰)	۴ ماهی ید فراوان دارد.
۱۷۳ (۷۸/۶)	۵ آغوز یا شیر روزهای اول پس از زایمان نباید به نوزاد داده شود.*
۲۰۷ (۹۴/۱)	۶ شیر سینه مادر بهترین غذا برای نوزاد است.
۱۲۲ (۵۵/۵)	۷ اتاق استراحت زائو باید روزانه تهویه (ورود باد و نسیم خنک) شود.
۱۳۲ (۶۰/۰)	۸ تحرک و فعالیت برای بهبودی پس از زایمان مفید نیست.*
۱۵۰ (۶۸/۲)	۹ ویتامین D می تواند از طریق نور مستقیم خورشید به دست آید.
۱۵۹ (۷۲/۳)	۱۰ شیردهی باعث چاقی مادر می شود.*
۱۶۲ (۷۳/۶)	۱۱ زن زائو می تواند در طی دوران پس از زایمان (۶ هفته اول پس از زایمان) مسواک بزند و دوش (حمام) بگیرد.
۱۹۵ (۸۸/۶)	۱۲ مرکبات (مانند پرتقال، لیمو و ...) حاوی ویتامین C (سی) فراوان است.
۱۸۰ (۸۱/۸)	۱۳ جگر حاوی آهن فراوان است.
۲۰۳ (۹۲/۳)	۱۴ گوشت قرمز منبع غذایی سرشار از پروتئین است.

۱	میوه و سبزی به دلیل اینکه جزء غذاهای سرد هستند، مصرف آن ها باید در دوران پس از زایمان محدود (کم) شود. * (۷۰/۰) ۱۵۴
۲	چون طبیعت شیر سرد است باید در دوران پس از زایمان (۶ هفته اول) مصرف شیر را محدود (کم) کرد. * (۷۴/۱) ۱۶۳
۳	زن زائو در دوره پس از زایمان (۶ هفته اول) نباید غذاهای ترش بخورد. * (۱۴/۵) ۳۲
۴	زن زائو در دوره پس از زایمان (۶ هفته اول) نباید مایعات سرد بخورد. * (۲۰/۰) ۴۴
۵	چند روز اول پس از زایمان، "به خصوص ۲ روز اول" به جزء برای رفتن به دستشویی و کارهای ضروری، زائو نباید از رختخوابش بلند شود. * (۳۱/۴) ۶۹
۶	بعد از زایمان باید زائو لباس زیاد بپوشد تا گرم بماند. * (۲۵/۰) ۵۵
۷	زائو نباید در روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) از خانه بیرون برود. * (۱۱/۴) ۲۵
۸	زائو در روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) نباید ورزش کند. * (۱۹/۵) ۴۳
۹	زائو در روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) نباید در معرض نسیم یا باد خنک قرار بگیرد. * (۱۱/۸) ۲۶
۱۰	زن زائو در طی روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) نباید پاهایش را بشوید. * (۵۵/۰) ۱۲۱
۱۱	زن زائو در مرحله زور زدن جهت خروج جنین، باید موهایش را روی صورتش بکشد تا لکه‌های حاملگی ایجاد شده در دوران بارداری محو شود (از بین برود). * (۱۷/۳) ۳۸
۱۲	زن زائو از چند روز اول پس از زایمان باید استفاده از شکم بند را آغاز کند تا شکمش زود کوچک شود. (۶۶/۴) ۱۴۶
۱۳	زن زائو در طی روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) نباید ناحیه تناسلی خود را با آب بشوید. * (۴۹/۵) ۱۰۹
۱۴	زن زائو باید در طی روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) کاجی (گوی ماق) و حلوا مصرف کند. (۶۰/۹) ۱۳۴
۱۵	زن زائو باید در طی روزهای اول پس از زایمان (۶ هفته اول) آش سبزیجات مصرف کند. (۸۶/۴) ۱۹۰
۱۶	زن زائو اگر نوزادش دختر بود باید خاکینه و اگر پسر بود باید کاجی (گوی ماق) مصرف کند. * (۲۴/۵) ۵۴

بیانیه هایی که با علامت ستاره "\*" مشخص شده‌اند، به صورت معکوس نمره گذاری شدند.

باور

### ارتباط بین مشخصات فردی - اجتماعی و آگاهی

#### از سبک زندگی پس از زایمان:

بر اساس آزمون‌های دو متغیره، ارتباط آماری معنی داری بین نمره آگاهی با سن، سطح تحصیلات، سطح تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، زندگی با خانواده همسر، تعداد اتاق های منزل، منبع دریافت مراقبت های پس از زایمان، حمایت فامیل، محل دریافت

مراقبت های دوران بارداری وجود داشت ( $p < 0.05$ ). بر اساس مدل خطی عمومی، متغیرهای سطح تحصیلات و محل دریافت مراقبت های دوران بارداری با تعدیل سایر متغیرها با نمره کلی آگاهی ارتباط معنی داری داشتند ( $p < 0.05$ ) و توانستند ۲۱/۵٪ از واریانس نمره آگاهی را در زنان پیشگویی کنند (جدول ۳).

جدول ۳- ارتباط مشخصات مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی با نمره کلی آگاهی از سبک زندگی پس از زایمان در مادران

#### نخست‌زا بر اساس آزمون مدل خطی عمومی

تعدیل شده		تعدیل نشده		متغیر	
p	$\beta$ (۹۵ % CI)*	p	$\beta$ (۹۵ % CI)*		
۰/۵۳۴	-۲/۳ (-۹/۹ تا ۵/۱)	۰/۰۱۱	-۹/۵ (-۱۶/۹ تا -۲/۱)	$\leq 20$	
۰/۰۶۹	-۶/۵ (-۱۳/۵ تا ۰/۵)	۰/۰۱۰	-۹/۴ (-۱۶/۶ تا -۲/۲)	۲۱-۲۵	سن زائو (سال) (مرجع: $>30$ )
۰/۳۸۴	-۳/۰ (-۹/۹ تا ۳/۸)	۰/۱۶۹	-۵/۰ (-۱۲/۲ تا ۲/۱)	۲۶-۳۰	
۰/۰۰۱	-۱۷/۴ (-۲۷/۲ تا -۷/۶)	$< 0.001$	-۲۳/۵ (-۳۱/۷ تا -۱۵/۳)	ابتدایی	
$< 0.001$	-۱۵/۹ (-۲۴/۴ تا -۷/۴)	$< 0.001$	-۲۱/۰ (-۲۷/۵ تا -۱۴/۵)	راهنمایی	سطح تحصیلات (مرجع: دانشگاهی)
۰/۰۲۱	-۱۰/۹ (-۲۰/۲ تا -۱/۶)	$< 0.001$	-۱۵/۱ (-۲۲/۹ تا -۷/۳)	دبیرستان	
۰/۲۲۴	-۴/۰ (-۱۰/۷ تا ۲/۵)	۰/۰۰۵	-۷/۷ (-۱۳/۱ تا -۲/۳)	دیپلم	
۰/۷۰۳	۱/۸ (-۷/۵ تا ۱۱/۱)	۰/۰۰۷	-۱۱/۴ (-۱۹/۶ تا -۳/۲)	بیسواد و ابتدایی	
۰/۸۷۳	-۰/۶ (-۹/۰ تا ۷/۷)	۰/۰۰۱	-۱۱/۸ (-۱۸/۸ تا -۴/۸)	راهنمایی	سطح تحصیلات همسر (مرجع: دانشگاهی)
۰/۴۲۷	-۳/۰ (-۱۰/۶ تا ۴/۵)	۰/۰۰۱	-۱۱/۲ (-۱۷/۹ تا -۴/۵)	دبیرستان	
۰/۵۱۷	۲/۶ (-۵/۳ تا ۱۰/۶)	۰/۵۳۷	-۲/۳ (-۹/۹ تا ۵/۱)	دیپلم	

۰/۵۸۸	-۲/۴ (-۱/۵ تا ۶/۵)	۰/۰۰۴	-۱۱/۸ (-۱۹/۷ تا -۳/۹)	خانه‌دار	شغل (مرجع: شاغل)
۰/۴۶۲	۱/۹ (-۳/۳ تا ۷/۲)	۰/۰۵۵	-۴/۹ (-۱۰/۰ تا ۰/۱)	بیکار و کارگر	شغل همسر (مرجع: شغل آزاد)
۰/۷۷۱	-۱/۰ (-۸/۴ تا ۶/۲)	۰/۰۲۲	۷/۶ (۱/۱ تا ۱۴/۰)	کارمند	
۰/۷۷۳	-۰/۶ (-۵/۰ تا ۳/۷)	۰/۰۳۹	-۴/۷ (-۹/۳ تا ۰/۲)	بله	زندگی با خانواده همسر (مرجع: خیر)
۰/۰۶۹	۱۰/۱ (-۰/۸ تا ۲۱/۱)	۰/۰۲۸	۱۳/۱ (۱/۴ تا ۲۴/۷)	زیاد	
۰/۱۸۶	۷/۳ (-۳/۵ تا ۱۸/۲)	۰/۱۴۹	۸/۴ (-۳/۰ تا ۱۹/۹)	متوسط	میزان حمایت افراد فامیل (مرجع: اصلاً)
۰/۲۱۹	۷/۲ (-۴/۳ تا ۱۸/۷)	۰/۴۰۲	۵/۲ (-۷/۰ تا ۱۷/۵)	کم	
۰/۰۳۲	-۶/۸ (-۱۳/۱ تا -۰/۵)	۰/۰۰۱	-۱۰/۷ (-۱۶/۹ تا -۴/۶)	مرکز بهداشت	محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری
۰/۳۹۸	-۲/۰ (-۶/۸ تا ۲/۷)	۰/۷۱۷	-۰/۹ (-۵/۸ تا ۴/۰)	پزشک	(مرجع: مرکز بهداشت و پزشک)
۰/۹۱۶	۰/۳ (-۵/۹ تا ۶/۶)	۰/۵۳۳	۲/۰۷ (-۴/۴ تا ۸/۶)	ماما	
۰/۷۶۸	-۱/۹ (-۱۴/۸ تا ۱۰/۹)	۰/۷۸۳	-۱/۹ (-۱۵/۷ تا ۱۱/۸)	پزشک	منبع دریافت آموزش مراقبت‌های پس
۰/۰۹۶	۴/۳ (-۰/۷ تا ۹/۴)	۰/۰۰۱	۸/۸ (۳/۶ تا ۱۴/۱)	رادیو، تلویزیون، کتاب، مجله و ...	از زایمان (مرجع: عدم دریافت آموزش)
۰/۷۷۶	۱/۵ (-۹/۰ تا ۱۲/۰۸)	۰/۷۷۷	۱/۶ (-۹/۷ تا ۱۳/۰۴)	اطرافیان	

Adjusted R<sup>۲</sup> = ٪۲۱/۹

متغیر سطح تحصیلات با تعدیل سایر متغیرها با نمره کلی باور مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان ارتباط معنی‌داری داشت ( $p < ۰/۰۵$ ) و توانست ۴/۱٪ از واریانس در نمره باور را پیشگویی کند (جدول ۴).

**ارتباط بین مشخصات فردی - اجتماعی و باورهای مرتبط با سبک زندگی:**  
بر اساس آزمون دو متغیره، ارتباط آماری معنی‌داری بین نمره باور با سن، سطح تحصیلات و سابقه نازایی مشاهده شد ( $p < ۰/۰۵$ ). بر اساس مدل خطی عمومی،

جدول ۴- ارتباط مشخصات مشخصات فردی - اجتماعی و مامایی با نمره کلی باور مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان در مادران نخست‌زا بر اساس آزمون مدل خطی عمومی

تعدیل شده		تعدیل نشده		متغیر
p	B (۹۵ % CI)*	p	B (۹۵ % CI)*	
۰/۱۵۵	-۴/۳ (-۱۰/۳ تا ۱/۶)	۰/۰۰۹	-۷/۲ (-۱۲/۷ تا -۱/۸)	$\leq ۲۰$
۰/۲۳۱	-۳/۴ (-۹/۰ تا ۱/۱)	۰/۰۴۸	-۵/۳ (-۱۰/۵ تا -۰/۰۵)	۲۱ - ۲۵ (مرجع: $> ۳۰$ )
۰/۸۸۴	-۰/۳ (-۵/۸ تا ۵/۰)	۰/۵۴۰	-۱/۶ (-۶/۹ تا ۳/۶)	۲۶ - ۳۰
۰/۳۱۶	-۳/۴ (-۱۰/۱ تا ۳/۲)	۰/۱۸۱	-۴/۴ (-۱۱/۱ تا ۲/۱)	ابتدایی
۰/۰۹۳	-۴/۸ (-۱۰/۴ تا ۰/۸)	۰/۰۱۲	-۶/۷ (-۱۱/۹ تا -۱/۴)	سطح تحصیلات (مرجع: راهنمایی)
۰/۰۱۵	-۸/۲ (-۱۴/۹ تا -۱/۶)	۰/۰۰۱	-۱۰/۳ (-۱۶/۶ تا -۴/۰)	دانشگاهی
۰/۰۶۲	-۴/۳ (-۸/۹ تا ۰/۲)	۰/۰۱۳	-۵/۵ (-۹/۹ تا -۱/۱)	دیپلم
۰/۷۲۰	۰/۸ (-۴/۰ تا ۵/۸)	۰/۳۱۵	۲/۴ (-۲/۳ تا ۷/۳)	بله سابقه نازایی (مرجع: خیر)

Adjusted R<sup>۲</sup> = ٪۴/۱

با نمره کلی آگاهی، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. همچنین سطح تحصیلات تنها متغیری بود که با باور زنان ارتباط داشت ( $p = ۰/۰۱۵$ ). میانگین نمره کلی آگاهی از سبک زندگی دوران نفاس در حد خوب بود. آگاهی از مراقبت‌های سلامتی دوران نفاس در زنان رشت (۲۶) در حد بسیار ضعیف گزارش

**بحث**  
مطالعه حاضر با هدف بررسی آگاهی و باور مادران نخست‌زا نسبت به سبک زندگی پس از زایمان انجام شد. میانگین نمره آگاهی از تغذیه و سلامتی در حد خوب و باور در حد متوسط بود. بین متغیرهای سطح تحصیلات و محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری



در مطالعه حاضر ۶۰٪ از زنان از لزوم انجام تحرک، فعالیت و ورزش در دوران پس از زایمان آگاهی داشتند. در مطالعه چپارلی و همکاران (۲۰۰۳) و سمپ سل و همکاران (۱۹۹۹) نیز اکثر زنان از ضرورت تحرک و ورزش در دوران پس از زایمان آگاه بودند، اما تعداد بسیار اندکی ورزش می‌کردند (۳۸، ۳۹). تقریباً تمامی زنان رشت (۲۶) از ضرورت تحرک، فعالیت و ورزش در دوران پس از زایمان آگاهی نداشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت که ممکن است تفاوت در زمان انجام پژوهش و سطح تحصیلات واحدهای پژوهش در دو مطالعه از دلایل احتمالی این تفاوت باشد.

در مطالعه حاضر اکثر مادران (۸۲٪) اظهار کردند که مسئولیت نگهداری از آن‌ها و نوزادشان در طی دوران پس از زایمان به ترتیب اولویت بر عهده مادر، مادر شوهر یا همسرشان خواهد بود. در مطالعه وانگ نیز ۹۸٪ زنان توسط مادر شوهر، مادر و یا شوهر مراقبت شده بودند (۳۶). در مطالعه حاضر بیش از نیمی از زنان اعتقاد داشتند که زن زائو باید کاجی (گوی ماق) و حلوا مصرف کند که در مطالعه کتابی (۲۰۰۸) نیز به این موضوع اشاره شد که بر اساس یک سنت قدیمی، زنان آذربایجان شرقی اعتقاد دارند که برای افزایش شیر مادر، زائو باید کاجی، غذاهای پخته شده با گندم و هندوانه مصرف کنند و با خدا نیایش کنند (۲۵).

در این مطالعه اکثر زنان اعتقاد داشتند که زن زائو در طی ۴۰ روز اول بعد از زایمان نباید از خانه بیرون برود (۷۹/۱٪)، مایعات سرد مصرف کند (۶۸/۲٪) و باید خود را گرم نگه دارد (۶۲/۳٪). اکثر زنان ترکیه (۲۵، ۴۰)، آذربایجان شرقی (۲۵)، تایلند (۴۱)، زامبیا (۴۲) و زنان ویتنام (۲۲) نیز به این باورها اعتقاد داشتند.

از آنجایی که بر اساس مطالعه حاضر تقریباً نیمی از زنان از باورهای سنتی دوران نفاس در مراقبت از زائو استفاده می‌کنند و برخی از این سنت‌ها می‌توانند برای مادر و نوزاد مخاطره آمیز و خطرناک باشند، به عنوان مثال تأکید بیش از حد به گرم نگه داشتن زائو و نوزاد می‌تواند باعث گرمزدگی و تب، محدود کردن مصرف میوه و سبزی باعث فقدان ویتامین‌های ضروری در بدن شود، کاهش فعالیت فیزیکی و استراحت در

شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. به نظر می‌رسد تفاوت در نمونه‌های پژوهش و ابزار به کار رفته در مطالعه انجام شده، از دلایل احتمالی این تفاوت باشد. برای مثال تنها ۲/۱۶٪ از زنان رشت تحصیلات دانشگاهی داشتند در حالی که در مطالعه حاضر ۲۰/۵٪ از زنان تحصیلات دانشگاهی داشتند.

در مطالعه حاضر میانگین نمره باور مرتبط با سبک پس از زایمان در حد متوسط بود. زنان ویتنام نیز به گرم نگهداشتن خود، استراحت مطلق در منزل، خارج نشدن از خانه و نداشتن رابطه جنسی در طی یک ماه اول بعد از زایمان اعتقاد داشتند (۲۲). اکثر زنان میانمار نیز تابع باورهای قدیمی دوران پس از زایمان بودند و باورهای قدیمی به طور گسترده در میان زنان جوان میانمار رواج پیدا کرده است (۲۳). زنان شهرنشین (۱۲، ۳۳-۳۵) و روستایی چین (۳۶)، سنگاپور (۱۲)، همونگ استرالیا (۳۷)، ترکیه و نیز زنان روستای ليقوان تبریز (۲۵) در دوران بارداری و پس از زایمان خود از باورهای گذشتگان تبعیت می‌کردند.

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و آگاهی و باور زنان ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که بیشترین آگاهی و باور درست در زنان با تحصیلات دانشگاهی بود که با نتایج مطالعه اصغرینیا و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی داشت (۲۶). ولی در مطالعه وانگ و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی زنان روستایی چین انجام شد، ارتباط آماری معنی‌داری بین سطح تحصیلات گزارش نشد ( $p=0/001$ ) (۳۶) که این اختلاف ممکن است ناشی از محل نمونه‌گیری (شهر/روستا) و اختلاف در واحدهای پژوهش باشد، به عنوان مثال واحدهای پژوهش در مطالعه وانگ را زنان زایمان کرده در طی ۱۱-۵ سال اخیر تشکیل می‌دادند.

در این مطالعه محل دریافت مراقبت، یکی از عوامل پیشگویی کننده آگاهی بود؛ به طوری که افرادی که هم به پزشک و هم به مرکز بهداشتی مراجعه می‌کردند، نمره آگاهی بیشتری داشتند. یکی از علل احتمالی این اختلاف معنی‌دار است که این زنان اطلاعات را از دو منبع دریافت می‌کنند که این امر می‌تواند در افزایش آگاهی آن‌ها نقش داشته باشد.

زندگی پس از زایمان در ایران می باشد. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که مادران پرسشنامه‌ها را در طی ۴۸ ساعت اول بعد از زایمان تکمیل می‌کردند، یعنی درست زمانی که مادران نخست‌زا هنوز خسته روند زایمان بودند، دغدغه نگهداری و شیر دادن به نوزاد را داشتند، لذا احتمالاً تمرکز کافی برای پاسخ دهی به سؤالات را نداشتند. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که به دلیل ماهیت مقطعی این مطالعه، ارتباط‌های نشان داده شده بین مشخصات فردی-اجتماعی با آگاهی و باور مادران الزاماً نشان دهنده رابطه علیتی نمی‌باشند. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه مفید یا مضر بودن این باورهای سنتی بر سبک زندگی و سلامت مادر و نوزاد به طور علمی و دقیق صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر میزان آگاهی از سبک زندگی پس از زایمان در حد خوب و نمره باور در حد متوسط بود. سطح تحصیلات زائو و محل دریافت مراقبت‌های دوران بارداری، متغیرهای مهم تأثیرگذار بر آگاهی و باور مرتبط با سبک زندگی پس از زایمان بودند.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که 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 پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تمام پرسنل بیمارستان‌های آموزشی درمانی تبریز، بیمارستان خصوصی شهریار و تمام شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

بستر و خارج نشدن از خانه بسیار خطرناک بوده و حتی ممکن است خطر ترومبوز را افزایش داده، باعث اضافه وزن مادر شده (۳۶) و نیز منجر به کاهش ویتامین D بدن مادر و نوزاد شده و به دنبال آن خطر راشیتیس‌م را افزایش دهد (۴۳). علاوه بر این مسواک زدن، حمام نرفتن و نشستن موها می‌تواند کیفیت زندگی زائو را کاهش دهد (۳۶). بنابراین مراقبین سلامت باید توجه بیشتری به برخی رفتارهای سنتی مضر داشته باشند و به زنان زائو توصیه کنند که از انجام این رفتارها خودداری کنند. باید زنان را به دوری کردن از این سنت‌های اشتباه تشویق کنند و آموزش‌های مرتبط با سلامت باید با دقت و توجه بیشتری در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها انجام شود (۳۶). با آموزش صحیح می‌توان باورها و سنت‌های مضر زنان را نسبت به مراقبت‌های دوران نفاس اصلاح کرد (۲۳).

با توجه به اینکه در مطالعات متعدد (۲۵، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۴۱، ۴۴) بیان شده که "باورها و سنت‌های قدیمی در مراقبت از زائو" لزوماً برای زنان تأثیرات مراقبتی و حمایتی ندارد، حال این سؤال ایجاد می‌شود که چگونه زنان با وجود زندگی در عصر مدرن، همچنان به باورهای سنتی خود اعتقاد دارند و چگونه باید این باورهای غلط و سنتی دوران پس از زایمان را به شیوه ای منطقی و قابل قبول جامعه به باورهای صحیح متناسب با زندگی مدرن تغییر داد. شاید از طریق آموزش صحیح بتوان باورهای غلط زنان را اصلاح کرد (۳۲)، لذا ماماها و مراقبین سلامت باید با میزان آگاهی، باورها و سنت‌های قدیمی آشنایی کامل داشته باشند تا بتوانند به بهترین و مؤثرترین نحو آموزش‌های لازم را به مادران به خصوص مادران جدید و خانواده‌هایشان قبل از ترخیص زائو از بیمارستان ارائه بدهند. بر اساس بررسی‌های انجام گرفته، این مطالعه اولین پژوهش در زمینه آگاهی و باورهای تابو مرتبط با سبک

### منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. The Puerperium. In: Twickler DM, Wendel GD, editors. Williams Obstetrics. 23 ed. New York: Mc Graw-Hill; 2010. p. 646-60.
2. Dawidowicz A, Krajewska K, Krajewska-Kulak 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.

3. WHO. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide: report of a technical working group. Geneva: World Health Organization; 1998.
4. Zainur RZ, Loh KY. Postpartum morbidity - what we can do. *Med J Malaysia* 2006; 61(5):651-7.
5. Laryea M. In search of childbirth knowledge. *Health Care Women Int* 1998; 19(6):56۴-۵.
6. Moran CF, Holt VL, Martin DP. What do women want to know after childbirth?. *Birth* 1997;24(1):27-34.
7. Radomsutthisal A. Evaluation of the postpartum educational services in Sena Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. Bangkok: College of Public Health; 2001.
8. 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.
9. Cortis JD. Culture, values and racism: application to nursing. *Int Nurs Rev* 2003; 50(1):55-64.
10. Ghavi A, Fadakar Sogheh K, Niknamy M, Kazemnejad E. Investigating the relationship between maternal lifestyle during pregnancy and low-birth-weight of term neonates. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility*. 2012;15(29):14-24.(Persian).
11. 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.
12. Naser E, Mackey S, Arthur D, Klainin-Yobas P, Chen H, Creedy KD. An exploratory study of traditional birthing practices of Chinese, Malay and Indian women in Singapore. *Midwifery* 2012; 28(6):e865-71.
13. 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.
14. 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.
15. Dean K. Self-care components of lifestyles: The importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29(2):137-52.
16. 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.
17. Saadia Z, Roshdy S, Sagir F, Abidin Sh. Dietary practices of Saudi women during puerperium. *J Obstet Gynaecol Res* 2013; 39(4):799-805..
18. 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.
19. Dritsa M, Dupuis G, Khalifé S. Effects of a home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed women: results of a randomized controlled trial. *Ann Behav Med* 2008; 35(2):179-87.
20. Barbacsy-MacDonald I. Physical activity and postpartum functional status in primiparous women [Master thesis]. Canada: Queen's University; 2011.
21. Demissie Z, Siega-Riz AM, Evenson KR, Herring AH, Dole N, Gaynes BN. Physical activity during pregnancy and postpartum depressive symptoms. *Midwifery* 2011; 29(2):139-47.
22. Lundberg PC, Trieu TN. Vietnamese women's cultural beliefs and practices related to the postpartum period. *Midwifery* 2011; 27(5):731-6.
23. Sein KK. Beliefs and practices surrounding postpartum period among Myanmar women. *Midwifery* 2013; 29(11):1257-63.
24. Wu S, Ouyang Y, Bao W. Lifestyle during puerperium and its influencing factors in postpartum women of Wuhan. *Chinese Journal of Public Health* 2012; 3:4.
25. 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.
26. Asgharnia M, Heidarzadeh MA, Zahiri Z, Seyhani A, Pormehr yabande L, Oudi M. Assessment of Women's Knowledge regarding postpartum complications and cares. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Science* 2005; 55(14): ۶۲-۵۶.(Persian).
27. Hamadani JD, Tofail F, Hilaly A, Mehrin F, Shiraji S, Banu S, et al. Association of postpartum maternal morbidities with children's mental, psychomotor and language development in rural bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2012; 30(2):193-204.
28. Abdullah SN. Towards an individualized client's care: implication for education. The transcultural approach. *J Adv Nurs* 1995; 22(4):715--20.
29. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract* 2005; 11(1):33-8.
30. St Clair A, McKenry L. Preparing culturally competent practitioners. *J Nurs Educ* 1999; 38(5):228-34.
31. Huang T, 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.
32. 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.
33. Cheung NF. The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland. *Midwifery*. 2002;18(4):279-95.
34. Leung SS, Arthu D, Martinson IM. Perceived stress and support of the Chinese postpartum ritual "doing the month". *Health Care Women Int* 2005; 26(3):212-24.

35. Pillsbury BLK. "Doing the month": confinement and convalescence of Chinese women after childbirth. *Soc Sci Med B* 1978;12:11-22.
36. 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.
37. Rice PL. Nyo dua hli - 30 days confinement: traditions and changed childbearing beliefs and practices among Hmong women in Australia. *Midwifery* 2000; 16(1):22-34.
38. Chiarelli P, Murphy B, Cockburn Jill. Women's knowledge, practises, and intentions regarding correct pelvic floor exercises. *Neurorol Urodyn* 2003; 22(3):246-9.
39. Sampselle CM, Seng J, Yeo S, Killion C, Oakley D. Physical activity and postpartum wellbeing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999; 28(1):41-9.
40. Geçkil E, Şahin T, Ege E. Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey. *Midwifery* 2009; 25(1):62-71.
41. Kaewsarn P, Moyle W, Creedy D. Traditional postpartum practice among Thai women. *J Adv Nurs* 2003; 41(4):358-66.
42. Maimbolwa MC, Yamba B, Diwan V, Ransjo-Arvidson AB. Cultural childbirth practices and beliefs in Zambia. *J Adv Nurs* 2003; 43(3):263-74.
43. Strand MA, Perry J, Guo J, Zhao J, Janes C. Doing the month: rickets and post-partum convalescence in rural China. *Midwifery* 2009; 25:588-96.
44. Zhou S, Wang X, Wang Y, Wang J. Women's special traditional behaviors in postpartum puerperium and related diseases. Chronic pain in a one village in of Hebei Province. *Maternal and Child health care of China* 2006; 21(19):2708-10.