مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل

دوره بیستم، شمارهٔ ۵، اردیبهشت ۱۳۹۷، صفحه ۴۷-۳۸

تاثیر آموزش به زنان باردار و همسرانشان بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بارداری و پس از زایمان

فوزیه صناعتی (MSc)[۱]، سکینه محمدعلیزاده (PhD)[۲]، مژگان میرغفوروند (PhD)[۳*]، فریبا علیزاده شرج آباد (MSc)[۱]، مینا گالشی (MSc)[۱]

۱-دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲-گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳-مرکز تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۹۶/۵/۱۳، اصلاح: ۹۶/۹/۸، پذیرش: ۹۶/۱۰/۳

خلاصه

سابقه و هدف: سبک زندگی ارتقادهنده سلامت هرگونه اقدامی است که برای حفظ سلامتی فرد صورت می‌گیرد. سبک‌زندگی سالم نقش مهمی در بهبود پیامدهای مادری-جنینی دارد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش به زنان باردار و همسرانشان بر سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۱۸۹ زن باردار شهرستان بوکان انجام گرفت. مشارکت‌کنندگان به سه گروه شامل دریافت‌کننده آموزش به همراه آموزش همسر (اولین گروه مداخله)، دریافت‌کننده آموزش بدون آموزش همسر (دومین گروه مداخله) و دریافت‌کننده مراقبت روتین (گروه کنترل) تخصیص یافتند. چهار جلسه آموزش گروهی برای مادران هر دو گروه مداخله و یک جلسه آموزش گروهی برای همسران اولین گروه مداخله در خصوص بهداشت خواب، تغذیه، فعالیت فیزیکی، تصور از خود و مسائل جنسی برگزار شد. پرسشنامه سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت (محدوده نمره: ۲۰۸-۵۲) قبل از مداخله، ۸ هفته بعد از اتمام مداخله و ۶ هفته پس از زایمان تکمیل و مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته ها: قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری بین گروه‌ها از نظر نمره کلی سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت وجود نداشت. هشت هفته بعد از مداخله، میانگین نمره کلی سبک زندگی در گروه‌های اول مداخله ۲/۵±۱۶۲/۲، دوم مداخله ۲/۵±۱۵۳/۶ و کنترل ۲/۴±۱۳۳/۴ بود که در هر دو گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p<۰/۰۰۱$). میانگین نمره کلی سبک‌زندگی در ۶ هفته بعد از زایمان در گروه‌های اول مداخله ۳/۰±۱۵۹/۸، دوم مداخله ۳/۰±۱۴۳/۱ و کنترل ۳/۰±۱۳۳/۷ بود که در گروه اول مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه دوم مداخله ($p=۰/۰۰۳$) و گروه کنترل ($p<۰/۰۰۱$) بود.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که آموزش به زن باردار و همسرش و نیز زن به‌تنهایی باعث بهبود سبک‌زندگی می‌شود و تأثیر آموزش توأم زن باردار و همسرش بیشتر از زن به‌تنهایی است.

واژه های کلیدی: آموزش، سبک زندگی، بارداری، دوران پس از زایمان.

مقدمه

ارتقای سلامت فرآیندی است که مردم را قادر می‌سازد تا بر سلامت خود کنترل داشته (۲و۱) و بیشترین تاکید را بر پیشگیری از بیماری و توانایی مراقبت از خود دارد (۳). Pender و همکاران رفتارهای ارتقای سلامتی را در شش جنبه شامل تغذیه، فعالیت‌بدنی، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری سلامت، روابط بین‌فردی و رشد معنوی طبقه‌بندی می‌کنند (۴). ارتقای سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب، تشخیص به موقع نشانه‌های بیماری، کنترل عواطف، کنار آمدن با تنش و اصلاح روابط بین‌فردی می‌پردازد (۵). سبک‌زندگی سالم در دوران بارداری نقش مهمی را در بهبود پیامدهای مادر و جنین ایفا می‌کند (۶). فعالیت جسمی در دوران بارداری با کاهش‌خطر ابتلا به پیامدهای ضعیف از جمله پره‌اکلامپسی، دیابت حاملگی، زایمان زودرس، افسردگی پس از زایمان و ... همراه است (۱۰-۷). همچنین فعالیت فیزیکی در دوران بارداری روند لیبر را بهبود می‌بخشد (۱۱). زنان باردار نسبت به زنان غیرباردار تمایل کمتری به انجام فعالیت‌فیزیکی دارند (۱۲، ۱۳). یکی از عوامل مهم تاثیرگذار بر سلامت مادر و جنین، تغذیه است (۱۴). ناکافی بودن رژیم‌غذایی در دوران بارداری، خطر ابتلا به وزن کم هنگام تولد، نقص لوله-عصبی، پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری و تولد نوزاد نارس را افزایش داده (۱۵) و آموزش تغذیه نقش مهمی در پیشگیری از این پیامدهای ضعیف دارد (۱۶). چاقی و اضافه‌وزن یکی از مشکلات بهداشتی شایع بوده که به‌دلیل افزایش شیوع سبک‌زندگی ناسالم می‌باشد (۱۷). حدود ۵۰درصد زنان سنین باروری و ۱۴درصد زنان باردار دارای اضافه‌وزن بوده و یا چاق می‌باشند که با افزایش عوارض بارداری نظیر پره‌اکلامپسی، دیابت، ماکروزومی جنین و افزایش میزان سزارین همراه است (۱۹و۱۸). در زنان باردار سطوح پایینی از مصرف میوه و سبزیجات و سطح بالایی از مصرف نوشابه و غذای آماده گزارش شده‌است (۲۱و۲۰). آموزش برای تغییر رفتار و در نتیجه، کاهش عوارض ناشی از رفتار تغذیه‌ای ناسالم بسیار مهم است

▣ این مقاله حاصل پایان نامه فوزیه صناعتی دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مامایی و طرح تحقیقاتی به شماره ۹۳۱۲۴ دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر مژگان میرغفوروند

آدرس: تبریز، انتهای خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری مامایی. تلفن: ۰۴۱-۳۴۷۵۳۹۰۷

E-mail: mirghafourvandm@tbzmed.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]

[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

(۱۶و۱۴). مصرف سیگار و الکل از جمله رفتارهای ناسالم است که تاثیرات مخرب آن بر پیامدهای مادر و جنین شناخته شده‌است (۲۴-۲۲). مراقبت‌های روتین دوران بارداری در ایران مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت (۲۵) بوده و در سه‌ماهه اول شروع و شامل آزمایشات اوایل بارداری، غربالگری ژنتیکی، توصیه به مصرف اسیدفولیک و تغذیه صحیح، فعالیت‌بدنی، غربالگری و درمان کم‌خونی فقرآهن و عفونت‌های منتقله از راه جنسی و ارزیابی مادر از نظر بیماری‌های قابل پیشگیری مانند دیابت و توصیه‌هایی در مورد خطرات سبک‌زندگی ناسالم مانند سیگارکشیدن، مصرف الکل، سوءمصرف مواد، و ... می‌باشد.

با توجه به پیامدهای ضعیف ناشی از رفتارهای ناسالم بهداشتی و تاثیر سوء چاقی و اضافه‌وزن، سوءتغذیه و .... بر سلامت مادر و جنین و لزوم اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت در دوران بارداری و پس از زایمان و با توجه به ارزان بودن و سهولت انجام مداخلات آموزشی و با توجه به اینکه بر اساس بررسی‌های انجام گرفته، مطالعه مشابهی در این زمینه یافت نشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش به زن باردار و همسرش و نیز زن به‌تنهایی بر سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت در دوران بارداری و پس از زایمان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده پس از کسب مجوز از کمیته خلاق دانشگاه عبپلوم پزشکی تبریز با کد ۹۳۱۲۴ و ثبت در سامانه کارآزمایی بالینی با کد IRCT:۲۰۱۴۱۰۱۱۳۷۰۶N۲۳ بر روی ۱۸۹ زن باردار منتخب از بین زنان تحت‌پوشش مراکز بهداشتی شهرستان بوکان، انجام گرفت. پیگیری افراد تا ۶ هفته پس از زایمان ادامه داشت. زنان باردار در سن حاملگی ۲۸-۲۴؛ حاملگی تک‌قلو و بدون عارضه؛ بارداری اول یا دوم؛ داشتن حداقل سواد راهنمائی؛ عدم شرکت در سایر مطالعات مشابه؛ داشتن شماره تماس برای پیگیری؛ تمایل خود و همسر برای شرکت در کلاس‌های آموزشی وارد مزالعه شدند. زنان با خطر زایمان پرترم؛ داشتن بیماری زمینه‌ای (از قبیل دیابت و .....) از مطالعه خارج شدند. این مطالعه بخشی از یک کارآزمایی بزرگ است که در آن متغیرهای افسردگی و اضطراب به عنوان پیامد اولیه ارزیابی شدند. نتایج آنها در مقالات دیگر چاپ شده‌است (۲۷و۲۶).

حجم نمونه بر اساس متغیرهای افسردگی، اضطراب و سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت با استفاده از نرم افزار G-power محاسبه شد که بیشترین حجم نمونه بر اساس متغیر افسردگی بر اساس مطالعه Jamshidimanesh و همکاران (۲۸) و با درنظر گرفتن m_1=۹/۷۹، $sd_1=sd_2$=۴/۱۷ و با پیش‌فرض ۲۰٪ کاهش در نمره افسردگی در اثر مداخله (m_2=۷/۸۳)، α=۰/۰۵، β=۰/۲، ۵۷ نفر محاسبه شد که با در نظرگرفتن ۱۰٪ ریزش، تعداد نمونه نهایی ۶۳ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. پژوهشگر با مراجعه به مراکز، ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس کلیه زنان باردار را از نظر معیارهای حائز شرایط بررسی کرد و در صورت واجد شرایط بودن، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد و پرسشنامه‌های سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت و فردی-اجتماعی توسط مشارکت‌کنندگان تکمیل شد. مشارکت‌کنندگان به روش بلوک‌بندی تصادفی با بلوک‌های سه‌تایی و شش‌تایی و با نسبت تخصیص ۱:۱:۱ به سه گروه شامل گروه دریافت‌کننده آموزش به همراه آموزش به همسر (اولین گروه مداخله)، گروه دریافت‌کننده آموزش بدون آموزش به همسر (دومین گروه مداخله) و گروه دریافت‌کننده مراقبت روتین شامل کنترل وزن، قد و علائم حیاتی مادر، پایش دوره‌ای سلامت مادر و جنین و ... (گروه کنترل) تخصیص داده شدند. نوع مداخله بر روی کاغذ نوشته شد و در داخل پاکت‌های مات و مهر و موم شده هم‌شکل با شماره‌های متوالی، قرار داده شد. محتوای آموزشی شامل بهداشت خواب، تغذیه، فعالیت‌بدنی و ورزش، تصور از خود و مسائل جنسی بود که طی ۴ جلسه آموزشی گروهی ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای (در هفته‌های ۲۸-۲۴) برای مادران توسط پژوهشگر در مراکز بهداشتی و یک جلسه آموزش گروهی برای همسران بعد از تشکیل اولین جلسه آموزشی مادران، توسط یک روانشناس مرد در ستاد مرکز بهداشت، برگزار شد. یک کتابچه آموزشی در اولین جلسه آموزشی در اختیار مادران گروه‌های مداخله قرار گرفت و تاکید شد که زنان باردار این کتابچه را به همراه همسرانشان مطالعه کنند. محتوای کتابچه آموزشی شامل آناتومی، فیزیولوژی دوران بارداری، بهداشت‌خواب، تغذیه، ورزش‌های دوران بارداری، مسائل جنسی و ... بود.

در فواصل بین جلسات و بعد از آن مشاوره تلفنی جهت یادآوری مطالب مهم آموزش داده شده در جلسات، هفته‌ای یک‌بار و به مدت ۱۰ دقیقه با مادران انجام گرفت. دو بار مشاوره تلفنی برای همسران نیز توسط روانشناس مرد انجام گرفت. تعداد شرکت‌کنندگان در هر جلسه ۵ الی۱۵ نفر بود، ۳۰ دقیقه انتهای جلسه به پرسش و پاسخ اختصاص داده‌شد. پژوهشگر یک شماره تماس جهت پاسخگویی به سوالات در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داد. پرسشنامه‌های مشخصات فردی-اجتماعی و سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت قبل از مداخله، ۸ هفته بعد از مداخله و ۶ هفته بعد از زایمان تکمیل شد. پرسشنامه سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت (Health Promoting Lifestyle Profile) شامل شش حیطه مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت‌فیزیکی، تغذیه، رشد معنوی، کنترل استرس و روابط بین‌فردی است. این پرسشنامه ۵۲ سوال دارد و در مقابل هر سوال ۴ پاسخ وجود دارد که به صورت هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب (۳) و همیشه (۴) نمره‌دهی می‌شود. محدوده نمره کل سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ است. این پرسشنامه در ایران اعتبارسنجی شده و آلفای‌کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۲ و برای ابعاد شش‌گانه برابر ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده‌است (۲۹). داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد آنالیز قرار گرفت. نرمالیتی داده‌های کمی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تأیید شد. آزمون‌های مجذورکای، مجذورکای‌روند، دقیق‌فیشر و آنالیز واریانس یک‌طرفه جهت بررسی همسانی گروه‌ها استفاده شد. برای مقایسه میانگین نمره سبک-زندگی در بین گروهها در قبل از مداخله از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و ۸ هفته بعد از مداخله (هفته ۳۶-۳۲ بارداری) و ۶ هفته بعد از زایمان از آزمون ANCOVA با کنترل نمره پایه استفاده شد. برای بررسی تغییرات طی زمان در گروه‌ها از آزمون Repeated Measure ANOVA استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها به‌صورت intention to treat انجام گرفت و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از بین ۱۰۹۰ زن باردار بررسی شده، ۲۰۸ نفر حائزشرایط بودند که درنهایت ۱۸۹ نفر تمایل به شرکت داشتند که به صورت تصادفی به سه گروه ۶۳ نفره

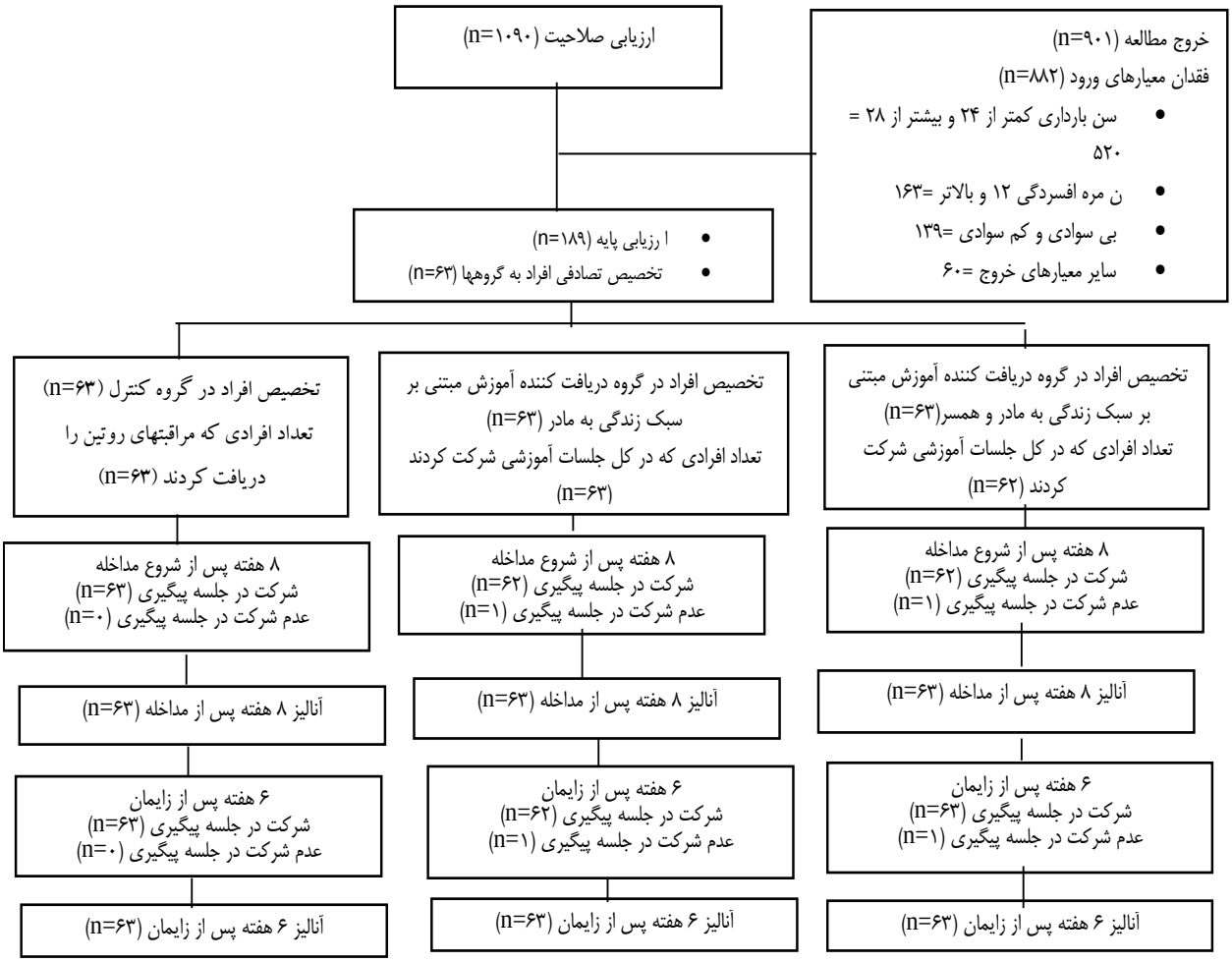
[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

تخصیص یافتند. ۲ نفر به علت عدم تمایل به ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند که نفر اول از گروه اول مداخله بود که از شروع جلسه سوم آموزش و نفر دوم از گروه دوم مداخله بود که در پیگیری ۸ هفته بعد از مداخله شرکت نکرد. نهایتاً، ۱۸۷ نفر تا پایان مطالعه همکاری داشتند، که از میان این افراد نیز دو نفر به علت شروع خودبخود دردهای زایمانی در سن حاملگی ۳۴-۳۲ هفته زایمان واژینال نمودند و بارداری یک نفر به علت پره‌اکلامپسی شدید در سن بارداری ۳۲ هفته از طریق سزارین ختم داده‌شد (شکل ۱).

از نظر مشخصات فردی-اجتماعی در بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. میانگین سن مشارکت‌کنندگان ۵±۲۷/۸ سال بود. حدود یک‌سوم زنان (۳۴/۳٪) تحصیلات راهنمایی داشتند. اکثریت زنان (۸۹/۴٪) خانه‌دار بودند. اکثر بارداری‌ها (۸۹/۴٪) خواسته بود.

تعداد کمی از زنان (۲/۶٪) گزارش کردند که از حمایت بسیار کمی از طرف همسر خود برخوردار هستند (جدول ۱). میانگین نمره کلی سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت قبل از مداخله در گروه اول مداخله ۲۰/۹±۱۳۵/۸، گروه دوم مداخله ۱۹/۱ ±۱۴۰/۳ و گروه کنترل ۲۰/۲±۱۴۰/۱ بود و تفاوت معنی‌دار بین گروهها وجود نداشت. میانگین نمره کلی سبک زندگی ۸ هفته بعد از مداخله در گروه اول مداخله ۲/۵±۱۶۲/۲، گروه دوم مداخله ۲/۵±۱۵۳/۶ و گروه کنترل ۲/۴ ±۱۳۳/۴ بود و میانگین نمره کلی سبک‌زندگی در دو گروه اول مداخله (تفاوت میانگین= ۲۸/۸؛ فاصله اطمینان ۹۵٪= ۳۷/۳ تا ۲۰/۲) و دوم مداخله (۲۰/۱؛ ۲۸/۷ تا ۱۱/۶) در مقایسه با گروه کنترل، افزایش معنی‌دار آماری نشان داد (p<۰/۰۰۱). اما بین دو گروه مداخله (۸/۶؛ ۱۷/۲ تا ۰/۰۱-؛ p=۰/۲۵۷) تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

میانگین نمره کلی سبک‌زندگی در ۶ هفته بعد از زایمان در گروه اول مداخله ۳/۰± ۱۵۹/۸، گروه دوم مداخله ۳/۰±۱۴۳/۱ و گروه کنترل ۳/۰±۱۳۳/۷ بود که در گروه اول مداخله در مقایسه با گروه کنترل (۲۶/۱؛ ۳۶/۵ تا ۱۵/۸؛ p<۰/۰۰۱) و گروه دوم مداخله (۱۶/۷؛ ۲۷/۲ تا ۶/۳؛ p=۰/۰۰۳) افزایش معنی‌دار آماری نشان داد، اما در گروه دوم مداخله در مقایسه با گروه کنترل (۹/۳؛ ۱۹/۷ تا ۰/۹-؛ p=۰/۰۹۷) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. تاثیر زمان بر میانگین نمره کلی سبک زندگی در گروه اول و دوم مداخله معنی دار بود (p<۰/۰۰۱)، اما در گروه کنترل تاثیر معنی داری مشاهده نشد (p=۰/۰۶۲) (جدول ۲). قبل از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری بین گروه‌ها از نظر میانگین نمره زیردامنه‌ها وجود نداشت. در ۸ هفته پس از مداخله، میانگین نمره تمامی زیردامنه‌های سبک‌زندگی در دو گروه اول و دوم مداخله در مقایسه با گروه کنترل، افزایش معنی‌دار آماری نشان داد و شش هفته پس از زایمان، میانگین نمره تمامی زیردامنه‌ها در گروه مداخله ۱ و میانگین نمره زیردامنه رشدمعنوی در گروه مداخله ۲ در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌دار آماری را نشان داد.



شکل ۱. فلوچارت شرکت کنندگان در مطالعه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

جدول ۱. مشخصات فردی- اجتماعی شرکت‌کنندگان در گروههای مداخله و کنترل (n =۶۳)

مشخصات	آموزش به مادر و همسر تعداد(درصد)	آموزش به مادر تعداد(درصد)	کنترل تعداد(درصد)	P-value
سن (سال)* Mean±SD	۲۸/۲±۵/۱	۲۷/۵±۴/۹	۲۷/۷±۴/۹	۰/۶۷۱**
تحصیلات				۰/۷۶۵ †
راهنمایی	۲۲ (۳۴/۹)	۲۳ (۳۶/۵)	۲۰(۳۱/۸)	
دبیرستان	۷ (۱۱/۱)	۱۲ (۱۹/۱)	۱۰(۱۵/۸)	
دیپلم	۱۵ (۲۳/۸)	۱۵ (۲۳/۸)	۱۹ (۳۰/۲)	
دانشگاهی	۱۹ (۳۰/۲)	۱۳ (۲۰/۶)	۱۴ (۲۲/۲)	
شغل				۰/۹۴۶ §
خانه‌دار	۵۷ (۹۰/۵)	۵۶ (۸۸/۹)	۵۶ (۸۸۷/۹)	
شاغل در خارج از منزل	۶ (۹/۵)	۷ (۱۱/۱)	۷ (۱۱/۱)	
تحصیلات همسر				۰/۲۶۶ †
ابتدایی	۱۷ (۲۷/۰)	۲۰ (۳۱/۰۷)	۲۲ (۳۵/۰)	
راهنمایی	۴ (۶/۳)	۱۱ (۱۷/۴۶)	۹ (۱۴/۰۲)	
دیپلم	۲۲ (۳۵/۰)	۲۱ (۳۳/۳)	۱۶ (۲۵/۴)	
دانشگاهی	۲۰ (۳۱/۰۷)	۱۱ (۱۷/۴۶)	۱۶ (۲۵/۴)	
شغل همسر				۰/۷۰۱§
کارمند	۲۰ (۳۱/۰۷)	۱۸ (۲۸/۵۷)	۱۹ (۳۰/۱۵)	
کارگر	۱۱ (۱۷/۴۶)	۱۳ (۲۰/۶۳)	۱۰ (۱۵/۹)	
مغازه دار و راننده	۳۲ (۵۰/۸)	۳۲ (۵۰/۸)	۳۴ (۵۴/۰)	
شاخص توده بدنی قبل از حاملگی (کیلوگرم/مترمربع)¥				۰/۷۰۸ †
۱۸/۵-۲۴/۹	۱۳ (۲۰/۶)	۱۸ (۲۸/۶)	۱۵ (۲۳/۸)	
۲۵-۲۹/۹	۳۷ (۵۸/۸)	۲۶ (۴۱/۳)	۳۳ (۵۲/۴)	
۳۰≤	۱۳ (۲۰/۶)	۱۹ (۳۰/۱)	۱۴ (۲۲/۲)	
کفایت درآمد ماهیانه برای هزینه‌های زندگی				۰/۲۵۷ †
کافی	۲۲ (۳۴/۹)	۲۶ (۴۱/۳)	۲۵ (۳۹/۷)	
نسبتاً کافی	۳۷ (۵۸/۷)	۳۴ (۵۴/۰)	۳۸ (۶۰/۳)	
ناکافی	۴ (۶/۴)	۳ (۴/۸)	۰ (۰/۰)	
میانگین تعداد بارداری*	۱/۵±۰/۵	۱/۶ ±۰/۶	۱/۶±۰/۷	□ □□□ ۰/۶۶۹
تعداد زایمان				۰/۹۷۹ ‡
نولی پار	۳۲ (۵۰/۸)	۳۱ (۴۹/۲)	۳۲ (۵۰/۸)	
مولتی پار	۳۱ (۴۹/۲)	۳۲ (۵۰/۸)	۳۱ (۴۹/۲)	
بارداری				۰/۴۰۹ ‡
خواسته	۵۵ (۸۷/۳)	۵۵ (۸۷/۳)	۵۹ (۹۳/۶)	
ناخواسته	۸ (۱۲/۷)	۸ (۱۲/۷)	۴ (۶/۴)	
میزان حمایت همسر				۰/۹۲۰ †
کم	۶ (۹/۵)	۵ (۷/۹)	۴ (۶/۴)	
متوسط	۲۹ (۴۶/۰)	۳۴ (۵۴/۰)	۳۳ (۵۲/۴)	
زیاد	۲۸ (۴۴/۵)	۲۴ (۳۸/۱)	۲۶ (۴۱/۲)	
میزان حمایت اعضای خانواده				۰/۸۸۶ †
کم	۸ (۱۲/۷)	۱۱ (۱۷/۵)	۶ (۹/۵)	
متوسط	۳۸ (۶۰/۳)	۳۳ (۵۲/۴)	۳۶ (۵۷/۱)	
زیاد	۱۷ (۲۷/۰)	۱۹ (۳۰/۱)	۲۱ (۳۳/۴)	

□اعداد بیانگر میانگین است. ** آزمون آنالیز واریانس یکطرفه. † مجذور کای روند. ‡ آزمون دقیق فیشر. § آزمون مجذور کای. ¥ یک نفر (۱/۶٪) از گروه کنترل شاخص توده بدنی کمتر از ۱۸/۵ داشت.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و زیردامنه‌های آن در گروههای مطالعه

متغیر	مداخله ۱ Mean±SD	مداخله ۲ Mean±SD	کنترل Mean±SD	مقایسه بین گروه‌ها مداخله ۱ با کنترل MD (CI-95%) †	مداخله ۲ با کنترل MD (CI-95%) †	مداخله ۱ با مداخله ۲ MD (CI-95%) †
نمره کلی HPLP-2 (محدوده نمره: ۲۰۸-۵۲)						
قبل از مداخله	۲۰/۹±۱۳۵/۸	۱۹/۱±۱۴۰/۳	۲۰/۲±۱۴۰/۱	-۳/۴(-۱۲/۹ تا ۴/۳)	۰/۲ (-۸/۴ تا ۸/۸)	-۴/۵(-۱۳/۱ تا ۴/۱)
هشت هفته بعد از مداخله	۲/۵±۱۶۲/۲	۲/۵±۱۵۳/۶	۲/۴±۱۳۳/۴	۲۸/۸(۲۰/۲ تا ۳۷/۳)	۲۰/۱(۱۱/۶ تا ۲۸/۷)	۸/۶(-۰/۰۱ تا ۱۷/۲)
شش هفته پس از زایمان	۳/۰±۱۵۹/۸	۳/۰±۱۴۳/۱	۳/۰±۱۳۳/۷	۲۶/۱(۱۵/۸ تا ۳۶/۵)	۹/۳(-۰/۹ تا ۱۹/۷)	۱۶/۷ (۶/۳ تا ۲۷/۲)
اثر زمان (p)**	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱			
تغذیه (محدوده نمره: ۳۶-۹)						
قبل از مداخله	۴/۱±۲۵/۱	۳/۶±۲۶/۴	۴/۱±۲۶/۴	-۰/۴ (-۱/۲ تا ۱/۳)	۰/۰ (-۱/۷ تا ۱/۷)	-۰/۴ (-۱/۲ تا ۱/۳)
هشت هفته بعد از مداخله	۳/۷±۳۰/۵	۴/۳±۲۹/۱	۴/۲±۲۶/۲	۴/۳ (۲/۶ تا ۵/۹)	۲/۹ (۱/۲ تا ۴/۵)	۱/۴ (-۰/۳ تا ۳/۰)
شش هفته پس از زایمان	۴/۶±۳۰/۳	۴/۵±۲۷/۹	۴/۹±۲۶/۲	۴/۱ (۲/۰ تا ۶/۱)	۱/۷ (-۰/۲ تا ۳/۷)	۲/۳ (۰/۳ تا ۴/۳)
اثر زمان (p)**	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۱			
فعالیت فیزیکی (محدوده نمره: ۳۲-۸)						
قبل از مداخله	۴/۵±۱۳/۹	۴/۱±۱۴/۵	۳/۸±۱۴/۷	-۰/۸ (-۲/۵ تا ۱/۰)	-۰/۱ (-۱/۹ تا ۱/۶)	-۰/۶ (-۲/۴ تا ۱/۱)
هشت هفته بعد از مداخله	۴/۹±۲۰/۳	۴/۳±۱۸/۶	۴/۲±۱۴/۰	۶/۳ (۴/۵ تا ۸/۱)	۴/۶ (۲/۸ تا ۶/۴)	۱/۶ (-۰/۲ تا ۳/۴)
شش هفته پس از زایمان	۵/۴±۱۹/۱	۴/۳±۱۵/۹	۴/۴±۱۴/۹	۴/۲ (۲/۳ تا ۶/۲)	۱/۰ (-۰/۹ تا ۳/۰)	۳/۲ (۱/۲ تا ۵/۲)
اثر زمان (p)**	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۳			
مسئولیت‌پذیری سلامت (محدوده نمره: ۳۶-۹)						
قبل از مداخله	۵/۲±۲۵/۱	۵/۱±۲۶/۰	۵/۰±۲۵/۷	-۰/۶ (-۲/۸ تا ۱/۵)	۰/۳ (-۱/۸ تا ۲/۵)	-۰/۱ (-۳/۱ تا ۱/۲)
هشت هفته بعد از مداخله	۴/۰±۲۸/۹	۴/۴±۲۸/۷	۵/۳±۲۵/۲	۴/۰ (۲/۳ تا ۵/۸)	۳/۳ (۱/۵ تا ۵/۱)	-۰/۷(-۱/۰ تا ۲/۵)
شش هفته پس از زایمان	۳/۴±۲۲/۳	۳/۹±۲۰/۶	۵/۰±۲۰/۲	۲/۱ (۰/۱۳ تا ۳/۷)	۰/۴ (-۱/۲ تا ۲/۱)	۱/۶ (-۰/۰ تا ۳/۴)
اثر زمان(p)**	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱			
کنترل استرس (محدوده نمره: ۳۲-۸)						
قبل از مداخله	۳/۷±۱۹/۴	۳/۷±۲۰/۴	۵/۱±۲۰/۶	-۱/۲ (-۲/۸ تا ۰/۵)	-۰/۱ (-۱/۸ تا ۱/۵)	-۱/۱ (-۲/۷ تا ۰/۶)
هشت هفته بعد از مداخله	۳/۷±۲۳/۲	۳/۸±۲۲/۰	۴/۴±۱۸/۸	۴/۷ (۳/۰ تا ۶/۳)	۳/۲ (۱/۵ تا ۴/۸)	۱/۵ (۰/۲ تا ۳/۱)
شش هفته پس از زایمان	۵/۷±۲۲/۸	۳/۹±۱۹/۶	۴/۶±۱۸/۷	۴/۲ (۱/۲ تا ۶/۳)	۰/۹ (-۱/۲ تا ۲/۹)	۳/۳ (۱/۲ تا ۵/۴)
اثر زمان(p)**	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۴			
روابط بین فردی (محدوده نمره: ۳۶-۹)						
قبل از مداخله	۴/۲±۲۵/۲	۴/۶±۲۵/۸	۴/۲±۲۵/۵	-۰/۳ (-۱/۲ تا ۱/۶)	۰/۳ (-۱/۵ تا ۲/۱)	-۰/۶ (-۲/۴ تا ۱/۳)
هشت هفته بعد از مداخله	۴/۵±۲۹/۰	۴/۲±۲۷/۰	۵/۵±۲۴/۶	۴/۴ (۲/۴ تا ۶/۲)	۲/۴ (۰/۵ تا ۴/۳)	۱/۹ (۰/۰ تا ۳/۸)
شش هفته پس از زایمان	۴/۹±۲۸/۶	۴/۶±۲۶/۳	۵/۶±۲۴/۳	۴/۳ (۲/۲ تا ۶/۳)	۲/۰ (-۰/۰ تا ۴/۰)	۲/۳ (۰/۲ تا ۴/۳)
اثر زمان(p)**	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۵	۰/۱۵۷			
رشد معنوی (محدوده نمره: ۳۶-۹)						
قبل از مداخله	۴/۶±۲۶/۲	۴/۲±۲۷/۰	۴/۵±۲۷/۰	-۱/۰ (-۲/۹ تا ۰/۹)	-۰/۲ (-۲/۰ تا ۱/۷)	-۰/۸ (-۲/۷ تا ۱/۰)
هشت هفته بعد از مداخله	۳/۷±۲۹/۶	۳/۷±۲۸/۴	۵/۱±۲۴/۸	۴/۸ (۳/۰ تا ۶/۵)	۳/۶ (۱/۸ تا ۵/۳)	۱/۲ (-۰/۶ تا ۲/۹)
شش هفته پس از زایمان	۴/۶±۳۰/۲	۴/۹±۲۷/۰	۵/۵±۲۴/۵	۵/۷ (۳/۵ تا ۷/۷)	۲/۵ (۰/۴ تا ۴/۶)	۳/۱ (۱/۰ تا ۵/۲)
اثر زمان(p)**	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۴	۰/۰۰۱			

□ میانگین (انحراف معیار)، † تفاوت میانگین (فاصله اطمینان ۹۵٪، مداخله ۱: آموزش به مادر و همسر، مداخله ۲: آموزش تنها به مادر، **برای بررسی تغییرات طی زمان در گروهها از آزمون repeated Measure ANOVA استفاده شد. برای مقایسه گروهها در قبل از مداخله از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و بعد از مداخله از آزمون ANCOVA با کنترل نمره پایه استفاده شد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش به به زنان باردار و همسرانشان و نیز به زنان باردار به تنهایی روی ارتقای سبک‌زندگی در دوران بارداری و پس از زایمان تأثیر دارد که همسو با نتایج سایر مطالعات انجام‌گرفته است. نتایج مطالعه‌ای بر اساس مدل پرسید-پروسید در بیماران مبتلا به دیابت

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

تیپ۲، نشان داد که آموزش در بهبود رفتارهای خودمراقبتی موثر است (۳۰). همچنین در مطالعه دیگر آموزش منجر به بهبود رفتارهای خودمراقبتی در زنان باردار مبتلا به دیابت حاملگی شده‌است (۳۱). نتایج مطالعه Mirmolaei و همکاران نیز تاثیر مثبت کلاس‌های آمادگی قبل از زایمان را بر رفتارهای بهداشتی نشان داد (۳۲).

گزارش شده‌است که مداخلات آموزشی در زمینه رفتارهای تغذیه‌ای سالم باعث بهبـود آگـاهی و رفتـار زنان باردار می‌شود (۳۳). نتایج مطالعه Shakeri نشان داد که برنامه آموزش مبتنی بر مدل بزنف باعث بهبود رفتارهای تغذیه‌ای در زنان باردار می‌شود (۳۴). نتایج مطالعه Mirmolaei و همکاران نیز حاکی از تاثیر مثبت مداخلات آموزشی بر رفتارهای تغذیه‌ای سالم در زنان باردار می‌باشد (۳۵). تاثیر مثبت آموزش دوران بارداری بر سایر رفتارهای ارتقادهنده سلامت نیز دیده شده‌است، مطالعه Shakeri و همکاران نیز تاثیر مثبت آموزش بر فعالیت فیزیکی را نشان داد (۳۶).

Evans و همکاران در مطالعه خود در زنان مبتلا به دیابت‌شیرین، چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که ادامه آموزش در دوره پس از زایمان برای حفظ تغییرات صورت گرفته در سبک‌زندگی در دوران بارداری ضروری است (۳۷). در مطالعه حاضر آموزش توأم به مادر و همسر تأثیر بیشتری بر نمره کلی سبک‌زندگی و نیز برخی از حیطه‌های آن، در مقایسه با آموزش مادر به‌تنهایی داشته‌است. Dehcheshmeh و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که حضور همسران در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک باعث افزایش نمرات کیفیت زندگی می‌شود(۳۸). نتایج مطالعه Mullany و همکاران نشان داده که رفتارهای سلامتی زنان بارداری که به همراه شوهران خود آموزش دیده بودند نسبت به زنانی که به تنهایی آموزش دیده‌بودند و زنانی که هیچ آموزشی دریافت نکرده بودند، بیشتر بود(۳۹). نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر همخوان بوده و می‌تواند بیانگر نقش حمایتی همسر باشد. لذا به نظر می‌رسد که در تمامی مداخلات طراحی شده برای زنان باردار باید همسران آنها را نیز درگیر نمود. نتایج این مطالعه نشان داد که در میان ابعاد سبک‌زندگی، "فعالیت بدنی" کمترین میانگین نمره را داشت، که نشان می‌دهد زنان در دوران بارداری و پس از زایمان تمایلی به انجام ورزش ندارند. این یافته در مطالعات دیگر نیز مشاهده شده‌است(۴۳-۴۰). همچنین نتایج این مطالعه هم‌راستا با مطالعات دیگر (۴۴و۴۳) نشان داد که در میان ابعاد سبک‌زندگی، رشد معنوی بیشترین میانگین نمره را دارد که شاید به‌علت اعتقادات مذهبی مردم ایران باشد. حضور همسران زنان باردار در مطالعه حاضر را می‌توان به عنوان یکی از نقاط قوت آن بیان کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده حمایت اجتماعی همسر با ابزار مناسب موردارزیابی قرار گیرد. از دیگر نقاط قوت این مطالعه رعایت اصول کارآزمایی‌های بالینی از جمله تخصیص تصادفی، پنهان سازی تخصیص و .. بود. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که به علت سطح بالای بی-سوادی و کم‌سوادی در بین زنان و سایر معیارهای خروج، از بین ۱۰۹۰ خانم باردار تنها ۲۰۸ نفر واجدشرایط ورود به مطالعه بودند، از آنجایی که وضعیت تحصیلی به عنوان یکی از فاکتورهای وضعیت اجتماعی می‌تواند روی سبک‌زندگی تاثیر بگذارد(۴۲)، نتایج مطالعه حاضر را بایستی با احتیاط به جمعیت‌های دیگر (با سطح سواد پایین) تعمیم داد. با توجه به ارزان بودن و قابلیت اجرای آسان مداخلات آموزشی و قابلیت ادغام آن با مراقبت‌های دوران بارداری، بکارگیری این مداخلات به عنوان بخشی از مراقبت‌ها پیشنهاد می‌شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش به زنان باردار و همسرانشان و زنان به تنهایی باعث بهبود سبک زندگی ارتقادهنده سلامت می‌شود. با توجه به ارزان بودن و قابلیت اجرای آسان مداخلات آموزشی، آموزش شیوه زندگی سالم باید بخشی جدایی‌ناپذیر از خدمات بهداشتی برای زنان باردار باشد و ماماها بایستی نقش برجسته‌ای در تشویق زنان باردار به مشارکت در رفتارهای سلامتی داشته-باشند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت حمایت مالی از این تحقیق و آقای محمد ادیب حسامی به جهت برگزاری جلسه آموزشی و مشاوره تلفنی با همسران زنان باردار و از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

The Effect of Training Pregnant Women and Their Husbands on Health Promoting Behaviors during Pregnancy and Postpartum Period

F. Sanaati (MSc)[1], S. Mohammad Alizadeh Charandabi (PhD)[2], M. Mirghafourvand (PhD)[3*], F. Alizadeh Sharajabad (MSc)[1], M. Galeshi (MSc)[1]

1.Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, I.R.Iran
2.Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, I.R.Iran
3.Research Center of Social Determinants of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 20(5); May 2018; PP: 38-47
Received: Aug 4th 2017, Revised: Nov 29th 2017, Accepted: Dec 24th 2017.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Health promoting lifestyle is any kind of action that is taken to maintain the health of the individual. Healthy lifestyle plays an important role in improving the maternal-fetal outcomes. The aim of this study is to determine the effect of training pregnant women and their husbands on health promoting lifestyle.

METHODS: This clinical trial was conducted among 189 pregnant women in the city of Bukan, Iran. Participants were categorized into three groups: the recipients of the training along with their husbands (the first intervention group), the recipients of the training without their husbands (the second group of intervention) and the routine care recipients (control group). Four sessions of group training were held for mothers of both interventional groups and one group training session was held for the mothers of the first intervention group regarding sleep health, nutrition, physical activity, self-image and sexual issues. Health promoting lifestyle questionnaire (score range: 52 - 208) was completed and assessed before the intervention, eight weeks after the intervention and six weeks after delivery.

FINDINGS: There was no statistically significant difference between the groups before the intervention in terms of the total score of health promoting lifestyle. Eight weeks after the intervention, the mean score of health promoting lifestyle was 162.2±2.5 in the first group, 153.6±2.5 in the second group and 133.4±2.4 in the control group, which was significantly higher in both intervention groups compared to the control group ($p<0.001$). Six weeks after delivery, the mean score of health promoting lifestyle was 159.8±3.0 in the first group of intervention, 143.1±3.0 in the second group and 133.7±3.0 in the control group, which was significantly higher in the first group of intervention compared to the second group of intervention ($p=0.003$) and control group ($p<0.001$).

CONCLUSION: The results of the study showed that training pregnant women along with their husbands or training the women alone improves lifestyle. However, training pregnant women along with their husbands proved to be more effective than training the women alone.

KEY WORDS: *Training, Lifestyle, Pregnancy, Postpartum Period.*

Please cite this article as follows:

Sanaati F, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M, Alizadeh Sharajabad F, Galeshi M. The Effect of Training Pregnant Women and Their Husbands on Health Promoting Behaviors during Pregnancy and Postpartum Period. J Babol Univ Med Sci. 2018; 20(5): 38-47.

*** Corresponding Author; M. Mirghafourvand (PhD)**
Address: Tabriz, End of Southern Shariati St, Faculty of Nursing Midwifery, I.R.Iran..
Tel: +98 41 34753907
E-mail: mirghafourvandm@tbzmed.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

References

1.Mehri A, Solhi M, Garmaroudi G, Nadrian H, Sighaldeh SS. Health promoting lifestyle and its determinants among university students in Sabzevar, Iran. Int J Prev Med. 2016;7:65.

2.Baheiraei A, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mohammadi E. Facilitators and inhibitors of health-promoting behaviors: the experience of Iranian women of reproductive age. Int J Prev Med 2013;4(8):929-39.

3.Buse K, Tanaka S, Hawkes S. Healthy people and healthy profits? Elaborating a conceptual framework for governing the commercial determinants of non-communicable diseases and identifying options for reducing risk exposure. Global Health. 2017;13(1):34.

4.Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice; 2006.

5.Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Health-promoting lifestyle and its predictors among Iranian adolescent girls, 2013. Int J Adolesc Med Health. 2014;26(4):495-502.

6.Hill B, McPhie S, Fuller-Tyszkiewicz M, Gillman MW, Skouteris H. Psychological health and lifestyle management preconception and in pregnancy. Semin Reprod Med. 2016;34(2):121-8.

7.Luoto R, Mottola MF, Hilakivi-Clarke L. Pregnancy and lifestyle: Short-and long-term effects on mother's and her children's health. J Pregnancy 2013;2013:526-37.

8.Gavard JA, Artal R. Effect of exercise on pregnancy outcome. Clin Obstet Gynaecol. 2008;51(2):467-80.

9.Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Mascio D, Di Tommaso M, Berghella V. Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017;96(3):263-73.

10.Harrison CL, Brown WJ, Hayman M, Moran LJ, Redman LM. The role of physical activity in preconception, pregnancy and postpartum health. Semin Reprod Med. 2016;43(2):28-37.

11.Szumilewicz A, Wojtyla A, Zarebska A, Drobnik-Kozakiewicz I, Sawczyn M, Kwitniewska A. Influence of prenatal physical activity on the course of labour and delivery according to the new Polish standard for perinatal care. Ann Agric Environ Med 2013;20(2):380-9.

12.Borodulin K, Evenson KR, Herring AH. Physical activity patterns during pregnancy through postpartum. BMC Women's Health 2009;9:32.

13.Petersen AM, Leet TL, Brownson RC. Correlates of physical activity among pregnant women in the United States. Med Sci Sports Exerc. 2005;37(10):1748-53.

14.Ilmonen J, Isolauri E, Laitinen K. Nutrition education and counselling practices in mother and child health clinics: study amongst nurses. J Clin Nurs 2012;21(19-20):2985-2994.

15.Barger MK. Maternal nutrition and perinatal outcomes. J Midwife Womens Health 2010;55(6):502-11.

16.Ota E, Hori H, Mori R, Tobe-Gai R, Farrar D. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. Cochrane Data Syst Rev. 2012;(9):32.

17.Goldstein R, Teede H, Thangaratinam S, Boyle J. Excess gestational weight gain in pregnancy and the role of lifestyle intervention. Semin Reprod Med. 2016;34(2):14-21.

18.Thangaratinam S, Rogozinska E, Jolly K, Glinkowski S, Duda W, Borowiack E, et al. Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: a systematic review. Health Technol Assess. 2012;16(31):1-191.

19.Madi SRC, Garcia RMR, Souza VC, Rombaldi RL, Araujo BF, Madi JM. Effect of obesity on gestational and perinatal outcomes. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017.

20.Wen LM, Flood VM, Simpson JM, Rissel C, Baur LA. Dietary behaviours during pregnancy: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010;7:13.

21.Bravi F, Wiens F, Decarli A, Dal Pont A, Agostoni C, Ferraroni M. Impact of maternal nutrition on breast-milk composition: a systematic review. Am J Clin Nutr 2016;104(3):646-62.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

22.Abraham M, Alramadhan S, Iniguez C ,Duijts L, Jaddoe VW, Den Dekker HT, et al. A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. PLoS One 2017;12(2):e0170946.
23.Blanquet M, Leger S, Gerbaud L, Vendittelli F. Smoking during pregnancy: a difficult problem to face. Results of a French multi-center study. J Prev Med Hyg 2016;57(2):95-101.
24.Gauthier TW, Brown LA. In utero alcohol effects on foetal, neonatal and childhood lung disease. Paediat Respirat Rev. 2017;7:21-34.
25.Moller A-B, Petzold M, Chou D, Say L. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. Lancet Glob Health. 2017;5(10):977-83.
26.Sanaati F, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Farrokh Eslamlo H, Mirghafourvand M, Alizadeh Sharajabad F. The effect of lifestyle-based education to women and their husbands on the anxiety and depression during pregnancy: a randomized controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(7):870-6.
27.Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M, Sanaati F. The effect of life style based education on the fathers' anxiety and depression during pregnancy and postpartum periods: a randomized controlled trial. Community Ment Health J. 2017;53(4):482-9.
28.Jamshidimanesh M, Golian Tehrani S, Hosseini AF, Shams Alizadeh N, Lahoni F. The effect of an educational programon prevention of postpartum depression. Payesh. 2013;12:619-27. [In Persian]
29.Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B .Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;22(1):103-13.
30.Barasheh N, Shakerinejad G, Nouhjah S, Haghighizadeh MH. The effect of educational program based on the precede-proceed model on improving self-care behaviors in a semi-urban population with type 2 diabetes referred to health centers of Bavi, Iran. Diabetes Metab Syndr. 2017;11(2):759-65.
31.Zandinava H, Shafaei FS, Charandabi SM-A, Homayi SG, Mirghafourvand M. Effect of educational package on self-care behavior, quality of life, and blood glucose levels in pregnant women with gestational diabetes: a randomized controlled trial. Iran Red Crescent Med J. 2017;19(4):44317.
32.Morteza H. Effect of antenatal preparation courses on the health behaviors of the pregnant women:Tehran University of Medical Sciences;2008.
33.Mohammad Alizadeh S, Kamalifard M, Ebrahimimamagani M, Asghari jafarabadi M, Omidi F. The Effect of educational package on nutritional knowledge and behavior toward the coping with complication and supplement consumption. Armaghane Danesh. 2013;18(3):228-40.
34.Shakeri M. The effect of educational program based on basnef model on the nutritional behavior of pregnant women. Int Res J Applied Basic Sci. 2013;5(12):1606-11.
35.Mirmolaei S, Moshrefi M, Kazemnejad A, Farivar F, Morteza H. The effect of nutrition education on nutritional behaviors in pregnant women. Hayat. 2010;15(4):35-42. [In Persian].
36.Shakeri M, Fekri S, Shahnavaz A, Shakibazadeh E. Effectiveness of a Group-based Educational Program on Physical Activity among Pregnant Women. Hayat. 2012;18(3):1-9.
37.Evans MK, Patrick LJ, Wellington CM. Health Behaviours of Postpartum Women with a History of Gestational Diabetes. Can J Diabetes 2010;34(3):227-32.
38.Dehcheshmeh FS, Salehian T, Parvin N. The effect of spouses' educational classes held for primiparous women referring to Hajar hospital on their quality of life and pregnancy outcomes. Iran J Nurs Midwifery Res. 2014;19(1):59-63.
39.Mullany BC, Lakhey B, Shrestha D, Hindin MJ, Becker S. Impact of husbands' participation in antenatal health education services on maternal health knowledge. Health Educ Res. 2007;22(2):166-76.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]

40.Baheiraei A, Mirghafourvand M, Charandabi SM-A, Mohammadi E, Nedjat S. Health-promoting behaviors and social support in Iranian women of reproductive age: a sequential explanatory mixed methods study. Int J Pub Health. 2014;59(3):465-73.

41.Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Health promoting lifestyles and self-efficacy in adolescent boys. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014;23(109):152-62.

42.Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S, Mohammadi E, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Majdzadeh R. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. Health Promot Int. 2015;30(1):586-94.

43.Bakouei S, Bakouei F, Raisi M, Ahmari Tehrani H, Dehghan H. Self-reported health and health-promoting behaviors in women of reproductive age. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(3):29-37. [In Persian]

44.Tol A, Tavasoli E, Sharifi RG, Shojaiizadeh D. The relation between health-promoting lifestyle and quality of life in undergraduate students at school of health, isfahan university of medical sciences. J Health Sys Res. 2011;7(4):442-8.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.5.1]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.38]