

## بررسی و مقایسه‌ی تأثیر روش آموزشی چهره به چهره و روش خودآموز در ارتقای سطح آگاهی زنان باردار در مورد زردی نوزادی

محسن جاری<sup>۱</sup>، سعیده زارعی محمودآبادی<sup>۲</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** آموزش بهداشت زیربنایی‌ترین اقدام در ارتقای سطح بهداشت و سلامتی جامعه محسوب می‌گردد که به روش‌های مختلفی انجام می‌شود. این مطالعه با هدف مقایسه‌ی تأثیر روش آموزشی چهره به چهره و روش خودآموز در ارتقای سطح آگاهی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اصفهان در مورد زردی نوزادی انجام شد.

**روش‌ها:** در یک مطالعه‌ی کارآزمایی میدانی، ۱۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ به روش تخصیص تصادفی در دو گروه ۵۰ نفره توزیع شدند. در گروه اول، جزوه‌ی حاوی مطالب آموزشی در مورد زردی نوزادی جهت مطالعه به مادران تحویل شد و در گروه دوم، همان مطالب به شیوه‌ی چهره به چهره آموزش داده شد. سطح آگاهی دو گروه در قبل و بعد از آموزش، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ویژه‌ی زردی نوزادی بررسی و مقایسه گردید.

**یافته‌ها:** میانگین تغییرات نمره‌ی آگاهی در گروه خودآموز  $1/00 \pm 5/06$  و در گروه چهره به چهره  $1/40 \pm 10/10$  بود و اختلاف قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه معنی‌دار بود و تغییرات نمره‌ی آگاهی در مورد زردی نوزادی گروه آموزش چهره به چهره بیشتر بود ( $P = 0/008$ ).

**نتیجه‌گیری:** به کارگیری شیوه‌ی آموزشی چهره به چهره، تأثیر بیشتری در ارتقای سطح آگاهی زنان دارد. از این رو، ضمن توصیه به تلاش در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان از طریق آموزش چهره به چهره، توصیه می‌گردد مطالعات بیشتری در این زمینه انجام گیرد.

**واژگان کلیدی:** زردی نوزادی، آگاهی، آموزش

**ارجاع:** جاری محسن، زارعی محمودآبادی سعیده. بررسی و مقایسه‌ی تأثیر روش آموزشی چهره به چهره و روش خودآموز در ارتقای سطح آگاهی زنان باردار در مورد زردی نوزادی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۳۶): ۷۶۹-۷۶۳

#### مقدمه

زردی نوزادی، اختلال شایعی است که در ۶۰ درصد از نوزادان ترم و ۸۰ درصد نوزادان پره‌ترم رخ می‌دهد (۱-۲). این اختلال شایع‌ترین علت بستری نوزاد در ماه اول تولد می‌باشد (۳-۴)؛ به طوری که در یک مطالعه، ۱۷ درصد علل بستری نوزادان، ابتلا به زردی بوده است (۵). زردی نوزادی در برخی موارد می‌تواند به کرنیکتروس (Kernicterus) منجر شود که عوارض و هزینه‌های فردی و اجتماعی شدیدی را به دنبال دارد.

بیلی روبین، یکی از محصولات نهایی کاتابولیسم هموگلوبین است و اهمیت کلینیکی آن در نوزاد، به دلیل رسوب در پوست و غشای مخاطی و ایجاد زردی می‌باشد. همچنین، بیلی روبین در مقادیر

بالا، می‌تواند در مغز رسوب کند و در صورت عدم تشخیص و درمان به موقع، ممکن است منجر به عوارض خطرناکی مانند کرنیکتروس شود (۱-۲). این عارضه، در ماه‌های اول ممکن است منجر به مرگ شود و شیرخوارانی هم که زنده می‌مانند، اغلب دچار عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات حرکتی و تعادلی، تشنج، کاهش شنوایی در فرکانس‌های بالا و اختلالات گفتاری می‌شوند. از این رو، تشخیص و درمان به موقع زردی نوزادان جهت پیش‌گیری از عوارض خطرناک آن بسیار حیاتی است (۶-۸).

از آن جایی که نوزادان طی ۲۱ ساعت اول بعد از تولد ترخیص می‌شوند، در طی این زمان، علایم بالینی زردی بروز نمی‌کند. بنابراین، پیش‌گیری از آنسفالوپاتی و بیلی روبین بالا، بر اساس تشخیص

۱- استادیار، گروه اطفال، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: saideh\_zare70@yahoo.com

نویسنده‌ی مسؤول: سعیده زارعی محمودآبادی

آموزش چهره به چهره، توزیع شدند.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی ۱۴ سؤالی جهت سنجش میزان آگاهی مادران در مورد زردی نوزادان انجام شد. پاسخ سؤالات، به صورت لیکرت در یک طیف ۴ گزینه‌ای شامل کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم و کاملاً موافقم متغیر بود و به ترتیب به هر سؤال، نمره‌ای بین ۱-۴ تعلق می‌گرفت. این پرسش‌نامه، در مطالعه‌ی غفاری و همکاران (۱۲) استفاده و روایی و پایایی آن تأیید شده بود. روایی این پرسش‌نامه با مشاوره‌ی افراد صاحب‌نظر فوق تخصص نوزادان و پزشکی اجتماعی و پایایی آن با روش آزمون مجدد تأیید شده بود. بیشترین نمره‌ی قابل اکتساب در این پرسش‌نامه، ۵۶ بود و نمرات بالاتر از ۴۴ (پاسخ درست به بیش از ۱۰ سؤال) به عنوان سطح آگاهی مطلوب، نمرات ۲۸-۴۴ (پاسخگویی صحیح به ۷-۱۰ سؤال) به عنوان سطح آگاهی متوسط و نمرات کمتر از ۲۸ (تعداد پاسخ صحیح کمتر از ۷) به عنوان سطح آگاهی ضعیف در نظر گرفته شد.

مطالعه دارای دو مرحله بود. در مرحله‌ی اول، ضمن تحویل پرسش‌نامه به مادران باردار، در مورد نحوه‌ی تکمیل آن آموزش داده شد و پس از تکمیل، به مجری طرح تحویل گردید. در مرحله‌ی دوم، در گروه خودآموز، پاسخ صحیح سؤالات پرسش‌نامه به مادران داده شد و در گروه دوم، به روش آموزش چهره به چهره پاسخ صحیح سؤالات پرسش‌نامه به صورت فردی به مادران ارائه گردید. در مراجعه‌ی مراقبت مادر باردار، همان در اختیار ایشان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا به سؤالات پاسخ دهند و پس از تکمیل، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد.

در نهایت، تمام داده‌های پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) و آزمون‌های آماری  $\chi^2$ , Paired t, t, ANOVA, One-way و Repeated measures ANOVA، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند که ۵۰ نفر آن‌ها به صورت خودآموز و ۵۰ نفر به صورت چهره به چهره تحت آموزش در مورد زردی نوزادی قرار گرفتند. بر حسب نتایج به دست آمده، میانگین سن و توزیع فراوانی شغل و تحصیلات مصاحبه شونده و همسر و وضعیت محل سکونت در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

میانگین نمره‌ی آگاهی زنان مورد مطالعه در قبل از انجام مداخله در دو گروه خودآموز و آموزش چهره به چهره، به ترتیب  $5/90 \pm 28/04$  و  $7/70 \pm 29/06$  بود و اختلاف معنی‌داری بین دو

نوزادان در معرض خطر و درمان سریع آن صورت می‌گیرد (۳). با وجود ارتقای دانش در زمینه‌ی یافته‌های پاتولوژی و مکانیسم ایجاد کرینکتروس، توانایی پیش‌گویی نوزادان در معرض خطر کافی نمی‌باشد (۹-۱۰).

نداشتن آگاهی مطلوب در مورد زردی نوزادی، باورهای غلط والدین و انجام برخی اقدامات خودسرانه جهت درمان زردی نوزاد، پرهیز از ارجاع فوری نوزاد به پزشک و حتی در برخی موارد عدم پذیرش دستور بستری نوزاد یا تعویض خون در موارد لازم، عوارض زردی را افزایش می‌دهد (۱۱).

با وجود گزارش این نتیجه در تمام این مطالعات، مطالعه‌ای در ایران یا سایر کشورها برای یافتن راه حل مناسب جهت حل مشکل و افزایش آگاهی زنان باردار در مورد زردی نوزادی انجام نشده بود. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایسه‌ی تأثیر روش آموزش چهره به چهره و روش خودآموز (که استفاده از آن‌ها در سطح وسیع عملی و کم هزینه است) در ارتقای سطح آگاهی زنان باردار نسبت به زردی نوزادی به انجام رسید. بدیهی است نتایج این مطالعه، می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برنامه‌های آموزشی عمومی مورد استفاده قرار گیرد.

### روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی کارآزمایی میدانی بود که در سال ۱۳۹۵ در شهر اصفهان انجام شد. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه، زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی در طول سال ۱۳۹۵ بودند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل زنان باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی، اولین بارداری و موافقت برای شرکت در مطالعه بود. همچنین، عدم پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه، به عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

حجم نمونه‌ی مورد نیاز مطالعه با استفاده از فرمول حجم نمونه جهت مقایسه‌ی دو نسبت و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، آگاهی از نحوه‌ی مراقبت از زردی نوزادی که به علت نبود مطالعه‌ی مشابه داخلی به میزان ۰/۵ در نظر گرفته شد و حداقل تفاوت معنی‌دار بین دو روش که معادل ۰/۳ در نظر گرفته شد، به تعداد ۴۳ نفر در هر گروه برآورد گردید که جهت اطمینان بیشتر، ۵۰ نفر در هر گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه، با توجه به حجم نمونه، تعداد ۱۰ مرکز بهداشتی-درمانی شهر اصفهان به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و از هر مرکز، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با استفاده از لیست زنان باردار، ۱۰ زن که حایز شرایط ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند و به روش تصادفی‌سازی بلوکی در دو گروه ۵۰ نفره‌ی خودآموز و

اغلب موارد، با اقدامات مراقبتی یا نورد زمانی بهبود می‌یابد و نیاز به درمان دیگری ندارد، اما مواردی از این بیماری که به علت ناسازگاری خونی است، می‌تواند منجر به آنمی همولیتیک نوزاد و تزریق خون گردد. از آن جایی که همه‌ی انواع زردی نوزادی ممکن است علایم مشابهی در نوزادان داشته باشند، آگاهی از نوع زردی به ویژه موارد نیازمند به درمان، از طرف خانواده‌ها امری حیاتی محسوب می‌گردد، اما در عین حال، مطالعات و بررسی‌ها نشان داده است که بیشتر مادران، به خصوص مادران ساکن در مناطق روستایی، دارای اطلاعات کافی در این زمینه نیستند. به عنوان مثال، در مطالعه‌ی انجام شده بر روی زنان باردار شهرستان ساری، ۷۵/۵ درصد زنان باردار آگاهی کم و ۲۳/۲ درصد، آگاهی متوسطی نسبت به زردی نوزادی داشتند و تنها ۱/۷ درصد آگاهی خوبی نسبت به این موضوع داشتند (۱۲). در مطالعه‌ی دیگری در زاهدان نیز بیش از دو سوم زنان باردار آگاهی کم نسبت به این بیماری داشتند (۱۱). مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز نشان می‌دهد که بیشتر زنان باردار نسبت به زردی نوزادی آگاهی کمی دارند (۱۷-۱۳).

با درک این موضوع، در طی یکی دو سال اخیر، اقداماتی از طرف مسؤولین و برنامه‌ریزان بهداشتی در جهت ارتقای سطح آگاهی آحاد جامعه در این زمینه انجام شده است، اما شیوه‌ی آموزشی به کار گرفته شده در تمامی مناطق جوابگو نبوده و در حالی که تا کنون ابزارهای کمک آموزشی متعددی نظیر پوستر و پمفلت در خصوص زردی نوزادی به چاپ رسیده و در اختیار عموم مردم قرار داده شده، اما هنوز سطح آگاهی مادران به حد مطلوب نرسیده است. از این رو، به نظر می‌رسد شیوه آموزشی به کار رفته، برای این مشکل بهداشتی مناسب و کارا نبوده است. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان تأثیر دو روش خودآموزی و آموزش چهره به چهره در ارتقای سطح آگاهی مادران باردار در مورد زردی نوزادی به انجام رسید.

در این مطالعه، دو گروه ۵۰ نفره از مادران باردار که تحت پوشش مراکز و پایگاه‌های بهداشتی - درمانی شهری بودند، وارد مطالعه شدند و نیمی از آنها با استفاده از مطالب آموزشی به صورت خودآموز و نیمی دیگر به صورت چهره به چهره، تحت آموزش قرار گرفتند و در نهایت، تأثیر این دو روش مقایسه گردید.

دو گروهی که مورد مطالعه قرار گرفتند، از نظر متغیرهای دموگرافیک و عمومی نظیر سن، جنس، شغل، تحصیلات، شغل و تحصیلات همسر، وضع محل سکونت و سوابق پزشکی مانند سابقه‌ی زردی در فرزندان قبلی، اختلاف معنی‌داری نداشتند و بر اساس آزمون ANCOVA، اثر مخدوش کننده‌ای از عوامل پیش گفته در مطالعه دیده نشد. از این رو، تفاوت‌های مشاهده شده بین دو گروه به احتمال زیاد مربوط به شیوه‌ی آموزشی به کار گرفته شده در دو گروه می‌باشد.

گروه دیده نشد. میانگین نمره‌ی بعد از مداخله در دو گروه خودآموز و چهره به چهره، به ترتیب  $8/90 \pm 33/10$  و  $8/20 \pm 39/20$  بود و هر چند که در هر دو گروه، سطح آگاهی افزایش پیدا کرده بود، اما در میزان ارتقا در گروه تحت آموزش چهره به چهره به طور معنی‌داری بالاتر بود ( $P = 0/001$ ).

میانگین تغییرات نمره‌ی آگاهی در گروه خودآموز  $1/00 \pm 5/06$  و در گروه چهره به چهره  $1/40 \pm 10/10$  بود و اختلاف قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه معنی‌دار بود. از طرف دیگر، آزمون Repeated measures ANOVA بر روی داده‌های مرد مطالعه نشان داد که تغییرات نمره‌ی آگاهی در مورد زردی نوزادی در دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری داشت و میانگین این تغییرات، در گروه آموزش چهره به چهره بیشتر بود ( $P = 0/008$ ). همچنین، بر اساس نتایج این آزمون، هیچ یک از عوامل دموگرافیک دارای اثر مخدوشگر بر روی نمره‌ی آگاهی نبودند.

در جدول ۱، میانگین نمره‌ی آگاهی مادران در مورد زردی نوزادی بر حسب متغیرهای دموگرافیک آمده است. بر حسب این جدول، میانگین نمره‌ی آگاهی در قبل و بعد از مداخله، تنها بر حسب شغل مادر تفاوت معنی‌داری داشت، اما سایر متغیرها در آگاهی مادر نسبت به زردی نوزادی تأثیر معنی‌داری نداشتند. همچنین، در جدول ۱، میانگین  $\pm$  انحراف معیار نمره‌ی آگاهی مادران بر حسب سوابق مادر آمده است. بر حسب این جدول، نمره‌ی آگاهی زنان مورد مطالعه بر حسب انجام مراقبت در بارداری‌های قبلی، نحوه‌ی مراقبت، سابقه‌ی دیابت مادر، سابقه‌ی زردی در فرزندان قبل، مکان زایمان و منبع کسب اطلاعات، تفاوت معنی‌داری نداشت، اما میزان اطلاعات مادران بر حسب فرد مراقبت کننده از مادر در طی دوران بارداری، تفاوت معنی‌داری داشت و زنانی که تحت مراقبت متخصص زنان و مراکز بهداشتی - درمانی قرار داشتند، از سطح آگاهی مطلوب‌تری برخوردار بودند. بر حسب جدول ۱، تغییرات سطح آگاهی مادران در بعد از مداخله بر حسب متغیرهای پیش گفته، تفاوت معنی‌داری پیدا نکرد.

بر حسب نتایج به دست آمده، در قبل از مداخله، تنها ۶ درصد از گروه خودآموز و ۱۰ درصد از گروه چهره به چهره دارای اطلاعات مطلوب در مورد زردی نوزادی بودند و اختلاف معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد ( $P = 0/760$ )؛ در حالی که در پایان مداخله، ۱۸ درصد از گروه خودآموز و ۳۶ درصد از گروه چهره به چهره، اطلاعات مطلوب در مورد زردی نوزادی داشتند و اختلاف دو گروه معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ).

## بحث

زردی نوزادی، یکی از عوارض شایع دوران نوزادی است که در

جدول ۱. میانگین  $\pm$  انحراف معیار نمره‌ی آگاهی در قبل و بعد از مداخله بر حسب متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	قبل از مداخله	بعد از مداخله	مقدار P**
روش آموزش	۲۸/۰ $\pm$ ۵/۹	۲۹/۰ $\pm$ ۷/۷	۰/۰۰۸
	۳۳/۱ $\pm$ ۸/۹	۳۹/۲ $\pm$ ۸/۲	۰/۰۰۱
سن (سال)	۲۹/۱ $\pm$ ۷/۲	۲۷/۶ $\pm$ ۶/۱	۰/۱۳۰
	۳۷/۲ $\pm$ ۹/۳	۳۴/۵ $\pm$ ۸/۵	۰/۱۶۰
تحصیلات	۳۰ $\pm$ ۶/۹	۲۵/۷ $\pm$ ۷/۵	۰/۵۵۰
	۲۸/۳ $\pm$ ۶/۷	۳۴/۹ $\pm$ ۸/۳	
	۲۸/۸ $\pm$ ۴/۶	۳۶/۴ $\pm$ ۸/۳	
	۲۹/۳ $\pm$ ۷/۳	۳۷/۵ $\pm$ ۱۱/۱	۰/۱۳۰
شغل	۳۵/۸ $\pm$ ۱۰/۲	۴۱/۰ $\pm$ ۱۰/۶	۰/۰۰۱
	۲۵/۹ $\pm$ ۳/۶	۳۱/۶ $\pm$ ۹/۵	
	۳۸ $\pm$ ۸/۵	۴۵/۵ $\pm$ ۰/۷	
	۲۷/۹ $\pm$ ۶/۱	۳۶/۱ $\pm$ ۸/۶	۰/۰۴۴
شغل همسر	۲۷/۳ $\pm$ ۵/۹	۴۶/۰ $\pm$ ۱۳/۲	۰/۶۶۰
	۲۸/۶ $\pm$ ۶/۹	۳۴/۲ $\pm$ ۸/۵	
	۲۸/۳ $\pm$ ۶/۸	۳۵/۶ $\pm$ ۸/۵	
	۲۸/۷ $\pm$ ۷/۱	۳۶/۳ $\pm$ ۹/۰	۰/۲۲۰
تحصیلات همسر	۲۸/۶ $\pm$ ۶/۹	۳۶/۰ $\pm$ ۸/۵	۰/۴۰۰
	۲۸ $\pm$ ۶/۴	۳۳/۳ $\pm$ ۸/۰	
	۲۷/۴ $\pm$ ۵/۵	۳۷/۲ $\pm$ ۹/۷	
	۳۰/۴ $\pm$ ۸/۵	۳۸/۳ $\pm$ ۱۰/۴	۰/۳۳۰
وضعیت محل سکونت	۲۸/۳ $\pm$ ۶/۷	۳۵/۱ $\pm$ ۸/۸	۰/۱۰۰
	۲۹/۳ $\pm$ ۷/۲	۳۹/۴ $\pm$ ۹/۵	۰/۰۶۰
انجام مراقبت در بارداری‌های قبلی	۰/۳۸	۳۵/۹ $\pm$ ۹/۱	۰/۳۸۰
		۳۹/۵ $\pm$ ۷/۹	۰/۳۵۰
مراقب دوران بارداری	۰/۲۳	۳۴/۹ $\pm$ ۹/۱	۰/۲۳۰
		۳۶/۷ $\pm$ ۹/۸	
		۳۸/۰ $\pm$ ۱۰/۰	
		۳۶/۱ $\pm$ ۸/۶	۰/۰۴۱
نحوه‌ی مراقبت	۳۱	۳۶/۳ $\pm$ ۹	۰/۳۱۰
		۳۴/۴ $\pm$ ۹/۹	۰/۵۰۰
سابقه‌ی دیابت مادر	۴۶	۳۴/۷ $\pm$ ۸/۶	۰/۴۶۰
		۳۶/۳ $\pm$ ۹/۱	۰/۶۰۰
سابقه‌ی زردی در فرزندان قبل	۰/۹۶	۳۶/۶ $\pm$ ۹/۴	۰/۹۶۰
		۳۶/۰ $\pm$ ۹/۰	۰/۷۶۰
مکان زایمان	۰/۴۱	۳۸/۰ $\pm$ ۸/۵	۰/۴۱۰
		۳۵/۹ $\pm$ ۹/۱	۰/۴۹۰
منبع اطلاعات در مورد زردی	۲۷/۶ $\pm$ ۵/۶	۳۶/۱ $\pm$ ۸/۷	۰/۶۳۰
	۲۷/۸ $\pm$ ۶/۴	۳۴/۰ $\pm$ ۱۰/۱	
	۰/۵۶۰	۳۷/۲ $\pm$ ۹/۲	۰/۵۴۰

\* سطح معنی‌داری اختلاف بین دو گروه بر حسب آزمون t؛ \*\* سطح معنی‌داری تفاوت تغییرات دو گروه بر حسب آزمون Repeated measures ANOVA

بیشتر مادران در حد مطلوب نبود؛ به طوری که ۵۸ درصد از گروه خودآموز و ۵۶ درصد از گروه آموزش چهره به چهره، دارای سطح آگاهی ضعیفی در مورد زردی نوزادی بودند؛ در حالی که در بعد از مداخله، این رقم در این دو گروه، به ۱۸ و ۳۶ درصد کاهش یافت. البته، دیگر مطالعات نیز نشان داده است که میزان آگاهی جامعه در مورد زردی نوزادی در حد مطلوب نیست (۷-۳). یکی از علل اصلی پایین بودن سطح آگاهی مادران در مورد زردی نوزادی، این است که در طی دهه‌های گذشته، به ویژه در طی سال‌هایی که برنامه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح کشور اجرا می‌گردید، مهم‌ترین علل مرگ و میر نوزادی، از جمله بیماری‌های عفونی مد نظر بود و سعی می‌گردید سطح آگاهی مادران در این زمینه‌ها ارتقا داده شود، اما با بهبود وضع بهداشت عمومی و کاهش بروز و شیوع بیماری‌های واگیر، در طی سال‌های اخیر، توجه مسئولین بهداشتی به دیگر عوامل مؤثر در مرگ و میر مادری و نوزادی مورد توجه قرار گرفته است که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به زردی نوزادی اشاره نمود.

نتیجه‌گیری نهایی این که سطح آگاهی مادران باردار در مورد زردی نوزادی در حد مطلوب نبود و درصد کمی از زنان جامعه، اطلاعات کامل و درستی در مورد این بیماری دارند. از طرف دیگر، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد به کارگیری شیوه‌ی آموزشی چهره به چهره، تأثیر بیشتری در ارتقای سطح آگاهی زنان دارد. از این رو، ضمن توصیه به تلاش در جهت ارتقای سطح آگاهی زنان از طریق آموزش چهره به چهره، توصیه می‌گردد مطالعات بیشتری در این زمینه انجام گیرد.

### تشکر و قدردانی

مقاله‌ی حاضر، حاصل پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی است که به شماره‌ی ۳۹۵۲۰۱ در حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصویب و با پشتیبانی این معاونت انجام شد. از این رو، از زحمات ایشان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد زنانی که تحت آموزش چهره به چهره قرار گرفته‌اند، نسبت به گروه خودآموز، سطح آگاهی مطلوب‌تری پیدا کردند و به عبارت دیگر، آموزش چهره به چهره مؤثرتر از دیگر ابزارهای آموزشی بوده است. در زمینه‌ی تأثیر شیوه‌های آموزشی در ارتقای سطح آگاهی، تا کنون مطالعات مختلفی انجام گرفته و نتایج حاصل از مطالعات نشان داده است که آموزش چهره به چهره، به علت درک و ارتباط متقابل بین آموزش دهنده و آموزش گیرنده، آگاهی آموزش دهنده از سطح سواد آموزش گیرنده و مهم‌تر از همه، امکان گرفتن پس‌خوراند از آموزش گیرنده، از بهترین شیوه‌های آموزشی در انتقال مطالب بهداشتی می‌باشد و این شیوه، به ویژه در مناطق روستایی که زنان از سطح تحصیلات بالایی برخوردار نیستند، مناسب‌ترین روش توصیه شده می‌باشد.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، تغییرات سطح آگاهی مادران در هر دو گروه، بر حسب سن، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضع محل سکونت و همچنین، بر حسب انجام مراقبت در بارداری‌های قبلی، نحوه‌ی مراقبت، سابقه‌ی دیابت مادر، سابقه‌ی زردی در فرزندان قبل، مکان زایمان و منبع کسب اطلاعات، تفاوت معنی‌داری نداشت، اما میزان اطلاعات مادران بر حسب فرد مراقبت کننده از مادر در طی دوران بارداری تفاوت معنی‌داری داشت و زنانی که تحت مراقبت متخصص زنان و مراکز بهداشتی-درمانی قرار داشتند، از سطح آگاهی مطلوب‌تری برخوردار بودند. همچنین، شغل در سطح آگاهی مادران تأثیر معنی‌داری داشت و زنان دانشجو و کارمند، دارای سطح آگاهی بالاتری نسبت به دیگر مادران بودند. از طرف دیگر، تغییرات سطح آگاهی مادران نیز بر حسب شغل تفاوت معنی‌داری داشت. در ارتباط با تأثیر شغل در دانش، نگرش و عملکرد به مسایل بهداشتی تا کنون مطالعات مختلفی انجام گرفته و اغلب شغل را یک عامل با تأثیر غیر مستقیم معرفی کرده‌اند که این تأثیر، می‌تواند ناشی از تفاوت در سطح درآمد و یا در سطح تحصیلات باشد.

برابر نتایج مطالعه‌ی حاضر، در قبل از مداخله، سطح آگاهی

### References

1. Piazza AJ, Stoll BJ. Jaundice and Hyperbilirubinemia in the newborn. In: Kliegman R, Nelson WE, editors. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia, PA: Saunders; 2011. p. 562-96.
2. Halamek LP, Stevenson DK. Neonatal jaundice and liver disease. In: Fanaroff AA, Martin RG. Fanaroff and Martin's neonatal perinatal medicine. 9<sup>th</sup> ed. St. Louis, MO: Mosby; 2011. p. 1309-50.
3. Facchini FP, Mezzacappa MA, Rosa IR, Mezzacappa FF, Aranha-Netto A, Marba ST. Follow-up of neonatal jaundice in term and late premature newborns. J Pediatr (Rio J) 2007; 83(4): 313-22.
4. Boskabadi H, Maamouri G, Mafinejad S. The effect of traditional remedies (Camel's Thorn, flixweed and sugar water) on idiopathic neonatal jaundice. Iran J Pediatr 2011; 21(3): 325-30.
5. Boskabadi H, Maamouri G, Mafinejad S, Rezagholizadeh F. Clinical course and prognosis of hemolytic jaundice in neonates in north east of Iran. Maced J Med Sci 2011; 4(4): 403-7.
6. Segel GB. Glucose-6-Phosphate dehydrogenase (G6PD) and related deficiencies. In: Behrman RE, Kliegman RM, editors. Nelson textbook of pediatrics. 17<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004. p. 1636-8.

7. Fouzas S, Mantagou L, Skylogianni E, Mantagos S, Varvarigou A. Transcutaneous bilirubin levels for the first 120 postnatal hours in healthy neonates. *Pediatrics* 2010; 125(1): e52-e57.
8. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004; 114(1): 297-316.
9. Azadbakht M, Pishva N, Mohammadi Samani S, Alinejad F. Effect of manna from cotoneaster discolor on infant jaundice (effect on blood bilirubin level). *J Med Plants* 2005; 2(14): 36-44. [In Persian].
10. Keren R, Bhutani VK. Predischarge risk assessment for severe neonatal hyperbilirubinemia. *NeoReviews* 2007; 8(2): e68.
11. Khalesi N, Rakhshani F. Knowledge, attitude and behaviour of mothers on neonatal jaundice. *J Pak Med Assoc* 2008; 58(12): 671-4.
12. Gaffari V, Vahidshani K, Taleshi BA. Knowledge and attitude about neonatal ICTR among mothers in Sari. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16(52): 92-7. [In Persian].
13. Egube BA, Ofili AN, Isara AR, Onakewhor JU. Neonatal jaundice and its management: Knowledge, attitude, and practice among expectant mothers attending antenatal clinic at University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2013; 16(2): 188-94.
14. Maisels MJ, Kring E. Length of stay, jaundice, and hospital readmission. *Pediatrics* 1998; 101(6): 995-8.
15. Soskolne EI, Schumacher R, Fyock C, Young ML, Schork A. The effect of early discharge and other factors on readmission rates of newborns. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(4): 373-9.
16. Eaton AP. Early postpartum discharge: Recommendations from a preliminary report to Congress. *Pediatrics* 2001; 107(2): 400-3.
17. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Problems associated with early discharge of newborn infants. Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 1995; 96(4 Pt 1): 716-26.

## Comparison of the Effect of Face-to-Face and Self-Education Methods on Promotion of Awareness of Neonatal Jaundice among Pregnant Women

Mohsen Jari<sup>1</sup>, Saideh Zarei-Mahmoudabadi<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Health education is the most essential activity in health promotion; several methods are used for health promotion. This study aimed to compare the effect of face-to-face and self-education methods on promotion of awareness of jaundice among pregnant women.

**Methods:** In this field trial study, 100 pregnant women were selected from Isfahan City health centers, Iran, during 2015-16 and randomly divided in to two groups educated about jaundice using face-to-face and self-education methods, respectively. Awareness level was evaluated before and after intervention and compared between the two groups.

**Findings:** The mean changes of awareness level in the self-education and face-to-face groups were  $5.06 \pm 1.00$  and  $10.10 \pm 1.40$ , respectively; change in the scale of awareness of jaundice in face-to-face group was statistically higher ( $P = 0.008$ ).

**Conclusion:** Applying face to face method is more effective for promotion of health awareness. So, using this method is recommended for improvement of awareness level among pregnant women. More studies are recommended in this field.

**Keywords:** Jaundice, Awareness, Education

**Citation:** Jari M, Zarei-Mahmoudabadi S. Comparison of the Effect of Face-to-Face and Self-Education Methods on Promotion of Awareness of Neonatal Jaundice among Pregnant Women. J Isfahan Med Sch 2017; 35(436): 763-9.

1- Assistant Professor, Department of Pediatrics, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Saideh Zarei-Mahmoudabadi, Email: saideh\_zare70@yahoo.com