

The Study of health literacy in pregnant women with nausea and vomiting

ABSTRACT

Background and objective: The health literacy includes person's capacity to learn and interpret information. Nausea and vomiting in pregnancy is the most common medical condition in pregnancy first three months that can be stressful for pregnant women and the family. The important role of health literacy in understands the risks before birth by mothers. The objective of this study was determining the health literacy of women with nausea and vomiting in pregnancy.

Methods: In a cross-sectional study, 100 pregnant women who referred to treatment centers in Neishabur County in year 2015 were investigated using the short test of functional health literacy and modified-PUQE. After confirming the validity and reliability were used. Data were analyzed using SPSS software.

Results: According to the findings, the age average of participants was 25.80%, 81.7% of samples were housewife, 21.7% below high school diploma, and 47% had average income. 45.8 % of subjects had inadequate literacy level, 35.6% border health literacy and 18.6% had enough health literacy. Health literacy had significant association with Chi-Square Tests with, mother's education level and age ($p < 0.05$). Pearson is showed also a significant association between health literacy and severity of nausea and vomiting ($P < 0.001$). This study also indicated that thereafter the health staff (71.7%) were the most important reference for obtaining health information for the responders.

Conclusion: The present study indicated that the limited health literacy. The may affect mothers' perception of risk and their desire to follow the recommendations pregnancy. So should considered health literacy especially in pregnant women with lower levels of education and severe nausea.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health Literacy, Nausea, Vomiting, Pregnancy,

► **Citation:** Kamali Z, Abedian Z, Sabermohamad A, mohebidehnavi Z. The Study of health literacy in pregnant women with nausea and vomiting . *Journal of Health Literacy*. Summer 2017; 2(2): 96-106.

Zahra Kamali

* MSC in Midwifery, Department of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author)
Email: Kamaliz921@mums.ac.ir.

Zahra Abedian

Lecturer, Evidence-Based Care Research Center, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Ala sabermohamad

MSC in Midwifery, Department of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Zahra mohebidehnavi

Lecturer, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran.

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.jhl.2.1.12

بررسی سواد سلامت در زنان با تهوع و استفراغ بارداری

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت عبارت است از میزان ظرفیت فرد برای کسب و تفسیر اطلاعات. تهوع و استفراغ بارداری، شایعترین عارضه پزشکی در سه ماهه اول بارداری، می‌تواند برای زن باردار و خانواده وی تنش‌زا باشد. از طرفی نقش مهم سواد سلامت در درک مخاطرات قبل از تولد توسط مادران باردار، این مطالعه با هدف "تعیین سواد سلامت در زنان با تهوع و استفراغ بارداری" انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه ای مقطعی، بر روی ۱۰۰ نفر از زنان با تهوع و استفراغ بارداری و مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهرستان نیشابور در سال ۱۳۹۵، به شیوه نمونه‌گیری آسان، انجام شد. ابزار گرده اوری داده‌ها، نسخه کوتاه پرسشنامه سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان STOFHLA و پرسشنامه تعدیل شده کمی تهوع و استفراغ بارداری modified-PUQE بود که بعد از تایید روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: طبق یافته‌های پرسشنامه میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۵/۸ سال بود. ۸۱/۷۰٪ خانه دار، ۲۱/۷۰٪ زیر دیپلم و ۴۷٪ دارای سطح درآمد متوسط بودند. ۴۵/۸٪ سواد سلامت ناکافی، ۳۵/۶٪ سواد سلامت مرزی و ۱۸/۶٪ سواد سلامت کافی داشتند. براساس آزمون آماری کای دو میان سواد سلامت با سالیهای تحصیل افراد و سن ارتباطی معنی دار مشاهده شد ($p < 0/05$). آزمون آماری پیرسون نیز، ارتباط معنی داری را بین سواد سلامت و شدت تهوع و استفراغ نشان داد ($p < 0/001$). همچنین کارکنان بهداشتی (۷۷/۱۰٪)، مهمترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی برای پاسخگویان بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: بیش از نیمی از افراد تحت مطالعه، سواد سلامت ناکافی یا مرزی داشتند. از طرفی ادراک مادران از خطر، ممکن است بر اشتیاق آنها برای پیروی از توصیه‌های دوران بارداری تأثیر بگذارد. لذا بایستی سواد سلامت را به خصوص در زنان باردار با سطح تحصیلات پایین تر و حالت تهوع شدیدتر مورد توجه قرار داد.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، تهوع، استفراغ، بارداری.

زهرا کمالی

* دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)
Kamaliz921@mums.ac.ir

زهرا عابدیان

مری گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

آلا صابرمحمد

دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

زهرا محبی دهنوی

مری گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان - ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

◀ **استناد:** کمالی ز، عابدیان ز، صابرمحمد آ، محبی دهنوی ز. بررسی سواد سلامت در زنان با تهوع و استفراغ بارداری. *فصلنامه سواد سلامت*. تابستان ۱۳۹۶؛ ۲(۲): ۹۶-۱۰۶

مقدمه

تهوع و استفراغ بارداری شایعترین عارضه پزشکی در سه ماهه اول بارداری است (۱،۲). حدود ۵۰ تا ۹۰ زنان در طول دوران بارداریشان تهوع و استفراغ بارداری را تجربه می‌کنند (۳-۴). تهوع و استفراغ بارداری شامل طیف وسیعی از اختلالات خفیف تا شدید گوارشی است که در اکثر موارد خفیف می‌باشد (۵) و اثرات سوء، روی جسم و روان دارد. اثرات جسمی شامل عدم مصرف مواد غذایی به اندازه کافی که این عامل موجب سوء تغذیه، کم آبی، اختلالات الکترولیتی، خستگی و ضعف می‌شود. اثرات روانی آن شامل؛ اضطراب، افسردگی و ترس می‌باشد (۶).

هر چند تهوع و استفراغ، عارضه شایع بارداری است و در اغلب موارد خود به خود خوب می‌شود ولی به علت مشکلات فراوانی که پیش از این ذکر شد، از دیر باز مورد توجه دانشمندان بوده است و تحقیقات مختلفی در زمینه شناسایی عوامل مرتبط، کشف علت و راه‌های درمانی آن انجام شده است (۷).

البته درک اطلاعات جدید بهداشتی نیازمند مهارت بالایی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم‌گیری می‌باشد (۸). تجربیات جهانی گویای این مطلب است که عواملی مثل (توسعه اقتصادی، ارتقاء سطح آموزش و سواد و بهبود خدمات اجتماعی)، تأثیر مثبتی بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد داشت (۹). همچنین دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مسایل بهداشتی و بیماری، فاکتور مهم و تعیین کننده سلامتی است. انتظار می‌رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی از این گونه اطلاعات استفاده نمایند. این نقش فعال بیماران، نیازمند دارا بودن سطح بالایی از سواد سلامت می‌باشد (۱۰).

سواد سلامتی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی بکارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سالهای تحصیل بر نمی‌گردد (۱۱).

هم اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسأله و بحث جهانی

در قرن ۲۱ معرفی شده است (۱۲). تحقیقاتی در امریکا نشان داد که افراد با سطح سواد سلامتی پایین، دانش پایین تری نسبت به سلامتیشان داشتند (۱۳) و مرگ و میر در آنها بالاتر بود (۱۴). یک بررسی سیستماتیک توسط اورلو و همکارانش^۱ در آمریکای شمالی در زمینه سواد سلامت، نشان داد که حدود ۲۶ درصد از افراد به طور کلی دارای سواد سلامت پایین و ۲۰ درصد سطح سواد سلامتی مرزی داشتند (۱۲). در ایران نیز براساس مطالعه‌ای در پنج استان، ۲۸/۱ درصد شرکت کنندگان، سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد، سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند (۱۵).

اگر چه هنوز به درستی معلوم نیست که سواد سلامت تا چه حد بر نتایج سلامتی تأثیرگذار است، اما دلایل زیادی حاکی از آن است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است (۸).

سواد سلامت، عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و کودکانشان محسوب می‌شود. بدون درک کافی از اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی، برای یک زن، مشکل یا غیر ممکن خواهد بود که تصمیم‌گیری‌های آگاهانه منجر به پیامدهای مطلوب سلامت، برای خود و خانواده اش داشته باشد (۱۷).

سواد سلامت مادران به دو دلیل نگرانی مهمی است: اول اینکه حاملگی ممکن است اولین مواجهه یک زن با سیستم بهداشتی-درمانی باشد؛ حرکت در این سیستم پیچیده برای اولین بار، حتی با مهارت‌های سواد کافی می‌تواند کاری ترسناک باشد؛ در حالیکه زنان با سواد پایین بطور قابل توجهی مشکلات بیشتری را در خصوص یادگیری اطلاعات جدید و دنبال کردن راهنمایی‌ها، تجربه می‌کنند؛ دومین دلیل، آن است که وضعیت سلامت یک زن و درک وی از اطلاعات سلامت، قبل از بارداری، حین بارداری و در طول سالهای رشد و تکامل، به طور مستقیم بر کودک تأثیر می‌گذارد (۱۸). باتوجه به اهمیت نقش سواد سلامت بر ارتقای

1. Orlow

خارج می‌شد؛ مرکز مورد نظر انتخاب می‌گردید. سپس مادران بارداری که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به شیوه نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: تهوع و استفراغ خفیف یا متوسط براساس پرسشنامه کمی تعدیل شده ی ویژه تهوع و استفراغ، سن بارداری بین ۶-۱۲ هفته، نخست باردار، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده بهداشتی برای مراقبت‌های دوران بارداری، نداشتن بیماری زمینه‌ای، در معرض خطر نبودن بارداری و رضایت شرکت در مطالعه بود.

در این مطالعه ابزارهای پژوهش شامل فرم مشخصات کلی واحد پژوهش، پرسشنامه کوتاه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان^۱ و پرسشنامه تعدیل شده ی کمی ویژه تهوع و استفراغ بارداری^۲ توسط واحدهای پژوهش، تکمیل گردید.

پرسشنامه تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ کمی بارداری شامل سه سوال پنج گزینه ای می‌باشد و به صورت ویژه برای سنجش تهوع و استفراغ واق زدن در طی یک روز از ابتدای بارداری بکار می‌رود. شدت تهوع و استفراغ تا نمره شش تهوع و استفراغ خفیف، نمره ۷-۱۲ متوسط و نمره ≤ 13 تهوع و استفراغ شدید می‌باشد. روایی پرسشنامه تعدیل شده کمی ویژه تهوع و استفراغ در بارداری توسط لاکاسه و همکاران (۲۰۰۸) با پرسشنامه کمی ویژه تهوع و استفراغ در بارداری به روش روایی معیار تعیین شده و با ضریب همبستگی ($r=0/71$) مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱). و جهت پایایی آن در مطالعه عباس زاده و همکاران از روش هم ارز استفاده شد که ضریب پایایی ($r=0/95$) به دست آمد (۲۲) در مطالعه حاضر نیز برای تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوی و پایایی ابزار به روش آلفا کرونباخ با $\alpha=0/73$ مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه کوتاه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان از رایج ترین و جامع ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در زمینه

سلامت جامعه، انجام مطالعاتی در این زمینه نیاز به توجه ویژه ای دارد (۱۹).

بطوریکه در مطالعه راشد و همکاران در عربستان سعودی (۲۰۰۳)، زنانی که سواد سلامت پایین تری داشتند، بعلت آگاهی کمتر نسبت به تغییرات رژیم تغذیه ای در اوایل بارداری، تهوع و استفراغ بارداری در آنان، بالاتر گزارش شد (۲۰).

همچنین سواد سلامت، اهمیت بسیاری در درک مخاطرات قبل از تولد توسط مادران باردار دارد. ادراک مادران از خطر، ممکن است بر اشتیاق آنها برای پیروی از توصیه‌های دوران بارداری تأثیر بگذارد. اگر بیماران ناآگاه باقی بمانند یا عوامل مخاطره آمیز شناخته شده طبی را، دست کم بگیرند، نمیتوان چندان انتظار داشت که بیماران مخاطرات قابل اصلاح را تعدیل، یا از توصیه‌های دوران بارداری پیروی کنند (۱۶). با توجه به اهمیت روزافزون سواد سلامت در بهبود و ارتقای سلامت جامعه (۱۵) و اهمیت سواد سلامت مادران در سلامت خود و کودکانشان (۱۸)؛ این مطالعه با هدف «تعیین سواد سلامت زنان با تهوع و استفراغ بارداری» انجام گرفت. تا نتایج حاصل از این پژوهش بتواند در طراحی برنامه های آموزشی متناسب با نیازهای مادران باردار استفاده شود.

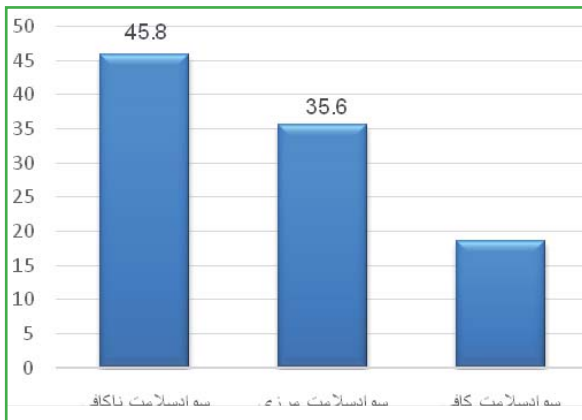
مواد و روش‌ها

این یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی بود. جامعه پژوهش شامل ۱۰۰ زن مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری و مراجعه کننده به مراکز بهداشتی اصلی و مهم در سطح شهرستان نیشابور، واقع در ۳ منطقه جغرافیایی مختلف در سال ۱۳۹۴ بودند.

در ابتدا بصورت خوشه ای مراکز بهداشتی مورد مطالعه انتخاب شدند. بدین صورت که لیست تمام مراکز بهداشتی شهرستان نیشابور، تهیه شد. آنگاه مراکز بهداشتی در سه منطقه از شهرستان با موقعیت جغرافیایی متفاوت را انتخاب کرده و اسم مراکز را بصورت جداگانه در برگه ای نوشته و داخل سه نایلون ، انداخته شد. سپس بصورت تصادفی هر برگه ای که از نایلون

1. STOFHLA= (Short Test Of Functional Health Literacy in Adults)
2. modified-PUQE(Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea)

آماري پيرسون (جدول ۳)، بين نمره سواد سلامت و نمره شدت تهوع و استفراغ ارتباط معنی داری مشاهده گردید. ($p < 0/001$) این مطالعه همچنین نشان داد که، کارکنان بهداشتی ($70/77\%$)، مهمترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی برای پاسخگویان بوده اند.



نمودار ۱. توزیع سواد سلامت زنان با حالت تهوع و استفراغ بارداری

جدول ۱. سواد سلامت افراد مورد مطالعه به تفکیک مرکز بهداشت، گروه سنی، سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه و شغل

سواد سلامت			نام متغیر
ناکافی (۰-۱۶)	مرزی (۱۷-۲۳)	کافی (۲۴-۳۶)	
درصد	درصد	درصد	
			گروه سنی (سال)
۸۳/۳۰	۱۱/۱۰	۵/۶۰	۲۳-۱۸
۱۳/۸۰	۵۵/۲۰	۱۳	۲۹-۲۴
۶۶/۷۰	۲۵	۸/۳۰	۳۵-۳۰
			سطح تحصیلات
۵۸/۳۰	۳۳/۳۰	۸/۳۰	زیر دیپلم
۶۶/۷۰	۱۹	۱۴/۳۰	دیپلم
۲۳/۱۰	۵۰	۲۶/۹۰	دانشگاهی
			وضعیت درآمد ماهیانه
۸۰	۲۰	۰	ضعیف
۴۵/۷۰	۳۹/۱۰	۱۵/۲۰	متوسط
۲۵	۲۵	۵۰	عالی
			شغل
۵۲/۱۰	۳۱/۲۰	۱۶/۷۰	خانه دار
۲۰	۶۰	۲۰	کارمند

اندازه گیری سواد سلامت است. فرم خلاصه شده این پرسشنامه به دلیل کمتر بودن زمان تکمیل آن (۷ دقیقه در مقابل ۲۲ دقیقه) ، کاربردی تر بنظر می رسد (۲۳) و دارای یک بخش خواندن با ۳۶ سوال است. طهرانی و همکاران روایی و پایایی این آزمون را برای جامعه ایرانی تأیید کرده اند (۱۱-ENREF_۱۱) در پژوهش حاضر نیز با روش آلفای کرونباخ ، پایایی آن $\alpha = 0/76$ بدست آمد.

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی مربوط به پژوهش های انسانی شامل: کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه، ارائه معرفی نامه به مراکز آموزشی- درمانی و بهداشتی مربوطه، ارائه توضیحات کافی به واحدهای پژوهش جهت جلب رضایت آگاهانه، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در زمینه محرمانه باقیماندن اطلاعات و ارائه آنها به صورت کلی، رعایت شد. واز کلیه نمونه های مورد پژوهش رضایت نامه کتبی گرفته شد.

در انتها پس از تکمیل پرسشنامه ها، دادهای اخذ شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شدو مورد تجزیه و تحلیل و آنالیز تست های آماری با استفاده از آزمونهای توصیفی و تحلیلی مانند آزمون کای اسکور و پیرسون قرار گرفت. در تمام آزمون های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری $\alpha = 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

طبق یافته های پرسشنامه میانگین سنی شرکت کنندگان $25/8$ سال بود. $81/70\%$ خانه دار، $21/70\%$ زیر دیپلم و 47% دارای سطح درآمد متوسط بودند (جدول ۱). هیچ یک از نمونه ها سیگار و یا هر مخدر دیگری مصرف نمی کردند. $45/80\%$ زنان با تهوع و استفراغ بارداری، سواد سلامت ناکافی، $35/60\%$ سواد سلامت مرزی و $18/60\%$ سواد سلامتی کافی داشتند (نمودار ۱).

طبق یافته های این تحقیق (جدول ۲) براساس آزمون آماری کای دو، میان سواد سلامت با سالهای تحصیل افراد ($p < 0/05$) و سن ($p < 0/001$) ارتباطی معنی دار مشاهده شد. و طبق آزمون

جدول ۲. ارتباط بین نمره سواد سلامت با شغل، سطح تحصیلات مادر، درآمد، محل دریافت خدمت و سن

سن		محل دریافت خدمت		درآمد		سطح تحصیلات مادر		شغل		نام متغیر
P value	χ^2	P value	χ^2	P value	χ^2	P value	χ^2	P value	χ^2	
۰/۰۰۱	۲۴/۴۳۴	۰/۰۹۳	۷/۹۴۸	۰/۰۸۳	۸/۲۳۱	۰/۰۳۵	۱۰/۳۴۶	۰/۰۸۲	۸/۲۷۲	سواد سلامت

*آزمون کای اسکویر

جدول ۳. ارتباط بین نمره سواد سلامت با شدت تهوع و استفراغ

شدت تهوع و استفراغ بارداری		متغیر
سطح معنی داری	ضریب همبستگی پیرسون	سواد سلامت
P=۰/۰۰۱	-۰/۴۸۴	

بحث و نتیجه گیری

به رغم اهمیت روزافزون سواد سلامت در بهبود و ارتقای سلامت جامعه، و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف، دارد (۲۴). این مطالعه، اولین بررسی سواد سلامت عملکردی در زنان با تهوع و استفراغ بارداری و با استفاده از آزمون کوتاه سواد سلامت عملکردی در بالغان؛ می باشد. مطالعه حاضر نشان داد که حدود نیمی از افراد تحت مطالعه، سواد سلامت ناکافی یا مرزی داشتند. بطوریکه در مطالعه حاضر ۴۵٫۸٪ زنان با تهوع و استفراغ بارداری، سواد سلامت ناکافی، ۳۵٫۶٪ سواد سلامت مرزی و ۱۸٫۶٪ سواد سلامت کافی داشتند.

نتایج این مطالعه با مطالعه اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۲)، که بر روی ۲۸۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کرمان انجام شد، همخوانی دارد؛ در این پژوهش ۲۴٪ زنان باردار از سواد سلامت کافی برخوردار بودند که علت همخوانی با پژوهش حاضر شاید بعلافت مشابه بودن متغیرهای دموگرافیک دو مطالعه باشد (۲۵). اما در مطالعات دیگر صورت گرفته در میان زنان باردار دیابتی و مادران پس از زایمان، میزان سواد سلامت کافی، بالاتر از یافته‌های این مطالعه بود (بین ۵۶/۳ تا ۸۰ درصد)، که شاید به دلیل بالاتر بودن سطح تحصیلات شرکت کنندگان در آن بررسی ها بوده است (۲۴-۲۶-۲۷-۲۸). در مطالعه قنبری (۱۳۹۰)، ۴۵/۴۰٪ از زنان باردار از سواد سلامت

کافی برخوردار بودند (۲۹)؛ همچنین در مطالعه نکویی مقدم ۶۰٪ افراد سواد سلامت کافی داشتند (۱۵). این مقایسه نشان می‌دهد که درصد کمی از زنان باردار شهرستان نیشابور دارای سواد سلامت کافی هستند. هرچند بهتر است این نتیجه با احتیاط تفسیر شود چرا که افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند، از مطالعه خارج شدند و این امکان وجود دارد که این افراد از سطح سواد سلامت بالاتری برخوردار باشند. مطالعه‌ای نیز بر روی ۸۲۴ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در سبیری انجام شد، و نشان داد که ۴۴ درصد از زنان سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۳۰)؛ که شاید بتوان علت عدم هم خوانی نتیجه این مطالعه با پژوهش‌های مشابه دیگر را با مطالعه حاضر، در اختلاف ابزار سنجش، جامعه پژوهش، نحوه ی اجرا، مصاحبه، مکان و زمان انجام مطالعه دانست. نتایج پژوهش جوادزاده و همکاران در بررسی سواد سلامت بزرگسالان شهر اصفهان نیز نشان داد بیش از ۵۰ درصد از افراد، سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۱۰).

نتایج مطالعات مختلف در دیگر کشورهای دنیا نیز به طور کلی طیف گسترده‌ای از سواد سلامتی ناکافی را نشان می‌دهد. به عنوان مثال در یک بررسی سیستماتیک که توسط دکتر اورلو و همکارانش در آمریکای شمالی بر روی ۸۵ مطالعه در زمینه سواد سلامت و با استفاده از ابزارهای گوناگون انجام شده است، حدود ۴۶ درصد از افراد به طور کلی سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند (۳۱). همچنین، مطالعه‌ای که در کشور برزیل روی ۳۱۲ بزرگسال با استفاده از نسخه کوتاه پرسشنامه TOFHELA انجام شد، بیش از ۳۲ درصد از افراد سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند (۳۲). واگنر^۱ و همکاران سواد سلامت ناکافی و مرزی را

1. (Wagner)

در بالغین انگلستان ۱۱/۴ درصد گزارش نموده اند (۳۳). نتایج تنها مطالعه پیمایشی انجام شده در پنج استان کشور، میزان سواد سلامت کافی در زنان تحت بررسی را بسیار پایین تر گزارش کرده بود (۲۸)، که این تفاوت، شاید به دلیل آن است که مطالعه حاضر، روی مراجعان مراکز بهداشتی - درمانی انجام شده است. گفته می شود که افراد دارای مهارتهای ضعیف سواد سلامت، آگاهی کمتری درباره سلامت دارند و کمتر خدمات پیشگیری را دریافت می کنند (۳۴). همچنین افراد نمونه های مورد مطالعه حاضر سطح تحصیلات بالاتری نسبت به نمونه های مورد مطالعه انجام شده در ۵ استان داشتند. پژوهش رئیسی نیز سواد سلامت در ایران را پایین گزارش کرده است (۸).

همچنین یافته های این مطالعه ارتباط معنی داری را میان نمره سواد سلامت با نمره شدت تهوع و استفراغ بارداری، نشان داد. بدین صورت که زنانیکه سواد سلامت پایین تری داشتند، بیشتر مبتلا به تهوع و استفراغ بارداری بودند. در راستای نتایج این پژوهش، راشد و همکاران در عربستان سعودی، گزارش نمودند که ۵۵/۱۰٪ از زنان با تهوع و استفراغ شدید، سواد سلامت ناکافی داشتند (۲۰). در پژوهش راشد علت آن بدین صورت ذکر شده بود که افراد با سواد سلامت پایین تر، آگاهی کمتری نسبت به تغییرات رژیم تغذیه ای در اوایل بارداری داشته و در نتیجه تهوع و استفراغ بارداری بالاتر بود. در مطالعه حاضر نیز افراد با سواد سلامت پایین تر آگاهی کمتری جهت تغییرات رژیم تغذیه ای داشتند؛ و خدمات ارائه شده از سوی کارکنان بهداشتی برای کاهش تهوع و استفراغ را کمتر درک می کردند. این توصیه ها براساس ارائه خدمات مراقبتی معمول در زمینه تهوع و استفراغ بارداری طبق پروتکل کشوری مندرج در کتابچه «برنامه کشوری مادران ایمن، مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران» انجام می شد. و شامل توصیه هایی جهت کاهش تهوع و استفراغ، مانند حمایت روانی، مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای بودار، تند وادویه دار، داغ و چرب، استفاده از غذاهای ملایم و سرد، استفاده از دم کرده

زنجبیل یا بوئیدن زنجبیل و پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از خواب بود (۴۹).

همچنین یافته های این مطالعه ارتباط معنی داری را میان سواد سلامت با سن، نشان داد. به ویژه با افزایش سن افراد تحت مطالعه به بالای ۳۰ سال، سواد سلامت ناکافی به طوری چشمگیر افزایش یافته است. با افزایش سن، کاستی هایی در سواد افراد در نتیجه کاهش عملکرد شناختی، فاصله گرفتن از سالهای تحصیل رسمی و کاهش توانایی های حسی به وجود می آید (۳۵). در بیشتر مطالعات، ارتباط منفی میان سن و سطح سواد سلامت گزارش شده است (۲۹-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰)؛ به طوریکه با افزایش سن، سواد سلامت ناکافی نیز افزایش می یابد. اما مطالعات مک لافلین و همکاران (۲۰۰۹) و اندرس و همکاران (۲۰۰۴)، بر روی زنان باردار دیابتی ارتباطی معنی داری را میان سن و سواد سلامت در زنان باردار تحت بررسی نیافتند (۲۴-۲۸). شاید بدلیل تفاوت جامعه مورد پژوهش بوده است. همچنین هیروناکا و همکاران نیز، ارتباطی معنی دار بین سن و سواد سلامت در مراقبان کودکان ۵ تا ۷ ماهه تحت بررسی مشاهده نکردند (۴۱).

همچنین یافته های این مطالعه ارتباط معنی داری را میان سواد سلامت با تحصیلات، نشان داد. این ارتباط در بسیاری از مطالعات انجام شده چه به صورت پژوهشهای موردی، مروری یا ملی مشاهده شده است (۲۹-۴۳-۴۲-۳۷-۳۸-۲۸-۴۰). به طوری که سطح پایین سواد سلامت در افراد با تحصیلات کمتر بیشتر است. این نتایج در مطالعات دیگر نیز گزارش شد (۲۸-۲۴-۴۴). طی آخرین مرور سیستماتیک درخصوص سواد سلامت که آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت های بهداشتی^۱ در سال ۲۰۱۱ انجام داد، گزارش شده که پایین بودن سطح سواد سلامت، در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند، بارزتر است؛ براساس این گزارش، سالهای تحصیل، پیش بینی کننده ای قوی در سواد سلامت به شمار می روند. در مطالعه ملی سواد

1. (Agency for Healthcare Research- & Quality: AHRQ)

درمانی و پس از آن تلویزیون و رادیو، مهمترین منبع کسب اطاعات سلامت برای پاسخگویان بوده است (۴۶). اما در مطالعه قنبری و همکاران، تلویزیون و پس از آن، کارکنان بهداشتی، مهمترین منبع کسب اطاعات بهداشتی برای پاسخگویان بوده اند (۲۹). در مطالعه داوونی و زان (۲۰۰۸) ۵۷ درصد شرکت کنندگان، به طور معمول، اطاعات بهداشتی مورد نیاز خود را از پزشکان و ۲۵/۴۰ درصد، از مراکز بهداشتی کسب کرده بودند (۴۰). در مطالعه ای ۹۷ درصد سالمندان، تلویزیون را اولین منبع کسب اطاعات بهداشتی معرفی کردند. بیماران کم سواد اغلب به دنبال کسب اطاعات از منابع غیر از مواد چاپی مانند تلویزیون، رادیو، دوستان و خانواده هستند (۴۷).

نتایج مطالعه حاضر، نقش مهم کارکنان بهداشتی را در تامین اطاعات سلامت جمعیت نشان می‌دهد. افراد برای تصمیم‌گیری مناسب در خصوص سلامت باید بتوانند اطاعات کافی را که در محیط‌های اختصاصی سلامت به آنها ارائه میشوند، درک و از آنها استفاده نمایند. ارائه دهندگان خدمات باید از توانایی‌های بیماران برای پردازش اطاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای بیماری خودآگاه باشند، همچنین باید بتوانند اطاعات را به بیماران با سطح سواد سلامت مختلف منتقل کنند (۴۸).

یافته‌های این مطالعه ارتباط معنی داری میان سواد سلامت با وضعیت اقتصادی نشان نداد. برخلاف نتایج مطالعه ما، در مطالعات دیگر سطح سواد سلامت با وضعیت اقتصادی رابطه معنی داری داشت (۲۹). در مطالعه پیمایشی ۵ استان نیز به این نتیجه رسیدند که هر چه وضعیت اقتصادی - اجتماعی افراد بالاتر باشد، میانگین سواد سلامت نیز بیشتر میشود (۱۱). شاید پایین تر بودن سواد سلامت در زنان با سطح درآمد کمتر، به طور عمده به پایینتر بودن سطح تحصیلات در این گروه‌ها مربوط بوده باشد. در پژوهش حاضر، نمونه‌های پژوهش به صورت نمونه‌گیری

آسان وارد مطالعه شدند و چون تمایل به شرکت در مطالعه به عنوان معیار ورود در نظر گرفته شده بود، این احتمال وجود داشت که زنانی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، از سطح سواد

سلامت آمریکا بیش از سه چهارم افرادی که دبیرستان را تمام نکرده بودند امتیاز سواد سلامت کمتر از حد پایه یا در حد پایه، داشتند؛ درحالی‌که این میزان در افراد دارای تحصیلات چهار ساله دانشگاهی، ۱۳ درصد بود (۳۱). ساندروزو همکاران نیز، در مطالعه ای مروری مطرح کردند که تحصیلات ۶۶ درصد افراد با سواد سلامت محدود در حد دیپلم یا بالاتر بوده است (۴۵).

در مطالعه حاضر، میان سواد سلامت و شغل افراد ارتباطی معنی دار مشاهده نشد. کم بودن تعداد افراد شاغل در نمونه مورد مطالعه ممکن است از دلایل معنی دار نشدن این ارتباط باشد. در مطالعه قنبری (۱۳۸۹) نیز این ارتباط معنی دار نبود (۲۹). در مطالعه طهرانی و همکاران (۱۳۸۶)، میان نمرات خام سواد سلامت و شغل، ارتباطی معنی دار وجود داشته که بعد از حذف اثر مخدوش‌کنندگی سایر عوامل، دیگر این ارتباط، معنی دار نبود (۱۱). اما در مطالعه ایزدی راد، افراد شاغل سواد سلامت بالاتری داشتند؛ که شاید بعلافت تفاوت جامعه آماری دو مطالعه باشد (۴۶).

همچنین در پژوهش حاضر، سواد سلامت ارتباط معناداری با محل دریافت مراقبت بارداری نداشت؛ اما در مطالعه قنبری این ارتباط معنی دار بود (۲۹)؛ و نویسنده علت را چنین بیان نموده بود که در برخی مناطق نمونه‌گیری، افراد مورد پژوهش به مشاغل کارگری یا سرایداری مشغول اند به طوری‌که در برخی از مراکز این منطقه به هنگام جمع‌آوری داده‌ها، حتی یک پرونده باردار هم وجود نداشت؛ و برخی مناطق دیگر بیشتر از خدمات بخش خصوصی استفاده می‌کردند. اما شهرستان نیشابور کوچک بوده و حالت حاشیه‌ای ندارد و تمام افراد مورد پژوهش پرونده بهداشتی داشتند. در مطالعه نکویی مقدم نیز کسانی‌که به بیش از دو مرکز مراجعه کرده بودند از سواد سلامت بالاتری برخوردار بودند (۱۵).

این مطالعه همچنین نشان داد که کارکنان بهداشتی (۷۱/۷۰٪)، مهمترین منبع کسب اطاعات بهداشتی برای پاسخگویان بوده اند. در مطالعه ایزدی راد و همکاران نیز کارکنان بهداشتی

از طرفی سواد سلامت محدود می‌تواند مانع از درک صحیح پیامها و توصیه‌های بهداشتی شود، ضروری است که کارکنان بهداشتی از روشهای مؤثر انتقال اطلاعات برای این افراد استفاده کنند؛ و تدوین برنامه‌های آموزشی ساده و قابل فهم جهت افراد با سواد سلامت ناکافی، ضروری به نظر میرسد.

سیاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد باکد ۹۳۰۷۷۸ و باکد اخلاق IR.MUMS.REC.1394.432 می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مراکز بهداشتی درمانی تابعه نیشابور و واحد های پژوهش، در این مطالعه اعلام می‌دارند.

References:

1. Piwko C, Koren G, Babashov V, Vicente C, Einarson TR. Economic burden of nausea and vomiting of pregnancy in the USA. *Journal of population therapeutics and clinical pharmacology= Journal de la therapeutique des populations et de la pharamcologie clinique*. 2012 Dec;20(2):e149-60.
2. Chan OK, Sahota DS, Leung TY, Chan LW, Fung TY, Lau TK. Nausea and vomiting in health-related quality of life among Chinese pregnant women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010 Dec 1;50(6):512-8.
3. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Berard A. Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2008 Nov 1;115(12):1484-93.
4. Lacasse A, Bérard A. Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire. *Health and quality of life outcomes*. 2008 May 9;6(1):1.
5. Joibari L, Sanago A, Chehre gosha M. quality of life for Nausea and vomiting of women pregnancy. *Magzine Ghom University Of Medical Siensces* 2013;2(6):94-88. [Full Text in Persian].
6. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Tehrani H, Zarei F. Explanation of unwanted pregnancy from the perspective of family planning service providers: An exploratory study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(12):18-26.
7. Soltani AZ, Kajuri MD, Safavi SH, Hosseini FA. Frequency and severity of nausea and vomiting in pregnancy and the related factors among pregnant women. *Iran Journal of*

سلامت پایین تری برخوردار باشند. همچنین از آنجا که مطالعه حاضر در گروه زنان انجام شد، یافته‌های به دست آمده قابل تعمیم به سایر گروه‌ها نمی‌باشد. پرسشنامه استفاده شده نیز، فقط دارای یک بخش خواندن بود. که این موارد از محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌آیند. همچنین زنان با تهوع و استفراغ شدید از مطالعه خارج می‌شدند که پیشنهاد می‌گردد: سواد سلامت زنان با تهوع و استفراغ شدید بارداری نیز، مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از زنان با تهوع و استفراغ بارداری، سواد سلامت مرزی و ناکافی داشتند، با توجه به اهمیت سواد سلامت مادران در سلامت خود و کودکانشان، بایستی سواد سلامت را به خصوص در زنان باردار با سطح تحصیلات پایین تر و حالت تهوع شدیدتر، مورد توجه قرار داد.

- Nursing. 2007 May;19(48):95-102.
8. Raeisi M, Mostafavi F, Hasnzadeh A, Sharifirad GH. Related to Health Literacy with condition general health and behavior health in elderly population of Isfahan, Iran. *Issue reasercher health system* 2011;2(4):7. [Persian]
9. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Journal of Hospital*. 2012 Oct 15;11(3):45-52.(Persian)
10. Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults of Isfahan. *Iran. J Health Syst Res*. 2013;9(5):540-9. [Full Text in Persian].
- 11- Tavasoli Z, Nava F. The relationship between health literacy and marital satisfaction and quality of life of married women aged 30 to 40 in Mashhad. *Journal of Health Literacy*. 2017;2(1):31-8.
- 12- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014 Mar 1;23:134-43.(Persian)
13. Williams J. The Skills for Life survey: A national needs and impact survey of literacy, numeracy and ICT skills. *The Stationery Office*; 2003. Contract No.: Document Number].
14. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, Rosano C, Rooks RN, Rubin SM, Ayonayon HN, Yaffe K. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006 May 1;54(5):770-6.
- 15- Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi

- M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Tolue Behdasht Journal*. 2012;11(14):123-34. [Full Text in Persian].
- 16- Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, Tavassoli E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013 Feb 15;19(104):10-9.. [Full Text in Persian].
 17. Deuchar N. Nausea and vomiting in pregnancy: a review of the problem with particular regard to psychological and social aspect. *Br J Obstet Gynecol*;1995. 102: 6-8.
 18. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, and Goodwin TM: Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. *J Perinatol*. Jan 2011; 31(1): 10–20. doi: 10.1038/jp.2010.54 PubMed Abstract | Publisher Full Text
 19. Shishehgar F, Payman A. Association of vomiting in pregnancy with body mass index and quality of life. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2010 Jan 15;13(4):270-6. [Full Text in Persian].
 20. Rasheed P, Al-Sowielem LS. Health education needs for pregnancy: A study among women attending primary health centers. *Journal of family & community medicine*. 2003 Jan;10(1):31.
 21. Lacasse A RE, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008 Jan 31;198(1):71-e1. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.05.051>.
 22. Abedian Z, Abbaszadeh N, Latif NR, Shakeri MT. The Effect of Telephone Support On The Severity Of Nausea and Vomiting In The First Trimester of Pregnancy In The Primiparous Women. *iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility* 2014 : 17 (118); 18 - 29.
 23. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*. 2010:cyp068.
 24. McLaughlin RA. Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting (Doctoral dissertation, The University of Tennessee). 2009.
 25. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Saberi anari SH, Sadeghi A, Saber M, Taheri G, Hosseini SH, Rezazadeh J. Study of health literacy level of women referring to health centers-2010. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2013;5:1079. [Persian].
 26. Pati S, Feemster KA, Mohamad Z, Fiks A, Grundmeier R, Cnaan A. Maternal health literacy and late initiation of immunizations among an inner-city birth cohort. *Maternal and child health journal*. 2011 Apr 1;15(3):386-94.
 27. Pati S, Mohamad Z, Cnaan A, Kavanagh J, Shea JA. Influence of Maternal Health Literacy on Child Participation in Social Welfare Programs: The Philadelphia Experience. *Am J Public Health* 2010;(100):1662–1665.
 28. Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*. 2004 Feb 1;27(2):331-4.
 29. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar*. 2012 Mar 15;19(97):1-2. [Persian]
 30. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia?. *Patient education and counseling*. 2012 Oct 31;89(1):209-12.
 31. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2005 Feb 1;20(2):175-84.
 32. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, Formigoni AP, Frota N, Guariglia C, Jacinto AF, Kato EM. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Aug;43(4):631-8.
 33. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of epidemiology and community health*. 2007 Dec 1;61(12):1086-90.
 34. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health promotion international*. 2009 Sep 1;24(3):285-96.
 35. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*. 2005 Aug 1;72(3):463-8.
 36. Artinian NT, Lange MP, Templin T, Stallwood LG, Hermann CE. Functional health literacy in an urban primary care clinic. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 2003;5(2). Available at: <http://www.ispub.com>.
 37. Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson T, Bonito AJ. Literacy and health outcomes: summary.
 38. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, Formigoni AP, Frota N, Guariglia C, Jacinto AF, Kato EM. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Aug;43(4):631-8.
 39. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*. 2009 May 19:fdp049.
 40. La Vonne AD, Zun LS. Assessing adult health literacy in

- urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association*. 2008 Nov 30;100(11):1304-8.
41. Hironaka LK, Paasche-Orlow MK, Young RL, Bauchner H, Geltman PL. Caregiver health literacy and adherence to a daily multi-vitamin with iron regimen in infants. *Patient education and counseling*. 2009 Jun 30;75(3):376-80.
 42. Parker RM, Wolf MS, Kirsch I. Preparing for an epidemic of limited health literacy: Weathering the perfect storm. *Journal of General Internal Medicine*. 2008 Aug 1;23(8):1273-6.
 43. North Carolina). Research Triangle Institute. Evidence-based Practice Center North Carolina Central University (Durham, Berkman ND. Health literacy interventions and outcomes an updated systematic review. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011 Mar.
 44. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2009 Sep 1;38(5):601-12.
 45. Sanders LM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and child health: a systematic review. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2009 Feb 2;163(2):131-40.
 46. Izadirad H, Zareban I. The Relationship between Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and Health Services Utilization in the Region of Baluchistan, Sistan and Baluchestan Province. *Journal of Education And Community Health*. 2015 Dec 15;2(3):43-50.
 47. Andrus MR, Roth MT. Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2002 Mar 1;22(3):282-302..
 48. Headley AJ, Harrigan J. Using the pregnancy perception of risk questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. *Journal of the national medical association*. 2009. 1;101(10):1041.
 49. Group Authors. Country guide of Providing obstetric services in Children and mother-friendly hospitals. Tehran:Charsoye honar ;2012.