

The Relationship of Health Literacy to Quality of Life and Demographic Factors in pregnant women: A Cross-sectional Study

Mahdi Moshki

Associate Professor of Health Education & Promotion, School of Health; Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Marjan Mirzania

*. MSc student in Health Education & Promotion, School of Health; Social Development & Health Promotion Research Centre, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. (Corresponding Author) Email: m.mirzania2025@gmail.com

Akram Kharazmi

MSc in Educational Psychology, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

Received: 2017/07/18

Accepted: 2017/11/29

DOI: 10.29252/jhl.2.4.1

ABSTRACT

Background and objective: Pregnancy is one of the most critical stages in women's lives which is associated with physical, psychological, and often reduced the quality of life. Health literacy is an important element in the ability of a woman to engage in health promotion and prevention activities for herself and her children. This study aimed to determine the relationship of health literacy to the quality of life and some of the demographic factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 400 pregnant women who were referred to health centers of Gonabad city in 2016 who were selected by census method. Data were collected using demographic questionnaires, health literacy and quality of life, and analyzed by ANOVA, Chi-square, Pearson correlation and multiple regression.

Results: The mean age of pregnant women was 27.21 ± 5.4 . Total score of health literacy and their quality of life were 103.522 ± 14.507 and 72.611 ± 11.474 respectively. There was a positive and significant relationship between health literacy and quality of life. Health literacy as a predictor of the two dimensions of physical and mental health was the quality of life. Health literacy was significantly correlated with education but did not correlate with other demographic variables. Also, quality of life had a significant relationship with education level and the number of pregnancies.

Conclusion: The findings revealed that the level of health literacy and its dimensions is essential to have a better quality so staff and health authorities should have paid attention to the relationship between these two components.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health literacy, Quality of life, Pregnancy

► **Citation:** Moshki M, Mirzania M, Kharazmi A. The Relationship of Health Literacy to Quality of Life and Demographic Factors in pregnant women: A Cross-sectional Study. *Journal of Health Literacy*. Winter 2018; 2(4): 203-215 .

ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی و برخی عوامل جمعیت‌شناختی در زنان باردار: یک مطالعه مقطعی

چکیده

زمینه و هدف: بارداری از بحرانی‌ترین مراحل زندگی زنان است که با تغییرات جسمی، روانی و اغلب کاهش کیفیت زندگی همراه است. سواد سلامت عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و فرزندانش محسوب می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی و برخی عوامل جمعیت‌شناختی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی روی ۴۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه شهر گناباد در سال ۱۳۹۵ که به روش سرشماری انتخاب شدند، انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، سواد سلامت و کیفیت زندگی گردآوری و سپس با آزمون‌های آماری آنوا، کای اسکوئر، همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان باردار $27/21 \pm 5/4$ بود. نمره کلی سواد سلامت و کیفیت زندگی آنها به ترتیب $103/522 \pm 14/507$ و $72/611 \pm 11/474$ بود. بین سواد سلامت و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت. همچنین سواد سلامت به عنوان پیشگویی کننده نمره دو بعد بهداشت جسمی و بهداشت روانی کیفیت زندگی بود. سواد سلامت با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری داشت ولی با سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباطی نداشت. همچنین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات و تعداد بارداری ارتباط معنی‌داری داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش روشن ساخت که سطح سواد سلامت و ابعاد آن برای داشتن کیفیت زندگی بهتر ضروری است لذا کارکنان و مسئولین بهداشتی کشور باید به رابطه بین این دو مولفه توجه لازم را مبذول سازند.

نوع مطالعه: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، کیفیت زندگی، بارداری

مهدی مشکي

۱. دانشیار آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

مرجان میرزانيا

* دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران (نویسنده مسئول)

E-mail: m.mirzania2025@gmail.com

اکرم خوارزمي

کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، پژوهشگر مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۹/۰۸

◀ **استاد:** مشکي م، میرزانيا م، خوارزمي ا. ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی و برخی عوامل جمعیت‌شناختی در زنان باردار: یک مطالعه مقطعی. *فصلنامه سواد سلامت*. زمستان ۱۳۹۶؛ ۲(۴): ۲۰۳-۲۱۵.

دوران بارداری یکی از مهم ترین مراحل زندگی یک زن است (۱). این دوره گرچه برای اکثر زنان مسرت بخش است اما اغلب یک دوره پر از استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می آید (۲). این تغییرات فراتر از کنترل مادر است و اولین تغییراتی محسوب می شوند که آنها را هم از نظر روحی و هم از نظر جسمی آسیب پذیر می کند (۳). خستگی، تهوع، استفراغ، سردرد، بی اشتها، سوزش سردل، هموروئید و تنگی نفس از جمله عوارضی هستند که زنان باردار را درگیر می کند و می توانند توانایی یک زن را برای انجام نقش های معمول زندگی تغییر دهند و کیفیت زندگی او را تحت تاثیر قرار دهند (۴). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را چنین تعریف نموده است: «درک فرد از وضعیت زندگیش با توجه به فرهنگ و نظام های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی» (۵). این مفهوم ابعاد مختلفی دارد که بر وضعیت سلامت جسمی، وضعیت روحی-روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد تاثیر می گذارد (۶). این ابعاد در دوران بارداری قابل سنجش هستند و سنجش کیفیت زندگی در برنامه ریزی برای مراقبت مادران، نوزادان و درک و فهم ضرورت وجود این مراقبت ها برای سیاست گذاران و انجمن های مراقبت از سلامت اهمیت دارد (۷). بارداری علاوه بر ایجاد تغییرات قابل ملاحظه در وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان، می تواند باعث کاهش عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن آنها نیز شود. به این دلیل انتظار می رود که کیفیت زندگی زنان باردار نسبت به زنان هم سن و سال غیر باردار، کمتر باشد (۸). چالش اصلی بهداشت در قرن بیستم زنده ماندن بود و چالش قرن حاضر زندگی باکیفیت می باشد. بنابراین تنها طولانی تر کردن دوران زندگی مهم نیست بلکه باید توجه داشت که سال های اضافی عمر انسان در نهایت آرامش و سلامت جسمی و روانی سپری گردد و در صورتی که چنین شرایطی تامین نشود پیشرفت های علمی برای تامین زندگی

طولانی تر، بی نتیجه و مخاطره آمیز خواهد بود (۹). بسیاری از مشکلات و هزینه های روانی و اجتماعی که بیماری ها در افراد ایجاد می کنند را می توان با ارائه آموزش سواد سلامت مرتفع ساخت (۱۰). بنا بر تعریف سواد سلامت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم است (۱۱). هم اکنون سواد سلامت به عنوان یک مسأله و بحث جهانی در قرن بیست و یکم معرفی شده است. بر این اساس سازمان جهانی بهداشت به تازگی در گزارشی سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگ ترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی نموده است (۱۲). دلایل زیادی حاکی از این است که بسیاری از نتایج ناخوشایند مربوط به سلامتی در نتیجه سواد سلامت ناکافی است (۱۳) و بررسی های گوناگون در کشورهای مختلف نیز طیف گسترده ای از سواد سلامت ناکافی را نشان می دهد و تقریباً پایین بودن سواد سلامت بیش از آنچه به نظر می رسد، شایع است (۱۳). بررسی های مختلف طیف گسترده ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می دهد و تقریباً پایین بودن سواد سلامت بیش از آنچه به نظر می رسد، شایع است (۱۴). یک بررسی سیستماتیک توسط اورلو و همکارانش در آمریکای شمالی روی مطالعات انجام شده در این زمینه، نشان داد که حدود ۲۶ درصد از افراد دارای سواد سلامت پایین و ۲۰ درصد سطح سواد سلامتی مرزی داشتند (۱۵). نتایج مطالعه لی و همکارانش در تایوان نشان داد که ۳۰ درصد از افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند و همچنین سواد سلامت با دارا بودن همزمان چند بیماری و دسترسی ضعیف به خدمات سلامت رابطه معنی دار داشت (۱۶). در ایران نیز براساس مطالعه ای در پنج استان کشور تنها ۲۸/۱ درصد شرکت کنندگان، سواد سلامت کافی و ۱۵/۳ درصد، سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد، سواد سلامت ناکافی داشتند. تحصیلات پایین، سن بالا و وضعیت اقتصادی ضعیف با سواد سلامت ناکافی مرتبط بودند (۱۱). سواد سلامت، عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت های ارتقای

سلامت و پیشگیری برای خود و کودکانش محسوب می شود. بدون درک کافی از اطلاعات مراقبت های بهداشتی برای یک زن، مشکل یا غیرممکن خواهد بود که تصمیم گیری هایی آگاهانه منجر به پیامدهای مطلوب سلامت برای خود و خانواده اش داشته باشد (۱۷). مطالعه قنبری و همکاران با هدف بررسی سواد سلامت زنان باردار نشان داد که ۳۰ درصد افراد مورد مطالعه سواد سلامت ناکافی، ۲۴/۶ درصد سواد سلامت مرزی و ۴۵/۴ درصد سواد سلامت کافی داشتند (۱۷). سواد مادران به دو دلیل نگرانی مهمی است: اول اینکه ممکن است اولین مواجهه یک زن با سیستم بهداشتی-درمانی باشد؛ حرکت در این سیستم پیچیده برای اولین بار، حتی با مهارتهای سواد کافی می تواند کاری ترسناک باشد در حالی که زنان با سواد پایین به طور قابل توجهی مشکلات بیشتری در خصوص یادگیری اطلاعات جدید و دنبال کردن راهنمایی ها، تجربه می کنند. دومین دلیل آن است که وضعیت سلامت یک زن و درک وی از اطلاعات سلامت، قبل از بارداری، حین بارداری و در طول سال های رشد و تکامل به طور مستقیم بر کودک تاثیر می گذارد. با توجه به اهمیت سواد سلامت زنان در سلامت خود، خانواده و جامعه، همچنین محدود بودن مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور، و نیز عدم مطالعه بر روی سواد سلامت زنان باردار شهر گناباد، این مطالعه به منظور بررسی ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی و برخی عوامل جمعیتی شناختی در زنان باردار شهر گناباد انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۵ بر روی ۴۰۰ زن بارداری که برای دریافت مراقبت های روتین دوران بارداری به مراکز سلامت جامعه موجود در سطح شهر گناباد مراجعه کرده بودند، انجام شد. حجم نمونه بر اساس بررسی متون مشابه (۱۷) و با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعیین شد. با توجه به اینکه جامعه آماری با حجم نمونه برابر بود از روش سرشماری استفاده گردید. از آنجا که رضایت نمونه ها جهت

شرکت در مطالعه یکی از اصول اخلاقی هر پژوهش است، طرح به طور واضح و دقیق برای کلیه مادران توضیح داده و رضایت کامل حاصل گردید. بنابراین ورود افراد به مطالعه، کاملاً اختیاری و آگاهانه صورت گرفت. معیارهای ورود به این پژوهش شامل: سواد خواندن و نوشتن، سلامت جنین، عدم ابتلای به بیماری های مزمن و عفونی شناخته شده (مانند بیماری قند خون، فشارخون بالا، عوارض دوران بارداری همچون خونریزی، جفت سر راهی و ...) بود. جهت گردآوری داده ها، علاوه بر پرسشنامه جمعیت شناختی، از پرسشنامه سواد سلامت و کیفیت زندگی استفاده شد. سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، سن بارداری، تعداد بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و ... متغیرهایی بودند که از پرسشنامه جمعیت شناختی استخراج می شدند.

پرسشنامه سواد سلامت: برای بررسی سواد سلامت در افراد مورد مطالعه از پرسشنامه سواد سلامت منتظری و همکاران Health Literacy of Iranian Adults (HELIA) استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ طراحی گردیده و شامل ۳۳ گویه در ۵ بعد دسترسی (۶ گویه)، مهارت خواندن (۴ گویه)، فهم (۷ گویه)، ارزیابی (۴ گویه) و بعد تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت (۱۲ گویه) است (۱۸). مزیت این ابزار عمومی بودن آن است که تعلق به قشر، شغل، تحصیلات، گروه سنی و یا هیچ محدوده خاص دیگری نداشته و می تواند در مورد تمامی گروه های مختلف جمعیتی به کار گرفته شده و به خوبی و با دقت قابل قبول، سطح سواد سلامت را مشخص نماید. روایی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی آن با محاسبه ضریب همبستگی درونی آن ارزیابی شد. نتایج نهایی تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که پرسشنامه مذکور از روایی سازه مطلوب برخوردار است که مجموعاً ۵۳/۲ درصد از تغییرات مشاهده شده را توضیح می دهد. پایایی این پرسشنامه نیز با میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ تایید شده است. معیار های سنجش سواد سلامت بر اساس مقیاس لیکرت به گونه ای تنظیم گردید که افراد مورد مطالعه نظرات خود را به صورت ۵

شده که که ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (۲۰). تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و با استفاده از آزمون‌های آماری آنوا، کای اسکوئر، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون انجام شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی زنان باردار نشان داد که میانگین سنی آنها $۵/۴ \pm ۲۷/۲۱$ سال، میانگین سن ازدواج $۵۶/۰۲ \pm ۷۵/۵۲$ ماه، میانگین سن بارداری $۸/۷۴ \pm ۲۱/۲۴$ هفته و میانگین تعداد بارداری قبلی آنها $۰/۸۴ \pm ۱/۸۰$ سال بود. تحصیلات اکثر مادران (۴۹/۵ درصد) در حد دانشگاهی بود و تنها ۲/۳ درصد از تحصیلات ابتدایی برخوردار بودند. ۹۲ درصد از مادران، خانه‌دار و ۸ درصد شاغل بودند. ۴۵/۸ درصد از مادران وضعیت اقتصادی خود را ضعیف (درآمد کمتر از یک میلیون تومان) گزارش کردند. همچنین از نظر خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، ۹۶/۸ درصد از زنان خواهان بارداری و تنها ۳/۲ درصد بارداری ناخواسته داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره سواد سلامت زنان باردار $۱۴/۵۰۷ \pm ۱۰۳/۵۲۲$ از ۱۳۲ بود. به طوری که ۵ درصد از افراد سواد سلامت ناکافی و ۳۷/۵ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۷/۵ درصد سواد سلامت کافی داشتند. در بین ابعاد سواد سلامت، بیشترین امتیاز مربوط به بعد تصمیم‌گیری و کاربرد اطلاعات سلامت ($۳۶/۵۰۷ \pm ۵/۹۷۷$) و کمترین امتیاز مربوط به بعد مهارت خواندن ($۱۲/۱۷ \pm ۳/۱۷۴$) بود. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی زنان باردار $۱۱/۴۷۴ \pm ۷۲/۶۱۱$ بود. در بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بیشترین امتیاز مربوط به بعد عملکرد فیزیکی ($۷۸/۲۱۲ \pm ۱۶/۹۸۴$) و کمترین امتیاز مربوط به بعد سلامت عمومی ($۶۶/۸۳۷ \pm ۱۰/۸۵۰$) بود. در میان دو بعد عمده کیفیت زندگی، حیطه بهداشت روانی ($۷۴/۱۵۶ \pm ۱۳/۶۰۵$) نسبت به حیطه بهداشت جسمی ($۷۱/۰۲۸ \pm ۱۲/۴۹۸$) میانگین بیشتری داشت (جدول ۱).

گزینه (همیشه ۴، اغلب ۳، گاهی اوقات ۲، به ندرت ۱، هرگز ۰) بیان نمودند. نمره سواد سلامت فرد بین ۰ تا ۱۳۲ در نظر گرفته شد که بر اساس نقاط برش ۸۰ و ۱۰۱ به سه سطح ناکافی (۰-۸۰)، مرزی (۸۱-۱۰۱) و کافی (۱۰۲-۱۳۲) تقسیم شد (۱۳). پرسشنامه کیفیت زندگی: برای ارزیابی کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه از پرسشنامه فرم کوتاه SF-۳۶ که یک وسیله اندازه‌گیری سلامت است و می‌تواند به خوبی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری کند، استفاده شد. گویه‌های این پرسشنامه از رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در این زمینه است که به عنوان یک استاندارد اندازه‌گیری پیامد سلامتی در سطح بین‌المللی کاربرد دارد (۳). این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط وار و همکارانش طراحی شده است و شامل ۳۶ سوال می‌باشد که وضعیت سلامت را در ۸ بعد عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روان اندازه‌گیری می‌کند و به پاسخ‌های داده شده بر اساس دستورالعمل پرسشنامه امتیاز داده می‌شود (۱۹). به استثنای یک سؤال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را طی دوره‌ای یک ساله بررسی می‌نماید، بقیه سؤالات در محاسبه امتیاز ۸ مقیاس SF-۳۶ به کار می‌روند. هر سوال تنها در محاسبه امتیاز یک مقیاس به کار برده می‌شود. در مورد برخی سؤالات، امتیازها مجدداً کدبندی می‌شوند، چنان که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا می‌کنند. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه فرم کوتاه به عنوان یک پرسشنامه استاندارد توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهشکده از آزمون «روایی همگرایی» (Convergent Validity) برای تعیین روایی استفاده شده که تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) بدست آمده است (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). برای تعیین پایایی از پایایی «همسانی درونی» (Internal Consistency) استفاده

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف سواد سلامت و کیفیت زندگی در جمعیت مورد مطالعه

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
دسترسی	۲	۲۴	۱۸/۶۲۲	۳/۹۲۷
خواندن	۰	۱۶	۱۲/۱۷	۳/۱۷۴
فهم	۸	۲۸	۲۳/۴۱۷	۳/۴۵۰
ارزیابی	۱	۱۶	۱۲/۸۰۵	۲/۶۱۸
تصمیم‌گیری و کاربرد	۷	۴۸	۳۶/۵۰۷	۵/۹۷۷
سواد سلامت	۳۴	۱۳۲	۱۰۳/۵۲۲	۱۴/۵۰۷
عملکرد فیزیکی	۱۰	۱۰۰	۷۸/۲۱۲	۱۶/۹۸۴
ایفای نقش فیزیکی	۰	۱۰۰	۶۹/۳۱۲	۳۱/۰۲۰
درد بدنی	۲	۱۰۰	۶۹/۷۵۰	۱۸/۶۲۱
سلامت عمومی	۳۵	۱۰۰	۶۶/۸۳۷	۱۰/۸۵۰
حیطه بهداشت جسمی	۲۸/۷۵	۹۵	۷۱/۰۲۸	۱۲/۴۹۸
سرزندگی	۱۵	۱۰۰	۷۰/۶۷۶	۱۳/۷۹۲
عملکرد اجتماعی	۱۲	۱۰۰	۷۳/۱۲۵	۱۷/۹۳۰
ایفای نقش عاطفی	۰	۱۰۰	۷۶/۳۵۷	۳۲/۹۲۳
سلامت روان	۳۶	۱۰۰	۷۶/۱۹	۱۲/۲۳۶
حیطه بهداشت روانی	۲۲/۷۵	۱۰۰	۷۴/۱۵۶	۱۳/۶۰۵
کیفیت زندگی	۳۰/۱۳	۹۴/۷۵	۷۲/۶۱۱	۱۱/۴۷۴

با توجه به جدول شماره ۲، سطح سواد سلامت ارتباط معنی‌داری با سطح تحصیلات داشت ($p < 0/01$). به طوری که در میان سطوح مختلف سواد سلامت، سواد سلامت ناکافی در مقطع دبیرستان (۵۵ درصد)، سواد سلامت مرزی (۵۶/۳ درصد) و کافی در مقطع دانشگاهی (۵۰/۴ درصد) بیشترین امتیاز را داشتند. اما بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن، سن بارداری، تعداد بارداری، درآمد، وضعیت اشتغال و پذیرش بارداری با سطح سواد سلامت رابطه معنی‌داری یافت نشد.

جدول ۲. مقایسه ارتباط بین مشخصات جمعیت‌شناختی و سطح سواد سلامت در جمعیت مورد مطالعه

P-Value	سواد سلامت کافی		سواد سلامت مرزی		سواد سلامت ناکافی		درصد	تعداد	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد			
		۵۷/۵	۲۳۰	۳۷/۵	۱۵۰	۵	۲۰	۱۰۰	۴۰۰
۰/۲۷۵	۵۲/۲	۱۲۰	۴۹/۳	۷۴	۷۰	۱۴	۵۲	۲۰۸	۱۷-۲۷
	۴۶/۵	۱۰۷	۴۸/۷	۷۳	۲۵	۵	۴۶/۳	۱۸۵	۲۸-۳۸
	۱/۳	۳	۲	۳	۵	۱	۱/۸	۷	۳۹-۴۹
۰/۳۰۶	۳۳	۷۶	۲۷/۳	۴۱	۲۰	۴	۳۰/۳	۱۲۱	سه ماهه اول
	۳۸/۷	۸۹	۴۰/۷	۶۱	۶۰	۱۲	۴۰/۵	۱۶۲	سه ماهه دوم
	۲۸/۳	۶۵	۳۲	۴۸	۲۰	۴	۲۹/۳	۱۱۷	سه ماهه سوم
۰/۵۴۱	۴۲/۶	۹۸	۴۴	۶۶	۵۰	۱۰	۴۳/۵	۱۷۴	۱
	۳۵/۷	۸۲	۳۸	۵۷	۳۰	۶	۳۶/۳	۱۴۵	۲
	۱۹/۱	۴۴	۱۵/۳	۲۳	۱۰	۲	۱۷/۳	۶۹	۳
	۲/۶	۶	۲/۷	۴	۱۰	۲	۳	۱۲	بیشتر از ۳

ادامه جدول ۲. مقایسه ارتباط بین مشخصات جمعیت‌شناختی و سطح سواد سلامت در جمعیت مورد مطالعه

۰/۰۰۲	۱/۳	۳	۲	۳	۱۵	۳	۲/۳	۹	ابتدایی	سطح تحصیلات
	۹/۱	۲۱	۱۰/۷	۱۶	۵	۱	۹/۵	۳۸	راهنمایی	
	۳۹/۱	۹۰	۳۶	۵۴	۵۵	۱۱	۳۸/۸	۱۵۵	دبیرستانی	
	۵۰/۴	۱۱۶	۵۱/۳	۷۷	۲۵	۵	۴۹/۵	۱۹۸	دانشگاهی	
۰/۴۴۹	۴۷/۸	۱۱۰	۴۰/۷	۶۱	۶۰	۱۲	۴۵/۸	۱۸۳	کمتر از یک میلیون تومان	درآمد ماهانه خانواده
	۴۴/۳	۱۰۲	۴۸	۷۲	۳۰	۶	۴۵	۱۸۰	بین یک تا دو میلیون تومان	
	۷/۸	۱۸	۱۱/۴	۱۷	۱۰	۲	۹/۲	۳۷	بیشتر از دو میلیون تومان	
۰/۳۲۸	۹/۱	۲۱	۷/۳	۱۱	۰	۰	۸	۳۲	شاغل	وضعیت اشتغال
	۹۰/۹	۲۰۹	۹۲/۷	۱۳۹	۱۰۰	۲۰	۹۲	۳۶۸	خانه دار	
۰/۱۳۴	۹۷/۸	۲۲۵	۹۶	۱۱۴	۹۰	۱۸	۹۶/۸	۳۸۷	خواسته	پذیرش بارداری
	۲/۲	۵	۴	۶	۱۰	۲	۳/۲	۱۳	ناخواسته	

با توجه به جدول شماره ۳، در میان ابعاد کیفیت زندگی حیطه بهداشت جسمی ارتباط معنی‌داری با تعداد بارداری قبلی داشت ($p < 0/05$). به طوری که مادران در مرتبه دوم بارداری بیشترین میانگین (۷۲/۳۷) بهداشت جسمی را داشتند. همچنین حیطه بهداشت جسمی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری داشت به طوری که در میان سطوح مختلف تحصیلی، مقطع دبیرستان بیشترین میانگین (۷۱/۸۶) بهداشت جسمی را داشتند.

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی

متغیر	حیطه بهداشت جسمی			حیطه بهداشت روانی		
	میانگین	انحراف معیار	P-Value	میانگین	انحراف معیار	P-Value
سن (سال)	۱۸-۲۵	۷۱/۳۳	۰/۷۹۰	۷۳/۸۹	۱۳/۷۷	۰/۸۴۸
	۲۶-۳۵	۷۰/۷۷		۷۴/۵۱	۱۳/۳۹	
	۳۶-۴۵	۶۸/۵۷		۷۲/۳۲	۱۵/۷۷	
سن بارداری	سه ماهه اول	۷۲/۵۹	۰/۲۳۷	۷۳/۹۳	۱۳/۸۹	۰/۹۶۷
	سه ماهه دوم	۷۰/۶۰		۷۴/۳۵	۱۳/۷۹	
	سه ماهه سوم	۶۹/۹۹		۷۴/۱۱	۱۳/۱۴	
تعداد بارداری قبلی	۱	۷۰/۳۸	۰/۰۲۴	۷۲/۸۸	۱۳/۸۵	۰/۳۴۵
	۲	۷۲/۳۷		۷۵/۵۹	۱۲/۸۷	
	۳	۷۰/۹۰		۷۴/۷۲	۱۴/۰۶	
	بیشتر از ۳	۵۶/۸۷		۶۸/۶۷	۲۳/۲۵	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۵۸/۴۷	۰/۰۰۸	۶۹/۸۲	۱۲/۶۹	۰/۴۴۳
	راهنمایی	۶۸/۴۲		۷۱/۴۵	۱۴/۵۱	
	دبیرستانی	۷۱/۸۶		۷۴/۳۱	۱۲/۸۷	
	دانشگاهی	۷۱/۴۴		۷۴/۷۳	۱۴/۰۲	

ادامه جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی

۰/۵۳۱	۱۴/۸۳	۷۳/۰۹	۰/۶۵۶	۱۲/۴۷	۷۰/۲۷	کمتر از یک میلیون تومان	درآمد ماهانه خانواده
	۱۲/۶۸	۷۵/۱۴		۱۲/۶۹	۷۱/۷۰	بین یک تا دو میلیون تومان	
	۱۱/۴۶	۷۶/۷۷		۱۱/۸۵	۶۷/۶۹	بیشتر از دو میلیون تومان	
۰/۱۷۸	۱۵/۳۰	۷۷/۲۶	۰/۱۲۱	۱۲/۵۶	۷۴/۳۱	شاغل	وضعیت اشتغال
	۱۳/۴۳	۷۳/۸۸		۱۲/۴۶	۷۰/۷۴	خانه دار	
۰/۳۲۱	۱۳/۴۶	۷۴/۲۸	۰/۰۸۷	۱۲/۱۲	۷۱/۲۲	خواسته	پذیرش بارداری
	۱۷/۴۲	۷۰/۴۶		۲۰/۶۸	۶۵/۱۹	ناخواسته	

جهت بررسی ارتباط بین ابعاد سواد سلامت و کیفیت زندگی از ماتریس همبستگی استفاده شد که نتایج در جدول ۴ گزارش گردیده است. با توجه به نتایج جدول ۴، نمرات همبستگی متقابل میان ابعاد مختلف سواد سلامت و کیفیت زندگی (بهداشت جسمی، بهداشت روانی) ذکر شده است. ابعاد مختلف سواد سلامت رابطه و همبستگی مستقیمی با هم دارند ($P < ۰/۰۱$) و دو بعد کلی کیفیت زندگی نیز رابطه مستقیم و معنی‌داری با هم دارند ($P < ۰/۰۱$). همچنین ضریب همبستگی بین متغیر سواد سلامت

و کیفیت زندگی $۰/۴۵۳$ می‌باشد که در سطح $۰/۰۱$ معنی‌دار است به این معنا که بین سواد سلامت و کیفیت زندگی زنان باردار ارتباط وجود دارد. در میان ابعاد مختلف سواد سلامت، بعد دسترسی بیشترین همبستگی را با بهداشت جسمی ($I = ۰/۳۸$) و بهداشت روانی ($I = ۰/۴۱$) دارد. همچنین نمره کلی سواد سلامت رابطه و همبستگی مستقیمی با بهداشت جسمی ($I = ۰/۳۹$) و بهداشت روانی ($I = ۰/۴۰$) دارد.

جدول ۴. ماتریس ضرایب همبستگی بین ابعاد سواد سلامت و ابعاد کیفیت زندگی

متغیر	دسترسی	خواندن	فهم	ارزیابی	تصمیم‌گیری و کاربرد	سواد سلامت	بهداشت جسمی	بهداشت روانی	کیفیت زندگی
دسترسی	۱								
خواندن	۰/۴۲۸**	۱							
فهم	۰/۵۲۹**	۰/۴۵۷**	۱						
ارزیابی	۰/۶۶۰**	۰/۳۶۶**	۰/۵۱۲**	۱					
تصمیم‌گیری و کاربرد	۰/۴۶۸**	۰/۳۲۲**	۰/۵۰۴**	۰/۳۶۹**	۱				
سواد سلامت	۰/۸۰۲**	۰/۶۴۲**	۰/۷۸۱**	۰/۷۱۳**	۰/۷۹۶**	۱			
بهداشت جسمی	۰/۳۸۸**	۰/۲۰۵**	۰/۳۱۸**	۰/۳۵۷**	۰/۲۴۵**	۰/۳۹۱**	۱		
بهداشت روانی	۰/۴۱۸**	۰/۱۶۹**	۰/۳۰۱**	۰/۳۹۹**	۰/۲۷۱**	۰/۴۰۵**	۰/۵۴۳**	۱	
کیفیت زندگی	۰/۴۶۰**	۰/۲۱۱**	۰/۳۵۱**	۰/۴۳۲**	۰/۲۹۵**	۰/۴۵۳**	۰/۸۶۷**	۰/۸۸۹**	۱

**p<001/0

جسمی از ابعاد کیفیت زندگی بر اساس متغیر پیش‌بین یعنی ابعاد سواد سلامت از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد و در گام بعدی بعد دیگر کیفیت زندگی، یعنی حیطه بهداشت روانی از طریق ابعاد سواد سلامت پیش‌بینی شد (جدول ۵). بررسی دقیق با استفاده از آزمون معناداری ضرایب رگرسیون نشان

در ادامه با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه به این موضوع پرداخته شد که تغییرات متغیرهای وابسته (حیطه بهداشت جسمی و حیطه بهداشت روانی) را از طریق متغیر مستقل (ابعاد مختلف سواد سلامت)، پیش‌بینی کنیم و سهم متغیر مستقل را در تبیین متغیرهای وابسته، بررسی کنیم. برای بررسی حیطه بهداشت

استاندارد رگرسیون بعد دسترسی در پیش‌بینی بهداشت روانی زنان باردار معنی‌دار است ($P < 0/01$). همچنین بعد ارزیابی نیز در پیش‌بینی بهداشت روانی معنی‌دار است ($P < 0/01$).

داد که ضرایب استاندارد رگرسیون بعد دسترسی در پیش‌بینی بهداشت جسمی زنان باردار معنی‌دار است ($P < 0/01$). از طرفی بعد ارزیابی نیز در پیش‌بینی بهداشت جسمی زنان باردار معنی‌دار است ($P < 0/05$). در حیطه بهداشت روانی، نیز ضرایب

جدول ۵. نتایج پیش‌بینی ابعاد سواد سلامت بر اساس ابعاد کیفیت زندگی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	B (ضرایب غیراستاندارد بتا)	SE (خطای استاندارد)	β (ضریب استاندارد بتا)	t	P (سطح معنی داری)	R	R ²	F
بهداشت جسمی	Constant	۳۷/۲۷۵	۴/۳۵۳	-	۸/۵۶۳	۰/۰۰۰	۰/۴۲۴	۰/۱۶۹	۱۷/۲۷۲
	دسترسی	۰/۷۰	۰/۲۱۱	-۰/۲۲۰	۳/۳۱۸	۰/۰۰۱			
	خواندن	-۰/۰۱۴	۰/۲۰۹	-۰/۰۰۳	-۰/۰۶۵	۰/۹۴۸			
	فهم	۰/۴۰۸	۰/۲۲۱	۰/۱۱۳	۱/۸۵۲	۰/۰۶۵			
	ارزیابی	۰/۶۸۲	۰/۳۰	۰/۱۴۳	۲/۲۷۲	۰/۰۲۴			
	تصمیم‌گیری و کاربرد	۰/۰۷۱	۰/۱۱۵	۰/۰۳۴	۰/۶۱۶	۰/۵۳۸			
بهداشت روانی	Constant	۳۶/۸۵۶	۴/۶۶۴	-	۷/۹۰۳	۰/۰۰۰	۰/۴۵۸	۰/۲۰۰	۲۰/۸۲۹
	دسترسی	۰/۸۴۹	۰/۲۲۶	-۰/۲۴۶	۳/۷۶۳	۰/۰۰۰			
	خواندن	-۰/۲۵۷	۰/۲۲۴	-۰/۰۶۰	-۱/۱۵۱	۰/۲۵۰			
	فهم	۰/۲۲۷	۰/۲۳۶	۰/۰۵۷	۰/۹۵۸	۰/۳۳۹			
	ارزیابی	۱/۰۵۸	۰/۳۲۲	۰/۲۰۴	۳/۲۸۹	۰/۰۰۱			
	تصمیم‌گیری و کاربرد	۰/۱۵۸	۰/۱۲۳	۰/۰۶۹	۱/۲۸۰	۰/۲۰۱			

معنی‌داری را بین سطح سواد سلامت و کیفیت زندگی سالمندان نشان داد (۲۰). کوشیار و همکاران نشان دادند بین سواد سلامت و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد و افراد با سواد سلامت کافی از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۱۲). نتایج مطالعه وانگ و همکاران که به بررسی نقش واسطه‌ای سواد سلامت بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و بیماری مزمن در زنان روستایی پرداختند نشان داد که بین سواد سلامت و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد و سواد سلامت نقش میانجی بین کیفیت زندگی و بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند و این نقش در بین زنانی که سواد سلامت پایین تری داشتند، ضعیف‌تر بود (۲۱). ارتباط بین سواد سلامت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در دو مطالعه مقطعی در ایالات متحده نیز

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین ارتباط سواد سلامت با کیفیت زندگی و برخی عوامل جمعیت‌شناختی در زنان باردار انجام شد. به طور کلی نتایج این پژوهش ارتباط آماری معنی‌داری را بین سطح سواد سلامت و کیفیت زندگی زنان باردار نشان داد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو می‌باشد (۱۰،۲۰،۱۲،۲۱). نتایج مطالعه خدابخشی کولایی و همکاران که به بررسی ارتباط کیفیت زندگی با سطح سواد سلامت بیماران دیابتی پرداختند نشان داد که بین سواد سلامت و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد و هر چقدر سطح سواد سلامت بیماران بالا باشد به همان میزان کیفیت زندگی آنها نیز در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بالا خواهد رفت (۱۰). مطالعه حسینی و همکاران ارتباط آماری

نشان داده شده است (۲۲،۲۳). یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین خرده مقیاس های سواد سلامت و کیفیت زندگی در زنان باردار رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. نتایج مطالعه ژانگ و همکاران که به بررسی تاثیر سواد سلامت بر کیفیت زندگی بیماران روماتیسمی پرداختند نشان داد که سواد سلامت تنها با بعد جسمی کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی داری داشت و سایر ابعاد کیفیت زندگی با سواد سلامت ارتباط معنی داری را نشان ندادند (۲۴). دیوالت و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که سطح سواد با ابعاد جسمی، روانی و زیست محیطی ارتباط دارد اما با کیفیت زندگی کل ارتباط نداشت (۲۵). شاید دلیل این عدم همخوانی نتایج مرتبط با ابزار SF-۳۶ باشد که برای سنجش کیفیت زندگی استفاده شد. اگرچه SF-۳۶ ابزار عمومی معتبری برای اندازه گیری وضعیت سلامت است ولی ممکن است به دقت سایر ابزارهای اختصاصی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نباشد. نتایج پژوهش حاضر در پیش بینی کیفیت زندگی و ابعاد آن از طریق سواد سلامت و مولفه های آن نشان داد که ابعاد سواد سلامت از جمله دسترسی و ارزیابی می توانند کیفیت زندگی (حیطه بهداشت جسمی و روانی) زنان باردار را پیش بینی کنند. نتایج مطالعه هوارد و همکارانش که به منظور بررسی تاثیر سواد سلامت بر تفاوت های اجتماعی، اقتصادی و نژادی در سلامت سالمندان در ایالات متحده انجام گرفت، نشان داد که افراد با سواد سلامت ناکافی نمرات جسمی و روانی کمتری داشتند (۲۶). تحقیقات گذشته سه دلیل را برای ارتباط سواد سلامت پایین با کیفیت زندگی پایین مطرح می کنند: ۱) کاهش دسترسی و استفاده از خدمات سلامت به علت دشواری حرکت در سیستم بهداشتی (۲) افزایش استرس به دلیل چالش های زندگی روزمره، حرکت در سیستم بهداشتی و بیماری خودمدریتی (۳) خودکارآمدی کمتر به دلیل بی کفایتی در کنترل زندگی شخصی و محیط اطراف (۲۷). در مطالعه حاضر میانگین نمره سواد سلامت $14/507 \pm 103/522$ از ۱۳۲ بود به گونه ای که بیشتر زنان باردار مورد مطالعه از سطح سواد سلامت کافی

(۵/۵۷ درصد) برخوردار بودند و تنها ۵ درصد از آنها سواد سلامت ناکافی داشتند که با مطالعه قنبری و همکاران همسو است. در این مطالعه نیز سواد سلامت اکثر زنان (۴/۴۵ درصد) بالا گزارش شد (۱۷). در مطالعه امیراسماعیلی و همکاران سواد سلامت اکثر زنان باردار در حد متوسط گزارش شد (۲۸). مطالعات داخلی دیگر نیز درصد سواد سلامت مرزی و ناکافی زنان در جامعه شهری و روستایی ایران را بالا گزارش کردند (۳۰، ۲۹، ۱۳). شاید علت تفاوت مطالعه حاضر با پژوهش های دیگر را بتوان به تفاوت در نوع ابزار به کار گرفته شده برای سنجش سواد سلامت نسبت داد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سطح سواد سلامت و میزان تحصیلات رابطه معنی داری وجود دارد که این ارتباط در بسیاری از مطالعات انجام شده مشاهده شده است (۳۲، ۳۱، ۲۹، ۱۳، ۱۷). در مطالعه حاضر بین سواد سلامت و سن زنان باردار ارتباطی مشاهده نشد که برخی از مطالعات دیگر همسو می باشد (۳۴، ۳۳، ۱۴). در این مطالعه بین سطح سواد سلامت با وضعیت اشتغال رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه نیکویی مقدم و همکاران و قنبری و همکاران نیز با این نتیجه همسو است (۱۷، ۳۵). کم بودن تعداد افراد شاغل در نمونه مورد بررسی شاید یکی از دلایل معنی دار نشدن این ارتباط باشد و اینکه اکثر زنان تحت مطالعه خانه دار بودند. در مطالعه حاضر بین سواد سلامت و درآمد ماهیانه خانوار ارتباط معنی داری وجود نداشت و از این نظر با مطالعه قنبری مطابقت دارد (۱۷). نتایج این مطالعه ارتباط معنی داری بین سواد سلامت و تعداد بارداری نشان نداد. خرازی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند سطح سواد سلامت در افرادی که بیشتر از ۳ بارداری داشتند بالاتر بود (۳۴) و از این نظر با مطالعه حاضر مطابقت ندارد. شاید بتوان علت عدم همخوانی نتیجه این مطالعه با پژوهش های مشابه دیگر را اختلاف در نحوه اجرا، مکان و زمان انجام مطالعه دانست. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی زنان باردار $11/474 \pm 72/611$ است. نمره کیفیت زندگی در حیطه بهداشت روانی $74/156$ بود که نسبت به حیطه بهداشت جسمی

و مسئولین بهداشتی کشور برنامه های آموزشی بیشتری جهت ارتقاء سطح سواد سلامت و توانمندسازی این قشر از جامعه تدوین کنند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، همکاری نکردن مسئولین برخی از مراکز سلامت جامعه جهت تکمیل پرسشنامه‌ها توسط زنان باردار مراجعه کننده، عدم سنجش سواد سلامت در زنان باردار بی‌سواد، محدود کردن نمونه به افراد مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه و خود گزارشی بودن پاسخ‌ها و اطلاعات جمع آوری شده بود. همچنین با توجه به اینکه مطالعه حاضر به صورت مقطعی انجام گرفت با انجام پژوهش‌هایی با دوره زمانی طولانی‌تر می‌توان روابط علیتی میان متغیرها را بهتر درک نمود.

نتیجه گیری: زنان باردار در پژوهش حاضر نمره سواد سلامت و کیفیت زندگی بالاتری نسبت سایر تحقیقات گرفتند که این مسأله لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه های ارتقای سلامت برای زنان باردار را می‌رساند. با برنامه‌ریزی و طراحی برنامه های آموزشی مفید در این زمینه و متناسب با زنان باردار می‌توان گامی مؤثر برداشت و کیفیت زندگی زنان باردار را ارتقاء داد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی گناباد با کد ۶۱۹/ت/پ می باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از تمامی عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی بعمل آورند.

References:

1. Seyed Ahmadi Nejad FS, Golmakani N, Asghari Pour N, Shakeri MT. Investigation of Sleep quality during the third trimester of pregnancy and some related factors in primigravida women referred to health care centers in Mashhad- 2014. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2014; 22(4):53-60.
2. 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..
3. Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014;3(3):63-69.
4. Gordon MC. Maternal physiology. In: Gabbes SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. Obstetrics:Normal and problem pregnancies. 5th ed. Philadelphia, Pa:Elsevier Churchill Livingstone. 2007:chapter 3.
5. Mazloomi Mahmoodabad SS, Tehrani H, Gholian-aval M, Gholami H, Nematy M. The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. Blood pressure. 2016;25(6):360-3.

۷۱/۰۲۸ بالاتر بود که با مطالعه حسینی و همکاران همسو است (۲۰). نتایج مطالعه هاستون و همکاران که به بررسی تغییرات در وضعیت «سلامت عملکردی در طی بارداری» پرداختند نشان داد که در دوران بارداری، درد بدن بیشتر، عملکرد جسمانی ضعیف تر و محدودیت های عملکردی، به دلیل مشکلات جسمانی، بیشتر مشاهده می شود؛ ولی در جنبه روانی کیفیت زندگی، که به وسیله آنها بررسی شده بود، تغییری مشاهده نشد (۳۶). در مطالعه حاضر کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری با میزان تحصیلات و تعداد بارداری داشت و با سایر متغیرها جمعیت شناختی از جمله سن، سن بارداری، درآمد ماهیانه خانوار، وضعیت اشتغال و پذیرش بارداری ارتباط معنی داری نشان نداد. در مطالعه عباس زاده و همکاران نیز بین کیفیت زندگی با تعداد بارداری و میزان تحصیلات ارتباط معنی داری وجود داشت و از این جهت با مطالعه حاضر همسو می باشد اما در این مطالعه متغیرهایی مانند سن، سن بارداری، میزان درآمد و وضعیت بارداری نیز با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری را نشان دادند و از این نظر با پژوهش حاضر همسو نمی باشد (۲). شاید بتوان علت متناقض بودن نتایج را به تفاوت در حجم نمونه نسبت داد که در مطالعه مذکور حجم نمونه‌ای بالغ بر ۶۰۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند و احتمالاً در حجم نمونه‌های بالاتر تاثیر برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی بر روی کیفیت زندگی زنان باردار بارزتر می‌شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که سواد سلامت و ارتقای آن تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی دارد از این رو پیشنهاد می‌شود که کارکنان

6. Cadena J, Vinaccia S, Perez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2003;9(3):142-50.
7. Mirmohammadali M, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Abbaszade F. Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies. *Hayat*. 2007;13(1):35-42.
8. Izadirad H, Niknami S, Zareban I, Hidarnia A, Masoudy G. Relationship between health literacy and prenatal care in young pregnant women. *J Health Lit*. 2017; 2 (3) :141-147
9. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of Life and Status of Physical Functioning among Elderly People in West Region of Tehran: A Cross-Sectional Survey. *Iran Journal of Nursing*. 2008;21(53):29-39.
10. Khodabakhshi-Koolae A, Bahari M, Falsafinejad MR, Shahdadi H. The Relationship of Quality of Life with Health Literacy in Male Patients with Type II Diabetes: A Cross-sectional Study in HARSIN City 2015. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016;4(4):10-20.
11. Tehrani Banihashemi S, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian S, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. *Journal of Medical Education Development Center*. 2007;4(1):1-9.
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;23(1):134-43.
13. Zareban I, Izadirad H, jadga K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(2):71-82.
14. Mohseni M, Khanjani N, Iranpour A, Tabe R, Borhaninejad VR. The Relationship Between Health Literacy and Health Status Among Elderly People in Kerman. *Iranian Journal of Ageing*. 2015;10(2):146-55.
15. Asche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielson-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):175-184.
16. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo K. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health*. 2010;10:614.
17. Ghanbari Sh, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Bimonthly Official Publication Medical Daneshvar*. 2012;19(97):1-12.
18. Montazeri A, , Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M, et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh*. 2014;13(5):589-599.
19. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):903-12.
20. Hosieni F, Mirzaei T, Ravari A, akbary A. The relationship between health literacy and quality of life in retirement Rafsanjan University of Medical Sciences. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(2):92-99.
21. Wang C, Kane RL, Xu D, Meng Q. Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC Women's Health*. 2015;15(34): 1-8.
22. Nesbitt T, Doctorvaladan S, Southard JA, Singh S, Fekete A, Marie K, et al. Correlates of quality of life in rural patients with heart failure. *Circulation Heart failure*. 2014;7(6):882-887.
23. Macabasco-O'Connell A, DeWalt D, Broucksou K, Hawk V, Baker D, Schillinger D, et al. Relationship Between Literacy, Knowledge, Self-Care Behaviors, and Heart Failure-Related Quality of Life Among Patients With Heart Failure. *J Gen Intern Med*. 2011;26(9):979-86.
24. Zhang XH, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The Impact of Health Literacy on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and Utility Assessment among Patients with Rheumatic Diseases. *Value in Health*. 2009;12(3):106-109.
25. DeWalt DA, Boone RS, Pignone MP. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *Am J Health Behav*. 2007;31(1):27-35.
26. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):857-861.
27. Saha S. Improving literacy as a means to reducing health disparities. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):893-5.
28. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Saberi anari SH, Sadeghi A, Saber M, Taheri G, et al. Study of health literacy level of women referring to health centers-2010. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2013;5:1071-1078.
29. Sajjadi H, Hosseinpour N, Sharifian Sani M, Mahmoodi Z. Association between Health Literacy and Life Style in Married Rural Women in Izeh, Iran. *Journal of Health*. 2016;7(4):479-489.
30. Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *Journal of Health Literacy*. 2016;1(1):5-12.
31. Mojinyinola JK, Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *African Research Review*. 2011;5(3):28-39.

32. González-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P, et al. Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian General Practice. PLoS ONE. 2016;11(3):1-15.
33. McLaghlin RA. Association among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting. PhD Dissertation, Health science center University of Tennessee. 2009.
34. Kharazi SS, Peyman N, Esmaili H. Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(37):40-50.
35. Nekuee moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. health literacy and used to health serves in urban kerman 2011. Journal of researchs science yazd. 2012;11(4):123-124.
36. Hueston W, Kasik-miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. The Journal of Family Practice. 1998;46:209-212.