

## Relationship between health literacy and prenatal care in young pregnant women

### Hossien Izadirad

Ph.D. student, Department of Health Education & promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

### Shamsoddin Niknami

\*. Ph.D. Dept. of Health Education and Health Promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)  
Email: niknamis@modares.ac.ir

### Iraj Zareban

Ph.D. Dept. of Health Education and Health promotion Research center Zahedan university Medical science, Zahedan, Iran.

### Aliraza Hidarnia

Ph.D. Dept. of Health Education and Health Promotion, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

### Gholamreza Masoudy

Ph.D. Dept. of Health Education and Health promotion Research center Zahedan university Medical science, Zahedan, Iran.

Received: 11 September 2016

Accepted: 31 October 2016

DOI: 10.18869/acadpub.jhl.2.3.141

### ABSTRACT

**Background and objective:** Health literacy is as one of the determinant of social of pregnant women's health. That affects the use of services and information of prenatal care. The aim of study was to determine the relationship between health literacy and prenatal care in young pregnant women.

**Methods:** This descriptive- analytical study was carried out cross sectional in 2016. Research population, consisted of all Pregnant young women referring to urban health centers of Balochistan, 215 pregnant young women were selected according to a stratified sampling basis. Questionnaires Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) and prenatal care was applied for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi square test through SPSS19.

**Results:** The mean age of pregnant women was  $22.8 \pm 7.79$  years. The mean score of maternal health literacy was  $67.69 \pm 12.52$  out of 100. 21.66% of studied women had insufficient health literacy, 26.04% not enough health literacy, 36.27% adequate health literacy and 15.81% high health literacy. There was a significant relationship between health literacy and taking iron tablet, multi-vitamin, and folic acid, diet, brushing and using dental floss ( $P < 0.05$ ). Health literacy was not statistically significant with walking ( $P = 0.86$ ).

**Conclusion:** There is a significant relationship between maternal health literacy with prenatal care that shows the necessity of more attention to maternal health literacy in health promotion programs.

**Paper Type:** Research Article.

**Keywords:** Health literacy, pregnant women, prenatal care.

► **Citation:** Izadirad H, Niknami Sh, Zareban I, Hidarnia A, Masoudy Gh. Relationship between health literacy and prenatal care in young pregnant women. *Journal of Health Literacy*. Autumn 2017; 2(3): 141-147 .

## بررسی سواد سلامت و ارتباط آن با مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار جوان

حسین ایزدی راد

دانشجوی دکتری گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

شمس الدین نیکنامی

\* دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

niknamis@modares.ac.ir

ایرج ضاریان

دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

علیرضا حیدرنیا

دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

غلامرضا مسعودی

دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** سواد سلامت یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مادران باردار است که بر میزان استفاده از خدمات و اطلاعات مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری تاثیرگذار است. این مطالعه با هدف بررسی سواد سلامت و ارتباط آن با مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار جوان انجام شد. **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر، پژوهشی توصیفی-تحلیلی است که به روش مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. جامعه مورد پژوهش کلیه زنان باردار جوان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهری منطقه بلوچستان و تعداد نمونه ۲۱۵ نفر بود که به روش نمونه گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سنجش سواد سلامت بالغین شهری (HELIA) و مراقبت‌های دوران بارداری بود. تحلیل داده‌ها از طریق آمار توصیفی و آزمون کای دو با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی زنان باردار مورد بررسی  $27/79 \pm 22/8$  سال بود. میانگین سواد سلامت زنان باردار جوان  $12/52 \pm 67/69$  از ۱۰۰ بود.  $21/86$  درصد افراد مورد مطالعه، سواد سلامت ناکافی،  $26/04$  درصد سواد سلامت نه چندان کافی،  $36/27$  درصد سواد سلامت کافی و  $15/81$  درصد سواد سلامت عالی داشتند. سواد سلامت ارتباط معنی داری با مصرف قرص آهن، مولتی ویتامین، اسید فولیک، رعایت رژیم غذایی، مسواک زدن و استفاده از نخ دندان داشت ( $P < 0/05$ ). سواد سلامت با رفتار پیاده روی ارتباط آماری معناداری نداشت ( $P = 0/846$ ).

**نتیجه‌گیری:** بین سواد سلامت مادران باردار و مراقبت‌های دوران بارداری ارتباط معناداری وجود دارد که لزوم توجه بیشتر به سواد سلامت مادران در برنامه‌های ارتقای سلامت را نشان می‌دهد.

**نوع مطالعه:** مطالعه پژوهشی.

**کلیدواژه‌ها:** سواد سلامت، مادران باردار، مراقبت‌های دوران بارداری

◀ **استناد:** ایزدی راد ح، نیکنامی ش، ضاریان ا، حیدرنیا ع، مسعودی غ. بررسی سواد سلامت و ارتباط آن با مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار جوان. *فصلنامه سواد سلامت*. پاییز ۱۳۹۶؛ ۲(۳): ۱۴۱-۱۴۷.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

## مقدمه

سواد سلامت یکی از عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت مادران باردار است که بر میزان استفاده از خدمات و اطلاعات مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری تاثیرگذار است (۱). سواد سلامت زنان باردار، آگاهی‌های ویژه و مهارت‌های اجتماعی خاص جهت تشخیص نشانه‌های خطر بارداری، شیوه زندگی سالم و تغذیه مناسب دوره بارداری است، و بر سرانجام حاملگی از طریق بهبود کیفیت مراقبت‌های دوران بارداری (دریافت مکمل‌های دوران بارداری، دریافت مراقبت‌های دوران بارداری، شروع زودتر مراقبت‌های دوران بارداری و...) موثر است (۲). بسیاری از نتایج ناخوشایند مرتبط با سلامتی، در نتیجه سواد سلامت ناکافی است، بطوریکه سواد سلامت ناکافی پیش بینی کننده رفتارهای بهداشتی ضعیف تر، میزان بستری بیشتر و وضعیت ضعیف تر سلامت می‌باشد (۳). مطالعه خزایی و همکاران (۴) بین میانگین سواد سلامت با زمان شروع و تعداد مراقبت‌های دوران بارداری ارتباط آماری معناداری را نشان داد. در مطالعه گونزالس (۵) که با هدف بررسی سواد سلامت مادران در استرالیا انجام شد، ارتباط معنی داری را بین مراقبت‌های دوران بارداری با سطح سواد سلامت مادران نشان داد. همچنین مین هنگ افزایش سواد سلامت مادران را در افزایش پوشش مراقبت‌های دوران بارداری موثر معرفی کرد (۶). در مطالعه موحوبینولا و همکاران نیز بین سواد سلامت مادران باردار و مراقبت‌های دوران بارداری ارتباط آماری معناداری وجود داشت (۷). در مطالعه گنجوی و همکاران زنان با سطح سواد سلامت پایین، مراقبت‌های دوران بارداری را دیرتر شروع کرده و دفعات مراجعه آنان نیز ناکافی بود (۸). با این حال مطالعه‌ای نشان داد که بین سطح سواد سلامت و حیطة مراقبت از خود در دوران بارداری، رابطه‌ای وجود ندارد (۹). با وجود اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت و همچنین نتایج ضد و نقیض تاثیر آن بر مراقبت‌های دوران بارداری، در منطقه بلوچستان ایران به این موضوع چندان پرداخته نشده است. درک ماهیت ارتباط بین سواد سلامت و مراقبت‌های دوران بارداری می‌تواند به برنامه ریزان

خدمات بهداشتی و درمانی کمک کند تا مداخلات موثرتری برای افزایش سطح سواد سلامت و در نهایت ارتقای مراقبت‌های دوران بارداری و تامین سلامت مادر و کودک طراحی کنند. پژوهش حاضر با درنظر گرفتن اهمیت این موضوع، با هدف بررسی اثرسواد سلامت و ارتباط آن با مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار جوان بلوچستان ایران انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی است که بصورت مقطعی در ۱۳۹۵ انجام شده است. حجم نمونه برای انجام این مطالعه با درنظر گرفتن نسبت افراد با سطح سواد سلامت عالی ۱۵ درصدی (در مطالعه پایلوت) سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و دقت ۵ درصدی، برابر با ۱۹۵ نفر محاسبه گردید که با احتساب ۱۰ درصدی ریزش احتمالی، تعداد نهایی نمونه مورد نیاز ۲۱۵ نفر برآورد گردید. جامعه مورد مطالعه زنان باردار تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ایرانشهر (منطقه بلوچستان) می‌باشد. روش نمونه گیری بصورت خوشه‌ای دو مرحله‌ای بود، به این صورت که از بین ۹ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۵ مرکز بهداشتی شهری، بصورت تصادفی ساده، انتخاب گردید، سپس از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری ۴۳ زن باردار از لیست زنان باردار موجود در مرکز بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند. در مجموع از ۵ مرکز بهداشتی درمانی شهری تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ایرانشهر، ۲۱۵ نفر زن باردار با حاملگی اول، انتخاب و وارد مطالعه شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل بارداری اول (شکم اول)، داشتن پرونده بارداری در مراکز بهداشتی درمانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن تمایل به شرکت در برنامه و تشخیص بارداری در طی ۳ ماه اول بارداری بوده است. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سنجش سواد سلامت جمعیت شهری ایران (HELIA) طراحی شده توسط منتظری و همکاران (۱۰) و پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری بود. روایی و پایایی پرسشنامه HELIA در جمعیت شهری بلوچستان توسط ضاریان و

اخذ رضایت نامه کتبی، افراد وارد مطالعه شدند به افراد شرکت کننده، اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه خواهد بود و فقط در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

تحلیل‌های آماری این مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۹ و با آزمون‌های توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون تحلیلی کای دو انجام شد. میزان P-value برای معنی دار شدن از نظر آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف معیار زنان باردار مورد بررسی  $27/79 \pm$  سال بود. میانگین سواد سلامت زنان باردار جوان  $12/52 \pm$  از  $67/69$  بود. میزان تحصیلات ۹۵ نفر (۴۴/۲٪) راهنمایی و پایین تر، ۷۷ نفر (۳۵/۸٪) دبیرستان و ۴۳ نفر (۲۰٪) دانشگاهی بود. تنها ۱۲ نفر (۵/۵٪) از زنان باردار کارمند و بقیه خانه دار بودند. میزان درآمد ماهیانه خانوار ۲۳ نفر (۱۰/۷٪) از زنان باردار متوسط و مابقی ضعیف گزارش گردید.

میانگین سواد سلامت و همچنین میانگین ابعاد ۵ گانه سواد سلامت به تفکیک سطح سواد سلامت در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. وضعیت میانگین نمره ابعاد مختلف سواد سلامت در زنان باردار جوان بلوچستان (n=۲۱۵)

| ابعاد سواد سلامت | ناکافی (۰-۵۰) | نه چندان کافی (۵۰/۱-۶۶) | کافی (۶۶/۱-۸۴) | عالی (۸۴/۱-۱۰۰) |
|------------------|---------------|-------------------------|----------------|-----------------|
| مهارت خواندن     | ۹۷(۴۵/۱۱)     | ۲۸(۱۳/۰۲)               | ۵۴(۲۵/۱۱)      | ۳۶(۱۶/۷۴)       |
| دسترسی           | ۶۲(۲۸/۸۳)     | ۳۷(۱۷/۲)                | ۶۵(۳۰/۲۳)      | ۵۱(۲۳/۷۲)       |
| فهم              | ۳۳(۱۵/۳۴)     | ۳۱(۱۴/۴۱)               | ۸۶(۴۰)         | ۶۵(۳۰/۲۳)       |
| ارزیابی          | ۸۵(۳۹/۵۳)     | ۳۱(۱۴/۴۱)               | ۴۸(۲۲/۳۲)      | ۵۱(۲۳/۷۲)       |
| تصمیم گیری       | ۳۲(۱۴/۸۸)     | ۳۵(۱۶/۲۷)               | ۸۲(۳۸/۱۳)      | ۶۶(۳۰/۶۹)       |
| سواد سلامت(کل)   | ۴۷(۲۱/۸۶)     | ۵۶(۲۶/۰۴)               | ۷۸(۳۶/۲۷)      | ۳۴(۱۵/۸۱)       |

همکاران مورد تایید قرار گرفته است (۱۱). نحوه امتیازدهی در این ابزار به این صورت است که ابتدا امتیاز خام هر فرد در هر یک از حیطه‌ها از جمع جبری امتیازات به دست می‌آید. سپس برای تبدیل این امتیاز به طیف صفر تا ۱۰۰ از فرمول تفاضل نمره خام به دست آمده از حداقل نمره خام ممکن تقسیم بر تفاضل حداکثر امتیاز ممکن از حداقل امتیاز ممکن استفاده می‌شود. نهایتاً برای محاسبه امتیاز کل، امتیازات همه ابعاد (بر اساس طیف صفر تا ۱۰۰) جمع شده و بر تعداد ابعاد (عدد ۵) تقسیم می‌شود. نمرات ۰ تا ۵۰ به عنوان سواد سلامت ناکافی، ۵۰/۱ تا ۶۶ به عنوان سواد سلامت نه چندان کافی، ۶۶/۱ تا ۸۴ به عنوان سواد سلامت کافی و نمرات ۸۴/۱ تا ۱۰۰ به عنوان سواد سلامت عالی در نظر گرفته می‌شوند (۱۰). طراحی پرسشنامه مراقبت‌های دوران بارداری توسط ایزدی راد و همکاران انجام و روایی و پایایی پرسشنامه در جمعیت زنان باردار بلوچستان تایید گردید (۱۲). پرسشنامه‌ها توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید.

این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران قرار گرفت (۵۲۵/۲۲۴۵). قبل از ورود افراد به مطالعه، هدف و نحوه اجرای پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و در صورت داشتن تمایل و

داشت ( $P < 0/05$ ). همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سطح سواد سلامت با رفتار پیاده روی ارتباط آماری معناداری نداشت ( $P = 0/846$ ) (جدول ۲).

براساس آزمون کای دو، سطح سواد سلامت ارتباط معنی داری با مصرف قرص آهن، مولتی ویتامین، اسید فولیک، رعایت رژیم غذایی، مسود زدن و استفاده از نخ دندان

جدول ۲. ارتباط سواد سلامت با مراقبت‌های دوران بارداری در زنان باردار جوان بلوچستان (n=۲۱۵)

| متغیر               | (%) تعداد | سواد سلامت                     |            | سواد سلامت نه چندان کافی<br>(%) تعداد | سواد سلامت کافی<br>(%) تعداد | سواد سلامت عالی<br>(%) تعداد | سطح معنی داری | فاصله اطمینان ۹۵٪<br>کرانه بالا-کرانه پایین |
|---------------------|-----------|--------------------------------|------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|---|
|                     |           | سواد سلامت ناکافی<br>(%) تعداد | سواد سلامت |                                       |                              |                              |               |   |
| مصرف قرص آهن        | نامناسب   | ۳۴(۱۵/۸۱)                      | ۵(۲/۳۲)    | ۱۶(۷/۴۴)                              | ۹(۴/۱۸)                      | ۴(۱/۸۶)                      | P<۰/۰۰۱       | ۰/۲۵۷-۰/۳۴۳                                 |
|                     | مناسب     | ۱۸۱(۸۴/۱۸)                     | ۴۲(۱۹/۵۳)  | ۴۰(۱۸/۶۰)                             | ۶۹(۳۲/۰۹)                    | ۳۰(۱۳/۹۵)                    |               |   |
| مصرف مولتی ویتامین  | نامناسب   | ۷۴(۳۴/۴۱)                      | ۲۲(۱۰/۲۳)  | ۲۵(۱۱/۶۲)                             | ۲۱(۹/۷۶)                     | ۶(۲/۷۹)                      | P<۰/۰۰۱       | ۰/۲۰۱-۰/۳۲۷                                 |
|                     | مناسب     | ۱۴۱(۶۵/۵۸)                     | ۲۵(۱۱/۶۲)  | ۳۱(۱۴/۴۱)                             | ۵۷(۲۶/۵۱)                    | ۲۸(۱۳/۰۲)                    |               |   |
| مصرف فولیک اسید     | نامناسب   | ۷۳(۳۳/۹۵)                      | ۲۵(۱۱/۶۲)  | ۲۱(۹/۷۶)                              | ۲۲(۱۰/۲۳)                    | ۵(۲/۳۲)                      | P<۰/۰۰۱       | ۰/۲۱۸-۰/۳۴۷                                 |
|                     | مناسب     | ۱۴۲(۶۶/۰۴)                     | ۲۲(۱۰/۲۳)  | ۳۵(۱۶/۲۷)                             | ۵۶(۲۶/۰۴)                    | ۲۹(۱۳/۴۸)                    |               |   |
| پیاده روی           | نامناسب   | ۱۹۸(۹۲/۰۹)                     | ۴۳(۲۰)     | ۵۳(۲۴/۶۵)                             | ۷۲(۳۳/۴۸)                    | ۳۲(۱۴/۸۸)                    | P=۰/۸۴۶       | ۰/۴۳۲-۱/۵۲۶                                 |
|                     | مناسب     | ۱۷(۷/۹۰)                       | ۴(۱/۸۶)    | ۳(۱/۳۹)                               | ۶(۲۵/۷۹)                     | ۴(۱/۸۶)                      |               |   |
| رژیم غذایی          | نامناسب   | ۱۹۱(۸۸/۸۳)                     | ۳۷(۱۷/۲۰)  | ۵۰(۲۳/۲۵)                             | ۷۱(۳۳/۰۲)                    | ۳۳(۱۵/۳۴)                    | P=۰/۰۲۸       | ۰/۱۱۵-۰/۲۱۱                                 |
|                     | مناسب     | ۲۴(۱۱/۱۶)                      | ۱۰(۴/۶۵)   | ۶(۲/۷۹)                               | ۷(۳/۲۵)                      | ۱(۰/۴۶)                      |               |   |
| مسواک زدن           | نامناسب   | ۸۰(۳۷/۲۰)                      | ۲۸(۱۳/۰۲)  | ۲۲(۱۰/۲۳)                             | ۲۳(۱۰/۶۹)                    | ۷(۳/۲۵)                      | P<۰/۰۰۱       | ۰/۰۱-۰/۰۲۷                                  |
|                     | مناسب     | ۱۳۵(۶۲/۷۹)                     | ۱۹(۸/۸۳)   | ۳۴(۱۵/۸۱)                             | ۵۵(۲۵/۵۸)                    | ۲۷(۱۲/۵۵)                    |               |   |
| استفاده از نخ دندان | نامناسب   | ۱۸۸(۸۷/۴۴)                     | ۴۴(۲۰/۴۶)  | ۴۸(۲۲/۳۲)                             | ۶۵(۳۰/۲۳)                    | ۳۱(۱۴/۴۱)                    | P=۰/۰۴۹       | ۰/۱۱۵-۰/۱۸۲                                 |
|                     | مناسب     | ۲۷(۱۲/۵۵)                      | ۳(۱/۳۹)    | ۸(۳/۷۲)                               | ۱۳(۶/۰۴)                     | ۳(۱/۳۹)                      |               |   |

## بحث و نتیجه گیری

مراقبت‌های بهداشتی مادران می‌توانند با ارائه حمایت‌ها و بکارگیری استراتژی‌های سواد سلامت برای بهبود سطح سواد سلامت مادران باردار جوان اقدام نمایند. به عنوان مثال: افزایش اطلاعات بهداشتی، ارائه مشاوره، استفاده از بیان ساده برای اطمینان از درک اطلاعات بهداشتی توسط مادران می‌تواند مفید واقع گردد. اکثریت زنان باردار جوان در ابعاد مهارت خواندن و ارزیابی در سطح ناکافی و نه چندان کافی قرار دارند، که حاکی از ضعف آنان در خواندن اطلاعات و ارزیابی صحت و سقم اطلاعات سلامتی دارد. به منظور ارتقای مهارت خواندن و ارزیابی اطلاعات سلامت، تهیه منابع آموزشی به زبان ساده و قابل درک، استفاده از رسانه‌های غیر مکتوب (تصاویر، گرافیک، فیلم)، محدود کردن اطلاعات ارائه شده در هر ملاقات و معرفی مراکز و منابع معتبر جهت کسب اطلاعات سلامت ضروری به نظر می‌رسد.

در این مطالعه و بر اساس آزمون کای دو، بین سطح سواد سلامت با فعالیت فیزیکی (پیاده روی) رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد، در مطالعه سجادی و همکاران (۹) نیز بین سطح سواد

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح سواد سلامت حدود نیمی (۴۷/۹٪) از زنان باردار جوان، در محدوده ناکافی و نه چندان کافی قرار دارند. مطالعات داخلی دیگر نیز سواد سلامت در جامعه شهری ایران، بخصوص زنان منطقه بلوچستان را پایین گزارش کردند (۱۵،۱۳،۱۴،۹). مطالعات خارجی نیز سطح سواد سلامت زنان باردار را در حد پایین گزارش نمودند (۱۶). به نظر می‌رسد به دلیل ویژگی‌های خاص قومیتی، اجتماعی و جمعیتی شناختی سطح سواد سلامت زنان باردار جوان بلوچستان پایین باشد، نتایج مطالعه حاضر، بیانگر سطح تحصیلات پایین و درآمد ماهیانه ضعیف زنان باردار جوان می‌باشد بطوریکه تنها ۲۰٪ زنان تحصیلات دانشگاهی داشته و فقط ۱۰٪ دارای درآمد متوسط می‌باشند. در همین راستا، مطالعات مختلف در سطح دنیا نشان دادند که ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی شناختی مانند سطح سواد، سن، قومیت، موقعیت جغرافیایی، درآمد و شغل بر سطح سواد سلامت افراد تاثیر گذار می‌باشد (۱۷،۱۸،۱۹). ارائه‌دهندگان

سلامت و فعالیت فیزیکی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. برخلاف یافته حاضر، نتایج مطالعه اوسبرن و همکاران (۲۰) نشان داد که بین سطح سواد سلامت و فعالیت بدنی ارتباط معناداری وجود دارد. در مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد به علت پایین بودن آگاهی، کمبود پارک‌ها و پیاده‌روهای مناسب جهت پیاده روی، بافت فرهنگی جامعه بلوچستان و عدم همراهی و حمایت همسران در خصوص پیاده روی روزانه، ارتباط بین سطح سواد سلامت و پیاده روی معنی دار نباشد.

براساس نتایج پژوهش حاضر، بین سطح سواد سلامت زنان باردار و سایر مراقبت‌های دوران بارداری (مصرف قرص آهن، مصرف مولتی ویتامین، مصرف اسید فولیک، مسواک زدن، استفاده از نخ دندان و رعایت دستورات غذایی در دوران بارداری) ارتباط آماری معناداری مشاهده شد. همسو با نتایج حاضر، مطالعات مختلف ارتباط بین سطح سواد سلامت با تغذیه، مصرف مکملها، مصرف قرص آهن، مصرف اسید فولیک را نشان دادند (۲۲،۹،۲۱،۴). در مطالعه اندرس و همکاران (۲۳) ۶۲٪ مادرانی که سواد سلامت مناسب داشتند، اسید فولیک را در سه ماهه اول بارداری شروع کردند در حالی که تنها ۴۲٪ مادران با سواد سلامت پایین این مکمل‌ها را در سه ماهه اول بارداری مصرف کردند. همچنین مطالعات خرازی و همکاران (۴)، Mojoyinola و همکاران (۲) و NGY و همکاران (۲۲) نشان دادند که بین سطح سواد سلامت زنان باردار با متغیرهای مرتبط با بارداری (زمان شروع مراقبت‌ها، تعداد مراقبت‌ها و مراقبت‌های دوران بارداری) ارتباط معنادار آماری وجود دارد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، متکی بودن داده‌های جمع آوری شده در زمینه رفتارهای مراقبتی دوران بارداری، مانند استفاده از نخ دندان و مسواک زدن و فعالیت بدنی (پیاده روی) بر خودگزارش دهی، که احتمال کم گزارش دهی یا زیاد گزارش دهی وجود دارد. در عین حال، مطالعه حاضر، نقاط قوتی نیز دارد، که شامل: اولاً: استفاده از پرسشنامه بومی (HELIA) منطبق بر ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی گروه هدف که احتمال

پاسخدهی صحیح را افزایش می‌دهد. ثانیاً: تعدادی از رفتارهای مراقبتی دوران بارداری (از جمله تعداد مصرف قرص آهن، مولتی ویتامین و اسید فولیک) از دفاتر ثبت در مراکز بهداشتی درمانی شهری استخراج گردید که احتمال کم یا زیاد گزارش دهی در این اطلاعات وجود نداشت.

**نتیجه گیری:** در مجموع سطح سواد سلامت زنان باردار در سطح پایینی قرار دارد. با توجه به اهمیت سواد سلامت مادران باردار در ارتقاء سلامت خانواده و جامعه و همچنین با در نظر گرفتن ارتباط معنی دار سواد سلامت با مراقبت‌های دوران بارداری، تلاش‌های همه جانبه‌ای برای افزایش سواد سلامت ضروریست. لذا شایسته است زمینه دسترسی زنان باردار بخصوص زنان جوانی که برای اولین بار بارداری را تجربه می‌کنند، به اطلاعات سلامت به زبانی ساده، قابل درک و متناسب با فرهنگ جامعه و همچنین استفاده از رسانه‌های غیر مکتوب فراهم گردد و با به کار گیری راههای مختلف اطلاع رسانی (پیامک، بحث گروهی، نمایش فیلم...)، اطلاعات سلامت در اختیار آنها قرار گیرد. همچنین مزایا و محدودیت‌های رفتارهای مراقبتی دوران بارداری باید بطور شفاف اطلاع رسانی شود تا زنان باردار جوان بتوانند موضوعات را ارزیابی نموده و با در نظر گرفتن کاربرد آنها به تصمیم گیری درست و منطقی برسند.

### سپاسگزاری

مطالعه حاضر، حاصل رساله دکتری رشته آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت در دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشکده و تمامی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، تشکر و قدردانی می‌شود.

### References:

1. 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.
2. Mojoyinola, JK. Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women

- Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *An International Multi-Disciplinary Journal, Ethiopia*, 2011;5(3):28-39.
3. Sheikh Sharafi H, Seyed amini B. Assessment of health literacy and self-care in heart failure patients. *Journal of Health Literacy*. 2017;1(4):203-19.
  4. Kharazi SS, Peyman N, Esmaily H. Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *IJOGI*, 2016; 19( 37): 40-50.
  5. Gonsalves A. Maternal health literacy in Australia. Australia: Summer Research Proposal, 2004.
  6. NGY MH, Nakamura K, Ohnishi M, Kizuki M, Suyama S, Seino K, et al. Improved perinatal health through qualified antenatal care in urban Phnom Penh, Cambodia. *Environ Health Prev Med*, 2007; 12(5):193-201.
  7. Mojuyinola JK. Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *Afr Res Rev*, 2011; 5(3):28-39.
  8. Ashraf-Ganjoei T, Mirzaei F, Anari-Dokht F. Relationship between prenatal care and the outcome of pregnancy in low-risk pregnancies. *Open J Obstet Gynecol*, 2011; 1(3):109-12.
  9. 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.
  10. 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):589-600.
  11. Zareban I, Izadirad H, Araban M. Psychometric evaluation of health literacy for adults (HELIA) in urban area of Balochistan. *Payesh*, 2016;15(6):669-676.
  12. Izadirad H, Niknami SH, Zareban I, Hidarnia A, Ansari Moghadam A. Designing and Developing the Prenatal Care Scale based on Health Belief Model. *Health Education and Health Promotion*, 2015; 3 (3):29-42.
  13. Izadirad H, Zareban I. The Relationship of Health Literacy with Health status, Preventive Behaviors and Health services Utilization in Baluchistan, Iran. *J Educ Community Health*, 2015; 2 (3) :43-50.
  14. Zareban I, Izadirad H, Jadgeal K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. *Journal of Health Literacy (Jhl)*, 2016; 1 (2) :71-82.
  15. 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;5:1071-1078.
  16. Jacqueline MH, Jessica YL, Kimon D, Baker AD, William FV. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time, *Journal of the American Dental Association (JADA)*, 2012;143(9):972-980.
  17. Lam LT, Yang L. Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: An epidemiology study in a 12–16 years old population, Nanning, China, 2012. *Arch. Public Health*, 2014; 72(11):1-8.
  18. Wu E, Chen X, Guan Z, Cao C, Rao H, Feng B, et al. A comparative study of patients' knowledge about hepatitis C in the United States and in urban and rural China. *Hepatology International*, 2015; 9(1): 58–66.
  19. Ying Wu , Lu Wang , Zhongyuan Cai, Luqi Bao, Pu Ai , Zisheng Ai . Prevalence and Risk Factors of Low Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2017; 14(628):1-10.
  20. Osborn CY, Paasche OM, Bailey SC, Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *Am J health behave*, 2011; 35(1):118-128.
  21. Wagner CN, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Community Health*, 2007; 61(12): 1086–1090.
  22. NGY MH, Nakamura K, Ohnishi M, Kizuki M, Suyama S, Seino K, et al. Improved perinatal health through qualified antenatal care in urban Phnom Penh, Cambodia. *Environ Health Prev Med*, 2007; 12(5):193-201.
  23. Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*, 2004; 27(2):331-4.