



و میزان استفاده از خدمات درمانی می‌گردد (۶). با توجه به اهمیت سواد سلامت زنان در سلامت خود و کودکانشان و محدود بودن مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور، این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سواد سلامت زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان اجرا شد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که با هدف بررسی سواد سلامت زنان باردار و برخی عوامل مرتبط با آن انجام شد. جامعه آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان میناب (تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان) در فاصله زمانی اردیبهشت تا تیر سال ۱۳۹۵ تشکیل داد

حجم نمونه به منظور گردآوری داده‌های کمی به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای از مراکز مختلف شهرستان میناب انتخاب شد. حجم نمونه با فرمول کوکران تعداد ۳۶۱ نفر محاسبه شد.

معیار ورود به مطالعه داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده در مرکز بهداشت، تابعیت ایرانی، داشتن پرونده بهداشتی برای مراقبت‌های دوران بارداری، نداشتن بیماری زمینه‌ای و نداشتن بارداری پرخطر بود.

جهت گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی در بالغین (Test of Functional Health Literacy of Adult) (TOFHLA) که یکی از معتبرترین و مهم‌ترین آزمون‌های بررسی سواد سلامت در جهان است، استفاده شد (۷).

پرسشنامه سواد سلامت، متشکل از ۳ بخش می‌باشد. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، میزان تحصیلات، شغل، میزان تحصیلات همسر، شغل همسر، وضعیت مسکونی، منطقه سکونت، درآمد ماهیانه خانواده، تعداد بارداری، تعداد فرزندان، زمان شروع و نحوه مراقبت‌های دوران بارداری و منبع کسب

شده توسط آن‌ها عمل می‌کنند. همچنین وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند و هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند. به همین دلیل امروزه سواد سلامت ناکافی به عنوان یک تهدید جهانی به شمار می‌آید و به عنوان یک مسئله و بحث جهانی در قرن ۲۱ معرفی شده است (۳).

مسئولیت‌پذیری افراد در قبال سلامتی و خود مراقبتی از بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته رشد زیادی داشته است. دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مسائل بهداشتی و بیماری، فاکتور مهم و تعیین‌کننده سلامتی به شمار می‌آید. انتظار می‌رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی از این گونه اطلاعات استفاده نمایند. انستیتو پزشکی، سواد سلامت را به صورت میزان ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر، درک اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی تعریف نموده است که برای تصمیم‌گیری مناسب لازم می‌باشد (۴).

این در حالی است که سواد سلامت ناکافی سبب گزارش فردی وضعیت سلامت در حد ضعیف‌تر، استفاده نامناسب از داروها، عدم پیروی از دستورهای پزشک، کنترل ضعیف‌تر قند خون و افزایش شیوع گزارش فردی از مشکلاتی که از کنترل ضعیف ناشی می‌شوند. این ادعا وجود دارد که افراد با مهارت‌های ضعیف سواد سلامت، آگاهی کمتری درباره سلامت دارند، کمتر خدمات پیشگیرانه را دریافت می‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آن‌ها سخت است، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف‌تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در میان آن‌ها بیشتر دیده می‌شود (۵).

بر این اساس سازمان جهانی بهداشت به تازگی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نمود.

امروزه سواد سلامت به عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است که عدم توجه به آن موجب افزایش نرخ بستری شدن در بیمارستان

## یافته‌ها

در این مطالعه ۳۶۱ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان میناب مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان باردار  $27 \pm 6/3$  و دامنه سنی افراد مورد مطالعه از ۲۷ تا ۵۰ سال متغیر بود. از نظر وضعیت تحصیلی ۴۲/۷۸ درصد شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۹/۳۹ درصد تحصیلات راهنمایی، ۲۰/۵۳ درصد دبیرستان و ۷/۳ درصد دانشگاهی بودند. یافته‌ها نشان داد که ۷/۱ درصد از شرکت‌کنندگان از سطح سواد ضعیف، ۳۴ درصد از سطح سواد مرزی و ۵۸/۹ درصد از سطح سواد خوب برخوردارند.

براساس جدول ۱، شغل ۹۳/۹۰ درصد افراد شرکت‌کنندگان خانه‌دار می‌باشد. ۶۹/۸۰ درصد در مناطق روستایی سکونت دارند و بیش از ۷۰/۳۷ درصد شرکت‌کنندگان از لحاظ وضعیت مسکن، صاحب خانه می‌باشند. ۹۰/۵۸ درصد شرکت‌کنندگان از مراقبت کامل بهداشتی برخوردار و ۳۰/۴۷ درصد افراد مورد مطالعه، در بارداری اول، ۲۷/۷۰ درصد بارداری دوم و ۲۳/۲۷ درصد در بارداری سوم بودند. ۸۵/۸۷ درصد افراد مورد مطالعه اعلام کردند منبع کسب اطلاعاتشان کارکنان بهداشتی می‌باشد.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد فراوانی زنان باردار بر حسب متغیرهای انتخابی مورد مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
شغل	خانه دار	۳۳۹	۹۳/۹۰
	شاغل	۲۲	۶/۱
محل سکونت	شهر	۱۰۹	۳۰/۲
	روستا	۲۵۲	۶۹/۸۰
وضعیت مسکن	صاحب خانه	۲۵۴	۷۰/۳۷
	استیجاری	۴۲	۱۱/۶۳
	سازمانی	۱۰	۲/۷۷
	سایر	۵۵	۱۵/۲۳
نحوه مراقبت	مرتب	۳۳۷	۹۰/۵۸
	گه گاهی	۲۴	۶/۴۱
تعداد بارداری	اول	۱۱۰	۳۰/۴۷
	دوم	۱۰۰	۲۷/۷۰
	سوم	۸۴	۲۳/۲۷
	چهارم	۲۰	۵/۵۵
	پنجم و بیشتر	۴۷	۱۳/۰۱

اطلاعات بهداشتی، بخش دوم مربوط به درک خواندن (ارزیابی توانایی فرد پاسخ‌دهنده برای خواندن متون مربوط به مراقبت های سلامت) و بخش سوم شامل ۲ متن در رابطه با دستورهای آمادگی برای عکس‌برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در برهه‌های بیمه‌نامه و یک برهه استاندارد رضایت‌نامه بیمارستانی، بود. متون طراحی شده در بخش درک خواندن در مجموع ۵۰ جای خالی با ۵۰ پاسخ‌های چهار گزینه‌ای بود. به جواب صحیح نمره یک و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت. نمره فرد در این قسمت بین ۰ تا ۵۰ می‌باشد. ۱۶ نمره به متن آمادگی برای عکس‌برداری، ۱۴ نمره به متن درک حقوق ۲۰ نمره به متن مسئولیت‌های بیمار در برهه‌های بیمه تعلق گرفت. در بخش محاسبات، درک عددی توانایی فرد در زمینه توصیه‌های که نیازمند محاسبه است، مورد بررسی قرار گرفت. در این بخش ۱۰ کارت با توضیحاتی در زمینه داروهای تجویز شده، زمان مراجعه به پزشک مراحل دریافت کمک مالی و همچنین یک مثال از نتیجه آزمایش قند خون در اختیار افراد مورد مطالعه قرار گرفت. سپس ده دقیقه به آن‌ها فرصت داده شد تا به ۱۷ سوال طراحی شده در این بخش پاسخ دهند. امتیاز ۱۷ پرسش بخش محاسبات نیز با اعمال ضریب ۲/۹۴۱ به ۵۰ رسانده شد. در مجموع امتیاز پرسشنامه سواد سلامت، در این پرسشنامه از ۱۰۰ محاسبه شد. با توجه به نقطه برش، سواد سلامت در این پرسشنامه در سه سطح ناکافی (صفر تا ۵۹)، مرزی (۵۹ تا ۷۴) و کافی (۷۴ تا ۱۰۰) طبقه‌بندی شد. پس از اخذ رضایت‌نامه از زنان و رعایت اصول اخلاقی و محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه در اختیار زنان باردار قرار داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPAA نسخه ۱۹ استفاده شد و از آمار توصیفی (توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار) برای توصیف داده‌ها و به منظور بررسی ارتباط و مقایسه بین متغیرها از تحلیل آماری کای‌کو استفاده شد. میزان P-Value برای معنی‌دار شدن از نظر آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۴- رابطه بین سواد سلامت با تحصیلات همسر

P- Value	سواد سلامت		
	خوب (درصد)	سواد مرزی (درصد)	ضعیف (درصد)
	۰(۰)	۱۷(۴/۷۰)	۲(۰/۸۳)
	۹۱(۲۵/۲۲)	۴۰(۱۱/۰۸)	۱۲(۳/۶۰)
۰/۰۰۰۱	۸۱(۲۲/۴۳)	۳۶(۹/۹۷)	۵(۱/۳۸)
	۲۲(۶/۰۹)	۱۸(۴/۹۸)	۶(۱/۶۶)
	۱۲(۳/۳۲)	۱۶(۴/۴۳)	۱(۰/۲۷)

نتایج جدول ۵ نشان داد بین محل سکونت و سطح سواد سلامت زنان باردار رابطه آماری معنی دار وجود دارد ( $P=0/0001$ ). همچنین  $0/69$  درصد زنان روستایی دارای سواد سلامت خوب می باشند که نسبت به زنان شهری با سواد سلامت خوب  $10/80$  درصد در وضعیت بهتری قرار دارند.

جدول ۵- رابطه بین سواد سلامت با محل سکونت

P- Value	سواد سلامت		
	خوب (درصد)	سواد مرزی (درصد)	ضعیف (درصد)
	۳۹(۱۰/۸۰)	۷۴(۲۰/۵)	۱(۰/۲۷)
۰/۰۰۰۱	۱۸۳(۵۰/۶۹)	۴۹(۱۳/۵۷)	۱۵(۴/۱۵)

در جدول ۶ با توجه به مقدار ( $P=0/028$ ) بین سواد سلامت با درآمد خانوار رابطه معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش درآمد خانوار، سواد سلامت ضعیف زنان کاهش می یابد.

جدول ۶- رابطه بین سواد سلامت با درآمد خانواده

P- Value	سواد سلامت		
	خوب (درصد)	سواد مرزی (درصد)	ضعیف (درصد)
	۴۴(۱۲/۱۸)	۳۰(۸/۳۱)	۵(۱/۳۸)
۰/۰۲۸	۱۰۳(۲۸/۵۳)	۴۵(۱۲/۴۶)	۱۲(۳/۶۰)
	۶۷(۱۸/۵۵)	۳۲(۸/۸۱)	۲(۰/۵۵)
	۸(۲/۲۱)	۱۲(۳/۳۲)	۰(۰)

در این مطالعه به کمک آزمون کای دو ارتباط آماری معناداری بین سواد سلامت با تعداد فرزندان، محل سکونت، درآمد و تحصیلات همسر مشاهده شد. در صورتی که سواد سلامت با تحصیلات مادر رابطه آماری معناداری نداشت.

کارکنان بهداشتی	۳۱۰	۸۵/۸۷
اقوام و خویشاوندان	۱۸	۴/۹۸
کتاب	۲۳	۶/۳۹
اینترنت	۵	۱/۳۸
سایر	۵	۱/۳۸

براساس جدول ۲،  $42/12$  درصد از افراد شرکت کننده در این مطالعه، زنان باردار بدون فرزند،  $49/86$  درصد زنان باردار دارای ۱ فرزند و  $5/81$  درصد زنان باردار دارای ۲ فرزند بودند.

جدول ۲- رابطه بین سواد سلامت با تعداد فرزند

سواد سلامت	
تعداد فرزند	تعداد (درصد)
۰	۱۵۲(۴۲/۱۲)
۱	۱۸۰(۴۹/۸۶)
۲	۲۱(۵/۸۱)
۳	۳(۰/۸۳)
۴	۳(۰/۸۳)
۵	۲(۰/۵۵)

نتایج جدول ۳، رابطه معنی دار بین شروع مراقبت و وضعیت سواد سلامت زنان را نشان می دهد ( $P=0/035$ ).  $23/2$  درصد زنان باردار از هفته ۱۰ به بعد و  $7/48$  درصد از بدو بارداری که جهت مراقبت به مراکز بهداشتی شهرستان میناب مراجعه کرده بودند، از وضعیت سواد سلامت خوب برخوردار بودند.

جدول ۳- رابطه بین سواد سلامت با زمان شروع مراقبت

P- Value	سواد سلامت			زمان شروع مراقبت
	خوب (درصد)	سواد مرزی (درصد)	ضعیف (درصد)	
	۳۷(۷/۴۸)	۱۲(۳/۳۲)	۲(۰/۸۳)	بدو بارداری
۰/۰۳۵	۲۴(۶/۶۴)	۳۷(۷/۴۷)	۴ (۱/۸)	۲ تا ۴ هفته
	۲۲(۶/۰۹)	۱۳(۳/۶۰)	۳(۰/۸۳)	۴ تا ۶ هفته
	۶۵(۱۸)	۳۸ (۱۰/۵۲)	۱۰ (۲/۸)	۶ تا ۱۰ هفته
	۸۴(۲۳/۳۶)	۲۵ (۶/۹۲)	۴(۱/۸)	۱۰ هفتگی به بعد

براساس جدول ۴، بین تحصیلات همسر و وضعیت سواد سلامت رابطه آماری معنی دار وجود دارد ( $P=0/0001$ ). همان طور که در جدول مشاهده می شود بیش از  $4/70$  درصد همسران بی سواد دارای سواد سلامت مرزی و  $0/83$  درصد دارای سواد سلامت ضعیف می باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی سواد سلامت زنان باردار و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان میناب صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد ۵۸/۹ درصد زنان از سواد سلامت کافی برخوردارند. در مطالعات مشابه صورت گرفته در زنان با غربالگری جنین، زنان با ریسک تراژونیک جنین، میزان سواد سلامت مشابه یافته‌های این مطالعه بود که علت آن را شاید بتوان به بالاتر بودن سطح سواد شرکت‌کنندگان این مطالعات و خصوصیات اجتماعی و دموگرافیک نسبت داد (۸-۱۰). این در حالی است که در مطالعه قنبری و همکاران نزدیک به نیمی از زنان باردار از سواد سلامت ناکافی و مرزی برخوردار بودند (۱۱). در مطالعه امیراسماعیلی و همکاران و مطالعه حسین‌پور و همکاران اکثر افراد مورد مطالعه سواد ناکافی و مرزی داشتند (۸،۹). در مطالعه دیگری که به منظور ارزیابی و بررسی سواد سلامت و خودکارآمدی فعالیت جسمی در زنان پس از زایمان انجام شد نشان داد بیش از ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان سواد سلامت ناکافی داشتند (۷). مطالعات فوق میزان سواد سلامت را پایین‌تر از مطالعه حاضر نشان می‌دهد. تناقض در یافته‌ها شاید به دلیل بافت جامعه مورد مطالعه و ارتباط نزدیک بهورزان و کارکنان بهداشتی با گروه هدف و نقش مداخلات آموزش بهداشت باشد.

در پژوهش حاضر بین سطح تحصیلات زنان باردار و سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته با مطالعه طل و همکاران و مطالعه امیراسماعیلی و همکاران همخوانی نداشت (۳،۹). با توجه به این که بیش از ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان این پژوهش از تحصیلات زیر دیپلم برخوردار بودند این دلیل می‌تواند تناقض در یافته‌ها را توجیح کند. چرا که سطح سواد سلامت در افراد دارای تحصیلات بالاتر مؤید نقش تاثیرگذار تحصیلات در سطح سواد سلامت است (۱۲). نتایج تحقیق حاضر نشان داد با اینکه ارتباط آماری معناداری بین تحصیلات زنان باردار و سواد سلامت آنان وجود نداشت، اما

بطور کلی سواد سلامت زنان باردار در این مطالعه از سطح نسبتاً خوبی برخوردار بود (۵۸/۹ درصد)، که این امر می‌تواند به دلیل نزدیکی بهورزان و کارکنان بهداشتی با افراد مورد مطالعه و نقش مداخلات آموزش بهداشت و دیگر مراقبت‌های بهداشتی به افراد مورد مطالعه باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه بین شغل و سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد. در مطالعه بنی هاشمی و همکاران نیز بین شغل و سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (۱۳). با داشتن شغل و به دنبال آن وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتر میانگین سطح سواد سلامتی نیز افزایش می‌یابد. در مطالعه حاضر کارکنان بهداشتی بیشترین درصد منبع کسب اطلاعات بهداشتی را به خود اختصاص دادند. در مطالعه La Vonne و همکاران اکثر شرکت‌کنندگان اطلاعات خود را از پزشکان و مراکز بهداشتی کسب کرده بودند (۲).

افراد برای تصمیم‌گیری مناسب در خصوص سلامت باید بتوانند اطلاعاتی را که در محیط‌های اختصاصی سلامت به آن‌ها ارائه می‌شود، درک و از آن‌ها استفاده کنند. ارائه‌دهندگان خدمات باید از توانایی‌های بیماران برای پردازش اطلاعات سلامت به منظور بهبود پیامدهای بیماری خود آگاه باشند؛ همچنین باید بتوانند اطلاعات را به بیماران با سطوح مختلف سواد سلامت منتقل کنند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد سواد سلامت زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان میناب ۵۸/۹ درصد بود که بیش از نیمی از زنان سواد سلامت کافی دارند. ولی ۳۴ درصد از افراد سواد مرزی و ۷/۱ درصد از افراد سواد ضعیف دارند. با توجه به اهمیت سواد در سلامت مادر و جنین این امر می‌تواند هشدار برای مسئولان و سیاست‌گذاران بخش سلامت باشد. چرا که سواد سلامت یکی از مولفه‌های بسیار مهم در افزایش سطح سلامت جامعه است. بنابراین لزوم توجه به افزایش سواد سلامت زنان با عنایت به ارزیابی سطح سواد سلامت زنان در واحدهای مراقبت‌های دوران بارداری، تجدید

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با عنوان سواد سلامت زنان باردار و برخی عوامل مرتبط با آن در زنان باردار شهرستان میناب می‌باشد. نویسندگان این مقاله از همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

نظر مواد آموزشی به زبان ساده و ارائه آموزش شفاهی و تصویری در قالب (پوستر، پمفلت و بروشور) به آنان پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

### References

- Safari Morad Abadi A, Agha Molaei T, Ramezankhani A, Dadipoor S. The health literacy of pregnant women in Bandar Abbas, Iran. *SJSPH*. 2017; 15(2):121-32. [Persian]
- La Vonne A, Zun LS. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *J Natl Med Assoc*. 2008; 100(11):1304-8.
- 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. *JHOSP*. 2012; 11(3):45-52 [Persian].
- Fransen M, Van Schaik T, Twickler T, Essink-Bot M. Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun*. 2011; 16(supp3):134-49.
- Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009; 24(3):285-96.
- Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promot Int*. 2000; 15(3):183-4.
- Kharazi SS, Peyman N, Esmaily H. Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *The Iranian IJOGI*. 2016; 19(37):40-50. [Persian]
- Hoseinpour N, Sajadi H, Mahmoudi Z, Sharifian Sm. Health literacy and nutrition status in rural pregnant women of Izeh, Iran. *Nutr Food Sci Res*. 2014; 1(Sup 1):132-3. [Persian]
- Amiresmaili M, Nekoei M, Saberi Anari S, Sadeghi A, Saber M, Taheri G, et al. Study of health literacy level of women referring to health centers in 2010. *JNKUMS*. 2013; 5(5):1071-8. [Persian]
- Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. *J Health Lit*. 2016; 1(1):5-12. [Persian]
- 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 Medicine*. 2012; 19(97):1-12. [Persian]
- Noblin AM, Wan TTH, Fottler M. The impact of health literacy on a patient's decision to adopt a personal health record. *Perspect Health Inf Manag* 2012; 9(fall): 1e.
- Banhashemi Tehrani SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides Dev Med Educ*. 2007; 4(1):1-9. [Persian]

## Health literacy of pregnant women and some related factors in pregnant women referred to Minab health centers

Faeghe Zaree<sup>1</sup>Fateme Karimi<sup>2</sup>Shokrollah Mohseni<sup>3</sup>Shiva Madani<sup>4</sup>Sakineh Dadipour<sup>5</sup>Abdoul Hossain Madani<sup>6\*</sup>

1. MSC, Microbiology, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
2. MSC, Health Education and Health Promotion, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
3. Phd Student, Epidemiology, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
4. MSC Student, English language, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
5. Phd Student, Health Education and Health Promotion, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
6. Department of Epidemiology, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

### ABSTRACT

**Introduction:** Health literacy refers to the ability to obtain, process, and understand the basic information and services needed for proper Health decision making. Considering the importance of mothers' health literacy in their own health and their children health, this study desinged to determine the health literacy of pregnant women and some related factors in pregnant women referred to Minab health centers in 2016.

**Methods:** This cross-sectional and descriptive-analytical study was performed on 430 pregnant women referred to the health centers of Minab city. Data were collected using adult functional health literacy questionnaire. Data were analyzed using SPSS software and frequency index, frequency percentage index, and chi squared test.

**Results:** In this study, the mean age of the subjects was  $27 \pm 6.3$  years. Health literacy of 58.9% of the mothers was at satisfactory level and 17.37% were in the borderline. According to the findings of this study, there was a significant relationship between the health literacy and the number of children, the place of residence, and family income. But there was no significant statistical relationship between the health literacy and educational level of mothers.

**Conclusion:** In general, the results of this study showed that the level of health literacy of the studied women was in borderline. Therefore, the country health system, should provide the pregnant women who have an inadequate and borderline health literacy simple and understandable visual and oral education as well as written educational materials which can be in the form of posters, pamphlets, and brochures.

**Key Words:** Health Literacy, Pregnant Women, Self Care.

Original Article

Received: 20 May 2017

Accepted: 9 Mar 2018

**Citation:** Zaree F, Karimi F, Mohseni S, Madani S, Dadipour S, Madani AH. Health literacy of pregnant women and some related factors in pregnant women referred to Minab health centers. JPM. 2018; 5(1):40-6.

Correspondence: Abdoul Hossain Mdani, PHD, Epidemiology, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Faculty of Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran  
Tel: +98763336202 Email: shmd\_md@yahoo.com