



Research Paper

Social Determinants of Health and Health-promoting Lifestyle of Pregnant Women in Hormozgan Province, Southern Iran



Farzaneh Pazandeh¹, *Farzaneh Banihashem¹, Shokroallah Mohseni², Masoumeh Mohseni², Hamdan Firouzi³

1. Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan Health Institute, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
3. Mother and Child Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.



Citation Pazandeh F, Banihashem F, Mohseni Sh, Firouzi H, Mohseni M. [Social Determinants of Health and Health-promoting Lifestyle of Pregnant Women in Hormozgan Province, Southern Iran (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2024; 10(4):398-411. <https://doi.org/10.32598/JPM.10.4.717.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JPM.10.4.717.1>



Article Info:

Received: 15 Feb 2023

Accepted: 07 Mar 2023

Available Online: 01 Jan 2024

Key words:

Health-promoting lifestyle, Social determinants of health, Pregnant women

ABSTRACT

Objective In line with of the sustainable development goals, Iran has aimed to reduce maternal mortality in deprived areas. Therefore, there is a need to identify the social determinants of health and lifestyle of pregnant women. In this regard, this study aims to investigate the health-promoting lifestyle and social determinants of health in pregnant women in Hormozgan Province, southern Iran.

Methods This is a cross-sectional study that was conducted on 800 pregnant women in the second and third trimesters of pregnancy referred to the urban and rural health centers in Hormozgan Province during 2010-2015, who were selected using cluster sampling and convenience sampling methods. Data were collected by a researcher-made form surveying demographic/socio-economic information and the health-promoting lifestyle profile (HPLP-II). The statistical analysis was done in SPSS software, version 21 using descriptive statistics, ANOVA, and multiple linear regression analysis.

Results The overall HPLP-II score of pregnant women was 139.94 ± 22.52 (71.39%), and the lowest score was related to those from the eastern part of the province (138.78 ± 19.73). Regarding lifestyle dimensions, women had the highest score in spiritual health and the lowest score in physical activity and stress management. The regression model showed that having a normal body mass index (BMI) and receiving prenatal care were the strongest predictors of a health-promoting lifestyle in pregnant women.

Conclusion The health-promoting lifestyle of pregnant women in Hormozgan Province is lower than the average level. Considering the impact of social determinants of health on the lifestyle of these women, they need to increase their awareness about the importance of having a health-promoting lifestyle before pregnancy. The health of the mother and fetus during pregnancy and after delivery should be considered by public education through the media and by health system officials.

* Corresponding Author:

Farzaneh Banihashemi

Address: Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (917) 9480052

E-mail: banihashemi.farzaneh@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

In line with the sustainable development goals, Iran has aimed to reduce maternal mortality in deprived areas. A woman's living conditions have a significant impact on her own health and her child's health. One of the most important issues affecting maternal mortality is the involvement of social determinants of health, including income, race, age, literacy level, gender, culture, education, etc. which cause differences in lifestyle and access to health services among different communities. Therefore, it is necessary to know about the social determinants of health and lifestyle of pregnant women. The health-promoting lifestyle is defined as the control of the behaviors that affect health and arrange them by choosing health-promoting behaviors. It has 6 dimensions of spiritual growth, health responsibility, interpersonal relations, stress management, nutrition, and physical activity. The health-promoting lifestyle leads to the reduction of maternal and fetal death and to the control of non-communicable diseases. It helps with controlling blood pressure, obesity, diabetes, stress, and depression, and as a result, improves maternal and fetal health. Hormozgan Province is located in the south of Iran, and according to the World Bank report in 2018, it is a poor and very deprived province in Iran, which has an unfavorable situation compared to the national indicators and goals of the [World Health Organization \(WHO\)](#). This study investigates the health-promoting lifestyle of pregnant women and social-structural determinants of their health in Hormozgan Province.

Methods

This is a descriptive cross-sectional study on 800 pregnant women in the second and third trimesters of pregnancy referred to urban and rural health centers in Hormozgan Province in 2016 to receive prenatal care services. Sampling was done by a cluster sampling method from 12 healthcare centers as clusters. From each city, the clusters were randomly selected proportional to the number of health centers. The selection of samples from each center was done using a convenience sampling method. Data were collected by a researcher-made form surveying demographic/socio-economic information and the health-promoting lifestyle profile (HPLP-II). In this questionnaire, the items are rated on a Likert scale as 1=never, 2=sometimes, 3=often, and 4=always. SPSS software, version 21 was

used to analyze the data. Descriptive statistics (frequency, percentage, Mean \pm SD) were used to describe the variables, and t-test, analysis of variance, multiple linear regression, and Pearson's correlation test were used to analyze and find the relationship between the variables.

Results

The overall score of HPLP-II was 139.94 ± 22.52 (71.39%), which indicates a moderate level. The lowest score was related to the women from the eastern part of the province (138.78 ± 19.73). Regarding lifestyle dimensions, women had the highest score in spiritual health and the lowest score in physical activity and stress management. A multiple regression model was used to study the effect of intervening variables (age of women, educational level of women and their husbands, occupation of women and their husbands, socio-economic status of household, body mass index of women, receiving prenatal care, receiving pregnancy care, and number of pregnancies) on the health-promoting lifestyle. The HPLP-II score of women with university education was higher than that of other educational groups by 3.11. The HPLP-II score of women working outside the home was lower than that of other occupation groups by 2.96. The HPLP-II score of women with normal BMI was higher than that of other BMI groups by 5.52. The HPLP-II score of women who received prenatal care was higher than that of those with no prenatal care by 11.19.

Conclusion

Overall, pregnant women in Hormozgan Province have a health-promoting lifestyle status lower than the average level. They have the highest score in spiritual health and the lowest score in physical activity and stress management. It seems that the women's low awareness of the importance of physical activity and stress management, as well as the lack of attention to these dimensions in prenatal care visits, have a role in reducing the score of these domains. Improving the health-promoting lifestyle of pregnant women can lead to a decrease in their stress and, subsequently, mortality caused by pregnancy complications. On the other hand, having physical activity can increase women's physical readiness for childbirth, reduce their stress, and help with their physical recovery after delivery. The social determinants of health, including educational level, occupation, and socio-economic status, have a significant relationship with having a health-promoting lifestyle in pregnant women. Therefore, it is possible to improve



the health of pregnant women by raising their awareness, educating them about having a healthy lifestyle, and providing them with any intervention that can increase their physical activity and stress management.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by [Shahid Beheshti University of Medical Sciences](#) (Code: IR.SBMUPHNM.1395.435).

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

Study design: **Farzaneh Pazandeh and Farzaneh Banihashem**; Statistical analysis: **Shokroallah Mohseni**; Review and editing: **Masoumeh Mohseni**; Final approval: **All authors**.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors appreciate the support of [Hormozgan University of Medical Sciences](#).



مقاله پژوهشی

بررسی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان باردار استان هرمزگان

فرزانه پازنده^۱، *فرزانه بنی‌هاشمی^۱، دکتر شکرالله محسنی^۲، معصومه محسنی^۲، حمدان فیروزی^۳

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، پژوهشکده سلامت هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

۳. مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Pazandeh F, Banihashem F, Mohseni Sh, Firouzi H, Mohseni M. [Social Determinants of Health and Health-promoting Lifestyle of Pregnant Women in Hormozgan Province, Southern Iran (Persian)]. *Journal of Preventive Medicine*. 2024; 10(4):398-411. <https://doi.org/10.32598/JPM.10.4.717.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JPM.10.4.717.1>

چکیده

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۶ بهمن ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۶ اسفند ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۲

هدف در راستای اهداف توسعه پایدار، ایران درصدد کاهش مرگ‌ومیر مادری در مناطق محروم است. بنابراین اطلاع از وضعیت تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و سبک زندگی زنان باردار ضروری است. این مطالعه به بررسی سبک زندگی و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در زنان باردار استان هرمزگان می‌پردازد.

روش‌ها این مطالعه مقطعی است که در مراکز بهداشتی درمانی استان هرمزگان بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ بر روی ۸۰۰ زن باردار که در ۳ ماهه دوم و سوم بارداری بودند با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای و در دسترس انجام گرفت. جمع‌آوری اطلاعات به‌وسیله سؤالات جمعیت‌شناختی محقق ساخته و سؤالات استاندارد اجتماعی اقتصادی و سؤالات سبک زندگی انجام گرفت و آنالیز آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و روش‌های آماری توصیفی، آنووا و رگرسیون خطی چندگانه انجام گرفت.

یافته‌ها این مطالعه نشان داد نمره کلی سبک زندگی زنان باردار استان هرمزگان $139/94 \pm 22/52$ (۷۱/۳۹ درصد) است که کمترین میزان آن در ناحیه شرق ($138/78 \pm 19/73$) بود. زنان شرکت کننده از لحاظ ابعاد سبک زندگی، در بعد سلامت روان بیشترین و در ابعاد فعالیت بدنی و مدیریت استرس کمترین امتیاز را داشتند. مدل رگرسیون نشان داد داشتن شاخص توده بدنی طبیعی و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری بود، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان باردار هستند.

نتیجه‌گیری سبک زندگی زنان باردار استان هرمزگان کمتر از متوسط است. با توجه به تأثیر عوامل تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت بر نمره سبک زندگی زنان باردار در استان هرمزگان دارند، نیاز به افزایش آگاهی زنان در مورد اهمیت بهبود نمره سبک زندگی قبل از بارداری، در کاهش آمار مرگ‌های مادری و در جهت سلامت مادر و جنین در دوران بارداری و پس از زایمان از طریق آموزش‌های اجتماعی با همکاری مدیا و مسئولان در امور بهداشتی باید مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

سبک زندگی
ارتقادهنده سلامت،
تعیین کننده‌های
اجتماعی سلامت، زنان
باردار

* نویسنده مسئول:

دکتر فرزانه بنی‌هاشمی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری.

تلفن: ۹۴۸۰۰۵۲ (۹۱۷) ۹۸+

پست الکترونیکی: banihashemi.farzaneh@gmail.com

مقدمه

زندگی به کاهش فاکتورهای خطرآفرین مرگ برای مادر و جنینش منجر می‌شود [۱۰] که به کنترل بیماری‌های غیرواگیر، فشارخون، چاقی، دیابت، استرس و افسردگی کمک می‌کند و منجر به بهبود سطح سلامتی مادر و جنینش می‌شود [۱۱].

ایران شاخص خوبی از سلامتی مادران و کودکان را دارد. یکی از ۹ کشوری است که توانسته به اهداف توسعه کاهش مرگ مادران باردار برسد. با وجود این میزان مرگ مادر در ایران نسبت به متوسط جهانی هنوز زیاد است [۱۲]. چهار استان محروم ایران در مقایسه با بقیه نقاط ایران به ترتیب هنوز بالاترین میزان مرگ مادر را گزارش می‌کنند. از جمله سیستان و بلوچستان، هرمزگان، خوزستان و خراسان رضوی [۳، ۴-۱۳].

استان هرمزگان در جنوب ایران قرار گرفته و براساس گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۱۸ استانی فقیر و بسیار محروم در کشور ایران ارزیابی شده است که در مقایسه با شاخص‌های ملی و اهداف سازمان بهداشت جهانی وضعیت نامطلوب دارد. در سال ۲۰۱۶ نزدیک ۱۷۷۶۰۰۰ هزار جمعیت داشت که ۸۵/۹۳ درصد از آن‌ها در مناطق روستایی زندگی می‌کردند [۴]. استان هرمزگان دارای آمار بالایی از مرگ‌ومیر مادر در ایران است. در سال ۲۰۱۳ میزان مرگ مادری به ۳۹/۸۱ در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده رسیده بود که بیشترین میزان آن در زنان باردار ۱۸ تا ۳۵ ساله بود (۷۶/۱۱ درصد) [۴]. همچنین میزان مرگ مادری در مرکز و شرق و غرب این استان متفاوت است. به‌طور کلی، آمار مرگ‌ومیر بالای مادران به مناطق مرکزی و شرقی این استان اختصاص دارد. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که این استان از لحاظ دسترسی به خدمات بهداشتی نیز جزو استان‌های محروم ایران است. در راستای اهداف توسعه پایدار، ایران درصدد کاهش مرگ‌ومیر مادری در مناطق محروم است. برنامه‌ریزی جهت کاهش مرگ‌ومیر مادری در استان‌ها محروم، اطلاع از وضعیت تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سبک زندگی زنان باردار ضروری است. بنابراین در این مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سبک زندگی در زنان باردار در مناطق شرق و غرب و مرکز استان هرمزگان بررسی شد

مواد و روش‌ها

این یک مطالعه مقطعی است که در مراکز بهداشتی شهری و روستایی استان هرمزگان در سال ۲۰۱۶ صورت گرفت. این مطالعه روی ۸۰۰ زن باردار در ۳ ماهه‌های دوم و سوم بارداری که جهت انجام مراقبت‌های بارداری به مراکز بهداشتی شهری و روستایی استان هرمزگان مراجعه کرده بودند انجام شد.

در این مطالعه ۸۰۰ زن باردار در ۳ ماهه دوم و سوم بارداری با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از ۱۲ شبکه بهداشتی‌درمانی علوم پزشکی هرمزگان انتخاب شدند. خانه‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی‌درمانی شهری هر کدام به‌عنوان یک خوشه در

مرگ مادر در کشورهای در حال توسعه هنوز به‌طور غیرقابل قبولی زیاد است [۱]. ۹۹ درصد مرگ‌های مادری در این کشورها اتفاق می‌افتد. از سال ۱۹۹۰ مرگ مادر فقط ۴۴ درصد افت پیدا کرده است. اگر چه این میزان کاهش کافی نیست، هنوز ۸۵۰ زن و زنان نوجوان به خاطر عوامل قابل‌پیشگیری مرتبط به بارداری و زایمان هر ساله می‌میرند [۲]. در این میان فقط ۱۰ کشور در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ توانستند به اهداف توسعه میلیونی^۱ کاهش مرگ مادر به میزان ۷۵ درصد برسند. هدف سوم توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰، نیز بر ایجاد زندگی سالم و ارتقای رفاه اجتماعی برای همه افراد در هر سنی تأکید دارد. کاهش جهانی مرگ مادر باید تا سال ۲۰۳۰ به میزان ۷۰ در هزار تولد زنده برسد. این هدف به کاهش نابرابری بین کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه‌یافته در جهت کاهش جهانی مرگ مادر تأکید دارد. به‌طوری‌که هیچ کشوری نباید میزان مرگ مادری بیش از ۲ برابر میزان متوسط جهانی داشته باشد [۱]. شرایط زندگی زن تأثیر بسزایی در سلامتی او و کودکش ایفا می‌کند [۲]. یکی از مهم‌ترین مسائل تأثیرگذار در مرگ‌های مادری دخالت فاکتورهای تعیین‌کننده اجتماعی سلامت در مرگ‌های مادری است [۴]. این فاکتورها شامل درآمد، نژاد، سن، سطح سواد، جنسیت، فرهنگ، تحصیلات و غیره هستند که باعث تفاوت در سبک زندگی و دسترسی افراد به خدمات بهداشتی در میان جوامع مختلف می‌شوند و می‌توانند در میزان مرگ‌ومیر مادری تأثیرگذار باشند [۵]. یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت، وضعیت اجتماعی و اقتصادی زنان باردار است، زیرا مورثالیتی و موربیدیتی بارداری و زایمان به وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده زنان باردار بستگی دارد [۵] و آن‌ها کمتر به دنبال مراقبت‌های قبل و دوران بارداری هستند و زایمان برخی از آن‌ها توسط افراد محلی و آموزش‌ندیده انجام می‌گیرد [۶]. ولی زنان بارداری که دارای سطح تحصیلات بالا و سطح اجتماعی اقتصادی بالایی هستند، بیشتر احتمال دارد سطح سبک زندگی بالایی داشته باشند [۷]، زیرا آن‌ها بیشتر در قبال سلامت خود مسئولیت‌پذیر هستند، آگاهانه برای بارداری برنامه‌ریزی می‌کنند و وضعیت سلامتی خود را با شرکت در دوره‌های مراقبت‌های قبل از بارداری ارتقا می‌دهند [۵]. بنابراین آن‌ها به راحتی می‌توانند با استرس‌های دوران بارداری مقابله کنند [۶].

ارتقای سبک زندگی سالم به‌عنوان کنترل رفتارهای خاص و انتخاب رفتار مناسب در زندگی روزمره برای سلامتی تعریف شده است [۸]. مطابق با مطالعه والکر، سبک زندگی سالم، دارای ۶ بعد اصلی (تغذیه، فعالیت فیزیکی، مدیریت استرس، ارتباط بین فردی، مسولیت سلامتی، روان خوب) است [۹]. بنابراین ارتقای سبک

1. Millennium Development Goals (MDG)

جدول ۱. حجم نمونه: تعداد خوشه‌ها و نمونه‌های شهری و روستایی به تفکیک شهرستان

نام شهرستان	تعداد خانه بهداشت	تعداد زن باردار	تعداد مراکز شهری	تعداد زن باردار
ابوموسی	۱	۱۰	۱	۱۰
بستک	۳	۳۰	۳	۳۰
بشاگرد	۲	۲۰	۱	۱۰
بندر خمیر	۲	۲۰	۲	۲۰
بندرعباس	۷	۷۰	۱۰	۱۰۰
بندر لنگه	۳	۳۰	۳	۳۰
چاسک	۲	۲۰	۲	۲۰
حاجی‌آباد	۳	۳۰	۳	۳۰
رودان	۳	۳۰	۳	۳۰
سیریک	۲	۲۰	۱	۱۰
قشم	۳	۳۰	۴	۴۰
پارسیان	۲	۲۰	۳	۳۰
میناب	۷	۷۰	۴	۴۰
جمع کل	۴۰	۴۰۰	۴۰	۴۰۰

بارداری، وضعیت دریافت مراقبت‌های قبل و حین بارداری است. اطلاعات مربوط به مشخصات مامایی از پرونده مراجعه‌کنندگان موجود در مراکز بهداشتی استخراج شدند. پرسش‌نامه اطلاعات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از طریق مطالعه کتب و مقالات معتبر علمی تدوین شد و روایی آن با روایی محتوا در اختیار ۱۰ نفر از اساتید صاحب‌نظر قرار گرفت.

پرسش‌نامه وضعیت اجتماعی و اقتصادی تعیین‌کننده اجتماعی سلامت: این یک پرسش‌نامه استاندارد است و روایی آن تایید شده است [۱۲]. این پرسش‌نامه حاوی ۱۲ سؤال است که به‌منظور بررسی دقیق‌تر میزان درآمد، سطح سواد و وضعیت اشتغال زنان باردار و همسران آن‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. برای بررسی تحصیلات از تعداد سال‌های تحصیل استفاده شد و برای بررسی میزان درآمد از شاخص دارایی که از ۱۲ متغیر اقتصادی (جاروبرقی، آشپزخانه مجزا، کامپیوتر، ماشین لباس‌شویی، حمام، فریزر، ماشین ظرف‌شویی، اتومبیل شخصی (نه به‌منظور کاروکسب درآمد)، موبایل، تلویزیون رنگی، انواع ویدئو و تلفن ثابت) تشکیل شده است، سؤال پرسیده شد و نسبت آن برحسب درصد محاسبه شد. متغیر به‌دست‌آمده (شاخص دارایی) به ۵ طبقه صفر تا ۲۰ (فقرترین)، ۲۱ تا ۴۰ (فقیر)، ۴۱ تا ۶۰ (متوسط)، ۶۱ تا ۸۰ (ثروتمند) و ۸۱ تا ۱۰۰ (ثروتمندترین) تقسیم‌بندی شدند.

نظر گرفته شدند و از هرکدام از شهرستان‌ها به تناسب تعداد خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی‌درمانی، تعداد خوشه‌ها به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. انتخاب زنان باردار با روش نمونه‌گیری در دسترس بود. تعداد خوشه‌های انتخاب‌شده به روش تصادفی در هر شهرستان در **جدول شماره ۱** آمده است.

در این مطالعه حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین اندازه نمونه برای برآورد میانگین نمره یک متغیر کمی در جامعه محاسبه شد که با توجه به مطالعه اونات و همکاران (۲۰۱۴) مقدار $d=20$ (انحراف معیار) گزارش شده بود [۱۴]. ما حدود اطمینان را ۹۵ درصد در نظر گرفتیم و $Z=2$ شد. با قرار دادن $d=0/1$ حجم نمونه ۸۰۰ نفر به دست آمد و بدین ترتیب ۴۰۰ نفر از جامعه روستایی و ۴۰۰ نفر از جامعه شهری انتخاب شدند. در این مطالعه از پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی، پرسش‌نامه اجتماعی اقتصادی استاندارد، پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت^۲ استفاده شد. پرسش‌نامه محقق‌ساخته شامل سؤالات در خصوص پرسش‌نامه مشخصات تعیین‌کننده اجتماعی سلامت، مانند سن به‌عنوان وضعیت جمعیت‌شناختی، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات به‌عنوان شاخص اجتماعی، وضعیت اقتصادی به‌عنوان شاخص دارایی است. مشخصات مامایی مانند نوع زایمان قبلی، تعداد و سن بارداری، وضعیت نمایه توده بدنی مادر قبل

2. Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP II)

پایین داشته (۸۷/۹ درصد) و وضعیت اجتماعی اقتصادی متوسط (۳۶/۸ درصد) داشتند. (جدول شماره ۲). اکثریت مادران باردار برای اولین بار باردار شده بودند (۹۸/۶ درصد) و مراقبت دوران بارداری را دریافت کرده بودند. اکثریت زنان باردار دارای نمای توده بدنی نرمال (۵۳/۳ درصد) و در رتبه بعدی لاغری (۲۱/۹ درصد) بودند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۴ این مطالعه نشان داد که میانگین نمره کل سبک زندگی زنان باردار استان هرمزگان $139/94 + 22/52$ (۷۱/۳۹ درصد) که کمتر از نمره میانه $22/52 \pm 141/0$ است که بالاترین نمره در ناحیه غرب استان $143/67 + 20/25$ و کمترین آن در ناحیه شرق $78/138 + 19/73$ بود. زنان شرکت کننده در کل استان هرمزگان از لحاظ ابعاد سبک زندگی، در بعد سلامت روان بیشترین و در ابعاد فعالیت بدنی و مدیریت استرس کمترین امتیاز داشتند. تفاوت آماری معنی داری بین نمره سبک زندگی در زنان باردار مناطق شرق و غرب و مرکز این استان وجود داشت ($P < 0/05$).

جدول شماره ۲ مشخصات تعیین کننده های اجتماعی سلامت و ارتباط آن با سبک زندگی در زنان باردار ساکن مناطق شرق، غرب، مرکز استان هرمزگان را نشان می دهد. این مطالعه نشان داد که اکثریت مادران باردار در ناحیه غرب و مرکز استان و شرق در درگروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال (۹۲/۹ درصد) بودند و درصد بیشتری از زنان باردار در مرکز استان، سن بالای ۳۵ سال داشتند (۱۳/۴ درصد) و با افزایش سن زنان باردار میانگین نمره سبک زندگی کاهش پیدا می کند، ولی تفاوت آماری معنی داری بین سن زنان باردار در هر ۲ ناحیه استان هرمزگان با نمره سبک زندگی وجود نداشت. اکثریت زنان باردار در غرب (۳۳/۳ درصد) و شرق (۳۶/۷ درصد) استان تحصیلات دیپلم و در ناحیه مرکز (۳۱/۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دیپریستان و راهنمایی بودند. با افزایش سطح تحصیلات زنان باردار میانگین نمره سبک زندگی افزایش پیدا می کند. تفاوت معنی داری بین سطح تحصیلات مادران باردار هر ۳ ناحیه استان هرمزگان با نمره سبک زندگی وجود داشت ($P < 0/05$). این مطالعه نشان داد که فقیرترین خانواده ها از مناطق شرق (۸/۸ درصد) و ثروتمندترین آن ها از مناطق غرب این استان (۲۳/۱ درصد) بودند و بین وضعیت اجتماعی اقتصادی زنان باردار هر ۳ ناحیه استان با نمره سبک زندگی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$).

در این مطالعه بیشترین درصد عدم دریافت مراقبت های قبل از بارداری (۶۵/۹ درصد) مربوط به مرکز و شرق (۶۵/۵ درصد) این استان بود و از سویی دیگر بیشترین درصد فراوانی دریافت مراقبت های قبل بارداری (۵۶/۲ درصد) در ناحیه غرب استان بود. میانگین نمره سبک زندگی در زنانی که مراقبت های قبل بارداری دریافت کرده بودند، خیلی بیشتر از زنانی که مراقبت قبل بارداری دریافت نکردند بود و که تفاوت معنی داری بین دریافت

پرسش نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر^۲: یک پرسش نامه استاندارد با ۵۲ سؤال است و ۶ بعد دارد (خودشکوفایی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، سلامت روان، مدیریت استرس، فعالیت بدنی، تغذیه). امتیاز کلی آن بین ۵۲ تا ۲۰۸ قرار دارد [۱۵]. جهت امتیاز بندی در این مطالعه، جواب ها به صورت ۴ گزینه ای و بر اساس مقیاس لیکرت، از ۱ تا ۴ امتیازدهی شدند. امتیاز مربوط به هر گزینه بدین صورت بود: به گزینه هرگز نمره ۱، گزینه برخی اوقات نمره ۲، گزینه اغلب نمره ۳ و گزینه همیشه نمره ۴ تعلق گرفت. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد با هم جمع شد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش نامه نیز مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع شدند. نمره کسب شده در هر زیرگروه به ۳ طبقه تقسیم شد. در هر زیرگروه و کل پرسش نامه نمرات مساوی و کمتر از ۴۹ درصد نمره در وضعیت ضعیف، ۵۰ تا ۷۵ درصد نمره در وضعیت متوسط و نمره مساوی یا بیشتر از ۷۵ درصد نماینگر وضعیت خوب بود. روایی نسخه فارسی پرسش نامه قبلاً مورد تأیید قرار گرفته است [۱۶]. جهت پایایی پرسش نامه فارسی از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ استفاده شد. به این ترتیب که پرسش نامه سبک زندگی در اختیار ۱۵ نفر از زنان باردار در ۳ ماهه دوم و سوم بارداری که مشخصات واحدهای پژوهش را دارا بودند قرار داده شد (این افراد در مرحله نمونه گیری نهایی وارد نشدند). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ در حیطه ها شکوفایی $0/75$ ، مسئولیت پذیری سلامت $0/81$ ، روابط بین فردی $0/86$ ، مدیریت استرس $0/80$ ، فعالیت بدنی $0/76$ و تغذیه $0/71$ بودند.

در این پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. برای توصیف متغیرها از آمار توصیفی (شاخص ها فراوانی، فراوانی نسبی، میانگین و انحراف معیار) و جهت تجزیه و تحلیل و یافتن ارتباط بین متغیرها از آزمون های آماری تی، آنالیز واریانس و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه مقطعی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و تعیین کننده های اجتماعی سلامت ۸۰۰ زن باردار از مناطق مختلف استان هرمزگان (مرکز، غرب، شرق) مورد مقایسه قرار گرفت.

این مطالعه نشان داد اکثریت زنان باردار (۳۵/۶ درصد) در گروه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال قرار داشتند. میانگین سنی آن ها $26/4 \pm 5/96$ سال بود. اکثریت زنان باردار خانه دار (۸۴/۶ درصد)، دارای مدرک تحصیلی دیپریستان و راهنمایی (۶۰ درصد) بودند. همسر اکثر آنان (۶۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی راهنمایی و متوسطه و کارگر (۳۹/۶ درصد) بودند. اکثریت درآمد خانواده

جدول ۲. مشخصات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و ارتباط آن‌ها با نمره سبک زندگی در زنان باردار در استان هرمزگان

p*	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد (درصد)			دسته‌بندی	ویژگی‌ها
		مرکز ۳۳۰(۴۰)	شرق ۲۷۰(۳۳/۷۵)	غرب ۲۱۰(۲۶/۲۵)		
۰/۱۱	۱۴۵/۸۵ \pm ۲۳/۱۲	۵(۱/۶)	۷(۲/۶)	۱(۰/۵)	۱۵ تا ۱۷	سن ازدواج
	۱۴۰/۳۳ \pm ۲۲/۲۷	۲۷۲(۸۵)	۲۴۷(۹۱)	۱۹۴(۹۲/۵)	۱۸ تا ۳۵	
	۱۳۵/۲۳ \pm ۲۴/۴۶	۴۳(۱۳/۴)	۱۶(۵/۹)	۱۵(۷/۱)	>۳۵	
۰/۰۰۱	۱۳۷/۶۷ \pm ۲۱/۶۷	۱۵(۴/۷)	۱۴(۵/۲)	۴(۱/۹)	بی‌سواد	تحصیلات
	۱۳۶/۱۵ \pm ۲۱/۸۹	۵۳(۱۶/۶)	۸۰(۲۹/۶)	۲۳(۱۱)	ابتدایی و راهنمایی	
	۱۳۹/۲۷ \pm ۲۴/۴۶	۱۰۰(۳۱/۳)	۷۷(۲۸/۵)	۵۶(۲۷/۱)	متوسطه و بالاتر	
	۱۴۲/۲۹ \pm ۲۰/۶۲	۹۶(۳۰)	۷۲(۲۶/۷)	۷۰(۳۳/۳)	دیپلم	
	۱۴۴/۲۳ \pm ۲۱/۶۴	۵۶(۱۷/۵)	۲۷(۱۰)	۵۶(۲۶/۷)	دانشگاهی	
۰/۰۰۱	۱۳۵/۲۸ \pm ۲۶/۳۳	۲۳(۷/۲)	۱۵(۵/۶)	۵(۲/۴)	بی‌سواد	تحصیلات همسر
	۱۳۳/۶۹ \pm ۲۲/۷۹	۵۴(۱۶/۹)	۵۵(۲۰/۴)	۲۵(۱۱/۹)	ابتدایی و راهنمایی	
	۱۳۹/۶۱ \pm ۲۱/۸۹	۱۱۲(۳۵)	۹۲(۳۴/۱)	۵۸(۲۷/۶)	متوسطه و بالاتر	
	۱۴۲/۲۳ \pm ۲۲/۴۲	۹۰(۲۸/۱)	۷۴(۲۷/۴)	۷۴(۲۵/۹)	دیپلم	
	۱۴۲/۷۳ \pm ۲۰/۸۹	۴۱(۱۲/۸)	۳۴(۱۲/۶)	۴۳(۲۲/۹)	دانشگاهی	
۰/۴۵	۱۴۰/۳۹ \pm ۲۲/۹۹	۱۹۴(۶۰/۶)	۲۱۶(۸۰)	۱۲۸(۶۱)	کم	درآمد ماهیانه
	۱۳۹/۷۷ \pm ۲۱/۸۵	۱۱۷(۳۶/۶)	۴۹(۱۸/۲)	۷۵(۶۶/۸)	متوسط	
	۱۴۳/۶۵ \pm ۲۲/۹۱	۹(۲/۸)	۵(۱/۹)	۷(۳)	بالا	
۰/۰۰۱	۱۳۹/۲۸ \pm ۲۰/۱۸	۱۳(۴/۱)	۲۴(۸/۸)	۵(۲/۴)	فقیرترین	وضعیت اقتصادی
	۱۳۷/۲۸ \pm ۲۴/۱۳	۵۱(۱۵/۹)	۵۷(۲۴/۸)	۱۳(۶/۲)	فقیر	
	۱۳۹/۷۷ \pm ۲۲/۶۹	۱۱۹(۳۷/۲)	۱۰۸(۴۰)	۶۷(۳۱/۹)	متوسط	
	۱۴۱/۹۰ \pm ۲۲/۴۰	۷۴(۲۳/۱)	۴۹(۱۸/۱)	۵۷(۲۷/۱)	ثروتمند	
	۱۴۰/۴۲ \pm ۲۱/۵۴	۶۳(۱۹/۷)	۲۲(۸/۱)	۶۸(۳۲/۴)	ثروتمندترین	
۰/۰۴	۱۴۰/۶۶ \pm ۲۲/۴۹	۲۵۵(۷۹/۷)	۲۴۷(۹۱/۵)	۱۸۹(۹۰)	خانه دار	شغل
	۱۳۳/۲۳ \pm ۲۲/۵۳	۴۱(۱۲/۸)	۱۳(۴/۸)	۲(۱/۲)	شاغل در منزل	
	۱۳۷/۵۴ \pm ۲۱/۹۵	۲۴(۷/۵)	۱۰(۳/۷)	۱۹(۹)	شاغل در خارج از منزل	
۰/۰۱	۱۳۰/۴۴ \pm ۱۹/۷۴	۷(۲/۲)	۱۶(۵/۹)	۲(۱)	بیکار	شغل همسر
	۱۳۸/۴۰ \pm ۲۲/۴۱	۹۷(۳۰/۲)	۵۵(۲۰/۴)	۴۶(۱۲/۹)	کارکن مستقل	
	۱۴۱/۳۳ \pm ۲۳/۲۹	۱۱۴(۳۵/۶)	۱۰۹(۴۰/۴)	۹۴(۴۴/۸)	کارگر	
	۱۴۴/۸۸ \pm ۱۹/۷۶	۴۱(۱۲/۸)	۳۴(۱۲/۶)	۴۸(۲۲/۴)	کارمند	
	۱۳۳/۶۷ \pm ۱۸/۰۳	۱(۰/۳)	۲(۰/۷)	۰(۰)	بازنشسته	

جدول ۳. مشخصات مامایی و ارتباط آن با نمره سبک زندگی در زنان باردار استان هرمزگان

p*	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد (درصد)			دسته بندی	ویژگی ها
		مرکز ۳۲۰ (۴۰)	شرق ۲۷۰ (۳۳/۷۵)	غرب ۲۱۰ (۲۶/۲۵)		
/۰۰۱	۱۴۰/۷۵ \pm ۲۲/۴۷	۲۲۱ (۶۹/۱)	۱۶۸ (۶۲/۲)	۱۳۸ (۶۵/۷)	۱	نوبت بارداری
	۱۳۸/۱۵ \pm ۲۲/۳۴	۸۸ (۲۷/۵)	۸۴ (۳۱/۱)	۵۷ (۲۷/۱)	۳ تا ۲	
	۱۳۹/۶۶ \pm ۲۴/۰۱	۱۱ (۳/۴)	۱۸ (۶/۷)	۱۵ (۷/۱)	۴ <	
/۰۰۱	۱۳۵/۳۴ \pm ۲۲/۳۸	۱۰۹ (۳۴/۱)	۹۴ (۳۴/۸)	۱۱۰ (۵۶/۲)	دریافت کرده	مراقبت قبل از بارداری
	۱۴۶/۸۲ \pm ۲۰/۹۶	۲۱۱ (۶۵/۹)	۱۷۶ (۶۵/۲)	۹۲ (۴۳/۸)	دریافت نکرده	
/۰۰۴	۱۴۰/۱ \pm ۲۳/۴۳	۳۱۳ (۹۷/۸)	۲۶۶ (۹۷/۵)	۲۱۰ (۱۰۰)	دریافت کرده	مراقبت دوران بارداری
	۱۲۶/۱۸ \pm ۳۱/۶۶	۷ (۲/۲)	۳ (۱/۵)	۰ (۰)	دریافت نکرده	
/۰۰۱	۱۳۶/۵۶ \pm ۲۳/۰۲	۹۳ (۲۹/۹)	۵۹ (۲۱/۹)	۲۳ (۱۱)	لاغر	نمایه توده بدنی
	۲۲/۱۶ \pm ۱۴۲/۰۹	۱۲۶ (۳۹/۴)	۱۵۴ (۵۷)	۱۳۵ (۶۳/۳)	طبیعی	
	۱۴۰/۲۴ \pm ۲۱/۸۶	۵۳ (۱۶/۶)	۴۶ (۱۷)	۴۱ (۱۹/۵)	اضافه وزن	
	۱۳۳/۲۹ \pm ۲۳/۴۳	۴۳ (۱۳/۴)	۹ (۳/۳)	۷ (۳/۳)	چاق	

در این مطالعه به منظور بررسی اثر متغیرهای مامایی (دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری، دریافت مراقبت‌های بارداری، نوبت بارداری) و متغیرهای بالقوه مخدوشگر (سن زن، تحصیلات زن و همسرش، شغل زن و همسرش، وضعیت اقتصادی اجتماعی، نمایه توده بدنی) بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، مدل رگرسیون چندمتغیره تدوین شد. نتایج مدل رگرسیون نشان می‌دهد نمره سبک زندگی در زنانی که تحصیلات دانشگاهی دارند به‌طور متوسط به میزان ۳/۱۱ بیشتر از سایر گروه‌های تحصیلی است. همچنین نمره سبک زندگی زنانی که خارج از خانه کار می‌کنند به میزان ۲/۹۶ نمره کمتر از سایر زنان است. نمره سبک زندگی زنانی که نمایه توده بدنی نرمال دارند، به‌طور متوسط ۵/۵۲ بیشتر از سایر مادران است. همچنین نمره سبک زندگی مادرانی که مراقبت قبل از بارداری را دریافت کرده‌اند به‌طور متوسط به میزان ۱۱/۱۹ نمره بیش از سایر مادرانی است که این مراقبت را دریافت نکرده‌اند (جدول شماره ۵).

مراقبت‌های قبل بارداری در مناطق مختلف استان هرمزگان با نمره سبک زندگی وجود داشت ($P < 0/05$). اکثریت زنان باردار در مناطق غربی (۱۰۰ درصد)، شرق (۹۸/۷ درصد) و مرکزی (۹۷/۵ درصد) استان هرمزگان مراقبت‌های بارداری دریافت کرده بودند. همچنین میانگین نمره سبک زندگی در زنانی که مراقبت‌های کامل بارداری را دریافت کرده بودند بیشتر از زنانی بود که مراقبت دریافت نکرده بودند و تفاوت آماری معنی‌داری بین میزان دریافت کامل مراقبت‌های بارداری و نمره سبک زندگی وجود داشت ($P < 0/05$). در این مطالعه اکثریت زنان باردار ساکن مناطق غرب استان دارای نمایه توده بدنی نرمال بوده، ولی اکثریت زنان باردار ناحیه مرکز استان چاق و در مناطق شرق و مرکز استان لاغر بودند. تفاوت آماری معنی‌داری بین نمایه توده بدنی زنان باردار مناطق استان هرمزگان با نمره سبک زندگی وجود داشت ($P < 0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول ۴. نمره سبک زندگی زنان باردار در مناطق مختلف استان هرمزگان

P* HPLP	مسئولیت پذیری سلامت	رشد معنوی	روابط بین فردی	مدیریت استرس	فعالیت بدنی	تغذیه	HPLP نمره	تعداد	منطقه
p=۰/۰۲۰	۲۹/۱۳	۳۲/۱۸	۲۷/۲۵	۱۳/۴۳	۱۴/۴۳	۲۲/۰۵	۱۳۸/۴۸ \pm ۲۵/۷۱	۳۲۰	مرکز
	۲۹/۶۹	۳۲/۸۵	۲۷/۴۹	۱۳/۲۱	۱۳/۲۴	۲۲/۳۰	۱۳۸/۷۸ \pm ۱۹/۷۳	۲۷۰	شرق
	۳۰/۱۸	۳۴/۱۸	۲۸/۹۷	۱۳/۵۹	۱۴/۷۲	۲۲/۰۳	۱۴۳/۶۷ \pm ۲۰/۲۵	۲۱۰	غرب
	۸۹	۹۹/۲۱	۸۳/۸۲	۴۰/۲۳	۴۲/۳۹	۶۶/۲۸	۴۲۰/۶۳ \pm ۶۵/۶۹	۸۰۰	کل

جدول ۵. آنالیز رگرسیون خطی برای بررسی تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و ویژگی‌های مامایی، زنان باردار بر سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت

متغیر	بتای غیراستاندارد	خطای معیار	بتای استاندارد	T	P
سن مادر	-۰/۱۰۴	۰/۱۴۱	-۰/۰۲۷	-۰/۷۳۵	۰/۴۶۲
تحصیلات	۳/۱۱۵	۱/۰۳۲	۰/۱۵۳	۳/۰۱۹	۰/۰۰۳
تحصیلات همسر	۱/۲۷۲	۱/۰۲۵	۰/۰۶۲	۱/۲۴۱	۰/۲۱۵
شغل	۴/۶۱۳	۱/۵۵۶	۰/۱۱۱	-۲/۹۶۶	۰/۰۰۳
شغل همسر	۰/۹۸۳	۰/۴۷۱	۰/۰۷۷	-۲/۰۸۷	۰/۰۳۷
وضعیت اجتماعی و اقتصادی	۰/۱۹۳	۰/۳۲۹	۰/۰۲۴	۰/۵۸۹	۰/۵۵۶
نمایه توده بدنی	۵/۵۲۷	۲/۰۱۸	۰/۱۲۳	۲/۷۳۸	۰/۰۰۶
مراقبت‌های قبل از بارداری	۱۱/۱۹۴	۱/۵۸۴	-۰/۳۴۴	۷/۰۶۵	۰/۰۰۱
مراقبت‌های دوران بارداری	-۱۰/۲۸۷	-۶/۶۴۳	-۰/۰۵۸	-۱/۵۴۸	۰/۱۲۲
نوبت بارداری	-۰/۴۱۳	۰/۶۰۱	-۰/۰۲۴	۰/۶۸۷	۰/۴۹۲

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و نمره سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت زنان باردار در مناطق مرکز، شرق و غرب استان هرمزگان واقع در جنوب ایران را مورد مقایسه قرار داد. این مطالعه نشان داد عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت در زنان باردار نواحی مرکز و شرق در استان هرمزگان پایین‌تر از ناحیه غرب استان بود و امتیاز سبک زندگی کمتری نسبت به ناحیه غرب استان داشتند. نتایج یک مطالعه مروری نشان داد فاکتورهای تعیین‌کننده اجتماعی سلامت از جمله سن بالای ۳۰ سال مادر، تحصیلات پایین و وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین بیشترین عوامل خطر مرگ زنان باردار، در کنار عواملی مانند دیابت کم‌خونی و فشار خون بالا در مناطق محروم ایران، از جمله سیستان و بلوچستان، هرمزگان و خوزستان در مقایسه با دیگر مناطق ایران از جمله تهران، اصفهان، ساری، همدان، بودند. در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته عواملی مثل چاقی، دیابت و داشتن نژاد سیاه جزء بیشترین عوامل خطر مرگ زن باردار گزارش شده است [۱۷].

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد زنان باردار این استان دارای امتیاز کل سبک زندگی کمتر از متوسط بودند و بیشترین امتیاز ابعاد سبک زندگی در بعد سلامت روان و کمترین امتیاز را در فعالیت بدنی و مدیریت استرس داشتند. نتایج چند مطالعه از جمله مطالعه گوکلیدیز و همکاران (۲۰۱۴) حمزه گردشی و همکاران (۲۰۱۸) و قراچورلو و همکاران (۲۰۱۸) با نتایج این مطالعه مطابق بودند [۸، ۱۸، ۱۹]، اما در مطالعه حمزه گردشی در شهر ساری در شمال ایران و قراچورلو و همکارانش در کرج و ربیع‌پور و همکارانش در ارومیه در غرب ایران، میانگین نمرات

سبک زندگی در زنان باردار بالاتر از مطالعه حاضر بودند [۲۰] که شاید به سطح پایین آگاهی زنان در حیطه‌های فعالیت بدنی و مدیریت استرس در مناطق شرقی و مرکز این استان محروم مربوط باشد. یافته‌های مطالعات مداخله‌ای مختلف در زمینه افزایش آگاهی زنان از طریق آموزش رعایت نکات سبک زندگی نشان داد ارتقای نمره سبک زندگی زنان باردار به کاهش استرس و به دنبال آن کاهش مرگ‌ومیر مادر ناشی از عوارض بارداری از جمله پره اکلامپسی، دیابت بارداری و زایمان زودرس و محدودیت رشد جنین منجر می‌شود [۲۱، ۲۲]. از طرفی یافته‌های یک مطالعه مروری به اهمیت ورزش در طول بارداری تأکید کرده است. داشتن فعالیت بدنی در طول بارداری می‌تواند به افزایش آمادگی بدن برای زایمان، کاهش استرس و کمک به بازیابی فیزیکی پس از زایمان منجر شود [۲۳].

نتایج مطالعه ما نشان داد بین تحصیلات و شغل و وضعیت اجتماعی و اقتصادی به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سبک زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. بیشترین درصد سن بالای ۳۵ سال زنان باردار و سطح تحصیلات پایین در ناحیه مرکز استان هرمزگان بود. همچنین نمره سبک زندگی زنان باردار که سطح تحصیلات دانشگاهی داشتند ۳/۱۱ بیشتر از سایر مادران باردار بود. نتایج مطالعات گوکلیدیز و همکارانش [۸]. نشان دادند مادران با سن بالا و میزان تحصیلات پایین دارای روحیه ضعیف و ارتباط بین‌فردی پایین هستند و توانایی مقابله با استرس را ندارند [۷، ۸]. بنابراین سطح تحصیلات تأثیر مثبتی در انجام و ارتقای رفتارهای بهداشتی و سبک زندگی و کاهش میزان میرایی مادران دارد. مداخله سبک زندگی در جهت ارتقای حیطه‌های سبک زندگی در قبل از بارداری می‌تواند از بسیاری از نتایج نامطلوب بارداری و بارداری پرخطر که به افزایش

و همکاریانش [۲۳]. نشان دادند ارائه خدمات مراقبت‌های قبل بارداری می‌تواند به سلامت دوران بارداری کمک کند. همچنین داشتن فعالیت بدنی مناسب، وزن ایدئال و مدیریت استرس و مدیریت هرگونه شرایط پزشکی پیش از آن می‌تواند به کاهش ناخوشی و مرگ‌ومیر مادر و کودکانشان منجر شود [۱۸، ۲۴].

به‌طور کلی در بین ۳۰ استان ایران، استان هرمزگان رتبه نهم شاخص سلامت اجتماعی را دارد و این استان در بین تمام استان‌های ایران پایین‌ترین رشد طبیعی جمعیت را دارد.

این مطالعه که با هدف «تعیین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان در سال ۱۳۹۴» انجام شد، نشان داد سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان باردار این استان از وضعیت متوسط برخوردار است. به نحوی که ابعاد سلامت روان (خودشکوفایی) و تغذیه بالاترین نمره و ابعاد مدیریت استرس و فعالیت بدنی کمترین نمره را در زنان باردار کسب کرده بودند که این موضوع بر ضرورت توجه به این مسائل در بارداری تأکید می‌کند. همچنین در مقایسه سبک زندگی در زنان باردار ساکن در نواحی مختلف استان، چنین به دست آمد که زنان باردار ساکن در منطقه غرب استان نسبت به سایر نواحی، نمره سبک زندگی بالاتری دارند (جدول شماره ۴) بنابراین می‌توان با افزایش آگاهی و آموزش به زنان باردار (به‌خصوص زنان ساکن در مناطق شرق استان) در زمینه داشتن سبک زندگی سالم در دوران بارداری و هر مداخله‌ای که به تغییر و تقویت فعالیت بدنی و مدیریت استرس در آنان منجر شود، وضعیت سلامت آنان را بهبود بخشید. به نظر می‌رسد از طریق ادغام این مداخلات در مراقبت‌های قبل و دوران بارداری و نیز اطلاع‌رسانی گسترده از طریق وسایل ارتباط جمعی بتوان در این راستا گامی مؤثر برداشت.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه دارای تأییدیه اخلاقی به شماره IR.SBMU. 1395.435 از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

حامی مالی

این مقاله از طرف هیچ‌گونه نهاد یا مؤسسه‌ای حمایت مالی نشده و تمام منابع مالی آن از طرف نویسنده اول یا نویسندگان تأمین شده است.

سن مادر مرتبط است جلوگیری کند [۲۴]. در بررسی عوامل اجتماعی اقتصادی، زنان بارداری که ساکن مناطق شرقی و مرکز استان بودند دارای سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تر در مقایسه با زنان باردار ساکن مناطق غربی بودند. در مطالعه گووسنز و همکاریانش در (۲۰۱۸) نیز زنانی که سطح اجتماعی اقتصادی بالا داشتند، بیشتر احتمال داشت که نمره سبک زندگی‌شان را ارتقا دهند [۲۵]. یکی از دلایل مرگ مادر و یا ناتوان شدن او در طی بارداری و زایمان وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده‌هاست. چون زنان باردار و همسرانشان که دارای سطح اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر هستند، مسئولیت‌پذیری سلامت پایینی دارند که این یکی از حیطه‌های مهم سبک زندگی است. بنابراین این گونه از افراد کمتر به دنبال انجام مراقبت‌های قبل و دوران بارداری و ارتقای سبک زندگی‌شان هستند و زایمان آن‌ها معمولاً توسط افراد آموزش‌ندیده و غیر متخصص انجام می‌گیرد [۵].

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد بین نمای توده بدنی و دریافت مراقبت‌های قبل و دوران بارداری و تعداد بارداری و سبک زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در یک مطالعه صورت‌گرفته در مناطق با گزارش آمار بالای مرگ مادر در ایران از جمله خوزستان، کهگیلویه و بویراحمد، سیستان و بلوچستان و هرمزگان نشان داده شد افزایش تعداد بارداری و داشتن نمای توده بدنی پایین ۱۸/۵ یا بالای ۳۰ هنگام بارداری، عدم دریافت مراقبت‌های قبل بارداری و دریافت ناکافی مراقبت‌های بارداری عواملی هستند که به افزایش شیوع خطر کم‌خونی شدید مادر در اواخر بارداری و افزایش آمار مرگ مادر در این استان‌ها محروم منجر می‌شوند [۲۶]. بنابراین داشتن سبک زندگی مناسب می‌تواند یکی از مهم‌ترین عوامل پیشگیری‌کننده از خطر کم‌خونی شدید در زنان باردار و مرگ مادری به دلیل عوارض بارداری و زایمان باشد. اکثر زنان باردار این مطالعه دارای نمای توده بدنی نرمال، ساکن مناطق غربی استان هرمزگان بودند. همچنین نمره سبک زندگی مادرانی که نمای توده بدنی نرمال داشتند ۵/۵ برابر بیشتر از سایر مادران بود. این یافته مطابق با نتایج آماندا بای و همکاریانش [۲۵] است. در مطالعه آن‌ها زنان بارداری که چاق هستند، بیشتر احتمال دارد که نمره سبک زندگی کمتری داشته باشند و همچنین مطالعات مختلف نشان داد مداخله در سبک زندگی در قبل از بارداری در زنان دارای نمای توده بدنی اضافه‌وزن و چاق می‌تواند از بسیاری از مرگ‌های مادران باردار و عوارض مادری و جنینی، نوزادی و کودکی ناشی از کم‌خونی، دیابت بارداری، پره اکلامپسی، زایمان زودرس و زایمان سزارین پیشگیری کند، زیرا این گروه از زنان باردار در مقایسه با زنان با وزن نرمال بیشتر در معرض پیامدهای نامطلوب بارداری و پس از زایمان قرار دارند براساس نتایج این مطالعه، دریافت مراقبت‌های قبل از بارداری، قوی‌ترین عامل پیشگویی‌کننده نمره سبک زندگی بالا را در زنان باردار بود. در این باره نتایج چند مطالعه، از جمله مطالعه غریبه و همکاریانش [۱۶] و آماندا بای و همکاریانش [۲۵] و گووسنز

مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه: فرزانه پازنده، فرزانه بنی‌هاشمی؛ ویرایش مقاله:
معصومه محسنی؛ آنالیز آماری: شکرالله محسنی، تأیید نهایی:
تمام نویسندگان.

تعارض منافع

این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی نداشته است.

تشکر و قدردانی

این طرح با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
و دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان صورت گرفته است. از حمایت
آن‌ها قدردانی می‌شود.



References

- [1] Michalos AC. Job satisfaction, marital satisfaction and the quality of life: A review and a preview. In: Michalos AC, editor. *Essays on the quality of life*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2003. [DOI:10.1007/978-94-017-0389-5_6]
- [2] Nafari N, Lak-Ayan A. [Analysis of the relationship between quality of work life and job satisfaction in the area 3 local branches of Bank Melat in Tehran (Persian)]. *J Manag Dev Process*. 2013; 26(3):161-86. [Link]
- [3] WHO. *The sustainable development goals and the global strategy for women's, children's and adolescents' health*. Geneva:WHO; 2018.
- [4] UNFPA. *Ending preventable maternal death*. New York: UNFPA; 2018.
- [5] Talebi Doluee M, Zabihi H, Rezvani B, Zarmehri B, Najaf Najafi M. Downward trend in maternal mortality ratio in Khorasan Razavi Province, Iran. *J Midwifery Reprod Health*. 2018; 6(1):1179-85. [DOI:10.22038/jmrh.2017.9967]
- [6] United Nations Population Fund (UNFPA). *The social determinants of maternal death and disability*. 2012 [2024 February 6]. Available from: [Link]
- [7] Zalvand R, Tajvar M, Pourreza A, Asheghi H. Determinants and causes of maternal mortality in Iran based on ICD-MM: A systematic review. *Reprod Health*. 2019; 16(1):16. [DOI:10.1186/s12978-019-0676-y] [PMID] [PMCID]
- [8] Gokyildiz S, Alan S, Elmas E, Bostanci A, Kucuk E. Health-promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. *Int J Nurs Pract*. 2014; 20(4):390-7. [DOI:10.1111/ijn.12187] [PMID]
- [9] Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. *Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II] (Adult version)*. Omaha: University of Nebraska Medical Center; 1995. [Link]
- [10] Amini P, Maroufzadeh S, Samani RO, Hamidi O, Sepidarkish M. Prevalence and determinants of preterm birth in Tehran, Iran: A comparison between logistic regression and decision tree methods. *Osong Public Health Res Perspect*. 2017; 8(3):195-200. [DOI:10.24171/j.phrp.2017.8.3.06] [PMID] [PMCID]
- [11] Mohammadinia N, Samiezadeh Toosi T, Rezaei MA, Rostaei F. [Investigating the frequency and effective factors on maternal mortality in Sistan and Baluchistan Province, Iran, 2002-2009 (Persian)]. *Iran J Obstet Infertil*. 2013; 16(44):28-34. [DOI:10.22038/ijogi.2013.653]
- [12] Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2011; 20(1):102-13. [Link]
- [13] Onat G, Aba YA. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turk J Public Health*. 2014; 12(2):69-79. [DOI:10.20518/thsd.69694]
- [14] Kiani Z, Simbar M, Dolatian M, Zaeri F. [Relationship between structural social determinants of health and women's empowerment in reproductive health (Persian)]. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2015; 13(2):1-15. [Link]
- [15] Nelson DB, Moniz MH, Davis MM. Population-level factors associated with maternal mortality in the United States, 1997-2012. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):1007. [DOI:10.1186/s12889-018-5935-2] [PMID] [PMCID]
- [16] Gharaibeh M, Al-Ma'aitah R, Al Jada N. Lifestyle practices of Jordanian pregnant women. *Int Nurs Rev*. 2005; 52(2):92-100. [DOI:10.1111/j.1466-7657.2005.00257.x] [PMID]
- [17] Gharachourlo M, Mahmoodi Z, Akbari Kamrani M, Tehranizadeh M, Kabir K. The effect of a health literacy approach to counselling on the lifestyle of women with gestational diabetes: A clinical trial. *F1000Res*. 2018; 7:282. [DOI:10.12688/f1000research.13838.1] [PMID] [PMCID]
- [18] Rabieepoor S, Sadeghi E, Sayyadi H. Spiritual health and physical activity among Iranian pregnant women. *J Relig Health*. 2019; 58(2):506-15. [DOI:10.1007/s10943-017-0487-9] [PMID]
- [19] Ahluwalia IB, Merritt R, Beck LF, Rogers M. Multiple lifestyle and psychosocial risks and delivery of small for gestational age infants. *Obstet Gynecol*. 2001; 97(5 Pt 1):649-56. [DOI:10.1097/00006250-200105000-00002] [PMID]
- [20] Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shafaei F, Gojazadeh M. [The effect of lifestyle on the rate of preterm birth (Persian)]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2010; 10(1):55-63. [Link]
- [21] Nascimento SL, Surita FG, Cecatti JG. Physical exercise during pregnancy: A systematic review. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012; 24(6):387-94. [DOI:10.1097/GCO.0b013e328359f131] [PMID]
- [22] Goossens J, Delbaere I, Dhaenens C, Willems L, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. Preconception-related needs of reproductive-aged women. *Midwifery*. 2016; 33:64-72. [DOI:10.1016/j.midw.2015.10.012] [PMID]
- [23] Goossens J, Beeckman D, Van Hecke A, Delbaere I, Verhaeghe S. Pre-conception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*. 2018; 56:112-20. [DOI:10.1016/j.midw.2017.10.004] [PMID]
- [24] Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Torkestani F, Hassanzadeh-Rostami Z, Rabiee SM, Ashrafian Amiri H, et al. The frequency of anemia and underlying factors among Iranian pregnant women from provinces with different maternal mortality rate. *Iran J Public Health*. 2019; 48(2):338-44. [PMID] [PMCID]
- [25] Bye A, Shawe J, Stephenson J, Bick D, Brima N, Micali N. Differences in pre-conception and pregnancy healthy lifestyle advice by maternal BMI: Findings from a cross sectional survey. *Midwifery*. 2016; 42:38-45. [DOI:10.1016/j.midw.2016.09.013] [PMID]
- [26] Bogaerts A, Ameye L, Bijlholt M, Amuli K, Heynickx D, Devlieger R. INTER-ACT: Prevention of pregnancy complications through an e-health driven interpregnancy lifestyle intervention - Study protocol of a multicentre randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):154. [DOI:10.1186/s12884-017-1336-2] [PMID] [PMCID]

This Page Intentionally Left Blank