تاثیر سواد سلامت و شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری بر پیامد وزن هنگام تولد، در زنان بـاردار بلوچستان ایران

حسین ایزدی راد[1]، شمس الدین نیکنامی[2*]، ایرج ضاربان[3]، محمود طاووسی[4]

۱. معاونت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان ، ایران
۲. دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۴. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۷ صص ۱۹۸-۱۹۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ اسفند ۹۶]

چکیده

مقدمه: سواد سلامت مادر، علاوه بر تاثیر بر کیفیت مراقبت های دوران بارداری، عامل کلیدی در کنترل کم وزنـی نـوزاد اسـت. هدف این مطالعه، بررسی تاثیر سواد سلامت و شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری بر پیامد وزن هنگام تولد بود.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی (توصیفی تحلیلی) روی ۸۶۰ زن باردار شکم اولی کـه از طریـق نمونـه گیـری خوشـه ای تصـادفی انتخـاب شـده بودنـد، انجـام گردیـد. داده هـا بـا اسـتفاده از پرسشـنامه سـنجش سـواد سـلامت بزرگسـالان ایرانـی ایرانی(HELIA) و شاخص کفایت مراقبت بارداری جمع آوری گردیـد. اطلاعـات گـردآوری شـده توسـط نـرم افـزار spss و بـا به کار گیری آمارهای توصیفی و آزمون تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میزان شیوع کم وزنی هنگام تولد ۱۶/۵درصد بود. شاخص کفایت بارداری ۳۳درصد زنـان بـاردار در رده ناکـافی و ۶۷ درصد باقی مانده در گروه متوسط بودند. میانگین سطح سواد سلامت زنان باردار ۱/۷۴۸ ±۶۵/۹۷ بود. شاخص کفایـت مراقبـت بارداری قوی ترین پیش بینی کننده وزن هنگام تولد بود(۴۷درصد). از میان مولفه های سواد سلامت: فهم و درک (۲۱درصـد)، ارزیابی(۱۳درصد) و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات(۱۲درصد) نیز پیش بینی کننده وزن هنگام تولد بودند.

بحث و نتیجه گیری: شاخص کفایت مراقبت بارداری و سواد سلامت پیش بینی کننده وزن هنگام تولد بودند، کـه لـزوم توجـه بیشتر به مراقبت های دوران بارداری و سواد سلامت در برنامه های ارتقای سلامت را نشان می دهد.

کلیدواژه: وزن هنگام تولد، سواد سلامت، شاخص کفایت مراقبت بارداری، مراقبت های دوران بارداری

کد اخلاق: IR.TMU.REC.1394.224

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی
E-mail: nikmamis@modares.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

مقدمه

از جمله عوامل که برای بررسی سطح سلامت جامعه مورد بررسی قرار می گیرند میزان شیوع وزن کم هنگام تولد LBW (Low birth weight- LBW) در هر سال در جامعه است و هرچه جامعه ای از میزان شیوع کمتری برخوردار باشد سطح سلامت و مخصوصا سطح مراقبت های دوران بارداری در آن جامعه بالاتر خواهد بود[۱]. هیچ شاخصی مانند وزن هنگام تولد وجود ندارد که درباره وقایع گذشته و مسیر آینده زندگی صحبت کند[۲]. مطالعات بسیاری ارتباط وزن هنگام تولد نوزاد با میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماریهای دوران نوزادی، شیرخواری و کودکی را نشان داده است. هزینه مراقبت های بهداشتی برای نوزادان کم وزن چندین برابر بیشتر از سایر نوزادان است[۳]. ۵۰ درصد از مرگ و میر های دوره شیرخواری در نوزادان LBW (چه در کشورهای پیشرفته و چه در کشورهای در حال توسعه) روی می دهد[۴]. نوزادان متولد شده با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم به عنوان LBW (کم وزنی هنگام تولد) نامیده می شوند[۵]. شیوع LBW در جوامع چند ملیتی در محله های فقیر نشین شهری ۴۱ درصد، مناطق روستایی ۳۸درصد[۱] بوده اند. این میزان در چین و کانادا ۶ درصد، امریکا و انگلیس ۷درصد و مکزیک و اندونزی ۱۲ تا ۱۴ درصد است[۶]، این میزان در ایران ۱۶/۵ درصد گزارش شده است[۱].مراقبت های ناکافی دوران بارداری با تولد نوزادان کم وزن ارتباط معنی دار دارد، کم وزنی هنگام تولد یکی از عوارض اصلی تعیین کننده مرگ و میر و ناتوانی در دوران نوزادی و کودکی است و اثرات درازمدتی بر شاخص های سلامتی دوران بلوغ نیز دارد[۵]. همچنین هزینه های سنگینی را در بخش سلامت ایجاد نموده و در کل بار قابل توجهی را به جامعه تحمیل می نماید[۵]. مراجعات به موقع و منظم برای دریافت مراقبت های دوران بارداری، اولین قدم جهت کاهش تولد نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم معرفی شده است[۷].نتایج مطالعه برایز و همکاران نشان داد، در بین زنانی که از مراقبت های دوران بارداری برخوردار شده اند، کاهش قابل توجهی در تولد نوزاد کم وزن وجود داشته است[۸]. یافته های بسیاری از تحقیقات نشان داده است که مراقبت های دوران بارداری کافی، یک مداخله موثر در جهت بهبود نتایج حاملگی است و مراقبت های بارداری کافی، فرصتی را برای مشاوره و کاهش عوارض مرتبط با زایمان و نوزاد فراهم می نماید[۹،۱۰]. با وجود ارائه مراقبت های دوران بارداری توسط مراکز بهداشتی درمانی، عواملی مانند پایین بودن آگاهی و سطح سواد سلامت مادران، مانع از دریافت صحیح و به موقع مراقبت ها در حین بارداری می شود[۱۱]. سطح سواد سلامت مادر عامل کلیدی در کنترل کم وزنی نوزاد است، بطوری که زنان با سواد سلامت مادری پایین، دو برابر بیشتر نوزاد کم وزن به دنیا می آورند[۱۲]. در مطالعه چو و همکاران، مادران با سطح سواد سلامت پایین تر، مراقبت های دوران بارداری را دیرتر شروع کردند و نوزادان این مادران بیشتر در معرض وزن کم هنگام تولد بودند[۱۳]. سواد سلامت مادری، یک مهارت شناختی اجتماعی است که انگیزه و توانایی زنان را در دسترسی مناسب، درک و استفاده از اطلاعات برای حفظ سلامت خود و فرزندانشان نشان می دهد[۱۴]. سواد سلامت مادر، از طریق بهبود کیفیت مراقبت های دوران بارداری بر سرانجام بارداری تاثیر گذار[۱۵]. با این حال مطالعه ای نشان داد که بین سطح سواد سلامت و حیطه مراقبت از خود در دوران بارداری، رابطه ای وجود ندارد [۱۶]. از طرف دیگر خاشو و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، در زنان حامله ای که تعداد ویزیت ها در مورد آنها کاهش یافته بود پیامدهای نوزادی در مقایسه با مادرانی که مراقبت های کافی دوران بارداری را دریافت کرده بودند، تفاوت معنادار نداشت[۱۷]. با توجه به نتایج مطالعات موجود در زمینه نقش سواد سلامت مادر و مراقبت های دوران بارداری بر پیامدهای نوزادی و در مقابل وجود مطالعات متناقض، محققان در مطالعه حاضر بر آن شدند تا بررسی دقیق تری در مورد ارتباط سواد سلامت و شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری با پیامد وزن هنگام تولد در بلوچستان ایران انجام دهند.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع مقطعی (توصیفی تحلیلی) بود، که به روش نمونه گیری خوشه ای دو مرحله ای انجام شد. در این مطالعه اثر سواد سلامت و شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری بر پیامد وزن هنگام تولد، درمیان زنان باردار بلوچستان، ایران مورد بررسی قرار گرفت. اندازه حجم نمونه با اطمینان ۹۵درصد و در نظر گرفتن حداکثر خطای برآورد ۳درصد ، حجم نمونه ۸۶۰ نفر در نظر گرفته شد (مقدار p وزن کم هنگام تولددر مطالعه مقدماتی ۲۷درصد به دست آمد). جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان باردار شکم اولی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری در، منطقه بلوچستان ایران تشکیل دادند. جمع آوری داده های مطالعه حاضر ازفوریه لغایت پایان جولای ۲۰۱۷ به طول انجامید. معیارهای ورود

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

به مطالعه شامل: سن مادر بین ۱۸ تا ۳۵ سال، بارداری اول، سن حاملگی بین ۱۴ تا۲۵ هفته و داشتن سواد خواندن و نوشتن بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرسشنامه بودند. روش نمونه گیری بصورت خوشه ای بود، به این صورت که از بین ۸۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۴۰ مرکز بهداشتی شهری انتخاب گردیدند. سپس از هر مرکز بهداشتی درمانی شهری۲۱ زن باردار از لیست زنان باردار موجود در مرکز بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند(به منظور کامل نمودن تعداد نمونه ها، ۲۰ نمونه باقی مانده را از ۲۰ مرکز بصورت تصادفی، و از هر مرکز ۱ نفر انتخاب شد). در مجموع از ۴۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۸۶۰ نمونه انتخاب گردید. این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران قرار گرفت. به افراد شرکت کننده، اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها به صورت محرمانه خواهد بود و فقط در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت. رضایت نامه کتبی از هر کدام از شرکت کنندگان گرفته شد. سطح سواد سلامت توسط پرسشنامه مربوطه در سه ماه سوم بارداری مورد سنجش قرار گرفت. شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری و وزن هنگام تولد، پس از زایمان، بر اساس اطلاعات پرونده و دفتر مراقبت مادران استخراج گردید. از آنجا که تمامی شرکت کنندگان توانایی خواندن و نوشتن داشتند، پرسشنامه توسط زنان باردار تکمیل گردید.

ابزار اندازه گیری: ابزار سنجش در این مطالعه شامل پرسشنامه: اطلاعات دموگرافیک (شامل، سن، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد ماهیانه). پرسشنامه سنجش سواد سلامت بزرگسالان ایرانی ۱۸ تا ۶۵ ساله ساکن شهرها (HELIA) طراحی شده در سال ۲۰۱۴ توسط منتظری و همکاران بود. این پرسشنامه دارای ۳۳ گویه (۵ گزینه ای) بوده و در ۵ بعد، مهارت خواندن، ارزیابی، دسترسی، فهم و تصمیم گیری، سواد سلامت را اندازه گیری می نماید [۱۸].

شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری نیز به شرح ذیل محاسبه گردید: این شاخص، کفایت مراقبت های بارداری را بر اساس سن حاملگی، ماه شروع مراقبت ها و تعداد ویزیت های بارداری از اولین ویزیت تا زمان زایمان، در مقایسه با تعداد مورد انتظار (به توصیه کالج زنان و زایمان آمریکا) یک ویزیت در هر ماه تا ۲۸ هفته و سپس هر دو هفته یک ویزیت تا ۳۶ هفته و بعد از آن هر هفته یک ویزیت تا زایمان[۱۹]، در قالب مراقبت های ویژه، کافی، متوسط و ناکافی ارزیابی می کند. مراقبت های ویژه شامل مراقبت های بارداری است که طی ۴ ماه اول بارداری شروع و تعداد ویزیت هایشان ۱۱۰ درصد یا بیشتر از تعداد توصیه شده است. مراقبت های کافی طی ۴ ماه اول شروع شده و تعداد ویزیت ها ۸۰ تا ۱۰۹ درصد تعداد توصیه شده است. مراقبت های متوسط طی ۴ ماه اول شروع شده و تعداد ویزیت ها ۷۹-۵۰ درصد تعداد توصیه شده است و مراقبت های ناکافی بعد از ۴ ماه اول شروع شده و کمتر از ۵۰ درصد تعداد توصیه شده باشد[۱۹]. اطلاعات گردآوری شده توسط نرم افزار spss نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. خصوصیات توصیفی با استفاده از شاخص های آماری گزارش شد. به منظور تعیین قدرت پیش بینی کنندگی متغیر وابسته وزن هنگام تولد، آزمون تحلیل رگرسیون مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج این بررسی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن مادران باردار ۴/۱۴۷ ± ۲۲/۳۳ سال است. میانگین سطح سواد سلامت زنان باردار ۱/۷۴۸ ±۶۵/۹۷ بود. ۳۸۰ نفر(۴۴/۲درصد) زیر دیپلم، ۳۰۸ نفر (۳۵/۸درصد) دیپلم و ۱۷۲ نفر(۲۰درصد)دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. مشخصات دموگرافیک، شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری و وزن هنگام تولد، شرکت کنندگان در جدول ۱ خلاصه شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان(۸۶۰نفر)

	تعداد	درصد
سطح سواد		
دبیرستان و کمتر	۶۸۸	۸۰
دانشگاهی	۱۷۲	۲۰
شغل		
خانه دار	۸۰۸	۹۴
کارمند	۵۲	۶
درآمد ماهیانه		
کمتر از ۱ میلیون تومان	۴۹۲	۵۷/۲
بین ۱ تا ۲ میلیون	۳۶۸	۴۲/۸
سطح سواد سلامت		
ناکافی	۱۹۰	۲۲/۱
نه چندان کافی	۲۲۲	۲۵/۸
کافی	۳۰۴	۳۵/۳
عالی	۱۴۴	۱۶/۷
وزن هنگام تولد		
کمتر از ۲۵۰۰گرم	۱۴۲	۱۶/۵
بین ۲۵۰۰تا ۴۰۰۰گرم	۶۸۰	۷۹/۰۶
بیش از ۴۰۰۰گرم	۳۸	۴/۴۱
شاخص کفایت مراقبت بارداری		
ناکافی	۲۸۴	۳۳
متوسط	۵۷۶	۶۷
کافی	۰	۰
ویژه	۰	۰

جدول ۲: وضعیت میانگین نمره ابعاد مختلف سواد سلامت در زنان باردار

مولفه های سواد سلامت	ناکافی(۵۰-۰)	نه چندان کافی(۶۶-۵۰/۱)	کافی(۸۴-۶۶/۱)	عالی(۱۰۰-۸۴/۱)
مهارت خواندن(۵۸/۵۱±۲۵/۸۳)	۳۷۶(۴۳/۷٪)	۱۱۶(۱۳/۵٪)	۲۰۸(۲۴/۲٪)	۱۶۰(۱۸/۶٪)
دسترسی(۶۵/۳۶±۲۳/۴۵)	۲۶۰(۳۰/۲٪)	۱۳۶(۱۵/۸٪)	۲۶۸(۳۱/۲٪)	۱۹۶(۲۲/۸٪)
فهم و درک(۷۱/۰۹±۱۶/۱۱)	۱۲۸(۱۴/۹٪)	۱۱۶(۱۳/۵٪)	۳۵۲(۴۰/۹٪)	۲۶۴(۳۰/۷٪)
ارزیابی(۶۱/۶۵±۲۵/۰۷)	۳۳۲(۳۸/۶٪)	۱۲۸(۱۴/۹٪)	۲۰۰(۲۳/۳٪)	۲۰۰(۲۳/۳٪)
تصمیم گیری(۷۳/۲۴±۱۹/۵)	۱۳۲(۱۵/۳٪)	۱۳۶(۱۵/۸٪)	۳۲۰(۳۷/۲٪)	۲۷۲(۳۱/۶٪)
سطح سواد سلامت(کل)(۶۵/۹۷±۱۷/۴۹)	۱۹۰(۲۲/۱٪)	۲۲۲(۲۵/۸٪)	۳۰۴(۳۵/۳٪)	۱۴۴(۱۶/۰۷٪)

جدول ۳: نتایج رگرسیون خطی به روش هم زمان در تاثیر مولفه های سواد سلامت و شاخص APNCU بر وزن هنگام تولد

	B	SE	Beta	t	سطح معنی داری
ثابت	۱/۵۸۹	۰/۰۴۲		۳۷/۴۱۲	۰/۰۰۱
شاخص کفایت مراقبت بارداری	۰/۳۷۰	۰/۰۲۴	۰/۴۶۹	۱۵/۴۹۰	۰/۰۰۱
مهارت خواندن	۰/۰۲۴	۰/۰۱۵	۰/۰۷۵	۱/۶۳۲	۰/۱۰۳
دسترسی	۰/۰۱۸	۰/۰۱۶	۰/۰۵۶	۱/۲۲۲	۰/۲۶۲
فهم و درک	۰/۰۷۹	۰/۰۱۶	۰/۲۱۶	۴/۹۳۸	۰/۰۰۱
ارزیابی	۰/۰۱۷	۰/۰۱۴	۰/۱۳۴	۲/۱۲۶	۰/۰۳۴
تصمیم گیری	۰/۰۴۱	۰/۰۱۵	۰/۱۲۶	۲/۱۸۲	۰/۰۰۹
سواد سلامت	۰/۰۶۹	۰/۰۳۵	۰/۱۸۹	۲/۰۰۱	۰/۰۴۶
وزن هنگام تولد=	متغیر وابسته		Sig<0.001	F=39.137	R2=0.244

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد، شاخص کفایت مراقبت بارداری، در سطح متوسط، بیشترین درصد را در مادران مورد پژوهش به خود اختصاص داده است. میزان مراقبت ها در مقایسه با نتایج مطالعات بستانی و همکاران[۹] و طیبی و همکاران[۱۰]در سطح ضعیف تری بود. در حالی که در اکثر مطالعات مشابه که محاسبه شاخص بر اساس توصیه آکادمی زنان و مامایی آمریکا انجام شده بود، بیشترین درصد مراقبتی در گروه مراقبت کافی بوده است؛ از جمله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

مطالعه Heaman و همکاران[۲۰] بیشترین درصد مراقبتی مربوط بـه مراقبـت کـافی(۳۹/۵درصـد)، در مطالعـه دیگـر در کـانزانس، بیشترین درصد در گروه کافی و ویژه(۷۷/۶درصد) بـوده اسـت[۲۱]. در مطالعه ای در کشور ایران نیز بیشترین درصد مراقبتی مربوط به مراقبت های کافی (۴۴/۹درصد)گزارش شـده اسـت[۹]. بـر اسـاس نتایج مطالعه حاضر، درصد مراقبت کافی و ویژه صفر بـود. از دلایـل احتمالی این تفاوت ها و ضعیف بودن شاخص کفایـت بـارداری مـی توان به عواملی مانند اجرای برنامه کاهش تعداد ویزیـت هـا (طبـق پروتکل جدید کشور ایران) اشاره کرد که توصیه به مراجعه با فاصله طولانی تر مادران شده و این امر باعث کاهش مراجعات زنان بـاردار به مراکز ارائه خدمات بارداری شده است. از جمله عوامل دیگری که موجب کاهش کفایت مراقبت ها گردیده، می تـوان بـه دیـر شـروع نمودن مراقبت ها در مادران اشاره کرد که این موارد را می توان بـه عواملی مانند اطلاع دیر هنگام مادر از بارداری خویش و عدم آگاهی مادر از زمان شروع مراقبـت هـا دانسـت(بویژه آن کـه تمـامی زنـان باردار جوان و شکم اولی بودند) که می توانـد ناشـی از ضـعف ارائـه خدمات مربوط به مراقبـت هـای پـیش از بـارداری و آمـوزش هـای مرتبط باشد. لذا ارائه برنامه هـای آموزشـی قبـل از بـارداری جهـت آگاهی مـادران در زمینـه علائـم حـاملگی و انجـام اقـدامات لازم را ضروری می نماید. نتایج پژوهش حاضـر نشـان داد کـه بـیش از ۵۱ درصد از زنان باردار شرکت کننده از سواد سلامت ناکافی برخـوردار بودند. بر اساس نتایج مطالعه پیمـان و همکـاران[۲۲] بـیش از ۷۰ درصـد از زنـان بـاردار از سـواد سـلامت ناکـافی برخـوردار بودنـد، همچنین در مطالعه ای کـه توسـط ایـزدی راد و همکـاران[۲۳] در بلوچستان انجام شد، ۶۸ درصد نمونه ها دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند. در مطالعه ضاربان و همکاران نیز ۶۷/۶درصد از زنـان بلوچستانی دارای سواد سلامت ناکافی و مرزی بودند[۲۴]. مطالعات خارجی نیز سطح سواد سلامت زنان باردار را در حد پـایین گـزارش نمودند[۲۵]. به نظر می رسد علت پایین بود سـطح سـواد سـلامت زنان باردار، پایین بودن سطح آگـاهی زنـان بـاردار، منـابع آموزشـی بسیار اندک و نامتناسب با سطح درک بیماران، انبـوهی از اطلاعـات در دسترس از طریق اینترنت و سایر شبکه های مجازی که صحت و سقم اطلاعات کنتـرل نمـی گـردد، عـدم توجـه پرسـنل بهداشـتی درمانی به موضوع سواد سلامت و تاثیر آن بر سـلامت زنـان بـاردار، ارائه آموزش ها بصورت سنتی و ناقص و عدم اجرای استراتژی هـای ارتقای سواد سلامت در مراکز بهداشتی درمانی باشد.

در مطالعه حاضر، فراوانی کم وزنـی، ۱۶/۵ درصـد بـود. ایـن یافتـه همسو با نتایج یوسفی و همکاران[۱] است که در بررسی انجام شده بر روی متولدین زنده مشهد، شـیوع وزن کـم هنگـام تولـد را ۱۶/۵ درصد گزارش نمودند. از آنجا که گروه هدف شامل زنان جوان باردار شکم اولی بودند، به نظر می رسد یکی از دلایل بالا بودن شیوع کـم وزنـی در مطالعـه حاضـر، بـه علـت آگـاهی پـایین، عـدم تجربـه و توانمدی پـایین زنـان بـاردار جـوان در انجـام مراقبـت هـای دوران بارداری باشد، همچنان که در مطالعه یوسفی[۱] نیز بیشترین شیوع کم وزنی در میان زنان شکم اولی گزارش شده بود. نتایج مطالعه ای در کانادا نشان داد که مادران باردار جوان بیشتر در معرض دریافت مراقبت های دوران بـارداری ناکـافی هسـتند[۲۶].نتـایج تحقیقـات حاکی از آن است که مراقبت های دوران بارداری کافی، نقش مهم و موثری در جهت کاهش موالید کـم وزن دارد[۷،۸،۹،۱۰]. بنـابراین، ضرورت اجرای برنامه های آمـوزش بهداشـت و تحـت نظـر گـرفتن گروه های پرخطر از جمله زنان باردار جوان شکم اولـی، بـه منظـور ارتقای مراقبت های دوران بارداری در راسـتای کـاهش شـیوع کـم وزنی نوزادان، بیش از پیش احساس می شود. نتایج رگرسیون خطی نشان داد که شاخص کفایت مراقبت های بارداری قوی تـرین پـیش بینی کننده وزن هنگام تولد می باشد، به نحوی که قادر است حدود ۴۷درصد از تغییرات وزن هنگام تولد را پیش بینی نماید. در مطالعه بستانی و همکاران[۹] و همچنـین مطالعـه مـایر[۲۷] مـادرانی کـه شاخص مراقبت های بارداری آنها ناکافی بود، وزن کم زمان تولـد در بین آنها شایع تر بود. همچنین مطالعه فریکسن نشان داد کودکـانی که از مادران فاقد مراقبت دوران بارداری متولد می شوند، نسبت بـه آنهایی که مادران آنها در دورن بارداری، تحـت مراقبـت کـافی فـرار گرفته اند، بخت وزن کم هنگـام تولـد آنهـا سـه برابـر بیشـتر بـوده است[۲۸]. سـواد سـلامت در مقایسـه بـا شـاخص کفایـت مراقبـت باداری، دارای قدرت پیش بینی کننـده کمتـری بـرای پیامـد وزن هنگام تولد بود، دلیل این امر می تواند به دلیل تاثیر غیـر مسـتقیم سواد سلامت بر وزن هنگام تولد می باشد، چرا که مطالعات مختلـف نشان دادند که سواد سلامت از طریق ارتقـای مراقبـت هـای دوران بارداری سبب بهبود پیامدهای بارداری می شـود[۱۵،۲۹،۳۰]. مـین هنگ [۲۹] و خرازی و همکاران[۱۵] افزایش سواد سلامت مـادران را در کاهش تولد نوزادان کم وزن از طریـق افـزایش مراقبـت هـای دوران بارداری موثر معرفی کردند. از بین مولفه های سـواد سـلامت سه بعد فهم، ارزیابی و تصـمیم گیـری و کـاربرد اطلاعـات سـلامت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

پیش بینی کننده وزن هنگام تولد بودند، که می تواند بیانگر اهمیت مهارت درک، فهم و توانایی بکارگیری اطلاعات سلامت توسط مادر باردار در دوران حساس بارداری باشد. در مطالعه آقاملایی[۳۱] مولفه های دسترسی به اطلاعات و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات پیش بینی کننده رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دانش آموزان بودند. بنابراین با وجود ضرورت ارائه آموزش و اطلاعات مورد نیاز در بارداری، آنچه مهم است میزان درک، فهم و توانایی بکارگیری این اطلاعات در موارد ضروری و خطرناک است. با توجه به خطرات تهدید کننده مادر و جنین در دوران بارداری و بروز پیامدهای نامطلوب، این امر می تواند یکی از اولویت های بهداشتی جامعه محسوب شود. لذا ضرورت دارد تا تلاش های همه جانبه ای برای افزایش سواد سلامت مادران باردار انجام شود. از آن جایی که دسترسی به پرونده زنان باردار در مراکز خصوصی امکان پذیر نبود و انجام پروتکل کشوری مراقبت مادران فقط در مراکز بهداشتی درمانی لازم الاجرا است. لذا در این پژوهش به تعداد مراقبت های ثبت شده در پرونده مادران بسنده گردید که از محدودیت های مطالعه حاضر بود. نتایج این پژوهش، اهمیت شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری مادر را به عنوان شاخص مهمی در پیش بینی پیامد وزن هنگام تولد نشان داد به طوری که با ارتقای این شاخص، پیامد نامطلوب وزن کم هنگام تولد، کاهش خواهد یافت. با درنظر گرفتن این امر، سودمندی شاخص کفایت مراقبت های دوران بارداری پررنگتر می شود. همچنین با توجه به نقش حیاتی سواد سلامت بر ارتقای رفتارهای مراقبتی دوران برداری و تاثیر آن بر پیامدهای بارداری از جمله وزن هنگام تولد، شایسته است زمینه دسترسی زنان باردار به اطلاعات سلامت در زمینه بارداری فراهم گردد و با به کار گیری راهبردهای ارتقای سواد سلامت زمینه ارتقای ابعاد مختلف سواد سلامت بویژه ابعاد فهم اطلاعات، ارزیابی اطلاعات و تصمیم گیری و کاربرد اطلاعات سلامت فراهم گردد.

سهم نویسندگان

حسین ایزدی راد: همکاری در اجرای طرح، گردآوری داده ها، تجزیه و تحلیل، نگارش و ویرایش

شمس الدین نیکنامی: همکاری در اجرای طرح، تجزیه و تحلیل و ویرایش مقاله

ایرج ضاربان: همکاری در اجرای طرح، تجزیه و تحلیل و ویرایش مقاله

محمود طاووسی: تجزیه و تحلیل، نگارش و ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس تهران و تمامی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Jamshid Y, Mirzade M, Tavasoli Askari N. To study the prevalence of LBW and to determine the ratio preterm to IUGR during one year in 22 Bahman Hospital in Mashhad.Medical Journal of Mashad Univercity of Medical Sciences 2015;5:1-6[In Persian]

2. Tootoonchi P. Low Birth Weight among Newborn Infants at Tehran Hospitals. Iranian Journal of Pediatrics 2007;17:186-192[In Persian]

3. Ravi KB, Krishna KD, Uttam N, Subhadra CB, Birendra KY, Hanoon PP and et al. A Case Control Study on Risk Factors Associated with Low Birth Weight Babies in Eastern Nepal. International Journal of Pediatrics 2015;6:1-8

4. Watkins WJ, Kotecha SJ, Kotecha S. All-Cause Mortality of Low Birthweight Infants in Infancy, Childhood, and Adolescence: Population Study of England and Wales. PLoS Medicine 2016;13:1-19

5. Sharma SR, Giri S, Timalsina U, Bhandari SS, Basyal B, Wagle K and et al. Low Birth Weight at Term and Its Determinants in a Tertiary Hospital of Nepal: A Case-Control Study. PLoS ONE 2015;10: 1-10

6. Masoumeh D. The Incidence and Related Factors of Low Birth Weight. Iran Journal of Nursing 2010;23:29-36[In Persian]

7. bakhshi F, mokhtari N, jefruodi S, shekani J, abasi M, atrkarruoshan Z. Survey Influencing Factors on Prenatal Care in mothers referring to health care centers in Rasht city in 2008 .Journal of Holistic Nursing Midwifery 2009; 19 :1-7[In Persian]

8. Hosna F, Mozhgan J, Nishtman A. The relationship between Quality of life with pregnancy cycle, Journal of Research in Medical Sciences 2017; 5 : 37-46

9. Bostani Khalesi Z, Rafat F, Pakseresht S. Relationship between adequacy of prenatal care utilization . Journal of holistic nursing and midwifery 2015; 25:8-15[In Persian]

10. Tayebi T, Zahrani ST, Mohammadpour R. Relationship between adequacy of prenatal care

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

utilization index and pregnancy outcomes. Iranian journal of nursing and midwifery research 2013;18:360-366[In Persian]
11. Amiresmaili M, Moghadam MN, Anari SM, SAdeghi A. Study of health literacy level of women referring to health centers-2010. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2013; 5:1071-8[In Persian]
12. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S and et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. patient education counseling 2009; 75:321-7
13. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. Social Science & Medicine Journal 2008; 66:1809-16
14. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2007; 12:33-43[In Persian]
15. Kharazi SS, Peyman N, Esmaily H. Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes.Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility 2016; 19: 40-50[In Persian]
16. 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;7:479-489[In persian]
17. Khashu M , Narayanan M , Bhargava S. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: a population-based cohort study. Pediatrics 2009; 123: 109–113
18. Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, Ebadi M and et al. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): develoment and psychometric properties. Payesh 2014; 13:589-600 [In Persian]
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom L, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obestetrics. 24 th Edition, Vol 1, McGraw-Hill: New York, 2014
20. Heaman M, Newburn-Cook C, Green C, Elliott L, Helewa M. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. BMC Pregnancy and Childbirth 2008; 8: 8-15
21. Kansas Department of Health and Environment. Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. Kansas: Center for Health and Environmental Statistics; 2008
22. Peyman N, Abdollahi M. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum women. Journal of Health Literacy 2016; 1:5-12[In Persian]
23. Izadirad H, Zareban I. The Relationship of Health Literacy with Health Status, Preventive Behaviors and HealthServices Utilization in Baluchistan, Iran. Journal Education Community Health 2016; 2:43-50[In persian]
24. Zareban I, Izadirad H, jadgal K. Evaluation of health literacy, health status and health services utilization in women in Baluchistan region of Iran. Journal of Health Literacy 2016; 1:71-82[In Persian]
25. Jacqueline MH, Jessica YL, Kimon DA, William FV. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. The Journal of the American Dental Association 2012;143:972-980
26. Lennon S, Londono Y, Heaman M, Kingston D, Bayrampour H. The effectiveness of interventions to improve access to and utilization of prenatal care: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2015;13:10-23
27. Mayer JP. Unintended childbearing, maternal beliefs and delay of prenatal care. Birth 2009; 24: 247–52
28. Freerksen M, Potschke-Langer A. Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Prenatal Quality Survey. Public Health 2008; 122: 1210-16
29. NGY MH, Nakamura K, Ohnishi M, Kizuki M, Suyama S, Seino K and et al. Improved perinatal health through qualified antenatal care in urban Phnom Penh, Cambodia. Environmental Health and Preventive Medicine 2007; 12:193-201
30. Izadirad H, Niknami S, Zareban I, Hidarnia A, Masoudy G. Relationship between health literacy and prenatal care in young pregnant women. Journal Health Literacy 2017; 2:141-147[In Persian]
31. Aghamolaei T, Hosseini Z, Hosseini F, Ghanbarnejad A. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Students. Journal of Preventive Medicine 2016; 3:36-43 [In Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

ABSTRACT

Health literacy and prenatal care adequacy index on the outcome of birth weight in pregnant women in Balochistan, Iran

Hossien Izadirad [1], Shamsoddin Niknami [2*], Iraj Zareban [3], Mahmoud Tavousi[4]

1. Deputy of Health, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Health promotion Research center Zahedan university Medical science, Zahedan, Iran
4. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(2): 191-198
Accepted for publication: 18 February 2018
[EPub a head of print-24 February 2018]

Objective (s): Maternal health literacy, in addition to the quality of prenatal care, is a key factor in controlling the underweight baby. The purpose of this study was to investigate the effect of health literacy and adequacy of prenatal care on the outcome of birth weight.
Methods: A cross sectional study was conducted on 860 pregnant women who were selected by random cluster sampling. The data were collected using the Health Literacy for Iranian Adults (HELIA) and the adequacy of care for pregnancy. The data were analyzed using SPSS windows version 20 by descriptive statistics and regression analysis
Results: The prevalence of low birth weight was 16.5%. The adequacy of the pregnancy index of 33% was inadequate and 67% of women had an average index. The mean level of health literacy was 65.97 ± 1.74 in pregnant women. The adequacy of care for pregnancy was the strongest predictor of birth weight (47%). Health literacy components: understanding (21%), appraisal (13%) and decision-making and applying information (12%) was predicted birth weight.
Conclusion: Prenatal care adequacy index and health literacy were predictors of birth weight, which highlighted the need for more attention to prenatal care and health literacy in health promotion programs for pregnant women.

Key Words: Birth weight, Health literacy, Pregnancy care adequacy index, prenatal care

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.8.4]

* Corresponding author: Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
E-mail: niknamis@modares.ac.ir