

سواد سلامت زنان باردار شهر بندرعباس

علی صفری مرادآبادی: دانشجوی دوره دکتری، کمیته پژوهشی دانشجویان، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تیمور آقاملایی: استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

علی رمضانخانی: استاد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

سکینه دادی پور: دانشجوی دوره دکتری، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران- نویسنده رابط: mdadipoor@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: سواد سلامت به ظرفیت کسب، پردازش، درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز جهت تصمیم گیری های مناسب در زمینه سلامت اطلاق می گردد. با توجه به اهمیت بالای سواد سلامت در دوران بارداری و تاثیر مستقیم آن بر روی جنین، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سواد سلامت زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۴ انجام شد. **روش کار:** مطالعه حاضر توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بود و بر روی ۲۵۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس به روش نمونه گیری ترکیبی از خوشه ای و تصادفی ساده با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بالغین صورت گرفت. داده های جمع آوری شده به کمک نرم افزار آماری SPSS16 و با استفاده از آزمون های آماری استنباطی تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون تعقیبی توکی و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. **نتایج:** میانگین سنی مادران باردار $31/61 \pm 7/45$ بود. $27/2\%$ سواد سلامت ناکافی، $20/8\%$ مرزی و 52% سواد کافی داشتند. سواد سلامت با تحصیلات ($p < 0/001$)، سن ($p < 0/001$)، شغل ($p < 0/001$) و نحوه مراقبت های دوران بارداری ($p < 0/001$) ارتباط معنی دار داشت. **نتیجه گیری:** یافته ها نشان داد سواد سلامت مادران در حد ناکافی و مرزی بود. لذا تجدید نظر مواد آموزشی به زبان ساده و ارائه آموزش شفاهی و تصویری به زنان باردار، علاوه بر مواد آموزشی مکتوب که به صورت پوستر، پمفلت و بروشور در اختیار آنها داده شده است و همچنین ارتقاء مهارت های ارتباطی بین کارکنان بهداشتی و مادران توصیه می شود. **واژگان کلیدی:** سواد سلامت، مادران باردار، بندرعباس

مقدمه

سواد سلامت به ظرفیت کسب، پردازش، درک اطلاعات اساسی و خدمات مورد نیاز جهت تصمیم‌گیری-های مناسب در زمینه سلامت اطلاق می‌شود (Lupattelli et al. 2014). از دید سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت به مهارت‌های شناختی-اجتماعی که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات منجر به حفظ و ارتقای سلامت اطلاق می‌گردد (Ohnishi et al. 2005). تجربیات جهانی نیز گویای این مطلب است که عواملی از قبیل ارتقاء سطح آموزش و سواد سلامت، بهبود خدمات اجتماعی و توسعه اقتصادی تاثیر مثبتی بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد داشت (Kandula et al. 2009). در قرن ۲۱ سواد سلامت به عنوان یک مسأله و بحث جهانی و به عنوان یکی از اولویت‌های مورد بررسی در زمینه سلامت معرفی شده است. بر این اساس سازمان جهانی بهداشت اخیراً در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نموده است (Nutbeam and Kickbusch 2000). سواد سلامت در گروه‌های هدف مختلفی از جمله سالمندان، بزرگسالان مورد اهمیت می‌باشد. یکی از افتشار آسیب‌پذیر و حائز اهمیت جامعه در این زمینه، زنان باردار هستند. سواد سلامت، عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن در فعالیتهای منجر به ارتقاء سلامت خود و کودک محسوب می‌شود. بدون درک کافی از اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی، تصمیم‌گیری‌های آگاهانه منجر به پیامدهای مطلوب سلامت، برای یک زن دشوار خواهد بود (Shieh and Halstead 2009). وضعیت سلامت یک زن، و درک وی از اطلاعات سلامت و در واقع سواد سلامت او، قبل، حین و بعد از بارداری و در طول سال‌های رشد و تکامل، به طور مستقیم بر کودک تأثیرگذار است. از آنجاییکه آموزش زنان برای ارتقاء سلامت کودکان و خانواده ایشان اهمیتی حیاتی دارد، زنان

به عنوان جمعیت اولیه برای تأکید بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده‌اند (Ferguson 2008). مطالعه‌ای نشان داد، بیماران با سواد سلامت نامطلوب توانایی کمتری برای درک دستورالعمل‌های پزشکی، برچسب‌های دارو، روش مصرف داروها و مواردی از این قبیل را دارند (Berkman et al. 2011). تحقیقی دیگر ارتباط مثبتی بین سواد سلامت پایین و حاملگی ناخواسته را گزارش نموده است (Endres et al. 2004). نتایج پژوهش Shieh و همکاران نشان داد سواد سلامت پایین، در رفتار پیشگیرانه یک زن و مراقبت‌های بهداشتی و نگهداری از فرزندان اثر منفی دارد (Shieh and Halstead 2009). نتایج برخی مطالعات حاکی از پایین بودن سواد سلامت در زنان ایرانی می‌باشد (Ghanbari et al. 2012; Hoseinpour et al. 2014; Peyman and Abdollahi 2016). با توجه به اهمیت بالای سواد سلامت در دوران بارداری و تاثیر مستقیم آن بر روی جنین و مطالعات اندک انجام شده در این زمینه در ایران، این مطالعه به منظور بررسی وضعیت سواد سلامت زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که با هدف بررسی سواد سلامت زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۴ انجام شد. حجم نمونه براساس نظر مشاور آماری و مطالعه مشابه (Ghanbari et al. 2012) ۲۵۰ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی ساده بود. بدین صورت که ابتدا از بین ۲۰ مرکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس ۱۰ مرکز (دو مرکز از هر منطقه شمال، جنوب، مرکز، شرق و غرب) به عنوان خوشه انتخاب، سپس برای انتخاب نمونه‌ها در هر خوشه از روش تصادفی ساده دسترس با توجه به شرایط ورود به مطالعه تا تکمیل حجم نمونه

۲۰ نمره به متن مسئولیت‌های بیمار در برگه‌های بیمه نامه تعلق گرفت. مدت پاسخگویی به این بخش از پرسشنامه بیست دقیقه بود (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 زمینه پاسخ دهند. امتیاز ۱۷ پرسش بخش محاسبات نیز با اعمال ضریب (۲/۹۴۱) به ۵۰ رسانده شد. در مجموع امتیاز 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) طبقه بندی شد (Ghanbari et al. 2012). پس از هماهنگی با حراست دانشگاه و معرفی نامه و اخذ رضایت نامه از مادران، ضمن رعایت موازین اخلاقی و محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه در اختیار مادران باردار قرار داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS16 استفاده شد. از آمار توصیفی (توزیع فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار) برای توصیف داده‌ها، و از آزمون‌های استنباطی تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه، آزمون تعقیبی توکی و رگرسیون خطی به منظور بررسی ارتباط و مقایسه بین متغیرها استفاده شد. $p < 0/05$ از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

نتایج

میانگین سنی مادران باردار $31/61 \pm 7/45$ ، و دامنه سنی افراد مورد مطالعه از ۱۴ تا ۵۸ سال متغیر بود. ۴۴٪ مادران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (جدول ۱).
داده‌های حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین نمره بخش درک خواندن $35/48 \pm 10/85$ ، بخش درک عددی $35/18 \pm 9/75$ و سطح سواد $17/26 \pm 70/66$ بود. یافته‌ها

استفاده شد. شرایط ورود به مطالعه تابعیت ایرانی، دارا بودن پرونده بهداشتی برای مراقبت‌های دوران بارداری، نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای و بارداری‌های پرخطر (سن کمتر از ۱۸ و بالای ۳۵ سال، وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم و قد متر کمتر از ۱۵۰ سانتی متر، تعداد ۵ بارداری و بیشتر، خونریزی‌ها، پرفشاری خون، عفونت‌ها، بیماری‌های مزمن، ناهنجاری‌های دستگاه تناسلی) بود (Carson-Dewitt 1999). جهت گردآوری داده‌ها از نسخه فارسی آزمون سواد سلامت عملکردی در بالغان (Test of Functional Health Literacy in Adult (TOFHLA) استفاده شد (Ghanbari et al. 2012). روایی و پایایی پرسشنامه توسط طهرانی و همکاران برای جامعه ایرانی مورد تأیید گرفت (Banihashemi and Amirkhani 2007). پرسشنامه سواد سلامت، متشکل از سه بخش می‌باشد بخش اول: اطلاعات دموگرافیک، شامل سن، وضعیت تحصیل، شغل فرد، وضعیت تحصیلی، شغل همسر، وضعیت خانه مسکونی، محل سکونت، درآمد ماهیانه خانواده، تعداد بارداری، تعداد فرزندان، زمان شروع و نحوه مراقبت‌های دوران بارداری و مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات بهداشتی می‌باشد. بخش دوم مربوط به "درک خواندن" می‌باشد. این بخش توانایی فرد پاسخ دهنده برای خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت‌های سلامت را ارزیابی می‌کند، بخش سوم، افراد مورد مطالعه را در قالب ۳ متن در رابطه با دستورهای آمادگی برای عکس برداری از دستگاه گوارش فوقانی، بخش حقوق و مسئولیت‌های بیمار در برگه‌های بیمه نامه و یک برگه استاندارد رضایت نامه بیمارستانی مورد ارزیابی قرار داد. متون طراحی شده در بخش درک خواندن در مجموع دارای ۵۰ جای خالی با پاسخ‌های چهار گزینه‌ای بود. به جواب صحیح نمره یک و به پاسخ غلط نمره صفر تعلق گرفت. نمره فرد در این قسمت بین صفر تا ۵۰ می‌باشد. ۱۶ نمره به متن آمادگی برای عکس برداری، ۱۴ نمره به متن درک حقوق و

بودن جامعه مورد مطالعه و سطح تحصیلات گروه هدف باشد. مطالعه‌ای که به منظور ارزیابی و بررسی سواد سلامت و خودکارآمدی فعالیت جسمی در زنان پس از زایمان انجام شد نشان داد بیش از هفتاد درصد شرکت کنندگان سواد سلامت ناکافی داشتند (Peyman and Abdollahi 2016). در مطالعه امیر اسماعیلی و همکاران (Amiresmaili et al. 2013) و مطالعه حسین پور و همکاران (Hoseinpour et al. 2014) اکثر افراد مورد مطالعه سواد ناکافی و مرزی داشتند. مطالعات فوق میزان سواد سلامت را پایین تر از مطالعه حاضر نشان می‌دهد. دلیل آن شاید متفاوت بودن ابزار گردآوری اطلاعات، خصوصیات اجتماعی، فرهنگی، سن و تحصیلات باشد. در دیگر مطالعات مشابه صورت گرفته در بین زنان دیابتی (Tol et al. 2012)، زنان با غربالگری جنین (Delanoë et al. 2016)، زنان با ریسک تراتوژنیک جنین، میزان سواد سلامت بالاتر از یافته‌های این مطالعه بود که علت آن را شاید بتوان به بالاتر بود سطح سواد شرکت کنندگان این مطالعه و متفاوت بودن خصوصیات اجتماعی و دموگرافیک نسبت داد (Lupattelli et al. 2014).

در پژوهش حاضر بین سطح تحصیلات مادران باردار و سواد سلامت ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. این یافته با مطالعه طل و همکاران (Tol et al. 2012)، مطالعه امیر اسماعیلی و همکاران (Amiresmaili et al. 2013)، جوادزاده و همکاران (Javadzade et al. 2013) و دیگر مطالعات (Carthery-Goulart et al. 2009; La Vonne and Zun 2008) همخوانی داشت. سطح سواد سلامت در افراد دارای تحصیلات بالاتر مؤید نقش تحصیلات در سطح سواد سلامت است. زیرا سواد عمومی پایه ای برای سطح سواد سلامت محسوب می‌شود. پژوهش‌های دیگری نیز به این نتیجه دست یافته اند (Reisi et al. 2012; Ghanbari et al. 2012; Muir and Lee 2010; Cho et al. 2008; Sudore et al. 2006). نتایج مطالعه مرور

نشان داد که ۲۷/۲٪ سطح سواد سلامت ناکافی، ۲۰/۸٪ مرزی و ۵۲٪ سطح سواد کافی داشتند. همچنین بین متغیرهای تحصیلات (در گروه با تحصیلات دارای مدرک دیپلم و دانشگاهی)، سن (در رده سنی کمتر از بیست سال)، شغل مادر (مادران شاغل) و نحوه مراقبت‌های دوران بارداری (مادران با نحوه مراقبت‌های بارداری مرتب) و در آمد (مادران با وضعیت اقتصادی مطلوب) با سطح سواد مادران رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$) (جدول ۲).

نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بین میانگین سواد سلامت در افراد ابتدایی با افراد دارای مدرک و راهنمایی، دیپلم و دانشگاهی اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). اما بین افراد با تحصیلات دیپلم و دانشگاهی این اختلاف معنی‌دار نبود ($p = 0/99$). بین میانگین سواد سلامت در کمتر از ۲۰ سال با رده سنی بیشتر از ۵۰ سال اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/021$). اما بین سایر گروه‌ها این اختلاف معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) (جدول ۳).

آنالیز رگرسیون لجستیک برای متغیرهای پیشگویی کننده در سواد سلامت زنان انجام، و متغیرهای تحصیلات، سن، شغل و محل سکونت وارد مطالعه شدند. بیشترین عامل موثر در پیشگویی سواد سلامت تحصیلات ($OR = 7/345$) و کمترین اثر مربوط به شغل ($OR = 2/542$) بود (جدول ۴).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین سواد سلامت زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد نزدیک به نیمی از مادران سواد سلامت ناکافی و مرزی داشتند. در مطالعه قنبری و همکاران که تنها تحقیق داخلی مشابه با پژوهش حاضر بود تقریباً نتایجی نزدیک به مطالعه حاضر بدست آمد (Ghanbari et al. 2012). دلیل این امر شاید مشابه

(Ghanbari et al. 2012). همچنین شاید پایین تر بودن سواد سلامت در زنان و گروه های سنی بالاتر مربوط به پایین تر بودن سطح تحصیلات در این گروه ها بود. این نتایج با نتایج پژوهش آرتینیان (Artinian et al. 2003) و رئیسی (Reisi et al. 2012) همخوانی دارد. یافته های پژوهش حاضر با مطالعه قنبری و همکاران (Ghanbari et al. 2012) و مطالعه پیمان و عبدالمی (Peyman and Abdollahi 2016) که با افزایش سن، سطح سواد سلامت افزایش می یافت و همچنین مطالعه مک لافلین و همکاران (McLaughlin 2009) و Andres و همکاران (Endres et al. 2004) که ارتباط معنی داری را میان سن و سواد سلامت زنان باردار نیافتند همخوانی نداشت. شاید علت آن محدوده سنی و پراکندگی سنی گروه هدف در مطالعات فوق باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه بین شغل و سواد سلامت ارتباط آماری معنی داری نشان داد در مطالعه طهرانی و همکاران بین شغل و سواد سلامت ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (Tehrani Banhashemi et al. 2007) گمان می رود با داشتن شغل و به دنبال آن وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتر میانگین سطح سواد سلامتی نیز افزایش یابد. نتایج تحقیق حاضر با مطالعه قنبری و همکاران (Ghanbari et al. 2012)، مطالعه پیمان و عبدالمی (Peyman and Abdollahi 2016) هم راستا نبود. مطالعه ملی سواد سلامت در آمریکا نشان داد افرادی که از نظر عملکردی بی سوادند به احتمال زیاد افراد فقیر، بیکار یا شاغل در شغل های ناپایدار هستند (Artinian et al. 2003).

در مطالعه حاضر کارکنان بهداشتی بیشترین درصد منبع کسب اطلاعات بهداشتی را به خود اختصاص دادند. در مطالعه ای دیگر اکثر شرکت کنندگان اطلاعات خود را از پزشکان و مراکز بهداشتی کسب کرده بودند (La Vonne and Zun 2008). افراد برای تصمیم گیری مناسب در خصوص سلامت باید بتوانند اطلاعاتی را که در محیط های

نظام مند آژانس پژوهش و کیفیت در مراقبت های بهداشتی در خصوص سواد سلامت نشان داد که پایین بودن سطح سواد سلامت، مشکلی بزرگ در ایالت متحده است و این مسئله به ویژه در افرادی که تحصیلات کمتر از دیپلم دارند بارزتر است. بر اساس این گزارش، سطح تحصیلات پیش بینی کننده ای قوی در سواد سلامت به شمار می روند (Berkman et al. 2011).

علیرغم اینکه در این مطالعه زنان تحصیل کرده سواد سلامت بالاتری نسبت به زنان با تحصیلات پایین تر داشتند و از لحاظ آماری معنی دار شد، اما بین تعداد محدودی از زنان تحصیل کرده سطح سواد سلامت ناکافی مشاهده شد. Carthery-Goulart در مطالعه خود به این مسئله اشاره کرد که سطح تحصیلات برای درک خواندن به تنهایی شاخصی معتبر، کامل و دقیق نمی باشد (Carthery-Goulart et al. 2009). نتایج این تحقیق با مطالعه قنبری و همکاران (Ghanbari et al. 2012) و برخی مطالعات دیگر همخوانی داشت (Shieh and Halstead 2004; Endres et al. 2009).

یافته ها بین سن و سواد سلامت ارتباط آماری معنی دار از نوع همبستگی منفی نشان داد به طوری که با افزایش سن سواد سلامت کاهش می یافت. این یافته با مطالعه Paasche-Orlow و همکاران (Paasche-Orlow et al. 2005) مطالعه طل (Tol et al. 2012)، جوادزاده و همکاران (Javadzade et al. 2013) و سایر مطالعات همخوانی داشت (Jovic-Vranes et al. 2009, La Vonne and Zun 2008). شاید دلایل این امر در یافته های حاضر کاهش عملکرد شناختی، فاصله گرفتن از سال های تحصیل، کاهش توانایی های آنها برای مراجعه به موقع به مراکز و پیگیری مطالب به روز و منبع کسب اطلاعات و کاهش توانایی های جسمی، همچنین افزایش تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی در نتیجه افزایش سن باشد

نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد نیمی از مادران باردار سواد سلامت ناکافی یا مرزی دارند که این می تواند زنگ خطری برای سلامت مادر و جنین و هشدار برای مسئولین و سیاست گزاران بخش سلامت باشد. از آنجا که سواد سلامت محدود می تواند مانع از درک صحیح پیامها و توصیه های بهداشتی شود، افزایش سواد سلامت و توانمند سازی مادران باردار در گروه های سنی بالا، تحصیلات پایین، وضعیت اقتصادی اجتماعی نامناسب، از طریق تجدید نظر مواد آموزشی به زبان ساده و ارائه آموزش شفاهی و تصویری به زنان باردار، علاوه بر مواد آموزشی مکتوب که به صورت پوستر، پمفلت و بروشور، و همچنین ارتقاء مهارت های ارتباطی بین کارکنان بهداشتی و مادران توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی با کد اخلاق (HUMS.REC.1394.126) از دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که توسط معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه مورد حمایت مالی قرار گرفته است می باشد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و همچنین مادران عزیزی که در تمام مراحل تحقیق همکاری و مشارکت صمیمانه ای داشتند تشکر و قدردانی بعمل آورند.

اختصاصی سلامت به آنها ارائه می شود، درک و از آنها استفاده کنند. ارائه دهندگان خدمات باید از توانایی های 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.

با توجه به ساعت کاری مراکز بهداشتی درمانی، مادران شاغل یا دانشجو شانس کمتری برای شرکت در این مطالعه داشتند. کار با زنان حامله بعلت وضعیت خاص روحی و روانی آنها با توجه به طولانی بودن پرسشنامه دشوار بود. محدود بودن مطالعات مشابه یکی دیگر از محدودیت های مطالعه بود. نظر به اینکه مطالعه حاضر مقطعی بود دسترسی به روابط علی امکان پذیر نبود. از دیگر محدودیت های این مطالعه می توان به عدم همکاری مسئولین بعضی مراکز بهداشتی-درمانی اشاره نمود.

از نقاط قوت مطالعه این بود که مطالعه حاضر اولین مطالعه ای بود که به سواد سلامت زنان باردار در شهر بندرعباس پرداخت است بنابراین داده های حاصل از این مطالعه می تواند اطلاعات مفیدی را در زمینه سواد سلامت زنان باردار و ارتباط برخی عوامل تاثیر گذار اجتماعی دموگرافیک در سواد سلامت در اختیار مسئولین محترم بگذارد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان باردار شهر بندرعباس بر حسب متغیرهای انتخابی مورد مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
شغل	خانه دار	۱۵۵	۶۲
	شاغل	۹۵	۳۸
محل سکونت	روستا	۱۸۵	۷۴
	شهر	۶۵	۲۶
وضعیت مسکن	صاحب خانه	۱۴۸	۵۹/۲
	استیجاری	۶۲	۲۴/۸
	سازمانی	۱۸	۷/۲
	سایر	۲۲	۸/۸
نحوه مراقبت	مرتب	۲۱۲	۸۴/۸
	گهگاهی	۳۸	۱۵/۲
تعداد بارداری	اول	۱۰۲	۴۰/۸
	دو تا چهار	۱۳۲	۵۲/۸
	بیشتر از چهار	۱۶	۶/۴
منبع کسب اطلاعات	کارکنان بهداشتی	۱۸۰	۷۲
	اقوام و دوستان	۴۶	۱۸/۴
	کتاب ، جزوات و رسانه ها	۲۰	۸
	سایر	۴	۱/۶

جدول ۲- سطح سواد سلامت زنان باردار مورد مطالعه شهر بندر عباس بر حسب متغیر های جمعیت شناختی

سطح معنی داری	سطوح سواد سلامت						سواد سلامت عملکردی			گروه	متغیر
	کافی		مرزی		ناکافی		نمره کل	درک عددی	درک خواندن		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد					
۰/۰۲۹	۸۵/۷	۶	۱۴/۳	۱	۰	۰	۸۲/۲۹ ± ۷/۰۷	۴۲/۴۳ ± ۵/۳۳	۳۹/۸۵ ± ۲/۹۱	کمتر از ۲۰	سن (سال)
	۵۵/۵	۱۲۱	۱۷/۴	۳۸	۲۷/۱	۵۹	۷۱/۰۵ ± ۱۷/۸۷	۳۵/۲۵ ± ۱۰/۱۲	۳۵/۸۰ ± ۱۱/۱۶	۲۱ تا ۴۰	
	۱۵	۳	۶۵	۱۳	۱۰۵	۹	۶۴/۰۲ ± ۱۰/۲۳	۳۲/۵۸ ± ۵/۴۹	۳۱/۴۴ ± ۳/۳۸	بیشتر از ۴۰	
<۰/۰۰۱	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۸	۳۶/۰۹ ± ۱۱/۹۲	۲۶/۴۶ ± ۱۴/۷۴	۹/۶۲ ± ۳/۱۱	ابتدایی	تحصیلات
	۲۸/۱	۹	۲۱/۹	۷	۵۰	۱۶	۵۹/۲۵ ± ۱۸/۲۶	۳۰/۷۸ ± ۱۲/۳۱	۲۸/۴۶ ± ۹/۳۱	راهنمایی	
	۶۱	۶۱	۱۶	۱۶	۲۳	۲۳	۷۴/۰۷ ± ۱۵/۹۸	۳۶/۶۷ ± ۸/۶۳	۳۷/۴۰ ± ۹/۵۰	دیپلم	
۰/۰۰۱	۵۵/۶	۶۰	۲۵	۲۷	۱۹/۴	۲۱	۷۳/۴۲ ± ۱۴/۳۱	۳۵/۷۵ ± ۸/۹۵	۳۷/۶۶ ± ۹/۵۸	دانشگاهی	شغل
	۴۴/۵	۶۹	۲۱/۹	۳۴	۳۳/۵	۵۲	۶۷/۹۸ ± ۱۸/۳۸	۳۳/۹۰ ± ۱۰/۶۹	۳۴/۰۷ ± ۱۰/۸۶	خانه دار	
	۶۴/۲	۶۱	۱۸/۹	۱۸	۱۶/۸	۱۶	۷۵/۰۴ ± ۱۴/۳۲	۳۷/۲۷ ± ۷/۵۷	۳۷/۷۶ ± ۱۰/۴۹	شاغل	
۰/۰۱۳	۵۵/۷	۱۱۸	۱۷/۹	۳۸	۲۶/۴	۵۶	۷۱/۸۰ ± ۱۷/۰۲	۳۵/۷۴ ± ۹/۸۲	۳۶/۰۵ ± ۱۰/۵۸	مرتب	نحوه مراقبت دوران بارداری
	۳۱/۶	۱۲	۳۶/۸	۱۴	۳۱/۶	۱۲	۶۴/۳۰ ± ۱۷/۴۸	۳۲/۰۴ ± ۸/۸۰	۳۲/۲۶ ± ۱۱/۸۷	گهگاهی	
	۲۳/۱	۶	۱۵/۴	۴	۶۱/۵	۱۶	۵۲/۹۶ ± ۱۹/۷۹	۲۸/۵۰ ± ۱۱/۸۴	۲۴/۴۶ ± ۱۳/۵۳	زیر ۳۰۰ هزار	
<۰/۰۰۱	۲۵	۴	۲۵	۴	۵۰	۸	۵۸/۷۵ ± ۱۸/۵۰	۳۰/۸۸ ± ۱۴/۸۴	۲۷/۸۷ ± ۸/۱۷	۳۰۰ تا ۵۰۰	درآمد (تومان)
	۵۴/۱	۴۰	۲۱/۶	۱۶	۲۴/۳	۱۸	۷۳/۱۹ ± ۱۵/۵۱	۳۶/۵۲ ± ۷/۳۸	۳۶/۶۷ ± ۹/۶۶	۵۰۰ تا یک میلیون	
	۵۹/۷	۸۰	۲۰/۹	۲۸	۱۹/۴	۲۶	۷۴/۱۲ ± ۱۴/۸۳	۳۶/۲۵ ± ۹/۱۵	۳۷/۸۶ ± ۹/۴۸	بالای یک میلیون	
۰/۰۱۲	۸۵/۷	۶	۱۴/۳	۱	۰	۰	۶۸/۷۱ ± ۱۴/۹۹	۳۶/۵۹ ± ۱۰/۰۴	۳۲/۱۱ ± ۱۱/۸۳	بدون فرزند	تعداد فرزند
	۵۵/۵	۱۲۱	۱۷/۴	۳۸	۲۷/۱	۵۹	۷۱/۹۴ ± ۱۳/۲۴	۳۵/۲۳ ± ۹/۹۵	۳۶/۷۰ ± ۱۰/۵۹	یک تا ۴	
	۱۲	۳	۵۲	۱۳	۳۶	۹	۶۱/۰۷ ± ۱۰/۶۱	۳۳/۶۹ ± ۷/۶۵	۲۷/۳۷ ± ۸/۳۵	۴ و بیشتر	

* آنالیز واریانس یک طرفه ** تی مستقل

جدول ۳- مقایسه میانگین سواد سلامت زنان باردار مورد مطالعه شهر بندرعباس بر حسب برخی متغیرها (آزمون تعقیبی توکی)

متغیر اصلی	گروه های مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری	
				پایین	بالا
ابتدایی	راهنمایی	-۲۳/۱۶*	۶/۱۲	<۰/۰۰۱	-۳۹/۰۰
	دیپلم	-۳۷/۹۸*	۵/۶۹	<۰/۰۰۱	-۲۳/۲۵
راهنمایی	دانشگاهی	-۳۷/۳۲*	۵/۶۷	<۰/۰۰۱	-۲۲/۶۴
	دیپلم	-۱۴/۸۱*	۳/۱۴	<۰/۰۰۱	-۲۲/۹۵
دیپلم	دانشگاهی	-۱۴/۱۶*	۳/۱۱	<۰/۰۰۱	-۲۲/۲۲
	دانشگاهی	۰/۶۵۲	۲/۱۴	۰/۹۹۰	-۴/۹۰

جدول ۴- عوامل پیشگویی کننده سواد سلامت زنان باردار مورد مطالعه شهر بندرعباس

متغیر	Exp(B)	Beta (بتا)	سطح معنی داری	
			پایین	بالا
تحصیلات	۷/۳۴	۰/۳۳۸	<۰/۰۰۱	۴/۳۹
سن	-۶/۵۵	-۰/۱۶۱	۰/۰۰۷	-۱۱/۳۰
شغل	۲/۵۴	۰/۰۷۱	۰/۲۹۵	-۲/۲۲
محل سکونت	۳/۴۵	۰/۰۸	۰/۱۶۱	-۱/۳۸

References

- Amiresmaili, M., Nekoei, M.M., Saberi Anari, S., Sadeghi, A., Saber, M., Taheri, G., Hosseini, S. and Rezazadeh, J., 2013. Study of health literacy level of women referring to health centers-2010. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, 5, pp. 1071-1078.
- Artinian, N.T., Lange, M.P., Templin, T., Stallwood, L.G. and Hermann, C.E., 2003. Functional health literacy in an urban primary care clinic.
- Banihashemi, S.-A.T. and Amirkhani, M.A., 2007. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides In Development Of Medical Education* 4, 1-9. [In Persian]
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. and Crotty, K., 2011. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155, pp. 97-107.
- Carson-Dewitt, R., 1999. Highrisk pregnancy. *New York, Mosby Year Book*, pp. 346-383.
- Carthery-Goulart, M.T., Anghinah, R., Areza-Fegyveres, R., Bahia, V.S., Brucki, S. M. D., Damin, A., Formigoni, A.P., Frota, N., Guariglia, C. and Jacinto, A.F., 2009.

- Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Revista de Saúde Pública*, 43, pp. 631-638.
- Cho, Y.I., Lee, S.-Y.D., Arozullah, A.M. and Crittenden, K.S., 2008. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social science and medicine*, 66, pp. 1809-1816.
- Delanoë, A., Lépine, J., Portocarrero, M.E.L., Robitaille, H., Turcotte, S., Lévesque, I., Wilson, B.J., Giguère, A.M. and Légaré, F., 2016. Health literacy in pregnant women facing prenatal screening may explain their intention to use a patient decision aid: a short report. *BMC Research Notes*, 9, P. 339.
- Endres, L.K., Sharp, L.K., Haney, E. and Dooley, S.L., 2004. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*, 27, pp. 331-334.
- Ferguson, B., 2008. Health literacy and health disparities: The role they play in maternal and child health. *Nursing for women's health*, 12, pp. 286-298.
- Ghanbari, S., Majlessi, F., Ghaffari, M. and Mahmoodi Majdabadi, M., 2012. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar*, 19, pp. 1-12.
- Hoseinpour, N., Sajadi, H., Mahmoudi, Z. and Sharifian, S.M., 2014. Health Literacy And Nutrition Status In Rural Pregnant Women Of Izeh, Iran. *Nutrition And Food Sciences Research* 1, pp. 132-133. [In Persian]
- Javadzade, H., Sharifirad, G., Reisi, M., Tavassoli, E. and Rajati, F., 2013. Health Literacy among Adults in Isfahan, Iran. *J Health Syst Res*, 9, pp. 540-549. [In Persian]
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V. and Marinkovic, J., 2009. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, fdp049.
- Kandula, N.R., Nsiah-Kumi, P.A., Makoul, G., Sager, J., Zei, C.P., Glass, S., Stephens, Q. and Baker, D.W., 2009. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient education and counseling*, 75, pp. 321-327.
- La Vonne, A.D. and Zun, L.S., 2008. Assessing adult health literacy in urban healthcare settings. *Journal of the National Medical Association*, 100, pp. 1304-1308.
- Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A. and Nordeng, H., 2014. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient education and counseling*, 96, pp. 171-178.
- Mclaughlin, R.A., 2009. *Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting*. Citeseer.
- Muir, K.W. and Lee, P.P., 2010. Health literacy and ophthalmic patient education. *Survey of ophthalmology*, 55, pp. 454-459.
- Nutbeam, D. and Kickbusch, I., 2000. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health promotion international*, 15, pp. 183-184.
- Ohnishi, M., Nakamura, K. and Takano, T., 2005. Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health Policy*, 72, pp. 157-164.
- Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohlman, L.T. and Rudd, R.R., 2005. The prevalence of limited health literacy. *Journal of general internal medicine*, 20, pp. 175-184.
- Peyman, N. and Abdollahi, M., 2016. The relationship between health literacy and self-efficacy physical activity in postpartum

- women. *Journal of Health Literacy*, 1, pp. 5-12. [In Persian]
- Reisi, M., Javadzade, S.H., Mostafavi, F., Sharifirad, G., Radjati, F. and Hasanzade, A., 2012. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 1, P. 31. [In Persian]
- Shieh, C. and Halstead, J.A., 2009. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 38, pp. 601-612.
- Sudore, R.L., Mehta, K.M., Simonsick, E.M., Harris, T.B., Newman, A.B., Satterfield, S., Rosano, C., Rooks, R.N., Rubin, S.M. and Ayonayon, H.N., 2006. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, pp. 770-776.
- Tehrani Banihashemi, S., Amirkhani, M., Haghdoost, A., Alavian, S., Asgharifard, H. and Baradaran, H. 2007. Health literacy in the five provinces of the country and its effective factors. *Journal of Medical Education Development Center*, 1386, P. 1. [In Persian]
- Tol, A., Pourreza, A., Tavasoli, E. and Rahimi Foroshani, A., 2012. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Journal of Hospital*, 11, pp. 45-52. [In Persian]

The Health Literacy of Pregnant Women in Bandar Abbas, Iran

Safari-Moradabadi, A., Ph.D. Student, Student Research Committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Aghamolaei, T., Ph.D. Professor, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

Ramezankhani, A., Ph.D. Professor, Department of Public Health, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Dadipoor, S., Ph.D. Student, Fertility and Infertility Research Center, School of Public Health, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran- Corresponding Author: mdadipoor@yahoo.com

Received: Feb 20, 2017

Accepted: May 15, 2017

ABSTRACT

Background and Aim: Health literacy implies the achievement, processing and perception of fundamental information and services required for making appropriate health-related decisions. Due to the high significance of health literacy during pregnancy and its direct effect on fetus, the present research was conducted to investigate the health literacy of pregnant women visiting medical centers in Bandar Abbas, Iran in 2015.

Materials and Methods: This was a cross-sectional descriptive-analytic study conducted on 250 pregnant women visiting the healthcare centers in Bandar Abbas, Iran selected by mixed sampling (both clustering and simple random). The data were collected using an adult health literacy questionnaire and analyzed using SPSS version 16, the statistical tests being independent-sample t-test, ANOVA, Tukey test and linear regression.

Results: The average age of the pregnant women was 31.61 ± 7.45 years. The proportions of the women with an adequate, borderline and inadequate level of literacy were 52%, 20.8% and 27.2%, respectively. A statistically significant association was found between health literacy and education ($p < 0.001$), age ($p < 0.001$), occupation ($p < 0.001$) and the quality of healthcare provision during pregnancy ($p < 0.001$).

Conclusion: The results reveal that the mothers' health literacy is inadequate or at borderline. Based on these results the following are recommended in an attempt to promote health literacy of pregnant women: 1. revising/simplifying teaching materials, including both oral and pictorial, in addition to written materials in the form of posters, pamphlets and brochures; 2. promoting communication skills of health workers/mothers.

Keywords: Health Literacy, Pregnant Women, Bandar Abbas, Iran