

## سواد سلامت عملکردی مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۴

رحیم بقایی<sup>۱</sup>، مریم نجارزاده<sup>۲\*</sup>، مرضیه ساعی<sup>۳</sup>، نسرین محمدی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۲/۰۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۴/۰۳

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** سواد سلامت مادران عامل کلیدی و مهمی در تضمین انجام مراقبت‌های پره‌ناتال، سلامتی دوران بارداری و پیامدهای موفقیت آمیز این دوران می‌باشد. این مطالعه باهدف تعیین سطح سواد سلامت عملکردی مادران باردار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر ارومیه انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه مقطعی بر روی ۴۰۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی که واجد شرایط بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه دو قسمتی شامل: قسمت اول سؤالات مربوط به مشخصات فردی-اجتماعی و قسمت دوم فرم کوتاه پرسشنامه سواد سلامت عملکردی (S-TOFHLA) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۷ نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه  $27/3 \pm 5/99$  سال بود. اکثریت شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات راهنمایی (۴۲/۳ درصد)، خانه‌دار (۸۴ درصد) و دارای درآمد کم‌تر از حد کفاف زندگی (۸۳/۶ درصد) بودند. میانگین سن حاملگی  $37/6 \pm 7/65$  هفته بود. ۲۴ درصد نمونه‌ها دارای سطح سواد عملکردی ناکافی، ۲۵ درصد سطح سواد مرزی و ۵۱ درصد سطح سواد عملکردی کافی داشتند.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که سطح سواد عملکردی اکثریت مادران باردار تحت مطالعه حاضر کافی می‌باشد. اما با توجه به میزان تأثیر سطح سواد سلامت مادران بر سلامت کودک و خانواده، و اینکه طبق نتایج مطالعه حاضر درآمد خانوار و شغل و تحصیلات مادر نقش مهمی در ارتقا سواد سلامت دارد. لذا لازم است در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کلان اقتصادی \_ اجتماعی و بهداشتی این نکته مدنظر قرار بگیرد، باشد که شاهد ارتقا سواد سلامت بیش‌ازپیش همه مادران، اعم از مادران ساکن شهر و مناطق روستایی، در هر سطح از درآمد اقتصادی و تمام طبقات جامعه باشیم.

**کلمات کلیدی:** سواد سلامت، سواد، زنان باردار، سلامت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۹۴، مرداد ۱۳۹۶، ص ۳۶۸-۳۷۵

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: Maryam.najarzadeh@gmail.com

## مقدمه

از میان افراد دارای مهارت خواندن و نوشتن، کدام گروه قادرند در جامعه هم از نظر اجتماعی و هم از نظر اقتصادی، مشارکت کاملی داشته باشند و در کنترل وقایع روزمره قدرت درک و عملکرد بالایی از خود نشان بدهند (۳). سواد سلامت ابزار مهم و مشخص در سلامت جامعه است و اولین اولویت در ارتقاء کیفیت خدمات مربوط به سلامت می‌باشد (۴). سواد کم در میان جوامع بشری به‌طور مستقیم و غیرمستقیم با طیفی از پیامدهای بهداشتی و سلامتی ضعیف همراه است (۵). سواد کم به‌طور غیرمستقیم اغلب با شرایط اجتماعی و اقتصادی ضعیف همراه است که این مسئله مستقل از

امروزه برای آن‌که هر فرد کارکردی مطلوب و بهینه داشته باشد، باید طیف وسیعی از توانایی‌ها و شایستگی‌ها و درواقع انواع سوادها را داشته باشد (۱). سواد سلامت به توانایی یک فرد در جستجو، درک و استفاده از اطلاعات سلامت به‌منظور تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامتی وی اشاره دارد (۲). هرچند معانی و مفاهیم متعددی برای سواد عملکردی وجود دارد و بیشتر این مفاهیم بر توانایی خواندن متون پایه و نوشتن یک عبارت ساده از زندگی روزمره متمرکز هستند، اما این نوع سواد در اصل نشان می‌دهد که

<sup>۱</sup> دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران<sup>۲</sup> مربی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)<sup>۳</sup> دانشجوی دکترا دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران<sup>۴</sup> کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

سایر عوامل خطر بر سلامت افراد تأثیر منفی می‌گذارد (۳). داده‌های حاصل از کشورهای توسعه‌یافته نشان می‌دهد که بین سطوح پایین سواد و کاهش استفاده از اطلاعات و خدمات سلامت موجود رابطه وجود دارد (۶). سواد در مقایسه با درآمد، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات و نژاد و قومیت عامل پیش‌گویی‌کننده قوی‌تری برای وضعیت سلامت افراد می‌باشد (۷).

افراد با سطح سواد سلامت پایین ممکن است در خواندن برچسب‌های روی بطری داروها و بروشورهای آموزشی و دوره‌های برنامه‌ریزی‌شده و درک میزان خطر، مشکلاتی را تجربه کنند (۸). در واقع سواد سلامت کم‌تر از بهینه، در بیماران با دشواری درک اطلاعات سلامت، دانش کم‌تر در مورد وضعیت بیماری، به‌کارگیری کم‌تر خدمات سلامت پیشگیرانه همراه است (۹). همچنین سواد سلامت پایین با افزایش عوارض بیماری‌ها و مرگ‌ومیر همراه می‌باشد (۴).

سواد سلامت مفهوم نسبتاً جدید در ایران و بسیاری از نقاط دیگر جهان است (۱۰). زنان به‌عنوان اولین جمعیت هدف در افزایش سواد سلامت شناسایی‌شده و مورد تأکید هستند (۱۱). مفهوم سواد سلامت مادران باردار استفاده از سواد سلامت در رسیدن به محتوا و نحوه ارائه مراقبت‌های دوران بارداری است (۱۲). سواد سلامت مادران باردار به این دلیل اهمیت دارد که حاملگی ممکن است اولین مواجهه یک زن با نظام بهداشتی و درمانی باشد، حرکت در این نظام پیچیده برای اولین بار حتی با مهارت‌های سواد کافی ممکن است کاری دشوار باشد، این در حالی است که زنان با سطوح سواد پایین‌تر به‌طور قابل توجهی مشکلات بیشتری را در خصوص یادگیری اطلاعات جدید و دنبال کردن راهنمایی‌ها، تجربه می‌کنند و این‌که وضعیت سلامت یک زن و درک وی از اطلاعات سلامت، قبل از بارداری، حین بارداری و در طول سال‌های رشد و تکامل کودک، به‌طور مستقیم بر سلامتی کودک تأثیر می‌گذارد (۱۳).

با توجه به نقش مهم سواد سلامت زنان در سلامت خانواده و این‌که بررسی‌های محدودی در زمینه سواد سلامت عملکردی مادران باردار در کشور انجام شده است. و همچنین تنوع مشهود اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی (سکونت اقوام مختلف در سطح شهر) شهر ارومیه، بر آن شدیم که سطح سواد عملکردی سلامت مادران شهر ارومیه را در دوران بارداری بسنجیم تا، با کسب اطلاع از وضع موجود، گامی در بهبود وضعیت سلامت مادران جامعه باشد.

## مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی، به روش مقطعی در ۹ ماهه اول سال ۱۳۹۴ بر روی ۴۰۰ مادر باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر ارومیه انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول محاسبه حجم نمونه برای مطالعات توصیفی و  $p$  اخذشده از مطالعه امیر اسماعیلی و همکاران ۳۸۴ محاسبه گردید، که به‌طور تقریبی ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد (۱۴). در این مطالعه از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای استفاده گردید، به این صورت که ابتدا با مراجعه به مرکز بهداشت شهر ارومیه (مرکز صحیه)، فهرست تمام مراکز بهداشتی سطح شهر ارومیه استخراج شد، سپس از روی نقشه موجود در واحد گسترش شبکه، تعداد مراکز موجود در هر منطقه جغرافیایی (شمال، جنوب، شرق و غرب) مشخص گردید، در مرحله بعد بر اساس جدول اعداد تصادفی از بین مراکز هر منطقه، یک مرکز انتخاب شد و متناسب با تعداد مادران باردار تحت پوشش هر مرکز، از آن مرکز سهمی از حجم نمونه کل، وارد پژوهش شد.

معیارهای ورود به مطالعه: سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۴۵ سال، قابلیت پاسخگویی به سؤالات از نظر روانی یا جسمی، تمایل به شرکت در پژوهش، تابعیت ایرانی و متأهل بودن و معیار خروج از مطالعه نیز عدم اشتغال و تحصیل در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ی دوقسمتی شامل: قسمت اول پرسشنامه سؤالات مربوط به مشخصات فردی-اجتماعی و سابقه بیماری و بارداری و زایمان‌های قبلی مادر (سن، تحصیلات، شغل، تعداد زایمان، تعداد حاملگی، درآمد خانوار، سن بارداری، تعداد فرزند زنده، سابقه بیماری داخلی و جراحی) و قسمت دوم ابزار فرم کوتاه پرسشنامه سواد سلامت عملکردی (S-TOFHLA)<sup>۱</sup> بود که شامل دو بخش محاسباتی و درک خواندن می‌باشد. در بخش درک خواندن ۳۶ سؤال (هرکدام با وزن اختصاص یافته ۲) و در بخش محاسباتی ۴ سؤال (هرکدام با وزن اختصاص یافته ۷) وجود داشت که مجموع نمرات فرم کوتاه پرسشنامه سواد سلامت عملکردی معادل ۱۰۰ بود. نقاط برش طبق مطالعه کوشیار و همکاران تعیین شد و سواد سلامت عملکردی ۰ تا ۵۳ سواد ناکافی، ۵۴ تا ۶۶ سواد مرزی و ۶۷ تا ۱۰۰ سواد کافی تلقی گردید (۱۳). TOFHLA (سواد سلامت عملکردی) ابزاری پایا و روا می‌باشد که Parker<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۵ را طراحی و معرفی کردند (۵) و تهرانی و همکاران روایی و پایایی آن را برای جامعه ایرانی نیز تأیید کردند (۱۵) و ما نیز پایایی این ابزار را با آزمون آلفای کرونباخ برای بخش درک خواندن ۰/۷۲ و برای بخش محاسبات ۰/۷۸ به دست آوردیم. داده‌ها را با استفاده از کاغذ و قلم و روش تکمیل پرسشنامه توسط مادران باردار به دست آوردیم. به این صورت که پژوهشگر در مراکز از قبل مشخص شده

<sup>2</sup> Parker

<sup>1</sup> Short form-Test of functional health literacy in adults

درآمد کم‌تر از حد کفاف زندگی بودند (۸۳/۶ درصد) بودند. جدول (۱) مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش را نشان می‌دهد. میانگین سن حاملگی  $7/65 \pm 21/9$  هفته بود، میانگین نمره سطح سواد نمونه‌ها  $66/04 \pm 15/75$  با حداقل نمره ۱۴ و حداکثر نمره ۱۰۰ بود و ۲۴ درصد نمونه‌ها دارای سطح سواد عملکردی ناکافی، ۲۵ درصد سطح سواد مرزی و ۵۱ درصد سطح سواد کافی داشتند  $33/3$  درصد حاملگی سوم و بالاتر را داشتند،  $41/8$  درصد سابقه زایمان نداشتند و  $33/8$  درصد سابقه یک زایمان و  $24/4$  درصد سابقه ۲ زایمان و بیشتر داشتند، ۲۱ درصد سابقه سقط و  $4/1$  درصد سابقه زایمان زودرس داشتند. بر اساس آزمون کای دو تفاوت آماری معنی‌داری بین سطح سواد عملکردی واحدهای پژوهش و سطح تحصیلات و شغل و درآمد وجود داشت ( $p < 0/05$ ) اما تفاوت آماری معنی‌داری بین سطح سواد عملکردی و تعداد بارداری، سابقه سقط و سابقه بیماری داخلی-جراحی یافت نشد ( $p > 0/05$ ) (جدول شماره ۲).

حاضر می‌شد و پس از معرفی خود به مادران باردار و توضیح اهداف طرح و کسب رضایت آگاهانه از مادران و دادن اطمینان به آن‌ها که پرسشنامه بی‌نام بوده و اطلاعات شخصی آنان محرمانه خواهد بود، پرسشنامه را به مادران ارائه و سپس اقدام به جمع‌آوری پرسشنامه‌ها می‌کرد. لازم به ذکر است طرح حاضر با کد [IR.UMSU.REC.1394.53] در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد موافقت قرار گرفته است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۷ نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (آزمون کای دو) انجام شد. سطح معنی‌داری کم‌تر از  $0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در مجموع ۴۰۰ مادر باردار در این مطالعه شرکت کردند، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه  $27/3 \pm 5/99$  با حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال بود. اکثریت شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات راهنمایی (۴۲/۳ درصد)، خانه‌دار (۸۴ درصد) و دارای

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی ارومیه در سال ۱۳۹۴

متغیر	انحراف معیار $\pm$ میانگین	فراوانی (درصد)
سن	$27/3 \pm 5/99$	-----
تحصیلات	ابتدایی	۱۲۶ (۳۱/۵)
	راهنمایی	۱۶۹ (۴۲/۳)
	دبیرستان	۱۰۰ (۲۵)
	دانشگاهی	۵ (۱/۳)
شغل	خانه‌دار	۳۳۶ (۸۴)
	شاغل	۶۴ (۱۶)
درآمد	کم‌تر از کفاف زندگی (ریال ۱۵۰۰۰۰۰۰)	۳۴۵ (۸۶/۳)
	در حد کفاف زندگی (ریال ۱۵۰۰۰۰۰۰-۳۰۰۰۰۰۰۰)	۴۴ (۱۱)
	بیشتر از حد کفاف زندگی (بیشتر از ۳۰۰۰۰۰۰۰ ریال)	۱۱ (۲/۷)

جدول (۲): وضعیت سطوح مختلف سواد عملکردی واحدهای پژوهش برحسب متغیرهای فردی و مامایی

متغیر	ابعاد	سطح سواد عملکردی		
		کافی	مرزی	ناکافی
معنی‌داری	سطح	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
$p < 0/001$	ابتدایی	۳۲ (۲۵/۴)	۳۱ (۲۴/۶)	۶۳ (۵۰)
	راهنمایی	۱۷ (۱۰/۱)	۳۹ (۲۳/۱)	۱۱۳ (۶۶/۹)
	دبیرستان	۶ (۶)	۸ (۸)	۸۶ (۸۶)
	دانشگاهی	۰	۰	۵ (۱۰۰)
$p = 0/01$	خانه‌دار	۴۲ (۱۲/۵)	۷۳ (۲۱/۷)	۲۲۱ (۶۵/۸)
	شاغل	۱۳ (۲۰/۳)	۵ (۷/۸)	۴۶ (۷۱/۹)

			کمتر از کفاف زندگی (۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال)	۱۵۰۰۰۰۰۰	
			در حد کفاف زندگی (۳۰۰۰۰۰۰۰ ریال)	۱۵۰۰۰۰۰۰-	
			بیشتر از کفاف زندگی (بیشتر از ۳۰۰۰۰۰۰۰ ریال)	.	
				۱	
				۲	
				۳ و بالاتر	
				دارد	
				ندارد	
				دارد	
				ندارد	

### بحث و نتیجه‌گیری

سال می‌باشد درحالی‌که مطالعات متناقض ذکر شده میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۶۷ سال بوده است. و می‌دانیم که پژوهش‌هایی وجود دارند که به رابطه منفی سن و سواد سلامت افراد اشاره می‌کنند (۲۲، ۲۳)، مطالعه قنبری و همکاران رابطه معنی‌داری را میان سن و سطح سواد سلامت افراد نشان داد، به طوری که در افراد بالای ۳۰ سال، با افزایش سن، سواد سلامت ناکافی به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۱۸)، هرچند ما در مطالعه خود مانند مطالعه مک لافلین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۴) رابطه‌هایی را بین سن مادران باردار و سطح سواد سلامت آنان پیدا نکردیم، اما علت این امر می‌تواند محدود بودن دامنه سنی افراد مورد مطالعه از ۱۸ تا ۴۵ سال باشد. با افزایش سن، کاستی‌هایی در سواد افراد، در نتیجه کاهش شناخت عملکردی، فاصله گرفتن از سال‌های تحصیل رسمی و کاهش توانایی‌های حسی به وجود می‌آید (۲۵). همچنین ما در مطالعه خود رابطه معنی‌داری بین تعداد حاملگی، تعداد سقط‌جنین و بیماری‌های داخلی و جراحی قبلی مادران پیدا نکردیم، متناقض با نتایج مطالعه ما، مطالعه خرازی و همکاران (۲۶) و مطالعه امیر اسماعیلی و همکاران (۲۷)، رابطه معنی‌داری میان تعداد حاملگی و تعداد سقط‌جنین مادران نشان داد، علاوه بر بررسی‌هایی که در مشخصات مامایی افراد مورد مطالعه انجام دادیم، بررسی‌هایی را در مشخصات جمعیت شناختی مادران انجام دادیم، در ادامه به تحلیل آن‌ها خواهیم پرداخت.

با تغییر وضعیت از خانه‌دار به شاغل در مادران باردار، سواد سلامت افزایش می‌یابد (۱۸)، نتایج مطالعه ما نیز نشان داد رابطه معنی‌داری میان شغل مادران و سواد سلامت آنان وجود دارد و مادران شاغل سواد سلامت بالاتری دارند. همچنین ما نتیجه گرفتیم که با افزایش درآمد خانوار، سواد سلامت مادران باردار افزایش

دولت‌ها در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های خود نیازمند داشتن اطلاعات معتبر و دقیق از وضعیت پیچیده سلامت هستند، نحوه ارائه خدمات سلامت و میزان بهره‌گیری از خدمات ارائه شده از مقوله‌های مهم وضعیت سلامت جامعه است. یکی از راه‌های رسیدن به چنین اطلاعات معتبری بررسی میزان استفاده از اطلاعات سلامت در سطح جامعه است که رابطه تنگاتنگی با سواد سلامت دارد (۱۶). سواد سلامت مادران عامل تعیین‌کننده مهمی در بهره‌گیری از مراقبت‌های دوران بارداری و سلامت مادر و کودک می‌باشد (۱۷). ما مطالعه حاضر را جهت تعیین سطح سواد سلامت عملکردی مادران باردار شهر ارومیه انجام دادیم که اکثریت مادران سواد سلامت کافی داشتند (۵۱ درصد)، در بررسی متون، قنبری و همکاران (۱۸) سواد سلامت عملکردی مادران باردار را سال ۱۳۹۰ سنجیده بودند، که سواد سلامت اکثریت مادران در مطالعه ایشان نیز کافی بود (۴۵/۴ درصد). همچنین مطالعه نکویی مقدم و همکاران (۱۹) و مطالعه خسروی و همکاران (۲۰) نشان داد در بررسی سواد سلامت با پرسشنامه استاندارد سواد عملکردی بزرگسالان، در شهرهای کرمان و شیراز اکثریت بزرگسالان این شهرها دارای سواد سلامت کافی هستند، که این مورد نیز با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. چنین به نظر می‌رسد که، عامل تناقض نتایج مطالعه ما با مطالعه کوشیار و همکاران (۱۳) و مطالعه رئیسی و همکاران (۲۱)، که در بین سالمندان شهرهای مشهد و اصفهان انجام شد، و اکثریت افراد مورد مطالعه دارای سواد سلامت ناکافی بودند (بالای ۷۰ درصد)، سن بالای ۶۰ سال نمونه‌های پژوهش باشد. زیرا همچنان که ذکر شد محدوده سنی مادران مورد مطالعه در بررسی حاضر حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۴۵ سال، با میانگین ۲۷

<sup>1</sup> Mclaghlin

تحصیلات مادر نقش مهمی در ارتقا سواد سلامت دارد. لذا لازم است در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری‌های کلان اقتصادی \_ اجتماعی و بهداشتی این نکته مدنظر قرار بگیرد، باشد که شاهد ارتقا سواد سلامت بیش‌ازپیش همه مادران، اعم از مادران ساکن شهر و مناطق روستایی، در هر سطح از درآمد اقتصادی و تمام طبقات جامعه باشیم.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش این می‌باشد که انجام طرح تحقیقاتی محدود به مناطق شهری بود، لذا توصیه می‌شود مطالعات مشابه در مناطق روستایی انجام شود تا میزان سطح سواد سلامت مادران باردار سنجیده شود تا از پیامدهای گران بار ناشی از کاهش سطح سواد سلامت پیشگیری به عمل آید، همچنین محقق درک کرده است استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه سواد عملکردی بزرگ‌سالان، محدودیت دیگر پژوهش وی بوده است. لازم به ذکر است، قائل شدن مدت‌زمان ۱۵ دقیقه برای پاسخگویی مادران به پرسشنامه سواد سلامت عملکردی به‌جای ۱۲ دقیقه شاید محدودیت قابل‌ذکر دیگر مطالعه باشد. لذا محقق برای مطالعات بعدی توصیه، به انجام پژوهش در مناطق روستایی، با ابزار کامل سواد سلامت عملکردی و با رعایت دقیق زمان پاسخگویی، می‌نماید.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کلیه کسانی که در این طرح یاری‌گر تیم محققین بودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### References:

1. Kanj M, Mitic W. Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment-Conference Working Document. World Health Organization; 2009.
2. Services H. Healthy people 2010: Understanding and improving health. Bernan Assoc; 2000.
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12): 2072-8.
4. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care

می‌یابد، که همسو با این نتیجه‌تهرانی و همکاران (۱۵) اعلام کردند که با افزایش سطح اقتصادی افراد میزان خام سواد سلامت آنان افزایش می‌یابد. تحقیقی نشان داده است که سطوح بالای سواد سلامت با درآمد بالا و تعداد سال‌های تحصیلات رسمی مرتبط است (۲۸)، لی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۹)، در مطالعه خود نتیجه گرفتند که مادران با سطح تحصیلات بالا، سواد سلامت بالاتری داشتند، همسو با این نتیجه، ما نیز رابطه مثبت و معنی‌داری مابین تحصیلات مادر و سطح سواد سلامت وی به دست آوردیم. افراد با سطح سواد سلامت بالاتری دارند و اطلاعات و آگاهی‌های بهداشتی را بهتر درک می‌کنند (۹). سواد سلامت مادران، مهارتی برای تشخیص علائم خطر دوران بارداری و اتخاذ سبک زندگی سالم است (۲۶)، بنابراین باید سطح سواد مادران باردار افزایش یابد تا آن‌ها بتوانند در موارد خطر در دوران بارداری توانایی به‌کارگیری درست اطلاعات را داشته باشند (۴). هدف اصلی پیشبرد سواد سلامت بهبود پیامدهای سلامتی، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و دستیابی به عدالت در سلامت است (۲۷). و در مواردی که مادران باردار سطح سواد سلامت پایینی برخوردار هستند باید کارکنان بهداشتی توصیه‌های بهداشتی را با توضیحات بیشتری بیان کنند، با توجه به ارتباط سطح تحصیلات با سطح سواد عملکردی توصیه می‌شود سوادآموزی به‌ویژه در مناطق محروم بیشتر موردتوجه قرار بگیرد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که سطح سواد عملکردی اکثریت مادران باردار تحت مطالعه حاضر کافی می‌باشد. اما با توجه به میزان تأثیر سطح سواد سلامت مادران بر سلامت کودک و خانواده، و اینکه طبق نتایج مطالعه حاضر درآمد خانوار و شغل و

- and pregnancy outcome. Iran J Nurs Midwifery Res 2007; 12(4): 146-52. (Persian)
5. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. J Gen Int Med 1995;10(10): 537-41.
  6. Pignone MP, DeWalt DA. Literacy and health outcomes: is adherence the missing link?. J Gen Int Med 2006;21(8): 896-7.
  7. Kaufman DR, Mirkovic J, Chan C. eHealth Literacy as a Mediator of Health Behaviors. In: Cognitive Informatics in Health and Biomedicine. Springer International Publishing; 2017. P. 271-97.

<sup>2</sup> Lee

8. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002;288(4): 475-82.
9. Jordan JE, Buchbinder R, Briggs AM, Elsworth GR, Busija L, Batterham R, Osborne RH. The Health Literacy Management Scale (HeLMS): A measure of an individual's capacity to seek, understand and use health information within the healthcare setting. *PEC* 2013;91(2): 228-35.
10. Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, Mehrabi Y. Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *PLOS ONE* 2016;11(2): 1-12.
11. Ferguson B. Health literacy and health disparities: the role they play in maternal and child health. *Nurs Womens Health* 2008;12(4):286-98.
12. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promo Int* 2001;16(4): 381-8.
13. kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. J Mazand Univ Med Sci 2014;23(1): 134-43. (Persian)
14. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Saberi anari S, Sadeghi A, Saber M, Taheri G, et al. Study of health literacy level of women referring to health centers. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013;5(2): 1071-9. (Persian)
15. Tehrani Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, Barghamdi M, Parsinia S, Fathi Ranjbar S. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education* 2007;4(1): 1-9.
16. Naghavi M, Jamshidi H. Benefit from health services, 2003, the Islamic Republic of Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2004. (Persian)
17. Arozullah AM, Lee SY, Khan T, Kurup S, Ryan J, Bonner M, Soltysik R, Yarnold PR. The roles of low literacy and social support in predicting the preventability of hospital admission. *J Gen Int Med* 2006;21(2): 140-5.
18. Ghanbari S, Majlessi F, Ghaffari M, Mahmoodi Majdabadi M. Evaluation of health literacy of pregnant women in urban health centers of Shahid Beheshti Medical University. *Daneshvar* 2012;19(97): 1006-112 (Persian)
19. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili MR, Baneshi MR. Baneshi MR Baneshi MR. Health Literacy and Utilization of health Services in Kermanurban Area. *Tolo e Behdasht* 2011;11(4): 123-35. (Persian)
20. Khosravi A, Ahmadzadeh K, Arastoopoor S, Tahmasbi R. Health literacy levels of diabetic patients referred to Shiraz health centers and its effective factors. *Health Info Manag* 2015;12(2): 139-151. (Persian)
21. Reisi M, Javazade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *J Educ Health Promot* 2014;3(2): 119-28.
22. Carthery-Goulart MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SM, Damin A, et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. *Sci ELO Public Health* 2009;43(4): 631-8.
23. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J public Health* 2009;31(4): 490-5.
24. McLaughlin RA. Associations among health literacy levels and health outcomes in pregnant women with pregestational and gestational diabetes in an urban setting. (Dissertation). Tennessee: Tennessee University; 2009.

25. Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician* 2005;72(3): 463-8.
26. Kharazi S, Peyman N, Esmaily H. Association between maternal health literacy level with pregnancy care and its outcomes. *IJOGI* 2017;19(37): 40-50. (Persian)
27. Amiresmaili M, Nekoei Moghadam M, Saberi anari S, Sadeghi A, Saber M, Taheri G, et al. Study of health literacy level of women referring to health centers. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013;5(2): 1071-79. (Persian)
28. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Commun Health* 2007;61(12): 1086-90.
29. Lee JY. Maternal health literacy among low-income mothers with infants. (Dissertation). Texas: Texas University;2016.

## FUNCTIONAL HEALTH LITERACY IN PREGNANT WOMEN IN HEALTH CENTERS OF URMIA CITY- 2015

Rahim Baghaei<sup>1</sup>, Maraym Najarzadeh<sup>2</sup>, Marzieh Saei<sup>3</sup>, Nasrin Mohamadi<sup>4</sup>

Received: 28 Apr, 2017; Accepted: 23 June, 2017

### Abstract

**Background & Aims:** Mothers' health literacy is a key and important factor in ensuring prenatal cares, prenatal health, and the successful outcomes of this period. This study was aimed to determine the level of Functional Health Literacy in pregnant women in health centers of Urmia city.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study done on 400 pregnant women referred to health centers, which had the inclusion criteria. Data Collection tool includes two-parts; first part of questionnaire, questions about demographic characteristics and second part was Functional Health Literacy Inventory short form( S-TOFHLLA). We used the software SPSS (version 17) and descriptive statistical analysis was performed. Significant level was considered less than 0.05.

**Results:** The mean age of participants in the study,  $27.3 \pm 5.99$  years. The majority of participants are primary school (42.3%), housewives (84%) and Underpaid daily life (83.6%). The mean gestational age was  $21.9 \pm 7.65$  weeks and 24% had inadequate levels of literacy, 25% border literacy and 51% adequate literacy.

**Conclusion:** The results indicate that the level of functional literacy of most mothers in this study is sufficient. However, considering the effect of mothers' health literacy on the health of the child and the family, and according to the results of this study, the income of the household and the mother's occupation and education plays an important role in promoting health literacy, So, in order to promote the health literacy of all pregnant women; macroeconomic, social and health policies should be taken. And then we can see an improvement in the health literacy of all mothers, including mothers living in the city and rural areas, at every level of economic income and all sections of society.

**Keywords:** health literacy, literacy, pregnant women, health

**Address:** Urmia Nursing and Midwifery Faculty, Urmia

**Tel:** (+98)4432754961

**Email:** Maryam.najjarzadeh@gmail.com

<sup>1</sup> Associate Professor of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Clinical Instructor of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Ph.D. student of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Master of Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran