



The Effect of Small-Group Teaching on Health Literacy in Pregnant Females with Nausea and Vomiting: A Clinical Trial

Zahra Kamali ¹, Zahra Abedian ^{2,*}, Aalaa Saber-Mohammad ³, Zahra Mohebbi-Dehnavi ⁴

¹ MSc, Student Research Committee, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Lecturer, Evidence-Based Care Research Center, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

³ MSc, Student Research Committee, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran

* **Corresponding author:** Zahra Abedian, Instructor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: kamalishahla6@gmail.com

Received: 22 Feb 2017

Accepted: 03 Feb 2018

Abstract

Introduction: Health literacy includes a group of skills, including reading, listening, and analysis, and the ability to use these skills in the health situations. Females have been identified as the initial population for emphasis on increase of health literacy. This study was applied with the objective of determining "the effect of small-group teaching on health literacy in pregnant females with nausea and vomiting: a clinical trial".

Methods: This clinical trial was conducted on 59 Pregnant females with nausea and vomiting, who were referred to obstetrics ward of health and treatment centers in Neishabour county. The females were selected randomly in 2 intervention and control groups. In the intervention group, an intervention by the researcher was performed on a 5- to 12-member group of females in 8 training sessions of 30 to 45 minutes. The control group received routine care. The study instruments were questionnaires of STOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults) and modified-PUGE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea). Data analysis was done with the independent t test, Wilcoxon, chi-square, and Mann-Whitney.

Results: Research units had no statistically significant differences in personal data at the beginning of the study ($P > 0.05$). After intervention, in the intervention and control groups, the mean change score of health literacy had statistically significant differences ($P < 0.001$). Before and after the intervention in the intervention group, score of health literacy had a statistically significant difference ($P < 0.001$).

Conclusions: Promoting health literacy using small group training is recommended in pregnant females with nausea and vomiting at health care centers.

Keywords: Training, Health Literacy, Nausea and Vomiting of Pregnancy



بررسی تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه‌های کوچک بر سواد سلامت زنان با حالت تهوع و استفراغ بارداری: یک مطالعه کار آزمایی بالینی

زهره کمالی^۱، زهرا عابدیان^{۲*}، آلا صابر محمد^۳، زهرا محبی دهنوی^۴

^۱ کارشناس ارشد، گروه مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ مربی، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ کارشناس ارشد، گروه مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۴ مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: زهره عابدیان، مربی، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: kamalishahla6@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۰۴

چکیده

مقدمه: سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه تحلیل و توانایی بکارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است. زنان به عنوان جمعیت اولیه بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده‌اند. این مطالعه باهدف "تعیین تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه‌های کوچک بر سواد سلامت زنان با حالت تهوع و استفراغ بارداری" انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه کار آزمایی بالینی بر روی ۵۹ نفر از زنان باردار با حالت تهوع و استفراغ بارداری و مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی، در سطح شهرستان نیشابور، انجام شد. افراد به شیوه نمونه گیری آسان انتخاب و با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم می‌شدند. در گروه مداخله، مداخله آموزشی در طی ۸ جلسه ۳۰-۴۵ دقیقه‌ای در قالب گروه‌های کوچک ۱۲-۵ نفره، توسط پژوهشگر انجام گرفت. در گروه کنترل مراقبت معمول انجام می‌شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه کوتاه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان و پرسشنامه تعدیل شده کمی ویژه تهوع و استفراغ بارداری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل، ویلکاکسون، کای اسکور و من ویتنی انجام شد.

یافته‌ها: واحدهای پژوهش از نظر مشخصات فردی در ابتدای مطالعه اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($P > 0/05$). بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل، میانگین تغییر نمره سواد سلامت اختلاف آماری معنی داری داشت ($P = 0/001$). قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله، میانگین نمره سواد سلامت اختلاف آماری معنی داری داشت ($P = 0/001$).

نتیجه گیری: استفاده از آموزش با تکنیک گروه‌های کوچک در برنامه‌های آموزشی بیماران با تهوع و استفراغ بارداری، توسط مراکز بهداشتی و درمانی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش، سواد سلامت، تهوع و استفراغ بارداری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

موارد خفیف می‌باشد (۲). حتی در موارد خفیف آن نیز، متعاقب عدم مصرف مواد غذایی به اندازه کافی توسط مادر، موجب سوء تغذیه، کم آبی، اختلالات الکترولیتی، خستگی و ضعف، می‌شود (۳). همچنین در

تهوع و استفراغ یکی از عوارض شایع دوران بارداری است که در ۸۰ درصد تمام بارداری‌ها دیده می‌شود (۱). تهوع و استفراغ بارداری شامل طیف وسیعی از اختلالات خفیف تا شدید گوارشی است که در اکثر

به عنوان یک مسأله و بحث جهانی در قرن ۲۱ معرفی شده است؛ بر این اساس، سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامت را به صورت مهارت‌های شناختی و اجتماعی معرفی نمود که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد برای دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات می‌باشد؛ به گونه‌ای که منجر به حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شود (۱۸).

بررسی‌های مختلفی در حیطه سواد سلامت انجام گرفته است. در این بررسی‌ها سواد سلامت در بیشتر کشورهای مختلف جهان، ناکافی گزارش شده‌اند. یک بررسی سیستماتیک توسط Orlow و همکارانش (۲۰۱۴)، نشان داد که ۲۶ درصد از افراد دارای سواد سلامت پایین و ۲۰ درصد سطح سواد سلامت مرزی، داشتند (۱۹). در ایران نیز، بر اساس مطالعه‌ای که در پنج استان انجام گرفت، ۲۸/۱ درصد شرکت کنندگان سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد سواد سلامت مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی، داشتند (۲۰). در کشورهای توسعه یافته مانند ایالات متحده نیز قریب به ۹۰ میلیون نفر، سواد سلامت محدودی داشته که سالانه معادل ۶۹ میلیون دلار هزینه بر اقتصاد نظام سلامت تحمیل می‌نماید (۱۳). سواد سلامت، عنصری مهم در توانایی یک زن برای درگیر شدن با فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری برای خود و کودکانشان محسوب می‌شود. بدون درک کافی از اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی، برای یک زن، مشکل یا غیر ممکن خواهد بود که تصمیم‌گیری‌های آگاهانه منجر به پیامدهای مطلوب سلامت، برای خود و خانواده اش داشته باشد (۲۱). سواد سلامت مادران به دو دلیل نگرانی مهمی است: اول اینکه بارداری ممکن است اولین مواجهه یک زن با سیستم بهداشتی- درمانی باشد؛ حرکت در این سیستم پیچیده برای اولین بار، حتی با مهارت‌های سواد کافی می‌تواند کاری ترسناک باشد؛ دومین دلیل، آن است که وضعیت سلامت یک زن و درک وی از اطلاعات سلامت، قبل از بارداری، حین بارداری و در طول سالهای رشد و تکامل، به طور مستقیم بر کودک تأثیر می‌گذارد. از آنجا که آموزش زنان برای ارتقای سلامت کودکان و خانواده‌هایشان اهمیتی حیاتی دارد، زنان به عنوان جمعیت اولیه برای تاکید بر افزایش سواد سلامت شناسایی شده‌اند (۲۲). عقیده بر این است که آموزش می‌تواند در تغییر رفتار بهداشتی، شناخت و درک بیماران مؤثر واقع شود (۱۳).

آموزش در گروه‌های کوچک، یک ابزار قدرتمند برای کمک به بیماران در تصحیح رفتارها و ارتقاء توانایی، دانش و آگاهی آنها برای عملکرد صحیح می‌باشد (۲۳). استراتژی یاددهی در گروه کوچک به دو دلیل اجتماعی و آموزشی در حوزه آموزش سلامت مورد تأکید است و به علت ویژگی‌های مثبت آموزش با استفاده از گروه‌های کوچک مانند مشارکت فعال، تماس رو دررو و فعالیت هدف دار، این روش برای انجام مداخله مطالعه انتخاب گردید (۱۳). در مطالعه دکتر طل و همکاران (سال ۱۳۹۱)، نیز آموزش در گروه مداخله با استراتژی گروه‌های کوچک سواد سلامت بیماران دیابتی را ارتقا داده بود (۱۳). در مطالعه ممی یانلو (۱۳۹۳)، نیز آموزش به روش بحث در گروه‌های کوچک به طور معناداری باعث ارتقاء میزان سواد بهداشتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گردید (۲۴). از پیامدهای مثبت ارتقاء سواد سلامت جامعه، می‌توان به بهره‌گیری مناسب از خدمات بهداشتی، اشاره نمود. چنان که افرادی که دارای سواد سلامت بالایی هستند، با مراکز خدمات بهداشتی همکاری بهتری برقرار می‌کنند و دستورات بهداشتی را به خوبی گوش می‌دهند و نیز اجرا می‌کنند (۱۱). با توجه به اینکه، سواد سلامت، اهمیت بسیاری در درک مخاطرات قبل از

تهوع و استفراغ بارداری، علاوه بر اثرات جسمی آن، توجه به جنبه‌های روانی اجتماعی بیمار نیز، حائز اهمیت است. تهوع و استفراغ بارداری، زندگی اجتماعی، فامیلی، سلامت روانی و جسمی، شغل و مسائل اقتصادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به علاوه افسردگی و اضطراب متعاقب آن، می‌تواند درمان بیماری را مشکل‌تر کند. بیش از ۲۵ درصد از بیماران مجبور به تغییر فعالیت‌های عادی روزانه خود می‌شوند (۴). در یک مطالعه، زنان دچار تهوع و استفراغ ابراز داشتند که این علائم تأثیر قابل توجهی در کار، وظایف خانه و وظایف مادری آنها داشته است (۵). زمانی که تهوع و استفراغ شدت پیدا کند، زنان حامله ممکن است کاهش سطح عملکرد اجتماعی، عاطفی و محدودیت فیزیکی را تجربه نمایند و این خود، منجر به افزایش این احساس شود که دیگر زنده نخواهند ماند (۶، ۷). البته در مواردی از تهوع و استفراغ شدید بارداری نیز، که تشخیص داده نشده، یا کاملاً درمان نشوند، مرگ و میر مادر و جنین افزایش می‌یابد (۸). هر چند تهوع و استفراغ، عارضه شایع بارداری است و در اغلب موارد خود به خود خوب می‌شود؛ ولی به علت مشکلات فراوانی که پیش از این ذکر شد، از دیر باز مورد توجه دانشمندان بوده است و تحقیقات مختلفی در زمینه شناسایی عوامل مرتبط، کشف علت و راه‌های درمانی آن انجام شده است (۹). از طرفی تأثیر تهوع و استفراغ بارداری بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان باردار، لزوم یافتن روش‌های درمانی مطمئن و آسان را می‌طلبد. نامشخص بودن علت اصلی تهوع و استفراغ در بارداری، یافتن روش درمانی مشخص را با مشکل رو به رو کرده است. اکثر روش‌های درمانی حمایتی می‌باشند. درمانی‌های دارویی نیز با عوارض جانبی همراه هستند و به ندرت می‌توانند چنان موفقیت آمیز باشند که باعث رهایی مادر از علایم گردد (۱۰). طبق نتایج مطالعات، افراد با سواد سلامت ناکافی با وضعیت سلامت در حد ضعیفتر، استفاده نامناسب از داروها، عدم پیروی از دستورات پزشک و ارتباط بدتر با پزشکان، دانش بهداشتی کمتر، مشارکت کمتر در تصمیم‌گیری در خصوص درمان و بیان کمتر نگرانی‌های سلامت، همراه است (۱۱). البته درک اطلاعات جدید بهداشتی نیازمند مهارت بالایی در خواندن، محاسبات و مهارت تصمیم‌گیری می‌باشد (۱۲). از طرفی تجربیات جهانی گویای این مطلب است که عواملی مثل (توسعه اقتصادی، ارتقاء سطح آموزش و سواد)، تأثیر مثبتی بر سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه خواهد داشت (۱۳) که انتظار می‌رود افراد برای استفاده از این گونه اطلاعات، نیازمند دارا بودن سطح بالایی از سواد سلامت باشند (۱۴). بطوری که در مطالعه Rasheed و همکاران (۲۰۰۳)، زنانی که سواد سلامت پایین‌تری داشتند، به علت آگاهی کمتر نسبت به تغییرات رژیم تغذیه‌ای در اوایل بارداری، تهوع و استفراغ بارداری در آنان، بالاتر گزارش شد که توصیه به اجرای برنامه و استراتژی‌هایی برای بالا بردن سطح سواد سلامت و به دنبال آن، کاهش تهوع و استفراغ بارداری، شده بود (۱۵). نتایج مطالعه کمالی و همکاران نیز (۱۳۹۶)، نشان داد ارتباط معنی داری بین نمره سواد سلامت با نمره شدت تهوع و استفراغ بارداری، وجود دارد؛ به طوری که زنان با سواد سلامت پایین‌تر، بیشتر مبتلا به تهوع استفراغ بارداری، شده بودند (۱۶). سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری و توانایی بکارگیری این مهارت‌ها در موقعیت‌های سلامتی است که لزوماً به سالهای تحصیل بر نمی‌گردد (۱۷). هم اکنون سواد سلامت

تهوع و استفراغ تا نمره شش تهوع و استفراغ خفیف، نمره ۱۲-۷ متوسط و نمره ≤ ۱۳ تهوع و استفراغ شدید، می‌باشد. روایی پرسشنامه تعدیل شده کمی ویژه تهوع و استفراغ در بارداری توسط Lacasse و همکاران (۲۰۰۸)، با پرسشنامه کمی ویژه تهوع و استفراغ در بارداری به روش روایی معیار تعیین شده و با ضریب همبستگی ($r = ۰/۷۱$) مورد تأیید قرار گرفته است (۲۸) و جهت پایایی آن در مطالعه عباس زاده و همکاران از روش هم ارز استفاده شد که ضریب پایایی ($r = ۰/۹۵$ و $r = ۰/۹۲$) به دست آمد (۲۹). در مطالعه حاضر نیز برای تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوی و پایایی ابزار به روش آلفا کرونباخ با $\alpha = ۰/۷۳$ مورد تأیید قرار گرفت. پرسشنامه کوتاه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان از رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در زمینه اندازه‌گیری سواد سلامت است. فرم خلاصه شده این پرسشنامه به دلیل کمتر بودن زمان تکمیل آن (۷ دقیقه در مقابل ۲۲ دقیقه)، کاربردی‌تر به نظر می‌رسد (۳۰) و دارای یک بخش خواندن با ۳۶ سؤال است. طهرانی و همکاران، روایی و پایایی این آزمون را برای جامعه ایرانی تأیید کرده‌اند (۳۱). در پژوهش حاضر نیز با روش آلفای کرونباخ، پایایی آن $\alpha = ۰/۷۶$ بدست آمد. سپس بصورت خوشه‌ای مراکز بهداشتی مورد مطالعه انتخاب شدند. بدین صورت که در ابتدا لیست تمام مراکز بهداشتی شهرستان نیشابور، تهیه شد. سپس سه منطقه با موقعیت جغرافیایی مختلف در سطح شهرستان انتخاب گردید که هر منطقه، خود شامل چندین مرکز بود. آنگاه اسم مراکز هر منطقه، بصورت جداگانه در برگه‌ای نوشته و داخل پاکت، انداخته شد. سپس بصورت تصادفی هر برگه‌ای که از پاکت، خارج می‌شد؛ مرکز مورد نظر، در آن منطقه انتخاب می‌گردید. سپس مادران بارداری که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به شیوه نمونه‌گیری آسان انتخاب و با تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل در سه روز اول هفته یا سه روز دوم هفته تقسیم شدند. برای این منظور، در ابتدا عبارت سه روز اول و سه روز دوم بر روی کاغذ نوشته و داخل کیسه نایلونی گذاشته شد. اگر پس از انداختن سکه شیرمی آمد گروه مداخله در ۳ روزی که بار اول از نایلون خارج شد، قرار گرفت و اگر پس از انداختن سکه خط آمد، گروه کنترل در ۳ روزی که بار اول خارج شد قرار داده شد. چون نمونه‌گیری از ۳ مرکز متفاوت بود، در ابتدا افراد گروه مداخله و کنترل از مراکز مختلف بدین روش انتخاب و سپس از افراد گروه مداخله دعوت شد که در روزی مشخصی در مرکز بهداشت ۷ حضور بهم رسانند. البته روز جلسه آموزشی بصورت تلفنی یادآوری شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌های سواد سلامت و پرسشنامه تعدیل شده کمی ویژه تهوع و استفراغ بارداری توسط دو گروه کنترل و مداخله تکمیل گردید. سپس آموزش در گروه مداخله، در قالب گروه‌های کوچک ۱۲-۵ نفره، هفته‌ای دو بار به مدت چهار هفته و هر بار ۴۵ الی ۳۰ دقیقه توسط پژوهشگر انجام شد. آموزش به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ بود؛ که در طی این جلسات تلاش شد، افراد با استفاده از تجارب شخصی یکدیگر در مورد حالت تهوع و استفراغ بارداری، بحث کرده و پژوهشگر، نقش تسهیل‌گر را داشته باشد؛ و مسائل مرتبط و مشکل‌دار در مورد بیماری را آموزش دهد. از مواد آموزشی مانند نمایش اسلاید نیز استفاده گردید. در هر جلسه آموزشی در گروه‌های کوچک، توصیه‌هایی برای بهبود تهوع و استفراغ بارداری ارائه می‌شد. این توصیه‌ها شامل: اصلاح رژیم غذایی و سبک زندگی، روش‌های کاهش خستگی در بارداری و توصیه‌هایی برای بهبود حالات روحی- روانی زن باردار بود. جلسات آموزشی در گروه‌های

تولد، توسط مادران باردار دارد. ادراک مادران از خطر، ممکن است بر اشتیاق آنها برای پیروی از توصیه‌های دوران بارداری تأثیر بگذارد؛ اگر بیماران ناآگاه باقی بمانند یا عوامل مخاطره آمیز شناخته شده طبی را، دست کم بگیرند، نمی‌توان چندان انتظار داشت که بیماران مخاطرات قابل اصلاح را تعدیل، یا از توصیه‌های دوران بارداری پیروی کنند (۲۵). همچنین تأثیر تهوع و استفراغ بارداری، بر روی ابعاد مختلف زندگی مادران باردار و اهمیت سواد سلامت مادران در سلامت خود و کودکانشان (۲۶)، ارتقای سواد سلامت این گروه از زنان باردار ضروری به نظر می‌رسد و علی‌رغم اهمیت روز افزون سواد سلامت در بهبود و ارتقای سلامت جامعه (۲۲)، و ویژگی‌های مثبت آموزش در گروه‌های کوچک، این مطالعه با هدف " تعیین تأثیر برنامه آموزشی در قالب گروه‌های کوچک بر سواد سلامت زنان با حالت تهوع و استفراغ بارداری " انجام گرفت.

روش کار

این یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل ۵۹ زن نخست باردار با حالت تهوع و استفراغ بارداری و مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی اصلی و مهم در سطح شهرستان نیشابور، واقع در ۳ منطقه با شرایط اقتصادی متفاوت در سال ۱۳۹۴ بودند. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها محاسبه شد. به این منظور یک مطالعه بر روی ۲۰ بیمار در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) انجام شد و سپس میانگین و انحراف معیار نمره تهوع و استفراغ بارداری قبل و بعد از مداخله محاسبه و حجم نمونه ۲۸ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب ۱۵ درصد ریزش نمونه، ۳۲ نفر در هر گروه به دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص تهوع و استفراغ بارداری بر اساس پروتکل تهوع و استفراغ در کتابچه "برنامه کشوری مادران ایمن" (۲۷)، داشتن تهوع و استفراغ خفیف یا متوسط بر اساس پرسشنامه تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ کمی در بارداری، سن بارداری بین ۱۲-۶ هفته، نخست‌زا بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت شرکت در مطالعه بود. نمونه‌های پژوهش در صورت داشتن بیماری‌های طبی در بارداری (میگرن، عفونت مجاری ادراری، زخم معده، نارسایی مزمن نظیر اختلالات ریوی، کبدی، کلیوی و قلبی، پرکاری تیروئید، بیماری مجاری صفراوی و دیابت)، داشتن بیماری روانی شناخته شده، قصد خاتمه دادن به بارداری، استفاده از درمان‌های دارویی یا گیاهی ضد تهوع در طی یک هفته گذشته، بارداری به دنبال درمان نازایی، داشتن حادثه شدید و نامطلوب (مرگ عزیزان، مشکل مالی شدید، داشتن قصد طلاق و شکست تحصیلی در طی ۳ ماه گذشته)، داشتن علائم تهدید به سقط، بارداری نابجا و مول، غیبت بیش از دو جلسه و استفاده از دخانیات و مواد مخدر از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل: پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه کوتاه سواد سلامت عملکردی در بزرگسالان (STOFHLA: Short Test Of Functional Health Literacy in Adults modified-) و پرسشنامه تعدیل شده کمی ویژه تهوع و استفراغ بارداری (PUQE: Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) توسط واحدهای پژوهش قبل و بعد از آموزش، تکمیل گردید. پرسشنامه تعدیل شده ویژه تهوع و استفراغ کمی بارداری شامل سه سؤال پنج گزینه‌ای می‌باشد و به صورت ویژه برای سنجش تهوع و استفراغ و آق زدن در طی یک روز از ابتدای بارداری بکار می‌رود. شدت

کوچک طوری برنامه ریزی شده بود که در هر جلسه، قسمتی از هر چهار حیطة به واحدهای پژوهش ارائه شود.

در این مدت گروه کنترل تحت هیچ گونه مداخله‌ای توسط پژوهشگر قرار نگرفتند؛ و در گروه کنترل ارائه خدمات مراقبتی مرسوم در زمینه تهوع و استفراغ بارداری طبق پروتکل کشوری مندرج در کتابچه "برنامه کشوری مادران ایمن، مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران" توسط پژوهشگر انجام می‌شد. این خدمات شامل: توصیه‌هایی جهت کاهش تهوع و استفراغ، مانند حمایت روانی، مصرف مواد جامد به ویژه در ابتدای صبح، کاهش مصرف غذاهای پودار، تند و ادویه دار، داغ و چرب، استفاده از غذاهای ملایم و سرد، استفاده از دم کرده زنجبیل یا بوئیدن زنجبیل و پرهیز از تغییر وضعیت ناگهانی مانند سریع برخاستن از خواب بود (۲۷). ولی طبق اصول اخلاقی بعد از پایان آموزش در گروه مداخله و پرشدن مجدد پرسشنامه‌ها توسط دو گروه، دو جلسه نیز به مادران در گروه کنترل آموزش داده شد. در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی مربوط به پژوهش‌های انسانی شامل: کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه، ارائه معرفی نامه به مراکز آموزشی- درمانی و بهداشتی مربوطه، ارائه توضیحات کافی به واحدهای پژوهش جهت جلب رضایت آگاهانه، گرفتن رضایت نامه کتبی، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در زمینه محرمانه باقیماندن اطلاعات و ارائه آنها به صورت کلی و اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در زمینه خروج از مطالعه در صورت تمایل در هر زمان، رعایت شد. پس از پایان مداخله، هر دو گروه پرسشنامه سواد سلامت، را تکمیل کردند. سپس داده‌های اخذ شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و

مورد تجزیه و تحلیل و آنالیز آماری قرار گرفت. جهت مقایسه دو متغیر کیفی از آزمون کای دو، برای مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مستقل از آزمون تی مستقل، برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی با توزیع غیر نرمال در دو گروه وابسته (قبل و بعد از مداخله) از آزمون ویلکاکسون و برای مقایسه متغیر کمی با توزیع غیر نرمال یا متغیر کیفی رتبه‌ای در دو گروه مستقل از آزمون من ویتنی استفاده شد. سطح معنی داری در این مطالعه ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

واحدهای پژوهش از نظر مشخصات فردی نظیر سن مادر، شغل مادر، تحصیلات مادر، شاخص توده بدنی، درآمد خانواده، وضعیت مسکن، سن بارداری و نمره تهوع در ابتدای مطالعه اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($P > 0.05$). (جدول ۱ و ۲).

در ابتدا با استفاده از آزمون کلواموگراف اسمیرنوف، توزیع داده‌ها غیر نرمال بود. بنابراین از آزمونهای آماری نان پارامتریک استفاده گردید. بر اساس نتایج آزمون بین گروهی من ویتنی، بعد از مداخله در دو گروه، میانگین نمره سواد سلامت، اختلاف آماری معنی داری داشت ($P = 0.001$). بر اساس نتایج آزمون درون گروهی ویلکاکسون، میانگین نمره سواد سلامت در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری نداشت ($P = 0.909$). در صورتی که میانگین نمره سواد سلامت در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری داشت ($P = 0.001$) (جدول ۳).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار سن زن، سن بارداری، شاخص توده بدنی و نمره تهوع در ابتدای مطالعه به تفکیک گروه

گروه	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون تی مستقل
متغیر	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	
سن زن (سال)	$25/83 \pm 4/66$	$25/77 \pm 4/56$	$P = 0.956$
سن بارداری (هفته)	$9/40 \pm 1/30$	$9/55 \pm 1/63$	$P = 0.695$
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	$23/11 \pm 4/67$	$21/91 \pm 3/26$	$P = 0.254$
نمره تهوع	$6/14 \pm 2/46$	$5/93 \pm 2/66$	$P = 0.761$

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در ابتدای مطالعه به تفکیک گروه

گروه	مداخله (۳۰ نفر)	کنترل (۲۹ نفر)	کل (۵۹ نفر)	کای اسکوتر
	درصد	درصد	تعداد	
سطح تحصیلات مادر				
ابتدایی-راهنمایی	۲۳/۳	۱۷/۲	۱۲	۰/۸۳۴
دیپلم	۳۳/۳	۳۷/۹	۲۱	
دانشگاهی	۴۳/۳	۴۴/۸	۲۶	
وضعیت شغلی مادر				۰/۶۱۲
خانه دار	۸۰/۰	۸۲/۸	۴۸	
شاغل	۲۰/۰	۱۷/۲	۱۱	
درآمد خانواده				۰/۸۷۴
زیر حد کفاف	۶/۷	۱۰/۳	۵	
در حد کفاف	۸۰/۰	۷۵/۹	۴۶	
بالا تر از حد کفاف	۱۳/۳	۱۳/۸	۸	
وضعیت مسکن				۰/۹۱۴
استیجاری	۶۰/۰	۵۸/۶	۳۵	
شخصی	۴۰/۰	۴۱/۴	۲۴	

جدول ۳: تعیین و مقایسه میانگین نمره سواد سلامت در گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از مداخله

نمره سواد سلامت	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون من ویتنی
قبل از مداخله	میانگین $\pm$ انحراف معیار $5/13 \pm 17/83$	میانگین $\pm$ انحراف معیار $5/37 \pm 17/62$	$P = 0/877$
بعد از مداخله	$7/08 \pm 24/5$	$6/84 \pm 17/48$	$P = 0/001$
نتایج آزمون ویلکاکسون	$Z = -3/49$ $P = 0/001$	$Z = -0/114$ $P = 0/909$	

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش در قالب گروههای کوچک، بر سواد سلامت زنان با تهوع و استفراغ بارداری مؤثر است. امروزه آموزش گروهی به طور فزایندهای رواج یافته است. زیرا درمان مدیریت شده متداول امروزی، به دنبال کاهش هزینه‌ها و اثر بخشی بالا است که این مساله موجب رو آوردن کارشناسان و مسئولین به سمت آموزش گروهی شده است که هم به دلیل صرفه جویی در وقت، هزینه‌ها، نیاز به نیروی متخصص کمتر مورد توجه است و هم به دلیل ارتباط بیماران و مددجویان با هم و تأثیر گروه بر رفتار و عملکرد افراد، اثربخشی بیشتری نسبت به آموزشهای انفرادی یا غیر مستقیم دارد. از طرفی سواد سلامت، مسئله‌ای جهانی است و طبق بیانیه سازمان جهانی بهداشت نقشی محوری در تعیین نابرابری‌های سلامت، چه در کشورهای غنی و چه در کشورهای ضعیف، دارد (۲۲). مطالعاتی نیز نشان دادند که آموزش در قالب گروههای کوچک بر سواد سلامت مؤثر است؛ که در این راستا می‌توان به مطالعه دکتر طل و همکاران (سال ۱۳۹۱)، اشاره کرد که آموزش در گروه مداخله با استراتژی گروه‌های کوچک، سواد سلامت بیماران دیابتی را ارتقاء داده بود (۱۳). در مطالعه دکتر طل، آموزش در قالب گروههای کوچک ۱۲-۵ نفره بود که افراد به مدت زمان ۶۰-۴۵ دقیقه، آموزش دیدند. همچنین از روشهای آموزشی: سخنرانی و پرسش و پاسخ استفاده شده بود؛ که با مطالعه حاضر، تعداد افراد در گروههای کوچک، مدت زمان آموزش و روشهای آموزشی آن، همسان می‌باشد. همچنین Julie و همکاران (۲۰۱۱)، در تحقیق خود به نتایج مشابه مطالعه حاضر دست یافتند، به طوری که بیماران بعد از دریافت آموزش از سواد بهداشتی کافی برخوردار شدند (۲۳، ۲۴). در مطالعه ممی یانلو و همکاران (۱۳۹۳) نیز، آموزش به روش بحث در گروههای کوچک به طور معناداری باعث ارتقاء میزان سواد بهداشتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گردید (۲۴). در این راستا یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده توسط DeWalt و همکاران (۲۰۰۶)، با هدف ارزیابی تأثیر برنامه خود مدیریتی در تمام سطوح سواد بیماران در آمریکا انجام شد. این مطالعه تأثیر برنامه آموزشی را در میزان مرگ بیماران و بستری شدن آنها مورد سنجش قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد: ۴۱ درصد بیماران سواد بهداشتی ناکافی داشته و میزان مرگ ۵۴ درصد و میزان بستری ۶۹ درصد در این گروه به نسبت گروه کنترل بهبود داشته است (۲۲). باتوجه به اهمیت نقش سواد سلامت بر ارتقای سلامت جامعه، انجام مطالعاتی در این زمینه نیاز

به توجه ویژه‌ای دارد در حال حاضر در برخی نظام بهداشتی و درمانی مانند ایالات متحده، توجه ویژه‌ای به پژوهش در این حوزه وجود دارد که نشان دهنده درک نظام‌های بهداشتی از اهمیت تأثیر سواد سلامت بر الگوی بهره‌گیری از خدمات سلامت است (۱۰). سازمان‌هایی مانند اداره ارتباطات و آموزش بهداشت و بخش‌های آموزش بهداشت دانشگاه‌ها می‌توانند بهترین راهکارهای آموزش به بیماران دارای سواد سلامت اندک را شناسایی کنند. به طور کلی و با توجه به مطالعات موجود در زمینه سواد بهداشتی، شایسته است در برنامه‌های مبتنی بر ارتقاء سلامت در ایران توجه بیشتری به سواد سلامت جامعه هدف داشت.

نتیجه‌گیری

آموزش در قالب گروههای کوچک درمقایسه با روش معمول (مرسوم)، سواد سلامت زنان با تهوع و استفراغ بارداری را بیشتر افزایش می‌دهد؛ و با توجه به نقش سواد سلامت در شدت تهوع و استفراغ بارداری و متعاقب آن کاهش عوارض تهوع و استفراغ بارداری، این روش آموزشی به عنوان روشی مؤثر و کم هزینه به مادران باردار، توسط کارکنان آموزشی مراکز بهداشتی توصیه می‌شود. از محدودیتهای موجود در پژوهش حاضر، می‌توان به دشواری در هماهنگی و آماده سازی محل برگزاری کلاسهای بحث و نیز هماهنگ کردن وقت شرکت کنندگان برای شرکت همزمان در بحث بود که با افزایش تعداد جلسات، و برگزاری جلسات با مسئول مرکز بهداشت برای استفاده از فضاهای موجود در جهت کمرنگ کردن این محدودیتها تلاش شد. محدودیت دیگر خودگزارشی بودن تکمیل پرسشنامه‌ها بود.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد رهگیری ۹۳۰۷۷۸ و با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1394.432 می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۴/۶/۱۱ مصوب شد و با کد کارآزمایی بالینی IRCT2016071328911N1 ثبت گردید. بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مراکز بهداشتی درمانی تابعه نیشابور، واحدهای پژوهش و خانم‌ها زهره طاهرآبادی و مریم یزدی در این مطالعه اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد منافی وجود ندارد

References

1. Chou FH, Chen CH, Kuo SH, Tzeng YL. Experience of Taiwanese women living with nausea and vomiting during pregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(5):370-5. DOI: [10.1016/j.jmwh.2006.04.009](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.04.009) PMID: [16945785](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16945785/)
2. Joibari L, Sanago A. [Chehre gosha M. quality of life for Nausea and vomiting of women pregnancy]. *Mag Ghom Univ Med Sci*. 2013;6(2):88-94.
3. Davis M. Nausea and vomiting of pregnancy: an evidence-based review. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004;18(4):312-28. PMID: [15646303](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15646303/)
4. Clark SM, Costantine MM, Hankins GD. Review of NVP and HG and Early Pharmacotherapeutic Intervention. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:252676. DOI: [10.1155/2012/252676](https://doi.org/10.1155/2012/252676) PMID: [22190950](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22190950/)
5. Williamson C. Nutrition in pregnancy. *Nutr Bullet*. 2006;31(1):28-59.
6. Smith C, Crowther C, Beilby J, Dandeaux J. The impact of nausea and vomiting on women: a burden of early pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000;40(4):397-401. PMID: [11194422](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11194422/)
7. O'Brien B, Naber S. Nausea and vomiting during pregnancy: effects on the quality of women's lives. *Birth*. 1992;19(3):138-43. PMID: [1388440](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1388440/)
8. Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*. 2011;40(2):309-34, vii. DOI: [10.1016/j.gtc.2011.03.009](https://doi.org/10.1016/j.gtc.2011.03.009) PMID: [21601782](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21601782/)
9. Soltani A, Kajuri M, Safavi S, Hosseini F. [Frequency and severity of nausea and vomiting in pregnancy and the related factors among pregnant women]. *Iran J Nurs*. 2007;19(48):95-102.
10. Schorge JOW, Whitridge J, Schorge JO. *Williams gynecology*: McGraw-Hill; 2008.
11. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promot Int*. 2009;24(3):285-96. DOI: [10.1093/heapro/dap014](https://doi.org/10.1093/heapro/dap014) PMID: [19372101](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19372101/)
12. Raeisi M, Mostafavi F, Hasnzadeh A, Sharifirad G. [Related to Health Literacy with condition general health and behavior health in elderly population of Isfahan]. *Iran Issue Reas Health Syst*. 2011;7(4):12-8.
13. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. [Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS]. *J Hosp*. 2012;11(3):45-52.
14. Javadzade H, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. [Health Literacy among Adults of Isfahan]. *Iran J Health Syst Res*. 2013;9(5):540-9.
15. Rasheed P, Al-Sowielem LS. Health education needs for pregnancy: a study among women attending primary health centers. *J Family Community Med*. 2003;10(1):31-8. PMID: [23011978](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23011978/)
16. Kamali Z, Abedian Z, Sabermohammad A, Mohebbi Dehnavi Z. The Study of health literacy in pregnant women with nausea and vomiting. *J Health Liter*. 2017;2(2):96-106.
17. Tehrani Banihashemi S, Amirkhani M, Haghdoust A. [Health Literacy and The Influencing Factors: A study in five provinces of Iran]. *Strides Dev Med Educ*. 2007;4(1):1-9.
18. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. [Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014;23(1):134-43.
19. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*. 2005;20(2):175-84. DOI: [10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x](https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x) PMID: [15836552](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15836552/)
20. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Tolue Behdasht J*. 2012;11(14):123-34.
21. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(5):601-10; quiz 10-2. DOI: [10.1111/j.1552-6909.2009.01059.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01059.x) PMID: [19883483](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19883483/)
22. 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):1-2.
23. Alaa M, Peimani M, Gharib M. [Teaching and Learning in Small Groups]. *Magiran Med Educ*. 2014;13(1):72-83.
24. Mamianloo H, ToL A, Khatibi N, Ahmadi Komoleleh S, Mohebbi B. Assessing the effect of small group intervention program on knowledge and health literacy among patients with heart failure. *J Nurs Educ*. 2014;3(3):34-41.
25. Headley AJ, Harrigan J. Using the Pregnancy Perception of Risk Questionnaire to assess health care literacy gaps in maternal perception of prenatal risk. *J Natl Med Assoc*. 2009;101(10):1041-5. PMID: [19860304](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19860304/)
26. 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):1-12.
27. Group A. Country guide of Providing obstetric services in Children and mother-friendly hospitals. Tehran: Charsoye honar; 2010.
28. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Berard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(1):71 e1-7. DOI: [10.1016/j.ajog.2007.05.051](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.05.051) PMID: [18166311](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18166311/)
29. Abedian Z, Abbaszadeh N, Latif N, Shakeri M. The effect of telephone support on the severity of nausea

- and vomiting in the first trimester of pregnancy in the primiparous women. *Iranian J Obstet Gyneocol Infert.* 2014;17(118):18-29.
30. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Educ Res.* 2010;25(3):464-77. DOI: [10.1093/her/cyp068](https://doi.org/10.1093/her/cyp068) PMID: [20080808](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20080808/)
31. Williams J. The Skills for Life survey: A national needs and impact survey of literacy, numeracy and ICT skills: The Stationery Office; 2003.
32. DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, Kosnar MC, Corr KE, Rothman RL, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial [ISRCTN11535170]. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6:30. DOI: [10.1186/1472-6963-6-30](https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-30) PMID: [16533388](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16533388/)