

HEALTH LITERACY AMONG HEALTH PROVIDER

Investigating the status of health literacy among health providers of rural area

ABSTRACT

The health literacy is known as a critical indicator of the results and the cost of health care. Having adequate health literacy is required for health care system. Health literacy in health care can be an important factor in decision-making and how they function in the health system to improve public health should be considered. This study aimed to assess health literacy, among health providers of rural area under health centers support in khaf.

Methods: 43 health providers of rural area were studied by a cross sectional study. To collect data, demographic and health literacy assessment (TOFHLA) questionnaire were used. The validity and reliability of internal and external studies determined. The collected data were analyzed using SPSS version 16.

Results: the mean age of the study subject was 40/32 years, 69/8% female and 30/2% male. Average health literacy score in health providers was 86/54. Pearson correlation coefficient between the components of health literacy in the study sample showed high correlation ($p < 0/001$). In this study, there wasn't a statistically significant association between the educational level, age, gender and health literacy status.

Conclusion: According to the study, the average level of health literacy and related components among health providers was inadequate. Though, It is necessary to pay more attention to health literacy through health promotion programs.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Health literacy, Health provider, Health literacy assessment (TOFHLA) questionnaire.

► **Citation:** Peyman N, Samiee-roudi Kh. Investigating the status of health literacy among health providers of rural area. *Journal of Health Literacy*. Spring 2016;1(1):46-52.

Nooshin Peyman

* Associate Professor of Health Education and Promotion, Health Sciences Research center, Department of Health Education and Promotion, school of health, Mashhad University of Medical, Iran. (Corresponding Author)
PeymanN@mums.ac.ir

Khaled Samiee-roudi

MSc student in Health Education & Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

Received: 02 February 2015

Accepted: 14 July 2015

بررسی وضعیت سواد سلامت بهورزان خانه‌های بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

چکیده

زمینه و هدف: امروزه سواد سلامت به عنوان شاخصی مهم و حیاتی در نتایج و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شناخته می‌شود. لازمه نظام مراقبت‌های بهداشتی، داشتن سواد سلامت کافی می‌باشد. سواد سلامت در کارکنان بهداشتی می‌تواند به عنوان فاکتوری مهم در تصمیم‌گیری‌ها و چگونگی عملکرد آنان در نظام سلامت در جهت ارتقاء سلامت جامعه قلمداد شود. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت سواد سلامت بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت شهرستان خواف انجام شد.

مواد و روش‌ها: در مطالعه‌ای مقطعی تعداد ۴۳ بهورز شاغل در خانه‌های بهداشت مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد ارزیابی سواد سلامت (TOFHLA) استفاده شد که روایی و پایایی آن در مطالعات داخلی و خارجی تعیین گردیده بود. داده‌های جمع‌آوری شده با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر میانگین سنی بهورزان ۴۰/۳۲ سال بود و ۶۹/۸٪ زن و ۳۰/۲٪ مرد بود. میانگین نمره سواد سلامت بهورزان ۵۴/۸۶ بود. ضریب همبستگی پیرسون بین اجزای سواد سلامت در نمونه‌های پژوهش همبستگی بالایی را نشان داد و از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$). در این مطالعه بین نمره سواد سلامت با سن، سطح تحصیلات و جنس بهورزان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های این پژوهش، میانگین سطح سواد سلامت بهورزان و اجزای مرتبط آن (مهارت ارتباطات گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی) ناکافی ارزیابی شد که این خود لزوم توجه بیشتر به امر سواد سلامت در برنامه‌های ارتقای سلامت را می‌رساند.

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: سواد سلامت، بهورز، پرسشنامه استاندارد ارزیابی سواد سلامت.

نوشین پیمان

✳️ دانشیار گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)
PeymanN@mums.ac.ir

خالد سمیعی رودی

دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۲۳

◀ **استناد:** پیمان ن، سمیعی رودی خ. بررسی وضعیت سواد سلامت بهورزان خانه‌های بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی *فصلنامه سواد سلامت*. بهار ۱۳۹۵؛ ۱(۱): ۴۶-۵۲.

مقدمه

علاقه رو به افزایشی در استفاده از کارکنان بهداشتی بعنوان یک استراتژی برای بهبود و ارتقاء سلامت افراد و جامعه بوجود آمده است و تاثیر آن در بهبود ارائه خدمات بهداشتی به رسمیت شناخته شده است (۱). کارکنان بهداشتی کسانی هستند که بطور انحصاری در جامعه بعنوان یک اتصال دهنده خدمات بین مصرف کنندگان خدمت و سیستم بهداشتی بمنظور ارتقاء سلامت در میان گروههایی که فاقد دسترسی کافی به مراقبتهای بهداشتی می باشند، کار می کنند (۱). در واقع آموزش و مهارت تمام گروههای ارائه کننده مراقبتهای بهداشتی در سالهای اخیر بطور چشمگیری در جهت اقدامات پیشگیرانه و استراتژیهای ارتقاء بهداشت و سلامت افزایش یافته است (۲). سواد سلامت یک مفهوم نسبتاً جدید در ارتقاء سلامت است (۳). سواد سلامت شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل، تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی است که لزوماً به سال های تحصیل یا توانایی خواندن عمومی بر نمی گردد (۴). سواد سلامت بیانگر طیف وسیعی از مهارت ها و منابعی است که در ارتباط با توانایی افراد برای پردازش اطلاعات مرتبط با بهداشت و سلامتی است (۵). از نظر سازمان جهانی بهداشت سواد سلامت به عنوان مهارت های شناختی اجتماعی معرفی شده است که تعیین کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آنها گردد (۵). بر این اساس سازمان جهانی بهداشت^۱ به تازگی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی نمود. همچنین به کشورهای جهان توصیه کرد که انجمنی متشکل از تمامی افراد متأثر از این امر جهت پایش و هماهنگی فعالیت های استراتژیک، در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف ایجاد شود (۴). امروزه سواد سلامت بعنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه های مراقبتهای بهداشتی شناخته شده است. لازمه نظام مراقبتهای

بهداشتی امروزه داشتن سواد بهداشتی بالا می باشد (۶). با توجه به اهمیت نقش سواد سلامت بر ارتقا سلامت جامعه، انجام مطالعاتی در این زمینه نیاز به توجه ویژه ای دارد که نشان دهنده درک نظام های بهداشتی از اهمیت تاثیر سواد سلامت بر الگوی بهره گیری از خدمات سلامت است (۷). در ایران در خصوص سواد سلامت مطالعات اندکی انجام شده است، در بررسی انجام شده در سال ۱۳۸۶ که در ۵ استان منتخب ایران صورت گرفت، نشان داد که ۵۶٫۶ درصد سواد سلامت ناکافی، ۱۵٫۳ درصد سواد سلامت مرزی و در ۲۸ درصد سواد سلامت کافی داشتند که بطور کلی سطح سواد سلامت در ایران پایین است (۷). تاکنون تحقیقات محدودی در خصوص (شیوه های سواد سلامت) در ارائه دهندگان خدمت در بخش سلامت و نحوه برخورد آنان در مورد چگونگی رفع نیازهای بیماران صورت گرفته است. شیوه های سواد سلامت به تمام فعالیتهای مرتبط با مراقبتهای بیمار محور و پروتکل های ارزیابی سواد بهداشتی بیماران و یا اقدامات صورت گرفته برای ارتقا سواد بهداشتی و کاهش اثرات و نتایج منفی آن اشاره دارد (۸). با وجود اهمیت بسیار زیاد شناسایی افراد با سواد سلامت ناکافی، کارکنان سیستم بهداشت و درمان اغلب در این زمینه ضعیف عمل می کنند و بیماران نیز گاهی این واقعیت را کتمان می نمایند. این در حالی است که شناسایی این افراد بسیار مهم است و رویکردهای خاصی را در فرآیند ارتباط با این افراد می طلبد (۹). در ایران اطلاعات زیادی در خصوص سواد سلامت افراد و خصوصاً کارکنان بهداشتی به عنوان فاکتوری مهم در تصمیم گیری ها و چگونگی عملکرد آنها در نظام سلامت در دست نیست. پژوهش های بسیار کمی در این زمینه صورت گرفته است. با توجه به اهمیت بسیار زیاد سواد سلامت، پرداختن به این موضوع و ابعاد و عوامل موثر بر آن، می تواند بعنوان ابزاری موثر به برنامه ریزان، مسئولین و متولیان حوزه سلامت کمک کننده باشد (۱۰). مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت سواد سلامت بهورزان شاغل در خانه های بهداشت شهرستان خواف انجام شد.

1. (who): World health organization

سوال بود که حداکثر نمره احتسابی ۱۶ می‌باشد، تعداد سوالات بهبود سیستم‌های حمایتی ۹ سوال بود که حداکثر نمره احتسابی ۱۸ می‌باشد. مقیاس پاسخ دهی سوالات ۴ رده شامل: ۱- بخوبی انجام می‌شود، ۲- نیاز به بهبود دارد، ۳- انجام نمی‌شود، ۴- نمی‌دانم، می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات داخلی و خارجی تعیین شده است. در مطالعه کانسایتیس^۲ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تعیین شده است (۱۱). در ایران نیز این پرسشنامه مورد استفاده محققین قرار گرفته است. در مطالعه بهزاد و همکاران با عنوان «ارتقاء سطح سلامت و خودکارآمدی بیماران دارای بیماری مزمن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی از طریق آموزش سواد سلامت به کارکنان این مراکز در شهر مشهد سال ۱۳۹۱» این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت که ضریب همبستگی این پرسشنامه ۰/۸۹٪ و مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۵٪ تعیین گردید. در ادامه، اطلاعات بدست آمده از پرسشنامه‌های تکمیل شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و با استفاده از آمار توصیفی، شامل جداول فراوانی و درصدها، تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج بررسی متغیرهای دموگرافیک در نمونه‌های پژوهش نشان داد که ۶۹/۸ درصد از نمونه‌ها زن و ۳۰/۲ درصد مرد بودند. سطح تحصیلات ۳۲/۵ درصد از بهورزان در مقطع ابتدایی و راهنمایی، ۶۲/۸ درصد دبیرستان و دیپلم و ۴/۷ درصد مقطع فوق دیپلم بود. همچنین سنوات خدمت ۲۵/۶ درصد از نمونه‌ها کمتر از ۱۰ سال، ۴۶/۵ درصد بین ۱۰ تا ۲۰ سال و ۲۷/۹ درصد بالای ۲۰ سال بود. میانگین سن بهورزان در واحدهای پژوهش ۴۰/۳۲ سال و میانگین سابقه کار آنان ۱۵/۷۲ سال و میانگین نمره سواد سلامت آنان ۵۴/۸۶ بود. ضریب همبستگی پیرسون بین اجزای سواد سلامت در نمونه‌های پژوهش همبستگی بالایی را نشان داد و به لحاظ آماری معنی دار بود ($P > 0/001$).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد، که بر روی ۴۳ بهورز ارائه دهنده خدمات سلامت در خانه‌های بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی شهرستان خواف انجام پذیرفت. کلیه بهورزان مستقر در ۳۰ خانه بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی بصورت تمام شماری وارد مطالعه شدند. شهرستان خواف دارای ۶ مرکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی می‌باشد که این مراکز دارای ۳۰ خانه بهداشت و ۴۳ بهورز شاغل می‌باشند.

معیارهای ورود بهورزان به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه و حداقل سه ماه سابقه فعالیت در خانه بهداشت بعنوان بهورز قبل از شروع مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی در ابتدای مطالعه برای بهورزان مورد پژوهش اهداف مطالعه تشریح و پس از کسب رضایت آگاهانه نسبت به تکمیل پرسشنامه در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه توسط نمونه‌های پژوهش اقدام شد. میزان پاسخگویی نمونه‌های پژوهش ۱۰۰ درصد بود. ابزار مورد استفاده در مطالعه به منظور جمع آوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود.

۱- پرسشنامه مشخصات فردی شرکت کنندگان: شامل ۶ سوال برای بهورزان بود که با بررسی متون علمی و نظرسنجی از اساتید تهیه گردیده است. نمونه‌ای از سوالات مربوط به بهورزان شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات، سنوات خدمت و... بود.

۲- پرسشنامه استاندارد ارزیابی سواد سلامت^۱: این پرسشنامه از جمله ابزارهای پرکاربرد است که به بررسی ارتقاء ارتباطات گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی در کارکنان بهداشتی می‌پردازد. تعداد سوالات هر یک از حیطه‌های ارتباطات گفتاری و نوشتاری ۱۶ سوال بود که حداکثر نمره احتسابی ۳۲ می‌باشد، تعداد سوالات مهارت توانمندسازی ۸

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته‌های این پژوهش، میانگین سطح سواد سلامت بهورزان و اجزای مرتبط آن (مهارت ارتباطات گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی) پایین ارزیابی شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، در حوزه ارتباطات گفتاری؛ آگاهی بهورزان از نحوه آموزش بر اساس سواد سلامت بیمار، استفاده از وسایل کمک آموزشی دیداری و شنیداری مناسب، ارائه نکات کلیدی به زبان ساده، آگاهی از آدرس دهی مناسب برای محل‌های ارجاع بیماران و پیگیری بیماران و ارائه بازخورد و اختصاص زمان کافی جهت مشاوره، بطور معنی داری پایین بود.

در مطالعه بهزاد و همکاران با عنوان «ارتقاء سواد سلامت و خودکارآمدی بیماران دارای بیماری مزمن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی از طریق آموزش سواد سلامت به کارکنان این مراکز در شهر مشهد سال ۱۳۹۱» سواد سلامت کارکنان بهداشتی را در چهار حوزه (ارتباطات گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و سیستم‌های حمایتی)؛ مورد ارزیابی قرار داد که نتایج مطالعه بیانگر پایین بودن سطح سواد سلامت کارکنان بود (۱۲).

نتایج مطالعه اسچلینگر که با هدف تعیین سواد سلامت عملکردی و کیفیت ارتباط پزشک و بیمار در بیماران دیابتی انجام شد، نشان داد که ارتباطات ضعیف سواد سلامت عملکردی در حوزه وضوح عمومی و توضیح فرآیند مراقبت، نشانگر ضعف در ارتباط کلامی به ویژه در حوزه‌های فنی گفت و گوی پزشک و بیمار است (۱۳). نتایج مطالعه اسچلینگر تایید کننده مطالعه کنونی می‌باشد و تفاوت آن در گزارش موانع ارتباطی از دیدگاه بیماران است، در حالی که در مطالعه کنونی، نظرات بهورزان در حیطه چهار جزء و حوزه مختلف مورد بررسی قرار گرفته است.

مطالعه جولی و همکاران با عنوان «ارتقاء سواد سلامت در عمل» که سواد سلامت را مانند مطالعه حاضر در چهار حوزه بررسی نمود (۱۴)، نشان داد؛ سطح سواد سلامت کارکنان قبل از مداخله آموزشی پایین است و حتی سطح سواد سلامت کارکنان نسبت به مطالعه کنونی و مطالعه بهزاد بسیار پایین تر ارزیابی

جدول ۱. همبستگی اجزاء سواد سلامت در نمونه‌های پژوهش

متغیر	ارتباطات گفتاری	ارتباطات نوشتاری	توانمندسازی	بهبود سیستم حمایتی
	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)	r (p-value)
ارتباطات گفتاری				
ارتباطات نوشتاری	۰/۹۸۴ (۰/۰۰۱>)			
توانمندسازی	۰/۹۵۷ (۰/۰۰۱>)	۰/۹۶۶ (۰/۰۰۱>)		
بهبود سیستم حمایتی	۰/۹۶۳ (۰/۰۰۱>)	۰/۹۶۸ (۰/۰۰۱>)	۰/۹۷۶ (۰/۰۰۱>)	
سواد سلامت	۰/۹۹۲ (۰/۰۰۱>)	۰/۹۹۵ (۰/۰۰۱>)	۰/۹۸۰ (۰/۰۰۱>)	۰/۹۸۳ (۰/۰۰۱>)

همچنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیر سن و سابقه کار با سواد سلامت بهورزان، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($P < 0/05$). بر اساس نتایج آنالیز واریانس یک طرفه در مقایسه میانگین سواد سلامت و اجزای آن با سطح تحصیلات و سابقه کار نمونه‌های پژوهش از نظر آماری اختلاف آماری معنی داری مشاهده نگردید ($P < 0/05$).

بر اساس نتایج جدول (۲)؛ نتایج آزمون تی مستقل در مقایسه میانگین سواد سلامت و اجزاء آن در دو جنس (مرد، زن)؛ اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد. هر چند زنان از میانگین سواد سلامت بالاتری (۵۵/۹۶) نسبت به مردان (۵۲/۳۴) برخوردار بودند.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار اجزاء سواد سلامت بهورزان در دو جنس

گروه	مرد (n=۱۳)		زن (n=۳۰)	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	نتیجه آزمون
ارتباطات گفتاری ۱۶ سوال، حداکثر نمره ۳۲	۱۸/۴۲±۵/۰۵	۱۹/۲۵±۵/۳۸	۰/۴۷۱=t ۰/۶۴۰=p	
ارتباطات نوشتاری ۱۶ سوال، حداکثر نمره ۳۲	۱۶/۵۳±۵/۲۱	۱۷/۸۱±۵/۳۶	۰/۷۲۳=t ۰/۴۷۴=p	
توانمندسازی ۸ سوال، حداکثر نمره ۱۶	۷/۹۲±۲/۳۱	۸/۷۱±۲/۴۰	۱/۰۰۴=t ۰/۳۲۱=p	
بهبود سیستم حمایتی ۹ سوال، حداکثر نمره ۱۸	۹/۴۶±۲/۵۷	۱۰/۱۷±۲/۲۷	۰/۷۹۲=t ۰/۳۶۸=p	
سواد سلامت ۴۹ سوال، حداکثر نمره ۹۸	۵۲/۳۴±۱۴/۸۹	۵۵/۹۶±۱۵/۳۳	۰/۷۹۵=t ۰/۴۷۸=p	

صفحه متن نوشتاری واضح و ساده در سطح کلاس پنجم برای افراد با سواد سلامت ناکافی توانست تا ۵ برابر نرخ واکسیناسیون پنوموکوک را افزایش دهد (۲۱). هوترز در مطالعه خود نشان داد که استفاده از دستورالعمل‌های گویای پزشکی به همراه تصاویر با معنا می‌تواند یادگیری ماندگارتری در افراد باسواد و همچنین در افراد با سواد سلامت کمتر ایجاد نماید، بطوری که مدت زمان ماندگاری اطلاعات در ذهن افراد با سواد این مطالعه از ۱۴٪ به ۸۵٪ افزایش نشان داد (۲۲).

در حوزه بهبود سیستم‌های حمایتی؛ اتصال بیماران به حمایت‌های غیر پزشکی، تامین منابع دارویی، استفاده از منابع بهداشت و سواد در جامعه بطور معنی داری، ضعیف ارزیابی شد. در حوزه توانمندسازی؛ تشویق بیماران به پرسش سئوالات شان، شرکت دادن بیمار در انتخاب مناسب ترین شیوه خود مراقبتی، آموزش بیماران جهت مصرف صحیح دارو و در حوزه بهبود سیستم‌های حمایتی؛ یاری دادن به بیمار جهت تامین داروی مقرون به صرفه، پیگیری کافی بیمار پس از ارجاع، بروز رسانی لیست کامل محل‌های ارجاع بطور معنی داری، ضعیف ارزیابی شد.

این مطالعه سطح سواد سلامت به‌روزان را در چهار حوزه ارتباطات گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و حمایتی با استفاده از پرسشنامه استاندارد ارزیابی سواد سلامت (TOFHLA) مورد ارزیابی قرار داد که نتایج نشانگر پایین بودن میانگین نمرات به‌روزان در هر چهار حوزه مورد بررسی بود. بنابراین باید در برنامه‌های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت توجه بیشتری به سواد سلامت و شیوه‌های آموزش سواد سلامت به کارکنان بهداشتی و درمانی داشت. تا موجب ارتقای ارتباط بیمار محور، استفاده از تکنیک‌های برقراری ارتباط واضح و روشن در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی، استفاده از رسانه‌های نوشتاری قابل فهم و مصور، وسایل کمک آموزشی بصری، استفاده از ابزارهای یادآور مصرف دارو، ارتقاء مهارت‌های خود مراقبتی و ایجاد محیطی تشویق کننده برای بیان سئوالات گردد و در نهایت منجر به بهبود نتایج درمانی برای

شد که علت آن در اختلاف و تنوع فرهنگی و زبانی بیماران با کارکنان، فقر اقتصادی در بیماران مورد مطالعه می‌تواند تلقی کرد.

در مطالعه سانیل کریپلنی و همکاران نیز میانگین نمرات ارتباطات بین فردی بیماران با سواد سلامت ناکافی در حوزه‌های وضوح عمومی، پاسخگویی به نگرانی‌های بیمار، توضیح فرآیند مراقبت بطور معنی داری پایین بود (۱۵).

نتایج مطالعه نمان نیز سطح ارتباطات گفتاری پزشکان پایین گزارش شد به نحوی که تنها ۳۸ درصد از بیماران قبل از مداخله احساس می‌کردند که مشکلات و سئوالاتشان به اندازه کافی توسط پزشک پاسخ داده شده است (۱۶).

در مطالعه جو آن و همکاران در خصوص «بررسی فنون و تکنیک‌های ارتباطی کارکنان بهداشتی با بیماران با سطح سواد سلامت ناکافی» نشان داد که؛ کمتر از ۴۰ درصد (۳۹/۵٪) از کارکنان بهداشتی در ارتباطات خود با بیمار از روش بازخورد گرفتن از بیمار در آموزشها برای شناسایی درک بیماران با سواد سلامت پایین استفاده کرده اند (۱۷).

در حوزه مهارت ارتباطات نوشتاری؛ وجود رسانه‌های نوشتاری به زبان ساده و مصور، پیش آزمون رسانه‌ها و قابل فهم بودن نتایج آزمایشات، ثبت زمان مراقبت بعدی و قابل دید بودن مطالب بهداشتی از روی بردها و تابلوهای اطلاعاتی خانه‌های بهداشت، ضعیف ارزیابی شد. مطالعات ویلیامز و همکاران نشان داد که رسانه‌های غیرچاپی یکی از راه‌های موثر برای ارائه پیام بهداشتی به افراد با سواد سلامت ناکافی است (۱۸). والث و لنون دریافتند که ۷۵٪ جزوهای آموزشی برای بیماران آمریکایی، بالاتر از میانگین سطح خواندن آنها نوشته شده است (۱۹). کارگروه ملی سواد و سلامت در آمریکا پیشنهاد می‌کند که مطالب سلامت در سطح کلاس پنجم نوشته شود که این سطح هنوز برای یک چهارم درصد جمعیت دشوار است (۲۰). نتایج مطالعه جکوبسن با عنوان «استفاده از ابزار آموزشی ساده برای بیماران با سواد پایین بمنظور افزایش نرخ واکسیناسیون پنوموکوک» نشان داد که یک

بیماران و کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی شود.

سیاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه تحقیقاتی در مقطع کارشناسی ارشد

مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد است. نویسندگان مقاله از حمایت مالی این معاونت، همکاری مسئولان مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی و کلیه شرکت کننده در مطالعه قدردانی می‌کنند.

References:

- Norris SL, Chowdhury FM, Van Le K, Horsley T, Brownstein JN, Zhang X, et al. Effectiveness of community health workers in the care of persons with diabetes. *Diabetic Medicine*. 2006;23(5):544-56.
- Tehrani H, Taghdisi MH. Community Action: A Strategy for Health Promotion. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2015;2(4):255-9.
- Javadzade SH, Sharifirad G, Radjati F, Mostafavi F, Reisi M, Hasanzade A. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2012;1:31
- 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. *Hospital*. 2012;11(3):45-52.
- Javadzade SH, Sharifirad GH, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health Literacy among Adults in Isfahan, Iran. *Health System Reserch*. 2013;9(5): 540-549.
- Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):878-83.
- McCray AT. Promoting health literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2005;12(2):152-63.
- Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health Literacy and Utilization of health Services in Kerman urban Area 2011. *Tolue Behdasht Journal*. 2012;11(14):123-34.
- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *health*. 2004;11(12): 588-594.
- Safeer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*. 2005;72(3):463-8.
- Kuncaitis J, Welch S. Evaluation of health literacy screening questions for use in the acute care setting. 2012.
- behzad f, peyman n. promoting level of health literacy&self efficacy of chronic patients referred to health centers through educating health literacy for the staffs of health centers in mashhad: School of Health, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran; 2013.
- Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient education and counseling*. 2004;52(3):315-23.
- Julie M, Cooper B, Marguerite R. Health literacy in practice program, evaluation report. western Michigan University. School of social work: Educare of southwest Michigan 2011.1-156. Not linked
- Kripalani S, Jacobson TA, Mugalla IC, Cawthon CR, Niesner KJ, Vaccarino V. Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *Journal of Hospital Medicine*. 2010;5(5):269-75.
- Neeman N, Isaac T, Leveille S, Dimonda C, Shin JY, Aronson MD, et al. Improving doctor-patient communication in the outpatient setting using a facilitation tool: a preliminary study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2011:mzr081.
- Schwartzberg JG, Cowett A, VanGeest J, Wolf MS. Communication techniques for patients with low health literacy: a survey of physicians, nurses, and pharmacists. *American journal of health behavior*. 2007;31(Supplement 1):S96-S104.
- Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*. 1998;158(2):166-72.
- Wallace LS, Lennon ES. American Academy of Family Physicians patient education materials: can patients read them? *Family medicine*. 2004;36(8):571-4.
- Parker R. Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*. 2000;15(4):277-83. Abstract/FREE Full Text
- Jacobson TA, Thomas DM, Morton FJ, Offutt G, Shevlin J, Ray S. Use of a low-literacy patient education tool to enhance pneumococcal vaccination rates: a randomized controlled trial. *JAMA*. 1999;282(7):646-50.
- Houts PS, Witmer JT, Egeth HE, Loscalzo MJ, Zabora JR. Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II. *Patient education and counseling*. 2001;43(3):231-42.