

درک مفهوم سواد سلامت توسط بهورزان - مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا

خالد سمیعی رودی^۱، نوشین پیمان^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سواد سلامت به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامت شناخته شده است. بهورزان؛ ارائه دهندگان مقدم خدمات مراقبتی در سیستم بهداشتی و درمانی کشور می باشند؛ این افراد برای ایفای نقش گسترده خود در جامعه، نیازمند نگرش و درک مناسبی از مفهوم سواد سلامت، به منظور پاسخ گویی به نیازهای جامعه خصوصاً بیماران باسواد سلامت ناکافی می باشند.

روش: پژوهش حاضر از نوع کیفی و به روش تحلیل محتوا بود؛ که در ۳۰ خانه بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی وابسته به شبکه بهداشت و درمان شهرستان خواف و بر روی ۲۲ بهورز شاغل به مدت سه ماه در سال ۹۳ انجام گرفت. آنالیز داده ها همزمان با جمع آوری آن ها با استفاده از روش آنالیز تحلیل محتوا کیفی انجام شد.

یافته ها: تحلیل داده ها منجر به استخراج تعداد ۱۵۴ کد اولیه گردید؛ که در هفت طبقه قرار گرفتند. مشکل عمده بهورزان این بود که مهارت کافی در تشخیص سواد سلامت بیماران را نداشتند و شیوه های صحیح برقراری ارتباط مؤثر با بیماران را نمی دانستند.

نتیجه گیری: یافته های به دست آمده از پژوهش نشانگر درک، نگرش و عملکرد بهورزان در خصوص تعیین کننده های سواد سلامت بود؛ که به برنامه ریزان کمک می نماید تا مناسب ترین شیوه ها و استراتژی ها را به منظور ارتقاء سواد سلامت در کارکنان بهداشتی و درمانی انتخاب نمایند.

کلیدواژه ها: سواد سلامت، بهورز، مطالعه کیفی

ارجاع: سمیعی رودی خالد، پیمان نوشین. درک مفهوم سواد سلامت توسط بهورزان - مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوا. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۸(۱): ۳۲-۲۲.

تاریخ چاپ: ۹۸/۳/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۵/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۱۹

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
نویسنده مسئول: نوشین پیمان
Email: peymann@mums.ac.ir

مقدمه

علاقه رو به افزایشی در استفاده از کارکنان بهداشتی، به عنوان یک استراتژی برای بهبود و ارتقاء سلامت افراد و جامعه به وجود آمده که تأثیر آن در بهبود ارائه خدمات بهداشتی به رسمیت شناخته شده است (۱). انجمن پزشکی آمریکا به نقش محوری تیم های مراقبت های بهداشتی در قرن ۲۱ اذعان کرده است (۲). بسیار مهم است که هر یک از کارکنان بهداشتی وظایف تعریف شده خود را در سیستم بهداشتی بدانند؛ و آموزش های لازم در خصوص انجام مراقبت ها را ببینند. آموزش اعضای تیم مراقبت های بهداشتی موجب کاهش هزینه های اضافی و یک سرمایه گذاری مؤثر و درازمدت می باشد (۳). در واقع آموزش و مهارت تمام گروه های ارائه کننده مراقبت های بهداشتی، در مهر و موم های اخیر به طور چشمگیری در جهت اقدامات پیشگیرانه و استراتژی های ارتقاء بهداشت و سلامت افزایش یافته است (۳). سواد سلامت، ظرفیتی فردی و اجتماعی برای دسترسی، فهم، ارزیابی اطلاعات و خدمات سلامت در بهره مندی بهینه از آن برای ارتقای سلامت است (۴). مسئولیت پذیری افراد در قبال سلامتی و همچنین خود مراقبتی از بیماری ها در کشورهای مدرن و توسعه یافته بسیار رشد یافته است. دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامتی و آگاهی یافتن از مسائل بهداشتی و بیماری، فاکتور مهم و تعیین کننده سلامتی است. انتظار می رود که افراد برای داشتن سطح بالای سلامتی از این گونه اطلاعات استفاده نمایند (۵). امروزه سواد سلامت به عنوان شاخص حیاتی و مهم در نتایج و هزینه های مراقبت های بهداشتی شناخته شده است (۶). بیمارانی که سواد بهداشتی پایینی دارند در دسترسی و استفاده از خدمات مراقبت های بهداشتی درمانی با موانع و مشکلات بسیاری مواجه هستند (۷). طبق مطالعات مرکز استراتژی های مراقبت از سلامت آمریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارائه شده توسط متخصصان سلامتی را درک و به دستورات داده شده عمل می کنند؛ بنابراین وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند (۸). مطالعات و بررسی های مختلف طیف گسترده ای از سواد سلامت ناکافی را در کشورهای مختلف نشان می دهد. یک

بررسی سیستماتیک کوشیار و همکاران در مطالعه ای نشان دادند؛ حدود ۲۶ درصد از افراد به طور کلی دارای سواد سلامت پایین و ۲۰ درصد سطح سواد سلامتی لب مرزی داشتند (۹). نتایج مطالعه طاووسی و همکاران نشان داد ۲۸/۱ درصد از افراد مورد مطالعه سواد سلامت کافی، ۱۵/۳ درصد مرزی و ۵۶/۶ درصد سواد سلامت ناکافی داشتند (۱۰). به طور کلی بیماران با سطح سواد بهداشتی پایین تر، بیشتر در معرض کج فهمی توصیه های درمانی می باشند؛ در نتیجه مشکلات بیشتری در مصرف دقیق داروهای تجویزی دارند؛ همچنین در سطح پایین و ضعیف تری از خود گزارشی وضعیت سلامت و نتایج سلامت می باشند؛ در نتیجه این افراد ۵۲ درصد بیشتر شانس بستری در بیمارستان را دارند (۱۱). سواد سلامت پایان دهنده سردرگمی ها در حیطه سلامت است. سواد سلامت با مسائل حیاتی بهبود سلامت کشور و سیاست گذاری های سلامت ارتباط دارد (۱۲). لازمه نظام مراقبت های بهداشتی امروزه، داشتن سواد بهداشتی بالا می باشد (۱۳). اگرچه لزوم آموزش پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی درمانی؛ در زمینه آموزش به بیماران و ارتباط با آن ها در راستای ارائه خدمت باکیفیت اثبات گردیده است؛ اما استاندارد مشخصی در این زمینه وجود ندارد (۱۴). برنامه سواد سلامت در عمل یک مداخله طراحی شده در جهت ارتقاء ۴ حوزه تغییر برای ارتقاء سلامت می باشد؛ این حوزه ها شامل: ارتقاء ارتباطات گفتاری، ارتقاء ارتباطات نوشتاری، توانمندسازی و بهبود دستگاه های حمایتی می باشد؛ که شامل اهداف بلندمدتی چون: ۱- افزایش رضایتمندی از مراقبت های اولیه بهداشتی ۲- افزایش توانایی بیمار برای خود مراقبتی و تصمیم گیری و در نتیجه ارتقاء سلامت ۳- کاهش هزینه های مراقبت های سلامتی بوده است (۱۵). ما در این تحقیق، وضعیت کنونی چهار حوزه تغییر سواد سلامت که در ارتقاء سلامت مهم هستند را مورد بررسی قرار داده ایم.

روش

این پژوهش یک مطالعه کیفی بود؛ که با روش مصاحبه عمیق، دیدگاه های بهورزان در ارتباط با سواد بررسی شد.

آزمودنی‌ها ۲۲ بهورز شاغل در ۳۰ خانه بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی شهرستان خواف بودند. معیار ورود تمایل به شرکت در مطالعه؛ و داشتن حداقل سه ماه سابقه کار به عنوان بهورز قبل از شروع مطالعه؛ و معیار خروج عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود. مصاحبه به شیوه بحث گروهی (Focus-Group-Discussion) و تا اشیاع اطلاعات، یعنی عدم دریافت اطلاعات جدید ادامه یافت. به منظور دستیابی به اطلاعات بیشتر، شفاف نمودن اذهان و همچنین بارش افکار در گروه هدف موضوع سواد سلامت، از روش بحث گروهی متمرکز استفاده شد. گروه متمرکز، گروهی از افراد هستند که اغلب تجربیات یا خصوصیات مشترک دارند؛ و محقق به منظور استخراج عقاید، افکار و ادراک اعضاء در مورد موضوعی خاص که مورد علاقه و مرتبط با این گروه باشد، اقدام به مصاحبه به شکل گروهی می‌نماید. هدف نهایی برای محقق، کسب شناخت عمیق از چگونگی درک شرکت کنندگان از واقعیات بر اساس تجربه مشترک آنان راجع به موضوع تحقیق می‌باشد (۱۶).

ابتدا پژوهشگر قبل از انجام بحث گروهی، با هر یک از مشارکت کنندگان صحبت کرد، اهداف مطالعه و روش انجام پژوهش را توضیح داد و شرکت کنندگان رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نمودند. جهت ایجاد بارش افکار در راستای رفع چالش‌های موجود و به دست آوردن اطلاعات بیشتر و بررسی بهتر، گروه آزمون بر طبق شرایط بحث گروهی متمرکز به دو دسته ۱۱ نفری تقسیم شدند و برنامه مباحث گروهی متمرکز و پویایی گروه در راستای ارتباطات گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و حمایتی آغاز گردید. در طی جلسات بحث گروهی متمرکز، هدایت نمونه‌ها و فراهم آوردن شرایط برای فعالیت داوطلبانه و نیز بالا بردن شناخت ایشان از نیازهایشان تا خود تصمیم بگیرند و عمل کنند، مورد توجه قرار گرفت. روش‌های بحث گروهی به صورت طرح سؤال و بحث بر روی پاسخ‌ها اجرا شد. همه بحث‌های گروهی در سالن اجتماعات با چپش صندلی به صورت میزگرد و با استفاده از راهنمای نیمه ساختاریافته انجام شد. محیط پژوهش متناسب با پژوهش کیفی، واقعی و طبیعی بود و تیم پژوهش را در هر مصاحبه گروهی متمرکز، یک هماهنگ

کننده، یک ناظر و یک یادداشت بردار تشکیل می‌داد. در این مطالعه در کل سه جلسه بحث گروهی برگزار شد. به طوری که جلسه اول به بحث و کنکاش نظرات و تجربیات در خصوص مقوله کلی سواد سلامت پرداخته شد؛ به عنوان مثال: مفهوم سواد سلامت چیست؟ عواملی که موجب سواد سلامت ناکافی می‌گردد را نام ببرید؟ راه‌های تشخیص سواد سلامت را بیان کنید؟ اهمیت تشخیص سواد سلامت را توضیح دهید؟ جلسه دوم ارتباطات گفتاری و نوشتاری مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت به عنوان نمونه: چگونگی ارتقاء ارتباطات گفتاری را بیان نمایید؟ مواد آموزشی نوشتاری چه خصوصیاتی باید داشته باشند؟ نقاط قوت و ضعف مواد آموزشی در دسترس کنونی چیست؟ و جلسه سوم به بحث پیرامون توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی پرداخته شد و سؤالاتی که در این جلسه مطرح شد؛ به عنوان مثال: راه‌های آموزش خود مراقبتی در بیماران را بیان کنید؟ چگونه می‌توان به خود مراقبتی بیماران کمک کرد؟ راه‌های حمایت از بیماران در دریافت خدمات را شرح دهید؛ لازم به توضیح است که صحبت‌ها پیرامون مسئله مطرح شده تا رسیدن به اشیاع کامل ادامه یافت، به نحوی که جواب‌ها و صحبت‌ها تکراری شد. این جلسات مبنایی جهت تحلیل وضعیت مراقبت، آموزش، ارتباط با بیماران، نیازها و پیشنهادهایی در راستای ارتقاء سواد سلامت بیماران از دیدگاه بهورزان بود. مدت زمان هر جلسه با توجه به تمایل شرکت کنندگان به طور متوسط ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود (۱۶). کلیه مصاحبه‌ها ضبط و یادداشت برداری شد و پس از تجزیه و تحلیل، مصاحبه بعدی انجام گردید. تجزیه و تحلیل به روش تحلیل محتوای کیفی (Qualitative Content Analysis) انجام شد.

به منظور این که مشارکت کنندگان بتوانند درک و تجربه‌های خود را به طور کامل توضیح دهند، پرسش‌ها به شکل باز مطرح شده و سپس متناسب با روند بحث ادامه یافت. این پرسش‌های باز به شرکت کنندگان اجازه داد تا عقاید، ادراک و تجربه‌های خود را بیان نمایند. تحلیل محتوای کیفی یک روش تحقیق است که به منظور تفسیر ذهنی (Subjective Interpretation) محتوای داده‌های مکتوب به کار می‌رود (۱۷). در این روش از طریق فرآیند طبقه‌بندی سیستماتیک،

کدها و تم‌ها مورد شناسایی قرار می‌گیرند. تحلیل محتوا چیزی فراتر از استخراج محتوای عینی برگرفته از داده‌های متنی می‌باشد، که می‌توان تم‌ها و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده‌های مطالعه آشکار کرد (۱۷). بنابراین در این مطالعه با استفاده از این روش بر اساس دیدگاه بهورزان شرکت‌کننده در مطالعه، مفاهیم آشکار و پنهان مشخص شدند؛ سپس این مفاهیم کدبندی، خلاصه سازی، طبقه بندی شده و تم‌ها استخراج گردیدند. کدها بر اساس واحدهای معنا (Meaning Unit) برگرفته از توصیفات و تجارب شرکت‌کنندگان کشف شده و سپس بر اساس تفاوت‌ها یا شباهت‌ها در طبقات مختلف تقسیم‌بندی شدند. طبقه‌بندی به نحوی صورت گرفت که هر کد فقط در یک طبقه قرار داشت. جهت اطمینان از روایی و پایایی داده‌ها در طول مطالعه از بازنگری مشارکت‌کنندگان برای تأیید و صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. کدهایی که از نظر

مشارکت‌کنندگان بیانگر دیدگاه آنان نبود، اصلاح گردید. برای بازنگری ناظرین، متن برخی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر محققان توسط چندین نفر از متخصصین آموزش بهداشت مورد بررسی قرار گرفت؛ که ۹۱ درصد توافق در میان نتایج استخراج شده وجود داشت. به‌منظور افزایش قابلیت انتقال موقعیت‌ها با گروه‌های دیگر، از بهورزان شاغل در ۳۰ خانه بهداشت مستقر در مناطق مختلف مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی با سطح تحصیلات و سنوات خدمتی مختلف و ... استفاده شد. برای جلوگیری از سوگیری نیز محقق در طول تحقیق نظرات خود را درباره پدیده مورد بررسی نوشت و از این طریق سعی نمود آن‌ها را با دیدگاه مشارکت‌کنندگان اقتراق گذارد. نمونه‌ای از کدگذاری و قرار گرفتن آن در زیر طبقه و طبقه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. نمونه‌ای از کدگذاری صحبت‌های بهورزان و قرار گیری آن در زیر طبقه و طبقه

نقل قول بهورزان	کد	طبقه
مجموعه آگاهی، اطلاعات و دانش‌هایی که به فرد کمک می‌کند راه و روش زندگی درست و سالم را انتخاب کند و در نتیجه توانمند شود و باعث افزایش سلامت خود و خانواده اش گردد.	افزایش آگاهی و توانمندی فرد در جهت ارتقاء سلامت خود و خانواده	مفهوم سواد سلامت
به نظر من تحصیلات پایین، مشارکت کم رسانه‌های جمعی مثل تلویزیون، فقر، بیکاری، مسائل اقتصادی و فرهنگی، تأخیر خانواده موجب سواد سلامت پایین می‌شود.	تأثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، محیطی و انگیزشی در سواد سلامت ناکافی	تعیین کننده‌های سواد سلامت ناکافی
اول باید بدانیم که فرد چقدر در مورد بهداشت و مسائل مربوط به بیماری اطلاعات و آگاهی دارد؛ مثلاً چند سوال بپرسیم، سپس بررسی کنیم که این فرد چقدر رفتار بهداشتی را رعایت می‌کند.	ارزیابی سواد سلامت افراد با بررسی آگاهی و عملکرد آنان	تشخیص سواد سلامت
آشنایی با لهجه و گویش فرد، از کلمات و لغات سخت و تخصصی استفاده نکنیم، آداب و رسوم و اعتقادات بیماران را بشناسیم و احترام بگذاریم.	بهبود مهارت‌های ارتباطی و گفتاری در مواجهه با مراجعین	ارتقاء ارتباطات گفتاری
مطالب نوشتنی را باید ساده بنویسیم، واضح باشد، با عکس و فیلم همراه باشد. از کلمات انگلیسی و غیر قابل فهم استفاده نکنیم و سواد افراد را در نظر بگیریم.	سادگی و جذابیت مطالب آموزشی متناسب محتوایی مطالب نوشتاری	ارتقاء ارتباطات نوشتاری

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۲ نفر از بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی با میانگین سنی و انحراف معیار $38/45 \pm 7/00$ و

میانگین سابقه کار و انحراف معیار $13/86 \pm 8/02$ مورد مصاحبه قرار گرفتند. سایر ویژگی‌های آمار نگاری بهورزان در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های آمارنگاری بهورزان مصاحبه شده

متغیر	تعداد	درصد
جنس		
زن	۱۵	۶۸/۲
مرد	۷	۳۱/۸
تحصیلات		
ابتدایی و راهنمایی	۶	۲۷/۳
دبیرستان و دیپلم	۱۴	۶۳/۶
فوق دیپلم و بالاتر	۲	۹/۱

از داده‌های تحقیق ۱۵۴ کد اولیه استخراج شد که تحت ۷ طبقه کلی؛ مفهوم سواد سلامت، تعیین کننده‌های سواد سلامت ناکافی، تشخیص سواد سلامت، ارتقاء مهارت‌های گفتاری، ارتقاء مهارت‌های نوشتاری، ارتقاء سیستم‌های حمایتی و ارتقاء توانمندسازی و مراقبت از خود رتبه‌بندی گردیدند.

مفهوم سواد سلامت: بهورزان تعاریف مختلفی از سواد سلامت ارائه کردند. در زیر به برخی از نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان در ارتباط با مفهوم سواد سلامت اشاره گردیده است.

«مردم حداقل بدانند خود را در مورد بیماری‌ها حفاظت نمایند، یعنی اطلاعات و آگاهی داشته باشند و نکات بهداشتی را در زندگی خود عملی نمایند» (مشارکت‌کننده شماره ۴). «میزان آموزش‌ها و درکی که فرد در زمینه بهداشت و سلامتی به دست می‌آورد در مورد سلامت و پیشگیری و استفاده از این آگاهی‌ها در جهت بالا بردن سطح سلامت و بهداشت خود و جامعه» (مشارکت‌کننده شماره ۷).

تعیین کننده‌های سواد سلامت ناکافی: شرکت‌کنندگان عوامل زیادی از جمله فرهنگ، سطح تحصیلات، موقعیت اجتماعی، عوامل فردی، انگیزشی و ... را در سواد سلامت

ناکافی تعیین کننده برشمردند.

«عواملی که موجب سواد سلامت ناکافی هست شامل: عوامل فرهنگی و محیطی، سطح پایین سواد، وضعیت اقتصادی نابسامان، عدم انگیزه یادگیری می‌باشد» (مشارکت‌کننده شماره ۱). «سطح خانوادگی، عدم توجه دولت به آموزش درست و مؤثر، عدم دسترسی به فرصت‌ها و امکانات برابر آموزشی، آداب و رسوم و اعتقادات جامعه، عقاید مذهبی از مسائلی هستند که موجب ایجاد سواد سلامت ناکافی می‌شود» (مشارکت‌کننده شماره ۵).

تشخیص سواد سلامت در افراد: بهورزان روش‌ها و شیوه‌های مختلفی را برای سنجش سواد سلامت افراد پیشنهاد کردند که در زیر به نظرات برخی از آنان اشاره می‌کنیم.

«ما می‌تونیم با پرسیدن چند سؤال ساده از بیمار مثلاً در مورد عوارض دیابت و راه‌های درمان، میزان سواد سلامت فرد را ارزیابی کنیم» (مشارکت‌کننده شماره ۳). «با یک نظر به ظاهر فرد و وضعیت خانوادگی‌اش، پرسیدن سؤالات جزئی از مراجعه‌کننده‌مان و بهداشت ظاهری افرادی که به خانه بهداشت می‌آیند» (مشارکت‌کننده شماره ۱۴).

ارتقاء مهارت‌های گفتاری: نظرات و نقل قول‌های

مهارت‌های گفتاری در حوزه ارتقاء سواد سلامت شامل موارد زیر بود:

«باید اول از همه آگاهی بهورزان با برگزاری جلسات آموزشی زیاد شود. آموزش به مردم بهتر است با لهجه و گویش محلی خود آن‌ها باشد. در موقع آموزش از مثال‌های واضح استفاده کنیم، عکس و فیلم هم مفید است یعنی موقع آموزش دادن شکل هم داشته باشیم که به مردم نشان بدهیم» (مشارکت‌کننده شماره ۲). «باید مطالب را با لهجه‌ای ساده و محلی منتقل کنیم. تماس چشمی برقرار کنیم و به حرف بیمار خوب گوش کنیم و بین صحبت‌هایش نپریم. صحبت بهتر است دوطرفه باشد. از کلمات سخت پزشکی استفاده نکنیم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۲).

ارتقاء مهارت‌های نوشتاری: بهورزان در خصوص مواد

آموزشی نوشتاری و راه‌های ارتقاء مهارت‌های نوشتاری نظرات خود را بیان کردند که به برخی از نقل قول‌ها اشاره می‌کنیم:

«اعم مطالب باید خیلی ساده و واضح باشد. باید همه گروه‌ها و افراد را در نظر بگیریم و مختصر نویسی خیلی مهم است. مطالب باید ساده و قابل فهم و همراه با تصاویر باشد» (مشارکت‌کننده شماره ۹). «ببینید من با یک مثال جواب میدم. مثل کتابچه آموزشی رابطین باشد که خیلی عالی و ساده همه چی را با مثال‌های محله گفته است» (مشارکت‌کننده شماره ۱۷).

ارتقاء سیستم‌های حمایتی: بهورزان در خصوص ارتقاء

سیستم‌های حمایتی نظرات و تجربیات خود را بیان کردند که به برخی از نقل قول‌های آنان در زیر اشاره شده است:

«کثر بیماران چون سواد کمی دارند برای ارجاع به مشکل می‌خورند. به نظر بنده مسیر ارجاع باید با تصاویر ساده و واضح در معرض دید آن‌ها نصب گردد و بهورز هم آن‌ها را راهنمایی کند. برای تهیه دارو می‌شود با داروخانه مرکز و پزشک و ماما همفکری کرد تا راهکاری برای حل مشکل افرادی که فقیر و بی‌بضاعت هستند انجام شود» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱).

بهورزان شرکت‌کننده در مطالعه در خصوص راه‌های ارتقاء «باید مشارکت سایر بخش‌ها را جلب کنیم مثلاً با شوراهای روستا، دهیاری، بیمارستان، بهزیستی و افراد کم‌بضاعت را به آن‌ها معرفی کنیم. خود بهورز هم خیلی می‌تواند کمک کند. من بیشتر وقت‌ها برای پیگیری افراد سالمند و از کارافتاده به در منزل آن‌ها مراجعه می‌کنم و مراقبت‌ها را در منزلشان انجام می‌دهم» (مشارکت‌کننده شماره ۱۸).

ارتقاء توانمندسازی و مراقبت از خود: بهورزان در

خصوص توانمندسازی و ارتقای خود مراقبتی در بیماران نظرات خود را بیان کردند که به برخی از این نقل قول‌ها اشاره می‌شود:

«باید خاطر جمع شویم که آموزش‌هایی که به بیماران می‌دهیم و مراقبت‌هایی را که آن‌ها باید خودشان انجام دهند را خوب یاد گرفته‌اند؛ بهترین راه این است که از آن‌ها بخواهیم که حرف‌های ما را دوباره تکرار کنند و انجام دهند؛ مثلاً به بیمار دیابتی آموزش می‌دهیم که برای کنترل قند خون خود از دستگاه گلوکومتر استفاده کند؛ و ابتدا طرز کار دستگاه و نحوه استفاده از آن را به بیمار آموزش می‌دهیم و بعد از بیمار می‌خواهیم که خودش این کار را انجام دهد؛ و ما ایرادات او را در حین انجام کار رفع می‌کنیم» (مشارکت‌کننده شماره ۸).

«من فکر می‌کنم بهترین راه‌ها این‌ها باشد: آموزش به بیمار و خانواده‌اش، پیگیری بیماران از طریق تلفن، توزیع بسته‌های آموزشی برای بیماران و خانواده‌هایشان، آموزش خود مراقبتی از طریق رسانه‌های جمعی مثل تلویزیون، انجام مرتب معاینات و مراقبت‌ها مخصوصاً در مورد بیماران مزمن» (مشارکت‌کننده شماره ۱۳).

بحث

در این مطالعه بارزترین درون‌مایه توصیف شده از مفهوم سواد سلامت که توسط بهورزان ارائه گردید؛ افزایش آگاهی، توانایی کسب اطلاعات بهداشتی و توانایی استفاده از اطلاعات بهداشتی بود؛ که این مفهوم با تعاریف مربوط به سواد سلامت مطابقت داشت. سواد سلامتی بنا به تعریف

نداشت؛ و بهورزان بر اساس تجربیات، حدس و گمان‌های خود برای سنجش سواد سلامت بیماران اقدام می‌نمودند. نتایج مطالعه نشان داد که بهورزان در خصوص شیوه‌ها و روش‌های علمی سنجش سواد سلامت آگاهی چندانی نداشتند. مطالعه Barrett نشان داد، اکثر پزشکان و کارکنان بهداشتی در خصوص استفاده از ابزارهای ارتباطی استاندارد و تکنیک‌های رسمی جهت ارزیابی سواد سلامت بیماران خود آگاهی کافی نداشتند و یا از روش‌ها و تکنیک‌های علمی استفاده نمی‌کنند (۷). مطالعه Schillinger و همکاران نشان داد که پزشکان شاغل در بخش مراقبت‌های بهداشتی، تنها در ۲۰ درصد بیماران از تکنیک‌ها و شیوه‌های استاندارد ارزیابی سواد سلامت استفاده می‌نمایند؛ و این می‌تواند نشانگر یک فرصت از دست رفته باشد که ممکن است پیامدهای بالینی ناگواری به همراه داشته باشد (۲۴). در مطالعه‌ای که توسط Cafiero و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد که سطح آگاهی پرستاران در مورد سواد سلامت پایین است؛ و ۶۶ درصد از پرستاران گزارش کردند که هرگز یا فقط گاهی اوقات در برنامه‌های آموزشی، سواد سلامت مراجعین خود را ارزیابی کرده‌اند (۲۵).

حوزه مورد بررسی در برنامه سواد سلامت در عمل، در این پژوهش شامل: ارتباطات گفتاری، نوشتاری، سیستم‌های حمایتی و توانمندسازی و مراقبت از خود بود. در این تحقیق ما اقدام به بررسی وضعیت کنونی چهار حوزه تغییر که در ارتقاء سواد سلامت در عمل مهم هستند نموده‌ایم. مهم‌ترین درون‌مایه‌های اشاره شده توسط بهورزان در خصوص ارتقاء مهارت گفتاری؛ استفاده از لهجه و گویش محلی در آموزش‌ها، بازخورد گرفتن و پیگیری بیمار، عدم استفاده از کلمات و اصطلاحات پیچیده پزشکی بود. مطالعات نشان داده است که ارتباطات گفتاری مناسب برای تبادل اطلاعات واضح و باکیفیت، بین پزشک و بیمار در هر سطح سواد سلامت، فرصت مناسبی برای جلوگیری از اتلاف وقت پزشکان بوده و می‌تواند تأثیر زیادی بر سلامت و پایداری بیماران داشته باشد (۲۵). در نتایج مطالعه Neeman و همکاران نیز سطح ارتباطات گفتاری پزشکان پایین گزارش شد، به نحوی که تنها ۳۸ درصد از بیماران قبل از مداخله،

سازمان جهانی بهداشت: مهارت‌های شناختی و اجتماعی است که منجر می‌شود به انگیزش و توانایی افراد برای کسب، درک و استفاده از اطلاعات؛ به گونه‌ای که باعث ارتقاء و نگهداری سلامت شود (۱۸). تعیین‌کننده‌های سواد سلامت ناکافی موضوع دیگری بود که توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه مورد تبادل نظر قرار گرفت. مهم‌ترین عواملی که از نظر بهورزان موجب سواد سلامت ناکافی بود؛ عوامل فرهنگی و محیطی، سواد پایین، عوامل اقتصادی و عوامل فردی و انگیزشی بود. از جمله عوامل فرهنگی که بهورزان نام بردند، می‌توان به خرافات، سنت‌گرایی، عقاید و اعتقادات افراد اشاره کرد. عوامل محیطی نام برده شده توسط شرکت‌کنندگان؛ عدم دسترسی به محیط‌های آموزشی در مقاطع دانشگاهی در منطقه، محرومیت منطقه، تأثیر خانواده و اطرافیان بود. در مطالعه جوادزاده و همکاران سواد سلامت ناکافی در افراد کم درآمد و با تحصیلات کمتر شایع‌تر بود (۱۹). در مطالعه Von Wagner نتایج مطالعه نشان داد، عوامل اقتصادی و سطح درآمد افراد در سواد سلامت نمونه‌های پژوهش تأثیرگذار بود؛ به نحوی که افراد با سطح سواد و درآمد پایین‌تر از نمره سواد سلامت پایین‌تری برخوردار بودند (۲۰). Kutner در مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی ملی سواد سلامت بزرگسالان در آمریکا نشان داد سواد سلامت افرادی که از موقعیت اقتصادی و سطح سواد پایین‌تری برخوردار بودند نسبت به سایر افراد در سطح پایین‌تری قرار داشت (۲۱). مطالعات مختلف تأثیر عوامل فرهنگی و محیطی افراد را بر سطح سواد سلامت آنان نشان داده است. مطالعه قنبری و همکاران اختلاف معنی‌داری میان سطح سواد سلامت مراجعان مراکز بهداشتی درمانی نقاط شهری با روستایی را نشان داد (۲۲). مطالعه Jovic و Vranes و همکاران نیز تأثیر عوامل محیطی و فرهنگی را بر سطح سواد سلامت نمونه‌های پژوهش خود نشان داد (۲۳).

درون‌مایه دیگر، تشخیص سواد سلامت افراد توسط کارکنان بهداشتی بود؛ که بهورزان روش‌ها و شیوه‌های پیشنهادی مختلفی را برای سنجش سواد سلامت مراجعین مطرح نمودند؛ در میان پیشنهادها ابزار و مقیاس علمی وجود

در حوزه ارتقاء سیستم‌های حمایتی، بهورزان نظرات و تجربیات خود را بیان کردند؛ که مهم‌ترین آن‌ها، جلب کمک‌های حمایتی از سایر افراد و بخش‌ها و نهادهای دولتی و غیردولتی، و مشخص نمودن مسیر ارجاع بود. در حوزه توانمندسازی؛ تشویق بیماران به پرسش سؤالاتشان، شرکت دادن بیمار در انتخاب مناسب‌ترین شیوه خود مراقبتی، آموزش بیماران جهت مصرف صحیح دارو بود؛ همچنین در حوزه بهبود سیستم‌های حمایتی؛ یاری‌دادن به بیمار جهت تأمین داروی مقرون به صرفه، پیگیری کافی بیمار پس از ارجاع، بروز رسانی لیست کامل محل‌های ارجاع می‌تواند در جهت ارتقاء حوزه توانمندسازی و مراقبت از خود مؤثر باشد. مهم‌ترین درون‌مایه‌های ناشی از بیان نظرات و تجربیات بهورزان در حوزه ارتقاء توانمندسازی و مراقبت از خود شامل: بازخورد گرفتن از بیمار، آموزش خود مراقبتی و نحوه پایبندی به مصرف دارو بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، چنانچه مداخلات آموزشی مناسب، به‌منظور ارتقای سواد سلامت بهورزان به‌عنوان اولین خط تماس با بیماران، در چهار حوزه مهارت‌های گفتاری، نوشتاری، توانمندسازی و سیستم‌های حمایتی صورت پذیرد، منجر به افزایش آگاهی این کارکنان در ارزیابی سواد سلامت و آموزش بر اساس سطح سواد سلامت بیمار خواهد شد. درک بهتر بیماران از آموزش‌ها؛ به ارتقاء توان خود مراقبتی و درنهایت استفاده مناسب از خدمات و کاهش عوارض بیماری و هزینه‌های تحمیلی منجر خواهد شد. نتایج این مطالعه می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش‌های آینده در زمینه به‌کارگیری شیوه‌های ارتقاء سواد سلامت ایجاد نماید. استفاده از راهکارهای ارائه شده در این مطالعه می‌تواند به توسعه روش‌های آموزشی در ارتقاء سواد سلامت و بهبود مهارت‌های ارتباطی کارکنان و بیماران کمک کند. پیشنهاد می‌شود؛ مطالعات کیفی با برگزاری جلسات بحث گروهی در بین پزشکان و اعضای گروه‌های سلامت و کارکنان و مراقبین بهداشتی درگیر طرح تحول سلامت جهت شنیدن

احساس می‌کردند که مشکلات و سؤالاتشان به اندازه کافی توسط پزشک پاسخ داده شده است (۲۶). در این مطالعه در جلسات بحث گروهی به کنکاش باورها و نگرش بهورزان در خصوص نقش ارتباطات نوشتاری در بهبود سواد سلامت پرداخته شد. آن‌ها تجربیات خود را از چگونگی درک بیماران از مواد نوشتاری موجود در خانه‌های بهداشت بیان نمودند. در حوزه ارتقاء مهارت‌های نوشتاری بهورزان نظرات و تجربیات خود را بیان کردند؛ که مهم‌ترین آن‌ها استفاده از مطالب نوشتاری ساده و قابل فهم، استفاده از مطالب متناسب با سواد همه افراد و گروه‌ها در آموزش‌ها، مصور بودن مطالب نوشتاری و مختصر بودن مطالب بود. در حوزه مهارت ارتباطات نوشتاری؛ وجود رسانه‌های نوشتاری به زبان ساده و مصور، پیش‌آزمون رسانه‌ها و قابل فهم بودن نتایج آزمایش‌ها، ثبت زمان مراقبت بعدی و قابل دید بودن مطالب بهداشتی از روی بردها و تابلوهای اطلاعاتی خانه‌های بهداشت تأثیرگذار می‌باشد. مطالعه Williams و همکاران نشان داد که رسانه‌های غیر چاپی یکی از راه‌های مؤثر برای ارائه پیام بهداشتی به افراد با سواد سلامت ناکافی بود (۲۷). Lennon و Wallace دریافتند که ۷۵ درصد از جزوه‌های آموزشی برای بیماران آمریکایی، بالاتر از میانگین سطح سواد آن‌ها نوشته شده بود (۲۸). کارگروه ملی سواد 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 (۲۹). نتایج مطالعه Jacobson و همکاران نشان داد، یک 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 (۳۰). Houts و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، استفاده از دستورالعمل‌های گویای پزشکی به همراه تصاویر بامعنا، می‌تواند یادگیری ماندگارتری در افراد با سواد و همچنین در افراد با سواد سلامت کمتر ایجاد نماید؛ به‌طوری که مدت‌زمان ماندگاری اطلاعات در ذهن افراد با سواد در مطالعه یاد شده، از ۱۴ درصد به ۸۵ درصد افزایش نشان می‌داد (۳۱).

دانشکده بهداشت جهت حمایت از این طرح تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین از مدیران و بهورزان شبکه بهداشت شهرستان خواف سپاسگزاری می‌گردد.

اظهارنظرها و مشکلات در راستای شناسایی و ریشه‌یابی علل اصلی ضعف ارتباط اثربخش کارکنان با بیماران دارای سواد سلامت ناکافی، صورت گیرد.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1395.13، مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین

References

1. 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. *Diabet Med* 2006; 23(5): 544-56.
2. Safriet BJ. Closing the gap between can and may in health-care providers' scopes of practice: A primer for policymakers. *Yale Journal on Regulation* 2002; 19(2): 301-34.
3. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Van Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Diabetes Care* 2001; 24(10): 1821-33.
4. Peyman N, Behzad F, Taghipour A, Esmaily H. Evaluation of communication between healthcare workers and patients with chronic diseases according to their levels of health literacy. *Journal of Research & Health* 2014; 4(1): 599-607.
5. Chen AM, Yehle KS, Plake KS, Murawski MM, Mason HL. Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2011; 26(6): 446-51.
6. Safer RS, Keenan J. Health literacy: The gap between physicians and patients. *Am Fam Physician* 2005; 72(3):463-8.
7. Barrett S, Westpheling K, Puryear JS. Health literacy practices in primary care settings: Examples from the field. New York: Commonwealth Fund; 2008.
8. Tehrani Banihashemi SA, Amir Khani MA, Haghdoust AA, Alavian M, Asgharifard H, Baradaran H, et al. Health literacy and the influencing factors: A study in five provinces of Iran. *Strides in Development of Medical Education* 2007; 4(1): 1-9. [In Persian].
9. 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. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2014; 23(1): 134-43. [In Persian].
10. Tavousi M, Haeri Mehrizi AA, Rafiefar S, Solimanian A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: Findings from a national study. *Payesh* 2016; 15(1): 95-102. [In Persian]
11. Nekoei-Moghadam M, Parva S, Amiresmaili M, Baneshi M. Health literacy and utilization of health services in Kerman urban Area 2011. *The Journal of Tolooebehdasht* 2013; 11(14): 123-34.
12. McCray AT. Promoting health literacy. *J Am Med Inform Assoc* 2005; 12(2): 152-63.
13. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21(8): 878-83.
14. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995–2025: Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care* 1998; 21(9): 1414-31.
15. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, et al. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. 2nd ed. Denver, Colorado: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
16. Tehrani H, Zarei F, Behzad F, Peyman N. Educational-communicative factors affecting the health literacy of people with chronic diseases from the perspective of health staff: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2018; 7(3): 26-36. [In Persian].
17. Hemmati Maslak Pak M, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: a qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. *Koomesh* 2011; 12(2): 144-51. [In Persian].

18. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2015; 14(3): 199-208. [In Persian].
19. Javadzade SH, Sharifirad G, Reisi M, Tavassoli E, Rajati F. Health literacy among adults in isfahan. *Journal of Health System Research* 2013; 9(5): 540-9. [In Persian].
20. 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 Community Health* 2007; 61(12): 1086-90.
21. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington, DC: National Center for Education Statistics; 2006.
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): 1-12. [In Persian].
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 (Oxf)* 2009; 31(4):490-5.
24. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med* 2003; 163(1): 83-90.
25. Cafiero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. *J Health Commun* 2013; 18(sup1): 70-81.
26. 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. *Int J Qual Health Care* 2011; 24(4): 357-64.
27. 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. *Arch Intern Med* 1998; 158(2): 166-72.
28. Wallace LS, Lennon ES. American Academy of Family Physicians patient education materials: Can patients read them? *Fam Med* 2004; 36(8): 571-4.
29. Parker R. Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International* 2000; 15(4): 277-83.
30. 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.
31. Houts PS, Witmer JT, Egeth HE, Loscalzo MJ, Zabora JR. Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II. *Patient Educ Couns* 2001; 43(3): 231-42.

Understanding the Concept of Health Literacy by Health Personnel: A Qualitative Content Analysis

Khaled Samiee Roudi¹ , Nooshin Peyman² 

Original Article

Abstract

Introduction: Health literacy is known as one of the main health determinants. Health personnel are pioneer in providing healthcare services in the health system of the country. To play their main role in the society, health personnel should have appropriate understanding and attitude towards the concept of health literacy to respond to the needs of society, especially the needs of patients with inadequate health literacy.

Method: This qualitative research was based on the content analysis and conducted among 30 healthcare centers affiliated to Khaf Healthcare Network on 22 health personnel for three months in 2014. Data collection and analysis were performed simultaneously using qualitative content analysis.

Results: Data analysis resulted in 154 primary codes that were classified into 7 groups. The main problems of health personnel were the lack of enough skills to identify patients with inadequate health literacy and lack of knowledge about how to interact with patients effectively.

Conclusion: The results of this study indicating the Perception, attitudes, and performance of health personnel towards effective health literacy determinants will help planners find the most appropriate methods and strategies to promote health literacy among healthcare centers personnel.

Keywords: Health literacy, Health personnel, Qualitative research

Citation: Peyman N, Samiee Roudi K. **Understanding the Concept of Health Literacy by Health Personnel: A Qualitative Content Analysis.** J Qual Res Health Sci 2019; 8(1): 22-32. [In Persian]

Received date: 08.05.2016

Accept date: 01.08.2017

Published: 20.06.2019

1- MSc Health Education, Social determinants of health research center, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

2- Ph.D., Professor of Health Education & Promotion Editor-in-Chief of Health literacy Journal Dean of Department of Health Education & Promotion Social Determinants of Health Research Center, School of Health, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Nooshin Peyman, Email: Peymann@mums.ac.ir