

عوامل آموزشی - ارتباطی مؤثر بر سواد سلامت افراد مبتلا به بیماری مزمن از دیدگاه کارکنان بهداشتی: یک مطالعه کیفی

هادی طهرانی^۱، فاطمه زارعی^۲، فاطمه بهزاد^۳، نوشین پیمان^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سواد سلامت شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم‌گیری در موقعیت‌های مرتبط با سلامتی است و این اصطلاح به معنی مهارت فرد در خواندن و نوشتن در دوران تحصیل نیست. پژوهش حاضر با هدف تبیین دیدگاه‌های کارکنان بهداشتی درباره سواد سلامت و عوامل آموزشی - ارتباطی مؤثر بر آن در مراکز بهداشتی شهرستان مشهد انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع کیفی بود که در آن ۱۲ نفر از کارکنان بهداشتی شاغل در مراکز بهداشتی شهرستان مشهد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد، در ۴ جلسه بحث گروهی شرکت نمودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های ضبط شده جمع‌آوری گردید و به طور هم‌زمان به روش تحلیل کیفی قراردادی (مقایسه مداوم) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس تحلیل دیدگاه مشارکت‌کنندگان، عوامل آموزشی - ارتباطی مؤثر بر سواد سلامت بیماران مزمن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در سه حیطه «کیفیت انتقال دستورات بهداشتی»، «کیفیت برقراری ارتباط و «کمیت انتقال دستورات آموزشی» طبقه‌بندی گردید.

نتیجه‌گیری: شناخت واقعیت‌های موجود با رویکرد واکاوانه در تدوین برنامه‌های آموزشی تغییر رفتار ضروری است. از این رو، سواد سلامت به عنوان یک استراتژی مؤثر در خودمراقبتی بیماران مزمن، مستلزم بهبود عوامل تعدیل‌کننده مانند آموزش و مهارت‌های ارتباطی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: سواد سلامت، بیماری مزمن، مطالعه کیفی، کارکنان سلامت

ارجاع: طهرانی هادی، زارعی فاطمه، بهزاد فاطمه، پیمان نوشین. عوامل آموزشی - ارتباطی مؤثر بر سواد سلامت افراد مبتلا به بیماری مزمن از دیدگاه کارکنان بهداشتی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷ (۳): ۳۳۶-۳۲۶.

تاریخ چاپ: ۹۷/۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۶/۱/۷

- ۱- استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۲- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۴- استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Email: peymann@mums.ac.ir

نویسنده مسؤول: نوشین پیمان

مقدمه

سواد سلامت به عنوان یک مسأله و بحث جهانی در قرن ۲۱ معرفی شده است (۱). بر این اساس، سازمان بهداشت جهانی در گزارش خود سواد سلامت را یکی از بزرگ‌ترین تعیین‌کننده‌های امر سلامت معرفی نمود. از این‌رو، در سال ۲۰۰۸ پیشنهاد ایجاد انجمنی متشکل از همه صاحب‌نظران در این حوزه از سراسر دنیا جهت پایش و هماهنگی فعالیت‌های استراتژیک در خصوص ارتقای سطح سواد سلامت در جوامع مختلف صورت گرفت (۲)؛ به طوری که در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در مکزیک، سواد سلامت یک مهارت شناختی و اجتماعی که تعیین‌کننده انگیزه و قابلیت افراد در دستیابی، درک و به کارگیری اطلاعات به طریقی که منجر به حفظ و ارتقای سلامت آن‌ها شود، معرفی گردید. در این کنفرانس بیان شد که سواد سلامت نه فقط به عنوان یک ویژگی و مشخصه فردی، بلکه لازم است یک تعیین‌کننده کلیدی بهداشت و سلامتی در سطح جمعیت در نظر گرفته شود (۳).

مفهوم سواد سلامت به اهداف ملی «مردم سالم ۲۰۱۰» اضافه گردید و مفهوم «خودمدیریتی» یکی از ۲۰ اولویت مهارت‌های سواد سلامت به شمار آمد. بیانیه منتشر شده نشست سازمان جهانی بهداشت در مورد تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، سواد را به عنوان «نقش مرکزی» در تعیین نابرابری در سلامت در هر دو کشور فقیر و غنی بیان نمود (۴). تحقیقات صورت گرفته در زمینه سواد سلامت به عنوان یک مفهوم فراشناختی، آن را تحت عنوان توانایی بیمار در به کار بردن مهارت‌های سواد در موارد مرتبط با سلامت مانند نسخه‌های دارویی، کارت‌های ویزیت، برچسب‌های دارویی و دستورات مربوط به مراقبت‌های خانگی تعریف می‌کند (۵). بر اساس تعریف مذکور، سواد سلامت کم، نمایانگر مانع اساسی در آموزش بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است (۶).

نتایج یک متاآنالیز بر روی ۸۵ مطالعه، درصد سواد سلامت در دنیا را ناکافی و مرزی برآورد کرد (۷)؛ به طوری که این مقدار بر اساس مطالعه ملی سواد سلامت در آمریکا در سال ۲۰۰۹، ناکافی ذکر شد و تنها ۱۱ درصد بزرگسالان از

سواد سلامت کافی برخوردار بودند. به بیان دیگر، ۲۰ درصد آمریکایی‌ها اطلاعات بهداشتی را درک نمی‌کردند و ۲۷ درصد هم به سختی قادر به فهم آن بودند (۸). در پژوهش دیگری که به طور هم‌زمان در ۳۱ استان ایران انجام شد، حدود نیمی از جمعیت مورد بررسی در کشور از سواد سلامت ناکافی برخوردار بودند (۹).

بر اساس مطالعات مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامت آمریکا، افراد دارای سواد سلامت اندک، با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری ارایه شده توسط متخصصان سلامت را درک می‌نمایند و به دستورات داده شده عمل می‌کنند. بنابراین، وضعیت سلامتی ضعیف‌تری دارند (۳)، میزان بستری شدن و مراجعه به پزشک در آن‌ها بیشتر است (۱۱، ۱۰)، در مهارت‌های خودمراقبتی ضعیف عمل می‌نمایند (۱۲)، مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند (۱۳) و در نتیجه، هزینه‌های پزشکی بیشتری را متحمل می‌شوند (۱۴). سطح پایین سواد سلامت در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، شایع‌تر است. در نتیجه، این افراد به عنوان گروه‌های در معرض خطر اثرات ناخوشایند سطح پایین سواد سلامت به شمار می‌روند (۱۶، ۱۵، ۱۲).

با پیشرفت علم و تکنولوژی و تغییر شیوه زندگی، سیمای سلامت از نظر علت بیماری و مرگ تغییر کرده است؛ به طوری که بیماری‌های مزمن و متابولیک جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار شده است (۱۷). با وجود اقدامات گسترده‌ای که در جهت ارایه خدمات مراقبتی-بهداشتی به بیماران مزمن صورت گرفته است، اما هنوز هم نقایصی در کیفیت ارایه مراقبت به این بیماران وجود دارد (۱۸). در علوم پزشکی، بیماری مزمن به بیماری‌هایی گفته می‌شود که زیاد طول می‌کشند یا به طور ذاتی بلند مدت هستند که از آن جمله می‌توان به آسم، پرفشاری خون و دیابت اشاره نمود. بیماری‌های مزمن نیاز به آموزش بیمار برای دستیابی به کنترل کافی و جلوگیری از عوامل نامطلوب مؤثر بر سلامتی دارد. به عبارت دیگر، بیماران مبتلا به پرفشاری خون به درک چگونگی مصرف صحیح دارو و انتخاب سبک زندگی سالم با اصلاح رژیم غذایی کم‌نمک، کنترل وزن و انجام ورزش،

در طی ملاقات‌های کلینیکی، لازم است پزشکان ارتباط خود را با توجه به سطح سواد سلامت واقعی بیمار متناسب کنند (۲۰). سازمان جهانی بهداشت تعریف گسترده‌تری از سواد سلامت ارائه می‌دهد. «سواد سلامت بیان‌کننده مهارت‌های شناختی و اجتماعی می‌باشد که تعیین‌کننده انگیزش و توانایی فردی برای دستیابی، درک و کاربرد اطلاعات است؛ به شیوه‌ای که سلامتی را ارتقا دهد و آن را حفظ کند» (۲۳).

سواد سلامت بیش از توانایی خواندن پمفلت‌ها و برقراری ملاقات موفق با پزشک است. سواد سلامت با ایجاد دسترسی آسان مردم به اطلاعات بهداشتی و افزایش توانایی آنان در به کار بردن مؤثر این اطلاعات، کلید توانمندسازی مردم محسوب می‌شود. این تعریف به طور قابل توجهی ذات محتوایی آموزش بهداشت و ارتباطات را می‌گستراند (۲۴).

اگر چه در طول چند سال اخیر مطالعات در حوزه سواد سلامت، سنجش سواد سلامت و ساخت ابزارهای اختصاصی سواد سلامت به طور چشمگیری افزایش یافته، اما شکاف بین مفهوم سواد سلامت و مؤلفه‌های مؤثر باقی مانده است و به طور خاص، تحقیقات در زمینه ارتباطات و عوامل تعاملی و سواد سلامت محدود می‌باشد.

در اجرای برنامه‌های آموزشی، ارزیابی ارتباط بین آموزش و قدرت فرهنگی جامعه اهمیت ویژه‌ای دارد. به عبارت دیگر، شناسایی عوامل مؤثر آموزشی-ارتباطی بر سطح سواد سلامت یک بیمار مزمن، فراتر از توصیف کمی معنی‌دار بین متغیرها است. پژوهش‌های کیفی بر خلاف مطالعات کمی که در پی توصیف فراوانی‌ها و تحلیل ارتباط بین متغیرها هستند، ریشه‌های شکل‌گیری نگرش، باور، عادات و رفتار را هدف قرار می‌دهد (۲۵). اگرچه تحقیقات کمی به گسترش دانش حقیقی کمک می‌کند، اما برای کشف و شناسایی چگونگی شکل‌گیری و ارتباط میان مفاهیم بهداشتی در بستر اجتماعی-فرهنگی و در دنیای واقعی انسان کنونی، مطالعات کمی یاری‌رسان نیست. بنابراین، شناسایی اجزای فرهنگ اعم از بایدها و نبایدها در حوزه سلامت حایز اهمیت است. با مرور بر پژوهش‌های انجام شده، مشاهده گردید که تحقیق کیفی مشخصی در زمینه تجارب، ادراک، نیازها و پاسخ‌های کارکنان

نیازمند کسب، درک، ارزیابی و به کارگیری دانش مرتبط هستند. بیماران مبتلا به دیابت نیز علاوه بر رعایت رژیم غذایی، به آگاهی در مورد تزریق انسولین و کنترل میزان قند خونشان نیاز دارند. از این‌رو، نوع آموزش بیمار و نحوه برقراری ارتباط با او نقش مهمی در تسهیل پذیرش تشخیص بیماری و درک تغییرات رفتاری مورد نیاز برای مشارکت فعال بیماران در درمان دارد (۱۹).

نتایج مطالعات نشان داده است که عدم موفقیت برخی از برنامه‌های آموزشی علاوه بر ناکافی بودن سواد سلامت بیمار، با مهارت‌های ارتباطی بین بیمار و درمانگر نیز ارتباط دارد. بنابراین، هر یک از این موارد زمینه‌ساز تضعیف مشارکت فعال بیماران در برنامه‌های آموزشی خواهد بود (۱۹). از طرف دیگر، سواد سلامت وابسته به سطوح پایه‌ای سواد و پتاسیل شناختی فرد می‌باشد. از این‌رو، بیمار با مهارت‌های توسعه نیافته در خواندن و نوشتن، نه تنها در معرض آموزش‌های سنتی بهداشت قرار دارد، بلکه کمتر بر اساس اطلاعات دریافت شده عمل می‌کند و به همین دلیل راهبردهای آموزشی برای ارتقای سطح دانش سلامت نسبت به سایر راهبردهای ارتقا دهنده سواد، کم‌اثر خواهد بود (۲۰).

سواد سلامت نباید تنها توانایی فردی محسوب شود، بلکه به صورت یک فرایند تعاملی بین بیمار و سلامتی و محیط اجتماعی اطراف وی در نظر گرفته می‌شود. بهبود سواد سلامت ممکن است توانایی و انگیزه بیمار را برای پیدا کردن راه‌حل مشکلات بهداشتی افزایش دهد. در واقع، فرایند بهبود سواد سلامت مبتنی بر توانمندسازی، یکی از اهداف مهم ارتباطات بهداشتی می‌باشد (۲۱). بیماران دارای سواد سلامت ناکافی، با موانع بسیاری در زمان دسترسی و استفاده از سیستم مراقبت‌های بهداشتی روبه‌رو هستند. مشکلات سواد سلامت می‌تواند با توانایی بیمار برای شرکت در قرار ملاقات و پیگیری دستورالعمل‌های پزشک ارتباط داشته باشد. بیمار ممکن است سؤالاتش را نپرسد و متنی را امضا کند که درک نکرده است (۲۲). بنابراین، مهارت سواد سلامت هم برای بیماران و هم برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی اهمیت بسزایی دارد. Parker و همکاران توصیه می‌کنند که

بهداشتی در قبال سواد سلامت بیماران انجام نشده و نتایجی در این خصوص منتشر نشده است. بنابراین، مطالعه حاضر مبتنی بر رویکرد تحقیق کیفی و با هدف بررسی دیدگاه کارکنان بهداشتی شاغل در مراکز بهداشتی شهرستان مشهد درباره عوامل مؤثر آموزشی و ارتباطی در سواد سلامت مراجعان دارای بیماری‌های مزمن صورت گرفت.

روش

این پژوهش از نوع کیفی بود که بر روی مراجعان مبتلا به بیماری مزمن در سال ۱۳۹۵ انجام گردید. منظور از مراجعان با بیماری مزمن، افرادی بود که در سطح مراکز جامع سلامت دارای پرونده فعال بودند و شامل زنان و مردان دارای سابقه بیماری دیابت و پرفشاری خون بود. داده‌ها از طریق مصاحبه در جلسات بحث گروهی جمع‌آوری و به روش آنالیز محتوای کیفی قراردادی (مقایسه مداوم) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این روش به کشف و توصیف علل و عوامل آموزشی-ارتباطی تأثیرگذار بر سطح سواد سلامت بیماران مزمن از منظر کارکنان بهداشتی می‌پردازد. از آنجایی که سواد سلامت مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی اعم از دسترسی، خواندن و نوشتن، ارزیابی و تصمیم‌گیری است و عوامل زمینه‌ای فردی-اجتماعی می‌تواند بر آن تأثیرگذار باشد، روش‌شناسی کیفی برای مطالعه حاضر در نظر گرفته شد. در تحقیقات کیفی نمونه‌ها کسانی هستند که بتوانند بیشترین اطلاعات را در مورد پدیده مورد نظر ارائه دهند. این افراد باید به گونه‌ای از جامعه مورد پژوهش انتخاب شوند که قادر باشند اطلاعات غنی و کاملی در اختیار پژوهشگر قرار دهند (۲۶).

نمونه‌ها را ۱۲ نفر از کارکنان بهداشتی شاغل در مرکز بهداشت شماره ۵ شهرستان مشهد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکیل داد. دلیل انتخاب این مرکز به عنوان محل انجام مطالعه، دارا بودن مراجعان زیاد و تنوع کارکنان بهداشتی بود. با توجه به این که در پژوهش حاضر دانش و انگیزه آزمودنی‌ها برای در اختیار قرار دادن داده‌ها مهم می‌باشد، نمونه‌گیری با روش متجانس (Homogeneous sampling) به

دلیل تشابه ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان از نظر حیطة فعالیت شروع شد و بحث گروهی متمرکز تا اشباع داده‌ها (یعنی عدم دریافت داده‌های جدید) ادامه یافت. معیار ورود شرکت‌کنندگان علاوه بر اظهار علاقه و رضایت برای به اشتراک گذاشتن دیدگاه‌ها، اشتغال در مراکز بهداشتی-درمانی بود؛ بدین معنی که مشارکت‌کننده باید فردی شاغل در مرکز بهداشت شماره ۵ شهرستان مشهد باشد و به طور مستقیم به بیماران مبتلا به بیماری مزمن ارائه خدمت نماید. تلاش شد نمونه‌ها با حداکثر تنوع (Maximum variation) به لحاظ سن، جنسیت، سابقه کار، میزان تحصیلات و رتبه کاری انتخاب شوند. از مجموع ۱۲ نفر شرکت‌کننده در بحث‌های گروهی، ۶ نفر (۵۰٪) پزشک، ۲ نفر (۱۶٪) کارشناس تغذیه، ۲ نفر (۱۶٪) کارشناس پرستاری و ۲ نفر (۱۶٪) کارشناس بیماری‌ها بودند که از این تعداد، ۵ نفر (۴۱٪) را مرد و بقیه را زنان تشکیل دادند. همچنین، ۶ نفر از نمونه‌ها (۵۰٪) سابقه کار کمتر از ۷ سال و بقیه سابقه کار بین ۷ تا ۲۴ سال داشتند.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها، بحث گروهی متمرکز بود. گروه متمرکز یک سری بحث‌های گروهی برنامه‌ریزی شده جهت دستیابی به ادراک گروهی از افراد در مورد موضوعی خاص به شکلی مجاز و غیر تهدیدکننده است. در واقع، گروه متمرکز یک جلسه مصاحبه گروهی نیمه ساختاری می‌باشد که پویایی موجود در گروه باعث تشویق افراد به بیان اطلاعات و توصیف احساسات می‌شود که این امر در مصاحبه‌های فردی کمتر اتفاق می‌افتد.

محقق آموزش دیده هدف مطالعه و سؤالات پژوهش را برای مشارکت‌کنندگان شرح داد. در صورت موافقت برای مشارکت و امضای برگه رضایت‌نامه آگاهانه، قرار برگزاری جلسات تعیین گردید. به منظور راحتی مشارکت‌کنندگان، جلسات بحث گروهی در یکی از اتاق‌های موجود و کم‌تردد مرکز بهداشت شماره ۵ صورت گرفت. جلسه با یک سؤال کلی مانند «می‌توانید نظراتان را درباره سواد سلامت در بیماران مزمن بگویید؟» شروع شد. از مشارکت‌کنندگان که به گروه‌های سه نفره تقسیم شدند، درخواست گردید تا هرگونه

(Transferability) برای قوام و استحکام داده‌های کیفی انجام شد.

جهت افزایش مقبولیت داده‌ها سعی در درگیری دایمی مستمر تیم تحقیق به ویژه محقق اصلی با داده‌ها بود. از این‌رو، با تخصیص زمان کافی به شرکت‌کنندگان به صورت بحث گروهی و جلب اعتماد آنان، ضمن درگیری طولانی با داده، بازبینی بحث‌های گروهی و توافق در مورد کدها و طبقات استخراج شده توسط گروه تحقیق، رفع ابهام و صحت داده‌ها از نظرات شرکت‌کنندگان صورت گرفت.

قابلیت اطمینان از صحت داده‌ها با نسخه‌نویسی در اسرع وقت و ثبت دقیق کلیه مراحل پژوهش انجام گرفت. جهت تأییدپذیری یافته‌ها و صحت آنچه استخراج شده است، از مشارکت‌کنندگان درخواست بازنگری شد؛ به طوری که مفاهیم محوری که مورد تأیید مشارکت‌کنندگان نبود، اصلاح و بازنگری گردید.

برای افزایش قابلیت انتقال‌پذیری، یافته‌های استخراج شده توسط دو نفر از متخصصان آموزش بهداشت خارج از تیم تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین، تلاش شد با نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، قابلیت انتقال داده‌ها افزایش یابد. مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی و تأیید گردید و مجوز رسمی برای انجام آن از مسؤولان اخذ شد. پس از آگاه‌سازی و توجیه مشارکت‌کنندگان، رضایت‌نامه آگاهانه به صورت کتبی و شفاهی (حین ضبط نظرات) دریافت شد. موضوعات اخلاقی اعم از رازداری (Confidentiality)، حفظ استقلال (Autonomy) و گمنامی (Anonymity) مشارکت‌کنندگان در طول مدت مطالعه رعایت گردید. همه مشارکت‌کنندگان از هدف مطالعه آگاه بودند و این اجازه را داشتند تا به هر دلیلی از ادامه مشارکت سر باز بزنند. هر مشارکت‌کننده در جلسات بحث گروهی با یک نام مستعار (Pseudonym) صدا می‌شد.

یافته‌ها

در راستای تحلیل داده‌ها، سه طبقه اصلی «کیفیت انتقال دستورات بهداشتی، کیفیت برقراری ارتباط و کمیت انتقال

ادراک، دیدگاه و تجاربی از سواد سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن از مراجعان با بیماری مزمن دارند را در جلسه به بحث بگذارند. مصاحبه با سؤالات تکمیلی (Probing) به منظور جلوگیری از به حاشیه رفتن بحث‌ها و متمرکز شدن به موضوع و شکل‌گیری درک عمیق‌تری از موضوع مورد مطالعه ادامه یافت. این جلسات از طریق یک دستگاه ضبط صوت دیجیتالی ضبط و گفتگوها کلمه به کلمه رونوشت‌برداری (Transcribed verbatim) شد و به طور هم‌زمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. طول مدت جلسات بحث گروهی بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بسته به میزان تمایل مشارکت‌کنندگان جهت اشتراک دیدگاه‌هایشان به طول انجامید. این جلسات در چهار نوبت تکرار گردید.

تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن‌ها شروع و داده‌های جمع‌آوری شده از مصاحبه‌های گروهی به طور هم‌زمان با استفاده از رویکرد تحلیل محتوای کیفی قراردادی (رویکرد مقایسه مداوم) تحلیل شد. به عبارت دیگر، هر مصاحبه گروهی مسیر و جهت مصاحبه گروهی بعدی را شکل می‌داد. پیش‌نویس‌های حاصل از هر مصاحبه گروهی چندین بار مرور شد و داده‌ها به کدهای خام تقلیل یافتند (شکستن داده‌ها به قطعات دارای معنی و نام‌گذاری مفهومی به آن‌ها) و سپس از کدها طبقات تشکیل شد؛ به طوری که کدهای خامی که از نظر مفهومی مشابه بود، در یک دسته (طبقه) گروه‌بندی گردید. طبقات و کدهای هر مصاحبه به منظور شناسایی مشترک با مصاحبه‌های دیگر مقایسه (Constant comparison) و طبقات و زیرطبقات به دست آمده در سطح ویژگی‌ها و ابعاد به یکدیگر مرتبط شد. تحلیل داده‌ها با شناسایی تعدادی از موضوعاتی که جهت شرح دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان درباره عوامل مؤثر آموزشی-ارتباطی بر سواد سلامت بیماران مزمن شکل گرفته بود، پایان یافت.

به منظور بررسی صحت و استحکام علمی نتایج، از روش Guba و Linckulon استفاده گردید (۲۶). از این‌رو، چهار معیار مقبولیت (Credibility)، تأییدپذیری (Conformability)، قابلیت اعتماد (Dependability) و قابلیت انتقال

چیه و یک نفر که درگیر عوارض بیماری شده کلیه، چشم و... را بهشون نشان بدم، شاید باور محکم‌تری برای رعایت رژیم پیدا کنه» (مشارکت‌کننده شماره ۱۱، بحث گروهی ۴).

تأثیر به کارگیری عوامل فرهنگی در کیفیت انتقال پیام و دستورات بهداشتی را یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه بیان کرد: «به نظر من جامعه ما جو مذهبی داره... اگه از پیام مذهبی استفاده کنیم، بیمار حرفمون رو بهتر درک می‌کنه. مثلاً بگیریم مصرف این مقدار قند در حال حاضر حکم حرام برای شما داره. شاید با این روش متقاعد به رعایت رژیم بشود» (مشارکت‌کننده شماره ۳، بحث گروهی ۱).

مشارکت‌کننده دیگری بر ضرورت وضوح و سادگی پیام‌های آموزشی در ارتباط با بیماران مزمن تأکید کرد: «به نظر من مثال‌های عینی می‌تونه به بهبود درک بیماران با سواد سلامت پایین کمک کنه. به عنوان مثال وقتی به بیمار می‌گم قند نخور ممکنه به عوارض بیماری مبتلا شوی. دقیقاً باید مشخص کنم منظورم از قند چیه و یک نفر که درگیر عوارض بیماری شده کلیه، چشم و... را بهشون نشان بدم، شاید باور محکم‌تری برای رعایت رژیم پیدا کنه» (مشارکت‌کننده شماره ۷، بحث گروهی ۲). در ادامه تأثیر به کارگیری عوامل بصری در انتقال کیفی پیام را یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان نمود: «برای بیمارانی که سواد سلامت کافی ندارن، بهتره با کاریکاتور کلیه آموزش‌های خودمراقبتی رو رسم کنیم و بهشون بدیم. مثلاً علایم بالا رفتن فشار خون را با تصویر نمایش بدیم. تصاویر خیلی جدی نباشه که فرد بترسه... با استفاده از رنگ‌ها و خطوط رنگ پریده یا برافروخته را نمایش بدیم. با حالت کم‌دی و کاریکاتور، با تماشای تصویر به علایم و نشانه‌های بالا یا پایین رفتن قند پی ببره... البته لازمه خودمون هم براشون تفسیر کنیم» (مشارکت‌کننده شماره ۱، بحث گروهی ۱).

کیفیت برقراری ارتباط: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که علاوه بر ماهیت پیام‌های انتقال یافته، نحوه تعامل کارکنان بهداشتی با بیماران، عامل مؤثر دیگری بر مهارت درک و ارزیابی پیام بهداشتی می‌باشد و در سواد سلامت بیمار نقش دارد.

دستورات آموزشی» از دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در پاسخ به سؤال اصلی (عوامل آموزشی-ارتباطی مؤثر بر سواد سلامت بیماران مزمن را چگونه توصیف می‌کنید؟) پدیدار شد. در ادامه، طبقات اصلی به همراه زیرطبقات آن آمده است (جدول ۱).

جدول ۱. طبقات و زیرطبقات عوامل آموزشی-ارتباطی مؤثر بر

سواد سلامت

مضمون اصلی	طبقات اصلی	زیرطبقات
سواد سلامت	کیفیت برقراری	گوش کردن فعالانه
بیماران مزمن	ارتباط	پرسش و پاسخ بازخوردی
	کیفیت انتقال	پیام واضح و ساده
	دستورات بهداشتی	پیام تصویری
		پیام مبتنی بر فرهنگ
		پیام جامع و کامل
		پیام عینی و اقی
	کمیت انتقال	اختصاص زمان برای آموزش و
	دستورات آموزشی	گفتگو با بیمار
		دسترسی ساده به محتوای آموزشی

کیفیت انتقال دستورات بهداشتی: از منظر کارکنان

بهداشتی مشارکت‌کننده، یکی از عوامل آموزشی مؤثر بر سواد سلامت بیماران مزمن، ماهیت پیام‌ها و دستورات بهداشتی به لحاظ کیفیت ارسال آن بود. آن‌ها معتقد بودند که پیام و دستورات بهداشتی که توسط کارکنان بهداشتی از پزشک تا کاردان بهداشت خانواده به مراجعان با بیماری مزمن انتقال می‌یابد، نقش بسزایی بر سطح سواد سلامت بیماران دارد. بیشتر کارکنان در راستای تأثیر نحوه انتقال پیام و دستورات بهداشتی به مراجعه با بیماری مزمن معتقد بودند. «بیشتر مواقع کارت مراقبت بیماران ناقص نوشته می‌شه؛ در حالی که باید زمان مراجعه بعدی، میزان قند و فشار خون هنگام ویزیت، نوع و نحوه مصرف داروهاش بعد از هر ویزیت واضح نوشته بشه» (مشارکت‌کننده شماره ۹، بحث گروهی ۴). فرد دیگری معتقد بود: «به نظر من مثال‌های عینی می‌تونه به بهبود درک بیماران با سواد سلامت پایین کمک کنه. به عنوان مثال وقتی به بیمار می‌گم قند نخور ممکنه به عوارض بیماری مبتلا شوی. دقیقاً باید مشخص کنم منظورم از قند

بالا تر) می‌گن مطالب مختلف را روی برد بزنیم که عملاً بیمار مطالب مورد نیازشو به سختی پیدا می‌کنه و از تماشای برد گیج و خسته می‌شه» (مشارکت‌کننده شماره ۶، بحث گروهی ۲). این در حالی است که یکی دیگر از کارکنان (مشارکت‌کننده شماره ۳، بحث گروهی ۱) معتقد بود: «بعضی مطالب و نکات کلیدی رو می‌توان روی برد مخصوصی در محلی که بیمار در انتظار ورود به اتاق پزشک است، قرار داد تا مثلاً اگر پوستر هست پیام را بخونه».

یکی از شرکت‌کنندگان در مورد محل قرار گرفتن پذیرش به عنوان اولین محل دسترسی اطلاعات و دستورات بیان نمود: «به نظر من پذیرش در مرکز بهداشت ما جای مناسبی قرار نگرفته است. باید در کنار درب ورودی باشه؛ چون اکثر بیماران به اتاق ما مراجعه می‌کنن و آدرس اتاق‌های دیگه رو می‌گیرن. اکثراً هم سواد کمی دارن و در خواندن تابلوها مشکل دارن. پس محل قرار گرفتن پذیرش می‌تونه کمک‌کننده باشه» (مشارکت‌کننده شماره ۸، بحث گروهی ۲).

بحث

مطالعه حاضر با هدف درک بهتر مسایل مربوط به سطح سواد سلامت بیماران مبتلا به بیماری مزمن از منظر کارکنان بهداشتی و با استفاده از روش‌شناسی کیفی انجام شد؛ چرا که شکاف بین وضعیت واقعی موجود در جامعه و دانش پژوهشگران نسبت به چپستی و چرایی سواد سلامت در بین بیماران مزمن احساس می‌شد. به عقیده Airhihenbuwa، نقطه شروع کار در برنامه‌های آموزش بهداشت، باید جامعه درگیر در موضوع مورد پژوهش باشد (۲۷). از این رو، مهم‌ترین سؤال تحقیق حاضر تبیین این موضوع بود که از نظر کارکنان بهداشتی، علل و عوامل آموزشی-ارتباطی تأثیرگذار بر سطح سواد سلامت بیماران مزمن چیست؟

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، عوامل آموزشی-ارتباطی درک شده مؤثر بر سواد سلامت بیماران مزمن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شامل «کیفیت انتقال دستورات بهداشتی، کمیت انتقال دستورات آموزشی و کیفیت برقراری ارتباط با بیمار» بود.

یکی از مشارکت‌کنندگان درباره نحوه تعامل خود و اثرش بر میزان درک بیماران این‌گونه توضیح داد: «اگر حواسم کاملاً به بیمار متمرکز بشه، بهش نگاه کنم، به صحبتاش خوب گوش کنم و مشغول کار دیگری نشم، او احساس می‌کنه که بهش توجه دارم و ارتباط بهتری برقرار می‌کنه و شاید ۷۰ درصد درمان انجام می‌شه؛ چون سؤالاش رو می‌پرسم» (مشارکت‌کننده ۱۰، بحث گروهی ۳). «معمولاً در کلاس‌های آموزشی از بیماران می‌خواهیم سؤالاتشان را بپرسن و این موضوع به بیمار کمک می‌کنه سؤالاتشون رو بپرسن و درک بهتری از آموزش‌های ما داشته باشن» (مشارکت‌کننده ۱۱، بحث گروهی ۴). با وجود این که بسیاری از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که دریافت بازخورد در ارزیابی درک بیماران به خصوص در فرایند خودمراقبتی بسیار مهم است، یکی از شرکت‌کنندگان چنین گفت: «دریافت بازخورد از بیماران مسن بسیار مشکل است؛ چون بیمار به صحبت‌های حاشیه‌ای می‌پردازد و کارکنان را خسته می‌کند. لذا اگر واضح صحبت کنیم، نیاز به دریافت بازخورد نیست» (مشارکت‌کننده ۱۲، بحث گروهی ۴). تأثیر و اهمیت زمان اختصاص یافته به آموزش و گفتگو با بیمار را یکی از مشارکت‌کنندگان چنین شرح داد: «وقتی مریضی به ما مراجعه می‌کند، اگر لازم است ۱۵ دقیقه با بیمار صحبت کنیم و از او سؤال کنیم ببینیم مسأله براش مفهوم شده! ما برایش ۵ دقیقه هم وقت نمی‌تونیم بذاریم. این مسأله خیلی در سواد سلامتی بیمار مؤثره... پس ما هم در سواد سلامت پایین مؤثریم» (مشارکت‌کننده ۹، بحث گروهی ۳).

کمیت انتقال دستورات آموزشی: تحلیل نگرش و

دیدگاه کارکنان بهداشتی مشارکت‌کننده نشان داد که در کنار کیفیت پیام‌های آموزشی، دسترسی به پیام و محتوای بهداشتی و آموزشی نیز نقش مؤثری در ظرفیت و مهارت‌های فردی بیمار در سواد سلامت دارد؛ به طوری که آن‌ها معتقد بودند میزان مدت زمان اختصاص یافته از جانب کارکنان بهداشتی در ارایه پیام‌ها و آموزش‌ها، نقش تعدیل‌کننده‌ای در انتقال پیام دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه اظهار داشت: «بیشتر مواقع بردهای ما به قدری شلوغه و (از سطح

بر بعد آگاهی و درک بیماران نسبت به مطالب ارائه شده توسط پزشک تأثیر مناسبی دارد (۳۰).

یکی دیگر از عوامل درک شده مؤثر بر سطح سواد سلامت بیماران مژمن از منظر کارکنان بهداشتی، کیفیت برقراری ارتباط با بیمار بود. شرکت کنندگان معتقد بودند که به کارگیری مداخلات عملی و آموزشی با هدف ارتقای سطح سواد سلامت بیماران، مستلزم استفاده از تکنیک‌های برقراری ارتباط مؤثر است. همچنین، استفاده از رسانه‌های نوشتاری و چاپی به زبان ساده، قابل فهم و مصور، وسایل کمک آموزشی بصری، ابزار کمکی و یادآور مصرف دارو، می‌تواند بر فرایند خودمراقبتی فردی و بهبود سطح سواد سلامت مؤثر باشد. Ratzan و Parker در تحقیق خود پزشکان را به برقراری ارتباط مبتنی بر سطح سواد بیمار توصیه کردند. آن‌ها معتقد بودند که به کارگیری روش‌های ساده در بیان پیام‌های بهداشتی و آموزش به بیمار اعم از استفاده از لغات ساده و غیر تخصصی، کاهش سرعت بیان کلمات و حضور اعضای خانواده حین آموزش به بیمار بسیار مهم است (۲۰).

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر مؤثر بودن نقش محیطی تشویق کننده برای بیان سؤالات و بهبود ساختمان فیزیکی در بهبود کیفیت ارتباط با بیمار، با یافته‌های تحقیق Parker و Ratzan (۲۰) همخوانی داشت. در راستای تأیید نظرات مشارکت‌کنندگان بررسی حاضر، دهقانی و همکاران به مهم‌ترین موانع آموزش به بیمار در بعد مدیریتی، کمبود وقت به دلیل تراکم بار کاری در بعد فردی-مراقبتی و شناخته نشدن نقش پرستاران به عنوان معلم نزد بیماران و جامعه در بعد بیمار و همراهان اشاره کردند (۳۱). به نظر می‌رسد که کیفیت انتقال مطالب دستخوش کیفیت برقراری تعامل با مراجعه‌کننده بود و هدف معطوف به دلیل است؛ به این معنی که موفقیت برنامه‌های آموزشی معطوف به برقراری ارتباط مؤثر با دریافت‌کننده خدمات مراقبتی درمانی می‌باشد.

Sudore و Schillinger نیز در تجزیه و تحلیل مقالات متعدد به این نتیجه رسیدند که مداخلات عملی لازم در ارتقای سواد سلامت، در حوزه پزشک و بیمار (ارتباط بیمار محور، تکنیک‌های برقراری ارتباط روشن، روش‌های

نتایج پژوهش رستمی و همکاران بیانگر نقش مؤثر کم‌سوادی و عدم آگاهی بیمار از حقوق خود در دریافت آموزش‌های قابل ارائه در سیستم مراقبتی-درمانی است. آن‌ها معتقد هستند که بیماران کم‌سوادی و بی‌سوادی نمی‌توانند آگاهی‌ها و مهارت‌های لازم برای مراقبت از خود را کسب نمایند و نباید از آن‌ها انتظار داشت که از دستورات دارویی به طور صحیح پیروی کنند (۲۸). این در حالی است که کارکنان بهداشتی مشارکت‌کننده در بررسی حاضر معتقد بودند که سواد سلامت پایین، زمینه‌ساز عدم مشارکت فعال بیمار در دریافت اطلاعات و آموزش‌های قابل ارائه می‌باشد. به نظر می‌رسد که علاوه بر سواد پایه‌های خواندن و نوشتن، مهارت فراشناختی سواد سلامت نیز مؤلفه تأثیرگذاری در موفقیت برنامه‌های ارتباطی-آموزشی محسوب می‌شود.

تحلیل نظرات شرکت‌کنندگان تحقیق حاضر نشان داد که موفقیت و فرصت کافی جهت طرح سؤالات و ارائه آموزش‌های مورد نیاز در مراکز بهداشتی برای مراجعان فراهم نبوده است. به عبارت دیگر، کارکنان بهداشتی بر این باور هستند که انتقال پیام‌ها و آموزش‌های بهداشتی از کیفیت مناسبی برخوردار نیست؛ چرا که از نظر بیماران مراجعه‌کننده، آموزش‌ها و توضیحات کارکنان بهداشتی وضوح و کفایت لازم برای مراجعان و بیماران را ندارد و بین پیام انتقال یافته توسط کارکنان بهداشتی و آنچه توسط بیمار درک می‌شود، تفاوت وجود دارد. این ضعف به ویژه در زمینه‌هایی همچون چگونگی پیگیری و شرح فرایند خودمراقبتی، نحوه استفاده از وسایل صوتی و تصویری، اصول مصرف دارو و درک نتایج آزمایش‌ها و نسخه‌های پزشکان مشهود بود. Schillinger و همکاران در مطالعه کیفی خود که بر روی بیماران مبتلا به دیابت با سواد سلامت ناکافی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که استفاده پزشکان از اصطلاحات تخصصی، عدم تکرار نکات کلیدی و عدم دریافت بازخورد، از مهم‌ترین مشکلات ارتباطی بیمار و پزشک می‌باشد و بر کیفیت انتقال پیام تأثیرگذار است (۲۹).

نتایج پژوهش Kandula و همکاران نشان داد که به کارگیری وسایل کمک آموزشی مانند ابزارهای چند رسانه‌ای،

نوع آموزش ارایه شده نیز تأثیرگذار است. آموزش و پیامد آن تغییر رفتار بیماران، فرایند پیچیده و در هم تنیده‌ای است که درک و واکاوی لایه‌های اثرگذار آن روش‌شناسی واکاوانه‌ای را می‌طلبد تا بستر مناسبی برای تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت بیماران را فراهم آورد. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر مانند بسیاری از تحقیقات کیفی با محدودیت‌هایی مواجه بود که عدم مشارکت برخی از شرکت‌کنندگان به دلیل مشغله کاری در جلسات بحث گروهی، یکی از رایج‌ترین آن‌ها بود. از این‌رو، تلاش شد تا این محدودیت با زمان‌بندی مناسب مرتفع گردد. انجام تحقیقات با چشم‌انداز وسیع‌تر در حوزه تدوین مداخلات جامع محور جهت ارتقای سواد سلامت بیماران مزمن به سایر محققان علاقمند پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1392.125، مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از مسؤولان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به جهت حمایت از این طرح تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند. همچنین، از مدیران مراکز بهداشت شهرستان‌های مشهد و تمام شرکت‌کنندگان مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

آموزشی مبتنی بر هدف)، در سطح سیستم بهداشتی-درمانی (رسانه‌های نوشتاری قابل فهم، وسایل کمک آموزشی بصری، داروی برجسب‌گذاری شده به طور واضح، خودمدیریتی برنامه‌های پشتیبانی و عدم شرم از محیط‌های بالینی) و در سطح جامعه (تعداد افرادی که از آموزش بزرگسالان برخوردار هستند، آموزش دهندگان سلامت موجود و بهره‌برداری از رسانه‌های جمعی) می‌تواند نتایج درمانی برای بیماران مبتلا به سواد سلامت محدود را بهبود بخشد. در پژوهش آن‌ها بیماران با سواد سلامت محدود (ناکافی و یا مرزی)، از عدم اختصاص وقت کافی پزشکان برای مشاوره با بیماران در خصوص پاسخ به سؤالات مهم، ایجاد مهارت خودمراقبتی، پرسش در مورد مشکلات آنان و پیگیری توصیه‌های درمانی ناراضی بودند (۳۲) که با نتایج تحقیق حاضر مطابقت داشت.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، تحلیل ادراک ارایه دهندگان خدمات سلامت در مراکز جامع سلامت شهر مشهد نسبت به عوامل مؤثر آموزشی-ارتباطی بر سواد سلامت بیماران مزمن مراجعه‌کننده به مراکز سلامت نشان داد که سواد سلامت بیماران مزمن، معطوف به ماهیت ارتباطات از دو منظر کمیت و کیفیت آن و همچنین، محتوای آموزشی ارایه شده است. به عبارت دیگر، سواد سلامت به عنوان یک استراتژی مؤثر در خودمراقبتی بیماران مزمن، مستلزم بهبود عوامل تعدیل‌کننده مانند آموزش و مهارت‌های ارتباطی می‌باشد. در راستای بهبود این فرایند، نه تنها سواد سلامت بیمار، بلکه مهارت ارتباطی و

References

1. Kamali Z, Abedian Z, Sabermohamad A. The Study of health literacy in pregnant women with nausea and vomiting. *Journal of Health Literacy* 2017; 2(2): 96-106. [In Persian].
2. Olyani S, Tehrani H, Esmaily H, Rezaii MM, Vahedian-Shahroodi M. Assessment of health literacy with the Newest Vital Sign and its correlation with body mass index in female adolescent students. *Int J Adolesc Med Health* 2017.
3. Tehrani H. Media health literacy. *Journal of Health Literacy* 2016; 1(3): 141-6. [In Persian].
4. Monsen KA, Chatterjee SB, Timm JE, Poulsen JK, McNaughton DB. Factors explaining variability in health literacy outcomes of public health nursing clients. *Public Health Nurs* 2015; 32(2): 94-100.
5. Fouladi N, Hazrati S, Shabani M, Nejaddadgar N. Investigating middle-aged health literacy in Ardabil. *Journal of Health Literacy* 2017; 2(1): 39-44. [In Persian].

6. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns* 2015; 98(1): 41-8.
7. Santo A, Laizner AM, Shohet L. Exploring the value of audiotapes for health literacy: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2005; 58(3): 235-43.
8. Yin HS, Johnson M, Mendelsohn AL, Abrams MA, Sanders LM, Dreyer BP. The health literacy of parents in the United States: A nationally representative study. *Pediatrics* 2009; 124(Suppl 3): S289-S298.
9. Tavousi M, Haeri Mehrizi A, Rafiefar S, Solimani A, Sarbandi F, Ardestani M, et al. Health literacy in Iran: Findings from a national study. *Payesh Health Monit* 2016; 15(1): 95-102. [In Persian].
10. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health* 2002; 92(8): 1278-83.
11. Serper M, Patzer RE, Curtis LM, Smith SG, O'Connor R, Baker DW, et al. Health literacy, cognitive ability, and functional health status among older adults. *Health Serv Res* 2014; 49(4): 1249-67.
12. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA* 2002; 288(4): 475-82.
13. Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. *BMC Public Health* 2016; 16: 596.
14. Howard DH, Sentell T, Gazmararian JA. Impact of health literacy on socioeconomic and racial differences in health in an elderly population. *J Gen Intern Med* 2006; 21(8): 857-61.
15. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 49.
16. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011; 155(2): 97-107.
17. Tehrani H, Majlessi F, Shojaeizadeh D, Sadeghi R, Hasani Kabootarkhani M. Applying socioecological model to improve women's physical activity: A randomized control trial. *Iran Red Crescent Med J* 2016; 18(3): e21072.
18. Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: Model for promoting process engagement. *ANS Adv Nurs Sci* 2004; 27(1): 70-80.
19. Bains SS, Egede LE. Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. *Diabetes Technol Ther* 2011; 13(3): 335-41.
20. Parker R, Ratzan SC. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *J Health Commun* 2010; 15(Suppl 2): 20-33.
21. Ishikawa H, Kiuchi T. Health literacy and health communication. *Biopsychosoc Med* 2010; 4: 18.
22. Kripalani S, Jacobson TA, Mugalla IC, Cawthon CR, Niesner KJ, Vaccarino V. Health literacy and the quality of physician-patient communication during hospitalization. *J Hosp Med* 2010; 5(5): 269-75.
23. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008; 67(12): 2072-8.
24. Smith SG, Curtis LM, Wardle J, von Wagner C, Wolf MS. Skill set or mind set? Associations between health literacy, patient activation and health. *PLoS One* 2013; 8(9): e74373.
25. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promot Int* 2000; 15(3): 183-4.
26. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Tehrani H, Zarei F. Explanation of unwanted pregnancy from the perspective of family planning service providers: An exploratory study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(12): 18-26. [In Persian].
27. Airhihenbuwa CO. Of culture and multiverse: Renouncing "the universal truth" in health. *J Health Educ* 1999; 30(5): 267-73.
28. Rostami H, Montazam SH, Ghahremanian A. Survey of education barriers from nurses and patients viewpoint. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2010; 18(1): 50-60. [In Persian].
29. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns* 2004; 52(3): 315-23.
30. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Educ Couns* 2009; 75(3): 321-7.
31. Dehghani A, Orang M, Abdollahyfar S, Parviniyan Nasab AM, Vejdani MA. Barriers to patient education in clinical care viewpoints of nurses. *Iran J Med Educ* 2014; 14(4): 332-41. [In Persian].
32. Sudore RL, Schillinger D. Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *J Clin Outcomes Manag* 2009; 16(1): 20-9.

Educational-Communicative Factors Affecting the Health Literacy of People with Chronic Diseases from the Perspective of Health Staff: A Qualitative Study

Hadi Tehrani¹, Fatemeh Zarei², Fatemeh Behzad³, Nooshin Peyman⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Health literacy includes a set of skills in reading, listening, comprehension, analysis, and decision-making in health-related issue. This does not mean the person's ability to read and write during school days. The purpose of this study was to explain the views of health staff on health literacy and educational-communicative factors affecting it in health centers in Mashhad City, Iran.

Method: In this qualitative study, 12 health workers in health centers affiliated to Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran, participated in four focused group discussions. Collected data were recorded and analyzed using contractual content analysis in continuous comparison.

Results: Participant's perspective revealed "quality of health order transferring", "quality of communication", and "quantity of educational orders transferring" as three main educational-communicative factors affecting health literacy of patients with chronic diseases.

Conclusion: Understanding existing facts with the evolutionary approach is necessary in developing curriculums for changing behavior. Hence, health literacy, as an effective strategy for self-care in patients with chronic diseases, requires improved modulators such as education and communication skills.

Keywords: Health literacy, Chronic disease, Qualitative research, Health personnel

Citation: 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.** J Qual Res Health Sci 2018; 7(3): 326-36.

Received date: 27.03.2017

Accept date: 09.03.2018

Published: 06.10.2018

1- Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2- Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Education, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3- MSc Student, Student Research committee, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4- Professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
Corresponding Author: Nooshin Peyman, Email: peymann@mums.ac.ir