

Mashhad University of
Medical Sciences

Navid No

Journal homepage: <https://nnj.mums.ac.ir/>کمیته تحقیقات دانشجویی
معاونت پژوهشی و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی مشهد*Original Article*

The Effect of Health Literacy Strategies Training for Nurses on Their Application in Practice: A Quasi-Experimental Study

Maryam Nasrabadi^{1,2} , Alireza Jafari³ , Nooshin Peyman^{4,5} , Fatemeh Mozaffarian⁶ ,
Melika Babaei⁶ , Mahin Moravejjifar^{1,2} , Toktam Sahragard⁷ , Seyed Abolfazl Mirzai⁶ ,
Jamshid Jamali⁸ , Elham Charoghchian Khorasani^{9,5*}

1. Ph.D. Student, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2. Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran.

4. Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

5. Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

6. Master's degree, Department of Health Education and Health Promotion, Student Research Committee, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

7. Master's student, Department of Health Education and Health Promotion, Student Research Committee, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

8. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

9. Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

*Corresponding author: charoghchiane@mums.ac.ir

Received: 22 June 2025; Revised: 29 August 2025; Accepted: 7 September 2025

Abstract

Background and Aims: Nurses play a key role in promoting patients' health, but they do not apply health literacy strategies in practice. Therefore, this study aimed to determine the effect of training nurses in health literacy strategies on their practical implementation of these strategies in 2023.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted in 2023 on nurses from two hospital wards in Mashhad, Iran. One ward was randomly assigned as the intervention group and another as the control group, with all nurses included through census sampling. Both groups completed a researcher-developed questionnaire assessing the application of health literacy strategies before the intervention, immediately, and three months after the intervention. The intervention group then attended two educational sessions based on four health literacy strategies: enhancing verbal communication, improving written communication, strengthening self-management, and empowering individuals while improving support systems. Data were analyzed using SPSS version 27 with Mann-Whitney and Friedman tests.

Results: All participants in this study were female, held a bachelor's degree, and were married. There was no statistically significant difference in the mean functional health literacy between the intervention and control groups before the intervention ($p = 0.198$), and the effect size at this stage was relatively small (0.277). However, the changes observed immediately after the educational intervention ($p < 0.001$) and three months later ($p = 0.001$) in the intervention group were statistically significant ($p < 0.05$), with the effect sizes reported as large (0.859) and moderate to high (0.634), respectively.

Conclusion: The results of the study showed that teaching health literacy strategies was effective in improving nurses' health literacy. Therefore, it is recommended for nurses to perform such simple and low-cost interventions.

Keywords: Nurse, Health literacy, Nursing Education, Clinical Practice, Nursing Intervention.

Cite this article as: Nasrabadi M, Jafari A, Peyman N, Mozaffarian F, Babaei M, Moravejjifar M, Sahragard T, Mirzai A, Jamali J, Charoghchian Khorasani E. The Effect of Health Literacy Strategies Training for Nurses on Their Application in Practice: A Quasi-Experimental Study. Navid No, 2025; 28(94): 23-37. <https://doi.org/10.22038/nnj.2025.89031.1496>.

E-ISSN: [2645-5927](#) / P-ISSN: [2645-5919](#)

Copyright: © 2025 by the author.

Open Access: This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Publisher's Note: Mashhad University of Medical Sciences remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Mashhad University of
Medical Sciences

نوید نو

Navid No

Journal homepage: <https://nnj.mums.ac.ir/>



کرمشاه دانشگاه علوم پزشکی
کرمشاه

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش استراتژی‌های سواد سلامت به پرستاران بر اجرای آن در عمل: مطالعه نیمه تجربی

مریم نصرآبادی^{۱،۲}، علیرضا جعفری^۳، نوشین پیمان^{۴،۵}، فاطمه مظفریان^۶، ملیکا بابائ^۶، مهین مروجی فر^{۱،۲}، تکتیم صحراگرد^۷، سیدابوالفضل میرزایی^۶، جمشید جمالی^۸، الهام چارچپیان خراسانی^{۹،۵}

۱. دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.

۴. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۵. مرکز تحقیقات تعیین کننده اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۶. کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۷. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۸. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۹. استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: charoghchiane@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۰۱، تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۰۷، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۶

چکیده

مقدمه و هدف: پرستاران نقش مهمی را در ارتقای سلامت بیماران بازی می کنند، اما از استراتژی‌های سواد سلامت در عمل استفاده نمی کنند. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش استراتژی‌های سواد سلامت به پرستاران بر اجرای آن استراتژی‌ها در عمل در سال ۱۴۰۲ انجام گردیده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۴۰۲ بر روی پرستاران در دو بخش بیمارستانی در مشهد، انجام شد. یک بخش به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمون و بخش دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب شد و تمامی پرستاران این بخش‌ها از طریق روش سرشماری وارد مطالعه شدند. پیش از مداخله، پرسشنامه‌ای محقق ساخته درباره به کارگیری استراتژی‌های سواد سلامت توسط هر دو گروه تکمیل گردید. سپس پرستاران گروه آزمون در دو جلسه آموزشی بر اساس چهار استراتژی سواد سلامت شامل ارتقای ارتباط کلامی، ارتقای ارتباط نوشتاری، بهبود خودمدیریتی، توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی شرکت کردند. پرسشنامه مجدداً بلافاصله و سه ماه پس از مداخله در هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ و آزمون‌های من-ویتنی و فریدمن تحلیل گردید.

یافته‌ها: تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش زن، دارای مدرک تحصیلی لیسانس و متأهل بودند. میانگین سواد سلامت در عمل بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت ($p = 0/198$)، و اندازه اثر در این مرحله نیز نسبتاً ضعیف بود ($0/277$). اما تغییرات ایجاد شده بلافاصله پس از مداخله آموزشی ($P < 0/001$) و سه ماه بعد از آن ($P < 0/001$) در گروه آزمون معنی دار بود ($p < 0/05$) و اندازه اثر این تغییرات به ترتیب بسیار قوی ($0/859$) و متوسط به بالا ($0/634$) گزارش شد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که آموزش استراتژی‌های سواد سلامت در ارتقای سواد سلامت پرستاران موثر بود. لذا انجام چنین مداخلات ساده و کم هزینه ای برای پرستاران پیشنهاد می گردد.

کلمات کلیدی: پرستار، سواد سلامت، آموزش پرستاری، تمرین بالینی، مداخله پرستاری.

مقدمه

سواد سلامت، میزان ظرفیت فرد برای به دست آوردن، تفسیر و فهم اطلاعات اولیه و خدمات سلامتی است که برای تصمیم گیری متناسب لازم می‌باشد (۱). امروزه سواد سلامت از مفهومی که محدود به فرد بود، فراتر رفته و به دو قسمت سواد سلامت فردی و محیط سواد سلامت تقسیم می‌شود. این دو جزء، نشان‌دهنده دو عامل غالب است که بر روشی که یک فرد به دسترسی، درک، ارزیابی و کاربرد اطلاعات نیاز دارد، تأثیر گذار است (۲).

سواد سلامتی فردی شامل مهارت، دانش، انگیزه و ظرفیت یک فرد برای دسترسی، درک، ارزیابی و استفاده از اطلاعات برای تصمیم گیری موثر درمورد سلامتی و مراقبت سلامتی و اقدامات مناسب می‌باشد (۳) و محیط سواد سلامتی شامل سیستم‌ها، سیاستها و پروتکل‌ها در سطح محلی، منطقه‌ای، قضایی و ملی است. این موارد شامل مسائل مربوط به نقشه و طرح بندی بیمارستانها، بسته بندی و طراحی محصول سلامتی، مسیرهای ارجاع، بازاریابی اجتماعی، طراحی برنامه های بهداشت عمومی، فرایندهای هماهنگی مراقبت و ارائه موارد دیگری اعم از آموزش، پشتیبانی و زیرساخت برای مردم در مورد سلامتی و مراقبت سلامتی است. این نوع سواد همچنین شامل چگونگی کارکردن افراد در سیستم مراقبت بهداشتی، از جمله فرایندهای ارتباطی و روابط بین مصرف کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است (۴، ۵).

محیط سواد سلامتی، تحت عنوان سازمان سواد سلامت نیز بیان می‌شود که درجه‌ای است که سازمانهای مراقبت سلامتی در حال اجرای استراتژی‌هایی هستند تا برای بیماران فهم اطلاعات سلامتی، هدایت سیستم مراقبت سلامتی، مشارکت در روند مراقبت سلامتی و مدیریت سلامتشان را آسانتر می‌کند (۶، ۷). در مطالعه برگا و همکاران (۲۰۱۹) که به بررسی اقدامات بهبود کیفیت سازمان سواد سلامت با اجماع نظر متخصصان پرداخته بود، از بین ۲۲۳ اقدام شناسایی شده در سازمان سواد سلامت، بیشترین اقدامات یعنی ۵۶ درصد این اقدامات در حوزه ارتباطات قرار داشت (۸).

با بررسی خصوصیات سازمان سواد سلامت در سطح جهان و بررسی چک لیست های این سازمانها، یکی از خصوصیات

اصلی آنها، استفاده از استراتژی های سواد سلامت توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت است (۹)، استراتژی های سواد سلامت، شامل ارتقای چهار حوزه می باشد که در عمل، پیاده سازی آن بسیار مهم است (۱۰). این حوزه ها شامل: ارتقای ارتباطات گفتاری، ارتقای ارتباطات نوشتاری، بهبود خودمدیریتی، توانمندسازی و بهبود سیستم های حمایتی می‌باشد (۱۱). بکارگیری استراتژی های سواد سلامت توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت در عمل، در حقیقت یک رویکرد ساختاریافته برای کمک به بیماران و مراقبین آنها در دستیابی اهداف سلامت می‌باشد (۱۲).

استفاده از استراتژی های سواد سلامت توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت در آموزش به بیماران بسیار مفید بوده و تاثیر چشمگیری بر کیفیت ارائه خدمات دارد، اما شواهد نشان می دهد که ارائه دهندگان خدمات سلامتی، به خصوص پرستاران از استراتژیهای سواد سلامت در عمل استفاده نمی کنند (۱۲-۱۴). این نتایج هشدار دهنده است زیرا پرستاران اغلب تماس قابل توجهی با بیماران دارند و بیشتر در دسترس بیماران قرار دارند. پرستاران اغلب اولین و آخرین نقطه تماس با بیمارانی هستند که به بیمارستان ها یا کلینیک ها مراجعه می‌کنند. علاوه بر این، پرستاران اغلب مسئول پیگیری بیماران پس از مراجعه به پزشک هستند. پرستاران فرصتهای زیادی برای آموزش و توضیح اطلاعات بهداشتی به بیماران دارند. به دلیل سطح بالای تماس بین پرستاران و بیماران، داشتن مهارت‌های لازم برای کمک به بیماران برای پرستاران ضروری است (۱۵).

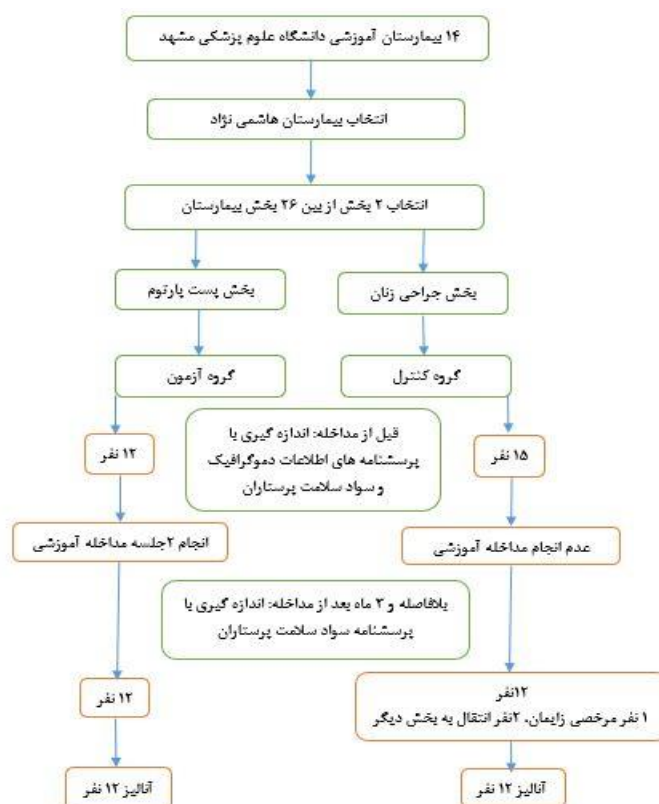
تحقیقات سواد سلامت باید برای طراحی راه حلهای بالقوه به منظور توصیف مشکل حرکت کنند. اکنون وقت آن است که استراتژیهای مداخله مناسب توسعه یابند تا مهارتهای لازم برای پرستاران به تفصیل بیان شود و مطالب آموزشی مناسب برای بیماران در دسترس آنان قرار گیرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش استراتژی‌های سواد سلامت به پرستاران بر اجرای آن استراتژی‌ها در عمل در سال ۱۴۰۲ انجام گردیده است.

روش کار

زنان بعنوان بخش کنترل در نظر گرفته شد، پرستاران بصورت شیفت مخالف برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و تمامی پرستاران هر بخش بصورت تمام شماری وارد مطالعه شدند (شکل ۱).

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: پرستار شاغل در بیمارستان هاشمی نژاد در دو بخش مورد بررسی باشد و رضایت به شرکت در مطالعه داشته باشد. معیار خروج از مطالعه نیز غیبت در حداقل یکی از جلسات آموزشی و همچنین عدم رضایت برای ادامه همکاری در نظر گرفته شد.

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی مداخله‌ای با دو گروه آزمون و کنترل بود که در سال ۱۴۰۲ انجام گردید. روش کار بدین صورت بود که از بین ۱۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، یک بیمارستان بصورت تصادفی با روش قرعه کشی انتخاب شد (بیمارستان شهید هاشمی نژاد). بعد از اخذ مجوز از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، به بیمارستان مراجعه شد و بعد از هماهنگی با معاون آموزشی و مترون بیمارستان دو بخش برای پژوهش به پیشنهاد معاون آموزشی بیمارستان، انتخاب شد: بخش پست پارتوم بعنوان بخش آزمون و بخش



شکل ۱- نمودار جریان نمونه گیری مطالعه

پرستاران در عمل با بررسی پرسشنامه های موجود و با کمک برنامه سواد سلامت در عمل دانشگاه میشیگان (۱۶)، طراحی شد و سپس مراحل روانسنجی آن انجام شد. چهار حوزه تغییر برای ارتقای سواد سلامت شناخته شده است که در عمل، پیاده سازی آن بسیار مهم است. این حوزه های

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه سواد سلامت پرستاران در عمل (جدول ۱) بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، آخرین مدرک تحصیلی، تعداد فرزند و سابقه کار بود و پرسشنامه سواد سلامت

سلامت در عمل دانشگاه میثیگان به تفصیل بیان شده است (۱۶).

مقدار قابل قبول برای نسبت روایی محتوی بر اساس نقاط بحرانی لاوشه برای ۱۴ ارزیاب برابر ۰/۵۱ می باشد. برای تمامی گویه‌ها بیشتر از مقدار بحرانی بود. لذا روایی محتوی مورد تایید است. برای سنجش میزان توافق بین ارزیابها از آماره کاپا استفاده شد. ضریب کاپای بالای ۰/۷۴ عالی، در فاصله ۰/۶ تا ۰/۷۴ خوب و در فاصله ۰/۴ تا ۰/۵۹ ضعیف تفسیر می شود. براساس نتایج، میزان توافق بین ارزیابها در هر گویه مناسب است (جدول ۲).

سپس جهت سنجش پایایی پرسشنامه، از روش آزمون باز آزمون استفاده شده است. بر این اساس پرسشنامه مذکور جهت سنجش اعتبار بازآزمایی، توسط ۱۰ نفر از پرستاران که به صورت تصادفی بعنوان نمونه انتخاب شدند به فاصله دو هفته پاسخ داده شد و ضریب همبستگی درون خوشه ای بین میانگین نمرات دو مرحله محاسبه گردید و مقدار $p = ۰/۰۱۳$ با $۰/۶۴۱$ محاسبه گردید. همچنین آلفای کرونباخ برای ۱۳ سوال $۰/۷۵۷$ بدست آمد.

شامل: ارتقای ارتباطات گفتاری، ارتقای ارتباطات نوشتاری، بهبود خودمدیریتی، توانمندسازی و بهبود سیستم‌های حمایتی می باشد (۱۷). این چهار حوزه تغییر در برنامه سواد این برنامه یک راهبرد اصلی برای تبیین استراتژی های سواد سلامت می باشد، براساس این چهار حوزه تغییر، اگر پرستاران تغییراتی در حوزه ارتباط با بیماران دهند و نکات لازم را در حوزه ارتباطی رعایت کنند می‌توانند یک ارتباط موثر براساس استراتژی های سواد سلامت که باعث ارتقای سواد سلامت بیماران می شود داشته باشند، لذا با استفاده از این برنامه، پرسشنامه ای طراحی شد و روایی و پایایی آن سنجیده شد.

ابدا روایی صوری پرسشنامه بررسی شد. بدین منظور تعداد ۱۴ نسخه در اختیار ۱۴ نفر متخصص که در حوزه سواد سلامت تخصص داشتند، قرار داده شد و از آنها درخواست شد که با توجه به هدف پژوهش در مورد ظاهر پرسشنامه درخصوص هر یک از سوالات بصورت کاملا مناسب، مناسب و نامناسب، اظهار نظر کنند. سپس روایی محتوایی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. میزان CVI برای این پرسشنامه $۰/۹۴$ محاسبه شد و میزان CVR با توجه به اینکه حداقل

جدول ۱- پرسشنامه سواد سلامت در عمل پرستاران

ردیف	سوال	گزینه الف	گزینه ب	گزینه ج	گزینه د	گزینه درست
۱	چگونه به ناکافی بودن سواد سلامت بیمار پی می برید؟	بیمار مدرک تحصیلی پایینی دارد.	بیمار زیاد سوال می پرسد.	از ظاهر بیمار متوجه می شوم.	نمره ناکافی در ارزیابی سواد سلامت	د
۲	در چه صورتی مطمئن می شوید که بیمار صحبت‌های شما را فهمیده است؟	گرفتن بازخورد از بیمار	بیمار می گوید متوجه شدم.	بیمار سوال نمی کند.	بیمار راضی به نظر میرسد.	الف
۳	در اولین برخورد با بیمار چه می کنید؟	از بیمار با لبخند استقبال می کنم.	نیاز بیمار را برطرف می کنم.	به بیمار آموزش می دهم.	بلافاصله درمان بیمار را آغاز می کنم.	الف
۴	در هنگام آموزش به بیمار، چه نکاتی را رعایت می کنید؟	استفاده از زبان ساده و اصطلاحات پزشکی	صحبت کردن با بیمار به صورت سریع و ساده	بیان مطالب و آموزشهای زیاد به بیمار	استفاده از کلمات واضح و ساده و محاوره ای	د
۵	در هنگام صحبت با بیمار، از کدام کلمات برای بیماریهای زیر استفاده می کنید؟	هیپرتانسیون، دیابت، ایکتر، گاستروآنتریت	بیماری فشارخون، دیابت، ایکتر، اسهال و استفراغ	هیپرتانسیون، قند، زردی، گاستروآنتریت	بیماری فشارخون، بیماری قند، زردی، اسهال و استفراغ	د

۶	در چه صورتی متوجه می شوید که مطالب آموزشی که تهیه کرده اید، قابل درک برای بیماران می باشد؟	مطالب را بر روی تعدادی از همکاران پیش آزمون می کنم.	مطالب را بر روی تعدادی از بیماران پیش آزمون می کنم.	با دقت زیاد مطالب را تهیه می کنم و از قابل درک بودن آنها اطمینان خاطر دارم.	از پزشکان متخصص در این زمینه استفاده می کنم.	ب
۷	بهتر است از چه رسانه ای جهت آموزش استفاده کنید؟	مواد آموزشی نوشتاری تهیه شده براساس استراتژی های سواد سلامت برای همه بیماران مناسب است.	تهیه فیلم های آموزشی برای بیماران قابل درک تر است.	بسته به ویژگی های مخاطب می توان از رسانه های متنوعی استفاده کرد.	کانالهای آموزشی در فضای مجازی راه اندازی کرد و بیماران را عضو این کانالها نمود.	ج
۸	در طراحی مطالب آموزشی نوشتاری چه نکاتی را رعایت می کنید؟	مطالب آموزشی باید طراحی ساده، آسان و قابل درک داشته باشند.	مطالب آموزشی باید در سطح تحصیلات دیپلم طراحی شود.	برای اعتبار علمی مطالب، باید از اصطلاحات تخصصی پزشکی استفاده کنیم.	با توجه به اینکه تصاویر و گرافیک فضای صفحه را اشغال می کنند، نباید در طراحی مطالب آموزشی از آنها استفاده نمود.	الف
۹	بعد از ارائه آموزش، از کجا متوجه می شوید که بیمار، مطالب آموزشی شما را درک کرده است؟	از بیمار سوال می کنم، «آیا مطالبی را که برای شما گفتم، فهمیدید؟»	به بیمار می گویم، «مطالبی را که برای گفتم، دوباره برای من بگو.»	به بیمار می گویم، «می شود دوباره مطالب را برای من تکرار کنید تا ببینم همه موارد را گفته ام؟»	از بیمار سوال می کنم، «مطالبی را که گفتم، متوجه شدید؟»	ج
۱۰	زمانی که بیمار سوال می کند، بعد از پاسخ به سوال او چه می کنید؟	بیمار را ترک می کنم.	به کار خود ادامه می دهم.	به بیمار می گویم، «اگر سوال دیگری دارید، می توانم پاسخ بدهم.»	به گونه ای به بیمار پاسخ می دهم که دیگر سوال نپرسد.	ج
۱۱	درخصوص مصرف به موقع داروها در بیماران چه اقدامی انجام می دهید؟	به بیمار آموزش می دهم که داروها را به موقع مصرف کند.	راه های یادآوری مصرف دارو که شامل چارت دارویی، جعبه قرص و... می باشد را به بیمار آموزش می دهم.	از بیمار می خواهم که از دیگران در این زمینه کمک بگیرد.	در این خصوص پرستار وظیفه ای ندارد.	ب
۱۲	در هنگام ارائه آموزش به بیمار در نظر گرفتن کدام نکته اهمیت کمتری دارد؟	وضعیت ظاهر بیمار	لهجه و زبان مادری بیمار	اعتقادات و آداب و رسوم فرهنگی بیمار	وضعیت اقتصادی بیمار	الف
۱۳	اگر بیماری برای مخارج مربوط به درمان و تهیه داروها با مشکل مالی مواجه باشد، چه می کنید؟	به او می گویم باید قبل از دریافت خدمات، مطمئن باشی که قادر به پرداخت هزینه ها هستی، بعد به بیمارستان مراجعه کنی.	یک لیست بروز شده از موسسات خیریه و محلهای ارجاع بیماران بی بضاعت دارم، که بیمار را ارجاع می دهم و بعد پیگیری می کنم.	در حد توان مقداری از هزینه ها را پرداخت می کنم.	اقدامی انجام نمی دهم.	ب

جدول ۲-نمرات CVR، I-CVI و ضریب کاپا به تفکیک سوالات

شماره گویه	نمره CVR	نمره I- CVI	ضریب کاپا	نتیجه
۱	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۸۶	تایید
۲	۱	۱	۱	تایید
۳	۰/۵۷	۰/۸۶	۰/۸۶	تایید
۴	۱	۱	۱	تایید
۵	۱	۱	۱	تایید
۶	۱	۱	۱	تایید
۷	۰/۷۱	۰/۸۶	۰/۸۶	تایید
۸	۰/۸۶	۰/۹۳	۰/۹۳	تایید
۹	۰/۸۶	۱	۱	تایید
۱۰	۱	۱	۱	تایید
۱۱	۰/۷۱	۰/۹۳	۰/۹۳	تایید
۱۲	۰/۸۶	۰/۹۳	۰/۹۳	تایید
۱۳	۰/۵۷	۰/۸۶	۰/۸۶	تایید

پرسشنامه ها در اختیار نمونه‌های مورد پژوهش قرار داده شد و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت و انصراف در مطالعه در هر مرحله از تحقیق به آنان اطمینان خاطر داده شد و داده‌ها در سه مرحله قبل از آموزش، بلافاصله بعد از آموزش و سه ماه بعد از آموزش جمع‌آوری گردید.

با توجه به هماهنگی که با مترون و سوپروایزر بیمارستان انجام شد، امکان برگزاری فقط دو جلسه آموزشی برای پرستاران بود که به صورت دو جلسه کارگاه آموزشی برای گروه آزمون برگزار شد، هر جلسه آموزشی حدوداً ۳ ساعت به طول انجامید. نحوه مداخله آموزشی به صورت برگزاری کلاس آموزشی حضوری با سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، ایفای نقش و استفاده از اسلاید (پاورپوینت)، پخش

فیلم، تخته و مژیک بود و در نهایت پمفلت آموزشی هم به شرکت کنندگان داده شد. گروه کنترل که از شیفت مخالف و بخش دیگر در بیمارستان شرکت کرده بودند، هیچ مداخله آموزشی را دریافت نکردند. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۳ نمایش داده شده است.

ابتدا داده ها وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ گردید و قبل از آنالیز داده ها، با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نرمالیته داده ها مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به اینکه داده ها نرمال نبودند از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده گردید. برای مقایسه بین گروهی از آزمون من ویتنی و برای مقایسه درون گروهی از آزمون فریدمن استفاده گردید و داده ها در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۳- برنامه مداخله آموزش استراتژی های سواد سلامت به پرستاران در گروه آزمون

جلسات	تکنیکهای تغییر رفتار	استراتژی های مداخله
جلسه اول	سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش فیلم، بحث گروهی	معارفه و آشنایی، بیان اهداف و ضرورت، تعریف سواد سلامت، حوزه های سواد سلامت، سواد ارتباطات گفتاری، ابزارهای سواد گفتاری، سواد ارتباطات نوشتاری، ضرورت ارتباطات نوشتاری، ابزارهای سواد نوشتاری، روش تهیه رسانه نوشتاری مناسب، بررسی یک رسانه کارگروهی، نمایش فیلم و نقد رسانه های نوشتاری
جلسه دوم	سخنرانی، پرسش و پاسخ، نمایش فیلم، بحث گروهی	اجزای فرایند ارتباط، عوامل موثر در ارتباط، اشکال ارتباط با بیمار، مراحل ارتباط پرستار با بیمار، موانع برقراری ارتباط با بیمار، ارتباط صحیح درمانی، نمایش فیلم و نقد آن، اهمیت توانمندسازی بیماران، ابزار توانمندسازی بیماران (خودمراقبتی)، مهارت بهبود سیستم های حمایتی (دسترسی به خدمات، ارجاع و پیگیری بیماران)، کارگروهی، اجرای پس آزمون

یافته ها

تعداد فرزند و سابقه ی کار نیز تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

براساس جدول ۳، میزان سواد سلامت پرستاران قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p > 0/05$)، اما بلافاصله بعد از مداخله و ۳ ماه بعد میزان سواد سلامت پرستاران در دو گروه تفاوت معنی داری نشان داد ($p < 0/05$).

در این مطالعه ۲۴ پرستار شرکت داشتند که تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش زن بودند، همه دارای مدرک تحصیلی لیسانس و متاهل بودند، میانگین سنی پرستاران در گروه آزمون $32/36 \pm 4/94$ و در گروه کنترل $29/4 \pm 0/8/10$ بود که نتایج آزمون تی تست تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه نشان نداد ($p > 0/05$) (جدول ۲). چنانچه نتایج جدول ۲ نشان می دهد بین دو گروه از نظر

جدول ۴- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک

متغیر	گروه آزمون		گروه کنترل		سطح معنی داری (آزمون تی تست)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	۳۲/۳۶	۴/۹۴	۲۹/۰۸	۴/۱۰	۰/۰۹۷
تعداد فرزند	۰/۷۵	۱/۰۵	۰/۳۳	۰/۴۹	۰/۲۳۴
سابقه کار	۷/۷۵	۳/۷۷	۷/۱۷	۴/۷۰	۰/۸۰۱

جدول ۵-مقایسه میانه و دامنه میان چارکی نمره سواد سلامت بین گروه آزمون و کنترل پرستاران

متغیر	گروه ها	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۳ ماه بعد از مداخله	سطح معنی داری (آزمون فریدمن)
		میان	دامنه میان چارکی	میان	دامنه میان چارکی
آزمون	۸/۵	۲	۱۳	۱۲/۵	۲/۵
کنترل	۹/۵	۳/۵	۸/۵	۳/۵	۲/۷۵
سواد سلامت	سطح معنی داری (آزمون من ویتنی)	۰/۱۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-
اندازه اثر	۰/۲۷۷	۰/۸۵۹	۰/۶۳۴	-	-

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش استراتژی های سواد سلامت به پرستاران بر اجرای آن استراتژی ها در عمل در سال ۱۴۰۲ انجام گردیده است و چنانچه نتایج این مطالعه نشان داد آموزش استراتژی های سواد سلامت به پرستاران در ارتقای سواد سلامت پرستاران و استفاده از آنها در عمل موثر بود.

در مطالعه حاضر نمره سواد سلامت پرستاران بلافاصله بعد از مداخله آموزشی و سه ماه بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی داری را نشان داد و لیکن این اختلاف در گروه کنترل معنی دار نبود. نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج مطالعه جوادزاده و همکاران (۱۸) با عنوان «بررسی تاثیر آموزش در خصوص بهبود مهارتهای پرستاران جهت به کارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار پرستاران بیمارستان الزهراء اصفهان» همراستا بود، مداخله آموزشی آنها نیز در قالب کارگاه آموزشی سواد سلامت و آموزش به بیمار در دو روز متوالی انجام گردید. نتایج مطالعه جوادزاده و همکاران (۱۸) نشان داد که میانگین نمره آگاهی پرستاران درخصوص مولفه سواد سلامت بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش ارتقا یافته بود و این ارتقا معنی دار بود. همچنین میانگین نمره عملکرد پرستاران درخصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار قبل از آموزش نسبت به بعد از آموزش

ارتقای معناداری یافت. پرسشنامه ها در مطالعه جوادزاده و همکاران (۱۸) در قبل و سه ماه بعد از اجرای مداخله آموزشی تکمیل شد و میزان آگاهی پرستاران را درخصوص مفهوم سواد سلامت و نحوه عملکرد آنها براساس راهبردهای سواد سلامت در حین آموزش به بیمار مورد ارزیابی قرار داد، اما پرسشنامه ای که آنها در مطالعه خود استفاده کرده بودند با پرسشنامه ما متفاوت می باشد. یکی از خصوصیات مطالعه ما طراحی پرسشنامه سواد سلامت پرستاران در عمل می باشد که براساس دستورالعمل استراتژیهای سواد سلامت در عمل (۱۶) طراحی شده است، این پرسشنامه با تعداد محدود ۱۳ سوال تمامی استراتژیهای سواد سلامت را بررسی می نماید.

یکی از مشکلات پرستاران، تشخیص بیماران با سواد سلامت ناکافی می باشد و معمولاً پرستاران برای تشخیص بیماران با سواد سلامت پایین به مدرک تحصیلی بیمار یا ظاهر بیمار بسنده می کنند، حتی ۲۵ درصد از متخصصان سلامت معتقدند که وضعیت سواد سلامتی را می توان با توجه به نژاد، قومیت یا وضعیت اجتماعی اقتصادی تعیین کرد (۱۹) در حالی که تشخیص براساس این موارد اشتباه می باشد، بعضی از پرستاران نیز بیان می کنند که غربالگری بیماران از نظر سواد سلامت پایین زمان زیادی می برد (۳۷٪) یا معتقد بودند که ابزار غربالگری سواد سلامت خوب در

دسترس نیست (۲۰). لذا پرسشنامه ای کوتاه باید درخصوص غربالگری سواد سلامت در اختیار پرستاران قرار داشته باشد تا بدون صرف زمان زیاد بتوانند به سطح سواد سلامت بیمار خود پی ببرند و براساس سطح سواد سلامت بیمار به ارائه آموزش بپردازند.

مساله مهم دیگر که در استراتژی های سواد سلامت وجود دارد مسئله گرفتن بازخورد از بیمار است. بعد از ارائه آموزش به بیمار حتما باید از بیمار به گونه ای مودبانه و محترمانه پرسیده شود: «می شود دوباره مطالب را برای من تکرار کنید تا ببینم همه موارد را گفته ام؟» با چنین سوالی هم عزت بیمار حفظ می شود و هم تکرار مطالب توسط بیمار، آموزش دهنده را مطمئن می کند که بیمار مطالب آموزشی را درک کرده است. اما اکثریت پرستاران نپرسیدن سؤال و راضی به نظر رسیدن بیمار را دال بر درک بیمار می دانند، در مطالعه ای نیز بیان شده که افراد با سواد سلامت پایین اغلب سؤال می پرسند (۲۱). درحالی که عکس این مطلب نیز وجود دارد و محققان خاطرنشان کرده اند که اکثر بیماران دارای مشکل خواندن، شرمنده و ناسازگار هستند آنها معمولاً ناتوانی خود را در خواندن پنهان می کنند و هرگز به نظر نمی رسد که به کمک نیاز داشته باشند. برخی حتی هرگز در این مورد با خانواده خود صحبت نمی کنند، افراد با سواد سلامت پایین معمولاً ارتباط بدتری با ارائه دهندگان مراقبت های خود را تجربه می کنند و کمتر احتمال دارد که سؤال بپرسند (۲۲). بنابراین توانایی برقراری ارتباط موثر یکی از مهمترین و اصلی ترین مهارت های لازم برای ارائه دهندگان خدمات در سیستم بهداشت و درمان محسوب می شود.

یکی از مهمترین زمانها در شکل گیری ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار، اولین برخورد با بیمار می باشد، تعداد کمی از پرستاران اعتقاد دارند که در اولین برخورد با بیمار از وی با لبخند استقبال کنند و بیشتر آنها اعتقاد دارند که باید در اولین برخورد نیاز بیمار، آموزش بیمار و درمان بیمار انجام شود (۱۹)، ارتباط، کلید ایفای نقش در حرفه پرستاری است و در واقع اساس کار پرستاران در مراقبت از بیماران

محسوب میشود ارتباط مناسب علاوه براینکه از نیازهای مهم بیمار است، جنبه بسیار مهمی از مراقبتهای پرستاری است که علاوه بر اطلاع رسانی درباره بیماری و نوع درمان آن به بیمار، به درک نگرانیهای بیمار منجر شده و باعث درک و همدلی بهتر، حمایت روحی و روانی، بهبود پیامدهای جسمی، روانی و رفتاری و فراهم شدن آسایش بیمار میشود و در مقابل، عدم برقراری ارتباط مناسب از مهمترین دلایل عدم شناسایی نیازهای روحی- روانی و اجتماعی بیماران است از همین رو، امروزه آموزش مهارت های ارتباط بین فردی به پرستاران، جزو اصلی ترین راههای ارتقاء کیفیت مراقبتها شناخته میشود، زیرا باعث تغییر رفتار و نگرش آنان نسبت به مفید بودن این مهارتها، ارتقاء رضایت شغلی آنان و همچنین شناسایی نیازها، ایجاد تغییر مثبت در وضعیت بالینی و کسب رضایت بیماران می شود (۲۳-۲۵).

بنابراین رعایت استراتژی های سواد سلامت و استانداردهای ارتباطی در حیطه شفاهی خیلی مهم می باشد، در مطالعه ای که درخصوص درک بیماران از برقراری ارتباط با ارائه دهندگان مراقبت های سلامتی انجام شده بود، نتایج نشان داد که اکثر بیماران توافق کردند که در نحوه به اشتراک گذاشتن اطلاعات، توسط کارکنان سلامت با آنها، به ویژه در بیان اطلاعات به صورت شفاهی به بهبود قابل توجهی نیاز است (۲۶). برای بهبود ارتباط بین بیماران و ارائه دهندگان خدمات، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماریها در سال ۲۰۱۱ توصیه های زیر را ارائه می دهد: ۱- از زبان ساده استفاده کنید، به عنوان مثال، از اصطلاحات پزشکی کمتر استفاده کنید، زیرا درک اصطلاحات پزشکی دشوار است. ۲- در صورتی که اصطلاح آسان تر و آشنا تری برای جایگزینی وجود ندارد، اصطلاحات پزشکی را توضیح دهید. ۳- اطلاعات را به جای یک باره، در چند بخش معنی دار ارائه دهید و ۴- برای اطمینان از درک مراجعه کنندگان از بازخورد استفاده کنید (۲۷). لذا در پرسشنامه حاضر تاکید بر استفاده از کلمات واضح، ساده و محاوره ای شده است، همچنین در بیان بیماری ها توسط پرستاران، در سوالی بیان

را یا درک نمی کنند یا فراموش می کنند (۱۰). سواد سلامت نه تنها از طریق ارتباط کلامی بلکه از کیفیت مواد سلامتی مکتوب نیز تأثیر می پذیرد. بهبود ارتباطات کتبی از اهمیت زیادی برخوردار است زیرا مواد سلامتی که در سطح پائین نوشته شده اند برای افزایش درک اطلاعات سلامتی مفید شناخته شده اند و برای بیماران در تمام سطوح سواد سلامت، نه فقط بیماران مبتلا به سواد سلامت پایین نیز سودمند هستند (۳۰)، اگر چه که بیماران مبتلا به سواد سلامت محدود تقریباً همیشه در درک اطلاعات کتبی سلامتی مشکل دارند (۳۱). در یک مطالعه تحقیقاتی در مورد میزان اطلاعاتی که بیماران واقعاً از مراجعه به پزشک خود به یاد می آورند، محققان دریافتند که توانایی حفظ اطلاعات سلامتی که به صورت شفاهی منتقل می شوند، حتی برای کسانی که مهارت سواد سلامت کافی دارند نیز چالش برانگیز است (۳۲). بنابراین باید به تمامی بیماران بدون توجه به وضعیت سواد سلامتی آنها، آموزشهای مکتوب منطبق بر استراتژی های سواد سلامت ارائه شود.

در مطالعه ای، رابطه بین شیوه های سواد سلامت و رضایت از مواد آموزشی در میان والدینی که کودکان بیمار آنها در یک کلینیک کودکان، بستری بودند، ارزیابی شد، نتایج نشان داد سواد سلامت تأثیر قابل توجهی بر توانایی والدین در تصمیم گیری آگاهانه درباره سلامت، هنگام استفاده از اطلاعات سلامتی از کلینیک دارد، در این مطالعه توصیه شده است که از استراتژی های سواد سلامت استفاده شود تا همه والدین به مواد آموزشی که به زبان ساده برای بیماران نوشته شده اند، دسترسی داشته باشند (۳۳).

امروزه، اطلاعات بهداشتی از منابع مختلف به صورت آنلاین در دسترس است. با این حال، اطلاعات الکترونیکی سلامت همیشه به راحتی در دسترس نیست، به ویژه برای افراد مسن و افراد ساکن در مناطق روستایی که کمتر به اطلاعات آنلاین سلامت دسترسی دارند. اطلاعات الکترونیکی سلامت نیز به دلیل سطح بالای آنها برای خواندن و فهمیدن مناسب نیستند. علاوه بر این، در وب سایت ها هنگامی که

شده تا بجای استفاده از هیپرتانسیون، از نام رایج بیماری فشارخون، بجای استفاده از لفظ بیماری دیابت از بیماری قند، بجای استفاده از عنوان بیماری ایکتر از بیماری زردی و بجای استفاده از گاستروآنتریت از اسهال و استفراغ استفاده شود تا بیماران به درک بهتری دست یابند. متأسفانه در سیستم بهداشت و درمان اغلب کشورها، استفاده از اصطلاحات پزشکی در تعاملات روزمره بین ارائه دهنده - بیمار برای بسیاری از متخصصان سلامت معمول است و گزارش شده است تقریباً ۸۱ درصد از برخوردهای ارائه دهنده - بیمار حاوی حداقل یک اصطلاح پزشکی یا اصطلاح غیرشفاف است، با حدود چهار کلمه پزشکی ناآشنا که بطور روتین در هر ویزیت دیده می شود (۲۸) بنابراین به ساده ترین شکل ممکن باید تعامل با بیماران صورت گیرد.

راهبردهای بسیاری برای بهبود سواد سلامت و ارتباطات وجود دارد که می تواند در محیط های بالینی توسط پرستاران مورد استفاده قرار گیرد (۲۳، ۲۹). برای مثال استفاده از تصاویر، می تواند یادآوری و درک بیمار را بهبود بخشد علاوه بر این، ایجاد یک محیط قابل اعتماد برای توانمندسازی و تشویق بیماران به پرسیدن سوالات و مشارکت در مراقبت های بهداشتی خود می تواند درک و مراقبت از خود را افزایش دهد (۲۳). زیرا بیماران مبتلا به سواد سلامت محدود، اغلب خجالت می کشند اعتراف کنند که درک نمی کنند و در صورت لزوم کمتر می توانند سوال کنند (۲۲). بنابراین باید بیماران با برخورد مناسب پرستار، تشویق به سوال کردن بشوند. راهبردهای مهم دیگر باید شامل استفاده از پرسیدن سوالات باز و حصول اطمینان از ارتباطات واضح در هنگام قرار ملاقات پزشکی باشد.

در محیط های بهداشتی و درمانی، علاوه بر رعایت استراتژی ها در حیطه تعامل شفاهی، باید در حیطه نوشتاری نیز این استراتژیها را رعایت کرد. دی والت و همکاران گزارش کردند که بیماران قادر به درک و حفظ تقریباً نیمی از اطلاعات که به صورت شفاهی توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی که با آنها ارتباط برقرار کرده اند هستند و نیم دیگر

محتوای بیش از حد وجود دارد و وب سایتها نیز کاربر پسند نیستند، درک اطلاعات سالمی دشوار است (۳۴).

متن زیاد نوشتاری و اصطلاحات پیچیده در یک رسانه منجر به ناتوانی در درک و خواندن آن می شود. توانایی خواندن یک بیمار اغلب پایین تر از سطح مواد نوشتاری تهیه شده است. علاوه بر این گاهی بیماران جواب مسایل پیچیده در مورد بیماریشان را در مواد نوشتاری سخت پیدا می کنند. استفاده از مواد نوشته شده که راحت تر قابل خواندن است، ممکنست فرصتی باشد که بیماران آن را به درستی استفاده کنند در نتیجه منجر به صرفه جویی در وقت کارکنان و بهبود نتایج سلامت بیمار شود. بنابراین، توسعه مواد بهداشتی مختلف با خوانایی و تصویرسازی آسان، به ویژه آنهایی که سواد کمی دارند، مورد نیاز است. هم پرستاران و هم سازمان های بهداشتی باید به آن توجه کنند. مطالعه ای نشان داد که فقط ۷۰ درصد پرستاران در نظر گرفتن ویژگی های مخاطب را جهت تهیه رسانه مناسب گزارش کردند و ۹۵ درصد آنان به طراحی ساده و آسان و قابل درک بودن اشاره کردند (۱۲، ۲۱).

مطالعات نشان داده اند که مهارت های ناکافی نوشتاری پزشکان و پرستاران، مانع از به دست آوردن یک تاریخچه ی دقیق از بیمار شود، همچنین می تواند توانایی درک بیماران را در درک توصیه های پزشکی، مصرف صحیح دارو، شرکت در برنامه های خودمراقبتی و تصمیم گیری در انتخاب آگاهانه مراقبت های بهداشتی را تحت تاثیر قرار دهد. چنانچه اغلب مطالعات نشان می دهند که بیماران مبتلا به بیماری های مزمن دارای مهارتهای سواد سلامت محدود هستند (۳۵-۳۷).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله آموزشی در ارتقای سواد سلامت پرستاران تأثیرگذار است. از آنجا که سواد سلامت نه تنها یک ویژگی فردی یا عامل خطر برای پیامدهای ضعیف تر سلامت محسوب نمی شود، بلکه به عنوان

سواد سلامت می تواند بسیاری از جنبه های زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد زیرا کسانی که سواد محدودی دارند، احتمال بیشتری دارد که در معرض خطر سلامت، فقر اجتماعی و اقتصادی باشند. بسیاری از محققین به این نتیجه رسیده اند که سواد سلامت نه تنها توانایی های افراد را بهبود می بخشد، بلکه موانع درک بیمار از سیستم سلامت را نیز برطرف می کند (۳۸).

باید در مراکز درمانی بخصوص بیمارستانها امکاناتی جهت ارجاع افراد نیازمند به مددکاری و مراکز خیریه وجود داشته باشد در این خصوص، دی والت و همکاران عقیده دارند که در مورد مشکلات پرداخت هزینه دارو، از مراجعینی که نیازمند هستند، بپرسید و در زمینه درخواست پوشش دارو کمک کنید و افراد را با برنامه هایی که به پرداخت هزینه دارو کمک می کنند ارتباط دهید (۱۰). بنابراین در حیطه حمایتی استراتژی های سواد سلامت باید جهت ارجاع نیازمندان به مراکز مددکاری و خیریه برنامه مشخصی وجود داشته باشد و یک لیست بروزرسانی شده از چنین مراکزی در بیمارستان وجود داشته باشد.

از محدودیت های این مطالعه تعداد کم نمونه ها و همچنین تعداد جلسات آموزشی کم بود که پیشنهاد می شود با استفاده از این پرسشنامه مطالعات مقطعی و مداخله ای در تعداد بیشتری از پرستاران در سطح کشور انجام شود و در صورت وجود نتایج مثبت به صورت روتین برای تمامی پرستاران بصورت برنامه های بازآموزی و ضمن خدمت و بدو استخدام، استراتژیهای سواد سلامت در عمل آموزش داده شود.

یک دارایی و توانمندی مرتبط با خانواده ها، جوامع و سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و اجتماعی شناخته می شود و ابزاری برای توانمندسازی افراد و جوامع در جهت کنترل بیشتر بر سلامت خود به شمار می رود،

و بستری مجدد جلوگیری کرده و در نهایت کیفیت خدمات در نظام سلامت را ارتقا بخشد. افزون بر این، مطالعه حاضر با طراحی پرسشنامه سواد سلامت در عمل برای پرستاران و اجرای مداخله آموزشی، افق تازه‌ای را برای پژوهش‌های آینده در این حوزه گشود.

پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی در این زمینه در برنامه‌های آموزش مداوم، ضمن خدمت و بدو استخدام پرستاران گنجانده شود. چنین آموزش‌هایی می‌تواند با بهبود توانایی پرستاران در آموزش صحیح بیماران، از بروز مشکلاتی مانند خطاهای دارویی، مراجعات مکرر به پزشک

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی با کد طرح ۴۰۱۱۳۹۶ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد تایید شده است. نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت حمایت مالی مراتب تشکر خود را از تمامی پرستاران که در این پژوهش همکاری نمودند را اعلام می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد اخلاق

IR.MUMS.FHMPM.REC.1401.180

از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گردید.

تضاد منافع

هیچ تضاد منافی برای این پژوهش وجود ندارد.

حمایت مالی

این طرح با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

مراجع

- [1] Berkman ND DT, McCormack L. Health literacy: what is it? Journal of health communication. 2010;15(25):9-19.
- [2] Charoghchian Khorasani E, Jafari A, Mahdiadeh M, Tehrani H, Moghzi M, Peyman N. Designing a model of health literacy organization in health care centers in Iran. Journal of Health Literacy. 2023;7(4):44-59.
- [3] Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med. 2006 Aug;21(8):878-83.
- [4] Groene RO. Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain. Journal of Communication in Healthcare. 2011;4(4):227-37.
- [5] Rudd RE. Needed action in health literacy. J Health Psychol. 2013 Aug;18(8):1004-10.
- [6] Brega AG, Albright K, Brach C, Saliba D, Abbey D, et al. Organizational health literacy: Quality improvement measures with expert consensus. Health Literacy Research and Practice. 2019;3(2):e127-e46.
- [7] Charoghchian Khorasani E, Tavakoly Sany SB, Mahdizadeh M, Doosti H, Tehrani H, Moghzi M, Jafari A, Peyman N. Attributes of Organizational Health Literacy in Health Care Centers in Iran: A Qualitative Content Analysis Study. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 17;19(4):2310. doi: 10.3390/ijerph19042310. PMID: 35206492; PMCID: PMC8872005.

- [8] Brega AG, Albright K, Brach C, Saliba D, Abbey D, et al. Organizational health literacy: Quality improvement measures with expert consensus. *Health Literacy Research and Practice*. 2019;3(2): e127-e46.
- [9] Charoghchian Khorasani E, Jafari A, Mahdiadeh M, Tehrani H, Moghzi M, Peyman N. Designing a model of health literacy organization in health care centers in Iran. *Journal of Health Literacy*. 2023;7(4):44-59.
- [10] DeWalt DA BK, Hawk V, Brach C, Hink A, Rudd R, et al. Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nurs Outlook*. 2011;59(2):85-94.
- [11] Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. Effect of education based on the theory of self-efficacy and health literacy strategies on exclusive breastfeeding: A randomized clinical trial. *Koomesh*. 2019;21(4):633-8.
- [12] Javadzade SH, Mostafavi F, Reisi M, Mahaki B, Nasr Esfahani M, Sharifirad G. Relationship between knowledge and implementing health literacy strategies in patient education. *Military Caring Sciences*. 2015;2(1):33-40.
- [13] Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. *Nurs Outlook*. 2011 Mar-Apr;59(2):70-8.
- [14] Ghaseminik F EM, Abbasi Dolatabadi Z. Application of the theory of planned behaviour in nursing care. *IJNR*. 2021;16(5):1-9.
- [15] Prince L. Assessing Organizational Health Literacy at an academic health center: A quantitative research study: University of Arkansas; 2017.
- [16] Julie M, Marguerite R. Health literacy in practice program evaluation report. western Michigan University. School of social work: Educare of southwest Michigan 2011.
- [17] DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Brach C, Hink A, Rudd R, et al. Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nursing outlook*. 2011;59(2):85-94.
- [18] Javadzade SH, Reisi M, Mahaki B, Nasr Esfahani M, Sharifirad G. Investigating the effect of training on improving nurses' skills in order to apply health literacy strategies in teaching the nurses of Al-Zahrai Hospital, Isfahan. The fourth national conference on ways to improve the quality of nursing and midwifery services 2015.
- [19] Jukkala A D, & Graham, S. Knowledge of limited health literacy at an academic health center. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2009;40:298-302.
- [20] Macabasco-O'Connell A, Fry-Bowers EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*. 2011;16(sup3):295-307.
- [21] Chang Y-W, Li T-C, Chen Y-C, Lee J-H, Chang M-C, Huang L-C. Exploring knowledge and experience of health literacy for Chinese-speaking nurses in Taiwan: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(20):7609.
- [22] Paasche-Orlow M W. Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;23(1):100-2..
- [23] Houts PS, Doak CC, Doak LG, Loscalzo MJ. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient education and counseling*. 2006;61(2):173-90.
- [24] Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 2009;47(8):826-34.
- [25] Sultani A, Hadavi M, Heydari S, Shahabinezhad M. Barriers to patient education based on the viewpoints of nurses and nurse managers in hospitals of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2008. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013;12(4):309-18.

- [26] Wynia MK OC. Health literacy and communication quality in health care organizations. *Journal of health communication*. 2010;15(S2):102-15.
- [27] Brega AG B, J., Mabachi, N.M., Weiss, B.D., DeWalt, D.A., Brach, C., . . . West, D.R. . AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Edition. S, editor: Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No.; 2015.
- [28] Castro CM W, C., Wang, F., & Schillinger, D. Babel babble: Physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *American Journal of Health Behavior*. 2007;31 (Suppl 1):S85-S95.
- [29] Kwame A, Petrucka PM. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: A scoping review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;12:100198.
- [30] Pignone M D, D.A., Sheridan, S., Berkman, N., & Lohr, K.N. . Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *General Internal Medicine*. 2005;20(2):185-92.
- [31] BD. W. Reading level: Not the only determinant of readability. *Family Medicine*. 2014;46(7):563.
- [32] McCarthy D W, K., Curtis, L., Engel, K., Baker, D., & Wolf, M. . What did the doctor say? Health literacy and recall of medical information. *Medical Care*. 2012;50:277-82.
- [33] Otal D W, L., Pemberton, J., Nagel, K., Fitzgerald, P., & Walton, J. M. Parent health literacy and satisfaction with plain language education materials in a pediatric surgery outpatient clinic: A pilot study. *Journal of Pediatric Surgery*. 2012;47:964-9.
- [34] Ryan L L, M., McGill, S., Stikes, R., Senior, B., Helinger, B., Davis, D. Evaluation of printed health education materials for use by low-education families. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46:218-28.
- [35] Richard E, Evans T, Williams B. Nursing students' perceptions of preparation to engage in patient education. *Nurse education in practice*. 2018;28:1-6.
- [36] Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC health services research*. 2022;22(1):1148.
- [37] Charoghchian Khorasani E TSS, Orooji A, Ferns G, Peyman N. . Health Literacy in Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Public Health*. 2020;49(5):860-74.
- [38] Gibney S, Bruton L, Ryan C, Doyle G, Rowlands G. Increasing Health Literacy May Reduce Health Inequalities: Evidence from a National Population Survey in Ireland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16).