

## آموزش سواد بهداشتی به بیماران با تاکید بر پیشگیری از عفونت

ارکیده عباسپور

روزیتا صارمی

### 1- مقدمه

عفونت های پوستی و بافت نرم یکی از مسائل مهم جهانی است که کشورهای توسعه یافته با افزایش میزان بروز آن روبرو هستند (بهداشت عمومی منطقه ای 2012). عفونت های پوستی عفونت های باکتریایی پوستی یا زیر پوستی مانند سلولیت، زرد زخم، آبسه و جوش هستند. پوست شکسته ناشی از برش ها، خراش ها، نیش حشرات، آگزما، خراش ها و آبله مرغان نیز می تواند به عفونت های پوستی منجر شود. عفونت های پوستی می توانند بسیار جدی شوند زیرا باکتری ها بافت های اطراف را احاطه می کنند و منجر به شرایطی مانند عفونت خونی و نارسایی کلیه می شود. جدیت عفونت های پوستی با دو این دو اثر نگران کننده می باشند به ویژه برای کودکان و به شدت قابل پیش گیری هستند. یکی از مهمترین شاخص های کیفیت مراقبت های بهداشتی، عفونت بخشی از مراقبت های بهداشتی است که در طول دوره ی بشری فرد شکل می گیرد. این عفونت ها تاثیر بسیار زیادی در آمار مرگ و میر، امنیت بیماران، طولانی شدن مدت بستری، افزایش هزینه های مراقبت می گردند. عفونت ها در مراحل مراقبت بهداشتی بسیار مهم می باشند. طی مرحله ی درمان و مراقبت و کشور های در حال توسعه و توسعه یافته بر اساس آمار (CDC) در سال 2007 عفونت های بیمارستانی بسیار با اهمیت تر از پیشگیری از بیماری در نظر گرفته شده اند.

اما، دشواری در خواندن مواد و مشکل در برقراری ارتباط با ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، دو عاملی است که افراد در زمینه سواد بهداشتی در هنگام دسترسی و استفاده از سیستم مراقبت های بهداشتی با آن روبرو می شوند (راد و همکاران، 1999). اطلاعات بهداشتی اصولا پیچیده و مبهم اند، مخصوصا برای بیماران که دانش بهداشتی کمی دارند. دانش بهداشتی محدود یک چرخه ی خطرناک را می سازد که طی آن یک تسلط حرفه ای ایجاد شده و بیماران همکاری نمی کنند. در واقع بیماران که با دانش بهداشتی کمی زندگی می کنند به احتمال زیاد: توانایی ناقصی نیز در به یاد آوردن اطلاعات بهداشتی نمایش می دهند. اثر شخصی پایینی را نیز در فهم و استفاده از داروهای تجویز شده را به نمایش می گذارند.، ناتوانی در تعبیه استراتژی مناسب برای افزایش استفاده از دارو، آشکار سازی تشدید بیماری ها، نشان دادن خطاهای بهداشتی مداوم و مهم و باعث افزایش هزینه های دارویی می شود. تحقیقات زیادی دانش بهداشتی را مانع معناداری در پایبندی به دارو مورد بررسی قرار داده اند، اگر چه دیگر محققین از این نکته حمایت می کنند که ارتباط بین این دو بعد واضح نیست. خصوصا دانش بهداشتی به عنوان فاکتوری که فاکتور های زاید دیگری را که در پایبندی به

دارو حیاتی هستند را محتمل می سازند. هم چون : آگاهی از کاربرد های پنهانی دارو ها ، اطلاع از ماهیت مواد مخدر ، آگاهی از تاثیرات مفید و مضر که به دارو ها نسبت می دهند. حساسیت فعل و انفعالات مواد و اثرات جانبی آن ها ، و ... در مورد قابلیت اطمینان منابع اطلاعاتی که اثرات و تناسب دارو ها را نشان می دهند. عدم اطمینانی که با اطلاعات بهداشتی همراه می شود ، انتخاب های آگاهانه و شرکت موثر در فرآیند های تامین بهداشت و درمان به فرد توانایی می دهد. در عوض به نوبه خود، توانایی بیماران برای فهم اطلاعات بهداشتی و دسترسی درست به خدمات بهداشت و درمان به مشارکت آن ها بستگی دارد. کیک بوش و همکاران معتقدند که پایه سواد بهداشتی، دسترسی به اطلاعات معتبر است در حالیکه بیشتر مواد مرتبط با سلامت در سطح فراتر از آنچه که اکثر بیماران می توانند درک کنند، نوشته شده است (کیک بوش و همکاران 2005، لواندوسکی و همکاران 2006، زارکادولاس و همکاران 2006، رود و همکاران 1999، رود و همکاران 2007).

## 2- هدف پژوهش

هدف این پژوهش، کشف مفهوم سواد بهداشتی برای بیماران به ویژه در بیماری های عفونی می باشد. این مطالعه به دنبال روشن سازی مفهوم سواد بهداشتی و ویژگی های آن برای کمک به بیماران و کاهش خطرات ناشی از بیماری های عفونی می باشد.

## 3- سوال پژوهش

سواد بهداشتی بیماران دارای بیماری عفونی چیست؟

## 4- روش پژوهش

در این پژوهش با استفاده از روش کتابخانه ای به مطالعه تحلیلی مبانی نظری و پیشینه های مربوط به بیماری های عفونی و سواد بهداشتی بیماران پرداخته شده تا ضمن تمرکز بر تعریفی روشن از سواد بهداشتی و مشخص نمودن تسهیگرها و موانع سواد بهداشتی، به چارچوب جامعی از سواد بهداشتی منجر گردد.

## 5- نتایج

بر اساس مرور مطالعات انجام شده در حوزه سواد بهداشتی موارد زیر به عنوان نشانه های سواد بهداشتی، نشانه های سواد بهداشتی پایین، موانع سواد بهداشتی و تسهیگران توسعه سواد بهداشتی در بیماران دچار عفونت شناخته شده اند.

## 5-1- نشانه های سواد بهداشتی در بیماران عفونی

- 1- درجه ای که افراد قادر به دریافت، پردازش و درک اطلاعات میباشند
- 2- درجه ای که افراد قادر به ارائه خدمات مورد نیاز بین افراد، جوامع، پزشکان بهداشت و سیستم بهداشتی است.
- 3- سواد بهداشتی فراتر از بهبود کیفیت اطلاعات و اطلاعات جاری بین افراد، جوامع، پزشکان بهداشت و سیستم سلامت است.
- 4- سواد بهداشتی نیز به افراد نیاز دارد که بتوانند اطلاعاتی را که از سیستم بهداشتی و سایر منابع دریافت می کنند، تلفیق کنند و تصمیم بگیرند که آیا اطلاعات کافی دارند و اگر نه جمع آوری کنند، و سپس طبق آن اطلاعات عمل کنند.

## 5-2- نشانه های سواد بهداشتی پایین در بیماران عفونی

- برخی رفتارها وجود دارد که ممکن است نشان دهد فرد دارای سواد بهداشتی پایین است، اگرچه این تنها نشانه ای از سواد بهداشتی پایین نیست. این شاخص ها عبارتند از:
- 1- قرار های پزشکی از دست رفته،
  - 2- نادیده گرفتن یا سوء تفاهم در توصیه ها و دستور های پزشکی،
  - 3- تعداد زیادی سوال پرسیدن یا اصلا نپرسیدن،
  - 4- اجتناب از پرکردن فرم ها یا دریافت نسخه های اضافی،
  - 5- عذر خواهی در مورد فراموش کردن عینک خود و نیاز به خواندن اطلاعات در خانه.
  - 6- به ندرت از سیستم های بهداشتی در خواندن مطالب مرتبط با سلامتی در خواست کمک می کنند.

## 5-3- موانع توسعه سواد بهداشتی در بیماران عفونی

- 1- تسلط بیشتر آموزش دهندگان بر گفتار و کلمات برای ارتباط و معنا، به جای زبان بدن و حرکات که نقش مهمی دارند (زارکادولاس و همکاران 2006).
- 2- سخنرانی طولانی منجر به حفظ یکسری موارد در خصوص رعایت بهداشت (که ممکن است ناقص باشد) می گردد (واندرگرافت، 2006)

3- کلی و هیدت (2007) ادعا می کنند که بسیاری از ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی سطح سواد بهداشتی بیماران خود را بیش از پیش ارزیابی می کنند. این به کمبود ارتباطات متمرکز منجر می شود که به نوبه خود منجر به اطلاعاتی می شود که فراتر از درک بیمار است و نتیجه آن عدم پیروی از درمان است.

4- کوه و همکاران (2012) معتقدند: "اغلب شکاف گسترده ای که بین آنچه که ارائه دهندگان قصد انتقال در ارتباطات کتبی دارند و آنچه که بیماران درک می کنند، وجود دارد، فهم بیماران را کاهش می دهد."

5- یکی دیگر از موانع اصلی سواد بهداشتی بار اضافی اطلاعات می باشد. تعداد زیادی از اطلاعات بهداشتی موجود در دسترس بیماران از منابعی است که می تواند درک و یافتن اطلاعات صحیح را دشوار کند (موسسه پزشکی 2004، زارکادولاس و همکاران 2006، کیک بوش و همکاران 2005). یکی دیگر از نتایج افزایش اطلاعات، کاهش یکپارچگی اطلاعات است. برای بیماران وجود اطلاعات متناقضی از منابع اطلاعاتی خود از جمله پزشکان مراقبت های بهداشتی، سیستم بهداشتی، رسانه ها، و خانواده و دوستان خود، غیرعادی است. این مانع سواد بهداشتی مورد تاکید ایگله و همکاران (2006) است که نمونه ای از بیماران ارزیابی شده را پیدا کرد که از نظر آنها ثبات و همسانی اطلاعات بین پزشکان و داروسازان بسیار مهم است.

### 6-3- تسهیلگران توسعه سواد بهداشتی در بیماران عفونی

- 1- استفاده از ارتباط چهره به چهره برای ارائه مشاور پزشکی تا حدی که امکان دارد.
- 2- استفاده از روش teach-back جهت بررسی درک بیمار. این روش شامل ارتباطاتی نظیر پرسیدن و توضیح واستن از بیمار درباره آنچه که گفته شده، می شود.
- 3- خواندن مواد نوشتاری همراه بیماران و ارائه توضیحات کلامی. کمک به توضیحات گفتاری با استفاده از تصاویر و وسایل بصری.
- 4- استفاده از زبان ساده در متون گفتاری و نوشتاری
- 5- استفاده از مطالب آسانتر از طریق توجه بیشتر به طراحی، فونت، طرح و تصاویر (رود و همکاران 2007، وایز 2007).

### 6-4- عواقب سواد بهداشتی پایین در بیماران عفونی

توانایی بیماران برای فهم اطلاعات بهداشتی و دسترسی درست به خدمات بهداشت و درمان به مشارکت آن ها تکیه دارد. از این دیدگاه ،

- 1- دانش بهداشتی محدود یک چرخه ی خطرناک را می سازد که طی آن یک تسلط حرفه ای ایجاد شده و بیماران همکاری نمی کنند.
- 2- بیمارانی که با دانش بهداشتی کمی زندگی می کنند به احتمال زیاد : توانایی ناقصی نیز در به یاد آوردن اطلاعات بهداشتی نمایش می دهند.
- 3- اثر شخصی پایینی را نیز در فهم و استفاده از داروهای تجویز شده را به نمایش می گذارند.
- 4- ناتوانی در تعبیه استراتژی مناسب برای افزایش استفاده از دارو، آشکار سازی تشدید بیماری ها ، نشان دادن خطاهای بهداشتی مداوم و مهم و باعث افزایش هزینه های دارویی می شود.

Baker et al ۲۰۱۲

Institute of Medicine ۲۰۰۴, p ۲; Ministry of Health ۲۰۱۰

Weiss ۲۰۰۷

Rudd et al ۱۹۹۹, p ۱۸۳

Ministry of Health ۲۰۱۰

DeWalt and Hink ۲۰۰۹

Robinson ۲۰۰۸

Craig et al ۲۰۰۷

O'Sullivan et al ۲۰۱۱

Fawthorpe ۲۰۰۷; Ete-Rasch ۲۰۰۹; O'Sullivan and Baker ۲۰۱۲

Baker et al ۲۰۱۲; Turner et al ۲۰۱۱

Morgan, Selak and Bullen ۲۰۰۴

Edwards et al ۲۰۱۲

Kickbusch et al ۲۰۰۵; Levandowski et al ۲۰۰۶; Zarcadoolas et al ۲۰۰۶, Rudd et al ۱۹۹۹; Rudd et al ۲۰۰۷

Zarcadoolas et al ۲۰۰۶

Kickbusch et al ۲۰۰۵; Zarcadoolas et al ۲۰۰۶; Institute of Medicine ۲۰۰۴

Nutbeam ۲۰۰۸; Kickbusch et al ۲۰۰۵; Zarcadoolas et al ۲۰۰۶

Nutbeam 2008

Morgan et al 2009

Ete-Rasch 2009

Leversha, personal communication, September 2012