

## کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده برای پیش بینی قصد و رفتار استفاده از راهبردهای سواد سلامت در پرستاران

مهنوش رئیسی<sup>۳</sup>  
\*فیروزه مصطفوی<sup>۶</sup>

غلامرضا شریفی راد<sup>۲</sup>  
بهزاد مهکی<sup>۵</sup>

همام الدین جوادزاده<sup>۱</sup>  
محمود نصر اصفهانی<sup>۴</sup>

### چکیده

مقدمه: امروزه سواد سلامت یکی از مهمترین اولویت‌ها جهت ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی بوده و یکی از مهمترین اهداف آن، بهبود ارتباط بیمار- درمانگر در حیطه آموزش به بیمار می‌باشد. لذا هدف مطالعه حاضر بررسی عوامل تاثیر گذار بر قصد و رفتار پرستاران جهت بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده می‌باشد.

روش بررسی: مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی به شیوه مقطعی بر روی ۱۴۸ پرستار در بیمارستان آموزشی الزهرای شهر اصفهان انجام شد. نمونه‌های مورد پژوهش به روش نمونه گیری تصادفی آسان انتخاب شدند. قصد و رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار توسط پرسشنامه مبتنی بر نظریه رفتار برنامه ریزی شده مورد سنجش قرار گرفت. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس یکطرفه،  $t$  مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در نرم افزار آماري SPSS v.17 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین میانگین نمره رفتار پرستاران و متغیرهای وضعیت تاهل، شرکت در کلاس‌های بازآموزی، نوع استخدامی، سابقه کار، پست سازمانی ارتباط معنادار آماري وجود داشت. توان پیشگویی کنندگی رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیماران توسط سازه‌های نظریه رفتار برنامه ریزی شده ۳۱ درصد بود. از میان سازه‌های این نظریه، کنترل رفتاری درک شده بهترین پیشگویی کننده قصد ( $\beta = 0/417$ ) و رفتار ( $\beta = 0/319$ ) آزمودنی‌ها برای بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار بود.

نتیجه گیری کلی: نتایج این مطالعه نشان داد که سازه کنترل رفتاری درک شده بهترین پیشگویی کننده قصد و رفتار پرستاران بوده و لذا پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی مدون در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار جهت اثر بخشی بیشتر آن بر سازه کنترل رفتاری درک شده به طور ویژه توجه گردد.

**کلید واژه‌ها:** سواد سلامت، پرستار، آموزش به بیمار

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۲۲

<sup>۱</sup> استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.  
<sup>۲</sup> استاد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.  
<sup>۳</sup> استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.  
<sup>۴</sup> کارشناس پرستاری، مسئول دفتر آموزش سلامت به بیمار، بیمارستان آموزشی الزهرا، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
<sup>۵</sup> استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
<sup>۶</sup> دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (\*نویسنده مسئول): تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۱۱۸۳۴۶

## مقدمه

برقراری ارتباط صحیح و اثر بخش با مددجو یکی از مهمترین و اصلی‌ترین مهارت‌های لازم برای متخصصین سلامتی و ارائه دهندگان خدمات در سیستم بهداشت و درمان محسوب می‌شود<sup>(۱-۳)</sup>. اگرچه این افراد تمایل دارند برای ارائه اطلاعات و آموزش به بیماران ارتباطی شفاف با آنها برقرار نمایند، اما عمدتاً در فرایند ارتباط با بیماران از لغات و واژگان تخصصی استفاده کرده و گاه‌ا اطلاعات بسیار زیادی که خارج از توانایی پردازش بیماران است را به آنها منتقل می‌کنند، در نتیجه اکثر بیماران حتی آنهایی که دارای مهارت‌های زبانی قوی نیز می‌باشند، در پردازش اطلاعات دریافتی با مشکل روبرو می‌شوند، چرا که عمده بیماران با اصطلاحات پزشکی ناآشنا بوده و تمرکز بر اطلاعات ارائه شده به آنها برایشان دشوار است و به طور کلی در درک اطلاعات و آموزش‌هایی که توسط متخصصین سلامتی به آنها ارائه می‌گردد با مشکلات جدی مواجه می‌شوند<sup>(۴،۱)</sup>. فراموشی زمان مراجعه به پزشک، خودمراقبتی ضعیف، مصرف نادرست داروها، تاخیر در دسترسی به مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز، بستری شدن مجدد در بیمارستان و مسائلی از این قبیل نیز از دیگر مشکلات عمده ایست که به کرات در سیستم بهداشت و درمان و عموماً به دنبال ارتباطات ناموفق بین بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامتی ایجاد می‌گردد<sup>(۵)</sup>. بر اساس متون، بخش قابل توجهی از این بیماران که به نوعی با این مشکلات مواجه هستند را افراد با سواد سلامت ناکافی تشکیل می‌دهند<sup>(۶-۹)</sup>. در واقع مفهوم سواد سلامت ناکافی به توصیف بیماریانی می‌پردازد که در کسب، تفسیر و درک اطلاعات مرتبط با سلامتی که برای تصمیم‌گیری صحیح و عملکرد مناسب در سیستم بهداشت و درمان لازم و ضروریست، ناتوان هستند<sup>(۱۰،۱۱)</sup> و لذا نیازمند کسب اطلاعات و دریافت آموزش به شیوه متفاوتی نسبت به سایرین می‌باشند<sup>(۱۲-۱۵)</sup>.

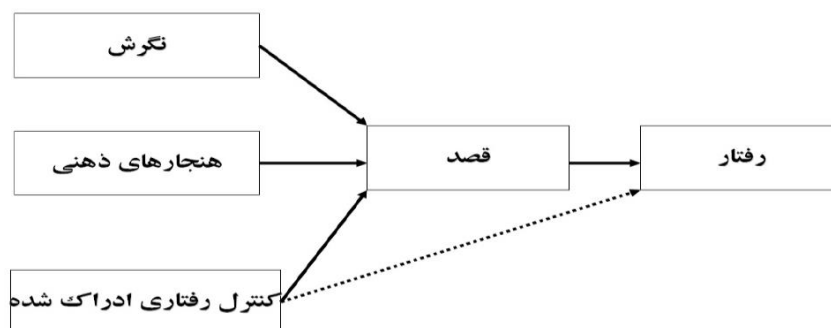
سواد سلامت ناکافی که تاثیر نامناسبی بر ارتباط بین متخصصین سلامتی و بیماران خواهد داشت، به سرعت به معزلی بزرگ در حیطه سلامتی تبدیل شده است<sup>(۱۶)</sup>، چرا که بیماران با سطح پایین سواد سلامت غالباً از روش‌های ارتباطی منفعل استفاده کرده، در تصمیم‌گیری‌های مشارکتی شرکت نمی‌کنند و لذا در تعامل با درمانگر خود با مشکلات متعددی روبرو می‌گردند<sup>(۱۷،۱۸)</sup>. از آنجا که ارتباط موثر پایه و اساس مراقبت‌های بهداشتی بیمار محور را تشکیل می‌دهد، سواد سلامت مولفه‌ای کلیدی برای ایجاد ارتباطی اثربخش بین بیماران و متخصصین سلامتی قلمداد می‌شود<sup>(۱۹)</sup> و پرداختن به آن یکی از مهمترین اولویت‌های بهبود کیفیت سیستم مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌آید<sup>(۲۰،۲۱)</sup>. در واقع با ایجاد ارتباطی موثر میان متخصصین سلامتی و بیماران، اثربخشی و میزان رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده در مراکز بهداشت و درمان افزایش یافته و ارتقاء سطح رضایتمندی بیماران به عنوان یکی از مهمترین نشانگرهای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، پیامدهای مثبت سلامتی را به دنبال خواهد داشت<sup>(۲۲،۱۷-۲۴)</sup>.

موضوع سواد سلامت در برنامه *Healthy people 2020* نیز به عنوان یکی از مهمترین اولویت‌ها جهت ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی مطرح گردیده است و یکی از مهمترین اهداف مرتبط با موضوع سواد سلامت در این برنامه، بهبود ارتباط بین بیمار و خدمات دهندگان عرصه سلامت بیان شده است<sup>(۲۵)</sup>. در این رابطه کمیسیون مشترک و سازمان بهداشت جهانی نیز بر لزوم ارائه اطلاعات و آموزش‌ها بصورت استاندارد شده و بیمار محور به افراد با سواد سلامت ناکافی تاکید نموده‌اند<sup>(۲۲)</sup>. در این رابطه *Sudore* و *Schillinger* در سال ۲۰۰۹ بهترین راهکارها را تحت عنوان راهبردهای سواد سلامت برای منتفع شدن تمامی بیماران و خصوصاً بیماران با سواد سلامت ناکافی در فرایند آموزش معرفی نمودند. بر اساس نظر این محققین راهبردهای سواد سلامت به طور کلی عبارت از استفاده از

حاکمی از آن است که این گروه بزرگ از ارائه دهندگان خدمات سلامتی آگاهی، دانش، نگرش و مهارت‌های لازم در زمینه سواد سلامت و رسیدگی به بیماران با سواد سلامت ناکافی را نداشته و استراتژی‌ها و روش‌های ارتباطی موثر را در زمان آموزش و برقراری ارتباط با این دسته از افراد را بکار نمی‌گیرند<sup>(۳۰،۳۹)</sup>. از آنجا که بر اساس مطالعات، گستره وسیعی از عوامل فردی، انگیزشی، اقتصادی، سیاست‌گذاری‌ها و عوامل سازمانی می‌توانند بر عملکرد خدمات دهندگان سلامت در محیط‌های بالینی تاثیرگذار باشند<sup>(۳۱)</sup>، در نتیجه بکارگیری نظریه‌های علوم رفتاری، بهترین اطلاعات را در خصوص عوامل تاثیر گذار بر رفتار این قشر از افراد فراهم می‌کنند.

نظریه رفتار برنامه ریزی شده به عنوان یکی از بهترین نظریه‌های علوم رفتاری، در پژوهش‌های مختلف در تبیین رفتار و تعیین مهمترین عوامل تاثیر گذار بر آن بسیار مورد استفاده قرار گرفته است (شکل شماره ۱) و در این مطالعه نیز این نظریه به عنوان چهارچوب مفهومی پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، چرا که مطالعات مختلف نشان دادند که این نظریه در پیش بینی قصد و رفتار گروه‌های مختلف ارائه دهنده خدمات به خوبی عمل کرده است<sup>(۳۲،۳۳)</sup>.

زبانی ساده و قابل فهم، محدود کردن اطلاعات ارائه شده در هر بار مراجعه بیماران و تکرار آنها، استفاده از تکنیک بازخورد گیری مکرر، استفاده از تصاویر و ترغیب بیماران به پرسش کردن و نهایتاً استفاده از رسانه‌های ساده و قابل فهم می‌باشد<sup>(۳۶)</sup>. در مجموع اگر متخصصین سلامتی با مفهوم و استراتژی‌های سواد سلامت آشنا باشند، به هنگام آموزش به بیماران بیانات خود را به شیوه‌ای ارائه می‌نمایند و از روش‌هایی بهره می‌گیرند که مددجویان اطلاعات دریافتی را بهتر درک کرده و توانمندی بیشتری برای عمل کردن بر اساس توصیه‌های متخصصین بدست آورند<sup>(۳۷)</sup>. از آنجا که سواد سلامت یک موضوع چند وجهی است که تقریباً تمامی جنبه‌های ارائه خدمات بهداشتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد<sup>(۳۰)</sup>، لذا تمامی کسانی که به نوعی با بیماران، خانواده آنها و سایر افراد در محیط‌های بالینی به صورت کتبی یا شفاهی در ارتباط هستند، بایستی مهارت و قابلیت‌های لازم در خصوص اصول سواد سلامت را داشته باشند<sup>(۱۹)</sup>. در این میان پرستاران بعنوان گروهی از خدمات دهندگان عرصه سلامت، که در خط مقدم ارتباط ایمن و تاثیرگذار با بیماران دارای سطوح مختلف سواد سلامت می‌باشند و به دلیل دسترسی بیشتر به بیمار و خانواده وی نقشی کلیدی در امر آموزش به بیمار ایفا می‌کنند<sup>(۳۸)</sup>، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. اما متأسفانه پژوهش‌ها



شکل شماره ۱: نظریه رفتار برنامه ریزی شده (آجنز؛ ۱۹۸۵)

توسط محققان پژوهش حاضر بر روی ۳۰ پرستار (۰/۶۴ =  $\alpha$ ) و با در نظر گرفتن اطمینان ۰/۹۵ و دقت ۰/۰۵ و با استفاده از فرمول ( $n = z^2 \cdot p / d^2$ )، ۱۴۸ نفر برآورد گردید. واحدهای پژوهشی در رابطه با هدف از انجام طرح، محرمانه بودن و عدم تاثیر اطلاعات ذکر شده در ارزشیابی آنها، توجیه شده و در صورت تمایل و داشتن رضایت وارد مطالعه شدند.

به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش استفاده گردید. بخش اول مربوط به مشخصات فردی شرکت کنندگان بود و شامل سوالاتی در خصوص سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، نوع استخدام، سابقه کار، پست سازمانی و بخشی که در آن مشغول به کار بودند، بود. بخش دوم پرسشنامه مشتمل بر سوالاتی بود که بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده و جهت تعیین پیش بینی کننده‌های قصد و رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت طراحی شده بود. برای این پرسشنامه در بخش نگرش ۱۱ سوال، هنجارهای انتزاعی ۹ سوال، کنترل رفتاری درک شده ۷ سوال و قصد رفتاری ۶ سوال در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای در نظر گرفته شد که به توافق کامل شرکت کنندگان نمره ۵ و به عدم توافق آنها نمره ۱ تعلق می‌گرفت. عملکرد پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار نیز توسط ۱۰ سوال مورد سنجش قرار گرفت.

جهت بررسی روایی پرسشنامه طراحی شده از روش‌های بررسی روایی صوری و روایی محتوایی به شیوه کیفی با بهره گیری از پانل متخصصان و به شیوه کمی با بهره گیری از نظر متخصصان و محاسبه نسبت روایی محتوا (CVR (content validity index) با حد نصاب ۰/۶۲ برای تعداد ۱۰ نفر از اعضای پانل متخصصان طبق جدول لاوشه استفاده شد که مقدار محاسبه شده نسبت شاخص روایی (CVR) برای هر کدام از سازه‌ها از مقدار مطلوب بالاتر بوده و میانگین

نظریه رفتار برنامه ریزی شده بر این فرضیه استوار است که افراد منطقی بوده و پیش از درگیری در عملی خاص پیامدهای آن را ارزیابی می‌کنند<sup>(۳۴)</sup>. بر اساس این نظریه قصد پیش گویی کننده رفتار بوده و این سازه خود تحت تاثیر سه سازه مستقل نگرش، هنجار انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده قرار می‌گیرد. نگرش، ارزش یابی مثبت یا منفی فرد از انجام یک رفتار مشخص می‌باشد. هنجار انتزاعی نیز به فشارهای اجتماعی درک شده که ممکن است باعث شود فردی رفتار خاص را انجام بدهد یا از انجام آن سرباز زند، اشاره دارد و سرانجام کنترل درک شده سختی یا آسانی متصور در خصوص اجرای یک رفتار ویژه است. این نظریه در پژوهش‌های مختلف به خوبی در پیش بینی رفتار در گروه‌های مختلفی از ارائه دهندگان خدمات و از جمله پرستاران مورد استفاده قرار گرفته است<sup>(۳۵)</sup>.

نظر به اینکه پرستاران در آموزش به بیمار نقش کلیدی داشته و با عنایت به اینکه بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در عرصه عمل توسط این گروه از افراد تاثیری عمیق بر کیفیت خدمات ارائه شده در سیستم بهداشت و درمان خواهد داشت، لذا پژوهش حاضر جهت پیش بینی عوامل موثر بر قصد و رفتار پرستاران در خصوص بکار گیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار با استفاده از نظریه رفتار برنامه ریزی شده صورت پذیرفت.

### روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۴۸ پرستار شاغل در بیمارستان آموزشی الزهرا در شهر اصفهان انجام شد. نمونه مورد پژوهش به روش نمونه گیری تصادفی آسان از میان پرستاران انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه در گروه پرستاران شامل حداقل مدرک کارشناسی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. حجم نمونه با توجه انحراف معیار برگرفته از یک مطالعه پایلوت

سوپروایزر فعالیت می نمودند. ۳۳/۸ درصد از واحدهای مورد پژوهش سابقه‌ی کار ۵ تا ۱۰ سال داشتند.

بر اساس نتایج بدست آمده میانگین نمره متغیرهای نظریه رفتار برنامه ریزی شده به شرح ذیل می باشد: قصد رفتار (۱۷/۲±۱۸/۲۴)، نمره نگرش (نگرش مثبت در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت) (۳۳/۴±۳۷/۶۴)، نمره هنجارهای انتزاعی (۲۸/۲±۲۸/۸۲)، نمره کنترل رفتاری درک شده (۱۲/۲±۲۲/۶۵) و رفتار بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار (۲۱/۳±۲۷/۴۷). آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه نشان داد که تفاوت معنی داری بین میانگین نمره رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار بر حسب متغیرهای وضعیت تاهل (مجرد، متاهل، مطلقه) (۰/۰۲۳ = p)، شرکت در کلاس‌های باز آموزی (شرکت کرده، در یک سال گذشته شرکت کرده، پیش از یک سال گذشته شرکت کرده) (۰/۰۰۳ = p)، نوع استخدامی (طرح نیروی انسانی، قراردادی، پیمانی، رسمی) (۰/۰۰۲ = p)، سابقه کار (زیر پنج سال، پنج تا ده سال، ده تا پانزده سال، پانزده تا بیست سال، بالای بیست سال) (۰/۰۰۴ = p)، پست سازمانی (سوپروایزر اجرایی، سوپروایزر آموزشی، مسئول ویزیت بخش، شیفت ثابت، پرستار در گردش) (۰/۰۰۳ = p) وجود دارد. بدین معنا که پرستاران مجرد، با سابقه کاری ۵ تا ۱۰ سال و آنهایی که در دوره‌های باز آموزی آموزش به بیمار شرکت کرده و نوع استخدامی آنها به صورت پیمانی بود، بیش از سایرین از راهبردها و فنون مرتبط با سواد سلامت در آموزش به بیمار استفاده می کردند.

بر اساس نتایج بدست آمده نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده با قصد و رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد (جدول شماره ۱).

این نسبت برای کل سازه‌ها ۰/۸۵ بود که نشان دهنده اعتبار محتوایی پرسشنامه بود.

جهت تعیین پایایی ابزار از روش همبستگی درونی استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه مذکور توسط ۳۰ نفر از شرکت کنندگان تکمیل شد و از آزمون آلفا کرونباخ جهت بررسی همبستگی درونی ابزارها استفاده شد. عدد آلفا برای پرسشنامه در بخش نگرش ۰/۷۴، هنجارهای انتزاعی ۰/۷۸، کنترل رفتاری درک شده ۰/۶۸ و برای قصد رفتاری ۰/۸۱ برآورد گردید که همبستگی درونی ابزار را در بخش‌های مختلف مورد تایید قرار داد.

پژوهشگر پس از تصویب طرح پژوهشی و تایید آن در کمیته اخلاق دانشگاه، با اخذ معرفی نامه کتبی به بیمارستان الزهراء اصفهان مراجعه نمود. سپس با کسب اجازه و هماهنگی‌های لازم با دفتر آموزش سلامت بیمارستان فوق الذکر، اهداف طرح برای واحدهای پژوهش توضیح داده شد. بر محرمانه بودن اطلاعات تاکید شد و در طی تحقیق سعی گردید تا رازداری و آزادی مشارکت کنندگان برای شرکت در مطالعه و یا خروج از آن رعایت شود.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در نرم افزار آمار ی SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در مجموع ۱۴۸ پرستار شاغل در بیمارستان الزهراء با میانگین سنی ۵/۷۸±۳۶/۷۵ وارد مطالعه شدند. حداقل و حداکثر سن افراد به ترتیب ۲۴ و ۴۹ سال بود. ۸۹ درصد از شرکت کنندگان زن و ۸۰ درصد متاهل بودند. ۶۴/۸ درصد دوره‌های بازآموزی آموزش به بیمار را گذرانده، ۳۷/۸ درصد به صورت پیمانی مشغول به کار بودند، ۸۷/۹ درصد پرستاران شاغل در بخشها بوده و حدود ۱۲ درصد بعنوان

جدول شماره ۱: ماتریس ضریب همبستگی بین سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده و رفتار بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار

| سازه  | نگرش                   | هنجارهای انتزاعی       | کنترل رفتاری درک شده   | قصد                    |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| نگرش  |                        |                        |                        |                        |
| هنجارهای انتزاعی                                      | $r=0/411$<br>$p<0/001$ |                        |                        |                        |
| کنترل رفتاری درک شده                                  | $r=0/335$<br>$P=0/001$ | $r=0/544$<br>$P=0/001$ |                        |                        |
| قصد بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار   | $r=0/234$<br>$P=0/004$ | $r=0/336$<br>$p<0/001$ | $r=0/483$<br>$p<0/001$ |                        |
| رفتار بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار | $r=0/271$<br>$P=0/001$ | $r=0/324$<br>$p<0/001$ | $r=0/5$<br>$p<0/001$   | $r=0/458$<br>$p<0/001$ |

ریزی شده ۰/۳۱ می‌باشد. از میان سازه‌های نظریه، دو سازه قصد رفتاری و کنترل رفتاری درک شده پیش بینی کننده رفتار پرستاران بودند که از این میان کنترل رفتاری درک شده قوی ترین پیشگویی کننده‌ی رفتار بود، به طوری که این سازه به تنهایی ۳۳ درصد تغییرات رفتار را پیشگویی می‌نمود (جدول شماره ۳).

بر اساس نتایج حاصل از آزمون آنالیز رگرسیون خطی، سازه کنترل رفتاری درک شده ( $\beta=0/417$ ) بهترین پیشگویی کننده قصد بود (جدول شماره ۲). همچنین نتایج حاصل از مدل رگرسیونی نشان داد که توان پیشگویی کنندگی رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیماران توسط سازه‌های نظریه رفتار برنامه

جدول شماره ۲: آنالیز رگرسیون خطی سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر قصد بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار (متغیر وابسته)

| متغیر                | بتا استاندارد | B     | خطای استاندارد | t      |
|----------------------|---------------|-------|----------------|--------|
| نگرش                 | ۰/۰۵۹         | ۰/۰۲۹ | ۰/۰۳۹          | ۰/۷۳۲  |
| هنجارهای انتزاعی     | ۰/۰۸۵         | ۰/۰۶۸ | ۰/۰۷۲          | ۰/۹۴۵  |
| کنترل رفتاری درک شده | ۰/۴۱۷         | ۰/۳۵۶ | ۰/۰۷۵          | ۴/۷۷۶* |

\* P < 0/001

جدول شماره ۳: آنالیز رگرسیون خطی سازه‌های تئوری رفتار برنامه ریزی شده بر رفتار بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار

| متغیر                | بتا استاندارد | B     | خطای استاندارد | t       |
|----------------------|---------------|-------|----------------|---------|
| نگرش                 | ۰/۰۹          | ۰/۰۶۷ | ۰/۰۵۷          | ۱/۱۷۷   |
| هنجارهای انتزاعی     | ۰/۰۱۶         | ۰/۰۲  | ۰/۱۰۶          | ۰/۱۸۶   |
| کنترل رفتاری درک شده | ۰/۳۳          | ۰/۴۳۲ | ۰/۱۱۷          | ۳/۶۸۶** |
| قصد                  | ۰/۲۷۲         | ۰/۴۱۸ | ۰/۱۲۲          | ۳/۴۲۹*  |

(متغیر وابسته)

\*\* P < 0/001 \*P < 0/01

**بحث و نتیجه گیری**

مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیشگویی کننده قصد و رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردها و فنون مرتبط با سواد سلامت در آموزش به بیمار بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده انجام شد. بر اساس مطالعات، نظریه رفتار برنامه ریزی شده یکی از بهترین نظریه‌ها در خصوص تبیین رفتار ارائه دهندگان خدمات در سیستم‌های بهداشت و درمان بوده و به خوبی می‌تواند در شناسایی عوامل تاثیر گذار بر رفتار شاغلین در محیط‌های بالینی عمل کند<sup>(۳۲)</sup>. در این مطالعه تلاش بر این بود تا متغیرهای مرتبط و تأثیرگذار بر قصد و رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری این فنون بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده شناسایی و تحلیل گردیده و بهترین مدل رگرسیون برای آن پیشنهاد شود. شناسایی و تمرکز بر عوامل قابل تعدیل در رفتار پرستاران گامی مهم در انتخاب روش‌های مداخله متناسب برای کسب بهترین نتایج به شمار می‌رود.

لازم به ذکر است که به دانش محققین، این مطالعه اولین پژوهشی است که به بررسی رفتار بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار در قشر پرستار به عنوان یکی از مهمترین گروه‌های ارائه دهنده خدمات درمانی که در فرایند آموزش به بیمار نقش کلیدی دارند پرداخته است، لذا مطالعاتی مشابه که بتوان نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر را با آنها مقایسه نمود در دست نبود. بنابر این در این بخش به مطالعاتی که به نوعی به بررسی رفتار پرستاران در خصوص استفاده از دستورالعملی خاص پرداخته‌اند، اشاره می‌گردد.

بر اساس نتایج بدست آمده استفاده پرستاران از راهبردهای سواد سلامت با برخی از ویژگی‌های فردی آنها مرتبط بود. بطوری که نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران مجرد، با سابقه کاری ۵ تا ۱۰ سال و آنهایی که در دوره‌های باز آموزشی آموزش به بیمار شرکت کرده و نوع استخدامی آنها به صورت پیمانی بود، بیش از سایرین از راهبردها و فنون

مرتبط با سواد سلامت در آموزش به بیماران استفاده می‌کردند. از آنجا که بر اساس مطالعات عموماً ارائه دهندگان خدمات در محیط‌ها بالینی استفاده از فنون مرتبط با سواد سلامت را در آموزش به بیمار امری وقت گیر و زمان بر می‌پندارند، به نظر می‌رسد که پرستاران مجرد که مسئولیت‌های کمتر و زمان بیشتری دارند، بیش از سایرین جهت استفاده از این فنون در امر آموزش به بیمار مبادرت می‌ورزند. همچنین دیگر نتایج موید این واقعیت است که گذراندن دوره‌های باز آموزشی آموزش به بیمار و آشنا شدن پرستاران با فنون ارتباطی و دریافت اهمیت امر آموزش به بیمار احتمالاً در ایجاد نگرش و تمایلات مثبت در آنها برای استفاده از فنون مرتبط با سواد سلامت جهت بهتر نمودن اثر بخشی آموزش‌های ارائه شده به بیماران موثر بوده است.

در مطالعه حاضر سازه‌های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده با قصد و رفتار پرستاران برای استفاده از فنون سواد سلامت در زمان آموزش به بیماران همبستگی داشتند. با توجه به اینکه قصد و رفتار افراد می‌تواند متأثر از عوامل مختلفی باشد، در این مطالعه، کنترل رفتاری درک شده، اولین و قوی‌ترین سازه مرتبط با این دو مولفه شناخته شد. به طوریکه این سازه ۴۱ درصد از واریانس قصد و بیش از ۳۱ درصد از تغییرات رفتار را توضیح می‌داد. در واقع چنانچه پرستاران تصور کنند که استفاده از این راهبردها چندان سخت نبوده و تحت کنترل آنها می‌باشد، قصد آنها برای بکارگیری این راهبردها در آموزش به بیماران افزایش خواهد یافت و نهایتاً در عرصه عمل از آنها استفاده خواهند نمود و همچنین راحت‌تر می‌توانند بر مشکلات احتمالی در حین انجام رفتار غلبه نمایند. در پژوهش Millstein و همکاران نیز متخصصین سلامتی با کنترل رفتاری درک شده بالاتر، در آموزش به بزرگسالان در زمینه بیماری‌های منتقله از طریق رابطه جنسی بهتر عمل می‌کردند<sup>(۳۶)</sup>. در پژوهش Nai-Ying و همکاران نیز کنترل رفتاری درک شده قوی‌ترین پیش بینی کننده

شده آنها برای انجام رفتار و غلبه بر موانع و مشکلات احتمالی می‌باشد که این همان چیزی است که تحت عنوان سازه کنترل رفتاری درک شده بایستی مورد توجه ویژه قرار گیرد.

در خصوص محدودیت‌های مطالعه حاضر بایستی اذعان نمود که اگرچه کارآمدی نظریه رفتار برنامه ریزی شده جهت پیش بینی عوامل مهم و تاثیر گذار بر رفتار پرستاران در محیط‌های بالینی به خوبی اثبات شده است اما از آنجا که رفتار پدیده‌ای بسیار پیچیده است، لذا این احتمال وجود دارد که عوامل دیگری نیز در تبیین رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار وجود داشته باشد که بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده در نظر گرفته نشده است. واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه تنها از بیمارستان الزهرا انتخاب شدند که اگرچه این بیمارستان یکی از مهمترین و بزرگترین بیمارستان‌های شهر اصفهان می‌باشد اما نتایج بدست آمده قابل تعمیم به سایر محیط‌های بالینی نمی‌باشد.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه، گزارش بخشی از پایان نامه دکتری با شماره طرح تحقیقاتی ۳۹۳۲۶۹ می‌باشد که بدین وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل حمایت مالی و از پرستاران محترم بیمارستان الزهرا اصفهان که در تکمیل پرسشنامه همکاری نموده و اطلاعات لازم را در اختیار محققان جهت انجام این پژوهش قرار دادند، اعلام می‌دارند.

قصد و رفتار پرستاران در خصوص مراقبت‌های داوطلبانه برای بیماران مبتلا به سارس بود<sup>(۳۷)</sup>. در پژوهش Birdi و Bunce نیز کنترل رفتاری درک شده پیشگویی کننده مناسبی برای رفتار پزشکان در خصوص درخواست برای انجام اتوپسی برای تایید تشخیص‌های بالینی بود<sup>(۳۸)</sup>. همچنین Renfro و همکاران نیز طی پژوهشی نگرش مثبت نسبت به رفتار و هنجارهای انتزاعی را بهترین پیشگویی کننده‌های قصد و رفتار پرستاران در خصوص ثبت چارت بیماران گزارش نمودند که بر اساس این مطالعه این دو مولفه ۶۱/۴ درصد از واریانس قصد رفتاری پرستاران و ۱/۱۵ درصد از واریانس رفتار پرستاران را تبیین می‌نمایند<sup>(۳۹)</sup>.

از آنجا که سازه کنترل رفتاری درک شده به عنوان مهمترین عامل تاثیر گذار بر قصد و رفتار پرستاران در خصوص بکارگیری راهبردهای سواد سلامت شناخته شد، لذا طراحی و اجرای برنامه‌ها و مداخلات آموزشی مبتنی بر نظریه رفتار برنامه ریزی شده و تمرکز بر سازه کنترل رفتاری درک شده می‌تواند در جهت مشارکت بیشتر پرستاران برای ارائه آموزش‌های مبتنی بر سواد سلامت بسیار تاثیر گذار باشد. نظر به اینکه در مطالعه حاضر دو سازه نگرش و هنجارهای انتزاعی پیش بینی کننده قصد پرستاران برای استفاده از فنون مرتبط با سواد سلامت در آموزش به بیماران نبودند، در نتیجه می‌توان چنین ادعا نمود که نگرش اکثر پرستاران نسبت به بکارگیری راهبردهای سواد سلامت در آموزش به بیمار مثبت است، لذا آنچه که در رفتار و سبک آموزش پرستاران می‌تواند تفاوت ایجاد نماید و آنها را به سمتی سوق می‌دهد که جهت افزایش اثربخشی آموزش‌های اراده دهنده به بیماران از راهبردهای سواد سلامت استفاده نمایند، اعتقادات و باورهای کنترلی آنها و همچنین توانمندی درک



## فهرست منابع

1. 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 Educ Couns.* 2006;61(2):173-90.
2. 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. Persian.
3. Zolnieriek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826.
4. Howard T, Jacobson KL, Kripalani S. Doctor talk: physicians' use of clear verbal communication. *Journal of health communication.* 2013;18(8):991-1001.
5. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCEES 2006-483. *National Center for Education Statistics.* 2006.
6. Ngoh LN. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *Pharmacy Today.* 2009;15(8):45-57.
7. Moser DK, Robinson S, Biddle MJ, Pelter MM, Nesbitt TS, Southard J, et al. Health literacy predicts morbidity and mortality in rural patients with heart failure. *J Card Fail.* 2015;21(8):612-8.
8. Omachi TA, Sarkar U, Yelin EH, Blanc PD, Katz PP. Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med.* 2013;28(1):74-81.
9. Reisi M, Javadzade SH, Mostafavi F, Sharifirad G, Radjati F, Hasanzade A. [Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran]. *Journal of Education and Health Promotion.* 2012;1(1):31. Persian.
10. Selden C, Zorn M, Ratzan S, Parker R. Current bibliographies in medicine: health literacy. Bethesda, MD: National Library of Medicine. 2000.
11. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004.
12. Chiovetti A. Bridging the gap between health literacy and patient education for people with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2006;38(5):374&hyphen.
13. Paasche-Orlow MK, Riekert KA, Bilderback A, Channugam A, Hill P, Rand CS, et al. Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;172(8):980-6.
14. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade SH, Mahaki B, Sharifirad G. [Assessment of Some Predicting Factors of Self-efficacy in Patients with Type 2 Diabetes]. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2015;17(1):44-52. Persian
15. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Impact of Health Literacy, Self-efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. *Oman Med J.* 2016;31(1):52.
16. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(1):80.
17. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med.* 2013;28(11):1469-76.
18. Mancuso CA, Rincon M. Asthma patients' assessments of health care and medical decision making: the role of health literacy. *J Asthma.* 2006;43(1):41-4.
19. Coleman C. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nurs Outlook.* 2011;59(2):70-8.

20. Volandes AE, Paasche-Orlow MK. Health literacy, health inequality and a just healthcare system. *The American Journal of Bioethics*. 2007;7(11):5-10.
21. Haun JN, Patel NR, French DD, Campbell RR, Bradham DD, Lapcevic WA. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):1.
22. Commission J, Commission J. What did the doctor say?:" improving health literacy to protect patient safety. 2007. The Joint Commission: Oakbrook Terrace, IL. 2009:1-64.
23. Koh HK, Brach C, Harris LM, Parchman ML. A proposed 'health literate care model' would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):357-67.
24. Cousin G, Mast MS, Roter DL, Hall JA. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2012;87(2):193-7.
25. U. S. Department of Health Human Services, Office of Disease Prevention, Health Promotion. Healthy people 2020. 2010.
26. Sudore RL, Schillinger D. Interventions to improve care for patients with limited health literacy. *Journal of clinical outcomes management: JCOM*. 2009;16(1):20.
27. Coleman C, Kurtz-Rossi S, McKinney J, Pleasant A, Rootman I, Shohet L. The Calgary charter on health literacy: Rationale and core principles for the development of health literacy curricula. The Center for Literacy of Quebec. 2008.
28. Tolouei M Dehghan Nayeri N, Faghihzadeh S, SadoughiAsl A,. [The Nurses' Motivating Factors on Relation of Patient Training],. *Hayat*, 2006;12(2):43-51. Persian.
29. Cormier CM, Kotrlík JW. Health literacy knowledge and experiences of senior baccalaureate nursing students. *J Nurs Educ*. 2009;48(5):237-48.
30. Cannon S, Boswell C. Filling gaps in knowledge: educating nurses to provide appropriate patient materials. *J Contin Educ Nurs*. 2009;40(4):148-9.
31. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2008;8(1):1.
32. Perkins MB, Jensen PS, Jaccard J, Gollwitzer P, Oettingen G, Pappadopulos E, et al. Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: What do we know? *Psychiatr Serv*. 2007;58(3):342-8.
33. Eccles MP, Hrisos S, Francis J, Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, et al. Do self-reported intentions predict clinicians' behaviour: a systematic review. *Implementation Science*. 2006;1(1):28.
34. Ajzen I. Theory of planned behavior. *Handb Theor Soc Psychol*. 2011;1(2011):438.
35. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*. 2008;3(1):1.
36. Millstein SG. Utility of the theories of reasoned action and planned behavior for predicting physician behavior: a prospective analysis. *Health Psychol*. 1996;15(5):398.
37. Ko N-Y, Feng M-C, Chiu D-Y, Wu M-H, Feng J-Y, Pan S-M. Applying theory of planned behavior to predict nurses' intention and volunteering to care for SARS patients in southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*. 2004;20(8):389-98.
38. Bunce D, Birdi K. The theory of reasoned action and theory of planned behaviour as a function of job control. *Br J Health Psychol*. 1998;3(3):265-75.
39. Renfroe DH, O'Sullivan PS, McGee GW. The relationship of attitude, subjective norm, and behavioral intent to the documentation behavior of nurses. *Sch Inq Nurs Pract*. 1990;4(1):47-60.

## Applying the Theory of Planned Behavior to Predicting Nurse's Intention and Behavior in Using Health Literacy Strategies in Patient Education

<sup>1</sup>Javadzade H. PhD

<sup>2</sup>Sharifirad Gh. PhD

<sup>3</sup>Reisi M. PhD

<sup>4</sup>Nasr Esfahani M. Bs

<sup>5</sup>Mahaki B. PhD

<sup>\*6</sup>Mostafavi F. PhD

### Abstract

**Background & Aims:** Health literacy is one of the most important priorities for improving health care quality through enhancing patient- provider communication. Implementing health literacy strategies enables nurses to provide information and instructions for patients in a manner that is more commensurate and understandable. The purpose of this study was to investigate the factors affecting nurses' intention to implement health literacy strategies in patient education based on theory of planned behavior.

**Material & Methods:** A cross- sectional study conducted among 148 nurse practitioners of Al-Zahra Hospital affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, using descriptive-analytical method. Data collected via standardized questionnaire based on theory of planned behavior constructs and analyzed by SPSS v.17 using ANOVA, Independent T-test, Pearson correlation and linear regression.

**Results:** There were statistically significant correlation between using health literacy strategies and marriage status, attending in retraining courses, employment type, job history, and job status. Perceived behavioral control was the most powerful predictor of intention ( $\beta= 0/417$ ) and use health literacy strategies in patient education and behavior of nurses ( $\beta=0/319$ ).

**Conclusion:** According to the findings of this study, perceived behavioral control is a powerful determinant of nurses' intention and behavior of using health literacy strategies in patient education. Hence we recommend nurse educators to pay special attention to the constructs of this theory mainly perceived behavioral control in retrain courses about patient education and health literacy strategies.

**Keywords:** Health Literacy, Nurse Practitioners, Patient Education

Received: 10 Sep 2015

Accepted: 13 Dec 2015

---

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

<sup>2</sup> Professor, Department of Public Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

<sup>4</sup> Bs in Nursing, Department of Patient Education, Al-Zahra Educational Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>5</sup> Assistant Professor, Department of Bio-statistics and Epidemiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

<sup>6</sup> Associate Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (\*Corresponding Author)

Tel: 09132118364

Email: F\_Mostafavi@yahoo.com