

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور

دانشکده علوم انسانی

مرکز تهران جنوب

پایان نامه برای دریافت مدرک کارشناسی ارشد

رشته علوم تربیتی، گرایش برنامه ریزی درسی

گروه آموزش و پژوهش علوم تربیتی

ارزیابی سطح خوانایی محتواهای آموزشی تهیه شده برای بیماران در زمینه

بیماری های قلبی و عروقی به زبان فارسی

زینت پرورده

استاد راهنما:

دکتر زهره اسماعیلی

استاد مشاور:

دکتر بهمن زندی

شهریور ۱۳۹۳

تقدیم ہے:

شہیدان، آنانکہ محطہ محطہ نفس کشیدگان را دیون آنانیم؛

به پدر و مادرم که هرگز زحمتشان را جبران نتوانم کرد؛

و به همه اعضای خانواده ام، که همواره از حمایتشان برخوردارم

پاسکوزاری:

پاسکوزاری تقدیم استاد راهنمای نازنین و صبورم، سرکار خانم دکتر اسماعیلی، بخاطر حوصله‌ی فراوان، تحمل و تلاش بیدریغشان؛ استاد مشاورم، جناب آقای دکتر زندگی بخاطر کمک‌ها و همراهی‌شان و جناب آقای دکتر فرج‌اسمی، بخاطر زحماتشان بعنوان سخنگو گروه برنامه‌ریزی درسی و تلاششان برای این رشته و دانشجویش؛

و استاد ارجمند جناب آقای دکتر سرمدی، که به‌واره اخلاقتان سر مشق و الگوست.

چکیده:

حملات قلبی و سکته‌های مغزی عامل عمده مرگ در تمامی نقاط دنیا هستند. یکی از راهبردهای مهم سازمان بهداشت جهانی، در پیشگیری و درمان این بیماری‌ها، آموزش است، و یکی از راه‌های آموزش فراگیر و عمومی، استفاده از مطالب چاپی است. سطح خوانایی^۱، و بعبارت دیگر، سطحی از آسانی که در آن سطح، یک فرد بتواند مواد آموزشی را بخواند و بفهمد، و میزان خوانایی^۲، شامل ویژگی‌های ظاهری نوشته مثل نوع فونت، سایز فونت و فاصله خطوط، از ویژگی‌های مهم مواد آموزشی تهیه شده برای بیماران هستند. این پژوهش بدنبال بررسی سطح خوانایی و نیز میزان خوانایی محتواهای آموزشی تهیه شده در زمینه‌ی بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد.

روش این مطالعه توصیفی، تحلیل محتوا بوده و در سال ۱۳۹۲، بر روی ۱۱ کتاب در زمینه‌ی بیماری‌های قلبی و عروقی که ۴ مورد آن در بیمارستان دانشگاهی و ۷ مورد آن در مراکز غیردانشگاهی تهیه شده صورت گرفته است. داده‌ها پس از جمع‌آوری با بهره‌گیری از آمار توصیفی (میانگین، نسبت، انحراف معیار و همبستگی) و روش‌های آمار استنباطی (آزمون t مستقل) مورد تحلیل قرار گرفت.

این بررسی نشان داد که مواد آموزشی تهیه شده برای بیماران، به زبان ساده و مناسب با میزان سواد آنان نبوده و بالاتر از حد درک آنان بوده است. بطور کلی سطح خوانایی کتاب‌های تحلیل شده در حد فهم اوایل دانشگاه و دشوار بوده است و صد در صد محتواهای آموزشی بررسی شده در سطحی بالاتر از کلاس هشت نوشته شده‌اند که فهم آن برای مخاطب عام، دشوار بوده و مناسب او نیست.

لذا توصیه می‌شود مواد آموزشی چاپی به زبان ساده تهیه شود یعنی برای عامه مردم در سطح خوانایی کلاس شش تا هشت و برای مخاطبان با سطح سواد مشخص، مطالب در سطح سواد یا سواد سلامت آنان تهیه شود.

کلید واژه‌ها: سطح خوانایی، خوانایی، تحلیل محتوا، بیماری‌های قلبی و عروقی، سواد سلامت، زبان ساده، مواد آموزش بیمار

¹ Readability

² Legibility

فهرست مطالب :

۱	فصل اول: کلیات
۲	۱-۱- مقدمه
۳	۲-۱- تعریف مساله و بیان سوالهای اصلی پژوهش
۷	۳-۱- هدف اصلی
۸	۴-۱- اهداف جنبی
۹	۵-۱- سؤال اصلی
۹	۷-۱- سئوالات جنبی
۱۰	۸-۱- تعریف نظری و عملیاتی واژه‌گان کلیدی پژوهش
۱۰	۱-۸-۱- تعاریف نظری
۱۱	۲-۸-۱- تعاریف عملیاتی
۱۵	فصل دوم: پیشینه پژوهش
۱۶	۱-۲- مقدمه
۱۶	۳-۲- ارزیابی رسانه های آموزشی
۱۶	۱-۳-۲- ارزیابی سطح خوانایی رسانه
۱۶	۲-۳-۲- ارزیابی تناسب رسانه
۱۷	۳-۳-۲- ارزیابی مرحله‌ای
۱۷	۴-۲- نقش رسانه‌های آموزشی در ارتقای سلامت
۱۸	۱-۴-۲- موارد عدم کارایی رسانه‌های آموزشی
۱۸	۵-۲- تقسیم بندی و انواع رسانه‌های آموزشی در حوزه سلامت
۱۸	۱-۵-۲- تقسیم بندی رسانه‌ها بر اساس جدول مورفی
۲۰	۲-۵-۲- انواع رسانه‌های چاپی
۲۰	پوستر
۲۰	پمفلت
۲۱	دفترک(بروشور)
۲۱	برگچه (لیفلت)
۲۱	کتابچه

۲۲	..... کتاب
۲۲	..... بولتن
۲۲	..... کالانما
۲۳	..... خبرنامه
۲۳	..... روزنامه
۲۳	..... مجله
۲۴	..... اینفوگرافیک
۲۴	..... ۲-۵-۳- ضرورت و مزایای استفاده از مطالب چاپی برای بیماران
۲۵	..... ۲-۵-۴- عوامل موثر در برقراری ارتباط بین خواننده و متون چاپی، ویژگی‌های مرتبط با
۲۶	..... سطح خوانایی، تعاریف و تمایز آن از خوانایی
۲۶	..... اهمیت سطح خوانایی
۲۷	..... تاریخچه مرتبط با مطالعات سطح خوانایی
۲۳	..... عناصر قابل اندازه‌گیری در سطح خوانایی
۳۳	..... ■ متوسط طول جملات، متوسط طول کلمات
۳۳	..... ■ تعداد پیام‌های موجود در جمله
۳۴	..... ■ عدم کاربرد کلمات نامأنوس و استفاده از کلمات رایج در گفتگوهای روزمره مخاطبان،
۳۵	..... ■ فرمول‌های اندازه‌گیری سطح خوانایی
۳۵	..... ● فرمول سطح خوانایی فلش
۳۶	..... ● فرمول سطح خوانایی گانینگ فوگ
۳۸	..... ● فرمول سطح خوانایی کلوز
۳۹	..... ● فرمول سطح خوانایی پاورسامنرکرل
۴۰	..... ● فرمول سطح خوانایی فلش، کین کید
۴۰	..... ● نقدهای وارد شده بر فرمول‌های سطح خوانایی
۴۱	..... ■ سایر ابزارهای اندازه‌گیری سطح خوانایی
۴۱	..... ● چک‌لیست مرکز کنترل بیماری‌ها
۴۲	..... ● چک‌لیست ویزوسکی و همکاران
۴۳	..... ● زبان ساده
۴۴	..... ۲-۵-۵- عوامل موثر در برقراری ارتباط بین خواننده و متون چاپی، ویژگی‌های ظاهری متون

- ۴۴ ○ خوانایی متون چاپی شامل نوع فونت، سایز فونت و فاصله خطوط
- ○ دسته‌بندی و تیتربندی کل کتاب، دسته‌بندی پاراگراف‌ها به بخش‌های
- ۴۶ کوچکتر
- ۴۷ ○ استفاده از علائم و نشانه‌هایی برای جلب خواننده توجه به نکات مهم
- ■ مارکه کردن متن، بولد کردن متن، در داخل کادر قرار دادن به منظور جلب توجه خواننده
- ۴۷ ○ استفاده از تصاویر، اشکال، عکس‌ها و نمودارها
- ۴۸ ■ تاریخچه مختصری از تصویرگری
- ۴۸ ■ تصویر و تصویر آموزشی
- ۴۹ ■ تصویرگری و هنر تصویرگری
- ۴۹ ■ اهداف مصورسازی برای بزرگسالان
- ۵۰ ■ کاربرد تصویر در آموزش
- ۵۰ ■ ضرورت استفاده از تصاویر در محتوای آموزشی بیماران
- ۵۲ ■ انواع تصاویر قابل استفاده در متون آموزشی بیماران بعلاوه ویژگی‌های تصاویر آموزشی
- ۵۲ ● تصاویر آناتومیکی
- ۵۳ ● تصاویر اقدام محور
- ۵۳ ○ تصاویر برچسب‌های دارویی
- ۵۴ ● ترسیماتی با خطوط ساده
- ۵۴ ○ پیکتوگراف‌ها
- ۶۰ ■ اثربخشی و یا عدم اثربخشی استفاده از تصویر در مواد آموزش سلامت
- ۶۱ ■ نوعی دسته‌بندی تصاویر
- ۶۱ ● غیرمتوالی
- ۶۱ ● متوالی
- ۶۱ ● توپولوژیکی
- ۶۳ ■ معیارهای تحلیل تصاویر در مطالعه میلور
- ۶۳ ● زیبایی شناسی
- ۶۳ ● وضوح، خوانایی
- ۶۳ ● سازماندهی
- ۶۳ ● تناسب، ارتباط

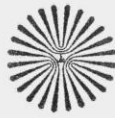
۶۴	.....	▪ معیارهای ارزیابی تصاویر از نظر ادوارد توفت
۶۴	.....	• تعالی گرافیکی
۶۵	.....	• یکپارچگی گرافیکی
۶۵	.....	• به حداکثر رساندن نسبت داده و مرکب
۶۶	.....	• زیبایی شناسی
۶۶	.....	▪ مزایای استفاده از تصاویر
۶۶	.....	▪ استفاده از رنگ در رسانه‌های آموزشی
۶۷	.....	▪ پنج سؤال ساده که قبل از طراحی یک تصویر آموزشی
۶۷	.....	۲-۵-۷- ویژگی‌های مرتبط با خواننده متون چاپی
۶۷	.....	○ سطح سواد و سواد سلامت
۶۸	.....	▪ هزینه‌های سطح سواد پایین
۷۰	.....	▪ شناسایی مخاطبان با سواد پایین یا سواد سلامت پایین
۷۲	.....	▪ شش عامل خطر کلیدی که افراد با سطح سواد پایین را نشان می‌دهد
۷۳	.....	▪ رفتارها و پاسخ‌هایی که ممکن است سواد سلامت پایین را نشان دهد
۷۴	.....	▪ شیوه‌هایی برای ارزیابی مهارت سواد
۷۴	.....	۲-۶- پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور
۷۸	.....	۲-۷- پژوهش‌های انجام شده در خارج کشور
۹۰	.....	۲-۸- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۹۷	.....	۲-۲- توضیح مدل مفهومی
۱۰۰	.....	فصل سوم: روش‌شناسی پژوهش
۱۰۱	.....	۳-۱- مقدمه
	.....	۳-۲- فهرست متغیرها
۱۰۱	.....	۳-۵- واحد تحلیل
	.....	۳-۶- نمونه‌گیری از تصاویر
۱۰۴	.....	۳-۶- ابزار گردآوری داده‌ها
۱۰۵	.....	۳-۶- روش گردآوری داده‌ها
۱۰۵	.....	۳-۶-۱- سطح خوانایی طبق فرمول رودولف فلش

- ۱۰۵ ۳-۶-۲- متغیرهای مورد بررسی در فرمول فلش/دیانی: متغیرها عبارت بودند از تعداد هجاها، کلمات، جملات و پیام‌های موجود در هر نوشته
- ۱۰۶ ۳-۶-۳- محاسبه فرمول فلش / دیانی
- ۱۱۰ ۳-۶-۴- متوسط تعداد پیام‌های موجود در هر نمونه، و هر کتاب
- ۱۱۱ ۳-۶-۵- وجود راهنما برای لغات دشوار، اصطلاحات و اختصارات
- ۱۱۲ ۳-۶-۶- میزان انتقال مفاهیم توسط تصاویر هر نمونه و هر کتاب
- ۱۱۲ ۳-۶-۷- تعیین ویژگی‌های تصاویر برای محتواهای آموزشی تهیه شده برای بیماران
- ۱۱۳ ۳-۶-۸- ویژگی‌های تصاویر و نمرات اختصاصی به آن‌ها
- ۱۱۴ ۳-۶-۹- وجود سطح‌بندی کلی در کتاب از نظر وجود فهرست در اول کتاب و تیتراژ، سوتیتراژ در داخل متن و دسته‌بندی در پاراگراف‌ها با استفاده از اعداد، بولت و دش
- ۱۱۵ ۳-۶-۱۰- وجود نشانه‌هایی برای نشان دادن اهمیت نوشته با استفاده از مارکه کردن، کردن بولد کردن، و گذاشتن بخشی از متن در داخل کادر
- ۱۱۶ ۳-۶-۱۱- نوع فونت، سایز فونت و میزان فاصله خطوط
- ۱۱۸ ۳-۶-۷- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
- ۱۱۸ ۳-۶-۸- ملاحظات اخلاقی
- ۱۲۰ فصل چهارم: یافته‌های پژوهش
- ۱۲۱ ۴-۱- مقدمه
- ۱۲۱ ۴-۲- یافته‌ها
- ۱۲۱ ۴-۲-۱- یافته‌های مربوط به سؤال اصلی
- ۱۲۳ ۴-۲-۲- یافته‌های مربوط به سؤال جنبی اول
- ۱۲۷ ۴-۲-۳- یافته‌های مربوط به سؤال جنبی دوم
- ۱۲۹ ۴-۲-۴- یافته‌های مربوط به سؤال جنبی سوم
- ۱۳۰ ۴-۲-۵- یافته‌های مربوط به سؤال جنبی چهارم
- ۱۳۲ ۴-۲-۶- یافته‌های مربوط به سؤال جنبی پنجم
- ۱۳۳ ۴-۲-۷- یافته‌های مربوط به سؤال جنبی ششم

۱۳۴	..... ۸-۲-۴ یافته‌های مربوط به سؤال جنبی هفتم
۱۳۵	..... ۹-۲-۴ یافته‌های مربوط به سؤال جنبی هشتم
۱۳۷	..... ۱۰-۲-۴ یافته‌های مربوط به سؤال جنبی نهم
۱۳۸	..... فصل پنجم: خلاصه و نتیجه‌گیری پژوهش
۱۳۹	..... ۱-۵ مقدمه
۱۳۹	..... ۲-۵ خلاصه یافته‌های تحقیق
۱۴۲	..... ۳-۵ تفسیر نتایج
۱۵۰	..... ۴-۵ محدودیت‌های تحقیق
۱۵۱	..... ۵-۵ پیشنهادات کاربردی
۱۵۳	..... ۶-۵ پیشنهادات پژوهشی
۱۵۴	..... منابع
۱۶۱	..... ضمائم

فهرست جداول

۱۹	جدول شماره ۱-۲
۳۶	جدول شماره ۲-۲
۸۳	جدول شماره ۳-۲
۹۸	جدول شماره ۴-۲
۱۰۳	جدول شماره ۱-۳
۱۰۸	جدول شماره ۲-۳
۱۲۲	جدول شماره ۱-۴
۱۲۲	جدول شماره ۲-۴
۱۲۳	جدول شماره ۳-۴
۱۲۴	جدول شماره ۴-۴
۱۲۵	جدول شماره ۵-۴
۱۲۶	جدول شماره ۶-۴
۱۲۷	جدول شماره ۷-۴
۱۲۷	جدول شماره ۸-۴
۱۲۸	جدول شماره ۹-۴
۱۲۹	جدول شماره ۱۰-۴
۱۲۹	جدول شماره ۱۱-۴
۱۳۰	جدول شماره ۱۲-۴
۱۳۰	جدول شماره ۱۳-۴
۱۳۱	جدول شماره ۱۴-۴
۱۳۲	جدول شماره ۱۵-۴
۱۳۲	جدول شماره ۱۶-۴
۱۳۳	جدول شماره ۱۷-۴
۱۳۴	جدول شماره ۱۸-۴
۱۳۵	جدول شماره ۱۹-۴
۱۳۵	جدول شماره ۲۰-۴



دانشگاه پیام نور استان تهران



جمهوری اسلامی ایران
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

مرکز تهران جنوب

تاریخ
شماره
پیوست

شماره پروژه
۱۳۸۹۴

تصویب نامه

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم تربیتی (ارشد) گرایش نامه ریزی درسی
تحت عنوان:

ارزیابی خواناتی مواد آموزشی تهیه شده برای معلمان در زمینه بیماریهای قلبی - عروقی به زبان فارسی

نام خانوادگی: پرونده نام: زینت
شماره پروژه: ۱۳۸۹۴ شماره دانشجویی: ۸۸۰۲۷۰۸۴۹
تاریخ دفاع: ۹۳/۰۶/۲۵ ساعت: ۱۵_۱۶:۳۰
نمره: ۳۰ - سیست ممتاز
هیات داوران:

داوران	نام	نام خانوادگی	کد استادی	مرتبه علمی	امضاء
رهنما	زهره	اسمعیلی	۴۰۲۳۸۷		
راهنمای دوم					
مشاور	بهمن	زندى	۴۱۰۳۱۸		
مشاور دوم					
داور	مهران	فرج اللهی			
داور دوم					

تهران، خیابان انقلاب، خیابان
استاد نجات الهی، نرسیده به
چهار راه سپند، دانشگاه پیام نور
مرکز تهران جنوب، پلاک ۲۳۳
تلفن: ۸۸۸۰۱۰۹۰
فکس: ۸۸۸۰۳۶۸۵
کد پستی: ۱۵۸۴۶۶۸۶۱۱

نشانی الکترونیک:

www.teh-jonuob.pnu.ac.ir
Jonuob@tpnu.ac.ir

فصل اول:

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه:

حملات قلبی و سکته‌های مغزی عامل عمده مرگ در تمامی نقاط دنیا هستند اما آنها اغلب قابل پیشگیری هستند. هر ساله دوازده میلیون انسان در سرتاسر دنیا از حملات قلبی یا سکته مغزی می‌میرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵: ۵ و ۷). بیماری‌های قلبی و عروقی اولین علت مرگ در سطح دنیا هستند، نسبت به سایر علل مرگ، مردمان بیشتری هر ساله بدلیل بیماری‌های قلبی و عروقی فوت می‌کنند. تقریباً حدود ۱۷,۳ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸، از بیماری‌های قلبی و عروقی فوت کرده‌اند که معادل سی درصد همه مرگ‌ها در سطح دنیا بوده است. در بین این آمار، تقریباً ۷,۳ میلیون مرگ در اثر بیماری عروق کرونری و ۶,۲ میلیون مرگ بدلیل سکته مغزی بوده است. کشورهای با درآمد کم و متوسط به طرز نامتناسب متأثر از آن هستند. بیش از هشتاد درصد مرگ‌های با دلیل بیماری‌های قلبی و عروقی، در کشورهای با درآمد کم و متوسط و تقریباً به نسبت مساوی در بین مردان و زنان، رخ می‌دهد. شمار مردان و زنانی که از بیماری‌های قلبی و عروقی بویژه از بیمارهای قلبی و سکته مغزی جان خود را از دست می‌دهند افزایش یافته و تا سال ۲۰۳۰ به ۲۳,۳ میلیون نفر، افزایش خواهد یافت (سایت سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).

¹World Health Organization

یکی از راهبردهای مهم سازمان بهداشت جهانی، در پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی، آموزش است، و یکی از راه‌های آموزش فراگیر و عمومی، استفاده از مطالب چاپی است.

در خصوص ویژگی‌های مطالب چاپی، یکی از نه توصیه کلیدی^۱ کتابچه‌ی پیشگیری ثانویه از بیماری‌های قلبی و عروقی (بنیاد ملی قلب استرالیا^۲، ۲۰۱۰: ۹ توصیه کلیدی) به شرح زیر می‌باشد:

یکی از نه توصیه اشاره شده: "برای بیماران و مراقبین منابع آموزشی تهیه کنید که، در دسترس، معتبر و استاندارد هستند، از طریق رسانه‌های مختلف قابل ارائه باشند، طیف وسیعی از سطح سواد را هدف قرار دهند و برای پاسخگویی به نیازهای قومی فرهنگی جوامع مختلف قابل استفاده باشند".

دو موضوعی که در این توصیه آمده است استفاده از مطالب قابل ارائه از طریق رسانه‌های مختلف می‌باشد که یکی از پرکاربردترین و در دسترس‌ترین رسانه‌ها برای مطالب آموزشی رسانه‌های چاپی می‌باشد و موضوع دیگر هدف قرار دادن سطح وسیعی از سطح سواد است، یعنی اینکه مواد آموزشی تهیه شده بایستی برای گروه وسیعی از مردم با سطوح مختلف سواد قابل فهم باشد لذا تهیه مواد آموزشی قابل فهم یک راهبرد مهم در پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی و عروقی می‌باشد بویژه در کشورهای با درآمد پایین که هم میزان بیماری‌های قلبی و عروقی بیشتر و هم سطح سواد پایین‌تر است.

۱-۲- تعریف مساله و بیان سوالهای اصلی تحقیق:

سالهاست که کشورهای سراسر جهان مفهوم کیفیت را به سیستم‌های بهداشت و درمان خود وارد نموده‌اند؛ زیرا امروزه صرفاً فراهم نمودن و ارائه خدمات بهداشتی درمانی مد نظر نیست، بلکه دریافت‌کنندگان خدمات، خواستار دریافت مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی با کیفیت هستند(وزارت

¹Key Action

²National Heart Foundation of Australia

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت سلامت؛ مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان؛ اداره ارزشیابی مراکز درمانی، ۱۳۸۷ : ۱).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت مردم، همواره در تلاش است تا با شناخت دقیق نیازها و مخاطرات سلامت افراد و جوامع و بهره‌گیری از شیوه‌های نوین و علمی سیاست‌گذاری و تصمیم‌سازی، مؤثرترین راهکارها را در راستای تحقق اهداف سلامت به کارگیرد.

اطمینان از ارائه خدمات کیفی و ایمن، به عنوان یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت، از اهمیت و اولویت خاصی برخوردار است و طبعاً سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و کنترل مناسب در این زمینه، دقت نظر و تأمل ویژه‌ای را می‌طلبد.

مدل اعتباربخشی به عنوان یکی از معتبرترین مدل‌های ارزیابی مبتنی بر کیفیت و ایمنی با برخورداری از مقبولیت جهانی روزافزون در بخش سلامت، هماهنگ با سایر اولویت‌های وزارت متبوع همچون حاکمیت بالینی، ایمنی بیمار و منشور حقوق بیمار، همگام با استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و توجه به زیرساخت‌های پژوهشی به‌ویژه در زمینه رعایت ایمنی و حقوق بیمار و ارتقای کیفیت خدمات، راهی نو جهت کسب اطمینان از عملکرد مناسب سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت را فراسوی دست‌اندرکاران این حوزه قرارداد است و از اینرو، اجرای آن برای تمام بیمارستان‌های کشور الزامی است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت درمان، دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره ارزشیابی مراکز درمانی، ۱۳۸۹ : سخن وزیر).

استانداردهای کمیسیون مشترک سازمان‌های مراقبت سلامت آمریکا^۱، کمیسیون مشترک بین‌المللی^۲ و نظام^۳ حاکمیت بالینی، سه استاندارد مطرح در سطح دنیا هستند (همان). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اعتباربخشی (که برگرفته از استاندارد کمیسیون مشترک بین‌المللی است) و حاکمیت

^۱JCAHO (Joint Commission American Health Organization)

^۲Joint Commission International

^۳Clinical Governance

بالینی را به عنوان شیوه‌هایی مکمل در زمینه ارتقای کیفیت و ایمنی مراکز ارائه خدمات سلامت، در دستور کار خود قرار داده است (راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتباربخشی، ۱۳۹۰: سخن وزیر).

مروری بر تحقیقات نشان می‌دهد عدم توجه بیماران به توصیه‌های پزشکی و دارویی و تبعیت از آنها، یک مشکل اساسی مربوط به سلامت عمومی است. داده‌های مربوط به مطالعه ارزیابی سواد بزرگسالان که توسط دپارتمان تحصیلات ایالت متحده^۱ در سال ۲۰۰۳ انجام شد، نشان داد که بخش بزرگی از جمعیت، فاقد سواد عمومی کافی برای انجام و اجرای اثربخش توصیه‌های پزشکی هستند. تقریباً ۹۰ میلیون بزرگسال آمریکایی، (۳۶٪ جمعیت بزرگسالان) در خواندن و فهم اطلاعات مربوط به سلامت، شامل برچسب‌های روی داروها، ضعیف هستند، افراد ضعیف در فهم اطلاعات سلامت، نمی‌توانند در برگه نوبت خود، قرار پزشکی (نوبت پزشک یا وقت دکتر) خود در بیمارستان را از روی یک پمفلت واضح نوشته شده پیدا کنند، تشخیص نمی‌دهند که هر چند وقت یکبار فرد، باید آزمایش پزشکی خاصی را انجام دهد.

امروزه تمامی استانداردهای کیفیت خدمات مراقبت سلامت، عامل "آموزش به بیمار و خانواده او" را یک الزام اساسی در اعتباربخشی سازمان‌های مراقبت سلامت و بویژه بیمارستان‌ها، تلقی می‌کنند. استاندارد کمیسیون مشترک بین‌المللی، در اغلب محورهای خود بر آموزش بیمار تأکید کرده است و بعلاوه یک محور جداگانه برای آموزش بیماران، تحت عنوان آموزش بیمار و خانواده^۲ دارد (کمیسیون مشترک بین‌المللی، محور حقوق بیماران، ۲۰۱۱). نظام حاکمیت بالینی در محور تعامل با بیمار و جامعه، بر آموزش بیماران تأکید فراوان دارد ضمن اینکه بند دوم منشور حقوق بیماران جدید (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸) نیز بر ارائه اطلاعات کافی به بیماران تأکید کرده است. ارائه آموزش به بیماران، به زبانی که برای آنان قابل فهم باشد صراحتاً در استانداردها بیان شده است (کمیسیون مشترک بین‌المللی، محور حقوق بیماران، ۲۰۱۱).

^۱U.S. Department of Education

^۲PFE, Patient & Family Education

کمیسیون مشترک و کمیته ملی هر دو برای تضمین کیفیت گایدلاینی را مصوب کردند که نیازهای آموزشی بیماران و مدارک رضایت آگاهانه به نحوی نوشته شوند که بیماران بتوانند آن‌ها را بفهمند. بر همین اساس، عدم ارائه اطلاعات قابل فهم به بیماران ممکن است یک عامل منفی در وضعیت اعتباربخشی سازمان مراقبت سلامت باشد (ویس، ۲۰۰۷: ۱۵).

به دلیل اهمیت بالای مواد آموزشی در افزایش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده و ارتقاء پیامدهای درمانی، بیمارستان‌ها، دانشگاه‌های علوم پزشکی و موسسات چاپ و نشر خصوصی بطور خودجوش، پیش از ورود استانداردها، به کار تهیه مواد آموزشی برای بیماران پرداخته بودند. ارائه اطلاعات به هر شیوه‌ای نظیر چهره به چهره، مکتوب، صوتی، تصویری، مولتی مدیا یا چند رسانه‌ای، بایستی برای بیمار قابل فهم باشد اما در مقوله قابل فهم بودن باید بررسی نمود که چقدر مواد آموزشی تهیه شده برای بیماران قابل فهم هستند.

در موضوع قابل فهم بودن اطلاعات برای بیماران، چند عامل اساسی مطرح است: ۱- سطح سواد و سطح سواد سلامت بیماران، ۲- سطح خوانایی و قابل فهم بودن اطلاعات ارائه شده، و ۳- خوانایی یا دوستدار چشم بودن مطالب برای مخاطبین، ۴- متناسب بودن سطح خوانایی مطالب تهیه شده با سطح سواد و یا سطح سواد سلامت مخاطبین.

در فهم مواد آموزشی تولید شده بویژه مواد چاپی، علاوه بر سواد خواندن، سطح سواد سلامت یعنی فهم واژه‌های مربوط به سلامت هم مطرح است؛ عامل دیگر دخیل در این مسأله، مواد آموزشی هستند، که سطح خوانایی و قابل فهم بودن اطلاعات ارائه شده در آن‌ها، بایستی با سطح سواد و سطح سواد سلامت مخاطبین متناسب باشد.

با وجود موارد ذکر شده، مطالعات متعدد نشان داده‌اند که سطح خوانایی مواد آموزشی سلامت تهیه شده برای بیماران، بالاتر از توانایی خواندن بسیاری از بیمارانی است که آن مطالب، برای آنها تهیه شده است (دافی، ۱۹۹۹: ۲۹۴). موسسه پزشکی آمریکا (۲۰۰۴) اعلام کرد که در طی سی سال گذشته

ادبیات حرفه‌ای نشان دادند که عدم تطابقی بین سطح خوانایی مواد آموزشی تهیه شده و سطح خواندن مخاطبان وجود داشته است (نیلسن و همکاران، ۲۰۰۴: ۷).

علی‌رغم آگاهی از عدم تطابق بین سطح خوانایی مواد آموزشی تهیه شده و سطح خواندن مخاطبان (متناسب نبودن مواد آموزشی با سطح سواد و سواد سلامت بیماران)، تأمین‌کنندگان مراقبت سلامت از تولیدکنندگان مواد آموزشی مربوط به سلامت، نخواستند که از خوانایی مواد آموزشی تهیه شده برای عامه‌ی مردم مطمئن شوند (کامرفورد، ۲۰۰۵: ۱۵۳).

حال سؤال اصلی این است که با توجه به تأکید بالای استانداردها بر قابل فهم بودن اطلاعات برای بیماران، مواد آموزشی تهیه شده قبل و بعد از ظهور استانداردها، به چه میزانی برای مخاطبین خود قابل استفاده بوده‌اند؟ در همین راستا این مطالعه می‌خواهد به این سؤال پاسخ دهد که سطح خوانایی مواد آموزشی تهیه شده برای بیماران در حوزه‌ی بیماری‌های قلب و عروق چقدر است؟

در خصوص شیوه‌ی ارزیابی، راهنمای شاخص‌های ارتباط روشن^۱، با استفاده از پژوهش، معیارهایی را برای ارزیابی مواد آموزشی قابل استفاده برای عموم فراهم آورده است این شاخص‌ها که مربوط به مرکز کنترل بیماری‌ها^۲ می‌باشد با توجه به ویژگی‌های زیر، از چک‌لیست‌ها و فرمول‌های سطح خوانایی موثرتر هستند.

۱- تمرکز بر مهمترین فاکتورهای مبتنی بر تحقیقات که وضوح مواد آموزشی را افزایش داده و به فهمیدن آن‌ها کمک می‌کند.

۲- فراهم آوردن امتیازهای عددی بطوریکه بتوان بصورت عینی مواد آموزشی را بر اساس بهترین علوم در دسترس، مورد ارزیابی قرار داده و بهبود بخشید (همان).

لذا همانطور که بیان شد ارزیابی مواد آموزشی تهیه شده برای بیماران، فقط با فرمول‌های خوانایی کافی نبوده و معیارهای دیگری در این زمینه بایستی بررسی شوند لذا در این پژوهش سعی شده است

^۱The Clear Communication Index, User Guide

^۲CDC